

# Die allgemeine Pathologie und Therapie des Irreseins.

## I. Allgemeine Aetiologie.

Für die vollständige Erkenntniss des Vorganges der psychischen Erkrankung ist das Studium von drei verschiedenen Faktoren nothwendig, nämlich der äusseren Ursachen, welche denselben veranlassen, des inneren Zustandes der Persönlichkeit, auf welche dieselben einwirken, und endlich der Erscheinungen, welche sich als das nothwendige Produkt aus dem Zusammenwirken jener ersten beiden Momente herausentwickeln.

Der zunächst vorliegende Stoff würde sich demnach in drei Hauptabschnitte gliedern lassen, von denen der erste die äusseren Veranlassungen, der zweite die inneren Ursachen und der dritte die Erscheinungen des Irreseins umfasste. Aus praktischen Gründen indessen pflegt man zumeist die beiden erstgenannten Gebiete als allgemeine Aetiologie zusammenzufassen und dieselbe dem dritten, der allgemeinen Symptomatologie der Geistesstörungen, gegenüberzustellen.

Das gegenseitige Verhältniss der äusseren zu den inneren Ursachen ist bei dem Zustandekommen der psychischen Störungen ein ausserordentlich wechselndes, so zwar, dass sie einander gewissermassen gegenseitig ergänzen. Je stärker der krankmachende Reiz ist, der auf das Individuum einwirkt, desto geringer braucht die Prädisposition desselben zu sein, damit eine psychische Erkrankung zur Ausbildung

gelange, und umgekehrt giebt es Psychosen, die sich schon unter dem Einflusse der kleinen Reize des täglichen Lebens entwickeln, weil die Widerstandsfähigkeit des Individuums zu gering ist, um selbst diese ohne tiefere krankhafte Störung ertragen zu können.

### A. Aeussere Ursachen.

Die grosse Klasse der äusseren Ursachen des Irreseins pflegt man weiter in die beiden Gruppen der somatischen und der psychischen Ursachen auseinander zu trennen. Natürlich hat eine derartige Scheidung keine tiefere theoretische, sondern lediglich klassifikatorische Bedeutung, da nach den überall festzuhaltenden Grundanschauungen jeder Alteration der psychischen Erscheinungen durchaus eine Störung im Ablaufe der Gehirnfunktionen parallel gehen muss. Der psychophysische Endeffekt, den die Einwirkung eines krankmachenden Reizes hervorbringt, ist daher der gleiche, mag auch der erste Angriffspunkt desselben im Einzelfalle ein verschiedener sein.

#### 1. Körperliche Ursachen.

**Hirnkrankheiten.** Unter den somatischen Ursachen sind die nächstliegenden jene Störungen, die unmittelbar das Centralorgan unseres Bewusstseins, die Hirnrinde, betreffen.\*) Durchaus nicht alle Erkrankungen des Gehirns verlaufen mit psychischen Erscheinungen, sondern nur jene, welche entweder gerade in der Rinde lokalisiert sind oder welche wenigstens durch Erhöhung des Hirndruckes, Alterationen der Cirkulation u. dergl. die Rinde in Mitleidenchaft ziehen. Ja es kommt sogar vor, dass selbst direkte Rindenerkrankungen, namentlich wenn sie sich langsam entwickeln, die psychischen Funktionen, wenigstens anscheinend, völlig intakt lassen. Zur Erklärung derartiger Thatsachen ist einmal die so vielfach bestätigte Möglichkeit eines weitgehenden vikariirenden Eintretens gesunder Rindenpartien

\*) Nothnagel u. Huguenin, v. Ziemssen's Handbuch XI, 1.

für erkrankte, dann aber der Umstand in Erwägung zu ziehen, dass eine leichte Verminderung der psychischen Leistungsfähigkeit, besonders wo sie sich ganz allmählich einstellt, überaus schwer aufzufinden und exakt zu bestimmen ist.

Die Wirkungsweise aller krankhaften Hirnzustände auf das Centralorgan unseres Bewusstseins ist im Allgemeinen eine dreifache. Entweder handelt es sich um Reizung oder um Lähmung oder endlich um die Hervorbringung einer dauernden eigenthümlichen Zustandsveränderung, die zwischen Reizung und Lähmung gewissermassen in der Mitte steht und als reizbare Schwäche bezeichnet werden kann. Als das einfachste Beispiel für das Zustandekommen der Reizung kann die fluxionäre Hyperämie gelten, wie sie aus den verschiedensten Ursachen heraus sich zu entwickeln vermag, unter denen das Fieber, die Wärmebestrahlung des Kopfes, Gemüthsbewegungen, gewisse Vergiftungen, ferner manche Herzfehler und Anomalien der Gefässinnervation vielleicht die wichtigsten sind. Die psychischen Reizungserscheinungen, welche bei Einwirkung der aufgeführten Kausalmomente zur Beobachtung gelangen, dürften daher zur Theil wenigstens auf die aktive Hyperämie des Schädelinhaltes zu beziehen sein, ebenso die ersten Symptome einiger schwereren Erkrankungen des Hirns und seiner Häute, welche erfahrungsgemäss mit vermehrtem Blutreichthum in der Rinde einhergehen, namentlich die verschiedenen Formen der Meningitis an der Konvexität. Ausgiebigere Reizerscheinungen werden ausgelöst durch allgemeine oder lokalisirte mechanische Einwirkungen auf das Centralorgan unseres Bewusstseins, sobald dieselben wenigstens mit einer gewissen Schnelligkeit zur Entwicklung gelangen. Am meisten sind hier zu beachten einmal entzündliche Vorgänge in der Rinde oder in den Hirnhäuten (bisweilen in Folge von Erkrankungen des inneren Ohrs), insoweit dieselben einen Druck auf die Umgebung ausüben, dann aber auch unter Umständen Blutergüsse (Pachymeningitis interna hämorrhagica, Rindenaplexien) und endlich rasch wachsende Geschwülste.

Die psychischen Symptome, welche derartigen Reizeinwirkungen entsprechen, sind im Allgemeinen Unruhe, Schlaflosigkeit, in den höheren Graden Delirien, Ideenflucht, Sinnes-

täuschungen, Angstzustände oder Exaltation, Jaktation, heftige motorische Erregung. Neben diesen allgemeinen psychischen Erscheinungen gehen dann jene nervösen Störungen des motorischen und sensorischen Gebietes einher, welche speziell von dem Sitze und der Art der Reizursache abhängig sind und daher in erster Linie für die somatische Diagnose Verwerthung finden.

Alle jene Kausalmomente, die eine erheblichere akute oder chronische Störung der Hirnnahrung herbeizuführen im Stande sind, vermögen auf das Centralorgan unseres Bewusstseins eine lähmende Wirkung auszuüben. Der einfachste Fall ist hier durch das Abschneiden der Blutzufuhr, durch die akute Hirnanämie, repräsentirt. In grösserem Umfange und mit dem raschen Erfolge völliger Bewusstlosigkeit wird dieselbe hervorgerufen durch das Experiment beiderseitiger Karotidenkompression; von anderweitigen Ursachen sind namentlich Herzschwäche, grosse Blutverluste und diejenigen Affekte (Schreck) zu nennen, welche mit einem plötzlichen Krampfe der Arterien des Kopfes einhergehen. Funktionell gleichwerthig mit der Anämie sind die venösen Stauungen, z. B. in Folge von Herzfehlern, da auch sie die mangelhafte Zufuhr leistungsfähigen Blutes bedeuten. Wie es scheint, sind hierher ebenfalls die Wirkungen der sog. *Commotio cerebri* zu rechnen, die man ja neuerdings hauptsächlich auf eine Reflexlähmung der Hirngefässe beziehen zu müssen geglaubt hat. Sehr wichtige Ursachen der Hirnanämie sind ferner alle erheblicheren Drucksteigerungen in der Schädelkapsel, da dieselben, sobald die kompensatorischen Einrichtungen der Cerebrospinalflüssigkeit und der grossen Venen des Wirbelkanals nicht mehr ausreichen, mit Nothwendigkeit zur Kompression des Gehirns und somit zur Erschwerung der Blutcirculation in demselben führen müssen. Dies ist der Grund, warum alle exsudativen Prozesse, alle Blutungen und alle Geschwülste in der Schädelkapsel unfehlbar zum Tode führen, wenn der intrakranielle Druck einen gewissen Grad übersteigt. Bei langsamer, chronischer Steigerung desselben kann natürlich durch die möglichste Ausbildung der kompensatorischen Einrichtungen die lähmende Wirkung auf das Centralorgan des Bewusstseins relativ lange hintange-

halten werden; jede akute Volumsvermehrung des Schädelinhaltes dagegen hat unausbleiblich die rasche Anämisierung der Hirnrinde zur Folge. Partielle derartige Ernährungsstörungen werden durch die Vorgänge der Embolie und Thrombose bedingt; ob hier eine Lähmung der psychischen Funktionen eintritt, hängt ebenso, wie bei den lokalen Druckwirkungen kleinerer Geschwülste (z. B. Cysticerken), von dem Sitze der Störung ab. Endlich müssen natürlich auch alle pathologischen Prozesse, die eine umschriebene oder diffuse Strukturveränderung oder Zerstörung in der Hirnrinde erzeugen, eine mehr oder weniger ausgedehnte Funktionsbeeinträchtigung derselben zur Folge haben.

Das psychische Symptom einer akuten allgemeinen Lähmung der Hirnrinde ist eine rasch eintretende absolute Bewusstlosigkeit, die entweder direkt in den Tod übergeht oder nach einiger Zeit wieder schwindet, wenn die Wirkung der anämisirenden Ursache abnimmt. Ganz anders gestalten sich die psychischen Erscheinungen bei langsamer Entwicklung der Rindenlähmung. Abgesehen von den Reizsymptomen, die in solchen Fällen vielfach aufzutreten pflegen, macht sich allmählich eine Abnahme der psychischen Leistungen geltend, Unfähigkeit zu intellektueller Erfassung und Verarbeitung äusserer Eindrücke, Gedächtnisschwäche, Ideenarmuth und Verlangsamung des Vorstellungsverlaufes, Kritiklosigkeit, in höheren Graden direkt Schlafsucht und traumartige Benommenheit, ferner gemüthliche Torpedität, Theilnahmlosigkeit oder mürrisches, verdiessliches Wesen bis zur absoluten Apathie. Auch hier pflegt, wenigstens bei unheilbaren Störungen, der Abschluss durch komatöse Zustände gegeben zu werden, nachdem ein kürzeres oder längeres Stadium apathischen Blödsinns voraufgegangen ist. Der gleiche Symptomenkomplex kann sich natürlich auch im Anschlusse an eine akute Hirnlähmung (Trauma, Apoplexie u. dergl.) entwickeln, wenn sich die momentane Störung ausgeglichen hat und eine chronisch wirkende Krankheitsursache zurückgeblieben ist. Zumeist vollzieht sich indessen die Ausbildung der psychischen Erscheinungen nicht einfach in der hier angegebenen Weise, sondern das Krankheitsbild setzt sich in den verschiedenartigsten Formen aus

den Symptomen der Reizung und der Lähmung zusammen; es wird ausserdem noch complicirt durch die mannigfachen nervösen Störungen, die ebenfalls der Reizung oder Lähmung dieser oder jener Hirnpartien ihre Entstehung verdanken und in ihrer besonderen Zusammensetzung als Anhaltspunkte für eine Lokaldiagnose der Erkrankung zu dienen vermögen. Ihre genauere Schilderung gehört dem Gebiete der Hirnpathologie im engeren Sinne an.

Als die dritte Art von psychischen Veränderungen, die durch Hirnerkrankungen bedingt werden kann, hatten wir die Erzeugung eines chronischen Zustandes erhöhter psychischer Reizbarkeit bezeichnet. Diese Störung pflegt sich vor Allem im Anschlusse an traumatische Einwirkungen\*) zu entwickeln. Sie charakterisirt sich durch eine raschere geistige Erschöpfbarkeit und geringere Widerstandsfähigkeit gegen gemüthliche Einflüsse, wie gegen anderweitige das Hirn treffende Schädlichkeiten (Alkohol). In einer Reihe von Fällen ist dieser Zustand nur das erste Symptom tieferer fortschreitender organischer Hirnerkrankungen, die sich unter dem Einflusse etwa eines Traumas allmählich entwickeln und in ihrem weiteren Verlaufe dann andersartige psychische Krankheitsbilder erzeugen. Am häufigsten sind unter solchen Umständen progressiver Blödsinn mit Lähmungssymptomen oder (wol bei begrenzteren Krankheitsherden) häufig wiederkehrende Aufregungszustände mit Hirnkongestionen, auch epileptisches Irresein. Andererseits aber kann auch jener Zustand erhöhter Reizbarkeit lange Zeit hindurch stationär (funktionell) bleiben, bis etwa irgend ein mehr zufälliger Anlass auf Grund der durch sie repräsentirten Prädisposition eine akute selbständige psychische Erkrankung zur Entwicklung gelangen lässt.

**Nervenkrankheiten.** Weniger unmittelbar, als bei den direkten Erkrankungen des Schädelinhaltes, gestaltet sich der Kausalzusammenhang mit psychischen Störungen bei denjenigen Affektionen, denen als nächster Angriffspunkt andere Theile des Nervensystems dienen. So kommen bei

---

\*) v. Krafft-Ebing, Ueber die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzung hervorgerufenen Krankheiten. 1868.

Tabes, abgesehen von der Ausbreitung des pathologischen Processes auf das Gehirn, psychische Alterationen mit dem Charakter der Depression (Verfolgungsdelirien, hypochondrische Verrücktheit) zur Beobachtung, die nach Krafft-Ebing wahrscheinlich auf vasomotorischen Innervationsstörungen beruhen dürften, wie sie mit dem Grundleiden einherzugehen pflegen. Eine derartige Entstehungsweise ist noch wahrscheinlicher bei den leichteren und (seltener) schwereren psychischen Veränderungen, welche beim Morbus Basedowii zur Beobachtung kommen und sich als erhöhte Reizbarkeit besonders auf dem Gebiete des Gefühlslebens, Stimmungswechsel, auch Gedächtnisschwäche, in höheren Graden als ausgeprägtere tobsüchtige oder melancholische Aufregungszustände darstellen. Sehen wir doch auch bei der Stenokardie, wie durch Störungen der Herznervation unmittelbar Angstgefühle der intensivsten Art hervorgerufen werden!

Ebenfalls durch die Annahme vermittelnder vasomotorischer Störungen hat man ferner zum Theil solche Fälle psychischer Erkrankung zu erklären versucht, welche sich bisweilen an heftige Reizungen peripherer Nervengebiete anschliessen. Die bekannteste Form derartiger im Ganzen seltener psychischer Alterationen ist das von Dupuytren beschriebene Delirium traumaticum, einige Tage andauernde heftige verwirrte Aufregungszustände nach schweren Operationen oder Nervenverletzungen. Ferner sind vereinzelte Fälle bekannt, in denen anscheinend durch die permanente Zerrung von Nerven, die in Narben eingehilt waren (meist Quintusäste), chronisch verlaufende psychische Störungen hervorgerufen wurden. Dieselben bestanden in einer gewissen dauernden Benommenheit mit zeitweiligen Anfällen gewalthätiger Aufregung, auch Sinnestäuschungen, die bisweilen durch Druck auf die schmerzhaft Narbe ausgelöst werden konnten. Excision dieser letzteren oder methodische Morphiumbehandlung führte zur Heilung.

Derartige Beobachtungen erinnern sehr an die bekannten ätiologischen Beziehungen des Tetanus und der Epilepsie zu peripheren Nervenreizungen. Es scheint, dass es sich hier nicht selten auch um eine direkte irritirende Wirkung

des Schmerzes auf das Gehirn handelt. Schüle ist sogar so weit gegangen\*), periphere chronisch wirkende Reizmomente zur Erklärung des grössten Theiles aller psychischen Störungen heranzuziehen. Der grosse Einfluss, den schon geringe peinigende Unbequemlichkeiten auf die allgemeine Stimmung ausüben können (Reizbarkeit, Verdrüsslichkeit), ist ja aus der täglichen Erfahrung bekannt; andererseits aber darf als sicher angesehen werden, dass wirkliche Psychosen in Folge von peripherer Nervenreizung zumeist nur bei solchen Individuen zur Entwicklung gelangen, die bereits sehr zu psychischer Erkrankung disponirt sind. Erinnt sei hier auch an die bekannte hypnotisirende Wirkung monotoner Sinnesindrücke auf empfängliche Personen.

Eine weit grössere ätiologische Bedeutung als derartige periphere Reizmomente, scheinen jene allgemeineren Erkrankungen des Nervensystems in Anspruch zu nehmen, die man als Neurosen bezeichnet. Dieselben pflegen nicht nur regelmässig mit leichteren psychischen Störungen einherzugehen, sondern sie verknüpfen sich häufig genug mit schweren und schwersten Formen psychischer Alienation. In der Regel allerdings dürften die verschiedenartigen bei ihnen beobachteten Geisteskrankheiten nicht sowol die Folge der Neurosen, als vielmehr aus der gleichen allgemeinen centralen Ursache hervorgegangen sein, wie diese selbst. Bei der Chorea sieht man hauptsächlich erhöhte psychische Reizbarkeit bis zu verwirrten Aufregungszuständen, bei der Epilepsie fortschreitende psychische Schwäche und eigenthümliche, später näher zu schildernde „Dämmerzustände“. Auf der hysterischen Grundlage endlich können sich die mannigfachsten Psychosen entwickeln, ohne dass man gerade eine durchgreifende gemeinsame Eigenthümlichkeit derselben aufzustellen im Stande wäre.

**Allgemeine Erkrankungen.** In ähnlicher Weise, wie die Erkrankungen peripherer Nervenabschnitte, können ferner auch eine grössere Zahl somatischer Affektionen der verschiedensten Art auf unmittelbare oder mittelbare Weise das Centralorgan unseres Bewusstseins in Mitleidenschaft

\*) Schüle, *Dysphrenia neuralgica*. 1867.

ziehen und somit Störungen der psychischen Funktionen herbeiführen. Am direktesten ist dieser Kausalnexus bei solchen Krankheiten, die wir als konstitutionelle zu bezeichnen pflegen, die also im gesammten Organismus mehr oder weniger ausgeprägte Zustandsveränderungen herbeizuführen im Stande sind. In erster Linie sind hier zu nennen die Infektionskrankheiten.\*) Das gemeinsame, wirkende Element bei der ganzen Reihe derselben ist das organisirte Gift, welches bald direkt das centrale Nervensystem beeinflusst, bald durch Erzeugung allgemeinerer Störungen (Fieber) oder durch Vermittelung gewisser Organerkrankungen Ernährungsanomalien in der Hirnrinde hervorbringt. Im Einzelnen gestaltet sich natürlich dieser Zusammenhang ausserordentlich verschieden, je nach dem besonderen Charakter des Krankheitsgiftes und der Art seiner Lokalisation im Organismus. Von akuten Infektionskrankheiten sind für die Pathogenese psychischer Störungen am wichtigsten Typhus, akuter Gelenkrheumatismus, Pneumonie, akute Exantheme, Kopfrosee, das Wechselfieber und die Cholera.

Eine direkte giftige Wirkung der betreffenden Krankheitsgifte auf das Gehirn ist einigermassen sicher bisher nur für den Typhus, die Pocken und das Wechselfieber, weil nur bei ihnen unzweifelhafte Beobachtungen psychischer Alienation während des fieberlosen oder doch sehr gering fieberhaften Verlaufes (im Prodromalstadium) vorliegen, bevor andere Ursachen haben zur Entwicklung gelangen können. Beim Gelenkrheumatismus kommt aber, wenn auch selten, eine Lokalisation des Giftes in den Hirnhäuten vor, die dann natürlich ebenfalls psychische Reizungs- und Lähmungserscheinungen hervorruft. Dagegen ist sicherlich das bei Weitem wirksamste Moment bei dem Zustandekommen des Irreseins in akuten Infektionskrankheiten das Fieber, einmal durch die Steigerung der Temperatur, dann aber durch die Cirkulationsbeschleunigung in der Schädelhöhle. Fast regelmässig sieht man daher auch die „Delirien“ dem Gange des Fiebers parallel gehen, ein Verhalten, welches sich

\*) Kraepelin, Archiv für Psychiatrie, Bd. XI u. XII.

namentlich eklatant bei dem typischen Verlaufe der Typhuskurve herauszustellen pflegt.

Die psychischen Erscheinungen können dabei im Allgemeinen, wie bei allen Gehirnaffektionen, einen doppelten Charakter tragen, denjenigen der Reizung oder denjenigen der Lähmung. Reizungssymptome (Ideenflucht, Aufregung, Sinnestäuschungen) sind mehr den geringeren Fiebergraden eigenthümlich, aber sie kommen auch im Prodromalstadium der Pocken und namentlich des Typhus zur Beobachtung als Folge einer direkten Einwirkung des Krankheitsgiftes auf die Gehirnsubstanz; sie haben dann stets eine sehr üble prognostische Bedeutung. Das letztere ist nicht der Fall bei den wol auf ähnliche Weise verursachten fieberlosen Aufregungszuständen der sog. *Intermittens larvata*, wie sie bisweilen im Typus der regulären Fieberanfalle beobachtet werden. Bei sehr hohen Fiebergraden, z. B. bei der hyperpyretischen Form des Gelenkrheumatismus, oder bei sehr langer Dauer der Temperatursteigerung, namentlich, wenn die Herzthätigkeit leidet (Säuferpneumonien, Endokarditis und besonders Perikarditis im Gelenkrheumatismus) treten an die Stelle der psychischen Reizungssymptome diejenigen der Lähmung, komatöse und soporöse Zustände, theils wol in Folge direkter Funktionslähmung der Hirnrinde, theils in Folge von Cirkulationsstörungen, Stauungen und Oedem.

Der Wirkungsweise einiger der genannten Infektionskrankheiten in mancher Beziehung analog ist diejenige der Lyssa, insofern es sich auch hier um eine direkte Vergiftung der nervösen Centralorgane handelt. Emminghaus führt für das Prodromalstadium die Symptome melancholischer Verstimmung und Aengstlichkeit an; auf der Höhe der Erkrankung wechseln die Erscheinungen höchster psychischer Erregung, furibunde Delirien, Sinnestäuschungen, Gewaltakte, mit vorübergehender völliger Klarheit des Bewusstseins ab, bis endlich mit dem Eintritte psychischer Lähmung im paralytischen Stadium die Scene abschliesst.

In mehr indirekter Weise, durch Schwächung der allgemeinen Widerstandsfähigkeit des nervösen Organismus, können ferner akute Infektionskrankheiten noch nach ihrem Ablauf die mittelbaren Ursachen psychischer Störungen

werden. Besonders wirksam ist in dieser Richtung einmal der plötzliche Abfall der Temperatur bei Pneumonie und Variola, dann aber die chronische Erschöpfung des Nervensystems durch lange andauerndes Fieber (Typhus, Gelenkrheumatismus), oder endlich der Einfluss besonderer krankhafter Veränderungen in der Hirnrinde, die nur einer allmählichen oder gar keiner Rückbildung mehr zugänglich sind (Typhus, Intermittens). Rasches Sinken der Temperatur und der Pulsfrequenz hat einen akuten Kollapszustand, meist mit völliger Verwirrtheit, Ideenflucht, Aufregung und Sinnestäuschungen zur Folge, während bei langsamerem Eintritte der Rekonvaleszenz auf der durch die Erschöpfung gegebenen Basis unter dem Einflusse zufälliger Reize, z. B. von Gemüthsbewegungen, kürzere oder längere Zeit nach dem Ablaufe der Krankheit, chronisch verlaufende Alienationszustände verschiedenartigen Charakters zur Entwicklung gelangen können. Beim Bestehen organischer Veränderungen endlich (Infiltration der Rinde, Degeneration der Ganglienzellen, Pigmentembolien) tritt eine allgemeine Abnahme der psychischen Leistungen, der Symptomenkomplex des Schwachsinnes bis zum tiefsten apathischen Blödsinn in den Vordergrund. Die Möglichkeit einer Genesung ist hier überall an die Ausgleichung der vorübergehenderen oder chronischeren Ernährungsstörung resp. an die Möglichkeit einer Rückbildung der febrilen pathologischen Gewebsveränderungen geknüpft. Dass auch complicirende Organerkrankungen, namentlich die Herzaffektionen des Gelenkrheumatismus, in der Pathogenese der Psychosen nach akuten Krankheiten eine gewisse Rolle spielen, soll hier nur kurz erwähnt werden. Die wichtigste allgemeine Grundlage der psychischen Erkrankungen in der Rekonvaleszenz ist ohne Zweifel die anatomische oder nur physiologische Anämie des Gehirns, die mangelnde Zufuhr leistungsfähiger Ernährungsflüssigkeit.

Das gleiche ätiologische Moment dürfte auch zum Theil für die Erklärung mancher Geistesstörungen herbeigezogen werden, die sich im Anschlusse an gewisse chronische und die allgemeine Ernährung schwer beeinträchtigende somatische Erkrankungen entwickeln. Es muss dabei vorerst dahingestellt bleiben, ob als die patho-

logische Grundlage derartiger Psychosen nur funktionelle oder aber tiefere anatomische Veränderungen in der Hirnrinde angesehen werden dürfen. Wenn die akute Anämie gewöhnlich sehr rasch zur Lähmung des Centralorganes unseres Bewusstseins führt, so pflegt die langsam entstandene Ernährungsinsuffizienz, wie sie durch wiederholte Blutverluste, Laktation, Inanition, Schlaflosigkeit, dauernde Aufregungen, Excesse, Chlorose u. s. f. bedingt werden kann, zunächst eine Erhöhung der nervösen Erregbarkeit, die sog. reizbare Schwäche, in ihrem Gefolge zu haben, die alsdann den günstigen Boden für die Entstehung verschiedenartiger psychischer Erkrankungen abzugeben im Stande ist. Dieselbe dokumentirt sich namentlich in der geringeren Widerstandsfähigkeit gegen äussere Einflüsse, in einer grösseren Labilität des psychischen Gleichgewichtes, zunächst besonders nach der gemüthlichen Seite hin. Verstimmung, Launenhaftigkeit, leichter Wechsel der Stimmung, Neigung zu impulsivem Handeln sind die elementarsten Anzeichen dieser Störung, denen sich im weiteren Verlaufe und beim Tiefergreifen der Krankheitsursache auch die Erscheinungen verminderter psychischer Leistungsfähigkeit, Unlust zu jeder Beschäftigung, Gemüthsstumpfheit bis zum Auftreten stuporöser Zustände hinzugesellen können.

Den gleichen gemeinsamen Grundzügen begegnen wir bei jenen psychischen Störungen, die unter dem Einflusse chronischer konstitutioneller Infektionskrankheiten zur Beobachtung gelangen; auch hier sind ja zumeist die Bedingungen zur Entstehung von Ernährungsanomalien in der Schädelkapsel verwirklicht. Allein die besondere Natur des wirksamen Giftes und die Art seiner Lokalisation pflegt hier dem Krankheitsbilde noch einzelne mehr oder weniger charakteristische Züge hinzuzufügen. Hinsichtlich der Tuberkulose ist die alltäglich sich aufdrängende Erfahrung der mangelnden Krankheitseinsicht und Euphorie psychisch sonst ganz Gesunder bemerkenswerth. Diese Erscheinung kann sich bisweilen zu sehr grellem Kontraste mit dem somatischen Zustande, zum Auftreten von Grössenideen, Unternehmungslust, heiteren Delirien u. s. f. ausbilden; auch der notorisch gesteigerte Geschlechtstrieb pflegt dabei eine Rolle

zu spielen. In anderen Fällen entwickelt sich einfach ein Krankheitsbild, das aus den Symptomen erhöhter Reizbarkeit (Ideenflucht, deliriöse Wahnideen, Launenhaftigkeit, misstrauisches excentrisches Wesen, plötzliche Aufregungen) und denjenigen verringerter Leistungsfähigkeit (Interesselosigkeit, Apathie und Ideenarmuth) in mannigfacher Weise zusammengesetzt ist. Angedeutet soll noch werden, dass sich die Scene natürlich sehr wesentlich ändert, sobald etwa mit der Entwicklung einer tuberkulösen Meningitis intensivere Reizungserscheinungen in den Vordergrund treten.

Sehr verschiedenartig scheinen sich nach den bisherigen Erfahrungen die psychischen Krankheitsbilder zu gestalten, welche sich auf eine syphilitische Grundlage zurückführen lassen. Wenn man absieht von den im Ganzen nicht sehr zahlreichen Fällen, die schon in frühen Stadien der Syphilis rasch vorübergehende heftige verwirrte Aufregungszustände darbieten und vielleicht auf eine geringere Widerstandsfähigkeit des Gehirns unter dem Einflusse der infektiösen Krankheitsursache zu beziehen sind (Gefässinnervationsstörungen?), so pflegen hier zumeist greifbare, pathologische Veränderungen, ein anatomisch definirbares Cerebralleiden die Basis der psychischen Erkrankung zu bilden.\*) In Folge dessen sind auch die syphilitischen Geistesstörungen regelmässig von mannigfaltigen nervösen Symptomen begleitet, deren verschiedenartige Kombination im Einzelnen zu schildern eine wichtige Aufgabe der Hirnpathologie darstellt. Von psychischen Krankheitsbildern kann man nach Heubner's eingehender Schilderung hauptsächlich drei unterscheiden, die sogar an differente pathologische Processe sich zu knüpfen scheinen. Die erste Form, auf der Reizwirkung gummöser Neubildungen an der Konvexität der Hirnrinde beruhend, zeigt wesentlich die allgemeinen Erscheinungen derartig lokalisirter Herderkrankungen, anfangs mässige Verstimmung und Gereiztheit bis zu melancholischen oder maniakalischen Aufregungszuständen, im weiteren Verlaufe Abnahme der Intelligenz, Gedächtnisschwäche, Langsamkeit des Denkens, Oberflächlichkeit und Veränderlichkeit der

\*) Heubner, v. Ziemssen's Handbuch. Bd. XI, 1.

Affekte, daneben epileptische Insulte, die gewöhnlich auch den ganzen Symptomenkomplex einleiten. In der zweiten Gruppe von Fällen handelt es sich um eine Erkrankung namentlich der basalen Hirnarterien, die zur Verengung und schliesslich gänzlichen Obliteration ihres Lumens führt. Hier wird das Krankheitsbild durch apoplektische Zufälle mit länger dauernden Lähmungen beherrscht, ein Zeichen häufiger Verstopfung von Endarterien in den Stammganglien. Der gleiche Vorgang in der Rinde dagegen erzeugt wegen der hier gebotenen Möglichkeit kollateralen Ausgleiches derartiger Störungen nur eigenthümliche rauschartige Zustände halber Bewusstlosigkeit mit Neigung zu unmotivirter triebartiger Geschäftigkeit und halbverkehrten Handlungen. Endlich ist noch eine Reihe von Beobachtungen bekannt, in denen das Krankheitsbild durchaus die klinischen Züge der später ausführlicher zu schildernden Dementia paralytica darbot. Wie es scheint, liegen in derartigen Fällen dem psychischen Symptomenkomplexe die gleichen oder sehr ähnliche feinere anatomische Veränderungen zu Grunde, wie bei der genannten Erkrankung.

In weit beschränkterem Masse als die Syphilis wird der Ergotismus, die Vergiftung mit Mutterkorn, Ursache psychischer Störungen.\*) Bisweilen scheint hier eine direkt toxische Wirkung auf das Centralorgan unseres Bewusstseins vorzuliegen (rascher Ablauf der Psychose mit wechselnder maniakalischer und melancholischer Verwirrtheit, Aufregung und Sinnestäuschungen); in der Mehrzahl der Fälle dagegen ist vielmehr an sekundäre pathologische Processe in der Hirnrinde zu denken, wie sie auf der kachektischen Basis etwa durch das spezifische Gift hervorgerufen werden. Allerdings ist der spezielle Nachweis derartiger Veränderungen im Gehirn noch nicht gelungen (vielleicht nur vasomotorische Störungen). Die psychischen Symptome waren hier im Allgemeinen diejenigen einer Herabsetzung hauptsächlich der intellektuellen Funktionen, mehr oder weniger ausgesprochene Benommenheit des Sensoriums bis zum Stupor, Verlang-

---

\*) Siemens, Archiv f. Psychiatrie XI, 1 und 2; Tuczeck, ibid. XIII, 1.

samung des Denkens, Gedächtnisschwäche, Verwirrtheit, daneben häufige Angstzustände und tiefes Krankheitsgefühl. Regelmässig sind epileptische Krämpfe und die objektiven Anzeichen der in mehreren Fällen durch die Obduktion festgestellten Rückenmarksaaffektion (Hinterstrangsklerose) vorhanden.

Dem Ergotismus in ätiologischer Beziehung ähnlich ist das hauptsächlich in Oberitalien vorkommende Pellagra, das auf den Genuss von (wahrscheinlich durch das Bacterium *Maydis*) verdorbenem Mais zurückgeführt wird und ausser Verdauungsstörungen und Hautaffektionen auch chronische Nerven- und Geisteskrankheiten (maniakalische und melancholische Zustände mit Selbstmordneigung, schliesslich Blödsinn) zur Folge hat.

**Vergiftungen.** An alle diese infektiösen oder endemischen Giftwirkungen schliessen sich als weitere ätiologische Momente an die verschiedenen gelegentlichen Intoxikationen durch Stoffwechselprodukte, durch giftige Gase, Narkotica und Metallgifte. Die häufigste, ja *sub finem vitae* vielleicht regelmässig dem psychischen Leben ein Ende bereitende Vergiftung ist diejenige durch die Anhäufung physiologischer Zerfallprodukte im Blute. Je nach der Reihenfolge, in der die einzelnen Organe des Körpers aufhören zu funktionieren, gestaltet sich auch dieser Vorgang etwas verschieden. Wenn die Insufficienz der Kreislauforgane die nächste Todesursache bildet, so müssen die Bestandtheile des venösen Blutes allmählich die Erscheinungen rascherer oder langsamerer Hirnlähmung herbeiführen. Unzulänglichkeit der Athmung erzeugt Kohlensäurevergiftung mit den Symptomen rauschartiger Benommenheit und heftigen Angstgefühlen, in höheren Graden Bewusstlosigkeit; mangelhafte Ausscheidung durch die Nieren bedingt akute oder chronische Urämie mit deliriösen und komatösen Zuständen oder länger dauernden Geistesstörungen melancholischen Charakters; in Folge der Retention von Gallenbestandtheilen im Blute (Cholämie) kommen Benommenheit und psychische Depression, bei der akuten gelben Leberatrophie (*Icterus gravis*) furibunde Delirien mit intensiver motorischer Erregung und Sinnestäuschungen, im weiteren Verlaufe Sopor und Koma zur Beobachtung u. s. f.

Von giftigen Gasen ist hier hauptsächlich das Kohlenoxydgas zu erwähnen, welches Hirnhyperämie erzeugt und den Sauerstoff aus dem Hämoglobin verdrängt. Auch hier entwickeln sich die Symptome psychischer Reizung (ängstliche oder ekstatische Aufregungszustände), denen diejenigen der Lähmung (Bewusstlosigkeit) folgen. Eine gewisse Verworrenheit und Schwäche der psychischen Leistungen pflegt die Intoxikation einige Zeit lang zu überdauern, ja es kommt sogar bleibender Blödsinn in Folge von encephalomalacischen Processen zur Beobachtung. Dass auch die Einathmung von Schwefelwasserstoff, Schwefelkohlenstoff, Stickstoffoxydul psychische Reizungs- und Lähmungserscheinungen verschiedener Art hervorzurufen im Stande ist, soll hier wegen des geringen praktischen Interesses dieser Vergiftungen nur erwähnt werden.

Dagegen haben wir uns nunmehr der Betrachtung eines Giftes zuzuwenden, welches für die Psychopathologie eine ganz ausserordentliche Bedeutung gewonnen hat, ich meine den Alkohol.\*) Die Angaben über die Häufigkeit, mit welcher der Missbrauch dieses Genussmittels zur Aufnahme in die Irrenanstalt führt, schwanken je nach der Nationalität und den besonderen Verhältnissen zwischen  $\frac{1}{9}$ — $\frac{1}{3}$ , ja bis  $\frac{1}{2}$  aller psychisch Erkrankten; die höchsten Zahlen finden sich in Amerika und in Schweden. Die eigentlich verderbliche Form alkoholischen Getränkes ist der Schnaps, namentlich der in Südfrankreich und Oberitalien verbreitete Absynth, weil derselbe ausser dem Aethylalkohol noch die weit verderblicher wirkenden höheren Alkohole (namentlich den Amylalkohol) enthält. Von den Wirkungen des Alkohols auf den Organismus haben hier vor Allem die Störungen in der Gehirnernährung für uns Interesse. Durch die akute Vergiftung werden einerseits Fluxionen in der Schädelhöhle hervorgerufen; ausserdem findet sicherlich noch eine direkte giftige Wirkung auf das centrale Nervengewebe statt, über deren eigentliche Natur wir noch nichts wissen. Beim chronischen Alkoholmissbrauch kommt es zur Entwicklung dauernder Cirkulationsanomalien mit ihren Folgezuständen (Blut-

---

\*) Baer, Der Alkoholismus. 1878.

austritte, Trübungen, Verdickungen der Hirnhäute, Infiltration und weiterhin Atrophie der Rindensubstanz u. s. w.), ferner zu einer tieferen Degeneration der Blutmasse (Abnahme des Fibrin) und endlich durch Vermittlung der vielfachen alkoholischen Organerkrankungen (Herzverfettung, Magenkatarrh, Lebercirrhose, Nierenschrumpfung) zu einer allgemeinen folgeschweren Störung der ernährenden und ausscheidenden Funktionen des gesammten Organismus. Ja, diese Degeneration erstreckt sich sogar noch über den Bereich des Individuums hinaus auf seine Progenitur und bringt in ihr Idiotie oder die Anlage zu mannigfachen psychischen und nervösen Erkrankungen hervor, insonderheit zum Alkoholismus, zu den psychischen Entartungsformen und endlich auch zum Verbrechen.

In dieser seiner verhängnissvollen Einwirkung auf das Individuum und die Race wird der Alkohol zumeist noch unterstützt durch eine Anzahl ähnlich perniziöser Momente, die zumeist mit dem Missbrauche jenes Genussmittels Hand in Hand zu gehen pflegen. Der Schnaps ist vorzugsweise das Getränk des armen Mannes, dem er Anregung und Erwärmung zu liefern, ja dem er zum Theil die Nahrung zu ersetzen hat; die ganze Misère des socialen Elendes, der Armuth, ungenügende Ernährung, schlechte hygienische Verhältnisse u. s. f. ebnet seinem Einflusse hier den Weg. Umgekehrt aber ist es gerade der Alkohol, der durch seine vernichtenden Wirkungen auf die physische, psychische und sociale Integrität des Trinkers mit Nothwendigkeit über ihn den ökonomischen Ruin hereinbrechen lässt und auf diese Weise einen Circulus vitiosus herstellt, aus dem es kein Entrinnen mehr giebt.

Die nächste Veränderung, welche die akute Alkoholvergiftung auf dem Gebiete des Seelenlebens herbeiführt, ist nach meinen Untersuchungen eine Beschleunigung im Ablaufe der psychischen Vorgänge, namentlich der Willensbewegungen (Erleichterung der motorischen Uebertragung). An dieses erste Stadium schliesst sich indessen sehr bald ein zweites an, welches hauptsächlich durch die verlangsamte und erschwerte Auffassung äusserer Eindrücke charakterisirt ist. Symptomatisch drücken sich diese beiden Phasen aus

einerseits in dem Gefühle der erhöhten Leistungsfähigkeit, in der grösseren Lebhaftigkeit, der Neigung zu allerlei unmotivirten, unüberlegten und zwecklosen, ja impulsiven Handlungen, andererseits in der Unfähigkeit zu dauernder Anspannung der Aufmerksamkeit und genauer Verfolgung eines schwierigeren Gedankenganges, sowie weiter in der Kritiklosigkeit gegen eigene und fremde Leistungen. Bei noch weitergehender Vergiftung verliert der Trinker immer mehr die Herrschaft über seine Willenshandlungen, wie über seinen Vorstellungsverlauf; es treten Coordinationsstörungen (fallende Sprache, Schwanken) und endlich völlige Lähmung, Verwirrtheit und gänzliche Bewusstlosigkeit auf. Dieser regelmässige Ablauf des Rausches kann in sehr erheblicher Weise Modifikationen erfahren dort, wo nicht ein normales, rüstiges, sondern ein weniger widerstandsfähiges, durch irgend welche Momente „prädisponirtes“ Gehirn von demselben betroffen wird. Hier gelangen dann bisweilen die sog. pathologischen Rauschzustände zur Beobachtung, die sich namentlich durch das Auftreten heftiger affektiver Erregung mit tiefer Bewusstseinsstörung und der Neigung zu impulsiven Gewaltakten (Mord, Selbstmord) auszeichnen.

Manche der hier kurz skizzirten Züge finden wir wieder in dem psychischen Krankheitsbilde des chronischen Alkoholismus. Das wesentlichste, die Situation von Anfang an beherrschende Symptom ist hier das allmähliche Schwinden jener konstanten Motive des Handelns, die man als „moralischen Halt“, „Charakter“ zusammenzufassen pflegt. Das Individuum verliert mehr und mehr die Fähigkeit, nach feststehenden Grundsätzen zu handeln, und wird auf diese Weise zum willenlosen Spielball augenblicklicher Antriebe und Versuchungen. So kommt es, dass jene mächtigen Motive der Ehrliche, der Gatten- und Kindesliebe, der Scham, nach und nach ihre Wirkung auf ihn verlieren gegenüber den unmittelbaren Verlockungen momentaner Begierden, namentlich der immer unbezwinglicher werdenden Neigung zum Alkohol. Ist es doch gerade das durch diesen hervorgerufene Gefühl erhöhter Leistungsfähigkeit, das den Kranken über den Zustand reuevollér Ernüchterung hinwegführt und ihn das Elend seiner ganzen Lage wieder für einige Zeit

vergessen lässt. In Folge dieser immer wiederholten Siege der wachsenden Leidenschaft über das sich abstumpfende Pflichtgefühl schreitet die sittliche Depravation des Trinkers mit Riesenschritten fort und vernichtet sehr bald jede Möglichkeit einer Wiederherstellung der früheren Selbstbeherrschung. Hand in Hand mit dem Verluste des moralischen Haltes geht die Neigung zu momentanen Gewaltakten und brutalen Handlungen, Misshandlungen der Angehörigen, unmotivirten Zerstörungen u. dergl. Etwas später, als die bisher besprochenen Störungen, aber niemals gänzlich fehlend, entwickelt sich beim Alkoholisten eine allmähliche Abschwächung der Intelligenz. Die psychische Leistungsfähigkeit nach dieser Richtung hin, die Auffassung und Verarbeitung neuer Eindrücke, wie die Reproduktion beginnt mehr und mehr zu leiden. Stillstand, dann Rückgang der intellektuellen Entwicklung, Schwäche des Gedächtnisses, Verarmung des Vorstellungsschatzes und Verengerung des Gesichtskreises sind die unausbleiblichen Folgen. In nahem Zusammenhange mit diesen Veränderungen steht das Hervortreten egoistischer Anschauungen und Bestrebungen, sowie die Verfälschung der äusseren Auffassung durch kritiklos assimilirte subjektive Elemente (Wahnideen), ein Vorgang, der durch die Häufigkeit wirklicher Sinnestäuschungen bei Alkoholikern ausserordentlich begünstigt wird.

Auf der Basis dieser psychischen Entartung des Trinkers können natürlich die verschiedensten anderweitigen Störungen zur Entwicklung gelangen. Zu nennen sind von denselben ausser maniakalischen und melancholischen Zuständen hauptsächlich der alkoholische Verfolgungswahn mit Grössenideen und das Delirium tremens. Auch bei der Entstehung der Dementia paralytica wie mancher epileptischer Störungen scheint dem Alkoholmissbrauche eine wesentliche ätiologische Rolle zuzukommen. Zu beachten ist indessen, dass nicht selten die Neigung zu derartigen Excessen nicht sowol die Ursache, sondern vielmehr ein Symptom des ausgebrochenen Irreseins darstellt (z. B. bei periodischer Tobsucht).

Eine dem Alkoholismus in vieler Beziehung durchaus analoge psychische Degenerationsform hat uns die neueste

Zeit in der Morphiumsucht\*) kennen gelehrt, wie sie sich beim lange fortgesetzten Gebrauche von Morphiuminjektionen (häufig bei Aerzten!) entwickelt. Die Wirkung des Morphiums auf das Gehirn ist wahrscheinlich eine direkte Zustandsveränderung der Ganglienzellen, die nach einigen Stunden sich wieder ausgleicht und sich psychisch durch gesteigerte centrale Erregbarkeit, Unfähigkeit zu gleichmässiger Anspannung der Aufmerksamkeit, Unruhe, Schlaflosigkeit und selbst Sinnestäuschungen und Delirien, später und bei grösseren Gaben durch Benommenheit bis zu völliger Bewusstlosigkeit kundgibt. Die anregende und zugleich schmerzstillende, euphorische Gefühle erzeugende Wirkung des Morphiums ist es, welche seinen gewohnheitsmässigen Gebrauch allmählich zum unbezwinglichen Bedürfnisse werden lässt, namentlich, da derselben ein Stadium der Depression und Ermüdung zu folgen pflegt, welches immer von Neuem zur Anwendung des Mittels drängt. Wie es scheint, ist der chronische Morphinismus ähnliche dauernde Störungen in der Hirnrinde zu erzeugen im Stande, wie der Alkoholismus; die psychischen Erscheinungen fortschreitenden Verlustes des inneren Haltes gegenüber der wachsenden Neigung zum Morphium, der vollständigen Zerstörung des konstanten regulatorischen Charakters bilden auch hier die wesentlichsten Züge des Krankheitsbildes. Chronische Erregung, gemüthliche Alterationen verschiedener Art, Sinnestäuschungen und ähnliche Symptome erhöhter psychischer Reizbarkeit gesellen sich in mannigfacher Zusammensetzung dazu. Entziehung des Morphiums bringt heftige, dem Delirium tremens ähnliche, verwirrte Aufregungszustände mit lebhaften Sinnestäuschungen hervor, bisweilen intensive Angst mit Neigung zum Selbstmord oder schwere Kollapserscheinungen.

In grösster Ausdehnung werden ferner noch das Opium, das Haschisch, die Coca, der Fliegenschwamm in verschiedenen Ländern zur Erzeugung narkotischer Rauschzustände habituell angewandt; alle diese Genussmittel führen bei dauerndem Missbrauche ähnliche Degenerationszustände herbei, wie die bisher genannten. Vereinzelt derartige

---

\*) Levinstein, Die Morphiumsucht u. s. w. 1877.

Beobachtungen liegen auch für die gewohnheitsmässige Einathmung des Aethers und Chloroforms vor. Zu lange fortgesetzte Anwendung der Bromsalze führt eine Abschwächung der psychischen Funktionen, Stupor bis zur völligen Demenz mit gleichzeitigen nervösen Lähmungsercheinungen herbei. Vorübergehende deliriöse Verwirrtheit mit heiterer oder melancholischer Erregung und zuweilen auch Sinnestäuschungen hat man bei sehr verschiedenartigen Vergiftungen gelegentlich auftreten sehen (Hyoscyamus, Datura, Atropa, Conium, Chinin, Chloralhydrat, Jodoform, Wurstgift u. s. w.). Endlich ist noch zu erwähnen, dass man auch übermässigen Tabaksgenuss, wie er zweifellos nervöse Störungen hervorzurufen im Stande ist, in ätiologische Beziehungen zum Irresein gesetzt hat. Namentlich soll derselbe unter den Entstehungsursachen der *Dementia paralytica* eine gewisse Rolle spielen.

Von metallischen Giften stehen namentlich das Blei und das Quecksilber in näherer Beziehung zu psychischen Störungen; beide scheinen direkt auf die Nervensubstanz der Hirnrinde einzuwirken. Die Erscheinungen der „*Encephalopathia saturnina*“ bestehen hauptsächlich in vorübergehenden verwirrten maniakalischen oder melancholischen Aufregungszuständen mit Sinnestäuschungen, die nicht selten mit stuporösen oder komatösen, bisweilen sehr schweren Zufällen abwechseln und von epileptiformen Insulten begleitet sind. Die mercuriellen Psychosen bieten hauptsächlich die Symptome sehr erhöhter Reizbarkeit dar, Schreckhaftigkeit, Verlegenheit, Verwirrtheit, ängstliche Träume und Schlaflosigkeit, Sinnestäuschungen. Auf dieser Grundlage können dann weiterhin Aufregungszustände verschiedener Art oder aber eine allmähliche Abnahme aller psychischen Leistungen zur Entwicklung gelangen, Schwäche des Gedächtnisses und Urtheils, Gemüthsstumpfheit und Apathie.

**Organerkrankungen.** Eines der schwierigsten und umstrittensten Kapitel in der Aetiologie der Psychosen ist die Lehre von dem Einflusse einzelner Organerkrankungen. Hier ist der Zusammenhang naturgemäss stets ein sehr complicirter, selbst durch die statistische Methode nicht immer exakt nachweisbarer, sodass die Deutung der einzelnen Er-

fahrung bis zu einem gewissen Grade zumeist dem subjektiven Ermessen des Beobachters überlassen bleibt. Von den Lungenaffektionen haben wir die Tuberkulose und die fieberhaften akuten Erkrankungen schon oben erwähnt; es lässt sich über sie weiter nicht viel sagen, als dass die Verkleinerung der respiratorischen Oberfläche mit ihren Folgen für den Gasaustausch, dann aber die Beklemmungsgefühle bei emphysematischen und namentlich asthmatischen Beschwerden wol auch auf den Ablauf der psychischen Funktionen einigen Einfluss gewinnen können.

Herzleiden\*) scheinen bei Geisteskranken etwas häufiger vorzukommen, als sonst; sie dürften einmal (bei Hypertrophie des linken Ventrikels) durch gelegentliche aktive Hyperämien, dann aber (bei unkompensirten Klappenfehlern, bei Perikarditis und degenerativen Processen im Herzmuskel) durch venöse Stauungen und allgemeine Abschwächung der Blutcirkulation von Bedeutung werden. Als Andeutungen derartiger Einwirkungen darf wol schon die in der Breite des Normalen gelegene bekannte gemüthliche Reizbarkeit Herzkranker gelten. Dass ausserdem die Beklemmungsgefühle und Palpitationen nicht ohne Einfluss sind, ist sehr wahrscheinlich.

Eine sehr weitgehende ätiologische Bedeutung hat man von jeher den Erkrankungen des Verdauungstraktus zugeschrieben; namentlich in der älteren Psychiatrie spielten die Hämorrhoiden, die Stauungen im Pfortadersystem, die „Verstimmungen“ der Unterleibsgeflechte eine sehr grosse Rolle. In der That ist der Einfluss schon leichter Verdauungsstörungen auf das allgemeine psychische Wohlbefinden, namentlich bei nervös disponirten Personen, ein ganz unverkennbarer. Es scheint sich bei diesem Zusammenhange einerseits um die direkte psychische Wirkung unangenehmer permanenter Organgefühle, dann aber vielleicht auch um Anomalien der Blutvertheilung im Organismus durch Stauungen in den grossen abdominellen Venenplexus zu handeln. Für letztere Erklärung spricht die bekannte Erfahrung von Nicolai, dessen Hallucinationen durch eine Blutentziehung

---

\*) Witkowski, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXII, p. 347.

am After verschwanden. Bei chronischen Magen- und Darmaffektionen kommt als wichtiges ursächliches Moment noch die empfindliche Beeinträchtigung der allgemeinen Ernährung hinzu, auf die natürlich das Centralorgan des Bewusstseins ebenfalls durch Störungen in den psychischen Funktionen reagirt. Verdauungsanomalien sind bei allen frischen Geisteskrankheiten fast ausnahmslos vorhanden, aber sie sind hier sicherlich zumeist als Folge der psychisch bedingten Unregelmässigkeiten in der Nahrungsaufnahme und nicht als Ursache derselben anzusehen, wenn sie auch im weiteren Verlaufe natürlich für die Entwicklung des Zustandes von sehr grosser Bedeutung werden können. Als der klinische Ausdruck der cerebralen Störungen in Folge von Magen- und Darmerkrankungen ist vor Allem der Symptomenkomplex der Hypochondrie\*) zu nennen, reizbare Verstimmung, ängstlich-kleinliches Interesse für die eigenen Zustände, peinlichste Selbstbeobachtung. Parasiten im Darm können durch die Beeinträchtigung der Ernährung, mehr wol noch auf dem Wege reflektorischer Reizung bei Kindern deliriöse Erregungszustände, auch Pruritus in den Genitalien und allerlei Stimmungsanomalien herbeiführen.

Unter den Nierenerkrankungen\*\*) dürften hauptsächlich diejenigen in Anschlag zu bringen sein, die eine dauernde Verkleinerung der sekretorischen Fläche erzeugen und somit zur Entstehung von akuten oder chronischen urämischen Vergiftungen Veranlassung geben. Der psychischen Erscheinungen ist bereits kurz gedacht worden.

Weitaus die grösste Beachtung haben von Seiten der Irrenärzte im Hinblick auf die Pathogenese des Irreseins die mannigfaltigen physiologischen und pathologischen Alterationen der Genitalorgane gefunden. Die nahen Beziehungen, in welchen das Geschlechtsleben zu dem psychischen Allgemeinzustande des Menschen steht, wird ja auf das Beste durch die eigenthümlichen Wandlungen der Pubertäts- und der Involutionsperiode, durch die Charakterveränderung der Kastraten und endlich durch die Schwan-

\*) Jolly, v. Ziemssen's Handbuch, XII, 2.

\*\*) Hagen, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXVIII.

kungen des gemüthlichen Gleichgewichtes bezeugt, welche schon normaler Weise den Ablauf der sexuellen Funktionen begleiten. Es ist daher wol begreiflich, dass pathologische Zustände in der Genitalsphäre einen entscheidenden Einfluss auf das psychische Leben auszuüben vermögen, wenn auch der Zusammenhang des Geschehens hier im Einzelnen bisher nur mit Hilfe mehr oder weniger wahrscheinlicher Vermuthungen konstruirt werden kann.

Als eine erste Kategorie von Schädlichkeiten, die hier in Betracht kommen, hat man sexuelle Excesse und Onanie\*) bezeichnet. Von vornherein ist hier sehr zu beachten, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle diese Momente nicht sowol die Ursache des Irreseins, als vielmehr Symptom einer erhöhten nervösen Reizbarkeit, einer neuropathischen Anlage darstellen. Sie werden in der Regel nur dort sehr erhebliche Dimensionen annehmen und nur dort einen wirklich verderblichen Einfluss auszuüben vermögen, wo sie auf bereits prädisponirtem Boden erwachsen sind. Die Wirkungsweise jener Schädlichkeiten kann man sich verschieden denken. Es ist möglich, dass einmal (wol nur bei Männern und im jugendlichen Alter) der direkte Säfteverlust eine gewisse Bedeutung für die Gesamternährung gewinnen kann; es ist ferner möglich, dass die häufige intensive Erregung des nervösen Organismus die allgemeine Reizbarkeit desselben steigert und seine Widerstandsfähigkeit herabsetzt. Endlich ist noch, sicherlich mit Recht, auf die psychische Bedeutung aller triebartig gewordenen, eingewurzelten Leidenschaften hinzuweisen, auf den depravirenden Einfluss, welchen das stete Unterliegen im fruchtlosen Kampfe mit übermächtig angewachsenen Antrieben auf die Charakterfestigkeit des Individuums ausübt. Gerade in dieser letzteren Beziehung dürfte die Masturbation weit verderblicher wirken, als die normale sexuelle Befriedigung, namentlich dort, wo die psychische Erregung noch durch die Lektüre einer gewissen Klasse von Schriften gesteigert wird, welche die Folgen der Onanie in den grellsten Farben schildern. Beachtenswerth sind indessen wegen ihrer

\*) v. Krafft-Ebing, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXI.

offenbar psychisch-nervösen Entstehungsweise jene allerdings nicht häufigen Fälle, in denen (namentlich bei jungen Frauen) der erste Koitus akute Aufregungszustände herbeiführt.

Aus dem Umstände, dass fast immer die Hauptursache der aus der Masturbation hervorgehenden Psychosen in der psychopathischen Konstitution des Erkrankten liegt, erklärt sich die Mannigfaltigkeit der hier zur Beobachtung gelangenden Krankheitsbilder, in deren Zügen eben zumeist einfach die psychische Degeneration sich ausprägt. Am häufigsten stellt sich bei Onanisten eine progressive Abnahme der psychischen Leistungsfähigkeit ein, Unvermögen zur Auffassung und intellektuellen Verarbeitung äusserer Eindrücke, Gedächtnisschwäche, Interesselosigkeit, Gemüthstumpfheit; in anderen Fällen treten mehr die Erscheinungen erhöhter Reizbarkeit in den Vordergrund, barocke Ideenverbindungen, Neigung zu Mysticismus und exaltirter Schwärmerei oder hypochondrische und melancholische Depression. Dazu gesellen sich dann mannigfaltige nervöse Störungen, besonders abnorme Sensationen, aus denen sich nicht selten absurde Wahnideen von dämonischer oder geheimnissvoller physikalischer (magnetischer, elektrischer, sympathischer) Beeinflussung herausentwickeln.

Auch die sexuelle Enthaltbarkeit ist bisweilen unter den Ursachen des Irreseins aufgeführt worden. Wo sie eine freiwillige ist, darf man wol richtiger auf eine ihr zu Grunde liegende psychopathische Konstitution zurückschliessen, wie sie ja so oft von unvollständiger Ausbildung der Genitalorgane und des Geschlechtstriebes als Theilerscheinung begleitet ist. Erzwungene Enthaltbarkeit nach vorheriger Gewöhnung an sexuelle Befriedigung ist bei Wittwen gewiss nicht ohne Bedeutung für das psychische Leben; sie disponirt überdies unter allen Umständen zur Onanie. Alle statistischen Belege über die Erkrankungshäufigkeit der Ehelosen u. s. f. sind für die Entscheidung dieser Frage aus nahe liegenden Gründen von nur sehr zweifelhaftem Werth.

Beim weiblichen Geschlechte pflegt schon der physiologische periodische Vorgang der Ovulation regelmässig von einer leichten Steigerung der nervösen und psychischen

Reizbarkeit begleitet zu sein, die bei einzelnen Individuen sogar fast pathologische Grade (äusserste Verstimmung, lebhafte Erregung) erreichen kann. Störungen der Menstruation\*) scheinen nicht selten in einem gewissen Zusammenhange mit psychischen Zustandsveränderungen zu stehen; so hat man nach plötzlicher Cessation derselben in einzelnen Fällen tobsüchtige Aufregungen mit den Erscheinungen der Hirnkongestion, andererseits bei Menorrhagien solche mit den Zeichen der akuten Anämie auftreten sehen. Namentlich im Verlaufe psychischer Störungen ist häufig eine Veränderung des Symptomenkomplexes mit dem Wiedereintritte der cessirenden oder dem Aufhören der so lange regelmässigen Menses nicht zu verkennen. Allein es muss für die unbefangene Würdigung derartiger Vorkommnisse stets der Umstand im Auge behalten werden, dass erfahrungsgemäss den psychischen Vorgängen ein entschiedener Einfluss auf die menstruelle Blutung zukommt und somit die Eruirung des wirklichen Zusammenhanges hier durchaus nicht immer zweifellos ist. Vasomotorische Vorgänge dürfen vielleicht als die Grundlage dieser wechselseitigen Beziehungen angesehen werden; dass profuse Blutungen auch durch akute oder chronische Anämisirung des Gesamtorganismus wirken können, wurde bereits angedeutet.

Sehr häufig sind bekanntlich die Menstruationsanomalien nur Begleiterscheinungen von Erkrankungen der Genitalorgane\*\*), unter denen namentlich chronische Entzündungen, Lageveränderungen, Geschwülste des Uterus von Wichtigkeit sind. Allen derartigen Affektionen, wie auch denjenigen der Ovarien, dem Pruritus vulvae, Vaginitis hat man vielfach eine grosse Bedeutung in der Aetiologie des Irreseins zugeschrieben, die man sich durch die Annahme einer Irradiation der bestehenden Reizungszustände auf das Centralorgan des Bewusstseins zu erklären suchte. Diese Ansicht stützt sich hauptsächlich auf ver-

\*) L. Mayer, Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie, herausgegeben von der Gesellschaft f. Geburtshülfe in Berlin. I. 1872; v. Krafft-Ebing, Archiv f. Psychiatrie. VIII, 1.

\*\*) L. Mayer, Die Beziehungen der krankhaften Zustände in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen. 1870.

einzelte Beobachtungen, in denen durch das Einlegen eines passenden Pessariums, durch die Behandlung eines Cervikalkatarrhs und dergleichen eine bestehende Psychose zur Heilung gebracht wurde. Im Allgemeinen dürfte in allen solchen Fällen stets die Hauptursache der psychischen Krankheit in der psychopathischen Anlage des Individuums gelegen sein, von der wir ja wissen, dass sie unter dem Einflusse der verschiedensten Anlässe, ja „von selbst“, d. h. durch die Wirkung der normalen Reize des täglichen Lebens, zum Irresein führen kann. Dass darum die therapeutische Beachtung solcher Reizmomente trotzdem von grosser praktischer Wichtigkeit werden kann, bedarf keiner weiteren Erörterung. Als der psychopathische Ausdruck der genannten ursächlichen Erkrankungen wird hauptsächlich das formenreiche Krankheitsbild der Hysterie\*) betrachtet. Den Genitalaffektionen bei Männern scheint eine irgend erhebliche ätiologische Bedeutung für das Irresein nicht zuzukommen.

**Gravidität, Puerperium und Laktation.** Dagegen dokumentirt sich die hervorragende Rolle, welche das Geschlechtsleben auch für die psychische Persönlichkeit des Weibes spielt, weiterhin in jener ätiologischen Kategorie von Geistesstörungen, deren Entwicklung sich im Zusammenhange mit den verschiedenen Phasen des Fortpflanzungsgeschäftes, der Schwangerschaft, dem Wochenbett und der Laktation vollzieht\*\*). Die Angaben über die Häufigkeit dieser Ursachen beim Zustandekommen psychischer Erkrankungen gehen ziemlich weit auseinander; im Mittel sind etwa 14<sup>0</sup>/<sub>10</sub> aller in Irrenanstalten beobachteten Geistesstörungen bei Frauen auf dieselben zurückzuführen. Davon kommen 3<sup>0</sup>/<sub>10</sub> auf die Schwangerschaftspsychosen. Der Kausalzusammenhang scheint während dieser Zeit hauptsächlich durch die Veränderungen in Mischung (Abnahme der Blutkörperchen und der Salze, Vermehrung des Fibrins) und Cirkulation der Ernährungsflüssigkeit (Ausbildung des Pla-

\*) Jolly, v. Ziemssen's Handbuch. XII, 2.

\*\*\*) Ripping, Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. 1877.

centarkreislaufs) vermittelt zu werden, doch dürfte auch, namentlich bei erstmalig und bei unehelich Schwangeren, den psychischen Momenten (Schweben zwischen Hoffnung und Furcht vor den Gefahren der Geburt, Sorgen u. s. f.), ein gewisser Einfluss zuzuschreiben sein. Die Form der Erkrankung ist meist eine melancholische Verstimmung von verschiedener Intensität; ich sah bei einer Frau in mehreren Schwangerschaften wiederholt rasch verlaufende ganz verwirrte Aufregungszustände auftreten. Am günstigsten gestalten sich die in den ersten Monaten zur Entwicklung gelangenden Störungen; die später beobachteten pflegen länger zu dauern, ohne durch die Geburt erheblich beeinflusst zu werden.

Weit häufiger (6,8% aller in die Irrenanstalten aufgenommenen Frauen) wird das Wochenbett Ursache des Irreseins. Für die Pathogenese ist hier wol hauptsächlich einerseits auf die Schmerzen, den Blutverlust, die plötzlichen Cirkulationsstörungen, sowie auf die psychischen Einwirkungen des Geburtsaktes selbst und etwaiger anomaler Vorgänge bei demselben Gewicht zu legen. Dann aber kommen die mächtigen Umwälzungen der ersten Tage des Wochenbettes (Ausscheidungen, Gewichtsabnahme, Milchfieber) und endlich die nicht seltenen fieberhaften Organerkrankungen dieser Periode in Betracht. So entwickeln sich dann während der Geburt unter dem Einflusse der erstgenannten Momente plötzliche intensive, deliriöse Aufregungszustände mit starker Bewusstseinstörung und Neigung zu impulsiven Gewaltakten, die gerade deswegen eine grosse forensische Bedeutung erlangen können\*) und meist von sehr kurzer Dauer sind (einige Stunden); eine Puerpera meiner Beobachtung stürzte sich in einem derartigen Zustande aus dem Fenster durch das darunter befindliche Glasdach eines Treibhauses.

Die eigentlichen Puerperalpsychosen dagegen beginnen gewöhnlich erst am 5. bis 10. Tage des Wochenbettes (auch bisweilen nach einem Abortus mit starkem Blutverlust). Am häufigsten, namentlich bei jüngeren Individuen, sind tobsüchtige, verwirrte Aufregungszustände mit

---

\*) v. Krafft-Ebing, Maschka's Handbuch der gerichtlichen Medicin. IV, p. 631.

massenhaften Sinnestäuschungen, denen ein kurzes Stadium erhöhter Reizbarkeit im depressiven oder exaltativen Sinne, Schlaflosigkeit, Unruhe vorherzugehen pflegt. Wo febrile Erkrankungen zu Grunde liegen — Mastitis, Endokarditis ulcerosa (Westphal), Parametritis, Perimetritis (von mir mit Temperaturen bis 42,7 beobachtet) und ähnliches — hat die psychische Störung natürlich wesentlich den Charakter der Fieberdelirien. Oft folgt nun ein kürzeres oder längeres Stadium tiefen Stupors mit interkurrenten verwirrten Aufregungen und Neigung zu explosivem Handeln, aus dem die Kranke allmählich wieder erwacht. In  $\frac{2}{3}$  der Fälle stellt sich nach einer Anzahl von Monaten Genesung ein. Prognostisch ungünstiger und von durchschnittlich längerer Dauer sind die etwas seltener zur Beobachtung kommenden Melancholien, die sich durch die Neigung zu stuporösen Zuständen einerseits, zu impulsiven Akten (Mord, Selbstmord, triebartiges Masturbiren) andererseits auszeichnen. Ausserdem bildet sich noch bisweilen, namentlich bei hereditärer Belastung, Wechsel zwischen Manie und Melancholie oder Uebergang dieser Formen in Verrücktheit aus.

In der Mitte zwischen den Psychosen der Gravidität und des Puerperiums stehen nach ihrer Häufigkeit (4,9% aller weiblichen Aufnahmen in Irrenanstalten) die psychischen Erkrankungen der Laktationsperiode. Körperliche Erschöpfung durch Wochenbett und das Säugegeschäft, ferner lokale Erkrankungen der Genitalien sind hier als die wesentlichen ursächlichen Momente zu betrachten. Melancholische Formen mit Gehörshallucinationen ( $\frac{1}{3}$  bis  $\frac{1}{2}$  der Fälle Genesung) überwiegen über die prognostisch günstigeren maniakalischen (fast  $\frac{2}{3}$  der Fälle geheilt). Die Zeit des Ausbruchs der Störung ist meist der 3. bis 5. Monat nach der Entbindung.

## 2. Psychische Ursachen.

Schon wiederholt haben wir in unserer bisherigen Darstellung Gelegenheit gehabt, neben der direkten somatischen Einwirkung der besprochenen ätiologischen Momente auch ihres psychischen Einflusses zu gedenken. Man hat von

diesem Gesichtspunkte aus auch wol die „gemischten“ Ursachen als eine Zwischenkategorie zwischen den körperlichen und den psychischen hingestellt. Abgesehen von der aus unserer Grundanschauung sich mit Nothwendigkeit ergebenden allgemeinen Forderung, dass alle Störungen der psychischen Funktionen an solche der Hirnthätigkeit geknüpft sein müssen, ist der eigentliche Mechanismus der psychischen Einwirkungen begreiflicherwise noch völlig unbekannt; nur einzelne Glieder des hypothetischen Kausalnexus können wir mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit namhaft machen. So geht namentlich der Einfluss der Affekte regelmässig mit Veränderungen der Cirkulation und Athmung einher, welche ja die sphygmographische Untersuchung schon bei den leichtesten Gemüthsbewegungen und intellektuellen Operationen ohne Schwierigkeit nachweisen lässt; auch Verdauungsstörungen scheinen durch psychische Ursachen sehr häufig hervorgerufen zu werden, wie die alltägliche Erfahrung des Appetitmangels nach heftigem Aerger oder grossem Schmerze darthut. Das wichtigste Bindeglied in der Pathogenese des Irreseins aus psychischen Ursachen ist aber wol ohne Zweifel die hier niemals fehlende Beeinträchtigung des Schlafes. Wo die lebhaftere Erregung des Gehirns die Möglichkeit des Ruhens und des gehörigen Ersatzes verbrauchten Ernährungsmaterials ausschliesst, da müssen sich mit Nothwendigkeit fortschreitende krankhafte Veränderungen herausbilden, die durch den Erschöpfungszustand der reizbaren Schwäche hindurch immer tiefere Störungen der psychophysischen Leistungen heraufführen. Dazu kommt, dass sich zu der Wirkung psychischer Schädlichkeiten fast immer noch diejenige mannigfacher somatischer Momente, Elend, Entbehrungen, schlechte Ernährung, unregelmässige Lebensweise, Excesse aller Art, hinzuzugesellen pflegt, so dass es im Einzelfalle gänzlich unmöglich ist, den Antheil der verschiedenen Ursachen an dem Zustandekommen des psychopathischen Gesamtergebnisses auch nur annähernd festzustellen. Griesinger ist der Ansicht, dass im Allgemeinen die psychischen Ursachen in der Aetiologie des Irreseins ziemlich bedeutend über die Rolle der körperlichen überwiegen. Eine genauere Fixirung dieses Verhältnisses dürfte übrigens aus den früher

angeführten Gründen nur einen sehr untergeordneten wissenschaftlichen Werth haben.

Nirgends vielleicht spielt der individuelle Faktor, die Reaktionsweise des Betroffenen, eine grössere Rolle, als bei der Entstehung des Irreseins aus psychischen Ursachen. Allerdings wissen wir ja, dass auch die körperliche Widerstandsfähigkeit verschiedener Menschen innerhalb recht weiter Grenzen schwankt, aber die Erfahrung lehrt, dass auf psychischem Gebiete die Differenzen noch um ein Beträchtliches grösser ausfallen. Sind es doch gerade diese Verschiedenheiten in der Reaktion auf die wechselnden Eindrücke des Lebens, in welchen sich uns die fast unabsehbare Mannigfaltigkeit der psychischen Individualitäten, der „Naturen“, „Charaktere“ und „Temperamente“ dokumentirt! So kommt es, dass psychische Ursachen allein im Allgemeinen bei normal entwickelten rüstigen Persönlichkeiten wol nur äusserst selten wirkliche Geistesstörungen zu erzeugen im Stande sind, während sie auf dem Boden der Prädisposition zweifellos zu den wichtigsten Kausalmomenten des Irreseins gerechnet werden müssen.

**Psychische Kontagion.** Zunächst haben wir hier des Vorganges der uneigentlich so genannten „psychischen Kontagion“ zu gedenken, der Ausbreitung psychischer Störungen durch „Ansteckung“. Dass gewisse einfache unwillkürliche Bewegungen, das Gähnen, Lachen, Räuspern, Husten, Erbrechen durch Nachahmung, d. h. durch die Erzeugung der Vorstellung dieser Bewegungen hervorgerufen werden, ja dass sogar epileptische, hysterische, choreatische Konvulsionen auf gleiche Weise entstehen können, ist ja eine sehr bekannte Thatsache. Die Medicinalgeschichte berichtet uns ferner von dem endemischen Auftreten religiöser Exaltationszustände in grösserem Massstabe, offenbar ebenfalls unter dem Einflusse der Nachahmung\*), und die Erfahrungen an Hypnotischen zeigen uns endlich, in welcher Weise man experimentell eine willenlose Abhängigkeit des Vorstellungsverlaufes und der Reaktionen des Individuums von gewissen

---

\*) Hecker, Die grossen Volkskrankheiten des Mittelalters, herausgegeben von Hirsch, 1865.

äusseren Eindrücken herstellen kann. So kommen denn auch Fälle zur Beobachtung, in denen mehrere mit einander in Berührung lebende Personen gleichzeitig oder kurz nacheinander unter ihrem gegenseitigen Einflusse in der gleichen Weise psychisch erkranken\*); ich selbst hatte Gelegenheit, im Zeitraum von acht Tagen drei mit religiöser Exaltation und Sinnestäuschungen erkrankte Geschwister in die Anstalt aufzunehmen. Gar nicht selten macht man ferner die Beobachtung, dass Querulanten und Verrückte die eine oder die andere Person ihrer Umgebung gänzlich in ihre Wahnideen hineinziehen und dieselben von der Realität ihrer Ansprüche vollständig überzeugen. Stets handelt es sich in allen solchen Fällen um prädisponirte Individuen mit sehr geringer psychischer Widerstandsfähigkeit.

**Affekte.** Am mächtigsten wirken natürlich solche Eindrücke auf die psychische Persönlichkeit ein, welche mit starken Schwankungen der gemüthlichen Gleichgewichtslage verbunden sind und Affektzustände erzeugen. Drückt sich doch gerade in der Stärke der Gefühle, die einen Eindruck begleiten, der Grad des inneren Antheils aus, welchen das Subjekt an demselben nimmt! Die äussere Ursache des Affektes ist dabei an sich irrelevant; „jedes Geschlecht, jeder Stand, jedes Individuum,“ sagt Griesinger, „holt sich seine geistigen Wunden auf dem Kampfplatze, den ihm die Natur und die äusseren Umstände angewiesen haben, und Jeder hat wieder einen andern Punkt, auf dem er am verletzlichsten ist, eine andere Sphäre, von der am leichtesten heftige Erschütterungen ausgehen, der Eine sein Geld, der Andere seine äussere Werthschätzung, der Dritte seine Gefühle, seinen Glauben, sein Wissen, seine Familie u. dgl. m.“ Fast ausschliesslich sind es die depressiven Affekte, die wir hier in Betracht zu ziehen haben; wir wissen ja auch, dass gerade sie die mächtigsten und dauerndsten Stürme im Menschen zu erzeugen vermögen, während selbst die höchsten Grade der Freude rasch in das ruhige Gefühl des gesicherten Glückes überzugehen pflegen. Angst vor einem bevorstehenden Unglück, Schreck über ein unerwartetes Ereigniss,

\*) Lehmann, Archiv für Psychiatrie, XIV, 1.

Zorn über ein widerfahrenes Unrecht, Verzweiflung über einen erlittenen Verlust, das sind die gewaltigsten momentanen Erschütterungen, welchen unser psychisches Gleichgewicht ausgesetzt ist und die daher verhältnissmässig häufig als Ursachen tieferer und länger dauernder Störungen aufgeführt werden. Gerade hier dürften die regelmässig vorkommenden vasomotorischen Erregungs- und Lähmungszustände für die Pathogenese von entschiedenem Belange sein.

Die symptomatische Form der Psychose schliesst sich zumeist dem Charakter des Affektes an und bewegt sich in den Vorstellungskreisen, die denselben hervorriefen, so dass wir in Folge von Angst und Verzweiflung vorzugsweise depressive, nach zornigen Affekten gewöhnlich furibunde Aufregungszustände und unter dem Einflusse des Schrecks zumeist stuporöse Formen der psychischen Störung entstehen sehen. Allein dieses Verhalten zeigt durchaus keine zwingende Regelmässigkeit; auch heitere Exaltation mit völliger Amnesie für den veranlassenden Vorfall kann z. B. auf einen schreckhaften Eindruck hin zur Entwicklung gelangen.

Auch die chronischen depressiven Affekte sind ohne Zweifel, und zwar vielleicht in höherem Grade, als die akuten, im Stande, eine pathologische Störung des psychischen Lebens herbeizuführen. Den Einfluss schnell eintretender, aber kurz dauernder Schädlichkeiten vermag auch der psychische Organismus oft leichter zu überwinden, als jene langsamen, kontinuierlichen Einwirkungen, welche eine beständige Trübung des Stimmungshintergrundes herbeiführen, mit immer stärkerem Drucke allmählich jede freiere, freudige Regung zurückdrängen und das Gefühl des Unglückes bis zur Unerträglichkeit anwachsen lassen. Schlaflosigkeit, chronische Verdauungs- und Cirkulationsstörungen mögen hier als die somatischen Faktoren angesehen werden, deren Wirkung derjenigen der psychischen Causalmomente parallel geht. Hierher gehört namentlich die Sorge in ihren mannigfaltigen quälenden Formen, der Kummer über erlittene Enttäuschungen, unglückliche Liebe, Trennung von geliebten Personen und Versetzung in ungewohnte, peinige Verhältnisse (Nostalgie, Heimweh), endlich die Reue über begangene Fehlritte. Auch hier besteht zumeist ein

gewisser symptomatischer Zusammenhang zwischen Inhalt des Affektes und Form der Psychose, ohne dass jedoch die selbständige Entwicklung dieser letzteren irgendwie beeinträchtigt würde.

**Gefangenschaft.** Eine ganze Reihe dieser psychischen Ursachen findet sich vereinigt in der Gefangenschaft, die erfahrungsgemäss einen grossen Procentsatz ( $1-3\%$ ) von Geistesstörungen erzeugt. Ausser dem Einflusse der Freiheitsberaubung, der Gewissensbisse, der Angst vor der Zukunft, kommen dabei noch die oftmals ungünstigen hygienischen Verhältnisse, dann die Nachwirkungen des früheren Lebens, nicht selten auch prädisponirende Momente in Betracht. Die klinischen Formen des so entstehenden Irreseins bieten im Allgemeinen nichts Besonderes; nur in der Einzelhaft kommen nicht selten eigenthümliche hallucinatorische Aufregungszustände zur Beobachtung, die in der Regel mit der Versetzung in andere Verhältnisse rasch sich verlieren, bisweilen aber auch in ausgeprägte Verrücktheit übergehen können.

**Ueberanstrengung.** Namentlich die Wirkungsweise der chronischen depressiven Affekte lässt uns schwer erkennen, dass wir es bei ihnen gewissermassen mit einer Kumulation, mit einer allmählich sich ausbildenden Zustandsveränderung zu thun haben, die zunächst noch nicht selbst als Krankheit zu bezeichnen ist, aber den Boden mehr und mehr vorbereitet, auf dem dann schliesslich unter dem Einflusse der fortwirkenden Kausalmomente die eigentliche Psychose zum Ausbruch gelangt. Es lässt sich daher hier die direkt krankmachende von der prädisponirenden Wirkung auch theoretisch nicht mehr trennen. Geistige Thätigkeit und Gemüthsleben beruhen auf den normalen Funktionen des Centralorgans unseres Bewusstseins; nur das Uebermass dieser Funktionen ist es, welches dieselben zu schädigenden Einflüssen heranwachsen lässt. Wie auf dem Gebiete des peripheren Nervensystems, so führt auch im Gehirn jede übermässig gesteigerte funktionelle Reizung zunächst zu einer Erhöhung der Reizbarkeit, zu jenem Zustand, den wir als reizbare Schwäche bezeichnen und der dann endlich bei Fortdauer der einwirkenden Reizmomente in die Erschöpfung,

in die Abschwächung aller funktionellen Leistungen, übergeht. Die grössere oder geringere Schnelligkeit, mit welcher diese Zustandsveränderungen sich im einzelnen Falle ausbilden, hängt natürlich ganz von der individuellen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit ab.

Das sind ungefähr die Gesichtspunkte, von denen aus sich die prädisponirende Wirkung geistiger und gemüthlicher Ueberanstrengung auffassen lässt. Die nächste Folge solcher fortgesetzter Schädlichkeiten ist regelmässig eine Erhöhung der psychischen Reizbarkeit, Zerstreutheit, Schlaflosigkeit, vielfache Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichtes, im weiteren Verlaufe dagegen Erschöpfung, Unfähigkeit zu geistiger Anstrengung, intensives Ruhebedürfniss und Apathie. Diese Störungen, deren raschen Ablauf ein Jeder an sich gelegentlich beobachten kann, wenn irgend eine Situation erhöhte Anforderungen an seine psychischen Leistungen stellt (Examen), entwickeln sich zu dauernden Zustandsveränderungen dort, wo die Kausalmomente immer von Neuem auf das Individuum einwirken, oder dort, wo der Organismus von vornherein nicht die genügende Elasticität besitzt, um die schädigenden Einflüsse in der Ruhe rasch und erfolgreich ausgleichen zu können. Die fortschreitende Abnahme der psychischen Widerstandsfähigkeit haben wir besonders schon bei Gelegenheit der psychischen Wirkungen des Alkoholismus, Morphinismus und der Onanie zu berühren gehabt. Wir sahen, wie der stete erfolglose Kampf mit der wachsenden Leidenschaft, die immer wiederholte Hingabe an diese letztere, die sittliche Kraft des Individuums rettungslos vernichtet und nach einer anfänglichen Erhöhung der gemüthlichen Reizbarkeit schliesslich völlige Apathie und Torpidität auf dem Gebiete des Gefühlslebens heraufführt.

## B. Innere Ursachen (Prädisposition).

Wir stehen somit hier bereits auf jenem zweiten grossen Gebiete der ätiologischen Forschung, welches sich mit denjenigen Ursachen des Irreseins beschäftigt, die in der Per-

sönlichkeit des Erkrankten selbst gelegen sind. Der Versuch, ein vollständiges Verständniss für die Entstehung der einzelnen Erkrankung zu gewinnen, weist uns zurück auf die gesammte Entwicklungsgeschichte der vorliegenden psychischen Persönlichkeit und führt uns zu dem Studium aller jener inneren und äusserlichen Einwirkungen, welche an der eigenartigen Ausprägung derselben mitgearbeitet haben. Der Uebersichtlichkeit wegen pflegt man diese Einflüsse in zwei grosse Kategorien abzutrennen, in allgemeine und individuelle, je nachdem sie sich auf bestimmte sociale Gruppen von Individuen insgesamt erstrecken, oder je nachdem sie nur einzelne Mitglieder derselben betreffen und somit diesen letzteren eine Sonderstellung gegenüber ihrer Umgebung verleihen.

### 1. Allgemeine Prädisposition.

Zwei verschiedenartige Faktoren sind es, die man zu meist unter der Rubrik der allgemein prädisponirenden Ursachen zusammenfasst, nämlich einmal die Herabsetzung der psychischen und somatischen Widerstandsfähigkeit, wie sie durch die besondere Organisation oder die besonderen Lebensverhältnisse einer Gruppe von Individuen bedingt wird, dann aber auch die von den gleichen Umständen abhängige grössere oder geringere Häufigkeit der äusseren Ursachen psychischer Erkrankung.

**Lebensalter.** Von den anthropologischen Faktoren, welche die Entwicklung der psychischen Individualität entscheidend beeinflussen, sind die wichtigsten das Lebensalter und das Geschlecht. Das Gehirn des Neugeborenen ist in gewisser Beziehung tabula rasa; es ist wol die Organisation vorhanden, welche dasselbe zu seinen späteren complicirten Leistungen befähigt, und es bestehen gewiss auch Dispositionen, welche die Entwicklung dieser Leistungen in eine bestimmte Bahn zwingen, aber der Inhalt des Bewusstseins ist noch äusserst dürftig, die Verknüpfung der einzelnen psychischen Phänomene unvollkommen und die Reproduktionsfähigkeit in Folge dessen überaus beschränkt: es besteht noch keine konstante, den Bewusstseinsinhalt und die

Triebbewegungen beherrschende, von der Aussenwelt abgegrenzte psychische Persönlichkeit.

Allerdings wird dieser Mangel sehr rasch ausgeglichen durch die enorme Leichtigkeit, mit der sich im kindlichen Gehirn jene funktionellen Verbindungen ausbilden, die wir als die Grundlage der psychischen Vorgänge anzusehen pflegen. Indessen dieses Verhalten schliesst zugleich eine Gefahr für das psychische Leben des Kindes in sich. Die Möglichkeit einer so raschen Bereicherung des Bewusstseinsinhaltes beruht nämlich auf einer grösseren Impressionabilität und hat somit auch eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen äussere Eindrücke zur Folge. Die grössere Erregbarkeit des Interesses geht naturgemäss auch mit einer leichteren Ablenkbarkeit und Zerstreutheit desselben einher. Die Leichtigkeit, mit der sich die Vorstellungen an einander knüpfen, bringt einen Hang zu phantastischer Auffassung und „märchenhafter Belebung“ der Aussenwelt mit sich. Dazu gesellt sich eine grosse Labilität der Stimmungen und Affekte und die Neigung zu raschem, unüberlegtem Handeln. Physiologisch drückt sich diese Eigenthümlichkeit des Kindesalters, wie wir durch Soltmann's schöne Untersuchungen wissen, in der geringeren Ausbildung der hemmenden Einflüsse im Nervensystem aus.

Man sollte daher erwarten, dass diese geringere Widerstandsfähigkeit des kindlichen Gehirns, wie sie auch im psychischen Leben hervortritt, eine entschiedene Disposition zu geistiger Erkrankung involvire. In der That spricht für diese Ansicht die tägliche Beobachtung, indem sie uns zeigt, wie gewisse Kausalmomente, die der Erwachsene ohne Störung erträgt, z. B. leichte febrile Temperatursteigerungen, im Kindesalter alsbald ausgeprägte Bewusstseinsalterationen herbeizuführen pflegen. Allein die Energie der Lebensvorgänge und die Elasticität der kindlichen Konstitution ermöglichen gerade in diesem Alter offenbar einen rascheren und vollständigeren Ausgleich der Störungen, so dass die Dauer derselben, wenn nicht Unheilbarkeit eintritt, in der Regel nur eine kurze zu sein pflegt. Sie entgehen auf diese Weise meist der psychiatrischen Statistik. Dazu kommt, dass eine grosse Zahl jener Kausalmomente, die im

Laufe des späteren Lebens als die wichtigsten Ursachen des Irreseins angesehen werden müssen (Sorgen und Ueberanstrengung, Geschlechtsleben, Excesse mit ihren Folgen), im Kindesalter so gut wie ausgeschlossen sind. Trotz der entschieden grösseren Disposition sind daher psychische Störungen nach der Angabe aller Autoren in den ersten Lebensjahren verhältnissmässig selten\*); alle genauen Zahlenangaben verbieten sich wegen der unsicheren statistischen Grundlagen von selbst.

Für die richtige Würdigung dieser Verhältnisse ist indessen noch ein weiterer Umstand in Betracht zu ziehen, nämlich die symptomatische Form der Kinderpsychosen. Der Mangel einer geschlossenen psychischen Persönlichkeit und die geringe Ausbildung der höheren intellektuellen Funktionen machen es begreiflich, dass einmal solche Krankheitsbilder im Kindesalter nicht zur Entwicklung gelangen können, welche ihrem Wesen nach eine allmähliche Umwandlung eben der psychischen Individualität bedeuten, und dass andererseits gerade hier, sobald die Störung einmal eine tiefergreifende geworden ist, ein gänzlicher Verfall der psychischen Funktionen sehr rasch eintreten muss, wo beim Erwachsenen der Erwerb der gesunden Vergangenheit noch lange den krankhaften Defekt der momentanen psychischen Leistungsfähigkeit wenigstens theilweise zu verdecken vermag. So lange wir beim Kinde in der ersten Lebenszeit überhaupt noch nicht von einer eigentlichen psychischen Thätigkeit sprechen können, so lange werden wir auch keine Beeinträchtigungen derselben symptomatisch aufzufassen vermögen; die Psychopathologie fällt hier mehr oder weniger mit der Hirnpathologie zusammen und hat höchstens triebartige Aufregungszustände als psychische Begleiterscheinungen der Hirnerkrankungen zu verzeichnen.

Auch im späteren Kindesalter sind es fast ausschliesslich Störungen des affektiven Lebens, (ängstliche oder maniakalische Erregung, Stupor) oder ganz elementare Alterationen des Vorstellungsverlaufes (Delirien, Ideenflucht),

\*) v. Rinecker, Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie, XXXII.

aus denen sich die psychopathischen Krankheitsbilder zusammensetzen. Sinnestäuschungen und vereinzelte Wahnideen sind ebenfalls häufig, aber wirkliche Systematisierung derselben, wie in der Verrücktheit, überaus selten. Auf der anderen Seite muss natürlich jede Entwicklungshemmung des Gehirns, wie sie durch fötale Erkrankungen bedingt wird, und ebenso jede dauernde tiefere Beeinträchtigung seiner Funktionen gerade hier das klinische Bild des Blödsinns und Schwachsinnns in seinen verschiedenen Graden, wie es symptomatisch durch die Entwicklungsstufe jedes Neugeborenen repräsentirt wird, zu einem dauernden Zustande werden lassen. Der geringen Zahl eigentlicher psychopathischer Krankheitsprocesse im Kindesalter entspricht daher ein ausgedehntes Kontingent von Fällen angeborener oder in den ersten Lebensjahren erworbener psychischer Schwäche.

Mit der fortschreitenden Ausbildung der psychischen Individualität und mit dem gleichzeitigen Hervortreten mannigfacher neuer Kausalmomente nimmt die Häufigkeit und symptomatologische Reichhaltigkeit der Geistesstörungen allmählich zu. Namentlich die Pubertätsperiode mit ihren mächtigen Umwälzungen auf physischem und psychischem Gebiete, sowie mit den gesteigerten Anforderungen an die Arbeitskraft des Individuums ist es, die hier eine bedeutsame Rolle spielt. Die eigenthümlichen Stimmungsanomalien dieser Zeit (erhöhte Reizbarkeit, Neigung zur Schwärmerei und Sentimentalität) können sich zu ausgeprägten melancholischen oder exaltativen Krankheitsformen entwickeln; die unbestimmten triebartigen, der Sexualsphäre entstammenden Gefühle geben den günstigen Boden ab für masturbatorische Aufregungen und allerlei impulsive Akte, während gleichzeitig gerade in diesem Alter der massgebende Einfluss jener individuellen Anlagen, durch welche die Ausbildung des persönlichen Charakters und der persönlichen Lebensauffassung bestimmt wird, stärker hervortreten beginnt. In den kleinen Konflikten und Stürmen dieses Alters macht sich schon jetzt die triebartige Heftigkeit der Affekte, die leichte Bestimmbarkeit des Handelns, oder die Gleichgültigkeit eines phlegmatischen Egoismus gel-

tend, als Zeichen innerer Haltlosigkeit oder Gemüthsstumpfheit. Auch hier überwiegen noch durchaus die affektiven Formen des Irreseins; die bisweilen begleitenden intellektuellen Störungen kündigen sich aber schon als die ersten Spuren jener tiefgreifenden Krankheitsprocesse an, welche im weiteren Verlaufe eine fundamentale Verfälschung des gesammten Bewusstseinsinhaltes herbeiführen.

Die nächste Periode umfasst das Alter der Jugendblüthe, bis etwa zum 25. Lebensjahre. Die in der Pubertätszeit angebahnte Entwicklung des Intellectes und des Charakters schreitet fort, um allmählich zu einem gewissen Abschlusse zu gelangen. Noch immer besteht eine grössere Impressionabilität, ein lebhafteres und unbeständigeres Gefühlsleben, eine leichte Bestimmbarkeit der Handlungen durch äussere Einflüsse, zugleich aber auch eine gewisse Elasticität, die dem Individuum über widrige Erfahrungen vielfach leichter hinweghilft, als in einem späteren Lebensalter. Eine Reihe von Schädlichkeiten beginnen jetzt mit der grösseren Selbständigkeit der Lebensstellung und den erhöhten Anforderungen an die intellektuellen und moralischen Kräfte ihre Wirksamkeit zu entfalten; die Unzulänglichkeit der individuellen Anlage tritt daher nunmehr eklatanter hervor, wenn sie so lange in den wenig exponirten Verhältnissen des Kindesalters unbemerkt geblieben war. Jene psychischen Invaliden, die dem Kampfe ums Dasein nicht gewachsen sind, scheiden sich durch die eigenthümliche Art ihrer Reaktion auf die Lebensreize, durch die pathologische Entwicklung ihrer Vorstellungskreise und ihrer Gefühle, von den „rüstigen“ Individuen ab. Ein häufig bei derartigen Personen auftretendes Krankheitsbild ist von Kahlbaum und Hecker\*) als Hebephrenie beschrieben worden; dasselbe ist durch den Wechsel oberflächlicher emotiver Zustände, bizarre, phantastische Wahnideen, excentrisches, unberechenbares, affektirtes Handeln und den raschen Uebergang in unheilbaren Schwachsinn charakterisirt. Im Uebrigen können so ziemlich alle symptomatischen Formen der Psychosen in diesem Lebensalter zur

\*) Hecker, Virchow's Archiv LII, p. 394.

Beobachtung kommen; es überwiegen jedoch die affektiven Störungen.

Die grösste statistische Häufigkeit der psychischen Erkrankungen fällt in die Zeit der vollen Kraftentfaltung vom 25. bis zum 50. Lebensjahre. Sicherlich ist nicht die besondere Prädisposition der entwickelten physischen und psychischen Persönlichkeit, sondern lediglich die Zahl der von Aussen auf dieselbe einstürmenden Krankheitsursachen als der Grund dieses Verhaltens anzusehen. Die Widerstandsfähigkeit ist in diesem Alter zweifellos am grössten, aber die Schädlichkeiten sind in rascherer Progression angewachsen, als jene. Die Schwierigkeiten der Lebensführung vergrössern sich mit der zunehmenden Selbständigkeit und der Sorge um Weib und Kind; aus der weiter reichenden Verantwortlichkeit entspringen ernstere Konflikte und Sorgen; die höher gespannten Hoffnungen bringen Enttäuschungen mit sich, und die dauernde Anspannung aller physischen und geistigen Kräfte im Daseinskampfe wird nicht lange ohne Ermüdung und Erschöpfung ertragen. Dazu gesellen sich die vielfachen körperlichen Erkrankungen, denen die rücksichtslose Arbeit das Individuum aussetzt, die verhängnisvollen Phasen des Geschlechtslebens beim Weibe und — last, not least — die verderbliche Wirkung der Excesse in Baccho et Venere (Syphilis!). Die verschiedensten ätiologischen und symptomatischen Gruppen des Irreseins gewinnen daher in diesem Alter ihre weiteste Verbreitung; als einigermassen charakteristisch darf für dasselbe besonders die allgemeine Paralyse angesehen werden; auch die primäre Verrücktheit, jene Erkrankungsform, in der sich die Unzulänglichkeit der natürlichen Anlage gegenüber den Anforderungen des Lebens dokumentirt, tritt hier besonders in den Vordergrund.

Mit der Abnahme der psychischen Leistungen und der Impressionabilität, wie sie den späteren Altersklassen eigenthümlich ist, sinkt auch die Häufigkeit der psychischen Erkrankungen. Der Gesichtskreis verengt sich, die Reproduktions- und Kombinationsfähigkeit nimmt ab, das Gefühlsleben verodet und zieht sich auf das Gebiet der unmittelbarsten egoistischen Interessen zurück. Gerade diese mehr

oder weniger ausgesprochene Stumpfheit ist es, welche den Greis im Allgemeinen weniger empfänglich gegen psychische Schädlichkeiten macht und ihn vor excessiven Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichtes bewahrt. Zudem ist dieses Lebensalter ja gewissermassen bereits „durchseucht“; die grosse Mehrzahl der psychischen Invaliden sind bereits früher den verderblichen Einflüssen krankmachender Momente unterlegen. Andererseits hat nicht selten die aufreibende Arbeit des Lebens hier eine neue, erworbene Prädisposition geschaffen, indem sie die Widerstandsfähigkeit des verbrauchten, auch körperlich erschöpften Individuums untergraben hat. Von Wichtigkeit sind nach dieser Richtung hin namentlich auch die somatischen Veränderungen, welche sich in dieser Periode vollziehen, das Klimakterium der Frauen, die Atheromatose der Gefässe, die Involutionvorgänge im Nervensysteme und in den verschiedensten Organen. Wenn daher auch einerseits die psychische Empfänglichkeit beim Greise abgenommen hat und andererseits die meisten jener Krankheitsursachen, welche die kräftigen Lebensalter bedrohen, hier wegzufallen pflegen, so birgt doch schon der normale Gang der Ereignisse eine Reihe von Gefahren für die psychische Integrität des Individuums in sich, denen bis zu einem gewissen Grade ein Jeder unterliegen muss. Der gemeinsame Grundzug aller senilen Psychosen ist die Schwäche, die Unzulänglichkeit der psychischen Leistungen. Abnahme des Gedächtnisses, Unfähigkeit zu intellektueller Erfassung und Verarbeitung neuer Eindrücke, Verwirrtheit und Zerfahrenheit, Oberflächlichkeit der Affekte, läppisches, kindisches Gebahren, dabei Neigung zu rascher Verblödung sind die hervorstechendsten Züge der hierher gehörigen Krankheitsbilder. Bemerkenswerth ist dabei die Häufigkeit von Gehirnsymptomen, Schwindel, apoplektiformen Anfällen, konvulsiven und Lähmungserscheinungen.

**Geschlecht.** Die Frage nach der Disposition der beiden Geschlechter zu psychischer Erkrankung ist auf Grund statistischer Erhebungen vielfach verschieden beantwortet worden. Ohne weiteres Eingehen auf die Würdigung der Fehlerquellen jener Methode sei hier nur bemerkt, dass

die statistische Häufigkeit des Irreseins im Allgemeinen keine erheblichen und sicheren Differenzen zwischen beiden Geschlechtern erkennen lässt. In Wirklichkeit dürfte es kaum zweifelhaft sein, dass das Weib mit seiner zarteren Organisation, mit der geringeren Ausbildung der intellektuellen Funktionen und dem stärkeren Hervortreten des Gefühlslebens eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen die physischen und psychischen Ursachen des Irreseins besitzt, als der Mann. Allein die Bedeutung dieser Prädisposition für die wirkliche Häufigkeit psychischer Erkrankungen wird ausgeglichen durch die relativ geschützte Stellung, die das Weib dem unvergleichlich mehr exponirten Manne gegenüber einnimmt. Alle jene Schädlichkeiten, die der Kampf ums Dasein mit sich bringt, treffen in erster Linie und vorwiegend den Mann, dem die Sorge für die Familie obliegt, wenn auch die Mühsalen des Lebensunterhaltes für das unverheirathete Weib vielfach weit grösser sein mögen. Ferner ist vor Allem auf die Wirkung der Excesse nach den verschiedensten Richtungen hinzuweisen, Gefahren, denen ganz vorzugsweise der Mann wegen der socialen und ökonomischen Unabhängigkeit seiner Stellung ausgesetzt ist, während das Weib, durch Erziehung und Sitte gebunden, stets ein eintönigeres, regelmässigeres und ruhigeres Leben zu führen gezwungen ist. Wo dieser Zwang einmal durchbrochen und der Leidenschaftlichkeit der weiblichen Individualität freier Spielraum gegeben ist, bei Prostituirten, sehen wir daher sofort die geringere Widerstandsfähigkeit des weiblichen Geschlechtes in erschreckenden Procentsätzen des Irreseins und der Selbstmorde zum Ausdruck gelangen.\*)

Die besondere Aetiologie der weiblichen Psychosen wird durchaus beherrscht durch die Zustände des Genitalapparates. Die Bedeutung der Sexualerkrankungen, der Schwangerschaft, des Wochenbettes, der Laktation ist schon früher berührt worden; hier sei nur noch des Klimakteriums gedacht. Die mannigfachen Umwälzungen und Störungen dieser Periode führen nicht selten psychische Alterationen herbei, die in mancher Hinsicht (Schwäche) Aehnlichkeit mit

---

\*) v. Oettingen, Moralstatistik. 3. Auflage, 1882.

den eigentlichen senilen Erkrankungen darbieten. Erotische Erregung, Eifersuchtsideen, ferner absurder Verfolgungs- oder Versündigungswahn kommen dabei relativ häufig zur Beobachtung.

Den Verschiedenheiten in den ätiologischen Verhältnissen bei beiden Geschlechtern entspricht auch das Vorkommen der einzelnen Krankheitsformen bei ihnen. Die Dementia paralytica, die alkoholischen Psychosen, die primäre Verrücktheit mit ihrer vorzugsweise intellektuellen Störung überwiegen beim männlichen Geschlechte, während dem weiblichen die grosse Kategorie der hysterischen Alienationen eigenthümlich ist; auch chronische Melancholien sind hier verhältnissmässig häufig.

**Race und Nationalität.** Sehr wenig Sicheres lässt sich bei dem jetzigen Stande der Statistik und der grossen Komplikation der Frage über den prädisponirenden Einfluss der Race und Nationalität aussagen. Man kann eben nicht ermitteln, wie weit die sich herausstellenden statistischen Differenzen nicht vielmehr durch die socialen und klimatischen Unterschiede bedingt sind. Diese Fehlerquelle fällt nur dort aus, wo verschiedene Racen unter annähernd gleichen Lebensbedingungen zusammenwohnen. So scheint sich für die Juden in der That eine grössere Neigung zu psychischen und nervösen Erkrankungen zu ergeben.

**Kultur.** Von den socialen Verhältnissen ist es namentlich die Höhe der allgemeinen Kulturentwicklung, die man als die Ursache einer grösseren Häufigkeit des Irreseins angeschuldigt hat. Es kann allerdings wol nicht in Abrede gestellt werden, dass die rapide Zunahme der Geisteskranken, welche uns periodische Zählungen erkennen lassen, nur zum Theil eine scheinbare, durch die grössere Sorgfältigkeit der Erhebungen bedingte, ist, und dass die wirkliche Zunahme eine raschere Progression aufweist, als das allgemeine Anwachsen der Bevölkerung. Dieses Verhalten wird treffend illustriert einmal durch die ebenfalls unzweifelhafte Steigerung der Selbstmordfrequenz, dann aber durch den eigenthümlichen Gegensatz, der sich zwischen Stadt- und Landbevölkerung herausstellt. Gerade die grossen Städte mit ihren erhöhten Anforderungen an die intellektuelle und

moralische Kraft des Einzelnen, mit ihrer Erschwerung der Lebensbedingungen und ihren mannigfachen Verführungen zu Excessen aller Art sind es, welche bei Weitem das grösste Kontingent zu der raschen Vermehrung der Geisteskrankheiten und des Selbstmordes abgeben. Je intensiver und verwickelter sich die Konkurrenz der Individuen und der Lebensinteressen gestaltet, desto grösser ist der Procentsatz Jener, die den gesteigerten Ansprüchen nicht gewachsen sind und in dem friedlichen Kampfe invalide werden. Nicht etwa die grössere „Immoralität“ oder „materialistischere Richtung“ der allgemeinen Bestrebungen, die sicherlich in den Massen niemals viel „moralischer“ oder „idealistischer“ gewesen sind, als heute, darf man für die Zunahme des Irreseins verantwortlich machen, sondern dieselbe ist eine nothwendige Folge unserer rasch fortschreitenden Entwicklung, und sie beruht insofern sogar theilweise auf einem stärkeren Hervortreten echter Humanität, als diese das Loos der unglücklichen Kranken zu verbessern und selbst das invalide Leben derselben so lange wie möglich zu erhalten sucht.

**Beruf.** Die Prädisposition einzelner Berufsarten zum Irresein ist natürlich zumeist nur in der grösseren Häufigkeit und Intensität der mit ihnen verknüpften Schädlichkeiten begründet; höchstens könnte man aus der Wahl mancher künstlerischer Berufsarten, z. B. des dichterischen und schauspielerischen, einen bisweilen zutreffenden Rückschluss auf die grössere psychische Impressionabilität des Individuums machen. Auch die Berufslosigkeit (Vagabunden, Gewohnheitsverbrecher u. s. f.) dürfte vielfach eine ähnliche Deutung (unvollkommene oder abnorme Entwicklung des Charakters) zulassen. Im Uebrigen aber sind es entweder psychische oder körperliche Ursachen, welche, an eine bestimmte Art der Lebensführung sich knüpfend, eine grössere Häufigkeit der psychischen Erkrankung zur Folge haben. Intellektuelle Ueberanstrengung kann bei Gelehrten oder im jugendlichen Alter bei Schülern prädisponirend wirken oder auf anderweitig vorbereitetem Boden dem Ausbruche des Irreseins Vorschub leisten; gemüthliche Erregungen spielen bei Militärs, bei Börsenmännern, bei Künstlern, bei Gouvernanten ihre verderbliche Rolle. Matrosen, Schankwirth, Prostituirte sind dem

Einflüsse aufreibender Excesse, besonders in Alcoholicis, ausgesetzt, während der Fluch der Noth, der Entbehrung, der Nahrungssorgen hauptsächlich die handarbeitenden Massen der Bevölkerung drückt. Körperliche Ueberanstrengung, Strapazen, Aufregung, Schlaflosigkeit sind die Schädlichkeiten, welche der Krieg mit sich bringt; im Verein mit den beständigen Erschütterungen des Fahrens treffen sie den Eisenbahnbediensteten. Wärmebestrahlung, Kopfverletzungen, Vergiftungen verschiedener Art (Blei, Quecksilber) sind weitere Gelegenheitsursachen, denen wieder andere Berufsarten vorzugsweise exponirt zu sein pflegen. Der symptomatische Ausdruck dieser Berufsprädisposition wird natürlich wesentlich durch die besondere Art der vorherrschenden Ursachen bestimmt; wir können daher in dieser Beziehung auf die frühere Besprechung der betreffenden ätiologischen Verhältnisse zurückverweisen.

**Civilstand.** In ähnlichem Sinne, wie der Einfluss des Berufslebens, ist derjenige des Civilstandes auf die Häufigkeit des Irreseins zu beurtheilen. Allerdings ist ja die Ehelosigkeit in einer grossen Zahl von Fällen bereits die Folge von unvollkommener psychischer Entwicklung, allein der Hauptsache nach dürften die bestehenden statistischen Differenzen auf die grössere oder geringere Häufung von Schädlichkeiten in den einzelnen Formen des Civilstandes zu beziehen sein. Es scheint in der That, dass die Ehe trotz der namentlich für das weibliche Geschlecht aus dem Fortpflanzungsgeschäfte erwachsenden Gefahren, trotz der Sorgen, die sie mit sich bringt, dennoch wegen der grösseren Befriedigung und Sicherheit des gemeinschaftlichen Lebens und auch wol wegen des relativen Schutzes vor Excessen, den sie gewährt, ein beträchtlich geringeres Kontingent zur Zahl der Geisteskranken stellt, als der ledige Stand. Noch mehr exponirt, als die Unverheiratheten, scheinen die Verwitweten und Geschiedenen zu sein; haben sie doch häufig fast alle Sorgen und Gefahren der Ehe zu tragen, ohne deren schützende und sichernde Wirkungen zu geniessen.

**Politische und religiöse Bewegungen.** Von den socialen Faktoren ist endlich noch der politischen, religiösen u. dergl. Stürme zu gedenken, welche gelegentlich die Massen

in stärkere Erregung versetzen. Die wirkliche ätiologische Bedeutung derartiger Momente ist wol häufig überschätzt worden, da dieselben zwar den Vorstellungsinhalt der Erkrankten, weit weniger aber das Zustandekommen der Krankheit selber beeinflussen dürften. Sicherlich sind die socialen, politischen, religiösen Missstände mit ihren Folgen, aus denen derartige Bewegungen herauszuwachsen pflegen, weit bedeutendere prädisponirende Ursachen des Irreseins, als jene Reaktionsbestrebungen gegen die bestehenden Uebel.

**Kosmische und tellurische Einflüsse.** Ueber die prädisponirende Wirkung kosmischer und tellurischer Einflüsse liegen bisher noch keine sicheren Daten vor, wenn sich auch nach Analogien anderweitiger Erfahrungen über die Häufigkeit der Verbrechen und der Selbstmorde einige allgemeine Beziehungen der psychischen Morbilität zu den Jahreszeiten und zum Klima erwarten liessen. Es scheint allerdings schon jetzt, dass frische Aufregungszustände im Sommer häufiger zur Entwicklung kommen, als im Winter. Ferner unterliegt die endemische Natur des Kretinismus keinem Zweifel, wenn auch die Rolle etwaiger tellurischer Einflüsse für seine Entwicklung noch nicht genügend klargelegt ist.

## 2. Individuelle Prädisposition.

Wenn uns die bisherige Betrachtung gezeigt hat, wie den verschiedenen Gruppen von Individuen entweder nach ihrer allgemeinen Anlage eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen schädigende Einflüsse zukommt, oder wie sie nach ihrer eigenthümlichen Organisation und den besonderen Lebensverhältnissen einer grösseren oder geringeren Zahl von Gefahren ausgesetzt sind, so werden uns die analogen Gesichtspunkte einen Einblick in das zweifache Wesen jener vielgestaltigen ätiologischen Faktoren verschaffen, die man unter dem Namen der individuellen Prädisposition zusammenzufassen pflegt.

**Erblichkeit.** Die Analyse der einzelnen Persönlichkeit weist uns auf die Entstehung derselben und damit über das individuelle Leben hinaus auf dasjenige der Erzeuger zurück,

welches uns über die erste und wichtigste Frage Aufschluss zu geben hat, über die Frage nach dem Einflusse der Erbllichkeit. Die Bedeutung dieses Momentes in der Pathogenese psychischer Krankheiten ist jederzeit und von allen Irrenärzten auf das Einmüthigste betont worden, so sehr auch bei den naheliegenden Fehlerquellen einer Statistik über diesen Punkt die Zahlenangaben im Einzelnen auseinandergehen\*) (von 4 bis 90<sup>0</sup>/<sub>100</sub>). Der Grund für diese enormen Differenzen liegt hauptsächlich in der verschiedenen Fassung des Begriffes der Erbllichkeit, in der grösseren oder geringeren Genauigkeit der Anamnese und in der Besonderheit des verarbeiteten Krankenmaterials. Wenn man berücksichtigt, dass nicht nur eigentliche Psychosen, sondern eine Reihe von verwandten Zuständen, Alkoholismus, Neurosen, auffallende Charaktere, verbrecherische Neigungen u. dergl. als Erscheinungsformen neuropathischer Disposition angesehen und somit bei der Feststellung hereditärer Verhältnisse in Rechnung gebracht werden müssen, so ergibt sich, dass im Mittel bei 30 bis 40<sup>0</sup>/<sub>100</sub> aller psychisch Erkrankten unter den nächsten Anverwandten das Bestehen derartiger Abnormitäten sich nachweisen lässt. Für die Würdigung dieses rein statistischen Resultates ist es indessen sehr wichtig, zu bedenken, dass einmal das Zusammentreffen psychopathischer Züge bei Gliedern derselben Familie noch keinen nothwendigen hereditären Kausalzusammenhang zwischen diesen Symptomen erweist, und dass uns ferner gänzlich der statistische Nachweis für die Häufigkeit einer derartigen erblichen Disposition bei der grossen Masse nicht geisteskranker Individuen mangelt. Müssen wir somit jene Zahlenangaben lediglich als empirische Daten ansehen, ohne in ihnen zunächst den exakten Ausdruck eines „Gesetzes“ zu erblicken, so steht dennoch die allgemeine Thatsache von der hohen Bedeutung der Heredität in der Aetiologie der Psychosen über allem Zweifel fest, so wenig wir uns auch von dem tieferen Zusammenhange der Vorgänge hier eine irgendwie genügende Vorstellung machen können.

\*) Legrand du Saulle, Die erbliche Geistesstörung, übersetzt von Stark, 1874. Weitere Literatur bei Emminghaus, Allgem. Psychopathologie p. 315.

Wie die Erfahrung lehrt, kann die Erblichkeit entweder eine direkte, von den Eltern ausgehende, oder eine indirekte sein. Im letzteren Falle lässt sich wieder die atavistische, von den Grosseltern hergeleitete, und die collaterale unterscheiden, die sich auf psychopathische Zustände in einer Seitenlinie (Onkel, Grosstante, Vetter u. s. f.) zurückbezieht. Am intensivsten wirkt sicherlich die direkte Heredität, namentlich wenn beide Eltern (cumulative Vererbung) und wenn sie schon bei der Zeugung des Kindes geisteskrank waren. Auf die weiblichen Familienglieder scheint die Vererbung leichter zu geschehen, als auf männliche; die Frage, ob der väterliche oder der mütterliche Einfluss nach dieser Richtung hin höher anzuschlagen sei, ist in verschiedenem Sinne beantwortet worden.

Die Wirkung der Erblichkeit bietet je nach ihrer Intensität gewisse symptomatische Differenzen dar. Wo die hereditären Einflüsse sich häufen, wie das namentlich durch Verwandtschaftsheirathen in neuropathisch disponirten Familien der Fall zu sein scheint, da entsteht eine „organische Belastung“, da treten bei der Descendenz die schwereren Formen psychischer Entartung hervor. Morel giebt für diese progressive erbliche Degeneration das folgende allgemeine Schema: 1. Generation: nervöses Temperament, sittliche Depravation, Excesse. 2. Generation: Neigung zu Apoplexien und schweren Neurosen, Alkoholismus. 3. Generation: psychische Störungen, Selbstmord, intellektuelle Unfähigkeit. 4. Generation: angeborene Blödsinnsformen, Missbildungen, Entwicklungshemmungen. Es führt also diese Art der Züchtung von selbst mit Nothwendigkeit den Untergang des degenerirten Geschlechtes herbei. Ein anderes Bild der Entwicklung bietet sich uns dort, wo durch Vermischung mit gesundem Blute die Entartung hintangehalten wird. Hier sind es nicht eigentlich pathologische Zustände mehr, die vererbt werden, sondern lediglich Dispositionen, eine grössere Labilität des psychischen Gleichgewichts, eine geringere Widerstandsfähigkeit des psychischen Organismus, die erst dann zur Erkrankung führen, wenn ungünstige Einflüsse auf dem Boden der hereditären Anlage ihre verderbliche Wirksamkeit entfalten. Unter solchen Umständen pfl egt

daher schon in relativ frühem Lebensalter das Irresein zum Ausbruche zu kommen.

Die symptomatische Form wie der Verlauf der psychischen Störung wiederholen in einzelnen Fällen mit grösster Treue das Krankheitsbild des Vorfahren, von dem sich die Vererbung herleitet (gleichartige Vererbung). Mehrere Generationen können auf diese Weise successive mit Selbstmord endigen, oder es kann bei gleichen Anlässen, im gleichen Lebensalter, derselbe Symptomenkomplex bei Descendenten und Ascendenten zur Entwicklung gelangen. Weit häufiger ist indessen eine Transformation der Vererbung, die sich in der allermannigfaltigsten Weise vollziehen kann. Alle jene oben genannten Erscheinungsformen der neuropathischen und psychopathischen Konstitution treten als Glieder derselben hereditären Kette neben einander auf. Die pathologische Grundlage ist allen gemeinsam, während die Ausbildung der Anomalien im Einzelnen durch verschiedenartige accidentelle Momente bestimmt zu werden scheint. Am leichtesten verständlich ist dieses Verhalten dort, wo eben überhaupt nur eine krankhafte Anlage zur Vererbung kommt und wo die Einflüsse des individuellen Lebens erst für die Weiterentwicklung derselben massgebend werden.

Gleichwol hat man vielfach gewisse allgemeine psychopathische Züge als charakteristisch für die hereditären Psychosen hingestellt, namentlich die Mischung ausgeprägter Krankheitssymptome mit relativ normalen psychischen Leistungen, ferner die rasche Ausbildung und das rasche Verschwinden sehr entwickelter Krankheitsbilder und Wahnsysteme, endlich die Neigung zu periodischem und namentlich circulärem Verlaufe. Ohne Zweifel sind die genannten Erscheinungen bei Hereditariern häufiger als sonst, aber sie dürfen wol nur insofern als specifisch gelten, als sie eben Degenerationszeichen sind und als wir ja gerade in der erblichen Uebertragung eine überaus wichtige Ursache der psychischen Entartung kennen gelernt haben.

Eine weit geringere pathognomonische Bedeutung kann natürlich jenen körperlichen Abnormitäten (*stigmata hereditatis*) beigemessen werden, die sich als Symptome von Entwicklungshemmungen mit einer gewissen Häufigkeit bei

erblich belasteten Individuen vorfinden. Dahin gehören Verbildungen des Schädels, der Zähne, der Ohren, Innervationsanomalien, mangelhafte Ausbildung der Genitalien u. ähnl. Das Zusammentreffen derartiger Erscheinungen mit psychischer Entartung hat gewiss ein nicht unbedeutendes theoretisches Interesse; für die praktische Beurtheilung des einzelnen Falles ist es wegen des Fehlens einer durchgreifenden Gesetzmässigkeit nahezu werthlos.

**Entwicklungsstörungen.** Fast gänzlich unbekannt ist bisher der Einfluss solcher Momente auf die Veranlagung des Individuums, welche, ohne hereditäre zu sein, die erste Zeit seiner Entwicklung betreffen, obgleich dieselben höchst wahrscheinlich bisweilen von sehr einschneidender Bedeutung werden. So scheint es, dass Berauschtigkeit während des Zeugungsaktes Epilepsie der Descendenten zur Folge haben, dass heftige Gemüthsbewegungen der Mutter während der Gravidität eine psychopathische Disposition des Kindes hervorrufen kann. Dass ferner allerlei somatische Momente, ungenügende Ernährung, hohes oder sehr jugendliches Alter der Eltern, endlich Krankheiten dieser letzteren oder des Fötus, für die Hirnentwicklung und somit auch für die psychische Anlage des Individuums eine grosse, wenn auch noch nicht im Einzelnen definirbare Wichtigkeit erlangen dürften, bedarf keiner weiteren Ausführung.

**Erziehung.** Unserem unmittelbaren Verständnisse leichter zugänglich ist der Einfluss der Erziehung auf die Entwicklung der psychischen Individualität. Die allgemeinen Aufgaben der Erziehung sind einmal die intellektuelle Ausbildung des Kindes, die dasselbe befähigt, Erfahrungsmaterial zu sammeln und zu verarbeiten, dann aber die Konstituierung eines konstanten, das Handeln nach einheitlichen sittlichen Grundsätzen dirigirenden Charakters. Nach beiden Richtungen hin kann die Pädagogik hinter den Anforderungen zurückbleiben, die der Kampf des Lebens an die Leistungs- und Widerstandsfähigkeit des socialen Individuums stellt. Vernachlässigung der Verstandesbildung giebt dasselbe allen Gefahren der Kritiklosigkeit und des Aberglaubens Preis und erschwert ihm die Ueberwindung jener Schwierigkeiten, welche die Erringung einer selbständigen Lebensstellung

bietet. Andererseits aber führt auch die Ueberanstrengung des jugendlichen Gehirns schwere Schädlichkeiten mit sich, indem sie dasselbe frühzeitig erschöpft und damit die volle Ausbildung desselben unmöglich macht. Behinderung der freien individuellen Entwicklung durch rigorose Strenge und Pedanterie macht den Menschen engherzig und verschlossen und erstickt im Keime jene gemüthlichen Regungen des Wohlwollens und der Humanität, von deren Intensität vor Allem die sittliche Ausbildung des Charakters abhängig ist. Verzärtelung endlich durch weichliche Nachgiebigkeit lässt die momentanen Launen und Begierden zur unbezwinglichen Herrschaft über das Handeln gelangen und verhindert dadurch die Entwicklung eines abgeschlossenen und konsequenten, fest in sich selbst gegründeten Charakters.

Den Einflüssen der Erziehung schliessen sich diejenigen der späteren Lebenserfahrungen an, bald korrigierend und veredelnd, bald zerrüttend und depravirend, was jene schuf. Alle die schon früher aufgezählten somatischen und psychischen Kausalmomente, Traumen, Krankheiten und Vergiftungen aller Art, Ueberanstrengungen, Gemüthsbewegungen, Excesse u. s. f., können hier, soweit sie nicht eine direkte psychische Erkrankung herbeiführen, modificirend und prädisponirend auf das Individuum einwirken.

**Grundlage der Prädisposition.** Es entsteht nun schliesslich die Frage, welcher Art denn eigentlich jene bisher immer nur ganz allgemein bezeichneten Zustandsveränderungen sind, deren Gesammtheit wir unter dem Namen der „Prädisposition“ zu psychischen Erkrankungen zusammengefasst haben. Leider ist es heute noch nicht möglich, tiefer in den Mechanismus dieser eigenthümlichen Erscheinungen einzudringen; nur so viel können wir mit Bestimmtheit sagen, dass das Wesen der Prädisposition in einer besonderen Art der Reaktion auf die Lebensreize gelegen ist, die wir vielleicht ganz allgemein als eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Organismus bezeichnen können. Jede äussere Einwirkung hat hier eine erheblichere Gleichgewichtsschwankung zur Folge, als unter normalen Verhältnissen, so dass Schädlichkeiten, die beim rüstigen Individuum ohne Weiteres ausgeglichen werden, auf prädisponirtem

Boden eine fortlaufende Reihe von Veränderungen hervorgerufen im Stande sind, welche auf das Empfindlichste in den Ablauf der Lebensvorgänge eingreifen.

Man kann sich demnach etwa vorstellen, dass die Prädisposition auf somatischem Gebiete, im Bereiche der Hirnfunktionen, durch eine erhöhte Reizbarkeit der gesammten Nervenmasse oder einzelner Theile derselben repräsentirt werde, durch eine Verminderung der Hemmungen, welche die Ausbreitung und das Anwachsen von Erregungszuständen allgemein oder in bestimmten Partien des Centralorganes erleichtert. Dafür spricht z. B. die Ausgiebigkeit und Nachhaltigkeit der Wirkungen, welche hier durch Affekte, durch kleine Alkoholdosen u. dergl. bisweilen hervorgebracht werden. Dass dabei namentlich auch dem vasomotorischen Nervensysteme eine bedeutsame Rolle durch häufige und ausgedehnte Cirkulationsalterationen zukomme, ist sehr wahrscheinlich. Nahe liegt es, einen derartigen Zustand der erhöhten Reizbarkeit mit Erschwerung des Ausgleiches von Gleichgewichtsschwankungen in eine gewisse Parallele zu setzen zu dem analogen Zustande der Asthenie, den man an peripheren Nerven beobachtet, wenn dieselben in Folge oft wiederholter Reizung ihre normale Reaktionsform verlieren und nun eben durch ein Stadium wachsender Erregbarkeit mit Abnahme der Hemmungen hindurch schliesslich in den Zustand der Erschöpfung, der sinkenden Reizbarkeit, übergehen.

Die psychischen Erscheinungen, die von prädisponirten Individuen dargeboten werden, lassen sich im Allgemeinen ebenfalls unter dem Gesichtspunkte einer Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit, einer erhöhten Impressionabilität gegen äussere Einwirkungen und Schädlichkeiten auffassen. Wir werden bei der Besprechung der angeborenen Schwächestände Gelegenheit haben, wenigstens die schwereren Formen dieser psychopathischen Prädisposition nach ihren Symptomen auf den einzelnen Gebieten des Seelenlebens kurz zu schildern.

## II. Allgemeine Symptomatologie.

Die Summe aller krankhaften Funktionsstörungen im Centralorgane unseres Bewusstseins bezeichnen wir als die Symptome des Irreseins. Von denselben haben für die allgemeine Betrachtung hier ein unmittelbares Interesse nur diejenigen, welche uns als psychische Veränderungen entgentreten. Die verschiedenen somatischen Krankheitserscheinungen, nervöse Reizungs- und Lähmungssymptome aller Art, vasomotorische, trophische etc. Störungen, gehören dem Gebiete der Hirnpathologie an und werden daher erst später, bei der speziellen Darstellung der einzelnen klinischen Krankheitsformen, nähere Berücksichtigung finden.

Drei Hauptrichtungen sind es im Grossen und Ganzen, in denen sich die psychischen Lebenserscheinungen bewegen, die Aufnahme und intellektuelle Verarbeitung des Erfahrungsmaterials, die Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichtes und die Umsetzung der centralen Erregungszustände in Handlungen. Auf diesen drei Gebieten werden wir daher die Elementarstörungen der psychischen Funktionen aufzusuchen haben, aus deren verschiedenartiger Kombination wir die klinischen Krankheitsbilder hervorgehen sehen. Bei weitem die grösste Mannigfaltigkeit der Erscheinungen bietet unserer Analyse diejenige Gruppe von psychischen Funktionen dar, welche die Sammlung sinnlicher Eindrücke und dann weiter die Verarbeitung derselben zu Vorstellungen und Begriffen, sowie die Ausbildung der höheren logischen Processe zum Gegenstande hat.

### A. Störungen des Wahrnehmungsvorganges.

Die Wahrnehmung eines äusseren Sinnesreizes steht im Allgemeinen in Abhängigkeit von zwei verschiedenen Faktoren, nämlich einmal von der anatomischen und funktionellen Integrität des gesammten peripheren und centralen Sinnesgebietes, dann aber von dem Zustande des Bewusstseins, welches den zugeführten Eindruck in sich aufnehmen soll. Alle Störungen, welche den einen oder den andern dieser beiden Faktoren in krankhafter Weise verändern, müssen auch im Stande sein, die Auffassung der Aussenwelt in mehr oder weniger hohem Grade zu beeinträchtigen. Am eklatantesten tritt bekanntlich dieses Verhalten dort hervor, wo die peripheren reizaufnehmenden Organe funktionsunfähig geworden sind (Blindheit, Taubheit), oder wo sich unüberwindliche Leitungshindernisse entwickelt haben, welche die Fortleitung der Reize zum Centralorgane unmöglich machen. Hier fallen bestimmte Kategorien von Sinnesvorstellungen in dem Erfahrungsschatze einfach aus, und es hängt von der allgemeinen psychologischen Wichtigkeit derselben, sowie von der Möglichkeit eines vikariirenden Eintretens anderer Sinne ab, wie weit dadurch die Gesamtausbildung der psychischen Persönlichkeit zurückgehalten wird. Nicht unterrichtete Taubstumme bleiben lebenslänglich auf der Stufe des Schwachsinnens stehen, während Blinde durch den Sinnesdefekt in ihrer intellektuellen Entwicklung durchaus nicht in höherem Grade zu leiden pflegen.

**Sinnestäuschungen.** Ein weit grösseres klinisch-psychiatrisches Interesse nehmen indessen diejenigen Anomalien des Wahrnehmungsprocesses in Anspruch, welche nicht auf einem einfachen Defekte, sondern auf funktionellen Störungen im Gebiete des Sinnestraktus beruhen, durch die somit nicht ein Ausfall von Sinneserfahrung, sondern eine qualitative Veränderung, eine Verfälschung derselben erzeugt wird. Jedes Sinnesorgan reagirt auf irgend welche Reize in einer ihm eigenthümlichen, „spezifischen“, Weise. Es muss daher überall, wo der Reiz, der einen

Eindruck erzeugt, nicht der normale, dem getroffenen Sinne adäquate ist, eine Täuschung des Subjektes über die Natur der Reizquelle entstehen. So ist streng genommen der Lichtblitz, die Klangempfindung bei elektrischer Durchströmung des Auges und Ohres, der Geschmackseindruck bei mechanischer Reizung der Chorda tympani als eine Trugwahrnehmung anzusehen, wenn wir dieselbe auch vermöge unserer physiologischen Erfahrungen sogleich als solche erkennen und korrigiren, so dass eine weitere Verfälschung unseres Bewusstseinsinhaltes daraus nicht hervorgeht. \*) Dennoch können unter Umständen bei Geisteskranken (namentlich bei stärkerer Bewusstseinstrübung) die subjektiven Lichterscheinungen in Folge von Kongestivzuständen des Auges, das Brausen und Klingen in den Ohren, die Vorstellung drohender Feuer- und Wassergefahren u. dergl. wachrufen und auf diese Weise das Zustandekommen einer wirklichen unkorrigirten Täuschung vermitteln. Derartige peripher bedingte Sinnestäuschungen hat man elementare genannt, weil sie eben wegen ihres Entstehungsortes in den reizaufnehmenden Flächen den Charakter einfacher, nicht zusammengesetzter Sinnesempfindungen tragen.

Verfolgen wir indessen die Bahn der Sinnesnerven weiter centralwärts, so gelangen wir an diejenigen Centren, in denen sich die einzelnen Wahrnehmungselemente, wie sie von der Peripherie geliefert werden, zu einem Gesamteindrucke kombiniren, der alsdann als Sinnesvorstellung ins Bewusstsein gelangt. Ueber die anatomische Lage dieser Centren können wir freilich bisher nichts Sicheres aussagen; mir ist es am wahrscheinlichsten, dass die sog. centralen Sinnesflächen in der Rinde als solche zu betrachten sind. Es ist ohne Weiteres klar, dass auch hier nicht adäquate Reize, also z. B. Veränderungen in der Cirkulation, Gifte u. dergl., Erregungszustände hervorzurufen vermögen, welche den normalen Reizungen durch Sinneseindrücke sehr ähnlich sind, um so leichter, wenn die Erregbarkeit des betreffenden Centrums im gegebenen Augenblicke durch irgend welche

\*) Kraepelin, Vierteljahrsschr. f. wissenschaftl. Philosophie V, 2, 3.

Einflüsse ohnedies gesteigert ist. Unter solchen Umständen kann daher irgend eine mehr oder weniger complicirte Sinnesvorstellung in das Bewusstsein eintreten, die nicht durch einen peripheren Reiz, sondern durch central bedingte physiologische oder pathologische Erregungszustände der betreffenden kortikalen Sinnesfläche hervorgerufen wurde. Da dieselbe gleichwol vom Subjekte auf ein äusseres Objekt bezogen wird, so haben wir es demnach hier mit einer Fälschung des Wahrnehmungsprocesses zu thun, die auf einer Täuschung über den wahren Ursprung der Sinnesreizung beruht.\*)

Diese Kategorie der Sinnes täuschungen, die man wegen ihrer hypothetischen Entstehung in den „Perceptionscentren“ vielleicht als *Perceptionsphantasmen* bezeichnen kann, ist es, welche der normalen Wahrnehmung symptomatisch am nächsten steht. Die Gegenstände werden wirklich gesehen, die Stimmen wirklich gehört u. s. f.; eine Berichtigung der Fälschung ist nur mit Hülfe der andern Sinne möglich. Vom Gedankengange des Subjektes sind sie im Allgemeinen unabhängig und treten auch deswegen dem Individuum als etwas Fremdes, Selbständiges, von aussen Kommendes gegenüber, dessen subjektive Entstehung ihm völlig verborgen bleibt. Aus demselben Grunde haben sie auch meist einen ziemlich gleichförmigen, wenig wechselnden Charakter (stabile Hallucinationen Kahlbaums): Wiederholung derselben Schimpfworte, häufiges Wahrnehmen derselben Geruches, Sehen bestimmter Figuren, Thiere u. dergl. Da sie auf Erregungszuständen central gelegener Regionen beruhen, so sind sie von der Funktion der peripheren Sinnesorgane im Allgemeinen unabhängig und kommen auch bei gänzlicher Atrophie der Sinnesnerven zur Beobachtung. Es hat jedoch den Anschein, dass auch peripherische Reizmomente bisweilen in den höheren Centren direkt oder auf reflektorischem Wege Erregungszustände auszulösen vermögen, die zur Entstehung von Sinnes täuschungen führen.

\*) v. Krafft-Ebing, Die Sinnesdelirien, 1864; Kahlbaum, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXIII; Hagen ibid. XXV; Jolly, Archiv f. Psychiatrie, IV.

Dies geschieht offenbar um so leichter, je grösser die Reizbarkeit jener Centren ist. Unter pathologischen Verhältnissen genügen bisweilen schon die gewöhnlichen Lebensreize, um die besprochenen Fälschungen des Wahrnehmungsprocesses zu erzeugen; in andern Fällen treten sie sogleich hervor, wenn sich die Aufmerksamkeit auf das betroffene Sinnesgebiet richtet und die leisen Erregungszustände in demselben über die Schwelle des Bewusstseins erhebt, oder wenn ein Affekt eine vorübergehende Steigerung der Reizempfänglichkeit zu Stande bringt. In der Regel pflegt es nur ein einzelnes Sinnesgebiet zu sein, auf welchem in dieser Weise Fälschungen der äusseren Erfahrung sich vollziehen. Am häufigsten sind sicherlich diese Funktionsstörungen im Gebiete des Gehörs und Gesichtes, seltener in demjenigen der drei übrigen Sinne und in dem dunklen Bereiche jener Wahrnehmungen, die wir unter dem Sammelnamen des Gemeingefühls zusammenfassen.

Für die klinische Betrachtung hat Esquirol und nach ihm aus praktischen Gründen die Mehrzahl der Autoren zwei Arten von Sinnestäuschungen unterschieden, solche nämlich, bei denen eine äussere Reizquelle gar nicht vorhanden ist: Hallucinationen, und solche, die nur als die Verfälschung einer wirklichen Wahrnehmung durch hinzutretene subjektive Elemente zu betrachten sind: Illusionen. Im Einzelfalle ist diese Trennung nicht selten äusserst schwierig oder gänzlich unmöglich. So sind wir namentlich bei den Kontaktsinnen (Geruch, Geschmack, Hautsinn) fast niemals im Stande, mit Sicherheit das Vorhandensein irgend eines äusseren Reizmomentes (Zersetzungs Vorgänge in Mund- oder Nasenhöhle, Temperaturschwankungen u. dergl.) auszuschliessen, noch weniger natürlich bei den Alterationen des Gemeingefühls. Auch beim Gesicht geben nicht selten unkontrollirbare Faktoren, z. B. das Eigenlicht der Retina, beim Gehör entotische Geräusche u. s. f. gewissermassen das erste Material für die Ausbildung der Trugwahrnehmungen ab. In andern Fällen jedoch ist die differente Entstehungsweise ohne Weiteres klar. Der Furchtsame, der ragende Baumstämme, wallende Nebel für Gespenster hält („Erlkönig“), der Kranke, der aus dem Rauschen der Blätter,

dem Kritzeln der Feder, dem Bellen der Hunde, dem Knarren der Wagen Schimpfworte und Vorwürfe heraushört — sie haben zweifellos „Illusionen“, während wir die typischen Gesichtshantasmen des Alkoholisten, die „Stimmen“, welche den Sträfling im stillen Zellengefängnisse quälen oder beglücken, höchst wahrscheinlich als Hallucinationen zu bezeichnen haben. Zwischen beiden Formen giebt es alle möglichen Uebergänge; ist doch die Illusion im Grunde nichts Anderes als eine vielfach wechselnde Mischform von normaler Wahrnehmung mit hallucinatorischen Elementen.

Das Gemeinsame dieser ganzen Gruppe von Sinnestäuschungen liegt in der vollkommenen sinnlichen Deutlichkeit derselben. Der centrale Erregungszustand ist durchaus demjenigen beim normalen Wahrnehmungsvorgange analog, und das entstehende Phantasma ordnet sich daher unterschiedslos in die Reihe der übrigen Sinnesindrücke ein. Die Kranken glauben nicht nur, zu sehen, zu hören, zu fühlen, sondern sie sehen, hören, fühlen wirklich.

Ein in vieler Beziehung abweichendes Verhalten bieten dagegen diejenigen nur uneigentlich so genannten Sinnestäuschungen dar, die nichts Anderes sind, als Erinnerungsbilder von besonderer Intensität. Die Reproduktion eines früheren Eindruckes pflegt in der Regel niemals die sinnliche Deutlichkeit der Sinneswahrnehmung selbst zu erreichen, sondern sich jederzeit ganz unzweideutig durch die geringere Lebhaftigkeit und Schärfe von jener zu unterscheiden. Indessen bestehen in dieser Beziehung erhebliche individuelle Differenzen. Während von manchen Beobachtern den Erinnerungsbildern jede genauere Ausprägung nach Farbe und Form abgesprochen wird, versichern Andere, besonders bildende Künstler, dass dieselben bisweilen an sinnlicher Deutlichkeit der unmittelbaren Wahrnehmung nur sehr wenig nachgeben, ja ein von Brierre de Boismont erwähnter Maler vermochte seine Erinnerungsbilder zu solcher Lebendigkeit zu steigern, dass er nach denselben zu porträtiren pflegte, als wenn er die Originale selbst vor Augen habe. Eine besondere Lebhaftigkeit gewinnen bekanntlich namentlich die Gesichtsreproduktionen im Traume und kurz vor dem Ein-

schlafen, doch vermögen wir dieselben ja fast immer deutlich von wirklichen Sinneswahrnehmungen zu unterscheiden, wenn eben nicht unsere intellektuelle Kritik, wie im Traume, aufgehoben und dadurch der Täuschung Thür und Thor geöffnet ist.

Unter pathologischen Verhältnissen kann nun die Reproduktion von Erinnerungsbildern nicht selten einen so hohen Grad von sinnlicher Deutlichkeit erreichen, dass auch im wachen Zustande eine scharfe Abtrennung der reproducirten von den wirklich wahrgenommenen Eindrücken nicht mehr möglich ist. Eine ganze Reihe von Forschern ist sogar der Ansicht, dass alle Trugwahrnehmungen unmittelbar als Phantasievorstellungen von aussergewöhnlicher sinnlicher Lebhaftigkeit aufzufassen seien. Allein der Umstand, dass bei Hallucinanten durchaus nicht alle, sondern nur bestimmte Gebiete der reproducirten Eindrücke in den Sinnestäuschungen eine Rolle zu spielen scheinen, und dass neben diesen letzteren stets auch Vorstellungen von dem gewöhnlichen abgeblassten und gestaltlosen Charakter zu verlaufen pflegen, deutet darauf hin, dass noch ein besonderes Moment hinzukommen muss, wenn ein Erinnerungsbild die greifbare Deutlichkeit der Wahrnehmung erhalten soll.

Die nächstliegende und zumeist adoptirte Erklärung dieses Verhaltens ist die Annahme einer gleichzeitigen centrifugalen Erregung der centralen Sinnesflächen. Wir haben früher gesehen, dass die Erregungszustände dieser letzteren in der Form sinnlicher Wahrnehmung ins Bewusstsein treten müssen, weil ja alle Sinnesindrücke eben nur durch Vermittlung jener Erregungen auf unser Bewusstsein einwirken können. Wenn es demnach diese Centren sind, durch deren Erregung die Wahrnehmung ihren sinnlichen Charakter erhält, so liegt es nahe, eine grössere oder geringere Betheiligung derselben an dem Vorgange der lebhaften Reproduktion zu vermuthen. Eine derartige Hypothese würde namentlich gut die Thatsache erklären, dass zwischen der Sinnestäuschung von vollkommenster sinnlicher Deutlichkeit und der abgeblasstesten Reproduktion eine continuirliche Reihe von Uebergangsstufen existirt, ein Verhalten, das sich durch die Annahme einer

stärkeren oder schwächeren Miterregung der Sinnesflächen am ungezwungensten erklären lassen würde. Möglich, dass sogar beim gewöhnlichen Denken diese centrifugale Reizung, die „Reperception“, wie Kahlbaum sie genannt hat, in sehr geringer Intensität immer stattfindet und dass erst dann, wenn dieser Vorgang eine pathologische Ausdehnung gewinnt oder wenn die Sinnesflächen sich in einem Zustande erhöhter Erregbarkeit befinden, die Lebhaftigkeit der Reproduktion derjenigen der sinnlichen Wahrnehmung sich annähert. Es würde somit gewissermassen ein bestimmtes Verhältniss zwischen der Intensität der Reperception und der Reizbarkeit der Sinnesflächen bestehen: Je grösser die Reizbarkeit dieser letzteren, desto leichter würden die Erinnerungsbilder den Charakter der sinnlichen Deutlichkeit erhalten, desto schwächer brauchte die centrifugale Erregungswelle zu sein, um dieselben auszulösen und desto unabhängiger würden sie vom Vorstellungsverlaufe sein. Der extreme Fall wäre in den früher besprochenen, auf autochthonen Reizungsvorgängen beruhenden Perceptionshallucinationen realisirt, die dem Subjekte ganz fremdartig, als etwas von aussen sich Aufdrängendes, gegenüberstehen.

Auf der andern Seite giebt es zahlreiche Fälle, in denen es sich gar nicht um eigentliche Sinnestäuschungen, sondern lediglich um Vorstellungen von grosser Lebhaftigkeit handelt. Bei genauerem Eingehen gelingt es, die zunächst auf Trugwahrnehmungen deutenden Aeusserungen der Kranken dahin zu präcisiren, dass die Eindrücke nicht eigentlich sinnliche, sondern „innerliche“ gewesen sind, die aber dennoch wegen ihrer aufdringlichen Intensität von den gewöhnlichen Vorstellungen unterschieden werden. Hier würde man sich etwa die Reperception sehr stark entwickelt, aber die Reizbarkeit der Sinnesflächen nicht erhöht vorzustellen haben. Für diese Auffassung spricht der Umstand, dass diese letztgenannte Kategorie der Reproduktionen, die man auch als psychische Hallucinationen (Baillarger), Pseudohallucinationen (Hagen) oder Apperceptions-hallucinationen (Kahlbaum) bezeichnet hat, zumeist mehrere oder alle Sinnesgebiete in korrespondirender Weise umfassen und dass sie stets in nahen Beziehungen zu dem

sonstigen Bewusstseinsinhalte des Subjektes stehen, während die an der entgegengesetzten Seite unserer Skala befindlichen Perceptionsphantasmen begreiflicher Weise in der Regel nur einem einzelnen Sinnesgebiete anzugehören pflegen und dem Vorstellungsverlaufe gegenüber sich durchaus selbständig verhalten.

Eine interessante Illustration erhält die Theorie der Sinnestäuschungen durch eine eigenthümliche Störung, die man als „Doppeldenken“ bezeichnet hat. Sie besteht wesentlich in dem hallucinatorischen Mitklingen der Gedanken des Patienten. Unmittelbar an die auftauchende Vorstellung schliesst sich eine deutliche Gehörswahrnehmung des gedachten Wortes. Am häufigsten tritt dieses Mit-halluciniren beim Lesen, etwas seltener beim Schreiben auf, also dann, wenn eine Vorstellung sich mit einer gewissen Intensität ins Bewusstsein drängt. Leises oder lautes Aussprechen der Worte bringt die hallucinatorischen Nachklänge in der Regel zum Verschwinden. Stets bestehen ausserdem noch anderweitige Gehörstäuschungen. Huppert hat diese Erscheinung auf eine Inkongruenz in dem hypothetischen Zusammenwirken beider Hirnhemisphären zurückzuführen gesucht, doch scheint mir eine andere Erklärung ungleich besser mit allen sonstigen Thatsachen im Einklange zu stehen. Wenn man nämlich die oben gegebenen Ausführungen acceptirt, so ist hier wegen des Bestehens von Gehörshallucinationen eine erhöhte Reizbarkeit der centralen Sinnesflächen anzunehmen, die sehr wol unter dem Einflusse der Reperception zur fortlaufenden Entstehung von Trugwahrnehmungen führen könnte, welche den Gedankengang des Subjektes inhaltlich Schritt für Schritt verfolgen. Die Ablenkung der centralen Erregungszustände auf motorische Bahnen scheint dann die centrifugale Reizung der Sinnesflächen durch den Vorstellungsverlauf und somit die Entstehung des Doppeldenkens bis zu einem gewissen Grade verhindern zu können.

Die grosse Schwierigkeit, Apperceptionshallucinationen, reproducirte Vorstellungen von fast sinnlicher Lebhaftigkeit, scharf von der wirklichen Wahrnehmung zu trennen, ist die Ursache, warum bei Geisteskranken gerade die Ver-

mischung von Sinneseindrücken mit subjektiven, dem eigenen Vorstellungsverlaufe entstammenden Elementen eine so verhängnisvolle Quelle der Verfälschung ihrer Erfahrung wird. Dieser Vorgang, den wir als Apperceptionsillusion den früher berührten Formen der Illusion gegenüberstellen können, ist in geringerem Umfange schon unter normalen Verhältnissen überaus häufig. Niemandem kann es entgehen, wie sehr auch die Wahrnehmung des Gesunden unter dem Einflusse der Erwartung, der vorgefassten Meinung steht, namentlich dann, wenn lebhaft Affekte die klare und objektive Auffassung unserer Umgebung trüben. Auch der ruhigste naturwissenschaftliche Beobachter ist nicht immer ganz sicher, dass seine Wahrnehmungen sich nicht ganz unmerklich nach den Anschauungen modificiren, mit denen er an sein Objekt herantritt; der eifrige Leser ergänzt und korrigirt die Versehen des Setzers aus dem Schatze seiner Vorstellungen, ohne ihrer nur gewahr zu werden, und die Affekte sind bekanntlich im Stande, in unserer Gesamtaufassung der Umgebung eine so rasche und durchgreifende Umwandlung herbeizuführen, dass die einzelnen Eindrücke in sehr stark veränderter, mit subjektiven Elementen verfälschter Gestalt in unser Bewusstsein gelangen. Bei Geisteskranken sind aber die Bedingungen für die Entstehung von Apperceptionsillusionen häufig ausserordentlich günstige: lebhaft Affekte, grosse Deutlichkeit der reproducirten Vorstellungen und endlich — ein später noch näher zu berücksichtigender Faktor — Unfähigkeit zu einer kritischen Sichtung und Berichtigung des Erfahrungsmaterials. So kommt es, dass hier vielfach die sinnlichen Eindrücke in der Auffassung des Subjektes ganz groteske und phantastische Formen annehmen und auf diese Weise auch dort, wo keine eigentlichen Hallucinationen vorhanden sind, die Bausteine zu einer durch und durch verfälschten Anschauung von der Aussenwelt zu liefern im Stande sind.

Am leichtesten kommt natürlich eine derartige Verfälschung der Erfahrung dann zu Stande, wenn die von den Sinnen gelieferten Eindrücke nicht klar und scharf ausgeprägt, sondern unbestimmt und verschwommen sind. Wie wir im gewöhnlichen Leben undeutliche Wahrnehmungen am

häufigsten missverstehen, d. h. unwillkürlich durch subjektive Elemente ergänzen und interpretieren, so spielen auch bei Geisteskranken die Apperceptionsillusionen besonders dann eine grosse Rolle, wenn die scharfe Auffassung der Sinnesindrücke aus irgend welchen peripheren oder centralen Ursachen eine Beeinträchtigung erlitten hat.

In der Regel vollzieht sich dieser Vorgang der Vermischung von Wahrnehmung mit subjektiven Elementen auf einem und demselben Sinnesgebiete; es giebt indessen auch eine ebenfalls hierher gehörige Gruppe von Störungen, welche in der Auslösung einer Trugwahrnehmung eines Sinnes durch einen normalen Eindruck im Bereiche eines anderen bestehen, die von Kahlbaum so genannten Reflexhallucinationen. Man kann sich dabei etwa vorstellen, dass der centripetale Sinnesreiz Erregungszustände hervorruft, die bei ihrer centrifugalen Uebertragung auf eine übererregliche Sinnesfläche dort zur Entstehung des Phantasma Veranlassung geben. Normale Beispiele dieses Vorganges sind alle die sog. sympathischen Empfindungen, die Tastempfindung bei einem blinden, gegen uns gerichteten Stosse, die unangenehmen Sensationen des nicht abgehärteten Zuschauers bei schmerzhaften Operationen u. s. f. In pathologischen Zuständen sind dieselben bisweilen sehr hochgradig und zugleich in sehr bizarren Formen entwickelt: die Kranken fühlen sich mit der Suppe „ausgefüllt“, von ihrer Nachbarin „ingenäht“, „eingestrickt“ u. ähnl.

Die klinischen Formen der Trugwahrnehmungen auf den einzelnen Sinnesgebieten bieten eine grosse Mannigfaltigkeit dar. Unter den Gesichtstäuschungen sind am häufigsten nächtliche Erscheinungen, sog. Visionen, entweder leuchtende Gestalten, Gott, Christus, Engel, Verstorbene, lebhaft bewegte bunte Menschenmengen, Blumen, oder schreckhafte Fratzen, Teufel, wilde Thiere u. dergl. Diese Erscheinungen gleichen in ihren meist etwas fremdartigen und phantastischen Formen, in ihrem raschen Wechsel und ihrer Vielgestaltigkeit den Trugwahrnehmungen des Fieberdeliriums oder des lebhaften, unruhigen Traumes, besitzen aber eine noch grössere sinnliche Deutlichkeit. Bisweilen ist es indessen später den Kranken selbst nicht möglich, dieselben

von denjenigen eines „wachen Traumes“ zu unterscheiden. Ungleich mehr der objektiven Wahrnehmung sich nähernd und daher weit schwieriger zu korrigiren sind die seltener zur Beobachtung kommenden Gesichtstäuschungen, die sich am hellen Tageslichte zwischen die übrigen Eindrücke hineindrängen. Bisweilen sind es einzelne stereotype Gestalten, ein schwarzgekleideter Mann, ein schwarzer Hund, Löwenköpfe, die zum Fenster hineinsehen oder neben dem Kranken stehen, oder aber die Gegenstände der Umgebung haben ein ganz anderes Aussehen angenommen, zeigen bestimmte Gesichter, bewegen sich u. dergl. Hierhin gehört auch das häufige Symptom der Personenverwechslung, bei welchem die Kranken in fremden Personen ihre Angehörigen wiederzuerkennen glauben und ihre Ansicht auf das Bestimmteste festhalten, trotzdem in Wirklichkeit vielleicht nur eine ganz entfernte Aehnlichkeit zwischen den Verwechselten vorhanden ist. Im Allgemeinen sind Gesichtstäuschungen einer Korrektur durch andere Sinne, namentlich den Tastsinn, verhältnissmässig leicht zugänglich und werden daher von Gesunden unter einigermassen günstigen Verhältnissen auch regelmässig als solche erkannt. Nur wo heftige Affekte, namentlich Angst, oder weit fortgeschrittene psychische Schwäche eine unbefangene Prüfung des Phantasmas verhindern, werden selbst gröbere und fremdartigere Verfälschungen der Gesichtswahrnehmung unter die Zahl der objektiven Sinneserfahrungen aufgenommen und als solche weiter verarbeitet.

Weit verderblicher aber sind in dieser Beziehung die Gehörstäuschungen. Dieselben treten zumeist als „Stimmen“ auf, ein Ausdruck, den der wahre Gehörshallucinant stets sogleich richtig versteht. Der Kranke hört, zuerst gewöhnlich hinter seinem Rücken, allerlei unangenehme, aufreizende Bemerkungen, die sich auf ihn beziehen und ihn zu beleidigen bestimmt sind. Namentlich nicht ganz deutliche Reden, halblaute Worte fasst er in diesem Sinne illusionär auf, bis er dann später auch gerade ins Gesicht hinein verhöhnt und verspottet wird. Schliesslich „knarren und ertönen dann die Wagen auf ganz ungewöhnliche Weise und liefern Erzählungen, die Schweine grunzen

Namen und Erzählungen, sowie Verwunderungsbezeugungen, die Hunde schimpfen und bellen Vorwürfe, Hühner und Hähne krähen solche, selbst Gänse und Enten schnattern Namen, einzelne Redensarten und Bruchstücke von Referaten“. Aus dem Schwirren der Stahlfedern, dem Läuten der Glocken tönen dem Kranken Rufe entgegen, oder aus der Wand, aus dem Bette, in dem er liegt, ja aus den eigenen Ohren heraus, im Kopfe, im Unterleibe vernimmt er die quälenden Stimmen. Nicht selten haben dieselben verschiedene Höhe und Klangfarbe und werden daher verschiedenen Personen zugeschrieben; bisweilen ist es ein ganzer Chorus, dessen einzelne Mitglieder genau unterschieden werden, bisweilen nur einige wenige oder eine einzige. Vielfach sind die Stimmen leise, flüsternd oder zischelnd, wie aus der Ferne, von oben herunter, oder dumpf, aus dem Boden heraufkommend; seltener sind sie laut und schreiend, alles Andere übertönend. Ausser den Stimmen werden hier und da laute schiessende und knatternde Geräusche, Glockenläuten, wirres Geschrei, seltener angenehme Musik, Gesang u. dergl. gehört. In diesen letzteren Fällen dürften vorwiegend die centralen und peripheren Sinnesflächen an der Entstehung der mehr elementaren Phantasmen theilhaft sein.

Der Inhalt der Gehörstäuschungen ist, wie schon angedeutet, zumeist ein aufreizender und peinigender; er steht besonders bei den Stimmen fast immer in sehr nahen Beziehungen zu dem Wohl und Wehe des Individuums und gewinnt gerade dadurch eine ausserordentliche Macht über den ganzen Vorstellungskreis desselben, aus dem er ja zum grössten Theile erst hervorgegangen ist. Die fortwährenden Schmähungen, Beschimpfungen und höhnischen Bemerkungen machen den Kranken misstrauisch und aufgereggt und bringen ihn zu entrüsteter Reaktion gegen seine vermeintlichen Beleidiger; furchtbare Drohungen setzen ihn in Angst und Verwirrung und zwingen ihn zu rastloser Flucht, um den Verfolgern zu entgehen; gebieterische Befehle lassen ihn die unsinnigsten und bisweilen unnatürlichsten Thaten begehen, weil er unnatürlichen Mächten gehorchen zu müssen glaubt. Gerade die Unmöglichkeit einer durchaus überzeugenden Korrektur der Täuschungen, denen er nirgends zu entfliehen vermag,

ist es, die ihn schliesslich dem verderblichen Einflusse derselben gänzlich unterliegen lässt. Aus einem Affekte in den andern gejagt, verliert er immer mehr die Fähigkeit einer ruhigen Kritik gegenüber den durch die Aufregung verstärkten Phantasmen, und es entwickelt sich so ein *Circulus vitiosus*, dessen Wirksamkeit durch die stete phantastische Verfälschung der Erfahrung allmählich die Grundlagen der gesammten psychischen Persönlichkeit erschüttert. Erst dann, wenn das affektive Leben nach und nach seine gesunde Lebhaftigkeit eingebüsst hat, wenn der Kranke mit einem gewissen stumpfem Gleichmüthe seine Täuschungen über sich ergehen lässt, verlieren dieselben allmählich den gewaltigen Einfluss auf sein Handeln. Die lange Gewohnheit lehrt ihn sogar bisweilen, die Trugwahrnehmungen zu ignoriren; sie giebt ihm eine gewisse Routine in der äusserlichen Korrektur derselben und bewahrt ihn vor gemeingefährlichen Reaktionen. Zugleich aber ist jetzt auch der ganze Mensch ein anderer geworden, eine Ruine, die zur Noth wieder bewohnbar gemacht wurde.

In anderen Fällen tritt namentlich der übernatürliche Charakter der gehörten Stimmen stärker hervor; sie sind dann nicht selten von Visionen begleitet. Gott oder Christus geben dem Kranken einen Auftrag, eine Verheissung oder klären ihn über ein Geheimniss seiner Persönlichkeit auf. Der ganze Vorgang hat hier gewöhnlich etwas Traumhaftes, Uebersinnliches, während die quälenden und verfolgenden Stimmen durchaus den Charakter direktester Sinneswahrnehmung zu besitzen pflegen. Im Fieberdelirium und bei sehr verwirrten ideenflüchtigen Kranken zeigen auch die Gehörstäuschungen den raschen Wechsel und die unklare Verworrenheit der unter gleichen Verhältnissen vorkommenden Gesichtspantasmen.

Von den eigentlichen Gehörstäuschungen abzutrennen und als reine Apperceptionshallucinationen ohne sinnliche Deutlichkeit zu betrachten sind die sog. „inneren Stimmen“, das „Telephoniren“, „Telegraphiren“ u. dergl. Es handelt sich hier um lebhaftere Vorstellungen, die in der Art der Rede und Wechselrede im Bewusstsein des Kranken sich aneinander schliessen, ohne darum jedoch wirklich wahrgenommen

zu werden, wenn sich auch an diese Erscheinung gewöhnlich die Wahnidee knüpft, dass durch dieselbe eine förmliche, stille Unterhaltung mit fernen Personen ermöglicht werde. Das Nachsprechen der Gedanken, wie wir es oben als „Doppeldenken“ bezeichneten, ist dagegen wirkliche Hallucination; es führt naturgemäss zu der Vorstellung, dass die eigenen Gedanken „laut“ und somit der Umgebung bekannt werden, dass Jemand dieselben lesen und deshalb nachsprechen könne oder endlich, dass die eigenen Gedanken durch fremde Einwirkung gemacht und beeinflusst würden.

Von weit geringerer unmittelbarer Bedeutung, als die Phantasmen des Gesichts und Gehörs, deren Gebiet ja vor Allem das sinnliche Material unserer Vorstellungen entnommen wird, sind die Täuschungen im Bereiche der übrigen Sinne für das psychische Leben des Kranken. Der geängstigte Kranke empfindet den Geruch giftiger Dünste, die ihn tödten sollen, oder den Schwefelgestank des Teufels, der ihn bedroht; er schmeckt allerlei unappetitliche und schädliche Substanzen, Menschenfleisch, Koth, Arsenik, Canthariden in seinem Essen, die ihm von seinen Feinden hineingebracht werden. Diese Trugwahrnehmungen deuten, soweit sie eben in dem Ideenkreise des Kranken und nicht in peripheren Störungen ihre Ursache haben, meist schon auf eine tiefere Umwälzung in der ganzen Stellung desselben zur Aussenwelt hin. Dasselbe gilt von den analogen Anomalien des Hautsinnes und des Gemeingefühls. Hier ist ja die ausschliessende Kontrolle etwaiger äusserer Einwirkungen an sich überaus leicht und einfach; wo also dennoch die Wahnideen des Elektrisirtwerdens, des Besessenseins, der Verwandlung einzelner Körpertheile in Wachs, Butter, Glas, Holz, des Verschwindens und Fehlens von Kopf, Mund, Magen, After u. s. f. auftreten, da handelt es sich nicht mehr um einfache Verfälschungen der Wahrnehmung, sondern um eine völlige Wandlung der gesammten psychischen Persönlichkeit. Zwar können hier gewiss die einzelnen Eindrücke, welche das Erfahrungsmaterial bilden, auf hallucinatorischem oder illusorischem Wege entstanden resp. verändert sein, allein dieselben sind dennoch an sich

zu unbestimmten Inhaltes, um etwa in ähnlicher Weise wie die Gehörs- und Gesichtstäuschungen den Bewusstseinsinhalt beeinflussen zu können. Erst dadurch, dass eine geschwächte und zu unkritisch-phantastischer Auslegung geneigte Intelligenz sich dieser verfälschten Wahrnehmungen bemächtigt, um sie zur Grundlage einer veränderten Auffassung des eigenen Ich und seiner Umgebung zu gestalten, gewinnen sie eine Bedeutung für den Vorstellungsverlauf, welche sie in einem gesunden Bewusstsein niemals erlangen könnten.

**Trübungen des Bewusstseins.** Ausser den Vorgängen im peripheren und centralen Sinnesgebiete ist für die Erwerbung des Erfahrungsmaterials noch ein weiterer Faktor von hervorragender Wichtigkeit, nämlich die Umwandlung der centralen Erregungszustände in Bewusstseinsinhalt, die Perception und Apperception der Sinneseindrücke. Aeusserer Reize erzeugen in unserem Innern gewisse eigenthümliche, nicht näher definirbare Zustandsveränderungen, die wir unmittelbar auffassen und als Vorstellungen, Gefühle, Strebungen u. dergl. bezeichnen. Diese allgemeinste Thatsache der inneren Erfahrung bezeichnen wir als das Bewusstsein. Ueberall, wo äussere Eindrücke in psychische Vorgänge umgesetzt werden, ist Bewusstsein vorhanden, denn dasselbe ist eben nichts Anderes, als ein Ausdruck für das Stattfinden dieser Umwandlung. Das Wesen des Bewusstseins ist für uns absolut dunkel; wir wissen nur, dass die Existenz desselben in gesetzmässiger Abhängigkeit von den Funktionen der Hirnrinde steht und dass auch die einzelnen Vorgänge im Bewusstsein höchst wahrscheinlich gewissen bisher noch unbekanntem physiologischen Processen im Centralorgane parallel gehen resp. an sie gebunden sind. Wie von der Beschaffenheit der peripheren Sinnesorgane die Umsetzung der physikalischen Reize in Sinneserregung abhängig ist, so sind weiterhin die Zustände des Centralorganes für die Umwandlung der physiologischen Erregungen in Bewusstseinsvorgänge von massgebender Bedeutung. Ob und in welchem Masse diese letztere Umwandlung stattfindet, das ist bisher im Einzelfalle oft äusserst schwierig zu eruiren, da uns in die

innere Erfahrung eines Individuums kein direkter Einblick, sondern nur ein Rückschluss aus seinen Handlungen möglich ist. Aus diesen letzteren allein entnehmen wir mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit, ob sie in ihrem Ablaufe von psychischen Vorgängen beeinflusst worden sind oder nicht.

Denjenigen Zustand, in welchem die Umsetzung physiologischer in psychische Prozesse gänzlich aufgehoben ist, bezeichnen wir als Bewusstlosigkeit. Jeder Reiz, der überhaupt über die Schwelle des Bewusstseins treten und somit einen psychischen Eindruck hervorrufen soll, muss eine Intensität besitzen, die nicht unter einen bestimmten Werth, den sog. Schwellenwerth, heruntersinken darf. Allein die Grösse des Schwellenwerthes wechselt je nach den Zuständen unseres Centralorgans ausserordentlich. Während sie bei gespannter Aufmerksamkeit ihr Minimum erreicht, kann sie in tiefster Ohnmacht unendlich gross werden, d. h. es genügen hier bisweilen selbst die allerstärksten Reize nicht mehr, um Bewusstseinsvorgänge auszulösen. Man kann demnach je nach der Grösse des Schwellenwerthes verschiedene Helligkeitsgrade des Bewusstseins annehmen, die ja auch praktisch häufig unterschieden werden. Kohlschütter hat sogar nach diesem Prinzip die Intensität des Schlafes in den einzelnen Stadien desselben bestimmen können. Auch dort, wo äussere Reize keine Bewusstseinsvorgänge auszulösen vermögen, findet übrigens sicherlich nicht selten wenigstens noch ein Wechsel von dunklen Vorstellungen oder Gemeingefühlen statt, welche durch die Zustände des eigenen Innern erzeugt werden. Am eklatantesten sehen wir ja in der alltäglichen Erscheinung des Traumes, dass die Schwellenwerthe für innere und äussere Reize eine sehr verschiedene Grösse besitzen können.

Durch die hier von uns gegebene Definition, die sich unmittelbar aus der wissenschaftlichen psychologischen Terminologie ergibt, haben wir den Begriff der Bewusstlosigkeit weit enger umgrenzt, als man das zumeist in der psychiatrischen Praxis zu thun pflegt. Man hat sich hier gewöhnt, vielfach auch solche Zustände als Bewusstlosigkeit zu bezeichnen, in denen zwar unzweifelhaft Gefühle, Vorstellungen,

Willensimpulse, kurz psychische Vorgänge, sich im Innern des Kranken abspielen, in denen aber die klare Auffassung der Aussenwelt und der eigenen Persönlichkeit, das „Selbstbewusstsein“ in erheblicherem Masse gestört ist. Die Klarheit des Bewusstseins ist abhängig von der Thätigkeit der Apperception, d. h. von der Erfassung der äusseren und inneren Eindrücke durch die Aufmerksamkeit, ähnlich wie die Deutlichkeit des Sehens bedingt wird durch die Fixirung eines Gegenstandes im Blickpunkte des Gesichtsfeldes. Alle Störungen der Apperception beeinträchtigen daher die Klarheit der Auffassung äusserer und innerer Vorgänge in höherem oder geringerem Grade und führen eine „Trübung“ des Bewusstseins, einen „Dämmerzustand“ desselben herbei, der alle Gebiete des psychischen Lebens in Mitleidenschaft zieht.

In den höchsten Graden dieser Bewusstseinsstörung besteht der gesammte Wahrnehmungsinhalt nur aus einem verworrenen Gemisch unklarer Vorstellungen und dunkler Gefühle, in welchem keine deutliche Auffassung, keine Ordnung und Gruppierung möglich ist. Derartige Zustände haben wir höchst wahrscheinlich vorauszusetzen bei den schwereren psychischen Entwicklungshemmungen der Idiotie, ferner im Stupor, sowie in den tieferen Blödsinnsformen, namentlich dem apathischen. Natürlich finden sich zahlreiche Abstufungen, die uns von den ausgeprägtesten Krankheitsbildern allmählich in Zustände hinüberführen, welche, im Bereiche des Normalen liegend, nur noch Andeutungen jener elementaren Störung darbieten.

Ein naheliegendes Beispiel liefern die Erscheinungen des Traumes. Die Apperception äusserer Reize ist hier beträchtlich erschwert; erst nach längerer Einwirkung oder bei grösserer Intensität machen sie sich, Anfangs undeutlich und verschwommen, allmählich distinkter und energischer, im Bewusstseinsinhalte geltend. Dagegen geht die Apperception der wechselnden Vorstellungen in lebhafter Weise vor sich, aber sie ist fast gänzlich vom Willen unabhängig, wie wir am eklatantesten dann erfahren, wenn wir uns durch die Erlebnisse des Traumes fortwährend auf das Peinlichste in der Ausführung irgend einer Absicht be-

hindert fühlen. Ein ganz oder nahezu normales Paradigma der Erschwerung der Apperception bietet die einfache Ermüdung dar, die Unfähigkeit, unsere Aufmerksamkeit auf irgend einen Vorgang der Aussenwelt zu konzentriren. Im zweiten (Lähmungs-) Stadium der akuten Alkoholvergiftung ist diese Erschwerung der Auffassung äusserer Eindrücke das hervorstechendste psychologische Symptom.

**Störungen der aktiven Apperception.** Für die inhaltliche Gestaltung der individuellen Erfahrung ist endlich die Fähigkeit einer Beeinflussung des Wahrnehmungsvorganges durch den Willen von der allergrössten Bedeutung. Ohne diese Fähigkeit würden ja nur gerade die jedesmal intensivsten Reize der Aussenwelt, ganz abgesehen von ihrem inneren Zusammenhange, in ihrer zufälligen zeitlichen Folge ins Bewusstsein gelangen. Die Möglichkeit einer willkürlichen Direktion der Aufmerksamkeit dagegen gestattet eine überaus mannigfaltige Variation des Schwellenwerthes, so dass wir im gleichen Augenblicke sehr intensive Reize völlig zu ignoriren im Stande sind, wo wir die minutiösesten Veränderungen irgend eines Objektes mit der grössten Schärfe auffassen.

Es liegt auf der Hand, dass jede beträchtlichere Störung des Apperceptionsvorganges überhaupt, wie sie mit Trübung des Bewusstseins einhergeht, auch die Möglichkeit einer aktiven Direktion der Aufmerksamkeit gleichzeitig auf das empfindlichste beeinträchtigen muss. Ausserdem giebt es aber auch Zustände, in welchen gerade die Auffassung äusserer Eindrücke so sehr erleichtert ist, dass eben dadurch die Herrschaft des Willens über die Apperception aufgehoben wird. Die leichtesten Grade dieser Störung finden wir in manchen Formen der „Zerstretheit“ gegeben. Wo jeder neue Eindruck sofort mit einer gewissen Intensität sich in das Bewusstsein drängt, kann keine Auswahl zwischen den einzelnen Wahrnehmungen mehr stattfinden; die Aufmerksamkeit wird beständig wieder von dem erfassten Gegenstande abgelenkt und liefert so für die Erfahrung ein unzusammenhängendes, vom Zufall zusammengewürfeltes Sinnesmaterial, ohne jenes einheitliche innere Band, welches die einzelnen Beobachtungen nach bestimmten

Gesichtspunkten mit einander verknüpft. Dieser Zustand erhöhter Erregbarkeit, wie er sich z. B. bei Maniakalischen mehr oder weniger ausgesprochen vorzufinden pflegt, kann sich soweit steigern, dass jeder beliebige äussere Eindruck von einer gewissen Stärke sofort appercipirt wird und die Herrschaft im Bewusstseinsinhalte gewinnt, allerdings nur, um im nächsten Augenblicke von einem anderen wieder abgelöst zu werden. In den Reden derartiger Kranker spiegelt sich dieses Verhalten häufig in sehr auffallender Weise, insofern sich in dieselben in wirrem Durcheinander alle Gegenstände der Umgebung verflechten, die gerade der schweifende Blick trifft, alle Worte, die dem Patienten mit einigem Nachdrucke vorgesagt werden. Es gelingt auf diese Weise dem Arzte sehr leicht, die Auffassung ganz willkürlich hierhin und dorthin zu lenken, ja auch durch fortgesetztes Beharren bei einem Gegenstande den immer und immer wieder abspringenden Kranken wenigstens für eine kurze Zeit bei demselben zu „fixiren“.

## B. Störungen der intellektuellen Operationen.

Das durch die Sinne gelieferte und von der Apperception aufgefasste Erfahrungsmaterial bildet die Grundlage aller weiteren intellektuellen Operationen und somit auch der psychischen Individualität des Menschen nach ihrem Vorstellungsschatze. Man sieht daher sogleich, dass alle die aufgeführten Störungen der Sinneserkenntniss, wie sie durch die Sinnestäuschungen, durch Aufhebung und Alteration des Bewusstseins, endlich durch die Unfähigkeit zu aktiver, auswählender Apperception repräsentirt werden, nicht ohne die weitreichendsten Folgen für die Gestaltung des gesammten Bewusstseinsinhaltes und der psychischen Persönlichkeit bleiben können. Je unvollkommener und verfälschter die Nachrichten von der Aussenwelt zur Wahrnehmung gelangen, desto fragmentarischer und subjektiver wird die Anschauung bleiben, welche sich im Bewusstsein des Individuums von seiner Umgebung, vom eigenen Ich und von der Stellung dieses letzteren zu seiner Umgebung

entwickelt. Dazu kommt, dass zu jenen Störungen, welche die Sammlung des Erfahrungsmaterials beeinträchtigen, fast ausnahmslos sich noch solche gesellen, die eine weitere Verarbeitung desselben in krankhafter Weise beeinflussen.

**Störungen der Reproduktion.** Die allgemeinste Grundlage aller geistigen Thätigkeit ist das Gedächtniss. Jeder einmal ins Bewusstsein getretene Eindruck hinterlässt nach seinem Schwinden aus demselben eine allmählich abnehmende „Disposition“ zu seiner Wiedererneuerung, die entweder durch eine zufällige Association, oder durch eine aktive Anstrengung des Subjektes, das Besinnen, vermittelt werden kann. Diese Disposition, diese bleibende Spur, welche die einmal gemachte Wahrnehmung auf längere Zeit hinaus dem Erfahrungsschatze des Individuums einreicht und sie seinem Gedächtnisse zur Verfügung stellt, haftet im Allgemeinen um so stärker und länger, je klarer der ursprüngliche Eindruck aufgefasst worden und je allseitiger er zu dem übrigen Bewusstseinsinhalte des Subjektes in Beziehung getreten war, je mehr er, mit anderen Worten, das Interesse dieses letzteren erregt hatte.

Die dauerndste und treueste Erinnerung finden wir daher überall dort vor, wo eine Erscheinung oder eine Folge von Eindrücken durch die aktive Aufmerksamkeit des Individuums nach bestimmten Gesichtspunkten verfolgt und zu möglichst klarer Auffassung gebracht wurde. Trübungen des Bewusstseins beeinträchtigen somit nicht nur die Sammlung äusserer Erfahrung, sondern auch die weitere Verwerthung der etwa noch gemachten fragmentarischen Wahrnehmungen, da die Reproduktionsfähigkeit derselben eine äusserst geringe und rasch gänzlich verschwindende ist. Aus dem Fehlen der Erinnerung an eine gewisse Zeitperiode wird daher meistens auf eine Aufhebung des Bewusstseins während derselben zurückgeschlossen, ja streng genommen ist die Erinnerungslosigkeit fast das einzige Kriterium, welches uns mit einiger Sicherheit die Annahme einer vorangegangenen Bewusstlosigkeit gestattet. Allein die tägliche Erfahrung des Vergessens von Träumen, an die wir bisweilen nur durch einen zufälligen Eindruck wieder erinnert werden, zeigt uns, dass sehr wol ein psychisches

Leben, also Bewusstsein, bestehen kann, ohne dass doch die Spuren der Eindrücke und Vorstellungen fest genug im Gedächtnisse haften, um ohne Schwierigkeit eine Reproduktion derselben zu gestatten. Ganz ähnlich sind sicherlich jene Bewusstseinsstörungen der Epileptiker, des Stupors, der Mania transitoria, des Hypnotismus zu beurtheilen, in denen die klinische Beobachtung nicht selten unzweideutige Anzeichen psychischer Thätigkeit zu konstatiren vermag, trotzdem nachher nicht die mindeste subjektive Erinnerung an dieselbe besteht. Für diese Auffassung sind besonders wichtig die bisweilen beobachteten Fälle, in denen unmittelbar beim Abklingen der Störung noch eine gewisse Reproduktion des Vorgefallenen möglich ist, die aber späterhin rasch verschwindet.

Wenn es besonders der Vorgang der aktiven Erfassung eines Eindruckes durch die Aufmerksamkeit ist, der eine dauernde Bereicherung unseres Erinnerungsmateriales vermittelt, so werden wir auch dort Störungen der Reproduktion zu erwarten haben, wo zwar die Apperception, das deutliche Bewusstsein der Wahrnehmungen nicht aufgehoben, wo sie aber in höherem oder geringerem Grade der willkürlichen Direktion des Subjektes entzogen wird. Diese Alteration ist es, auf welcher vornehmlich das bekannte Symptom der Gedächtnisschwäche beruht, welches die verschiedensten Zustände des normalen und krankhaften psychischen Lebens begleitet. Schon die einfache Ermüdung lässt zwar momentan noch klare Vorstellungen von unserer zufälligen Umgebung in uns entstehen, aber sie bedingt wegen der nur passiven Hingabe an die äusseren Eindrücke ein rascheres Verschwimmen und Schwinden derselben aus unserer Erinnerung. Im späteren Greisenalter ist dieser Zustand fast immer ein dauernder: Die Auffassung neuer Eindrücke geschieht habituell ohne jenes innere Interesse, welches die aktive Apperception charakterisirt, und die Reproduktionsfähigkeit bleibt daher für sie eine beschränkte, während so oft die Erinnerungen aus vergangener Zeit, nicht mehr verdrängt durch neuen Erwerb, mit erstaunlicher Lebhaftigkeit und Treue im Vorstellungsverlaufe wiederkehren.

Dieselbe Erscheinung begegnet uns in pathologischer Ausprägung in der Dementia paralytica und bei anderen Formen der progressiven Verblödung. Obgleich die Apperception auffällender äusserer Eindrücke noch leidlich gut von Statten geht, werden dieselben dennoch sehr rasch, oft schon in der nächsten Minute, wieder vergessen, während Vorstellungen aus früherer, gesunder Zeit noch immer, theilweise wenigstens, im Gedächtnisse haften. Erst dann, wenn die Störung immer weiter fortschreitet, erlischt schliesslich auch die Reproduktionsfähigkeit der intellektuellen Ueberreste vergangener Tage, und es kommt somit bei dem Mangel jedes neuen Erwerbs zum völligen Untergange des gesammten Vorstellungslebens, so dass das schwache Fünkchen des Bewusstseins nur noch durch den Wechsel dunkler unbestimmter Gefühle glimmend erhalten wird.

Ein ähnliches praktisches Resultat, wie die bisher aufgeführten Störungen hat natürlich jene Alteration für die Erinnerung, die wir als erhöhte Erregbarkeit auf dem Gebiete der Apperception kennen gelernt haben. Auch hier entzieht sich ja die Auffassung der Umgebung dem Einflusse der aktiven Direktion durch das Subjekt, auch hier bleiben die einzelnen Wahrnehmungen gerade deshalb und wegen ihrer raschen Aufeinanderfolge ungenau, unzusammenhängend und nur in sehr geringem Grade reproduktionsfähig. Die Erinnerung an solche Zustände pflegt daher auch zumeist nur eine summarische und verworrene zu sein, doch giebt es begreiflicherweise je nach der Ausprägung der Störung alle möglichen Uebergangsstufen bis zur völlig klaren und treuen Aufbewahrung aller erfahrenen Eindrücke im Gedächtnisse.

Nur kurz erwähnt soll hier werden, dass ausser den zeitlich begrenzten Erinnerungsdefekten bekanntlich auch der Verlust bestimmter Gruppen von Vorstellungen aus dem Gedächtnisse beobachtet wird, ein Vorgang, dessen bestbekanntes Beispiel durch die amnestische Aphasie, die Unfähigkeit der Reproduktion einzelner oder aller sprachlicher Klangbilder repräsentirt wird. Derartige partielle Störungen beruhen nicht auf allgemeinen Alterationen der Apperception, sondern höchst wahrscheinlich auf der Unter-

brechung gewisser Leitungsbahnen, an deren Integrität die bewusste Reproduktion jener Vorstellungen gebunden ist. Da diese Störungen in der Pathologie des Gehirns ausführlich behandelt zu werden pflegen, so können wir hier über dieselben hinweggehen.

Eine eigenthümliche Störung der Reproduktion hat Sander unter der Bezeichnung „Erinnerungstäuschung“ beschrieben. Schon im gesunden Leben begegnet es uns, namentlich in der Jugend, bisweilen, dass sich uns in irgend einer Situation plötzlich die Vorstellung aufdrängt, als hätten wir dieselbe schon einmal ganz in derselben Weise erlebt. Zugleich haben wir eine dunkle Ahnung dessen, was nun voraussichtlich kommen wird, ohne jedoch uns ein klares Bild davon machen zu können. In der That scheint uns irgend ein alsbald eintretendes Ereigniss wirklich unsere Ahnung zu erfüllen. Auf diese Weise stehen wir eine kurze Zeit lang gewissermassen als passive Zuschauer dem eigenen Vorstellungsverlaufe gegenüber, der in unbestimmten Andeutungen dem wirklichen Verlaufe der Dinge vorauselt, bis plötzlich die ganze Erscheinung verschwindet. Gefühle einer peinlichen Unsicherheit und Spannung pflegen sich regelmässig mit derselben zu verknüpfen. Bei Geisteskranken kann das Symptom der Erinnerungstäuschung eine solche Ausdehnung gewinnen, dass dieselben Wochen, ja Monate und Jahre lang sich immerfort in schon einmal durchlebten Situationen zu befinden glauben. Die Anstalt und ihre Umgebung, die Kranken und ihre Aerzte, Alles ist ihnen schon bekannt (nicht etwa auf Personenverwechslung beruhend); bei jedem Worte, welches gesprochen wird, bei jedem Ereignisse, welches sich vollzieht, taucht in ihnen die lebhafteste Idee auf, dass sie dasselbe schon früher genau in derselben Weise gehört und erlebt haben, dass sie fast im Stande gewesen wären, das Kommende vorauszusagen. Die Grundlage dieser Störung dürfte in einem stärkeren Hervortreten entfernter Aehnlichkeiten der gegenwärtigen Situation mit früheren beruhen, welches meist mit einer traumhaft verschwommenen Auffassung des gegebenen Momentes einhergeht. Auch bei der normalen Erscheinung macht sich regelmässig das Gefühl geltend, als wenn wir die augenblickliche Umgebung

aus weiter Ferne und nur in ihren allgemeinen Umrissen betrachteten; die lebhaftere Phantasie der Jugend weiss daher rasch an ähnliche Erfahrungen in der Vergangenheit anzuknüpfen, ohne dass jedoch diese klar apperzipirt würden. So kann sich die Kette nebelhafter Associationen fortsetzen, bis die scharfe Erfassung der vorliegenden Situation dieselbe rasch durchbricht. Die unangenehmen Erwartungsgefühle sind vielleicht auf das vergebliche Ringen nach einer deutlichen Apperception des verschwommenen Bewusstseinsinhaltes zurückzuführen. Sobald dieselbe wirklich erfolgt, ist aber natürlich die Erscheinung, die ja eben auf dem Mangel einer klaren Ausprägung der Wahrnehmungs- und Erinnerungsbilder beruht, bereits verschwunden.

#### **Störungen der Association und Begriffsbildung.**

Wie sich bei dem Vorgange der Illusion ein äusserer Eindruck mit reproducirten Wahrnehmungselementen zu einem Gesamtbilde vereinigt und als einheitlicher psychischer Vorgang in das Bewusstsein tritt, so liefert die Fähigkeit der Reproduktion auch die Möglichkeit einer Verbindung der Vorstellungen untereinander. Sehr selten nur oder nie sind es einfache Vorstellungen, welche den Inhalt des entwickelten Bewusstseins erfüllen; in mannigfaltigster Kombination verschmelzen und verknüpfen sie sich mit einander zu mehr oder weniger komplexen psychischen Gebilden, deren einzelne Wahrnehmungsbestandtheile nur durch eine minutiöse Analyse noch von einander getrennt werden können.

Zwei grosse Gruppen von derartigen zusammengesetzten Produkten unserer Vorstellungsthätigkeit sind es, die wir wegen ihrer verschiedenen intellektuellen Bedeutung ziemlich scharf auseinanderhalten können, die associativen und die apperceptiven Verbindungen. Die erstere Gruppe umfasst jene lockeren Verknüpfungen, wie sie durch eine theilweise, wenn auch ganz äusserliche Aehnlichkeit, durch zufällige Gewöhnung, durch räumliche oder zeitliche Koexistenz u. s. f. vermittelt werden, während wir als apperceptive Verbindungen die innigen Verschmelzungen der Vorstellungen zu Begriffen zusammenfassen, bei deren Zustandekommen vom Subjekte eine bewusste Auswahl der konstituierenden Gebilde aus der ganzen Zahl der sich

darbietenden Associationen getroffen wird. Dort finden wir die disparatesten Elemente durch den Zufall ebenso leicht an einander gebunden, wie von einander getrennt und wieder zu neuen Complexen vereinigt; hier dagegen besteht eine innere Einheit, ein „logischer“ Zusammenhang der einzelnen Elemente, der nur durch neuen Erfahrungserwerb wieder aufgehoben werden kann. Die Associationen bieten der Vorstellungsthätigkeit das Rohmaterial zur Verarbeitung dar; aus ihnen bildet die auswählende Apperception die festgefugten Grundlagen aller intellektuellen Arbeit, die Begriffe, auf deren Schärfe, Klarheit und Vollständigkeit die gesammte Verstandesentwicklung des Individuums beruht. Aus den Begriffen leiten sich durch Zerlegung die Urtheile, aus diesen durch logische Kombination die Schlüsse ab, durch deren immer wiederholtes, festgegliedertes Ineingreifen dann endlich jene systematische Zusammenfassung der Gesammterfahrung entsteht, die wir als die Weltanschauung des Menschen bezeichnen. In ihr gelangt die Auffassung der eigenen Persönlichkeit und ihrer Umgebung, sowie des gegenseitigen Verhältnisses beider zu einander zum Ausdruck.

Man sieht leicht, dass diese successive Entwicklung der intellektuellen Operationen aus einander eine innige Abhängigkeit derselben von einander zur Folge haben muss. Jede Verfälschung der Sinneswahrnehmung, jede Störung der Reproduktion muss sich in der Bildung der Begriffe widerspiegeln, und die Anomalien dieser letzteren werden dann weiter für die verwickelteren logischen Funktionen verhängnissvoll.

Auf den niederen Stufen des geistigen Lebens, wie sie hauptsächlich von dem erworbenen oder angeborenen Blödsinn repräsentirt werden, findet überhaupt keine engere Verknüpfung der einzelnen in das Bewusstsein eintretenden Wahrnehmungen statt. Nur durch das lockere Band der zufälligen Aufeinanderfolge einer fragmentarischen Reproduktion fähig, fehlt ihnen jener innere Zusammenhang unter einander und mit dem Erfahrungsschatze des Subjektes, der durch die apperceptive Auffassung der gemeinsamen Elemente und durch die Einordnung des neuen Erwerbs in das

System des früher verarbeiteten Vorstellungsmaterials vermittelt wird. Die Einzelvorstellungen behalten daher ihre Selbständigkeit sowol wie ihren sinnlichen Charakter; das Unwesentliche in ihnen wird nicht von dem Wesentlichen, das Allgemeine nicht von dem Besonderen getrennt, und die Bildung der Urtheile und Schlüsse kann daher nicht über das Gebiet der unmittelbarsten sinnlichen Erfahrung hinaus zur Erfassung höherer und weiterblickender Gesichtspunkte sich erheben. Selbstverständlich werden diese Folgen nur dort wirklich unmittelbar hervortreten, wo der krankhafte Zustand ein angeborener oder doch sehr früh erworbener und lange dauernder ist; im andern Falle muss natürlich, so wenig auch während der Störung selber eine intellektuelle Verarbeitung von Erfahrungsmaterial möglich ist, der aus gesunden Tagen vorhandene Schatz von Vorstellungen und Begriffen eine mehr oder weniger vollständige Ausgleichung der pathologischen Wirkungen herbeiführen.

In gradueller Abstufung findet sich die geringe Ausbildung der Vorstellungsverbindungen in sehr verschiedenen Krankheitszuständen, ja auch in der Breite des Normalen wieder. Wo diese Störung, wie das bei den geringeren Graden zunächst der Fall zu sein pflegt, hauptsächlich nur die apperceptiven Verschmelzungsprodukte betrifft, da kennzeichnet sie sich durch das Stehenbleiben der Vorstellungen auf der Stufe der sinnlichen Wahrnehmungsbilder sowie durch die Unfähigkeit, das Gemeinsame und Allgemeine in den Erscheinungen aufzufassen und die Zusammengehörigkeit analoger Erfahrungen zu erkennen. Mangelhafte Entwicklung auch der associativen Verbindungen dagegen hat ausserdem nothwendig noch geringe Ausdehnung des Vorstellungsschatzes und Beeinträchtigung der Reproduktion zur Folge, da diese letztere zum guten Theil sicherlich eben auf der associativen Verknüpfung der einzelnen Erinnerungsbilder beruht. Beschränktheit der Weltanschauung auf das unmittelbar sinnlich Gegebene ist demnach im Allgemeinen die Signatur der ersteren, Ideenarmuth und Gedächtnisstumpfheit diejenige der letzteren Störung.

Ganz regelmässig finden wir diese Symptomengruppen

in grösserer oder geringerer Ausbildung bei allen länger dauernden und tiefer in die geistige Individualität des Kranken eingreifenden Psychosen, das Zurücktreten und Verblässen der höheren und allgemeineren intellektuellen Interessen gegenüber dem Greifbaren und Naheliegenden, das eigene Ich unmittelbar Berührenden, die Verkleinerung des Gesichtskreises und des Vorstellungsschatzes, sowie das rasche Schwinden des gleichgültig aufgefassten und mit dem übrigen Bewusstseinsinhalte nicht in lebendige Verbindung getretenen neuen Erfahrungsmaterials aus dem Gedächtnisse. Am deutlichsten tritt natürlich diese Wandlung, welche die intellektuelle Seite der sog. „Verblödung“ repräsentirt, in der Dementia paralytica hervor, wo die Geschwindigkeit des psychischen Verfalles den Vergleich der einzelnen Stadien desselben mit einander sehr erleichtert. Ueberall indessen wird bei derartigen gewordenen Zuständen die ganze Ausdehnung der wirklichen psychischen Veränderung leicht unterschätzt, weil der Erwerb früherer Tage, der dem Individuum noch theilweise zu Gebote steht, die momentane Unfähigkeit und die Armseligkeit der intellektuellen Leistungen mehr oder weniger zu verdecken im Stande ist.

Der krankhaften Erschwerung der Vorstellungsverbindungen steht als weitere Elementarstörung auf diesem Gebiete die abnorme Erleichterung derselben gegenüber. Wo diese Erleichterung der Verknüpfung auf einzelne Vorstellungskreise beschränkt ist, da tauchen diese immer und immer von Neuem im Bewusstsein des Kranken hervor, bei jeder Gelegenheit die Kontinuität des Gedankenganges unterbrechend und mit einer gewissen Energie sich demselben aufdrängend. Die tägliche Erfahrung lehrt uns Andeutungen dieser Störung kennen, wenn wir irgend eine Vorstellungsgruppe, meist solche von rhythmischer Gliederung, einen Vers oder eine Melodie, „nicht los werden können“ und, oft zu unserem grössten Verdrusse, in steter Wiederholung auf dieselbe zurückkommen müssen. Auf diese Weise kann eine Reproduktion, die uns zunächst gleichgültig und sogar angenehm ist, bei häufiger Wiederkehr schliesslich die peinlichsten Gefühle in uns hervorrufen, sobald wir uns ausser Stande finden, dieselbe zu unterdrücken. Man

hat derartige Vorstellungen, die sich gegen den Willen des Subjektes in das Bewusstsein desselben drängen, Zwangsvorstellungen genannt. Von anderen, mit Macht hervortretenden Vorstellungen unterscheiden sie sich somit nicht an sich selbst, sondern es ist der eigenthümliche Zustand des Bewusstseins, das Widerstreben des Individuums, nicht der Zwang selbst, sondern das unangenehme Gefühl des Zwanges, welches dem ganzen Vorgange seine bestimmte Färbung giebt.

Der Widerstand und weiterhin das Unlustgefühl, welches die Ueberwindung desselben durch die Zwangsvorstellung begleitet, kann ausser der Beeinträchtigung des Gedankenverlaufes durch die häufige, ja unablässige Wiederholung jener letzteren noch aus ihrem der sonstigen Denkweise des Subjektes widersprechenden Inhalte entspringen. Dies ist natürlich in sehr hohem Grade der Fall, wenn jene Vorstellung schon an sich einen unangenehmen, quälenden Inhalt besitzt und daher mit lebhaften Unlustgefühlen verbunden ist. Die einzelnen klinischen Formen dieser Störung, die regelmässig auf dem Boden einer verminderten psychischen Widerstandsfähigkeit zur Entwicklung kommt, werden wir später bei der speziellen Betrachtung der Schwächezustände näher kennen lernen.

Während bei dem Symptomenkomplexe der Zwangsvorstellungen das psychische Individuum mit lebhaften Unlustgefühlen gegen die einseitige Erleichterung der Associationen reagirt, fällt diese Reaktion selbstverständlich fort, sobald jene Erleichterung den gesammten Vorstellungsverlauf betrifft. Der Kampf zwischen dem Willen des Subjektes und dem krankhaften Zwange ist hier überall zu Gunsten des letzteren entschieden und dadurch der innere Zwiespalt beseitigt. Zugleich tritt an Stelle der früheren Monotonie des Gedankenganges eine phantastische Reichhaltigkeit desselben. Schon entfernte Aehnlichkeiten und partielle Uebereinstimmungen genügen, um die Verknüpfung und Verschmelzung von Erinnerungsbildern zu vermitteln; jede einzelne Vorstellung zieht eine ganze Reihe nur äusserlich mit ihr in lockerem Zusammenhange stehender nach sich. Gerade diese Leichtigkeit, mit welcher die Verbindungen

sich vollziehen, bringt daher vielfach ganz heterogene Elemente in nahe Beziehungen und macht bei der Begriffsbildung eine apperceptive Auswahl des Zusammengehörigen und die Ausscheidung des Unwesentlichen, Entlegenen fast gänzlich unmöglich. So kommt es, dass die Begriffe hier durchaus jener Schärfe und Klarheit entbehren, welche sie zur Basis der höheren intellektuellen Operationen tauglich macht; sie werden verschwommene und unklare psychische Gebilde, mit deren Hilfe nur einseitige und verschrobene Urtheile von zweifelhaftem Werthe, sowie vage und unsichere Analogieschlüsse zu Stande kommen können, sobald sich der Gedankengang aus dem Bereiche der unmittelbaren Sinneserfahrung entfernt.

Dazu kommt, dass auch diese letztere gerade bei der hier geschilderten Störung in ihrer grundlegenden Bedeutung für die psychische Entwicklung sehr gefährdet wird. Nicht nur jene direkten Verfälschungen, die wir oben als subjektive Fehlerquellen der Sinneserkenntniss kennen gelernt haben, beeinträchtigen die Richtigkeit derselben, sondern noch eine weitere Kategorie von Täuschungen, die man mit Recht als „Urtheilsdelirien“ bezeichnet hat. Der Angriffspunkt derselben ist nicht der Wahrnehmungsvorgang, die Auffassung eines äusseren Eindruckes, sondern die Deutung und die weitere intellektuelle Verarbeitung desselben. Je geschäftiger die Phantasie, die Kombinationsgabe des Individuums ist, desto leichter wird auch die einfachste Wahrnehmung in ihm weitere Vorstellungskreise wachrufen, durch welche sie eine pathologisch vergrösserte Bedeutung im Bewusstseinsinhalte erlangt, wo sie im gesunden Bewusstsein vielleicht ohne Weiteres der Vergessenheit wieder anheimgefallen wäre. So wird der Flug eines Vogels zum verheissungsvollen Zeichen für die Zukunft, eine zufällig beobachtete Geberde signalisirt drohende Gefahr, der Fund einiger Kastanien bedeutet die Zusicherung künftiger Weltherrschaft u. s. f. Diese Neigung zu phantastischer Verknüpfung der Vorstellungen und Wahrnehmungen begünstigt somit überaus die subjektive Interpretation der Aussenwelt, das Suchen nach Beziehungen der Dinge, wo die Vorstellungen in Beziehung getreten sind, die Ver-

muthung eines realen Zusammenhanges der Erscheinungen auf Grund des leicht geknüpften psychologischen Bandes derselben. Der harmloseste äussere Vorgang wird zum tief-sinnigen Symbol verborgener Ereignisse; in die nüchternsten Thatsachen wird ein versteckter und entlegener Sinn hinein-geheimnisst.

Auf diese Weise entsteht sodann nicht selten jenes wichtige psychopathische Symptom, welches man als „Wahn-idee“ bezeichnet. Jede Wahnidee ist eine krankhaft verfälschte Vorstellung, die sich zumeist auf die persönlichen Verhältnisse des Individuums bezieht. Sie kann erzeugt werden durch eine einfache Sinnestäuschung und ist dann der Korrektur leicht zugänglich, sobald die Irrealität jener Täuschung erkannt worden ist. Zumeist indessen, auch wenn sie durch Trugwahrnehmungen genährt und inhaltlich bestimmt wird, hat sie ihre eigentliche Wurzel im Verlaufe und den Verbindungen der Vorstellungen, die allerdings wieder von anderer Seite her, z. B. durch Gefühle und Affekte, beeinflusst werden können.

Ein physiologisches Analogon der Wahnidee ist gewissermassen der Aberglaube, insofern auch er auf einem mystischen Hange, auf der Neigung zu phantastischer Auslegung der äusseren Erscheinungen beruht, die nur beim Kranken vielfach in weit groteskeren und unkritischeren Formen auftritt. In der That ist es bisweilen bei der Beurtheilung des einzelnen Falles überaus schwer, zu sagen, wie weit der Aberglaube und wie weit ein wirklich pathologischer Wahn von der Weltanschauung des Individuums Besitz ergriffen haben. Nur die Eruirung des Durchschnitts-berglaubens bei der Umgebung des Kranken kann hier einen einigermassen sicheren Anhalt an die Hand geben.

Regelmässig stehen die Wahnideen in den innigsten Beziehungen zu dem eigenen Ich des Kranken. Die Vorstellungsgruppe der eigenen Persönlichkeit, das Selbstbewusstsein, bildet ja schon unter normalen Verhältnissen den Mittelpunkt des individuellen Interesses; darum knüpfen sich auch hier alle die symbolischen Interpretationen der Eindrücke vor Allem an dieses Centrum an und setzen das Netz geheimnissvoller Zusammenhänge und phantastischer

Projektionen in unmittelbare Verbindung mit dem eigenen Wohl und Wehe. Ausserordentlich begünstigt wird diese Entwicklung einer egocentrischen Auffassung der Umgebung besonders durch die Wirkung lebhafter Gefühle. Es giebt kein Wahnsystem, welches dem Kranken gleichgültig wäre, sondern dasselbe ist stets auf das Engste verwebt mit seinen persönlichen Interessen und übt auf seine Stimmung wie auf seine Stellung in der Welt einen entscheidenden Einfluss.

Nach dem begleitenden Gefühlston lassen sich somit zwei grosse Gruppen von Wahndeiden unterscheiden, depressive und exaltirte, deren Inhalt im Einzelnen eine Reihe verschiedener, meist bis zu einem gewissen Grade typischer Formen annehmen kann. Unter denjenigen mit depressiver Färbung sind zunächst einige Formen zu nennen, die sich direkt auf den eigenen Körper beziehen. So besteht der hypochondrische Wahn in der Idee, von einer schweren körperlichen Krankheit befallen zu sein, deren Symptome und Wirkungen häufig in phantastischer Weise ausgemalt werden. Wie der angehende Arzt die Anzeichen so mancher der gerade von ihm studirten Affektionen an sich zu entdecken glaubt, so werden hier die harmlosesten, durchaus normalen Erscheinungen am eigenen Körper für die Folgen der Syphilis, der Hundswuth, mannigfacher Vergiftungen, sexueller Ausschweifungen u. dergl. angesehen. Bei Aerzten sind Tabes, Paralyse, Phthise der häufigste Inhalt hypochondrischer Wahndeiden. In schwereren Fällen gewinnen dieselben nicht selten ganz barocke Formen. Ein lebendiges Thier sitzt im Körper, Mund und After sind verschlossen, die Eingeweide sämmtlich ruinirt oder herausgenommen, der Athem und das Blut vergiftet, der Kopf ausgehöhlt, die Knochen durch Holzstücke ersetzt, der ganze Körper ist von Glas, Butter, Eisen u. Aehn.

Das hypochondrische Wahnsystem geht dabei schon in zwei verwandte Ideenkreise über, die Idee der körperlichen Beeinflussung und diejenige der Metamorphose. Im ersten Falle wird die Veränderung und Verschlechterung des ganzen Körpers feindlichen Einwirkungen zugeschrieben, die entweder im Schlafe vor-

genommen werden oder ganz mystischer Natur sind. Die Hypothese des Behextwerdens, des Besessenseins, die ja in den Hexenprozessen des Mittelalters eine so grosse kulturhistorische Bedeutsamkeit erlangt hat, liegt hier dem abergläubischen Kranken äusserst nahe; sie wird gestützt durch abnorme Gemeingefühle, fremdartige ihm aufsteigende Gedanken und Reden, die Wahrnehmung von Stimmen im eigenen Körper, lebhaftere Träume. Ein etwas anderer Bildungsgang macht den Kranken mehr zur Annahme magischer, magnetischer, elektrischer, physikalischer Fernwirkungen geneigt, die durch allerlei Maschinen, Telephone, galvanische Batterien, magnetische Manipulationen von unsichtbaren Feinden vermittelt werden. Die Ausbildung derartiger Hypothesen ist bisweilen eine äusserst detaillirte und spitzfindige. Die Idee der Metamorphose findet noch eine weitere Entwicklung in dem ebenfalls kulturhistorisch wichtigen Wahne der Thierverwandlung, des Abgestorbenseins, der Verwandlung in andere Personen, namentlich solche anderen Geschlechtes, in leblose Dinge u. s. f.

Ueberaus häufig ist das allgemeinere Symptom des Verfolgungswahns. Derselbe kann sich weit über den Bereich der rein körperlichen Beeinflussung hinaus, die wir soeben erwähnt haben, auf das ganze Gebiet der Beziehungen des Individuums zur Aussenwelt erstrecken. Sehr gewöhnlich beginnt derselbe mit der wahnhaften Interpretation einzelner hingeworfener Aeusserungen oder zufällig wahrgenommener Geberden; genährt wird er vor Allem am ergiebigsten durch Gehörstäuschungen. Der Kranke wird argwöhnisch und misstrauisch gegen seine Umgebung; er beginnt das Benehmen derselben mit anderen Augen anzusehen und gesammelte Wahrnehmungen unter dem neu gewonnenen Gesichtspunkte zu verwerthen. Ueberall entdeckt er geheime Komplotte gegen sich, Andeutungen drohender Gefahren, überall Spione, die ihn auf Schritt und Tritt beobachten und verfolgen. Wohin er kommt, fühlt er die Aufmerksamkeit auf sich gerichtet; harmlose Bemerkungen enthalten versteckte Verhöhnungen und den Hinweis auf seine verzweifelte Lage; Jedermann weiss um das quälende Geheimniss und die Versicherungen der Liebe

und Freundschaft sind eitel Heuchelei, um ihn desto sicherer in die Falle zu locken. In anderen Fällen richten sich diese Verfolgungsideen nur gegen bestimmte Personen, gegen Vorgesetzte, Nachbarn, Freunde, Gatten, oder gegen gewisse sehr mystisch organisirt gedachte Parteien, die Geistlichen, Socialdemokraten. Der besondere Inhalt des Wahnsystems ist sehr gewöhnlich durch Trugwahrnehmungen verschiedener Art motivirt.

Als weitere Form der depressiven Wahnsysteme haben wir noch den Versündigungswahn zu erwähnen. Der Kranke glaubt, ein grosses Unrecht begangen zu haben, klagt sich der scheusslichsten Verbrechen an, oft nur in allgemeinen Ausdrücken, bisweilen aber auch in ganz bestimmter Erzählung, hält sich für ein schlechtes, verworfenes, gemüthloses Geschöpf, für von Gott verstossen und verdammt. Er fürchtet und wünscht zugleich eine schreckliche Strafe, um seine Sünden zu büssen und lebt in der beständigen Erwartung, dass er nunmehr von den Polizisten geholt, hingerichtet, verbrannt, zur Richtstätte geschleift werden solle. Diesen Wahnideen nahe verwandt sind gewisse Befürchtungen allgemeiner Art, die häufig mit ihnen sich vergesellschaften, die Idee zu verarmen, arbeitsunfähig zu werden, ein grosses Unglück erdulden zu müssen oder über die Angehörigen heraufzubeschwören. Namentlich die Vorstellung, dass irgend etwas Schreckliches passirt, die Familie erkrankt und gestorben sei, oder dass etwas Furchtbares bevorstehe, scheint zumeist aus einer direkten Beeinflussung des Bewusstseinsinhaltes durch die allgemeine depressive Verstimmung des Melancholikers ihren Ursprung zu nehmen; begegnen wir doch ähnlichen, allerdings gewöhnlich rasch vergessenen „Ahnungen“ auf dem Hintergrunde einer gemüthlichen Alteration nicht selten auch im alltäglichen Leben.

Auch die exaltirten Wahnideen können unmittelbar den eigenen Körper zum Gegenstande haben. Die Euphorie der Phthisiker und die Selbsttäuschung Betrunkener gewähren uns ein normales Beispiel für jene Störungen des Selbstbewusstseins, in denen das Gefühl excessiver körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit im grellsten Kon-

traste mit dem wirklichen Verhalten dem Kranken die Vorstellung vollster Gesundheit erzeugt. So rühmen gebrechliche Paralytiker ihre Körperkräfte, ihre ausgezeichneten Lungen, ihre sexuelle Potenz, sprechen von ihrer schönen Stimme, von ihren gymnastischen Fertigkeiten, während sie keinen musikalischen Ton hervorbringen und nicht auf den Füßen stehen können. Den hypochondrischen Ideen inhaltlich verwandt sind die exaltirten Vorstellungen, dass der eigene Koth Gold, der Urin Rheinwein sei u. Aehnl.

Sehr häufig ist die Idee geistiger Gesundheit trotz tiefgreifender psychischer Störung, der Mangel der Krankheitseinsicht, der für manche Formen des Irreseins geradezu als pathognomonisch angesehen werden kann. Namentlich dort, wo die Kombinationsfähigkeit erhöht ist und die Verbindung der Vorstellungen mit krankhafter Leichtigkeit vor sich geht, glaubt der Kranke gesünder zu sein, denn je und giebt seiner Umgebung die Insinuation psychischer Erkrankung ohne Weiteres zurück. Bisweilen steigert sich dieses Gefühl intellektueller Leistungsfähigkeit in so exorbitanter Masse, dass der Kranke sich für ein Universalgenie, für einen grossen Entdecker und Reformator hält, für den es keine Schwierigkeiten und keine unlösbaren Probleme mehr giebt; er versteht alle Sprachen, kennt alle Geheimnisse der Natur und ergründet die tiefsten Räthsel des Daseins mit spielender Leichtigkeit. Wer wird dabei nicht an die erstaunliche Gewandtheit erinnert, mit der wir bisweilen im Traume die schwierigsten Aufgaben überwältigen, um nachher beim Erwachen zu entdecken, dass unsere Produkte baarer Unsinn gewesen sind.

Die äusseren Verhältnisse des Kranken werden durch exaltirte Wahnideen in analoger Weise umgewandelt. Nach der einen Seite hin beziehen dieselben sich auf seine sociale Stellung, nach der anderen auf seinen Besitz, ohne dass natürlich im Einzelfalle eine scharfe Trennung dieser beiden Formen möglich wäre. Der Kranke ist von hoher Abkunft, Fürstenkind, Thronerbe, oder er steht wenigstens in nahen Beziehungen zu weltlichen und geistlichen distinguirten Persönlichkeiten, ja er hat Verbindungen mit überirdischen Mächten, Verkehr mit der Jungfrau Maria, mit

Christus oder Gott selbst. In weiterer, sehr häufiger Steigerung ist er selber Bismarck, König, Kaiser, Papst (sogar Beides in einer Person); er ist ein Heiliger, Christus, Braut Christi, Gott, die personificirte Dreieinigkeit und Obergott. Andererseits rühmt der Kranke seine schönen Kleider, seine Pferde und Schlösser; er besitzt grosse Ländereien und ungeheuer viel Geld, Millionen mal Milliarden; ihm gehört Deutschland, Europa, alle fünf Erdtheile, ja schliesslich die ganze Welt. An diese Vorstellungen der Macht und des Reichthums knüpfen sich sehr gewöhnlich mannigfache Pläne, welche mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Mittel zur Ausführung gebracht werden sollen. Vom einfachen Ankaufe allerlei unnützer Dinge geht es zum Projekte gewaltiger Bauten, grossartiger Feste, zur Austrocknung ganzer Oceane, Durchbohrung der Erde, Reisen nach dem Monde und durch das Weltall. In dieser speziellen inhaltlichen Ausprägung des „Grössenwahns“ macht sich gerade der Einfluss der individuellen Erfahrung geltend. Die allgemeine Richtung desselben ist offenbar in dem zu Grunde liegenden Krankheitszustande vorgezeichnet, aber das ausfüllende Detail wird durch den Vorstellungsschatz des Subjektes geliefert und spiegelt somit die Anschauungen, Interessen und Wünsche desselben, bisweilen in sehr drastischer Weise, wieder.

Depressive und exaltirte Wahnideen sind durchaus nicht etwa als gegensätzliche und einander ausschliessende Richtungen der Vorstellungsthätigkeit zu betrachten, sondern sie kombiniren sich sogar sehr gewöhnlich mit einander. Der vermeintlich Verfolgte sieht die Ursache der gegen ihn gerichteten Feindseligkeiten in seinen besonderen persönlichen Vorzügen, in seinen natürlichen Ansprüchen auf ein grosses Besitzthum, in seiner Anwartschaft auf einen Fürstenthron, und umgekehrt glaubt der wahnhaft Sprössling aus hohem Hause, der Besitzer ideeller Reichthümer die Nichtanerkennung seiner Rechte auf die Machinationen geheimer Feinde und Neider zurückbeziehen zu müssen, betrachtet seine Zurückhaltung in der Irrenanstalt als das Werk erbschleicherischer Verwandten oder auch als eine von Gott auferlegte Prüfung, nach deren

glücklichem Ueberstehen das ganze Füllhorn des Glückes sich über ihn ergiessen werde. Die Pathogenese dieser Vermischung wie überhaupt der Wahnideen ist im einzelnen Falle sicherlich recht verschieden und bisher oft nicht ganz klar zu stellen.

Affektive Zustände; die oben geschilderten Anomalien in der Kombination der Vorstellungen und endlich Verfälschungen der Wahrnehmung, namentlich Sinnestäuschungen, sind die wesentlichsten Quellen, aus welchen die wahnhaften Veränderungen des Selbstbewusstseins hervorgehen. Mit dieser mannigfaltigen Entstehungsweise hängt sicherlich zum grossen Theile eine sehr wesentliche klinische Differenz der Wahnideen zusammen, welche uns zwei Formenkreise derselben von verschiedener pathologischer Bedeutung von einander zu trennen erlaubt, die fixen und die wechselnden Wahnideen. Nur bei den ersteren kann man, streng genommen, von einem „Wahnsysteme“ sprechen; hier ist der krankhaft veränderte Vorstellungsinhalt zum dauernden Bestandtheile des Erfahrungsschatzes geworden und übt somit auf die gesammte weitere Verarbeitung der äusseren Eindrücke seinen entscheidenden Einfluss aus. Die Stellung des Subjektes zur Aussenwelt verschiebt sich auf diese Weise allmählich in bestimmter Richtung; die psychische Persönlichkeit mit ihren früher gewonnenen Anschauungen erleidet eine vollständige Umwandlung, in mancher Beziehung analog derjenigen des gesunden Menschen, der in eine fremde Welt voll neuer Eindrücke versetzt wird. Gerade diese vollständige Assimilation des Wahnes, die innigen Beziehungen desselben zu der Vorstellungsgruppe des eigenen Ich sind es, welche den inneren Zusammenhang seiner einzelnen Elemente, die logische Verarbeitung derselben zu einem Systeme, einer Weltanschauung vermitteln.

Dem gegenüber stellen sich die wechselnden Wahnideen im Allgemeinen als eine mehr äusserliche Funktionsstörung im Bereiche des Intellectes dar. Sie sind nicht so sehr ein Ausdruck der individuellen Weltauffassung, als vielmehr Vorstellungen, die aus irgend einem Grunde (Affekt, Sinnestäuschungen) vorübergehend die Herrschaft über

den Bewusstseinsinhalt des Subjektes erlangt haben, ohne darum bereits von demselben fest assimilirt worden zu sein. Sie werden nicht intellektuell verarbeitet, haften daher nicht lange und pflegen die spätere Erfahrung nicht massgebend zu beeinflussen. Für den Augenblick vermögen sie wol den Vorstellungsschatz des Individuums in den Hintergrund zu drängen, aber sie verlieren bald ihre Macht und werden dann von der wieder hervortretenden gesunden Kritik leicht korrigirt, oder sie werden wenigstens von neuen Ideen abgelöst, wenn die tiefe Störung der Intelligenz eine kritische Ausmerzung bereits unmöglich gemacht hat. Es liegt auf der Hand, dass auch hier eine durchgreifende Trennung der beiden Formenkreise nicht möglich ist. Fixe Wahnsysteme pflegen sich meist aus anfänglichen wechselnden und schwankenden Wahnvorstellungen herauszuentwickeln, die erst allmählich eine dauernde Herrschaft über das widerstrebende Subjekt gewinnen; andererseits können unter Umständen derartige detaillirt ausgearbeitete Systeme bisweilen nach Monate, selbst Jahre langer Dauer dennoch wieder korrigirt werden, wenn sie auf der Basis einer endlich sich ausgleichenden Alteration des Stimmungshintergrundes entstanden waren.

Die Entstehung der Wahnideen erscheint dem gesunden Bewusstsein zunächst als ein durchaus fremdartiger und unbegreiflicher Vorgang. Es ist uns unverständlich, wie eine plötzlich auftauchende Idee dauernde Macht über den gesammten Erfahrungsinhalt gewinnen kann und wie die grössten Absurditäten trotz ihrer Handgreiflichkeit, trotz des unmittelbar entgegenstehenden Zeugnisses der Sinne, dennoch unbeirrt festgehalten werden. Allerdings begegnet es auch dem Gesunden gelegentlich, dass ihm einzelne barocke Ideenverbindungen, namentlich solche, die sich auf die abergläubische Deutung auffallender Ereignisse beziehen, durch den Kopf schiessen, dass seine schweifende Phantasie ihm Luftschlösser vorgaukelt und ihm allerlei unwirkliche Situationen vormalt, aber derartige Vorstellungen erhalten keine Gewalt über das Denken und Handeln der psychischen Persönlichkeit — sie schwinden, sobald das Subjekt beginnt, den Bewusstseinsinhalt kritisch

zu verarbeiten. Wir werden durch diese Ueberlegung auf die zweite und wichtigste Elementarstörung geführt, welche ausnahmslos der Entwicklung von Wahnideen zu Grunde liegt: den Mangel an Kritik. Aus der abnormen Steigerung der Kombinationsfähigkeit erklärt sich wol der oft so seltsame und fremdartige Inhalt der Ideen, die in dem Bewusstsein des Kranken auftauchen — dass sie aber wirklich im Stande sind, sein Urtheil zu trüben, seine Auffassung der Aussenwelt zu verfälschen und sogar dauernde Elemente des Vorstellungsschatzes zu werden, liegt einzig und allein an der Unfähigkeit des Kranken zu scharfer und durchgreifender kritischer Berichtigung der neuen Vorstellungen an der Hand der früher gewonnenen Erfahrung.

Dies ist der Grund, weshalb die Ausbildung eines Wahnsystems stets auf eine tiefe Erkrankung der gesamten psychischen Persönlichkeit hindeutet, auf eine einschneidende Unzulänglichkeit seiner intellektuellen Leistungen. Je barocker die Wahnideen, je grösser also der Widerspruch derselben mit der gesunden Erfahrung ist, desto leichter sollte ihre Korrektur sein und desto zerstörender muss demnach der Krankheitsprocess auf die Intelligenz eingewirkt haben, welche nicht mehr im Stande ist, diese Korrektur auszuführen. Gerade auf diesem Gebiete ist es überaus wichtig, sich bei der Beurtheilung der geistigen Leistungsfähigkeit des Kranken nicht durch die gedächtnismässige Beherrschung einfacher logischer Kombinationen und des Vorstellungsmaterials aus gesunden Tagen täuschen zu lassen. Die Thatsache, dass er nicht im Stande ist, seine eigenen Wahnideen zu korrigiren, zeigt auf das unzweideutigste die wahre Grösse des intellektuellen Defektes an. In diesem Sinne ist die Auffassung der fixen Idee als einer isolirten, „partiellen“ Störung bei sonstiger psychischer Integrität durchaus unhaltbar. Der Vorgang kritischer Berichtigung des Bewusstseinsinhaltes mit Hülfe von Urtheil und Schluss ist eben hier in weiterem oder engerem Umfange nicht mehr möglich und somit eine der wichtigsten psychischen Funktionen als krankhaft gestört zu betrachten.

Dass nun trotzdem die Kritik zuerst bei ganz be-

stimmten Vorstellungsgruppen versagt, nämlich bei denjenigen, welche sich auf das eigene Ich beziehen, hat seinen Grund in der intensiven Gefühlsbetonung derselben. Die landläufige Thatsache, dass lebhaftere Gefühle und Affekte das klare Urtheil trüben und dass daher kein Gebiet des menschlichen Denkens groteskeren Täuschungen ausgesetzt ist, als die Selbsterkenntniss, spiegelt sich in dem Verhalten der Wahnideen in vergrössertem Massstabe wieder. Man wird indessen darum die intellektuelle Störung, welche diesen „partiellen“ Wahnsystemen zu Grunde liegt, mit demselben Rechte eine allgemeine nennen müssen, wie z. B. die Kreislaufalterationen in Folge eines Herzfehlers, auch wenn hier die Stauungssymptome zunächst nur an den exponirtesten Theilen zur Ausbildung kommen. So sehen wir denn auch häufig die Kritiklosigkeit weitere Fortschritte machen und schliesslich den Kranken unfähig werden, die einfachsten logischen Operationen auszuführen. Die Beobachtung des progressiven psychischen Verfalles, wie er von dem Auftreten immer absurderer und unsinnigerer Wahnideen bis zur völligen Zusammenhangslosigkeit derselben untereinander begleitet wird, zeigt auf das deutlichste, dass es sich hier um einen einheitlichen pathologischen Grundprocess handelt, welcher sich als eine zunehmende Unfähigkeit zu intellektueller, kritischer Bearbeitung des verfälschten Bewusstseinsinhaltes darstellt.

Alle diese Bemerkungen treffen nur theilweise zu dort, wo mächtige Gefühle den allgemeinen Stimmungshintergrund überhaupt in starken Schwankungen erhalten und wo die Kritiklosigkeit gegenüber den auftauchenden Wahnideen daher wesentlich durch krankhafte gemüthliche Alterationen bedingt sein kann. Der Aengstliche, der Zornige, der Begeisterte sind keiner objektiven, ruhigen Ueberlegungen fähig; ebenso machen die gewaltigen Affekte der Manie oder der Melancholie die nüchterne Korrektur der immer wieder aufsteigenden gefühlsstarken Wahnvorstellungen häufig unmöglich. Erst dann, wenn mit dem Zurücktreten der pathologischen Affekte die Wahnideen nicht verschwinden, sondern dauernd den Bewusstseinsinhalt beherrschen, schliessen wir mit Recht auf ein tieferes

Ergriffensein der Intelligenz. Bei wirklicher Intaktheit der intellektuellen Funktionen müssten ja die wahnhaften Vorstellungen der affektiven Periode nach dem Abklingen derselben mit der gleichen Leichtigkeit und Sicherheit korrigiert werden, wie wir täglich die bizarren Phantasien des Traumes oder der Fieberdelirien berichtigen, Zustände, die sich beide gerade durch das Fehlen einer kritischen Sichtung des Bewusstseinsinhaltes charakterisieren. Die Ursache der Kritiklosigkeit ist hier ein vorübergehender mehr oder weniger vollständiger Verlust des Einflusses, den die gesunde psychische Persönlichkeit auf den Verlauf und die Verbindung der Vorstellungen auszuüben pflegt. Die handgreiflichsten Ungereimtheiten fallen uns gar nicht auf, weil wir nicht frei über unseren Erfahrungsschatz verfügen und weil uns die vielen allgemeinen Begriffe und Urtheile, die wir in demselben angesammelt haben, nicht in vollem Umfange zur sofortigen kritischen Anwendung auf die Erzeugnisse unserer spielenden Phantasie zu Gebote stehen.

Wesentlich anders haben wir uns indessen das Zustandekommen der Kritiklosigkeit dort zu denken, wo sich dieselbe als eine dauernde, angeborene oder erworbene Eigenschaft des Individuums darstellt, ohne dass eine Bewusstseinsstrübung oder langwierige affektive Störungen derselben zu Grunde lägen. In solchen Fällen dürfte vor Allem die unvollkommene oder krankhaft verschwommene Begriffsbildung als die Ursache des Defektes betrachtet werden müssen. Ungenügende Abstraktion und Verschmelzung der Vorstellungen, Stehenbleiben derselben auf der Stufe sinnlicher Wahrnehmungen verhindert die Ausbildung der höheren logischen Funktionen vollständig, während die unklare Ausprägung und mangelnde Schärfe der Begriffe dieselben ungeeignet macht, als Grundlage eindeutiger Urtheile und zwingender Schlüsse zu dienen. Je weniger sich in den Begriffen das Wesentliche von dem Nebensächlichen, das Allgemeine von dem Einzelnen scheidet, je mehr in dieselben verfälschte und oberflächlich erfasste Wahrnehmungselemente eingehen, desto weniger wird das Subjekt im Stande sein, sie zur kritischen Verarbeitung seines jeweiligen Bewusstseinsinhaltes zu benutzen, und desto

willenloser wird es den wahnhaften Kombinationen seiner geschäftigen Phantasie sich hingeben, bis schliesslich auch die ungeheuerlichsten Ideen in dem angesammelten Erfahrungsschatze keinen Widerspruch mehr wachrufen.

**Verlangsamung und Beschleunigung des Vorstellungsverlaufes.** Vielfach in nahen Beziehungen zu den inhaltlichen Störungen des Vorstellungsverlaufes stehen die formalen Alterationen desselben, seine Verlangsamung und seine Beschleunigung. Es ist experimentell nachgewiesen worden, dass bei Melancholischen und bei Schwachsinnigen selbst die einfachsten psychischen Operationen, wie das Wahrnehmen eines Sinneseindrucks und die Ausführung einer Willkürbewegung, durchschnittlich etwas längere Zeit in Anspruch nehmen, als bei Gesunden. Wie die klinische Erfahrung zeigt, tritt dieses Verhalten bei höheren intellektuellen Funktionen noch deutlicher hervor, obgleich genaue Bestimmungen über diesen Punkt bisher nicht vorliegen. Die einzelnen Vorstellungen folgen einander langsam und träge, die Antworten werden zögernd und nach längerer Pause hervorgebracht, verwickeltere geistige Leistungen entweder gar nicht oder nur unter grossem Zeitaufwande ausgeführt. Im einen Falle, bei Melancholikern und Stuporösen scheint diese Verlangsamung auf einer allgemeinen Hemmung der psychischen Prozesse durch den begleitenden Affekt zu beruhen, wie ja auch unter normalen Verhältnissen jede ernstere Verstimmung mit einer Unfähigkeit zu raschem und klarem Denken einherzugehen pflegt. Bei Schwachsinnigen dagegen haben wir es wol mit einer dauernden Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit zu thun, als deren vorübergehendes physiologisches Analogon wir vielleicht den Zustand der Ermüdung betrachten können. Dass in diesem letzteren, ebenso wie unter dem Einflusse depressiver Affekte, schon die einfachsten psychischen Vorgänge regelmässig eine Verlängerung ihrer Zeitdauer erfahren, ist durch exakte Messungen gezeigt worden.\*)

---

\*) Kraepelin, Ueber die Dauer einfacher psychischer Vorgänge, Biologisches Centralblatt, I.

Beschleunigung des Gedankenganges beobachten wir überall dort, wo die Verknüpfung der Vorstellungen erleichtert ist. Das Ueberwiegen der associativen Verbindungen, wie es im Traume und den verwandten Bewusstseinszuständen stattfindet, bedingt somit einen rascheren Ablauf des Ideenganges, als die logische Verarbeitung der Gedanken. Den höchsten Grad dieser Störung begegnen wir in der maniakalischen Exaltation. Hier, wo schon entfernte Anklänge und Aehnlichkeiten genügen, um das associative Band zu knüpfen, lösen die heterogensten Vorstellungen mit ungemeiner Schnelligkeit einander im Bewusstsein ab, indem sich die sonderbarsten, dem Beobachter vielfach gänzlich unverständlichen Ideensprünge vollziehen. Jeder neue Eindruck wird sofort in den Vorstellungsverlauf hineingezogen und weckt dort ganze Reihen von rasch wechselnden Erinnerungsbildern. Auf diese Weise entsteht jenes Symptom, welches man als „Ideenflucht“ bezeichnet. Durch das Vorherrschen der rein äusserlichen Associationen (Gleichklang, Reime) lockert sich der begriffliche Zusammenhang der Vorstellungen dabei immer mehr, bis schliesslich jede inhaltliche Verknüpfung derselben unter einander verloren geht und sich eine völlige Verwirrtheit herausbildet, deren chaotische Ideenüberstürzung bisweilen jedoch noch durch sehr energische äussere Eindrücke (kräftiges Anreden) vorübergehend aufgehalten werden kann, so dass es gelingt, von dem Kranken etwa eine richtige Antwort auf eine einfache Frage zu erhalten.

Leichtere Grade der Ideenflucht dokumentiren sich in der Geschwätzigkeit aufgeregter Kranker, die nicht im Stande sind, einen angefangenen Gedanken konsequent durchzuführen, sondern beständig abschweifen und „vom Hundertsten ins Tausendste“ kommen, indem sie schon nach wenigen Augenblicken das ursprüngliche Ziel ihres Redens aus dem Auge verlieren und sich durch jeden neuen Einfall, der ihren Gedankengang kreuzt, von demselben ablenken lassen. Von Wichtigkeit ist es, die ideenflüchtige Verwirrtheit von jener Zerfahrenheit und Zusammenhangslosigkeit des Vorstellungsverlaufes zu unterscheiden, welche die Endstadien des psychischen Verfalles zu begleiten pflegt.

Bei der Ideenflucht handelt es sich um eine krankhaft gesteigerte Kombinationsfähigkeit der Vorstellungen, die auch zwischen den verschiedenartigsten Elementen noch associative Brücken zu schlagen weiss, während hier der Bewusstseinsinhalt nur noch durch die kümmerlichen, zusammenhangslosen Reste einstiger Wahnsysteme belebt wird, deren innere Einheit durch den fortschreitenden intellektuellen Verfall nach und nach einer vollständigen Auflösung entgegengeführt worden ist.

### C. Störungen des Gefühlslebens.

Jeder Sinnesindruck, der seinem Inhalte nach in nähere Beziehungen zum Wohl und Wehe des Individuums tritt, markirt sich im Bewusstsein desselben durch ein begleitendes Gefühl der Lust oder der Unlust, je nachdem er die allgemeinen Lebenszwecke zu fördern oder zu hemmen geeignet erscheint. Die Gefühle können somit gewissermassen als die subjektive Reaktion des Ich angesehen werden, in welcher dasselbe zu den Wahrnehmungen der Aussenwelt Stellung nimmt. Unter pathologischen Verhältnissen, welche eine Veränderung des psychischen Individuums hervorbringen, ist es daher sehr häufig gerade diese subjektive Gefühlsreaktion, das „Gemüthsleben“ der Kranken, welche zunächst die auffallendsten Störungen darbietet. Die Beurtheilung dieser Symptomengruppe stösst indessen insofern auf gewisse eigenthümliche Schwierigkeiten, als uns hier weit weniger, als bei den intellektuellen Alterationen eine feststehende Norm gegeben ist, mit Hilfe derer wir die graduellen Abweichungen vom gesunden Verhalten sicher bestimmen könnten. Verfälschungen der Sinneserfahrung, Verstösse gegen die Grundsätze des logischen Denkens werden auch vom Laien ohne Weiteres als abnorme Erscheinungen erkannt; die Lebhaftigkeit der Gefühlsreaktion zeigt aber schon bei Gesunden unter verschiedenen Verhältnissen so weite individuelle Schwankungen, dass die Abgrenzung des Pathologischen gerade auf diesem Gebiete häufig recht schwierig wird. Der Laie (in forensischen

Fällen der Richter) ist stets weit eher geneigt, intellektuelle Defekte, besonders Wahnideen, für krankhaft zu erkennen, als die eingreifendsten Störungen im Gemüthsleben.

**Störungen in der Intensität der Gefühle.** Die einfachste und auch wol häufigste Abnormität im Bereiche der Gefühle ist die Herabsetzung ihrer Intensität. Während sich im Gemüthe des Gesunden der innere Antheil, den er an seinen vielfachen Beziehungen zur Umgebung nimmt, in beständigen leiseren oder stärkeren Schwankungen des Stimmungshintergrundes widerspiegelt, bedeutet die Abnahme dieser Gefühlsbetonung Gleichgültigkeit und Theilnahmlosigkeit gegenüber den Eindrücken der Aussenwelt, die bisweilen scharf aufgefasst und auch intellektuell verarbeitet werden, ohne irgend welche gemüthlichen Regungen im Innern des Kranken wachzurufen. In den höchsten Graden dieser Störung, in denen völlige Apathie besteht, wie beim Stupor und tiefen Blödsinnszuständen, ist allerdings regelmässig auch die sonstige psychische Thätigkeit auf ein Minimum herabgesetzt.

Weit interessanter aber und klinisch wichtiger als derartige Formen des geistigen Bankerotts sind diejenigen Zustände, in denen vorzugsweise nur gewisse Seiten des Gefühlslebens von der Störung betroffen sind. Am leichtesten gehen dem Kranken natürlich verloren resp. bleiben unausgebildet solche Gefühle, welche nicht unmittelbar an die Veränderungen des eigenen Ich anknüpfen, sondern sich auf die Verhältnisse der Aussenwelt beziehen, und ferner diejenigen, welche den Charakter des Sinnlichen verloren haben und als Begleiter gewisser abstrakter Ideen und Grundsätze nur auf der Basis einer höheren intellektuellen Entwicklung in Wirksamkeit treten. Mit andern Worten: das Interesse des Kranken zieht sich hier wesentlich auf die Zustände der eigenen Person zurück, wird ein ausschliesslich egoistisches und er verliert die Freude an den edleren geistigen und ästhetischen Genüssen, das Gefühl für die höheren Anforderungen des Anstandes, der Sittlichkeit, der Religion. Ein derartiger Defekt ist vor Allem die regelmässige Begleiterscheinung der verschiedenen Formen des angeborenen und erworbenen Schwachsinn's. Wie

der Ideenkreis sich hier auf das Einfachste, Nächstliegende und persönlich Wichtigste beschränkt, so behalten auch die Gefühle ihren elementaren sinnlichen Charakter und erstrecken sich nur auf jene Eindrücke, die in dem unmittelbarsten und einleuchtendsten Zusammenhange mit dem eigenen Wohl und Wehe stehen. Fremdem Schicksale steht das Herz des Kranken kalt und gleichgültig gegenüber und die idealeren Bestrebungen vermögen weder Verständniss, noch Theilnahme in seinem Inneren anzuregen. Es fallen also für ihn alle jene Motive und Hemmungen fort, welche dem Gesunden aus der Rücksicht auf seine Umgebung entspringen. Theilnahmlosigkeit des Kranken gegenüber seinen natürlichen Beziehungen, der Verlust des Schamgefühls, des Taktes sind daher wichtige Anzeichen einer beginnenden Entartung auf dem Gebiete des Gemüthslebens. Namentlich bei den angeborenen Schwächezuständen verträgt sich damit ganz gut sogar ein gewisses Raffinement in der Verfolgung des sinnlichen Genusses, eine handwerksmässige Gewandtheit in der Wahrung egoistischer Interessen, durch welche sich die Umgebung häufig über die geistige und gemüthliche Impotenz des Kranken hinwegtäuschen lässt.

Ein höchst bedeutsamer Unterschied zwischen den niederen sinnlichen und den höheren abstrakten (logischen, ethischen, ästhetischen, religiösen) Gefühlen wird durch den Umstand bezeichnet, dass die ersteren wol eine weit grössere augenblickliche Stärke, aber eine ungleich geringere Reproduktionsfähigkeit besitzen, als die letzteren. Ein sinnlicher Genuss oder Schmerz kann uns für kurze Zeit in sehr lebhaft Erregung versetzen, aber er blässt in der Erinnerung sehr rasch ab, während z. B. die leiseren aber konstanten ethischen Gefühle unser Denken und Handeln durch das ganze Leben hindurch fast unausgesetzt begleiten und bestimmen, wo sie nicht durch leidenschaftliche Gemüthsschwankungen übertönt werden. Gerade die höheren Gefühle sind es, welche unserem Stimmungshintergrunde jene gleichförmige Ruhe, unserer psychischen Persönlichkeit jene Festigkeit und innere Harmonie zu gewähren vermögen, die man mit Recht als die Attribute eines gesunden, normal entwickelten Mannes betrachtet.

Auch nach dieser Richtung hin wird sich daher der Defekt der höheren Gefühle und das Vorherrschende niederer egoistischer Interessen in dem Krankheitsbilde des Schwachsinnes geltend machen müssen. Wo nicht eine hochgradige Apathie alle Gefühlsregungen überhaupt begräbt, sehen wir in der Ungleichförmigkeit der Stimmung und ihrer Abhängigkeit von äusseren Zufälligkeiten, in der gelegentlichen Heftigkeit der sinnlichen Lust- und Unlustreaktionen, in dem raschen Abklingen und der geringen Nachhaltigkeit solcher Aufwallungen, den Mangel der konstanten, höheren Gefühle zum Ausdrucke gelangen. In der Breite des Normalen sind Individuen, welche Andeutungen dieses Verhaltens erkennen lassen, sehr häufig, jene phlegmatischen, kalten, egoistischen Naturen, die durch keine Gemüthsbewegung aus ihrer Ruhe aufgerüttelt werden oder die wenigstens fremden Gefühlen theilnahmlos gegenüberstehen; nicht selten vermag auch hier das Treffen eines empfindlichen Punktes unvermuthete und rasch vorübergehende Ausbrüche heftiger Affekte hervorzurufen. Andererseits ist das stärkere Hervortreten egoistischer und sinnlicher Interessen (Geiz, Schlemmerei) eine häufige Begleiterscheinung des höheren Lebensalters. Aus ihr, wie aus der gleichzeitigen Abnahme in der Lebhaftigkeit der Gefühle überhaupt, erklärt sich einerseits die grössere Stumpfheit und Ruhe, andererseits die Launenhaftigkeit und gelegentliche Heftigkeit des Greises, Eigenschaften, die trotz ihrer scheinbaren Verschiedenheit dennoch in den gleichen allgemeinen psychischen Veränderungen ihre Wurzel haben.

In den schwersten Formen der gemüthlichen Degeneration können auch gewisse elementare Lust- und Unlustgefühle schwinden, besonders solche, die einen mehr ästhetischen Charakter haben. Dahin gehören vor Allem das Gefühl für Reinlichkeit und die Ekelgefühle. Allerdings bieten dieselben schon unter normalen Verhältnissen sehr beträchtliche individuelle Differenzen dar; dennoch aber deutet der gänzliche Verlust derselben, wie er sich in dem rücksichtslosen Herumschmieren und Verzehren der ekelhaftesten Dinge (sogar der eigenen Exkremente) kundgibt, stets auf sehr tiefgreifende Störungen des Seelenlebens hin.

Sehr gewöhnlich beobachtet man gleichzeitig auch eine psychisch bedingte auffallende Unempfindlichkeit gegen sinnlichen Schmerz, gleichmüthiges Ertragen schwerer Verletzungen u. dergl. Aehnliche Erscheinungen können vorübergehend durch intensive Affekte hervorgerufen werden, welche alle andern Gefühlsregungen unterdrücken. Auch unter normalen Verhältnissen vermögen ja heftige Aufregungszustände uns gegen körperliche Unlust, wie gegen ästhetische und ethische Rücksichten für einige Zeit unempfindlich zu machen.

Auf eine Unterdrückung der normalen Gefühlsreaktionen durch die herrschende gemüthliche Verstimmung ist, wie es scheint, auch eine eigenthümliche Störung zurückzuführen, die man bei den einfachsten Formen der Melancholie beobachtet. Die Kranken beklagen sich darüber, dass es ihnen so öde und leer in der Brust sei, dass sie ihren eigenen psychischen Vorgängen wie ganz unbetheiligte Zuschauer gegenüberständen und dass die Berührung ihrer sonst heiligsten Interessen ihnen jetzt weder Freude noch Schmerz zu bereiten im Stande sei. Es muss zweifelhaft bleiben, ob hier die Abschwächung der Gefühle ursprünglich durch einen krankhaften melancholischen Affekt bedingt wird, ähnlich wie der Gesunde unter dem Einflusse einer gemüthlichen Depression „den Sinn“ für seine sonstigen Interessen verliert, oder ob die Verstimmung erst sekundär aus der peinlichen Wahrnehmung einer primär entstandenen Abstumpfung des Gefühles ihren Ursprung nimmt. Mir ist die erstere Entstehungsweise aus verschiedenen Gründen wahrscheinlicher.

Das direkte Gegenstück zu den bisher besprochenen Störungen bietet die Steigerung der gemüthlichen Erregbarkeit dar, wie sie sich in der lebhaften Gefühlsbetonung jedes neuen Eindrucks und des Vorstellungsverlaufes kundgiebt. Das innere Gleichgewicht ist hier ein äusserst labiles, der Stimmungshintergrund in beständiger Bewegung begriffen; ein kleiner Anlass genügt, um die Gefühle der Lust und Unlust in excessiver Heftigkeit wachzurufen. Eine derartige Veränderung hat mit Nothwendigkeit einen raschen Wechsel der Affekte, ein Schwanken

derselben von einem Extrem in das andere zur Folge, weil ja gerade die Erhöhung der Erregbarkeit eine Abhängigkeit der Stimmung von jedem zufälligen Eindrucke bedingt, der in das Bewusstsein des Individuums eintritt. Wie der Vorstellungsverlauf des Maniacus ohne innere Direktive unvermittelt von einem Gegenstande auf den andern überspringt, so wird auch die Gemüthslage nicht durch die Summe der früheren Lebenserfahrung bestimmt und konstant erhalten, sondern der Augenblick mit seinen wechselnden Eindrücken lässt die Stimmung in bunter Folge die verschiedensten Töne der Gefühlsskala durchlaufen. Häufig ist dabei allerdings eine bestimmte Richtung der Affekte vorherrschend, aber dieselbe wird leicht und rasch durch konträre Einflüsse abgelenkt, um dann ebenso unvermittelt wieder mit der früheren Stärke hervorzubrechen.

Leichtere Formen dieser Störung kommen bei Geisteskranken überaus häufig zur Beobachtung. Sie kennzeichnen sich durch häufigen, unmotivierten Wechsel der Stimmung, Launenhaftigkeit, heftige Gefühlsreaktionen auf geringe Anlässe, Neigung zur Schwärmerei und zum Pessimismus. Als normales Paradigma derselben kann in gewissem Sinne das Verhalten des weiblichen und kindlichen Gemüthslebens gelten, wie es sich ja im Allgemeinen durch eine grosse augenblickliche Stärke der Gefühlswallungen einerseits, durch Vergänglichkeit und rasches Vergessen derselben andererseits charakterisirt. Jäher Wechsel der Stimmungen ohne besondere Veranlassung ist endlich eine auch in der gesunden Erfahrung bisweilen beobachtete Erscheinung. Sie tritt besonders dann hervor, wenn die gemüthliche Erregbarkeit gesteigert ist (z. B. durch Alkoholgenuss) und der herrschende Affekt eine gewisse excessive Lebhaftigkeit erreicht hat (ausgelassenste Heiterkeit, Verzweiflung; Galgenhumor).

**Qualitative Gefühlsstörungen.** Einen wesentlich anderen Charakter, als die bisher besprochenen Alterationen besitzen diejenigen Störungen des Gemüthslebens, in denen es sich nicht um eine Veränderung in der Ausgiebigkeit der Gefühlsreaktionen, sondern um qualitative Abweichungen derselben handelt. Trotz vieler individueller

Unterschiede im Einzelnen pflegt doch die Art der Gefühlsbetonung, welche wir den äusseren Eindrücken entgegenbringen, innerhalb der Gesundheitsbreite eine derartige allgemeine Uebereinstimmung darzubieten, dass die krankhafte Natur qualitativer Abweichungen fast immer leichter erkannt wird, als diejenige einer mangelnden oder gesteigerten gemüthlichen Erregbarkeit. Eine derartige Störung kann entweder das ganze Gebiet des Gemüthslebens umfassen, oder sie kann auf einzelne Theile desselben beschränkt sein; sie kann ferner nach verschiedenen Richtungen ausgebildet sein, je nachdem es die Gefühle der Unlust oder diejenigen der Lust sind, in denen sich die abnorme Reaktion des Individuums bewegt.

Als typische Erscheinungsform der allgemeinen Gefühls-  
umwandlung können wir jenes Symptom betrachten, welches man wol als psychische Hyperalgesie (gesteigerte Schmerzempfindlichkeit) bezeichnet hat. Jeder beliebige äussere Eindruck, ja der Vorstellungsverlauf selbst, erzeugt hier immer von Neuem das Gefühl der Unlust, des Schmerzes. Der Kranke ist unfähig, sich über irgend etwas zu freuen; selbst diejenigen Beziehungen, die ihn früher glücklich und froh machten, werden jetzt für ihn eine Quelle beständiger trüber Gemüthsver Stimmung. Wie den Bekümmerten der Anblick heiteren Lebens sein Leid nur noch tiefer empfinden lässt, so erweckt auch hier — nur in ausgedehnterem Masse — selbst freudiger Anlass immer nur schmerzliche Gefühle. Dort aber ist die gemüthliche Depression eine durch erfahrenes Leid motivirte, hier ist sie eine ursprüngliche elementare Störung des Gefühlslebens; dort ist sie ein vorübergehender Affekt, der durch ein frohes Ereigniss leicht beseitigt wird, hier ist sie zum dauernden Zustande geworden, der nicht sowol durch äusseres Glück verändert werden kann, sondern gerade durch die veränderte Gefühlsreaktion die Auffassung desselben im Sinne der Unlust beeinflusst. Auf diese Weise führt die psychische Hyperalgesie, die Begleitung aller psychischen Vorgänge mit den Gefühlen des Schmerzes, zu einer dauernden gemüthlichen Depression, die nicht ohne entscheidende Einwirkung auf die Richtung des Vorstellungsverlaufes zu bleiben pflegt, aus dem sie dann

ihrerseits wieder neue Nahrung zieht, wenn es nicht gelingt, diese Wechselwirkung durch Beseitigung des Grundleidens, der krankhaften Gefühlsstörung, zu durchbrechen.

In nicht seltenen Fällen erhebt sich das Gefühl des psychischen Schmerzes zu dem Affekte der Angst. Zweifellos ist die Angst Geisteskranker als solche häufig genug durchaus nicht als ein krankhaftes Symptom zu betrachten, dort nämlich, wo dieselbe durch Sinnestäuschungen, Wahnideen u. dergl. vollständig motivirt erscheint. Man würde es im Gegentheil für pathologisch halten müssen, wenn ein Kranker etwa in der Erwartung seiner sofortigen Hinrichtung keinerlei affektive Erregung verrathen würde. Es giebt indessen auch Angstzustände, die nicht in dieser Weise psychisch motivirt sind, sondern entweder spontan, also im gewöhnlichen Verlaufe der psychischen Vorgänge, oder aber im Anschlusse an bestimmte äussere Eindrücke oder Vorstellungen zur Entwicklung kommen, die unter normalen Verhältnissen nicht mit Angstgefühlen verknüpft zu sein pflegen. Im ersteren Falle bildet der Spannungszustand der Angst den allgemeinen Hintergrund der Stimmung; jede äussere Einwirkung vermehrt dieselbe, namentlich jeder Versuch, eine Lageveränderung mit dem Kranken vorzunehmen oder ihn zu irgend einer Handlung zu veranlassen. Derartige allgemeine Angstzustände werden namentlich bei gewissen Formen der Melancholie und im Stupor beobachtet, ferner bei Lyssa und bei vielen körperlichen, mit Kreislaufstörungen oder Athemnoth verbundenen Krankheiten. Wie es scheint, geht hier die Angst direkt aus dem Gefühle der Beklemmung hervor.

Die Angst ist ein Affekt, der das gesammte Nervensystem in lebhafte Mitleidenschaft versetzt; ihre Wirkung auf die Herzthätigkeit (Herzklopfen), auf die Gefässnerven (Blasswerden), die Athmung, die willkürlichen Muskeln (Zittern, Schlottern), endlich die Schweiss-, Harn- und Darmsekretion sind bekannt. Wo die Angst sehr leicht und häufig, auf ganz geringfügige Veranlassungen hin, auftritt, entsteht der Zustand der Aengstlichkeit, das dauernde Gefühl der Hilflosigkeit gegenüber einer drohenden Gefahr. Auf ihm beruht die Kleinmüthigkeit und Verzagtheit so vieler Melancholiker, die jedem kommenden Ereignisse mit

banger Furcht entgegensehen, stets die schlimmsten Eventualitäten ins Auge fassen und in ihren pessimistischen Erwartungen das Vertrauen auf die Zukunft, wie auf die eigene Persönlichkeit verloren haben. Man sieht leicht, dass diese Störung in graduellen Abstufungen unmerklich in die Breite des Normalen zu jenen ängstlichen Gemüthern hinüberleitet, denen jede freie Regung der Lust, jeder Augenblick des Genusses durch die Besorgniss möglichen Unheils verkümmert wird.

Bisweilen beherrscht indessen die Angst nicht in der angedeuteten Weise fortdauernd die Gemüthsstimmung, sondern sie wird nur durch gewisse Einflüsse wachgerufen, die den Gesunden im Allgemeinen vollkommen gleichgültig lassen. Hierher gehören die sog. Idiosynkrasien, die man bei neuropathischen Individuen beobachtet, Angstanfälle, die, meist ohne klare Motivirung, beim Anblicke bestimmter Dinge, kleiner Thiere, stechender oder schneidender Instrumente (Messer, Nadeln), beim Hineinsehen in den Spiegel u. dergl. auftreten. Als eine sehr ausgedehnte derartige Störung lässt sich vielleicht das von Legrand de Saullé beschriebene „*Délire de toucher*“ auffassen, bei welchem die Kranken von der beständigen Befürchtung gequält sind, dass sie sich beim Anfassen von Gegenständen beschmutzen oder vergiften, dass sie Nadeln oder Glasscherben mit herunterschlucken könnten u. ähnl. Die Angst tritt hier jedesmal bei der Nothwendigkeit einer Berührung, beim Trinken, Essen u. s. w. hervor, ohne dass man sie eine allgemeine nennen könnte. Eine besondere Form dieser nur zeitweise entstehenden Angst ist endlich die Agoraphobie, die durch heftige, bis zur Ohnmacht sich steigernde Angstgefühle bedingte Unmöglichkeit, über einen weiten Platz, durch eine lange menschenleere Strasse ohne Begleitung zu gehen. Auch eine krankhafte Angst vor der Berührung mit Weibern und beim Anblicke derselben hat man beobachtet.

Der andauernden oder gelegentlichen Unlustbetonung gleichgültiger Reize stehen die Anomalien der Lustgefühle gegenüber. Unmotivirte krankhafte Gehobenheit der Stimmung (Euphorie) ist am häufigsten in der progressiven Paralyse und in der Manie. Die ausserordent-

liche Leichtigkeit, mit welcher hier der Vorstellungsverlauf von Statten geht, erzeugt so lebhafteste Lustgefühle, dass der Kranke sich glücklicher und gesünder fühlt, als je in seinem Leben. Aehnlich verhält es sich mit den eigenthümlichen Verzückerungszuständen, die man als Ekstase zu bezeichnen pflegt. Der gesammte Bewusstseinsinhalt des Kranken wird von einem Gefühle seliger Wonne beherrscht, das ihn weit über alle Noth des Daseins erhebt und häufig in religiösem Sinne interpretirt wird. Die Bewusstseinsstörungen des Haschisch und Opiumrauchens, die „Seligkeit“ des schweren Alkoholrausches, sowie manche Träume sind als verwandte Zustände zu betrachten. Jener krankhaften Lustgefühle, welche die Perversitäten des Geschlechtstriebes begleiten, werden wir später noch zu gedenken haben.

Zu beachten bleibt, dass manche Wandlungen im Gemüthsleben, namentlich Abneigung und Hass gegen früher geliebte Personen und so manche sonderbare Sympathien Geisteskranker nicht auf eine ursprüngliche Gefühlsstörung zu beziehen, sondern durch krankhafte Vorstellungen, und zwar bisweilen sehr logisch, motivirt sind. Besonders bei Verrückten beruht die gemüthliche Veränderung, abgesehen von der Steigerung oder Abstumpfung der Erreglichkeit, sehr gewöhnlich auf intellektueller Grundlage.

#### D. Störungen des Handelns.

Das praktisch wichtige Resultat aller jener krankhaften Störungen, welche das psychische Leben erfährt, ist das Handeln des Kranken. Die Richtung des Handelns wird im Allgemeinen bestimmt durch Vorstellungen, die Stärke dagegen, mit welcher die Antriebe im Bewusstsein hervortreten, ist abhängig von der Intensität der begleitenden Gefühle. Grosse Heftigkeit dieser letzteren bei geringer Klarheit der Vorstellungen charakterisirt diejenigen Streben, die wir Triebe nennen, während das zielbewusste planmässige Wollen mit Gefühlen von grosser Konstanz und Dauer, aber relativ geringer augenblicklicher Stärke einherzugehen pflegt und zugleich eine deutliche Vorstellung

des beabsichtigten Erfolges und der Mittel zu seiner Erreichung einschliesst. So kommt es, dass das Triebleben nicht selten in einen entschiedenen Gegensatz zu den Willkürhandlungen tritt. Beim vollentwickelten normalen Menschen besteht die Fähigkeit, die natürlichen Triebe durch den überlegenden Willen bis zu einem gewissen Grade zu beherrschen und dieselben nur dann zu befriedigen, wenn keine anderweitigen verstandesmässig aufgefassten Rücksichten ihre Unterdrückung fordern. Dieses Verhältniss ist in krankhaften Zuständen nicht selten alterirt, so dass wir also ausser den Elementarstörungen der Triebe und der Willkür für das Verständniss der pathologischen Handlungen auch die gegenseitigen Beziehungen dieser beiden Faktoren zu berücksichtigen haben werden.

**Herabsetzung der Willensimpulse.** Einfache Herabsetzung aller Impulse findet sich in allen schwereren Formen des angeborenen und erworbenen Blödsinns. Regelmässig ist hier auch der Vorstellungsverlauf verlangsamt und träge, die Gefühlsschwankungen einförmig und von geringer Intensität. Höchstens die vegetativen Triebe der Nahrungsaufnahme vermögen noch vorübergehend einen Anstoss zu einfachen Bewegungen zu geben, während im Uebrigen auf dem Gebiete des Begehrens und Strebens absolute Ruhe herrscht. In den höchsten Graden der Störung kann auch das Bedürfniss nach Nahrung gänzlich fehlen (Anorexie), so dass sich die Lebensäusserungen des Individuums schliesslich nur auf die Fortdauer der automatischen und einzelner reflektorischer Bewegungen beschränken. Diejenigen Triebe, welche der Selbsterhaltung dienen, pflegen am längsten noch mit einer gewissen Stärke Impulse des Handelns zu erzeugen, doch können in manchen Fällen grade einzelne dieser Triebe stark herabgesetzt oder erloschen sein, wo im Uebrigen noch eine beträchtliche Lebhaftigkeit des Strebens besteht. So wird Anorexie beobachtet, trotzdem sogar geordnete Willkürhandlungen ausgeführt werden. Bisweilen ist dabei allerdings dieses Symptom psychisch motivirt und als eine krankhafte Unterdrückung des wol vorhandenen Triebes aufzufassen; häufig liegen demselben auch Störungen der Verdauungsorgane zu Grunde, welche die Entstehung

des Hungergefühles verhindern. Nicht zu verwechseln mit diesen Zuständen sind jene äusserlich ihnen in mancher Beziehung gleichenden Formen des Stupors, bei welchen zwar lebhaft Affekte den Stimmungshintergrund in Erregung versetzen, bei welchen jedoch die Umsetzung derselben in Handlungen durch übermächtige, nur hier und da einmal gewaltsam durchbrochene Hemmungen verhindert wird.

Einen ganz anderen Charakter tragen diejenigen Fälle, in denen vorzugsweise nur der Einfluss des zweckbewussten Willens auf das Handeln eine mehr oder weniger beträchtliche Abschwächung erkennen lässt. Man bezeichnet diese Störung mit dem Namen der Abulie. Die Intelligenz kann hier vollkommen erhalten sein, und es kann eine klare Einsicht in die Krankhaftigkeit, sowie ein peinliches Gefühl der Veränderung bestehen. Solche Kranke (vielfach Melancholiker) erkennen die Nothwendigkeit dieser oder jener Handlung auf das Klarste, aber sie können dieselbe nicht ausführen, weil sie „nicht wollen können“. Ihnen fehlt die Initiative, die Möglichkeit einer selbständigen Direktion und Regulirung ihrer Impulse. Bisweilen ist dabei überhaupt die Stärke der Willenserregungen herabgesetzt; in anderen Fällen aber sind es nur die konstanten Motive des Handelns, der Charakter, welcher unentwickelt geblieben oder krankhaft gestört ist; häufig endlich findet sich Beides mit einander vereinigt.

Die nothwendige Folge des Mangels eines eigenen, von bestimmten Grundsätzen geleiteten Willens ist die völlige Abhängigkeit des Handelns von augenblicklichen Eindrücken und Antrieben. Wer nicht weiss, was er will, oder wessen Wille zu schwach ist, um dauernd in gleicher Richtung wirken zu können, dessen Handlungen erscheinen nicht als der Ausdruck eines durch die individuelle Anlage und Lebenserfahrung gebildeten, konstanten Charakters, sondern als das Resultat zufälliger momentaner Eingebungen und äusserer Einflüsse. Derartige Kranke sind daher passiv meist leicht lenkbar, ohne irgend zu widerstreben, wenn nicht etwa Angst oder ein ähnlicher Affekt sie beherrscht; ihr Treiben ist planlos, ohne Energie, voller Halbheiten und Inkonssequen-

zen. Gute Vorsätze werden gefasst und Anläufe gemacht, aber es bleibt Alles unvollendet; ein Augenblick kann die festesten Pläne über den Haufen werfen und den schwachen Willen ohne Weiteres in ganz andere Bahnen lenken. Das Beispiel in gutem und bösem Sinne, die äussere Einwirkung vermag hier ausserordentlich viel, aber der Einfluss ist kein nachhaltiger; er wird eben durch neue Eindrücke immer rasch wieder verdrängt. Es liegt auf der Hand, dass diese Störung, die wir bei einer grossen Zahl schwachsinniger Kranker vorfinden, uns ohne scharfe Grenze in die Breite des Normalen zu jenen schwachen, haltlosen Naturen hinüberführt, die stets einer leitenden Hand bedürfen, wenn sie nicht straucheln sollen, die ihr Leben lang hilflose Kinder bleiben, sobald sie in Verhältnisse und Konflikte hineingeworfen werden, welche Thatkraft und rasche Entschlossenheit erfordern.

Gewissermassen auf der Grenze des Normalen stehend und vielfach unzweifelhaft in das Pathologische hinübergehörend sind die chronischen Degenerationszustände, welche durch eingewurzelte schädliche Gewohnheiten über den Charakter des Menschen heraufbeschworen werden. Der Trinker, der Morphinist, der Spieler, der Onanist, auch wenn sie gerade keine sonstigen psychischen Krankheits-symptome darbieten — sie verlieren sehr bald die Herrschaft über ihre Leidenschaften; sie werden unfähig zu konsequentem, einheitlichem Handeln und zur thatkräftigen Ueberwindung schwieriger Konflikte. Sinken sie doch schliesslich zu willenlosen Sklaven ihrer triebartigen Begierden herab, die sie trotz besserer Einsicht selbst um den Preis ihres Lebensglückes nicht mehr zu überwinden im Stande sind.

**Steigerung der Willensimpulse.** Eine Steigerung der Willensimpulse tritt überall dort hervor, wo die Umsetzung psychischer Erregung in Bewegungen abnorm erleichtert ist. Die allgemeinste Form dieser Störung äussert sich in dem sogenannten Bewegungsdrange. Anfangs macht sich derselbe in einer gewissen Geschäftigkeit, grosser Gesprächigkeit, Neigung zum Renommiren, lebhaften Gestikulationen, im Sammeln und Zusammenkaufen unnützer

Dinge, dem Inangriffnehmen zahlreicher Pläne und Unternehmungen, ohne Durchführung eines einzigen, sowie in zwecklosem Herumtreiben und Reisen bemerkbar. Bei den schweren Formen kommt es bald zu beständigem Schreien und Singen, Laufen und Tanzen, zum Zerreißen der Kleidungsstücke mit mannigfacher Verwerthung der Fetzen, Schmieren und Malen mit Koth, Waschen mit Urin, Zerstören aller erreichbaren Gegenstände, Trommeln und Klopfen mit Händen und Füßen. Hier tritt schon deutlicher jene Unbeständigkeit und Unstetigkeit der einzelnen Antriebe, jener rasche Wechsel in der Richtung des Handelns hervor, der in eigenthümlichem Kontraste mit der momentanen, rücksichtslosen Energie steht, welche die Bestrebungen des Kranken auszeichnet. Auch für diese Formen der Willensalteration, die vor Allem der Manie angehören, lassen sich gewisse schwache Analogien in normalen Charakteren auffinden; es sind das jene Menschen, die trotz steter Geschäftigkeit doch nie etwas Brauchbares leisten, die Alles mit Enthusiasmus ergreifen und nichts fertig bringen, deren Lebensgeschichte eine einzige Kette von unüberlegten und übereilten Handlungen darstellt.

Nach den verschiedenen Richtungen des normalen Gehrens hin pflegt die Steigerung des Trieblebens hauptsächlich als krankhaftes Nahrungsbedürfniss (Bulimie) und als abnorme sexuelle Begierde (Salacitas; Nymphomanie bei Frauen, Satyriasis bei Männern) aufzutreten. Im ersteren Falle kann die Gefräßigkeit soweit gehen, dass nicht nur alle irgendwie durch Gewalt oder List zugänglichen Esswaaren vom Kranken mit Gier verschlungen werden, sondern dass auch gänzlich ungenießbare, ja die ekel-erregendsten Dinge (Sand, Steine, Seegras, Koth) den Weg in seinen Magen finden, stets ein Zeichen von sehr hochgradiger Störung im Bereiche des Gefühlslebens und des Willens. Die Steigerung des Geschlechtstriebes drückt sich seltener geradezu in sexuellen Angriffen, meist in obscönen Reden und mehr oder weniger rücksichtsloser Masturbation, bei Weibern auch in schamlosen Entblössungen, äusserster Unreinlichkeit oder beständigen Waschungen mit Wasser, Speichel, Urin, Kämmen und Auflösen der

Haare u. s. w. aus. Diese Symptome können in sehr verschiedenartigen Krankheitszuständen zur Beobachtung kommen; sie sind in der Regel einfach Theilerscheinungen einer allgemeinen psychischen Erregung, bisweilen aber auch durch örtliche Affektionen an den Genitalien hervorgerufen.

**Qualitative Störungen des Handelns.** Weniger verständlich, als diese, im Wesentlichen doch nur graduelle Steigerungen normaler Triebe bedeutenden Störungen sind dem gesunden Bewusstsein die vielfachen von Geisteskranken vollzogenen Handlungen, welche auf tiefergreifende krankhafte Veränderungen im Gebiete des Willens hindeuten. Zunächst sind hier zu nennen die sog. Zwangsbewegungen, regelmässig wiederkehrende, durch ungezählte Wiederholung stereotyp gewordene, oft rhythmische, koordinirte Bewegungen ohne äusseren Zweck, in denen sich namentlich bei geistig sehr tief stehenden Individuen, beim gänzlichen Mangel eigentlicher Willkürhandlungen, die Erregungszustände des Centralorganes Luft zu machen pflegen. Bisweilen stellen sie rudimentäre Ueberbleibsel ehemaliger zweckbewusster oder wenigstens durch einen Wahn motivirter Bewegungen dar, denen Bedeutung und Absicht längst abhanden gekommen ist. Dahin gehört auch das sinnlose Auszupfen der Haare, das Zerkauen der Nägel, das von einzelnen Kranken mit unerschütterlicher Beharrlichkeit geübt wird, das automatische Wischen, Schmieren, Rutschen aufgeregter Blödsinniger u. s. f.

Ungleich wichtiger aber sind diejenigen pathologischen Antriebe, welche das Handeln des Kranken mit impulsiver Gewalt in eine bestimmte Richtung zwingen und ihn nicht selten zur Vollbringung von Thaten treiben, gegen die sich seine Einsicht und seine gesunden Gefühle vergebens sträuben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich hier um vorübergehende Störungen. Dahin gehören die sog. „Gelüste“ (Picae) der Schwangeren, denen früher eine grosse Bedeutung beigemessen wurde, plötzliche unwiderstehliche Antriebe zu unsinnigen oder gar verbrecherischen Handlungen, zum Beissen, Stehlen, Genuss ekelhafter Dinge und dergl. Ferner sind hierhin zu rechnen die namentlich

bei psychopathisch veranlagten Individuen und im Verlaufe verschiedener Psychosen bisweilen auftretenden „Zwangshandlungen“. Die Vorstellung einer Handlung drängt sich hier mit imperativer Gewalt in das Bewusstsein des Kranken, so dass er trotz heftigen Kämpfens den pathologischen Impuls nicht zu unterdrücken vermag. Einen gewissen Anhaltspunkt für das Verständniss dieser Zustände giebt uns allenfalls die bekannte Erfahrung aus dem gesunden Leben, dass uns in gewissen Situationen, am Rande eines Abgrundes, auf einer Brücke, der Gedanke auftaucht, uns selbst oder unsere Begleiter hinabzustürzen, bei feierlichen Gelegenheiten irgend eine lächerliche oder unpassende Handlung zu begehen, im Theater plötzlich „Feuer“ zu rufen u. Aehn. Im gesunden Bewusstsein werden diese Antriebe ohne Schwierigkeit unterdrückt; unter pathologischen Verhältnissen dagegen vermögen sie eine unbezwingliche Macht über den Willen zu erlangen und den Kranken trotz klarer Einsicht zu den furchtbarsten Thaten zu treiben. Selbstmord, Mord und Brandstiftung sind die wichtigsten derartigen Handlungen; ausserdem sind aber auch zahllose Verkehrtheiten und Gewaltakte, die man die Kranken begehen sieht, plötzlich Zerstören von Gegenständen, Zerschlagen von Scheiben, Entkleiden, Kothessen (Koprophagie) gar nicht selten auf den gleichen Ursprung zurückzuführen. Der Mangel jedes intellektuell verarbeiteten Motives, die Raschheit und Heftigkeit der Ausführung sind es, welche die Zwangshandlungen charakterisiren. Mütter können unter dem Einflusse solcher Antriebe zur Ermordung ihrer heissgeliebten Kinder gedrängt werden; ein zufällig bereit liegendes Messer lässt den Impuls in dem kranken Gemüthe zu so unwiderstehlicher Höhe anwachsen, dass schliesslich alle Gegenmotive überwunden werden. Einzelne Kranke haben dabei ein so klares Verständniss für die Situation, dass sie ihre Umgebung vor sich warnen und beim Herannahen solcher Antriebe alle möglichen Vorsichtsmassregeln treffen, um sich selbst die Ausführung gefährlicher Handlungen unmöglich zu machen. Der vollbrachten That pflegt zunächst ein Gefühl grosser Erleichterung zu folgen, das erst im weiteren Verlaufe bei besonnenen

Kranken durch die volle Einsicht in die Tragweite derselben und die bitterste Reue über das Geschehene verdrängt wird.

**Krankhafte Triebe.** Während hier die Zwangshandlung mehr als einzelne Episode im Verlaufe einer psychischen Erkrankung auftritt, können andererseits krankhafte Triebe das Willensleben des Individuums dauernd, ja für das ganze Leben beherrschen, sei es, dass sie angeboren, sei es, dass sie erworben sind. In die erstere Gruppe gehört namentlich die konträre Sexualempfindung, die das geschlechtliche Fühlen und Begehren in unversöhnlichen Gegensatz zu der körperlichen Organisation des Kranken bringt und ihn die sexuelle Befriedigung beim eigenen Geschlechte aufzusuchen treibt. Dieselbe macht sich regelmässig schon in früher Jugend geltend und wird nur selten auch als vorübergehendes Symptom während anderer psychischer Krankheiten beobachtet. Auch andere Perversitäten des Geschlechtstriebe, welche in der Wollust beim Misshandeln, Ermorden und Zerstückeln der sexuellen Opfer (Lustmord), beim Saugen von Blut und beim Genuss von Menschenfleisch, in der geschlechtlichen Befriedigung mit Thieren und der Leichenschändung glücklicher Weise sehr vereinzelt hervortreten, sind höchst wahrscheinlich auf eine ursprüngliche degenerative Veranlagung zurückzuführen.

Ferner werden bei Individuen, die ebenfalls regelmässig anderweitige Zeichen psychischer Entartung, namentlich Anomalien im Gefühlsleben erkennen lassen, bisweilen gewisse krankhafte Antriebe beobachtet, die man früher als eigene Krankheitsspezies, als „Monomanien“ (Esquirol) aufzufassen pflegte. Sie sind indessen nur Theilerscheinungen einer pathologischen Ausbildung der gesammten psychischen Persönlichkeit. Am bekanntesten ist der „Stehltrieb“ (die Kleptomanie) geworden, eine besonders beim weiblichen Geschlechte vorkommende Neigung, sich ohne Noth selbst ganz unnütze, werthlose Dinge durch Diebstahl anzueignen, die zudem meist nachher dem Eigenthümer wieder zugestellt werden. Analog hat man auch einen Mordtrieb; einen Brandstiftungstrieb (Pyromanie), einen Wollusttrieb (Aedio- manie) u. s. f. unterschieden. Gemeinsam ist allen diesen

Störungen die degenerative Grundlage; sie sind Symptome einer defekten Veranlagung des Gemüths- und Trieblebens, welche die Ausbildung eines festen regulirenden Charakters verhindert, die Widerstandsfähigkeit des Individuums gegen äussere und innere Antriebe herabsetzt und somit dem Drängen augenblicklicher Impulse dauernd die Herrschaft über seinen Willen ermöglicht.

**Handlungen in Folge von Wahnideen und Gefühlsstörungen.** Wir haben nun noch kurz jener Anomalien im Handeln Geisteskranker zu gedenken, die nicht sowol auf eine Willensstörung selbst, als vielmehr auf einen Ursprung aus krankhaften Voraussetzungen, aus Wahnideen oder abnormen Gefühlen, zurückzuführen sind. Es liegt auf der Hand, dass von dieser Seite her die Bedingungen zur Entstehung der mannigfachsten Abweichungen von dem Verhalten des Gesunden gegeben sein und dass ferner die gleichen Handlungen aus sehr verschiedenen Ursachen sich heraus entwickeln können.

Zunächst pflegt sich der allgemeine Charakter der psychischen Störung vielfach schon in dem ganzen äusseren Benehmen des Kranken auszudrücken. In seiner Mimik spiegeln sich jene Gefühle und Affekte wieder, die sein Inneres bewegen. Der Melancholiker sitzt mit bekümmerten Zügen da, traurig vor sich hinstarrend, oder er geht in ängstlicher Unruhe, die Hände ringend und laut jammernd auf und ab, während der Maniacus mit lebhaften Gestikulationen schwatzend, lachend, singend und tanzend dem Gefühle erhöhter Leistungsfähigkeit Luft zu machen sucht. Den Gehörhallucinant sieht man mit lauschendem Gesichtsausdrucke in einer Ecke stehen, unbekümmert um seine Umgebung; nur hier und da bewegt er die Lippen, als ob er antworte, oder ruft auch plötzlich laut einige Worte, meist Selbstvertheidigungen oder Schimpfereien. Der verkannte Graf oder Kaiser dagegen trägt mit Würde die „Gefangenschaft“ der Irrenanstalt, an der Brust die papiernen Orden und in der Tasche die selbstverfassten Beglaubigungsdokumente seines Prätendententhums. Der Stupor endlich und der apathische Blödsinn lassen in dem fast absoluten Mangel jeder aktiven Reaktion die Intensität der bestehenden

Hemmung resp. die ganze Grösse des psychischen Verfalles erkennen. Aus diesen in grösster Mannigfaltigkeit wechselnden und dennoch vielfach typischen Bildern vermag der Irrenarzt oft schon beim ersten Anblicke eine ungefähre Diagnose der Störungen zu stellen. Zahllos sind aber die Fälle, die für die oberflächliche Beobachtung gar keine auffallenden Erscheinungen darbieten, ein Verhalten, welches durch die bekannte Erfahrung illustriert wird, dass Laien bei einem Besuche in der Anstalt bei der Mehrzahl der Kranken die Psychose nicht aufzufinden vermögen.

Von besonderer Wichtigkeit sind noch die Veränderungen in Sprache und Schrift, welche durch die Geistesstörung bedingt werden. Abgesehen von dem Inhalt derselben, der natürlich meist die Wahnideen oder Stimmungen des Kranken erkennen lässt, prägt sich auch in der Form oft schon der Grundzug der Psychose aus. Die Ideenflucht kennzeichnet sich durch die Zusammenhangslosigkeit der einzelnen abgerissenen, kaum vollständig ausgesprochenen oder ausgeschrieben Worte, der Bewegungsdrang in unaufhörlichem Schwatzen und endlosen wirren Schnörkeln. Die depressive Stimmung lässt nur leise, zögernde Worte zu Stande kommen und den Kranken schon nach den ersten Buchstaben die Feder wieder bei Seite legen. Der Paralytiker im floriden Grössenwahn beschreibt in grossen Lettern oder mit Zahlen Seiten über Seiten mit zahlreichen Auslassungen und Fehlern, Versetzungen der Buchstaben und Worte, voller Klexe und unsauberer Korrekturen, indem gleichzeitig hier wie in der Sprache die ataktischen Störungen in charakteristischer Weise hervortreten. Verrückte endlich sind namentlich durch die Neigung zur Bildung von neuen, selbsterfundnen Worten ausgezeichnet, mit denen sie ihre eigenthümlichen Sensationen, ihre Feinde, ihre eigenen hohen Würden u. s. f. benennen. Häufig begegnet man auch bei ihnen einer sonderbar verzwickten Anordnung ihrer Schriftstücke oder verwickelten, dem Uneingeweihten gänzlich unverständlichen Zeichnungen von Maschinen, Situationen, fabelhaften Wesen, die schon auf den ersten Blick den Eindruck des Krankhaften erwecken.

Auch nach den anderen Richtungen des Handelns sind natürlich die krankhaften Störungen im Bereiche der Intelligenz und der Gefühle im Stande, einen massgebenden Einfluss auszuüben. Depressive Wahnideen und Stimmungen sind es vor Allem, die den Kranken einerseits zu Akten der Verzweiflung, zum Kampfe gegen die eigene Person, Selbstmord und Selbstverstümmelung, zu Nahrungsverweigerung oder zu Bussübungen, andererseits aber zu Angriffen oder zur Ersinnung der mannigfachsten Schutzmassregeln gegen seine vermeintlichen Verfolger, Beschwörungen, geheimnissvollen Prozeduren und Einrichtungen, oder zu unzeitigem Herumwandern in der Welt antreiben. Die Standhaftigkeit und Konsequenz, mit der auf Grund von Wahnideen bisweilen die raffinirteste Selbstquälerei Monate und Jahre lang fortgesetzt wird (z. B. freiwilliges Fasten, ununterbrochenes Knien, immer wiederholte Selbstverletzung) deutet hier auf eine völlige Unterjochung der natürlichen Triebe durch die krankhaften Vorstellungen und Gefühle hin. Bei Hypochondern namentlich sind peinliche Manipulationen mit dem eigenen Körper nicht selten. Versuche, sich den Bauch aufzuschneiden, um ein vermeintliches lebendes Thier herauszuholen, habe ich selber erlebt.

Exaltirte Wahnideen haben vorzugsweise Konflikte mit der öffentlichen Gewalt zur Folge, indem der Kranke sich in seiner Souveränität über die bestehende Ordnung zu erheben sucht, seine vermeintlichen Ansprüche ungenirt geltend macht und durch den Eifer, mit dem er seine Sache vertritt, Aufsehen erregt und lästig wird. Andererseits führt die Vorstellung grossen Reichthums derartige Kranke sehr häufig zu einer rücksichtslosen Zerrüttung ihres Vermögens durch unsinnige Einkäufe und Schenkungen, oder die Idee, dass alle Gegenstände ihrer Umgebung ihr Eigenthum seien, lässt sie ganz harmlos von denselben Besitz ergreifen und bringt sie auf diese Weise in Konflikt mit dem Strafgesetze. Es würde zu weit führen, hier auch nur annähernd alle die verkehrten Handlungen aufzuzählen, die im Einzelfalle aus Wahnvorstellungen hervorgehen können: so verschieden die Motive, so verschieden die Individualitäten sind, so mannigfaltig gestaltet sich die Handlungsweise, wie

sie sich als Resultat aus dem Zusammenwirken dieser beiden Faktoren schliesslich heraus entwickelt. Nur darauf sei hingewiesen, dass im Allgemeinen mit dem Grade des psychischen Verfalles, dem Mangel an Urtheil und logischer Schärfe, sowie an Selbstbeherrschung auch die Absurdität und Unbegreiflichkeit der Handlungen des Kranken zunimmt.

Der praktischen Rechtspflege, die es ja gerade mit dem Handeln der Menschen zu thun hat, haben die krankhaften Störungen desselben bei psychischen Alienationen nicht entgehen können. Das Bedürfniss jener Wissenschaft hat daher zur Aufstellung gewisser geistiger Normalzustände, der Dispositionsfähigkeit und der Zurechnungsfähigkeit, geführt, welche als Grundlage für die rechtliche Tragweite menschlicher Willensäusserungen angesehen werden. Die psychologischen Voraussetzungen für die Dispositionsfähigkeit sowol wie für die Zurechnungsfähigkeit liegen einmal auf intellektuellem Gebiete, dann aber im Bereiche des Willens. Beide Zustände erfordern eine klare Auffassung der thatsächlichen Verhältnisse, einen Einblick in die rechtliche oder moralische Bedeutung der einzelnen Willenshandlung, endlich die Möglichkeit einer freien Entschliessung auf Grund jener Motive, die der eigenen selbstbewussten Persönlichkeit angehören. Wie man leicht sieht, werden bei Geisteskranken in der Regel die beiden aufgestellten Bedingungen unerfüllt sein. Wo Wahnideen die Stellung des Ich zur Aussenwelt in krankhafter Weise verändern und verrücken, ist für die richtige Beurtheilung des eigenen Handelns durch den Kranken keine Garantie mehr gegeben, während die Herrschaft pathologischer Gefühle und Triebe über die konstanten Willensdispositionen des Charakters, oder der Verlust dieser letzteren selbst dem Individuum zweifellos die Freiheit eigener Entschliessung im gebräuchlichen Sinne des Wortes rauben. Sowol die Fähigkeit, über ihr Vermögen beliebig zu verfügen, wie die Zurechnungsfähigkeit und somit die rechtliche Verantwortlichkeit für kriminelle Handlungen, ist somit bei Geisteskranken prinzipiell als aufgehoben zu betrachten. Eine allgemeine

„Einsicht in die Strafbarkeit der begangenen Handlung“, ja auch bisweilen die Möglichkeit, verbrecherische Antriebe bis zu einem gewissen Grade zu unterdrücken, kann darum trotzdem recht wol vorhanden sein. Die eingehendere Würdigung dieser rechtlichen Beziehungen der Irren bildet den Gegenstand einer besonderen Wissenschaft, der gerichtlichen Psychopathologie.

### III. Verlauf, Ausgänge und Dauer des Irreseins.

Wie die Symptome, so werden auch Verlauf, Ausgänge und Dauer des Irreseins im Allgemeinen durch jene zwei grossen Gruppen von Faktoren bedingt, die wir in der Aetiologie der Psychosen kennen gelernt haben, einerseits durch die Art und Wirkungsweise der krankmachenden Ursachen, andererseits durch die psychophysische Konstitution des erkrankenden Individuums. Diese beiden Momente sind es, welche das Wesen und die klinischen Eigenthümlichkeiten des einzelnen Krankheitsprocesses bestimmen; je genauer daher der gegenseitige Antheil derselben an der Entstehungsgeschichte des gegebenen Falles bekannt ist, mit desto grösserer Sicherheit wird es möglich sein, die zukünftige Gestaltung desselben vorauszusagen. Allerdings fehlt für jetzt derartigen Versuchen vielfach noch die nothwendige Basis völlig gesicherter, widerspruchsloser klinischer Erfahrung, namentlich aber die Möglichkeit eines tieferen Einblickes in den verwickelten inneren Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung.

#### A. Verlauf des Irreseins.

Nach ihrem Verlaufe haben wir die psychischen Störungen vor Allem in krankhafte Processe und in krankhafte Zustände zu scheiden. Im ersteren Falle handelt es sich um den Ablauf bestimmter Veränderungen in einer gegebenen Zeit, im letzteren dagegen um ein dauerndes, sich gleichbleibendes abnormes Verhalten der psychischen

Persönlichkeit, das entweder eine Folge von Entwicklungshemmungen, angeboren (z. B. Idiotie, Kretinismus), oder das Produkt einer voraufgegangenen Geisteskrankheit, erworben, sein kann (sekundärer Schwachsinn). In den krankhaften Zuständen hat die äussere krankmachende Ursache längst aufgehört, zu wirken; in den krankhaften Processen dauert ihr Einfluss noch fort.

Den Vorgang der psychischen Störung fasste Griesinger im Anschlusse an seinen Lehrer Zeller als einen einheitlichen auf, dessen einzelnen Stadien die verschiedenen klinischen Formen des Irreseins (Melancholie, Manie, Verrücktheit, Verwirrtheit, Blödsinn) entsprechen sollten. Allein die Erfahrung hat diesen gesetzmässigen Ablauf der „Geisteskrankheit“ in bestimmten Stadien nicht bestätigt und besonders durch den Hinweis auf die Thatsache einer „primären“ Verrücktheit die Unabhängigkeit der einzelnen Krankheitsbilder von einander dargethan. In der That lässt auch die Beobachtung der Formen psychischer Störung durchaus nicht den nach der aufgeführten Hypothese erwarteten einheitlichen, sondern einen überaus verschiedenartigen Verlauf derselben erkennen.

**Beginn der Erkrankung.** Der Beginn einer Geisteskrankheit ist in der Regel ein allmählicher; seltener bricht die Alteration plötzlich ohne Vorboten über das Individuum herein. Der Grund für dieses Verhalten liegt in der Aetiologie der Psychosen. Es giebt hier nur relativ wenige Ursachen, die rasch eine durchgreifende Störung in den Centralorganen der psychischen Thätigkeit hervorzubringen vermögen (Alkohol, Schreck, Fieber, Gebärrakt); meistens erleidet erst nach und nach die Reaktionsweise des Erkrankenden durch stetig wirkende Einflüsse mehr und mehr hervortretende Veränderungen. Je geringer der Antheil äusserer Ursachen in der Pathogenese des Irreseins ausfällt, desto langsamer wird ceteris paribus die Störung sich entwickeln, bis ihre Ausbildung endlich, wo die Bedingungen der Psychose ganz in der eigenthümlichen Anlage des Individuums gelegen sind, zuweilen Decennien in Anspruch nimmt, sobald kein heftigerer Anstoss, kein Konflikt u. dergl. den Ausbruch derselben beschleunigt.

Bemerkenswerth ist es, dass regelmässig kleine Veränderungen im Gefühlsleben die ersten und bisweilen Wochen, Monate, selbst Jahre lang einzigen Anzeichen einer herannahenden Geisteskrankheit zu bilden pflegen. Ueberall, wo überhaupt ein Stadium der „Prodrome“ sich abgrenzt, spielen unter denselben erhöhte gemüthliche Reizbarkeit und Launenhaftigkeit, Unruhe, unmotivirt heitere oder depressive Stimmung die Hauptrolle, selbst wenn späterhin die Störungen der Gefühle ganz in den Hintergrund treten. Ausserdem sind Schlaflosigkeit und Zerstreuung, Interesselosigkeit oder Geschäftigkeit häufige prodromale Symptome. Derartige Vorläufer müssen natürlich fehlen, sobald die Krankheitsursachen rasch und plötzlich die Psychose zu ihrer Höhe anwachsen lassen. Bei den langsam zur Entwicklung gelangenden Geistesstörungen ist der eigentliche Anfang derselben häufig schwer festzustellen; der Zeitpunkt, an welchem von der Umgebung die erste Veränderung an dem Kranken wahrgenommen wurde, bietet oft nur einen sehr unzuverlässigen Anhaltspunkt für die Beurtheilung dar.

An das Stadium der Prodrome schliesst sich bisweilen ein solches der Initialsymptome an, in welchem zwar die Psychose bereits deutlich hervortritt, aber doch erst nach und nach zu jener vollständigen Ausbildung sich steigert, die man als die Höhe der Krankheit bezeichnen kann. In andern Fällen erfolgt der eigentliche Ausbruch der Geistesstörung nach den vorangegangenen unbestimmten Symptomen mehr oder weniger plötzlich, besonders im Anschlusse an irgend eine äussere Veranlassung, welche die schon angebahnte Störung rasch zur explosiven Höhe anwachsen lässt.

**Höhe der Erkrankung.** Der weitere Verlauf lässt je nach der Krankheitsform erhebliche Verschiedenheiten erkennen. Die Krankheit kann sich lange Zeit auf derselben Höhe erhalten: kontinuierlicher Verlauf; oder sie kann vielfache Schwankungen in der Intensität ihrer Erscheinungen und selbst zeitweise völliges Zurücktreten derselben darbieten: remittirender und intermittirender Verlauf. Die letzteren Formen des Verlaufes sind im Allgemeinen die häufigeren, namentlich, so lange das Gefühlsleben noch in höherem Masse an dem Symptomen-

komplexe beteiligt ist, da gerade den Gefühlen eine grosse Neigung zu gegensätzlichen Schwankungen eigen zu sein pflegt. Bei vorwiegend intellektuellen Störungen wird ein derartiger Wechsel im Krankheitsbilde seltener beobachtet. Die Remissionen und Intermissionen schliessen sich häufig mit einer gewissen Regelmässigkeit an den Ablauf bestimmter physiologischer Funktionen, des Schlafes, der Menstruation, der Nahrungsaufnahme u. dergl. an. So sind Melancholiker sehr häufig in den Morgenstunden stärker deprimirt, als gegen Abend. Vereinzelt trifft man aber auch einen förmlich alternirenden Verlauf an, so dass die Kranken in regelmässigem Wechsel einen guten und einen schlechten (d. h. deprimirten) Tag haben. Weit seltener sind die Beobachtungen von sog. „doppeltem Bewusstsein“, in denen eine förmliche Verdoppelung der Persönlichkeit stattfindet. Die Kranken bieten hier in abwechselnden Perioden ihrer Psychose nicht nur gänzlich verschiedene Zustände dar, sondern sie bewahren auch die Erinnerung jeweils immer nur für den gleichartigen Zustand, wie jener Packträger, der sich in der Betrunkenheit an dasjenige erinnerte, was er in früheren Räuschen gethan hatte, während ihm in nüchternen Zeiten diese Erinnerung vollkommen fehlte.

Sehr begreiflich ist der intermittirende Verlauf einer Psychose, wo neue Anfälle auf Grund einer vorhandenen Prädisposition immer durch neue Gelegenheitsursachen hervorgerufen werden, wie namentlich die alkoholischen Aufregungsparoxysmen in Folge von wiederholten Excessen. Bei den epileptischen Bewusstseinsstörungen beruht das intermittirende Auftreten in der eigenthümlichen Periodicität der vasomotorischen Revolutionen des Grundleidens; die den Fiebertypus nachahmenden und an seiner Stelle einsetzenden Psychosen in Folge von Malariavergiftung sind in ähnlicher Weise an die regelmässige Wiederkehr der ursächlichen krankmachenden Veränderungen gebunden. Das Individuum ist hier jedoch während der freien Zwischenzeiten nicht als gesund zu betrachten, sondern die Krankheitserscheinungen sind nur zurückgetreten. Die psychische Degeneration der Trinker und Epileptiker, die Labilität ihres inneren Gleichgewichtes bildet gewissermassen ebenso

das Bindeglied zwischen den einzelnen Anfällen des Irreseins, wie die Malariavergiftung mit ihren Zeichen die einzelnen Fieberattaquen überdauert.

Ganz ähnlich sind diejenigen Geistesstörungen zu beurtheilen, welchen man wegen ihres ausgesprochen remittirenden Verlaufes den Namen der periodischen Psychosen beigelegt hat. Es handelt sich dabei um den regelmässigen Wechsel krankhafter mit relativ normalen Zuständen; die einzelnen Perioden können Tage, Wochen, Monate, ja selbst eine Reihe von Jahren dauern. Schon die fast immer spontane Entwicklung und der selbständige, durch äussere Momente sehr wenig beeinflusste Verlauf sprechen dafür, dass wir es hier mit Krankheitsprocessen zu thun haben, deren wesentliche Ursachen in der Anlage des Individuums zu suchen sind; die Unheilbarkeit dieser Formen und die allmähliche Zunahme der psychischen Schwäche, welche dieselben begleitet, erheben die Ansicht, dass auch in den freien Intervallen keine völlige Rückkehr zur Norm stattfindet, zur Gewissheit. Erhöhung, später Herabsetzung der gemüthlichen Reizbarkeit, Neigung zu Excentricitäten und Phantastereien, schliesslich Schwäche des Urtheils und Kritiklosigkeit in steigendem Grade sind die fast regelmässigen psychopathischen Begleiterscheinungen der gesunden Zwischenzeiten, die anfangs vielleicht noch in die Breite des Normalen fallen, nach und nach aber den wachsenden psychischen Defekt für eine aufmerksame Betrachtung unschwer erkennen lassen. Den periodischen Psychosen nahe verwandt sind die cyklischen oder cirkulären Formen, bei denen Exaltations- und Depressionszustände in bestimmtem Typus mit einander abwechseln, zuweilen ebenfalls durch eingeschobene freiere Zwischenzeiten getrennt. Auch sie beruhen auf einer krankhaften Disposition des gesammten psychophysischen Organismus.

Eine andere Art des intermittirenden Verlaufes wird nicht selten in der Dementia paralytica beobachtet. Diese Krankheit kann lange Zeit, selbst eine Reihe von Jahren hindurch, still stehen und somit zur Herausbildung eines anscheinend stationären Zustandes Veranlassung geben, dem

allerdings fast immer ein früher oder später erfolgendes Fortschreiten des Grundleidens ein Ende zu machen pflegt. Während bei den periodischen Psychosen der regelmässige Wechsel der Perioden geradezu die charakteristische Eigenenthümlichkeit des ganzen Krankheitsprocesses ausmacht, sind hier die Intermissionen oder richtiger Remissionen mehr zufällige Ereignisse, die von ganz unkontrollirbaren, den Gang des Leidens modificirenden Einflüssen abhängig sind.

**Rekonvalescenz.** Am häufigsten finden sich Schwankungen zum Bessern oder Schlimmern im Stadium des Abklingens heilbarer Psychosen; sie sind daher im Allgemeinen als ein prognostisch günstiges Zeichen anzusehen. Allerdings kommt auch, besonders bei den sehr rasch entstandenen und sehr kurz dauernden Geistesstörungen (alkoholische, epileptische Aufregungen, Fieberdelirien und ähnliche) ein fast plötzliches Verschwinden des ganzen Symptomenkomplexes vor, z. B. nach einem tiefen Schläfe; in der Regel jedoch geschieht die Abnahme einer psychischen Störung ganz allmählich, durch Lyse, in vereinzelt Fällen unter dem günstigen Einflusse einer akuten Krankheit (Intermittens). Zuerst verlieren sich, wo sie vorhanden waren, die Zeichen der gemüthlichen Erregung: der Tob-süchtige wird ruhiger, der Melancholiker freier; oder aber es stellen sich, wie beim Stupor und dem akuten Schwachsinn, die ersten Symptome einer wieder erwachenden Reaktion, einer Theilnahme an der Aussenwelt ein. Anfangs besteht diese Besserung vielleicht nur für ganz kurze Zeit, Tage oder Stunden, um einem abermaligen Hervortreten der Krankheitserscheinungen bald wieder zu weichen. Nach und nach aber werden die Remissionen ausgiebiger und gewinnen längere Dauer; die Exacerbationen verlieren an Intensität, bis schliesslich nur noch leichte Verschlimmerungen bei besonderen Anlässen den fortschreitenden Gang der Rekonvalescenz unterbrechen.

Am längsten pflegt sich von den Krankheitssymptomen die Labilität des gemüthlichen Gleichgewichts, die leichte Erregbarkeit in depressivem oder exaltativem Sinne zu erhalten, auch wenn die intellektuellen Störungen sich schon längere Zeit gänzlich ausgeglichen hatten. So spiegelt sich

der Verlauf der Krankheit in seinen einzelnen Phasen am genauesten in dem Verhalten der Gemüthssphäre wieder. Sind es doch aber auch gerade die Gefühle, in denen sich unmittelbar die augenblickliche Reaktionsweise des Individuums gegen die Eindrücke und Vorstellungen seines Bewusstseinsinhalte kundgiebt, die uns somit über den Zustand desselben jeweils am besten aufzuklären vermögen, während die intellektuellen Vorgänge weit mehr von dem Erwerbe vergangener Tage, dem Schatze früher gebildeter Vorstellungen, Begriffe und Urtheile beherrscht werden. Eine Störung ihres Ablaufes kommt daher erst verhältnissmässig spät zu Stande und sie gleicht sich unter dem Einflusse der gesammelten Erfahrung früher wieder aus, als die Alterationen im Bereiche des Gefühls, wenn nicht die Krankheit selbst eine so tiefgreifende Umwandlung der psychischen Persönlichkeit hervorgebracht hat, dass das Individuum nicht mehr vollständig die Herrschaft über die Produkte seiner ehemaligen geistigen Arbeit wiederzugewinnen im Stande ist.

## B. Ausgänge des Irreseins.

**Heilung.** Das Stadium der Rekonvaleszenz geht ohne scharfe Grenze in dasjenige der vollendeten Heilung über. Die wenigen Reste der überstandenen Krankheit, vereinzelte Wahnideen, unmotivirte Verstimmungen, erhöhte Reizbarkeit, verlieren sich allmählich, die gesunden Anschauungen und Interessen treten wieder hervor; die gewohnten Beschäftigungen werden wieder aufgenommen; die psychische Persönlichkeit mit ihrer ganzen Eigenart knüpft über den krankhaften Zeitraum hinüber wieder an die vor demselben liegende gesunde Vergangenheit an, ganz ähnlich, wie wir nach wirrem Traume beim Erwachen sogleich, vielleicht auch erst nach einigem Besinnen, mit den Erlebnissen vor dem Einschlafen wieder Fühlung zu gewinnen suchen. Ist diese Wiedereinsetzung der psychischen Persönlichkeit in die Herrschaft über ihren Erfahrungsschatz in allen Punkten vollzogen, wird der Ablauf der psychischen Vorgänge nirgends mehr durch krankhafte Gefühle oder Vor-

stellungen beeinträchtigt, dann haben wir das Recht, von einer völligen Genesung des Rekonvalescenten zu sprechen, ein Ereigniss, welches in etwa 35—40% jener Erkrankungsfälle zu verzeichnen ist, welche in die Anstaltsbehandlung kommen. Zur Würdigung dieser Zahlen ist zu beachten, dass einerseits viele chronisch verlaufende unheilbare Fälle niemals in die Irrenanstalten gelangen und dass andererseits zahlreiche leichte Erkrankungen ebenfalls in familiärer Pflege ihren günstigen Ablauf finden.

Das wichtigste Kriterium der eingetretenen Genesung ist ausser dem Schwinden der wahrnehmbaren Krankheits-symptome die Einsicht in die krankhafte Natur des überstandenen Leidens. Diese Einsicht ist es ja gerade, welche uns die Garantie dafür bietet, dass der Rekonvalescent die pathologischen Veränderungen seines psychischen Lebens als etwas Fremdartiges empfindet, dass er mit anderen Worten auf den Boden der Beurtheilung zurückgekehrt ist, auf dem er vor der Erkrankung, in gesunden Tagen stand. Mangel der Krankheitseinsicht deutet stets auf die Unmöglichkeit einer kritischen Berichtigung des während der Alienation gesammelten Erfahrungsmateriales hin. Dieselbe hat ihren Grund entweder in der Assimilation krankhafter Elemente, welche den Standpunkt des Individuums gegenüber seiner Umgebung verrückt haben und seine psychischen Leistungen entscheidend beeinflussen, oder aber in der noch bestehenden Unfähigkeit zu durchgreifendem Gebrauche des früher erworbenen kritischen Rüstzeugs, dessen Handhabung einerseits Ruhe und Gleichgewichtslage des Gemüthes, andererseits aber eine gewisse Anstrengung und geistige Regsamkeit erfordert. Kein Kranker ist als wirklich genesen zu betrachten, der keine klare und volle Einsicht in seine Krankheit besitzt, während umgekehrt ganz wol ein Verständniss für die pathologische Natur der psychischen Störung bestehen kann, ohne dass darum immer die Heilung zu erwarten wäre. Ja, gerade in manchen Fällen unheilbaren, tief in der ganzen Anlage des Individuums wurzelnden Irreseins ist eine derartige Selbsterkenntniss nicht selten vorhanden. Darum bleibt aber die Krankheitseinsicht dennoch fast immer ein prognostisch sehr

günstiges Symptom, namentlich dann, wenn sie mit dem Nachlasse stürmischerer Erscheinungen von selber hervortritt. In manchen Fällen, allerdings nur dann, wenn ein leichter oder höherer Grad von Schwäche der Intelligenz nebenbei besteht, kommt die Krankheitseinsicht erst sehr spät und zögernd zu Stande, nachdem im Uebrigen bereits sämtliche Symptome der Psychose sich vollkommen verloren haben.

Fast regelmässig, wenigstens bei allen länger dauernden Geistesstörungen, geht mit der fortschreitenden Genesung auch eine körperliche Erholung, eine Zunahme des Gewichtes, Besserung des Appetites und Schlafes und das Gefühl des Wohlseins einher, Anzeichen, die bei gleichzeitigem Hervortreten günstiger psychischer Veränderungen einen bedeutenden prognostischen Werth besitzen und hauptsächlich mit einer Abnahme der gemüthlichen Erregung in innerem Zusammenhange zu stehen scheinen.

Vollständige Heilung einer Geisteskrankheit wird im Allgemeinen am leichtesten in den rüstigen Lebensaltern und dort zu Stande kommen, wo ein vorübergehender äusserer Anlass die Ursache des ganzen Leidens bildete. Je weniger die Bedingungen der Erkrankung in dem erkrankten Organismus selber liegen, desto rascher und vollständiger wird derselbe *ceteris paribus* im Stande sein, die pathologischen Veränderungen auszugleichen und zum Normalzustande zurückzukehren. In der That sehen wir daher namentlich diejenigen ätiologischen Gruppen von Psychosen die günstigste Prognose darbieten, welche durch energisch wirkende, aber gewöhnlich keine dauernde Veränderung hervorbringende Ursachen erzeugt werden (Vergiftungen, akute Krankheiten, Wochenbett, akute Affekte). Weit ungünstiger schon liegen die Verhältnisse dann, wenn die Krankheitsursachen entweder bleibende organische Störungen hinterlassen (Kopfverletzungen, Syphilis, Typhus bisweilen) oder aber, wenn sie durch längere Zeit hindurch stetig auf das Individuum einwirken und somit durch Kumulation ihres Einflusses nach und nach eine tiefere Veränderung in der psychophysischen Konstitution desselben herbeiführen (chronische Affekte und Krankheiten, Alkoholis-

mus, Morphinismus u. s. f.). Durch derartige Ursachen wird nicht nur eine einzelne psychische Erkrankung erzeugt, sondern es wird auch die gesammte Widerstandsfähigkeit des Individuums dauernd herabgesetzt.

**Unvollständige Heilung.** Von der Grösse dieser dauernden Störung und den Einflüssen, welchen der Kranke im weiteren Verlaufe ausgesetzt ist, hängt es hier ab, wie weit es möglich ist, eine Wiederherstellung des früheren gesunden Zustandes zu erzielen. Nimmt daher auch der ausbrechende Krankheitsprocess selbst einen günstigen Ablauf, so ist damit doch die Wirkung der eigentlichen Grundursache nicht aufgehoben. Es bleibt eine „Disposition“ zu weiteren Erkrankungen zurück, die namentlich dann ihren verderblichen Einfluss geltend macht, wenn der Genesene sich in den Bereich der alten Schädlichkeiten zurückbegiebt. Er fällt jetzt weit leichter, bei dem ersten gegebenen Anlasse, in die überstandene Krankheit zurück. Jedes Recidiv steigert wiederum die Disposition für die Folgezeit, so dass immer geringfügigere Anstösse genügen, um die pathologischen Zustände aufs neue wieder heraufzuführen.

Ganz ähnliche Verhältnisse, wie sie sich auf diese Weise unter dem Einflusse dauernder oder häufig wiederkehrender Ursachen herausbilden können, finden sich bei ursprünglich krankhaft veranlagten Menschen als angeborene Konstitutionsanomalien vor. Die Krankheitsbedingungen sind hier nicht mehr ausserhalb, sondern im Individuum selber zu suchen. Es ist leicht begreiflich, dass unter solchen Umständen von einer eigentlichen Heilung psychischer Störungen nicht in dem Sinne einer völligen Rückkehr zur Norm die Rede sein kann, da ja der relativ gesunde Gleichgewichtszustand selbst nicht als ein wirklich normaler anzusehen ist. Das wichtigste Erforderniss einer jeden Heilung, die Entfernung der Krankheitsursache, bleibt ja hier unerfüllbar, da diese letztere eben durch die ganze Eigenart des Menschen repräsentirt wird. Trotzdem sehen wir bei solchen Individuen nicht selten ausgeprägte und schwere psychische Symptomenkomplexe mit derselben Geschwindigkeit wieder verschwinden, mit welcher sie aus unbedeutenden Anlässen heraus sich entwickelt haben.

Das eigentlich Auffallende ist dabei mehr die letztere als die erstere Erscheinung. Die krankhafte Ausgiebigkeit der psychopathischen Reaktion auf geringfügige Reize lässt wegen der anscheinenden Bedenklichkeit der Symptome die Schwere der ganzen Erkrankung weit bedeutender erscheinen, als sie wirklich ist. Würde es doch auch verfehlt sein, etwa aus dem Herzklopfen eines Herzkranken auf einen gleichen Grad psychischer Erregung schliessen zu wollen, wie wir sie unter denselben Verhältnissen beim Gesunden voraussetzen hätten! Wir würden dann erstaunt sein, dort so rasch völlige Beruhigung konstatiren zu können, wo wir glaubten, es mit einem tiefen, dauernden Affekte zu thun zu haben. Aber wie in diesem Beispiele der leiseste Anstoss genügt, das Symptom der Krankheit sogleich in voller Intensität hervorzurufen, wie es schliesslich vielleicht durch die blossе Lebensarbeit dauernd fortbesteht, und wie das eigentliche Leiden andererseits lange Zeit bestehen kann, ohne gerade lebhaftere Störungen zu verursachen, so haben wir es auch bei den psychischen Invaliden mit einer Verminderung der Widerstandsfähigkeit zu thun, die am Ende auch ohne irgend welchen besonderen Reizanstoss zur Entwicklung abnormer Geisteszustände führen kann, die eine krankhafte Veränderung der ganzen Persönlichkeit bedeutet, auch wenn sie nicht gerade zur Ausbildung einer eklatanten Psychose Veranlassung giebt. Die Heilung der vorübergehenden Störungen ist daher etwa mit der Beseitigung eines Anfalles von Palpitationen bei einem Herzkranken in Parallele zu stellen; das eigentliche Grundleiden besteht dabei unverändert fort.

Die vorstehenden Erörterungen haben uns bereits einen weiteren Ausgang psychischer Krankheiten kennen gelehrt, den Ausgang in unvollständige Heilung, „Besserung“ oder „Heilung mit Defekt“. Die pathologischen Symptome treten auch hier im Wesentlichen zurück, die Stimmung wird ruhiger und gleichmässiger, Wahnideen und Sinnes-täuschungen verschwinden nach und nach, aber es machen sich die mehr oder weniger ausgeprägten Anzeichen einer Herabsetzung der psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit, der Schwäche, bemerkbar. Der Rekonvalescent

denkt zwar formal richtig und hat auch eine gewisse Einsicht in seine Krankheit, aber er ist nicht mehr derjenige, der er früher war; er hat einen Theil seiner Persönlichkeit eingebüsst. „Gerade das Beste und Werthvollste ist,“ wie Griesinger sich treffend ausdrückt, „von der geistigen Individualität abgestreift.“ So vermag er vielleicht wieder in das Leben zurückzukehren und in geordneten Verhältnissen leidlich seine Stellung auszufüllen, aber die Energie und Festigkeit seines Charakters hat er verloren; schwierigen Situationen und drängenden Konflikten ist er nicht mehr gewachsen. Dieser Zustand ist namentlich den Remissionen der *Dementia paralytica* eigenthümlich. Als regelmässiger Ausgang ist die unvollkommene Wiederherstellung ferner dort zu betrachten, wo der ganze Krankheitsvorgang sich schon auf dem Boden einer von vornherein defekten Persönlichkeit abspielte. Hier pflegt meist das frühere Niveau nicht wieder erreicht zu werden, sondern das Individuum geht noch mehr geschwächt aus dem Anfälle hervor, so dass bei häufigerer Wiederholung der Erkrankungen auch der psychische Verfall jedesmal eine neue Steigerung erfährt.

**Unheilbarkeit.** Schon die Heilung mit Defekt bedeutet die Entstehung einer unheilbaren Veränderung in der Gesamtkonstitution des Individuums, aber diese Veränderung bezieht sich nicht sowol auf den Inhalt des Selbstbewusstseins, als vielmehr auf die Art, wie dasselbe gegen äussere Einflüsse reagirt. Man kann daher weiterhin noch einen Ausgang in Unheilbarkeit unterscheiden, der eine völlige krankhafte Umwandlung der psychischen Persönlichkeit oder einen Zerfall derselben bedeutet. Diese Entwicklung wird dadurch eingeleitet, dass mit der Abnahme der Gemüthsschwankungen, welche die eigentliche Höhe der Krankheit zu bezeichnen pflegen, die intellektuellen Störungen nicht ebenfalls zurücktreten, sondern fortbestehen und sich allmählich zu immer weiter um sich greifender systematischer Verfälschung der individuellen Weltanschauung herausbilden. Im weiteren Verlaufe pflegt sich dann in dem Maasse, wie die psychische Leistungsfähigkeit des Kranken abnimmt, der innere Zusammenhang dieses Systems zu lockern, bis sich der

Bewusstseinsinhalt desselben am Ende nur mehr von wirren Resten vergangener und zerfallener Vorstellungsreihen erfüllt zeigt, um nach und nach gänzlich zu veröden. Dieser Vorgang ist es, den man mit dem Namen der Verblödung zu bezeichnen pflegt. Derselbe kann sich je nach der Form der Geistesstörung, welche er abschliesst, in symptomatisch etwas verschiedener Weise vollziehen, aber er trägt stets den allgemeinen Charakter einer fortschreitenden Vernichtung der ursprünglichen Persönlichkeit, sowol nach ihrem Erinnerungsschatze und ihren intellektuellen Leistungen, wie nach der Seite ihres Gemüthslebens hin.

Wo also diese Zustände der Unheilbarkeit den Ausgang der Psychose bilden, da ist der Verlauf derselben in der Regel ein progressiver, dem völligen geistigen Tode mehr und mehr entgegenführender. Selten nur bleibt ein unheilbarer Kranker mit ausgebildetem und festgehaltenem Wahnsysteme für den Rest seines Lebens auf annähernd demselben Standpunkte der Kritiklosigkeit stehen; einem aufmerksamen Beobachter wird im Laufe der Jahre die Zunahme der psychischen Schwäche wol niemals entgehen, wenn auch auf den von Wahnideen unberührten Gebieten die gedächtnismässige Beherrschung früher erlernter Urtheile sehr lange über die Unfähigkeit zu wirklicher geistiger Verarbeitung hinwegtäuschen mag. Denselben progressiven Verlauf pflegen die früher bereits erwähnten Krankheitsprocesse zu nehmen, welche ihren klinischen Ausdruck in periodischen und cyclischen Geistesstörungen finden, ebenso die Epilepsie. Fortschreitende psychische Schwäche ist ihr regelmässiger Begleiter. Im Einzelnen machen sich hier übrigens sehr beachtenswerthe individuelle Differenzen in Bezug auf die Raschheit und den Grad der Verblödung bemerkbar, die auf tiefere Eigenthümlichkeiten in der psychophysischen Konstitution der Erkrankten und wol auch auf Unterschiede im Wesen der Krankheitsprocesse hinzudeuten scheinen, bisher aber noch ausserordentlich wenig untersucht worden sind.

**Tod.** Die letzte Form des Ausganges, welchen die Geistesstörung nehmen kann, ist der Tod. Die Frage, ob eine psychische Erkrankung an sich zum Tode führen könne, wie diese oder jene körperliche Affektion, ist dahin zu be-

antworten, dass zwar nicht die Psychose, als eine rein symptomatisch aufgefasste Erscheinung, wol aber der Krankheitsprocess tödten kann, dessen psychopathischen Ausdruck die Geistesstörung darstellt; ähnlich betrachten wir ja nicht die Albuminurie, sondern die interstitielle Nephritis, welche ihr zu Grunde liegt, als die Ursache eines gegebenen Todesfalles. Der wichtigste aller derartigen pathologischen Prozesse ist die diffuse, chronische, interstitielle Entzündung der Hirnrinde, welche die Grundlage der Dementia paralytica bildet. Die fortschreitende Lähmung der nervösen Centralorgane ist es hier, welche entweder direkt, im paralytischen Anfalle, oder indirekt, durch die Vermittlung von Dekubitus, Schluckpneumonien und dergl. den tödtlichen Ausgang herbeiführt. Ferner können syphilitische Hirnerkrankungen, Geschwülste, embolische Prozesse aus verschiedenen Ursachen, wie sie den Symptomenkomplex einer psychischen Störung erzeugen, im weiteren Verlaufe dem Leben ein mehr oder weniger jähes Ende bereiten.

Auf indirektem Wege wird der Tod durch die psychische Krankheit verursacht, wenn nicht die Gehirnaffektion, sondern einzelne Symptome der psychischen Störung selbst die Katastrophe heraufbeschwören. Vor Allem ist hier die Neigung zum Selbstmorde zu nennen, wie sie sich so häufig aus depressiven Wahnideen oder Gefühlen herausentwickelt. In ihr haben wir es mit einer äusserst verhängnissvollen und praktisch überaus wichtigen Erscheinung des Irreseins zu thun, die bei schlechter Ueberwachung zahlreiche Opfer fordert; geht doch aus der Statistik hervor, dass etwa die Hälfte aller Selbstmorde überhaupt aus pathologischen Motiven zu entspringen pflegen! Nächstdem ist es die Sitophobie, dann die bis zur äussersten Erschöpfung andauernde Unruhe und Schlaflosigkeit mancher Kranken, schwerer Verlauf chirurgischer Verletzungen wegen der Unmöglichkeit einer rationellen Behandlung, welche bisweilen als Todesursachen bei Geisteskranken auftreten.

Endlich aber ist es eine sehr bemerkenswerthe Thatsache, dass auch die Ausbildung gewisser körperlicher Erkrankungen durch die psychische Störung begünstigt wird.

Namentlich die Phthise erreicht in Irrenanstalten einen enorm hohen Prozentsatz. Das kasernenhafte Leben, die häufig bestehende Ueberfüllung, endlich die Apathie so vieler Kranker und die damit verknüpfte Herabsetzung der Athmungs- und Kreislaufthätigkeit sind wol in erster Linie für dieses Verhalten verantwortlich zu machen; ob sonst noch in den Störungen des Hirnlebens als solchen gerade Momente liegen, welche eine besondere Disposition zu diesen oder jenen körperlichen Erkrankungen („auf trophoneurotischem Wege“) setzen, dürfte recht zweifelhaft sein. Jedenfalls ist die Gesamtkonstitution und die Lebensweise der Kranken von weit erheblicherer Bedeutung.

### C. Dauer des Irreseins.

Die Dauer psychischer Störungen bietet sehr weitgehende Verschiedenheiten dar. Wo die Psychose ihre Entstehungsbedingungen im Individuum selbst besitzt, da dauert sie das ganze Leben hindurch; je mehr sie dagegen von äusseren Kausalmomenten abhängig ist und je rascher und vorübergehender die Wirkung derselben ausfällt, desto kürzer ist die Dauer der Alienation. Fieberdelirien, pathologische Rauschzustände, Angstanfälle während des Gebärens können nach wenigen Tagen, Stunden, ja Minuten schon wieder verschwinden. Aber auch bei neuropathischen Individuen, bei Epileptikern, Hysterischen werden „Anfälle“ von psychischer Störung beobachtet, die nur eine äusserst kurze Dauer aufzuweisen haben. Hier ist jedoch, wie schon früher ausgeführt, zu beachten, dass dieselben gewissermassen nur vorübergehende Verschlimmerungen eines an sich schon abnormen, lange dauernden Zustandes darstellen, wenn derselbe auch gewöhnlich nicht in eklatanten psychischen Symptomen hervortritt. Im Allgemeinen zeigen die Psychosen trotz der genannten Ausnahmefälle eine beträchtlich längere Dauer, als durchschnittlich körperliche Krankheiten, so dass hier die Abgrenzung der akuten und chronischen Formen nach einem andern Maassstabe zu geschehen pflegt. Selbst bei frischen Erkrankungen zieht sich der

Verlauf in der Regel über eine Reihe von Monaten hin; Fälle bis zur Dauer von einem Jahre werden daher häufig noch als akute bezeichnet. Ausser der Form der Psychose und der Individualität des Erkrankten ist auf die Dauer derselben zweifellos auch die Behandlung von Einfluss. Je früher Geistesranke in eine geeignete Umgebung, in die Anstalt gebracht werden, desto rascher vollzieht sich *ceteris paribus* der Ablauf der psychischen Störung, desto günstiger sind gleichzeitig die Aussichten auf eine möglichst vollständige Genesung.

## IV. Allgemeine Diagnostik.

Die Beantwortung der Frage nach dem Vorhandensein einer Geistesstörung im einzelnen Falle hat sich auf die klinische Analyse der gesammten körperlichen und psychischen Persönlichkeit an der Hand der feststehenden wissenschaftlichen Erfahrung zu stützen. Zwei Schwierigkeiten sind es hauptsächlich, die bei der Lösung dieser Aufgabe dem Arzte entgegenreten können, einmal die Abgrenzung des Krankheitsbildes von der Breite des Normalen, dann aber die Erkennung absichtlicher Simulation und Dissimulation.

### A. Diagnose der Geistesstörung.

Was den ersteren Punkt betrifft, so ist derselbe in der Geschichte der Psychiatrie der Gegenstand zahlloser, angestrenzter Bemühungen, scharfsinniger Auseinandersetzungen und spitzfindiger Argumentationen gewesen, bis endlich jetzt die unvermeidliche Erkenntniss sich immer mehr Bahn zu brechen beginnt, dass die Fragestellung von vornherein eine falsche war, dass es hier wirklich scharfe Grenzen und unfehlbare Kriterien der Natur der Sache gemäss ebensowenig geben kann, wie bei der Unterscheidung von körperlicher Gesundheit und Krankheit. Die psychopathischen Symptome sind eben durchaus nicht absolut fremdartige und durch das Irresein neu erzeugte Erscheinungen, sondern sie haben ihre Wurzeln in normalen Vorgängen und verdanken ihren eigenartigen Charakter nur der einseitigen, maasslosen Ausbildung oder dem Untergange dieser oder jener Funktionen, sowie der besonderen Ver-

bindung der verschiedenartigen Elementarstörungen. Wir haben somit ein ausgedehntes Uebergangsbereich zu verzeichnen, auf dem es sich lediglich um die Abschätzung gradueller Differenzen handelt, so dass es durchaus dem Belieben und dem Standpunkte des Beobachters überlassen bleibt, wie weit oder wie eng er die Grenze der Geisteskrankheit stecken will. Dies ist der Grund, warum so häufig die Gutachten selbst hochstehender wissenschaftlicher Autoritäten bei der Beurtheilung des gegebenen Falles vollständig auseinandergehen: die wissenschaftlichen Kriterien versagen hier bisweilen völlig und lassen einzig dem subjektiven Ermessen die Entscheidung zufallen.

Verhältnissmässig leicht wird die Erkennung einer Geistesstörung dann, wenn es gelingt, den Nachweis zu führen, dass die verdächtigen Erscheinungen nicht von jeher bestanden haben, sondern etwas Gewordenes sind. Zwar kommen ja auch im gesunden Leben Wandlungen vor, die bis in das innerste Wesen der Persönlichkeit eingreifen, aber im Allgemeinen legt dennoch die Beobachtung einer auffallenden Veränderung im Denken, Fühlen und Handeln des Individuums den Gedanken an eine krankhafte Natur derselben sehr nahe. Zur Gewissheit wird diese Vermuthung, wenn die hervortretenden Symptome sich widerspruchslos in eines der bekannten klinischen Krankheitsbilder einordnen, und wenn vielleicht auch ursächliche Momente sich auffinden lassen, welche erfahrungsgemäss jene Gruppe von Störungen häufiger zu erzeugen pflegen. Genaue Erhebung der Anamnese, sorgfältige Ausnutzung der früher besprochenen Untersuchungsmethoden und eine gewisse Zeit fortlaufender Beobachtung wird in solchen Fällen regelmässig zum Ziele führen.

Weit schwieriger jedoch gestaltet sich die Sachlage, sobald nicht über das Bestehen eines krankhaften Processes, sondern über das Vorhandensein eines krankhaften Zustandes entschieden werden soll. Im ersten Falle war uns die Norm der Beurtheilung in dem Verhalten des Kranken selber vor der eingetretenen Veränderung gegeben; hier dagegen sind wir gänzlich auf die Abgrenzung nach den allgemeinen Begriffen angewiesen, die sich in

der Wissenschaft als Gradmesser für die Bestimmung des Pathologischen fixirt haben. Das grosse, sicher noch viel zu wenig gekannte Gebiet klinischer Formen, mit dem wir es hier zu thun haben, ist dasjenige des angeborenen Schwachsinnnes. Die Erscheinungen desselben treten uns in allen Richtungen des psychischen Lebens entgegen, und wir müssen daher wenigstens einen kurzen Blick auf die sich darbietenden Grenzgebiete werfen, nicht sowol, um die vorhandenen Schwierigkeiten zu lösen, sondern um auf die Unmöglichkeit einer durchgreifenden Lösung derselben hinzuweisen. Von Seite der Intelligenz sind es zwei Formen der Störung, welche wir als Typen der Schwäche auseinanderhalten können, einmal die mangelnde intellektuelle Leistungsfähigkeit, dann aber die Kritiklosigkeit in Folge von abnormer Ausbildung des Kombinationsvermögens, wie wir sie oben zu schildern Gelegenheit hatten. Als das physiologische Analogon der mangelnden Leistungsfähigkeit, die sich durch das Fehlen abstrakter Begriffe, Enge des Gesichtskreises, Ideenarmuth, geringe Aktivität und Spontanität des Vorstellungsverlaufes charakterisirt, können wir jene Form der Dummheit betrachten, die man als Beschränktheit bezeichnet. Die höchsten Grade der Beschränktheit fallen aber mit den leichteren Fällen des Schwachsinnnes unterschiedslos zusammen; es giebt kein einziges Merkmal, welches eine andere als graduelle Abtrennung gestattete.

Mit dem zweiten klinischen Bilde des Schwachsinnnes ist die Gruppe der Phantasten (Mystiker) nahe verwandt. Beide zeichnen sich durch ein Ueberwuchern der Phantasie über die Grenzen verstandesmässiger Ueberlegung, die Kritiklosigkeit gegenüber den Produkten ihrer intellektuellen Thätigkeit aus, Züge, die wir in dem erwähnten Krankheitsbilde, nur in schärferer Ausprägung, ebenfalls wiederfinden, ohne dass sich hier prinzipielle Grenzen fixiren liessen. Den Beispielen einseitiger Begabung bei Schwachsinnigen und Idioten lassen sich manche der sog. verkannten Genies an die Seite stellen, bei denen die mangelnde Harmonie der Gesamtanlage auch den hervorragenden Eigenschaften ihrer Persönlichkeit die freie und

segenreiche Entfaltung verkümmert. Es ist endlich kein Zweifel, dass auch das wirkliche Genie nicht selten eine gewisse Verwandtschaft mit den letztgenannten Formen des Schwachsinnens erkennen lässt. Die überraschende Kühnheit der Kombinationen, die Lebhaftigkeit der Phantasie, die Vernachlässigung des Details sind Züge, die beiden Veranlagungen gemeinsam sind, aber sie werden beim Genie durch die gleichzeitige Ausbildung des regulativen Verstandes in sicheren Grenzen gehalten, während sie dort gänzlich die Herrschaft über die intellektuellen Vorgänge gewinnen. Gleichwol deutet sich doch auch bei derartigen Kranken nicht selten durch unerwartete Wendungen und vereinzelte treffende Aperçus jene Verwandtschaft an, wie ja andererseits auch das Genie neben glänzenden Leistungen fast regelmässig unbegreifliche Schwächen erkennen lässt. Sehr wichtig ist es für diese Frage, dass Genialität und psychopathische Belastung sich häufig in derselben Familie neben einander vorfinden.

Von grosser Tragweite und darum von jeher am eifrigsten versucht worden, ist die Abgrenzung des Krankhaften von der Gesundheitsbreite auf dem Gebiete des Gefühlslebens und des Handelns, die wir hier gemeinsam ins Auge fassen wollen. Hier gilt es ganz besonders, jene Handlungen, welche aus pathologischen Motiven entsprungen sind, abzutrennen von denjenigen, die ihre Quelle in unmoralischen Beweggründen haben. Man wird hier nicht lange im Zweifel sein, wenn es gelingt, eine Wahnidee, eine Sinnestäuschung oder auch ein unmotivirtes Angstgefühl, einen triebartigen Drang als die Ursache der That aufzufinden. Die allergrössten Schwierigkeiten indessen beginnen sofort, sobald nicht qualitative Veränderungen der Gefühle, sondern nur graduelle Abstufungen derselben der ärztlichen Beurtheilung unterliegen. Jede menschliche Handlung kommt dadurch zu Stande, dass die treibenden Motive das Uebergewicht über die etwaigen hemmenden Gegenmotive erlangen. Eine unmoralische Handlung kann somit entweder auf einer starken Ausbildung der unmoralischen Antriebe oder aber auf einem Mangel der moralischen Hemmungen beruhen, und endlich kann sowol jene

übermässige, wie diese ungenügende Entwicklung aus krankhaften Ursachen hervorgegangen sein. Die pathologische Zornmüthigkeit (*Iracundia morbosa*) geht ganz allmählich in die Leidenschaftlichkeit des Cholerikers über, die ihn vielleicht zum Affektverbrechen treibt, und die leichten depressiven Verstimmungen des Neuropathischen sind nur Steigerungen der oft ebensowenig objektiv motivirten melancholischen Anwandlungen des Pessimisten, die ihn an dem Werthe des Daseins verzweifeln lassen. Der Selbstmord in den letzteren, der Mord in den ersteren Fällen sollte je nach der Krankhaftigkeit oder der normalen Beschaffenheit des Gemüthszustandes eine gänzlich verschiedene moralische Qualifikation erhalten, aber auch die genaueste Analyse vermag hier oft die Grenze nicht zu finden, aus dem triftigen Grunde, weil dieselbe nicht existirt.

Noch schlagender tritt dieses Verhältniss hervor, wo der krankhafte Mangel der sittlichen Gefühle von der blossen „ethischen Depravation“ abgegrenzt werden soll. So wenig wie der Mangel einer Niere in einem Falle krankhaft sein kann, im andern nicht, so wenig geht es an, eine normale sittliche Verwilderung neben einer pathologischen aufzustellen. Ein Defekt ist und bleibt ein Defekt, mag er angeboren, erworben oder wie immer entstanden sein; nur nach der Grösse desselben kann man normale und krankhafte Grade unterscheiden, wie ja auch die Kleinheit der Niere erst unter einer gewissen, ziemlich willkürlichen Grenze anfängt, pathologisch zu werden. Wenn der Verlust der höheren moralischen Gefühle als Theilerscheinung gewisser Krankheitsprocesse vorkommt (z. B. *Dementia paralytica*), so schliesst dieser Umstand nicht aus, dass auch der durch sittliche Verwahrlosung erzeugte Defekt, sobald er ein gewisses Maass erreicht hat und nicht beseitigungsfähig ist, als krankhaft zu betrachten sei. Jedes Organ unseres Körpers bedarf der Uebung und Ausbildung, um die geforderte Arbeit leisten zu können; der unerzogene Taubstumme bleibt anerkanntermaassen auf der psychischen Entwicklungsstufe des Schwachsinnnes stehen; sollte allein der moralisch Unerzogene eine Ausnahme machen, sollte nicht bei ihm ebenfalls eine Unvollkommen-

heit der gemüthlichen Ausbildung vorhanden sein, die unter Umständen eine pathologische Ausdehnung erlangen kann? Eine anthropologische, objektiv naturwissenschaftliche Betrachtung der Immoralität führt uns somit zu dem Schlusse, dass auch der Mangel sittlicher Gefühle nicht nur zweifellos der Begleiter bestimmter klinischer Krankheitsformen ist, sondern in seinen höheren Graden überhaupt ohne scharfe Abgrenzung in das Gebiet des Krankhaften hinüberspielt und als ein Symptom der Schwäche im Gemüthsleben zu betrachten ist, welchem im Bereiche des Verstandes die mangelnde Leistungsfähigkeit der intellektuellen Funktionen genau entspricht.

Es bleibt daher in derartigen Fällen bei der gerichtlichen Diagnostik der Geistesstörung bis zu einem gewissen Grade häufig Sache des subjektiven Ermessens, ob die gestellte Frage bejaht oder verneint werden soll. So zuverlässig es fast stets gelingen wird, wenigstens bei längerer Beobachtung, das Bestehen einer Manie, Melancholie, Verrücktheit oder gar einer Dementia paralytica mit Sicherheit zu erweisen oder auszuschliessen, so rathlos steht selbst der ausgezeichnetste Scharfsinn den graduellen Abstufungen des Schwachsinnes, vor Allem des angeborenen, gegenüber. Die Schuld dafür trifft gewiss nicht die Psychiatrie, sondern lediglich die richterliche Fragestellung, welche nur scharfe Grenzen zwischen Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit kennt, alle die zahllosen Uebergangsformen aber einfach ignorirt. Vielleicht wird auch uns noch ein eingehenderes Studium des Schwachsinnes zu einer schärferen Erfassung der krankhaften Erscheinungen verhelfen; die Ueberwindung der prinzipiellen Schwierigkeiten aber und die Gewinnung allgemeiner unzweideutiger Gesichtspunkte kann sicherlich nur durch eine andere Formulirung der forensischen Fragen an den ärztlichen Sachverständigen erreicht werden.

### B. Diagnose der Simulation.

Erheblich einfacher liegt die Aufgabe dort, wo nicht allgemein die Entscheidung über das Bestehen geistiger

Gesundheit oder Krankheit gefällt werden soll, sondern wo es sich um die Aufdeckung von Simulation handelt. Hier ist eine sichere Richtschnur der Beurtheilung durch die Erwägung gegeben, dass der vorliegende Symptomenkomplex sich mit einem der erfahrungsgemäss feststehenden Krankheitsbilder decken muss. Bei der Mannigfaltigkeit psychischer Störungen erfordert es ziemlich weitgehende fachmännische Kenntnisse, ein widerspruchloses, in sich wahrscheinliches, einheitliches Krankheitsbild zu kombiniren, ausserdem aber noch eine ganz ungewöhnliche Geschicklichkeit und Ausdauer, die angenommene Rolle wirklich durchzuführen und festzuhalten. Die Anschauungen über Geisteskrankheiten unter Laien weichen fast durchgehends so sehr von dem wahren Verhalten ab, dass es in der Regel für den Irrenarzt ein Leichtes ist, die Simulation zu erkennen und zu entlarven. Namentlich ist es die Sucht der Simulanten, zu übertreiben, widersprechende Erscheinungen durcheinander zu mischen und ihre Geisteskrankheit möglichst glaubhaft zu machen, welche sie von den wirklichen Kranken unterscheidet. Ueberaus selten sind die Fälle, in denen selbst bei längerer Beobachtung die Simulation nicht zweifellos festgestellt werden kann.

Indessen, so leicht und sicher die absichtliche Täuschung als solche erkannt zu werden pflegt, so schwierig ist es nicht selten, das Bestehen einer psychischen Störung ausser der Simulation auszuschliessen. Neumann fordert mit Recht, dass überhaupt kein Arzt jemals das Zeugniß geistiger Gesundheit ausstellen solle; bei Simulanten ist in dieser Hinsicht doppelte Vorsicht geboten. Die erfahrensten Psychiater theilen mit, dass wirklich geistig gesunde Individuen unter den Simulanten nur in ganz geringer Zahl vorkommen, wenn auch die eigentliche Störung eine ganz andersartige ist, als die simulirte. Namentlich Verrückte, Querulanten, Schwachsinnige sind hierher zu rechnen. Die Mittel und Methoden, welche zur Entlarvung von Simulanten in Anwendung gebracht werden, die Schlüsse, welche man aus dem Benehmen eines Individuums vor, während und nach einer verbrecherischen That auf seinen Geisteszustand ziehen kann, und eine Reihe ähnlicher Punkte müssen wir

hier übergehen, da sie den Aufgaben der gerichtlichen Psychopathologie angehören.\*)

### C. Diagnose der Dissimulation.

Wir haben endlich noch der Dissimulation von Geistesstörungen zu gedenken, die bisweilen von Melancholikern und Rekonvalescenten, namentlich aber von Verrückten mit grosser Virtuosität geübt wird, um die Entlassung aus der Irrenanstalt zu erreichen. Die Erfolge einer antiquirten Behandlungsmethode, der „Intimidation“, d. h. der systematischen Misshandlung der Kranken bei jeder krankhaften Aeusserung, gründeten sich auf diese Fähigkeit. Es giebt unheilbare Irre, die Jahre lang ihre äussere gesellschaftliche Haltung zu bewahren wissen und das Nest ihrer Wahnideen tief in ihrer Brust verschliessen, bis eine unbedachte Aeusserung, ein gelegentlicher Affekt plötzlich der erstaunten Umgebung die Augen öffnet und ihr die Erklärung für so manche Bizarrerien und Sonderbarkeiten des Benehmens giebt, die man so lange für „berechtigte Eigenthümlichkeiten“ gehalten hatte. Wer nicht mit dem geheimen Zusammenhange und den Anknüpfungspunkten der Fäden bekannt ist, aus welchen sich das Wahnsystem zurechtspinnet, dem wird häufig die tiefe Störung manches Verrückten völlig verborgen bleiben, auch wenn dieselbe gar nicht besonders dissimulirt wird, eine Erfahrung, die laienhafte Besucher einer Irrenanstalt regelmässig zu machen Gelegenheit haben. Aber es begegnet selbst dem Arzte bisweilen, dass er trotz seines allgemeinen bestimmten Verdachtes sich lange vergebens abmüht, in das Innere eines Kranken einzudringen, und dass ihm erst die Nachrichten über das Vorleben, das Benehmen in der Freiheit, eine klare Einsicht in die wirkliche Ausdehnung der krankhaften Störung verschaffen. Solche Kranke zeigen sich in der Anstalt überaus harmlos und ungefährlich, stellen alle Berichte der Angehörigen, alle Wahnideen völlig in Abrede

---

\*) v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie, 2. Auflage, 1881.

und wissen ihre auffallenden Handlungen so ungezwungen und schlau zu motiviren, dass es recht schwierig wird, die pathologischen Züge klar zu erfassen. Unerfahrene, namentlich Personen aus der Umgebung des Kranken, lassen sich daher oft vollständig von ihnen täuschen. Da solche Kranke nicht selten recht gefährlich sind, ist äusserste Vorsicht bei der Beurtheilung derselben geboten; das Benehmen in der Freiheit pflegt allerdings sehr bald die Sachlage festzustellen.

Besonders sei hier schliesslich noch auf die Dissimulation besonnener selbstmordsüchtiger Melancholiker hingewiesen, die bisweilen mit grösstem Raffinement ihre krankhaften Ideen und Gefühle zu verbergen, Besserung und heitere Stimmung zu simuliren wissen, um den stillen Vorsatz des Selbstmordes bei weniger sorgfältiger Ueberwachung zur Ausführung bringen zu können. Nur die genaueste Vertrautheit mit dieser höchst beachtenswerthen Gefahr und unausgesetzte Wachsamkeit kann hier vor bitteren Erfahrungen schützen.

---

## V. Allgemeine Therapie.

Die leitenden Gesichtspunkte für eine rationelle Behandlung der Geisteskrankheiten ergeben sich einmal aus der Aetiologie, dann aber aus der Symptomatologie derselben; es gilt die Grundursachen zu bekämpfen und die Erscheinungen zu beseitigen oder zu mildern. Die erstere Aufgabe beginnt schon mit der Prophylaxis.

### A. Prophylaxis.

In dieses Gebiet gehört bei der grossen Bedeutung der Erbllichkeit für die Verbreitung des Irreseins die Beantwortung der Frage, ob ein Geisteskranker heirathen soll oder nicht. Namentlich in manchen Formen der hysterischen Psychosen hat man bisweilen die Ehe geradezu für ein Heilmittel gehalten; die Erfahrung hat indessen gezeigt, dass zwar gesunde Eheleute eine geringere Disposition zu Geistesstörungen besitzen, als Ledige, dass aber bei schon bestehender Krankheit die Ehe vielfach geradezu schädlich wirkt. Dazu kommt die Gefahr einer Vererbung der krankhaften Anlage auf die Nachkommenschaft. So erscheint denn der ziemlich allgemein angenommene Grundsatz gerechtfertigt, vom ärztlichen Standpunkte aus bei schon bestehender Geistesstörung, besonders bei jenen Formen, die auf eine psychische Entartung hinweisen, die Ehe unbedingt zu widerrathen, während die blosse Prädisposition, speziell die erbliche Anlage, wenn sie nicht unzweideutig zu Tage tritt, trotz der immerhin drohenden Gefahren, doch keine absolute Kontraindikation der Ehe in sich schliesst.

Ein weiterer bedeutsamer Punkt, an dem die Prophylaxis einzusetzen hat, ist die Erziehung. Gerade abnorm veranlagte Eltern vermögen häufig nicht die rechte Mitte zwischen pedantischer Strenge und weichlicher Verzärtelung zu halten, Einflüsse, welche nur ein kräftig organisirtes psychisches Individuum ohne dauernden Schaden für seine Charakterentwicklung zu ertragen im Stande ist. Der ärztliche Berather wird hier nicht so selten Gelegenheit zu warnendem Eingreifen finden. Allgemeineres Interesse hat in letzter Zeit auch die Ueberbürdungsfrage der Schuljugend erregt. Zweifellos ist es, dass eine einseitige übermässige Anspannung der geistigen Kräfte bei Vernachlässigung der körperlichen Ausbildung eine Disposition zu psychischer Erkrankung erzeugen und namentlich die vorhandene Anlage steigern kann, mag auch vielleicht die Häufigkeit und Ausgiebigkeit dieser schädlichen Wirkungen bisweilen überschätzt worden sein. Jedenfalls wird die so energisch angestrebte Pflege des Körpers durch Turnen, Bewegung in freier Luft u. dergl. ein sehr schätzenswerthes Gegengewicht gegen jene Gefahren abgeben, unter denen man vorzüglich auch die Masturbation mit in den Vordergrund gestellt hat.

Das spätere Leben bietet für die Prophylaxis zwar sehr vielfache Angriffspunkte, aber sehr weitaussehende und über den Bereich der ärztlichen Thätigkeit überall hinausgehende Aufgaben. Alle Maassregeln, welche die aufreibende Gewalt des Daseinskampfes zu mildern, welche Noth, Elend und Krankheit zu lindern vermögen, dienen auch zugleich der Verhütung des Irreseins. Nur eine Richtung des Strebens sei hier erwähnt, welche auch die ärztliche Wirksamkeit mit ins Feld gefordert hat, der Kampf gegen den Alkohol. In den am meisten von diesem Feinde bedrohten Ländern ist die staatliche Gesetzgebung schon mit grösster Energie und nicht ohne Erfolg gegen den Alkoholmissbrauch eingeschritten; auch bei uns hat sich nunmehr die Aufmerksamkeit der Irrenärzte diesem Gebiete der Prophylaxe zugewandt, um mit vereinten Kräften die möglichste Einschränkung des *abusus spirituosorum* und die Verhütung seiner verderblichen Folgen anzustreben.

Von weit unmittelbarerem Interesse für den ärztlichen

Praktiker, als diese allgemeinen prophylaktischen Maassregeln ist die Behandlung des einzelnen Falles. Die ganze Zahl der Mittel, welche hier zu Gebote stehen, zerfällt in zwei natürliche Gruppen, je nachdem dieselben die Krankheit von den körperlichen Grundlagen des gestörten Seelenlebens aus, oder von der psychischen Seite her in Angriff nehmen. In die erstere Gruppe gehören die Medikamente, die physikalischen Heilmethoden und die diätetischen Maassregeln, in die letztere die mannigfachen psychischen Einwirkungen, welche durch das Anstaltsleben und speziell die zielbewusst handelnde Persönlichkeit des Arztes erzeugt werden.

## B. Somatische Behandlung.

**Medikamente.** Unter den Medikamenten sind es besonders die Narkotica, die wegen ihrer beruhigenden Wirkung eine hervorragende Stelle in dem Heilapparate der Geistesstörungen einnehmen. Seit alter Zeit ist das Opium im Gebrauch. Es wirkt durch Herabsetzung der Reizbarkeit unserer nervösen Centralorgane, besonders, wie es scheint, bei anämischen Zuständen derselben. Eine exakte Kenntniss seines Einflusses auf die verschiedenen psychischen Funktionen fehlt bisher noch. Aufregungszustände, namentlich solche, die durch periphere Reizungen erzeugt oder unterhalten werden (Neuralgien, abnorme Sensationen, Präkordialangst), sind das wichtigste Gebiet seiner therapeutischen Anwendung, durch welche (in nicht zu kleinen Gaben) Beruhigung und eventuell Schlaf erzielt wird. Dagegen wird das Mittel kontraindicirt durch starke, venöse Hyperämien des Gehirns (andauerndes hohes Fieber), grosse körperliche Dekrepidität und namentlich Herzschwäche. Als unangenehme Nebenwirkungen sind die Verdauungsstörungen (Appetitlosigkeit, hartnäckige Verstopfung) zu beachten. Das gebräuchliche Präparat ist Tinctura Opii simplex innerlich (oder eine Lösung von Extr. Opii aquos 1:20 subkutan), bei methodischer Anwendung in steigender Gabe von 15 bis 20 Tropfen 2—3mal täglich selbst bis zum 3- oder 4fachen,

wenn nicht schon früher die erstrebte Beruhigung eintritt; später allmähliches Heruntergehen mit der Dosis.

Wegen der grösseren Gleichmässigkeit der Wirkung, der sichereren Dosirung und der bequemen (subkutanen) Handhabung ist an die Stelle des Opiums in neuerer Zeit fast überall das Morphinum getreten, welches dieselben Indikationen und Kontraindikationen besitzt, wie jenes Mittel. Namentlich ist die Morphinbehandlung ebenfalls zu einer methodischen Kur ausgebildet worden\*), bei der man bisweilen zu enormen Tagesdosen (0,4—0,5) gegriffen hat. Der Nutzen dieser forcirten Therapie wird indessen durch die Gefahren derselben wol mindestens aufgewogen. Einmal kommen nämlich, wahrscheinlich in Folge von Anspässen oder direkter chemischer Reizung von Hautnerven im unmittelbaren Anschlusse an die Injektion plötzliche mehr oder weniger ernste „Shoksymptome“ vor, die entweder in den Erscheinungen einer ausgedehnten Vasomotorenlähmung (Röthung, Quaddelbildung, Prickeln) oder in einem lebensgefährlichen Kollapse mit Krämpfen und Respirationslähmung bestehen, welcher schleunigste Einleitung der künstlichen Athmung erfordert. Auch nach einigen Stunden können bei Anwendung grosser Dosen noch schwere, selbst tödtlich ausgehende Vergiftungserscheinungen (komatöse Zustände mit starker Herabsetzung des Kreislaufs, der Temperatur und der Respiration) auftreten, gegen die man das heroische Mittel eines Aderlasses an der Vena jugularis externa empfohlen hat. Endlich ist noch die Gefahr der Gewöhnung an das Morphinum und der Morphinismus mit seinen üblen Folgen für das physische und psychische Wohl zu berücksichtigen. Trotzdem ist das Morphinum sowol für die methodische Behandlung chronisch-melancholischer, besonders ängstlicher Zustände mit Parästhesien, Schmerzen u. dergl., dann aber auch für die gelegentliche rasche Koupirung von Aufregungen zorniger Maniaci, reizbarer Verrückter, Hysterischer (0,015—0,02 gr) ein äusserst werthvolles Mittel. Es darf indessen nicht unerwähnt bleiben, dass bisweilen, namentlich bei Hysterischen, der

\*) Wolff, Archiv f. Psychiatrie II, p. 601.  
Kraepelin, Comp. d. Psychiatrie.

psychische Eindruck der Injektion genau dieselben Dienste leistet, wie das Medikament. Ich kenne einen Fall, in dem die exquisit beruhigende Wirkung der Morphintherapie in gleicher Weise fortdauerte, als die Injektionsflüssigkeit ohne Wissen der Kranken unter allmählicher Verdünnung seit Monaten durch destillirtes Wasser ersetzt worden war. Jeder Versuch, die Kur abzubrechen, rief dagegen sofort Ausbrüche von intensiver ängstlicher Erregung mit impulsivem Selbstmorddrange hervor. Der Effekt der Behandlung blieb sogar derselbe, als schliesslich statt der Einspritzungen das angebliche Medikament von der Kranken zu den bestimmten Tageszeiten innerlich genommen wurde.

In die Gruppe der Alkaloide gehört ferner das Hyoscyamin\*), welches in neuester Zeit in die psychiatrische Praxis eingeführt wurde. Die hier in Betracht kommenden Wirkungen sind hauptsächlich die Erzeugung einer allgemeinen Mattigkeit und Abgeschlagenheit mit fortschreitender motorischer Unsicherheit und entschiedenem Ruhebedürfnisse, bisweilen mehrstündiger Schlaf. Die Ursache dieser Erscheinungen wird namentlich in der Beeinflussung des Gefässsystems gesucht (Steigerung der Pulsfrequenz; Herabsetzung des Gefässstonus). Der Erfolg des Hyoscyamin ist nicht ganz sicher, vielleicht von dem Zustande der Kreislauforgane abhängig; bisweilen erzeugt es sogar geradezu hallucinatorische, deliriöse Aufregungen. Als unangenehme, möglicherweise zum Theil von Verunreinigungen des Präparates abhängige Nebenerscheinungen sind gelegentliche Kollapse, dann aber namentlich ein nachhaltiges Sinken der allgemeinen Ernährung zu beachten. Empfohlen ist das Mittel besonders bei triebartigen, nicht eigentlich psychisch motivirten Aufregungen, vor Allem bei Paralytikern, auch bei Epilepsie. Die Anwendung geschieht subkutan, 0,005 bis 0,03 gr, 2—3mal täglich; zeitweiliges Aussetzen des Mittels ist rathsam. Kontraindikationen sind Erkrankungen der Cirkulationsorgane und grosse körperliche Schwäche.

Ueber das Haschisch liegen bisher nur wenige ver-

---

\*) Mendel, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie XXXVI, 3; Reinhard, Archiv f. Psychiatrie XI, 2.

werthbare Erfahrungen vor, ein Umstand, der seinen Grund hauptsächlich in der Unsicherheit und Verschiedenheit der zugänglichen Präparate haben dürfte. Dasselbe gilt von der Coca; es ist nicht unwahrscheinlich, dass beide Mittel späterhin eine ausgedehntere Verwendung in der psychiatrischen Therapie finden werden.

*Indic.* Als Hypnoticum hat eine grosse Wichtigkeit das Chloralhydrat\*) erlangt. Es ist kein schmerzstillendes Mittel, wie das Morphinum, aber es führt mit grosser Sicherheit in Gaben von 2—3 gr, meist ohne erhebliche Nachwehen, einen länger dauernden ruhigen Schlaf herbei; bisweilen empfiehlt sich noch mehr die Verbindung mit einer Morphinumdosis (0,01 gr). Wegen seiner ätzenden Eigenschaften und seines unangenehmen Geschmackes giebt man es in stark verdünnter Lösung, vortheilhaft in einem schleimigen Vehikel. Als Korrigentien sind am meisten Aqua Menthae piperitae, Syrupus Liquiritiae und corticum aurantii in Gebrauch. Zur subkutanen Anwendung eignet sich das Mittel nicht (Gefahr von Abscessen), wol aber zur Einbringung im Klystier. Seine Indikation findet es bei hartnäckiger Schlaflosigkeit in den verschiedensten Formen des Irreseins. Der Erfolg ist hier in der Regel ein überaus prompter; nach und nach pflegt sich jedoch eine wachsende Indolenz gegen das Hypnoticum einzustellen, die zur Darreichung höherer Gaben verführt. Nach dieser Richtung hin ist indessen grosse Vorsicht geboten, da längere Zeit fortgesetzter Gebrauch des Chloralhydrats Verdauungsstörungen und verschiedenartige angioparalytische Erscheinungen nach sich ziehen kann. Das häufigste Symptom der chronischen Chloralvergiftung ist der sog. „Rash“, eine namentlich bei gelegentlichem Alkoholgenuß auftretende fliegende Röthe und Hitze mit starker Pulsation, besonders am Kopfe und Halse; ferner hat man Hautausschläge, Neigung zu Oedemen und Dekubitus, endlich Zustände von dauernder stupider Benommenheit in Folge des Chloralmissbrauchs beobachtet,

\*) Schüle, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie XXVIII, 1; Archiv f. Psychiatrie V, p. 271; Arndt, Archiv f. Psychiatrie III, p. 673.

die erst nach dem Aussetzen des Mittels langsam wieder schwinden. Gefährlich und darum gänzlich zu vermeiden ist die Anwendung des Chloralhydrats bei Herz- und Gefässerkrankungen (Fettherz, Myokarditis, Klappenfehler, Atherom u. s. f.); schon nach 5 gr wurden plötzliche Todesfälle gesehen.

An Stelle des Chloralhydrats ist in neuester Zeit von Morselli\*) warm das Paraldehyd empfohlen worden. Dieses Mittel soll ebenfalls in Gaben von 3, höchstens 4—5 gr binnen kurzer Zeit einen längeren, ruhigen Schlaf ohne üble Nachwirkungen erzeugen. Die besten Dienste leistete es in maniakalischen Aufregungszuständen, in Melancholien, bei aufgeregtem Schwachsinn, bei Paralytischen und Hysterischen, während es bei Verrückten (Hallucinanten) öfters versagte. Besonders werthvoll wäre das Paraldehyd, wenn es sich bewahrheiten sollte, dass die Anwendung desselben nicht durch Krankheiten der Kreislaufs- und Athmungsorgane ausgeschlossen wird, dass es somit die Vortheile des Chloralhydrats ohne dessen Gefahren besitzt.

Bei sehr intensiven, allen andern Mitteln widerstehenden Aufregungszuständen, die aus irgend einem Grunde (chirurgische Verletzungen, Nothwendigkeit einer kleinen Operation u. dergl.) rasches Eingreifen verlangen, wird auch das Chloroform bisweilen in Anwendung gezogen. Sehr schwächliche, nervöse Personen, Hysterische, Trinker sind davon ausgeschlossen, weil bei ihnen der Zweck einer Beruhigung nicht erreicht zu werden pflegt und die Narkose nicht selten grosse Gefahren über sie heraufführt. Neuerdings ist von Berger in psychischen Exaltationszuständen die systematische Inhalation von Bromäthyl\*\*) (täglich 5—10 gr) empfohlen worden; der Betäubung soll eine dauernde Beruhigung folgen.

Auch das Amylnitrit hat man, vorerst mit geringem Erfolge, wegen seiner auffallenden Wirkungen auf das Gefäßgebiet des Kopfes, in die psychiatrische Therapie ein-

\*) Morselli, gazetta degli ospitali 1883, 4, 5, 6; Referat im Neurolog. Centralblatt II, 9.

\*\*) Berger, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie XXXIX, p. 804.

zuführen versucht. Theoretisch würde es passen in jenen Zuständen, die auf Gefässkrampf beruhen. Aus experimentellen Untersuchungen ergibt sich, dass die Beeinflussung der psychischen Vorgänge keine so ganz einfache und dass sie wahrscheinlich nur eine sehr vorübergehende ist. Das Mittel hat bisher die gehegten Erwartungen nicht gerechtfertigt.

Ein weiteres, recht wichtiges Medikament ist das Bromkalium, welches hauptsächlich die Reflexerregbarkeit herabzusetzen scheint und auf dem Gebiete der epileptischen Psychosen, sowie der „Nervosität“ sehr werthvolle Dienste leistet. Bei der Epilepsie wirkt es allerdings in der Mehrzahl der Fälle nur symptomatisch, indem es die Zahl und Intensität der Anfälle während der Dauer seiner Anwendung verringert; mit dem Aussetzen des Mittels pflegt die Krankheit in der früheren Heftigkeit, bisweilen sogar in verstärktem Maasse wieder hervorzutreten. Ausgezeichnet wirkt das Mittel bei einfacher nervöser Ueberreiztheit mit Schlaflosigkeit; die Herabsetzung der centralen Erregbarkeit genügt hier oft, um eine dauernde Beruhigung und Erholung zu Stande kommen zu lassen. Man giebt das Bromkalium in methodischer Kur steigend zu 5—15 gr pro die, oder als Schlafmittel in einmaliger voller Dosis. Grössere Gaben können bei längerer Anwendung schwere Cerebralerscheinungen hervorrufen (Abnahme des Gedächtnisses, Unsicherheit der Beine, Apathie); aber auch der Gebrauch kleinerer Dosen darf höchstens einige Monate lang ohne die Gefahr von Verdauungsstörungen und fortschreitender Abmagerung fortgesetzt werden. Das Auftreten von Akneknötchen und Furunkeln, sowie starker foetor ex ore giebt das Zeichen zur Unterbrechung. Neuerdings ist die wurfweise Anwendung des Bromkalium (mehrmals täglich 3—6 gr) und ebenso die subkutane Injektion von erwärmter Chininlösung (Chinin. muriat. 2,0, Glycerini, Aquae destill.  $\bar{a}\bar{a}$  5,0) bis zu 0,8 gr des Mittels zur Koupirung von „Anfällen“ chronischer Geisteskranker (Aufregungen) empfohlen worden. Von Wichtigkeit ist dabei natürlich das rechtzeitige Erkennen der Vorboten und rasches Eingreifen.

Endlich soll noch erwähnt werden, dass der Digitalis, namentlich in Verbindung mit Opium oder Morphinum, nicht selten dort eine beruhigende Wirkung zukommt, wo Aufregungszustände mit unregelmässigem, frequentem Pulse und Herzschwäche einhergehen (Herzfehler, alte Perikarditis u. s. f.).

Fast gänzlich aus der psychiatrischen Therapie verbannt sind die früher viel geübten Blutentziehungen, namentlich die allgemeinen, seitdem man erkannt hat, dass psychische Störungen nicht durch „Plethora“, sondern im Gegentheil häufig genug durch anämische und ischämische Zustände des Gehirns bedingt werden. Wo starke Kongestionen oder Entzündungssymptome eine Entlastung des Schädelinhaltes nothwendig erscheinen lassen, kommen einige Blutegel an den Processus mastoidei oder an der Nasenscheidewand in Anwendung. Meist wird man indessen auch hier mit der Kälte (Eisbeutel) auskommen. Ebenso sind auch die einst sehr beliebten ableitenden Mittel (Blasenpflaster, Unguentum tartari stibiati, Drastica) fast völlig obsolet geworden.

**Physikalische Heilmethoden.** Unter den physikalischen Heilmethoden, die in die irrenärztliche Praxis Eingang gefunden haben, steht oben an die Hydrotherapie, insonderheit die Anwendung der Bäder. Zwar sind die barbarischen Douchen und die kalten Sturzbäder, wie sie früher als „revulsive“ Mittel beliebt waren, lange ausser Gebrauch gekommen, aber der grosse Werth warmer und lauer, besonders verlängerter, einige (3—4) Stunden dauernder Bäder für die Behandlung von Aufregungszuständen ist unzweifelhaft. Natürlich wirken sie nur dann beruhigend, wenn die Kranken freiwillig darin bleiben; alles Festhalten durch Wärter, verschliessende Deckel u. s. f. pflegt die Erregung nur zu steigern, besonders bei ängstlichen Patienten. Man kann die verlängerten lauen, stets auf gleicher Temperatur (32—34° C.) erhaltenen Bäder auch täglich zweimal anwenden; gegen Abend haben sie häufig eine günstige schlafmachende Wirkung. Wo kongestive Erscheinungen Seitens des Kopfes vorliegen, verbindet man sie mit gleichzeitiger kalter Berieselung

desselben oder Eisumschlägen. Bei sehr schwächlichen Kranken werden die Vollbäder zweckmässig und mit gleichem Erfolge ersetzt durch hydropathische Einwicklungen des ganzen Körpers. Sanfte Regendouchen, kalte Abreibungen empfehlen sich für nervöse und hysterische Kranke, besonders auch Onanisten, bei denen noch kalte Sitzbäder hinzugefügt werden. Von den medikamentösen Bädern sind hauptsächlich nur mehr die Senffussbäder in Gebrauch, die bei Neigung zu Kopfkongestionen bisweilen einen schlafmachenden Einfluss auszuüben im Stande sind.

Verhältnissmässig beschränkte Anwendung hat bisher die Elektrotherapie\*) in der Behandlung der Geisteskrankheiten gefunden. Die vorliegenden Erfahrungen sind daher noch sehr lückenhaft und kaum zur Aufstellung allgemeiner Grundsätze geeignet. Der faradische Strom scheint vorzugsweise als Erregungsmittel zu wirken. Dem gegenüber erwartet man von der Galvanisation des Rückenmarks, des Sympathicus, des Gehirns (schwache Ströme, kurze Sitzungen, grosse Elektroden, Leitung längs oder schräg durch den Kopf) namentlich eine „katalytische“ Einwirkung auf die feineren molekularen Vorgänge und einen Einfluss auf das Gefässsystem. Man hat daher vorgeschlagen, bei Zuständen mit erhöhter nervöser Reizbarkeit, Gefässkrampf und dergleichen die Anode (absteigende Ströme), bei bestehenden Lähmungserscheinungen, Stauungen, Oedemen dagegen die Kathode (aufsteigende Ströme) auf das centrale Nervensystem einwirken zu lassen. Dass beide Elektroden auch hier einen differenten Einfluss ausüben können, geht aus einzelnen Beobachtungsthatsachen hervor.

Im Allgemeinen werden es natürlich vorzugsweise die frischen, noch nicht sehr ausgebildeten und namentlich die mit nervösen Beschwerden einhergehenden Fälle sein, in denen man von der elektrischen Behandlung Erfolg hoffen

\*) Arndt, Archiv f. Psychiatrie II; Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie XXVIII, XXXIV; Erb, Elektrotherapie II, p. 339, 1882; Tigges, Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie XL.

darf. Hier mag es bisweilen gelingen, durch Beseitigung peripherer Reizmomente, durch Herabsetzung der Erregbarkeit und durch Beeinflussung der Cirkulation die drohende psychische Erkrankung schon in ihrem Beginne zu koupiren. Bei tieferen, anatomisch greifbaren Störungen, wie namentlich bei der Paralyse, ist höchstens auf eine ganz vorübergehende Wirkung zu rechnen, doch hat man auch hier Rückenmark und Sympathicus mit aufsteigenden Strömen behandelt. Stuporöse und schwer melancholische Formen mit Apathie, vielleicht auch manche Fälle akuten Schwachsinn in späteren Stadien scheinen unter Umständen durch methodische Faradisation günstig beeinflusst zu werden; es empfiehlt sich die Anwendung stärkerer Ströme an verschiedenen Stellen der Körperoberfläche oder die allgemeine Faradisation. Galvanisation und Faradisation des Kopfes (elektrische Hand) können wegen ihrer hypnotischen Wirkung auch zur Bekämpfung der Schlaflosigkeit gelegentlich in Anwendung gezogen werden. Jedenfalls bedarf die Elektrotherapie der Psychosen noch gründlicher theoretischer und praktischer Durcharbeitung.

**Diätetische Maassregeln.** Zwar von langsamerer und weniger durchgreifender, aber darum nicht weniger werthvoller Wirkung, als die aufgeführten Arzneien und Heilmethoden, sind jene allgemeinen diätetischen Maassregeln, die keiner besonderen therapeutischen Indikation dienen, sondern die Befriedigung der täglichen allgemeinen Lebensbedürfnisse zum Ziele haben. Obenan steht die Sorge für eine passende Ernährung. Jeder Geisteskranke, auch der anscheinend „Vollblütige“, bedarf einer regelmässigen, gut bemessenen Zufuhr kräftiger Nahrungsmittel, durch welche nicht selten schon ganz allein, ohne jede weitere Behandlung, die Genesung herbeigeführt wird. Durchaus in den Vordergrund tritt diese Rücksicht, wo schwächende Momente, Puerperium, Blutverluste, akute Krankheiten, der Psychose vorausgegangen sind, und wo die Körperwage wie die somatische Untersuchung eine gesunkene Ernährung, Anämie, Schwäche, Abmagerung erkennen lässt. Namentlich ist es von Wichtigkeit, schon im Anfange der Erkrankung, wo der Patient, von lebhaften Affekten beherrscht

und ohne Appetit, die Nahrungsaufnahme vernachlässigt, auf ein regelmässiges Einhalten der Mahlzeiten zu achten und jeder beginnenden Verdauungsstörung sogleich entgegenzuarbeiten.

Diese Sorge erstreckt sich oft in gleicher Weise über den ganzen Verlauf der Krankheit fort, wo der Melancholiker durch seine depressiven Affekte, der Maniakalische durch seine Ideenflucht vollständig daran verhindert wird, an das Nahrungsbedürfniss zu denken und sich selbst um die Befriedigung desselben zu kümmern. Geduldiges, häufig wiederholtes Anbieten des Essens, wenn auch immer nur kleine Mengen desselben genommen werden, führt hier meist zum Ziele. Stets muss die Kost leicht verdaulich und, namentlich in schwierigeren Fällen, möglichst nahrhaft sein, um durch die Qualität die Unmöglichkeit einer quantitativ reichlicheren Zufuhr zu korrigiren. Die so überaus häufige Obstipation bekämpft man nur durch ganz milde Mittel, namentlich durch Klystiere oder Eingiessungen, Podophyllin, Ricinusöl, Tinctura Rhei u. ähnl. Unterstützt werden diese Maassregeln durch Regelung der gesammten Lebensweise, reichliche Bewegung in frischer Luft, körperliche, keine psychische Anstrengung erfordernde Beschäftigung, namentlich Gartenarbeit u. dergl.

Allein eine derartige Diätetik ist zumeist erst in der Reconvalescenz, bei sehr leicht Erkrankten oder in ganz chronischen Fällen durchzuführen. Im Beginne der psychischen Störung, bei Aufregungszuständen, muss die Behandlung zunächst nach einer andern Richtung hin vorgehen. Hier handelt es sich vor Allem um Beruhigung. Sehr passend ist daher oftmals die einfache Bettlagerung, wenn es gelingt, den Kranken ohne besondere Schwierigkeiten in derselben zu erhalten. Namentlich anämische und schwächliche Kranke, die durch ängstliches Herumlaufen ihre Kräfte zu erschöpfen drohen, zeigen in der Regel in der dauernden Ruhelage eine beträchtliche Besserung.

Von energischerer Wirkung, aber mit Vorsicht zu handhaben, ist das Beruhigungsmittel der Isolirung, der völligen Abschliessung von der Umgebung, das man in geeigneten Fällen (nicht bei Hallucinanten oder sehr ängstlichen

Kranken!) mit Verdunklung des Aufenthaltsraumes verbinden kann. Drei Voraussetzungen sind es, welche die Isolirung bei aufgeregten Kranken angezeigt erscheinen lassen, einmal grosse Reizbarkeit, welche eine stete Steigerung der Erregung durch die Eindrücke der Umgebung bedingt und am besten durch möglichste Ruhe bekämpft wird, ferner sehr störende direktionslose Agitation, die den Kranken leicht in die Gefahr der Beschädigung bringt, endlich Neigung zu Gewaltthaten und Zerstörung. In allen diesen Fällen darf indessen die Isolirung nicht länger dauern, als sie dringend nothwendig ist, da sie sonst entschieden schädlich wirkt, die Verblödung der Kranken und das Einwurzeln von üblen Angewohnheiten, namentlich Unreinlichkeit, Onanie, Zerreißen begünstigt. Mit unermüdlicher Geduld müssen daher immer und immer wieder Versuche gemacht werden, dem unvermeidlichen Uebel der Isolirung sobald wie möglich ein Ende zu bereiten. Nächtliche Isolirung sehr störender und gefährlicher Kranker ist dagegen, sobald dieselben nicht gebrechlich oder selbstmordsüchtig sind, eine sehr zweckmässige und empfehlenswerthe Maassregel.

In dem Heilapparat der älteren Anstalten spielte zur Unschädlichmachung der Kranken und als symptomatische Behandlungsmethode der Aufregung eine grosse Rolle die mechanische Beschränkung durch die Zwangsjacke, Zwangsstühle, Zwangsbetten u. s. f., alles Vorrichtungen, welche dazu dienten, den Kranken an dem freien Gebrauche seiner Glieder zu hindern und ihn in einer bestimmten Lage zu fixiren. Es ist namentlich das Verdienst des Engländers Conolly, auf die Unzweckmässigkeit, ja Gefährlichkeit dieser Zwangsmaassregeln mit aller Energie hingewiesen zu haben. Sie steigern die Unruhe und Aufregung des Kranken, der sich abmüht, sich frei zu machen; sie erbittern ihn gegen seine Aerzte und Pfleger, die meist erst nach hartem Kampfe die verhasste Beschränkung durchzuführen vermögen, und sie verderben das Pflegepersonal, welches im Vertrauen auf die brutale Gewalt kein Interesse daran hat, selbst engere Fühlung mit den Kranken zu gewinnen und dieselben nicht sowol durch die Furcht, als vielmehr

durch die kleinen Kunstgriffe des hülfsbereiten Wohlwollens und der Humanität beherrschen zu lernen. Aus diesem Grunde spielt das „*Restraint*“, die mechanische Beschränkung, zwar in schlecht eingerichteten Krankenhäusern und in privaten Verhältnissen, zumal bei der weit verbreiteten übertriebenen Angst vor Geisteskranken, leider noch eine gewisse Rolle; das mustergültige Anstaltsleben kennt sie so gut wie gar nicht mehr. Nur dort, wo die pedantische Durchführung des *No-restraint-Systems* ein grösseres Uebel bedeuten würde, als die Beschränkung selbst, wo z. B. das Leben des Kranken in Gefahr schwebt, wie bei schweren chirurgischen Erkrankungen, kann die humane und ärztliche Berechtigung der Zwangsmittel nicht zweifelhaft sein.

Die Zwangsjacke ist eine vorn geschlossene, hinten offene Jacke von starkem Segeltuch mit langen Aermeln ohne Oeffnungen, mit Hülfe deren die Arme über der Brust gekreuzt festgehalten werden können. Bei sehr fester Applikation und langem Liegen derselben entstehen leicht Hautabschürfungen und Druckbrand an den exponirten Stellen; sie muss daher öfters gelockert und womöglich täglich einige Stunden abgelegt werden. Kein mechanisch beschränkter Kranker darf ohne beständige Aufsicht gelassen werden; es kommt vor, dass derselbe sich selbst befreit oder gar strangulirt.

### C. Psychische Behandlung.

Besonders der Kampf um die Anwendbarkeit der mechanischen Beschränkung ist es gewesen, der die Ausbildung einer systematischen psychischen Behandlung der Geisteskranken angebahnt hat. Je weniger Arzt und Pflegepersonal gegenüber den Aufregungszuständen ihre Zuflucht zur nackten Gewalt nehmen konnten, desto mehr mussten sie darauf bedacht sein, sich durch das Mittel der psychischen Einwirkung die Macht über ihre Pflegebefohlenen zu verschaffen. Die Aufgaben dieser Richtung der Therapie sind es, einerseits die Krankheitserscheinungen zurückzudrängen, andererseits die gesunden Vorstellungen

und Gefühle zu kräftigen und ihnen schliesslich zum Siege über die krankhaften Störungen zu verhelfen. Es liegt auf der Hand, dass sich für die Lösung dieser Aufgaben bei der Mannigfaltigkeit der psychischen Individualitäten, welche das Objekt des irrenärztlichen Handelns bilden, detaillirte Vorschriften nicht geben lassen, sondern dass jenes Ziel in jedem Falle wieder auf anderem Wege erreicht werden muss, dessen Auffindung und geschickte Verfolgung im Einzelnen der Einsicht und Erfahrung des Arztes überlassen bleibt.

Mit Recht wird daher wegen dieser grossen persönlichen Verantwortlichkeit vom Psychiater noch ein Komplex besonderer geistiger Eigenschaften gefordert: „wohlwollender Sinn, grosse Geduld, Selbstbeherrschung, eine besondere Freiheit von allen Vorurtheilen, ein aus einer reicheren Weltkenntniss geschöpftes Verständniss der Menschen, Gewandtheit der Konversation und eine besondere Neigung zu seinem Beruf, die ihn allein über dessen vielfache Mühen und Anstrengungen hinwegsetzt.“\*) So ausgerüstet wird er im Stande sein, dem Kranken nicht nur ein Arzt, sondern zugleich ein Erzieher und Freund zu werden, nicht nur den körperlichen Grundlagen der Geistesstörung seine Aufmerksamkeit zuzuwenden, sondern durch die Macht seiner Persönlichkeit verständnissvoll auch die krankhaften psychischen Erscheinungen selbst zu bekämpfen. Wirkt schon bei körperlichen Erkrankungen der Arzt häufig genug ebenso sehr durch seine persönlichen Eigenschaften, wie durch das Medikament, so erweitert sich hier das Feld der psychischen Behandlung selbstverständlich in ganz ausserordentlichem Maasse.

In der ersten Periode der geistigen Erkrankung ist die Aufgabe der psychischen Therapie wesentlich eine negative, auf die Abhaltung aller aufregenden Momente gerichtete. Die Erfahrung hat gezeigt, dass es durchaus verkehrt ist, hier die krankhaften Stimmungen und Vorstellungen direkt beseitigen zu wollen. Der Melan-

---

\*) Griesinger, Pathol. u. Therapie der psych. Krankheiten, 4. Aufl., p. 533.

choliker, den man auf Bällen und Concerten, auf Reisen oder in lustiger Gesellschaft aufzuheitern versucht, wird nur desto schmerzlicher und peinvoller von allen äusseren Eindrücken berührt; die Bemühungen, aufsteigende Wahnideen dialektisch zu widerlegen, pflegen nur Misstrauen und Erbitterung, sowie ein um so eigensinnigeres Festhalten und eine absurdere Gestaltung der falschen Vorstellungen herbeizuführen. Nur dann, wenn keine lebhaften Affekte den Stimmungshintergrund bewegen, kann eine ruhige Auseinandersetzung bisweilen der schwankenden Kritik wieder einen festeren Halt geben. Im Allgemeinen jedoch ist es bei frischer Erkrankung dringend geboten, den Patienten zur Ruhe kommen zu lassen und ihn weder durch Widerspruch oder gar durch Spott zu reizen, noch seinen krankhaften Ideen und Gefühlen durch scheinbare Zustimmung oder näheres Eingehen auf dieselben neue Nahrung zu geben. Man sage ihm offen, dass man ihn als krank betrachtet und behandle ihn mit gleichmässiger freundlicher Geduld und ruhigem Wohlwollen, ohne in ihn zu dringen oder sein Vertrauen erzwingen zu wollen.

Entschieden verwerflich ist es, den Kranken in welcher Absicht immer zu täuschen, um ihn zu irgendwelchen nothwendigen Maassregeln zu bewegen (Einnehmen von Arzneien, Verbringung in die Anstalt), zu denen man seine Zustimmung nicht erreichen zu können glaubt. Solche Vorspiegelungen entspringen meist aus der ganz ungerechtfertigten Scheu, dem Patienten selbst zu erklären, dass er krank ist und als solcher behandelt werden soll. Eine ruhige, freundliche, aber feste Erklärung erreicht hier in der Regel weit mehr, als die List.

Erst dann, wenn bereits eine gewisse Beruhigung stattgefunden hat, deren Eintritt namentlich durch Versetzung in eine Irrenanstalt und durch die Hilfsmittel derselben begünstigt wird, ändert sich die Aufgabe der psychischen Behandlung dahin, dass sie eine Ablenkung des Kranken zu erstreben hat. So lange die Aufmerksamkeit desselben zwangsweise durch die Störung selbst in Anspruch genommen wird und nur für krankhafte Affekte und Vorstellungen im Bewusstseinsinhalt Raum gegeben ist, bleiben

derartige Versuche resultatlos und können sogar durch die Erregung, in die sie den Kranken versetzen, geradezu schädlich wirken. Allmählich indessen tauchen auch die früheren gesunden Gefühle und Ideenkreise wieder hervor, und es gilt daher, ihnen nach und nach das Uebergewicht über den pathologisch veränderten Bewusstseinsinhalt zu verschaffen. Je nach der Individualität des Kranken gestalten sich dabei die Hilfsmittel und die Richtung der therapeutischen Bestrebungen natürlich äusserst verschieden.

Vor Allen handelt es sich um die Auswahl einer passenden, wol anregenden, aber nicht anstrengenden Beschäftigung, da sie am meisten geeignet ist, die Gedanken des Kranken von den Zuständen des eigenen Innern abzuziehen und ihm das Interesse für die Aussenwelt, für die gewohnte Thätigkeit wiederzugewinnen. Unterhaltende Lektüre, die Lösung leichter geistiger Aufgaben, Spiele aller Art, Musikübungen, andererseits körperliche Arbeit, die sich den früheren Beschäftigungen möglichst anpasst, Handwerkerei, Garten- und Feldarbeit, Leibesübungen, bei Weibern Nähen, Waschen, Kochen u. dergl. in mannigfachster Variation, dienen in gleicher Weise der Erfüllung des Behandlungszweckes. Damit können sich weiterhin Zerstreungen, Besuche, Spaziergänge, kleine Festlichkeiten in vortheilhafter Weise verbinden.

Nun ist auch der Zeitpunkt gekommen, an dem man ausser diesen indirekten Mitteln der psychischen Ablenkung auch den Versuch machen kann, durch direkte Einwirkung das Zurücktreten der krankhaften Störungen zu beschleunigen und die gesunden Elemente zu unterstützen. Allerdings wird man auch jetzt durch logische Ueberredungskünste kaum mehr erreichen, als durch das Leuret'sche „Intimidations-System“, welches jede krankhafte Aeusserung durch die Douche zu unterdrücken und so die Psychose zu heilen suchte. Wo die Fähigkeit einer gesunden Kritik durch die Krankheit dauernd oder vorübergehend aufgehoben ist, wird natürlich selbst die demonstratio ad oculos machtlos, da sie ja eben an die Kritik appellirt. Allein es giebt Kranke, denen es in dieser Zeit ein Bedürfniss und eine Beruhigung ist, sich immer und

immer wieder vom Arzte die pathologische Natur ihrer Ideen und Gefühle versichern zu lassen. Da gilt es denn, diesen schwachen Gemüthern den begonnenen Kampf mit der Krankheit zu erleichtern, die Energielosen durch die Aussicht auf kleine Belohnungen zur Arbeit anzuregen und durch pädagogische Maassregeln den Aufgeregten die Selbstbeherrschung zu erleichtern. Geduld, liebevolles Eingehen auf die einzelne Persönlichkeit, Nachgiebigkeit ohne Schwäche auf der einen, gleichmässige Energie und Festigkeit ohne Starrheit auf der andern Seite geben hier die leitenden Gesichtspunkte für die ärztliche Thätigkeit ab.

Die Gesamtheit aller körperlichen und psychischen Heilmittel findet sich zu einheitlichem Zusammenwirken vereinigt in dem Organismus der Irrenanstalt. Die Irrenanstalt in ihrer heutigen Einrichtung ist eine Errungenschaft der Neuzeit. Erst im Jahre 1793 nahm Pinel im Bicêtre den dort verwahrten Kranken die Ketten ab, in welche sie Rohheit und Unkenntniss so lange geschmiedet hatte. Noch in den ersten Decennien dieses Jahrhunderts wurden die Irren in manchen Anstalten mit Hunger und Peitschenhieben gemisshandelt. Der Aufschwung unserer Wissenschaft brachte hier eine mächtige Umwälzung zu Stande und liess an Stelle der Detentionshäuser, in denen die Kranken mit Verbrechern und Vagabunden zusammen eingesperrt waren, Heilanstalten erstehen, welche auch den unglücklichen Irren die Wohlthaten einer ärztlichen, auf die Beseitigung ihres Leidens gerichteten Behandlung zu vermitteln bestimmt waren.

Diese Aufgabe erfüllt die Anstalt, indem sie zunächst den Kranken mit einem Schlage der Einwirkung jener täglichen Reize entzieht, wie sie nur allzuoft in seinem Berufsleben, in der Sorge für die Existenz, in der verfehlten und verständnißlosen Behandlung Seitens der Angehörigen und Freunde, ja in dem Spotte und den Neckereien einer rohen Umgebung auf ihn einstürmen. Er findet sich wieder in einem geordneten, vom Geiste der Humanität und des Wohlwollens durchdrungenen Organismus, in dem er theilnehmendes Verständniss für seinen Zustand, liebevolle Fürsorge für seine Bedürfnisse und vor allen Dingen

Ruhe findet. Sehr häufig ist daher auch eine sofortige Beruhigung der rasche Erfolg einer Versetzung in die Anstalt.

Leider verhindern auch heute die immer noch im Publikum und selbst bei Aerzten bestehenden Vorurtheile gegen die Anstalt die rechtzeitige Durchführung dieser segensreichen Maassregel. Die Erfahrung hat auf das Unzweifelhafteste erwiesen, dass die Prognose der Geistesstörungen sich um so günstiger gestaltet, je früher die Verbringung in ein geeignetes Asyl geschieht. Nur bei ganz leichten Formen psychischer Verstimmung oder chronischen Schwächezuständen u. dergl., und wenn die häuslichen Verhältnisse eine sehr gute Ueberwachung und Pflege gestatten, ist es gerathen, von der Anstaltsbehandlung abzusehen. In allen schweren Zuständen jedoch, und ganz unbedingt dann, wenn in der Umgebung des Kranken selbst schädliche Momente gelegen sind, oder wenn sich Selbstmordideen, Nahrungsverweigerung, stärkere Aufregung, Unreinlichkeit, Neigung zu Gewaltthätigkeiten einstellen, ist die schleunigste Versetzung aus der Familie in die Irrenanstalt geboten. Gewarnt muss namentlich werden vor den vielfachen unverständigen Versuchen, die heranahende Psychose durch „Zerstreuungen“, anstrengende Reisen, Entziehungs- und Kaltwasserkuren abschneiden zu wollen, bevor man sich zu dem einzig richtigen, lange perhorrescirten Schritte der Verbringung in das Asyl entschliesst. Die beste Zeit zum rationellen ärztlichen Handeln ist dadurch verloren gegangen, die krankhafte Reizbarkeit zu immer grösserer Höhe und vielleicht zur völligen unheilbaren Erschöpfung gesteigert worden, so dass der Kranke nach allen den missglückten Versuchen schliesslich schon als geistige Ruine in die Hände des Irrenarztes gelangt. Trotzdem der Schwerpunkt der Behandlung Geisteskranker in der Irrenanstalt gelegen ist, bleibt es daher eine überaus wichtige Aufgabe des Hausarztes, rechtzeitig die Entwicklung der Störung zu erkennen und ohne viel Zeitverlust mit nutzlosem und häufig schädlichem Experimentiren die Versetzung des Kranken in die für ihn geeignete Umgebung zu veranlassen. Von besonderem Werthe wird es dabei sein,

wenn er durch eine sachverständige Krankengeschichte dem Spezialisten Aufschlüsse über den Beginn und bisherigen Verlauf des Leidens zu geben vermag, da ja die Aussagen des Kranken und häufig auch der Angehörigen über diesen Punkt nicht selten recht wenig zuverlässig sind.

Die Ueberführung des Kranken in die Anstalt, über deren Formalitäten die Bestimmungen verschiedener Länder vielfach von einander abweichen, soll niemals mit List geschehen, da ein derartiger Betrug denselben von vornherein mit Misstrauen gegen seine neue Umgebung erfüllt und jenes offene vertrauensvolle Entgegenkommen hindert, welches für die psychische Einwirkung unerlässliche Vorbedingung ist. Weitaus am zweckmässigsten ist es, dem Patienten ruhig die Nothwendigkeit der Anstaltsbehandlung auseinanderzusetzen und in äusserst seltenen Nothfällen lieber zur zwangsweisen Verbringung zu schreiten. Meist genügt schon der blosser Hinweis auf das unabweisliche Bestehen einer solchen Maassregel. Beim schwierigen Transporte sich selbst oder Andern gefährlicher oder sehr widerstrebender Kranker ist die vorübergehende Anwendung leichter mechanischer Beschränkung der Sicherheit wegen gestattet.

Auch für die Behandlung des weiteren Verlaufes der psychischen Störung besitzt die Anstalt alle Hilfsmittel, welche irgendwie auf eine günstige Gestaltung desselben hinzuwirken im Stande sind. Dahin gehört ausser den spezialistisch ausgebildeten Aerzten ein wohlgeschultes, auf den Umgang mit Geisteskranken besonders eingeübtes, gut disciplinirtes Pflegepersonal, eine grössere Zahl verschiedener ausgestatteter Abtheilungen für die einzelnen socialen und pathologischen Gruppen der Kranken (Unruhige, Halb ruhige, Ruhige, Gebrechliche, Ueberwachungsbedürftige u. s. f.) und die verschiedenen Attribute sonstiger Krankenhäuser, ferner aber die Gelegenheit zu mannigfacher Beschäftigung, Spiel- und Gesellschaftsräume, Bibliothek, Werkstätten, Gärten, Ländereien. Je mehr die Anstalt mit chronischer verlaufenden Formen der Geistesstörungen zu rechnen hat, desto mehr wird sie in ihren Einrichtungen auf die Beschäftigung und Ablenkung ihrer Kranken Bedacht nehmen

müssen, während die Abtheilungen für akut Erkrankte sich kaum wesentlich von denjenigen gewöhnlicher Hospitäler zu unterscheiden brauchen.

Aus diesen Erfahrungen hat sich in der neueren Zeit das sog. koloniale System der Anstaltsverpflegung herausentwickelt, welches so weit, wie irgend möglich, die Kranken zu einer freien Beschäftigung mit ländlichen Arbeiten heranzuziehen sucht. Den ersten in grösserem Maassstabe durchgeführten und zur Nachahmung auffordernden Versuch einer derartigen Anstalt repräsentirt das Rittergut Alt-Scherbitz in der Provinz Sachsen, welches gänzlich durch geistesranke Arbeiter bewirthschaftet wird. Selbstverständlich ist hier zur Behandlung der frischen Fälle und der vorübergehenden Aufregungszustände noch eine kleinere Centralanstalt mit den für diese Zwecke geeigneten Einrichtungen nothwendig. Werthvoll vor Allem ist das koloniale System für die Unterbringung jener zahlreichen psychischen Invaliden, denen die Krankheit die Möglichkeit einer selbständigen Lebensführung genommen hat. Sie können durch die stete Anregung, welche die Arbeit giebt, lange Jahre hindurch in einem Zustande leidlichen Wohlbefindens erhalten werden, während sie ohne dieselbe vielleicht rettungslos einer raschen Verblödung anheimgefallen wären.

#### D. Behandlung einzelner Symptome.

Ein Rückblick auf die ganze Reihe der therapeutischen Hilfsmittel so verschiedener Art, die dem Irrenarzte zu Gebote stehen, lässt leicht erkennen, dass die Richtung seiner Behandlung im Wesentlichen eine symptomatische ist, wie das ja bei der ungenügenden Ausbildung unserer ätiologischen Kenntnisse und den Schwierigkeiten, die Ursachen, selbst wo wir sie kennen, zu beseitigen, kaum anders erwartet werden darf. Nur in den wenigen Fällen, in denen als ursächliche Momente Fieber, lokale oder allgemeine Krankheiten, Neuralgien, Magen- und Darmkatarrhe, Nierenleiden, Genitalaffektionen, Syphilis u. s. w. gegeben sind, kann

unter Umständen von einer wirklich kausalen Behandlung die Rede sein, auf deren Einzelheiten wir hier natürlich nicht einzugehen haben. Dagegen ist es von Wichtigkeit, noch die Therapie einzelner bei verschiedenen Formen des Irreseins wiederkehrender Symptome einer kurzen Besprechung zu unterziehen, weil dieselbe häufig eine ganz ausserordentliche praktische Bedeutung in Anspruch nimmt.

Zunächst haben wir dabei der psychischen Erregung zu gedenken, deren spezielle Behandlung namentlich dann nothwendig wird, wenn der Affekt den Schlaf beeinträchtigt oder gänzlich aufhebt und somit eine Erschöpfung des Kranken herbeizuführen droht. Ist es die Angst, welche die Situation beherrscht, so passt vor Allem das Opium und Morphinum, besonders wo Parästhesien, Neuralgien u. dergl. bestehen. Muss bei unruhigen Kranken um jeden Preis Ruhe und Schlaf erzielt werden, so thut das Chloralhydrat, eventuell das Paraldehyd gute Dienste; im äussersten Nothfalle wird man zum Chloroform seine Zuflucht nehmen. Bromkalium eignet sich mehr für „nervöse“ Reizbarkeit und Schlaflosigkeit (namentlich bei Neurasthenischen). Bei sehr dekrepiden Personen sieht man womöglich von einer Medikation überhaupt ab und sucht durch Bettlagerung, hydropathische Einwicklungen (2 bis 3 Stunden), auch durch grössere Gaben Alkohol (schwerer Wein oder 1—2 Liter Bier) eine Beruhigung zu erzielen. Anzeichen hyperämischer Zustände des Gehirns dagegen lassen die Anwendung des Eisbeutels oder kalter Berieselungen, eventuell im lauen, verlängerten Bade, zweckmässig erscheinen. Ist endlich die Erregung hauptsächlich die Folge von äusseren Einwirkungen auf ein abnorm reizbares Centralorgan, so hilft oft schon die Versetzung in eine andere Umgebung, schlimmstenfalls eine vorübergehende Isolirung; in leichteren Fällen kommt man vielleicht mit der einfachen Ablenkung der Aufmerksamkeit auf eine neue interessante Beschäftigung, ja unter Umständen mit einem scherzhaften Worte, der Gewährung einer kleinen Vergünstigung über drohende Paroxysmen hinweg. Sehr wichtig ist es für Arzt und Pflegepersonal, derartige Kranke genau

zu kennen und ihnen je nach ihrer Eigenart bald mit Ernst und Energie, bald mit Sanftmuth und Nachgiebigkeit gegenüberzutreten.

Sehr sorgfältige therapeutische Beachtung erheischt die Neigung zum Selbstmord, die so häufig mit Angstzuständen, besonders bei gleichzeitiger Bewusstseinstrübung, aber auch mit ganz einfachen Melancholien ohne auffallendere Störung der Besonnenheit sich verknüpft. Diese Fälle sind es, welche die höchsten Anforderungen an die Wachsamkeit und Umsicht des Anstaltspersonals stellen. Die Möglichkeiten, welche dem bisweilen mit grösstem Raffinement handelnden Kranken zur Ausführung seines selbstmörderischen Planes dienen können, sind so überaus zahlreich und mannigfaltig, dass nur eine gereifte und mit allen Eventualitäten vertraute Erfahrung die Aussicht hat, mit Erfolg dem krankhaften Streben entgegenzuarbeiten. Jeder Nagel, jede Glasscherbe, jedes Stück Blech kann zum tödtlichen Werkzeuge in der Hand des verzweifelten Kranken werden; jeder unbewachte Augenblick kann eine Strangulation oder die schwersten Verstümmelungen, Herausreissen der Augen, der Zunge, der Hoden zu Stande kommen lassen, ja ich habe das Abbeissen der Zunge und ferner Fraktur der Halswirbelsäule in Folge eines mächtigen Stosses mit dem Kopfe gegen die Wand in Gegenwart des Wartpersonales erlebt. Glücklicherweise sind derartige Vorkommnisse nicht häufig, aber es ist wünschenswerth, sich ihrer zu erinnern, damit sie auch nicht häufiger werden.

Der Neigung zum Zerstören begegnet man einfach durch möglichst solide Konstruktion des beweglichen und unbeweglichen Mobiliars, welches dem Kranken zugänglich ist. Die Technik hat in dieser Richtung viele zweckmässige Einrichtungen geschaffen (Fensterscheiben aus ganz dickem Glase, feststehende, unzerstörbare Möbel, Geschirre aus Leder, Hartgummi u. dergl.), die hier nicht einzeln besprochen werden können. Besonders wichtig ist es, stets Alles aus dem Wege zu räumen, was als Waffe gegen die eigene oder fremde Personen und gegen das Inventar benutzt werden könnte. Gegen das Zerreißen schützt einigermassen, aber nicht vollständig, die Anwendung von festen Anzügen,

Decken, Matratzen aus starkem Segeltuch; die Entkleidung wird durch schraubenartige Verschlüsse der Kleidungsstücke und Schuhe verhindert, welche nur mit besonderen Schlüsseln geöffnet werden können. Bei sehr starker Zerstörungssucht und grosser Körperkraft giebt es in vereinzelt Fällen kein anderes Auskunftsmittel, als den Kranken entkleidet mit einer reichlichen Menge Stroh, Seegras u. dergl. in einem warmen Isolirzimmer frei schalten zu lassen; bei weiblichen Patienten wird man selbstverständlich nur im äussersten Nothfalle zu dieser Maassregel greifen.

Eine höchst lästige Begleiterscheinung der psychischen Erregung ist bisweilen die Unreinlichkeit und namentlich das Herumschmieren mit den Exkrementen, weil daraus grosse hygienische Missstände hervorgehen. Häufige Versuche, den Kranken zur Befriedigung seiner Bedürfnisse zu bewegen, sofortiges Eingreifen bei eingetretener Verunreinigung, reichliches Baden, sorgfältigste Reinigung der Zimmer mit desinficirenden Mitteln sind die hauptsächlich zu erfüllenden Aufgaben. Ein aufmerksames Wartpersonal kann hier sehr viel leisten. In schwierigen Fällen lässt sich durch passende Auswahl der Diät (möglichst wenig Koth gebende Nahrungsmittel, besonders keine Pflanzenkost) und regelmässige entleerende Klystiere noch etwas ausrichten.

Besondere Mühe hat man sich vielfach gegeben, die Masturbation zu bekämpfen. Oft verschwindet dieselbe mit der Abnahme der psychischen Erregung von selbst; in andern chronischen Fällen bleibt meist jede Behandlung erfolglos. Nicht ohne Werth ist die Anwendung des Bromkalium, weil es die Reflexerregbarkeit herabsetzt; wichtiger bleibt indessen die diätetische Behandlung, Sorge für ruhigen Schlaf, Vermeidung müssiger Bettruhe, Regelung der Darmfunktionen, ausgiebige Bewegung im Freien bis zur Ermüdung, ferner kalte Waschungen, besonders Sitzbäder, eventuell Galvanisation des Rückenmarks und endlich eine aufmerksame, geduldige Pädagogik.

Zum Schlusse haben wir noch eines praktisch äusserst wichtigen Symptoms zu gedenken, dessen Behandlung nicht selten recht grosse Schwierigkeiten verursacht, der Nah-

rungsverweigerung (Sitophobie). Dieselbe kann ihren Grund in mannigfachen Wahnideen haben, Vergiftungsfurcht, Glaube, nicht bezahlen zu können, das Essen nicht werth zu sein, Wunsch zu verhungern u. s. f. Der beste Bundesgenosse ist hier immer der Hunger, der bisweilen nach einigen Tagen der Sitophobie sein Recht so stark geltend macht, dass der Kranke dann mit wahrer Gier über die vorgesetzten Speisen herfällt. Derselbe wirkt am verführerischsten, wenn man sich um den Kranken scheinbar gar nicht kümmert, ihn mit dem Essen allein lässt und von seiner Nahrungsverweigerung möglichst wenig Notiz nimmt. Vieles Zureden oder gar Versuche, die Nahrung einzugeben, pflegen hier den passiven Widerstand rasch sehr erheblich zu verstärken. In andern Fällen ist es mehr eine gewisse Energielosigkeit, die den Kranken hindert, die wahnhaften Gegenvorstellungen zu überwinden; er isst, sobald man ihm den Löffel an den Mund führt. Anwendung von Gewalt dabei ist hier, wie dort, regelmässig vom Uebel. Bisweilen wechselt auch der Zustand sehr rasch, und derselbe Kranke, der jetzt auf keine Weise zum Essen zu bringen war, nimmt vielleicht nach einer Viertelstunde freiwillig seine Nahrung zu sich, um kurze Zeit darauf wieder allen Versuchungen eigensinnig zu widerstehen. Unermüdliche Geduld und genaue Ausnutzung aller kleinen Vortheile (z. B. Anregung der Nachahmung und des Appetits durch Mitessen), sowie möglichst sorgfältige Auswahl und Abwechslung der Speisen helfen meist über die aufgezählten Schwierigkeiten hinweg.

Allein es giebt Fälle, in denen alle Bemühungen des Arztes nach dieser Richtung hin fehlschlagen und in denen schliesslich, um der drohenden Gefahr der Erschöpfung und des Hungertodes zu begegnen, zur künstlichen, zwangsmässigen Einbringung der Nahrung geschritten werden muss. Der Zeitpunkt, an welchem man zu diesem Auskunftsmittel greift, wird am besten durch die Körperwage bestimmt, weil sie den zuverlässigsten Anhaltspunkt für die Beurtheilung des Ernährungsstandes liefert. Am schlimmsten sind diejenigen Fälle, in denen die Kranken von langer Hand anfangen, immer weniger und weniger zu essen, um

allmählich ganz aufzuhören; hier ist rasches Einschreiten dringend geboten, weil sonst leicht ein unaufhaltsamer Kollaps erfolgt. Je nach dem Zustande des Patienten wird man spätestens 2—3 Tage nach Beginn der völligen Abstinenz, bisweilen auch schon viel früher, mit der künstlichen Fütterung vorzugehen haben. Bei plötzlich auftretender Nahrungsverweigerung und bei kräftigem Körper kann man ruhig 5—6 Tage zuwarten, wo häufig der grimme Hunger, der allerdings bei längerem Fasten schliesslich ausbleibt, derselben ohnedies ein Ende macht. Ist die Sitophobie keine absolute, geniesst der Kranke wenigstens noch Wasser, so hat man unter steter Berücksichtigung seines Ernährungszustandes selbst 8—10 Tage ohne Gefahr Zeit, bevor Zwangsmaassregeln nöthig sind.

Die Methode der künstlichen Fütterung selbst besteht in der Einführung einer Sonde in den Magen, durch welche entweder mittelst eines einfachen Trichters oder einer Spritze lauwarmer, passend zusammengesetzte, nährnde Flüssigkeiten in denselben befördert werden. Die Einführung geschieht durch den Mund oder durch die Nase. Die erstere Art der Manipulation bietet den Vorzug der leichteren Ausführung, aber sie zwingt beim Widerstande des Kranken zu gewaltsamer Eröffnung und Offenhaltung der Zahnreihe durch keilartige Instrumente, die sogar zu Verletzungen führen kann; letztere Manier macht den Arzt vom Widerstande des Kranken völlig unabhängig, aber sie erfordert grosse Vorsicht und eine gewisse technische Fertigkeit, die nur durch einige Übung erlangt wird. Bei jeder Fütterung muss der Kranke durch sichere Hände zuverlässig fixirt sein, um jede unvermuthete, störende Bewegung zu verhindern; die Applikation der aus weichem, biegsamem Material bestehenden Sonde (Gummischlauch oder die gebräuchlichen schwarzen französischen und gelben englischen, durch Erwärmen weich werdenden Sonden), geschieht langsam und ohne die mindeste Gewalt. Die Fütterung durch die Nase erheischt grosse Geduld und muss bisweilen wiederholt von Neuem versucht werden.

Von grosser Wichtigkeit ist es, sich davon zu überzeugen, dass die Sonde den richtigen Weg genommen hat

und nicht in den Kehlkopf gelangt ist, besonders dann, wenn man im Nothfalle etwa gezwungen war, sich eines einfachen Katheters zu bedienen. Bei gelähmten und sehr torpiden Kranken kann nämlich der sonst das Eindringen eines Fremdkörpers in die Luftwege begleitende Symptomenkomplex der höchsten Athemnoth und der stürmischen Reflexbewegungen gänzlich fehlen; die Sonde gleitet ohne Reaktion bis an die Bifurkation der Trachea, wo sie auf Widerstand stösst. Die Athmung geschieht dann durch das Lumen der Sonde, doch können bei Luftansammlung im Magen auch Expirationsgeräusche entstehen, wenn das Rohr glücklich in diesen letzteren gelangt ist. Das sicherste Mittel, sich über die Lage der Sonde zu vergewissern, ist die Auskultation des Magens beim Einblasen von Luft.

Als Nahrungsflüssigkeit wählt man zweckmässig Milch oder Fleischbrühe mit gequirlten rohen Eiern, kleinere Mengen Wein, bei tieferer Ernährungsstörung Zusätze von Pepton, Fleischsaft u. dergl.; auch Arzneien können natürlich auf diese Weise miteingeführt werden. Das Zurückziehen der Sonde geschieht anfangs langsam, in der Gegend des Kehlkopfeinganges schnell; zugleich wird die obere Oeffnung des Rohrs verschlossen gehalten, damit nicht unten anhängende Tropfen bei dieser Gelegenheit in die Luftröhre gelangen.

Die künstliche Ernährung wird täglich wenigstens zwei Mal vorgenommen, am besten Mittags und Abends; jedesmal führt man nicht viel mehr als etwa  $\frac{1}{2}$  Liter Flüssigkeit ein, der man daher einen möglichst hohen Nährwerth zu geben bemüht sein muss. Es gelingt auf diese Weise, sitophobische Kranke Wochen, Monate, selbst Jahre lang am Leben zu erhalten, wenn auch natürlich damit nur ein unvollkommener Nothbehelf für die freiwillige Nahrungsaufnahme gewonnen ist. Man wird daher nebenbei immer fortfahren, auf alle Weise die Beseitigung der Sitophobie anzustreben.

Eine sehr unangenehme Komplikation der Fütterung ist das bisweilen auftretende Erbrechen. Schleunige Entfernung der Sonde ist hier wegen der Gefahr des Ersticken

durch die heraufgewürgte Nährflüssigkeit durchaus nothwendig. Durch häufigere Wiederholung der Prozedur, im Nothfalle durch Abstumpfung der Rachenempfindlichkeit mit Hilfe von Narkoticis (Bromkalium, Bepinseln mit Opiumtinktur, Morphiumlösung) kann man diese Schwierigkeit meist überwinden. Man begegnet indessen, allerdings sehr selten, sitophobischen Kranken, die willkürlich erbrechen können und so jede Fütterung illusorisch machen. Da bei ihnen begreiflicher Weise auch die Ernährung durch Klystiere, an die man noch gedacht hat, ihren Werth verliert und die ebenfalls vorgeschlagene Methode der subcutanen Peptoninjektionen durchaus unzulänglich ist, so wird die Behandlung solchen Kranken gegenüber bisher thatsächlich machtlos: sie verhungern.

Die Aufgabe des Irrenarztes schliesst ab mit der Entlassung des Kranken aus der Anstalt. In der Regel soll dieselbe nur nach erfolgter Genesung geschehen, aber es giebt nicht so gar selten Fälle, in denen der langsame Gang der Rekonvalescenz und ein sehr lebhaftes, allerdings noch krankhaftes Heimweh oder das Drängen der Angehörigen zu einer etwas vorzeitigen Entlassung zwingen, wenn man nicht die Gefahr einer Verschlechterung oder gar eines unvermutheten Selbstmordes riskiren will. Bei vorsichtiger Auswahl der Kranken und unter günstigen häuslichen Verhältnissen pflegt sich dann die weitere Heilung meist ungestört zu vollziehen. Bisweilen jedoch kommen baldige Rückfälle vor, besonders wenn des Rekonvalescenten zu Hause wieder Noth und Sorge, lieblose, rohe Behandlung oder die Gelegenheit zu Excessen wartet. Gerade für ihn ist aber Schonung, Vermeidung jeder Ueberanstrengung und eine nur ganz allmähliche Einführung in die alltägliche Berufslast dringend nothwendig. Wohlhabendere schieben daher zweckmässig zwischen die Rekonvalescenz und den vollen Eintritt in ihre früheren Pflichten einen kurzen Badeaufenthalt, Besuch in befreundeter Familie u. dergl. ein.

Jede Entlassung aus der Irrenanstalt ist zunächst eine versuchsweise und wird erst nach einigen Monaten eine definitive, um die Rückversetzung im Falle einer Ver-

schlimmerung zu erleichtern. Auch ungeheilte und sogar unheilbare Kranke werden aus der Anstaltsbehandlung entlassen, wenn sie keine therapeutischen Angriffspunkte mehr darbieten und sich für die Familienpflege eignen oder sich psychische Selbständigkeit genug bewahrt haben, um in günstigen äusseren Verhältnissen kürzere oder längere Zeit ohne besondere ärztliche Aufsicht leben zu können.