

VII. Psychische Schwächezustände.

Psychische Schwächezustände nennen wir diejenigen Formen des Irreseins, deren Krankheitsbild sich wesentlich aus den Erscheinungen einer Herabsetzung der psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit*) zusammensetzt. Zu Grunde liegt ihnen eine Invalidität des Gehirns, die sich entweder primär oder als das Resultat überstandener Psychosen entwickelt hat. Die Mannigfaltigkeit der hierhergehörigen klinischen Formen ist eine so ausserordentlich grosse, dass eine irgendwie erschöpfende Darstellung derselben, namentlich jetzt, wo uns noch vielfach die leitenden Gesichtspunkte fehlen, gänzlich unmöglich erscheint. Wir müssen uns daher damit begnügen, gewisse Hauptgruppen in ihren grössten Umrissen zu skizziren.

A. Entwicklungsanomalien.

Die schwersten Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen haben wir dort zu erwarten, wo irgend eine eingreifende Schädlichkeit, anomale Entwicklungsvorgänge oder Krankheitsprocesse, das Gehirn trifft, bevor es seine Ausbildung erreicht hat. Während das voll entwickelte Centralorgan doch noch die Spuren seiner früheren Thätigkeit lange Zeit hindurch aufbewahrt, wenn es auch zu neuen Leistungen unfähig wird, hat der Stillstand oder

* Kraepelin, Archiv f. Psychiatrie XIII, 2.

die Erkrankung auf einer frühen Stufe der Ausbildung die Erschwerung oder Unmöglichkeit jeglichen psychischen Lebens überhaupt zur Folge. Andererseits besitzt gerade das jugendliche Gehirn in weit höherem Maasse, als das erwachsene, die Fähigkeit zu einer Ausgleichung selbst schwererer Störungen, eines vikariirenden Eintretens der einzelnen Partien für einander, so dass wir hier nicht selten sogar noch ein gewisses Maass selbständiger psychischer Thätigkeit erhalten sehen, wo wir beim Erwachsenen nicht einmal das Leben für möglich halten würden.

Alle während der Entwicklungsperiode, in der Fötalzeit und in den ersten Lebensjahren entstandenen psychischen Schwächezustände pflegt man unter der gemeinsamen Bezeichnung der Idiotie zusammenzufassen. Sie begreift alle Abstufungen vom tiefsten Darniederliegen des geistigen Lebens bis zu jenen leichten Graden des Schwachsinnes, die endlich durch eine Anzahl von Uebergangsformen dem normalen psychischen Verhalten sich annähern. Die Abgrenzung von einzelnen Krankheitsbildern bietet bei den wesentlich nur graduellen Differenzen grosse Schwierigkeiten; meist hat man die Ausbildung der Sprache (gänzlicher Mangel derselben, Vorhandensein einzelner Worte, stufenweise reichere Entwicklung derselben) als Eintheilungsprincip benutzt, weil ja in der That die Entfaltung der intellektuellen Funktionen in sehr nahen Beziehungen zur Lautsprache steht. Allein die Fähigkeit des Sprechens deckt sich durchaus nicht immer mit der weit wichtigeren des Verstehens. Es scheint mir daher zweckmässiger, bei einer Betrachtung dieser Zustände an das Verhalten der fundamentalsten psychischen Leistung, der Apperception, anzuknüpfen.

In den niedersten Formen der Idiotie ist die Erfassung eines Eindrucks durch die Aufmerksamkeit gänzlich unmöglich. Es kommt gar nicht zur Bildung von klaren Vorstellungen und associativen Verbindungen; das Gefühlleben bleibt auf den Wechsel dunkler Gemeingefühle beschränkt und die durch sie hervorgerufenen Handlungen, die sich höchstens noch auf die Nahrungsaufnahme beziehen, behalten den Charakter des Triebartigen. Die Kranken

sind absolut theilnahmslos gegenüber allen äusseren Vorgängen, meist auch gemüthlich gänzlich unerregbar; zu den einfachsten zweckmässigen Handlungen sind sie unfähig, vermögen z. B. nicht den zufällig zwischen die eigenen Zähne gerathenen Finger in Sicherheit zu bringen. Sie ergeht ohne die liebevollste Pflege, die für ihre Fütterung, Reinhaltung u. s. f. unermüdliche Sorge trägt, rasch zu Grunde. Häufig sind automatische, Jahraus, Jahrein in stereotyper Weise sich abspielende Bewegungen.

Ein etwas höherer Stand des Seelenlebens ist dort erreicht, wo wenigstens passiv, durch besonders auffallende Eindrücke, die Aufmerksamkeit des Kranken für einige Zeit erregt werden kann, wenn auch eine aktive Direktion derselben nach inneren Motiven noch nicht stattfindet. Hier werden wenigstens einzelne deutliche Sinneswahrnehmungen dem Bewusstsein zugeführt und wol auch eine beschränkte Anzahl von einfachen Vorstellungen gebildet, allein dieselben sind doch vielfach sehr unvollständig und entbehren des inneren Zusammenhanges. Die Fähigkeit zur Abstraktion, zur Auffindung gemeinsamer Bestandtheile in verschiedenen Wahrnehmungen, wie sie die Grundlage der Begriffsbildung ausmacht, bleibt rudimentär. Es kommt nicht zur Ausbildung einer wirklichen psychischen Persönlichkeit. Egoistische, grobsinnliche Gefühle beherrschen die Stimmung und werden Motive für ein nur auf Befriedigung elementarer Gelüste gerichtetes Handeln; die Sprache ist meist wenig entwickelt.

Je nach der Leichtigkeit, mit welcher die Aufmerksamkeit angezogen und abgelenkt werden kann, unterscheidet man zwei, allerdings nur in ihrer extremen Ausprägung sehr deutlich von einander abgegrenzte Formen, die *apathische* und die *versatile*. Im ersteren Falle sind die Kranken nur schwer aus ihrem stumpfen Hinbrüten aufzurütteln; der Vorstellungsverlauf bleibt langsam und träge, die Reproduktion wegen der Armuth des Ideenschatzes und bei dem Mangel an Anknüpfungspunkten dürftig, meist in einzelnen, gewohnheitsmässigen Bahnen sich bewegend. Bisweilen zeigt sich hier eine Neigung zu heftigen, unbändigen Wuthausbrüchen, wenn einmal das torpide psychische

Gleichgewicht gestört wird. Meist handelt es sich um Individuen von plumpem, grobem, disproportionirtem Körperbau. Bei den versatilen Formen wandert die Aufmerksamkeit, bald hier, bald dort angezogen, planlos hin und her, und erfüllt das Bewusstsein mit buntem, innerlich zusammenhangslosem und daher rasch vergessenem Inhalte. Rascher, oberflächlicher Wechsel der Stimmung und eine äusserliche ziellose Unruhe und Beweglichkeit, die sich in Händeklatschen, Herumspringen, Gestikuliren, Lachen und Schreien kundgiebt, vervollständigen das Bild. Körperlich sind die Kranken meist wohlgebildet, aber von kindlichem grazilem Habitus.

Alle diese schwereren Formen der Idiotie weisen auf eine tiefgreifende Beeinträchtigung der nervösen Centralorgane zurück, die sich in der That auch fast regelmässig nachweisen lässt. Im Einzelnen bieten dieselben vielfache Verschiedenheiten dar; nur der Effekt einer unvollkommenen Funktionsfähigkeit der Hirnrinde ist überall derselbe. In einer ersten Gruppe von Fällen finden sich Entwicklungshemmungen und Missbildungen, wie sie besonders unter dem Einflusse hereditärer psychopathischer Disposition zu Stande zu kommen scheinen, Heterotopien der Hirnsubstanz, Fehlen des Balkens, des Kleinhirns, Ungleichheit der beiden Hemisphären, Windungsarmuth, Kleinheit des ganzen Grosshirns u. s. f. Auch dort, wo diese Verbildungen nicht in direkter Beziehung zu dem Centralorgane der psychischen Funktionen stehen, lassen sie doch einen Rückschluss auf die pathologische Natur der Gesamtanlage zu.

Ungleich häufiger sind jedenfalls die Residuen krankhafter Prozesse. Hauptsächlich kommen hier encephalische, meningitische und hydrocephalische Erkrankungen in Betracht, die partielle Zerstörungen (z. B. Porencephalie) und Veränderungen der Hirnrinde, oder allgemeine Atrophie derselben durch Steigerung des intrakraniellen Druckes herbeiführen können. In den ersten Lebensjahren sind ja derartige, meist von Krämpfen begleitete Affektionen ziemlich häufig, allerdings ohne immer so schwere Folgen zu hinterlassen. Traumata und akute Krankheiten sind wichtige Gelegenheitsursachen zu ihrer Entstehung. Wo die

Störung eine einseitig lokalisirte war, bleiben gewöhnlich für das spätere Leben Herdsymptome, halbseitige Lähmungen oder Paresen, Kontrakturen, Wachsthumshemmungen, halbseitige Krämpfe, athetotische Bewegungen u. dergl. zurück, die eine Diagnose ermöglichen. Bei ausgedehnteren Affektionen können sich ganz allgemeine Entwicklungsstörungen einstellen, Zwergwuchs, infantiler Habitus, Ausbleiben der sexuellen Funktionen, Epilepsie.

Eine ganz besondere Rolle hat man früher dem Einflusse der Nahtverknöcherung am Schädel auf die Ausbildung des Gehirns zugeschrieben, indem man vorzeitige Synostosen als die Ursache abnormer Kleinheit oder asymmetrischer Gestaltung desselben ansah. Durch neuere Untersuchungen hat sich indessen herausgestellt, dass, in der Regel wenigstens, die Entwicklung des Schädels weit mehr durch die Wachstumsverhältnisse des Gehirns bestimmt wird, als umgekehrt. Die Gesetze, welche diesen letzteren zu Grunde liegen, sind noch zum grössten Teile ebenso unklar, wie die Wachstumsbedingungen überhaupt; es scheint, dass die Weite der Blutgefässe, die Menge, namentlich aber auch die Beschaffenheit des zugeführten Ernährungsmaterials von entschiedener Bedeutung sein kann. Natürlich ist die Berücksichtigung der Schädelkonfiguration, wenn man in ihr auch nicht die Ursache der Hirnanomalien sieht, dennoch bisweilen von grossem Werthe, insofern sie bis zu einem gewissen Grade einen Rückschluss auf die Art dieser letzteren gestattet. Mikrocephalie ist nothwendig mit abnormer Kleinheit des Gehirns verbunden, die durch gleichzeitigen Hydrocephalus noch beträchtlicher ausfallen kann, als der Augenschein vermuthen lässt. Verkürzung der Schädelbasis (Tribasilar-synostose) geht meist mit einer Verkümmern der basalen Hirntheile einher; Verkleinerung der Schädelkapsel nach irgend einer Richtung mit abnormer Verknöcherung der auf letzterer senkrecht stehenden Nähte deutet auf eine geringe Ausbildung der betroffenen Rindentheile hin.

Allein es können sich bei diesen partiellen Störungen nach andern Richtungen hin kompensatorische Verschiebungen sowol des Schädels, wie des Gehirns ent-

wickeln, die eine völlig normale Entfaltung aller einzelnen Hirntheile ermöglichen. In der That finden sich nicht so selten ziemlich hochgradige Verbildungen des Schädels bei geistig durchaus gesunden, ja hochstehenden Individuen, so dass wir jene Befunde im Allgemeinen mehr als eine Hindeutung auf die Möglichkeit gleichzeitiger anderer Veränderungen, denn als die nothwendige Ursache krankhafter Funktionsstörungen selbst ansehen dürfen. Jedenfalls bieten sie einstweilen ein weit grösseres anthropologisches und anatomisches, als speciell psychiatrisches Interesse, zumal die Versuche, sie zu bestimmten klinischen Bildern in Beziehung zu bringen, bisher noch wenig erfolgreich gewesen sind. Nur scheint die Verkümmerng der Basis mehr mit den tieferstehenden apathischen Formen der Idiotie in Zusammenhang zu stehen, während man bei abnormer Kleinheit der Schädelkapsel meist die versatilen Formen beobachtet.

Gewissermaassen eine Abart der Idiotie wird durch den Kretinismus repräsentirt, der sich durch sehr ausgeprägte körperliche Begleiterscheinungen auszeichnet, Zwergwuchs mit untersetztem, aber meist noch kindlichem Habitus, grosse Köpfe mit hässlichen, runzligen, „trotz kindischer Unreife alten“ Zügen, tiefliegende Augen, aufgeworfene, an der Wurzel tief eingedrückte Nase, dicke Lippen, wulstige Augenlider, gedunsene, wulstige, hypertrophische Haut und bisweilen enorme Vergrösserung der Schilddrüse. Der Kretinismus tritt in stärkerer Ausbildung nur endemisch auf, namentlich in grossen Gebirgsstöcken mit ihren Ausläufern, so in Europa besonders in den Alpen und Pyrenäen. Die näheren Ursachen dieser endemischen Lokalisation sind noch völlig unbekannt; man hat die verschiedenartigsten Momente, grosse Feuchtigkeit, Stagnation der Luft, schlechtes Trinkwasser, Gehalt der Luft und des Bodens an gewissen Substanzen, geologische Formation, ungünstige hygienische Verhältnisse dafür verantwortlich gemacht, ohne doch bisher eine einheitliche Erklärung auffinden zu können. Sicherlich sind die Ursachen allgemeine, denn sie pflegen, wo sie wirksam sind, den Typus der Gesamtbevölkerung mehr oder weniger stark modifizierend zu

beeinflussen und auch auf Kinder zu wirken, die von gesunden, eingewanderten Eltern an den befallenen Oertlichkeiten erzeugt werden. Andererseits ist der Kretinismus einer hereditären Uebertragung fähig, auch nach der Auswanderung aus der inficirten Gegend; er pflegt sich unter solchen Umständen erst nach wiederholter Kreuzung mit gesundem Blute zu verlieren. Die einzelnen Formen des Kretinismus sind nicht alle unter einander gleich; sie zeigen einmal zahlreiche graduelle Abstufungen, dann aber auch Verschiedenheiten nach der Art der Verbildungen. Am häufigsten scheint jedoch die oben schon erwähnte basilar-synostotische Form mit Verkümmern der Schädelbasis zu sein.

Sehr selten ist der kretinistische Typus des Kindes schon bei der Geburt ausgesprochen; in der Regel tritt derselbe erst nach einigen Monaten oder selbst Jahren hervor. Die psychische Entwicklung bleibt vollständig zurück; das Kind lernt erst in der zweiten Hälfte des ersten Decenniums oder gar nicht gehen, ist apathisch, träge, schläft und isst viel. Die Zähne werden schlecht, die Zunge vielfach dick und fleischig, die Haut derb und runzlig. Die Pubertät tritt spät oder gar nicht ein; die männlichen Individuen sind impotent, die weiblichen meistens steril. Im weiteren Verlaufe bleibt der körperliche und geistige Zustand stationär; gewöhnlich erreichen die Kretinen kein hohes Lebensalter.

Gegenüber diesen schwersten Formen körperlicher und geistiger Verkümmern tritt in den leichteren Graden der psychischen Schwächezustände mehr und mehr die Fähigkeit zu aktiver Apperception, zu selbständiger Auffassung und Verarbeitung äusserer Eindrücke hervor. Es ist dabei Sache der Uebereinkunft, wie viele Abstufungen man unterscheiden und an welchem Punkte man die Grenze gegenüber der Norm ziehen will. Auch hier kann man, wie ich glaube, Formen mit vorwiegend apathischem (anergetischem) und solche mit erethischem Charakter einander gegenüber stellen, obgleich sich die Eigenthümlichkeiten beider Gruppen vielfach bei demselben Individuum mit einander mischen.

Als die Grundzüge der anergischen Schwächezustände können wir eine Unfähigkeit zur Abstraktion mit ihren Folgen für die psychische Entwicklung, sowie eine mangelhafte Ausbildung der höheren Gefühle bezeichnen. Die Erkenntniss der Aussenwelt beschränkt sich auf das unmittelbar Gegebene und Naheliegende; die Vorstellungen behalten ihre konkreten Formen, ohne sich zu Begriffen zu erweitern. Es können keine allgemeinen Verhältnisse aufgefasst, keine grossen Gesichtspunkte gewonnen werden, sondern nur das Einzelne und Kleinliche geht in den Erfahrungsschatz des Individuums ein. Der Vorstellungsverlauf ist, wie Buccola durch direkte Messungen nachgewiesen hat, verlangsamt; der Ideenkreis bleibt, abgesehen von einer gewissen Beherrschung der alltäglich aufgenommenen Wahrnehmungen, ärmlich und bewegt sich meist in stereotypen Wendungen. Bei dem Mangel an selbständiger geistiger Thätigkeit ist das Urtheil der Kranken ein sehr beschränktes, unsicheres und wird vielfach durch äusserlich angelegerte Produkte fremder Intelligenz entscheidend beeinflusst. Ein Ueberblick über den Zusammenhang der Lebensereignisse, eine weitergehende Voraussicht der Folgen eigener und fremder Handlungen wird nicht erreicht. Die Phantasie, die Fähigkeit zu aktiver Reproduktion und Verknüpfung gewonnener Vorstellungen, ist nur in sehr beschränktem Maasse ausgebildet, doch kommen in dieser Beziehung einseitige, hervorragende Begabungen, namentlich auffallendes Zahlen- und Klanggedächtniss zur Beobachtung.

Durch die Beschränktheit des Gesichtskreises, gewinnen die Zustände und Interessen der eigenen Persönlichkeit eine ganz unverhältnissmässige Wichtigkeit für das Individuum. Je ärmer die Erfahrung, desto grösser ist die Rolle, welche das Ich in derselben spielt. So kommt es, dass hier stets eine mehr oder weniger scharf ausgeprägte egoistische Richtung des Gedankenganges und weiterhin auch der Gefühle sich ausbildet. Die höheren logischen, ethischen, ästhetischen Gefühle, wie sie sich an die abstrakten Produkte der intellektuellen Thätigkeit, die Begriffe des Wahren, Guten, Schönen, zu knüpfen pflegen, bleiben

unentwickelt auf Kosten der niedrig egoistischen Regungen, die das Gemüthsleben des Kranken in maassgebender Weise beeinflussen. Die Stimmung entbehrt daher jenes inneren Gleichgewichtes, wie es durch die Ausbildung der höheren Gefühle begründet wird; die Gemüthlosigkeit des Kranken wird gelegentlich durch Affektausbrüche von brutaler Heftigkeit durchbrochen. Diese eigenthümliche Charakteranlage macht die Kranken auf der einen Seite energielos, unselbständig in ihrem Handeln, und sie befähigt dieselben andererseits unter Umständen zu impulsiven Gewaltakten von bestialischer Grausamkeit aus geringfügigen Motiven. Sehr häufig verbindet sich bei ihrem Thun eine gewisse Schlaueit im Einzelnen mit Unsinnigkeit und Kopflosigkeit im ganzen Plane und in der Ausführung.

Die Erkennung dieser Zustände bietet in den ausgebildeteren Formen nicht die mindesten Schwierigkeiten. Es sind das die Kinder, die vielleicht erst sehr spät sprechen lernen und entweder gar nicht in die Schule geschickt werden können, oder doch trotz aller angewandten Mühe nicht vorwärts kommen, weil sie zwar unter vielen Schwierigkeiten Einzelnes mechanisch auswendig zu lernen, aber nichts selbständig zu verarbeiten im Stande sind. Sehr gewöhnlich bleiben dieselben auch körperlich unentwickelt und auf der Stufe des kindlichen Habitus bis in das dritte Jahrzehnt hinein stehen. Bisweilen finden sich auch einzelne nervöse Anomalien, schiefes Gesicht, plumpe Züge, Strabismus, schlechtes Gehör, die auf eine greifbare Grundlage der ganzen Störung hinweisen. Im späteren Leben sind die Kranken meist unfähig zu irgend einer fruchtbareren Beschäftigung und nur zu den allereinfachsten mechanischen Verrichtungen zu gebrauchen, die sie mit pedantischer Zuverlässigkeit ausführen; in einzelnen Fällen wird aber auch eine hervorragende einseitige Virtuosität, technische Fertigkeit, Anlage zur Musik, zum Zeichnen, beobachtet, allerdings stets ohne die Fähigkeit zu tieferer geistiger Arbeit selbst auf diesen Gebieten.

Leichtere Formen der Idiotie, wie sie dem klinischen Begriffe des „Schwachsinnnes“ entsprechen, sind oftmals überaus schwer zu diagnosticiren. Bisweilen sind auch hier

einzelne somatische Zeichen der Entwicklungsstörung vorhanden, Kleinheit der Genitalien, Asymmetrien des Schädels, Innervationsanomalien u. s. f.; in der Regel jedoch findet man in dieser Beziehung keinen irgendwie sicheren Anhaltspunkt. Trotz der Beschränktheit ihres Urtheils und Gesichtskreises vermögen die Kranken es doch vielfach, sich in einfachen Verhältnissen noch leidlich gut zurechtzufinden, ohne dass man sie gerade für abnorm hält, weil sie rein gedächtnismässig eine gewisse Summe von Erfahrung zu beherrschen wissen und den gewohnten Kreislauf ihrer Beschäftigungen mit mechanischer Sicherheit, ja sogar mit einer gewissen kleinlichen Routine regelmässig durchlaufen. Wo aber ein mächtiger Affekt, eine Entscheidung, eine Versuchung an sie herantritt, wo die Situation Umsicht, Energie und Selbständigkeit des Handelns erfordert, da tritt unvermuthet die ganze geistige und gemüthliche Unfähigkeit des Individuums zu Tage, um allerdings dann meist nicht sowol vom pathologischen, wie vom moralischen Standpunkte aus beurtheilt zu werden.

Zu den anergetischen Schwächezuständen stehen die erethischen in mancher Beziehung in einem gewissen Gegensatz. An Stelle der Apathie zeigt sich eine abnorme Beweglichkeit des Interesses an den Eindrücken der Aussenwelt. Je leichter aber die Aufmerksamkeit überhaupt erregt wird, je weniger sie sich nach inneren Motiven planmässig der Verfolgung ausgewählter Erscheinungen zuwendet, desto leichter wird sie auch wieder von ihrem Gegenstande abgelenkt, desto mehr ist ihre Richtung von dem zufälligen Wechsel äusserer Reize abhängig, und desto ungenauer, oberflächlicher und flüchtiger werden die einzelnen Elemente der Sinneserfahrung von ihr erfasst. Ganz analogen Störungen begegnen wir auf dem Gebiete des Vorstellungsverlaufes. Die Leichtigkeit, mit der hier die Verknüpfung und Verschmelzung der Vorstellungen vor sich gehen, begünstigt ein lebhaftes und ausschweifendes Spiel der Phantasie, aber sie verhindert zugleich die ruhige, einheitliche und klare Gedankenfolge; sie führt zu einer überwiegenden Ausbildung der associativen Vorstellungsverbindungen und beeinträchtigt die Entwicklung scharfer, bestimmt

umgrenzter Begriffe, auf deren Existenz ja weiter die Möglichkeit aller höheren intellektuellen Funktionen, der Urtheile und der logischen Schlüsse beruht. Aus den unsicher und einseitig erfassten Erfahrungselementen setzen sich auf diese Weise unter steter Einmischung associativ hinzutretender, subjektiver Bestandtheile verschwommene, dehnbare, vielfach verfälschte Begriffe zusammen, welche die geeignete Grundlage für schiefe und verschrobene Urtheile, für falsche und phantastische Analogieschlüsse und somit zur Ausbildung einer absonderlichen, verkünstelten und einseitigen Lebens- und Weltanschauung abgeben. Dass in derselben die Vorstellungsgruppe der eigenen Persönlichkeit eine ganz hervorragende Bedeutung erlangt, erscheint bei der Leichtigkeit, mit der sich die Beziehungen zwischen äusseren Eindrücken und jenem permanenten Inhalte unseres Bewusstseins knüpfen, sowie bei der Kritiklosigkeit des Subjektes, wie sie sich als eine nothwendige Folge der vagen Verschwommenheit und Unklarheit der Begriffe herausstellt, leicht begreiflich.

Der Oberflächlichkeit, Phantasterei und Selbstüberschätzung entspricht im Gefühlsleben Intensität und rascher Wechsel der Affekte. Jeder äussere Eindruck ist von einer lebhaften Gefühlsbetonung begleitet, der Stimmungshintergrund in beständigem Schwanken begriffen. Depression und Exaltation, Verzweiflung, Schwärmerei und Enthusiasmus folgen einander, wo die normale psychische Konstitution nur leise und leicht überwundene Störungen des gemüthlichen Gleichgewichtes erkennen lässt. Das affektive Leben des Individuums befindet sich somit in einer hilflosen Abhängigkeit von den zufälligen Eindrücken der äusseren Umgebung, deren Einflüsse es nicht durch eine gewohnheitsmässige Seelenruhe zu paralysiren im Stande ist. So kommt es, dass auch das Handeln, dessen Motive ja gerade die Gefühle bilden, nicht auf Grund der konstanten Bewusstseinsdispositionen eines „Charakters“ sich einheitlich und konsequent entwickelt, sondern wesentlich unter der Herrschaft augenblicklicher und rasch wechselnder Stimmungen und Einfälle sich vollzieht. Wankelmüthigkeit und Haltlosigkeit, Unüberlegtheit und Leichtsinns nach der

einen, Rücksichtslosigkeit und Vielgeschäftigkeit nach der andern Seite hin sind die praktischen Aeusserungen dieses Verhaltens.

Auch hier ist nur die Erkennung der ausgebildeteren Formen leicht; auf dem Uebergangsgebiete wird die scharfe Abgrenzung des Normalen vom Pathologischen vielfach gänzlich unmöglich. Dahin gehören jene schwachen und oberflächlichen, leichtgläubigen Naturen, die von Vielem etwas und nichts gründlich lernen, die alles Neue mit Enthusiasmus ergreifen, ohne irgend etwas zu Ende zu führen. Ein geringfügiger Anstoss, eine auftauchende Idee, ein schlechter oder guter Rath genügt, um sie, die jeder Verführung widerstandslos zugänglich sind, zu leichtsinnigen, unüberlegten, ja schlechten Streichen und Excessen aller Art hinzureissen. So führen sie, sich selbst überlassen, ein wechselreiches Dasein in steten Konflikten mit sich selbst und ihrer Umgebung, oft abenteuerlich, phantastisch und romanhaft, voller Unbegreiflichkeiten und Inkonsequenzen.

Gerade diese letztgeschilderten Formen der Schwächezustände, deren Grundzug eine Verminderung der Widerstandsfähigkeit auf allen Gebieten des psychischen Lebens darstellt, sind es vornehmlich, welche wir als die Basis der psychopathischen Prädisposition zu betrachten haben, soweit sie nicht schon direkt in den Bereich des Krankhaften hineingehören. Auf dieser Basis entwickelt sich nicht selten die originäre Verrücktheit, dann namentlich auch das periodische und cyklische Irresein. Endlich aber sieht man gerade bei derartig prädisponirten Individuen bisweilen eine eigenartige krankhafte Konstitution der psychischen Persönlichkeit hervortreten, die sich unter keines der sonstigen psychiatrischen Krankheitsbilder unterordnen lässt, sondern höchst wahrscheinlich, wie die meisten der hier behandelten Zustände, auf eine originäre Störung in der Gesamtanlage des Kranken zurückgeführt werden muss. Nach dem hervorstechendsten Symptome hat man diese Zustände als „konträre Sexualempfindung“^{*)} bezeichnet. Der

^{*)} Westphal, Archiv f. Psychiatrie II, p. 73; v. Krafft-Ebing, *ibid.* VII, p. 291; Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie XXXVIII.

Patient, dessen Geschlechtstrieb gewöhnlich schon sehr früh erwacht, zeigt unwiderstehliche sexuelle Neigungen zu Personen desselben Geschlechtes, während das andere Geschlecht ihm in dieser Hinsicht gleichgültig bleibt oder sogar Abscheu und Ekel einflösst. Diese perversen Neigungen bestehen oft lange Zeit, bevor sich der Kranke selbst über die Bedeutung derselben klar wird; sie führen zu schwärmerischen Freundschaftsbündnissen mit mehr oder weniger ausgeprägt sinnlichem Charakter, bei denen eine sexuelle Befriedigung durch wollüstige Umarmungen, Manustupration, seltener auch auf päderastischem Wege angestrebt wird.

Regelmässig bestehen indessen ausser der konträren Sexualempfindung noch anderweitige Symptome psychopathischer Anlage, wie sie oben geschildert worden sind. Nicht selten verbindet sich dieser krankhafte Zustand bei Männern, bei denen er aus begreiflichen Gründen bisher am besten gekannt ist, mit einer durchgreifenden weiblichen Richtung des ganzen Charakters, stark entwickeltem Gemüthsleben, Empfindsamkeit, ausgeprägtem ästhetischem Sinn, poetischer, überhaupt künstlerischer Veranlagung, Neigung zu weiblichen Beschäftigungen, zum Tragen weiblicher Kleider u. s. f. Seltener findet sich auch in der körperlichen Ausbildung der Habitus des entgegengesetzten Geschlechtes angedeutet. Hereditäre psychopathische Belastung lässt sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nachweisen.

Alle die bisher aufgeführten psychischen Schwächezustände sind die Symptome angeborener oder sehr früh erworbener Invalidität des Centralorgans unseres Bewusstseins, und sie sind daher im Allgemeinen stationär, ohne eine wesentliche Besserung oder Verschlechterung im Laufe des Lebens zu zeigen. Dennoch hat die Erfahrung dargethan, dass namentlich die intellektuelle Ausbildung der Idioten durch einen sorgfältigen, allerdings höchst mühseligen Unterricht bis zu einem gewissen, nach der individuellen Leistungsfähigkeit des Gehirns natürlich sehr verschiedenem Grade gehoben werden kann. Die Idiotenanstalten vermögen bei rechtzeitigem Eingreifen immer noch einzelne Individuen dem Leben in der

Freiheit, wenigstens in der Familienpflege, wiederzugeben. Weniger zugänglich ist im Allgemeinen die Gefühlssphäre den pädagogischen Einwirkungen, doch vermag zweifellos eine liebevolle, geduldige, aber konsequente, nicht weichliche Erziehung manche Schroffheiten und Bosheiten des Charakters zu mildern und demselben eine grössere Festigkeit und Geschlossenheit zu geben, als er im Laufe der natürlichen Entwicklung oder gar unter ungünstigen Einflüssen gewonnen haben würde.

Abgesehen von dieser Pädagogik, die ein wichtiges Gebiet der irrenärztlichen Behandlung bildet und sich ganz den individuellen Verhältnissen anzupassen hat, kann von einer eigentlichen Therapie jener Zustände kaum die Rede sein. Wo man Anlass hat, an eine syphilitische Grundlage der Idiotie zu denken, kann man, allerdings ohne sonderliche Aussicht auf Erfolg, ein darauf gerichtetes Verfahren einleiten. Wichtiger ist die Behandlung begleitender Epilepsie. Die Anfälle derselben haben namentlich im jugendlichen Alter bisweilen einen raschen Fortschritt der Verblödung zur Folge, den man durch die systematische Darreichung des Bromkalium bis zu einem gewissen Grade hintanhaltend kann. Dem endemischen Kretinismus ist nur prophylaktisch durch Verbesserung der hygienischen und socialen Verhältnisse, wie durch Kreuzung mit gesunden Individuen zu begegnen.

Nicht selten wird die Aufnahme dieser Schwachsinnformen in die Anstalt nothwendig werden, um sie vor ihrer oft unverständigen Umgebung und diese letztere vor ihren gefährlichen Handlungen zu schützen, oder um die Hülflösen und Gebrechlichen zu verpflegen. Ausser den allgemeinen Regeln der Anstaltsbehandlung überhaupt, Beschäftigung, guter Ernährung, Ueberwachung und humaner Disciplin, sind hier meist keine besonderen Indikationen zu erfüllen.

B. Moralisches Irresein.

Nicht immer ist bei den psychischen Schwächezuständen die Unzulänglichkeit der Leistungs- oder Widerstandsfähigkeit nach allen Richtungen des Seelenlebens hin

in gleichem Maasse ausgesprochen. In vielen Fällen ist vorwiegend eine einzelne derselben ergriffen, so dass die geringeren Störungen auf andern Gebieten völlig zurücktreten und sich vielleicht auch noch innerhalb der normalen Grenzen halten. Einer vorurtheilsfreien psychologischen Betrachtung dürfte allerdings der stets vorhandene Defekt der gesammten Persönlichkeit niemals ganz entgehen. Am meisten in die Augen springend ist im Allgemeinen die Schwäche der Intelligenz. Die intellektuelle Schwäche galt daher lange Zeit und gilt namentlich vor Gericht auch heute noch als das wesentlichste Symptom krankhaften Schwachsinnes. Allein die Erfahrung hat gelehrt, dass unter Umständen die Störung sich hauptsächlich im Gemüthsleben und im Handeln ausprägen kann, während die Intelligenz von derselben, scheinbar wenigstens, gänzlich unberührt bleibt. Diese Formen hat man als moralisches Irresein bezeichnet, weil sie den Kranken für das Laienauge vielfach als ein moralisch schlechtes Individuum erscheinen lassen.

Die wesentlichste Eigenthümlichkeit des moralischen Irreseins (folie morale, moral insanity) ist der Mangel oder die Schwäche jener Gegenmotive, welche den socialen Menschen von der rücksichtslosen Befriedigung seiner unmittelbaren egoistischen Neigungen zurückhalten. Damit hängt häufig zusammen die ganz abnorme Ausbildung gewisser elementarer Triebe, die bisweilen schon an sich selbst den Charakter des Krankhaften tragen. Der Mangel des Mitgefühls zeigt sich oft schon in früher Jugend in grausamen Thierquälereien; der Geschlechtstrieb erwacht ausserordentlich früh (sogar schon im 4., 5. Jahre) und mit unbezwinglicher Gewalt, so dass er bald zu onanistischen und sexuellen Excessen verschiedener Art führt. Unbändige Wildheit, Verstecktheit, Falschheit, schlaues Raffinement, Neigung zu brutalen Gewaltthaten, zu Lug und Trug, zum Diebstahl und zu Ausschweifungen, Mangel des Ehrgefühls und jeglicher Anhänglichkeit an Eltern und Geschwister, unverhülltes Hervortreten der ausgeprägtesten Selbstsucht lassen nicht selten schon beim Kinde die Keime der späteren krankhaften

Charakterentwicklung erkennen. Alle pädagogischen Einwirkungen bleiben fruchtlos, weil die pathologischen Triebe immer von Neuem mit unwiderstehlicher Gewalt hervortreten, weil die Ausbildung der höheren ethischen Gefühle, die ein dauerndes Gegengewicht gegen den Druck der niederen egoistischen Strebungen zu liefern bestimmt sind, hier keinen Boden findet. Bald ist es mehr eine stumpfe Gemüthlosigkeit, welche dieser Störung zu Grunde liegt, bald mehr eine vage Verschwommenheit der Gefühle, die keine einheitliche Ausprägung konstanter Willensdispositionen gestattet.

Die Intelligenz kann dabei innerhalb der Grenzen des praktischen Lebens ganz normal entwickelt sein, ja sogar sich zu einer gewissen Schlaueit erheben, die den Laien vielfach überrascht, allein es fehlt regelmässig die Fähigkeit zur Gewinnung allgemeiner Gesichtspunkte oder doch die Schärfe und Klarheit der Begriffe, wo noch eine Art verschwommener Abstraktion möglich ist. Sehr häufig macht man die Beobachtung, dass solche Individuen in ihrer Schülerlaufbahn bis zu einem gewissen Punkte, so lange es sich um eine rein gedächtnismässige Erlernung einfacher Dinge handelt, sogar bedeutende Fortschritte machen, dann aber, wo eigene, selbständige Verarbeitung des Lehrstoffes gefordert wird, rasch vollständig versagen. Es ist das Verdienst der italienischen Psychiatrie, die Spuren dieser krankhaften Anlage, dieses hauptsächlich im Gemüthsleben hervortretenden Defektes, auch im Verbrecherthum und zwar bei bestimmten Kategorien desselben, bei den „geborenen“ Verbrechern, nachgewiesen zu haben. Noch mehr, die aus ihr hervorgegangene sog. anthropologische Schule der Kriminalistik ist emsig bemüht, den direkten psychopathischen Ursprung solcher Naturen und die somatischen Begleitsymptome klarzustellen, welche im Allgemeinen, wie im Einzelnen den Rückschluss auf die tiefere, organisch-degenerative Begründung jener Form der psychischen Schwäche gestatten sollen.

Fast immer handelt es sich auch hier um angeborene, auf einer degenerativen Grundlage beruhende Zustände, doch kommen nach Kopfverletzungen, beim Alkoholismus und als

Ausgang chronischer Aufregungszustände ebenfalls Charakterveränderungen unter dem Bilde des moralischen Schwachsinnens zur Beobachtung, ja gewisse Stadien der periodischen Manie und des cirkulären Irreseins, in denen sich die leichte Erregung nur noch durch rücksichtslose Befriedigung der augenblicklichen Gelüste verräth, zeigen häufig eine überraschende Aehnlichkeit mit jenen Formen der psychischen Invalidität. Natürlich ist hier die Unterscheidung, abgesehen von der meist höheren intellektuellen Ausbildung der maniakalischen Kranken und dem Nachweise der bestehenden Exaltation, durch den Verlauf der Störung unmittelbar gegeben.

Das moralische Irresein ist ein an sich unveränderlicher Zustand, der nur um so folgenschwerer sich geltend macht, je grössere Anforderungen durch die umgebenden Verhältnisse an die sittliche Leistungsfähigkeit des Individuums gestellt werden. Die volle Ausdehnung des bestehenden Defektes verräth sich daher häufig erst dann, wenn die Nothwendigkeit einer selbständigen Lebensführung an dasselbe herantritt. Irgend eine wesentliche Veränderung des eigentlichen Krankheitsbildes hat man nicht zu erwarten, wenn auch die Erscheinungen des Irreseins in verschiedener Umgebung mit sehr verschiedener Heftigkeit auftreten können. Nicht selten sieht man solche Kranke im Schutze der Irrenanstalt harmlos und lenksam werden, die in der Freiheit der Schrecken ihrer Angehörigen und Nachbarn waren und in stetem Konflikte mit dem Strafgesetze lebten.

Wegen seiner praktischen Wichtigkeit hat man unter den verschiedenen Gestaltungen des moralischen Schwachsinnens als Querulantenwahn ein Krankheitsbild herausgehoben, welches sich durch das Auftreten von Beeinträchtigungsideen auf der Grundlage des sittlichen Defektes auszeichnet. Allerdings sind überhaupt derartige Wahnideen in diesen Zuständen nicht selten vorhanden; die Kranken schieben in ihrer Einsichtslosigkeit die Schuld für ihre verkehrten und oft mit einer gewissen Schlaueit gerechtfertigten Handlungen auf andere Personen und betrachten ihr Missgeschick als die Folge fremder Böswilligkeit und Intriguen. Beim Querulanten beherrscht diese

Vorstellung das ganze Krankheitsbild und knüpft sich in der Regel an irgend einen wirklichen Nachtheil an, den derselbe, meistens in einem Rechtsstreite und mit vollem Rechte, erlitten hat; dabei fehlt nur dem Kranken die Fähigkeit zu objektiver Würdigung der Sachlage und der Ueberblick über den Lauf der Dinge, der ihn sich bei der getroffenen Entscheidung beruhigen lassen würde. Sein krankhaft entwickeltes Selbstgefühl, welches ihm jedes Verständniss für die Berechtigung fremder Interessen unmöglich macht und ihn in eine extrem egocentrische Weltanschauung hinein-drängt, befestigt in ihm die Ansicht, dass ihm bitteres Unrecht geschehen sei und dass er auf jeden Fall die Angelegenheit weiter verfolgen müsse. Blind gegen besseren Rath, setzt er weitere Rechtsmittel in Bewegung, appellirt von einer Instanz an die andere, mit immer wachsender Leidenschaftlichkeit und Hartnäckigkeit sein vermeintliches „Recht“ suchend, mag auch alles Andere darüber zu Grunde gehen. Es liegt auf der Hand, dass dieser leitende Gedanke, um jeden Preis die Anerkennung der eigenen rechtlichen Interessen zu erzwingen, an sich ein durchaus gesunder genannt werden muss; das krankhafte Element liegt nur in dem mangelnden Verständnisse für das objektiv Rechte, in der Identifizierung der persönlichen Interessen mit dem öffentlichen, allgemeinen Wohle.

Die sittliche Idee der fremden Gleichberechtigung, das Gefühl für die Unverletzlichkeit auch der Rechtsinteressen des Gegners ist hier gänzlich unentwickelt geblieben oder wieder verloren gegangen. Der Kranke hält die unsittlichsten Mittel für erlaubt, sobald sie ihm zur Schädigung seines Feindes dienen, während selbst die mildesten Formen des rechtlichen Zwanges in ihrer Anwendung auf ihn selbst als brutale Angriffe und Vergewaltigungen aufgefasst werden. Auf diese Weise verwickelt sich der Kranke in einen endlosen Konflikt mit den Behörden und Gerichten, die er bald nur noch als eine Bande von Spitzbuben und Räubern betrachtet; er widersetzt sich allen Anordnungen derselben mit äusserstem Eigensinn und greift schliesslich zu offener Gewalt, um sich selbst das ihm vorenthaltene Recht zu suchen. Seine Häuslichkeit, sein Geschäft, sein Vermögen,

Alles wird dem krankhaften Drange geopfert. Nicht selten gewinnt der Kranke im Verlaufe seiner Angelegenheit eine ausserordentliche formale Kenntniss der Rechtsbestimmungen, die er ebenso, wie seine Akten, bisweilen wörtlich auswendig lernt, allerdings nicht, ohne dieselben in seinem eigenen, subjektiven Sinne auszulegen.

Mit der wachsenden Leidenschaft nimmt auch die Lust am Processiren selbst zu, so dass die Kranken schliesslich schon aus geringfügigem oder ganz ohne Anlass sich aus einem Rechtsstreit in den anderen stürzen; dass ihnen nicht der Sieg, sondern der Kampf selber Beweggrund zum Kampfe wird. Diese Zustände, die mannigfache Berührungspunkte mit den normalen Charakteranlagen der Rechthaberei, der Streitsucht aufweisen und in der That ohne scharfe Grenzen stetig in die Breite der gesunden Individualitäten übergehen, werden vom Publikum und auch von den Aerzten häufig verkannt und falsch beurtheilt, weil die intellektuellen Störungen in der Regel wenig hervortreten und durch ein oft gut erhaltenes Gedächtniss, wie durch eine gewisse rabulistische Gewandtheit verdeckt werden. Die Entstellungen und Verdrehungen des Thatbestandes, die der Kranke vom Standpunkte seiner krankhaften Auffassung *optima fide* vorbringt, werden leicht für absichtliche, raffinirte Täuschungen gehalten und als Beweis für die sittliche Verkommenheit und Unverschämtheit desselben angesehen.

Die Prognose dieser tief in der Persönlichkeit des Kranken wurzelnden Störung ist natürlich eine absolut ungünstige. In seltenen Fällen lernt derselbe im Laufe der Jahre mit dem Schwinden seiner lebhaften egoistischen Affekte, sich auf einen gewissen *modus vivendi* mit seiner Umgebung zu stellen; andernfalls wird regelmässig seine dauernde Aufbewahrung und Verpflegung in der Anstalt nothwendig.

C. Neurasthenische Zustände.

Jene allgemeine funktionelle Neurose, welche uns die neuere Zeit unter dem Namen der Neurasthenie kennen

gelehrt hat, pflegt gewöhnlich in der Reihe der Nervenkrankheiten abgehandelt zu werden. Wir können uns somit an dieser Stelle darauf beschränken, eine kleine Gruppe von Symptomenkomplexen aus jenem formenreichen Gebiete einer kurzen Betrachtung zu unterziehen, diejenigen nämlich, welche direkt in den Kreis der psychopathischen Erscheinungen hinüberreichen.

Der Grundzug der Neurasthenie ist die reizbare Schwäche des Nervensystems, eine Erhöhung der Erregbarkeit und zugleich eine leichtere Ermüdbarkeit desselben. Diese Zustände bieten daher in psychischer Hinsicht viele Aehnlichkeit mit dem oben als Basis der psychopathischen Prädisposition geschilderten Erethismus dar. Dort aber handelt es sich um eine von Jugend auf bestehende Anlage, einen eigenartigen Zustand dauernder Labilität des gesammten Seelenlebens, während die Neurasthenie eine krankhafte Veränderung darstellt, die erst als Folge bestimmter Schädlichkeiten, geistiger Ueberanstrengung, sexueller Excesse, langwieriger Ernährungsstörungen hervortritt. Wenn somit der Erethismus zunächst keine eigentliche Krankheit, sondern nur die Disposition zu einer solchen bedeutet, ist die Neurasthenie schon von vornherein als eine pathologische Alteration der nervösen und weiterhin auch der psychischen Funktionen zu betrachten.

Die gemeinsame psychopathische Veränderung, welche uns in den hierher gehörigen Krankheitsbildern entgegentritt, ist die zwangsweise Ueberwältigung der ohnmächtigen psychischen Persönlichkeit durch unwiderstehlich sich ihr aufdrängende Vorstellungen, Gefühle oder Impulse.*) Das Individuum hat die Herrschaft über seinen Bewusstseinsinhalt bis zu einem gewissen Grade verloren; es ist nicht mehr im Stande, den Verlauf seiner Vorstellungen nach inneren Motiven zu dirigiren und unangenehme Gefühle oder Antriebe im Entstehen zu unterdrücken. Regelmässig ist dabei volle Besonnenheit und Einsicht in die Störung, sowie ein bisweilen

*) Westphal, Archiv f. Psychiatrie VIII, p. 734.

äußerst peinliches Gefühl jenes Zwanges und jener Unfähigkeit vorhanden. Ähnliches begegnet uns ja nicht selten vorübergehend, wenn wir in Zuständen nervöser Ueberreiztheit, besonders beim Einschlafen, trotz angestrengtester Bemühungen die immer von Neuem auftauchenden Gedankenreihen nicht niederzukämpfen vermögen, sondern unter lebhaftestem Unbehagen über ganz gleichgültige, müßige Dinge nachdenken, uns irgend welche unwirklichen Situationen ausmalen müssen u. s. f.

Die einfachsten Formen dieser Störung sind jene, in denen bestimmte Vorstellungen in unablässiger Wiederkehr sich dem Kranken aufdrängen und auf diese Weise die freie Beweglichkeit seines Ideenverlaufes beeinträchtigen. Bisweilen sind diese „Zwangsvorstellungen“ an sich ganz gleichgültiger oder wenigstens nicht direkt irritirenden Inhaltes; nur in der häufigen Wiederholung liegt das Peinigende des Vorganges. Ich kannte einen Arzt, dem sich bei jeder Gelegenheit die Vorstellung eines Abtrittes in quälendster Weise aufdrängte. Derartige Fälle sind sicherlich recht häufig, kommen aber meist nicht zur Kenntniss des Psychiaters.

In einer weiteren Reihe von Fällen ist nicht der spezielle Inhalt, sondern nur die allgemeine Richtung des Gedankenganges durch den krankhaften Zwang beeinflusst. Es tauchen bei beliebigem Anlasse, bisweilen in förmlichen „Anfällen“, massenhafte, zwecklose, unlösbare, ja gänzlich alberne Fragen im Bewusstsein des Patienten auf, die derselbe vergeblich zu unterdrücken sich bemüht. Der Inhalt dieser Fragen nimmt nicht selten eine allgemeine metaphysische Richtung und beschäftigt sich namentlich gern mit der Entstehung und Entwicklung der Dinge („Schöpfungsfragen“), indem sich auf associativem Wege immer eine ganze Kette derselben aneinander knüpft: Was ist Gott? Wie ist er? Woher ist er gekommen? Giebt es überhaupt einen Gott? Wie ist die Welt, der Mensch entstanden? u. s. f. Bisweilen sind es auch irgend welche Gegenstände der zufälligen Umgebung, auf die der Blick gerade fällt, welche den Anknüpfungspunkt für die Zwangsfragen abgeben: Warum steht dieser Stuhl so und nicht

so? Warum nennt man ihn gerade Stuhl? Warum hat er vier Beine, nicht mehr, nicht weniger? Warum ist er braun, warum nicht höher, nicht niedriger? Man bezeichnet diese Form der Störung gewöhnlich mit dem Namen der Grübelsucht.*) Sie erinnert in vieler Beziehung an die bekannte Erfahrung grosser Rechenkünstler (Dahse), die ebenfalls zwangsmässig alle ihnen aufstossenden Gegenstände, die Worte eines Trauerspiels, die Buchstaben eines gehörten Gedichtes zählen, mit allen ihnen vorkommenden Zahlen umfangreiche Rechnungen ausführen mussten, ohne sich davon losmachen zu können.

Weit quälender wird natürlich die Störung, sobald der Inhalt der Zwangsvorstellungen ein sehr unangenehmer ist oder wenn dieselben den Charakter von Befürchtungen unter Begleitung lebhafter Unlustgefühle annehmen. So kommt es vor, dass derartige Kranke von der als völlig absurd erkannten Idee verfolgt werden, sie seien an irgend einem Unglück, einem Todesfalle, ja einer Missernte Schuld, sie hätten irgend ein Verbrechen begangen, könnten von ihrer Umgebung für einen Dieb gehalten werden u. s. f. Man sieht leicht, wie diese Zustände sich nur noch durch das Bestehen der Krankheitseinsicht von den melancholischen Erkrankungen unterscheiden; in der That beginnen die erwähnten Psychosen häufig genug mit einem Initialstadium, in dem die psychische Persönlichkeit noch gegen die andringenden krankhaften Ideen ankämpft, bis sie von denselben weiterhin vollständig überwältigt wird.

Die zwangsmässigen Befürchtungen können den gesammten Kreislauf der Tagesbeschäftigungen fast unablässig begleiten. Der vielleicht schon von jeher etwas pedantische Kranke wird von der Besorgniss gequält, dass er eine Thür nicht gehörig geschlossen, einen abgesandten Brief nicht zugeklebt, dass er ihn verwechselt, dass er sich beim Geldzählen geirrt habe, dass irgendwo ein Licht nicht ganz gelöscht worden sei u. s. f. Aus diesen immer wieder aufsteigenden Zwangsbefürchtungen entwickelt sich mit

*) Griesinger, Archiv f. Psychiatrie I, p. 626; Berger, ibid. VI, p. 217.

Nothwendigkeit eine wachsende Peinlichkeit in allen jenen kleinen Verrichtungen, die dem Kranken doch keine wirkliche Beruhigung verschafft. Beim Schliessen jedes Schlosses versichert er sich wiederholt, dass dasselbe wirklich zugesperrt ist, reisst das Kouvert wieder auf, um zu sehen, ob der richtige Brief hineingelegt, ob nicht Unterschrift oder Datum vergessen wurde, zählt jede Summe zehn, zwanzig Mal, bevor er sie abgiebt.

Analoge Besorgnisse sind diejenigen, sich zu verunreinigen, sich oder Andere zu vergiften, Nadeln zu verschlucken. Der Kranke kommt dadurch zu häufigen, schliesslich seine ganze Zeit einnehmenden Waschungen, da er sich überall zu beschmutzen glaubt; er fürchtet sich, Messing oder Kupfer wegen der Gefahr der Grünspanvergiftung zu berühren, kann nichts zu sich nehmen, ohne immerfort auf Nadeln und Glasscherben zu untersuchen, die er etwa mit verschlucken, in seinen Kleidern verschleppen könne. Auf diese Weise kann das ursprüngliche Bild der „Zweifelsucht“ (folie du doute) sich mit demjenigen der „Berührungsfurcht“ (délire du toucher) vergesellschaften.

Wo sich der Inhalt der Befürchtungen des Kranken auf das eigene Wohl und Wehe richtet, entstehen hypochondrische Zwangsvorstellungen. Gerade diese Gruppe pflegt wegen ihrer innigen Beziehungen zum Ich sehr rasch eine ausserordentliche Gewalt über den Bewusstseinsinhalt zu erlangen und somit, indem sie rasch den kritischen Widerstand des Subjektes niederkämpft, ungemein leicht in wirkliche Wahnideen überzugehen. Solche hypochondrische Neigungen sind bekanntlich eine so ungemein häufige Begleiterscheinung der Neurasthenie, dass man diese Fälle früher vielfach als leichteste Form psychischer Erkrankung unter dem Namen der Hypochondrie zusammengefasst hat. Sobald jedoch jene Ideen dauernde Macht über das Subjekt gewinnen und eine permanente depressive Verstimmung hervorrufen, lässt sich die entstandene Psychose von dem oben geschilderten Formenkreise der Depressionszustände füglich nicht mehr abtrennen.

In ähnlicher Weise, wie die Vorstellungen den Ge-

dankengang, können Gefühle zwangsmässig den Stimmungshintergrund des Individuums beeinflussen. Jene unmotivirten, wechselnden Verstimmungen der Neurastheniker, wie sie ganz allmählich in die Breite des Normalen übergehen, sind dafür treffende Beispiele, ja wir haben es schliesslich in den Depressionszuständen überhaupt mit einer derartigen allgemeinen Ueberwältigung des Gefühlslebens durch mächtige krankhafte Einflüsse zu thun, gegen die sich im Beginne des Leidens häufig genug die gesunde Persönlichkeit sehr energisch zu sträuben pflegt. Ein ganz besonderes klinisches Interesse jedoch nehmen jene eigenthümlichen Fälle in Anspruch, in denen die pathologischen Gefühlsschwankungen nur bei bestimmten Anlässen sich geltend machen. Am besten gekannt ist von diesen Zuständen der Symptomenkomplex der Platzangst (Agoraphobie.*)

Der Kranke ist nicht im Stande, allein über einen grossen menschenleeren Platz oder durch eine lange weite Strasse zu gehen; bei jedem Versuche dazu überfällt ihn eine namenlose, unüberwindliche Angst mit heftigem Herzklopfen, die ihm den freien Gebrauch seiner Glieder vollständig raubt. Eine klare Vorstellung verbindet sich mit dieser Angst nicht, nur die unbestimmte Befürchtung einer drohenden Gefahr. Die Begleitung eines Knaben, das Hinterhergehen hinter einem andern Menschen oder einem Wagen, das Festhalten an den Häusern genügt oft schon, um den lähmenden Affekt vollständig zu überwinden. In den höheren Graden ist es dem Kranken nicht möglich, in einem Zimmer allein zu sein, ohne von der furchtbarsten Angst befallen zu werden. Ich kannte einen durch chronische Verdauungsstörungen sehr heruntergekommenen Patienten, der Monate lang Tag und Nacht immer Jemanden um sich haben musste. Später, mit der Besserung des körperlichen Zustandes, verlor sich diese Erscheinung, aber die Platzangst bestand in allmählich abnehmender Intensität fort. Schliesslich konnte der Kranke auch diese

*) Westphal, Archiv f. Psychiatrie III, p. 138; Cordes, ibid. III, p. 521; X, p. 48.

Zustände koupiren, indem er sich stets bei seinen Ausgängen mit einem Priessnitzschen Umschlage und einem Fläschchen Valerianatinktur versah. Obgleich er von beiden Mitteln nie Gebrauch machte und sich der Lächerlichkeit seiner Maassregel völlig bewusst war, genügte die selbe doch, das sonst unfehlbare Auftreten der Angst zu verhindern.

Der Platzangst nahe verwandt ist die auch bei sonst ganz gesunden Menschen in verschiedenen Graden sehr häufige Höhenangst, die Gefühle intensivsten ängstlichen Unbehagens beim Stehen auf hohen Thürmen, am Rande von Abgründen, selbst wo nicht die mindeste objektive Gefahr eines Herabfallens vorhanden ist. Ferner beobachtet man bei Neurasthenikern bisweilen heftige Angstzufälle bis zur beginnenden Ohnmacht in grossen, weiten Räumen, in Kirchen und Theatern, in grossem Gedränge, beim Alleinsein in der Dunkelheit (Nyktophobie), endlich bei den verschiedensten Gelegenheiten, in denen die Kranken die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich gerichtet wissen, besonders bei öffentlichen Reden, Plaidoyers, Vorträgen u. s. f. In den höchsten Graden dieser Störung sind die Kranken nicht im Stande zu schreiben, zu gehen, zu essen, sobald sie sich beobachtet wissen, während sie sonst keinerlei motorische Störungen darbieten. Auch diesen Zuständen entsprechen Andeutungen im normalen Verhalten, der hindernde Einfluss, den die „Befangenheit“ auf die Sicherheit von Leistungen auszuüben pflegt, die sonst mit der grössten Leichtigkeit von Statten gehen, jenes Gefühl völligen Schwindens aller Gedanken, welches den ungeübten Redner bisweilen plötzlich auf das Peinlichste in dem Flusse seines Toastes unterbricht. Vom „Schwindel“ unterscheiden sich alle diese Zustände eklatant durch das gänzliche Fehlen der subjektiven Drehbewegungserscheinungen.

Zum Schlusse haben wir noch jener eigenthümlichen, ebenfalls im gesunden Leben häufig beobachteten, aber bei psychopathischen Individuen bisweilen sehr ausgebildeten Störungen zu gedenken, in denen die zwangsweise hervortretenden Vorstellungen und Gefühle den Charakter der Impulse annehmen. Zunächst haben dieselben vielleicht

nur die Form von Fragen: Was würde geschehen, wenn du diese oder jene Handlung unternehmen, mit dem daliegenden Messer einen Menschen, dein Kind tödten, dem dich trauenden Geistlichen plötzlich eine Ohrfeige geben, im Theater mit einem Male auf die Bühne springen würdest? u. dergl. In anderen Fällen jedoch treten diese Impulse als unwiderstehlicher Zwang auf (Herabsetzung der psychischen Widerstandsfähigkeit); die Kranken müssen in der Kirche, beim Beten gegen ihren Willen die frivolsten Gotteslästerungen ausstossen, können sich am offenen Fenster nur mit der grössten Mühe von dem Hinabstürzen zurückhalten und begeben eine Reihe von Zwangshandlungen, die dem gesunden Bewusstsein zunächst ganz unbegreiflich erscheinen. Auch bei dem *délire du toucher* sehen wir ja eine fortschreitende Entwicklung von der Zwangsvorstellung zur Zwangshandlung sich vollziehen.

Es liegt auf der Hand, dass die geschilderten Symptomenkomplexe, so sehr sie in dem gegebenen Krankheitsbilde hervortreten, stets nur Theilerscheinungen einer allgemeinen reizbaren Schwäche des gesammten Nervensystems darstellen. Regelmässig lassen sich bei den erkrankten Individuen auch die sonstigen nervösen und psychischen Veränderungen der Neurasthenie in stärkerer oder schwächerer Ausprägung auffinden. Allerdings verstehen die Patienten es bisweilen sehr gut, jene Störungen zu dissimuliren. Erhöhte gemüthliche Reizbarkeit, leichte Erschöpfbarkeit, häufige Schlaflosigkeit, unmotivirte Verstimmungen, allerlei Parästhesien und Hyperästhesien sind sehr gewöhnliche Begleiterscheinungen. Fast immer befallen jene Zustände intelligente, gebildete Personen mit rege entwickeltem Verstandesleben, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Männer, namentlich häufig im Anschlusse an geistige Ueberanstrengungen oder sonstige erschöpfende Einflüsse. Psychopathische Prädisposition scheint ebenfalls von entschiedener Bedeutung zu sein.

Der Verlauf ist ein remittirender; je nachdem das Grundleiden der reizbaren Schwäche Besserungen oder Verschlimmerungen erfährt, treten auch die geschilderten Symptome weniger oder mehr hervor. Die Anfälle von heftigster

Beunruhigung und Angst, die bei allen Formen dieser neurasthenischen Zustände gelegentlich auf der Höhe der Störung sich zeigen können, pflegt man als Krisen zu bezeichnen; sie führen bisweilen zu impulsiven Handlungen, durch welche die Kranken sich selbst und ihrer Umgebung in hohem Grade gefährlich werden. Die Prognose scheint am günstigsten zu sein bei der Agoraphobie und bei den einfachsten Formen der Zwangsvorstellungen. In der Regel tritt hier bei rationeller Behandlung nach spätestens einigen Monaten Heilung oder doch sehr erhebliche Besserung des Zustandes ein; allerdings sind Recidive nicht selten. Entschieden ungünstiger gestalten sich die Aussichten bei der Grübelsucht und der Berührungsfurcht. Auch hier kommen Heilungen und namentlich lange Intermissionen vor; meist aber besteht bereits ein gewisser Grad psychischer Schwäche, der im Laufe der Jahre langsam zunimmt und immer wieder jene Symptome hervortreten lässt. Bisweilen scheint sich auch ein Uebergang in chronisch melancholische Zustände oder in Verrücktheit zu vollziehen.

Die Behandlung hat in erster Linie die Neurasthenie durch möglichste Besserung der Ernährung und des Kräftezustandes unter Hinzuziehung der bekannten tonisirenden und roborirenden Mittel zu bekämpfen, ferner wirken leichte hydropathische Prozeduren, Bade- und Luftkuren ausserordentlich günstig; vereinzelt Erfolge wurden auch vom Bromkalium gesehen. Das Symptom der Platzangst wird im einzelnen Anfälle sehr wirksam durch mässige Alkoholdosen koupiert. Von grosser Wichtigkeit ist endlich das Fernhalten jeder psychischen Ueberanstrengung und Aufregung, Ablenkung durch leichte, aber anregende Beschäftigung und dort, wo die Störung Einfluss auf das Handeln gewinnt, auch eine geduldige, planmässige Pädagogik, die dem Kranken nach und nach die Herrschaft über seinen Willen und das stark erschütterte Selbstvertrauen wieder verschafft. Während der Krisen empfiehlt sich die Anwendung von Narkoticis, namentlich Morphium; jedenfalls ist hier eine sorgfältige Ueberwachung der Kranken dringend nothwendig.

D. Dementia senilis.

Wir haben schon in der allgemeinen Aetiologie des Irreseins Gelegenheit gehabt, in grossen Umrissen die Veränderungen zu schildern, welche die psychische Persönlichkeit im Alter regelmässig zu erleiden pflegt. In ihrer stärksten Ausprägung führen diese Veränderungen zu einem Krankheitsbilde, dessen Grundzug die psychische Schwäche bildet. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit ist herabgesetzt; die selbständige Verarbeitung neuer Eindrücke findet nur noch in sehr beschränktem Maasse statt. Namentlich auffallend sind die Störungen der Reproduktion. Nur die Erinnerung vergangener Tage haftet noch fest und wird mit weitschweifiger Breite immer von Neuem vorgebracht, während die Gegenwart fast spurlos an dem Kranken vorübergeht, nur unklar und lückenhaft aufgefasst wird und nach kurzer Zeit bereits völlig vergessen ist. So lebt der Patient bald nur noch in der Vergangenheit, findet sich in den ihn umgebenden Verhältnissen nicht mehr zurecht, verirrt sich in der gewohnten Umgebung, weiss nicht, was er vor wenigen Tagen oder Stunden erlebt oder gethan hat, besitzt weder Interesse, noch das mindeste Verständniss für irgend welche Veränderung der gewohnheitsmässigen Lebensführung, sondern hängt mit kindischem Eigensinn an dem Hergebrachten. Der Vorstellungsschatz wird ärmer, der Gesichtskreis verengert sich und das Urtheil bewegt sich ausschliesslich in den gewohnten Bahnen, ohne neuen Ideen oder Standpunkten Raum zu geben. In den höchsten Graden kann die Verblödung bis zur vollständigen Vernichtung der geistigen Regsamkeit fortschreiten.

Gleichzeitig macht sich auch im Gemüthsleben eine gewisse Verödung geltend. Nur die niedrig egoistischen Gefühle erhalten sich in ihrer früheren Intensität und treten daher gegenüber den höheren ethischen und ästhetischen Interessen in den Vordergrund; die Rücksicht auf das eigene unmittelbare Wohl und Wehe ist es, welcher die wesentlichen Motive für das Handeln entspringen. Häufig tritt dabei eine absurde Eitelkeit, sowie ein ängstlich-albernes Misstrauen gegen die Umgebung, Furcht vor dem Bestohlen-

werden u. s. w. hervor, die den Kranken zu allerlei sonderbaren, pedantischen Sicherheitsmaassregeln veranlasst. Schliesslich werden die Affekte oberflächlich und energielos; weinselige Rührung und läppische Freude werden durch die geringfügigsten Anlässe hervorgerufen, um ebenso rasch wieder zu verschwinden.

Der Geschlechtstrieb ist bisweilen vorübergehend abnorm gesteigert und führt zu unzüchtigen Handlungen, namentlich an Kindern, für deren kriminelle Bedeutung der geschwächten Intelligenz gewöhnlich die klare Einsicht mangelt. Eine grosse Bedeutung im Krankheitsbilde ist entschieden auch der Schlaflosigkeit zuzuschreiben, die ja eine regelmässige Begleiterscheinung des höheren Alters ist. Namentlich nächtliche Unruhe, Aufstehen, planloses Herumwandern, Kramen in alten Scharteken kommt nicht selten zur Beobachtung.

Auf der Basis des Altersschwachsinnnes können sich eine Anzahl verschiedener klinischer Krankheitsformen entwickeln, denen eben die gemeinsame Grundlage einen gewissen durchgehenden charakteristischen Zug verleiht. Die melancholischen Zustände zeichnen sich durch barocken Inhalt der häufig hypochondrischen Wahnideen aus. „Es geht nichts mehr durch“, alle Eingeweide sind verfault, der Kranke ist ein Hund, längst gestorben, die Welt ist untergegangen u. dergl. Meist ist der depressive Affekt nicht sehr tief, doch kommen auch heftige Angstzufälle, nächtliche Delirien und Sinnestäuschungen vor, die den Kranken bis zum Tentamen suicidii treiben können. Die maniakalischen Erregungszustände leiten sich nicht selten durch vermehrte Geschäftigkeit, unsinnige Einkäufe und Pläne, Schwatzhaftigkeit, albernen, unmotivirten Stimmungswechsel ein und führen zu völliger Verwirrtheit mit andauernder Neigung zum Zerstören und namentlich zum Schmieren und Sammeln. So sieht man die Kranken eifrig am Boden herumkriechen und wischen, oder in läppischer Ausgelassenheit tanzen und springen; sie geben mit freundlichem Lächeln gänzlich verkehrte Antworten, schwatzen vor sich hin und haben keine Ahnung davon, wo sie sich befinden. Sie vermögen sich in ihrer Verwirrtheit nicht mehr allein

an- und auszukleiden, finden ihr Bett nicht, sind zu den einfachsten Verrichtungen unfähig, dabei aber meist leicht lenksam und gutmüthig heiter.

Ausser der regelmässigen Beeinträchtigung des Schlafes weisen die Kranken meist noch mannigfache nervöse Störungen auf, in denen sich die tiefgreifenden Veränderungen in der Hirnnahrung kundgeben. Häufig sind halbseitige Paresen der Hirnnerven (Facialis, Hypoglossus), auch der Extremitäten, und ähnliche Herdsymptome, die auf Blutungen und Erweichungen im Gehirn hindeuten (Aphasie). Ferner beobachtet man oft Anfälle von verschiedenem Charakter, epileptiforme und apoplektiforme, je nach dem Sitze und der Art der verschiedenartigen Läsionen, die das senile Hirn so leicht bedrohen. Die hauptsächlichste anatomische Ursache aller dieser Symptomenkomplexe scheint die atheromatöse Veränderung der Gefässe mit ihren Folgen für die Ernährung der nervösen Centralorgane zu sein; wenigstens ist sie bei weitem der regelmässigste Befund. In vorgeschrittenen Fällen findet man makroskopisch, wie mikroskopisch Atrophie der Nervensubstanz. Das Hirngewicht ist verringert, das Volumen hat abgenommen (kompensatorische Schädelverdickungen und hydropische Serumansammlungen); die Windungen sind verschmälert. Die Ganglienzellen erscheinen in verschiedener Weise degenerirt (fettig, pigmentös, verkalkt). Ausserdem trifft man gelegentlich auf Erweichungsherde und Blutungen in Rinde und Marklager; pachymeningitische Erkrankungen, namentlich Hämátome, sind verhältnissmässig häufig.

Es liegt auf der Hand, dass diese anatomischen Veränderungen in manchen Punkten eine gewisse Analogie mit den Befunden der Dementia paralytica darbieten, insoweit sich aus denselben hier, wie dort eine fortschreitende Funktionsunfähigkeit der Hirnrinde folgern lässt. In der That zeigen auch die klinischen Krankheitsbilder beider Störungen vielfach eine grosse Aehnlichkeit mit einander, so dass bisweilen die Differentialdiagnose Schwierigkeiten macht. Wie schon früher aufgeführt, ist es hauptsächlich das höhere Alter der Kranken, der langsamere Verlauf und das stärkere Hervortreten von Herdsymptomen,

welches im einzelnen Falle für die Abgrenzung der *Dementia senilis* verwerthet werden kann.

In der Regel kommen die ausgesprochenen Formen des Altersblödsinnes nicht vor dem 60. Lebensjahre zur Beobachtung; nur bei schon ursprünglich invaliden oder durch besonders ungünstige Verhältnisse, namentlich aufreibende Affekte, geschwächte Konstitution stellt sich bisweilen ein vorzeitiges körperliches und geistiges Greisenthum ein. Der Verlauf ist gewöhnlich ein langsamer, über Jahre sich erstreckender, aber progressiver, wenn auch vorübergehende Erholungen nicht ausgeschlossen sind. Bemerkenswert muss indessen, dass bei rüstigen Individuen melancholische und maniakalische Erkrankungen häufig genug selbst in hohem Alter in normaler Weise ablaufen und mit Genesung endigen können; natürlich fallen diese Störungen nicht in die Kategorie der *Dementia senilis*. Der Tod erfolgt entweder in senilem Marasmus, durch eine interkurrente körperliche Erkrankung oder durch eine Hirnkomplikation, namentlich in Folge eines apoplektischen Insultes. Die Therapie hat bei dieser Lage der Dinge keinen sehr weiten Spielraum. Sorgsame körperliche Pflege und Ueberwachung der oft gebrechlichen und schlecht genährten Kranken, Bekämpfung der Aufregungszustände und Schlaflosigkeit durch vorsichtige Anwendung von Morphium oder Opium (*Pulvis Doveri*), zuweilen auch passend durch Spirituosen (abendliches Bier) und diätetische Maassregeln, ist so ziemlich Alles, was geschehen kann. Sehr häufig ist die Anstaltsbehandlung unnöthig und unter günstigen häuslichen Verhältnissen durch die familiäre Verpflegung vollständig zu ersetzen.

Den einfachen Formen des Altersschwachesinnes stehen klinisch jene psychischen Schwächezustände nahe, die sich als Begleiterscheinungen oder im Anschlusse an gewisse organische Hirnerkrankungen, Blutungen, Embolien, Tumoren, multiple Sklerose u. s. w. entwickeln. Auch hier handelt es sich ja um eine mehr oder weniger ausgedehnte Funktionsbeeinträchtigung der Hirnrinde, die sich bisweilen mit verschiedenartigen Reizungssymptomen verbinden kann. Die Diagnose des Grundleidens kann sich wesentlich nur auf die gleichzeitigen nervösen Störungen stützen.

E. Sekundäre Schwächezustände.

Die sekundären, als Endstadium einer überstandenen Geisteskrankheit auftretenden Schwächezustände unterscheiden sich von den primär zur Entwicklung gelangten lediglich durch die das Krankheitsbild bereichernden Ueberbleibsel der früheren Psychose, sowie durch die stärker hervortretende Neigung zu fortschreitendem Verlaufe. Eine ganz scharfe Abtrennung dieser beiden Formenkreise von einander ist deswegen nicht möglich, weil die psychische Störung, in deren Gefolge der sekundäre Schwachsinn auftritt, bisweilen nur wenig ausgeprägt ist, so dass man die vorhandene Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit nicht eigentlich als ein Residuum derselben ansehen kann. So entwickeln sich im Laufe der Epilepsie, des chronischen Alkoholismus, der Hysterie nicht selten ausgebildete Schwächezustände, die auch manche charakteristische Züge des Grundleidens erkennen lassen, ohne dass dieselben gerade als sekundäre Leiden bezeichnet werden könnten. Der schwachsinnige Epileptiker zeichnet sich durch seine grosse gemüthliche Reizbarkeit, die leicht zu jähzornigen, brutalen Gewaltthaten führt, durch eine starke Neigung zu äusserlicher Religiosität und eine eigenthümlich pedantische Kultivirung der Verkehrsformen, der Alkoholist durch Willensschwäche, die Hysterische durch häufigen unmotivirten Stimmungswechsel aus, gleichviel, ob sich der Schwachsinn unmerklich nach und nach im Verlaufe des Grundleidens herausgestellt oder sich an eine tiefere, akutere psychische Störung angeschlossen hat.

In der Mehrzahl der Fälle ist indessen die Entstehungsgeschichte des sekundären Schwächezustandes eine ziemlich klare. Die bei einem so lange gesunden Individuum zum Ausbruche gelangte Psychose schwindet nach dem Rücktritte der stürmischen Symptome nicht völlig, sondern es erhalten sich einzelne Erscheinungen derselben dauernd. Die psychische Persönlichkeit erlangt die ihr entfallene Herrschaft über ihren Erfahrungsschatz nur theilweise wieder; die Energie und Selbständigkeit des Seelenlebens ist vernichtet;

nur der gedächtnismässig festgehaltene Erwerb früherer gesunder und kranker Tage vermag noch dem Vorstellungsverlaufe eine gewisse, meist rasch abnehmende Reichhaltigkeit zu gewähren.

1. Sekundäre Verrücktheit.

Die nächste Folge des durch eine Psychose erzeugten Schwachsinnes ist die Unfähigkeit des Kranken, die auf der Höhe der Geistesstörung entstandenen Wahnideen zu korrigiren. Während der Gesunde die Phantasmen des Traumes oder des Fieberdeliriums sogleich mit der Rückkehr der Besonnenheit als solche erkennt und aus dem assimilirten Erfahrungsmateriale ausscheidet, muss die intellektuelle Schwäche in Folge einer schweren psychischen Erkrankung die Möglichkeit kritischer Berichtigung der neu entstandenen krankhaften Vorstellungen aufheben. In diesem Sinne hat jede von Wahnideen begleitete Psychose, die eine dauernde Schwäche der Intelligenz erzeugt, zunächst das Krankheitsbild der sekundären Verrücktheit, der wahnhaften Verfälschung des Erfahrungsmateriales zur Folge. Bei der primären Verrücktheit besteht jene Unfähigkeit zu einer Kritik der krankhaften Wahrnehmungen und Ideen von vornherein; hier kommt dieselbe erst im Verlaufe der Geistesstörung zur Entwicklung. Dort bildet sich der Wahn gerade auf der Grundlage einer kritiklosen phantastischen Kombination aus; hier wird er in den Stürmen der Affekte erzeugt und in seiner wesentlich schon fertigen Gestalt von der geschwächten Intelligenz festgehalten. Im Laufe der primären Verrücktheit werden neben dem verfälschten Bewusstseinsinhalte auch noch eine Reihe von richtigen Begriffen und Urtheilen von dem Kranken aufgenommen, die demselben lange Zeit, vielleicht für das ganze Leben, noch die Kultivirung gewisser gesunder Ideenkreise gestatten und den völligen psychischen Verfall hintanhaltend; die sekundäre Verrücktheit entsteht auf einem von der vorangegangenen Psychose schwer betroffenen Boden. Die regelmässig lange Dauer tiefgreifender affektiver Störungen mit intensiver Beeinträchtigung der

Besonnenheit vernichtet hier auch in weitem Umfange die Erinnerung an den Erwerb früherer gesunder Tage, so dass meist der Vorstellungsschatz ein weit geringerer ist, als in der ruhiger verlaufenden und nicht von ausgedehnten Bewusstseinsstrübungen begleiteten primären Verrücktheit.

So stellt sich demnach die sekundäre Verrücktheit nicht sowol als eine allmähliche Umwandlung der psychischen Persönlichkeit dar, wie die primäre Erkrankungsform, sondern sie bedeutet bereits den beginnenden Zerfall, die Aufhebung der aktiven Apperception, welche beim gesunden Menschen die Einheit und den inneren Zusammenhang des Bewusstseinsinhaltes vermittelt. Die Wahnideen bieten daher nicht jene systematische Geschlossenheit dar, wie sie, wenigstens im Beginne der Erkrankung, die primäre Verrücktheit auszeichnet. Ungeordnet, häufig widerspruchsvoll, wie sie gerade während der voraufgegangenen Psychose entstanden waren, stehen sie neben einander, ohne eigentliche weitere Verarbeitung zu finden; höchstens hat sich noch aus der früheren Krankheit ein gewisser Zusammenhang derselben untereinander im Gedächtnisse erhalten. Trotz des oft barocken und absurden Inhaltes der Wahnideen fehlt doch gänzlich die produktive Phantasie des primär Verrückten, der immer neue Ideenkreise in den Bereich seiner krankhaft verfälschten Weltanschauung zieht; der Kranke ist nicht mehr im Stande, Neues zu schaffen oder das Vorhandene noch weiterhin auszubauen. Der Ideenkreis bewegt sich in engen, stereotypen Bahnen; das Gemüthsleben ist verödet. Vielleicht geben noch kümmerliche Reste der früheren Affekte der Stimmung eine bestimmte dauernde Färbung, aber dieselben besitzen keine Lebhaftigkeit mehr; sie dokumentiren sich eigentlich nur in den gewohnheitsmässigen Ausdrucksbewegungen, ohne wirklich das apathisch gewordene Individuum im Innern zu ergreifen.

Mit dieser intellektuellen und gemüthlichen Unfähigkeit hängt der Umstand nahe zusammen, dass die Handlungen des Kranken durch die geäusserten Wahnideen kaum mehr beeinflusst werden. Der Kranke zieht meist keinerlei Konsequenzen aus seinem Grössen- oder Verfolgungswahn; derselbe übt keine Macht auf seinen Willen

aus, sondern es ist ausschliesslich die Gewohnheit aus vergangenen Tagen oder der Zwang der natürlichen Triebe, aus welchen die Motive für das Handeln ihren Ursprung nehmen. So ist der Kranke nur noch eine Ruine seiner selbst, eine Ruine, die dem sichern Untergange geweiht ist.

Die sekundäre Verrücktheit kommt am häufigsten nach schweren Depressionszuständen mit Wahnideen zur Entwicklung, seltener nach maniakalischen Erkrankungen. Wahrscheinlich wird das Auftreten dieses Krankheitsbildes überall, wo mit dem Verschwinden der Affekte die krankhaften Vorstellungen sich noch längere Zeit mit einer gewissen Hartnäckigkeit erhalten. Sehr gefährlich nach dieser Richtung und zugleich überaus häufig ist das Fortbestehen von Sinnestäuschungen, welche die Berichtigung der Wahnideen erschweren und oftmals dauernd unmöglich machen. Auch die primäre Verrücktheit, namentlich, wenn sich in ihren Verlauf tiefere Störungen der Besonnenheit einschleichen und wenn schon von Anfang an eine Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit bestand, führt in ihrem späteren Verlaufe, wo die Produktivität aufgehört hat, bisweilen zu Krankheitsbildern, die sich denjenigen der sekundären Verrücktheit durch den fortschreitenden Zerfall der psychischen Persönlichkeit annähern.

Das körperliche Verhalten der sekundär Verrückten bietet im Allgemeinen ausser einer häufig beobachteten vorzeitigen Dekrepidität keine besonderen Eigenthümlichkeiten. Nicht selten gehen die vegetativen Funktionen, Schlaf und Ernährung, mit grosser Regelmässigkeit von Statten. Das Körpergewicht pflegt gegenüber den vorausgehenden affektiven Zuständen eine beträchtliche Zunahme aufzuweisen.

Eine Heilung oder dauernde, wesentliche Besserung der sekundären Verrücktheit ist nach dem Wesen dieser Krankheit unmöglich. Bisweilen beobachtet man allerdings bei fieberhaften Affektionen selbst hier noch, vielleicht in Folge der besseren Hirnnahrung, ein vorübergehendes Zurücktretten der Wahnideen und das Auftauchen gesunder Vorstellungserien, aber diese günstige Veränderung ist

niemals von Bestand, sondern weicht meist sogar einer erheblichen Verschlechterung des Zustandes. Von einer eigentlichen Therapie kann füglich nicht die Rede sein. In der Regel wird sich wegen der socialen Unhaltbarkeit dieser Kranken die Verpflegung in einer Irrenanstalt als nothwendig erweisen, wo sie bei mechanischer, namentlich landwirthschaftlicher Beschäftigung noch am längsten eine gewisse geistige Regsamkeit sich bewahren und zugleich ein relativ glückliches und nütliches Dasein führen.

2. Sekundärer Schwachsinn und Blödsinn.

Während uns in dem Krankheitsbilde der sekundären Verrücktheit noch deutlich erkennbare Ueberbleibsel aus der überstandenen Psychose entgegentreten, handelt es sich bei dem sekundären Schwachsinn und Blödsinn einfach um eine mehr oder weniger hochgradige Abschwächung der psychischen Leistungen, ohne bestimmte Wahndecken, meist auch ohne eine bestimmte Veränderung des allgemeinen Stimmungshintergrundes. Die leichtesten Formen dieser Invaliditätszustände sind jene schon früher ausführlich besprochenen Heilungen mit Defekt, bei denen zwar die stürmischen Krankheitserscheinungen weichen, ohne dass doch die frühere gesunde Persönlichkeit in ihrem ganzen Umfange sich wiederherstelle. Oft genug zeigt sich diese Veränderung nur der allernächsten Umgebung, oft genug tritt sie nur dann hervor, wenn der anscheinend „Genesene“ in schwierige Lebenslagen, vor wichtige Entscheidungen u. dergl. gestellt wird. Sehr beachtenswerth ist der Umstand, dass sich kleine Abschwächungen der psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit ganz besonders im Bereiche des Gefühlslebens, in erhöhter Reizbarkeit und Labilität der Stimmung, Abstumpfung der höheren Interessen zu zeigen pflegen.

Von diesen leichtesten Formen des sekundären Schwachsinnens führt uns eine ununterbrochene Stufenfolge zu den schwersten Krankheitsbildern des völligen psychischen Verfalls, des Blödsinnes. Man pflegt hier hauptsächlich zwei grosse klinische Gruppen von einander abzutrennen, den

agitirten und den apathischen Blödsinn. Der agitirte Blödsinn oder die „allgemeine Verwirrtheit“ ist charakterisirt durch das Bestehen einer gewissen oberflächlichen Erregung neben vollständiger Zusammenhangslosigkeit des Vorstellungsverlaufes. Jede Spur einer inneren Einheit ist verloren gegangen; in meist sehr stereotypem Wechsel folgen sinnlose Reihen von krankhaften und gesunden, aber gänzlich unzusammenhängenden Vorstellungen einander, begleitet von den äusserlichen Zeichen einer meist exaltirten Stimmung, Geschwätzigkeit, blödem Lachen, läppischem Herumspringen, Gesichterschneiden u. s. f. Von jener Form der Verwirrtheit, die wir früher als höchste Steigerung der Ideenflucht kennen gelernt haben, unterscheidet sich dieser Zustand sehr wesentlich durch die Langsamkeit und Einförmigkeit des Vorstellungsverlaufes, den Mangel tieferer Affekte und die Unveränderlichkeit des Krankheitsbildes. Die gesunde psychische Persönlichkeit ist hier nicht blos vorübergehend in den Hintergrund gedrängt, sondern sie ist dauernd und vollständig vernichtet.

Die ausgeprägten Formen des agitirten Blödsinns sind vorzugsweise Endstadien ungeheilter Manien. Trotzdem hier die Aufregung sich verliert, hat der psychische Mechanismus dennoch so tiefgreifende Störungen erlitten, dass die gesunden Vorstellungsmassen nicht mehr im Stande sind, die Herrschaft über den Bewusstseinsinhalt wiederzugewinnen. Es giebt indessen auch in grosser Zahl Zustände von allgemeiner Verwirrtheit, die sich aus einer sekundären Verrücktheit herausentwickeln. Allerdings fehlen hier in der Regel die Symptome der Exaltation, doch rechtfertigt die gänzliche Zusammenhangslosigkeit des Vorstellens die genannte Bezeichnung. Der Kranke versteht die einfachsten Fragen nicht, giebt ganz sinnlose Antworten, weiss vielleicht nicht einmal seinen Namen, schwatzt gelegentlich verwirrt vor sich hin und ist zu keiner Beschäftigung mehr zu gebrauchen, weil er gar nicht begreift, was er soll, Alles verkehrt macht, oder Alles stehen und liegen lässt. Die gewöhnlichsten täglichen Verrichtungen, An- und Ausziehen, Essen und Trinken u. s. f., werden dabei in der

Regel noch ohne besondere Störung vollzogen. Wichtig ist es, zu wissen, dass solche verwirrte Kranke unter Umständen noch heftiger, plötzlicher Aufregungen fähig sind und ganz unvermuthete Gewaltthaten begehen können. Oft ist dabei ein äusserer Anlass, aufreizende, verkehrte Behandlung im Spiele; es scheint aber, dass auch hier noch gelegentlich Sinnestäuschungen oder vielleicht gar auftauchende Wahnideen mit Unlustgefühlen die Ursache derartigen Explosionen werden können.

Die Verwirrtheit ohne dauernde Erregung bildet gewissermaassen den Uebergang zu der zweiten Hauptform gänzlicher psychischer Vernichtung, dem apathischen Blödsinn. Hier ist die Umsetzung der physiologischen Prozesse in psychische Erscheinungen auf das Minimum beschränkt, vielleicht bisweilen völlig aufgehoben. Die Apperception, die deutliche Erfassung äusserer und innerer Vorgänge ist überhaupt nicht mehr möglich; nur unklare, verschwommene Vorstellungen oder dunkle Gemeingefühle wechseln einander träge im Bewusstsein ab. Selbst die natürlichen Bedürfnisse vermögen kaum oder gar nicht mehr den Kranken zu irgend einer aktiven Willenshandlung zu veranlassen; er ist fast unempfindlich gegen Hunger und Durst, gegen Hitze und Kälte, wie gegen den körperlichen Schmerz geworden. Die Muskelspannung und die Elasticität der Körperhaltung ist verloren gegangen. Mit ausdruckslosen Gesichtszügen, schlaff in sich zusammengesunken, sitzen die Kranken, ohne ein Wort zu sprechen oder auf eine Anrede zu reagiren, Tagaus Tagein unbeweglich da, wohin man sie schiebt, bis irgend ein äusserer Anstoss sie zu einem Wechsel ihrer Lage oder ihres Aufenthaltsortes antreibt. Sie müssen daher angekleidet, zu Bette gebracht, gefüttert, auf den Abort geführt, gereinigt werden, wie die Kinder.

In körperlicher Beziehung ist ein tiefes Darniederliegen der Kreislaufs- und Athmungsthätigkeit, der Wärme-Produktion und in weiterem Verlaufe meist auch der Verdauung zu konstatiren. Oedeme, Cyanose, Herabsetzung der Körpertemperatur, Verstopfung, bisweilen auch hartnäckige chronische Diarrhöen kommen häufig zur Beobachtung.

Der apathische Blödsinn schliesst sich am häufigsten

an schwere stuporöse Erkrankungen an, aus denen er unmittelbar hervorgeht. Dieser Uebergang markirt sich durch einen Nachlass jener Spannung in Gesichtsausdruck und Körperhaltung, welche den Stupor begleitet. Der passive Widerstand, den die Kranken so lange bei jedem Versuche einer äusseren Einwirkung geleistet haben, verliert sich; die Züge werden schlaff, und es tritt ganz allmählich das Bild vollständiger Apathie an Stelle der früheren ängstlichen Benommenheit. Ebenso entwickelt sich der apathische Blödsinn aus der Dementia acuta heraus, von der er sich symptomatisch durchaus gar nicht, sondern nur durch die Unheilbarkeit unterscheidet. Die Annahme liegt hier nahe, dass anfänglich vielleicht nur funktionelle Störungen allmählich zu dauernden und nicht mehr besserungsfähigen Veränderungen in den nervösen Centralorganen führen. Ferner kommt der apathische Blödsinn auch nach schweren, lange dauernden Manien und als letztes Stadium der sekundären Verrücktheit zur Beobachtung; man sieht hier natürlich alle möglichen Zwischenstufen. Im Ganzen ist die Kenntniss dieser Formen wegen des geringen praktischen Interesses, welches sie bieten, noch in vieler Beziehung unzulänglich; namentlich der Entwicklungsgang, der sie aus den Primärzuständen in die Krankheitsbilder völliger geistiger Vernichtung hinüberführt, ist in seinen Einzelheiten und Verschiedenheiten sehr wenig studirt worden.

Als die Grundlage des sekundären Schwachsinnes und Blödsinnes hat man ohne Zweifel schwere Funktionsbeeinträchtigungen der Hirnrinde zu betrachten. Nicht selten finden dieselben ihren greifbaren Ausdruck in einer nachweisbaren Atrophie des Gehirns (z. B. nach Typhus). Sehr häufig jedoch rechtfertigt der Leichenbefund nach dem heutigen Stande unseres Wissens das klinische Bild durchaus gar nicht, so dass wir an Veränderungen der Nervenmasse denken müssen, deren Nachweis unseren bisherigen Hilfsmitteln noch unmöglich ist.

Den sekundären Schwächezuständen gehört der bei weitem grösste Theil der Bewohner unserer Irrenanstalten an; sie sind lediglich Objekt der Pflege und zwar einer oftmals recht mühseligen und wenig lohnenden. Auch bei ihnen

kann eine passende, einfache Beschäftigung, an die sie in früheren Stadien der Krankheit gewöhnt werden und die sie auch im weiteren Verlaufe mechanisch fortreiben, noch einen gewissen Rest von Aktivität und geistigem Leben lange Zeit erhalten und zugleich auch den körperlichen Zustand vor zu rascher Dekrepidität bewahren. Ist eine Beschäftigung nicht mehr möglich und dauernde, tiefe Apathie zur Entwicklung gelangt, so pflegt auch das vegetative Leben nicht sehr lange mehr fortzubestehen. Namentlich häufig ist es die Phthise, welche hier einen günstigen Boden für ihre Entwicklung findet und endlich den geistigen in den leiblichen Tod hinüberführt.