



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

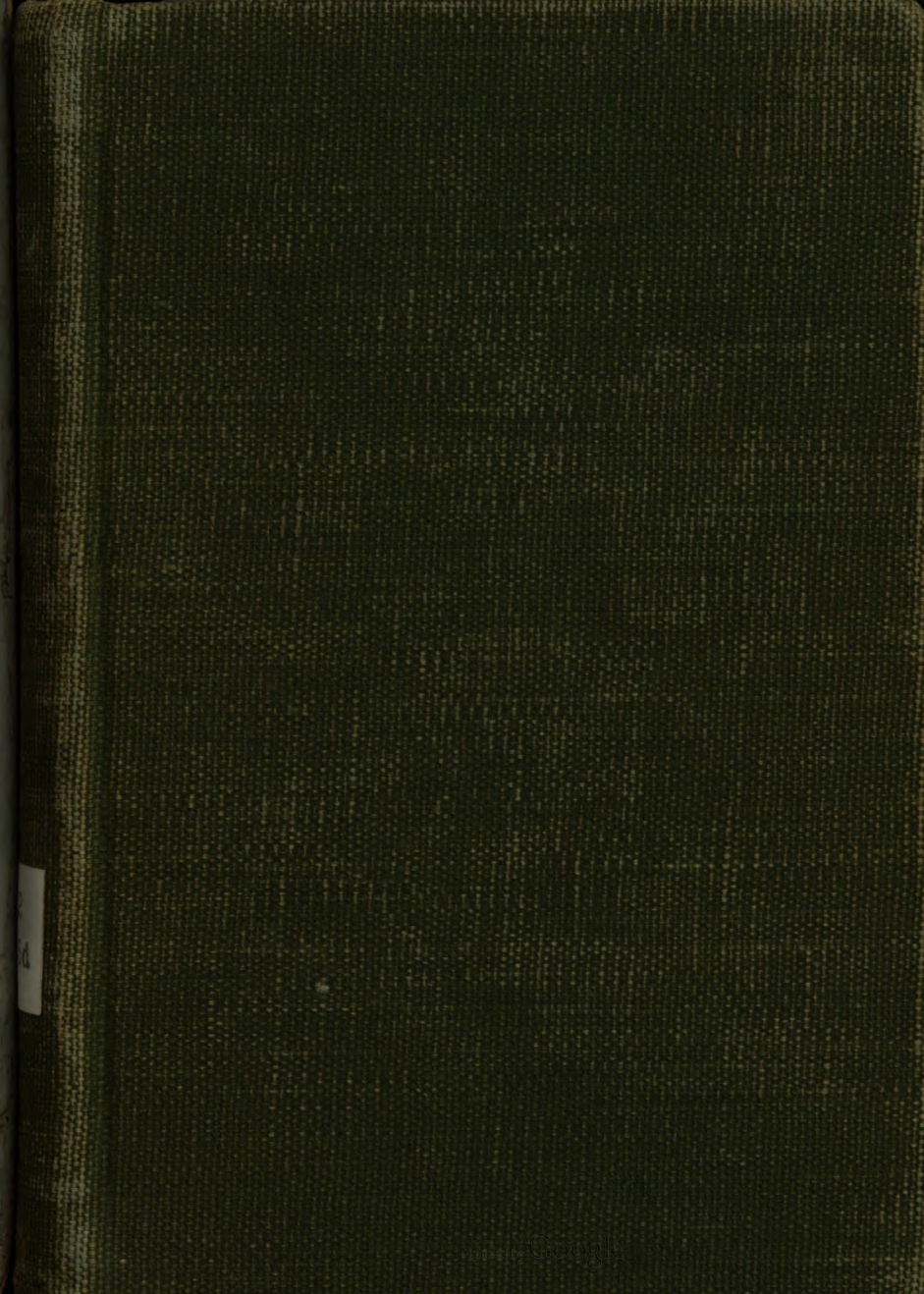
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.





LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY
OF ILLINOIS

13²

F 95d

EDUCATION

Return this book on or before the
Latest Date stamped below.

University of Illinois Library

APR 17 1956	SEP 20 1958
APR 20 1956	SEP 29 1958
APR 23 1956	OCT 6 1958
APR 26 1956	OCT 14 1958
APR 30 1956	OCT 20 1958
MAY 4 1956	NOV 8 1958
956L 8 I NIT	JULY 18 1959
JUN 25 1956	AUG 29 1959
OCT 24 1956	SEP 17 1959
NOV 22 1956	SEP 29 1959
JAN 17 1957	OCT 2 1959
SEP 30 1957	
NOV 1 1957	MAR 27 1968
DEC 3 1957	
JAN 20 1958	
MAY 1 1958	
SEP 15 1958	

198

214

143

132

Ge

IN SPITZ

Ver

Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten

Ein kurzes Lehrbuch

von

Dr. Manfred Fuhrmann

Assistenzarzt an der Fürstlichen Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus bei Lemgo

Mit 13 Kurven und 18 Schriftproben



Leipzig 1903

Verlag von Johann Ambrosius Barth.

...
bei
Aus
Hag

her
word
mosti
de le
in Ki
nd.
the
iter
d es
ere
epel
De
ad
er,
se
Mei
is
spr
Me
do
V
i j

in

132
F. E. d

Vorwort.

Dieses Compendium verfolgt rein praktische Ziele.

Es soll den Anfänger lehren, wie man in der Psychiatrie eine Diagnose macht. Daher ist alles Theoretische beiseite gelassen, überall eine möglichst exakte Kürze des Ausdrucks angestrebt und im wesentlichen die Differentialdiagnostik gepflegt worden.

Im speziellen Teile sind die einzelnen Psychosen nach ihrer Häufigkeit mehr oder weniger ausführlich behandelt worden; mit besonderer Genauigkeit wurde also die Diagnostik der Paralyse und der Dementia praecox dargestellt. Die letztere ist im großen und ganzen in Übereinstimmung mit Kraepelins Lehren abgehandelt, obwohl wir der Meinung sind, daß der Begriff der Dementia praecox eine ganze Reihe heterogener Prozesse in sich schließt, die früher oder später voneinander abgetrennt werden müssen. Bis dahin muß es als ein großer Fortschritt betrachtet werden, wenn unsere Ärzte die Dementia praecox in dem umfangreichen Kraepelinschen Sinne kennen und diagnostizieren lernen.

Das Kapitel über „Associationen“ ist in engstem Anschluß an die Methoden, die ich bei meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Sommer-Gießen, kennen lernte und z. Tl. selber weiter ausbaute, verfaßt worden. Da ich ihm das Meiste verdanke, was ich in meinem Fache gelernt habe, ist es meine Pflicht ihm hier nochmals meinen Dank auszusprechen.

Meinem früheren Chef, Herrn Sanitätsrat Neuhaus-Düsseldorf, sowie meinem gegenwärtigen Chef, Herrn Sanitätsrat Wagemann spreche ich für die Überlassung zahlreichen Materials meinen wärmsten Dank aus.

Lindenhaus bei Lemgo, im Juli 1903.

Dr. M. Fuhrmann.

I
II

IV
V
VI
VII
VIII

I

II
III
IV
V

Inhaltsverzeichnis.

A. Allgemeiner Teil.

	Seite
I. Die Anamnese	1
II. Die Beobachtung	5
III. Die Unterhaltung mit dem Kranken	36
Illusionen	47
Hallucinationen	50
Wahnideen	57
A) Die paranoischen Wahnideen	58
B) Größenideen. Expansive Wahnideen. Idées de grandeur	64
C) Depressive oder melancholische Wahnideen	67
D) Die hypochondrischen Wahnideen	70
IV. Untersuchung Geisteskranker, die nicht sprechen	97
V. Untersuchung der Schrift Geisteskranker	101
VI. Die körperliche Untersuchung	114
VII. Die Diagnose	125
VIII. Die Prognose	131
A) Sinnestäuschungen	135
B) Wahnideen	136
C) Katatonische Symptome	137
D) Körperliche Symptome	137

B. Spezielle Psychiatrie.

I. Die Dementia praecox	141
1. Die Dementia praecox simplex	142
2. Die Dementia praecox catatonica	150
3. Die Dementia praecox paranoides	156
II. Die akute hallucinatorische Verwirrtheit	160
III. Die Paranoia oder Verrücktheit	164
IV. Der hallucinatorische Wahnsinn	173
V. Die progressive Paralyse oder Dementia paralytica	177
1. Die demente Form der progressiven Paralyse	183
2. Die depressive Form der Paralyse	187
3. Die expansive oder klassische Form (Größenwahnsinn)	189
4. Die agitierte Form der progressiven Paralyse	191

	Seite
VI. Die Katatonie	192
VII. Das manisch-depressive Irresein	195
- 1. Die Manie	198
2. Die Depression (Melancholie) im manisch-depressiven Irresein	201
3. Mischzustände im manisch-depressiven Irresein	204
4. Verlauf und Ausgang des manisch-depressiven Irreseins	206
VIII. Die Psychosen des Rückbildungsalters	208
1. Die Melancholie	208
2. Die Hystero-Hypochondrie	213
3. Der präsenile Beeinträchtigungswahn	217
- 4. Die Dementia senilis	219
IX. Die Neuro-Psychosen	225
1. Die Hysterie	225
2. Die Epilepsie	236
3. Die Chorea	244
4. Die Neurasthenie	245
X. Die Intoxikationspsychosen	247
1. Der Alkoholismus	247
a) Pathologische Rauschzustände	247
b) Das Delirium tremens	248
c) Die akute Halluzinose der Trinker	254
d) Die Korsakoffsche Psychose	256
e) Der chronische Alkoholismus	259
f) Die Alkohol-Paranoia	262
2. Morphinismus	263
3. Cocainismus	266
4. Blei-Intoxikation	268
5. Andere Intoxikationen	270
XI. Fieber- und Infektionsdelirien	270
XII. Geistesstörungen bei Erkrankungen der Schilddrüse	274
1. Cretinismus	274
2. Myxödematöses Irresein	275
3. Geistesstörungen bei Morbus Basedowii	277
XIII. Geistesstörungen bei organischen Gehirnkrankheiten	278
1. Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis	278
2. Geistesstörungen bei Hirntumoren	280
3. Geistesstörungen bei Hirnabscessen	281
4. Geistesstörungen bei Apoplexie und Erweichung	282
5. Geistesstörungen bei multipler Sklerose	282
XIV. Geistesstörungen bei Urämie, Diabetes und anderen körperlichen Krankheiten	283

Seite
192
195
198
201
204
206
208
208
213
217
219
225
225
236
244
245
247
247
47
48
54
56
59
62
33
36
38
0
0
4
4
5
7
8
8
0
1
2
2
3

Angeborene Zustände.

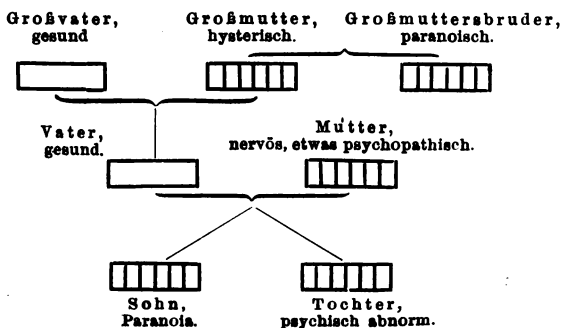
	Seite
XV. Der angeborene Schwachsinn	284
1. Die Debilität	285
2. Die Imbecillitas	287
3. Die Idiotie	291
XVI. Die Degenerierten	296
1. Die konstitutionelle Verstimmung	297
2. Das Zwangsirresein	298
3. Die abnorme Sexualempfindung	301
4. Die konstitutionelle Neurasthenie	303

A. Allgemeiner Teil.

I. Die Anamnese.

Wenn man vor die Aufgabe gestellt ist, einen Geisteskranken zu untersuchen, so darf man ihm nicht gleich mit Hammer und Stethoskop auf den Leib rücken. Vielmehr ist es am besten, ehe man den Kranken sieht, von den Anverwandten eine möglichst genaue Vorgeschichte zu erheben.

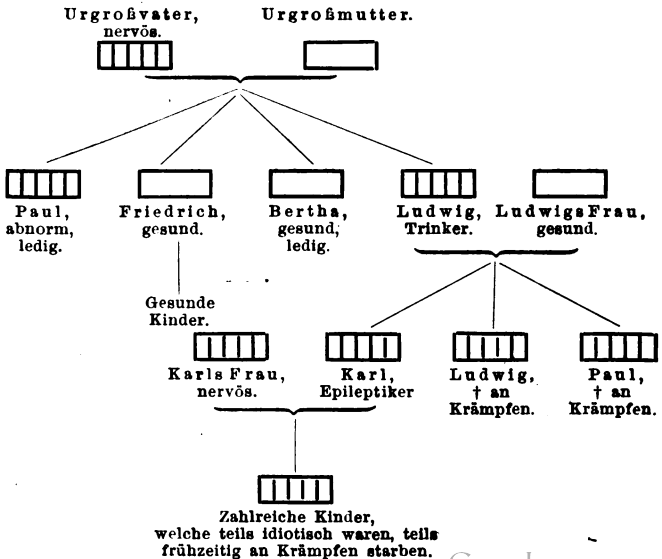
Die wichtigste Frage für den Arzt ist, ob der Kranke erblich belastet ist oder nicht. Man darf sich hier nicht begnügen, einfach in Bausch und Bogen zu fragen, ob Fälle von Geistes- oder Nervenkrankheiten in der Familie vorgekommen seien. Sondern man muß über jeden einzelnen der Verwandtschaft besonders fragen und über jeden möglichst viel zu erfahren suchen. Man geht so die ganze Ahnen- und Blutsverwandtschaft des Kranken durch. In manchen Fällen, wo Geisteskrankheiten häufiger im Geschlechte nachweisbar sind, empfiehlt sich die Aufstellung einer Ahnentafel, eines genauen genealogischen Registers über das ganze Genus, soweit es psychiatrisch von Interesse ist. Z. B.:



Direkte Vererbung liegt vor, wenn Vater oder Mutter, atavistische Vererbung, wenn die Großeltern, kollaterale Vererbung, wenn Verwandte aus den Seitenlinien (Onkel, Tante, Cousin etc.) geisteskrank waren. Gehäufte Vererbung ist vorhanden, wenn Vater und Mutter an Psychosen litten. Bei allen Fällen von Idiotie, Epilepsie und angeborenem Schwachsinn muß man die Frage prüfen, ob nicht eine sogenannte fortschreitende Vererbung (*hérédité progressive*) vorliegt.

Die Gesetze dieser seltenen, aber interessanten Erscheinung sind von Morel begründet worden. Sie besagen kurz: daß in einzelnen Fällen die Psychosen/erblich Belasteter an Schwere zunehmen, bis in den Endgliedern Schwach- und Blödsinn, und somit das Aussterben des Geschlechts resultiert. Sie sind hauptsächlich die Ursache der Lehre von der *Décadence* der Kultur Menschheit gewesen, einer Lehre, die heute im allgemeinen als überwunden bezeichnet werden kann. In ihrer schroffen Fassung ist sie falsch.

Das genealogische Schema solch einer Familie mit fortschreitender Degenerescenz wäre etwa folgendes:



Bei der Durchforschung eines Genus sind im wesentlichen folgende Fragen für den Psychiater wichtig:

1. Waren Vater und Mutter des Kranken blutsverwandt oder im Alter sehr unterschieden?
2. Psychologisches über den Vater (möglichst genaue Expertise über Charakter, Temperament, Neigungen)?
3. Zeigte der Vater auffallende Begabung, einseitige Talente, abnorme Charakterzüge?
4. Litt er an Geisteskrankheit und welches waren deren Symptome?
5. Hatte er Krämpfe (Epilepsie) oder irgend eine andere Nervenkrankheit (Hemicranie etc.)?
6. War er mit einer konstitutionellen Krankheit (Syphilis, Tuberkulose, Diabetes, Arthritis) behaftet?
7. War er dem Alkohol ergeben? Seit wann, in welchem Grade und mit welchem Ausgange?
8. Hat er Selbstmordversuche gemacht, oder ist er durch Selbstmord gestorben?
9. Ist er kriminell gewesen? Was hat er für Strafen bekommen?
10. Sind Geschwister von ihm jung gestorben, und woran?
11. Sind bei Geschwistern von ihm angeborene Mißbildungen, Blindheit, Taubheit oder Taubstummheit vorgekommen?

Alle diese Fragen unter No. 2—11 werden dann in Bezug auf die Mutter und alle übrigen Blutsverwandten, soweit darüber Aufschluß erlangt werden kann, wiederholt.

Nachdem man so ein anschauliches Bild von dem ganzen Genus gewonnen und sich ein genealogisches Register entworfen hat, nachdem man festgestellt, ob Heredität und welche Art von Heredität vorliegt, wendet man sich zur Vorgeschichte des Patienten bis zum Ausbruch der Krankheit.

Es handelt sich also zunächst um die Erforschung der normalpsychologischen Periode des Kranken, soweit eine solche vorhanden gewesen ist, um die psychologische oder psychiatrische Analyse der ganzen inneren und äußern Entwicklung des Kranken bis zum Eintritt der Psychose. Hier sind im wesentlichen folgende Fragen zu beantworten:

1. Hat Pat. Geschwister? Sind welche klein gestorben, und woran? Genaue Expertise über die Geschwister des Kranken.
2. Hat Pat. als Kind an Krämpfen gelitten? Wann und wie lange?

8. Hat Pat. als Kind an Rhachitis oder anderen Krankheiten gelitten?

4. Lernte er zur normalen Zeit laufen und sprechen?

5. Welche Schule besuchte er, wie lernte er, zeigte er Frühreife oder einseitige Begabung, wie verhielt er sich gegen die Mitschüler?

6. Welchen Beruf ergriff er, wie war er in seinem Beruf, in welchen Stellungen befand er sich?

7. Militärzeit des Kranken.

8. Ergab er sich dem Alkohol, seit wann und in welchem Maße?

9. Litt er an Syphilis?

10. Welche anderen körperlichen Krankheiten hat er durchgemacht?

11. Ist er verheiratet, war die Ehe glücklich, hat er Kinder, sind sie gesund oder an welchen Krankheiten leiden sie?

Erst jetzt, nachdem das ganze vergangene Leben unseres Kranken vor uns aufgerollt ist, und wir einen klaren Einblick in das Milieu, in dem er sich bewegte, in die Leiden und Freuden seines Daseins und seine ganze frühere Persönlichkeit gewonnen haben, beginnt die Expertise über den Beginn und den bisherigen Verlauf der Geisteskrankheit.

Hier sind folgende Punkte wissenswert:

1. Hat die Krankheit ganz plötzlich oder allmählich eingesetzt?

2. War eine Charakterveränderung bei dem Pat. zu bemerken?

Diese Frage ist von großer Wichtigkeit. Viele Geisteskranke können, von Familie und Gesellschaft getrennt betrachtet, kaum etwas Pathologisches bieten. Aber ihr Verhalten in ihrer sozialen Stellung, gegen Frau und Kind wird meist beredte Auskunft geben, daß sie unfähig waren, ihre Rolle in der menschlichen Gesellschaft zu spielen, wie früher. Alles dies muß genau erforscht werden. Bei Frauen ist es noch wichtig zu fragen, wie sie ihren Haushalt geführt haben.

3. War Schlaflosigkeit vorhanden?

Auch diese Frage ist wichtig. So wie es ein Zeichen der Rekonvaleszenz ist, wenn wieder regelmäßiger Schlaf eintritt, so ist es eins der häufigsten und ersten Symptome im Beginne der Geisteskrankheiten, wenn Störungen des Schlafes sich bemerkbar machen.

4. Waren Sinnestäuschungen zu beobachten?

Natürlich muß man, da die meisten Leute von Sinnestäuschungen nichts wissen, ihnen erst auseinandersetzen, durch welche objektiven Zeichen sich Sinnestäuschungen erkennen lassen. Man muß also fragen, ob er mit sich oder imaginären Personen gesprochen hat, ob er gespannt in die Ecken gelauscht oder starr auf einen Punkt gesehen hat, ob er das Haus durchsucht, unter dem

Bett nachgesehen hat, und nach anderen dergleichen objektiven Symptomen von Sinnestäuschungen forschen, die wir später noch genauer im Zusammenhang kennen lernen werden. Man erhält meist eine bestimmte Auskunft.

5. War Pat. erregt, und in welchem Grade, sprach er viel oder sprach er wenig, war ganz stumm?

6. Welche auffallende krankhaften Äußerungen tat Patient? Äußerte er Wahnideen? (Verfolgungs-, Größenwahn?)

7. Drohte er mit Selbstmord oder machte gar Selbstmordversuche?

8. Wie war die Stimmung des Kranken? gleichmäßig traurig, oder abnorm heiter, oder abwechselnd verstimmt und heiter?

9. Traten starke zornige Affekte, bedrohliche Handlungen auf?

10. Waren Intelligenzdefekte, Störungen des Gedächtnisses zu beobachten?

11. Kamen Verstöße gegen Gesetz oder Moral vor?

12. Wie war es mit der Nahrungsaufnahme des Pat.?

In der Psychiatrie ist eine genaue Anamnese die halbe Krankengeschichte.

Meist wird bereits nach Beantwortung der vorstehenden Fragen der Verdacht auf eine bestimmte Psychose sich lenken, und der erfahrene Psychiater wird dann seine weiteren anamnestischen Fragen in diesem Sinne formulieren. In vielen Fällen wird er bereits aus der Anamnese die Diagnose machen können, ohne den Patienten selber gesehen zu haben.

II. Die Beobachtung.

Nachdem man von den Angehörigen des Kranken oder sonstigen Leuten, die Auskunft geben konnten, eine exakte Anamnese erhoben hat, begibt man sich zu dem Kranken selber. Wie gesagt, ist es grundfalsch, dem Kranken gleich mit einer körperlichen Untersuchung oder einer ganz überflüssigen Expertise über sein Befinden zu Leibe zu gehen, sondern zunächst heißt es einfach: sehen und beobachten! Hierin liegt überhaupt das ganze Geheimnis psychiatrischer Diagnostik: sehen lernen! Es gilt, ein möglichst genaues und scharfes Zustandsbild zu gewinnen — *examen à distance*,

wie die Franzosen bezeichnend sagen — und sich klar zu machen, aus welchen psychopathologischen Erscheinungen elementarer Art dieses zusammengesetzt ist.

Schon der Empfang, den der Kranke dem Arzte bereitet, ist meistens charakteristisch. Während der Manische, der den Arzt nie oder nur selten gesehen hat, gleich auf ihn losstürzt, ihn als alten Bekannten mit „Du“ anredet und in ideenflüchtiger Weise auf ihn einredet, zieht sich der Paranoische finster und abweisend zurück und dreht ihm den Rücken zu. Der Melancholische liegt meist traurig zu Bett und empfängt seinen Arzt gleichgültig, stuporöse oder verwirrte Kranke werden sich um sein Erscheinen gar nicht kümmern.

Am ersten wird der Blick des Beobachters sich dann dem physiognomischen Ausdruck des Kranken zuwenden. In vielen Fällen wird der in der Physiognomik erfahrene Psychiater sofort auf einen Blick eine sichere Diagnose machen können. Das Studium der physiognomischen Ausdrucksmittel kann daher gar nicht genug empfohlen werden.

Die mimischen und physiognomischen Ausdrucksmittel der Geisteskranken unterscheiden sich meist stark von denen der Geistesgesunden. Nur wenige Geisteskranke bieten in ihrer Physiognomie nichts, was auf eine Geisteskrankheit schließen lassen könnte. Fast alle Geisteskranken und fast jede Form der Geisteskrankheit hat ihren besonderen visus, der diagnostisch verwertbar ist, und uns geradezu gestattet, die Gedanken von dem Gesichte des Kranken abzulesen. Bei manchen Kranken, besonders bei solchen, die nicht sprechen oder gar gänzlich reaktionslos sind, ist die Physiognomie oft der einzige Anhalt für die Diagnose.

Der Gesichtsausdruck kann sein:

1. traurig, schmerzlich, verstimmt; dann sind die Augen oft glänzend, ohne Tränen, die Stirn ist entweder in tiefe vertikale Furchen gefaltet, oder man findet auf der Stirn die hufeisenförmigen Gramfalten. Alles übrige Mienenspiel ist meist erloschen. Immer bleibt derselbe traurige Ausdruck. Die Augen sind oft gesenkt, der Unterkiefer hängt kraftlos herab (Melancholie, Depressionszustände);

2. ängstlich-gespannt; dann treten die starr blickenden Augen weit aus ihren Höhlen hervor und sind glänzend, weit aufgerissen; die mittleren Partien der Augenbrauen sind nach oben gezogen, die Stirn ist in tiefe horizontale Falten gelegt, die Nasenlöcher sind erweitert, die Nasolabialfalten tief ausgeprägt, die Mundwinkel nach abwärts gezogen. Auch hier sind die Züge maskenhaft unbeweglich und ein vollendeter Ausdruck der traurigen Gefühle und Wahnideen, die die Kranken beherrschen (Angst-Melancholie);

3. lebhaft, auffallend heiter. Dann ist die Stirn meist glatt, das Mienenspiel sehr wechselnd, die Augen glänzen, an den äußeren Augenwinkeln finden sich die strahlenförmig sich ausbreitenden kleinen Fältchen, Krähenfüßchen genannt, der Mund hat einen lächelnden Ausdruck, das Gesicht ist meist gerötet (Manie);

4. mißtrauisch, feindselig, drohend. Dieser Gesichtsausdruck ist für Paranoiker (Verfolgungswahnsinnige) charakteristisch: sie haben einen unstäten Blick, mustern alles mit raschen, durchdringenden schrägen Blicken, die oft etwas Lauerndes haben und kneifen die Lippen fest zusammen. Wenn man sie fragt, lächeln sie oft verächtlich oder herablassend-ironisch;

5. visionär, verzückt. Dann sind die stark glänzenden, weit aufgerissenen Augen meist nach oben und starr auf einen Punkt gerichtet, der Gesichtsausdruck ist lächelnd, selig, verklärt. Dieser physiognomische Ausdruck kommt besonders bei Epileptikern in Zuständen von Ekstase vor;

6. maskenartig, ausdruckslos. Dann sind meist alle Falten wie ausgewischt, das Mienenspiel ist erloschen, die Lider schlagen selten, der Blick ist wie abwesend, öde und inhaltlos. Man findet diesen Gesichtsausdruck eigentlich nur bei Katatonikern;

7. gespannt, lauschend, bei Kranken mit Sinnestäuschungen. (Hallucinanten.) Diesen Gesichtsausdruck werden wir später bei den Sinnestäuschungen noch genauer kennen lernen;

8. stolz, hochmütig, arrogant, oft theaterhaft-majestätisch; das ist der Gesichtsausdruck der Paranoiker, die von Größenideen beherrscht sind;

9. schlaff, energielos, verschwommen. Dann finden sich häufig Unterschiede in der Gesichtsinervation (Facialispareesen), Pupillendifferenzen und Zuckungen in der mimischen Muskulatur. Wir bemerken alles dies bei der progressiven Paralyse, wo häufig schon im Beginn die ausdruckslose oder ausdrucksarme Physiognomie bei relativer Intaktheit der Psyche auffällt. Bei vorgeschrittenen Fällen ist die Physiognomie entweder apathisch-dement oder spiegelt die kindlich-unsinnigen Größenideen und die schwachsinnige Euphorie wieder, welche für die Paralytiker charakteristisch sind.

10. verroht, mit dem klassischen Ausdruck des Galgenhumors. Das ist die allgemein bekannte Physiognomie des chronischen Alkoholisten, des Schnapslumpen. Ihre Gesichter sind meist ge-

dunsen, oft durchziehen erweiterte Venen das Gesicht, die Augen sind schwimmend, unstet, die Conjunctivae, auch die Sclerae, oft stark injiziert. Oft erinnern ihre Gesichtszüge an die von Paralytikern;

11. märtyrerhaft, leidend, zugleich verträumt. Dieser physiognomische Ausdruck findet sich nicht selten bei Epileptikern. Auch sonst ist der Epileptiker sehr häufig sofort am Gesicht zu erkennen, besonders der epileptisch Demente. Die häufigen Schädelabnormitäten (Hydrocephalus etc.), die plumpen, groben, oft gedunsenen Gesichtszüge, die dicken Lippen, die weit auseinanderliegenden Augen, die oft massige und doch ausdruckslose Stirn, dabei der eigenartig benommene duseelige Blick lassen die Diagnose oft momentan stellen;

12. dement. Es ist in vielen Fällen schwer zu sagen, wqrin das physiognomische Charakteristikum der dementen Physiognomie liegt. Im allgemeinen ist der Gesichtsausdruck Geisteskranker, wenn einmal die Demenz eingetreten ist, ein bleibender; er reflektiert meist in abgeschwächter Weise die pathologischen Affekte (Angst, Trauer, Mißtrauen), die den Kranken in der akuten Periode bewegten, und trägt dabei das schwer definierbare Signum der Demenz. Das Mienenspiel ist meist sehr arm, häufig ist der Mund halb geöffnet, der Kiefer hängt schlaff herab und Speichel fließt zum Munde hinaus. Manchmal kann durch die Physiognomie Demenz vorgetäuscht werden, wo später zur Überraschung des Arztes Genesung eintritt. Man muß also sehr vorsichtig sein, die Demenz aus der Physiognomie allein zu diagnostizieren.

Festzustellen ist dann bei der Analyse des physiognomischen Ausdrucks noch, ob nicht abnorme Haltungen oder Bewegungen im Gebiet der Gesichtsmuskulatur nachweisbar sind, die mit Affekten, also mit Ausdrucksbewegungen, nichts zu tun haben. Es handelt sich hier wesentlich

1. um starres Festhalten einer bestimmten Innervation, häufig in einem ganz kleinen, circumscripiten Gebiet, oder gar in einem einzigen Muskel: hierher rechnen die bizarren Gebärden und Grimassen Geisteskranker, z. B. der Schnauzkrampf der Katatoniker, wo die Lippen rüsselartig vorgewölbt werden;

2. um fortwährendes Wiederholen derselben stereotypen Muskelkontraktion, z. B. beständiges rhythmisches Zucken im Mundwinkel, oder Runzeln der Stirn.

Beide Arten abnormer mimischer Bewegungen sind von diagnostischer Wichtigkeit. Sie kommen am häufigsten bei der Katatonie und der Dementia praecox vor und zwar mit

Vorliebe im Beginn der Psychose, so dass hieraus die Frühdiagnose gestellt werden kann.

Im Einklang mit dem physiognomischen Ausdruck stehen in den meisten Fällen äußere Haltung und Gesten der Kranken:

1. Der Melancholische, dessen Gesichtsausdruck so charakteristisch ist, sitzt meist schlaff und zusammengesunken da, die Arme hängen entweder herunter oder sind auf dem Schoße gefaltet. Der Kopf ist gesenkt; in ihrer ganzen Haltung spricht sich die hoffnungslose Trauer, das drückende Schuldbewußtsein aus. Sie bewegen sich sehr wenig, oder machen nur monotone Bewegungen, die den Eindruck des Nervösen und Verlegenen erwecken (kauen an den Nägeln, streichen über die Bettdecke, zupfen am Hemd etc.).

2. Im Gegensatz zur Melancholia simplex sind die Melancholischen mit Angst in starker Bewegung. Sie seufzen, klagen, ringen die Hände, laufen planlos hin und her, knien nieder, drängen beständig zur Türe, schlagen sich die Brust, zerraffen sich die Haare und klemmen sich ängstlich an jeden, der vorüberkommt. Häufig drücken sie krampfhaft die Hand in die Herzgegend (Präcordialangst). In den Fällen höchster Angst kommt es zu einer völligen Erstarrung: Die Kranken hocken da mit dem Gesichtsausdruck der Angst und des Entsetzens, keine Miene zuckt, kein Glied bewegt sich, bis vielleicht ein plötzlicher impulsiver Ausbruch (raptus melancholicus) die Hemmung durchbricht.

3. Die Maniakalischen sind höchst ungeordnet in Gesten und äußerer Haltung. Sie gestikulieren sehr lebhaft, machen häufig zahlreiche Theaterposen und sind in unaufhörlicher Bewegung. Sie laufen zwecklos hin und her, hüpfen, springen, tanzen, wälzen sich am Boden und schlagen Purzelbäume.

4. Im Stadium des Verfolgungswahns sind die Paranoischen häufig sehr sparsam und zurückhaltend in ihrer Gestikulation. Ihre Haltung ist abweisend, oft drohend. Wenn der Größenwahn eingetreten ist, nehmen sie eine majestätische Haltung an; der Kopf wird stolz emporgerichtet, die Arme machen weitausgreifende, gebieterische, theatralische Bewegungen, der Gang ist wichtig, gemessen. Alles hat die ausgesprochene Tendenz, der Umgebung zu imponieren.

5. Bei Paralytikern fällt oft sehr früh die gänzliche Handlungslosigkeit auf. Auch bei Paralytikern mit Größenwahn bildet die Unsicherheit der äußeren Haltung, das Zittern und Schwanken oft einen grellen Kontrast zu ihren Größenideen und der starken Euphorie.

6. Die Dementen bieten sehr übereinstimmende Bilder. Ihre Haltung ist energielos, schlaff, zusammengesunken, der Gang ist schleppend, schlotternd, der Kopf hängt oft auf die Brust herab,

und die Körperhaltung ist wie bei Greisen vornübergebeugt. Überall, wo diese charakteristische Haltung eingetreten ist, kann man mit ziemlicher Sicherheit einen irreparablen Zustand diagnostizieren.

In vielen Fällen verdient die Kleidung und Toilette eine besondere Beachtung, und erlaubt wichtige diagnostische Schlüsse über den Grad der äußeren Besonnenheit und Haltung.

Bei Melancholischen, oft auch bei Paralytikern, ist die Vernachlässigung der Toilette ein häufiges Initialsymptom der Psychose, besonders bei Kranken besserer Stände. Ebenso ist es oft ein Zeichen der beginnenden Genesung, wenn die Kranken wieder anfangen, ihrer Toilette Sorgfalt und Aufmerksamkeit zuzuwenden. Fast bei allen erregten Kranken ist die Toilette in Unordnung, vernachlässigt, derangiert, was man mit einem Blick feststellen wird. Bei Dementen ist die unordentliche Kleidung oft mit Speichel oder Speiseresten beschmutzt — eine Folge des steten Speichelflusses und der schlechten Eßmanieren. Die Alkoholiker fallen fast stets durch ihre lüderliche und verwahrloste Toilette auf, und bei ihnen ist der Grad dieser äußeren Verwahrlosung geradezu ein Maßstab für den Grad der inneren Verkommenheit. } Einen Trinker, der sich sorgfältig kleidet, braucht man noch nicht aufzugeben. Viele Geisteskranke kleiden und drapieren sich in höchst auffallender Weise, besonders die Maniakalischen, die Paranoischen und die Katatonischen. Bei den letzteren tritt das Bizarre und Gesuchte, was zur Psychose gehört, häufig auch in der Kleidung zu Tage; bei den Paranoikern ist meist irgend eine Wahnidee im Spiel (Gustav Nagel), und die Manischen staffieren sich malerisch aus, um Aufsehen und Heiterkeit zu erregen. Auch viele Hysterische, besonders schwachsinnige, lieben auffallende Kleidung und grelle Farben, wobei oft ihr absonderlicher, auch schlechter Geschmack sich offenbart.

Die Orden und Ordensbänder, die Medaillen und Denkmünzen, welche manche Kranke, oft in zahlloser Menge, auf ihre Kleider heften, sind von besonderer diagnostischer Bedeutung: sie sind fast immer ein Symptom von Größenideen und kommen eigentlich nur bei Paranoikern vor,

Wichtig für die Diagnose kann auch die Haartracht und deren Zustand sein.

Bei erregten Kranken ist das Haar oft in völliger Unordnung, besonders bei erregten Frauen wird mit Vorliebe das Haar aufgelöst und durcheinander gewirrt. } Kranke mit Dementia praecox lieben eine gesucht-geniale, oder eine sehr peinliche Haartracht; hysterische bevorzugen phantastische Frisuren und wechseln sehr häufig ihre Haartoilette, welche sie immer mit großer Sorgfalt ausführen. In einem Falle ist die Haartracht geradezu pathognomonisch:

das ist bei den Fällen mit Paranoia religiosa. Derartige Kranke tragen Haare und Bart lang herabwallend und ungepflegt, um so schon äußerlich die Figur eines Apostels oder Propheten darzustellen. Manche Paranoiker ahmen peinlich Haartracht und Bartschnitt der hohen Personen nach, die sie zu sein oder von denen sie abstammen glauben.

Bei vielen Geisteskranken, auch jugendlichen, ergrauen die Haare auffallend rasch.

Aus dem physiognomischen Ausdruck und aus der äußeren Haltung bilden wir uns bald ein Urteil, welches die Grundstimmung des Kranken ist, und werden hieraus die wichtigen diagnostischen Schlüsse über sein Gemütsleben ziehen können.

Beim Melancholischen sind wir nicht im Zweifel. Hier herrscht eine andauernde, gleichmäßig tiefe traurige Verstimmung, die durch alle Vorgänge in der Um- und Außenwelt, und seien sie noch so interessant für den Kranken, unbeeinflusst bleibt. Der Kranke ist teilnahmslos gegen das Wohl und Wehe anderer, selbst seiner Lieben, er ist nur mit seinem eigenen Schmerze beschäftigt.

Im Gegensatz zum Melancholiker ist die Grundstimmung des Manischen eine abnorm heitere und fortgesetzt ausgelassene, der Kranke ist in seligster Stimmung, übermütig und überselig, und seine Euphorie wird nur ab und zu von kurzen Zornparoxysmen unterbrochen.

Geradezu ein charakteristisches Symptom ist die humoristische Stimmung der Alkoholisten, besonders der Alkoholdeliranten, wo sie mit dem Delirium kommt und verschwindet, und meist als sogenannter Galgenhumor in die Erscheinung tritt.

Die verbissene, mürrische, feindselige und mißtrauische Stimmung der Paranoiker wird an dem typischen physiognomischen Ausdruck dieser Kranken leicht erkannt werden.

Wichtig ist ein eingehendes Studium der Stimmung bei allen jugendlichen Kranken, wo es sich um die diagnostische Frage handelt, ob eine Dementia praecox im Beginne ist.

Der häufige, unmotivirte Stimmungswechsel, eine gewisse läppische Ausgelassenheit und alberne Heiterkeit, plötzliches grundloses Lachen und Weinen und ein gewisses Mißverhältnis zwischen äußerem Reiz und dadurch verursachtem Affekt (übertriebene oder schwache Ausdrucksbewegungen), sowie eine zunehmende Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit lassen häufig den Ernst der Lage erkennen.

Von pathognomonischer Bedeutung ist der plötzliche,

häufige, meist unmotivierter Stimmungswechsel der Paralytiker:

Der blühendste Größenwahn wird ganz unvermittelt durch die haltloseste Verzweiflung unterbrochen, die tiefste Traurigkeit oft durch ein unbedeutendes Ereignis, ein wertloses Geschenk, in die seligste Euphorie verwandelt. Besonders charakteristisch ist für den Stimmungswechsel der Paralytiker, daß er oft künstlich, durch die Erweckung bestimmter Vorstellungen, manchmal durch einen bloßen Blick, hervorgerufen werden kann.

Auch bei Hysterischen spielt die Labilität der Stimmung eine große diagnostische Rolle. Bei vielen Geisteskranken kann von Stimmung nicht mehr die Rede sein. Hier läßt sich oft auf einen Blick das gänzliche Darniederliegen der gemütlichen Seite des geistigen Lebens feststellen. Jeder Affekt ist erloschen. (Demenz.)

Nachdem wir mit wenigen Blicken alles das beobachtet und studiert haben, was sich bei der Betrachtung *par distance* an diagnostisch wichtigen Phänomenen darbietet, wenden wir uns jetzt dem Kranken etwas näher, um die ganze übrige Situation, in der er sich befindet, eingehend zu analysieren. Diese ist bei manchen Geisteskranken von vornherein so auffallend, daß selbst der Laie bemerkt, daß er es mit einem Kranken zu tun hat.

Am ehesten erkennt man Stuporzustände.

Unter Stupor versteht man einen lähmungsartigen, meist vorübergehenden Zustand allgemeiner Hemmung, der meist alle psychischen, besonders die motorischen Funktionen betrifft, und im wesentlichen durch eine gänzliche Reaktionslosigkeit gegen alle Reize der Umwelt charakterisiert ist. Es kommen folgende Fälle vor:

1. Wir bemerken einen Kranken, der die Arme hoch erhoben hat, wie wenn er zum Himmel betete. Sein Gesicht ist nach oben gewandt, der Blick ist schwärmerisch, der Gesichtsausdruck ist gespannt-lauschend. Ab und zu bewegen sich die Lippen ganz wenig. Der Kranke reagiert auf keine Frage. Manchmal wirft er mißmutige, feindselige Blicke auf die, die ihn stören. Zwischendurch beobachtet er scharf seine Umgebung und gibt dann seine auffallende Stellung vorübergehend auf. Er macht dann einen besonnenen Eindruck. Seine Toilette, seine Haare sind in völliger Ordnung.

Hier können wir mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen, daß es sich um einen Paranoiker handelt, dem Stimmen zu antworten verbieten. (Aktiver oder hallucinatorischer Stupor bei Paranoia.) Der paranoische Gesichtsausdruck und das Fehlen jeder Bewußtseinsstörung sichern die Diagnose.

2. Vor uns steht ein völlig entkleideter, jugendlicher Kranker in straffer, statuenhafter Haltung. Die Arme sind über der Brust gekreuzt, das Gesicht nach oben gewandt. Die Augen sind weit aufgerissen, das Weiße im Auge tritt deutlich hervor, der Blick ist visionär, der physiognomische Ausdruck der der Verklärung. Dabei findet sich jener leidende, märtyrerhafte, verträumte Zug, der für Epileptiker so typisch ist. Ab und zu macht der Kranke längere Zeit automatische Bewegungen, nickt beständig mit dem Kopfe und murmelt dann immer wieder dieselben Worte vor sich hin: „Gott und mein Heiland“.

Hier handelt es sich um einen visionären Stupor (Ekstase) bei einem Epileptiker. Die tiefe Bewußtseinsstörung, der epileptische Gesichtsausdruck, die automatischen Bewegungen, die völlige Erstarrung gleichsam zu einer Bildsäule und auch die Anamnese werden die Diagnose klar stellen.

3. Die etwa 50jährige Kranke hockt zusammengekauert im Bett: die Oberschenkel sind an den Leib herangezogen, der Körper ist nach vorn übergebeugt, der Kopf etwas nach oben gerichtet. Der physiognomische Ausdruck ist so, wie wir ihn als typisch für die Angst-Melancholie beschrieben haben, er ist der Ausdruck der maximalen Angst, des Entsetzens. Die Kranke scheint vor Angst erstarrt: die Atmung ist kaum zu bemerken, oberflächlich und verlangsamt, nur selten tritt ein tiefer, seufzender Atemzug ein, der Puls ist klein, gespannt und beschleunigt, die Haut ist trocken, die Extremitäten fühlen sich kalt an. Regungslos hockt die Kranke da, wie vor Schreck versteinert.

Das Alter der Kranken, der typische, physiognomische Eindruck und die objektiv an Puls und Atmung nachweisbaren Zeichen der Angst sichern die Diagnose eines melancholischen Stupors.

4. Der Kranke, der vor uns wie tot im Bett liegt, hält die Augen fest geschlossen. Versuchen wir seine Augenlider zu öffnen, so tritt sofort eine Kontraktion im Orbicularis oculi ein, der Kranke kneift das Auge mit aller Kraft zu, und nur mit Mühe gelingt es

uns, das Auge ein wenig zu öffnen. Wir versuchen den Arm des Kranken zu beugen: sofort spannen sich die Antagonisten, die Strecker des Armes, und es gelingt uns nur nach Überwindung eines erheblichen Widerstandes, den Arm im Ellbogengelenk passiv zu beugen. Wir legen unsere Hand unter den Kopf des Kranken, um den Kopf emporzuheben: sofort erstarrt die ganze Nacken- und Halsmuskulatur, und es gelingt uns, wenn auch nur schwer, mit dem Kopf den ganzen Körper emporzuheben. Und so geht es uns stets, wenn wir irgend eine passive Bewegung an dem Kranken ausführen wollen. Überall tritt sofort Muskelspannung im Gebiet der Antagonisten ein, die die Ausführung der beabsichtigten Bewegung schwer oder fast unmöglich macht.

Wir haben hier einen Stuporzustand, der für die Katatonie charakteristisch ist. Häufig finden sich noch andere Zeichen, die diesen katatonischen Stupor sofort erkennen lassen; das sind vor allem bizarre, manierierte Haltungen einzelner Glieder, Grimassen oder isolierte Muskelkontraktionen abnormer Art. Der eine Kranke im katatonischen Stupor hält z. B. andauernd seinen linken Zeigefinger an die Nasenspitze, ein anderer behält stundenlang dieselbe abenteuerliche Grimasse bei oder hält den Mund beständig nach links verzogen. Auch isolierte Kontraktionen in der Stirnmuskulatur können sich finden. Manchmal findet sich der für Katatonie (*κατατρενω* spanne) als charakteristisch erwähnte maskenartige Gesichtsausdruck.

Der katatonische Stupor ist also charakterisiert

- a) durch allgemeine motorische Hemmung, wie jeder Stupor,
- b) durch isolierte Muskelkontraktionen, manierierte Haltungen,
- c) durch Auftreten von Muskelspannungen in den Antagonisten bei passiven Bewegungen.

5. Beim manisch-depressiven Irresein kommen zwei verschiedene Formen des Stupors vor, die beide schwer zu diagnostizieren sind, wenn man sie noch nicht gesehen hat und nicht aus der Anamnese weiß, daß der Kranke ein Periodiker oder Circulärer ist. Das ist

- a) der ängstliche Stupor (depressiver Stupor). Derartige Kranke machen einen benommenen, verwirrten Eindruck; der typische physiognomische Zug ist der der Ratlosigkeit. Die

Kranken blicken ängstlich, ratlos umher, sprechen nicht, bewegen höchstens die Lippen und widerstreben jeder Berührung. Die motorische Hemmung ist weniger ausgesprochen: die Kranken machen oft beständige, nervöse, verlegene Bewegungen: zupfen die Bettdecke, reiben die Finger etc. Nachdem der Zustand vorübergegangen ist, besteht oft nur eine summarische Erinnerung an alles, was während dieses Stupor vorfiel — ein Beweis, daß eine tiefere Bewußtseinsstörung vorlag;

- b) der manische Stupor. Diese Form des circulären Stupors unterscheidet sich von dem vorigen einmal durch den heiteren, lächelnden Gesichtsausdruck und durch das Fehlen einer Bewußtseinstrübung. Er ist meist nur von sehr kurzer Dauer, während der ängstliche Stupor längere Zeit anhält. Kranke im manischen Stupor machen einen ganz originellen Eindruck, sie sitzen lächelnd da, schütteln den Kopf, blicken glücklich umher und machen kurze, nervöse Bewegungen. Es hat den Anschein, als ob sie für sich Komödie spielten. Wer einmal diese seltsame Mischung von Hemmung und Euphorie gesehen hat, dem wird die Diagnose leicht werden.

6. Schwer kann auch die Diagnose sein bei jenen Fällen des Stupor, die nicht allzuseiten bei der progressiven Paralyse vorkommen. Aber bei sorgfältigem Nachforschen wird man das eine oder das andere Symptom organischer Läsion (Pupillenstarre, Zittern, Fehlen der Patellarreflexe u. s. w.) finden, und dann wird auch die meist schlaffe, demente Physiognomie auf den richtigen Weg weisen. Manchmal kann man die Diagnose sicher stellen, wenn es gelingt, den Kranken auf die Beine zu bringen und umherzuführen. Die Störungen der Motilität, schwankender, unsicherer oder spastischer Gang und Zittern des Körpers lassen keinen Zweifel über den paralytischen Charakter des Stupors.

Wir sehen, welche große Rolle gerade bei den Stuporzuständen der physiognomische Ausdruck für die Diagnose spielt. Freilich ist es wichtig sich einzuschärfen, daß unter Stupor nur die höchsten Grade psychomotorischer Hemmung zu verstehen sind, und daß man nur dann diagnostische Resultate erzielen wird, wenn man an dieser strikten Definition festhält.

In einzelnen Fällen wäre es denkbar, daß die Unterscheidung zwischen Stupor und Stumpfsinn (Demenz)

Schwierigkeiten böte. Aber auch hier wird der physiognomische Ausdruck der Demenz, die charakteristische Haltung und der Mangel aller Symptome, die für einen echten Stupor sprechen könnten, bei genauerem Zusehen die Diagnose klar stellen.

Alle übrigen Zustände, die mit teilweiser mehr oder weniger deutlicher psychomotorischer Hemmung einhergehen, kann man allenfalls als stuporähnliche Zustände bezeichnen. Diese kommen bei sehr vielen Psychosen vor, sind meist nur von kurzer Dauer und besitzen keine differentialdiagnostische Bedeutung.

Die leichteren Grade psychomotorischer Fesselung werden als Hemmung bezeichnet. Ein Kranker, der gehemmt ist, spricht wenig, langsam und zögernd, er bewegt sich wenig und träge, wechselt selten die Lage.

Fast immer bestehen innige Beziehungen zwischen Stimmung, Vorstellungsablauf und psychomotorischem Verhalten. Wo Depression vorhanden ist, da ist auch meist motorische Hemmung und Verlangsamung des Vorstellungsablaufes (Denkhemmung) vorhanden. Wo Exaltation, gehobene Stimmung, da ist auch meist motorische Agitation (Erregung) und Beschleunigung des Ideenganges (Ideenflucht) nachweisbar.

Dieser Grundsatz der Diagnostik führt uns zu den Zuständen, die im Gegensatz zu den Stuporzuständen stehen, und meist ohne weiteres auffallen, zu den Erregungszuständen.

Sie sind ein so außerordentlich häufiges Symptom bei den verschiedenartigsten Psychosen, daß wir genau und ausführlich auf die Diagnostik und Differentialdiagnose eingehen müssen.

Zunächst: Wie hat man sich einem erregten Kranken gegenüber zu verhalten? Ganz einfach: Man sieht und beobachtet! Physiognomie, äußere Haltung, Stimmungslage und alles, was wir bereits besprochen haben, wird studiert, und dann geht es an die Analyse alles dessen, was sonst noch den Zustand als Erregung charakterisiert.

Wir wollen hier von vornherein differentialdiagnostisch vorgehen.

I. Erregungszustände können zunächst das Begleitsymptom von fieberhaften Krankheiten (Infektionskrankheiten) sein.

Besonders bei Typhus und Meningitis, seltener bei anderen Infektionskrankheiten, kommen delirante Zustände vor. Bei Typhus tritt das Delirium häufig vor der eigentlichen Allgemeininfektion auf (Initialdelirium) und führt dann auf die Diagnose, bevor noch körperliche Symptome nachweisbar sind. Die Fieberdelirien sind im allgemeinen charakterisiert durch die mehr oder weniger tiefe Benommenheit und Schwerbesinnlichkeit, durch die vorübergehende Verwirrtheit und durch Erregung unbestimmten und inkoordinierten Charakters. Mit dem Nachlaß des Fiebers verschwinden die Deliriumsymptome. Das Aussehen der Kranken, welches auf eine schwere körperliche Krankheit hindeutet, die Fiebersymptome und die körperlichen Zeichen werden die Diagnose sichern. Bei Meningitis kommen noch die Symptome von seiten der Hirnnerven hinzu. Bei Gelenkrheumatismus wird die Diagnose ebenfalls keine Schwierigkeiten machen. Wichtig ist zu wissen, daß auch im Anschluß an das Puerperium Infektionsdelirien auftreten können. Diese haben denselben Charakter wie die anderen Infektionsdelirien.

II. Kann man durch Thermometer und Beobachtung ausschließen, daß eine Infektion vorliegt, so kommt zunächst die Intoxikation als Ursache von Erregungszuständen in Betracht, welche am schnellsten für die Differentialdiagnose ausgeschieden werden kann. Hier sind es im wesentlichen zwei typische Erregungszustände, die die Folge des Alkoholismus sind:

1. Das Delirium tremens.

Diese charakteristische Psychose bietet der Diagnose keine Schwierigkeiten. Wir werden ihre Hauptsymptome bald genauer kennen lernen.

2. Der akute Alkoholwahnsinn.

Auch hier können kaum diagnostische Schwierigkeiten entstehen, wie wir später erfahren werden.

III. Hat man Infektion und Intoxikation als Ursache des Erregungszustandes ausgeschlossen, so fragt es sich, ist vielleicht eine organische Läsion des Gehirns die Ursache der Erregung. Hier kommen im wesentlichen in Betracht:

1. Hirntumoren.

Hier sind Erregungszustände unbestimmter Art durchaus nicht selten. Besonders bei multiplen Cysticercen des Gehirns kommen sie vor. Die Diagnose des Hirntumors wird die Diagnose des Erregungszustandes sein.

2. Progressive Paralyse.

Z. B.: Wir bemerken einen aufgeregten Kranken, der sich fortwährend in heftigem Schimpfen Luft macht und einen bedrohlichen Eindruck erweckt. „Räuber, Spitzbuben“ und noch ärgere Worte ruft er aus. Jetzt kommt er auf uns zu und stellt sich als Kaiser der Welt vor. „Ich bin der höchste Herr“, sagt er mit einer mißlungenen Grandezza und lächerlichen Imposantheit in der Haltung, „der astrologisch-astronomische Urfürst, ich bin reich, sehr reich. Ich besitze Schiffe voll Diamanten, und Tausend und Tausend Millionen. Ich will Ihnen auch hundert Schlösser schenken, ganz aus Gold. Aber Sie müssen mir gegen diese Hallunken helfen, diese Räuber. Sie haben mir nämlich meine Uhr abgenommen.“ So schimpft der Kranke weiter in höchster Wut. Wir bemerken dabei, daß seine Physiognomie schlaff und ausdruckslos ist; die linke Nasolabialfalte ist wie ausgewischt, der Gang des Kranken ist unsicher und ein wenig stampfend. Im Gesicht treten beim Sprechen beständig Zuckungen in den Lippen, im Augengebiet und in der Stirn auf, die Sprache ist unbeholfen, stotternd, voller Sprachfehler. Wir reichen dem Kranken jetzt eine Cigarre. Augenblicklich beruhigt sich der eben noch so ungeberdige Kranke, eine schwachsinnige Euphorie ist auf seinen Zügen zu lesen, er verspricht goldene Berge und läßt sich selbst durch die Zweifel, die wir jetzt über seine Göttlichkeit äußern, nicht in seiner behaglichen Stimmung stören.

Welches sind die wesentlichen Merkmale dieses Erregungszustandes?

- a) Der Kranke äußert Größenideen, die den Charakter des Schwachsinnigen tragen.
- b) Die Erregung läßt sich durch ein kleines Geschenk sofort beseitigen. Der Affekt ist nur oberflächlich. Wir haben bereits früher den raschen, oft experimentell auslösbaren Stimmungswechsel der Paralytiker kennen gelernt.
- c) Wir bemerken eine ganze Reihe von Lähmungssymptomen. (Sprach-, Facialis-, Gehstörungen.)

Die Diagnose der progressiven Paralyse kann nicht zweifelhaft sein.

Erregungszustände kommen fast bei allen Paralytikern vor. Häufig sind sie ganz maßloser, gefährlicher Art (Tobsucht). Überall sind sie charakterisiert durch das Signum

der geistigen Schwäche und der moralischen Abstumpfung. Die körperlichen Symptome der Paralyse erheben die Diagnose über allen Zweifel.

IV. Hat man auch eine organische Läsion des Zentralnervensystems, Hirntumor und Paralyse ausgeschlossen, so käme die Epilepsie als außerordentlich häufige Ursache von Erregungszuständen in Frage. Die Erregungszustände der Epileptiker sind im allgemeinen aus folgendem zu diagnostizieren:

1. Die Anamnese ergibt die erbliche Belastung (mit Epilepsie oder Potatorium in der Ascendenz), das Vorhandensein epileptischer Anfälle, Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle.

2. Die Erregungszustände treten anfallsartig auf, beginnen meist ganz akut explosionsartig und verschwinden ganz plötzlich. Sie sind meist von kurzer Dauer (stunden- bis tagelang), und schließen sich häufig an einen oder an eine Serie von Krampfanfällen an.

3. Sie sind charakterisiert einmal durch die mehr oder weniger tiefe Bewußtseinsstörung des Kranken, dann durch starke Angst- und Wutparoxysmen, die zu plötzlichen impulsiven Gewaltakten führen, die oft sehr gefährlich für die Umgebung werden (impulsion irrésistible). In diesem Zustand begehen die Epileptiker oft schwere Verbrechen (Mord, Brandstiftung, Sittlichkeitsverbrechen). Die Epileptiker sind die „impulsifs par excellence“.

4. In vielen Fällen treten vorübergehende Stuporzustände auf, in denen automatisch immer dieselben Worte oder Bewegungen wiederholt werden. Die Intensität der Bewußtseinsstörung wechselt zwischen fast völliger Besonnenheit, völliger Verwirrtheit und tiefem Stupor.

5. Die Erregungszustände jedes einzelnen Epileptikers sind sich untereinander meist außerordentlich gleich, in Beginn, Verlauf und Symptomatologie.

6. Nach dem Anfall besteht völlige oder teilweise Amnesie.

7. Die Physiognomie wird bei der Diagnose stets von Wert sein.

Die Diagnose eines epileptischen Erregungszustandes wird nur in den Fällen Schwierigkeiten machen, wo es sich um sogenannte „larvierte Epilepsie“ handelt. Hier haben oft nur Krämpfe in frühester Kindheit, Bettnässen und kurze Ohnmachten (absences) bestanden. Aber auch hier wird man bei näherem Zusehen durch die eigenartige, in ihrer Intensität wechselnde Bewußtseinsstörung, durch

die impulsiven Akte, die starken Wutausbrüche, die automatischen Bewegungen, den physiognomischen Ausdruck und die dem Anfall folgende Amnesie die Diagnose stellen können.

V. Können wir Infektion, Intoxikation, organische Läsion und Epilepsie als Ursache des Erregungszustandes ausschließen, so bleiben nur noch die Erregungszustände übrig, welche bei funktionellen Psychosen vorkommen. Das sind im wesentlichen folgende Fälle:

1. Wir bemerken einen Kranken, der in der ausgelassensten Weise vor uns im Zimmer umhertanzt. Die Physiognomie ist strahlend-heiter, die Augen glänzend, Haare und Toilette in höchster Unordnung. Der Kranke läuft, hüpf, springt, wälzt sich am Boden, schlägt Purzelbäume, dreht uns eine Nase, zerreißt seine Kleidung, macht sich daraus seine eigene abenteuerliche Tracht und zerstört, was ihm in die Hände kommt. Und während dieser atemlosen, motorischen Erregung, in der selbst die kompliziertesten Bewegungen mit einer gewissen sicheren Eleganz ausgeführt werden, schwatzt er unaufhörlich, springt von einem Gedanken auf den andern und sprudelt über von Wortwitzen, barocken Einfällen und verblüffenden Wortspielen, die zugleich beweisen, daß der Kranke die Umwelt ausgezeichnet auffaßt, eine Trübung des Bewußtseins also nicht vorhanden ist.

Wir haben hier einen Erregungszustand, der durch die Beobachtung *par distance* sich kennzeichnet:

- a) durch starke, motorische Erregung, sogen. Tätigkeitsdrang, der manchmal bis zu blinder Zerstörungssucht sich steigert.
- b) durch die starke sprachliche Erregung, die sogen. Ideenflucht, die wir später noch genauer kennen lernen werden.
- c) durch auffallend heitere, ausgelassene Stimmung,
- d) durch das Fehlen einer Bewußtseinsstörung.

Dies ist ein Erregungszustand, wie er der klassischen Manie zukommt.

2. Melancholische Erregungszustände werden stets richtig diagnostiziert werden.

Die Kranken irren rastlos umher, klagen und jammern, zer-
raufen sich die Haare, ringen die Hände, schlagen sich mit der Faust an die Brust und Stirne und wiederholen immer dieselben

monotonen Klagerufe. Der physiognomische Ausdruck, die Gesten, die äußere Haltung, die typische traurige Verstimmung und das Alter werden über die Diagnose keinen Zweifel bestehen lassen.

3. Eine andere Situation. Wir bemerken einen Kranken, der völlig entkleidet und uns den Rücken zukehrend, in einer eigentümlichen an den borghesischen Fechter erinnernden Stellung an der Wand steht: Kopf und Oberkörper sind nach vornüber geneigt, die rechte Hand ist zur Faust geballt, der rechte Arm nach vorne und oben etwas über die Horizontale erhoben und wie zum Schlage bereit, der rechte Fuß ist wie im Ausfall vorgesetzt, linker Fuß und linker Arm sind nach rückwärts gerichtet. Wir treten näher und bemerken, daß die ganze Muskulatur des Kranken krampfhaft kontrahiert ist. In merkwürdigem Kontrast zu der gespannten, effektvollen Haltung ist der physiognomische Ausdruck leer, maskenhaft, die Augen ausdruckslos. Der Kranke verweilt stundenlang in dieser Stellung, ohne einen Laut von sich zu geben und scheint gegen alles teilnahmslos. Plötzlich springt er auf den daneben stehenden Wärter, packt ihn an der Kehle, würgt ihn, stößt ihn mit dem Kopfe an die Wand, ruft dabei dreimal laut: „Du rabenschwarzer Papstmörder!“, läßt ihn dann los, springt rasch in sein Bett, versteckt sich darin und verharret nun wieder in lautloser Stille.

Dieser Erregungszustand ist so charakteristisch, daß die Diagnose der Katatonie mit Sicherheit gestellt werden kann. Die anfängliche gänzliche Stummheit, die Muskelstarre, die absonderliche Stellung (sogen. Fechterstellung), das plötzliche, gänzlich unmotivierete Einsetzen der Erregung, der seltsame sprachliche Ausdruck, das völlig Zwecklose des ganzen Zornparoxysmus und der unmittelbar darauf wieder einsetzende Stupor lassen hieran keinen Zweifel.

Bei Katatonie finden sich noch Erregungszustände anderer Art. Besonders von manischem oder manie-ähnlichem Charakter. Deren Unterscheidung von der echten Manie wird uns erst möglich sein, wenn wir etwas besser in der Symptomatik der Katatonie bewandert sind.

Wir haben nun gelernt, wie man differentialdiagnostisch vorgeht, um einen beliebigen Erregungszustand zu analysieren. Hier wie überall ist das Prinzip, das Gesamtzustandsbild in seine wesentlichen Merkmale zu zerlegen und die einzelnen bei der Analyse gefundenen Momente als Bausteine für die Diagnose zu verwenden.

Sehr auffallend und zugleich von eminenter diagno-

stischer Bedeutung sind die Erscheinungen von Stereotypie, denen wir uns nunmehr zuwenden! Überall, wo sie vorhanden sind, bekommt die Diagnose von vornherein eine ganz bestimmte Richtung — und oft eine erstaunliche Sicherheit.

Wir bemerken z. B. einen Kranken, der ruhig in Rückenlage im Bett liegt; die Hände sind horizontal seitwärts erhoben, der Kopf ist von der Unterlage entfernt und wird in dieser unbequemen Stellung starr gehalten, so daß das Kinn fast der Brust anliegt, mit den Zähnen hält der Kranke den Zipfel seines Bettuches. Die Augen sind fest geschlossen. Der Kranke antwortet auf keine Frage. Tiefe Stecknadelstiche durch aufgehobene Hautfalten bringen keine Reaktion, nicht mal im Gesicht hervor. An der überall starren Muskulatur erkennen wir den katatonischen Stupor, der diesmal noch leichter zu diagnostizieren ist wegen der ganz eigenartigen, höchst unbequemen Haltung, in der der Kranke stundenlang verharret, ohne zu ermüden.

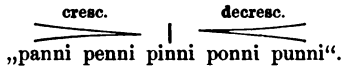
Wir haben hier eine ausgeprägte Stereotypie der Haltung bei einem Katatoniker.

Eine Stunde später finden wir denselben Kranken in ganz veränderter Situation. Er hat sein Bettuch in lauter Fetzen gerissen und aus diesen mehrere Dutzend etwa fingerlanger Puppen hergestellt, die alle fast gleichgroß in derselben Weise hergestellt sind und auf den Boden gelegt werden, wobei der Kranke peinlich acht gibt, daß sich alle genau in gleichen Zwischenräumen befinden (stereotype Anordnung). Ehe er die einzelne Puppe zu Boden legt, vollführt er erst eine Reihe seltsamer Bewegungen, die sich bei jeder Puppe genau in der gleichen Weise wiederholen. Er kniet nieder, nimmt die Puppe aus der rechten in die linke Hand, aus der linken in die rechte, berührt dann damit das rechte Ohr, die Nasenspitze und das linke Ohr, gibt die Puppe wieder in die linke Hand und legt sie nun erst auf den ihr zukommenden Platz am Fußboden nieder.

Hier haben wir eine ganze Reihe stereotyper Bewegungen, die obendrein den Charakter des Gesuchten, Manierierten haben, welche sich beständig wiederholen. Es sind Stereotypen der Bewegung.

Wieder zu einer anderen Zeit finden wir unsern Kranken abermals verändert. Er geht jetzt stundenlang an derselben Wand entlang, immer vier Schritt vorwärts und vier Schritt rückwärts; bei jedem Schritt wiederholt er dieselbe stereotype Bewegung, indem er die Hohlhände aneinander schlägt. Dabei sagt er jedes-

mal mit derselben Accentuation und demselben Tonfall:



Wir haben also diesmal außer Stereotypien der Bewegung auch ausgesprochene Stereotypie in den sprachlichen Leistungen, mit immer derselben stereotypen Accentuation und immer derselben stereotypen Betonung.

Man nennt diese Stereotypien auf sprachlichem Gebiete Iterativ-(Wiederholungs)erscheinungen. Sie werden manchmal mit geradezu verblüffender Sicherheit wiederholt, wiewohl es sich oft um ganz komplizierte, schwer zu behaltende Wortkomplexe handelt.

Einige Kranke singen auch ihre stereotypen Wendungen, wobei oft stundenlang genau dieselbe Melodie, genau derselbe Tonfall beibehalten wird; z. B. sang eine Kranke:



Der Jó-seph mit der Há - r - ke

welches sie tagelang ununterbrochen stets in der gleichen Weise wiederholte.

Erscheinungen von Stereotypie in Haltung, Bewegung und sprachlichen Leistungen kommen vorübergehend bei sehr vielen Psychosen vor. Aber bei keiner so häufig, so zahlreich und so ausgeprägt wie bei der Katatonie.

Wichtig ist es nun darauf zu achten, mit welchen anderen Symptomen gepaart die Stereotypie-Erscheinungen der Katatoniker auftreten.

Z. B.: Wir beobachten einen Kranken, der mit peinlicher Genauigkeit immer denselben Gang in seinem Zimmer geht (Stereotypie der Bewegung). Dabei bemerken wir, daß er, obwohl jung, rüstig und ohne körperliches Gebrechen, wie ein lebensmüder Greis umherwandelt. Der Körper ist nach vornüber gebeugt, die Knie gekrümmt und schlotternd; langsam, schlürfenden Ganges schleppt sich der Kranke vorwärts. Das Ganze macht den Eindruck, als ob er den Gang eines Greises in clownhafter, karrikiertem Weise nachahmen wollte.

Man nennt alle derartige Stereotypien mit dem Charakter des Absonderlichen oder Bizarren, des Clownhaften oder Grotesken — Manieren. Sie sind außerordentlich häufig und kommen wohl fast bei jedem Katatoniker vor, die dann immer in jedem Falle ihre besonderen Manieren entwickeln. Der eine hat besondere Eßmanieren: er nimmt den Löffel und führt ihn mit der rechten Hand hinter dem Kopfe von der linken Wange her zum Munde. Ein anderer teilt sich sein Frühstücksbrot in lauter kleine, annähernd gleichgroße Stückchen, konstruiert sie dann wieder sorgfältig zusammen und fängt dann von der Mitte des kunstvoll rekonstruierten Stückes Brot aus an, die einzelnen Brocken zu verzehren. Wieder andere Katatoniker haben besondere Manieren sich zu bekleiden: eine Kranke trug die schwarzen Strümpfe als Hausschuhe, die Nachtjacke als Turban auf dem Kopfe, das Bettuch togaähnlich um den Leib und das Hemd als Schleppe hinten an das Bettuch geknotet. Sehr häufig sind auch bestimmte Sprechmanieren. Einige Katatoniker lassen alle „r“ oder alle „s“ aus, wieder andere hängen an jedes Wort eine Diminutivendung, manche lispeln oder sprechen mit eigentümlich gezierter Mundhaltung, manche ahmen die Kindersprache nach.

Wie gesagt sind die besprochenen Symptome: Stereotypie-Erscheinungen und Manieren von fundamentaler Bedeutung für die Diagnose der Katatonie. Die Diagnose erscheint sicher, wenn zu diesen beiden Kardinalsymptomen noch zwei andere treten, welche häufig mit ihnen zusammen zur Beobachtung kommen.

Das sind Negativismus und Katalepsie.

Z. B. wir treten an ein Bett heran, dessen Bettzeug in einer erstaunlich sorgfältigen Weise gelegt ist. Kein Fältchen ist zu bemerken. Obenauf liegt, ebenso sorgfältig ausgebreitet, ein Hemd. Der Kranke hingegen liegt ganz nackt auf dem blanken Boden unter dem Bett ausgestreckt. Wir lassen den Kranken hervorholen, ihm sein Hemd anziehen und ihn in sein Bett bringen, was alles nur mit Überwindung des stärksten Widerstandes möglich ist. Kaum sind wir weggegangen, so springt der Kranke aus dem Bett, wirft sein Hemd ab und richtet sich die ganze Situation genau wieder so ein, wie sie zuvor gewesen war.

Wir haben hier einen typischen Fall von Negativismus (sogenannten Bettnegativismus).

Man nennt also einen Kranken negativistisch, der, oft in seltsamer und bizarrer Weise, das Gegenteil von dem tut, was ein vernünftiger Mensch in gleicher Lage tun würde, und der jedem Versuche, in seine Negativismen korrigierend einzugreifen, einen passiven, manchmal auch einen aktiven Widerstand entgegengesetzt. Derartige Kranke lassen sich weder an- noch auskleiden, sie kneifen die Augen zu, wenn man ihre Pupillen untersuchen will, sie schließen krampfhaft den Mund, wenn sie die Zunge zeigen sollen, sie lassen auf das Klosett gesetzt keinen Urin, um sich sofort zu verunreinigen, wenn sie wieder ins Bett gelegt worden sind. Sie antworten immer nur mit: ich weiß nicht.

Auf Fragen geben manche negativistische Kranke keine Antwort; man nennt diesen völligen Negativismus auf sprachlichem Gebiete Mutismus oder Mutacismus.

Alle diese Symptome: Stereotypie-Erscheinungen, Manieren, Iterativerscheinungen, Negativismen und Mutismus sind von wesentlicher diagnostischer Bedeutung, und überall muß man feststellen, ob nicht eines oder das andere vorhanden ist, und sollte bei der bloßen Beobachtung keines bemerkbar sein, experimentell vorgehen, ob man eines davon hervorrufen kann. Besonders der Negativismus tritt häufig erst hervor, wenn man mit dem Kranken experimentiert. Man muß also bestimmte passive Bewegungen an dem Kranken vornehmen. Versucht man bei einem Katatonischen den Arm zu beugen, so leistet er dem Widerstand, indem er die Antagonisten kontrahiert, versucht man den Mund mit den Fingern zu öffnen, so preßt er fest die Lippen aufeinander, will man den Kopf der Brust nähern, so wird der Kopf nach hinten, der gewünschten Richtung entgegen gedrückt. Daß es sich um wirklichen Negativismus, um ein Widerstreben handelt, erkennt man daran, daß, sobald man plötzlich abläßt, eine passive Bewegung an einem Gliede auszuführen, z. B. den fast rechtwinklig gebeugten Arm unvermutet losläßt, dieser in die entgegengesetzte Richtung zurückfedert.

Manchmal läßt sich der Negativismus Katatonischer schon hervorrufen, indem man einfach befiehlt, die und die Bewegungen auszuführen. Z. B. man sagt: „Heben Sie den rechten Arm hoch!“ Der Katatonische erhebt ihn gar nicht oder erhebt den linken Arm oder zeigt die Zunge oder nickt mit dem Kopfe (Parapraxie). Man kommandiert: „Heben Sie den rechten Fuß hoch!“ Der Katatoniker schiebt ihn zum Bett heraus und läßt ihn zum Boden herabsinken.

Die Franzosen haben für die zahllosen, meist mannigfaltig auftretenden Erscheinungen von Negativismus den sehr bezeichnenden Ausdruck: *délire d'opposition*.

Fast nur experimentell feststellen läßt sich das andere bereits erwähnte katatonische Symptom, das wir hier besprechen müssen: die Katalepsie (*flexibilitas cerea*).

Wir haben z. B. einen Kranken zu untersuchen, an dem äußerlich wenig wahrzunehmen ist. Das Gesicht ist maskenhaft, ausdruckslos, die Augen sind leer in die Ferne gerichtet, der Lidschlag ist sehr selten. Die an ihn gerichteten Fragen läßt der Kranke unbeantwortet (Mutismus). Rasch steigt in uns der Verdacht auf, es möchte wohl ein Katatoniker sein. Aufforderungen zu bestimmten Bewegungen werden auch nicht ausgeführt, so daß Negativismus sich auf diese Weise nicht feststellen läßt. Wir ergreifen jetzt den rechten Arm des Kranken, heben ihn vertikal in die Höhe und beugen den Unterarm senkrecht zum Oberarm. Lassen wir jetzt den Arm des Kranken los, so haben wir ein Beispiel jener rätselhaften Erscheinung, die man als Katalepsie oder wächserne Biegsamkeit (*flexibilitas cerea*) bezeichnet hat: der Arm bleibt genau in der Stellung stehen, die wir ihm künstlich gegeben haben.

Kranke im kataleptischen Zustande lassen also ihre Glieder passiv in jede beliebige Lage bringen, und sei sie noch so unbequem, und verharren in der künstlich erteilten Stellung abnorm lange, bis die Glieder zitternd herabsinken. Häufig sind es nicht nur bestimmte Haltungen, die der Kranke beibehält, sondern auch bestimmte Bewegungsimpulse, die man z. B. den Händen eines Kranken erteilt und die dann festgehalten und abnorm lange ausgeführt werden. Nimmt man z. B. die Hände eines Katatonikers und bewegt sie passiv umeinander herum, so wird der Kranke in vielen Fällen die Bewegung fortsetzen, auch wenn der

von dem experimentierenden Psychiater ausgehende Impuls nicht mehr wirkt. Diese Erscheinungen einer abnormen Beeinflußbarkeit nennt man Befehls-Automatie. Sie läßt sich im hypnotischen Schlaf bekanntlich sehr leicht an jeder beliebigen Versuchsperson demonstrieren.

Bei manchen Geisteskranken erreicht die Befehlsautomatie einen hohen Grad, derart, daß sie fast alles, was ihnen vorgemacht oder vorgesprochen wird, nachmachen und nachsprechen. Legt man die linke Hand ans linke Ohr oder die Hohlhand auf den Kopf oder dreht dem Kranken eine Nase zu, so wiederholen viele Katatonische die vorgemachte Bewegung mit der Sicherheit und Genauigkeit eines Automaten. Manche Katatoniker laufen stundenlang hinter einem anderen her, treten genau in seine Fußtapfen, bleiben stehen, wenn er innehält und wiederholen überhaupt alle seine Bewegungen mit peinlicher Sorgfalt. Auch diese Erscheinungen eines gesteigerten Nachahmungstriebes — die man Echoerscheinungen, Echopraxie und auf sprachlichem Gebiete Echolalie nennt — muß man in vielen Fällen erst suchen. Man muß bei einigen Katatonikern erst eine Art Suggestion vornehmen, ehe es gelingt, das Symptom zu erzielen. Man muß in irgend einer drastischen Weise die Aufmerksamkeit des Kranken erregen, muß ihn energisch anblicken und mit scharfem Blicke festhalten — macht man dann plötzlich dem so vorbereiteten Kranken eine auffällige Bewegung vor, so folgt in vielen Fällen, wo bis dahin keine Echoerscheinungen zu erreichen waren, eine vollständige Reaktion. Hat man das Symptom einmal bei einem Kranken experimentell hervorgerufen, so ist es von da ab leichter, es auszulösen, so daß zuletzt der Kranke völlig willenlos alles nachmacht, was ihm vorgemacht wird. Bemerkenswert ist hierbei jedoch, daß durchaus nicht jeder Beliebige über suggestible Kranke diesen imperatorischen Einfluß ausübt. Vielmehr verhalten sich die Kranken, die eben noch dem einen Experimentator die vollendetste Echopraxie gezeigt haben, in vielen Fällen bei einem anderen einen starren Negativismus.

Wir hatten bisher unsere Kranken nur *par distance* beobachtet. Wir hatten unsere Augen geöffnet und uns über Miene und Geberdenspiel, über Stimmung und psychomotorisches Verhalten klare Vorstellungen zu machen versucht. In einer Reihe von Fällen wird es uns bereits gelungen sein, zu einer bestimmten Diagnose zu gelangen. In der Mehrzahl der Fälle ist es nötig, die Analyse des jeweils sich darbietenden Gesamtbildes fortzusetzen. Wir öffnen jetzt unsere Ohren und wenden uns den sprachlichen Leistungen des Kranken zu.

Hier darf man sich nicht begnügen zu konstatieren, daß der Kranke „dummes Zeug“ oder „verwirrt“ spricht, oder „aus dem Hundertsten in das Tausendste kommt“. Sondern man muß größere zusammenhängende Partien aus den rhetorischen Ergüssen der Kranken niederschreiben, am besten nachstenographieren, und dann die Niederschrift durch eine exakte Analyse zur Diagnose verwendbar machen.

I. Wir haben einen erregten Kranken vor uns. Das Mienenspiel ist sehr lebhaft, die Augen glänzen, der Gesichtsausdruck ist der strahlender Glückseligkeit. Der Kranke befindet sich in enormer motorischer Unruhe, läuft beständig umher, gestikuliert wild. Am auffallendsten ist seine Rhetorik. Er spricht beständig, ohne sich je zu besinnen oder zu unterbrechen. Die Ideen jagen sich in buntem Tanze. Wir schrieben folgendes nach: „Doktor! lassen Sie doch das Schreiben sein. Ja — Scheibenschießen! Wir wollen lieber auf die Jagd gehen. Ich bin ein großer Nimrod. Haben Sie schon mal einen Bock geschossen? In einem Tale saß ein Hase (singt), ein Häselein — fraß das Gras, das Gräsulein! Doktor, Sie müssen mitsingen, alter Stockphilister! Ich bin ein echter Troubadour, ein Minnesänger, kein Grillenfänger. Ich bin der Herr Pastor. Ich predige euch was vor. Soll ich Ihnen was vorpredigen, Sie alter Rattenfänger von Hameln? Sie Lama! Drama! Die schreibe ich selber. Eins heißt der fliegende Holländer. Natürlich mit Musik. Alles selbst gemacht. Soll ich Ihnen die Ouvertüre vorspielen? Warten Sie! Ich will pfeifen. Nicht mal ein Klavier hat man in diesem alten Kasten.“

An diesem Passus lassen sich folgende Momente feststellen:

1. Die Gedankengänge, nur oberflächlich miteinander

verknüpft, reihen sich wahl- und ziellos aneinander. „Der Kranke kommt aus dem Hundertsten in das Tausendste.“

2. Oft werden die Gedanken nur durch den Gleichklang hervorgerufen, d. h. es treten Klangassoziationen auf. (Z. B. Minnesänger — Grillenfänger; Hameln — Lama — Drama.)

3. Deutlich gehobenes Selbstbewußtsein. (Ich bin ein großer Nimrod, ein Troubadour, will Dramen schreiben, Musik dazu.)

Wir haben hier ein gewöhnliches Beispiel jener pathologischen Rhetorik, die als Ideenflucht (*fuite des idées*) bezeichnet wird, und die das klassische Symptom der Manie bildet.

II. Wir beobachten denselben Kranken einige Tage später. Die Krankheit befindet sich jetzt auf dem Höhestadium. In intensivem Bewegungsdrange läuft der Kranke umher, springt, gestikuliert, wälzt sich am Boden. Seine sprachlichen Leistungen zeigen den analogen Zustand, einen wüsten, ungeordneten, automatischen Drang zum Reden, der sich in einem beständigen *salto mortale* der Assoziationen Luft macht. Der Kranke schreit mit rauher Stimme: „Lumpenhunde. Hundelumpen. Humpen, pumpen. Wollt ihr ewig leben, Rackerhunde? Der olle Fritz soll leben. Dreimal drei ist neun (singt), wir saufen wie die Schwein. Harum di scharum di bumdara. Krieg. Kanonen. Hölle und Teufel. Alles capút, caput, capet, capetinger. Karolinger. Karl Martell. Der große Hammer. Die große Klammer. Die Klemme, Schlemme, Schlemmer —“

Hier ist die Ideenflucht in ihrer höchsten Entwicklung. Man spricht von Telegrammsprache, wenn nur noch einzelne Worte aneinandergereiht werden.

III. Wir unterhalten uns mit einem jugendlichen Kranken von ca. 23—25 Jahren, in dessen Mienen sich eine gewisse überlegene Würde und Herablassung kundgibt, und der in eigenartig gezielter Weise spricht, indem er die Schlagworte immer besonders betont. Er spricht folgendes: „Überhaupt will ich die dreidimensionale Konstitution der psychischen Motive κατ' ἐξοχήν noch einmal einer Inquisition unterwerfen und festzustellen suchen, ob nicht die qualitative Methode der quantitativen κατ' ἐξοχήν vorzuziehen ist. Der Entwurf zum Essay ist fertig. πάντα βεῖ sage ich mit Aristoteles. Die spiritistische Didaktik der Elektrizitäts- und Lichtlehre κατ' ἐξοχήν muß renoviert werden. Ich werde Ihnen ein Exemplar meines berühmten Buches dedizieren, es ist so gut wie

fertig. Natürlich werde ich auch die kernigen Urfragen gewisser sociologischer und anthropologischer Phänomenal-Phänomene in ihrer qualitativen und quantitativen Dignität zur Darstellung bringen. Es handelt sich ja überall darum, ob die quantitative oder die qualitative Methode gilt.“

Wir finden bei der Analyse dieser kleinen Rede folgende wichtige Punkte:

1. Eine starke Neigung zu klingenden Ausdrücken, insbesondere Fremdwörtern.

2. Der Gedankeninhalt ist gänzlich unverständlich: es ist ein geheimnisvoller Bombast ohne einen klaren Gedanken.

3. Vorliebe für gewisse Ausdrücke: *κατ' ἐξοχήν*, qualitativ und quantitativ („Iterativerscheinungen“).

4. Größenideen, die sich auch in der Haltung des Kranken aussprechen.

Wir haben hier ein Beispiel jener zerfahrenen und dabei hochtrabenden Sprechweise, wie sie bei der *Dementia praecox* häufig vorkommt. Die eigentümliche Sprechmanier (geziertes Sprechen) sichert die Diagnose.

IV. Der Kranke, dessen Rhetorik wir jetzt analysieren wollen, ist ebenfalls noch jugendlich, vielleicht 25 Jahre alt. Die Miene ist wenig ausdrucksvoll, fast gleichgültig. Kleidung und Haltung sind nachlässig. Die Haartracht ist gesucht genial. Der Kranke spricht fließend, aber eigentümlich näseld, mit monotoner Stimme: „Da ich kampfbar war und in der Ansammlung der Bewohner wenig Anbefreundung finden konnte und ich auch laut meiner Vorwortung diejenigen zur Wiederkehrung gefordert hatte, die in der Mitte Europas dem deutschen Heere hilffbar gewesen waren, muß ich zur besseren Wohlergehung die Ansammlung vieler kampfbarer Bewohner zur Stärkewirkung zur Erneuerung bringen, um die Ergrreifung in Hohergeisteshand zur Vorbereitung der Taufe in der Lehre der Wissenheit zu bewerkstelligen.“

Hier ist eine völlige Inkohärenz der sprachlichen Leistungen, sogenannte Sprachverwirrtheit, bemerkbar, die ein besonderes Gepräge bekommt

1. durch das häufige Vorkommen der Wörter auf „ung“ (Stereotypie-Erscheinung),

2. durch neugebildete Worte (Wort-Neubildungen),

3. durch völlige Auflösung des Wort- und Satz-zusammenhanges.

Wir haben hier einen Fall von Sprachverwirrtheit, der fraglos zur Dementia praecox zu rechnen ist. Das Alter, die Gleichgültigkeit und die eigenartige Sprachverwirrtheit mit Wortneubildung und Stereotypieerscheinungen sichern die Diagnose.

Immerhin ist zu bemerken, daß auch bei Epileptikern ziemlich häufig eine sonderbare Rhetorik sich entwickelt, die an Dementia praecox erinnern könnte. Aber dann läßt sich doch fast immer hinter den abstrusen Wort- und Satz- bildungen ein wirklicher Gedanke entdecken, und häufig wird dies eine Idee religiösen Inhalts sein. Die übrigen Merkmale der Epilepsie werden über den wahren Charakter der Sprachverdrehtheit keinen Zweifel lassen.

V. Ein jugendlicher Kranker von ca. 22 Jahren, der beständig militärisch grüßt, Verbeugungen macht und läppisch lacht, sagt: „Gute Morge, Herr Doktor! sag' ich. Die Sonn' ist aufgegan- ge, sag' ich. Und hier ist meine Körperleiblichkeit, sag' ich. Mit guter Absicht, sag ich. Gute Morge, Herr Doktor. Zum alpha, beta und gamma, hoff' ich. Wolle Sie mich nicht unter- suche? Alpha. Beta. Gamma. Das ist die wahre Religion, hoff' ich. So soll die Affenabstämlichkeit der urahnenhafte Geburtsstände endlich zum Intubustum werden, sag' ich, zum Intubustum, zum Intubustum, zum Intubustum.“

Hier finden wir folgende Charakteristika:

1. Wiederholungs-(Iterativ)Erscheinungen: „sag' ich“, „hoff' ich“ etc. kehren beständig wieder.
2. Inkohärenz der Gedanken.
3. Die prognostisch so ungünstigen Wortneubildungen.
4. Sprechmanieren: Der Kranke läßt bei der Endsilbe „en“ immer das n weg (Gute Morge etc.), obwohl er durchaus nicht aus Offenbach stammt.

Da der Kranke beständig redet und sich in heiterer Stimmung befindet, so könnte man an einen manischen Zustand denken. Aber die Ideenflucht unseres Kranken unterscheidet sich wesentlich von der echten Ideenflucht der Manischen. Hier sind die Gedanken doch immer noch miteinander verknüpft, wenn auch nur oberflächlich; aber dort fehlt jeder Zusammenhang. Zudem sind dort Iterativ- erscheinungen, Wortneubildungen, Sprechmanieren und läp-

pisches Wesen zu beobachten, was mit Manie nicht zusammenpaßt.

Es kommt also nur noch *Dementia praecox* in Frage.

VI. Die etwa 40 Jahre alte Kranke liegt mit gleichgültigem Gesichtsausdruck im Bett. Sie wischt beständig und in rhythmischer Bewegung mit beiden Händen über die Bettdecke, nickt gleichzeitig dazu mit dem Kopfe und spricht dabei in monotoner Weise, indem sie jedes vierte Wort besonders accentuiert:

Die Wolken sollen Zwólki sein,
sein Zwolki sollen Wolken.

So geht das stundenlang, tagelang. Zur Abwechslung singt die Kranke diese sinnlosen Sätze, wobei immer dieselbe Melodie zu vernehmen ist.

Man nennt diese Erscheinung auf sprachlichem Gebiete *Verbigeration* und versteht darunter also das fortwährende Wiederholen derselben meist sinnlosen Sätze im Stil und Tonfall einer fortlaufenden Rede. Manche Kranke wiederholen ganze Satzreihen mit peinlicher Genauigkeit stundenlang, andere bilden sich gänzlich unsinnige Wortungeheuer und treiben damit tagelang die tollste Sprachgymnastik, indem sie sie beständig umbilden und phantastischer ausgestalten.

VII. Bei manchen Kranken kommt es zu noch höheren Graden der Sprachpathologie. Z. B. ruft eine Kranke, 21 Jahre alt, beständig folgende sinnlose Laute: „Putke Putke Patke Pidela Hula Itchen Kittchen Kluckla Kluckla Pese Tanta ja ja pockla ka ka la la pidela hula — —“ u. s. w.

Auch hier ist ein beginnender Verblödungsprozeß (*Dementia praecox*) diagnostisch in erster Linie in Erwägung zu ziehen.

VIII. Vor uns steht in majestätischer Haltung ein Kranker. Er hat sich eine rote Bettdecke malerisch nach Art einer Toga um die Schultern drapiert, gestikuliert in theatralischer Weise, hat den Kopf stolz empor gerichtet, der physiognomische Ausdruck ist der des Größenwahns. Er spricht: „Seit 1866 bin ich als Gott im Erdsystem erschienen und heiße nun Mac Eikermann Gott. Vorher saß ich als Götterkeim in der Muschel tief im Weltmeer. Aber 1866 machte ich Licht; da hatten die Leute Licht, aber sonst nicht, wenn ich ausging; kurz und gut: 1866 bin ich als Gott erschienen in Hannover, es war auch Zeit, denn schon drohten die Weltketten zu zerreißen, und die Menschheit war mir verrückt geworden. Da

war ich lange Zeit Kummergeott. Überall wollten die Leute mir nicht gehorchen, alle Menschen waren im Kampf gegen mich, sie wollten mich abschaffen. Es war ein Aufstand. Ein Sirsesium. Ich fegte das Erdsystem in 10 Tagen aus und erlegte einen haushohen Löwen, der mir auf einem Berge bei Detmold entgegenlief. Das war der Körper von meinem Vorgott. Nun hatte ich wieder Flügel bekommen in Schieder, ich habe im ganzen 24mal Flügel bekommen. Und nun müssen die ganzen Menschen Coupons haben, damit sie wissen, wo sie wohnen dürfen. In jeder Gemeinde hat der liebe Gott eine Villa, ein Götterhaus. Auf dem Nullhof habe ich z. B. 12 Häuser, da darf niemand drin wohnen.“

An diesem originellen Erguß finden wir folgendes charakteristisch:

1. Deutliche Größenideen.
2. Ein eigentümliches phantastisches Fabulieren.
3. Andeutung von Verfolgungsideen: alle Menschen waren im Kampf gegen mich.
4. Einige seltsame Wortneubildungen (Vorgott, Sirsesium, Erdsystem).

An dem äußeren Auftreten des Kranken und an seinen sprachlichen Leistungen erkennen wir einen jener typischen Götter, wie sie die Irrenanstalten so zahlreich bewohnen — den größtenwahnsinnigen Paranoiker.

IX. Vor uns tanzt in ganz ausgelassener Weise ein gänzlich entkleideter Kranker; er schneidet Grimassen, macht ganz barocke Luftsprünge, lacht beständig und ist in unaufhörlicher Erregung. Zwischendurch spricht er hastig, ab und zu macht er längere Zeit theatralische Posen und gestikuliert dabei in Theatermanier (*délire de gestes*). Er kümmert sich nicht um die Anwesenheit anderer. Wir schreiben folgendes nach: „Mit diesen Lappen lasse ich mich noch lange nicht klappen, in diesem elenden Klapperkasten, ich, der Apostel Paulus, der früher ein Saulus war, und kein Paulus, ein Saulus Paulus, kein Paulus Saulus, wollt ihr die Bestätigung? Ich bin der Herr der Schwarzen, der schwarze Papst. Mit mir soll keiner klappen. In diesem Klapperkasten. Ich. Der Saulus. Der Paulus. Der Saulus-Paulus“.

Dieser ganze Erregungszustand könnte an Manie erinnern. Aber er unterscheidet sich doch ganz wesentlich davon. Denn:

1: Es besteht zwar starke motorische Erregung, aber sie ist gekennzeichnet durch Grimassieren, barocke Sprünge und theaterhafte Posen. Die Erregung des Manischen hat den Charakter

des Natürlichen, Zweckmäßigen, hier tritt das Manierierte in den Vordergrund.

2. Die Rhetorik des Kranken könnte mit Ideenflucht wechselt werden; aber bei der Ideenflucht besteht a) ein Zusammenhang und b) ein Fortschreiten der Gedanken; hier hingegen ist kein Zusammenhang zu finden, und dann wiederholen sich dieselben Worte in stereotyper Weise.

3. Manische Kranke achten auf ihre Umgebung und fassen alles gut auf, unser Kranker ist gänzlich gleichgültig.

Wir haben hier einen Erregungszustand, wie sie häufig vorkommen, und die fast immer mit der Manie wechselt werden. Es handelt sich um einen katonischen Erregungszustand, der freilich manche Ähnlichkeit mit einer manischen Exaltation bietet. Aber die Analyse der motorischen und sprachlichen Leistungen deckt die großen Unterschiede zwischen beiden auf.

Damit wollen wir die Analyse der Rhetorik Geisteskranker verlassen. Wer sich eingehender mit Psychiatrie beschäftigen will, muß sich daran gewöhnen, bei allen seinen Kranken möglichst viel nachzutenographieren. Die Diagnose stützt sich in vielen Fällen wesentlich auf die Analyse der sprachlichen Leistungen.

Um die Beobachtung unseres Kranken abzuschließen bleibt uns nur noch übrig, nachzusehen, ob er unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen steht.

Hier ist die Frage: An welchen objektiven Zeichen erkennt man das Vorhandensein von Sinnestäuschungen?

I. Sinnestäuschungen des Gehörs erkennt man an folgenden Zeichen:

1. An dem physiognomischen Ausdruck: Die Kranken haben die Augen geschlossen, bewegen ab und zu leise die Lippen und horchen zwischendurch gespannt auf; oder die Kranken haben Augen und Mund weit offen, und horchen gespannt nach oben oder zur Seite. Die Atmung wird oft lange Zeit unterdrückt und ist nur oberflächlich, der Puls hart, gespannt, verlangsamt.

2. An plötzlichen, sonst unmotivierten Veränderungen des physiognomischen Ausdrucks: Die Kranken fangen infolge ihrer Sinnestäuschungen plötzlich an zu lachen oder zu weinen, oder ein finsterer, drohender Ausdruck erscheint. Bei Geisteskranken,

die ihre Sinnestäuschungen dissimulieren, ist man in erster Linie auf das Studium der physiognomischen Verhältnisse angewiesen: hier werden ein plötzliches, gespanntes Lauschen, ein vielseitiges, wechselndes Mienenspiel, das durch nichts sonst motiviert ist, ein rascher feindseliger schräger Blick und andere kleine Anzeichen die Diagnose der Sinnestäuschungen ermöglichen.

3. An plötzlichen unmotiviertem Schimpfen oder Drohen in die Luft und plötzlichen impulsiven Akten.

4. Bei dissimulierenden Geisteskranken, wo der Verdacht auf Sinnestäuschungen besteht, empfiehlt es sich, den Kranken wenn möglich in ein längeres Gespräch zu ziehen. Er wird ab und zu stecken bleiben, wird zerstreut sein, hier und da eine unpassende Frage stellen und durch sein Mienenspiel ebenfalls seine Zerstretheit erkennen lassen.

5. Manche Gehörshallucinant~~en~~en stopfen sich die Ohren zu (mit Watte und dergl.), oder stecken die Finger in die Ohren, oder verstecken sich unter der Bettdecke, um die peinlichen Hallucinationen los zu werden. Auch Fenster, Schlüssellocher, Fußbodenritzen werden verstopft.

II. Sinnestäuschungen des Gesichts werden an folgenden Zeichen erkannt:

1. Am physiognomischen Ausdruck. Der Gesichtshallucinant hat die Augen weit geöffnet, die Pupillen sind maximal weit, der Kranke starrt unbeweglich auf die Vision. Je nach dem Charakter der Sinnestäuschung ist der physiognomische Ausdruck selig, verzückt, oder angstvoll, erschrocken. Manchmal wandert der Blick hin und her, indem er offenbar etwas fixiert, was in Wirklichkeit nicht da ist; dann verändern sich häufig die Pupillen, werden enger, wenn die Vision näher rückt und weiter, wenn sie sich entfernt. Kranke mit schreckhaften Visionen schließen oft die Augen, schütteln sich und reiben dann die Augen. Kranke mit angenehmen Visionen blinzeln oft eigentümlich.

2. An plötzlichen impulsiven Akten, indem die Kranken die visionären Gestalten oder Figuren ergreifen, werfen oder mit Schimpfwörtern überhäufen; die Alkoholdeliranten fangen und töten ihre visionären Käfer, Ratten und Mäuse.

3. Visionen kommen fast nur bei solchen Zuständen vor, in denen das Bewußtsein mehr oder weniger stark getrübt ist. Also bei epileptischen Dämmerzuständen, Fieberdelirien, Delirium tremens, Cocainismus.

III. Kranke, die an Hallucinationen des Geschmacks leiden, prüfen meist sehr vorsichtig das Essen, rühren es durcheinander, kosten kleine Bissen oder genießen gar nichts, oder speien das Genossene wieder aus.

Manche werfen auch beständig ihren Speichel aus, weil sie ihn für vergiftet halten.

IV. Kranke, die an Sinnestäuschungen des Geruchs leiden, schnüffeln manchmal, halten sich die Nase zu oder öffnen plötzlich die Fenster, um den hallucinierten Dunst und Gestank los zu werden.

V. Kranke mit Hallucinationen des Allgemein- gefühls bieten keine besonders charakteristischen objektiven Zeichen zu ihrer Erkennung.

Zum Schluß unseres Kapitels über die Beobachtung Geisteskranker sei noch erwähnt, daß einzelne Kranke einen eigenartigen Geruch verbreiten, der meist sofort bemerkt wird. Es scheint, als ob sich dies Symptom am häufigsten bei Katatonikern fände. Wenn der Geruch verschwindet, ist Heilung im Anzuge. Der Geruch verschwindet nach der Genesung.

III. Die Unterhaltung mit dem Kranken.

Wir haben uns genau über die Vorgeschichte unseres Kranken unterrichtet. Wir haben ihn beobachtet, die ganze Situation, in der wir ihn fanden, mit Psychiater-Augen erfaßt, und alles, was mit Auge und Ohr wahrgenommen werden konnte, bereits zur diagnostischen Verwertung analysiert. Wir müssen uns jetzt mit dem Kranken in Verbindung setzen, und dazu dient die Unterhaltung mit dem Kranken.

Man vermeide hierbei alle brüskten, alle ärztlichen Fragen, suche vielmehr durch leichte Plauderei aus dem Kranken die wesentlichen Symptome herauszulocken. Dabei darf man im Gespräch mit dem Kranken doch nie das Ziel außer acht lassen, nämlich Aufschluß über das Fehlen oder Vorhandensein gewisser psychopathologischer Erscheinungen zu gewinnen, die zu einer exakten Diagnose erforderlich sind.

In vielen Fällen, und das gilt besonders von den Paranoikern, die so häufig dissimulieren, kommt man rasch zum Ziel, indem man sich dem Kranken gegenüber den Anschein gibt, als wüßte man bereits alles, und indem man ihnen einfach die Symptome auf den Kopf zusagt, die, wie man bestimmt weiß, vorhanden sein müssen. Z. B. werden viele Paranoiker, bei denen man Sinnestäuschungen durch die Beobachtung feststellt, auf die Frage: „Was rufen die Stimmen denn jetzt?“ oder „Schimpfen die Stimmen immer noch?“ sofort genaue Auskunft geben. Aber auch wenn sie sagen: „Ich höre keine Stimmen!“, so ist das auch ein verwendbares Resultat: Denn Kranke, die keine Hallucinationen haben, wissen auch nicht, was Stimmen sind, und antworten kaum jemals: ich höre keine Stimmen. Auch Wahnideen, Größen- und Verfolgungsideen, kann man leicht hervorlocken, indem man ihr Vorhandensein dem Kranken auf den Kopf zusagt. Manche Kranke mit Verfolgungswahn, die uns erst mit herablässender Ironie empfangen und keine Auskunft geben, oder nur immer die typischen Redensarten wiederholen: „Wozu die dummen Fragen? Sie wissen ja alles besser wie ich!“, werden sofort mittheilsam, wenn wir ihnen ankündigen, daß wir gekommen seien, ihre Sache zu untersuchen, uns über ihre Verfolgung, über ihre Feinde, über ihre Leiden zu unterrichten und ihnen zu helfen, soweit es uns möglich sei.

Nachdem man also mit dem Kranken einige einleitende Worte gewechselt hat, wendet man sich sofort zur Prüfung der Orientiertheit des Kranken, wie das ja von vornherein am nächsten liegt. Am besten notiert man Frage und Antwort sofort wortgetreu. Wir stellen dem Kranken folgende Fragen:

1. Wie ist Ihr Name?
2. Wo sind Sie geboren?
3. Wo wohnen Sie?
4. Wann sind Sie geboren?
5. Wie alt sind Sie also?
6. Was ist Ihr Beruf?

Diese 6 Fragen sollen uns Auskunft geben, ob und inwieweit der Kranke über seine eigene Person orientiert ist.

Wir fragen weiter:

1. Welches Jahr schreiben wir jetzt?
2. Was ist jetzt für eine Jahreszeit und was für ein Monat?
3. Wissen Sie Datum und Wochentag?

Diese 3 Fragen werden uns Auskunft geben, ob und inwieweit der Kranke über die Zeit orientiert ist.

Ferner fragen wir noch:

1. Wo befinden wir uns hier?
2. Was wohnen hier noch für Leute?
3. Kennen Sie welche davon?

So werden wir erfahren, ob und inwieweit der Kranke über Raum und seine Umgebung orientiert ist.

Die teilweise oder völlige Unorientiertheit (Desorientiertheit) ist ein Symptom von großer diagnostischer Bedeutung, und in jedem Falle von Geisteskrankheit muß man genau festzustellen suchen, ob Defekte im Orientierungsvermögen vorliegen, welchen Grad die Desorientiertheit erreicht hat und welche Gebiete sie betrifft (Zeit, Ort, Umgebung, eigene Person). Die völlige Desorientiertheit ist meist die Folge des gänzlichen Unvermögens, sich zu orientieren, und kommt daher vor:

1. Bei allen akuten Psychosen mit höheren Graden der Verwirrtheit (epileptische Zustände, akute hallucinatorische Verwirrtheit, Fieber- und Alkoholdelirien).

2. Bei Zuständen tiefer Demenz (Idiotie, Paralyse in den Endstadien, Blödsinn).

Es ist hier der Ort, über den von Ärzten so viel gebrauchten Ausdruck „Verwirrtheit“ eine Bemerkung zu machen. Unter Verwirrtheit im psychiatrischen Sinne ist eine Bewußtseinstrübung zu verstehen, in der eine völlige oder fast vollkommene Desorientiertheit über Zeit, Raum und Umgebung besteht. Der Grad der Desorientiertheit steht also fast immer in geradem Verhältnis zu der Tiefe

der Bewußtseinsstörung, wenn allerdings auch Fälle vorkommen mögen, wo die Orientiertheit trotz erheblicher Bewußtseinsstörung intakt bleibt.

In diesem strengen Sinne angewendet gewinnt der Begriff „Verwirrtheit“ eine außerordentliche Bedeutung für Diagnose und Prognose, und eben darum ist es so wichtig, sich immer bei akuten Psychosen darüber zu unterrichten

1. Besteht Desorientiertheit, und in welchen Gebieten?

2. Ist die Desorientiertheit mit einer Bewußtseinsstörung verbunden, d. h. besteht Verwirrtheit? und

3. Sind Sinnestäuschungen und Wahnideen vorhanden?

Gerade das Verhältnis von äußerer Orientiertheit zum Inhalt der Wahnideen ist prognostisch von wesentlicher Bedeutung. Je unsinniger die Wahnideen, und je vollkommener die Orientiertheit, um so ungünstiger die Prognose. Je unzusammenhängender die Wahnideen, und je grösser die Desorientiertheit, um so besser die Prognose. Diese Sätze sind Grundsätze der Psychiatrie.

Leichtere Grade der Desorientiertheit kommen fast bei allen Psychosen vor, besonders leichte zeitliche Desorientiertheit. Daß manche Kranke Datum und Wochentag nicht wissen, hat meist weiter keine diagnostische Bedeutung, wenn sie im übrigen orientiert sind.

In folgenden Fällen gewinnt Grad und Art der Desorientiertheit diagnostische Bedeutung:

I. Wir haben da einen Kranken vor uns mit gerötetem, schweißbedecktem Gesicht, der unaufhörlich an seinem Bett herumarbeitet, die Decken schüttelt, abwischt, mit den Füßen auf den Boden stampft, wie wenn er etwas tot treten wollte, mit den Fingern wie es scheint Tierchen vom Bett abliest und sie zer kneift. Auf Befragen erklärt er, massenhafte Käfer zu sehen, die ihm am Leibe raufkrabbelten. Die Bewegungen des Kranken sind hastig und unsicher. Hände und Füße zittern, der Gang

ist stolpernd, schwankend. Der Kranke antwortet nur auf lautes Anrufen.

Wie ist Ihr Name? Ferdinand K. (richtig).

Wo sind Sie geboren? Wo ich geboren bin? In — na — wie heißt doch gleich? — in Danzig, nein bei Danzig — da, nicht weit von — na, du kennst doch auch.

Wo wohnen Sie? Wo ich wohne? Was für 'ne Frage. Ich wohne, wo ich wohne. Hier wohne ich.

Wann sind Sie geboren? 77 — nein, im November war's, 73. 1863.

Wie alt sind Sie also? Beinahe so alt wie Methusalem — vielleicht 40 Jahre — warten Sie mal — meine Alte weiß es — Alte! (ruft nach seiner Frau) — Wo sie wohl wieder steckt! —

Was ist Ihr Beruf? Ich bin Metzger.

Welches Jahr schreiben wir jetzt? 19. Jahrhundert — nein 20. 1900 (1901).

Was ist jetzt für eine Jahreszeit und für ein Monat? Monat? Juli — August — — September — ja, September wird wohl sein.

Wissen Sie Datum und Wochentag? Datum — nein, das weiß ich nicht genau — Unser Kalender hängt gleich nebenan — da kann ich ja gleich mal nachsehen.

Wo befinden wir uns hier? Herr, du meine! — was soll hier sein? Das ist hier mein Schlafzimmer, da schläft meine Alte und hier schlafe ich.

Was wohnen hier noch für Leute? Oben wohnt noch der Schreiber Krull mit seiner Frau — die haben 5 Kinder — die quäken immer so. Hören Sie nicht? Hä hä hä. Kleine Kinder sind gräßlich.

Wir bemerken also bei diesem Kranken folgende Symptome:

1. Starke motorische Unruhe.
2. Offenbar hat der Kranke Sinnestäuschungen (Tiervisionen).
3. Starke Tremor.
4. Völlige Desorientiertheit über Zeit, Raum und Umgebung. Der Kranke, welcher sich im Wachsaal der Irrenanstalt befindet, glaubt zu Hause in seiner Wohnung zu sein, weiß weder Datum noch Wochentag.

Das ergibt alles zusammen das typische Bild eines Alkohol-Deliranten.

II. Die Kranke liegt mit traurigem Gesichtsausdruck im Bett, auf ihrer Stirn sind deutlich die hufeisenförmigen Gramfalten ausgeprägt. Sie hat die Hände gefaltet und betet leise. Ihre Pupillen sind auffallend weit, der Gesichtsausdruck hat etwas Schwärmerisches, Leidendes, zugleich etwas Verträumtes. Manchmal huscht ein verklärtes Lächeln über die Züge der Kranken. Sie starrt dann längere Zeit visionär an die Decke. Nachher befragt erklärt sie: sie habe die Engel Gottes auf und nieder steigen sehen. Sie bittet jetzt, man möchte sie doch nach Hause lassen. Was wohl mit ihren Kindern passiert sei? Die wären wohl alle tot. Sie verlangt Aufklärung, was mit ihr eigentlich geschehen solle? Es sei solch schweflicher Dunst in der Luft, die andern spotteten und schimpften über sie, sie wolle sich das nicht länger gefallen lassen. Die Untersuchung der Orientiertheit ergibt folgendes:

Über die eigene Person gibt die Kranke völlig richtige Auskunft.

Welches Jahr schreiben wir jetzt? 1902 ist jawohl.

Was ist jetzt für eine Jahreszeit und was für ein Monat?

Das weiß ich nicht genau. Darauf kann ich mich nicht besinnen. Es muß wohl Oktober sein. Oder ist schon November? (Es ist Dezember.)

Wissen Sie Datum und Wochentag? Nein — das kann ich nicht sagen. Ob wohl heute Sonntag ist? (Es ist Mittwoch.)

Wo befinden wir uns denn hier? Ja — hier bin ich noch nicht gewesen. Sie haben mich hierher gebracht. Warum, weiß ich nicht. Es soll wohl so eine Art Frauenhaus sein — für alte Frauen — für Arme.

Kennen Sie welche von den Leuten, die noch hier sind?

Nein — da habe ich noch nicht mit gesprochen.

Man könnte bei dieser Kranken nach dem äußeren Eindruck zunächst an einen einfachen Depressionszustand denken. Aber

1. der verträumte Gesichtsausdruck,
 2. die zeitliche und örtliche völlige Desorientiertheit,
 3. die Sinnestäuschungen (Visionen und Hallucinationen, sieht Engel, glaubt sich geschimpft),
 4. die vorübergehende verklärte Stimmung inmitten der Depression,
- lassen keinen Zweifel, daß es sich um einen epileptischen Dämmerzustand mit depressivem Charakter handelt.

III. In einigen Fällen kann durch die Antworten des Kranken eine völlige Desorientiertheit, ja Blödsinn vorgetäuscht werden, wo aber in Wirklichkeit eine völlige Orientiertheit vorhanden ist. Ein Kranker, der in seinem Äußeren nichts Besonderes bietet und weder den Eindruck eines Verwirrten noch den eines Blödsinnigen macht, antwortet uns auf unsere Fragen, auffallend rasch und sicher:

Wie ist Ihr Name? Julius Caesar.

Wo sind Sie geboren? In Hinter-Indien — am Hoangho — am Hoangho.

Wo wohnen Sie? Am Hoangho —

Wann sind Sie geboren? Tausend Jahre vor Christus.

Wie alt sind Sie also? 32 Jahre (ist richtig).

Was ist Ihr Beruf? Gärtner.

Wo befinden wir uns hier? Im Himmel.

Was ist für eine Jahreszeit? Pfingsten, das liebeliche Fest, ist gekommen (richtig).

Von allen Antworten sind nur 2 richtig. Alle übrigen enthalten völligen Unsinn.

Wir wiederholen unsere Prüfung an einem anderen Tage und erzielen folgende Antworten:

Wann sind Sie geboren? 999 nach Christi.

Wo sind Sie geboren? In Rom.

Wie alt sind Sie jetzt? Tausend Jahre und eins. Tausend und eine Nacht.

Wie ist denn Ihr Name? Max Müller. Maler Müller.

Wilhelm Müller — geboren in Dessau. Griechenlieder.

Was ist Ihr Beruf? Zigeuner von Gottes Gnaden.

Wo befinden wir uns hier? In den alten Bleikammern von Venedig.

Was ist heute für ein Datum? 12. Oktober 1901 (richtig).

Hier findet sich unter lauter völlig unsinnigen Antworten, die den Anschein erwecken könnten, als wäre Pat. völlig desorientiert, eine gänzlich exakte Antwort, die seltsam mit den anderen kontrastiert.

Bei einer dritten Prüfung, die ein paar Stunden nach der vorherigen stattfindet, bekommen wir lauter richtige und völlig besonnene Antworten.

Wir müssen also den Schluß ziehen, daß der scheinbar

völlig desorientierte Kranke immer völlig orientiert gewesen ist. Alle seine Antworten tragen den Charakter des Absichtlichen, Gesuchten. Die Schnelligkeit und Sicherheit, mit der sie geäußert werden, lassen keinen Zweifel, daß wir es hier mit einem absichtlichen Danebenreden, mit Paralogien, zu tun haben, wie sie am allerhäufigsten bei Katatonikern beobachtet werden. Paralogien sind also von differentialdiagnostischer Bedeutung.

IV. Die genaue Prüfung der Orientiertheit ist von ausschlaggebendem diagnostischem Wert bei zwei Psychosen, die trotz der fundamentalen Unterschiede zwischen beiden sehr häufig durcheinander geworfen werden. Das ist die akute hallucinatorische Verwirrtheit und die Dementia praecox paranoides. Die erste ist eine zum Tode oder zur Genesung führende Psychose, die zweite ein meist rasch zu Verblödung führender chronischer Degenerationsprozeß.

1. Die etwa 26jährige Frau vor uns erweckt sofort den Eindruck einer schwerbenommenen, unbesinnlichen Geisteskranken. Der Gesichtsausdruck ist angstvoll, ratlos, die Mienen verzerrt und verstört. Die Haare sind aufgelöst und hängen wild über Gesicht und Schulter; die Kranke befindet sich in höchster, ängstlicher Unruhe: sie macht wüste Abwehrbewegungen mit Händen und Füßen, schlägt blindlings um sich, stößt und verwundet sich rücksichtslos bald hier, bald da und entblößt sich ohne Scham. Sie spricht unzusammenhängend, abgerissen, lallend. Sie gibt keine geordnete Auskunft.

Das Krankheitsbild setzt sich zusammen aus folgenden Symptomen:

1. Starke Bewußtseinstrübung mit völliger Desorientiertheit (Verwirrtheit).

2. Beständige ängstliche Unruhe mit inkoordiniertem Bewegungsdrang.

3. Deutlicher physiognomischer Ausdruck schwerer Krankheit und der Benommenheit.

Dies ist das Bild der hallucinatorischen Verwirrtheit — einer sehr seltenen und heilbaren Psychose.

2. Der etwa 24jährige junge Mann vor uns befindet sich in starker ängstlicher Erregung. Der Gesichtsausdruck ist der der

höchsten Angst, des Entsetzens, gepaart mit dem des Mißtrauens. Der Kranke ist offenbar von Gehörstäuschungen schreckhaften Inhalts gequält. Er springt jäh in die Höhe, lauscht erschreckt zur Seite, will entfliehen, erstarrt wieder plötzlich wie vor Schreck, sinkt ins Bett zurück, schreit plötzlich laut: „Hilfe! Hilfe! Sie wollen mich zerstückten. Ich soll gevierteilt werden. Helfen Sie mir. Sie wollen mir den Diamantstein aus der Nase schneiden!“ So ist der Kranke beständig unruhig und ängstlich erregt. Aber alle seine Bewegungen sind völlig sicher und zweckmäßig. Der physiognomische Ausdruck enthält keine Anzeichen der Benommenheit oder Schwerbesinnlichkeit. Der Kranke beobachtet seine Umgebung fortwährend mit ängstlich-mißtrauischem Blick. Die Prüfung der Orientiertheit, die sich trotz der starken Erregung, trotz der bestehenden Sinnestäuschungen und Wahnideen durchführen läßt, ergibt, daß der Kranke fast völlig über seine eigene Person, über Zeit, Ort und Umgebung orientiert ist. Nur das Datum kann er nicht genau angeben.

Dieser Kranke, der äußerlich wohl an eine hallucinatorische Verwirrtheit erinnern könnte, bietet wesentliche Unterschiede gegen den vorher analysierten Fall.

1. Hier völlige Orientiertheit — dort gänzlichliches Unvermögen, sich zu orientieren.

2. Hier zweckmäßige Bewegungen — dort ein ungezügelttes, zerfahrenes Bewegungsspiel.

3. Hier geordnetes Benehmen, wenn auch im Sinne von Hallucinationen — dort Verwirrtheit und Prostration.

Der hohe Grad von Orientiertheit trotz massenhafter Hallucinationen und Wahnideen sagt uns, daß es sich hier nicht um eine prognostisch günstige hallucinatorische Verwirrtheit, sondern um eine beginnende Dementia praecox paranoides handelt. Der Kontrast dieses Verhältnisses von Orientiertheit und Wahnideen ist prognostisch infaust.

Nachdem man sich über die Orientiertheit des Kranken unterrichtet hat, erhebt man am besten von dem Patienten selber eine möglichst genaue Anamnese über sein gesamtes vergangenes Leben, auch über die letzte Zeit, in der die Psychose sich entwickelte. Einmal gewinnt man hierbei häufig ganz neue Momente von Bedeutung für die Vorgeschichte, die von den An-

gehörigen vergessen oder absichtlich verschwiegen worden sind, sodann erhält man so in der leichtesten Weise Aufschluß über einige für die Diagnose wesentliche Punkte: nämlich über Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht, über Gedächtnis, Urteilsbildung und die Gesamt-Intelligenz des Patienten.

Es empfiehlt sich überall, wo der Patient Auskunft gibt, seine Auto-Anamnese genau nachzuschreiben. Dies gilt natürlich besonders für forensische Fälle.

Die Analyse dieses Materials — der Auto-Anamnese des Kranken — können wir erst vornehmen, nachdem wir uns über einige andere wichtige Fragen der Psychopathologie unterrichtet haben. Wir müssen unsern Kranken jetzt ausforschen, ob er Sinnestäuschungen hat, welcher Art sie sind und welchen Inhalt sie haben.

Im großen kann man hier die Kranken einteilen:

1. In solche, die von ihren Hallucinationen sprechen, oder auf Befragen darüber Auskunft geben.

2. In solche, die ihre Hallucinationen dissimulieren.

Bei denen, die ihre Sinnestäuschungen dissimulieren, ist man lediglich auf die objektiven Zeichen zur Erkennung der Sinnestäuschungen angewiesen, über die wir bereits gesprochen haben. Im allgemeinen ist zu bemerken, daß es einem geübten Psychiater keine Schwierigkeiten macht, das Bestehen von Sinnestäuschungen auch da nachzuweisen, wo sie dissimuliert werden.

In der Mehrzahl der Fälle, wo Sinnestäuschungen bestehen, sprechen die Kranken entweder von allein davon, oder sie geben sie auf Befragen ohne weiteres zu. Manchmal kommt man gleich zum Ziel, wenn man den Kranken auf den Kopf zufragt: „Was sagen denn die Stimmen?“ oder „Was sehen Sie denn für Bilder?“ Denn merkwürdigerweise verstehen alle Halluzinantent sofort den Sinn dieser Worte: „Stimmen“ und „Bilder“. Bei solchen

Kranken, bei denen man Hallucinationen des Gemeingefühls vermutet, genügen oft Andeutungen über elektrische oder magnetische Beeinflussungen, um sie sofort zu einem umfassenden Geständnis zu veranlassen.

In jedem Falle aber muß man, wenn man einen Geisteskranken untersuchen will, zunächst genau Bescheid wissen, was unter Sinnestäuschungen zu verstehen ist, welcher Art Sinnestäuschungen vorkommen, und welchen diagnostischen Wert die einzelnen Arten von Hallucinationen besitzen.

Seit Esquirol datiert die künstliche, aber praktische Einteilung der Sinnestäuschungen in Illusionen und Hallucinationen. Illusionen sind reale Wahrnehmungen, die aber vom Kranken gefälscht werden (*perception réelle, faussetement interprétée*); Hallucinationen sind sinnliche Wahrnehmungen ohne äußeren Reiz (*perceptions sans objet*). Illusionen sind an und für sich nicht pathologisch. Fast jeder Mensch ist ihnen ab und zu unterworfen. Besonders solche mit starker Phantasie. Ein alter Baumstumpf, der im Abenddunkel als Räuber erscheint, oder ein im Winde sich bewegender Busch, der uns als ein Reh vorkommt — das sind Beispiele von Illusionen. Eine pathognomonische Bedeutung gewinnen die Illusionen erst dann, wenn diese Trugwahrnehmungen

1. nicht mehr korrigiert, nicht als Illusionen erkannt werden,
2. wenn sie massenhaft auftreten,
3. wenn sie einen besonderen wahnhaften Inhalt haben.

ad 1. Ein Geistesgesunder wird in jedem Fall, in dem er eine Illusion hatte, durch Belehrung anderer oder eigene Überzeugung den Irrtum erkennen und korrigieren. Ein Geisteskranker, der im Bellen der Hunde Schimpfwörter erkennt, ist nie zu überzeugen, daß dies eine Illusion sei.

ad 2. Die Illusionen Geistesgesunder treten meist vereinzelt und nur vorübergehend auf in besonderen Situationen, wo entweder die Phantasie und die Affekte lebhaft erregt sind (Angst) oder in halbwachem Zustande beim Erwachen oder in Zuständen von Erschöpfung. Bei Geisteskranken sind sie zu jeder Tageszeit bei sonst ungestörter Gesundheit zu beobachten, und zwar meist nicht

vereinzelt und vorübergehend, sondern massenhaft und längere Zeit hindurch.

ad 3. Die Illusionen Geistesgesunder sind manchmal überraschender und seltsamer Art, selten romantischen Inhalts. Aber sie haben nie Beziehungen zu Wahnideen. Ein Geisteskranker, der aus dem Pochen der Luftheizung die gefährlichen Drohungen seiner Verfolger heraushört, hat eine Illusion, die zu seinen Wahnideen in deutlichen und charakteristischen Beziehungen steht.

Im Gegensatz zur Illusion ist die Hallucination in jedem Falle ein Zeichen bestehender Geisteskrankheit. Doch ist zu bemerken, daß der scharfe Unterschied zwischen Illusion und Hallucination sich noch einigermaßen bei den Sinnestäuschungen von Gehör und Gesicht durchführen läßt, bei denen der übrigen Sinne aber auf unüberwindliche Schwierigkeiten stößt. Nach der Theorie soll die Hallucination rein zentralen Ursprungs sein, ohne daß in den peripherischen Sinnesleitungen irgend ein ursächlicher Reiz nachweisbar wäre. Aber in sehr vielen Fällen kann man auch durch die exakteste Untersuchung nicht feststellen, ob nicht doch irgend ein pathologischer Prozeß im Mittelohr oder in der Nasen- und Mundschleimhaut, oder in Retina und Sehnerven sich abspielt, der die wirkliche Ursache der Sinnestäuschung ist, die wir als Hallucination betrachten, und die doch wegen jenes latenten peripherischen Reizes theoretisch als Illusion aufzufassen wäre.

Indessen so schwierig die Sache auch von der theoretischen Seite ist, für die praktische Seite, speziell für die Fragen der Diagnostik, ist die minutiöse Unterscheidung zwischen Illusion und Hallucination kaum jemals von besonderer Bedeutung.

Wir wollen daher gleich die Sinnestäuschungen im einzelnen und ihre diagnostische Bedeutung besprechen.

I. Illusionen.

1. Illusionen des Gehörs. Die Illusionen des Gehörs sind von großer diagnostischer und auch prognostischer Bedeutung.

Wir haben z. B. einen Kranken von ca. 28 Jahren, dessen Psychose erst seit einigen Wochen besteht. Er ist seitdem un-

ruhig, schlaflos, niedergeschlagen und weiß selbst nicht, warum. Er macht sich Selbstvorwürfe wegen allerhand kleiner Vergehen, die ihm früher passiert, die aber kaum der Rede wert sind. Oft hat er leichte Angstanfälle und Todesfurcht. Der Kranke ist völlig orientiert, besonnen und intelligent.

Bis hierher könnte die Psychose als ein einfacher Depressionszustand mit guter Prognose gelten. Aber nun geht es weiter:

Der Kranke ist ab und zu mißtrauisch und bezieht die Gespräche anderer auf sich. Manchmal glaubt er in den Worten anderer beschimpfende Ausdrücke zu vernehmen, die ihm gelten sollen.

Diese Symptome ändern das ganze Bild völlig. Das Auftreten von Gehörsillusionen wahnhaften Inhalts zugleich mit mißtrauischem Wesen ist von prognostisch ernster Bedeutung. Es handelt sich in diesem Falle wie so häufig, wo die Diagnose anfangs eine Melancholie oder eine einfache Depression annimmt, um den Beginn einer Paranoia, und die ganz isoliert im Gebiet des einen Sinnes und öfter auftretenden Illusionen geben uns einen sicheren Fingerzeig, daß hier bald Hallucinationen des Gehörs und ein paranoischer, unheilbarer Wahn sich einstellen werden.

Illusionen des Gehörs kommen sonst auch noch bei anderen Geisteskrankheiten vor. So besonders bei Alkoholdeliranten und bei Melancholischen auf der Höhe der Krankheit, wo die Diagnose keine Schwierigkeiten macht.

Es ist also zu merken: Isolierte Illusionen des Gehörs sind oft ein Initialsymptom der Paranoia.

2. Illusionen des Gesichts sind von allen Illusionen die bei weitem häufigsten. Sie treten vorzugsweise bei solchen akuten Kranken auf, bei denen starke Erregung mit einem gewissen Grade von Bewußtseinstrübung vorhanden ist. Sie sind daher fast immer das Zeichen einer vorhandenen Bewußtseinsstörung. Daher machen Illusionen des Gesichts das charakteristische, oft einzige psychotische Symptom der Fieberdelirien (Typhus, Tuberkulose etc.) aus, finden sich bei epileptischen und alkoholistischen Erregungszuständen und spielen eine be-

sondere Rolle beim Delirium tremens. Bei letzterem kann man sie leicht zu jeder Zeit experimentell hervorrufen. Zeigt man einem Alkoholdeliranten die Schmutzflecke an der Wand und fragt ihn, was das sei, so wird er in der Mehrzahl der Fälle statt dessen Käfer, Spinnen, Zahlen oder ähnliches, was man ihm durch Suggestivfragen nahelegt, erkennen. Besonders lebhaft und instruktiv lassen sich bei Alkoholdeliranten Illusionen des Gesichts erzielen, wenn man ihnen Bilder vorlegt und sie auffordert, den Inhalt anzugeben. Ganz einfache Bilder, bei denen kein Zweifel bestehen kann, was sie darstellen sollen, werden in einer meist völlig zusammenhangslosen, oft geradezu ideenflüchtigen Weise umgedeutet.

Eine Art der Gesichtstillusionen ist besonders bezeichnet worden — die Personenverwechslung oder Personenverkennung. Sie ist ein außerordentlich häufiges Symptom und kann sich bei fast allen Psychosen dauernd oder vorübergehend finden.

Kranke mit dem Symptom der Personenverkennung glauben in Mitkranken ihre Anverwandten oder andere bestimmte Personen, Fürsten, Spione, Feinde zu erkennen, während sie oft ihre wirklichen Angehörigen nicht als solche anerkennen wollen und behaupten, sie wären nur maskiert oder verkleidet oder hätten die Gesichter ihrer Anverwandten nur angenommen.

Manische auf der Höhe der Exaltation zeigen häufig Personenverkennung, die sie jedoch meist rasch korrigieren, wenn man sie etwas zur Aufmerksamkeit aufrüttelt. Oder sie reden ihre Wärter im Scherze als Fürsten an, um jedoch in der zornigen Erregung sehr bald die richtige Bezeichnung zu finden.

Ebenso ist es mit den Alkoholdeliranten. Bei ihnen ist die illusionäre Verkennung von Personen nur eine Folge ihrer verminderten Auffassung und Aufmerksamkeit.

Katatonische reden ihren Arzt oft jeden Tag verschieden an. Bald als Fürst, bald als Herr Müller, bald als Herr Schulze. Es handelt sich um Paralogien. Die Kranken wissen ganz gut, daß es ihr Arzt ist, und reden ihn zwischendurch ganz richtig als „Herr Doktor!“ an.

Die Personenverkennung ist — wie fast alle Illusionen des Gesichts — in akuten Zuständen von Erregung oder Verwirrtheit

ein prognostisch unbedeutendes Symptom. Wo dies Zeichen jedoch bei besonnenen Kranken andauernd vorhanden ist, und immer an dieselben Personen dieselbe wahnhafte Verknüpfung geknüpft wird, ist es fast immer infaust und gehört zur Symptomatologie der Paranoia.

8. Illusionen der übrigen Sinne sind, wie bereits bemerkt, kaum von den Hallucinationen dieser Sinne zu trennen, weshalb wir sie einfach mit diesen zusammen besprechen wollen.

II. Hallucinationen.

1. Die Hallucinationen des Gehörs sind die bei weitem häufigsten aller Sinnestäuschungen überhaupt. Sie kommen fast bei allen Psychosen vor außer der Idiotie, dem angeborenen Schwachsinn, der Paranoia simplex und dem Querulantenwahn. Sie werden fast durchweg von den Kranken als „Stimmen“ oder „Stimmenmachen“ bezeichnet, und fast alle Geisteskranken, die Gehörstäuschungen haben, verstehen daher sofort die Frage des Arztes: „Hören Sie Stimmen?“

Die Hallucinationen des Gehörs (Akoasmen) treten entweder als sogenannte elementare Sinnestäuschungen auf: als einfache Geräusche, Sausen, Brausen, Zischen, Pfeifen, Donnern, Krachen, Glockenläuten, oder als wirkliche Worte, oder als Sätze, oder als völlig zusammenhängende Gespräche. Manche Kranke hallucinieren auf einem Ohre, die Mehrzahl auf beiden. Bald sind die Stimmen leise, flüsternd, bald laut und donnernd. Die einen hören 2 bis 3 Stimmen auf einmal, andere viele durcheinander, manche ein völliges Stimmengewirr, wie von Hunderten von Stimmen, aus denen sie nur ab und zu einzelne Laute zu verstehen vermögen. Einige bezeichnen ihre Stimmen als Frauenstimmen, andere als Männer- oder Kinderstimmen. Bei manchen Kranken sind die Stimmen außerordentlich monoton, wochenlang wiederholen sich dieselben stereotypen Hallucinationen (z. B. Der Kerl ist und bleibt ein Lump), bei anderen wechseln sie beständig, sind außerordentlich inhaltreich und erzählen die abenteuerlichsten Phantasien; bei manchen Kranken, die mehrere Sprachen beherrschen, sprechen die Hallucinationen in mehreren Sprachen. Sie werden von den Kranken verschieden lokalisiert: die einen hören sie oben von der Decke herkommen, andere aus dem Keller, aus der Heizung, von draußen; wieder andere verlegen den Sitz ihrer Stimmen in den eigenen Körper, in Kopf oder Unterleib. Gehörstäuschungen haben verschiedenen Inhalt. Am häufigsten drücken sie Beschimpfungen,

Bedrohungen oder Vorwürfe aus: Lump! Dieb! Schurke! hast gestohlen! wirst geköpft, gerädert. Oder sie enthalten schwere Anklagen, Verurteilungen, oder sie spotten über den Kranken, machen beständig höhnische Bemerkungen. Wieder andere enthalten wichtige, geheimnisvolle Aufträge, göttliche Verheißungen. Das sind die Fälle, wo meist Größenideen bei den Kranken vorhanden oder in Entwicklung begriffen sind. Derartige Kranke sprechen mit Gott, mit den Erzengeln, mit dem Papst, mit dem Kaiser; sie hören, wie sie zum Fürsten der Welt, zum Stellvertreter Christi auf Erden, zum Herrn des Weltalls ernannt werden, und ein unbeschreiblich glückliches, seliges Lächeln verbreitet sich über ihre Züge. Andere Kranke werden wochenlang von überaus quälenden Hallucinationen heimgesucht. Sie hören erst, wie sie von allen verhöhnt, beschimpft und ihr ganzes Leben mit boshaften Verleumdungen besudelt wird. Dann wird ihnen das Urteil gemacht. Die Richter treten auf und machen ihnen den Prozeß. Ab und zu kommen auch Verteidiger und sprechen Gutes, um den Beklagten zu retten. Aber der Stab wird über ihn gebrochen. Das Todesurteil gefällt. Alles geht mit dramatischer Lebendigkeit und Anschaulichkeit vor sich. Wort folgt auf Wort, Satz auf Satz. Der Kranke ist ein völliges, erbarmungswürdiges Opfer seiner Hallucinationen.

Von Magnan sind einige Kranke beschrieben worden, bei denen die Hallucinationen auf dem rechten und auf dem linken Ohre entgegengesetzten Inhalt hatten. So hörte z. B. ein Kranker auf dem rechten Ohre unangenehme, peinigende Stimmen (Lump, Schweinekerl) und den bösen Geist, der ihm Unheil verkündete, auf dem linken Ohre dagegen vernahm er den guten Geist, der ihm Schmeicheleien und Versprechungen zurief.

Eine Form der Gehörstäuschungen ist als „Gedankenlautwerden“ oder „Doppeldenken“ (écho des pensées) besonders bezeichnet worden. Sie hat hohen diagnostischen Wert, insofern sie fast nur der Paranoia und anderen prognostisch infausten paranoischen Prozessen zukommt. Die Kranken hören alles, was sie denken oder tun wollen, vorher oder nachher ausgesprochen. Auch beim Lesen und Schreiben wiederholt die Stimme wortgetreu alles noch einmal. Das Symptom des Gedankenlautwerdens ist nicht allzu häufig. Die davon betroffenen Kranken nennen es „Gedankenstehlen“, oder „Gedankenabziehen“ und ähnlich.

Bemerkenswert für alle Gehörstäuschungen ist ihre meist außerordentlich sinnliche Deutlichkeit und Plastizität,

die ihnen eine eminente, oft packende Gewalt über die Kranken verleiht und alle anderen Stimmen übertönt. Man sagt: die Stimmen üben einen imperatorischen Einfluß aus.

2. Die Hallucinationen des Gesichts. Man kann auch hier zwischen einfachen (elementaren) und zusammengesetzten (komplexen) Sinnestäuschungen unterscheiden.

Elementare Sinnestäuschungen des Gesichts sind: Funken-, Flammen- oder Blitzsehen, feurige Sterne, farbige Kränze und Ringe. Andere Kranke sehen bedrohliche Schatten, gefährliche Tiere, wieder andere ganze Gruppen von Menschen, völlige szenenhafte Vorstellungen. Die Hallucinationen des Gesichts haben indifferenten, bedrohlichen oder beseligenden Inhalt. Manche Kranke schildern in überaus anschaulicher Weise die phantasievollen Gemälde, die ihr hallucinierender Gesichtssinn ihnen vorgaukelt. Sie erblicken sich selbst, abgehetzt und müde, von tanzenden Gerippen umgeben, die ihre scharfen Sensen schwingen und sie dem Abgrund zutreiben. Oder sie müssen mit ansehen, wie das Schaffot für sie zugestrichelt wird, wie das rote Blutgerüst sich vor ihren Augen erhebt, der Henker mit dem Beil und entblößten Armen auf sein Opfer mordgierig wartet, und eine gaffende Menge ringsherum sich breit macht. Andere schildern Visionen glückseligen Inhalts. Sie befinden sich im Himmel, wo alles in überirdischem Glanze strahlt. Sie werden von Gott-Vater und den Erzengeln begrüßt. Alles verneigt sich vor ihnen. Bei einigen Kranken sind die Hallucinationen von geringer sinnlicher Deutlichkeit, flächenartig, „Bilder“, bei anderen ist alles in naturgetreuer, oft farbenreicher Plastizität leibhaftig zu sehen.

Einige Gesichtshallucinationen haben besonderen diagnostischen Wert. Das sind:

- a) Die der Epileptiker. Einmal kommen bei ihnen sehr häufig elementare Hallucinationen vor, besonders Feuer-, Flammen- und Funkensehen.

Dann aber sind bei ihnen häufig Visionen religiös-phantastischen Inhalts, meist alles in grellen, bunten Farben.

Epileptiker in Zuständen von Ekstase sehen den Himmel offen, erblicken Engelchöre auf der Himmelsleiter auf und nieder steigen, Gott-Vater umgeben von aller Glorie des Ewigen und alle Herrlichkeit und Glanz des Himmels auf sich herabstrahlend.

Der physiognomische Ausdruck ist in solchen Zuständen visionär, traumhaft, selig und verklärt.

Ferner haben die Visionen der Epileptiker häufig einen außerordentlich schreckhaften Charakter. Sie erblicken sich von zahllosen Feinden umgeben, die die Messer nach ihnen zücken, sie erblicken wilde rote Teufel, drohende schwarze Gespenster mit glühendroten Augen. Diese Visionen veranlassen die Epileptiker häufig zu den gefährlichsten Gewalttaten.

Endlich sei noch erwähnt, daß bei Epileptikern nicht so ganz selten eigenartige Sinnestäuschungen beobachtet werden, die man als Makropsie und Mikropsie besonders bezeichnet hat: die Kranken sehen alle Gegenstände entweder abnorm vergrößert oder in verkleinertem Maßstabe.

- b) Die der Alkoholdeliranten. Die Hallucinationen des Gesichts überwiegen im Delirium tremens bei weitem die aller übrigen Sinne und stellen in der Tat in vielen Fällen ein für die Psychose ungemein charakteristisches Symptom dar. Wir meinen zunächst die meist auch in Laienkreisen wohlbekannteren Tiervisionen (zoopsie). Alkoholdeliranten sehen oft ganze Unmassen von Käfern, Spinnen, Mäusen und anderem Getier, das in unaufhörlicher Bewegung kriecht, läuft und springt. Aber ebenso charakteristisch wie die Visionen sich bewegender Tiere ist für die Alkoholdeliranten das Auftreten von Hallucinationen in verschiedenen Sinnesgebieten, besonders Gesicht und Gehör, und deren associative Verknüpfung, aus der häufig eine völlige, meist charakteristische Situationsverkenntung resultiert, häufig in dem Sinne, daß der Kranke bei seiner gewohnten Beschäftigung innerhalb seiner heimatlichen vier Pfähle sich zu befinden glaubt.

Solch ein Delirant bemerkt nicht, daß er sich im Krankensaal einer Irrenanstalt befindet, sondern der Fischer glaubt am Wasser zu sitzen und zu angeln. Zahlreiche Fische schwimmen um ihn herum, die er kaum alle fangen kann. Der Kellner glaubt im Wirtshaus zu sitzen, er hört und sieht die Gäste und ist geschäftig, sie zu bedienen. Man kann also manchmal aus der Art

der Situationsverkennung und dem ihr angepaßten Benehmen des Kranken feststellen, was für einen Beruf dieser hat.

- c) Auch bei Kokainmißbrauch kommen Tiervisionen vor, die sich in nichts von denen der Alkoholdeliranten unterscheiden. Aber die Differentialdiagnose zwischen Cocainismus und Delirium tremens unterliegt selten Schwierigkeiten.
- d) Die Gesichtshallucinationen der Fieberdeliranten sind meist nur vorübergehend, oft nur auf bestimmte Stunden (abends, Zeit der höchsten Temperatur) beschränkt, sehr wechselnd, vager Natur und ohne scharfe Umrisse. Sie haben bald traurigen, bald freudigen Inhalt.

3. Die Sinnestäuschungen des Geschmackes und Geruches sind bei weitem seltener als die des Gehörs und Gesichts; die des Geruchs etwas häufiger als die des Geschmackes. In der Mehrzahl der Fälle haben sie einen unangenehmen, quälenden Charakter.

Die Kranken schmecken Gift, Blut, Menschenfleisch in den Speisen, riechen erstickenden Dunst, Schwefel, Rauch, Leichen und Pestgestank. Ein Kranker bekam beständig „Schnäpse durch die Luft übertragen“.

Die Hallucinationen des Geschmackes und Geruches kommen fast nur in Verbindung mit solchen des Gehörs oder Gesichts vor. Ihr diagnostischer Wert ist also gering und wird durch die übrigen gleichzeitig bestehenden Hallucinationen bestimmt.

4. Die Hallucinationen des Allgemeingefühls. Man hat hier zunächst zu unterscheiden:

- a) Die Berührungs-(taktilen)Hallucinationen:

Die Kranken fühlen, wie ihre Wangen oder ihr Körper wie mit einer eiskalten Hand berührt oder wie mit eisiger Luft angeweht wird (thermische H.), sie spüren Jucken, Kitzeln, Beißen, Stechen, Prickeln, Ameisenkriechen. Sie spüren wie sie gepackt, hin und her geschüttelt werden. Starke Ströme werden am Hinterkopf hereingelassen. Sie werden plötzlich umarmt und geliebkost. Die Haut wird mit schmerzhaften elektrischen oder magnetischen Strömen durchpeitscht. Diese letzteren Sinnestäuschungen (Bearbeitung durch elektrische Ströme) sind typisch für die Paranoiker.

Eine besondere differentialdiagnostische Bedeutung haben die Sinnestäuschungen der Kokainisten.

Im hallucinatorischen Kokainistenwahnsinn treten meist zahlreiche Gefühlshallucinationen auf. Die Kranken verspüren ein starkes Hautjucken, das sie in wahnhafter, typischer Weise als durch Ungeziefer verursacht halten (Würmer kriechen unter der Haut). Zu diesen charakteristischen Gefühlshallucinationen gesellen sich außer schreckhaften Hallucinationen des Gehörs Tiervisionen, ganz wie wir sie bei Alkoholdeliranten kennen gelernt haben.

Die Verbindung von Tiervisionen (Milben, Flöhe etc.) mit den erwähnten Gefühlstäuschungen ist also pathognomonisch für Cocainismus.

b) Sinnestäuschungen der Organempfindungen.

Kranke mit hierher gehörigen Sinnestäuschungen glauben, daß Tiere in ihrem Leibe umherkriechen (Schlangen, Frösche), daß ihre Eingeweide verfault, abgestorben sind oder zum Körper heraushängen, das Rückenmark ist zerstört, auf der linken Seite ist es dicker als auf der rechten, die Knochen sind ganz aufgelöst oder wachsen zum Leibe heraus, das rechte Bein ist kürzer als das linke, aus den Fingern und Zehen tropft langsam das Blut heraus, die Arme sind von Holz, der Kopf von Stein, der ganze Körper ist nichts wie eine leere, hohle Gestalt, innen ist alles aufgelöst.

Besondere Erwähnung verdienen die Hallucinationen in der Sexualsphäre.

Kranke mit solchen klagen, daß ihnen der Same abgezogen oder abgetrieben werde, alle Art Unzucht und „Sodomiterei“ wird mit ihnen vorgenommen, Frauen werden vergewaltigt und haben das Gefühl, begattet zu werden, oder fühlen sich schwanger.

Berüchtigt sind die Verleumdungen hysterischer Weiber, die infolge abnormer Organempfindungen in der sexuellen Sphäre ihre Ärzte nach Narkosen bezichtigen, sie sexuell mißbraucht zu haben.

Was den differentialdiagnostischen Wert der Hallucinationen des Allgemeingefühls betrifft, so ist zu sagen, daß sie bei einer ganzen Reihe von Psychosen vorkommen und im großen und ganzen von prognostisch infauster Bedeutung sind. Sie sind am häufigsten bei paranoischen Prozessen, bei melancholischen Endzuständen und bei den verschiedenen Arten der Hypochondrie (Hystero-Hypochondrie). Im allgemeinen kann man sagen, daß alle

Hallucinationen des Allgemeingefühls, die von den Kranken auf feindliche Beeinflussungen von außen zurückgeführt werden, paranoischen Charakters, also prognostisch absolut infaust sind; diejenigen hingegen, deren Entstehung nicht im Sinne des Verfolgungswahns gedeutet wird, im wesentlichen hypochondrischen Charakters, also prognostisch relativ infaust sind.

Die Diagnose wird jedoch meist noch dadurch erleichtert, daß die Hallucinationen des Allgemeingefühls meist mit anderen zusammen auftreten. So finden sich bei der Paranoia fast stets auch Hallucinationen des Gehörs, des Geruchs und Geschmacks, während die Hystero-Hypochondrie wohl die einzige Psychose sein dürfte, wo Hallucinationen des Allgemeingefühls isoliert zur Beobachtung kommen.

Der Vollkommenheit wegen seien noch erwähnt:

III. Die sogenannten hallucinierten Bewegungsvorstellungen (Bewegungshallucinationen, Hallucinationen der Körpermuskulatur?).

Die Kranken spüren plötzlich, wie sie emporgeschleudert oder in die Luft gehoben werden, oder sanft durch die Luft schweben; wie ihre Arme oder ihr Kopf oder andere Körperteile sich bewegen.

IV. Die hallucinierten Sprachbewegungsempfindungen (Hallucinationen der Sprachmuskulatur).

Die Kranken haben die Empfindung, ein bestimmtes Wort, das ihnen „in der Kehle sitzt“, auszusprechen.

Sie haben keine große diagnostische Bedeutung und kommen auch selten vor.

Wir haben das Gebiet der Sinnestäuschungen genau besprochen, da Sinnestäuschungen eines der häufigsten Symptome bei Geisteskrankheiten sind, und man viel von ihnen wissen muß, wenn man mit seinen Kranken eine vollständige Expertise darüber anstellen will. Auch kommt es nicht gar so selten vor, daß Hallucinationen völlig übersehen werden.

Im allgemeinen ist die Ansicht verbreitet, daß die Hallucinationen geringen differentialdiagnostischen Wert

hätten. Sie kommen ja bei allen Psychosen vor, heißt es. Die Ansicht ist richtig, soweit es sich um die Hallucinationen an und für sich handelt. Sobald man aber vor einem Kranken steht, der halluciniert, ist die Sache gleich anders. Hier gewinnt oft schon die bloße Tatsache, daß Sinnestäuschungen vorhanden sind, fast immer aber Art und Inhalt der Sinnestäuschungen im Verein mit anderen psychopathologischen Phänomenen an Bedeutung für die Diagnose.

Man muß also, wenn irgend möglich, immer festzustellen suchen:

1. Sind Sinnestäuschungen vorhanden?
2. Welche Sinne sind daran beteiligt?
3. Welchen Inhalt haben die Sinnestäuschungen?

Wir schreiten nun weiter in der Expertise unseres Kranken.

Wir hatten festgestellt, wie weit der Kranke orientiert ist, wir haben seine ganze *vita antea* aus seinem eigenen Munde vernommen und hierbei bereits manchen Einblick gewonnen in den Zustand seines Gedächtnisses, in seine Bildungshöhe und seine Urteilsfähigkeit. Es gilt nun festzustellen — wenn es nicht bereits aus der Anamnese oder den Bekenntnissen des Kranken selber offenbar ist — ob der Kranke Wahnideen hat.

Die Wahnideen sind in sehr vielen Fällen ein *stigma morbi*, insofern fast jeder Psychose bestimmte Wahnideen charakteristischer Art zukommen. Ihr differentialdiagnostischer Wert ist daher ein außerordentlich großer, und wer nur gelernt hat, das Spezifische einer Wahnidee zu erfassen, wird über ihre diagnostische Bedeutung nicht im unklaren sein. Hier wie überall in der Psychiatrie darf man sich eben nie begnügen, festzustellen, daß die und die Wahnideen vorhanden sind, sondern man muß sie nach Form und Inhalt analysieren und ihr Verhältnis zu anderen psychopathologischen Phänomenen (Hallucinationen, Desorientiertheit etc.) sich klar machen.

Wahnideen ganz allgemein gesagt sind alle Vorstellungen Geisteskranker, die mit den Tatsachen der allgemeinen Erfahrung im Widerspruch stehen, trotzdem jeder Korrektur unzugänglich sind und daher Tun und Lassen des Kranken beeinflussen.

Es gibt vier Arten von Wahnideen:

A) Paranoische Wahnideen.

B) Größenwahnideen.

C) Depressive oder melancholische Wahnideen.

D) Hypochondrische Wahnideen.

Wir wollen nun im folgenden genau untersuchen, welchen besonderen Wert diese verschiedenen Wahnideen für die Diagnose besitzen.

A) Die paranoischen Wahnideen.

Wir fassen unter diesen Begriff alle diejenigen Wahnideen zusammen, die eine Beeinträchtigung des kranken Individuums in irgend einer, sei es körperlicher, geistiger, sexueller oder rechtlicher Beziehung zum Inhalt haben.

I. Die leichteste Form paranoischer Wahnbildung stellen die sogenannten Beeinträchtigungsideen dar. Individuen mit Beeinträchtigungsideen glauben sich überall zurückgesetzt, anderen nachgestellt, schlecht behandelt, verkannt. Beeinträchtigungsideen sind sehr häufig. Sie kommen vor:

1. Bei Psychopathen. Diese können selbst von hervorragender Intelligenz sein. Ihre Beeinträchtigungsideen führen in das Gebiet des Normalpsychologischen hinüber.

2. Bei Schwachsinnigen und Idioten. Diese sind oft sehr neidisch auf das, was anderen zuerteilt wird, und fühlen sich zurückgesetzt.

3. Bei Epileptikern und Hysterischen, wo der Egoismus aufs höchste entwickelt ist.

4. Im Beginn der Paranoia, wo dann nachweisbar ist, daß diese Ideen früher nicht vorhanden waren, und bei der fertigen Paranoia, deren Diagnose selten Schwierigkeiten macht.

II. Eine größere Bedeutung für die Diagnose hat

bereits der sogenannte Beziehungswahn: Der Kranke bezieht Worte, Gespräche, Gesten und Zeitungsnotizen auf sich, die ihm in Wirklichkeit nicht gelten. Es sind folgende Fälle möglich:

1. Ein völlig orientierter 30jähriger Kranker, der sich äußerlich ganz besonnen und sozial verhält. Stimmung depressiv, Gesichtsausdruck zweifelnd, oft deutlich mißtrauisch. Diagnose des Hausarztes: Melancholie. Im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen Beziehungsideen: der Kranke wittert in allem, auch im unbedeutendsten Beziehungen zu seiner Person. Ein Mitkranker, der zweimal laut niest, tut es nur, um ihn zu erschrecken. Ein anderer Kranker, der die Nahrung verweigert, will ihm dadurch nur andeuten, in welchem Überfluß er selbst früher geschwelgt habe. Das „verdächtige Husten“ eines anderen wiederholt sich offenbar nur netwegen so häufig. Ab und zu treten Illusionen des Gehörs auf: Der Kranke hört aus dem Bellen der Hunde Schimpfworte.

Wir haben bei diesem Kranken folgende wesentliche Symptome:

- a) Völlige Orientiertheit und äußere Besonnenheit.
- b) Depressive Stimmung.
- c) Gesichtsausdruck häufig mißtrauisch.
- d) Isolierte Illusionen des Gehörs.
- e) Beziehungswahn.

Das ist ein Symptomenkomplex, wie er für die beginnende Paranoia typisch ist. Dazu paßt auch das Alter. Bald werden Hallucinationen die Illusionen des Gehörs ablösen, deutliche Verfolgungsideen werden auftreten und es wird sich das Bild einer Paranoia entwickeln.

2. Ein jugendlicher, 21jähriger Kranker, ein Mann, bei dem sich die Krankheit ganz plötzlich entwickelt hat. Er hat vor kurzem seine Arbeit niedergelegt, weil die Kollegen ihm alles „zum Schabernack tun“. Ein Kollege neben ihm schneuzte sich beständig die Nase und wischte die Hand an der Hose ab. Das sollte sagen, daß er (Pat.) ein Schwein sei, da er dies früher auch getan habe. Der Zuträger brachte ihm absichtlich immer so viel Bruchsteine u. s. w. In allen, auch den unbedeutendsten Zufällen erblickt er irgend eine Beziehung auf sich selber. Außerdem glaubt er sich beständig scharf beobachtet, die Mitarbeiter drehen sich nach ihm um, machen geheimnisvolle Zeichen und geben sich heimlich Winke. Sie führen offenbar gegen ihn etwas im Schilde und wollen ihn entfernen. Infolge dieser Wahnideen war der Kranke reizbar und geriet beständig mit anderen in Streit, auch mit seinen Eltern, die, wie er meinte, mit den anderen unter einer Decke stäken. Dann traten Hallucinationen auf: Der Kranke hörte beständig Stimmen, die ihm drohten, er solle tot gemacht

werden, und ihn: Lump und Zigeuner schimpften. Ab und zu war der Kranke stark ängstlich erregt, glaubte sein Leben bedroht und schlug um sich. Schon nach einigen Tagen äußerte er ganz plötzlich Größenideen, wollte die Prinzessin Eudoxia von Rußland heiraten, nannte sich Papst und Graf zugleich, meinte er sei schon dreimal gestorben, nun aber neugeboren und zu ewigem Leben bestimmt.

Der Kranke war selbst in der stärksten Erregung immer völlig orientiert über eigene Person, Ort und Zeit. Nur die Umgebung verkannte er zum Teil.

Bei diesem Kranken entwickeln sich in chronologischer Reihenfolge folgende Symptome:

- a) Beziehungswahn.
- b) Sogenannter Beobachtungswahn.
- c) Halluzinationen des Gehörs. schimpfenden und bedrohlichen Inhalts.
- d) Ängstliche Erregungszustände.
- e) Frühzeitig auftretende Größenideen, die den Charakter des Schwachsinnns tragen.

Bedenken wir, daß die Orientiertheit trotz Sinnestäuschungen und Wahnideen im wesentlichen immer intakt blieb, ferner das jugendliche Alter, so werden wir die Prognose als infaust bezeichnen, die Diagnose auf *Dementia praecox paranoides* stellen können. Dafür sprechen noch besonders die frühzeitig auftretenden schwachsinnigen Größenideen.

3. Eine ca. 35jährige Kranke sitzt traurig in aufrechter Haltung im Bett, häufig faltet sie die Hände und betet, wobei sie madonnenhaft die Augen nach oben richtet und mit eigentümlich schmerzlich-schwärmerischem Gesichtsausdruck. Sie macht einen eigentümlich benommenen, träumerischen Eindruck. Die Pupillen sind maximal weit. Die Kranke gibt auf Fragen zögernd Antwort, ist über sich selbst orientiert. „Wo befinden wir uns hier?“ Das weiß ich nicht. Das ist wohl so eine Art Waisenhaus. Für arme Frauen. „Kennen Sie mich?“ Nein, ich habe Sie noch nicht gesehen. Sind Sie denn aus A? (Heimatsort der Kranken). Auch zeitlich ist die Kranke desorientiert. Das Jahr gibt sie richtig an, aber Monat, Datum und Wochentag falsch. Sie erkennt weder ihren Arzt, noch die Oberin, welche sie schon seit mehreren Tagen häufig sieht. Ab und zu ist die Kranke erregt, weil sie die Worte und Gesten anderer Kranken auf sich bezieht. Sie machen geheimnisvolle Zeichen. Das soll heißen: sie soll einen Strick um den Hals kriegen. Die Kranke hat Halluzinationen des Gehörs, des Gesichts und des Geruchs. Sie wird beim Namen gerufen, sieht Feuer und Flammen, riecht Dampf und Qualm. Vorübergehend kommen Zustände von Ekstase mit Visionen religiösen Inhalts zur Beobachtung.

Der Beziehungswahn dieser Kranken ist mit folgenden anderen Symptomen verbunden:

- a) Depressive Grundstimmung.
- b) Desorientiertheit über Zeit, Raum und Umgebung.
- c) Hallucinationen des Gehörs, des Gesichts elementarer Art, des Geruchs.
- d) Vorübergehende Zustände von Ekstase mit Visionen religiösen Inhalts.

Wir erkennen an dieser Symptomatologie unschwer den epileptischen Grundcharakter der Psychose, die als ein epileptischer Dämmerzustand aufzufassen ist, was auch mit der Anamnese gut übereinstimmt, da die Kranke als Kind an epileptischen Krämpfen gelitten hat und schwer, in Ascendenz und Descendenz, mit Epilepsie belastet ist.

4. Beziehungswahn ist häufig ein Symptom bei der akuten Halluzinose der Trinker. Bemerkenswert ist, daß hier die so zahlreichen Gehörstäuschungen oft einen rhythmischen Charakter haben: *Dú bist en Lump. Dú bist en Lump!* geht es immer in der gleichen Accentuation und in gleichem Rhythmus.

Die Anamnese (*abusus spirituos.*), die massenhaften Gehörstäuschungen besonderen Charakters und die Zeichen der Alkoholintoxikation machen die Diagnose.

Differentialdiagnostisch kommt wesentlich das *Delirium tremens* in Betracht. Aber hier überwiegen die Visionen, während bei der Alkoholhalluzinose die Gehörstäuschungen im Vordergrund stehen. Außerdem fehlt der Beziehungswahn bei *Delirium tremens*.

5. Beziehungswahn findet sich häufig bei allen Formen der Paranoia in den späteren Stadien, wo die Diagnose bereits über alle Zweifel klar ist.

III. Verfolgungswahn. Verfolgungsideen (*Idées de persécution*) sind ein außerordentlich häufiges Symptom, das bei einer ganzen Reihe von Psychosen vorkommt.

1. Verfolgungsideen sind das Haupt- und Kardinalsymptom der Paranoia (*Délire de persécution chronique systématisé*). Die Diagnose dieser Psychose kann in manchen Fällen wegen der großen Virtuosität der Kranken in der Dissimulation außerordentliche Schwierigkeiten machen. Oft verbergen sich unter der Maske der völligsten Besonnenheit die gefährlichsten Wahnideen. Die Verfolgungsideen sind zu einem zusammenhängenden System verknüpft.

2. Verfolgungsideen sind ein wichtiges Symptom der *Dementia praecox paranoides*. Die Wahnideen tragen meist frühzeitig schwachsinnigen Charakter: Das Gehirn

wird ausgepumpt, das Gesicht verschimpft, die Gedärme herausgenommen.

3. Einen besonderen Charakter, nämlich den der rechtlichen Benachteiligung, tragen die Verfolgungsideen der Querulanten (*Paranoia querulatoria*, Querulantenwahn).

Sinnestäuschungen fehlen bei der *Paranoia querulatoria*.

4. Verfolgungsideen sind ein charakteristisches Symptom des akuten Alkoholwahnsinns (akute *Paranoia* der Trinker, akute Halluzinose der Trinker, *délire de persécution alcoolique*). Diese Psychose macht der Diagnose meist keine Schwierigkeiten, wenn man sie nur kennt.

5. Die Verfolgungsideen sind ein wesentliches Symptom des präsenilen Beeinträchtigungswahnes (*Dementia senilis praecox*). Der präsenile Beeinträchtigungswahn ist die *Paranoia* älterer Individuen, im 5. und 6. Jahrzehnt des Lebens. Die Psychose ist relativ selten und macht der Diagnose keine Schwierigkeiten.

6. Verfolgungsideen spielen häufig eine Rolle bei *Dementia senilis* (seniler Verfolgungswahn). Alle möglichen paranoischen Ideen treten auf. Doch werden sie nie systematisiert und sind entweder sehr monoton oder wechseln beständig. Das hohe Alter, die körperlichen und anderen Symptome der *Dementia senilis* lassen über die Diagnose keinen Zweifel.

7. Verfolgungsideen aller Art sind häufig zu beobachten bei der progressiven Paralyse.

Wie alle Ideen der Paralytiker sind auch ihre paranoischen Wahnideen schwachsinzig, absurd, kritiklos und oft jenseits aller Möglichkeit. Häufig sind insbesondere Vergiftungsideen. Die Diagnose macht in seltenen Fällen Schwierigkeiten. Das sind meist solche Fälle, wo die Paralyse noch in den ersten Stadien ist und wesentliche körperliche Symptome noch fehlen. Hier empfiehlt es sich, das typische Bild eines Paranoikers sich vor Augen zu halten und sich dann zu fragen: ist der Kranke ein Paranoiker oder nicht? Meist werden die Halt- und Energielosigkeit des Paralytikers, sein steter Stimmungswechsel und besonders auch seine Zustände von Euphorie mit jenem Bild eines typischen Paranoikers kontrastieren.

8. Paranoische Ideen kommen ziemlich häufig vor bei epileptischen Zuständen.

- a) Vorübergehend treten Verfolgungsideen ganz plötzlich auf in Gestalt eines akuten Verfolgungswahnes,

besonders vor oder im Anschluß an epileptische Anfälle.

Solche Kranke haben meist massenhafte schreckhafte Visionen in grellen Farben, glauben sich rings von Feinden umgeben und befinden sich in höchster Erregung. Sie sind sehr gefährlich und begehen oft schauerhafte Untaten. Nach der Erregung treten manchmal Zustände von Stupor oder seltener von Ekstase auf. Die Diagnose wird gesichert durch die Begleitsymptome der Epilepsie.

- b) Bei vielen Epileptikern finden sich dauernd vereinzelte paranoische Vorstellungen.

Diese wechseln an Intensität, bald verblassen sie, bald treten sie mehr hervor. Selten kommt es zu fixen Wahnideen. In einigen Fällen ist jedoch eine gewisse Systematisation beschrieben worden (Paranoia auf epileptischer Basis. Buchholz). Auch die Komplikation von Paranoia mit Epilepsie ist beobachtet worden (Magnan).

Die Diagnose gründet sich auch hier auf die zugleich bestehende Epilepsie.

9. Verfolgungsideen manigfacher Art treten vorübergehend auf bei den periodischen und circulären Geistesstörungen (Manisch-depressives Irresein, Kraepelin). Man hat daher auch von Paranoia periodica gesprochen. Sie treten meist erst in späteren Anfällen auf, wo die Diagnose sich aus der Anamnese ergibt (Periodizität der Anfälle).

Die Wahnideen sind meist wechselnd und ohne Tiefenwirkung. In den anfallsfreien Zeiten, häufig auch während der Anfälle, besteht Kritik über die Wahnideen.

10. Ziemlich häufig sind paranoische Ideen auch bei der Melancholie.

Hier kommt es jedoch nie zu einem Wahnsystem. Je frühzeitiger sie auftreten, je hartnäckiger sie fortbestehen und je energischer sie betont werden, um so infauster ist die Prognose. Die Diagnose der Melancholie macht auch bei bestehenden paranoischen Ideen kaum Schwierigkeiten. Ein solcher Melancholicus ist fast immer ein persécuté passif: Er spricht betrübt von den Verfolgungen, denen er ausgesetzt ist, aber er erduldet sie gleichmütig als gerechtfertigt durch seine schwere Verschuldung, ja er entschuldigt sie manchmal, da er sich ja gegen Gott und die Welt versündigt hat.

11. Paranoische Ideen treten manchmal vorübergehend

bei Hysterischen auf, die das Symptom von anderen Kranken acceptieren.

Bei ihnen schweben diese Vorstellungen meist gänzlich in der Luft, sind vagen, oft romantisch-gefärbten Charakters, beeinflussen ihr Handeln nicht und verschwinden meist, wenn man sie geschickt ignoriert.

Sehr selten sind auch hysterische Dämmerzustände mit schreckhaften Sinnestäuschungen (schwarze Männer mit Messern, wilde Tiere, Totenköpfe) und romanhaften Verfolgungsideen.

Von Räubern gewaltsam entführt, weggeschleppt, gemißbraucht. Die Wahnideen sind meist solche erotischen Inhalts.

12. Endlich spielen paranoische Ideen häufig eine Rolle beim chronischen Alkoholismus. Besonders typisch sind Vergiftungsideen und der Wahn ehelicher Untreue (Eifersuchtswahn der Alkoholisten). Die Prognose ist ziemlich ungünstig.

B) Größenideen. Expansive Wahnideen. Idées de grandeur.

Sie sind ein sehr häufig vorkommendes Symptom, wenn auch nicht ganz so weit verbreitet wie die Verfolgungsideen. In vielen Fällen sind Charakter und Form der Größenidee von differentialdiagnostischem Wert.

1. Größenideen sind ein häufiges Symptom in den späteren Stadien der Paranoia.

Die Diagnose des paranoischen Größenwahns ist kaum Schwierigkeiten unterworfen.

2. Die Größenideen der Dementia praecox paranoides zeigen wesentliche Unterschiede gegen die der klassischen Paranoia.

Einmal treten sie meist frühzeitig auf, oft bereits nach Tagen oder Wochen, manchmal infolge Hallucinationen. Dann sind sie außerordentlich wechselnd in ihrem Inhalt, es kommt zu einem blühenden, abenteuerlichen Größenwahn voll der unsinnigsten Ideen. Ja, häufig kann man durch Suggestivfragen immer neue und phantastischere Größenideen hervorzaubern, wie bei Paralytikern. Die Diagnose macht sich aus der monotonen, affektlosen Weise, in der die Größenideen vorgetragen werden, aus dem geringen Einfluß, den sie auf Tun und Lassen des Patienten ausüben, aus dem jugendlichen Alter und dem deutlichen Schwachsinn.

Die Physiognomie solcher jugendlicher paranoisch Dementer ist oft charakteristisch: ein Gemisch von dememtem, mißtrauischem und expansivem Gesichtsausdruck.

3. Bei Querulanten entwickeln sich meist keine solche grellen Größenideen wie bei den übrigen Formen der Paranoia.

Aber fast immer findet sich eine enorme Steigerung des Selbstbewußtseins, eine Überschätzung des Wertes der eigenen Persönlichkeit, die sich in Sprache und Stil der „Prozeßkrämer“ meist deutlich ausspricht. Fast alle Querulanten halten ihre Sache für eine Sache von der größten Wichtigkeit, für eine Sache der Menschheit. Ihre Entschädigungsansprüche verlangen oft ganz fabelhafte Summen.

4. Im akuten Alkoholwahnsinn tauchen vorübergehend phantastische Größenideen auf. Sie sind hier ausnahmsweise prognostisch nicht ungünstig und verschwinden, wenn die Halluzinose abheilt.

5. Bei der Dementia senilis kommen ab und zu schwachsinnige Größenideen vor. Die Komplikation mit anderen Symptomen der Demenz (Gedächtnis-, Intelligenzdefekte) und Senilität machen die Diagnose. In einzelnen Fällen kann die Differentialdiagnose gegen Spät-Paralyse Schwierigkeiten machen oder auch unmöglich sein, besonders wenn Pupillenstarre vorhanden ist.

6. Größenideen sind ein charakteristisches Symptom der sogenannten klassischen Form der progressiven Paralyse (paralytischer Größenwahn). Jede Psychose im mittleren Lebensalter, bei der Größenideen vorhanden sind, ist der Paralyse verdächtig.

Die Größenideen der Paralytiker sind meist typisch; sie treten massenhaft auf, wechseln beständig, widersprechen sich untereinander und lassen einen mehr oder weniger hohen Grad von Urteilschwäche erkennen. Ein Paralytiker kann an einem Tage Weltkaiser, Kutscher mit 5 Millionen Mark Gehalt, Gott, Rothschild, oberster Rabbiner und Herr des Mondes sein (délire expansif). Er verfügt über riesige Kräfte, kann 1000 Zentner mit einer Hand heben, hat Milliarden über Milliarden in seinem Schatz, viele Millionen Elefanten geschossen und Tausende herrlicher Söhne erzeugt. Durch Suggestivfragen lassen sich fast in jedem Falle leicht massenhafte neue blühende Größenideen hervorrufen.

Die Diagnose der klassischen Paralyse macht kaum Schwierigkeiten. Die Urteilsschwäche, die Intelligenzdefekte, der Charakter der Wahnideen und die Symptome organischer Läsion werden sie sicherstellen.

7. Nicht allzuseiten kommen Fälle von Delirium tremens zur Beobachtung, die durch massenhaft produzierte Größenideen von dem typischen Alkoholdelirium abweichen. Hier handelt es sich meistens um ein symptomatisches Delirium bei progressiver Paralyse. Die Diagnose kann in dubio bleiben, so lange das Delirium besteht. Wenn dieses abgeklungen ist, und die Größenideen trotzdem fortbestehen, kann die Diagnose auf progressive Paralyse nicht mehr zweifelhaft sein. Meist werden dann auch wohl andere Symptome der Paralyse ausgeprägt sein (Pupillenstarre, Sprachstörung etc.).

8. Die Größenideen der klassischen und der periodischen Manie halten sich im allgemeinen in den Grenzen des Möglichen.

Sie haben oft den Charakter der Selbstüberhebung, der Rennomisterei und zeichnen sich durch ihre große Flüchtigkeit aus. Doch kommen auch hier Größenideen absurden Inhalts vor, die manchmal geradezu an Paralyse erinnern können. Auf energisches Einreden korrigieren die Maniakalischen häufig ihre Größenideen, meinen, das sei ja nur Scherz, Ulk. Die Abwesenheit aller paralytischen Symptome sowie die Zeichen der echten Manie (gehobene Stimmung, Ideenflucht) bringen in zweifelhaften Fällen Sicherheit über die Diagnose.

9. Bei der Melancholie kommen eigenartige Größenideen vor, die von den Franzosen unter dem Namen *délire d'énormité* oder noch bezeichnender als *délire des grandeurs à rebours* zusammengefaßt werden.

Es sind dies keine eigentlichen Größenideen. Ebensogut könnte man sie als melancholische Wahnideen bezeichnen, ist doch hier die Größenidee gewissermaßen nur die Basis für die melancholische Wahnidee und soll nur dazu dienen, die Schlechtigkeit des Kranken um so greller zu beleuchten (kontrastierende Größenideen). Die Kranken glauben, sie müßten ewig leben — aber nur, um wegen ihrer Sünden ewige Qualen im Fegefeuer zu erdulden — sie sind allmächtig wie Gott, aber nur, um verdammt zu sein, ewig Böses zu tun, sie sind Satan, Antichrist, die Ursache

alles Schlechten in der Welt. Das *délire d'énormité* ist prognostisch von infauster Bedeutung.

Selten sind in späteren Stadien der Melancholie echte Größenideen; sie sind meist sehr dürftig, manchmal phantastisch.

10. In epileptischen Erregungszuständen lassen sich endlich ab und zu Größenideen beobachten.

Sie sind flüchtig und haben oft religiösen Charakter. Die übrigen Symptome der Epilepsie (impulsive Akte, Bewußtseins-trübung etc.) werden die Diagnose sichern.

C. Depressive oder melancholische Wahnideen.

Sie sind das Gegenstück zu den expansiven Wahnideen und kommen, wie das im Namen liegt, im wesentlichen den Depressionszuständen zu.

1. Sie sind in der Form des sogenannten „Versündigungswahns“ ein konstantes Symptom der echten Melancholie.

Die Kranken durchmustern ihr ganzes Leben und finden überall Vergehen, die ihr Leben beflecken. Sie haben in der Jugend zuviel getanz, ihr Geld verschwendet, sind wenig in die Kirche gegangen, haben sich und ihre Familie ins Unglück gestürzt, Not und Elend über andere Menschen gebracht, kurz, sie sind elende, nichtswürdige Geschöpfe, ganz mit Laster erfüllt, die größten Sünder aller Zeiten. Diese und ähnliche Selbstanklagen finden sich bei jeder echten Melancholie.

Häufig läßt sich zugleich Verarmungswahn (*idées de ruine*) beobachten.

Die Kranken klagen: sie und ihre Familie seien völlig verarmt, obdachlos, die Kinder müssen hungern, werden betteln gehen müssen.

In selteneren Fällen beherrscht der sogenannte nihilistische Wahn (*délire des négations*) das Krankheitsbild.

Solche Melancholiker meinen, die ganze Welt sei untergegangen, alles ist zerstört und gestorben, es gibt keine Menschen, keine Städte, keine Tiere mehr, selbst Gott existiert nicht mehr. Alles ist nur noch Schein und Schatten. Sie selber sind das einzige lebende Wesen und unsterblich, um ewig Buße zu tun. Das *délire des négations* ist ebenso wie das *délire d'énormité* prognostisch infaust.

In selteneren Fällen ist auch bei Melancholie so-

genannter Verwandlungswahn (lycanthropie) zu beobachten.

Die Kranken glauben sich in ein wildes Tier, in einen Wolf oder einen Hund oder ein anderes Tier verwandelt, hüpfen, springen, kriechen auf allen Vieren, bellen, beißen und ahmen die Gebärden der Tiere nach, in die sie sich verwandelt glauben.

2. Eine Form melancholischer Wahnbildung, der sogenannte „depressive Wahnsinn“, ist auch eine Art Verwandlungswahn, nur daß hier nicht der Patient selber, sondern die Umgebung und Umwelt, schließlich die ganze Welt in schreckhafter, fratzenhafter Weise verwandelt erscheint.

Der Kranke befindet sich in einem Totenbett in einer schaurigen Leichengruft, die Mitkranken sind Leichen, die sich künstlich bewegen, das Haus ist ein ewiges Gefängnis, ein Marterhaus, die übrigen Menschen sind nur Schemen und Masken; Bäume und Gebirge, Sonne und Mond, Wind und Wetter, alles erscheint schaurig verändert, voller schrecklicher Andeutungen, theaterhaft inszeniert, um den Kranken zu ängstigen.

3. Depressive Wahnideen sind sehr häufig bei der progressiven Paralyse, besonders bei den depressiven und einfach dementen Formen.

Wie bei allen Wahnideen der Paralytiker tritt auch hier das Schwachsinnige, Kritiklose bald hervor. Zu Beginn der Paralyse kommen Versündigungsideen vor wie bei Melancholie. Die Differentialdiagnose ist hier natürlich von ganz besonderer Wichtigkeit und kann in einzelnen Fällen große Schwierigkeiten machen. Wenn man nur weiß, daß die Paralyse überhaupt bei der Diagnose in Betracht gezogen werden muß, wird man auch früher oder später die Diagnose entscheiden. Das relativ frühe Alter, leichte Intelligenzstörungen, Verstöße gegen Takt und gute Sitte, sowie alle die zahlreichen nervösen Reizerscheinungen, die die beginnende Paralyse zu begleiten pflegen, werden die Diagnose der Paralyse unterstützen.

Die depressiven Wahnideen der vorgeschrittenen Paralytiker sind fast immer mit hypochondrischen und anderen Wahnideen durchsetzt.

4. In den depressiven Phasen des manisch-depressiven Irreseins sind fast immer depressive Wahnideen zu beobachten.

Es handelt sich meist um Versündigungswahn. Die Anamnese wird in den meisten Fällen die Periodizität der Psychose ergeben.

5. Versündigungsideen finden sich ab und zu bei Hysterischen in Depressionszuständen.

Doch sind die depressiven Ideen hier meist unbestimmt, monoton und dürrig, oder die Selbstanklagen sind übertrieben, romanhaft und sollen die Kranke interessant machen.

6. Auch bei Epileptikern kommen häufig, meist vorübergehend, Versündigungsideen vor.

Sie haben oft, wie das bei der prononcierten Religiosität der Epileptiker natürlich erscheint, religiösen Inhalt: Die Kranken haben sich an Gott und seinem Wort versündigt, haben das Abendmahl unreinen Herzens genommen.

7. Die depressiven Ideen im Beginn der Paranoia machen die Diagnose oft schwierig. Meist wird „Melancholie“ diagnostiziert. Aber es ist doch meist ein bemerkenswerter Unterschied zwischen dem Melancholiker und dem Paranoiker im Beginn ihrer Krankheit. Der Melancholische sagt: Ich habe die und die Missetaten begangen, ich bin ein Sünder, ich verdiene und verlange harte Strafe. Der depressive Paranoiker sagt: Früher habe ich mir die und die Vergehen zu Schulden kommen lassen. Aber sollte ich wirklich deswegen Strafe erleiden? Der Melancholische läßt sein ganzes Leben vor seinem inneren Auge Revue passieren, um seine Schuld zu mehren und immer neue Vergehen ans Licht zu bringen, derentwegen er sich anklagen und Bestrafung verlangen kann. Der Paranoische durchforscht in gleicher Weise seine *vita anteacta*, aber weil er sich nicht erklären kann, was er getan hat, und warum man ihm nicht wohl will. Bald wird er zu dem Schluß kommen, daß er unschuldig ist — die Verfolgung kommt von außen, von seinen Feinden.

8. Bei allen Formen der *Dementia praecox* treten sehr häufig im Beginn depressive Wahnideen auf, oft im Sinne eines typischen Versündigungswahns. Auch hier wird die Diagnose fast immer auf „Melancholie“ gestellt. Und gerade hier ist eine frühzeitige und exakte Diagnose von besonderer Wichtigkeit.

Steht man einem jugendlichen Individuum gegenüber, von ca. 18—26 Jahren, bei dem sich traurige Stimmung,

Verständigungsideen und andere depressive Wahnideen finden, so muß man immer an einen beginnenden Verblödungsprozeß (*Dementia praecox*) denken und differentialdiagnostisch mit großer Präcision vorgehen.

9. Bei der überwiegenden Anzahl der Fälle von *Dementia senilis* sind Depressionszustände mit depressiver Wahnbildung zu beobachten.

Doch sind hier die Verständigungsideen meist so mannigfach mit anderen Wahnideen verknüpft und außerdem meist so deutlich mit anderen Symptomen der beginnenden Altersverblödung kompliziert, daß die Diagnose nicht im Zweifel sein kann. In manchen Fällen kann freilich die Differentialdiagnose gegen Melancholie erst nach längerem Verlaufe entschieden werden.

D. Die hypochondrischen Wahnideen.

Sie beziehen sich auf die körperliche, seltener auf die geistige Gesundheit und den Zustand einzelner Organe. Sie sind von großer prognostischer, d. h. meist infauster Bedeutung.

1. Eine eigentliche „Hypochondrie“, von der die Laien so viel sprechen, gibt es nicht. Die meisten der sogenannten Hypochonder sind einem Krankheitsbilde zuzurechnen, das am besten als *Hystero-Hypochondrie* bezeichnet wird.

Es findet sich am häufigsten im mittleren und höheren Lebensalter; bei Frauen zur Zeit der Rückbildung, wo bei anderen eine Melancholie zur Entwicklung kommt. Die Kranken beschäftigen sich nur mit ihrem Körper und ihren eingebildeten Leiden (*Molière's „Le malade imaginaire“*), sie befürchten bald Krebs, bald Rückenmarksschwindsucht, bald Paralyse zu bekommen. Häufig sind bestimmte objektive Zeichen, freilich der unbedeutendsten Art, Ursache neuer hypochondrischer Befürchtungen.

Die Prognose der *Hystero-Hypochondrie* ist gut, solange keine hypochondrischen Wahnideen und abnormen Sensationen dauernd sich vorfinden, aber in jedem Falle dubia. Sie ist um so besser, je mehr die hysterischen Züge des Krankheitsbildes in den Vordergrund treten.

2. Die hypochondrischen Wahnideen der *Paranoiker* unterscheiden sich von denen der eben erwähnten *Hystero-Hypochondrie* dadurch, daß objektiv nachweisbare Ursachen dafür fehlen. Zudem führt der *Paranoiker* alle seine

hypochondrischen Beschwerden auf die Tätigkeit seiner Verfolger zurück.

Diese zerreißen ihm das Rückenmark, füllen ihm das Gehirn ab, berauben ihn des Samens, lähmen seine Glieder, nehmen ihm die Eingeweide heraus und setzen ihm dafür Gummischläuche ein. Der Hypochonder hingegen führt alle seine Beschwerden auf irgend eine eingebilddete Krankheit zurück.

3. Sehr häufig sind hypochondrische Wahnideen bei der Melancholie.

Sie sind bei den prognostisch günstigen Fällen nur vorübergehend und halten sich dann im allgemeinen in mäßigen Grenzen; der Magen ist zu, es wird nichts mehr verdaut, es erfolgt kein Stuhlgang mehr, das Nervensystem ist kaputt, er muß verrückt werden, ist unheilbar.

Je unsinniger die hypochondrischen Wahnideen der Melancholiker werden und je intensiver sie auftreten, um so ungünstiger wird die Prognose. Das gilt von Wahnideen wie diesen: Der Kranke hat kein Herz, keine Eingeweide mehr, der Kopf ist von Stein, die Arme von Holz, im Gehirn sitzt Staub, das Rückenmark verfault.

Das *déire d'énormité* und *déire des négations* machen die Prognose, wenn sie zu diesen hypochondrischen Wahnideen hinzutreten, fast absolut infaust.

4. Von den häufigen hypochondrischen Beschwerden und Wahnideen der Paralytiker gilt dasselbe, was über ihre sonstigen Wahnideen gesagt worden ist.

Sie sind kindisch-unsinnig und oft maßlos phantastisch. Sie sind sehr wechselnd und meist mit anderen paralytischen Wahnideen paranoischer oder expansiver Art verbunden. Innen ist alles verfault, die Kranken haben keinen Mund, keinen Darm, keinen Kopf mehr, das Gehirn ist nur noch hirsekorngroß, der ganze Darm ist mit Gold angefüllt. Nicht allzuselten sind die Wahnideen sogenannte mikromanische (*déire des petites*): Die Kranken sind ganz klein geworden, zu Zwergen oder ganz kleinen Kindern, oder sie sind gar zu Millimetergröße zusammengeschrumpft und haben so kleine Beine, daß sie nicht mehr darauf stehen können, und wiegen nur noch 10 Pfund.

5. Bei der senilen Demenz kommen ebenfalls sehr häufig hypochondrische Wahnideen vor.

Sie tragen im allgemeinen schwachsinnigen Charakter. Häufig ist nihilistischer Wahn. Die Diagnose ist selten schwierig.

6. Die hypochondrischen Wahnideen der Epileptiker sind meist wechselnd und sehr flüchtig.

Differentialdiagnostik

Charakter und Form der depressiven Wahnideen	Charakter und Form der paranoischen Wahnideen	Charakter und Form der hypochondr. Wahnideen
Nur im Beginn, vorübergehend.	Anfangs Beeinträchtigungs-, Beziehungs-, Beobachtungswahn. Später fixer, systematisierter Verfolgungswahn.	Die hypoch. Wahnideen haben paranoischen Charakter; d. h. die hypoch. Beschwerden werden auf die Verfolger zurückgeführt.
Versündigungsideen, mikromanische u. andere absurde depressive Wahnideen.	Kritiklose Verfolgungsideen, die wechselnd u. nicht systematisiert sind.	Oft ungeheuerliche, kindische, widersinnige hypoch. Wahnideen.
Versündigungswahn. Verarmungswahn. Verwandlungswahn. Selten: depressiver Wahnsinn. Manchmal: nihilistischer Wahn.	Vereinzelt, ohne Einfluß auf das Handeln (<i>persécutés passifs</i>).	Häufig hypochondrische Wahnideen.
		Allerhand wechselnde hypoch. Wahnideen, die oft an objektive Symptome anknüpfen.
	Wahn rechtlicher Benachteiligung.	
Vorübergehend unbestimmte, vage oder romantische, übertriebene Selbstanklagen.	Vorübergehend vage, abenteuerliche Verfolgungsideen, nicht systematisiert, erotischen Inhalts.	
Versündigungsideen religiösen Inhalts.	Benachteiligungsideen. Selten vereinzelte paranoische Vorstellungen.	Vor Anfällen vereinzelte stereotype hypochondrische Ideen.
	Akuter Verfolgungswahn (<i>délire furieux</i>).	

der Wahnideen.

Charakter und Form der Größenwahnideen	Wichtigste Begleitsymptome	Diagnose
Fixer, systematischer Größenwahn, der die Persönlichkeit völlig beeinflusst.	Hallucinationen aller Sinne. Völlige äußere Besonnenheit und Orientiertheit. Erst in den Endstadien Geisteschwäche.	Paranoia.
Nicht systematisierte, wechselnde, schwachsinnige Größenideen.	Pupillenstarre. Fehlen der Patellarreflexe. Sprachstörg. Gedächtnis- und Intelligenzdefekte. Stimmungswechsel. Sinnestäuschungen ohne Bedeutung.	Paralyse.
Selten echte, dürftige Größenideen. Manchmal kontrastierende Größenideen: délire d'énormité.	Andauernder, tiefer, trauriger Affekt. Suicidtendenz. Nahrungsverweigerung.	Melancholie.
	Hysterische Symptome. Keine Sinnestäuschungen.	Hystero-Hypochondrie.
Enorme Steigerung des Selbstbewußtseins.	Délire de chicane. Prozeßkrämerei. Keine Sinnestäuschungen.	Paranoia querulatoria.
	Hysterischer Charakter. Hysterische Symptome. Manchmal schreckhafte Visionen phantastischer Art.	Hysterie.
	Krampfanfälle.	Epilepsie.
	Schreckhafte Visionen. Elementare Hallucinationen. Bewußtseinsstörung. Desorientiertheit. Stuporzustände.	Epileptischer Dämmerzustand

Differentialdiagnostik der

Charakter und Form der depressiven Wahnideen	Charakter und Form der paranoischen Wahnideen	Charakter und Form der hypochondr. Wahnideen
	Vage, wechselnde Verfolgungsideen.	
	Mehr oder weniger systematisierter Verfolgungswahn.	
In der depressiven Phase Versündigungsideen.	Paranoia periodica: Wechselnde Wahnideen ohne Systematisierung.	
Versündigungs- und andere depressive Wahnideen. Nihilistischer Wahn.	Schwachsinnige Verfolgungsideen, ohne Systematisierung, oft sehr monoton.	Schwachsinnige, oft ungeheuerliche hypoch. Wahnideen.
	Wechselnde, korrigierbare Verfolgungsideen. Wahn ehelicher Untreue. <i>Persécutés passifs</i> .	Im Beginn vorübergehend hypochondrische Beschwerden.
	Akut auftretende Verfolgungsideen, die mehr oder weniger systematisiert werden. Beziehungswahn.	
	Vergiftungsideen. Eifersuchtswahn.	Hypochondrische Beschwerden, die oft auf Vergiftung zurückgeführt werden.
Versündigungsideen im Beginn.	Besonders bei <i>D. praecox paranoïdes</i> massenhafte, absurde, nicht systematisierte Verfolgungsideen.	Absurde hypochondrische Wahnideen.

Wahnideen. (Fortsetzung.)

Charakter und Form der Größenwahnideen	Wichtigste Begleitsymptome	Diagnose
Vorübergehende Größenideen, oft religiösen Inhalts.	Visionen, Halluzinationen des Gesichts, Gehörs und Geschmacks. Impulsive Akte. Bewußtseinstörung wechselnder Intensität.	Epileptischer Erregungszustand. (Manie épileptique). Epileptisches Delirium.
	Epilepsie. Epileptischer Charakter.	Epilepsie-Paranoia.
In den manischen Phasen Größenideen, die die Grenze des Möglichen meist nicht überschreiten. Selten phantastische Größenideen.	In den depressiven Phasen: Denkhemmung, Depression. In den manischen Phasen: Ideenflucht, gehobene Stimmung. Sinnestäuschungen ohne Bedeutung.	Manisch-depressives Irresein.
Vereinzelte, kritiklose Größenideen.	Gedächtnis-, Intelligenzstörungen. Sinnestäuschungen. Senilität. Fortschreitender intellektueller Verfall.	Dementia senilis.
	Praesenilitas. Intelligenz u. Besonnenheit im wesentlichen erhalten.	Präseniler Beeinträchtigungswahn.
Vereinzelte, vage Größenideen.	Halluzinationen des Gehörs mit rhythmischem Tonfall und in Form von Unterhaltungen über den Kranken. Gedankenlautwerden. Orientiertheit und Besonnenheit erhalten. Symptome des Alkoholismus.	Akute Halluzinose der Trinker.
	Intellektueller und moralischer Verfall. Symptome des Alkoholismus.	Chronischer Alkoholismus.
Rasch und unvermittelt auftretende Größenideen wechselnd. Art, schwachsinnigen Inhalts.	Sinnestäuschungen. Negativismus. Katatonische Zeichen. Rasche Demenz. Alter!	Dementia praecox.

Oft sind sie das erste Zeichen eines beginnenden Dämmer- oder Erregungszustandes.

7. Beim *Alcoholismus chronicus*, besonders bei den *paranoia*-ähnlichen Formen, sind *hypochondrische* Wahnideen durchaus nicht selten.

Sie sind meistens die Folge abnormer Sensationen, die durch die mannigfachen somatischen Störungen der Trinker (*chronische Gastro-Enteritis*, *Leberkrankheiten* etc.) hervorgerufen werden. Sie glauben, ihre Eingeweide verdauen nicht mehr, ihre Arme sind zusammengeschrumpft, alles Essen nützt nichts mehr, der Rücken fällt zusammen etc.

8. Die *hypochondrischen* Wahnideen der *Dementia praecox* sind meist absurd.

Die Kranken glauben einen *Diamantstein* in der Nase zu haben, ihr Blut ist erstarrt in den Adern, die Lungen sind eingetrocknet, das Gehirn flüssig geworden, die Beine sind ungleich lang, rechts ist das Rückenmark geschwollen, die Knochen wachsen zum Leibe heraus.

Damit der Studierende sich aus der großen Zahl der verschiedenen Wahnideen und ihrer mannigfachen Verbindung miteinander besser und leichter herausfinde und um so schneller zu einer *differentialdiagnostischen* Analyse eines bestimmten Falles komme, stellen wir im Schema S. 72—75 die gesamten Wahnideen zu einer *differentialdiagnostischen* Übersicht zusammen.

Wir nähern uns dem Ende unserer Unterredung mit dem Kranken.

Es bleibt uns nur noch übrig, das *Gedächtnis*, die *Urteilsfähigkeit* und die *Stufe der Intelligenz* unseres Kranken eingehender zu prüfen und für die *Diagnose* zu verwerten.

Zunächst das **Gedächtnis**.

Gedächtnisstörungen sind bei mehreren *Geisteskranken* zu beobachten; sie sind oft ein *Symptom* von *differentialdiagnostischer* Bedeutung.

Wollen wir im stande sein, sie bei der *Diagnostik* auch richtig zu verwerten, so müssen wir uns vor allem klar machen, daß „*Gedächtnisstörungen*“ ein sehr komplizierter Begriff ist. In *praktisch-diagnostischer* Hinsicht genügt es zu wissen, daß unter *Gedächtnis* im großen und

ganzen zwei verschiedene Fähigkeiten verstanden werden müssen:

I. Die Fähigkeit, einen großen Schatz von Vorstellungen in unserem Gehirn anzuspeichern, die häufig bis in die früheste Kindheit zurückreichen. Das ergibt einen gewissen eisernen, alterworbenern, meist ziemlich fest haftenden Besitzstand an Gedächtnismaterial — das Gedächtnis der entfernteren Vergangenheit.

II. Die Fähigkeit, zu diesem alten Gedächtnisschatze immer neue Vorstellungen hinzuzufügen. Diese Fähigkeit wird Merkfähigkeit genannt. Sie ist die wesentliche Grundlage des Gedächtnisses für die jüngste Vergangenheit.

Diese beiden Seiten des Gedächtnisses, die schon normaler Weise bei den verschiedenen Menschen verschieden stark entwickelt sind, müssen wir auch bei unseren Geisteskranken getrennt betrachten, da beide nicht immer zugleich und in gleichem Maße betroffen werden. Es kann die Merkfähigkeit starke Einbuße erleiden, ohne daß dabei der alte eiserne Bestand des Gedächtnismaterials aus früherer Zeit Schaden erlitte, es kann die Merkfähigkeit im großen und ganzen intakt sein, und doch eine große Lücke im alten Besitzstand nachweisbar sein, und endlich können beide zugleich in hohem Grade gestört sein.

ad I. Das Gedächtnis für die frühere Vergangenheit, den alterworbenern Bestand, prüfen wir in dreierlei Weise:

1. Dadurch, daß wir von unserem Patienten selber eine genaue Anamnese aufnehmen und überall möglichst exakte Zeitangaben verlangen. Hierbei werden wir nicht selten auf starke Gedächtnisstörungen treffen. Unsicherheit der Angaben, Fehler und Widersprüche in ihnen werden uns auffallen. Die Fragen betreffen die ganze *vita antea* des Patienten: wann, wo und wie lange die Schule besucht, wo und wie lange gedient, wann geheiratet, wann die Geburtstage der Kinder sind, welche wichtigen politischen Ereignisse zu der und der Zeit stattfanden.

2. Durch ein möglichst eingehendes Examen über die

Schulkenntnisse des Kranken. Es handelt sich hier je nach dem vorliegenden Falle um Fragen aus Geographie, Geschichte, Religion, Physik, Literatur u. s. w., je nach dem Bildungsgange des Patienten. Überall muß man seine Fragen dem Stand und der Bildung des Kranken anpassen, und es ist selbstverständlich, daß man einen Theologen nicht nach technischen Fragen und einen Bauern nicht nach Kirchengeschichte fragt.

3. Durch Rechenaufgaben. Auch hier wird man je nach dem Bildungsgange des Patienten entweder mit den einfachsten Aufgaben der Regeldetri, mit solchen der Zinsrechnung oder noch komplizierteren operieren.

Defekte in diesem Gedächtnismaterial aus früherer Zeit sind diagnostisch wichtig:

- a) Bei der progressiven Paralyse. Hier ist eine häufige und genaue Prüfung von großer diagnostischer Bedeutung. Jede Psychose im mittleren Lebensalter, bei der sich Gedächtnisstörungen nachweisen lassen, ist in erster Linie der Paralyse verdächtig. Gedächtnisstörungen leichter Art sind ein Frühsymptom der Paralyse.

Die Gedächtnisstörungen der Paralytiker sind anfangs disseminiert: hier und da versinkt eine Vorstellung aus dem großen Inselmeere der Gesamtvorstellungen in nichts; bald aber erstrecken sie sich immer weiter und ergreifen früher oder später den ganzen früheren Gedächtnisinhalt. Läßt man die Kranken ihre Vergangenheit erzählen, so fallen ihre schwankenden, widerspruchsvollen Angaben auf. Die Erinnerung an wichtige Ereignisse ist unklar, sie erzählen sie bald so, bald so. Dabei entfallen ihnen die einfachsten Daten. Sie vergessen ihr eigenes Geburtsjahr, die Geburtstage ihrer Angehörigen und selbst die Ereignisse, die für ihr eigenes Leben von höchster Bedeutung waren. Infolge der zahlreichen und fortschreitenden Gedächtnisdefekte verlieren sie auch die Orientierung in der Vergangenheit, wissen keine Ordnung und Reihenfolge mehr in die Ereignisse ihres Lebens zu bringen, die chronologische Orientiertheit über das eigene Leben geht verloren: Die Kranken verlegen in die Zeit vor $\frac{1}{2}$ Jahre, was in Wirklichkeit vor 10 Jahren sich abspielte, sie glauben 8 Tage in der Anstalt zu sein, während sie hier bereits jahrelang verpflegt werden.

Auch bei der Prüfung der Schulkenntnisse finden

sich häufig auffallend frühzeitig zahlreiche Defekte: Die Kranken vergessen die einfachsten Daten der Geschichte, der Geographie, der Religion.

Im Rechnen können einzelne Paralytiker sich längere Zeitlang so ziemlich auf der Höhe halten. Aber auch hier lassen sich früher oder später die Defekte nachweisen. Man muß bei jedem Kranken immer eine ganze Gruppe von Rechenaufgaben lösen lassen und zwar mindestens 5 Additions-, 5 Subtraktions-, 5 Multiplikations- und 5 Divisionsexempel. Diese Prüfung muß man so oft wiederholen, bis man zu einem bestimmten Resultat gekommen ist. Am meisten empfehlen sich Subtraktionsexempel, deren Lösung Paralytikern erfahrungsgemäß am frühesten Schwierigkeiten macht.

Jedenfalls muß bei allen Geisteskranken die Gedächtnisprüfung in umfassendster Weise vorgenommen werden. Viele Menschen haben ein Spezialgedächtnis, der eine für Zahlen, wieder andere für Töne, für Namen, für Landschaften. Es scheint, daß diese besonderen Formen des Gedächtnisses der Zerstörung bei paralytischen Prozessen länger widerstehen als der übrige Gedächtnisinhalt. Dann kann bei oberflächlicher Prüfung ein gutes, intaktes Gedächtnis vorgetäuscht werden. Man muß also immer nach den gegebenen Regeln verfahren, das Gedächtnis insbesondere nicht in oberflächlicher, einseitiger Weise mit drei oder vier Rechenaufgaben, sondern in möglichst erschöpfender Weise untersuchen.

Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse ist von außerordentlicher Wichtigkeit. Überall, wo im mittleren Lebensalter leichte psychische Störungen, depressive Stimmung, Haltlosigkeit, Nervosität, Reizbarkeit und Schlaflosigkeit mit Gedächtnisstörungen verbunden vorkommen, ist ernstlich an progressive Paralyse zu denken. Treten noch leichte nervöse Symptome, wie Zittern, Anstoßen beim Sprechen, Pupillendifferenz oder gar tabische Symptome hinzu (Fehlen der Patellarreflexe, Pupillenstarre),

so ist die Diagnose so gut wie unanfechtbar. Die Gedächtnisstörungen sind dabei ein wesentliches, fast unerlässliches Symptom.

- b) Bei der *Dementia senilis*. Hier sind die Defekte in dem Gedächtnismaterial aus früherer Zeit immer erst in späteren Stadien der Krankheit zu finden. Die Autoanamnese der Patienten ergibt daher im Beginn der Psychose oft Intaktheit dieses Gedächtnisses, welches manchmal geradezu verschärft erscheint. Freilich lassen Kenntnisse und Rechenfähigkeit doch meist frühzeitig größere oder kleinere Defekte erkennen.

ad II. Wir wenden uns jetzt der Prüfung der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses für die jüngste Vergangenheit, zu. Man prüft die Merkfähigkeit:

1. Dadurch, daß man den Kranken genau über die Ereignisse und Erlebnisse der letzten Stunden, Tage und Wochen ausforscht.

2. Experimentell dadurch, daß man dem Kranken irgend etwas zu behalten aufgibt, und dann nach einer bestimmten Zeit (Minuten, Stunden) nachfragt, ob das Aufgegebene auch im Gedächtnis haftet.

Man spricht dem Kranken irgend einen Satz, eine Zahl, ein absonderliches Wort vor, bis er es richtig aufgefaßt und nachgesprochen hat, man zeigt und erläutert ihm irgend welche Bilder und schärft ihm dabei Aufmerksamkeit ein, man hält ihm irgend einen kleinen Vortrag über einen beliebigen Gegenstand — nach dem, was der Kranke behalten hat, wenn man nach einer bestimmten Zeit nachforscht, wird man einwandfrei beurteilen können, ob Störungen der Merkfähigkeit vorliegen und welchen Grad sie erreichen.

Störungen der Merkfähigkeit, d. h. zugleich des Gedächtnisses für die jüngste Vergangenheit, sind diagnostisch wichtig:

- a) Bei der senilen Demenz. Wie bereits bemerkt, ist anfangs das Gedächtnis für die entferntere Ver-

gangenheit bei Greisen meist längere Zeit intakt. Es ist bekannt, mit welcher Frische und Klarheit viele Greise aus ihrer Jugendzeit erzählen. Aber die Merkfähigkeit, die Aufnahmefähigkeit für neue Eindrücke zeigt dafür meist um so eklatantere Störungen.

Die Kranken wissen weder Wochentag, Datum und Jahr, verlieren dauernd die zeitliche Orientierung, vergessen was sie eben getan haben, erzählen immer wieder dieselben Geschichten, ohne zu wissen, daß sie diese schon zum so und so vielen Male vorgetragen haben, sie erkennen die Personen nicht wieder, die ihnen eben erst vorgestellt worden sind. Bei einer genauen experimentellen Prüfung tritt das Versagen der Merkfähigkeit oft in noch evidentere Weise hervor: manchmal schon nach wenigen Minuten ist der dem Kranken zum Behalten aufgebene Stoff vollständig vergessen.

Beim Fortschreiten der senilen Demenz wird allmählich auch das Gedächtnis für die frühere Vergangenheit zerstört.

- b) Auch für die Diagnose der progressiven Paralyse ist die Prüfung der Merkfähigkeit von großer Bedeutung.

Zwar sind die Gedächtnisstörungen der Paralytiker meist von vornherein allgemeinerer Art und pflegen das Gedächtnis in seinem ganzen Umfange, also auch die Merkfähigkeit, zu tangieren — im Gegensatz zur senilen Demenz, wo im Beginn der Psychose meist auffallende Unterschiede in der Störung der Merkfähigkeit und des übrigen Gedächtnisses bestehen. Aber in nicht wenigen Fällen tritt doch auch bei der progressiven Paralyse die Störung der Merkfähigkeit bei weitem in den Vordergrund, während die des Gedächtnisses für die frühere Vergangenheit unerheblich ist. Auch hier haben wir dann ein sehr wichtiges Symptom, das in vielen Fällen eine präzise Diagnose gestatten wird.

- c) Die Störung der Merkfähigkeit ist ein Kardinalsymptom der Korsakoffschen Psychose (Chronisches Alkoholdelirium, polyneuritische Psychose).

Hier steht der Defekt der Merkfähigkeit so sehr im Vordergrund des ganzen Krankheitsbildes, daß er unmöglich übersehen werden kann. Die Kranken vergessen alle neuen Eindrücke in kürzester Frist und wissen weder über Zeit und Ort Bescheid, auch wenn man sie eben erst darüber unterrichtet hat; sie sehen und hören, ihre Sinne stehen

offen, aber keine neue Erfahrung mehr wird gemacht, nichts Neues mehr in das Gehirn aufgenommen. Wachend träumen sie und leben in einem beständigen Scheinleben dahin.

Für die Differentialdiagnose können bei einigermaßen ausgesprochenen Fällen kaum Schwierigkeiten entstehen, wenn das Krankheitsbild der Korsakoffschen Psychose nur bekannt ist. Die Anamnese, die andauernde, schwere Alkoholexzesse, oft mehrere früher überstandene Delirien ergibt, die Symptome der Alkoholpolyneuritis und das charakteristische Konfabulieren, das wir gleich noch kennen lernen werden, dürfen über die Diagnose keinen Zweifel lassen.

- d) Auch beim *Delirium tremens* sind stets Störungen der Merkfähigkeit nachweisbar, während der Besitzstand des Gedächtnisses bis zum Ausbruche des Delirs völlig intakt bleibt.

Auch hier resultiert wie bei der senilen Demenz und der Korsakoffschen Psychose aus der starken Beeinträchtigung der Merkfähigkeit die hochgradige oder gänzliche Desorientiertheit, die wir bereits kennen gelernt haben.

- e) Zum vollentwickelten Bilde einer *Dementia praecox* gehören immer Störungen der Merkfähigkeit.

Die Kranken werden stumpf und gleichgültig und nehmen keine neuen Eindrücke mehr auf. Für die Diagnose sind hier die Merkfähigkeitsstörungen von untergeordneter Bedeutung, da sie erst im Stadium der Demenz hervortreten, wo die Diagnose nicht mehr zweifelhaft sein sollte.

Wir wenden uns jetzt zu denjenigen Störungen der Erinnerung, die man als „**Amnesie**“ bezeichnet. Unter Amnesie ist ein Gedächtnisdefekt zu verstehen, der sich nur auf einen bestimmten, oft scharf umschriebenen Zeitraum erstreckt, während der übrige Gedächtnisinhalt intakt bleibt. Die Amnesie ist eins der wichtigsten Kriterien der Bewußtlosigkeit und daher in forensischer Beziehung (§ 51 St.-G.-B.) von großer Bedeutung. Angeklagte behaupten oft von ihrem Vergehen oder Verbrechen nichts mehr zu wissen. Der Angeklagte kann lügen; aber es ist auch möglich, daß wirklich Amnesie für die Zeit der kriminellen Tat besteht, also das Verbrechen in einem pathologischen Zustand von Bewußtlosigkeit begangen ist; und dies muß der Psychiater dem Richter einwandfrei nachweisen.

Die Amnesie ist ein ziemlich häufiges Symptom. Nach Gehirnerschütterung durch Fall, Schlag oder andersartiges Trauma, nach Selbstmordversuchen durch Erhängen oder Ertränken, nach Vergiftungen (Alkoholrausch, Kohlenoxyd, Äther- und Chloroformnarkose), sowie auch nach starken Gemütsbewegungen (Schrecken) tritt nicht selten ein Erinnerungsdefekt, eine Gedächtnislücke ein, die sich auf das betreffende auslösende Ereignis und die Zeit, der es angehört, erstreckt. In einigen Fällen greift die Amnesie noch weiter nach rückwärts, Stunden, Tage oder gar Wochen und Monate umfassend, und läßt dann ganze Zeitepochen mitsamt ihrem Gedächtnisinhalt spurlos in der Erinnerung der Kranken verschwinden. Dieses interessante und rätselhafte Symptom wird als retrograde oder retroaktive Amnesie bezeichnet.

I. Die einfache Amnesie ist eins der klassischen Symptome der Epilepsie. Überall, wo dies Symptom gefunden wird, muß man immer zuerst an Epilepsie denken, da es hier bei weitem am häufigsten vorkommt.

1. Völlige Amnesie besteht vor allem nach jedem typischen epileptischen Krampfanfall für die Zeit des Anfalls, also auch für den Anfall selbst; in seltenen Fällen tritt retrograde Amnesie ein, die sich meist nur auf wenige Stunden vor dem Anfall, aber auch weiter ausdehnt.

2. Völlige oder teilweise Amnesie besteht nach allen anderen epileptischen Anfällen, die als „petit mal“, „absences“ und als einfacher rasch vorübergehender Schwindel auftreten.

3. Völlige oder teilweise Amnesie ist ein typisches Symptom epileptischer Dämmer- und Erregungszustände. Es ist bekannt, welche außerordentliche Rolle die Epilepsie in strafrechtlicher Beziehung spielt. Sehr viele Verbrechen werden von Epileptikern in Zuständen von Verwirrtheit und Erregung begangen. Das alte Dogma, daß bei jedem Epileptiker nach dem Anfall, nach dem Erregungszustande völlige Amnesie bestehen müsse, ist in

dieser strikten Form längst aufgegeben worden. Gerade bei der Epilepsie lassen sich alle möglichen Abstufungen im Grade der Amnesie beobachten: bei dem einen tritt nach dem Anfall totale Amnesie ein, und durch nichts kann die Lücke wieder ausgefüllt werden; bei anderen tauchen allmählich inselartig in dem dunklen Nichts der Amnesie ganz vereinzelt, unzusammenhängende Erinnerungsbilder auf, von denen aber einige noch nachträglich wieder verschwinden können; wieder bei anderen entsteht nur eine teilweise Amnesie, und in einigen Fällen läßt sich der anfangs mehr oder weniger hochgradige Defekt durch Auffrischung der Erinnerung verringern. Dies alles sind Tatsachen, die man genau wissen muß, besonders wenn man in forensischen Fällen ein Urteil fällen muß. Am häufigsten ist nach epileptischen Psychosen die sogenannte „summarische Erinnerung“ zu beobachten, d. h. die Erinnerung ist für die Zeit der Psychose im großen und ganzen erhalten, aber sie ist nur verschwommen und unzusammenhängend: die Schätzung für den Zeitraum, in der die Psychose sich abspielte, ist meist ganz fehlerhaft, und überall lassen sich in der Erinnerung an die Ereignisse der Krankheitszeit zahlreiche Lücken nachweisen.

II. Amnesie verschieden hohen Grades, auch retroaktive Amnesie findet sich, wenn auch seltener, nach hysterischen Anfällen. Die Unterscheidung von epileptischer Amnesie wird selten Schwierigkeiten machen.

III. Nach Alkoholdelirien (Del. tremens) kommt häufig Amnesie aller Grade vor, besonders bei den Delirien, die mit epileptischen Anfällen einhergehen. Retrograde Amnesie ist bei Delirium tremens nicht beobachtet worden. In manchen Fällen ist die Erinnerung an einzelne imaginäre Erlebnisse während des Deliriums außerordentlich deutlich.

IV. Bei der Korsakoffschen Psychose kommt es häufig zu retroaktiver Amnesie, die sich auf Jahre zurückerstrecken kann, und oft einen so hohen Grad erreicht, daß die ganze Periode in der Erinnerung des Kranken

wie ausgelöscht erscheint. Hier wird der fehlende Gedächtnisinhalt durch die freie, oft üppigste Phantasietätigkeit ersetzt: es kommt zum Fabulieren.

Die Amnesie ist in vielen Fällen ein unentbehrliches Moment für die Diagnose, und jeder gewissenhafte Psychiater wird nach allen Psychosen, bei denen völlige oder relative Genesung eintritt und also eine Prüfung der Erinnerung möglich ist, feststellen, ob Amnesie vorliegt und welchen Grad sie erreicht. In manchen Fällen, wo die Diagnose noch zu keinem sichern Resultat gekommen war, wird die nachträglich festgestellte Amnesie definitive Sicherheit bringen.

Es bleibt uns nur noch übrig, die qualitativen Störungen des Gedächtnisses zu besprechen, d. h. diejenigen, welche nicht in einem mehr oder weniger umfangreichen Gedächtnisverlust, sondern in einer gefälschten Reproduktion des Gedächtnisinhaltes oder einer gänzlichen Neubelebung der Vergangenheit mit oft ganz abenteuerlichem Gedächtnisinhalt aus freier Phantasietätigkeit bestehen.

Diagnostisch von geringer Bedeutung sind hier die Umdeutungen des Gedächtnismaterials, welche bei der systematisierenden Paranoia und der Melancholie so häufig und zugleich für beide Psychosen so charakteristisch sind. Melancholiker betrachten ihr ganzes vergangenes Leben als eine Kette unheilvoller, sündiger Taten, die harmlosesten Scherze ihrer Jugendzeit sehen sie in dem düstern Lichte ihrer Versündigungsideen; der Paranoiker verwebt, wenn einmal der Wahn systematisiert ist, seine Verfolgungsideen auch in sein früheres Leben hinein und entdeckt überall die Spuren der feindseligen Tätigkeit seiner Verfolger. Diese Umdeutung der Erinnerung, oft der ganzen Vergangenheit, welche die Franzosen als *déire rétrograde* bezeichnen, ist offenbar die logische Konsequenz aus den bestehenden Wahnideen. (Sogenannte Illusionen des Gedächtnisses.)

Aber in einigen Fällen, wo das vorhandene Gedächtnis-

material nicht nur in dem Sinne eines bestimmten Wahnes umgedeutet oder interpretiert wird, sondern ihm auch zusammenhängende Erlebnisse, aus freier Phantasie erfunden, als wirklich durchlebt angegliedert werden, gewinnt die Gedächtnisstörung doch eine größere diagnostische Bedeutung. Man spricht hier von Fabulieren, Konfabulationen. (Hallucinationen des Gedächtnisses.)

Konfabulationen kommen vor:

I. Bei vielen paranoischen Prozessen.

1. Sehr häufig bei der systematisierenden Paranoia.

Besonders im Endstadium, wenn Größenideen vorhanden sind. Die Kranken fabulieren oft die abenteuerlichsten Phantasien zusammen und erzählen sie mit ausführlichem, überraschendem Detail und genauer Zeitangabe als wirkliche Reminiszenzen aus ihrem Leben. Die Konfabulationen der Paranoiker enthalten fast immer Größen- und Verfolgungsideen. Z. B. erzählt uns ein Paranoiker, der sich für Gott hält, folgendes: „Wie Gott noch keinen Körper hatte, noch irgend ein anderes Gebilde, da war nichts wie Leiden und ewiger Schmerz. Im Jahre 1865 saß Gott tief unten im Weltmeer, in einer Muschel. Unglückliche Feuer und Schlachten waren schuld, daß Gott keine Flügel hatte. Die Menschen wurden zu Schweinen und zu Ratten und zu Blutgeschwüren, und die Weltketten drohten zu zerreißen. Da saß Gott in der Muschel und sann und träumte. So wahr ich ewig Gott bin, der Inbegriff dieses ewigen Selbst und Zweck des Weltalls, so bin ich auch im Jahre 1866 wieder zu einem Gebilde geworden aus einer Muschel und habe Licht gemacht. Ich wanderte bei Detmold durch den Wald und erfüllte alles mit meiner Gotthaftigkeit. Der erste Mann, der mir begegnete, war rattenmäßig, und wurde wieder Mensch durch mich, den ewigen Gott — u. s. f.“

2. Bei einigen Formen der Paranoia, die deswegen auch als Paranoia confabulans (von Sander als Paranoia originaria) bezeichnet werden.

Hier tritt das Symptom der Konfabulation in eklatanter Weise in den Vordergrund, meist in Verbindung mit zahlreichen paranoischen Umdichtungen des wirklichen Gedächtnisinhaltes. Die Wahnbildung ist meist ebenfalls typisch und enthält paranoische und expansive Ideen über Herkunft und Geburt.

3. Bei der Dementia praecox paranoides.

Hier tragen die Konfabulationen fast immer ganz phantasti-

schen Charakter: Die Kranken haben schon vor 3000 Jahren gelebt, sind mit Moses auf dem Sinai gewesen, haben die Erde schon vor Kolumbus dreimal umsegelt, sind im Weltmeer ertrunken, aber am Nordpol wieder zum Vorschein gekommen und zu neuem Leben erwacht. Sie haben die unheimlichsten Abenteuer erlebt, sind mit riesenhaften, vorsündflutlichen Tieren im Kampfe gewesen, haben alle historischen Ereignisse mitgemacht, sind Alexander, Hannibal und Napoleon gewesen. Alles wird oft mit größter Anschaulichkeit vorgetragen.

II. Konfabulationen kommen bei solchen Psychosen vor, wo starke Gedächtnisdefekte und besonders Störungen der Merkfähigkeit vorhanden sind.

Nämlich:

1. Bei der progressiven Paralyse.

Hier sind Konfabulationen durchaus nicht selten. In manchen Fällen können sie längere Zeit das ganze Krankheitsbild beherrschen. Sie verleugnen im allgemeinen den paralytischen Charakter nicht. Die phantastischen Abenteuer und Erlebnisse, alle die schwachsinnigen Renommistereien, die manche Paralytiker vortragen, werden entweder in die entferntere Vergangenheit, oder gar in die allerjüngste Vergangenheit, manchmal auch wie bei *Dementia praecox paranoides* in längst entschwundene Zeiten verlegt. Die Paralytiker berichten von wilden Jagden, von Reiseabenteuern, gegen die die Erlebnisse Sindbads des Seefahrers und alle Romantik der Wunder von 1001 Nacht Kunderspiel sind, sie haben furchtbare Kämpfe mit Seeräubern bestanden und Tausende von Feinden getötet; sie haben den Monte Rosa erstiegen und von hier aus im Norden Islands Küsten erblickt, im Süden die Karawanen die Wüste Sahara durchheilen sehen; sie haben schon öfter auf der Erde, auch auf anderen Himmelskörpern gelebt und unzählig viele herrliche Taten verrichtet.

2. Beim *Delirium tremens* kommen immer Konfabulationen vor, die sich aber nie rückwärts erstrecken über die Zeit hinaus, wo das *Delirium* ausbrach. Der übrige Gedächtnisinhalt bleibt völlig intakt und unverändert.

Man braucht einen Alkoholdeliranten nur zu fragen, warum er barfuß gehe, warum er nur mit einem Hemde bekleidet sei, wo er seine Schuhe gelassen, was seine Frau und Kinder machten, und sofort wird man auf jede Frage eine bestimmte Antwort erhalten, die deutlich den Stempel der freien Erfindung trägt. Es sind gewissermaßen Notlügen. Bonhöffer nennt diese Konfabulationen: Augenblicks- oder Verlegenheits-Konfabulationen.

3. Das Fabulieren ist ein typisches und Kardinalsymptom der Korsakoffschen Psychose (chron. Alkoholdelirium). Wir haben bereits erfahren, welche auffallenden Störungen des Gedächtnisses hier bestehen. Die retrograde Amnesie in Verbindung mit starker Beeinträchtigung der Merkfähigkeit sind die Grundlage, auf der sich hier das Symptom herausbildet.

Die Konfabulationen der Korsakoffschen Psychose sind z. T., wie die der akuten Alkoholdeliranten, Verlegenheitskonfabulationen. In vielen Fällen nimmt das Fabulieren aber weitere Dimensionen an, überschreitet das natürlicherweise erklärliche Maß und erinnert dann manchmal geradezu an das der Paralytiker.

Die Differentialdiagnose gegen Paralyse, die manchmal wegen neuritischer Symptome recht schwer sein kann, wird durch die Anamnese (Alkoholexzesse) und durch den Verlauf entschieden.

4. Ebenfalls in Verbindung mit starker Störung der Merkfähigkeit kommen Konfabulationen häufig bei der Dementia senilis vor, die manchmal ganz an das Zustandsbild einer Korsakoffschen Psychose erinnern können und daher auch symptomatisch als „senile Korsakoffsche Psychose“ bezeichnet werden.

Die Kranken glauben sich bald in der Stadt, bald auf dem Lande zu befinden, halten ihr Bett für einen Wagen, glauben weite Reisen zu machen, erleben beständig die abenteuerlichsten Szenen und Ereignisse und erzählen davon mit einer überraschenden Anschaulichkeit.

III. Manische Kranke neigen ab und zu zum Fabulieren und erzählen in renommistischer Weise allerhand Bramarbisaden.

Sie sind hier Ausdruck der gehobenen Stimmung und sollen dazu dienen, anderen ordentlich was aufzubinden. Doch ist die Kritik meist völlig erhalten. Gedächtnisdefekte fehlen.

IV. Es gibt eine große Anzahl Individuen, bei denen, meist auf psychopathischer oder hysterischer Basis, das Symptom der Konfabulation als dauernder Charakterzug zu finden ist. Man spricht hier von pathologischen Schwindlern und bezeichnet die stärkeren Grade des Fabulierens als Pseudologia phantastica.

Es kommen alle Abstufungen vor: unbewußtes leichtes Abändern einzelner Ereignisse, absichtliches Lügen, Vermischung von

Dichtung, Wahrheit und Lüge, und groteskes, völlig frei erfundenes Schwindeln. Viele jener unterhaltenden und phantasiebegabten Menschen, bei denen jedes Ereignis, von dem sie erzählen, unter der Berichterstattung einer gänzlichen Metamorphose unterworfen wird und dann in einer häufig kunstvoll abgeschlossenen und dichterisch ausgeschmückten Form wiederersteht, sind als pathologische Schwindler zu betrachten, die häufig genug an ihre pathologischen Schwindeleien glauben. In einigen dieser Fälle sind Intelligenzdefekte nachweisbar. Dazu gehören besonders diejenigen Individuen mit *pseudologia phantastica*, die als internationale Hochstapler, als Schwindelreformatoren und ähnliche interessante Subjekte häufig eine gewisse vorübergehende Rolle in der Gesellschaft spielen, um ihre Carriere schließlich im Gefängnis zu beenden.

V. Zu den Konfabulationen gehören auch die gefährlichen Anschuldigungen Hysterischer gegen Ärzte und andere Personen, von ihnen sexuell mißbraucht zu sein.

Diese sind oft weiter nichts als hysterische Lügen, die ganz frei erfunden meist mit einem romanhaften, detaillierten Beiwerk ausgestattet und nur dazu insceniert werden, um der eigenen Sensationslüsternheit zu genügen. Diese Fälle sind indessen wohl von denen zu trennen, wo abnorme Sensationen in der Genitalsphäre die Ursache der Anschuldigung abgeben.

Wohl zu trennen von den Konfabulationen sind auch die auf wirklichen, wenn auch visionären oder hallucinatorischen Erlebnissen beruhenden falschen Anschuldigungen der Epileptiker und Alkoholdeliranten. Diese erleben in ihren Delirien häufig in der anschaulichsten Weise gefährliche Angriffe, Bedrohungen, selbst förmliche Kämpfe mit visionären Personen, und sind dann manchmal, wenn die Sinnestäuschungen verschwunden sind und die Besonnenheit zurückkehrt, fest von der Realität dieser delirierten Attentate überzeugt. Daraus resultieren dann falsche Anschuldigungen gegen die Umgebung, gegen das Personal der Anstalten. Umgekehrt glauben sie aber auch manchmal an die Untaten oder Verbrechen, die sie in delirantem Zustande begangen zu haben sich erinnern und gehen zum Richter, um sich selber ihrer delirierten Verbrechen wegen anzuklagen.

Die Erkenntnis des wahren Sachverhalts dürfte im allgemeinen keine Schwierigkeiten machen, wenn man die

Tatsachen weiß und aus der Anamnese erfahren hat, daß ein epileptisches oder Alkoholdelirium vorangegangen war.

Damit verlassen wir das Gebiet der Gedächtnisprüfung und wenden uns nun unserem letzten Thema zu — der **Intelligenzprüfung** unseres Kranken.

Wir werden zwar durch die Anamnese und Autoanamnese sowie durch die bisherige Unterhaltung mit dem Kranken eine ziemlich klare Vorstellung gewonnen haben, wie es mit der Gesamtintelligenz des Kranken beschaffen ist, ob wir ein schwachsinniges oder ein Durchschnittsindividuum oder einen begabten Menschen vor uns haben. Und doch können uns Defekte der Intelligenz entgangen sein. Wir müssen also systematisch vorgehen und durch eingehende Prüfung ein möglichst vollkommenes Inventar des geistigen Besitzes unserer Kranken zu gewinnen suchen, besonders in forensischen Fällen, wo es darauf ankommt, einen möglichst klaren Einblick in das ganze intellektuelle Leben eines Menschen zu gewinnen. Einige Autoren haben umfassende Schemata zur Intelligenzprüfung entworfen. Aber hier kann jeder seine eigenen Wege gehen und sich in jedem Falle seine eigenen Methoden bilden und ausbauen. Wir wollen hier daher nur einige Methoden zur Intelligenzprüfung anführen, die sich besonders bewährt haben, und die wegen ihrer Einfachheit überall anwendbar sind.

Mit am besten kann man die Intelligenz eines Kranken prüfen, indem man ihm mehrere Aufgaben zur schriftlichen Bearbeitung stellt. Wir empfehlen folgende Aufgaben:

1. Der Kranke muß einen Brief oder eine Eingabe (Bittschrift und dergl.) wegen irgend einer fingierten Sache an den Kaiser oder irgend eine andere hochgestellte Persönlichkeit oder Behörde verfassen.

Viele Kranke werden damit vor eine ihnen völlig neue Aufgabe gestellt. Das Resultat ist daher außerordentlich interessant, und manche der erzielten Schriftstücke

erlauben wertvolle Schlüsse über die Intelligenz ihres Verfassers.

2. Der Kranke erhält den Auftrag, seine ausführliche Biographie zu schreiben. Wo es überhaupt gelingt, eine zusammenhängende Arbeit zu erhalten, wird sie auch meistens wichtige Aufschlüsse und Kriterien über den zu Untersuchenden an die Hand geben.

3. Je nach dem Stande und dem Studiengange der Kranken kann man kleine Aufsätze von ihnen anfertigen lassen: über geschichtliche, theologische, geographische, literarische oder technische Themata, über Fragen des Alltagslebens, der Politik, der Wirtschaftslehre oder auch der Mathematik (besonders der elementaren Geometrie). Hier bieten sich ja unzählige Themata, und es handelt sich nur darum, die richtige Auswahl zu treffen, damit das gegebene Thema auch wirklich ein Prüfstein sein kann.

4. In vielen Fällen empfiehlt es sich, das Zeichentalent besonders zu prüfen. Man läßt die Kranken irgend welche Gegenstände oder Tiere oder sonst etwas aus dem Kopfe zeichnen. Bei Schwachsinnigen und Idioten kann man auch Zeichenvorlagen verwenden oder auch selbst einfache Zeichenaufgaben entwerfen. Es ist dann manchmal erstaunlich und sehr drastisch zu sehen, wie schwierig ihnen die Auffassung und Wiedergabe der einfachsten Formen fällt. Eine gute Methode, um zu prüfen, wie weit der zu Untersuchende seine geographischen Kenntnisse, die manchmal mächtig imponieren können, verarbeitet, und ob er auch klare Vorstellungen darüber hat, ist die, daß man den Kranken eine geographische Skizze aus dem Kopfe anfertigen läßt; z. B. über das Flußsystem oder das Gebirgssystem Deutschlands. Dabei wird in manchen Fällen ein schreiender Kontrast zwischen der Sicherheit, mit der die umfangreichsten Detailkenntnisse vorgebracht werden, und dem gänzlichen Mangel einer klaren geographischen Lagebeziehung zwischen Flüssen, Gebirgen und Städten zueinander offenbar werden.

5. In einigen Fällen wird man nicht umhin können,

die besonderen Talente, die die zu Untersuchenden besitzen, genauer zu prüfen. Besonders das Musiktalent dürfte hier in Frage kommen.

6. Eine vorzügliche Methode der Intelligenzprüfung, die wir aus eigener Erfahrung warm empfehlen können, ist die mittels sogenannter Associationsversuche. Dies ist ja auch a priori zu erwarten: denn die Ideen-Association ist die elementarste und bedeutsamste Erscheinung unseres ganzen Seelenlebens, ja sie ist in der modernen Psychophysik das Urprinzip alles psychischen Geschehens überhaupt geworden. Wir können hier nicht auf die neuere Associations-Psychologie eingehen, die jedem Psychiater geläufig sein muß. Vom Arzte kann man so viel verlangen, daß er die Associationsgesetze (Wundt) kennt und sich über die Bedeutung der associativen Vorgänge klar ist.

Associationsversuche werden in folgender Weise an- gestellt: Man setzt ein Schema beliebiger Worte auf, die zur Prüfung geeignet erscheinen. In einem stillen und möglichst kahlen Zimmer, wo nichts die Aufmerksamkeit des zu Untersuchenden ablenkt, nimmt der Kranke dem Arzte gegenüber Platz, und nun werden ihm jene „Reiz- worte“ der Reihe nach laut zugerufen, worauf er die Association, die ihm jedesmal zuerst einfällt, sofort zu sagen hat. Alles — Reizwort und Association — wird sogleich genau notiert.

Wir wenden Associationsversuche zur Intelligenz- prüfung in folgender Weise an:

- a) Vermittelst der sogenannten statistischen Me- thode: Diese besteht in folgendem: Wir haben ein Schema von hundert verschiedenen Wörtern, Eigen- schaftswörter, Tiere, Pflanzennamen und Substantiva abstracta (z. B. steil, flach, dick, Elefant, Katze, Löwe, Tanne, Frieden, Ruhe). Mit diesen 100 ver- schiedenen Reizworten, die wir dem zu Untersuchenden der Reihe nach zurufen, machen wir bei jedem Kranken je zwei Versuche, die durch einen Zeitraum von wenigstens 4 Wochen getrennt sein müssen.

Wir notieren beide Male genau die erzielten Reaktionen und berechnen dann jene Ziffer, welche wir Associationsweite genannt haben, d. i. diejenige Prozentzahl, welche angibt, wieviel verschiedene Reaktionen (Associationen) auf 100 verschiedene Reizworte kommen. Bei sehr intelligenten und gebildeten Leuten rufen jene 100 Reizworte beim ersten Versuche fast immer 95—100 verschiedene Associationen hervor, bei weniger intelligenten und bei schwachsinnigen wiederholen sich bereits jetzt öfter dieselben Reaktionen. Beim zweiten Versuche mit denselben Reizworten — welcher eigentlich viel wichtiger ist wie der erste, da auch weniger intelligente beim ersten Versuch öfter höhere Zahlen erreichen können — tritt dann der Unterschied in dem Reichtum des Vorstellungsschatzes deutlich zu Tage: der bedeutende Mensch wird jetzt nicht auf die Associationen zurückzugreifen brauchen, die er beim ersten Versuche produzierte, sondern neue Reaktionen bringen, der Schwachsinnige dagegen wird in mehr oder weniger hohem Grade die Associationen des ersten Versuches wiederholen.

Die aus 2 Versuchen mit denselben 100 Reizworten mit Hilfe der statistischen Methode berechnete Associationsweite ist also ein ziemlich zuverlässiger Maßstab für die Intelligenz und den Bildungsgrad eines Kranken. Im allgemeinen dürfte die Associationsweite eines erwachsenen Menschen mit etwa 80 bis 90 % anzunehmen sein. Sinkt die Zahl unter 70 %, so muß um so eher der Verdacht des Pathologischen entstehen, je höher der Bildungsgrad des Untersuchten war; bei einer Associationsweite von 60 % und weniger kann kein Zweifel mehr an deren pathologischer Bedeutung bestehen.

Es läßt sich also mit Hilfe dieser Methode ein genauer, zahlenmäßiger Ausdruck finden für die Höhe der Intelligenz oder den Grad des Schwachsinnns. Die Methode

ist fast bei allen Kranken anwendbar: bei Idioten, bei Schwachsinnigen, bei Epileptikern, bei chronischen Trinkern, bei Paralytikern, ja selbst bei Alkoholdeliranten und Epileptikern im Dämmerzustande.

Für die Differentialdiagnose lassen sich aus Associationsversuchen folgende Punkte verwerten:

1. Bei der progressiven Paralyse läßt sich manchmal schon frühzeitig eine auffallend niedrige Associationsweite feststellen, die mit dem Bildungsgrad des Untersuchten nicht harmoniert.

Dann sind die Reaktionen der Paralytiker oft stark verzögert und werden nur mühsam und nach qualvollem, verlegenem Suchen hervorgebracht. Charakteristisch ist, daß selbst Paralytiker, die im freien Gespräch noch ganz glatt und sicher reden, unsicher und ratlos werden, wenn sie vor eine bestimmte Aufgabe gestellt werden, also auf ein Reizwort associieren sollen. Die Form, in der ihre Reaktionen dann erfolgen, ist manchmal der klare Ausdruck dieser Ratlosigkeit. Z. B. folgende Reaktionen:

- | | |
|-------|---|
| rauh | Das Wesen eines Vielgeprüften ist rauh. Das äußere Wesen also — eines Vielgeprüften ist meistens rauh. Ich weiß nicht, ob das richtig ist. Es ist vielleicht ein bischen weit hergeholt. — Nein — es ist nicht wahr. Sagen wir: oft birgt ein rauhes Äußere, eine rauhe Schale — ein sehr zartes Gemüt. So wollen wir sagen. Das ist wenigstens wahrer. Das erste ist nicht immer der Fall. |
| flach | Flach? Flach ist eine Fläche. Das kommt wohl von Fläche her. Also wo keine Berge sind — eine Ebene, wo keine Berge sind. |
| Löwe | Löwe? — Der Löwe ist ein kluges — nein, das ist ja vom Elefanten. Der Löwe ist ein brüllendes Tier — oder sagen wir besser: der Löwe brüllt; also: manchmal brüllt der Löwe. |

2. Bei Katatonikern finden sich alle ihre Bizarrerien oft auch in ihren Associationen.

Bei einigen fand sich eine starke Vorliebe für die Kontrastvorstellungen, z. B. zeigen dies folgende Reaktionen:

heiß — kalt
glatt — rauh
Winter — Sommer.

Diese Reaktionen dürften wohl als negativistische Associationen aufzufassen sein. Ferner treten bei manchen Kata-

tonikern deutliche Iterativerscheinungen auf, indem durch ganz verschiedene Reizworte immer dieselbe Reaktion erzielt wird; z. B.:

wild — Wüste
kalt — Wüste
süss — Wüste.

Es kann in einzelnen Fällen so weit gehen, daß in monotoner Weise während des ganzen Versuches immer dieselbe Reaktion wiederholt wird. Auch Sprachneubildungen (Neologismen), Sprachverzerrungen und Paralogien (Danebenreden) lassen sich nicht selten durch die Associationsversuche hervorrufen. Hierher gehören folgende Beispiele:

I. Pat. X. lau	— Wasser	II. Pat. Y. Winter	— Bismamitra
kühl	— Bier	Herbst	— Cismamitra
heiß	— Wein	Freude	— Dismamitra
salzig	— Rum	Angst	— Fismamitra
fade	— Cognac	Löwe	— Kismamitra
dünn	— Schnaps	Storch	— Bismamitra.

3. Bei Manischen läßt sich, wenn überhaupt der Associationsversuch noch möglich ist, sehr gut Ideenflucht nachweisen.

Sobald das Reizwort ausgesprochen ist, erfolgen meist blitzschnell eine ganze Reihe verschiedener Reaktionen, deren letzte Glieder mit dem ursprünglichen Reizwort oft nicht mehr zusammenhängen. Auch finden sich bei Manischen gerade mit Vorliebe sogenannte Klangassoziationen, d. h. Associationen, die lediglich durch den äußeren Klang des Reizwortes entstanden sind, z. B.:

Hund — Schund.
Bach — zach (zähe)
Löwe — Möwe.

4. Bei epileptischen Kranken muß man nach beendetem Versuch die erzielten Associationen ganz für sich, unabhängig vom Reizwort, betrachten.

Man wird dann in vielen Fällen aus ihnen den ganzen pathologischen Charakter des Epileptikers, seinen Egoismus, seine forcierte Religiosität, seine Neigung zu Pedanterie und Weit-schweifigkeit herauslesen können. Bei epileptischem Schwachsinn ergibt die statistische Methode einen Anhalt für den Grad der Demenz, die oft bedeutend größer ist, als das äußere Benehmen des Kranken vermuten läßt.

5. Idioten zeigen sich meist ganz anstellig bei Associationsversuchen.

Die Associationsweite ist hier natürlich sehr gering, meist

unter 40%, und schwankt je nach der Intelligenzstufe der Idioten zwischen 0 und 40%. Bei ihnen treten häufig dieselben Reaktionen sehr oft auf. Auch lassen sich ziemlich häufig bei ihnen falsche Pluralbildungen, Neigung zu Diminutiven und allerhand schnörkelhaften Anhängseln beobachten, z. B.

Storch	— Störchen	oder klein	— kleinlich	oder Buch	— Büchling
Kuh	— Kühen	hart	— hartlich	Feder	— Federling
Schaf	— Schäfen	fest	— festlich	Tinte	— Tinteling.

- b) Außer unserem feststehenden, unveränderlichen Schema von 100 Reizwörtern zur statistischen Berechnung der Associationsweite und zur Diagnostik überhaupt konstruieren wir uns häufig für einen besonderen Fall, der uns schon näher bekannt ist, ein anderes, für den zu Untersuchenden besonders zugeschnittenes Schema, das solche Reizworte enthält, die, der Intelligenz und Bildung des Kranken angepaßt, geeignet erscheinen, Associationen hervorzurufen, die über die momentanen Gedankengänge des Kranken Auskunft geben. Es handelt sich hier also darum, Beiträge zur Differentialdiagnose sowie zur Individualpsychologie des zu Untersuchenden zu gewinnen. Das Ganze ist ein verkapptes Krankenexamen. Reizworte wie: Verfolgung, Hexe, Elektrizität, Stimmen, Magnetismus und ähnliche, zwischen andere gänzlich gleichgültiger Bedeutung gestellt, rufen oft interessante Reaktionen hervor.

Wir schließen damit das Gebiet der Intelligenzprüfung. Natürlich ist die Zahl der Methoden mit den angegebenen nicht erschöpft. Jeder einigermaßen fähige Psychiater wird sich in jedem Einzelfalle, in dem es nötig wird, neue Variationen der angeführten Methoden entwerfen.

Eigentlich gehört zur psychologischen Prüfung des Kranken auch noch die Untersuchung der Frage, ob Krankheitseinsicht besteht. Aber diese Frage ist — wenigstens in diagnostischer Bedeutung — wertlos; fast alle Geisteskranken haben mit wenigen Ausnahmen entweder gar keines oder nur ein sehr dunkles Krankheitsbewußt-

sein. Darum ist eben auch die Frage des Arztes: „Wie geht es Ihnen?“ oder „Sind Sie krank?“ bei einem Geisteskranken so deplaciert. Dagegen ist Krankheitseinsicht ein wichtiges Symptom der beginnenden und vollendeten Gesundung und soll darum unter dem Gebiete der Prognostik besprochen werden.

Der Gang der Unterhaltung, den wir im vorstehenden verfolgt haben, kann und braucht natürlich nicht in jedem Falle genau so beschritten zu werden. Im Gegenteil muß man oft wichtige wahnhaftige Äußerungen des Kranken sofort aufgreifen und daran die weitere Expertise anspinnen. Das aber ist und bleibt von fundamentaler Bedeutung für die Diagnose, daß man sich über so wichtige Punkte, wie Orientiertheit, Gedächtnis, Verwirrtheit u. s. w. eine klare Anschauung in jedem einzelnen Falle verschafft.

IV. Untersuchung Geisteskranker, die nicht sprechen.

Es ist durchaus nicht selten, daß wir Geisteskranke zu untersuchen haben, die weder spontan sprechen, noch auf Fragen antworten. Wir haben das Symptom bereits als eine Form des Negativismus bei Katatonikern kennen gelernt: es handelt sich um Mutismus oder Mutacismus. Man versteht also unter Mutismus schlechtweg nicht nur die Stummheit der Katatoniker, sondern auch jede andere Form der Stummheit. Der in der psychiatrischen Diagnostik Unerfahrene verzichtet oft auf eine genauere Untersuchung. Er sagt sich: „Was soll ich mit einem Kranken anfangen, der nicht spricht?“

Und doch ist gerade dies Symptom des Mutismus von großer diagnostischer Bedeutung und die Mehrzahl der Fälle, in denen es besteht, erlaubt eine sichere Diagnose.

Wenn man vor einem Kranken steht, der nicht spontan spricht und alle unsere Fragen unbeantwortet läßt, so fragen wir uns: 1. „In welchen Fällen kommt Mutismus vor?“ und werden dann, indem wir 2. auf dem Wege

einer exakten Differentialdiagnose einen der möglichen Fälle nach dem andern ausschließen, die richtige Diagnose nicht verfehlen.

A) Zunächst ist daran zu denken, ob nicht eine organische Läsion des Gehirns die Ursache des Mutismus ist, ob also nicht eine Aphasie vorliegt. In diesen Fällen kann der Kranke also nicht sprechen.

1. Die totale Aphasie, bedingt durch eine Zerstörung des Sprachcentrums in der linken Inselgegend, ist meistens die Folge eines apoplektischen Insultes, seltener eines Tumors oder anderer Ursachen.

Hier werden die Anamnese sowie die nachweisbaren Symptome der Apoplexie oder des Tumors oder anderweitiger organischer Zerstörungen die Diagnose sichern. Auch die partielle Aphasie wird der einigermaßen Geübte bald erkennen: Die Versuche der Kranken zu sprechen, die von ihnen ausgestoßenen unartikulierten Laute, untermischt mit einzelnen richtigen oder teilweise verstümmelten Worten (Paraphasien) sind außerordentlich charakteristisch. In den Fällen, wo die Schreibfähigkeit nicht gestört ist, wird es gelingen, sich durch die Schrift mit den Kranken zu verständigen.

2. Aphasie kommt bei der progressiven Paralyse vor — infolge Zerstörung der Brocaschen Windung durch den paralytischen Destructionsprozeß der Großhirnrinde.

Die Aphasie kann sich hier entweder langsam aus den leichtesten Graden der paralytischen Sprachstörung heraus entwickeln, oder sie kann auch plötzlich wie nach einer Apoplexie eintreten. Jede Aphasie bei Leuten im mittleren Alter, die plötzlich einsetzt, ist der progressiven Paralyse verdächtig. Die Diagnose kann nur Schwierigkeiten machen, wenn es sich um eine plötzlich entstandene Aphasie im Beginn einer Paralyse handelt. Auch hier gibt die Schrift manchmal wichtige Anhaltspunkte.

3. Auch bei der Dementia senilis ist die totale Aphasie nicht selten:

Sie kann hier entweder durch eine Apoplexie verursacht sein, dann handelt es sich also um die durchaus nicht seltene Komplikation von Apoplexie mit Dementia senilis; oder aber sie ist nur die Folge der allgemeinen Atrophie, welche die Rinde des Großhirns ergriffen hat, besteht also ohne Herdverletzung. Auch hier empfiehlt es sich, wenn möglich, eine Schriftprüfung vorzunehmen, deren Ergebnis in Verbindung mit den sonstigen Symptomen der senilen Demenz in vielen Fällen sofort Klarheit schaffen wird.

B) Eine organische Ursache des Mutismus ist ausgeschlossen, so kommt zunächst eine funktionelle, hysterische Aphasie in Betracht.

Hier kann die Differentialdiagnose gegen organische Läsionen manchmal Schwierigkeiten machen, besonders wenn außer der Aphasie noch andere Lähmungserscheinungen vorliegen. Aber das Verhalten der Sensibilität (halbseitige Anästhesien, disseminierte anästhetische Streifen u. s. w.) sowie die zahlreichen anderen meist noch nachweisbaren Symptome, die sich nicht auf einen gemeinsamen Herd im Gehirn als Entstehungsursache zurückführen lassen, sondern in bunter Fülle über den Körper zerstreut sind, werden über den wahren Charakter der Aphasie aufklären. Natürlich wird auch die Anamnese meist wichtige Anhaltspunkte geben.

C) Organische und funktionelle (hysterische) Aphasie ist ausgeschlossen, so ist die Frage: handelt es sich um einen Stuporzustand? Dies ist der häufigste Fall, und wir müssen daher jetzt die verschiedenen Stuporzustände durchgehen, die wir kennen gelernt haben.

1. Der hallucinatorische Stupor. Er kommt am häufigsten bei Paranoikern vor, denen Hallucinationen zu sprechen verbieten.

„Wenn du sprichst, bist du des Todes!“ reden ihre Stimmen. Man erkennt meist unschwer an objektiven Zeichen das Vorhandensein von Hallucinationen, am physiognomischen Ausdruck und der Haltung den Paranoiker. Manche der mutistischen Paranoiker suchen sich durch Zeichen zu verständigen oder auch klar zu machen, daß sie nicht sprechen dürfen. Einige von ihnen schreiben auch dazu aufgefordert oder spontan, und klären uns dann über die Ursache ihres Schweigens auf. Es empfiehlt sich also bei mutistischen Kranken zuerst immer zu versuchen, sie zum Schreiben zu bewegen. Man wird in sehr vielen Fällen wichtige Aufschlüsse auf diesem Wege erhalten.

2. Im epileptischen oder visionären Stupor ist der Mutismus entweder nur vorübergehend oder auch nicht vollständig.

Einzelne leise hingemurmelte Worte, die sich manchmal in stereotyper Weise wiederholen, die nicht seltenen automatischen Bewegungen werden uns oft in den Stand setzen, organische und funktionelle Aphasie auszuschließen. Im übrigen wird die Analyse des Stuporzustandes auf die diagnostische Bedeutung des Mutismus führen.

3. Der Mutismus im melancholischen Stupor macht ebenfalls der Diagnose keine Schwierigkeiten.

Der typische physiognomische Ausdruck, die hochgradige Hemmung, die ohne weiteres auffällt, die ganze äußere Haltung lassen darüber keinen Zweifel. Manchmal lassen sich Bewegungen der Lippen bemerken, als ob der Kranke sprechen wollte, aber nicht könnte.

4. Kranke im katatonischen Stupor sind fast immer völlig mutistisch. Die Katatonie und die Dementia praecox catatonica sind diejenigen Psychosen, bei denen Mutismus am häufigsten vorkommt.

Hier kann der Mutismus stunden- bis tage- und wochenlang andauern, ja er kann sogar Jahre hindurch zur Beobachtung kommen. Die Muskelspannungen, die bizarren Haltungen, die Stereotypien, der Negativismus und andere katatonische Symptome werden die Diagnose machen helfen. Auch mutistische Katatoniker schreiben manchmal, und dann können ihre Schriftstücke von diagnostischer Bedeutung sein.

5. Beim manisch-depressiven Irresein haben wir zwei Formen des Stupor kennen gelernt: den ängstlichen (depressiven) und den manischen Stupor. In beiden ist der Mutismus nicht immer ein vollkommener.

Die Kranken stoßen ab und zu einzelne Laute und Worte aus und zeigen uns meistens durch die Bewegung ihrer Lippen, daß sie unsere Fragen wohl beantworten möchten. In Fällen von völligem Mutismus ist der manische Stupor an dem typischen Gesichtsausdruck der Ratlosigkeit mit Euphorie zu erkennen. Schwierigkeiten dagegen bereitet der ängstliche (depressive) Stupor der Manisch-Depressiven, der manchmal mit einem epileptischen Verwirrheitszustande große Ähnlichkeit haben kann. Aber die Anamnese sowie das Fehlen anderer Symptome der Epilepsie im Zustandsbilde (monotone, automatische Bewegungen, impulsive Akte, Sinnestäuschungen) werden auch hier in der Mehrzahl der Fälle die Unterscheidung ermöglichen. Freilich wird man immerhin in einigen Fällen erst nach dem Verschwinden des Mutismus und des Stupors im stande sein, eine definitive Diagnose zu stellen.

6. Paralytiker im Stupor sind häufig völlig mutistisch.

Wenn dann noch Muskelspannungen und Symptome von Negativismus zum Mutismus sich hinzugesellen, kann der Zustand mit Katatonie verwechselt werden. Aber bei einer exakten körperlichen Untersuchung (Patellarreflexe, Pupillen etc.) wird der paralytische Stupor wohl immer richtig erkannt werden. Auch dauert der Mutismus hier, wie der Stupor, meist nicht lange. Bizarrerien

sowie Stereotypien der Haltung und Bewegung fehlen meist. Der physiognomische Ausdruck ist der eines Paralytikers; zwingt man den Kranken umher zu gehen, so wird uns oft Unsicherheit des Ganges, Ataxie und Tremor auffallen. In vielen Fällen wird die Pupillenstarre eine exakte Diagnose ermöglichen. Auch mutistische Paralytiker lassen sich manchmal zum Schreiben bringen. Ihre Schriftproben sind meist diagnostisch wertvoll.

D) Organische und funktionelle Aphasie sowie Stuporzustände auf hallucinatorischer (paranoischer), melancholischer, epileptischer, katatonischer, manisch-depressiver und paralytischer Basis sind ausgeschlossen — bleibt als Ursache des Mutismus nur noch Blödsinn übrig. Der Blödsinn kann sein:

1. angeboren. Viele Idioten niederer Stufe lernen nie sprechen. Ebenso viele Kretins. Die Diagnose dieser Zustände unterliegt keinen Schwierigkeiten;

2. erworben. Es handelt sich dann meistens um Endstadien abgelaufener Psychosen, am häufigsten um epileptische Demenz, um Terminalzustände der Dementia praecox oder seltener der Katatonie.

V. Untersuchung der Schrift Geisteskranker.

Die Untersuchung der Schrift darf in keinem Falle versäumt werden, da sie oft wichtige diagnostische Fingerzeige geben kann. Freilich stößt man immer auf eine gewisse Zahl Geisteskranker, die überhaupt nicht schreiben und auch durch nichts zum Schreiben zu bewegen sind. Aber wenn man sich etwas Mühe gibt, wird man in den meisten Fällen, wo die Kranken sich ablehnend verhalten, durch eine Versprechung, durch energisches Zureden oder auch durch ein kleines Geschenk zum Ziele kommen, also eine Schriftprobe erhalten.

Zunächst ist die Schrift unserer Kranken insofern für uns von Bedeutung, als sie im allgemeinen sehr wohl als ein Beitrag zur Psychologie des Individuums betrachtet werden kann, wie ja fraglos die graphologische Dia-

gnostik der Normalpsychologischen eine wissenschaftlich mögliche, also berechnete Kunst ist, die bis zu einem gewissen Grade exakte Resultate liefern kann. Man erkennt sehr viele charakterologische Züge des Individuums in dessen Handschrift wieder. Besonders auch der Bildungsgrad eines Menschen läßt sich oft durch einen Blick auf seine Schriftstücke von einem geübten Auge feststellen. Das Studium der Graphologie, soweit sie als exakte Wissenschaft zu betrachten ist, muß daher für den Psychiater von wesentlichem Nutzen sein.

Uns beschäftigt hier vornehmlich die psychiatrische Seite der Sache, d. h. es handelt sich für uns darum, diagnostisch verwertbare Momente aus den Schriftstücken unserer Kranken zu gewinnen, wobei nicht nur die Handschrift, sondern vor allem auch Form und Inhalt der schriftlichen Leistungen zur Analyse herbeigezogen werden muß. Diese Untersuchung hat nicht nur Bedeutung für die psychiatrische Diagnostik des einzelnen Falles, sondern sie kann auch in forensischen Fällen (Testamentsanfechtung nach dem Tode des Erblassers) das einzige Mittel bilden, um wichtige rechtliche Fragen klarzustellen. Hier muß man natürlich versuchen, Schriftstücke aus früherer Zeit zu bekommen, wo zweifellos keine Geisteskrankheit bestand, und damit das Testament oder andere fragwürdige Instrumente vergleichen.

Die größte Rolle hat die Untersuchung der Schrift immer bei der Paralyse gespielt, weshalb wir auch hier damit beginnen wollen. Nicht selten ist eine Veränderung der Schrift dasjenige Symptom, welches im Beginn der Paralyse am meisten auffällt, besonders bei hochgebildeten Individuen. Manche dieser Kranken kommen selber zum Arzte, um über ihre Schrift zu klagen, und so kommt es manchmal zur frühzeitigen Erkennung der Krankheit.

Im Beginn der Paralyse ist die Schrift oft nur durch mehr oder weniger starken Tremor entstellt; die einzelnen Buchstaben sind demgemäß in Zitterschrift geschrieben, die manchmal feinschriftlich, öfter unregelmäßig gewellt ist. Doch oft wird ihre Schrift frühzeitig durch Ataxie der Hand und der Finger in Verbindung

mit ungleichmäßigem Tremor auffallender verändert: Die Schriftzüge werden unordentlich, fahrig, hier durch das Zittern feiner oder gröber gewellt, dort durch die Ataxie unsicher umherfahrend und auf den Linien auf- und abtanzend (sogenannte ataktische Schrift). Dann aber machen sich meist auch diejenigen Stigmata bemerkbar, die für die paralytische Schrift besonders kennzeichnend sind, und die alle den bestehenden psychischen Defekt mehr oder weniger drastisch offenbaren: Die Kranken lassen einzelne Buchstaben, auch ganze Wörter aus, machen Fehler in Orthographie, Stil und Grammatik, wiederholen Worte und Sätze, korrigieren und durchstreichen beständig, machen Kleckse und Schmiereisen, so daß oft ein Blick auf das Produkt genügt, um die Diagnose Paralyse zu stellen (paralytische Schrift).

Andererseits sind auch die negativen Schlüsse von diagnostischer Bedeutung, die wir in manchen Fällen aus den Schriftstücken anstellen können. Gerade die Paralyse kommt differentialdiagnostisch so oft in Betracht. Hier ist die Schrift oft ein ausschlaggebendes Moment. Haben wir einen paralyseähnlichen Symptomenkomplex, der bereits längere Zeit besteht, und sind nicht nur keine Schriftstörungen nachweisbar, sondern wird sogar jedes Schriftstück mit peinlicher Sorgfalt und Vollendung ausgeführt, so müssen wir den Verdacht auf Paralyse meistens fallen lassen.

Viele Paralytiker sprechen auch ihre Wahnideen (Verfolgungs- und Größenideen) in ihren Schriftstücken aus.

*Ich bin geboren ~~in~~ in Japan 1866
 geboren, auf Kaufmannsgüter
 hingeworfen worden auf
 einem großen Inselgebirge
 fast immer gefried*

Schriftprobe Nr. 1. Diagnose: Paralysis progr. incipiens.
 Leicht ataktische Schrift, leichter Tremor. Auslassungen. 1 Wiederholung. Korrekturen; ca. 6—8 Fehler in 23 Worten.

Manche schreiben alle Wörter mit großen Anfangsbuchstaben, das tun besonders Paralytiker mit Größenideen.

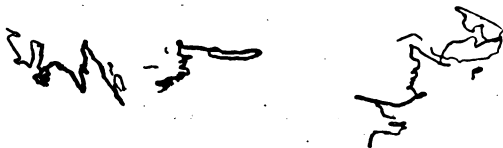
Einige Beispiele werden uns das Gesagte am besten veranschaulichen.

Das Kommando
des Regiments
berlin
Lieber Herr 2. Regt
kann sofort nach
Brennberg, mit
Landpfand die hier
besten fallen
Lage in der Gisthant.
in Majestät in der
Korper

Schriftprobe Nr. 2. Diagnose: Progressive Paralyse.
Auslassungen („Sicken“), Klecksereien, Ataxie, Größenideen.

~~Das Kommando~~

Schriftprobe Nr. 3. Diagnose: Progressive Paralyse.
Hochgradige Ataxie, tanzende Schrift, unter starkem Druck der
Feder geschrieben, um die Ataxie zu unterdrücken.



Schriftprobe Nr. 4. Diagnose: Progressive Paralyse.

Derselbe Paralytiker, der Schriftprobe Nr. 3 lieferte. Völlig unleserliches Gekritzeln.

Liebe Anna Bredt's
 Eva Leubert
 Habent's Füller
 Auf die Quittung mir 300
 sind in und
 zu sehen
 mit Freigang
 die adligkeit geistig

Schriftprobe Nr. 5. Typisches paralytisches Schriftstück.

Die Schriftstörungen der Paralytiker sind, wenn einigermaßen ausgeprägt, mit anderen nicht gut zu verwechseln. Am ehesten noch mit denen seniler Kranker. Besonders

bei der senilen Demenz lassen sich fast immer Schriftstörungen nachweisen.

Doch unterscheiden sich diese von denen der Paralyse meistens folgendermaßen:

1. Die Zitterbewegungen der Senilen sind meist außerordentlich gleich- und regelmäßig.

2. Stärkere Ataxie, Auslassungen fehlen meist im Beginn der senilen Demenz.

Die typische Handschrift Seniler ist also die Zitterschrift ohne Ataxie in gleichmäßig großen, ziemlich deutlichen Wellenlinien.

Wir sehen dies sehr gut an den folgenden Schriftproben

*Die Schrift ist ungewöhnlich klein, sehr
klein wie die viel große Schrift,
die gleichmäßig aus dem Geistesstand
des Senilen hervorgeht an Tadellosigkeit.*

Schriftprobe Nr. 6. Senile Handschrift.

Außerordentlich gleichmäßiger Tremor.

Lina T. T. T. T. T.
Lina T. T. T. T. T.

Schriftprobe Nr. 7. Diagnose: Dementia senilis.

Feinwelliger, gleichmäßiger Tremor.

In vorgeschrittenen Fällen der senilen Demenz werden dann freilich die Schriftstörungen auffallender und lassen Defekte des Gedächtnisses erkennen. Es treten Auslassungen und Paragraphien auf, bis im Endstadium völlige Agraphie eintritt wie bei der Paralyse.

fünfzig fünf Johbold
 fünfzig fünf
 nicht über fünf

Schriftprobe Nr. 8. Diagnose: Dementia senilis
in vorgerückterem Stadium.

Soll heißen: Fürstentum Lippe-Detmold. Deutsches Reich. Nieder-
Barkhausen.

Feiner, regelmäßiger Tremor. Auslassungen. Paragraphien.

Bei Alkoholdeliranten findet sich immer eine
Schriftstörung im Sinne des Alkoholtremors.

Die Schrift ist also eine Zitterschrift in feinen, ziemlich
gleichmäßigen Wellenlinien. Bei manchen Deliranten tritt auch
ataktische Schrift auf, so daß sie manchmal an Paralyse erinnern
kann. Die Diagnose des Alkoholdeliriums ist jedoch ohne Schrift-
prüfung möglich. Doch ist es gut, von jedem Alkoholdeliranten
täglich ein bis zwei Schriftproben anfertigen zu lassen. Man
bekommt so die ganze Krankheitsgeschichte in einigen Schrift-
proben. Die Zitterschrift verschwindet meist erst einige Tage bis
Wochen, nachdem das Delirium bereits abgeheilt ist.

Epileptiker mit Tremorerscheinungen haben natür-
lich auch eine Zitterschrift.

Doch ist hier die Wellenbildung unregelmäßiger, manchmal
durch ataktisches Ausfahren unterbrochen. Bei manchen Epi-
leptikern läßt sich Zitterschrift nur bestimmte Zeit lang nach dem
Anfall nachweisen: hier kann sie also zum Nachweis dienen, daß
ein Anfall vorangegangen sein muß. Auf jeden Fall muß die
Schrift öfter geprüft werden.

Einige Epileptiker verraten auch in ihrer Schrift die ihnen
eigene Pedanterie. Sie schreiben mit peinlicher Accuratesse den-
selben Buchstaben immer in der gleichen Weise und bedienen
sich mit Vorliebe gewisser stereotyper Phrasen und Gemeinplätze.

Bei epileptischer Demenz treten oft hochgradige Schrift-

störungen ein: Ataxie, Auslassungen, Paragraphien, schließlich völlige Unfähigkeit zum Schreiben (Agraphie).

Örlinghausen
Korte
2

Schriftprobe Nr. 9. Diagnose: Epileptische Demenz.
Ataktische Schrift. Auslassungen. Soll heißen: Örlinghausen. Korte.

Die Schriftstücke von jugendlichen Dementen (Dementia praecox) lassen alle jene Züge mehr oder weniger deutlich hervortreten, die für diese Gruppe von Psychotikern so charakteristisch sind.

Wir finden philosophische Exkurse voll des abenteuerlichsten, phrasenwimmelnden Unsinns, schwachsinnige Ergüsse mit Wiederholungserscheinungen (Iterativerscheinungen), sinnloses Verbigerieren und zusammenhanglose Elaborate voller verworrener Wahnideen, manchmal durch bizarre Zeichnungen illustriert.


Einige Beispiele werden uns am besten unterrichten.

Z Z Z Z Z Z Z Z
Z Z
Z Z

Schriftprobe Nr. 10. Diagnose: Dementia praecox simplex.
Einfache Iterativerscheinung.

Kowall Wiebe Kowall Wiebe
 Kowall Wiebe Kowall Wiebe
 Kowall Wiebe Kowall Wiebe
 Kowall Wiebe Kowall Wiebe
 Kowall Wiebe Kowall Wiebe
 Kowall Wiebe Kowall Wiebe

Schriftprobe Nr. 11. Diagnose: Dementia praecox catatonica.
 Stereotype Wiederholung desselben Namens, der allmählich variiert.
 Bizarre, schnörkelreiche Schrift.

0: 4 7 8 9: 0
 a a a a a a
 b b b b b b
 0? 7 4 7 0? 0
 Meine Mutter Geine Klücker
 Mein Schützter Geine Klücker
 + K K K K K K


Schriftprobe Nr. 12. Diagnose: Dementia praecox catatonica.
 Von demselben Kranken, von dem Nr. 11 stammt.
 Iterativerscheinungen, sinnlose Zeichen, barocke Zeichnungen,
 manierierte verschnörkelte Schrift.

Wohl hat die Hand der Frau die folgende
 Frage davon mit Augen und Sprache,
 Ist die Frau die Schwester von J. G. G. G.
 Ich habe die Lustprophete auf dem
 die Liebe geht nicht zu Wege der
 Frau vom der Wege gegen das
 Ichungang I II III IV V VI VII VIII IX
 X XI XII. Ich habe die Offen der
 mannan fahre laut. das mit das;
 nachher die Folge der Schrift 1. 2. 3. 4. 5.
 6. 7. 8 9 10. Die führung der
 die Schrift der I. Stufe eingeleitet
 Lavinia Lavinia Goyauski Sabina
 Lavinia Lavinia Goyauski Sabina
 Lavinia Lavinia Goyauski 1982

Schriftprobe Nr. 13. Diagnose: Dementia praecox catatonica.
 Sinnloses Gefasel. Iterativerscheinungen. Unterstreichungen (jedes
 3. oder 4. Wort ist unterstrichen).

Außerordentlich interessant sind in vielen Fällen die
 Schriftstücke der Paranoiker.

Einzelne von ihnen mit hervorragender stilistischer Begabung
 schildern in geradezu ergreifender Weise ihre Leiden und die
 unablässigen Verfolgungen, denen sie ausgesetzt sind. Manche
 Paranoiker, die sonst ihre Wahnideen sorgfältig dissimulieren,
 vertrauen sie dem Papiere an, so daß man hier die Diagnose im
 wesentlichen auf die Schriftstücke stützen muß. Die querulierenden
 Paranoiker sind durch ihre enorme Produktivität charakterisiert;
 sie stellen das Hauptkontingent der Graphomanen dar.

Bei manchen Paranoikern findet sich eine Geheimschrift, auch
 Chiffreschrift. Andere zeichnen sich durch die massenhafte Bil-
 dung neuer, meist unsinniger Worte aus (Neologismen). Bei

einigen entwickelt sich eine wahrhaft babylonische Sprachverwirrung in den Schriftstücken, obwohl nicht alle von diesen im mündlichen Verkehr sprachliche Verwirrtheit zeigen, einige vielmehr sich mündlich völlig korrekt ausdrücken. Manche Schriftstücke von Paranoikern enthalten wundersame, ganz barock-phantastische Zeichnungen.

Jesus *Louise* *Gott*

*Der Heilige Geist ist ein
 von Konstantinopel
 besetzt sich sich in 10
 Befehl hat die Führung der
 von Gott*

*Heiliger Geist der Heiligen
 von Gott*

Schriftprobe Nr. 14. Diagnose: Paranoia.

Schenkungsurkunde eines Paranoikers. Größenideen. Wortneubildungen. An den punktierten Stellen stand der Name des Kranken, welcher ausgeschnitten wurde.

Die Schriftstücke der Manischen zeichnen sich durch mancherlei Erscheinungen aus.

Sie sind meist sehr flott heruntergeschrieben, anfangs leserlich und leidlich ordentlich, zuletzt immer liederlicher und zusammenhangsloser. Sie bieten ein völliges Analogon zu den sprachlichen Leistungen der Manischen.

Die Schriftprobe zeigt eine extreme Stereotypie und eine deutliche Zerknirschtheit der Buchstaben. Die Buchstaben sind oft überlappend und bilden eine dichte, schwer lesbare Masse. Die Schrift ist in drei Hauptzeilen angeordnet, gefolgt von drei kleineren, ebenfalls schwer lesbaren Zeilen.

Schriftprobe Nr. 15. Diagnose: Paranoia.

Beschwerdeschrift eines Paranoikers.

Dies Schriftstück könnte auf den ersten Blick als ein katatonisches imponieren. Doch findet sich keine Manieriertheit in der Schrift, die im übrigen deutlich den Charakter der Stereotypie trägt. Es handelt sich um die Schrift eines schwachsinnigen Paranoikers, der sich seine eigene Schrift zurecht macht.

Melancholische schreiben selten und sind auch meist nur sehr schwer zum Schreiben zu bewegen.

Ihre Schrift ist zögernd und oft unterbrochen, weil die Kranken immer wieder absetzen. Die Melancholischen schreiben meist sehr langsam. Die allgemeine psychomotorische Hemmung spricht sich auch in der Schrift deutlich aus. Das sehen wir gut an den beiden Beispielen:

Die beiden Beispiele zeigen eine sehr zögerliche und unterbrochene Schrift. Die Buchstaben sind oft unvollständig oder durch lange Striche (wie im letzten Beispiel) ersetzt. Die Schrift ist deutlich langsamer und weniger flüssig als bei anderen Gruppen.

Schriftprobe Nr. 16. Diagnose: Melancholie.

Man sieht deutlich, wie die Kranke zaudernd geschrieben und die Feder immer wieder abgesetzt hat. Das letzte Wort ist nicht zu Ende geschrieben, sondern statt der Endsilbe ein langer Strich gemacht. (Soll heißen: Lippe-Detmold. Langen-Holzhausen.)

Lange Detmold
 Langen Holzhäuser
 S. A. Langen
 Langen Holzhäuser

Schriftprobe Nr. 17. Diagnose: Melancholie.

Diese Kranke war nur sehr schwer zum Schreiben zu bewegen. Sie sollte, wie die vorige Kranke, Lippe-Detmold Langen Holzhäuser schreiben. Die starke Hemmung spricht sich deutlich in dem wiederholten Absetzen, in den langen, zaudernden Schriftzügen und den unvollendeten Worten aus.

Auch hier — im Gebiete der Melancholie — kann die Schrift in manchen Fällen dazu dienen, die echte Melancholie mit starker Hemmung gegen melancholieähnliche Zustände abzugrenzen. Das ist z. B. in folgendem Falle möglich:

Abgesetzt mit all der Geduld der
 über fünf Stunden. Gilt es gewiss, daß
 die Schrift so langsam nicht ist wie
 diesen Gedanken. Man fühlt die
 auf manchen Seiten hinüber zu
 die mit dem Geist zusammen zu sein

Schriftprobe Nr. 18. Diagn.: Hysterischer Depressionszustand.

Hier ist nicht eine Spur von Hemmung zu sehen. Die Schrift ist voller Schwung und Schnörkel. Kein Komma, kein Punkt fehlt. Eine echte Melancholie kann hier also bereits durch die Analyse der Schrift ausgeschlossen werden.

Die Schriftstücke der Idioten und der angeboren Geistesschwachen bieten keine Besonderheiten, die für die Diagnose in Betracht kämen. Zudem unterliegt ja auch die Diagnostik dieser Zustände keinen Schwierigkeiten. Immerhin gehört freilich auch hier die Prüfung der Schrift zu einer vollkommenen psychiatrischen Expertise.

VI. Die körperliche Untersuchung.

Dieser Teil der Untersuchung zerfällt in zwei Teile: I. in die Betrachtung des gesamten äußeren Menschen, des morphologischen Baues der einzelnen Teile und II. in die ärztliche und nervenärztliche körperliche Untersuchung des Kranken im eigentlichen Sinne.

I. Betrachtung der morphologischen Verhältnisse des Körpers.

Es hat immer einzelne Richtungen in der Psychiatrie gegeben, den psychotischen, d. h. den psychisch abnormen Menschen durch äußere Merkmale zu charakterisieren. Dies gleichsam zoologische Verfahren hat seine extreme Vertretung gefunden in Lombrosos Lehre vom geborenen Verbrecher, der nach ihm ein besonderer anthropologischer Typus und zwar eine Rückschlagsbildung mit bestimmten körperlichen und psychischen Merkmalen der Entartung ausgerüstet sein sollte. Daher hat Lombroso und seine Schule so großen Wert auf den Nachweis aller jener von ihm als Atavismen aufgefaßten Anomalien gelegt, die unter dem Namen der Degenerationszeichen eine solche zweifelhafte Rolle in der modernen Psychiatrie spielen. Gewiß darf der Psychiater nichts außer acht lassen. Er darf sich nicht nur mit der Psyche beschäftigen, sondern muß zugleich auch den übrigen Menschen betrachten und versuchen, zwischen der Psyche und der gesamten äußeren

Morphologie des Körpers Beziehungen zu entdecken, die fraglos vorhanden sind, wenn sie sich auch größtenteils noch unserer Kenntnis entziehen. Indessen ist die moderne Lehre von den Degenerationszeichen zu einer geistlosen Spielerei, zu einer mechanischen Zeichendeuterei ausgeartet, und es ist daher in der praktisch diagnostischen Verwertung ihrer Resultate die dringendste Vorsicht angeraten.

Am sichersten sind noch die Schlüsse aus der Schädelform, wie ja denn phrenologische Anschauungen seit Galls Zeiten immer wieder Anhänger gefunden haben. Indessen ist es auch hier erst in einigen ganz eklatanten Fällen gelungen, zwischen Psychose und Schädelform bestimmte Beziehungen nachzuweisen.

Jedenfalls aber ist es nötig, in allen Fällen genau den Schädel zu untersuchen. Das geschieht durch drei sehr einfache Methoden, nämlich

1. durch Besehen
2. „ Betasten
3. „ Messen.

ad 1. ist darauf zu achten, ob nicht Asymmetrien des Schädelbaues vorhanden sind, und wie die einzelnen Schädelregionen, Stirn, Hinterhaupt, Scheitelhirn entwickelt sind. Oft erkennt man Asymmetrien des Schädels am besten, wenn man ihn von oben betrachtet. Leichtere Asymmetrien des Schädelbaues, z. B. stärkere Wölbung der rechten Stirn im Verhältnis zur linken, sind sehr häufig; auch bei Normalen. Sie erlauben kaum diagnostische Schlüsse. Stärkere Asymmetrien kommen bei vielen Psychosen vor, besonders bei Idioten und Epileptikern.

ad 2. Das Betasten hat den Zweck, sich über die Lage der Schädelnähte und somit über die relative Größe der einzelnen Hirnteile zu orientieren. Bei psychiatrisch interessanten Köpfen empfiehlt es sich, den Schädel glatt zu scheren oder zu rasieren, und dann die Schädelnähte, Sagittal-, Lambdanaht und Coronarnähte, aufzuzeichnen. Etwaige Verknöcherungen wird man leicht feststellen, aber

auch normale Schädelnähte wird man bei einiger Übung in der Schädelpalpation in den meisten Fällen bestimmen können.

ad 3. Die Schädelmessung hat auch heute noch keine besonders verwertbaren Resultate aufzuweisen. Sie wird teils mit dem Bandmaß, teils mit dem Tasterzirkel ausgeführt. Die hochkomplizierte Methodik der anthropologischen Schädelmessung steht in keinem Verhältnis zu den erzielten Resultaten. Es genügt daher, die wichtigsten Maße zu bestimmen, nämlich

- a) den größten Horizontalumfang (Bandmaß), gemessen in einer Horizontalebene, die durch glabella frontis und protub. occipit. extern. bestimmt wird, normalerweise 48—56 cm.
- b) den Längendurchmesser (Tasterzirkelmaß), zwischen Nasenwurzel und Hinterhauptshöcker gemessen, normalerweise 16—18 cm.
- c) den größten Querdurchmesser (Tasterzirkelmaß), zwischen den beiden entferntesten lateralen Punkten des Schädels gemessen, normalerweise 14—15 cm.

Schädelmißbildungen sind am häufigsten bei Idiotie und Epilepsie; besonders Hydrocephalie ($a = 60$, $c = 17$ und mehr) und Mikrocephalie ($a = 40$, $c = 12$ und weniger).

Nach der Untersuchung der Schädelkapsel wenden wir uns dem übrigen Kopfe zu. Hier werden zu den stigmata degenerationis noch gerechnet: Prognathie (starkes Vorspringen der Kiefer), Asymmetrien, Steilheit und spitzwinklige Form des Gaumens, Asymmetrien der Gesichtshälften, Hasenscharte, Wolfsrachen. Die Kopfhare Geisteskranker ergrauen oft frühzeitig oder verlieren den Glanz und werden brüchig. Als Degenerationszeichen gelten abnorme oder mehrere Haarwirbel, unregelmäßige und tief in Stirn, Schläfen und Nacken hinabreichende Haargrenze.

Auch die Behaarung des übrigen Körpers zeigt oft mancherlei Bemerkenswertes.

Bei den Zähnen gilt als Degenerationszeichen: un-

regelmäßige Stellung, Makro- und Mikrodontie. Die Hutchinsonsche Zahnform kommt am häufigsten bei der Syphilis hereditaria vor. Epileptiker zerbeißen sich manchmal im Anfall einzelne Zähne, kleine Fragmente werden öfter abgebissen.

Die Ohren sind mit besonderer Vorliebe Gegenstand psychiatrischer Degenerations-Spekulation gewesen. Eine ganze Reihe von pathologischen Ohrformen ist unter den „Degenerationszeichen“ enthalten: Das Ohr mit fehlendem, glattgestrichenem Helix (Morelsches Ohr), das Ohr mit starker Spina Darwini, wodurch eine nach oben zu spitze, Satyrohr-Form entsteht (Darwinsches Ohr), die höheren Grade dieser Ohrform (Cercopithecusohr); das Ohr mit einem den helix überragenden anthelix (Wildermuthsches Ohr), das Henkelohr, ein großes, etwas abstehendes, brezel-förmiges Ohr; dann Mikrotie, stark abstehende Ohren und endlich noch angewachsene, fehlende oder sehr große Ohr-läppchen. Nebenbei wollen wir noch als Kuriosum erwähnen, daß ältere Psychiater weiche Ohren (und auch weiche Nasen) für ein *signum mali ominis* hielten. In der Tat findet man sonst wohlgebildete, aber sehr weiche Ohren, die sich wie dünnes Tuch zusammenfalten lassen, oft bei unheilbaren Geisteskranken.

Die übrigen sogenannten Degenerationszeichen wollen wir nur erwähnen. Große diagnostische Bedeutung haben sie an und für sich nicht, wenn auch der Satz oft zutreffen mag, daß, wo Degenerationszeichen in großer Zahl auftreten, die damit Behafteten als Degenerierte oder zu Psychosen Prädisponierte aufzufassen sind (die Degenerationszeichen zeigen also manchmal einen *état dégénératif héréditaire* an). Es sind folgende:

Auge: Angeborene Blindheit, Albinismus, Coloboma iridis, unregelmäßige Pigmentation, besonders der Iris (die Irisflecken als ein bleibendes, und unabänderliches Individualzeichen werden auch in der Kriminalistik zur Identifikation Krimineller verwendet), abnorme Einmündung der *arteria centralis retinae*.

Ohr: Außer den erwähnten angeborene Taubheit, Taubstummheit.

Sprache: Stottern, Stammeln und andere Sprachfehler.

Extremitäten: Habituelle Luxation, Polydaktylie, Schwimnhaut.

Haut: Naevi, starke Behaarung, verwachsene Augenbrauen.

Innere Organe: Abnorme Lappenbildung an Lunge, Leber, Milz, und andere Anomalien innerer Organe.

Etwas größere Bedeutung scheinen die Anomalien der Geschlechtsorgane und der sekundären Geschlechtscharaktere als Degenerationszeichen zu besitzen. Sie werden nicht selten bei Geisteskranken gefunden und dürften wohl im allgemeinen auf eine schwere Degenerescenz hinweisen, also prognostisch oft mali ominis sein.

Es sind dies folgende Anomalien:

Femininer Körperbau bei Männern (breites Becken, weibliche Brust) und männlicher Habitus bei Frauen (Bart, männliche Stimme); angeborene Sterilität, Zwitterbildung (Hermaphroditismus), Epi- und Hypospadië, Kryptorchismus; bei Frauen noch Uterus bicornis, Atresien, kleines oder unregelmäßiges Becken, Fehlen der Brüste. Es erscheint nach neueren Untersuchungen fraglos, daß bei Frauen aus stark belasteter Ascendenz (insbesondere mit Alkoholisismus) Entwicklungshemmungen des Beckens und der Brüste eintreten, wodurch die Gebär- und Säugefähigkeit beeinträchtigt und die Rasse in ihrer Existenz bedroht wird.

Man spricht außer von körperlichen auch von psychischen Degenerationszeichen und versteht darunter alle jenen psychopathologischen Züge, wodurch das psychische Gleichgewicht der Gesamtpersönlichkeit gestört und oft genug die soziale Existenz des Individuums gefährdet wird. Die Franzosen nennen dies große Heer von Psychopathen Déséquilibrés, unter welche auch eine nicht geringe Anzahl genialer Männer zu rechnen ist.

Diese Disharmonie der psychischen Funktionen wird herbeigeführt durch einseitiges, starkes Überwiegen einzelner

Fähigkeiten bei gleichzeitiger Verkümmerng anderer. Große intellektuelle Veranlagung bei geringer Entwicklung der ethischen und Willenssphäre, abnormes Überwiegen des Phantasielebens mit Neigung zu Träumereien oder auch Schwindeleien bei geringer intellektueller Entwicklung und starkes Vorherrschen des Trieblebens bei mangelhafter ethischer und intellektueller Veranlagung sind die häufigsten Typen der psychischen Degeneration. Viele sexuell Perverse, viele Kriminelle, aber auch viele bedeutende Menschen sind unter diese Degenerierten oder Decadenten, wie man heute sagt, zu rechnen.

Es ist ein interessantes und fast durchgehend anzutreffendes Phänomen, daß die Déséquilibrés gegen das Kulturgift Alkohol intolerant sind. Somit kann die Alkoholintoleranz tatsächlich oft als ein stigma degenerationis betrachtet werden.

Nach der genauen Besichtigung des gesamten äußeren morphologischen Baues und der nun einmal heute noch ziemlich kritiklos geübten Feststellung etwa vorhandener Degenerationszeichen folgt die **Untersuchung des Nervensystems**. Diese ist von der größten Bedeutung, besonders für die Diagnostik der progressiven Paralyse. Man findet:

Pupillendifferenz: oft bei Paralyse, aber auch bei allen anderen Psychosen, selbst bei Normalen. Ohne andere körperliche Symptome kann sie für die Diagnose der progressiven Paralyse nicht verwendet werden, und ist überhaupt ein sehr wenig verwertbares Symptom.

Myosis: bei Morphinisten, bei Tabo-Paralytikern.

Mydriasis: besonders bei Epileptikern, aber auch bei Paralytikern, bei Kokainisten.

Trägheit der Pupillenreaktion: bei Alkoholikern und Paralytikern.

Lichtstarre der Pupillen: bei Alkohol-Intoxikation, bei Dementia senilis und Dementia paralytica.

Aufhebung der Konvergenzreaktion: bei Paralytikern.

Lichtstarre der Pupillen bei Kranken im

mittleren Alter ist fast immer ein Symptom der Paralyse.

Paresen und Paralysen der Augenmuskeln (Ptosis, Strabismus etc.): bei Hirnsyphilis, Paralyse, bei den Pseudoparalysen und Alkoholpsychosen.

Nystagmus: bei organischen Hirnkrankheiten, auch Paralyse.

Einengung des Gesichtsfeldes: bei Hysterie.

Lidclonus mit Rollen der Bulbi: bei Hysterie.

Im Facialisgebiet: Ungleichheit der Gesichtshälften, entweder als angeborene Asymmetrie und dann diagnostisch wertlos, oder als Störung (Differenz) der Innervation bei Paralyse (Facialis paresen und -paralysen).

Mitbewegungen: sind eins der häufigsten Symptome der Paralyse. Beim Sprechen, beim Mundöffnen, beim Herausstrecken der Zunge wird oft das ganze übrige Facialisgebiet oder ein großer Teil davon (Augengegend, Stirn etc.) in Mitleidenschaft gezogen, es entsteht ein förmliches Wogen.

Sonst kommen Mitbewegungen auch noch bei Stotterern und bei Idioten vor.

Zittern der Lippen (Labialtremor und -ataxie): bei Alkoholisten und Paralytikern.

Ungleicher Stand der Gaumenbögen: bei Paralyse.

Im Hypoglossusgebiet:

Zittern und Ataxie der Zunge: bei Alkoholisten und bei Paralyse.

Fibrilläre Zuckungen: bei Paralyse.

Seitliche Deviation: bei Paralyse, Apoplexie.

An die Untersuchung der Zunge schließen wir am besten gleich an die Untersuchung der Sprache. Sie ist besonders wertvoll für die Diagnose der Paralyse.

Im Beginn der Paralyse ist die Sprache oft nur zaudernd, verlangsamt (*hésitation de la parole*), die Stimme eigentümlich tremulierend, Sprachfehler sind selten. Diese kann man jedoch auch jetzt schon oft hervorrufen, wenn man die Kranken einige schwerere Worte

nachsprechen läßt. Von den vielen Paradigmata zur Sprachprüfung haben sich allgemeines Bürgerrecht erworben in der Nervendiagnostik: Dritte reitende Gardeartilleriebrigade und Donaudampfschiffschleppschiffahrtgesellschaft, nebst manchen andern. Die Paralytiker sprechen Artrilleriebrigade und Donaudampfschleffahrt und ähnlich. Bald geht die häsitierende Sprache in die stotternde über, es tritt Silbenstolpern ein, oft werden einzelne Silben ausgelassen. Zugleich wird die Stimme oft rauh, monoton, bei andern heiser, leiernd, manchmal näselnd (Gaumenparese). Endlich wird die Sprache gänzlich unverständlich (ataktische Aphasie).

Die übrigen Hirnnerven zeigen in ihren Innervationsverhältnissen seltener diagnostisch verwertbare Symptome. Immerhin kann auch die Untersuchung des Olfactorius, des Acusticus, des Glossopharyngeus und des opticus (Opticusatrophie: bei Tabes, Stauungspapille bei Tumoren des cerebrum!) zu brauchbaren Resultaten führen.

Auf dem Gebiete der Motilität finden wir sonst noch: Lidtremor, leichter Tremor der gespreizten Finger und Tremor linguae bei vielen Kranken, besonders bei Hysterischen, Epileptikern, Alkoholisten und Senilen. (Tremor senilis.)

Tremblement généralisé in feineren Oscillationen verbunden mit fibrillären Zuckungen bei Paralyse, in größeren Oscillationen bei Delirium tremens.

Sonst kommt Zittern noch vor bei Morbus Basedow und disseminierter Sklerose, welche ja nicht selten durch Psychosen kompliziert sind. Bei multipler Sklerose herrscht Intensionstremor vor.

Ataxie: bei Alkoholdeliranten, taumelnder Gang.

Bei Paralytikern. Hier wird sie oft erst bei schwierigen Bewegungen deutlich: Stehen auf einem Beine, Kehrt machen, Treppensteigen. Die Ataxie der Hände beim An- und Auskleiden, beim Schreiben. (Schriftprobe!)

Bei Paralytikern ist auch meist eine deutliche Abschwächung der Muskelkraft nachweisbar.

Rhombergsches Symptom: bei Paralytikern, oft auch bei Epileptikern.

Lähmungen und Kontrakturen können sein

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1. hysterischen | } Ursprungs. |
| 2. organischen | |

Hysterische Lähmungen und Kontrakturen sind durch die meist vorhandenen Störungen der Sensibilität sowie durch andere Symptome der Hysterie zu erkennen. Sie sind durch Suggestion, auch in der Narkose zu beseitigen.

Die organischen Lähmungen können centralen (Paralyse) oder peripheren Ursprungs sein (Alkoholneuritis). Die Sehnenreflexe sind entweder erloschen oder gesteigert.

Krampfanfälle kommen zur Beobachtung in dreierlei Form:

- | | |
|--------------------|------------|
| I. hysterische | } Krämpfe. |
| II. epileptische | |
| III. epileptiforme | |

Hysterische Anfälle kommen im wesentlichen bei der Hysterie vor.

Epileptische Anfälle bei Epilepsie, Paralyse und Herd-erkrankungen des Gehirns.

Epileptiforme Anfälle bei Paralyse, Uraemie und Herd-erkrankungen des Gehirns.

Die Reflexe müssen natürlich überall genau geprüft werden. Am wichtigsten ist für die Diagnose das Verhalten der Patellarreflexe.

Sie sind gesteigert, oft mit Fußclonus verbunden: bei beginnender Paralyse, bei Epilepsie, bei Dementia senilis.

Sie fehlen: bei Alkoholneuritis, oft bei Dementia senilis und paralytica.

Fehlen der Patellarreflexe und Psychose im mittleren Alter bedeutet fast immer eine Paralysis progressiva.

Sensibilitätsstörungen finden wir:

als Hypalgesie: bei beginnender Paralyse;

als halbseitige Anaesthesia und in anderer Verteilung: bei Hysterie;

als lancinierende Schmerzen: bei Taboparalyse;
als Kopfschmerz: bei Paralyse und Epilepsie;
als Migräne: im Beginn der Paralyse, bei Hysterie
und Epilepsie;
als circumscripten Schmerz: bei Hysterischen (clavus);
als Neuralgien: bei Paralytikern.

Den Schluß der körperlichen Untersuchung bildet die der inneren Organe, die nach den in der inneren Klinik üblichen Methoden zu erfolgen hat. Besondere Sorgfalt ist auf die Untersuchung der Lungen zu verwenden, da Tuberkulose sehr häufig bei Geisteskranken auftritt. Katatoniker mit lang andauernder allgemeiner Muskelstarre, Melancholische und Stuporöse sind infolge der schlechten, oberflächlichen Atmung am meisten gefährdet. Cheyne-Stokessches Atemphänomen kommt selten, meist bei Urämischen und apoplektischen Kranken zur Beobachtung.

Die Speichelsekretion ist oft vermehrt, besonders bei Dementia praecox catatonica und Katatonie; demente und stuporöse Kranke lassen den Speichel zum Munde herausfließen. Paranoische werfen manchmal beständig ihren Speichel aus, in der Absicht, das Gift auszuscheiden, welches sie in ihrem Körper zu haben glauben.

Die Tränensekretion ist auffallenderweise meist stark vermindert oder völlig sistiert bei der echten Melancholie. Viele Melancholiker klagen geradezu, daß es ihnen versagt sei zu weinen. Dies Moment kann differentialdiagnostisch gegen melancholieähnliche Zustände bei Paralyse und Hysterie in Betracht kommen, wo die Tränen oft recht reichlich fließen.

Arteriosklerose findet man bei Paralytikern und senilen Kranken.

Verdauungsstörungen findet man oft, besonders bei depressiven Kranken.

Störungen der Urinentleerung sind oft vorhanden: Enuresis nocturna: bei Epilepsie; Blasenlähmung: bei Paralytikern (Incontinentia urinae); Urinretention: bei Hysterie, Epilepsie, Paralyse.

Die sexuelle Erregbarkeit ist gesteigert bei Manischen (besonders manischen Frauen) und im Beginn der Paralyse, nicht selten auch der Dementia senilis (Sittlichkeitsattentate gegen Kinder). Sie ist stark herabgesetzt bei den Depressionszuständen und der Demenz, erloschen bei Morphinisten, Alkoholisten und Paralytikern in späteren Stadien.

Die Menstruation muß bei weiblichen Kranken stets überwacht werden. Die Periode wirkt oft erregend auf die Kranken, nicht selten verschwindet sie während der Psychose, um mit der Genesung wieder einzutreffen. Bei chronischem Alkoholismus und Morphinismus hören die Menses oft auf.

Das Körpergewicht muß stets genau festgestellt, alle Kranken alle 8—14 Tage gewogen werden. Indessen hat dies mehr prognostischen wie diagnostischen Wert.

Zuletzt folgt die Untersuchung von Puls, Temperatur und Urin.

Der Puls ist oft verlangsamt in Stuporzuständen (50 und weniger Pulse in der Minute), beschleunigt in Erregungszuständen. Kontraktion der Radialarterie findet man in Stuporzuständen und bei Melancholie, Gefäßlähmung im Endstadium der Paralyse.

Die Temperatur ist erhöht in paralytischen Anfällen (manchmal über 40°), auch in epileptischen; besonders im Status epilepticus. Temperaturen unter 30° kommen bei Paralyse vor und künden den sicheren, nahe bevorstehenden Tod an.

Der Urin ist oft stark vermindert in depressiven und stuporösen Zuständen, vermehrt oft bei Paralyse. Eiweiß findet sich bei Alkoholisten, Paralytikern und Epileptikern nach gehäuften Anfällen, Zucker bei Paralytikern und anderen, Aceton bei Kranken mit stark reduziertem Ernährungszustande (abstinierende Melancholiker), aber auch bei Paralytikern mit Verdauungsstörungen. Hier läßt sich auch oft Indikan nachweisen.

VII. Die Diagnose.

Wir haben die Beobachtung, die psychologische und somatische Untersuchung unseres Kranken beendet. Natürlich erhebt sich nun die Frage: Mit was für einer Krankheitsform haben wir es zu tun? Wie lautet die Diagnose?

Es handelt sich also darum, das aus der Krankenuntersuchung gewonnene Material zu verarbeiten. Für alle, die Psychiatrie lernen wollen, empfiehlt es sich, wo möglich immer eine genaue Situationsschilderung zu entwerfen, die, nach einer bestimmten Disposition geordnet, rein deskriptiv möglichst anschaulich und exakt wiedergibt, was man gesehen und gehört hat. Die Situationschilderung umfaßt also das Krankheitsbild, soweit es objektiv den Sinnen sich darbietet, den ganzen Gang der Krankenuntersuchung, aber in knapper, straffer Form, wobei alles Nebenächliche beiseite gelassen wird.

Wir analysieren unser gesamtes Wissen über den Kranken, greifen die elementaren Symptome, die das Krankheitsbild bietet, heraus und entwerfen uns ein kurzes symptomatologisches Schema der Krankheit.

Also z. B. wir haben folgende Symptome im Schema:

1. Starke motorische Erregung.
2. Beständige sprachliche Erregung mit dem Charakter der Ideenflucht.
3. Dauernd heitere, ausgelassene Stimmung.
4. Deutlich gehobenes Selbstbewußtsein.
5. Völlige Orientiertheit.

So haben wir hiermit ganz kurz die Symptomatologie eines maniakalischen Zustandes skizziert. Nun fragt es sich: Was kann das sein? Maniakalische Zustände kommen vor bei Manie, Katatonie, Epilepsie, Dementia praecox und Paralyse.

Auf differentialdiagnostischem Wege werden wir Paralyse, Katatonie, Dementia praecox und Epilepsie ausschließen und damit die definitive Diagnose: Manie gewinnen.

Oder nehmen wir an, wir hätten folgenden Symptomenkomplex gefunden:

1. Stupor mit völligem Mutismus.
2. Plötzliche impulsive Akte, die den Stupor unterbrechen.
3. Automatische Stereotypiebewegungen innerhalb des Stupors.

Wieder fragen wir uns: Was kann das alles sein? Es

kommen nur in Betracht: epileptische Zustände, Katatonie, allenfalls noch Melancholie. Bei genauerem Nachsehen entdecken wir

4. deutliche Spannungerscheinungen in der Muskulatur und Flexibilitas cerea.

Dadurch schließen wir Melancholie mit Sicherheit aus. Bleiben nur noch Epilepsie und Katatonie für die Differentialdiagnose übrig. Diese entscheidet sich für Katatonie, da wir bemerken, daß

5. die Stereotypiebewegungen einen ganz eigenartigen gezielten und bizarren Charakter haben und hochkomplizierter Art sind, während die automatischen Bewegungen der Epileptiker meist monoton und primitiver Art sind.

Der Gang der Diagnostik ist also folgender:

I. Anamnese, Beobachtung, Untersuchung, Situationsschilderung.

II. Aufstellung des symptomatologischen Schemas.

III. Frage: Was kann der vorliegende Symptomenkomplex alles sein? Aufstellung aller für die Diagnose in Betracht kommenden Psychosen.

IV. Differentialdiagnose.

Das ist die typische Methode, die wir anzuwenden haben, um zu einer Diagnose zu kommen: die induktive, analytische Methode.

In praxi ist es vor allem wichtig, bei Psychosen zwischen dem 18. und 28. Lebensjahre die Dementia praecox, bei allen Psychosen im mittleren Alter die Dementia paralytica in Erwägung zu ziehen. Besonders die Diagnostik der Dementia praecox ist eine von Ärzten kaum geübte Kunst, obwohl gerade die jugendlich Dementen einen großen Prozentsatz unserer Geisteskranken ausmachen, und in manchen Anstalten $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ aller Kranken Fälle von Dementia praecox darstellen. Ebenso ist es mit der progressiven Paralyse, deren Diagnose jedem Arzte genau so vertraut sein müßte, wie die einer Pneumonie oder einer Diphtherie.

Wir betonen daher noch einmal folgende beiden Hauptsätze für die Diagnostik:

I. Bei jeder Psychose im jugendlichen Alter,

zwischen dem 18. und 28. Lebensjahre, ist immer in erster Linie die *Dementia praecox* in Erwägung zu ziehen.

Die *Dementia praecox* umfaßt eine ganze Reihe außerordentlich vielgestaltiger Krankheitsbilder, als deren Haupttypen sich vorläufig die

1. *Dementia praecox simplex*,
2. *Dementia praecox paranoides* und
3. *Dementia praecox catatonica*

bezeichnen lassen. Früher wurden alle diese prognostisch infausten Prozesse rein symptomatisch teils als Manie, teils als Melancholie, teils als akute Paranoia und ähnlich bezeichnet. Auch heute noch, wo durch Kräpelin und andere die Frühdiagnose der *Dementia praecox* so weit gefördert ist, wird in der Mehrzahl der Fälle Melancholie und ähnliches diagnostiziert. Hier müssen wir uns zunächst merken, daß es eine Melancholie (natürlich Melancholie im psychiatrischen Sinne) im jugendlichen Alter nicht gibt. Die Melancholie ist eine Psychose des höheren Alters und zwar des Rückbildungsalters, und kommt im allgemeinen selten vor. Im jugendlichen Alter treten nur Depressionszustände auf, die wohl manchmal mit einer Melancholie einige Züge gemein haben können, die sich aber in ihrem Verlauf immer wesentlich von ihr unterscheiden. Ferner müssen wir wissen, daß die systematisierende Paranoia meist erst anfangs der dreißiger, frühestens Ende der zwanziger Jahre zur Entwicklung kommt. Ebenso die Paralyse, die nur selten vor dem 30. Lebensjahre zur Beobachtung kommt, und die echte Kahlbaumsche Katatonie von meist guter Prognose, die auch am häufigsten eine Psychose des mittleren Alters zu sein pflegt. Haben wir also einen jugendlichen Kranken vor uns, so ist — welche Symptome er auch immer bieten mag — Melancholie immer, Paranoia und Paralyse fast immer ausgeschlossen. Je jünger der Kranke ist, um so unwahrscheinlicher wird die Möglichkeit einer Paralyse oder einer systematisierenden Paranoia.

Die Diagnose der Paralyse, welche ja, wenn auch selten vor dem 30. Lebensjahr zur Beobachtung kommt, sollte immer gestellt werden; nur die Differentialdiagnose zwischen *Dementia praecox paranoides* und Paranoia sowie zwischen *Dementia praecox catatonica* und Katatonie kann auch einem geübten Diagnostiker Kopfzerbrechen machen.

Es bleiben dann für die Differentialdiagnose nur noch übrig: Hysterie, Epilepsie und manisch-depressives Irresein; ist alles dies ausgeschlossen, so ist die Diagnose der *Dementia praecox* sicher.

II. Bei jeder Psychose im mittleren Lebens-

alter, also zwischen 30. und 50. Lebensjahre, muß man, welche Symptome sie immer bieten mag, mögen sie noch so unbestimmt sein oder auch als reine Manie, Melancholie oder Paranoia imponieren, immer und in erster Linie in Erwägung ziehen, ob nicht eine beginnende progressive Paralyse vorliegt.

Die Paralyse ist die vielgestaltigste Psychose, die es gibt, daher fast alle anderen Psychosen bei der Differentialdiagnostik in Betracht kommen können. Hat man solche unzweideutigen Symptome wie Pupillenstarre oder Fehlen der Patellarreflexe, so kann die Diagnose nicht zweifelhaft sein. Bedeutende Schwierigkeiten kann dagegen die Frühdiagnose machen, wenn ein anscheinend rein funktionelles Krankheitsbild vorliegt, auffallendere körperliche Symptome fehlen und somit die Diagnose lediglich auf die psychologische Analyse angewiesen ist. Wir werden diese wichtigen Verhältnisse im speziellen Teil genau besprechen.

Die Frühdiagnose der Dementia praecox und der Dementia paralytica sind die Hauptleistungen der psychiatrischen Diagnostik, zugleich die in sozialer Beziehung bedeutungsvollsten Diagnosen, weshalb wir sie überall in den Vordergrund unserer Betrachtungen gerückt haben.

In vielen anderen Fällen kann die Diagnose große Schwierigkeiten machen. Dann können einzelne Symptome wichtige diagnostische Bedeutung gewinnen, die wir bisher noch nicht besprochen haben, nämlich

I. Suicidideen und Suicidversuche.

II. Nahrungsverweigerung und

III. Kriminelle Handlungen.

I. Selbstmordideen kommen bei sehr vielen Psychosen vor, aber die Art, wie sie vorgebracht oder dissimuliert werden, sowie die Energie, mit der die einzelnen Kranken ihre Ideen zur Tat umzusetzen versuchen, sind außerordentlich verschieden. Suicidideen und -versuche kommen vor bei

1. Melancholie;
2. beginnender Paranoia und Paranoia im Stadium des Verfolgungswahns;
3. beginnender Paralyse;
4. beim Alkoholismus;

5. bei Epilepsie;

6. bei Katatonie.

Das Kokettieren mit dem Tode und Ideen der Selbstvernichtung, sowie die vereinzelt theatralischen, meist nicht ernsthaften Suicidversuche der Hysterischen kontrastieren mit den energischen, rücksichtslosen, immer von neuem wiederholten Selbstmordversuchen der Melancholischen, die schwachsinnig unternommenen und darum oft verfehlten Conamina suicidii Seniler und Paralytischer stehen im Gegensatz zu der raschen, entschlossenen Selbstmordmethodik der Paranoiker, zu der triebartigen, impulsiven Selbstvernichtung der Epileptiker und Alkoholisten, und dem manchmal brutalen und rücksichtslosen Selbstvernichtungstrieb der Katatoniker.

II. Nahrungsverweigerung finden wir

1. Bei der Melancholie;

2. bei der Paranoia;

3. bei negativistischen Katatonikern;

4. bei Hysterie.

1. Melancholische verweigern die Nahrung entweder um sich zu verhungern, oder weil sie das Essen nicht mehr wert zu sein glauben oder infolge hypochondrischer Wahnideen (der Leib ist zu, ganz angefüllt etc.). Hier ist die Nahrungsverweigerung oft sehr hartnäckig, und es muß zur Ernährung mit der Schlundsonde übergegangen werden.

2. Paranoiker verweigern sie aus Furcht vor Vergiftung; daher sie meistens Eier, Obst und andere Nahrungsmittel, die natürlicherweise durch eine äußere Hülle vor Vergiftung geschützt erscheinen, zu sich nehmen.

3. Bei Katatonikern ist Nahrungsverweigerung eine Form des Negativismus. Sie setzt hier meist ganz plötzlich und motivlos ein, um ebenso plötzlich zu verschwinden und oft einer enormen Eßgier Platz zu machen. Manchmal genügt es, negativistischen Katatonikern Speisen hinzustellen mit dem ausdrücklichen Verbot, ja nichts anzurühren oder die Speisen abseits von ihnen hinzustellen, als ob sie ihnen gar nicht zgedacht wären, um sofort Nahrungsaufnahme zu bewirken. Einzelne Katatoniker essen heute keine Kartoffeln, ein andermal kein Fleisch; ein andermal nur die Sauce mit Brot, kurz zeigen auch in der Nahrungsverweigerung ihre bizarre Originalitätssucht.

4. Hysterische nehmen keine Nahrung zu sich, um damit

Eindruck zu machen, sich bedauern zu lassen und die Umgebung zu zwingen, sich dieserhalb mit ihnen zu beschäftigen.' Oft nehmen sie dann heimlich Nahrung zu sich.

Die Nahrungsverweigerung ist meist ein Symptom, das sich bei der Diagnose gut verwenden läßt. Ein echter Melancholiker verweigert immer vorübergehend die Nahrung, wo hingegen z. B. melancholische Paralytiker fast immer auffallend gut Nahrung zu sich nehmen.

III. Endlich können auch kriminelle Handlungen von differentialdiagnostischer Wichtigkeit werden. Fast alle Psychosen haben entsprechend ihrem verschiedenen Charakter ihre Lieblingsdelikte. Das sind:

1. Bei Manischen: grober Unfug, Beleidigungen, Erregung öffentlichen Ärgernisses, Körperverletzungen, Widerstand, auch Diebstahl und Sittlichkeitsdelikte. Schwere Verbrechen sind selten. Die Delikte der Manischen sind der getreue Ausdruck ihrer fidelen, gehobenen oder zornmütigen Stimmung, die sie alle Schranken der guten Sitte und des Anstandes überspringen läßt. Es sind also meist pathologische „lustige Streiche“.

2. Bei Melancholischen: ist das typische Delikt Mord der Angehörigen (der Kinder), um sie vor dem vermeintlichen drohenden Unheil zu retten, oft mit folgendem Selbstmord. Das Delikt wird oft im raptus melancholicus ausgeführt.

3. Bei senil Dementen: sind die Sittlichkeitsdelikte gegen Kinder, sowie der Exhibitionismus (Entblößen der Genitalien) typisch.

4. Bei Paralytikern: kommen alle möglichen Delikte vor, je nach der Form der Paralyse. Sie tragen meist in ihrer Ausführung den Stempel des Schwachsinn. Es sind: Diebstahl, Fälschungen, Unterschlagungen, Sittlichkeitsdelikte (besonders auch Exhibitionismus), aber auch Affektdelikte; Beleidigung (Majestätsbeleidigung paralytischer Größenwahnsinniger), Körperverletzung. Schwere Delikte sind selten.

5. Bei Paranoikern: sind Beleidigung und Bedrohung der vermeintlichen Verfolger häufig; später greift der Paranoiker zur Selbsthilfe, er begeht Mord und Totschlag, und zwar tötet der Paranoiker seinen Verfolger meist vor aller Welt, am hellen lichten Tage, in unerbittlicher, rücksichtsloser Weise. Er will seine Tat gar nicht verbergen. Sie ist ihm nur ein Akt der Notwehr.

6. Bei querulierenden Paranoikern: Beamtenbeleidigungen, Widerstand.

7. Bei Alkoholisten: stehen die Affektverbrechen ganz im Vordergrund: Ruhestörung, Sachbeschädigung, Beleidigung, einfache und schwere Körperverletzung (Raufereien, Messerstechereien) sind die typischen Delikte der Alkoholisten, gegen die alle anderen

hier weit zurücktreten. Diese Delikte machen auch den Löwenanteil aus in der starken, vornehmlich durch Alkohol beeinflussten Kriminalität der Studenten.

8. Bei Epileptikern: Exhibitionismus mit nachfolgender Amnesie. Brandstiftung (besonders bei jugendlichen Epileptikern, die einen instinktiven Hang zum Feuerlegen zu haben scheinen und sich an der Flamme ergötzen). Desertion (epileptische Soldaten). Vagabundieren und gefährliche, impulsive Gewaltakte (schwere Körperverletzung, Totschlag).

9. Bei Hysterischen: Brandstiftungen, Diebstähle, Verleumdungen (Skandalsucht).

10. Bei Morphinisten: Diebstahl und Unterschlagung, um wieder in Besitz von Morphium zu kommen, sowie Urkundenfälschung (Rezeptfälschungen).

Indessen selbst dem erfahrenen Diagnostiker bleibt immer noch eine Anzahl von Fällen, wo selbst die sorgfältigste Analyse aller Symptome nicht zu einer Diagnose führt. Sie lassen sich nicht in das Prokrustesbett einer der klinischen Krankheitsstypen hineinzwingen. Hier muß man sich mit einer möglichst exakten Beschreibung des Zustandes begnügen und bei der Diagnose sich mit einem Non liquet bescheiden.

VIII. Die Prognose.

Wenn der Arzt zu einem Geisteskranken gerufen wird, so ist die erste Frage der Angehörigen nach der Untersuchung immer: Was wird aus unserem Kranken werden? Wird er wieder gesund?

Die Prognose — das ist die für die Praxis bei weitem wichtigste aller Fragen.

Der Kardinalsatz der Prognostik heißt: Die Prognose hängt ab einzig und allein von der Krankheitsform!

Zunächst also nicht von der hereditären Belastung oder deren Schwere. Es gibt viele Psychosen, die trotz starker erblicher Disposition vorzüglich abheilen, und dann wieder andere, die, trotzdem es nicht möglich ist, irgend welche Heredität nachzuweisen, zu völliger psy-

chischer Degeneration und zu Blödsinn führen. Immerhin sind die beiden Sätze von Wichtigkeit:

1. daß ausgesprochene Psychosen in der Ascendenz oft zu noch schwereren Psychosen in der Descendenz führen, hier oft sehr früh auftreten und dann oft zu Demenz führen;

2. daß die Art der hereditären Belastung vielfach für die Krankheitsform der Descendenten maßgebend ist.

Es macht einen großen Unterschied, ob einer Epileptiker oder Säufer oder Melancholiker unter seinen näheren Ascendenten hat. In dieser Hinsicht ist folgendes bemerkenswert:

- a) Geisteskranke, in deren Ascendenz sich potatorium findet, sind am häufigsten Epileptiker oder Idioten, oft Trinker, seltener Psychopathen, Hysterische oder Geisteskranke mit funktionellen Psychosen. Bis $\frac{2}{3}$ aller Fälle von Idiotie, ungefähr $\frac{1}{4}$ aller Fälle von Epilepsie, viele Degenerierte, Verbrecher und Trinker verdanken ihr krankes Gehirn der Trunksucht ihrer Eltern.
- b) Epilepsie in der Ascendenz ruft in der Descendenz am häufigsten wieder Epilepsie hervor, und zwar verdanken ungefähr $\frac{1}{4}$ und mehr aller Epileptiker ihre Krankheit ihrer Ascendenz. Aber auch Idiotie, Hysterie, Potatorium und andere Zustände sind die Folge der Belastung mit Epilepsie.
- c) Wichtig ist es zu wissen, daß das manisch-depressive Irresein sehr oft zu gleichnamiger Vererbung neigt. Wenn wir also einen jugendlichen Kranken zu untersuchen haben, bei dem ein manikalischer oder depressiver Zustand vorhanden ist, und bei dem sich manisch-depressives Irresein in der Ascendenz findet, so ist auch hier mit einiger Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß ein manisch-depressives Irresein sich entwickelt, und daß es sich um die erste depressive oder maniakalische Phase handelt, der später weitere in periodischen Anfällen folgen werden.

- d) Auch Depressionszustände, vor allem die Melancholie, neigen nicht selten zu gleichnamiger Vererbung. Aber auch zugleich die Neigung zum Selbstmord. Bei allen Kranken mit Depressionszuständen, in deren Ascendenz Selbstmord vorgekommen ist, muß man daher doppelt vorsichtig sein.
- e) Hysterie in der Ascendenz muß im allgemeinen als schwere Belastung gelten. Wie es scheint, steht die Hysterie der Ascendenten in bestimmten Beziehungen zur Paranoia in der Descendenz. Doch muß dies noch genauer durch genealogische Studien untersucht werden. Auch die Hysterie neigt zu gleichnamiger Vererbung und pflanzt sich mit Vorliebe in den weiblichen Linien fort.

Alle übrigen Psychosen, besonders Paranoia und Paralyse, zeigen nur selten gleichnamige Vererbung, die Descendenz kann daher alle möglichen Psychosen aufweisen, und es ist nicht möglich, aus der Psychose der Ascendenz allein diagnostische oder prognostische Schlüsse für die der Descendenten zu ziehen.

Nächst der hereditären Belastung ist ein weiteres Moment, das bei der Prognose stets in Erwägung gezogen werden muß und das oft von höchster Bedeutung sein kann, die genaue Analyse der bisherigen Persönlichkeit des Kranken. Psychisch abnorme Charaktere, menschenscheue, mißtrauische Personen bekommen häufiger eine Paranoia, als ein bis dahin ganz normales Individuum. Wenn man also z. B. einen dreißigjährigen Kranken vor sich hat in einem Zustand leichter Depression, der bis dahin immer schon als ein Sonderling, als mißtrauisch, reizbar, als Mensch mit leichten paranoiden Zügen bekannt war, so ist die Prognose ernst: die Paranoia entwickelt sich mit Vorliebe auf der Basis einer von vornherein paranoiden Charakteranlage.

Das Alter beeinflusst die Prognose der Psychosen ganz wesentlich. Je jünger das Individuum, je günstiger die hereditären Verhältnisse, um so besser die Prognose.

Natürlich ist auch hier immer die Frage, was für eine Psychose vorliegt. Eine Dementia praecox wird natürlich trotz der günstigsten äußeren Umstände zu Schwachsinn oder Verblödung führen. Andererseits hat die Melancholie eine um so schlechtere Prognose, je höher das Alter der davon Betroffenen ist. Im Senium ist die Prognose der Psychosen immer ernst. Immerhin muß man vorsichtig damit sein: viele Psychosen heilen auch trotz hohen Alters noch ausgezeichnet.

Geschlecht, Gravidität, Puerperium und Lactation sind für die Prognose an und für sich ohne Bedeutung. Die Diagnose entscheidet allein über die Prognose.

Die wichtigsten Schlüsse für die Prognose gibt uns natürlich immer die Psychose selber. Zunächst die Art des Beginnes und der weitere Verlauf.

Was den Beginn einer Psychose angeht, so kann im allgemeinen gesagt werden: je akuter die Krankheit einsetzt, und je stürmischer sie sich entwickelt, um so günstiger ist die Prognose. Das sehen wir am Delirium tremens und den andern Intoxikationsdelirien, an den akut einsetzenden Erregungs- und Dämmerzuständen und an der Manie. Im Gegensatz: je langsamer und schleichender eine Psychose sich herausbildet, je unbestimmter die ersten Symptome sind, um so ernster ist die Prognose. Dies gilt vorzüglich von der Paranoia, die meist ein längeres, oft depressives Inkubationsstadium hat, und der Paralyse, der manchmal jahrelang allerhand unklare teils psychische, teils körperliche Symptome vorangehen.

Große prognostische Bedeutung hat dann im Beginn der Krankheit auch, wie wir bereits mehrfach betont haben, das Verhältnis von äußerer Besonnenheit und Orientiertheit einerseits zu Hallucinationen und Wahnideen andererseits. Je stärker die Verwirrtheit und Desorientiertheit bei Bestehen massenhafter Hallucinationen und wechselnder Wahnideen, um so günstiger die Prognose, und je vollkommener die Orientiert-

heit und äußere Besonnenheit trotz bestehender Halluzinationen und Wahnideen, um so ungünstiger die Prognose. Zwei Beispiele zeigen dies in eklatanter Weise: Die *Dementia praecox paranoides* und die hallucinatorische Verwirrtheit.

Auffallend rasch eintretende und weitgehende Remissionen im Krankheitsverlaufe, ohne daß doch völlige Genesung eintritt, sondern indem allerhand leichte psychopathologische Züge bestehen bleiben, sind oft ein *signum mali ominis* und künden einen chronischen Verlauf an. Wir sehen das bei der Katatonie, bei der Paralyse und bei Psychosen auf epileptischer Basis.

Die Dauer der Psychose ist von wesentlicher prognostischer Bedeutung. Je länger die Psychose dauert, um so infauster wird die Prognose. Die meisten Psychosen heilen innerhalb des ersten Jahres, die Zahl der Genesungen sinkt im 2. Jahre bereits ganz rapide und wird im 4. Jahre, Ausnahmefälle abgerechnet, fast gleich Null. Besondere Vorsicht in der Vorhersage ist bei allen katatonischen Zuständen geboten. Hier kann nicht selten nach einer Dauer von 1—1½ Jahren, wo die Kranken oft eine völlige, tiefe Demenz, Stumpfsinn vortäuschen, noch Genesung eintreten.

Was die einzelnen Symptome einer Psychose angeht, so ist über ihre prognostische Bedeutung im einzelnen folgendes zu sagen:

A) Sinnestäuschungen.

Hier gilt im allgemeinen der Satz: Je größer die Bewußtseinsstörung und je massenhafter die Sinnestäuschungen, um so besser die Prognose und umgekehrt.

1. Illusionen.

Die prognostische Bedeutung der Illusionen ist verschieden. Auch hier hängt alles von der Krankheitsform ab, bei der sie vorkommen. Illusionen sind von um so günstigerer Vorbedeutung, je massenhafter sie auftreten, je mehr Sinne sie ergreifen und je tiefer die Bewußtseinsstörung ist. Das sehen wir am *Delirium*

tremens und den Fieberdelirien. Im Gegenteil ist die Prognose der Illusionen um so infauster, je vereinzelter sie auftreten, je mehr sie auf einen oder wenige Sinne beschränkt bleiben und je klarer die äußere Besonnenheit ist. Wir sehen dies am besten bei der beginnenden Paranoia, wo häufig bei völliger Orientiertheit und Klarheit des Bewußtseins leichte Depression und isolierte Illusionen des Gehörs zu beobachten sind.

2. Hallucinationen.

Die günstigste Prognose haben im allgemeinen die Hallucinationen des Gesichts (Visionen). Epileptiker in Dämmerzuständen, Alkoholdeliranten und Fiebernde haben am häufigsten Visionen und zwar meist massenhafte. Hier ist auch immer zugleich eine Bewußtseinstrübung vorhanden. Die Personenverkenningung ist, wenn sie längere Zeit dauernd vorhanden ist, bei äußerer Orientiertheit und Besonnenheit ein infaustes Zeichen und gehört dann meist zur Symptomatologie der Paranoia.

Die Hallucinationen des Gehörs können eine sehr untergeordnete und eine sehr ernste prognostische Bedeutung haben. Das folgt schon daraus, daß sie fast bei allen Psychosen vorkommen, bei heilbaren und unheilbaren. Fast unbedingt infaust ist die Verbindung der Gehörshallucinationen mit solchen des Gemeingefühls bei Erhaltung der Besonnenheit. Hier handelt es sich fast immer um Paranoia. Das Gedankenlautwerden ist fast ein stigma der Paranoia, also prognostisch gravis. Es kommt noch bei der akuten Halluzinose der Trinker vor, deren Unterscheidung von Paranoia keine Schwierigkeiten macht. Die Bedeutung der Geschmacks- und Geruchshallucinationen für die Prognose ist gering.

B) Wahnideen.

Die prognostische Bedeutung der Wahnideen haben wir meistens schon erwähnt. Auch hier hängt sie von der Form der Psychose ab, bei der sie vorkommen. Alle Arten Wahnideen sind absolut infaust, die mit Zeichen organischer Läsion verbunden auftreten: sie sind paralytischer Natur. Paranoische Wahnideen sind nur bei hysterischen und epileptischen Zuständen, bei Intoxikationsdelirien (Alkohol etc.) und periodischen Psychosen nicht ungünstig. Bei der Melancholie hängt ihre Prognose von ihrer Verbindung mit andern Wahnideen (hypochondrischen) ab. Größenwahnideen sind nur bei Manie, bei epileptischen Zuständen und beim akuten Alkoholwahnsinn günstiger Prognose. Sonst immer infaust. Depressive Wahnideen sind prognostisch am günstigsten, und zwar um so günstiger, je reiner sie auftreten, je mehr andere Wahnideen zurücktreten. Versündigungs- und Verarmungswahn geben eine günstige Prognose. Das délire d'énormité und das délire des négations sind prognostisch ernster, oft infauster Bedeutung. Hypo-

chondrische Wahnideen machen die Prognose immer mindestens dubia, meistens sind sie mali ominis. Nur bei Hystero-Hypochondrie und Melancholie sind sie nicht an und für sich ungünstig.

C) Katatonische Symptome.

Katatonische Symptome sind: 1. Mutismus. 2. Muskelspannungen. 3. Stereotypien in Haltung und Bewegung. 4. Negativismus. 5. Katatonische Rhetorik (Verbigerieren, Iterativerscheinungen, Neologismen) und 6. Manieriertheiten und Bizarrerien.

Im allgemeinen haben katatonische Erscheinungen, wenn mehrere von ihnen zugleich auftreten, eine ernste Bedeutung, außer bei Hysterie und Epilepsie. Sind diese beiden ausgeschlossen, so bleiben nur Fälle übrig, wo die Bedeutung katatonischer Symptome mindestens dubia, meistens aber infaust ist. Am günstigsten ist ihre Prognose noch bei der echten Katatonie. Leider besitzen wir wenig oder gar keine zuverlässigen Anhaltspunkte, um über den Ausgang eines katatonischen Symptomenkomplexes im voraus zu urteilen. Wortneubildungen, Verbigerieren, starke Dissociation der Sprache (Sprachverwirrtheit) sowie langes Vorherrschen einzelner katatonischer Symptome (Muskelstarre mit Mutismus oder Verbigerieren) in einzelnen Phasen scheinen von besonders übler Prognose zu sein.

D) Körperliche Symptome.

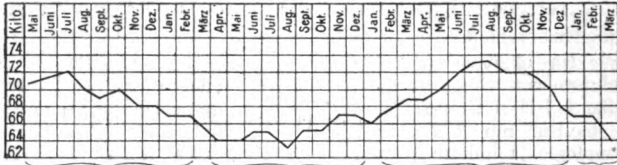
Hier ist von ziemlich erheblicher prognostischer Bedeutung das Körpergewicht und seine Schwankungen, daher in allen Irrenanstalten regelmäßige Wägungen der Kranken vorgenommen werden. Im allgemeinen sinkt das Körpergewicht fast bei allen akuten Psychosen, um mit beginnender Genesung zur Norm zurückzukehren. Oft fängt der körperliche Zustand sich bereits zu heben und das Gewicht zu steigen an, ehe im psychischen Zustand die Besserung bemerkbar wird, welche dann erst später eintritt.

Steigt das Körpergewicht andauernd und tritt keine Besserung des psychischen Zustandes ein, so ist das ein signum mali ominis. Depressive Kranken, die an Gewicht zunehmen, sind immer prognostisch suspekt. Es sind häufig Kranke mit Dementia praecox oder paralytica. Bei manchen Kranken geht die beginnende Demenz mit einer enormen Zunahme des Körpergewichts einher, so vor allen bei vielen jugendlich Dementen. Die rasch sich entwickelnde adipositas ist fast immer prognostisch infaust: Geistesranke, die bei normaler Nahrungsaufnahme rasch fett werden, beginnen zu verblöden. Auch die Freßgier, welche manchmal die Ursache der Adipositas sein kann, ist meist ein Zeichen der

Demenz (Dementia praecox, Paralyse). Bei manchen Fällen von Paralyse (depressive Formen, galoppierende Paralyse) und Melancholie sinkt das Körpergewicht oft ganz enorm.

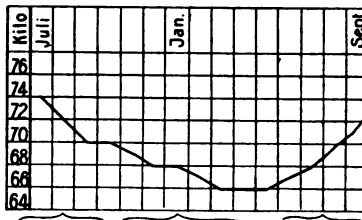
Zu einer exakten Analyse der Verhältnisse des Körpergewichts empfiehlt sich die Anlage von Gewichtskurven. Z. B.

Gewichtskurve einer progressiven Paralyse.



Depression. Erregungszustände. Demenz. Euphorie. Exitus.

Gewichtskurve einer Melancholie.



Beginn. Höhestadium. Übergang in Genesung.

Wir haben bisher ganz allgemein die Prognose erörtert, ohne die verschiedenen Arten des Ausgangs, die das Irresein überhaupt nehmen kann, dabei in Betracht zu ziehen. Wenn wir sagten: die Prognose ist günstig, so heißt das: die Geisteskrankheit geht in Genesung über, wurde die Prognose ungünstig gestellt, so sollte das im großen und ganzen bedeuten: die Psychose wird in einen chronischen Verlauf übergehen, wobei also drei verschiedene Möglichkeiten vorhanden sind:

1. Die chronisch gewordene Psychose endet mit dem Tode (Paralyse).

2. Die chronisch gewordene Psychose führt zu einem fixen Wahnsystem (Paranoia), das die soziale Existenz fast immer unmöglich macht.

3. Die chronisch gewordene Psychose führt zu geistigem Verfall (Demenz) verschieden hohen Grades.

Aus praktischen Gründen unterscheidet man jedoch außer

I. Ausgang in Genesung, und

II. Ausgang in Chronizität, noch

III. Ausgang in Heilung mit Defekt.

Bei vielen Psychosen treten nach dem akuten Stadium weitgehende Remissionen ein, die einer Genesung mehr oder weniger nahe kommen oder aber doch wenigstens das Individuum befähigen, draußen in der Welt wieder eine soziale Rolle, wenn auch untergeordneter Art, zu spielen. Hier hat die Psychose die Gesamtpersönlichkeit nur gebeugt und zu einer tieferen Stufe geistiger Wertigkeit und sozialer Existenzfähigkeit herabgedrückt, ohne sie ganz zu zerstören. Bei diesen mit Defekt Genesenen ist das Kriterium völliger Wiederherstellung, nämlich die Krankheitseinsicht, meist nur mangelhaft entwickelt. Es ist daher fast immer ein prognostisch übles Zeichen, wenn nach dem akuten Stadium einer Psychose eine rasche und weitgehende Remission einsetzt, ohne daß völlige oder nur eine dunkle Krankheitseinsicht vorhanden ist. Das deutet entweder den Beginn der Chronizität oder aber den Ausgang in eine unvollkommene Genesung, in einen Zustand geistiger Schwäche an. Der wirklich Genesene spricht in ruhiger, objektiver Weise von der überstandenen Psychose, die ihm als Krankheit erscheint, zeigt meist Dankbarkeit gegen Ärzte und Pfleger und bleibt auch meist gerne so lange in der Anstalt, als seine Ärzte ihm raten. Er fühlt sich nicht widerrechtlich zurückgehalten, sondern weiß, daß er gesund und seine Entlassung ihm sicher und es nur im eigenen Interesse ist, nach der überstandenen Krankheit noch eine Weile sich zu

erholen. Der mit Defekt genesene Geheilte kann überhaupt gar nicht oder nur unvollkommen die Einsicht gewinnen, daß er eine Geisteskrankheit durchgemacht hat, sein gegenwärtiger Zustand hängt noch durch viele z. T. im Unbewußten verknüpfte Fäden mit dem der früheren Psychose zusammen, er fühlt sich nicht als krank, weil er noch krank ist und drängt meist einsichtslos auf Entlassung. da ihm der fernere Aufenthalt in der Anstalt nur als Zwang erscheint. Insofern ist das unablässige und frühzeitige Drängen vieler kaum notdürftig hergestellter Geisteskranker nach Entlassung ebenfalls oft ein Zeichen, daß die Psychose nur in Heilung mit Defekt übergegangen ist.

Einige Psychosen, abgesehen von der Paralyse, die immer letaler Prognose ist, und den Fällen von Suicid, der ja bei Geisteskranken sehr häufig vorkommt, nehmen

IV. den Ausgang in Tod.

Hier sind nur solche Psychosen gemeint, in denen infolge der Erschöpfung durch die Erregung oder die Nahrungsverweigerung der Tod eintritt, also akute, fulminante, hallucinatorische Verwirrtheitszustände, schwere Fälle von Manie, einzelne von Delirium tremens und abstinente Melancholiker.

Was die Prognose der Psychosen im einzelnen angeht, so ist darüber im speziellen Teile nachzulesen.

B. Spezielle Psychiatrie.

I. Die Dementia praecox.

Unter der Bezeichnung „Dementia praecox“ fassen die neueren Psychiater eine Gruppe von Psychosen zusammen, die im wesentlichen charakterisiert sind:

1. Durch ihr Auftreten im jugendlichen Alter, vor, während oder nach der Pubertät, also ungefähr zwischen dem 15.—28. Lebensjahr.

Nach Kraepelin beginnen 60% aller Fälle vor dem 25. Lebensjahre.

2. Durch einen fortschreitenden geistigen Verfall, der im wesentlichen die Gemüts- und Willenssphäre, weniger Auffassung und Gedächtnis betrifft, der also zu gemüthlicher Abstumpfung und Willensschwäche oder auch völliger Willenslähmung bei relativer Intaktheit der Wahrnehmung führt. Bei einigen kommt es zu tiefem Blödsinn.

Die Dementia praecox umfaßt einen großen Teil der im jugendlichen Alter überhaupt vorkommenden Psychosen. Die klinischen Bilder, unter denen sie sich entwickeln kann, sind außerordentlich mannigfaltig, und können hauptsächlich als maniakalischer, als depressiver, paranoischer oder katatonischer Zustand zuerst in die Erscheinung treten, bis überall früher oder später die juvenile Demenz deutlich zu Tage tritt.

Die Prognose der Dementia praecox ist daher infaust.

Man teilt die Verblödungsprozesse des jugendlichen Alters in drei Hauptformen ein:

1. Die Dementia praecox simplex. (Hebephrenie).

2. Die Dementia praecox catatonica.

3. Die Dementia praecox paranoides.

Die Dementia praecox simplex beginnt meistens zwischen dem 15. und 25. Lebensjahre, etwa $\frac{3}{4}$ der Fälle setzen vor dem 25. Jahre ein; von der katatonischen Form der Dementia praecox setzt etwa die Hälfte vor dem 25. Jahre ein, während die Dementia praecox paranoides seltener vor dem 25. Jahre, meist erst Ende der zwanziger Jahre einsetzt.

1. Die Dementia praecox simplex.

Die Dementia praecox simplex oder Hebephrenie beginnt meist ganz schleichend und unmerklich. Dann ist auch der weitere Verlauf ein langsam fortschreitender Verblödungsprozeß, ohne daß auffallendere Symptome: stärkere Erregungen, markantere Wahnideen oder katatonische Zeichen bemerkbar werden.

Die Initialsymptome sind meist sehr unbestimmt und können den Verdacht einer einfachen Neurasthenie erwecken. Es sind Schlaflosigkeit, Gefühl von Erschöpfung, Kopfschmerzen, Unfähigkeit zur Arbeit und ähnliche.

Aber bald macht sich eine Charakteränderung bemerkbar. Die Kranken werden still, träumerisch und menschenscheu. Sie geben ihre Studien auf, werden gleichgültig gegen ihre Freunde und Anverwandten und vegetieren in dumpfem, unfruchtbarem Brüten dahin. Ab und zu äußern sie vereinzelte Wahnideen depressiven Inhalts, sie seien kaputt, verloren, nichts mehr wert, verflucht, von Gott verlassen. Sinnestäuschungen sind selten und spielen keine Rolle. Das Krankhafte des Zustandes wird von der Umgebung meist verkannt und in normalpsychologischer Weise als Faulheit oder Widerspenstigkeit gedeutet.

In anderen Fällen beginnt die Psychose mit einem ausgeprägten Stadium trauriger Verstimmung (initiale Depression). Die Kranken sind ohne Grund nieder-

geschlagen, sprechen sich in weltschmerzlich-pessimistischer Weise aus, äußern Suicidideen und machen manchmal auch Selbstmordversuche. Doch erreicht der traurige Affekt selten einen höheren Grad, ist im Gegenteil meist oberflächlich und an Intensität schwankend. Sehr oft werden die initialen Depressionszustände der Dementia praecox von hysterischen Symptomen begleitet, so daß die Diagnose der Hysterie gestellt wird. Doch treten im weiteren Verlauf Depression und hysterische Zeichen mehr und mehr zurück, der Affekt erlischt und die gemüthliche Verblödung, die geistige Stumpfheit und die Unaufmerksamkeit beherrschen das Zustandsbild.

Besonders charakteristisch ist noch für den Beginn einer Dementia praecox simplex die Verbindung von depressiven und paranoischen Ideen. Die Kranken sind traurig, aber der Affekt geht nicht tief. Sie äußern Versündigungsideen, haben die Lust am Leben verloren und wollen sterben. Vereinzelte Hallucinationen, oft unbestimmten Charakters, auch Geräusche, treten auf. Die Kranken glauben, sie sollen tot gemacht oder gequält, die Glieder ihnen abgeschnitten werden. Sie bekommen Gift ins Essen gestreut (Vergiftungsideen), werden beständig fixiert und beobachtet (Beobachtungswahn) oder auch durch geheime Künste bearbeitet. Die Kranken sind zwar mißtrauisch, aber ein paranoischer Charakter entwickelt sich nicht. Sie äußern ihre Wahnideen meist ziemlich affektlos und nehmen auch trotz Depression und Vergiftungsideen regelmäßig Nahrung.

Wieder in anderen Fällen setzt die Psychose mehr oder weniger plötzlich ein unter dem Bilde eines leichteren Erregungszustandes, der am häufigsten an hypomanische Zustandsbilder erinnert. Die Kranken lachen viel und über jede Kleinigkeit, manche kommen gar nicht aus dem Lachen heraus, sind beständig in heiterer, läppischer Stimmung, sprechen viel, singen, witzeln, reimen, begehen dumme Streiche und treiben allerhand Schabernack. Die ausgelassene Stimmung dauert meist nicht lange und

Gehörstäuschungen drohenden und beschimpfenden Inhalts treten auf. Die Kranken werden niedergeschlagen und mißtrauisch, sprechen von Selbstmord und äußern allerhand Wahnideen, teils paranoischen, teils hypochondrischen, oft auch paranoisch-sexuellen Inhalts, die meist von vornherein den Charakter des Schwachsinn und des Absurden nicht verleugnen. Bei einigen ist die Wahnbildung vorwiegend religiösen Inhalts. Sie erblicken glänzende Sterne und Kreuze, die Geister Gestorbener, die Apostel, himmlische Visionen. Sie hören Gottes Stimme, fühlen sich gehoben und sprechen in pastoraler, pathetischer Weise.

Oft treten auch recht frühzeitig unsinnige Größenideen auf, manchmal als direkte Folge von Hallucinationen. Bei anderen machen sich vereinzelte katatonische Symptome: Eß- und Sprechmanieren, geziertes, affektiertes Wesen, Vorliebe für klingende Phrasen, leichte Negativismen, Grimassieren und Paralogien bemerkbar.

Außerordentlich oft findet sich häufiges läppisches Lachen, welches rein zwangsmäßig ohne jedes erkennbare Motiv auftritt und für die eingetretene Demenz geradezu charakteristisch ist.

Bei allen Formen der Dementia praecox simplex, ob sie als nahezu symptomloser Prozeß, als Depression, als Depression mit paranoischen Ideen, oder mehr akut mit Erregung beginnen, tritt im weiteren Verlauf die Verödung der gemütlichen Sphäre, Apathie und Interesselosigkeit, Urteils- und Willensschwäche immer markanter hervor. Dabei ist bemerkenswert, daß selten auffallendere Störungen der Orientiertheit und Besonnenheit zu beobachten sind. Das Bewußtsein bleibt daher auch in den mehr akut und subakut verlaufenden Fällen, wo Sinnesstäuschungen und Wahnideen dominieren, im großen und ganzen ungetrübt, während die Orientierung über die Umgebung oft durch wahnhaftige Umdeutungen beeinträchtigt wird. So verkennen manche jugendliche Demente ihre Umgebung in paranoischem Sinne, glauben sich in einem

Gefängnis oder Zuchthaus eingeschlossen und rings von Feinden umgeben (Personenverkennung).

Im Beginn der Psychose ist oft Krankheitseinsicht oder ein mehr oder weniger deutliches Gefühl krank zu sein vorhanden. Die Kranken wissen, daß sie nicht mehr wie früher sind, daß die Willenskraft in ihnen mehr und mehr erlischt, und einige scheinen dunkel zu empfinden, welchem Schicksal sie entgegen gehen. Sie klagen, daß ihr Schädel hohl, ihr Gehirn durchlöchert sei, sie müßten verderben, kaput gehen, verrückt werden. Später werden diese Ideen seltener und in affektloser Weise vorgebracht.

Das Gedächtnis für die frühere Vergangenheit leidet oft gar nicht oder in geringem Maße. Die Kranken besitzen dann nach jahrelangem Verlauf der Psychose manchmal überraschende Schulkenntnisse und können ihr Leben richtig erzählen, wenn auch vielleicht einzelnes darin in schwachsinnig-wahnhafter Weise umgedeutet wird.

Dagegen leidet die Merkfähigkeit vom Beginn der Psychose ab in zunehmendem Maße, was in erster Linie damit zusammenhängt, daß die Aufmerksamkeit der Kranken an Intensität mehr und mehr abnimmt. Die Kranken nehmen wohl richtig wahr, sie fassen auch im allgemeinen auf, was sie sehen und hören; da sie aber an nichts mehr Interesse nehmen, und somit die emotiven Vorgänge brach liegen, welche im wesentlichen die Blickrichtung und die Treue eines Gedächtnisses bestimmen, so gehen alle neuen Eindrücke vorüber, ohne neue Gefühle zu erwecken oder neue Gedankenreihen zu bilden.

Die Urteilsfähigkeit der Kranken ist in der Mehrzahl der Fälle deutlich, oft sehr frühzeitig geschädigt. Dies tritt am markantesten hervor, wenn die Kranken vor irgend eine neue Aufgabe gestellt werden oder sich ein Wechsel in ihren äußeren Verhältnissen vollzieht. Z. B. ist es außerordentlich schwer, jugendlich Demente zur einfachsten körperlichen Arbeit zu erziehen, während sie, wenn dies gelungen ist, meist in automatenhafter Weise unermüdlich tätig sind. Zu jeder selbständigen körperlichen oder

geistigen Arbeit sind sie unfähig; ein zusammenhängendes Gespräch über irgend ein ihrem früheren Bildungsgange entnommenes Thema zu führen sind sie außer stande. Sie sind oft außerordentlich leichtgläubig, lassen sich die größten Absurditäten aufbinden und leicht von andern ausbeuten und mißbrauchen.

Die fortschreitende Verkümmernng des Affektlebens zeigt sich am besten bei Besuchen von Freunden oder Verwandten. Die Kranken zeigen geringe oder gar keine Teilnahme, stürzen sich meist gierig über die Leckerbissen her, die ihnen mitgebracht werden, und verzehren sie. Überhaupt ist Essen und Trinken in den vorgeschrittenen Stadien der Demenz meist das einzige, was den Kranken von Interesse ist. Viele zeigen eine wahre Freßgier und werden fett und gedunsen.

In den Endstadien lassen die Kranken keine Zeichen geistiger Regsamkeit, keine Initiative mehr erkennen. Stumpf vegetieren sie dahin und kümmern sich um nichts; ab und zu tritt eine läppische Erregung ein oder sie begehen eine sinnlose impulsive Tat, zertrümmern ein Fenster oder schlagen einen Mitkranken. Oft lassen sie Urin und Fäces ins Bett.

Die sprachlichen Leistungen der Kranken zeigen im Beginn der Psychose meist nichts Besonderes. Auch in späteren Stadien ist völlige Inkohärenz im Gedankengange seltener, während Wortverdrehungen, Wortspielereien, alberne Wortneubildungen, geschmack- und sinnlose Reimereien, Vorliebe für klingende und Fremdwörter und stereotypes Wiederholen derselben geistlosen Phrasen (Iterativerscheinungen) sich außerordentlich häufig beobachten lassen.

Analog sind die Schriftstücke der Kranken. Diese zeigen oft eine auffallende Liederlichkeit und Unsauberkeit in der äußeren Form und lassen in ihrem Inhalt meist die Zerfahrenheit der Kranken deutlich erkennen. Die Handschrift ist manchmal in katatonischer Weise verändert, durch zahlreiche bizarre Schnörkel entstellt und besonders

charakteristisch durch die zahlreichen sinnlosen Unterstreichungen.

Die äußere Haltung der Kranken ist oft typisch: Sie ist schlaff und müde, der Oberkörper und Kopf oft nach vornüber gebeugt, die Arme pendeln am Körper umher. Der Gang ist ohne Elastizität, manchmal schlüpfend. In der Kleidung und in ihrem ganzen Äußern sind die Kranken nachlässig, unordentlich und unsauber.

Der physiognomische Ausdruck läßt die eingetretene Demenz mit einem Blick erkennen: der herabhängende Unterkiefer, der halbgeöffnete Mund, aus dem oft beständig der Speichel herausfließt, das Erlöschen jeden Mienenspiels, die oft wie ausgewischten Nasolabialfalten, die bewegungslose Stirn, das häufige demente Lachen sind die charakteristischen Zeichen.

Der Verlauf der Psychose erstreckt sich meistens über Jahre. Die Demenz schreitet langsam weiter, oft bis die höchsten Grade des Blödsinns erreicht werden. In manchen Fällen tritt die Demenz sehr rasch ein, oft nach einigen Monaten. In der Mehrzahl der Fälle resultiert als Terminalstadium ein apathischer Blödsinn, in dem die Kranken den Eindruck von Idioten machen können. Ein geringerer Prozentsatz erhält sich nach dem Ablauf der mehr akuten Psychose innerhalb der ersten 2—3 Jahre dauernd auf einem gewissen Niveau geistiger Schwäche, die sie zu leichteren Garten- und Feldarbeiten befähigt. Ein sehr geringer Teil der Hebephrenischen erholt sich nach einiger Zeit bis zu einem gewissen Grade, der es gestattet, die Kranken wieder in die menschliche Gesellschaft zurückzugeben, und der manchmal fast an Genesung heranreichen kann. Aber neue Fortschritte zu machen über das hinaus, was sie früher gelernt und geleistet hatten, ist ihnen nicht möglich. Sie spielen meist eine bescheidene Rolle draußen im Leben, diese „geheilten“ Hebephrenen. Alle ehrgeizigen Pläne sind begraben. Der vordem hochbegabte Student, der früher von einer glänzenden Zukunft, von Dichterlorbeeren träumte, ist zufrieden, als Schreiber sein Leben

zu fristen; der ehemals schneidige und lebenslustige Offizier hat aus seiner Psychose gerade genug gerettet, um als einfacher Farmer existieren zu können. Viele von diesen gebesserten Hebephrenen scheitern draußen im Kampf ums Dasein, oft setzt die Psychose in neuen Nachschüben ihre Zerstörung weiter, die Kranken werden zu Lumpen und Vagabunden, um schließlich ebenfalls im Irren- oder Korrekptionshaus zu enden.

Differentialdiagnose.

Die Diagnose in den Initialstadien kann große Schwierigkeiten machen. Oft wird der wahre Charakter der Psychose verkannt und Melancholie, Hysterie oder Neurasthenie diagnostiziert. Demgegenüber ist zu bemerken, daß es eine Melancholie im jugendlichen Alter nicht gibt. Die hier vorkommenden Depressionszustände gehören meistens dem manisch-depressiven Irresein, der Hysterie oder Epilepsie an, und vor allem der Dementia praecox. Die Differentialdiagnose der D. praecox simplex ist also zu machen:

1. Gegen Hysterie. Typische hysterische Stigmata: Kontraktionen, Lähmungen, Anästhesien und ausgeprägte hysterische Krampfanfälle sprechen gegen D. praecox. Die hier auftretenden hysterischen Symptome sind meistens nur rudimentär entwickelt. Die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale sind die gemüthliche Stumpfheit, die Unaufmerksamkeit und die Interesselosigkeit der jugendlich Dementen gegenüber der großen Empfindlichkeit und den oft überschwenglichen Gefühlsergüssen, der raffinierten Kunstfertigkeit, den Kranken zu spielen und Aufmerksamkeit zu erwecken, sowie der meist alles scharf erfassenden Beobachtungsgabe der Hysterischen. Auch Sinnestäuschungen und Wahnideen sprechen meist gegen Hysterie. Endlich findet sich bei Hysterie nicht selten gleichnamige Vererbung.

2. Gegen Epilepsie. Viele Epileptiker leiden an häufigen Depressionszuständen. Auch Sinnestäuschungen, Wahnideen und katatonische Symptome kommen vor. Die

Demenz kann in den zwanziger Jahren schon recht hochgradig sein. Die Abgrenzung von der D. praecox ist meist nicht schwer. In vielen Fällen wird die Anamnese die richtige Diagnose ergeben. Sonst ermöglichen die meist tiefen Bewußtseinsstörungen und die mancherlei epileptischen Anfälle die Unterscheidung. Die Demenz der Epileptiker ergreift das frühere Gedächtnismaterial und die Merkfähigkeit in gleicher Weise, während bei der D. praecox die Schulkenntnisse meist auffallend gut erhalten bleiben. Auch Physiognomie und Schädelbildung kann die Diagnose der Epilepsie unterstützen. Bromtherapie hilft nur bei Epilepsie.

3. Gegen Neurasthenie. Der Neurastheniker hat Krankheitseinsicht, strebt danach, wieder gesund zu werden und zeigt keine Symptome der affektiven Verblödung. Alle ausgeprägteren psychotischen Symptome: Sinnestäuschungen, Wahnideen besonders hypochondrischer Art, Erregungszustände widerlegen die Diagnose Neurasthenie. Ruhe bringt dem Neurastheniker Erholung, bei dem Kranken mit D. praecox schreitet trotzdem der Verfall fort.

4. Die initialen Depressionszustände der Hebephrenie können als die depressive Phase eines manisch-depressiven Irreseins imponieren. Aber der Affekt ist bei der D. praecox meist nicht tiefgehend, zudem erleichtern die meist bestehenden Wahnideen, oft paranoischen Inhalts, die Diagnose. Deutliche psychomotorische Hemmung mit lebhafterer Angst kommt nur dem manisch-depressiven Irresein vor. Hier ist auch die Aufmerksamkeit meist ungestört.

5. Ebenso können die hypomanischen Zustände im Beginn der Hebephrenie mit der manischen Phase eines manisch-depressiven Irreseins verwechselt werden. Aber der läppische, alberne Grundton der Erregung, das gezielte Benehmen, die Sprachmanieren, die geringe Produktivität an originellen oder witzigen Gedanken, Wahnideen und gemüthliche Abstumpfung lassen die beginnende Demenz erkennen.

2. Die Dementia praecox catatonica.

Die Dementia praecox catatonica ist ein Verblödungsprozeß, welcher durch das Auftreten zahlreicher katatonischer Symptome charakterisiert wird. Erregungszustände mit Verbigeration, stereotypen Bewegungen und impulsiven, bizarren Handlungen, abwechselnd mit völligem Stupor, Mutismus und Muskelspannungen, Negativismus abwechselnd mit abnorm erhöhter Suggestibilität (Echopraxie, Flexibilitas cerea) — das sind die hauptsächlichsten Zeichen dieser prognostisch infausten Psychose.

Sie kommt bei Frauen häufiger vor als bei Männern, und setzt hier mit Vorliebe nach dem Puerperium ein.

Sie beginnt am häufigsten ganz im Sinne einer Dementia praecox simplex. Unbestimmte nervöse Symptome leiten sie ein, dann treten Sinnestäuschungen und Wahnideen aller Art, besonders oft religiösen Inhalts, in buntem Wechsel auf, und nur vereinzelt kommen erst katatonische Zeichen wie vorübergehende Stereotypien der Haltung und Bewegung, eine abnorme, lange festgehaltene Innervation in der mimischen Muskulatur, Muskelspannungen sowie Paralogien, die nach unsern Erfahrungen ein häufiges Frühsymptom der Psychose und fast immer ungeheuerlicher Art sind, zur Beobachtung. Aber bald werden die katatonischen Symptome immer massenhafter, Phasen echter katatonischer Erregung wechseln mit Stuporzuständen ab, und dann ist das Krankheitsbild der D. praecox catatonica voll entwickelt. Ein geringerer Teil der Fälle setzt ohne weitere Vorboten gleich mit katatonischen Symptomen ein.

Die Zustandsbilder auf der Höhe der Krankheit sind mannigfacher Art.

Einige Kranke bieten den Symptomenkomplex des katatonischen Stupors: Dieser kann ganz plötzlich, manchmal unvermittelt aus der Erregung, oder auch allmählich sich einstellen. Im letzteren Falle werden die

Kranken immer wortkarger, sprechen schließlich nur noch ganz leise oder bewegen nur noch leise die Lippen, um dann in völligen Mutismus zu sinken. Parallel mit dem Mutismus entwickeln sich dann meist die übrigen Formen des Negativismus: Die Kranken verweigern die Nahrung, entkleiden sich, legen sich unter das Bett oder kriechen in die Betten anderer Kranker und setzen jedem Versuche, irgendwie in ihre Situation einzugreifen, Widerstand entgegen. Auf der Höhe des Stupors befinden sich die Muskeln des Körpers entweder in beständiger krampfhafter Starre (tonische Muskelstarre), oder die Antagonisten kontrahieren sich, sobald man eine bestimmte passive Bewegung vornimmt (negativistische Muskelstarre). Der Mund ist oft rüsselartig nach vorne vorgewölbt (Schnauzkrampf), die Physiognomie ist leer und maskenartig, alles Mienenspiel erloschen, manchmal tritt stereotypes oder völlig ungeordnetes Grimassieren auf. Finger und Daumen sind meist zur Faust geballt oder auch in die Hohlhand eingekrallt, so daß sie sich hier förmlich einbohren, und befinden sich in eigenartig-ungewöhnlichen Stellungen zueinander. Die Kranken sind völlig reaktionslos, lassen unter sich und müssen gefüttert werden. Tiefe Nadelstiche rufen keine Schmerzäußerung hervor. Die Augen sind manchmal geschlossen, manchmal jedoch auch weit aufgerissen, der Lidschlag dann sehr selten. Gerade in dieser Phase der Psychose kommen dann auch alle jene bizarren, theatralischen Haltungen zur Beobachtung, die für die Katatoniker so typisch sind und in denen sie oft monate- und jahrelang verharren.

Nicht selten unterbrechen ganz unerwartet plötzliche impulsive Handlungen den Stupor. So stand ein Kranker, der bereits wochenlang gänzlich stuporös dalag, plötzlich auf, kletterte schnell an der gegenüberliegenden Wand empor, drehte ein dort hängendes Bild um, so daß es verkehrt hing, und legte sich wieder zu Bett, um von neuem in Stupor zu versinken.

Andere Kranke befinden sich lange Zeit in kata-

tonischer Erregung: Diese setzt meist ganz plötzlich ein, oft mitten aus dem tiefsten Stupor heraus und ist charakterisiert durch Stereotypieerscheinungen, durch impulsive, meist unsinnige Handlungen, durch Zeichen von Negativismus und Manieriertheit und durch eine an Ideenflucht erinnernde sprachliche Erregung mit Iterativerscheinungen oder Verbigeration. Die Kranken tanzen und springen umher, indem sie häufig dieselben bizarren schauspielerhaften Bewegungen wiederholen, oder wiegen den Oberkörper rhythmisch im Bett hin und her, nehmen theatralische Stellungen ein, predigen und deklamieren in verbigerierender Weise, zerreißen ihre Kleidung, zerstören, was sie erreichen können, widerstreben jedem Versuch sie zur Ordnung anzuhalten, wiederholen immer dieselben, oft unsinnigen Phrasen in monotoner, manierterter Weise, beschmutzen sich mit Kot, waschen sich mit Urin, stürzen plötzlich auf einen Mitkranken oder den Arzt, um ihm in die Haare zu greifen oder die Uhrkette herunterzureißen oder werfen Möbel und Geschirr um oder reißen die Bilder von der Wand. Häufig findet sich zugleich eine starke sexuelle Erregung, die sich in schamlosem Masturbieren und obscönen Reden (Coprolalie) entlädt.

Wieder bei andern trägt die Erregung mehr den Charakter der pathetischen Ekstase. Sie posieren beständig, gestikulieren in schauspielerhafter Weise (*délire des gestes*) und produzieren dabei eine katatonische Rhetorik, die durch hochtrabende Worte, klingende Phrasen, Wortneubildungen, Wortverstümmelungen, unsinnige Reimeereien und zahlreiche Iterativerscheinungen charakterisiert ist. In einigen Fällen werden auch die albernsten Trivialitäten mit bedeutsamer Betonung und Gestikulation vorgebracht.

In seltenen Fällen kann die Erregung an eine maniakalische Exaltation erinnern. Aber die Ähnlichkeit ist nur eine oberflächliche. Zwar sind heitere Stimmung, vermehrter Bewegungs- und Rededrang meist wie bei manischen Kranken vorhanden, aber es treten doch die läppische

Grundstimmung, die Zeichen von Manieriertheit und Stereotypie, die Vorliebe für Diminutiva in der Rede und andere Sprachmanieren meist deutlich hervor.

Der Verlauf der Psychose ist fast immer alternierend, indem im allgemeinen katatonische Erregung mit Stupor- und Depressionszuständen abwechselt. Doch lassen sich durchaus keine Regeln für die Reihenfolge der einzelnen Phasen aufstellen: in buntem Wechsel treten bald hypomanische Zustände mit katatonischer Gestikulation und Rhetorik, bald unmotivierter Depression mit Negativismus, bald wilde Erregung mit impulsiven, unsinnigen Akten, schamloser Masturbation und Coprolalie, bald tiefer Stupor mit Muskelstarre und *flexibilitas cerea*, bald eine leichtere Erregung mit monotonen, rhythmischen Bewegungen und Verbigeration, dann wieder eine Phase pathetischer Ekstase mit völlig zusammenhanglosem, von bizarren Wortneubildungen wimmelndem Gefasel oder eine kurze Remission mit anscheinend völliger Lucidität ein. Die Remissionen, die sehr oft auf Stunden, Tage, auch Wochen beobachtet werden, sind ein sehr auffälliges und charakteristisches Symptom. Die Kranken, die eben noch in tiefem Stupor dalagen oder in katatonisch-wüster Weise umhersprangen, sind mit einem Male geordnet, geben richtige Antworten und zeigen häufig ausgesprochene Krankheitseinsicht. Aber meist ebenso rasch und unvermittelt setzt die Psychose wieder ein, um nach 1—1½jährigem Verlauf die Demenz herbeizuführen. Die Kranken werden immer stupider, das Krankheitsbild wird monotoner, und bestimmte katatonische Symptome werden nun dauernd festgehalten. Bei dem einen ist es vorwiegend leichtere Erregung mit beständigem Verbigerieren, bei dem andern stereotype Bewegungen, die sich endlos wiederholen, bei andern Stupor mit gänzlicher Reaktionslosigkeit. Einige versinken in tiefen Blödsinn, der nur ab und zu durch gefährliche, blindwütende Erregungen unterbrochen wird. Bei andern sind es katatonische Manieren, die sich in ganz bestimmter Weise fixieren (Geh-, Grüß-, Eß-

manieren etc.), und die noch nach jahrzehntelangem Verlauf mit einem Blick hinter der hochgradigen Demenz den ursprünglichen Charakter der Psychose erkennen lassen.

Wieder bei andern endlich entwickelt sich ein clownartiges, schwachsinniges Gebahren. Derartige Kranke zeigen im wesentlichen einen enorm gesteigerten Nachahmungstrieb, ahmen oft ihre Mitkranken mit großer Treue nach, gehen in gleichem Schritt und Tritt hinter ihnen her, setzen sich, wenn diese sich setzen, grimassieren und karrikieren dabei oft in grotesker Weise ihr Vorbild. Nicht selten ist bei diesen Kranken neben der Echopraxie auch Echolalie zu beobachten.

Differentialdiagnose.

Die Diagnose der Dementia praecox catatonica stützt sich:

I. auf die charakteristischen Merkmale der juvenilen Demenz: affektive Verblödung und Vernichtung des Willens bei relativer Intaktheit des Bewußtseins und der Orientierung;

II. auf die katatonischen Merkmale;

III. in vielen Fällen können Schriftstücke der Kranken die Diagnose sichern. Diese enthalten oft alle die Kennzeichen, welche wir als charakteristisch für die katatonische Rhetorik genannt haben: Iterativerscheinungen, sinnloses Aneinanderreihen von Buchstaben, Wörtern und Phrasen, Wortneubildungen, Verbigeration und Vorliebe für klingende Wörter. Unterstreichungen, bizarre Schnörkel, seltsam-phantastische Zeichnungen sind nicht selten.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht:

1. Die hypomanischen Erregungen der Kranken können mit echter Manie verwechselt werden. Aber schon der Versuch, sich mit dem Kranken zu unterhalten, gibt meist Klarheit. Der Manische ist zu fixieren, gibt richtige, schlagfertige Antworten, die er meist in ideenflüchtiger Weise ausspinnt, und läßt sich leicht ablenken. Der Katatonische ist negativistisch, antwortet entweder gar nicht oder mit Paralogien, ist schwer zu fixieren und nicht ab-

zulenken. Die Ideenflucht der Maniakalischen kann kaum mit dem katatonischen Wortsalat verwechselt werden. Die Ausdrucksbewegungen der Manischen sind zwar abnorm lebhaft, aber natürlich und verständlich, sie stehen mit der jeweils herrschenden Stimmung im Einklang; die Ausdrucksbewegungen der Katatonischen sind übertrieben, oft bizarr und von stereotypen Innervationen, auch Grimassen begleitet, sie stehen mit den herrschenden Affekten in gar keinem oder im umgekehrten Verhältnisse. (Z. B. beständiges Grinsen, während hypochondrische Klagen und Wahnideen peinlichster Art geäußert werden.)

2. Katatonische Zustandsbilder sind nicht selten bei der Paralyse zu beobachten. Doch sind die katatonischen Symptome hier meist isoliert und ohne die virtuose Vielseitigkeit und den manierten Charakter der Katatoniker. Zudem kommen sie meistens erst in den Stadien der Paralyse vor, wo der Prozeß bereits weit vorgeschritten ist. Die körperlichen Symptome der Paralyse: wie Pupillenstarre u. s. w. werden die Diagnose sichern.

3. Bei vielen Katatonikern treten hysterie-ähnliche Symptome, hysterische Krampfanfälle und arc de cercle auf, besonders im Initialstadium der Psychose. Es kann daher Hysterie für die Diagnose in Frage kommen. Hier werden die Merkmale der juvenilen Demenz die Unterscheidung sichern.

4. In den Dämmerzuständen der Epileptiker kommen oft Katalepsie, stereotype Bewegungen und Iterativerscheinungen zur Beobachtung. Die tiefe Bewußtseinsstörung, die erschwerte Auffassung, der ängstlich-verwirrte oder ekstatische physiognomische Ausdruck, die große Monotonie der meist automatischen Bewegungen, denen der Charakter des Bizarren oder Manierten meist fehlt, und die furibunden Gewalttaten unterscheiden den Epileptiker vom Katatoniker.

5. Die Abtrennung der Dementia praecox catatonica von der Katatonie ist unter dem Kapitel „Katatonie“ zu finden.

3. Die Dementia praecox paranoïdes.

Wir haben gesehen, daß sowohl bei der Dementia praecox simplex, als auch bei der D. praecox catatonica Sinnestäuschungen und Wahnideen sehr häufig sind. Doch spielen sie bei beiden fast immer nur eine untergeordnete Rolle, treten episodisch auf und verschwinden meist gänzlich mit der eintretenden Demenz.

Die Dementia praecox paranoïdes ist dagegen durch das Überwiegen von Hallucinationen und paranoïschen Wahnideen gekennzeichnet, die lange Zeit oder dauernd bestehen bleiben bis in die Demenz hinein, die bei dieser Form der juvenilen Verblödung oft sehr rasch eintritt. Die Psychose ist von Magnan als „*délire chronique à évolution systématisé*“ in klassischer Weise beschrieben worden. Er teilte den Verlauf der Psychose, der nach ihm in jedem Fall ein streng gesetzmäßiger sein sollte, in 4 Perioden:

- I. Periode der Vorbereitung.
- II. Periode der Verfolgung (Verfolgungswahn).
- III. Periode der Überschätzung (Größenwahn).
- IV. Periode des Schwachsinn (Demenz).

Obwohl die Krankheit nicht immer an das Magnansche Schema sich hält, so ist doch im allgemeinen der Verlauf so, wie Magnan es geschildert hat.

Die Psychose beginnt meist mit einer kurzen initialen Depression, wie die übrigen Formen der D. praecox. Mehr oder weniger akut entwickelt sich dann ein Stadium ängstlicher Erregung, in dem die Kranken viel beten, ein absonderliches, bizarres Benehmen zeigen, vereinzelte impulsive Handlungen seltsamer Art begehen und ganz überraschend früh Wahnideen vorwiegend paranoïscher Art produzieren. Beziehungs- und Beobachtungswahn treten auf, Vergiftungsideen werden geäußert, und bald ist ein blühender Verfolgungswahn entwickelt voller unsinniger, phantastischer Wahnideen. Die Sprache wird durch Sympathie verstellt, das Gehirn mit Röhren ausgeschlürft, die

Gedanken werden durch magische Künste abgezogen, die Gedärme nachts herausgewickelt und durch Gummischläuche ersetzt. Die Welt ist wie verändert, die Uhren gehen alle verkehrt, es ist alles nur Schein und Blendwerk.

Massenhafte Hallucinationen fast aller Sinne, besonders des Gehörs und des Allgemeingefühls, begleiten die Wahnideen. „Macht ihn tot!“ „Er leidet an Kleptomanie!“ „Er muß dran glauben!“ „Er soll Gott abschwören!“ „Er muß schwarz werden!“ so rufen die Stimmen. Auch Gedankenlautwerden ist nicht selten.

Die Erregung kann in diesen initialen hallucinatorischen Phasen die höchsten Grade erreichen. Die Kranken bitten um Gnade, um Erlösung, um Gift, um einen raschen Tod, zeigen eine starke Suicidtenenz und begehen oft gefährliche Delikte.

Trotz der lebhaften Sinnestäuschungen und in auffallendem Kontrast zu den Wahnideen, die produziert werden, bleibt die Orientierung, die äußere Besonnenheit und Auffassung der Umwelt im großen und ganzen erhalten.

Im weiteren Verlauf der Psychose klingt die Erregung mehr und mehr ab, vereinzelte katatonische Symptome: manierierte Bewegungen und Maniriertheit der Sprache, leichter Negativismus und Zeichen von Befehlsautomatie kommen intercurrent zur Erscheinung und endlich treten Größenideen auf, die meist ganz abenteuerlicher Art sind, beständig wechseln und in ihrer völligen Unsinnigkeit meist geradezu an Paralyse erinnern. Die Kranken nennen sich Obermessias, Weltkaiser, Sohn vom Reich der Sonne; sie haben alle Geschichte bereits durchlebt, sind als Alexander der Große, Hannibal und Napoleon schon auf der Welt gewesen, schon hundertmal gestorben und haben in vielen Leibern gewohnt.

Hand in Hand mit dem Auftreten der expansiven Wahnideen entwickelt sich an Stelle der ängstlichen Erregung eine demente Euphorie oder eine überschwengliche Heiterkeit. Die Kranken drapieren sich in phantastischer

Weise, legen Orden und Medaillen an und tragen ein lächerlich-imposantes Benehmen zur Schau.

Die paranoischen Wahnideen bleiben bestehen und verflechten sich mit den Größenwahnideen. Selten fehlen hypochondrische Wahnideen, die wie die übrigen Wahnideen von vornherein den Charakter des Schwachsinnis und der Ungeheuerlichkeit tragen.

Sehr häufig sind Konfabulationen, meist geradezu romanhaften Inhalts.

Allmählich hebt sich das charakteristische Bild der juvenilen Demenz immer deutlicher aus dem paranoischen Hintergrund hervor. Die Wahnbildung wird monoton und unproduktiv, die Wahnideen werden immer blasser und verworrener, die Kranken werden stumpf, interesselos, und im ganzen psychischen Leben macht sich eine zunehmende Zerfahrenheit bemerkbar. Äußerlich bleiben die Kranken meist leidlich besonnen und geordnet, geben auf einfache Fragen richtige Antworten und sind orientiert, soweit ihre Auffassung der Umwelt nicht durch Wahnideen und Personenverkennung beeinflußt wird. Das Gedächtnismaterial aus der früheren Zeit, besonders die Schulkenntnisse, bleiben auch hier oft auffallend gut erhalten.

Häufig ist Grimassieren und beständiges dementes Lachen.

Die Sprache der paranoisch Dementen ist verworren, von unklaren Größen- und Verfolgungsideen durchsetzt, und nicht selten durch unsinnige stereotype Redewendungen ausgezeichnet.

Ihre Schriftstücke tragen denselben Charakter und sind meist voller phantastischen Unsinnis. Typisch sind bestimmte Wortneubildungen. Diese entwickeln sich bei einigen so zahlreich, daß sie eine besondere Sprache zu besitzen scheinen. Ihr Vokabularium enthält besondere, meist bizarre Bezeichnungen für die Verfolger („die blinden Hessen“, „die Vampiristen“, „die Geheimbündler“ u. a.), für die verschiedenen schädlichen Einflüsse, denen sie sich ausgesetzt glauben („Venussäure“, „elektromagnetische

Bannung“, „Sympathiedurchleuchtung“) und auch für die neuen Geheimwissenschaften, mit deren Hilfe nach ihrer Meinung alle jenen „Künste“ an ihnen gemacht werden.

Das Endstadium der D. praecox paranoides ist ein mehr oder weniger tiefer Blödsinn.

In einigen Fällen kommt es zu einer mehr systematisierten Verknüpfung der Wahnideen, so daß die Ähnlichkeit mit der Paranoia sehr stark werden kann. Doch die auch hier phantastische und unsinnige Wahnbildung (daher der Name Paranoia phantastica) und die rasch eintretende Demenz zwingt die Fälle zur juvenilen Demenz zuzuzählen.

Die Besonderheit der Wahnbildung hat zur Abtrennung verschiedener Formen der paranoiden Demenz geführt. Es sind:

1. Der sogenannte physikalische Verfolgungswahn. Die Kranken werden von mannigfachen Sensationen und Hallucinationen in den Organen, in der Haut und in der sexuellen Sphäre gequält, die sie in abenteuerlicher paranoischer Weise erklären. Sie werden mit Nadeln gestochen, durch elektrische Ströme gequält, der Samen wird ihnen abgezogen, sie werden chloroformiert, betäubt und begattet, die Eingeweide werden ihnen umgewühlt und zerrissen.

2. Der Besessenheitswahn ist heute seltener. Im Mittelalter spielte er eine größere Rolle und lieferte vornehmlich die Opfer für die Scheiterhaufen der Hexenrichter. Die Feinde, die alle die zahlreichen Beeinflussungen vornehmen, werden hier in den eigenen Körper des Kranken verlegt und figurieren meist als böser Geist, Teufel oder Beelzebub. Da sitzt er und schreit und tobt und plagt den Kranken, drückt ihm die Brust zusammen, zerrt ihm die Eingeweide und saugt ihm das Blut ab (Dämonomanie).

Differentialdiagnose.

1. Die initialen Stadien mit starker hallucinatorischer Erregung können an hallucinatorische Verwirrtheit

erinnern. Die Unterscheidung ist wegen der von Grund aus verschiedenen Prognose beider Psychosen wichtig. Sie wird bei der Differentialdiagnose der hallucinatorischen Verwirrtheit besprochen.

2. Die Abtrennung der *Dementia praecox paranoides* von der *Paranoia* ist in jedem Einzelfalle vorzunehmen. Siehe die Differentialdiagnose der *Paranoia*.

3. Da die *D. praecox paranoides* meist erst Ende der zwanziger Jahre sich entwickelt, so kann im Stadium der expansiven Wahnideen progressive Paralyse differentialdiagnostisch in Frage kommen. Das Erhaltensein der Schulkenntnisse und gute Rechenfähigkeit spricht gegen, körperliche Symptome wie Pupillenstarre, Sprachstörung u. a. natürlich für Paralyse. Lues in der Anamnese muß mehr auf Paralyse Verdacht erwecken.

II. Die akute hallucinatorische Verwirrtheit.

Akute Zustände hallucinatorischer Verwirrtheit treten häufig auf epileptischer Basis oder bei Infektionskrankheiten auf. Auch das *Delirium tremens* kann, als eine hallucinatorische Verwirrtheit auf alkoholischer Basis betrachtet werden. Zur akuten hallucinatorischen Verwirrtheit im engeren Sinne sind jedoch nur diejenigen Fälle zu rechnen, bei denen jene drei ursächlichen Momente: Alkohol (Intoxikation), Infektion und Epilepsie ausgeschlossen werden können. Es sind das zum Teil die Fälle, welche als Erschöpfungsdelirien, bei fulminanteren Symptomen als *delirium acutum* bezeichnet worden sind. Es empfiehlt sich jedoch, die Zustände nach dem psychologischen Symptomenkomplex zu bezeichnen, da die Erschöpfung nur in einem Teile der Fälle ätiologisch in Betracht kommt.

Die echte akute hallucinatorische Verwirrtheit *sensu strictiori* ist eine seltene Psychose. Ein kurzes Initialstadium leitet sie ein: Die Kranken werden unruhig, schlaflos, ängstlich, zeigen auffallenden Wechsel der Stim-

mung, weinen und lachen durcheinander und werden verworren. Rasch und akut steigern sich alle Symptome bis zum Höhestadium, das durch folgende Kardinalmerkmale charakterisiert ist:

1. Es besteht völlige oder hochgradige Verwirrtheit. Schon der physiognomische Ausdruck läßt einen benommenen Schwerverkrankten erkennen. Die Augen sind bald glanzlos, bald plötzlich aufflackernd, und irren unstät wie die eines Trunkenen umher. Das Gesicht ist eingefallen, bald blaß, bald kongestioniert, bald angstvoll verzerrt, bald mit einem müden, gequälten Lächeln, bald gänzlich ratlos. Die Kranken sind in einem traumartigen Zustand und schwer zu fixieren. Sie wissen nicht, wo sie sind, geben auf die einfachsten Fragen falsche Antworten und verkennen ihre Umgebung oft in der unglaublichsten Weise. Sie beobachten, was um sie her geschieht, verarbeiten aber alle Sinneseindrücke nur in unvollkommener und gefälschter Weise; sie können nicht mehr klar denken, alles erscheint ihnen rätselhaft und unverständlich. Auch das unbedeutendste Ereignis können sie nicht mehr verstehen, und manche von ihnen klagen, daß ihnen alles so sonderbar, so falsch, so verwechselt und vertauscht vorkomme. Der Gesamtzustand ist eine Art Trunkenheit oder Betäubtheit mit Desorientiertheit, völliger Zerfahrenheit und starker Erschwerung der Auffassung.

2. Die Verwirrtheit wird begleitet und verstärkt durch beständige massenhafte Sinnestäuschungen, besonders des Gehörs und Gesichts. Bald werden sie verspottet und beschimpft und hören wüste Drohungen, bald vernehmen sie herrliche Verheißungen, himmlische Prophezeiungen. Sie sehen wilde Tiere, abenteuerliche Vögel, schreckliche Gespenster, schwarze Gestalten, den Teufel und anderes.

3. Infolge der Sinnestäuschungen kommt es zu zahlreichen, verworrenen, zusammenhangslosen Wahnideen, die sich einander förmlich jagen, und eine bunte Mischung paranoischer und depressiver, weniger hypochondrischer und expansiver Ideen darstellen. Die Kranken sprechen

fast beständig in einer inkohärenten, ideenflüchtigen, schwerverständlichen Weise, schreien, lachen, schimpfen, weinen und fördern zwischendurch in einem phantastisch wirren Gefasel ihre chaotischen Wahnideen zu Tage.

4. Seinen besonderen Charakter erhält das ganze Krankheitsbild durch die starke motorische Erregung, die man als psychomotorische Verwirrtheit bezeichnen könnte. Die Kranken sind in beständiger Unruhe, werfen sich von einer Seite auf die andere, entkleiden sich, springen auf, wollen davonlaufen, schlagen, stoßen und beißen, kurz machen beständig zwecklose, konvulsivische Bewegungen.

5. Meist wird die Psychose noch durch somatische Störungen kompliziert. Der Puls ist meist beschleunigt, die Temperatur erhöht, die Zunge trocken und belegt, Lippen und Mundwinkel mit schmutzigem, eingetrocknetem Speichel bedeckt. Nicht selten findet sich Albuminurie. Oft werden Urin und Fäces ins Bett gelassen.

Die schwereren Fälle akuter hallucinatorischer Verwirrtheit, die mit hohem Fieber, manchmal über 40°, mit zunehmender Prostration und an Meningitis erinnernden Reizsymptomen (Myosis, Strabismus, Muskelzuckungen, Lallen und Stottern) einhergehen, werden als Delirium acutum bezeichnet und enden meist in wenigen Tagen letal.

Die übrigen Fälle gehen unter allmählicher lytischer Abnahme aller Erscheinungen, seltener kritisch durch ein Stadium der Erschöpfung, nach Verlauf von Wochen oder 2—3 Monaten in Genesung über.

Differentialdiagnose:

Zuerst müssen immer ausgeschlossen werden: Infektion, Intoxikation (Alkohol) und Epilepsie.

1. Fieber- und Infektionsdelirien dauern selten länger als eine Woche; sie schwinden, sobald das Fieber vorüber ist. Während der Delirien sind oft, besonders bei Remission des Fiebers, lucide Intervalle zu beobachten. Wahnideen sind sehr spärlich, die psychomotorische Ver-

wirrtheit meist gering und nicht anhaltend. Die Diagnose der bestehenden Infektionskrankheit (Scharlach, Pneumonie, Gelenkrheumatismus, Typhus etc.) entscheidet die der Psychose.

2. Das *Delirium tremens* ist eine so wohlcharakterisierte Psychose, daß ihre Unterscheidung von der hallucinatorischen Verwirrtheit kaum auf Schwierigkeiten stoßen kann.

3. Schwer oder unmöglich kann die Differentialdiagnose gegenüber epileptischen Dämmerzuständen sein, wo ebenfalls Albuminurie und Fieber beobachtet werden. Plötzliche impulsive Akte, monotone Bewegungen, das Fehlen somatischer Zeichen von Erschöpfung (eingefallenes Gesicht, glanzlose Augen etc.), der Wechsel in der Tiefe der Bewußtseinstäubung und das Fehlen von psychomotorischer Verwirrtheit sprechen für Epilepsie. Die Anamnese ist natürlich wichtig.

4. Häufig werden die ängstlichen Erregungszustände im Beginn der prognostisch absolut infausten *Dementia praecox paranoides* mit der prognostisch sehr günstigen hallucinatorischen Verwirrtheit verwechselt. Wir haben die Differentialdiagnose zwischen beiden bereits im allgemeinen Teil genau bei Gelegenheit der Orientiertheit besprochen und verweisen daher auf das dort Gesagte (S. 43).

5. Maniakalische *Exaltation* auf der Höhe der motorischen und sprachlichen Erregung kann große Ähnlichkeit mit hallucinatorischer Verwirrtheit haben. Aber bei der Manie sind Hallucinationen selten und treten meist nur vereinzelt auf, die Auffassung der Umgebung ist wenig gestört, der Bewegungsdrang ist geordneter gegenüber der inkoordinierten Bewegungshast der hallucinatorisch Verwirrten. Echte Ideenflucht spricht natürlich für Manie. Hier ist auch der Affekt meist gleichmäßiger gegenüber dem beständigen Stimmungswechsel der hallucinatorisch Verwirrten, der physiognomische Ausdruck frisch und strahlend.

6. Katatonische Erregung läßt sich meist leicht

von hallucinatorischer Verwirrtheit unterscheiden, bei der katatonische Symptome kaum vorkommen. Die tiefe Bewusstseinsstörung, die Desorientiertheit und die Zeichen körperlicher Erschöpfung bei hallucinatorischer Verwirrtheit stehen der oft auffallenden Besonnenheit und Orientiertheit der Katatoniker gegenüber.

III. Die Paranoia oder Verrücktheit.

Die Paranoia ist eine chronische, unheilbare Geisteskrankheit, die im wesentlichen durch das Auftreten zahlreicher paranoischer Ideen charakterisiert ist, die sich allmählich zu einem logisch geordneten, unabänderlichen Wahnsystem verknüpfen und eine völlige Charakteränderung, den paranoischen Charakter, herbeiführen. (*Délire de persécution systématisé.*)

Die äußere Besonnenheit, die Orientiertheit, die Intelligenz sowie das formale Denken bleiben bei der Paranoia lange Zeit oder dauernd ungestört, daher die Psychose früher als eine partielle Geistesstörung, die im wesentlichen die Verstandestätigkeit betraf, den affektiven Störungen, Melancholie und Manie, gegenübergestellt wurde.

In dem Ausdruck: „partielle Geistesstörung“ liegt viel Wahres. In der chronischen, fortschreitenden Wahnbildung mit analoger Charakterveränderung ist der psychologische Kern der Paranoia zu erblicken, während alle anderen Symptome, vor allem Sinnestäuschungen, dagegen zurücktreten.

Die klassische Paranoia in diesem engen von Kraepelin begründeten Sinne ist nicht gerade häufig. Sie ist eine Psychose, die zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr, am häufigsten um das 28. Lebensjahr sich entwickelt.

Man kann ihren Verlauf in 3 Stadien zerlegen:

I. in das Stadium der initialen Depression mit beginnender Charakteränderung;

II. in das Stadium des Verfolgungswahns mit der Entwicklung eines typischen paranoischen Charakters;

III. in das Stadium des gesteigerten Selbstbewußtseins oder auch des Größenwahns, mit der Entwicklung einer größenwahnsinnigen Euphorie.

I. Der Beginn der Psychose ist meist unbestimmter Art, indem allerhand vage Beschwerden, manchmal neurasthenischer Art, auftreten. Bald werden die Kranken ohne Grund verstimmt, äußern *taedium vitae*, Selbstanklagen, auch Versündigungsideen. Diese an Melancholie erinnernden Symptome werden jedoch meist bald durch andere kompliziert, welche oft frühzeitig gestatten, den Beginn eines infausten paranoischen Prozesses zu diagnostizieren.

1. Die Kranken zeigen ein scheues, mißtrauisches Wesen, ziehen sich von Freunden und Verwandten zurück und sprechen allerhand unklare Befürchtungen aus. Bald wird die Charakterveränderung markanter. Die Idee, zurückgesetzt, vernachlässigt zu sein, tritt auf. (Beeinträchtigungswahn.) Die Kranken werden still, kalt, egoistisch, argwöhnisch.

2. Isoliert auftretende Illusionen des Gehörs fördern die Wahnbildung. Die Kranken hören aus den Worten anderer Hohn und Spott, Beschimpfungen und Drohungen.

3. Meistens entwickelt sich auch Beziehungswahn. In den harmlosesten Worten und Gesten entdeckt der Kranke Anspielungen auf sich, in der Zeitung sind versteckte Andeutungen und Beleidigungen, die auf ihn gemünzt sind; man hustet, spuckt und niest seinetwillen.

4. Die Überleitung zu dem eigentlichen Verfolgungswahn gibt dann der Beobachtungswahn. Die Kranken glauben sich fixiert und beobachtet. Man läßt ihnen Tag und Nacht keine Ruhe. Überallhin folgen ihnen Spione, um ihr ganzes Tun und Treiben zu überwachen.

Der Kranke wird immer reizbarer, schroffer, verschlossener, wird von beständiger innerer Unruhe hin und

her getrieben und zeigt, oft gegen seine nächsten Anverwandten, ein drohendes, feindseliges Benehmen.

Bald tritt der Kranke in das II. Stadium ein. Die Idee: Man verfolgt mich! gibt dem Kranken die logische Erklärung für die vermeintliche scharfe Beobachtung und die allgemeine Aufmerksamkeit, die ihm zu teil wird. Man verspottet und verleumdet ihn, man setzt üble Gerüchte über ihn in Umlauf und sucht ihn überall unmöglich zu machen. Wo er sich sehen läßt werden allerhand boshafte Anspielungen auf ihn gemacht, alles deutet auf ihn, die Kinder auf der Straße weisen mit Fingern nach ihm, im Theater, in den Zeitungen, von der Kanzel herab werden ehrenrührige Bemerkungen über ihn gemacht. Er ist ringsum von Feinden umgeben, die ihn beständig belagern und ausspionieren. Offenbar ist eine allgemeine Verschwörung gegen ihn im Gange. Man will ihn beiseite schaffen, seines Verstandes berauben. Vorsichtig prüft er die Nahrung, denn er hat Argwohn, man könnte ihn vergiften.

Allmählich nimmt das unbestimmte: „Man verfolgt mich!“ bestimmtere Formen an. Es ist eine bestimmte Person oder Gesellschaft, die die ganze Verfolgung inszeniert und leitet. Mit Vorliebe werden die Jesuiten, Freimaurer, Nihilisten und Anarchisten als Urheber der Verfolgung bezeichnet. Diese nimmt immer umfassendere Dimensionen an: es entwickelt sich ein zusammenhängendes, unerschütterliches Wahnsystem, das die Persönlichkeit völlig umwandelt und in seiner Weltanschauung dem irdischen Denken völlig entfremdet. Die Kranken leben und weben in ihrem Wahn, nur mit sich selbst und ihren pathologischen Ideen beschäftigt. Der paranoische Wahn ist egocentrischer Wahn par excellence: solange der Verfolgungswahn nicht durch Größenideen kompliziert ist, dreht sich bei den Kranken alles nur um die feindliche Beziehung ihres Ich zur Um- und Außenwelt. Er ist rings von Feinden, Spionen und Geheimpolizisten umgeben, die seine Gedanken mittels komplizierter elektrischer Maschinen

abziehen und ihn mit Röntgenstrahlen beobachten; er wird durch elektrische Ströme, durch Galvanismus und magnetische Schläge beeinflusst und betäubt, von entfernten Observatorien aus wird ihm der Kopf durch Telephonieren durcheinander gemacht, um ihn zum Wahnsinn zu treiben, die Speisen werden vergiftet und mit Kot, Sperma und Speichel verunreinigt, seine Genitalien werden gezerzt, Päderastie, Onanie und Sodomiterei mit ihm getrieben. Kurz: es ist kein Körperteil, der nicht hier und da zum Angriffspunkt feindlicher Beeinflussung werden könnte. Nimmer lassen die Feinde ihm Ruhe. Fortwährend ist sein Leben, seine Ehre, seine Habe bedroht. Es ist ein beständiges Kämpfen und Ringen. Er ist ein einsamer Mensch, ein Ausnahme-Mensch, gegen den sich die ganze übrige Menschheit verschworen hat.

Zu allen diesen Wahnideen treten Hallucinationen. Doch sind sie nur von untergeordneter Bedeutung und spärlich. Am typischsten ist die Verbindung von solchen des Gehörs mit Hallucinationen des Allgemeingefühls. Aber auch Hallucinationen des Geruchs und Geschmacks, seltener des Gesichts, kommen vor, und haben fast alle paranoischen Inhalt. Besonders charakteristisch ist noch das Gedankenlautwerden und das Elektriziertwerden. Nicht selten richtet sich der paranoische Wahn vorwiegend gegen den Ehegatten, und tritt als Eifersuchtswahn in die Erscheinung. Die Kranken beschuldigen ihre Gatten der ehelichen Untreue, glauben die Nebenbuhler unter oder gar im Bett zu bemerken und wollen ihre Kinder nicht mehr anerkennen. Die Zahl der Verfolgungsideen, die der Paranoia angehören, ist Legion. Fast jeder Paranoiker hat sein besonderes System, das er in mehr oder weniger intelligenter und phantasievoller Weise ausschmückt.

Von dem Momente ab, wo der Paranoiker gefunden hat, was die Ursache der Verfolgung ist, wird er gemeingefährlich. Hat er sich bis dahin in Eingaben an die Behörden über die ihm bereiteten Nachstellungen beschwert und die Hilfe des Gesetzes in Anspruch genommen, so greift

er nunmehr nicht selten zur Selbsthilfe gegen die vermeintlichen Feinde. Aus dem Verfolgten wird ein Verfolger. Schwere öffentliche Beleidigungen, Körperverletzung, Mord und Mordversuch sind nicht seltene Delikte, welche den Paranoiker im Stadium des Verfolgungswahns zu einem für die menschliche Gesellschaft in so hohem Grade gefährlichen Kranken stempeln, und die häufig erst seine Internierung in einer Irrenanstalt herbeiführen.

Nach längerem Verlauf der Psychose, meist erst nach Jahren, entwickeln sich expansive Wahnideen, die das III. Stadium der Krankheit charakterisieren. Nicht selten bleibt es bei einem stark gesteigerten Selbstbewußtsein, besonders bei Kranken, deren Intelligenz von vornherein hervorragend war und während der Psychose verschont geblieben ist. Derartige Paranoiker sind typisch durch ihren Erfindungstrieb; sie beschäftigen sich häufig mit allerlei Problemen der Mechanik und anderer Wissenschaften und überraschen nicht selten durch merkwürdige, in Stil und Bauart originelle Konstruktionen.

Häufig jedoch kommt es zu einem ausgesprochenen Größenwahn, der prognostisch insofern von Bedeutung ist, als er meist, wenn er frühzeitig sich entwickelt, den Eintritt der geistigen Schwäche annonciert. Die Kranken sind meist schon an ihrer stolzen, theaterhaft-majestätischen Haltung, an ihren Orden und Medaillen, an ihrem herablassend-verächtlichen physiognomischen Ausdruck und ihren imponierenden Gesten zu erkennen. Früher herrschte die Ansicht, daß sich der Größenwahn ganz logisch aus dem Verfolgungswahn entwickle. Weil der Kranke so zahlreichen Verfolgungen sich preisgegeben glaubte, müßte sich notwendigerweise die Idee bei ihm bilden, er müsse eine Person von besonderer, großer Bedeutung sein. Aber diese psychologische Erklärung des Größenwahns aus dem Verfolgungswahn ist eine Konstruktion. In Wirklichkeit ist der Verfolgungswahn eigentlich bereits ein verkappter Größenwahn. Jedenfalls ist er, wie bereits gesagt, der egocentrische Wahn par excellence. Die Größenideen der

späteren Perioden der Paranoia sind daher nur eine andere Erscheinungsform des egocentrischen Wahns und entstehen, wie es scheint, meist erst, wenn die zahlreichen quälenden Unlustgefühle, denen der Paranoiker im Stadium des Verfolgungswahns ausgesetzt ist, nachlassen und verblassen.

Der Größenwahn der Paranoiker ist ebenso wie ihr Verfolgungswahn systematisiert und beeinflusst Stimmung und Handeln. Häufig sind die Größenideen innig mit den Verfolgungsideen verwebt. Die Kranken sind General, Minister, Kaiser von Jerusalem, Graf von Kreta, Gott, Obergott. Sie lassen den Mond, die Sonne und Sterne aufgehen. Sie besitzen göttliche Macht und können Tausende mit einem Wink ihrer Hand vernichten.

Sie leben in überglücklicher, strahlender Seligkeit dahin und sehen mit Verachtung auf die übrigen, elenden Kreaturen.

Bei manchen Paranoikern ist der Größenwahn im wesentlichen erotischen Inhalts. (*Mégalomanie érotique.*) Sie glauben sich von irgend einer vornehmen Dame geliebt, die nichts davon weiß, und die wegen ihrer sozialen Stellung unmöglich ihre Liebe erwidern kann. Eine zufällige Begegnung, eine unbedeutende Geste oder auch nur die vermeintlichen Andeutungen anderer haben ihnen das Geheimnis entdeckt. Oft, besonders bei Frauen, handelt es sich auch nur um eine platonische Liebe zu völlig imaginären Personen. Nicht selten kommt es bei diesen erotischen Paranoikern zu Heiratsanträgen an hochgestellte Personen. Wieder bei andern Paranoikern konzentriert sich die expansive Wahnbildung mehr auf religiösem Gebiete. Sie glauben Auserwählte Gottes, ein neuer Messias, zum Reformator und Propheten bestimmt zu sein. Manche nennen sich Apostel. Sie sind oft schon an ihrer Aposteltracht zu erkennen. (*Par. religiosa.*)

Wir müssen noch ein paar Abarten der Paranoia besprechen, die wegen ihrer Besonderheit besonders bezeichnet worden sind.

Eine wohlcharakterisierte Form der Paranoia ist der

Querulantenwahn. Dieser beginnt meist im Anschluß an einen verlorenen Prozeß. Die Kranken sind fest überzeugt, daß das Recht auf ihrer Seite sei, völlig unbelehrbar durch alle Einwendungen und jeder noch so gründlichen Widerlegung ihrer Ansicht gegenüber taub und verständnislos. Die Idee, rechtlich benachteiligt zu sein, kennzeichnet sich also durch ihre Unkorrigierbarkeit als Wahndee. Bald beherrscht sie das Tun und Lassen des Kranken völlig souverän. Es entwickelt sich bei ihm die Idee, daß die Richter bestochen waren, er vermutet eine Verschwörung, die gegen ihn gerichtet sei und kämpft seinen Prozeß weiter, durch alle Instanzen hindurch.

Eingaben häufen sich auf Eingaben (daher „Prozeßkrämer“ oder „processifs“), immer mehr Personen, Richter, Staatsanwälte und Zeugen werden in den Wahn hineinbezogen. Der Kranke opfert alles, Vermögen, Familie, um seinem vermeintlichen Rechte nachzujagen.

Die Querulanten ähneln sich fast alle außerordentlich. Die meisten studieren die Gesetzbücher und erwerben sich eine Unsumme juristischer Kenntnisse, mit denen sie gerne und bei jeder Gelegenheit, ob passend oder unpassend, paradieren. Ihr Gedächtnis ist meist für alles, was mit ihren Wahndeeen zusammenhängt, von überraschender Schärfe, und ihre Dialektik oft nicht ohne Logik und Gewandtheit. Einige wissen genau alle Daten aus ihren Prozessen und können ganze Kapitel aus Gesetzbüchern auswendig. Sie zeigen fast alle dieselbe typische Schreibwut und besitzen ihren besonderen barocken Stil, der sich in ihren meist zahllosen Schriftstücken bald zu einer ganz bestimmten Schreibmanier fixiert. Massenhafte Beleidigungen, klingende, hohle Phrasen, falsch angebrachte Fremdwörter, Citate aus Gesetzbüchern, emphatische Beteuerungen, dicke, häufige Unterstreichungen, eine Unmenge von Frage- und Ausrufungszeichen bilden bei einer gewissen pedantischen Weitschweifigkeit die Characteristica ihrer Schriftstücke, in denen doch oft auch eine gewisse stilistische Gewandtheit, ab und zu auch Stellen mit einer packenden Sprache zu

finden sind. Der gesamte Gedankengang der Querulanten ist meist von einer auffallenden Monotonie. Immer dieselben paranoischen Motive kehren in ihren Eingaben, oft wörtlich, wieder.

Das Selbstgefühl der Querulanten ist meist stark gehoben. Sie sind stolz auf ihre Kenntnisse, die sie sich autodidaktisch erworben haben, und sehen mit Verachtung auf ihre Gegner. Ihre Schriften halten sie für hervorragende Leistungen und lesen sie gerne und mit Pathos vor.

Größenwahn spricht sich in den manchmal enormen Entschädigungsansprüchen aus. Auch die Idee, ihre Angelegenheit sei die der Nation, der Menschheit — ist als eine expansive Wahnidee zu betrachten.

Die Querulanten kommen meist mit dem Gesetz in Konflikt. Verleumdungen, Beleidigungen in langen Broschüren und Flugblättern, Bedrohung und Widerstand sind die häufigsten Delikte.

Der Ausgang der Krankheit ist meist ein ziemlich erheblicher Grad von Verstandes- und Urteilsschwäche.

Die Diagnose wird nicht selten erst gestellt, wenn der Querulant sein Vermögen geopfert, seine Familie ins Elend gebracht und zahllose unsinnige Prozesse verloren hat.

Eine letzte Form der Paranoia ist als originäre Paranoia (*Paranoia originaria*) besonders bezeichnet worden. Sie sollte dadurch gekennzeichnet sein, daß die Wahnbildung bereits in frühester Jugend beginne, vorwiegend bei Männern, die ab origine paranoisch prädisponiert seien. Die Wahnbildung sollte typisch sein und im wesentlichen in der Idee bestehen, nicht von den rechten Eltern abzustammen, sondern hoher Abkunft zu sein. Ein von Neißer beschriebener Kranker behauptete, „daß er das uneheliche Kind des Kaisers und seiner Schwester sei, schilderte mit allen Details das Haus, in dem die Entbindung vor sich gegangen sei, nannte die Zeugen, die dem diskreten Akte beigewohnt hatten, unter denen sich auch seine Mutter befand, die er jedoch nur als Pflegemutter anerkannte. Der Kaiser halte ihn lebenslänglich in

Irrenhäusern, nachdem seine frühere Zumutung an ihn, sich den Leib aufzuschneiden, nichts gefruchtet habe. Jeder preußische Jurist besitze einen von dem Kaiser und der Kaiserin eigenhändig unterzeichneten Revers, in welchem befohlen wurde, dazu mitzuwirken, ihn unschädlich zu machen.“ Wahrscheinlich handelt es sich um echte Paranoiker, bei denen auch die vor der Krankheit gelegene Zeit: Jugend und Kindheit in das Wahnsystem hineinbezogen (*délire rétrograde*) und durch phantastische Konfabulationen ausgeschmückt wird (daher die Bezeichnung *Paranoia confabulans*).

Differentialdiagnose.

1. Die *Dementia praecox paranoïdes* unterscheidet sich von der Paranoia durch den rasch eintretenden mehr oder weniger hohen Grad von Demenz, durch die massenhaften Hallucinationen, durch relativ früh auftretende Größenideen, durch die Verworrenheit und die fehlende oder geringe Systematisation der Wahnbildung, durch das zunehmende Versiegen der Tatkraft und das Erlöschen der Affekte. Der echte Paranoiker erhält sich jahrelang in geistiger Regsamkeit, disputiert leidenschaftlich und kämpft um seine Freiheit. Er empfindet seine Internierung in der Anstalt als ein schweres Unrecht, während der paranoisch Demente sich meist ganz wohl in der Anstalt fühlt. Beim paranoisch Dementen besteht meist große Suggestibilität für neue Wahnideen; das Wahnsystem des echten Paranoikers ist unerschütterlich und unbeeinflussbar.

2. Nicht selten kann ein paranoia-ähnliches Krankheitsbild das Initialstadium einer progressiven Paralyse bilden. Sind typische paralytische Symptome: Pupillenstarre, Fehlen der Patellarreflexe oder Sprachstörung vorhanden, so ist die Diagnose nicht zweifelhaft. Fehlen solche, so müssen psychologische Symptome: Defekte des Gedächtnisses und des ethischen Empfindens, monotone Wahnbildung ohne Tendenz zur Progression und Systematisation, Fehlen des paranoischen Charakters, geringer

Einfluß der Wahnideen auf Tun und Lassen und Haltlosigkeit mit Labilität der Stimmung zur Diagnose der progressiven Paralyse verhelfen.

3. Die Abtrennung paranoischer Wahnideen auf der Basis einer senilen Demenz von der Paranoia macht keine Schwierigkeiten. Das Alter, die Zeichen der Senilität, die anderen Wahnideen und die Störungen der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses und der Intelligenz sichern die Diagnose der senilen Demenz.

4. Über die Differentialdiagnose gegen den praesenilen Beeinträchtigungswahn siehe diesen.

5. Beim manisch-depressiven Irresein kommt nicht selten periodische Wahnbildung in paranoischem Sinne zur Beobachtung. Doch ist es unstatthaft, von einer Paranoia periodica zu reden, da die phantastische, meist wechselnde Wahnbildung der Manisch-Depressiven nichts mit Paranoia gemein hat. Die Diagnose ist nicht schwer, da Wahnbildung beim manisch-depressiven Irresein meist erst in späteren Anfällen auftritt, und somit bereits die Anamnese Klarheit schafft.

IV. Der hallucinatorische Wahnsinn.

„Hallucinatorischer Wahnsinn“ ist zunächst wie auch der Begriff „hallucinatorische Verwirrtheit“ eine rein symptomatologische Bezeichnung. Wir beobachten eine lediglich aus Hallucinationen entstehende Wahnbildung bei vielen Psychosen. So beim Alkoholismus als akute Halluzinose oder akuten Wahnsinn der Trinker, beim Cocainismus als Wahnsinn der Kokainisten, ferner bei der Dementia praecox paranoidea, bei der Melancholie, bei der Epilepsie und nicht selten auch bei der progressiven Paralyse. Auch bei der Paranoia kann in interkurrenten hallucinatorischen Erregungen neue Wahnbildung zu stande kommen.

Nach Ausschluß aller dieser Fälle bleibt eine geringe Zahl von Psychosen übrig, die als hallucinatorischer Wahn-

sinn im engeren Sinne bezeichnet und als ein besonderes klinisches Krankheitsbild der Psychiatrie betrachtet werden müssen.

Der hallucinatorische Wahnsinn im engeren Sinn ist also eine seltene Psychose.

Das Kardinalsymptom des hallucinatorischen Wahnsinns sind Sinnestäuschungen, Illusionen und Hallucinationen. Diese führen zu Wahnbildung, welche immer in evidenter Weise von den Sinnestäuschungen abhängig ist und sofort verschwindet, wenn die Sinnestäuschungen verschwinden. Wenn irgendwo in der Psychiatrie, so kann man beim echten hallucinatorischen Wahnsinn von primären und von sekundären Störungen reden. Hier ist das Primäre immer Sinnestäuschungen, alles andere, besonders die Wahnideen, sind sekundär.

Der Beginn der Krankheit ist akut oder subakut, am häufigsten im mittleren Alter, bei Frauen im Klimakterium. Er wird meist durch eine initiale Depression gebildet, die durch unmotiviert traurige Verstimmung, durch Ver-sündigungsideen, auch durch Suicideneigung charakterisiert ist, also geradezu an Melancholie erinnern kann. Unklare Befürchtungen werden geäußert, auch Angstzustände treten auf.

Bald kommen massenhafte Hallucinationen, vorwiegend des Gehörs und Gesichts. Drohungen, Beschimpfungen, Anklagen werden vernommen, die Kranken sehen Flammen, Gespenster, den leibhaftigen Teufel. Alle Sinnestäuschungen scheinen sich durch sinnliche Anschaulichkeit und außerordentliche Plastizität auszuzeichnen.

An die Sinnestäuschungen werden Wahnideen geknüpft. Sie sind wesentlich depressiven, paranoischen und expansiven, selten hypochondrischen Inhalts. Die Kranken glauben: die Welt gehe unter, das jüngste Gericht stehe nahe bevor, überall herrsche Mord und Verwüstung, ihre Angehörigen seien tot, gemordet, verbrannt, Man wolle sie vergiften oder aufs Schaffot schleppen, das sie mit unheimlicher sinnlicher Deutlichkeit draußen für sich errichtet

sehen. Gott habe sie zum Propheten ernannt, sie seien Kaiser, Königin von Frankreich.

Alle diese Wahnideen treten in buntem Wechsel auf und sind nie systematisiert. Immer geben die Kranken an, daß sie das alles gehört hätten. Die Sinnestäuschungen, die die Wahnideen veranlassen, sind also ebenso inkohärent und wechselnd im Inhalt wie die Wahnideen.

Die Stimmung ist wechselnd; meist leicht depressiv, vorübergehend exaltiert, mit religiöser Färbung; im weiteren Verlauf oft trotz schrecklicher Hallucinationen auffallend indifferent.

Dies eben skizzierte Krankheitsbild des hallucinatorischen Wahnsinns bekommt sein besonderes Gepräge:

1. Durch das Fehlen einer tieferen Bewußtseinsstörung. Die Kranken sind meist dauernd besonnen oder nur vorübergehend leicht verwirrt. Sie bleiben immer orientiert, außer wenn ihre Orientierung durch Illusionen (Personenverkennung) oder Hallucinationen (Stimmen geben den bis dahin richtig erkannten Personen fremde Namen) beeinträchtigt wird. Die zeitliche Orientierung geht nie verloren.

2. Der Verlauf der Psychose wird unterbrochen durch Remissionen, in denen die Sinnestäuschungen, also auch die Wahnideen verschwinden, Lucidität mit völliger Orientiertheit eintritt, und die Kranken Kritik ihrer Wahnideen üben.

3. Nicht selten zeigen die Kranken, auch während Hallucinationen bestehen, eine auffallende Einsicht in ihren Zustand. „Ich glaube, ich werde verrückt.“ „Ich leide an Verfolgungswahnsinn.“ „Ich habe's im Kopfe.“ „Ich denke doch, daß ich wieder gesund werde“ sind typische Äußerungen, die Krankheitsbewußtsein beweisen.

4. Manchmal macht sich eine eigenartige Ratlosigkeit den Sinnestäuschungen gegenüber bemerkbar. Die Kranken sind in beständigem Zweifel, bitten um Aufklärung und verlangen die Wahrheit zu wissen. „Ich weiß

gar nicht, was das alles bedeuten soll. Ich finde mich gar nicht mehr aus.“

Das Bild, welches der hallucinatorische Wahnsinn darbietet, ist so charakteristisch, daß es der Diagnose selten Schwierigkeiten macht.

Der Verlauf erstreckt sich meist über Wochen und Monate.

Die Prognose scheint in der Mehrzahl der Fälle günstig zu sein. Doch kann es zu progressiver, phantastischer Wahnbildung kommen, wobei jedoch deren hallucinatorischer Ursprung immer nachweisbar bleibt.

Differentialdiagnose.

1. Die akute Halluzinose der Trinker unterscheidet sich durch das Überwiegen paranoischer Wahnideen, durch die z. T. typischen Halluzinationen, durch die starke Angst und die Zeichen der Alkohol-Intoxikation von dem hallucinatorischen Wahnsinn.

2. Der akute Kokainwahnsinn ist durch die vorwiegende Entwicklung paranoischer Wahnideen, durch typische Sinnestäuschungen (Visionen sehr kleiner Tiere und Gefühlstäuschungen) und das Fehlen von Remissionen von dem hallucinatorischen Wahnsinn unterschieden. Die Anamnese (Cocainismus oder Cocaino-Morphinismus) sichert die Diagnose.

3. Von der Paranoia unterscheidet sich der hallucinatorische Wahnsinn durch das Fehlen des paranoischen Charakters und durch den bunten Wechsel der Wahnideen.

4. Der Affekt ist beim hallucinatorischen Wahnsinn nie so gleichmäßig und so tieftraurig wie bei der Melancholie. Zudem fehlen dort psychomotorische und Denkhemmung und herrscht eine mannigfaltige Wahnbildung, während bei der Melancholie lange Zeit depressive Wahnideen vorwiegend sind.

5. Die Zustände von hallucinatorischem Wahnsinn auf epileptischer Basis unterscheiden sich von dem echten

hallucinatorischen Wahnsinn durch ihren furibunden Charakter, durch starke ängstliche Erregung, durch impulsive Akte und mehr oder weniger hochgradige Bewußtseins-
trübung.

6. Hallucinatorischer Wahnsinn bei Paralyse wird an den körperlichen Symptomen der Paralyse oder an Defekten der Intelligenz, des Gedächtnisses und des ethischen Empfindens erkannt.

V. Die progressive Paralyse oder Dementia paralytica.

Die progressive Paralyse der Irren, im Volksmunde Gehirnerweichung oder Größenwahnsinn, ist eine chronische, unheilbare, fortschreitende, zu tiefer Demenz führende Geisteskrankheit, welche mit Zeichen organischer Läsion einhergeht, vorzugsweise das mittlere Lebensalter, vom 30. bis 45. Lebensjahre betrifft, und meistens innerhalb weniger Jahre zum Tode führt. In etwa der Hälfte aller Fälle läßt sich Lues in der Anamnese nachweisen. Dem entspricht, daß die Paralyse am häufigsten in den Ständen vorkommt, in denen erfahrungsgemäß die Infektion mit Syphilis am häufigsten acquiriert wird (Kaufleute, Offiziere), und in der Stadt, besonders in den großen Industriezentren weit häufiger ist, als auf dem flachen Lande.

Im allgemeinen herrscht daher heute die Ansicht, daß die Paralyse eine Folge der Lues sei (Metasyphilis).

Es erkranken 3—4 mal soviel Männer als Frauen. Auch paralytische Ehepaare sind beobachtet worden.

Die Paralyse ist eine der vielgestaltigsten Psychosen, die es gibt. Unter der Maske maniakalischer, melancholischer, paranoia-ähnlicher und anderer Zustandsbilder kann sich der Prozeß einer paralytischen Destruktion verbergen, so daß in manchen Fällen eine sichere Diagnose nicht leicht ist.

Für die Frühdiagnose der Paralyse, die wegen der

großen Häufigkeit, wegen der absolut infausten Prognose dieser Psychose, sowie wegen der vielen Gefahren, welche sie für die Angehörigen der Kranken mit sich bringt, von ganz besonderer Wichtigkeit ist, sind folgende Punkte von Bedeutung:

I. Die Paralyse ist eine Geisteskrankheit, deren Wesenheit in einer fortschreitenden Zerstörung der Intelligenz besteht, die von den leisesten, unmerklichen Anfängen beginnend immer weitere Gebiete erfaßt und in tiefem Blödsinn endet.

In der Mehrzahl der Fälle finden sich neben den psychischen Ausfallssymptomen (geistige Schwäche) mehr oder weniger zahlreiche, z. T. typische, die Diagnose sofort entscheidende nervöse Reiz- und Ausfallssymptome, die eine exakte, unfehlbar sichere Diagnose oft schon in den allerfrühesten Anfängen der Psychose gestatten. Überall da, wo man also bei einer Psychose im mittleren Lebensalter auf typische Nervensymptome oder auf eine größere Zahl nervöser Reizerscheinungen (Tremor, gesteigerte Reflexe, Rhombergsches Symptom u. a.) trifft, muß immer erst der Verdacht einer beginnenden Paralyse erweckt werden.

Nicht alle Nervensymptome besitzen für die Diagnose gleiche Dignität.

Drei jedoch sind, wenn mit irgend welchen Zeichen geistiger Störung verbunden, fast mit absoluter Sicherheit für die Diagnose der progressiven Paralyse ausschlaggebend, das ist:

1. Reflektorische Pupillenstarre. Man prüft die Pupillenreaktion am besten in ganz verdunkeltem Raume, indem man eine möglichst starke Lichtquelle an jedes Auge besonders heranführt, während das andere Auge verdeckt bleibt.

2. Fehlen eines oder beider Patellarreflexe.

3. Sprachstörungen. (Häsitieren, Silbenstolpern.)

Außer den tabischen Symptomen unter 1. und 2. finden wir auch noch ein anderes Zeichen von Tabes bei der beginnenden Paralyse, das diagnostisch den eben ge-

nannten 3 Kardinalsymptomen ebenbürtig, aber viel seltener ist. Es ist

4. Sehnervenatrophie.

Wir können also den oben aufgestellten allgemeinen Satz noch weiter spezialisieren und sagen: Jede Geistesstörung im mittleren Alter mit dem signum beginnender geistiger Schwäche, bei der sich eins jener 4 Symptome: reflektorische Pupillenstarre, Fehlen der Patellarreflexe, Sprachstörungen oder Sehnervenatrophie vorfindet, ist eine Paralyse. (Mit sehr wenigen Ausnahmen.)

Außer diesen 4 wichtigsten Nervensymptomen gibt es aber noch eine große Anzahl anderer, die mit psychischer Schwäche zusammen die Diagnose der Paralyse ermöglichen. Dies sind:

- a) Störungen der Motilität: Tremor der gespreizten Finger, der Zunge, und Lidclonus. Fibrilläre Zuckungen in der Gesichtsmuskulatur, in der Zunge und auch in der übrigen Körpermuskulatur. Ungleiche Facialisinnervation (Facialisparese), Pupillendifferenz, Ataxie der Extremitäten, Rhombergsches Symptom und Abnahme der Muskelkraft (Händedruck). Sehr charakteristisch sind auffallende Unterschiede in der Innervation rechts und links.

Ptosis, Strabismus, Augenmuskellähmungen und Paresen.

Besonders häufig sind die sogenannten „Mittbewegungen“ im Gebiete der mimischen Muskulatur.

- b) Störungen der Sensibilität: Im Beginn der Paralyse treten oft Neuralgien, starke Kopfschmerzen und lancinierende Schmerzen im Verlauf des Ischiadicus auf. Recht oft sind auch Hyp- und Analgesien, besonders an der unteren Extremität.
- c) Störungen der sensorischen Nerven: Verlust des Geschmacks ist selten, häufiger Verlust des Geruchs.
- d) Störungen der Schrift: Zitterschrift, ataktische Schrift, paralytische Schrift.

- e) Störungen des Lesens: Diese sind oft sehr früh nachweisbar, wo eine Sprachstörung kaum vielleicht erst angedeutet ist. Die Kranken verlesen sich (Paralexie) und machen Sprachfehler.
- f) Störungen der Reflexe: Die wichtigsten Symptome: Fehlen der Patellar- und Pupillarreflexe sind bereits erwähnt. Nicht selten sind die Patellarreflexe stark abgeschwächt; häufiger sind sie sehr lebhaft, und dann ist oft auch Fußclonus nachweisbar. Manchmal sind die Patellarreflexe im Beginn der Psychose stark gesteigert, um immer schwächer zu werden und schließlich zu erlöschen.

Charakteristisch ist auch hier der häufige starke Unterschied zwischen den Reflexen rechts und links.

- g) Paralytische Anfälle. Diese sind:
1. Entweder einfache, rasch vorübergehende Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle, denen nicht selten eine kurze Verwirrtheit, eine bald verschwindende Aphasie folgt.
 2. Oder epileptiforme Anfälle, die oft nach dem Typus der Rindenkrämpfe (Jacksonsche Epilepsie), seltener als echte epileptische Anfälle verlaufen. Meist ist nach dem Anfall eine deutliche Verschlechterung im psychischen und körperlichen Befinden der Kranken zu beobachten. Von den echten epileptischen Krämpfen unterscheiden sich die epileptiformen der Paralytiker einmal durch den meist ausgesprochenen Typus der corticalen Krämpfe, die von einem Muskelgebiet zum andern fortschreiten, dann durch die häufig recht lange Dauer (Stunden und Tage), durch die meist nur geringe oder fehlende Bewußtseinsstörung und die oft danach zurückbleibenden Herdsymptome (Hemiplegien, Aphasie, Spasmen), die meist freilich rasch wieder verschwinden.
 3. Seltener sind die paralytischen Anfälle apoplektiformer Art: Die Kranken werden plötzlich blaß, bewußtlos und sinken nieder. Wenn sie erwachen,

zeigen sie meist Herdsymptome: Hemiparesen, Hemiplegien, Aphasie, Hemianopsie u. a. Auch diese bilden sich meist auffallend rasch und vollständig zurück.

Typisch ist die außerordentliche und rasche Rückbildungsfähigkeit aller Lähmungen bei progressiver Paralyse. Wenn also bei einem Manne im mittleren Alter nach apoplektiformem oder andersartigem Anfall Lähmungen eintreten, die rasch und völlig wieder verschwinden, so muß das den Verdacht auf beginnende progressive Paralyse erwecken.

Alle diese angeführten nervösen Symptome können in mannigfacher Verbindung die progressive Paralyse begleiten. Im allgemeinen wird eine bestimmte Diagnose gestellt werden können, wenn mehrere von ihnen zugleich mit dem Bilde der beginnenden geistigen Schwäche zusammen vorhanden sind.

II. Viele Fälle von Paralyse zeigen entweder gar keine typischen oder erst sehr spät auffallendere Nervensymptome. Hier ist man ganz auf die psychologische Analyse des Krankheitsbildes angewiesen. Jede derartige Paralyse und mag sie unter dem Bilde einer Paranoia, einer Melancholie, einer Manie oder irgend einer andern Psychose auftreten, wird in mehr oder weniger ausgeprägter Weise zeigen:

1. Störungen der Intelligenz und Abnahme der Verstandeskräfte: Diese äußern sich in Urteilschwäche, in kritiklosen Wahnideen, in Unfähigkeit zu anstrengender Tätigkeit und in mangelhafter und fehlerhafter Auffassung äußerer Eindrücke.

2. Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit. Vergesslichkeit ist ein häufiges Initialsymptom der Paralyse. Besonders früh leiden bei der Paralyse die eingelernten Reihen aus dem Rechnen (Einmaleins), aus der Geographie und Religion (10 Gebote, Artikel, Gesangbuchverse). Das Gedächtnis muß wegen der großen dia-

gnostischen Bedeutung seiner Störungen nach den im allgemeinen Teil erwähnten Methoden genau geprüft werden.

3. Störungen des ethischen Empfindens: die Kranken werden gleichgültig gegen die Anforderungen der guten Sitte, begehen Taktlosigkeiten, werden unordentlich und salopp im Anzug, fangen nicht selten an zu trinken und sich anderen Ausschweifungen zu ergeben.

Überall, wo also im mittleren Lebensalter sich eine Charakterveränderung bemerkbar macht, deren hervorstechende Züge die Symptomentrias: 1. Abnahme des Verstandes, 2. Defekte des Gedächtnisses und 3. Unmoralität bildet, ist, auch wenn typische Nervensymptome, wie Pupillenstarre und andere fehlen, der dringende Verdacht auf beginnende progressive Paralyse vorhanden.

III. Fast alle Paralysen beginnen langsam und schleichend.

Das Initialstadium der Paralyse ist in der Mehrzahl der Fälle ziemlich gleichartig. Meist sind ganz unbestimmte Symptome, eine gewisse nervöse Unruhe, Reizbarkeit und Labilität der Stimmung, Schlaflosigkeit und ängstliche Verstimmung die ersten Signale, die den Ernst der Situation noch nicht erkennen lassen und meist als Neurasthenie gedeutet werden. Bald werden die Kranken vergeßlich, zerstreut, unaufmerksam und nachlässig, und können nicht mehr mit der früheren Präzision ihrem Berufe nachgehen. Immer deutlicher werden die Zeichen der geistigen Schwäche, der sozialen Insuffizienz und die Charakteränderung. Eine auffallende Tat, nicht selten Konflikte mit dem Gesetz oder der Moral, paralytische Anfälle, Wahnideen oder andere markantere Symptome der Geistesstörung führen endlich zur Diagnose.

Nach dem Initialstadium entwickelt sich mehr oder weniger rasch die paralytische Demenz.

Man teilt die progressive Paralyse je nach dem Überwiegen einzelner Symptome ein in

1. Die demente Form.
2. Die depressive Form.
3. Die expansive oder klassische Form.
4. Die agitierte Form.

Erwähnen wollen wir noch, daß seltene Fälle von Paralyse vor dem 20. Lebensjahre beobachtet worden sind. Diese infantile Paralyse beruht meistens auf hereditärer Lues. Die Fälle von Paralyse, welche zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre sich abspielen, werden als „juvenile Paralyse“ bezeichnet. Außer dem frühzeitigen Auftreten der Krankheit bieten diese beiden Formen der infantilen und juvenilen Paralyse nichts Besonderes.

1. Die demente Form der progressiven Paralyse.

Diese Form ist das häufigste Krankheitsbild, unter dem die Paralyse zur Beobachtung kommt. Fast die Hälfte aller Paralysen verlaufen als einfacher, fortschreitender Verblödungsprozeß, wobei auffallendere psychotische Symptome, melancholische oder manische Phasen, hallucinatorische Erregungen und markantere Wahnbildungen fehlen.

Das Initialstadium ist wie bei allen Formen der Paralyse. Die Kranken werden unruhig, schlaflos, reizbar und vergeßlich. Sie verlieren zusehends ihre geistige Elastizität, werden zerstreut und unaufmerksam. Der sonst zuverlässige Beamte versäumt seine Pflicht und benimmt sich ungehörig gegen seine Vorgesetzten. Er wird plump-vertraulich, setzt die konventionellen Formen des Umgangs außer acht und verliert das feinere Taktgefühl. Ohne daß der Kranke es merkt, wird er stumpfer und apathisch. Ab und zu treten Erregungszustände ein, deren Grad meist in keinem Verhältnis steht zu den geringfügigen Anlässen. Bald tritt die Charakterveränderung evident hervor: Die Kranken vernachlässigen ihr Äußeres, reißen Zoten in der Gesellschaft, verkehren in Kneipen und Bordellen und begehen nicht selten Delikte, die sie in Konflikt mit dem Strafgesetz bringen. (Diebstahl, Exhibitionismus.)

Das Höhestadium der Krankheit zeigt die ausgeprägten Symptome der paralytischen Demenz. Paralytische Schrift, Sprachstörung, Zittern, Ataxie, paralytische Anfälle und andere motorische und sensible Erscheinungen treten auf. Die Kranken sind stumpf und interesselos geworden. Vereinzelte Wahnideen werden geäußert. Paranoische und hypochondrische sind am häufigsten. Seltener sind schwachsinnige Größenideen. Das Gedächtnis zeigt nach allen Richtungen hin deutliche Defekte. Die einfachsten Daten aus dem eigenen Leben, aus Geographie und Geschichte und aus dem täglichen Leben werden vergessen, der Wortschatz ist enorm reduziert, bei den einfachsten Rechenaufgaben, besonders beim Subtrahieren werden grobe Fehler gemacht. Die Stimmung ist apathisch oder apathisch-depressiv, seltener besteht eine gleichmäßige, stumpfsinnige Euphorie.

Sehr häufig sind gerade bei der dementen Form paralytische Anfälle.

Selten sind Remissionen, in denen alle Symptome der Paralyse, selbst Intelligenzstörungen und Pupillenstarre, verschwinden können. Sie dauern kaum jemals länger als einige Monate. Die Paralyse setzt von neuem ein und führt zum terminalen Blödsinn. Alles psychische Leben ist fast zerstört. Das Gedächtnis bis auf wenige minimale Trümmer erloschen; der Wortschatz bis auf wenige Worte reduziert. Die Kranken sind völlig stupide, vegetieren dahin, lassen Urin und Fäces unter sich. Nicht selten kommt es zu Decubitus. An einem paralytischen Anfall, einer Schluckpneumonie oder einer anderen interkurrenten Krankheit gehen die Patienten zu Grunde.

Wir wollen in folgendem einige Fälle mit kurzer Skizzierung der Hauptsymptome anführen:

Fall 1. Uhrmacher H. M. 36 Jahre alt. Lues in der Anamnese. Jetzt leichte Sprachstörung, Fehler beim Rechnen, häufig zeitliche Desorientiertheit. Vereinzelt schwachsinnige Größenideen. Apathisch-euphorisches Wesen.

Fall 2. Polizeisergeant F. W. 34 Jahre alt. Stark gesteigerte Patellarreflexe, bds. Fußclonus. Tremor, atak-

tische Schrift mit Auslassungen, Mitbewegungen in der mimischen Muskulatur, häsitierende Sprache, Pupillendifferenz. Apathisches Verhalten, vereinzelte monotone paranoische und hypochondrische Wahnideen ohne Tiefenwirkung, deutliche Gedächtnisdefekte. Lues.

Fall 3. Architekt W. L. Beginn im 38. Lebensjahre mit Schwindelanfällen, denen leichte Sprachstörung folgte, die aber gänzlich wieder verschwand. Dann deutliche Paralexie, Analgesie der untern Extremität, starke Anfälle von Stirnkopfschmerz. Linke Lidspalte enger wie rechte. Leichte Facialisparesie links. Rhombergsches Symptom. Hypochondrische Wahnideen. Starke Störung der Merkfähigkeit. Teilnahmslosigkeit.

Fall 4. Arbeiter G. S. 32 Jahre alt. Früher Lues. Beginn mit lancinierenden Schmerzen im Verlauf des Ischiadicus. Dann Ptosis links, Abducensparese rechts. Geruch erloschen. Patellarreflexe rechts stark gesteigert, rechts Fußclonus, linker Patellarreflex sehr schwach, kein Fußclonus links. Euphorie. Schwachsinnige Größenideen. Exhibitionismus.

Fall 5. Kaufmann G. K. Früher Lues. Beginn im 40. Lebensjahre mit Schlechterwerden der Schrift (Tremor und Ataxie), Rechenfehlern, Verlusten im Geschäft. Dann Erregungen und epileptiforme paralytische Anfälle, Sprachstörung, Bettnässen. Stimmung bald weinerlich, bald euphorisch, bald apathisch. Schwachsinn.

Differentialdiagnose.

1. Gegen Neurasthenie. Unfähigkeit zu angestrenzter geistiger Arbeit, große Ermüdbarkeit, Labilität der Stimmung, hypochondrische Befürchtungen, leichter Schwindel, Kopfdruck und nervöse Symptome, wie Zittern und gesteigerte Reflexe finden wir auch beim Neurastheniker. Aber er hat immer starkes Krankheitsgefühl, Krankheits-einsicht und sucht sein Leiden zu kurieren. Die hypochondrischen Befürchtungen schließen sich an wirkliche, wenn auch unbedeutende Leiden an. Pupillenstarre und die

andern typischen paralytischen Symptome fehlen. Ebenso die typische Symptomentrias: Abnahme des Verstandes, Defekte des Gedächtnisses und Unmoralität. Ruhe bringt dem Neurastheniker Besserung, dem Paralytiker nicht.

2. Paralytische Anfälle könnten mit epileptischen oder urämischen Konvulsionen verwechselt werden. Die Unterscheidung von den epileptischen haben wir bereits erwähnt. Urämische erkennt man an den Ödemen (Augenlider, gedunsenes Gesicht etc.), den asthmatischen Anfällen und dem häufigen singultus oder Erbrechen. Der Urin enthält Eiweiß und Cylinder.

3. Syphilis des Gehirns ist meist nur schwer gegen Paralyse abzutrennen. Augenmuskelstörungen sind noch mit das verlässlichste Unterscheidungsmerkmal gegen Paralyse. Bestehende Zeichen von Syphilis sprechen mehr für Hirnsyphilis, kommen freilich auch bei Paralyse zur Beobachtung. Das sicherste differentialdiagnostische Merkmal gibt die Quecksilberkur. Bei der Paralyse ist sie völlig unwirksam oder schädlich, bei der Hirnlues bringt sie Besserung.

4. Herderkrankungen des Gehirns, besonders Tumoren des Stirnhirns, können paralyse-ähnliche Krankheitsbilder zeitigen. Die Allgemeinsymptome des Hirntumors (Stauungspapille etc.) sowie die Herdsymptome werden in Verbindung mit einer exakten Anamnese die Diagnose sichern.

5. Die Pseudoparalysen (Alkohol, Blei, Schwefelkohlenstoff) unterscheiden sich von der echten Paralyse dadurch, daß die psychischen und körperlichen Symptome sich zurückbilden, wenn das schädigende Gift entzogen wird. Auch die Anamnese ist wichtig. Bei der Pseudoparalysis saturnina kommen Radialis- und andere Bleilähmungen, sowie der eigenartige soporöse Zustand differentialdiagnostisch in Betracht.

6. Die Dementia senilis unterscheidet sich von der Paralyse durch die vorwiegende Störung der Merkfähigkeit, während das alte Gedächtnismaterial oft auffallend

lange und frisch erhalten bleibt, durch die geringe Entwicklung nervöser Reiz- und Ausfallssymptome und den langsameren Verlauf. Hohes Alter und Zeichen der Senilität (Presbyopie, arcus senilis, Arteriosklerose etc.) sprechen natürlich mehr für senile Demenz.

7. Nicht selten ergeben sich Paralytiker im Beginn der Krankheit dem Alkohol. Sie sind dann meist bereits alkoholintolerant, und die Intoxikationserscheinungen sind schwere. Es kommt nicht selten zu Delirium tremens. Die Diagnose kann meist erst mit Sicherheit nach längerer Zeit der Abstinenz gestellt werden, wenn die Symptome der Alkoholintoxikation ausgeklungen sind. Bleiben trotzdem Sprachstörungen, Pupillenstarre und andere paralytische Symptome bestehen, so ist Paralyse wahrscheinlich.

2. Die depressive Form der Paralyse.

Bei dieser Form beherrschen die traurige Verstimmung und depressive Wahnideen das Krankheitsbild. Nicht selten entwickeln sich Zustände, die einer Melancholie sehr ähnlich sehen können, besonders wenn Versündigungsideen vorhanden sind. Zudem pflegt die depressive Form der Paralyse meist erst in etwas höherem Alter, zwischen dem 40. und 45. Lebensjahr, zu entstehen. Doch tritt trotz des scheinbar echt melancholischen Zustandsbildes auch hier die paralytische Grundlage meist früh hervor. Der traurige Affekt ist nicht von der Tiefe und Nachhaltigkeit wie bei der Melancholie, oft macht sich Apathie und Gleichgültigkeit trotz depressiver Wahnideen geltend, und die Nahrungsaufnahme ist meist gut. Das charakteristische Signum der geistigen Schwäche tritt immer deutlicher hervor. Absurde hypochondrische, mikromanische und paranoische Wahnideen werden geäußert. Nicht selten sind Halluzinationen, besonders des Gehörs. Vorübergehend kommen Angstzustände zur Beobachtung, in denen die Kranken manchmal Suicid begehen. Nicht selten wird die depressive Stimmung durch kurze euphorische Momente unter-

brochen, in denen auch vereinzelte kindische Größenideen produziert werden.

In einigen Fällen der depressiven Form entwickelt sich ein Krankheitsbild, welches durch das Vorherrschen mehr oder weniger systematisierter Verfolgungsideen gekennzeichnet ist und nicht selten an Paranoia erinnern kann. Gedankenlautwerden und andere Hallucinationen, Beziehungsideen, Wahn elektrisiert zu werden und andere paranoische Symptome kommen vor.

Aber auch hier tritt früher oder später der fortschreitende geistige Verfall ein. Paralytische Nervensymptome und paralytische Anfälle begleiten ihn.

Differentialdiagnose.

1. Gegen Melancholie. Bei Männern ist Melancholie vor dem 50. Lebensjahre selten, es kommt daher wesentlich die Melancholie der Frauen in Betracht, welche häufig um das 45. Lebensjahr beginnt. Bei der Melancholie finden wir gleichbleibenden, tieftraurigen Affekt mit einem lange Zeit bestehen bleibenden depressiven, besonders Versündigungswahn. Der Paralytiker ist mehr haltlos, oft apathisch, ab und zu auch euphorisch. Seine Wahnideen oft wechselnd und verschiedener Art. Nicht selten ist im Initialstadium der Paralyse Bettnässen, was man bei Melancholie kaum beobachten wird. Der Melancholiker weint gar nicht oder sehr selten, beim Paralytiker fließen die Tränen oft und reichlich. Der physiognomische Ausdruck der Melancholie mit seiner starren, monotonen Innervation und der verwaschene, schlaffe, mit dem Affekt oft kontrastierende Gesichtsausdruck der Paralytiker erlauben manchmal mit einem Blick die Diagnose. Körperliche Zeichen wie Pupillenstarre, Fehlen der Patellarreflexe und andere sprechen natürlich für Paralyse. Oft auch Lues in der Anamnese.

2. Gegen Paranoia. Der Paralytiker mit paranoischen Wahnideen unterscheidet sich von dem echten Paranoiker durch den geringen Einfluß, den die Wahnideen auf

sein Handeln üben, durch die Beeinflußbarkeit seiner Wahnideen durch Zureden anderer, durch Widersprüche, durch Monotonie oder auffallenden Wechsel in der Wahnbildung. Paranoischer Charakter ist kaum angedeutet. Im Gegenteil sind die Kranken im Gegensatz zu dem echten Paranoiker, der sein System mit energischer, leidenschaftlicher Beredsamkeit verteidigt, meist schlaff und energielos. Sie sind persécutés passifs.

Die zunehmende psychische Schwäche im weiteren Verlauf der Psychose und die körperlichen Symptome der Paralyse lassen dann keinen Zweifel mehr an der Diagnose.

3. Die expansive oder klassische Form (Größenwahnsinn).

Diese Form der Paralyse wird jetzt immer seltener, die einfach dementen und depressiven Formen überwiegen. Sie ist im wesentlichen charakterisiert durch den paralytischen Größenwahn. Sie beginnt meist mit den gewöhnlichen Initialsymptomen der Paralyse, um dann meistens allmählich, durch ein depressives Stadium hindurch, seltener plötzlich, in das Höhestadium überzugehen. Anfangs sind die Kranken meist nur leicht manisch, beständig in heiterer, übermütiger Stimmung, redselig und zeigen gehobenes Selbstbewußtsein. Dann entwickelt sich ein wilder, ungezügelter Tatendrang. Die Kranken reisen hin und her, entwerfen hunderte Pläne, von denen sie keinen ausführen und zeigen eine unsinnige Kauflust. Bald produzieren sie massenhafte stets wechselnde Größenideen, die deutlich den Stempel des Schwachsinnigen tragen, untereinander in Widerspruch stehen und sich leicht durch Suggestivfragen verändern und ins Unendliche weiterspinnen lassen. Häufig werden die Größenideen von ganz unsinnigen, phantastischen Konfabulationen begleitet. Die Stimmung ist eine strahlende, überselige, kindische Euphorie, in der die Paralytiker ihr Vermögen verschleudern, wenn sie nicht rechtzeitig in die Anstalt gebracht werden. / Häufig sind auch starke Er-

regungszustände (paralytische Tobsucht), in der die Kranken zornmütig sind, blindwütenden Zerstörungsdrang zeigen und zu gefährlichen Gewalttaten neigen.

Das Stadium des Größenwahns kann monate- und jahrelang andauern. Nicht selten sind gerade bei der expansiven Form der Paralyse Remissionen.

Allmählich verblassen die Größenideen und werden monotoner. Die Demenz tritt immer mehr hervor. Lähmungserscheinungen werden bemerkbar. Eine kindische stupide Euphorie ist vorherrschend. Allmählich tritt tiefer Blödsinn ein.

Der Verlauf des paralytischen Größenwahns ist im allgemeinen länger als der der übrigen Formen der Paralyse. Er erstreckt sich über 4—5, nicht selten über noch mehr Jahre.

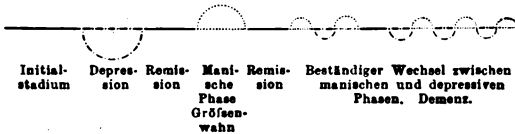
Differentialdiagnose.

1. Gegen Manie. Ab und zu, wenn auch selten, kann die Paralyse ganz plötzlich unter dem Bilde einer echten Manie beginnen. Wenn dann keine körperlichen Symptome der Paralyse vorhanden sind, muß die Diagnose in dubio bleiben, bis der weitere Verlauf Sicherheit bringt. Meistens ist aber auch, wenn körperliche Symptome nicht nachweisbar sind, aus dem psychologischen Bilde des Größenwahns die Diagnose auf Paralyse zu stellen. Die geistige Schwäche, die dem ganzen Bilde meist deutlich anhaftet, die unsinnigen, kindischen Größenideen, die nicht seltenen hypochondrischen und paranoischen Wahnideen, der Stimmungswechsel, welcher den über Millionen verfügenden Weltkaiser plötzlich in ein „elendes Tier, inwendig ganz verwest und verfault“, verwandelt, die Beeinflußbarkeit der Wahnideen — das alles sind charakteristische Merkmale der Paralyse.

Lues in der Anamnese, Sprachstörungen, paralytische Anfälle und andere körperliche Symptome sichern natürlich die Diagnose auf Paralyse.

2. Gegen manisch-depressives Irresein. Nicht

selten verläuft die Paralyse unter dem Bilde eines circulären Irreseins, was besonders markant werden kann, wenn tiefgehende Remissionen eintreten, z. B. wenn der Verlauf nach folgenden Schema stattfindet:



Auch hier werden die psychologische Trias: Abnahme des Verstandes, Defekte des Gedächtnisses, Unmoralität, der deutliche Progressus und die körperlichen Zeichen bei näherer Untersuchung Klarheit schaffen.

4. Die agitierte Form der progressiven Paralyse.

Hierunter versteht man eine expansive Form der Paralyse, die von beständiger, starker motorischer und sprachlicher Erregung begleitet wird. Die Kranken sind beständig unruhig, zeigen einen unaufhörlichen, zwecklosen Beschäftigungsdrang, lachen, singen, schwatzen fast ohne Unterbrechung und produzieren die blühendsten und unsinnigsten Größenideen. Der Verlauf erstreckt sich selten über mehr als 2 Jahre. In einigen Fällen kommt es unter maximaler Erregung zu rascher, allgemeiner Prostration, die nach einem kurzen Gesamtverlauf der Krankheit von Wochen oder Monaten zum Tode führt. (Galoppierende Paralyse.)

Differentialdiagnose.

1. Gegen Manie. Hier gilt das bei der Differentialdiagnose der klassischen Form Gesagte. Sowohl wird die psychologische Analyse des Krankheitsbildes die psychische Schwäche, als die körperliche Untersuchung das Bestehen von typischen paralytischen Nervensymptomen erweisen.

2. Gegen katatonisch-manische Erregungszustände. Auch Katatoniker können das Bild einer länger dauernden, wilden Erregung mit phantastischen Größenideen bieten. Aber ihre Orientiertheit ist völlig erhalten, während beim Paralytiker mehr oder weniger hochgradige Desorientiertheit nachweisbar sein wird. Ihre Rhetorik wird meist den katatonischen Charakter nicht verleugnen: Iterativerscheinungen, alberne Neologismen, Verbigerieren und sinnloses Reimgeklengel verbunden mit Sprachmanieriertheiten werden hervortreten. Ihre Bewegungen werden oft durch eine stereotype Monotonie auffallen, zugleich den Charakter des Bizarren, Schauspielerhaften und Manierierten tragen. Die Katatoniker sind nicht ablenkbar, im Gegenteil negativistisch; die Paralytiker oft im höchsten Maße ablenkbar und suggestibel. Wo ausgeprägte körperliche Symptome vorhanden sind, wird die Diagnose der Paralyse natürlich ohne weiteres einwandfrei.

VI. Die Katatonie.

Im Jahre 1874 beschrieb Kahlbaum in einer ausgezeichneten Monographie eine neue Psychose unter dem Namen „Die Katatonie oder das Spannungsirresein“. Das von ihm gezeichnete Krankheitsbild wurde bald der Gegenstand der lebhaftesten Diskussionen, eroberte sich aber immer mehr und mehr Terrain und hat heute in der deutschen Psychiatrie festes Bürgerrecht gewonnen.

Freilich ist die Katatoniefrage immer noch ungelöst.

Kahlbaum selber nannte die Katatonie „eine Gehirnerkrankheit mit cyklisch wechselndem Verlauf, bei der die psychischen Symptome der Reihe nach das Bild der Melancholie, der Manie, der Stupescenz (Stupor), der Verwirrtheit und schließlich des Blödsinns darbieten, von welchen psychischen Gesamtbildern aber eins oder mehrere fehlen können, und bei der neben den psychischen Symptomen Vorgänge in dem motorischen Nervensystem mit dem all-

gemeinen Charakter des Krampfes als wesentliche Symptome erscheinen“.

Er glaubte, ein bestimmtes einheitliches Krankheitsbild entdeckt zu haben, das sich durch Symptomatologie und Verlauf etwa ebenso charakteristisch von anderen Psychosen unterscheidet wie die Paralyse. Die Prognose nannte er im großen und ganzen eine günstige.

Eine andere Auffassung lehrte später Kraepelin.

Er betrachtete die Katatonie als eine Form der juvenilen Verblödungsprozesse, brachte sie also bei der Dementia praecox unter und nannte die Prognose nach seinen Erfahrungen als eine im großen und ganzen infauste.

Für unsere Diagnostik waren folgende Punkte maßgebend:

1. Fraglos hat Kraepelin Recht, den größten Teil der Katatoniefälle zur Dementia praecox zu rechnen. In der Tat ist die Katatonie vorwiegend eine Psychose des jugendlichen Alters, mehr als $\frac{3}{4}$ aller Fälle beginnen vor dem 30. Lebensjahre und etwa $\frac{2}{3}$ aller Fälle führen zu Geisteschwäche oder Blödsinn. Diesen Tatsachen entsprechend haben wir in Übereinstimmung mit der Auffassung Kraepelins diese Fälle unter dem Kapitel der Dementia praecox catatonica beschrieben.

2. Es kann aber keinem Zweifel unterliegen, daß die Prognose der Katatonie durchaus nicht so infaust ist, wie Kraepelin nach seinen Fällen sie genannt hat. Ein immerhin beträchtlicher Teil, etwa $\frac{1}{3}$ aller Fälle, geht in völlige Genesung über. Wir behalten für diese Fälle in Übereinstimmung mit Kahlbaum den Namen Katatonie vor.

Es ist also wesentlich der Ausgang der Psychose, der den Unterschied zwischen Dementia praecox catatonica und Katatonie ausmacht. Im übrigen unterscheiden sich beide Psychosen in ihren klinischen Zustandsbildern und ihrer gesamten Symptomatologie nach unsern bisherigen Kenntnissen so wenig, daß es kaum möglich ist, bei einem ausgeprägten katatonischen Zustandsbild zu sagen, ob eine

Dementia praecox catatonica oder eine Katatonie vorliegt, ob Blödsinn oder Genesung eintritt.

Auch die echte Kahlbaumsche Katatonie mit guter Prognose durchläuft eine Reihe wechselnder Zustände: melancholie- und manie-ähnliche Phasen, Perioden des Stupors mit Negativismus und Muskelstarre abwechselnd mit solchen katatonischer Erregung mit Manieriertheit und monotoner Stereotypie. Auch hier finden wir die ganze reichhaltige Fülle charakteristischer Symptome, die wir bereits bei der Dementia praecox catatonica kennen gelernt haben: im Beginn Depression mit Versündigungsideen, dann nicht selten hysterische Zeichen, besonders hysteric-ähnliche Krämpfe; verworrene Wahnideen hypochondrischen, paranoischen und expansiven Inhalts, Phasen eigenartiger religiöser Ekstase und katatonisch-maniakalischer Erregung mit pathetischem Gestikulieren, Redesucht (Verbigerieren) und Sprachmanieren, Stereotypen in Bewegung und Haltung, bizarre Paralogien, Echoerscheinungen, Flexibilitas cerea und Neigung zu impulsiven, unsinnigen Akten.

Der Verlauf erstreckt sich selten über ein Jahr hinaus. Fast alle Katatoniefälle, die über ein Jahr dauern, gehen in Dementia über, gehören also zur Dementia praecox catatonica. Nur wenige kommen dann noch zur Genesung. Wegen der völligen Unsicherheit der Prognose empfiehlt es sich, bei allen katatonischen Zuständen niemals eine Prognose zu stellen, ehe nicht die Psychose wenigstens 1—1½ Jahre gedauert hat. Gerade bei katatonischen Psychosen kommen nicht selten Zustände vor, die eine tiefe Dementia, auch völligen Blödsinn vortäuschen können, und wo trotzdem Genesung eintritt. Katatoniker, die eine völlig ausdruckslose, stupide Physiognomie bekommen haben, die im andauernden Stupor dahin vegetieren und Kot und Urin unter sich lassen, können dement sein — aber sie können auch nicht dement sein, und darum ist bei der Prognose aller Psychosen mit katatonischen Symptomen die höchste Vorsicht geboten.

Differentialdiagnose.

Wir haben die differentialdiagnostisch bei katatonischen Zustandsbildern in Betracht kommenden Fälle bereits bei der *Dementia praecox catatonica* besprochen. Auch für die echte Kahlbaumsche Katatonie können Hysterie, Epilepsie, Paralyse und Manie differentialdiagnostisch in Betracht kommen. Die Abgrenzung der Katatonie von der *Dementia praecox catatonica* ist erst nach längerem Verlaufe möglich, wenn die Demenz sicher eingetreten ist. Nur das kann man sagen, daß fast alle Katatonie-Psychosen, die bei jungen Frauen im Wochenbett sich entwickeln, prognostisch infaust sind, also zur *Dementia praecox catatonica* gehören.

VII. Das manisch-depressive Irresein.

In Übereinstimmung mit der Auffassung Kraepelins rechnen wir zum manisch-depressiven Irresein

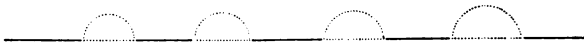
1. die einfache oder klassische Manie;
2. das periodische Irresein, und zwar
 - a) die periodische Manie und
 - b) die periodische Melancholie und
3. das circuläre Irresein

der früheren Autoren.

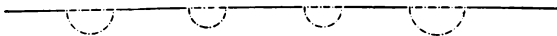
Die Zahl der Fälle, in denen eine einfache Manie nur einmal im Leben auftrat, ist außerordentlich gering. Von diesen Fällen, die also wirklich als einfache Manie bezeichnet werden könnten, führen andere, in denen 2 oder 3 oder 4 durch lange Zwischenzeiten getrennte maniakalische Anfälle im ganzen Leben auftreten, zu dem periodischen Irresein, zur periodischen Manie hinüber, wo also in einem mehr oder weniger regelmäßigen Turnus Anfälle auftreten und das ganze Leben mehr oder weniger durchsetzen.

Unter einfacher oder klassischer Manie sind also nur diejenigen Fälle zu verstehen, in denen wirklich nur ein

Anfall von Manie während des ganzen Lebens aufgetreten ist. Die Diagnose kann also eigentlich immer erst post mortem gemacht werden. Unter periodischer Manie sind diejenigen Fälle zu verstehen, in denen mehrere (6—12—20 und mehr) maniakalische Anfälle, durch freie Zwischenzeiten getrennt, aufgetreten sind (folie intermittente simple maniaque). Das Schema*) dieses periodischen Irreseins wäre also:



Unter periodischer Melancholie sind diejenigen Fälle zu verstehen, in denen mehrere melancholische Anfälle, durch freie Zwischenzeiten getrennt, im Leben aufgetreten sind (folie intermittente simple mélancholique); das Schema wäre:



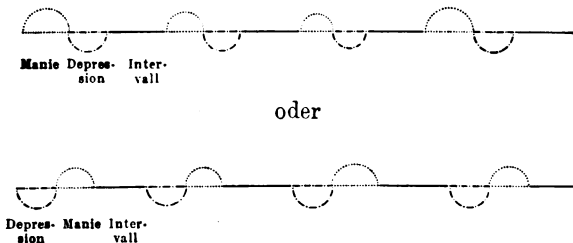
Unter circulärem Irresein sind inbegriffen:

1. Diejenigen Fälle von „folie circulaire proprement dite“, in denen sich Anfälle von Manie und Melancholie beständig und ohne Unterbrechung folgen; das Schema wäre:



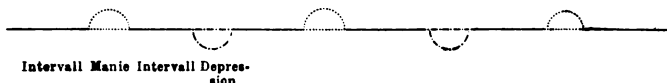
*) Anm. In allen Schematen bedeutet:
 eine einfach schwarze Grundlinie = normale, anfallsfreie Zeit,
 eine punktierte Grundlinie = Erregung,
 eine unterbrochen punktierte Grundlinie = Hemmung,
 ein nach oben konvexer Kreisbogen = Euphorie,
 ein nach unten konvexer Kreisbogen = Depression.

2. Die Fälle von „folie à double forme“, in denen beständig manisch-melancholische Anfälle auftreten, zwischen denen freie Intervalle liegen: das Schema wäre:



oder

und 3. die Fälle von „folie alternante“, in denen abwechselnd manische und melancholische Anfälle auftreten, die durch ein freies Intervall getrennt sind; das Schema wäre:



Die Übergänge zwischen allen diesen Formen sind fließende. Besonders ist eine Grenzbestimmung zwischen periodischer Manie und circulärem Irresein unmöglich. Wohl bei jeder periodischen Manie kommen auch melancholische Anfälle vor. Die Einteilung des manisch-depressiven Irreseins (der periodischen und circulären Psychosen) in verschiedene Verlaufstypen widerspricht der Wirklichkeit. Die gegebenen Schemata dienen nur zur Veranschaulichung der Begriffe. Ein ganz regelmäßiges Verlaufstypus, z. B. eine reine periodische Manie oder eine reine folie alternante, ist außerordentlich selten. Fast immer schieben sich andere Anfälle ein, die den typischen Verlauf unterbrechen.

1. Die Manie.

Jede Manie, sowohl die einfache als die des periodischen und circulären Irreseins, ist durch folgende Symptome gekennzeichnet:

1. durch eine pathologische Stimmung im Sinne einer andauernden, übermäßigen Heiterkeit mit gehobenem Selbstbewußtsein, manchmal auch mit Größenideen und Neigung zu Zornausbrüchen;

2. durch sprachliche Erregung im Sinne der Ideenflucht und

3. durch motorische Erregung (Tätigkeits-, Beschäftigungs-, Zerstörungsdrang, Tobsucht).

Der Gesamtverlauf des Anfalls läßt sich in 3 Perioden zerlegen:

1. Das Initialstadium. Leichte Prodromalerscheinungen, Kopfschmerz, Mattigkeit, Schlaflosigkeit gehen voraus. Bald tritt eine Metamorphose ein: die Kranken fühlen sich sehr munter, werden heiter, alle Arbeiten gehen ihnen leicht von der Hand. Sie werden gesprächig, redselig, ihre Gesten und Mienen werden lebhafter, sie spotten über andere, machen Witze, dichten Epigramme, werden indecent und lassen die Forderungen der guten Sitte außer acht. In diesem einleitenden Stadium, das von der Umgebung oft noch nicht als Krankheit erkannt wird, fallen diese Maniaci nicht selten auf: sie sind in beständiger, rastloser Tätigkeit, machen Pläne über Pläne, reden viel, reisen hin und her, besuchen die Wirtshäuser und verschwenden ihr Geld (große Einkäufe). Meist steigern sich alle Symptome rasch, so daß das

2. Höhestadium bald erreicht wird. Die Kranken sind beständig in heiterer Stimmung. Sie singen, tanzen, lachen, necken andere und machen beständig dumme Streiche. Sie zeigen gehobenes Selbstbewußtsein, das sich bei einem mehr in scherzhaften Renommistereien, bei anderen in echten Größenideen äußert. Sie machen andere herunter, sprechen viel von sich und ihren Leistungen und rühmen sich in

übertriebener Weise. Es besteht deutliche Ideenflucht. Die Kranken sprechen beständig. Dabei sind sie außerstande, einen bestimmten Gedanken in zusammenhängender Redeform zu verfolgen. Fängt man mit ihnen ein Gespräch an, so bekommt man vielleicht ein paar richtige Antworten, dann aber schweift der Kranke ab, wendet sich andern Dingen zu und wird ideenflüchtig. Schließlich stürzen nur noch Worte mit einer gewissen automatischen Geschwindigkeit hervor (Telegrammsprache), die Kranken sprechen, brüllen und schreien, bis sie heiser sind. Die Associationen reihen sich in buntem Wechsel aneinander. Oft bestimmen plötzliche Sinneseindrücke oder bloßer Wortgleichklang ihren Fortgang (Klangassociationen). Reimereien, Wortwitze und Reminiscenzen aus Dichtern durchsetzen die ideenflüchtige Rhetorik, die oft als geistreich und schlagfertig erscheint, während sie im Gegenteil zwar wortreich, aber gedankenarm ist. Die Ideenverbindung der Manischen ist meist nur oberflächlich. Charakteristisch ist dabei ihre große Beeinflußbarkeit. Man kann ihren Redestrom leicht beliebig lenken, indem man ihnen irgend einen Gegenstand vorzeigt oder ihnen auch nur irgend ein Reizwort zuwirft, das dann von ihnen meist sofort aufgegriffen und associativ weiter verarbeitet wird. Die Manischen sind sehr ablenkbar. Parallel mit der sprachlichen Erregung entwickelt sich die motorische. Die Kranken tanzen, springen umher, zerreißen ihre Kleider, necken oder schlagen auch andere Kranke, und zerstören, was sie bekommen können. Das Gefühl der Ermüdung fehlt auf der Höhe der Krankheit völlig, und wochenlang können die Kranken ohne Schlaf bleiben. Das Körpergewicht sinkt daher, trotz der meist vorzüglichen und vermehrten Nahrungsaufnahme, ganz enorm.

3. Im Stadium decrementi nehmen alle Symptome an Heftigkeit ab. Die Kranken werden müde, auf Stunden stellt sich Schlaf ein, die Ideenflucht macht der Redseligkeit, die motorische Erregung einer gewissen Vielgeschäftig-

keit Platz. Meist erfolgt dann die Genesung nach einer kurzen Phase der Depression (reaktive Depression).

Je nach der verschiedenen Intensität, in der die einzelnen Symptome zur Entwicklung kommen, je nach dem mehr oder weniger stürmischen Gesamtverlauf unterscheidet man mehrere Formen der Manie:

1. Die *Mania mitis*. Es gibt viele Menschen, die niemals als psychiatrische Fälle erkannt werden, und deren ganzes Leben in einem beständigen Wechsel leichter manischer mit leichten depressiven Zuständen besteht. Bei diesen Periodikern haben die manischen Zustände nur den Charakter der *mania mitis* oder *mitissima*: sie sind plötzlich wie umgewandelt, redselig, heiterer Laune und können vorzüglich arbeiten. Ideenflucht und psychomotorische Erregung sind meist kaum vorhanden, während gehobenes Selbstbewußtsein und euphorische Stimmung deutlich sind.

2. Die *Hypomanie*. Auch hier wird der Zustand als pathologischer oft nur erkannt durch die auffallende Metamorphose im Charakter, welche ihn begleitet, und die abnormen Handlungen, welche daraus resultieren. Die psychomotorische und sprachliche Erregung hält sich auch hier in mäßigen Grenzen, während die euphorische Grundstimmung stark hervortritt. Den besten Anhaltspunkt zur Beurteilung des Zustandes geben die Handlungen der Kranken. Sie neigen zu Ausschweifungen, Trinkexzessen und Verschwendung. Wegen der völlig erhaltenen Besonnenheit, der Selbstbeherrschung, der manischen Schlagfertigkeit und der oft überraschend sichern Dialektik, mit der diese Manischen ihre Streiche motivieren und beschönigen, werden sie von Laien kaum als geisteskrank anerkannt. Die französischen Psychiater bezeichnen sie als „*maniaques lucides*“, die Psychose mit dem vorzüglichen Namen der „*manie raisonnante*“, d. h. Manie mit dem Anschein der Vernünftigkeit.

3. Das weiter oben geschilderte Bild entspricht dem typischen und häufigsten Verlauf, und wird als klassische Manie bezeichnet. Hier sind alle Symptome der Manie

zu voller Höhe entwickelt. In einigen Fällen erreicht die psychomotorische Erregung so hohe Grade, daß die Kranken schließlich nur noch lallen und unkoordinierte Bewegungen machen. (*Mania gravis*.) In selteneren Fällen treten auf der Höhe der Erregung Illusionen und Hallucinationen auf, die Orientierung geht verloren, der Zusammenhang der Vorstellungen lockert sich völlig und es tritt Verwirrtheit ein (*Deliriöse Manie*.) Dieser Zustand dauert meist nur wenige Tage.

4. Manie mit Wahnbildung. Meist erst in späteren Anfällen des manisch-depressiven Irreseins treten Wahnideen auf, besonders expansiven und paranoischen Inhalts; daher man auch von *Paranoia periodica* gesprochen hat. Doch verschwindet die Wahnbildung mit dem Anfall. Sie ist meist wechselnd im Inhalt und wenig oder gar nicht systematisiert. Oft ist ein phantastisch-konfabulierender Zug darin vorherrschend.

Außer den angeführten Formen unterscheiden die Franzosen noch:

Eine manie gaie, in der der euphorische Affekt überwiegt, und eine manie furieuse (zornwütige Manie), in der die zornigen Affekte vorherrschen. Ferner eine „manie avec prédominance du mouvement“, in der die psychomotorische Erregung das Bild beherrscht, eine manie ambitieuse (mit Größenideen) und eine manie érotique.

Hieraus ist zu ersehen, daß das Krankheitsbild der Manie außerordentlich variiert.

2. Die Depression (*Melancholie*) im manisch-depressiven Irresein.

Die depressiven (melancholischen) Phasen im manisch-depressiven Irresein bilden in allen ihren Symptomen den völligen Gegensatz zu den manischen. Sie sind charakterisiert:

1. Durch eine dauernde, unmotiviert traurige Verstimmung (Depression).

2. Durch Hemmung der psychomotorischen Sphäre (Willenshemmung).

3. Durch Hemmung des Vorstellungslebens (Denkhemmung).

Die traurige Verstimmung bricht oft sehr plötzlich herein. Die Kranken verlieren an allem die Freude, werden gleichgültig gegen ihre bisherigen Interessen und äußern Lebensüberdruß. Manche werden trübsinnig, resigniert, andere weinerlich, andere ängstlich-erregt.

Die Willenshemmung entwickelt sich parallel mit der traurigen Verstimmung und wird bald zu völliger Willenslosigkeit. Die Kranken sitzen zusammengesunken und schlaff da, starren traurig und hilflos umher und machen nur selten spontane Bewegungen. Nur mit Mühe können sie sich zur einfachsten Tätigkeit aufraffen, zum Ankleiden, zum Essen. Fordert man sie zu irgend einer bestimmten Bewegung auf (z. B. rechter Arm hoch etc.), so wird sie erst nach längerer Zeit und nach Überwindung der Hemmung langsam und unvollständig ausgeführt. Auch in der oft leisen, zögernden Sprache spricht sich die Willenshemmung aus.

Der Vorstellungsablauf ist deutlich verlangsamte und monoton. Die Kranken können sich nur mit vieler Mühe auf vieles besinnen, was sie sonst völlig beherrschen, die einfachste psychische Leistung, ein Brief, eine noch so kurze Unterhaltung ist ihnen unmöglich. Sie müssen nachdenken, ehe sie auf die einfachsten Fragen antworten können, und auch dann noch kommt die Antwort zögernd hervor.

Auch bei den Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins kann man je nach der Intensität, in der die einzelnen Symptome ausgebildet sind, mehrere Formen unterscheiden:

1. Leichte Depression mit geringer Hemmung. Die Kranken werden einsilbig, verschlossen und gleichgültig. Sie sind langsam und schwerfällig, können aber ihrer gewohnten Beschäftigung nachgehen.

2. Starke traurige Verstimmung bei geringer Hem-

mung. Hier überwiegt der pathologische Affekt, der oft bis zu starker Angst sich steigern kann. Diese Kranken fühlen sich tief unglücklich, verzweifeln an Gott und aller Welt, äußern Selbstvorwürfe und Versündigungsideen und zeigen Selbstmordtendenz.

3. Depression mit Wahnbildung und verschiedenen Graden der Hemmung. Diese Zustandsbilder können an echte Melancholie erinnern. Die Wahnbildung ist vorwiegend depressiven Inhalts (Versündigungsideen). Aber auch paranoische und hypochondrische Wahnideen sind nicht selten.

4. Völlige Hemmung mit depressivem Gesichtsausdruck (depressiver Stupor). Hier beherrscht die allgemeine Hemmung das Krankheitsbild und erreicht ihre höchsten Grade, während der Affekt nur noch in der eigenartig-verstörten Physiognomie zum Ausdruck kommt, die in typischer Weise die gänzliche Hilf- und Ratlosigkeit wieder spiegelt. Die Kranken sind ängstlich-unruhig, starren mit verwirrten Blicken umher, machen kurze, hastige, nervöse Bewegungen und sind unfähig zu sprechen und irgend eine Tätigkeit auszuüben. Nicht selten sind sie unrein mit Urin und Kot und müssen gefüttert werden.

Manchmal gehen mit dem depressiven Stupor Angstzustände mit Sinnestäuschungen einher, in denen Desorientiertheit und tiefere Bewußtseinsstörungen bestehen. Die Erinnerung an diese Zustände ist später oft nur mangelhaft (Amnesie).

5. Eine besondere Form der Depression bildet die sogenannte „*mélancholie raisonnée*“ der Franzosen. Die traurige Verstimmung ist mehr oder weniger hochgradig, es besteht gänzliche Willenslosigkeit. Aber die Kranken haben völlige Einsicht in ihren Zustand, kritisieren alle ihre depressiven Ideen mit frappierender Klarheit und haben den sehnlichen Wunsch, aus ihrer Situation herauszukommen.

3. Mischzustände im manisch-depressiven Irresein.

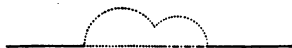
Wir haben gesehen, daß sowohl die manischen wie die depressiven Phasen des manisch-depressiven Irreseins durch je 3 Kardinalsymptome gekennzeichnet sind, die sich einander genau entsprechen, nämlich:

	Manische Phase	Depressive Phase
I. Auf psychomotorischem Gebiete	Motorische Erregung	Motorische Hemmung (manchmal bis zum Stupor)
II. Auf affektivem Gebiete	Euphorie	Depression
III. Auf dem Gebiet des Vorstellens	Ideenflucht	Denkhemmung

Nicht selten treten nun sowohl in den manischen als in den depressiven Phasen des manisch-depressiven Irreseins einzelne Episoden auf, in denen die Symptomatologie des Anfalls eine gemischte, d. h. aus Zeichen der manischen und depressiven Phase zugleich zusammengesetzt ist. Man nennt diese Zustände **Mischzustände**.

Die hauptsächlichsten Formen sind:

1. Der manische Stupor. Er tritt ein, nachdem eine typische manische Exaltation mit Ideenflucht und gehobener Stimmung bestanden hat. Die Kranken werden plötzlich still, die psychomotorische Erregung geht in mehr oder weniger hochgradige Hemmung über, und nur noch der eigenartige physiognomische Ausdruck, der der Euphorie, zugleich die auffallend maskenartigen, wie aus Holz geschnittenen, gezwungen lächelnden Gesichtszüge lassen die manische Grundstimmung erkennen. Das Schema einer solchen Phase wäre:



Manchmal entsteht der manische Stupor mitten im tiefsten depressiven Stupor, indem sich der bis dahin tieftraurige, ängstlich-verstörte physiognomische Ausdruck in den entgegengesetzten euphorischen verwandelt. Der Verlauf dieser Phase wäre also:



2. Die agitierte Depression mit Ideenflucht entsteht ebenfalls aus der typischen maniakalischen Exaltation, indem nur die Euphorie in die Depression sich verwandelt, und im übrigen alle andern Symptome der manischen Phase: Ideenflucht und motorische Erregung unverändert fortbestehen. Das Schema dieses Verlaufes wäre:



3. Die unproduktive Manie. Sie zeigt zwar die beiden Symptome der manischen Phase: Euphorie und motorische Erregung; aber die Ideenflucht fehlt. Statt dessen finden wir eine große Monotonie in den sprachlichen Leistungen, die oft einen eigenartig-schwachsinnigen Eindruck hervorruft. Statt der Ideenflucht besteht Denkhemmung, was man leicht feststellen kann, wenn man den Kranken in ein Gespräch zieht oder ihm kleine Aufgaben zu lösen gibt (Rechnen!). Die Erschwerung und Verlangsamung der Denkprozesse tritt dann deutlich zu Tage.

Das Schema einer unproduktiven Manie ist:



4. Verlauf und Ausgang des manisch-depressiven Irreseins.

Eine einfache Manie ist ebenso wie das einmalige Auftreten eines typischen Depressionszustandes sehr selten. Manie und Depression neigen zu Recidiven. Die ersten Anfälle des periodischen und circulären Irreseins kommen in fast $\frac{3}{4}$ aller Fälle vor dem 25. Jahre zur Beobachtung. Wie bereits früher gesagt, sind die reinen Fälle sogenannter periodischer Manie und periodischer Melancholie, wenn sie überhaupt rein vorkommen, sehr selten. Fast überall finden wir, daß kurze Depressionszustände den manischen Phasen oder manische Episoden den depressiven Phasen vorausgehen, sie unterbrechen oder sich ihnen anschließen. Die Mischzustände beobachtet man am häufigsten zu der Zeit, wo eine Phase in die andere übergeht; aber es gibt einzelne Fälle, in denen typische manische oder depressive Phasen überhaupt nicht vorkommen, sondern als deren Äquivalente immer nur Mischzustände. Alle diese Tatsachen zwingen dazu, die alte Nomenklatur „periodischer Manie“ und „circuläres Irresein“ fallen zu lassen, die den wirklichen Verhältnissen Zwang antut.

Die Dauer des einzelnen Anfalles ist verschieden. Sowohl die manischen wie die depressiven Phasen können wochen- und monatelang dauern; selten erstrecken sie sich über Jahre. Die Durchschnittsdauer ist 2—4 Monate. Nach den ersten Anfällen folgt meist eine längere, anfallsfreie Zeit, die oft Jahre, bis zu einem Decennium und mehr, umfaßt. Später treten die Anfälle häufiger auf, und die anfallsfreie Zeit wird kürzer und kürzer.

Die Prognose des einzelnen Anfalls ist gut. Es tritt Genesung ein.

In späteren Jahren kommt es bei häufigen Anfällen oft zu einer gewissen Apathie und Willensschwäche.

Differentialdiagnose.

1. Die manischen Zustandsbilder müssen gegen Katonie und Paralyse abgegrenzt werden, wo ebenfalls manie-ähnliche Phasen vorkommen können. (Siehe unter Paralyse und *Dementia praecox catatonica*.)

2. Die Differentialdiagnose hypomanischer Zustände bei *Dementia praecox simplex* gegen echte Manie ist bei der Hebephrenie besprochen worden.

3. Der depressive und manische Stupor des manisch-depressiven Irreseins müssen von anderen Stuporformen abgegrenzt werden, besonders vom katatonischen. Wichtig und oft entscheidend ist hier der physiognomische Ausdruck. Beim Katatoniker leere, maskenhafte Züge oder Grimassen und Tics; beim manisch Stuporösen der gespannt-lächelnde, euphorische, beim depressiv Stuporösen der verstörte, verängstigte Gesichtsausdruck.

4. Epileptische Dämmerzustände können einer manie furieuse oder einer deliriösen Manie täuschend ähnlich sein. Physiognomie, manchmal Schädelabnormitäten, der meist monotone Vorstellungsablauf, einzelne automatische Bewegungen und der Wechsel in der Intensität der Bewußtseinsstörung unterscheiden sie von ihnen.

5. Manche Fälle von Katatonie erinnern durch ihren Wechsel von manischen und depressiven Phasen mit Remissionen an circuläres Irresein. Bei genauer Analyse der Krankheitsbilder wird eine Verwechslung unmöglich. Die Manischen sind ablenkbar, die katatonisch Manischen nicht, die Depressiven sind gehemmt. Die Katatoniker zeigen Muskelstarre oder Negativismus. Die Physiognomie gibt weitere Anhaltspunkte. Echte Ideenflucht kommt bei Katatonie kaum vor. Katatonische Symptome fehlen im circulären Irresein.

6. Einige Fälle von Paralyse können an circuläres Irresein erinnern. Aber abgesehen von den psychologischen Zeichen der paralytischen Geistesschwäche sind die körperlichen Symptome der Paralyse nachweisbar.

VIII. Die Psychosen des Rückbildungsalters.

Zu den Psychosen des Rückbildungsalters zählen diejenigen Psychosen, die im höheren Alter auftreten, wo auch normalerweise Schwankungen des psychischen Gleichgewichts zur Beobachtung kommen. Wir beschreiben hier:

1. die Melancholie,
 2. die Hystero-Hypochondrie,
 3. den praesenilen Beeinträchtigungswahn
- und 4. die senile Demenz.

I. Die Melancholie.

Die Melancholie beginnt bei Frauen meistens im Klimakterium, zwischen dem 40.—55. Lebensjahre, bei Männern meist etwas später, nicht vor dem 50. Lebensjahre.

Der Beginn der Melancholie ist regelmäßig ein einfacher Depressionszustand und zieht sich meist Wochen oder Monate hin. Die Kranken werden ohne Grund traurig, können nicht mehr recht arbeiten, werden still und grüblerisch und äußern allerhand unklare Befürchtungen. Sie verlieren das Interesse für ihren Daseinskreis, können sich über nichts mehr freuen, werden leidend und schreckhaft. Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit sind nie fehlende Initialsymptome. Typisch ist für das Initialstadium eine eigenartige Ratlosigkeit und Unschlüssigkeit. Ab und zu werden Selbstbeschuldigungen und Suicidideen geäußert.

Das Höhestadium der Melancholie wird charakterisiert:

1. Durch den gleichbleibenden, tiefen traurigen Affekt. Dieser kann sich in allen möglichen Schmerzäußerungen entladen, bald in leisem Weinen und Wimmern oder in lautem Wehklagen und im verzweifelten Ringen der Hände. Der physiognomische Ausdruck ist immer ausgeprägt.

2. Diese traurige Verstimmung wird häufig unterbrochen von Angstzuständen. Diese können plötzlich in

voller Stärke einsetzen (*raptus melancholicus*), oder erst allmählich zu voller Intensität anwachsen. Sie äußern sich in starker Unruhe mit unaufhörlichem zwecklosen Hin- und Herrennen, in lauten monotonen Klagen und nicht selten in gefährlichen Akten gegen das eigene Leben oder das Leben anderer. Sie können rasch vorübergehend sein oder auch wochenlang andauern. Häufig kehren sie immer zu bestimmten Stunden, besonders gern morgens wieder. Die Angst selber ist fast immer typische Präcordialangst, weshalb man Melancholische oft daran erkennt, daß sie die Hand auf die Herzgegend pressen.

3. Sehr rasch entwickeln sich bei der Mehrzahl der Melancholiker Wahneideen. Zuerst der am häufigsten zu beobachtende Versündigungswahn, nicht selten auch Verarmungswahn. Die Kranken durchforschen ihr ganzes Leben und finden es überall mit Missetaten befleckt (*délire rétrograde*); andere knüpfen ihre Wahneideen an ein bestimmtes, meist harmloses, weit zurückliegendes Ereignis. Sie haben einem Bettler früher einmal eine Erquickung abgeschlagen oder ein Tier gequält oder einen unsittlichen Antrag nicht streng genug zurückgewiesen. Darum sind sie verstoßen und unwert zu leben. Manchmal bewegen sich die depressiven Wahneideen vorwiegend auf religiösem Gebiete: die Kranken klagen sich an, daß sie zu wenig in die Kirche gegangen, sich gegen Gott und seine Gebote versündigt hätten, darum seien sie der Hölle und dem Teufel verfallen. Sie seien von Gott verlassen und für ewig um ihre Seligkeit gekommen. Nicht selten ist mit diesen depressiven Wahneideen Beziehungswahn verknüpft. Die Kranken merken an den Mienen der andern, wie man sie auslacht, verspottet und verwünscht, und daß man sie gerne wegen ihrer Sündhaftigkeit los wäre. Sie beziehen auch die wirklichen Äußerungen anderer Kranker auf sich, besonders die Schimpfereien Paranoischer.

In der Mehrzahl der Fälle entwickeln sich neben dem festen Kern depressiven Wahns hypochondrische und paranoische Wahneideen. Die letzteren sind nie systematisiert.

und zeichnen sich dadurch aus, daß sie das Handeln der Kranken nicht beeinflussen. Der Melancholische ist ein persécuté passif. Im Gegenteil entschuldigt und rechtfertigt er selber die vermeintlichen Verfolgungen durch seine Nichtswürdigkeit und Verschuldungen gegen Gott und die Menschen. Die hypochondrischen Wahnideen treten meist nur episodisch auf, begleiten besonders gern die Anfangs- und Endstadien. Sie sind prognostisch wichtig. Das délire des négations, das „délire d'énormité“, der Verwandlungs- und Besessenheitswahn sind seltenere Wahnbildungen.

4. Sein besonderes Gepräge bekommt die depressive Stimmung durch das gleichzeitige Bestehen von psychomotorischer und allgemeiner Denkhemmung. Die Kranken sind rat- und energielos, sie können sich zu keiner Tat aufraffen. Ihre Bewegungen sind langsam. Oft kauern sie stundenlang wie erstarrt da oder wiederholen immer dieselben monotonen Bewegungen. Die psychomotorische Hemmung spricht sich auch in Physiognomie und Haltung aus: die Züge sind unbeweglich, starr und zeigen immer denselben stereotypen melancholischen Ausdruck, der Blick ist starr und glänzend, der Lidschlag seltener. Das ganze Mienenspiel ist arm, spiegelt nur die Affekte der Trauer und der Angst.

Die allgemeine Denkhemmung zeigt sich in dem erschwerten Gedankenablauf, in der meist monotonen Wahnbildung, in dem langsamen, zögernden Sprechen und in dem äußerst geringen Vokabularium der Melancholiker. Manche gebrauchen wochen- und monatelang kaum 10—20 Worte, manchmal bilden Interjektionen: „O, Gott!“ und kurze Klagelaute die einzigen sprachlichen Leistungen.

5. Sinnestäuschungen verschiedener Sinne, Visionen und Hallucinationen des Gehörs, nicht selten auch des Geschmacks und Geruchs, begleiten die Psychose. Die Kranken hören Vorwürfe, Anklagen, Beschimpfungen, Bedrohungen. Sie sehen, wie die ganze Umgebung blau wird oder die Menschen plötzlich alle schwarz werden. Schreckgestalten werden sichtbar. Sie vernehmen das Wehklagen

ihrer dem Hunger oder dem Tode preisgegebenen Kinder. Alles riecht nach Dreck und Dunst. Die Sinnestäuschungen der Melancholiker spielen im großen und ganzen keine Rolle im Krankheitsprozess, nur in Angstzuständen werden sie von großer Wirkung und bilden dann oft die Ursache gefährlicher Attentate.

6. Selbstmordneigung und Nahrungsverweigerung sind fast bei jeder Melancholie anzutreffen. Die Melancholiker sind meist von einer eisernen Beharrlichkeit in ihren Selbstmordversuchen und gehen darin oft mit großer Raffiniertheit zu Werke. Ist die günstige Gelegenheit gefunden, so machen sie meist energische und sichere Exekution. Die Nahrungsverweigerung hat entweder den Zweck, sich verhungern zu lassen, oder ist die Folge depressiver, hypochondrischer oder paranoischer Wahnideen (der Kranke ist das Essen nicht wert, der Leib ist zu, es ist Säure im Essen, um ihn zu vergiften).

7. Die Auffassung der Umwelt, die Orientierung, die Intelligenz und das Gedächtnis sind im ganzen ungestört. Nur in dem seltenen depressiven Wahn *sensu strictiori* kommt es zu einer völlig illusionären Verkennung der ganzen Umwelt.

Je nach dem Vorherrschen einzelner Symptome während des Gesamtverlaufes spricht man:

- a) von *Melancholia simplex* (*mélancholie sans délire*), bei der die traurige Verstimmung dominiert, während markantere Wahnideen und ängstliche Erregungen fehlen;
- b) von *Melancholia anxiosa*, bei der der Affekt meist zu lebhafter Angst gesteigert ist und sich in dauernder motorischer Unruhe entlädt. (Auch *Melancholia agitata*);
- c) von *Melancholia stuporosa*, in der die Hemmung überwiegt, und es zu einer hochgradigen Gebundenheit des ganzen psychomotorischen und Vorstellungslbens kommt.

Je nach dem Inhalte der bei Melancholie vorkommen-

den Wahnideen spricht man von einer hypochondrischen, einer religiösen Melancholie und einer *Melancholia persecutoria*. Diese Einteilung ist ohne Bedeutung, weil fast bei jeder Melancholie mehrere verschiedenartige Wahnideen auftauchen.

Der Verlauf der Melancholie erstreckt sich durchschnittlich über 8—12—14 Monate. Er wird von Sinken des Körpergewichts, Verdauungsstörungen und andern somatischen Erscheinungen begleitet.

Die Prognose ist für die meisten Fälle günstig, besonders für die von *mélancholie sans délire*. Sie wird um so infauster:

1. Je rascher der traurige Affekt erlischt und Apathie eintritt.

2. Je stärker hypochondrische und paranoische Wahnideen in den Vordergrund treten und je unsinniger diese in ihrem Inhalte sind.

3. Das *délire des négations* und das *délire d'énormité* sind ebenso wie echte Größenideen fast immer infaust.

4. Je näher das Individuum sich dem *senium* befindet, und je mehr die körperlichen Zeichen der Senilität ausgeprägt sind.

5. Der melancholische Galgenhumor, der in einigen Fällen nach monatelangem Verlauf eintritt, ist prognostisch infaust.

Differentialdiagnose.

1. Gegen progressive Paralyse. Der Paralytiker ist labiler in seiner Stimmung; er ist haltlos und weint leichter. Der Melancholiker weint selten oder nie und ist gleichmäßig traurig. Der Affekt ist tiefer beim Melancholiker, daher auch die Nahrungsverweigerung hier meist energischer als beim depressiven Paralytiker. Diese essen in Kontrast zu ihrem depressiven Affekt oft auffallend gut. Melancholiker, die ins Bett machen, sind der Paralyse verdächtig. Alle körperlichen Symptome: Sprachstörungen, Pupillenstarre etc. sprechen natürlich ohne weiteres für

Paralyse. Die Paralyse kommt am häufigsten zwischen dem 30.—45., die Melancholie zwischen dem 45.—55. Lebensjahre vor.

2. Gegen senile Demenz. Die Differentialdiagnose kann hier oft schwierig sein. Störungen der Merkfähigkeit, Intelligenzdefekte und körperliche Symptome der Senilität sprechen mehr für Dementia senilis.

3. Eine im späteren Alter beginnende Paranoia kann anfangs ein melancholie-ähnliches Zustandsbild darbieten. Das mißtrauische, scheue, gereizte Wesen, die stärker auftretenden Sinnestäuschungen, das Fehlen der Hemmung, Illusionen des Gehörs und oft auch der physiognomische Ausdruck unterscheiden den Paranoiker vom Melancholiker. Der erstere sagt: Ich mag das eine oder andere begangen haben, was nicht recht war, aber was geht das andere an und warum verfolgt man mich? Der Melancholiker sagt: Man verfolgt mich und will mich beseitigen; aber das ist auch ganz recht, denn ich habe es nicht anders verdient, weil ich ein Elender bin.

4. Manchmal (in seltenen Fällen) beginnt das manisch-depressive Irresein erst in den Jahren der Rückbildung. Dann kann die depressive Phase an Melancholie erinnern. Die Diagnose wird man erst machen können, wenn mehrere Anfälle oder manische Phasen beobachtet sind. Denn die Kardinalsymptome der Melancholie und der Depression im manisch-depressiven Irresein sind völlig gleich.

2. Die Hystero-Hypochondrie.

Die Hystero-Hypochondrie ist in den neueren deutschen Lehrbüchern der Psychiatrie fast verschwunden. Sehr mit Unrecht. Denn sie ist ein durchaus selbständiges und wohlcharakterisiertes Krankheitsbild, welches ziemlich häufig zur Beobachtung kommt.

Die Hystero-Hypochondrie ist eine Psychose, die fast immer in höherem Alter, bei Frauen um die Zeit des Klimakterium, bei Männern gegen das 50. Lebensjahr sich

entwickelt. Sie ist eine typische Varietät der Melancholie, weswegen sie von den Franzosen als *mélancholie hypochondriaque* bezeichnet wird. Nicht selten entsteht sie auf der Basis eines hysterischen Temperamentes.

Sie ist charakterisiert durch 3 Reihen von Symptomen, die sich innig miteinander vermischen.

≡ I. Die Symptome, welche sich unter dem Begriff „Hypochondrie“ zusammenfassen lassen. Mit diesen beginnt meist die Psychose. Bei den Kranken stellen sich anfangs allerhand neurasthenische Beschwerden ein: Kopfschmerzen, Herzklopfen, Schlaflosigkeit. Die Kranken beschäftigen sich viel mit ihrem Körper, untersuchen ihren Leib, betrachten und betasten sorgfältig alle Regionen, prüfen Urin und Fäces, lesen medizinische Bücher und konsultieren einen Arzt nach dem andern. Dann treten abnorme Sensationen, Angst und Zittern auf, die Kranken äußern allerhand Befürchtungen, werden deprimiert, arbeitsunfähig und lebensüberdrüssig. Mehr und mehr entwickelt sich die hypochondrische Wahnidee, an einer schweren, unheilbaren Krankheit zu leiden, wie sie bis dahin noch niemals bei Menschen beobachtet sei, und die darum allen Ärzten ein völliges Rätsel sein müßte. Mit der Fixierung dieser Idee ist das Krankheitsbild völlig entwickelt, und es finden sich dann folgende Symptome:

1. Die hypochondrischen Wahnideen. Sie bilden den Kern des Krankheitsbildes. Z. B. äußerte eine Kranke folgende Wahnideen: „Ich leide an der innern Auflösung. Fortwährend schwittert es in mir und die innere Auflösung geht immer weiter. Ich bin innen ganz hohl. Mein Leib ist wie ein leerer Schlauch, alle meine Eingeweide sind aufgelöst, jetzt kommen auch die Knochen an die Reihe. Und das allerschrecklichste ist, daß man von außen von meiner Auflösung nichts merkt, daß kein Mensch, auch der Klügste nicht sieht, wie krank und wie hohl, ich bin.“

Die hypochondrischen Ideen erweisen sich durch ihre völlige Unkorrigierbarkeit als Wahnideen. Sie fixieren sich

im Verlauf des Leidens mehr und mehr und zeigen zuletzt oft eine auffallende Monotonie.

2. Sie finden immer neue Nahrung durch die zahlreichen abnormen Sensationen in der Haut und den inneren Organen, die von den Kranken in wahnhafter, hypochondrischer Weise verarbeitet werden. Es sind Schmerzen, Stiche, Kriebeln, „Schwittern“, „Auflösungsschmerzen“ und andere Gefühle, die geklagt werden und jeder Behandlung meist gänzlich unzugänglich sind.

3. Der Vorstellungskreis der Kranken ist auf der Höhe der Krankheit stark eingeengt und nur auf das eigene Leiden konzentriert. Die Kranken entwickeln den typischen Egoismus der Hypochonder, werden gleichgültig gegen alles, was nicht ihre Krankheit berührt, und können nur mit Neid und Trauer mit ansehen, wie andere sich freuen. Ihre Krankheit beschäftigt ganz allein die Hypochonder, ihr Hauptbedürfnis ist, jemanden zu haben, dem sie unausgesetzt ihre Leiden klagen können. Aber auch nachdem sie ausführlich alles geklagt haben, empfinden sie keine Erleichterung.

4. In der Willenssphäre zeigt sich eine zunehmende Lähmung. Die Kranken werden zur leichtesten Arbeit unfähig, hocken entweder stundenlang wie gebrochen herum oder irren in beständiger Unruhe umher, seufzend und klagend.

II. Die Symptome von Melancholie.

1. Die Kranken zeigen eine traurige Verstimmung, die an Intensität durchaus der der Melancholie gleichkommen und sich oft bis zur Angst steigern kann. Die Kranken fühlen sich tief unglücklich, klagen, daß ihnen niemand helfen könne, und bringen unaufhörlich ihre monotonen Klagen vor. Der physiognomische Ausdruck kann der typische melancholische sein. Nicht selten begehen Hystero-Hypochonder Selbstmord.

2. Nicht selten sind Versündigungsideen, die jedoch hinter den hypochondrischen zurücktreten. Sie bilden manchmal die Erklärung für die Beschwerden und Leiden,

wie z. B. bei folgender Kranken: „Mein ganzes Leben zieht nachts an mir vorüber; es ist nichts wie ein großer Sündenberg. Ich habe soviel gesündigt, daß die Sünden mir unmöglich vergeben werden können; deshalb muß ich auch immer nur denken: ihr Berge bedeckt mich, ihr Hügel fallet über mich! Ich bin so schlecht und stehe so tief, daß ich niedriger bin als ein Tier, bald werde ich auch wohl wie ein Hahn anfangen müssen zu krähen. Aber das ist meine Strafe, ewig ruhelos umherwandern zu müssen, krank und doch nicht sterben können.“

III. Durch Symptome, die an den hysterischen Charakter erinnern. Sie bestehen in einer starken Neigung zu Übertreibungen und bewußten Täuschungen, in einem starken Bedürfnis zu klagen und Trost zu empfangen. Wenn die Kranken gut geschlafen haben, behaupten sie, kein Auge zugetan zu haben. „Mein Schlaf ist gar kein Schlaf. Nur eine Betäubung.“ Haben sie gut gegessen — und die Kranken essen meist gut, ja zeigen oft geradezu Gefräßigkeit — so wird es nachher völlig abgeleugnet. Manche nehmen ihre Nahrung nur heimlich, wenn sie sich nicht beobachtet glauben oder lassen das eigene Essen stehen, um unbemerkt anderen Kranken das Essen wegzunehmen, und nachher über das völlige Darniederliegen des Appetits zu klagen.

Oft wird bei der leisesten Berührung des Körpers Schmerz geäußert (Hyperästhesie), Schluckbeschwerden, Atembeklemmung, Singultus, Meteorismus, Tachycardie, Gastralgie und andere hysterische Symptome sind nicht selten.

Typisch ist für alle Hystero-Hypochonder noch die außerordentliche psychogene Steigerung aller Symptome, die sich einstellt, sobald sie sich beobachtet wissen oder vom Arzte untersucht werden. Dann werden alle Beschwerden deutlich übertrieben: starkes Zittern, rudimentäre hysterische Anfälle mit Verdrehen der Bulbi, Schwanken des Körpers, der umzufallen droht oder auch wirklich zusammensinkt, schüttelnde Bewegungen des Kopfes, Atem-

krämpfe, Schwitzen, tonlose Stimme und andere an Hysterie erinnernde Symptome treten auf, um rasch wieder abzuklingen und zu verschwinden, wenn die Beobachtung vorüber ist.

Der Verlauf der Hystero-Hypochondrie erstreckt sich meistens über ein und mehr Jahre. Die Prognose ist im großen infaust. Nur Remissionen, die jeder Zeit auf Stunden, Tage und Wochen die Krankheit unterbrechen, kommen zur Beobachtung.

Differentialdiagnose.

1. Gegen Hysterie. Die echten Hysterischen unterscheiden sich von den Hystero-Hypochondern durch die Suggestibilität, durch den stärkeren Wechsel in der Stimmung und die Stigmata.

2. Gegen Melancholie. Die Angst der Hystero-Hypochonder ist weniger beständig, die psychomotorische und Denkhemmung fehlt ihnen, ihre Selbstvorwürfe und Versündigungsideen spielen eine geringere Rolle im Krankheitsbilde. Die Remissionen, die häufig alle Symptome bei Hystero-Hypochondrie völlig verschwinden lassen, kommen bei Melancholie nicht vor. Im Gegensatz zu den Melancholikern nehmen die Hystero-Hypochonder meist gut Nahrung zu sich.

3. Gegen Paranoia. Bei manchen Hystero-Hypochondern treten ab und zu vereinzelte, vage paranoische Ideen auf. Sie sind nie systematisiert, beeinflussen das Handeln nicht. Sinnestäuschungen des Gefühls und der Organe allein kommen nur bei Hystero-Hypochondrie vor, während diese bei Paranoia wenigstens noch mit Halluzinationen des Gehörs verbunden auftreten.

3. Der präsenile Beeinträchtigungswahn.

Der präsenile Beeinträchtigungswahn ist eine seltene Geisteskrankheit. Sie stellt einen an Paranoia erinnernden

Symptomenkomplex dar, der sich zwischen dem 50. und 60. Lebensjahre, vorwiegend bei Frauen, entwickelt.

Der Beginn der Psychose kann ganz an eine beginnende Paranoia erinnern. Die Kranken sind depressiv und mißtrauisch. Im späteren Verlauf treten dann Wahnideen paranoischen Inhalts auf, die sich von denen der echten Paranoiker folgendermaßen unterscheiden:

1. Sie sind meist von vornherein ganz absonderlichen, romanhaften, oft geradezu schwachsinnigen Inhalts. Eine Räuberbande wohnt in den Kanälen unter der Anstalt und verübt von hier aus lauter unheimliche Schandtaten. Sie schlachten die Kinder des Verfolgten, unterschlagen seine Postsachen, versuchen ihm Gift ins Essen zu streuen, ihm das Gehirn abzulassen und seiner Hoden zu berauben.

2. Die Verfolgungsideen Präseniler wechseln beständig und verknüpfen sich nicht zu fixen Wahnsystemen. Bald tritt die eine, bald eine andere Wahnidee in bunter Abwechslung auf die Scenerie.

3. Die Verfolgungsideen Präseniler sind korrigierbar: wenigstens lassen sich die Kranken ihre Wahnideen häufig ausreden. Freilich treten immer wieder neue Wahnideen statt der verlassenen auf.

4. Sehr häufig zieht sich wie ein roter Faden durch die abwechslungsreiche Fülle schwachsinniger paranoischer Wahnideen die Idee, von dem Gatten in der Ehe betrogen zu sein. (Wahn ehelicher Untreue.)

5. Die Verfolgungsideen der Präsenilen üben kaum oder selten einen imperatorischen Einfluß auf das Handeln der Kranken. Ein eigentlicher paranoischer Charakter entwickelt sich nicht. Die präsenilen Paranoiker bleiben meist harmlos und verkehren oft mit ihren Feinden oder ihren Gatten, von denen sie sich verfolgt oder betrogen glauben, ganz kordial. Sie sind *persécutés passifs*.

6. Sinnestäuschungen kommen vor, besonders Hallucinationen des Gehörs, spielen aber keine Rolle.

Im großen und ganzen erinnert der Prozeß an manche

Fälle von *Dementia praecox*, nur daß es sich dabei um ältere Individuen handelt.

Die Prognose ist infaust. Zwar kommt es nicht zu Verblödung, aber es entwickelt sich eine zunehmende Urteilsschwäche und Reizbarkeit, die Wahnideen bleiben bestehen.

Differentialdiagnose.

1. Gegen *Paranoia*. Alles, was als charakteristisch für die Wahnideen der präsenilen Paranoiker angeführt worden ist, spricht gegen *Paranoia*. Auch das Alter und die frühzeitig eintretende Urteilsschwäche sprechen für präsenilen Beeinträchtigungswahn.

2. Gegen beginnende *Dementia senilis*. Bei der senilen Demenz stützt sich die Diagnose auf die Gedächtnis- und Intelligenzstörungen, auf die stärkere Trübung der Besonnenheit und Orientiertheit und die fortschreitende Verblödung. Der präsenile Paranoiker erhält sich meist dauernd auf einem gewissen gleichbleibenden Niveau äußerer Besonnenheit und sozialer Verkehrsfähigkeit. Der senile Demente sinkt immer tiefer und tiefer.

3. Gegen *Paralyse*. Ausnahmsweise könnte eine Spät-Paralyse den Symptomenkomplex des präsenilen Beeinträchtigungswahns darbieten. Dann werden die Zeichen organischer Läsion sowie die Intelligenzdefekte die Diagnose der Paralyse sichern.

4. Die *Dementia senilis*.

Die *Dementia senilis* ist eine progressive, zu Demenz führende Geistesstörung, die im Senium um das 60. Lebensjahr auftritt und von den körperlichen Symptomen der Senilität begleitet wird. Seltener beginnt die Psychose bereits vor dem 60. Jahre (*Dementia senilis praecox*). Sie ist ebenso wie die Paralyse geradezu proteusartig in ihrem Verlauf und kann sich unter dem Bilde einer einfachen, fortschreitenden Ver-

blödung, unter manie-, melancholie-, paranoia-ähnlichen und andern Zustandsbildern entwickeln.

Ihren Verlauf kann man in 3 Stadien zerlegen:

I. Das Initialstadium.

II. Das Stadium der ausgeprägten Demenz.

III. Das Endstadium.

I. Das Initialstadium kann sehr verschiedenartige Zustandsbilder darbieten. Die häufigsten Fälle sind folgende:

1. Meistens beginnt die Psychose schleichend. Langsam macht sich eine leise Abnahme der gesamten psychischen Leistungsfähigkeit bemerkbar. Die Kranken werden unzugänglich für neue Eindrücke und neue Ideen, ihr Gedächtnis nimmt ab, sie werden vergeßlich und ermüden leicht. Allmählich entwickelt sich auch eine Charakterveränderung. Die Kranken werden reizbar, mürrisch und egoistisch. Andere werden weinerlich und haltlos, regen sich über jede Kleinigkeit auf, werden eigensinnig und zornig wie die Kinder, wenn man ihnen ihren Willen nicht tut. Auch auf moralischem Gebiete macht sich die Degeneration bemerkbar, die Kranken werden indezent und lasciv, nicht selten begehen sie Sittlichkeitsdelikte, von denen unzüchtige Handlungen, an Kindern begangen, und Exhibitionismus für die senile Demenz geradezu typisch sind.

Alkoholintoleranz ist, ebenso wie Trunksucht, ein häufiges Initialsymptom der senilen Demenz.

2. In anderen, häufigen Fällen setzt die Demenz mit einem ausgeprägten Depressionszustand ein, der nicht selten ganz an Melancholie erinnern kann. Tiefer, trauriger Affekt, Versündigungsideen, Angstanfälle und Halluzinationen des Gehörs kommen vor. (Senile Melancholie).

3. Oft ist der Beginn mit leichter Depression und zahlreichen hypochondrischen Beschwerden und Wahnideen. (Senile Hypochondrie).

4. In einigen Fällen beginnt die senile Demenz mit einem ausgesprochenen paranoischen Symptomencomplex. Die Kranken werden depressiv, mißtrauisch und verschlossen. Sie äußern Verfolgungsideen, glauben sich bestohlen, ver-

giftet, am Lehen bedroht. Sinnestäuschungen begleiten fast immer die Wahnideen. (Seniler Verfolgungswahn).

5. Seltener beginnt die Psychose unter dem Bilde eines an Hypomanie erinnernden Erregungszustandes. (Senile Manie).

Alle diese verschiedenen Zustandsbilder im Beginn der senilen Demenz bekommen ihr besonderes Gepräge durch die senile Geistesschwäche, die sich früher oder später bemerkbar macht. Sie ist vornehmlich charakterisiert durch die starke Störung der Merkfähigkeit mit häufig ausgesprochener Neigung zu Confabulationen, während der alte Gedächtnisschatz oft überraschend sicher und lange haftet, durch die Anomalien der Stimmung, welche je nach dem Zustandsbilde eine läppische, kindische Euphorie, eine stupide Apathie, eine reizbare, gehobene oder eine tief melancholische Stimmung sein kann, durch die Urteilslosigkeit, welche sich in absurden, kritiklosen Wahnideen dokumentiert, durch Willenslosigkeit und Abschwächung des feineren ethischen Empfindens.

Nach kürzerem oder längerem Verlauf der initialen Phase wird das

II. Stadium, das der ausgeprägten Demenz erreicht. Allmählich erlischt die Merkfähigkeit völlig, und nun büßen die Kranken auch aus ihrem früheren Gedächtnisinhalte mehr und mehr ein. Ihr Wort- und Ideenschatz wird immer geringer. Sie vergessen ihr Alter und Geburtsjahr, und sind dauernd zeitlich und örtlich desorientiert. Manche können trotz hochgradiger Demenz äußerlich noch eine auffallend korrekte Haltung bewahren. Sie verkehren mit ihrer Umgebung sicher und fehlerlos, sie leben regelmäßig, lesen ihre Journale, spielen Karten und machen den Eindruck völlig Normaler. Und doch sind sie urteilslos, desorientiert und willenlos.

Häufiger jedoch als die einfache Verblödung treten auffallendere Störungen hervor, nämlich:

1. Bei sehr vielen senilen Dementen besteht ein auffallender Unterschied in dem Verhalten bei Tage und dem

bei Nacht. Bei Tage ruhig, leidlich orientiert, und schläfrig sind sie nachts unruhig, schlaflos, oft völlig desorientiert und verwirrt und nicht selten von Haluzinationen heimgesucht.

2. Bei anderen treten anfallsweise, ebenfalls mit besonderer Vorliebe nachts delirante Zustände mit Sinnes-täuschungen auf; die Kranken sind sehr unruhig, irren umher, verkennen ihre Umgebung im Sinne von Situationen, die oft Jahrzehnte zurückliegen und zeigen, wenn zur Rede gestellt, eine starke Neigung zu abenteuerlichen Confabulationen. Da der Symptomencomplex

Amnesie — Störung der Merkfähigkeit — Confabulieren völlig entwickelt ist, spricht man hier von „seniler Korsakoff'scher Psychose“. Am Tage tritt meist eine auffallende Besonnenheit ein. Für die nächtlichen deliranten Erlebnisse besteht meist Amnesie. Wie es scheint, findet sich der senile Korsakoff'sche Symptomencomplex vorwiegend bei seniler Demenz mit Herdläsionen.

3. Wieder bei anderen kommt es zu länger dauernden Erregungszuständen mit Verwirrtheit, die der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit sehr ähneln. Die Kranken sind motorisch erregt, völlig desorientiert, halluzinieren beständig und äußern eine Menge paranoischer auch expansiver Wahnideen. Diese Zustände führen entweder direkt, durch Erschöpfung oder Nahrungsverweigerung zum Tode, oder sie verschwinden plötzlich, und gehen in einen Zustand relativer Klarheit und Besonnenheit über, der dann allmählich zu tieferen Demenz hinüberführt.

4. Mit dem Ausdruck „senile Verwirrtheit“ bezeichnet man die höchsten Grade der senilen Geistesstörungen. Hier ist das Gedächtnis, wie die Intelligenz fast völlig reduziert, und so resultieren Paralyse ähnliche Bilder. Die Kranken kennen ihre eigenen Angehörigen nicht mehr, sind völlig desorientiert, wissen nicht wann sie geboren sind oder wieviel Kinder sie haben. Ihr Wortschatz umfaßt nur noch wenige Worte, die beständig gebraucht werden. Sie finden ihr Zimmer, ihr Bett nicht

mehr, und verlaufen sich. Die einfachsten Rechenaufgaben werden nicht gelöst, die Zahlenreihe von 20 abwärts kann nicht mehr geläufig hergesagt werden, die elementarsten Kenntnisse aus Geographie und Geschichte sind verschwunden. Meist lassen sich allerhand vage Wahnideen paranoischen und expansiven, hypochondrischen und depressiven Inhalts nachweisen. Sie sind fast immer unsinnig und kritiklos. Nicht selten sind aphasische Störungen (Fehlen der Hauptwörter ist fast pathognomonisch). Oft beobachtet man bei diesen Senilen einen typischen Sammeltrieb, alles mögliche Wertlose, Steinchen, Papierfetzen etc. wird angehäuft. Die Stimmung ist meist apathisch, oder kindisch-euphorisch.

Das Stadium der ausgeprägten Demenz ist immer begleitet durch die körperlichen Symptome der Senilität. Abgesehen von dem äußern habitus der Greise, von dem arcus senilis, den Linsentrübungen, der allgemeinen motorischen Schwäche und der Arteriosklerosis finden sich tremor senilis (s. Schriftprobe!), Hemiparesen, Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, träge oder garnicht auf Licht reagierende Pupillen und gesteigerte Reflexe. Schwindelanfälle treten besonders morgens auf, nach dem Aufstehen. Nach der Mittagsruhe kommen manchmal kurzdauernde Zustände von Verwirrtheit mit Unfähigkeit sich zu orientieren zur Beobachtung. Häufig sind apoplektische Anfälle, die zu Aphasien und Hemiplegien führen. Blasen- und Mastdarmlstörungen sind nicht selten.

Appetit und Verdauung sind bei den senil Dementen oft auffallend gut.

Im III. Stadium ist tiefer Blödsinn eingetreten. Unter zunehmenden körperlichem Verfall tritt der Tod ein.

Der Verlauf der senilen Demenz erstreckt sich über 5—10 Jahre, kann aber auch rascher zum Tode führen, innerhalb 2—3 Jahre.

Die Prognose ist infaust: die senile Demenz führt zum Tode.

Differentialdiagnose.

1. Gegen Paralyse. Pupillenstarre, Sprachstörungen, Intelligenzdefekte, Unmoralität und andere paralytische Symptome finden sich auch bei der senilen Demenz. Diese unterscheidet sich von der Paralyse folgendermaßen:

- a) Die senile Demenz tritt im hohen Alter, um das 60. Jahr auf; dann ist Paralyse sehr selten.
- b) Der Verlauf der senilen Demenz ist langsamer und gutartiger, als der der Paralyse.
- c) Bei den Gedächtnisstörungen der Senilen überwiegt die Schwäche der Merkfähigkeit, während sie hingegen ein gutes Gedächtnis für die frühere Vergangenheit bewahren und besonders im Beginne gute Schulkenntnisse zeigen. Bei den Paralytikern büßen Merkfähigkeit und Gedächtnis für die frühere Vergangenheit ziemlich gleichmäßig ein, besonders frühzeitig die elementaren Schulkenntnisse.
- d) Mitbewegungen im Facialis sind selten bei seniler Demenz. Auch die übrigen motorischen Störungen erreichen nicht den Grad und Umfang wie bei Paralyse.
- e) Katarakte, arcus senilis, starke Arteriosklerosis, Schwerhörigkeit und die andern körperlichen Symptome der Senilität sprechen, besonders wenn sie gehäuft auftreten, für senile Demenz.
- f) Der Tremor senilis unterscheidet sich meist scharf von der paralytischen Ataxie mit Tremor (s. Schriftprobe).
- g) Größenideen sind bei seniler Demenz seltener als bei Paralyse.

2. Gegen Melancholie. Die Störungen der Merkfähigkeit, die früh einsetzende Urteilsschwäche, das höhere Alter und die körperlichen Zeichen der Senilität unterscheiden die senile Demenz von der Melancholie. Es kommen hier natürlich nur diejenigen Formen der Dementia senilis inbetracht, die ein melancholisches Initialstadium haben.

3. Gegen praesenilen Beeinträchtigungswahn. Siehe unter diesem.

4. Sehr selten beginnt das manisch-depressive Irresein erst im hohen Alter. Dann können die manischen Phasen differentialdiagnostisch gegen senile Manie und Depressionszustände differentialdiagnostisch gegen senile Depression in Frage kommen. Bei der senilen Demenz sind die Cardinalsymptome der manischen oder depressiven Phase des circulären Irreseins kaum völlig entwickelt; dafür ist geistige Schwäche nachweisbar, die beim manisch-depressivem Irresein fehlt.

5. Auch im Senium kommt echte hallucinatorische Verwirrtheit vor, die zur Genesung führt. Sie kann mit den delirösen senilen Verwirrheitszuständen verwechselt werden. Der Verlauf wird jedenfalls die Diagnose entscheiden.

IX. Die Neuro-Psychosen.

1. Die Hysterie.

Die Hysterie ist ein abnormer, auf erblicher Beanlagung beruhender psychotischer Zustand, dessen Kardinalsymptom in einer krankhaft gesteigerten Suggestibilität für alle Vorstellungen, die das eigene Ich betreffen, besteht. Diese entweder von außen oder durch Autosuggestion in das Bewußtsein gelangten Vorstellungen beherrschen dann in einer geradezu imperatorischen Weise das gesamte Nervensystem, die motorischen, die sensiblen, die sensorischen und selbst die, dem bewußten Willen nicht unterworfenen, sekretorischen und vasomotorischen Nervenleitungen und erzeugen hier eine ganze Reihe funktioneller nervöser Reiz- und Ausfallserscheinungen, die nun auch ihrerseits wieder dadurch charakterisiert sind, daß sie durch Vorstellungen, durch Auto- oder Fremdsuggestion, nicht selten in einer für Laien

wunderbaren Weise zum Verschwinden gebracht werden können. In neuerer Zeit ist für den alten, gänzlich unbrauchbaren Ausdruck „Hysterie“ der Name „Psychogenie“ in Vorschlag gebracht worden, der am besten den Kernpunkt des hysterischen Zustandes wiedergibt, nämlich, daß alle hysterischen Symptome, psychische sowohl wie körperliche, wesentlich durch abnorm stark wirksame Vorstellungen hervorgerufen, beeinflußt und beseitigt werden können.

Die Hysterie entwickelt sich auf der Basis eines ab origine abnorm veranlagten Charakters. Oft schon in frühester Jugend sind die Hauptmerkmale des späteren hysterischen Charakters im Keime entwickelt, nicht selten finden wir bereits bei Kindern alle charakterologischen Stigmata der Hysterie. Sie entfaltet sich zu voller Höhe meist in der Zeit der Pubertät.

In jedem Falle setzt sich die Diagnose der Hysterie aus zwei wesentlichen Komponenten zusammen:

I. Die Grundlage des hysterischen Irreseins bildet ein dauernder, psychisch-abnormer Zustand, dessen Hauptmerkmal der hysterische Charakter ist.

II. Episodisch treten auf dieser Basis allerhand nervöse und psychische Störungen ein, die durch das *signum psychischer Beeinflußbarkeit* charakterisiert sind.

I. Der hysterische Charakter ist zwar durchaus kein einheitlicher, scharfer Typus, denn die Hysterie kann sowohl bei intellektuell hochstehenden, wie bei schwachsinnigen und bei moralisch von vornherein defekten Individuen sich entwickeln. Aber immer findet man eine gewisse Zahl typischer Charakterzüge wieder. Es sind folgende:

1. Die Unstetigkeit. Die Hysterischen sind die *instabiles par excellence*. Ihre Stimmung wechselt beständig, Depressionszustände lösen zornige Erregungen ab, bald sind sie empfindlich und übelnehmerisch und vergießen bei den geringsten Anlässen Ströme von Tränen, bald sind sie kalt, gleichgültig und boshaft. Einmal sind sie Intriganten, verhetzen und verleumden alle untereinander; dann wieder

ergehen sie sich in übertriebenen Selbstanklagen, beichten ihre ganzen Vergehungen und weiden sich selbstquälerisch an ihrer eigenen Schlechtigkeit. Auch in ihrer Tätigkeit sind sie unstet. Sie können wohl vorübergehend eine pathologische Energie entfalten, im Dienste irgend einer Idee, die sie beherrscht und bei deren Verwirklichung sie eine gewisse Rolle spielen; aber meist folgt auf die Kraftleistung das völlige Versagen. Überall fehlt die Konsequenz. Launen, momentane Einfälle, Sympathien und Antipathien entscheiden über das Handeln.

2. Die Beeinflußbarkeit. Alle hysterischen Individuen sind außerordentlich beeinflufbar, sie unterliegen leicht äußeren Eindrücken (impressionables), und besondere Anziehungskraft hat für sie alles Neue, was interessant erscheint.

3. Der hysterische Negativismus. Im Gegensatz zu der enormen Beeinflufbarkeit und nicht selten ganz unvermittelt auf sie folgend, tritt oft ein stark negativistisches Verhalten zu Tage, in dem man von Hysterischen oft etwas erreicht, wenn man das Gegenteil nur ausspricht, und in dem sie, allen Einflüssen von außen unzugänglich, allerhand Entsagungen sich auferlegen und mit eigensinniger Zähigkeit fort erdulden. Am häufigsten ist die manchmal sehr hartnäckige Nahrungsverweigerung und der Mutismus.

4. Die Neigung Sensation zu machen. Fast alle Hysterischen haben den Hang, sich überall in den Vordergrund zu drängen. Ihre romanhaften Selbstanschuldigungen, ihre sensationellen Konfabulationen, ihre Selbstverstümmelungen und ihre raffiniert inszenierten theatralischen Selbstmordversuche — alles das hat nur den Zweck, sich selbst zum Gegenstand der allgemeinen Aufmerksamkeit zu machen. Je verkommener die Hysterischen in moralischer Hinsicht sind, um so weniger scheuen sie vor den ärgsten Mitteln — Lüge, Verstellung, Verleumdung, Diebstahl und andern Delikten — zurück, um dies Ziel zu erreichen.

5. Der Egoismus. Die Sücht, Sensation zu erregen,

ist nur der eklatanteste Ausdruck des hysterischen Egoismus. Die Aufmerksamkeit der Hysterischen ist fast ausschließlich dem eigenen Ich zugewandt, und sie pflegen sich mit einer gewissen Liebe und grüblerischen Nachdenklichkeit in das Studium ihrer körperlichen und seelischen Zustände zu vertiefen. Die leiseste Störung wird in abnorm starker Weise empfunden und in überschwenglichen Ausdrücken geklagt. Dabei sind sie gleichgültig gegen das Weh und Ach anderer, verlangen stets besondere Fürsorge, fühlen sich leicht zurückgesetzt und sind eifersüchtig und neidisch auf andere. Schließlich wird ihnen das Kranksein ein wahres Lebensbedürfnis, und sie spielen diesen ihren Beruf mit all der virtuoson Meisterschaft des schauspielerhaften, außerordentlich beweglichen, vor keinem Mittel zurückschreckenden hysterischen Temperamentes zur Qual aller, die mit ihnen zu tun haben und die sie meist völlig tyrannisieren (Hysterische Kanailen). Trotz ihres gefissentlich zur Schau getragenen Martyriums sind sie oft gegen die Freuden des Lebens durchaus nicht gleichgültig, sondern meist putz- und naschsüchtig, eitel und neugierig.

6. Die Neigung zum Konfabulieren. Es sind nicht immer absichtliche, bewußte Schwindeleien; vielmehr verknüpft sich meist bei den Hysterischen Dichtung und Wahrheit so innig miteinander, daß sie selber die Scheidung nicht mehr vollziehen können und schließlich selber an ihre Erfindungen glauben. Sie lügen dann wirklich bona fide.

7. Die Neigung zu Simulation. Diese ist sehr häufig bei Hysterischen zu finden. Blutspeien, Fieber, Lähmungen, Nahrungsverweigerung und alle möglichen schweren Leiden sind schon von Hysterischen in mehr oder weniger raffinierter Weise simuliert worden, so daß große Operationen, Laparotomien und andere ausgeführt wurden.

Auf der Basis dieses eben skizzierten, dauernd vorhandenen abnormen Zustandes, der als psychische Entartung bezeichnet werden kann, entwickeln sich die körper-

lichen Symptome der Hysterischen, die teils als nervöse Reiz-, teils als nervöse Ausfallserscheinungen auftreten.

Sie sind charakterisiert durch ihre Beeinflussbarkeit von Vorstellungen und zwar in folgendem Sinne:

1. Die Aufmerksamkeit, die der Hysterische sich selber oder andere, namentlich der Arzt ihm widmet, ruft meist eine Verschlimmerung der Symptome hervor. (Tremor, Schmerzen, Sprachstörungen etc. werden stärker.)

2. Starke Affekte verstärken, beseitigen oder vermindern die Symptome. Nicht selten entstehen Kontrakturen, Lähmungen etc. hysterischer Natur nach starken Affekten (Angst, Schrecken).

3. Suggestion hat großen Einfluß auf alle Symptome. Alle möglichen Mittel, Elektrizität, Magnetismus, Medikamente etc. können schwere hysterische Symptome beseitigen, mildern und hervorrufen.

Die wichtigsten körperlichen Störungen der Hysterischen sind folgende:

- a) Störungen der Sensibilität. Sie bestehen in Anästhesien oder Hyperästhesien, die auch beide zugleich vorkommen können. Am häufigsten ist Anästhesie. Sie kann sich über den ganzen Körper erstrecken (totale A.), oder halbseitig (Hemi-anästhesie) oder regionär auftreten. In letzterem Falle entspricht der anästhetische Bezirk niemals dem anatomischen Verbreitungsgebiet eines Nerven, sondern entweder ganzen Gliedern (Armen, Beinen), oder bestimmten durch Gelenke abgetrennten Teilen dieser Glieder (Hand, Fuß), oder ganz diffus verteilten, weder anatomisch noch physiologisch präzisierten Körperteilen (Anästhesie en plaques, punktförmige Anästhesien im Gesicht, kappenförmige A. auf dem Hinterhaupt, manschettenförmige A. am Unterarm, westenförmige A. am Rumpf, handschuhförmige A. an der Hand). Häufig sind auch die Schleimhäute anästhetisch. Die Hyperästhesien zeigen dieselbe Willkür in der Verteilung wie die Anästhesien. Sie

können überall und in jeder Ausbreitung auftreten. Am häufigsten sind neuralgieartige Schmerzen. Besonders bekannt sind der clavus (d. i. Nagel), ein stechender, circumscripiter Schmerz an Stirn oder Hinterhaupt, der globus (d. i. Kugel), das Gefühl einer im Halse auf und ab steigenden Kugel oder des Zusammengeschnürtseins in der Kehle, die Ovarie, der Druckschmerz der Ovarialgegend und die Spinalirritation, die Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule. Die anästhetischen oder hyperästhetischen Stellen lassen sich oft durch Auflegen von Magneten oder andere Suggestivmittel beseitigen, um sofort an anderer Stelle wieder aufzutreten. Man nennt diese Erscheinung Transfert.

Oft gelingt es durch Druck auf hyperästhetische Stellen Krampfanfälle auszulösen (Hysterogene Zonen).

b) Sensorische Störungen.

Hier ist am häufigsten die konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, seltener einfache Herabsetzung der Sehschärfe. Herabsetzung der Farbenempfindung (Dyschromatopsie), auch völliges Erlöschen des Farbensinnes (Achromatopsie) kommen vor. Seltener ist Amblyopie, sie tritt meist einseitig auf (Amblyopia hysterica) und ist meist mit Dyschromatopsie verbunden. Gehörstörungen (hysterische Taubheit) sind selten, während solche des Geruchs und Geschmacks ab und zu zur Beobachtung kommen.

c) Störungen der Motilität. Hierher rechnen:

I. Die Tremor-Erscheinungen: Lidclonus, Nystagmus, Tremor der gespreizten Finger, aber auch spontaner Tremor in verschiedener Ausdehnung.

II. Die hysterischen Sprachstörungen: Stottern, Stammeln. Oft ist hysterische Stimmbandlähmung zu beobachten (Aphonie).

III. Die hysterischen Krampfanfälle. Man kann sie einteilen in

- | | | |
|----------------|---|----------------------|
| a) rudimentäre | } | hysterische Anfälle. |
| b) kleine | | |
| c) große | | |

- a) Die rudimentären hysterischen Anfälle kommen bei der juvenilen und bei der sich erst entwickelnden Hysterie vor. Sie bestehen in vorübergehendem Ballen der Hände zur Faust, leichtem Verdrehen der Arme mit Lidclonus und Rollen der Bulbi oder in kurzdauerndem Atemkrampf mit beschleunigter Atmung oder in einem angedeuteten, rasch vorübergehenden arc de cercle.
- b) Die kleinen hysterischen Anfälle (*petite attaque*) sind am häufigsten. Sie bestehen aus der *période épileptoïde* der *grande attaque* mit nachfolgendem arc de cercle, die übrigen Phasen des großen Anfalls fehlen oder sind nur schwach angedeutet.
- c) Die großen hysterischen Anfälle (*grande attaque complète*) lassen sich nach der Terminologie der Charkotschen Schule in 4 Phasen zerlegen:

1. *Période épileptoïde*. Sie beginnt meist ohne Schrei. Die gesamte Körpermuskulatur wird plötzlich steif, die Hände werden zur Faust geballt, der Kopf wendet sich langsam nach hinten, die Augen werden verdreht, das Gesicht grimassiert, die Glieder führen langsame krampfhaft gedehnte Bewegungen aus (*phase tonique*). Dann folgen rasche, kurze Zuckungen der Hände, des Gesichts und der übrigen Glieder (*phase clonique*), worauf eine kleine Ruhepause eintritt (*phase de resolution*). Die *période épileptoïde* dauert 2—5 Minuten.

2. *Période des contorsions ou des grands mouvements*. Sie beginnt mit der *phase des contorsions*. Die stereotype, für die Hysterie so charakteristische Haltung dieser Phase ist der arc de cercle, wobei der Körper bogenförmig mit der Konvexität nach oben gekrümmt ist und nur auf dem ganz nach hinten, in den Nacken gebeugten Kopf und den Füßen aufruht. Der ganze Körper ist in dieser Periode steif wie bei einem Katatoniker und

läßt sich wie ein toter Gegenstand hin und her wälzen. Nach 2—10 Minuten setzen die grands mouvements ein, wobei jede Hysterische wieder andere Bewegungen ausführt. Manche schlagen sich mit den Fäusten die Brust, andere machen Dreh- und Rollbewegungen des Kopfes und des ganzen Körpers, wieder andere wälzen sich am Boden (clownisme) und vollführen ganz inkoordinierte Bewegungen. Manchmal haben die Bewegungen monotonen, stereotypen Charakter. Die Phase des grands mouvements geht ohne scharfe Grenze in die

3. Période des attitudes passionelles über, in der die Kranken beständig wechselnde theatralische Posen einnehmen, und in schauspielhafter Weise gestikulieren. Sie dauert 5—15 Minuten. Daran schließt sich die

4. Période de délire, eine Periode des dämmernden Bewußtseins, in der der Anfall sich erschöpft, vereinzelt Sinnestäuschungen auftreten, die Unbesinnlichkeit weicht und allmählich die Orientierung wiederkehrt. Sie kann minuten- bis stundenlang dauern. Häufig schließen sich Lähmungen, Kontrakturen und andere hysterische Symptome an, manchmal geht sie in hysterisches Irresein über.

IV. Die hysterischen Lähmungen. Sie kommen als Hemi-, Mono- und Paraplegien vor. Ferner findet man Unfähigkeit zu gehen (Abasie) und zu stehen (Astasie) und seltener hysterische Aphasie.

V. Die hysterischen Kontrakturen. Die davon betroffenen Glieder sind meist in einer Haltung, die irgend einem Momente der Bewegung entspricht, in dem das Glied dann gleichsam erstarrt ist. Die hysterischen Kontrakturen unterscheiden sich durch die meist komplizierte Haltung der davon betroffenen Glieder von den in der äußeren Form meist einfachen organischen Kontrakturen, ferner durch das Fehlen von Facialisparesie oder Facialislähmung, durch die Komplikation mit Hemianästhesie und durch ihr plötzliches Entstehen, während die organischen Kontrakturen meist ganz langsam sich entwickeln.

d) Auch auf sekretorischem und vasomotorischem Gebiete kommen Störungen vor: halbseitiges oder *circumscriptes* Schwitzen, Stauungen, Ödeme und andere. Auch diese Störungen sind psychisch beeinflussbar.

e) Im Verdauungssystem kommen vor: Globusgefühl im Leib, Ructus, Singultus, Meteorismus und Erbrechen.

f) Auch Temperatursteigerungen (hysterisches Fieber) und Tachycardie sind beobachtet.

II. Die hysterischen Geistesstörungen im engeren Sinne umfassen diejenigen meist episodisch auf der Basis des dauernd vorhandenen hysterischen Charakters auftretenden vorübergehenden Zustände, die mit stärkerer Trübung des Bewußtseins einhergehen oder mehr an echte Psychosen erinnern. Man unterscheidet

1. Zustände von Somnambulismus. Die Kranken erheben sich plötzlich, wandern umher wie bei vollem Bewußtsein und verrichten ganz geordnete oder auch unsinnige, seltener verbrecherische Handlungen (Diebstähle, Brandstiftung). Dann sinken sie in Schlaf und zeigen später beim Erwachen totale oder partielle Amnesie. Auch retrograde Amnesie kann sich anschließen. Die Anfälle treten meist nachts auf (daher der Name *Nachtwandler*), kommen aber auch am Tage vor, besonders nach Krampfanfällen. Die Kranken sind während des Zustandes meist völlig reaktionslos, oder nur sehr schwer durch äußere Reize zu erwecken.

2. Hysterische Dämmerzustände. Diese treten am häufigsten vor oder nach der *grande attaque complète* auf (prä- und posthysterischer Dämmerzustand). Im Anschluß an die *période des attitudes passionnelles* setzt ein hallucinatorisches Delir ein, in dem das Bewußtsein mehr oder weniger getrübt ist. Den Kern des Delirs bilden meist besonders aufregende Erlebnisse aus der früheren Vergangenheit, die in außerordentlicher sinnlicher Plastizität als visionäre Szenen unter Begleitung von massenhaften Gehörshallucinationen von den Kranken wieder durchlebt

werden. Auch andere Visionen schreckhaften Inhalts sind sehr häufig. Die Kranken sehen wilde Tiere, Schlangen, Löwen, die nach ihnen schnappen, schwarze Schreckgespenster mit Messern, Särge mit ihren Angehörigen und anderes. Eine starke dramatische Gestikulation, ein lebhaft gesteigertes Mienenspiel, vage paranoische Vorstellungen und oft eine gezierte, getragene Redeweise begleiten den Zustand, der meist rasch zu vollem Bewußtsein überführt (*déire passager*). Manchmal sind auch Zustände religiöser Ekstase, in denen die Kranken himmlische Visionen erblicken und den physiognomischen Ausdruck der Verzückung darbieten. Nach den hysterischen Dämmerzuständen besteht meist mehr oder weniger hochgradige Amnesie. Diese Amnesie kann dann in einem späteren Dämmerzustand verschwinden: Der Kranke erlebt dann dieselben Szenen wie in dem früheren Dämmerzustand und knüpft daran an. So kann in manchen Fällen Bewußtseinsklarheit mit Dämmerzustand abwechseln, und der Kranke in einer Art von Doppelbewußtsein leben, insofern einerseits die Erlebnisse der einzelnen deliranten Phasen miteinander und wieder nur die der luciden Phasen miteinander in associativem Zusammenhang stehen, zwischen beiden aber ein unvermittelter und unbewußter Übergang stattfindet. Bisweilen glauben sich Hysterische in den deliranten Phasen in frühere Lebensalter, sogar in die Kindheit versetzt, und sie sprechen, handeln und benehmen sich dann im Sinne der illusionären Situation. Dadurch wird der Gegensatz zwischen den deliranten und den luciden Phasen noch markanter; man spricht von *dédoublement de la personnalité*.

Die hysterischen Dämmerzustände sind häufig in Epidemien aufgetreten (in Schulen), besonders im Mittelalter (Nonnenklöster).

4. Besonders bei jugendlichen Hysterischen kommen vorübergehend manie-ähnliche Erregungszustände vor, die am meisten an die hypomanischen Zustände bei Hebephrenen erinnern. Sie sind charakterisiert durch ein

fortwährendes, manieriertes Reden, eine gewisse läppische Euphorie mit häufigem Lachen, durch starke erotische Züge und Neigung zu dummen Streichen.

5. Die hysterischen Depressionszustände lassen sich durch die ausgebildeten Symptome des hysterischen Charakters meist rasch erkennen. Die Hemmung ist entweder sehr gering oder fehlt vollständig.

Die Prognose der Hysterie ist ungünstig. Intelligenzdefekte oder Demenz treten zwar nie ein, aber der psychopathische hysterische Zustand bleibt dauernd bestehen. Die vorübergehenden körperlichen oder psychischen Störungen haben eine gute Prognose. Sie verschwinden spurlos, sobald das rechte Mittel, d. h. die wirksame Suggestion, gefunden ist.

Differentialdiagnose.

Ehe man die Diagnose „Hysterie“ stellt, muß man eine Reihe anderer Zustände ausgeschlossen haben, bei denen hysterische Symptome, oft auffallend an Hysterie erinnernde Zustandsbilder vorkommen.

Hysterische Zustandsbilder finden sich:

1. Bei allen möglichen organischen Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks (Hirntumoren, multipler Echinococcus des Gehirns, Tabes und andere Krankheiten). Hier muß man sorgfältig untersuchen, ob die vorhandenen körperlichen Symptome sich anatomisch aus einer bestimmt lokalisierten organischen Läsion erklären lassen, was bei Hysterie nicht der Fall ist.

2. Bei einer Reihe funktioneller Geisteskrankheiten, nämlich:

- a) Bei Dementia praecox simplex und catatonica. Die Differentialdiagnose ist bei diesen Psychosen besprochen.
- b) Bei Melancholie. Die Diagnose ist hier nicht schwer.
- c) Bei Hystero-Hypochondrie. Die Differentialdiagnose ist bereits besprochen.

3. Bei Unfallskranken. Man nennt diese Fälle von Hysterie „traumatische Hysterie“. Sie sind meist viel monotoner in ihrer Symptomatologie. Die Anamnese allein sichert bereits die Diagnose.

4. Bei Epileptikern. Die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie wollen wir ausführlich bei der Epilepsie besprechen.

2. Die Epilepsie.

Die Epilepsie ist eine meist auf schwerer erblicher Belastung beruhende Gehirnkrankheit, die durch das periodische Auftreten von Bewußtseinsstörungen charakterisiert ist. Man unterscheidet zwischen

- a) typischer und
- b) larvierter Epilepsie.

Unter typischer Epilepsie sind die Fälle zu verstehen, in denen echte epileptische Krampfanfälle oder Schwindelanfälle auftreten; bei larvierter Epilepsie fehlen meist die charakteristischen Anfälle, die Symptome der Epilepsie liegen hier mehr auf psychischem Gebiete, während Anfälle mit Bewußtseinsstörungen selten oder nur in rudimentärer Form auftreten.

Das Hauptsymptom der Epilepsie ist also der epileptische Anfall. Man kann unterscheiden:

- a) rudimentäre
 - b) kleine
 - c) große
- } epileptische Anfälle.

- a) Die rudimentären epileptischen Anfälle bestehen in einfachen Ohnmachten ohne Krampf, aber mit völligem Bewußtseinsverlust mit nachfolgender Amnesie. Man bezeichnet sie auch als Absences. Es kommen jedoch auch rasch vorübergehende Schwindelanfälle vor, in denen das Bewußtsein nicht ganz erlischt, und die Kranken oft noch Zeit gewinnen, sich zu stützen. Nicht selten sind auch anfallsweise auf-

tretende abnorme psychische Zustände, in denen die Kranken die Empfindung haben, die Situation, in der sie sich befinden, bereits genau so erlebt zu haben (Paramnesie oder identifizierende Erinnerungstäuschung), oder in denen sie plötzlich eine überwältigende Angst, eine vage Verzweiflung überkommt, in der sie das Gefühl haben, überhaupt nicht mehr zu sein oder sich völlig aufzulösen (dreamy state). Nach dem Anfall haben die Kranken das Gefühl, einen ganz außerordentlichen Zustand überstanden zu haben, den sie zu schildern außer stande sind.

- b) Die kleinen epileptischen Anfälle (Epilepsia minor) sind schwach entwickelte typische Anfälle. Die Kranken werden plötzlich bewußtlos, sinken zusammen, es tritt eine kurze tonische Phase des Krampfs ein, und ohne clonische Phase erwacht der Kranke zum Bewußtsein.
- c) Die großen epileptischen Anfälle lassen sich in 4 Phasen zerlegen:

1. Phase der Vorboten. Viele Epileptiker fühlen es Stunden oder Minuten vorher, daß ein Anfall droht. Kurz vor dem Ausbruch des Anfalls stellt sich bei manchen ein bestimmtes Warnungssignal ein, das, wenn es vorhanden ist, immer wieder in gleicher Weise bei demselben Epileptiker auftritt. Man nennt es die Aura, und unterscheidet eine motorische Aura (isolierte klonische oder tonische Zuckungen im Daumen oder Facialis), eine sensible Aura (plötzlicher Schmerz, Kopfschmerz und Parästhesien, Gefühl von einem kalten Lufthauch angeweht zu werden, daher der Name aura, d. i. Lüftchen), eine sensorische Aura (Sinnestäuschungen aller Sinne meist elementarer Art, Makropsie und Mikropsie), eine vasomotorische Aura (Schweißausbruch, Herzklopfen) und eine psychische Aura (Angstgefühle, Paramnesie, dreamy state). Die Epileptiker, welche eine Aura haben, wissen nun, daß ein Anfall unmittelbar bevorsteht und können Vorkehrung treffen, sich gegen das Hinstürzen zu schützen. Aber die Aura fehlt

bei nicht wenigen Epileptikern. Bei ihnen setzt der Krampf mitten im Bewußtsein ein; sie stürzen hin und verletzen sich oft erheblich.

2. Phase des tonischen Krampfes. Der Kranke wird plötzlich kreidebleich, stößt einen erschütternden Schrei aus und sinkt bewußtlos zusammen. Einige fallen auf den Rücken oder Hinterkopf, andere auf die Seite, die meisten aufs Gesicht. Sofort tritt allgemeine Muskelstarre ein, die Augen werden nach oben gedreht, der Kopf zur Seite; der Mund wird verzogen, die Daumen in die geballte Hand eingeschlagen; das krampfhaft verzerrte und entstellte Gesicht wird dunkelblaurot, denn die Atmung steht fast still (Zwergfellkrampf), die Pupillen sind maximal erweitert und träge reagierend oder lichtstarr. Urin, Sperma, auch Fäces werden entleert, der Puls ist klein, hart und beschleunigt.

3. Phase der clonischen Krämpfe. Nach einigen Sekunden des tonischen Krampfes beginnen erst langsam, dann schneller die Zuckungen. Der Kopf wird ruckweise von rechts nach links geschleudert, die Mundwinkel werden maximal seitwärts gezerrt, die Zunge wird in kurzen Zuckungen hervorgeschleudert und blutig gebissen, blutiger Schaum tritt zum Munde heraus, die bis dahin starre Grimasse des Gesichts wird beständig durch Muskelzuckungen, durch das Rollen der Augäpfel verändert. Die Zuckungen ergreifen die gesamte Körpermuskulatur. Die Atmung ist gleichsam staccato, oft pfeifend. Nicht selten steigt die Körpertemperatur um mehrere Zehntel Grade. Allmählich lassen die Zuckungen nach, es beginnt die

4. Phase des stertorösen Schlafes mit einer tiefen, lauten Inspiration. Die Glieder sinken schlaff zu Boden, ein starker Schweiß tritt auf die Stirn, der Kranke liegt in tiefem Coma da, während die laute, stertoröse Atmung andauert. Der Schlaf dauert $\frac{1}{4}$ —2 Stunden, manchmal noch länger. Dann erwacht der Kranke, meist mit Kopfschmerz und dem Gefühl großer Mattigkeit. Es besteht Amnesie für die Zeit des Anfalls, seltener retro-

grade Amnesie. Durch ihre Kopfschmerzen, den Zungenbiß oder von der Umgebung wissen die Kranken, daß sie wieder einen Anfall gehabt haben.

Bei einigen Epileptikern treten die Anfälle nur nachts auf (*Epilepsia nocturna*); in anderen seltenen Fällen laufen die Kranken erst eine Strecke vor sich hin, ehe sie niederstürzen (*Epileps. prokursiva*). Bei manchen tritt periodisch typische *migraine ophthalmique* ein, in seltenen Fällen neben typischen großen Anfällen isolierte Zwergfellkrämpfe mit Dyspnoe und Bewußtlosigkeit (*respiratorische Epilepsie*).

Auch Anfälle ohne Bewußtseinsstörungen, als: kurze Anfälle von Parese in einzelnen Gliedern, oder von allgemeiner plötzlicher Muskelschwäche mit Zusammensinken, oder von rasch vorübergehenden isolierten Zuckungen in isolierten Muskelgebieten (Augenmuskel, *Facialisgebiet*) kommen vor.

Die psychischen Störungen, die bei den meisten Epileptikern auftreten, sind mannigfacher Art. Die häufigsten sind:

1. Traumzustände mit geringer Bewußtseinsstörung und Triebhandlungen. Die Triebhandlungen sind dadurch charakterisiert, daß der Trieb plötzlich mit unwiderstehlicher Gewalt einsetzt und imperatorisch zur Ausführung zwingt. Viele gefährliche Delikte: Mord, Brandstiftung, werden begangen. Bei andern Epileptikern tritt ein automatischer Wandertrieb ein (*Poriomanie*), infolgedessen sie stunden- und tagelang ziellos umherirren. Viele Fälle von Desertion gehören hierher.

2. Depressionszustände ohne Bewußtseinsstörung. Sie sind charakterisiert als epileptische Depression durch die starke Reizbarkeit und die explosive Stimmung, die nicht selten aus den kleinsten Anlässen zu furibunden Gewaltakten führt. Die Kranken sind ärgerlich, äußern Suicid-, hypochondrische und Beeinträchtigungsideen. Die Zustände gehen meist rasch vorüber.

3. Vorübergehende Zustände mit mehr oder weniger

tiefer Bewußtseinstörung (Dämmerzustände). Sie können entweder vor und nach dem Anfall (prä- und postepileptisches Irresein) oder ohne Beziehung zu einem Anfall auftreten (psychisches Äquivalent). Die schweren epileptischen Geistestörungen treten meistens postepileptisch, nach einem schweren Anfall oder einer Serie von Anfällen, und als epileptisches psychisches Äquivalent auf.

Die Krankheitsbilder, unter denen epileptische Dämmerzustände auftreten, sind so mannigfach, daß eine spezielle Einteilung unmöglich ist. Sie haben alle bestimmte gemeinsame Züge, die man mehr oder weniger zahlreich bei den einzelnen Anfällen wiederfindet; nämlich:

- a) Die Zustände setzen fast immer akut und gleich in voller Höhe ein.
- b) Das Hauptsymptom ist eine mehr oder weniger hochgradige Bewußtseinsstörung, infolgedessen die Kranken meist desorientiert sind, die Umgebung verkennen und äußere Eindrücke nur falsch oder gar nicht auffassen.
- c) Diese Bewußtseinsstörung zeigt meist einen auffallenden Wechsel in der Intensität und der Färbung. Bald besteht völlige Verwirrtheit mit großer Unruhe, Sprach- und anderen motorischen Störungen, Angstzuständen, Denkhemmung und massenhaften bedrohlichen Sinnestäuschungen (ängstliches Delirium), bald eine leichte Trübung des Bewußtseins mit heiterer, hypomanischer Erregung und deutlicher Inkohärenz im Gedankengange, bald tritt tiefer Stupor mit Mutismus, automatischen Bewegungen und Katalepsie oder eine Phase religiöser Ekstase ein, dann wieder kommt ein Stadium relativer Besonnenheit, in dem die Kranken bei oberflächlicher Betrachtung ganz klar erscheinen, auf einzelne Fragen richtig antworten und trotzdem die unsinnigsten Handlungen begehen (sog. besonnenes Delir).
- d) Sinnestäuschungen aller Art, wie wir sie bereits als für die Epileptiker typisch kennen gelernt haben,

begleiten die Dämmerzustände. Sie kehren in großer Einformigkeit bei allen Epileptikern wieder.

- e) Paranoische und expansive religiöse Ideen vagen Charakters sind häufig.
- f) Die impulsiven Akte, z. T. gefährlicher Art, sind die Reaktion auf schreckhafte Sinnestäuschungen oder die Folge von Angstzuständen oder feindlicher, illusionärer Verkennung der Umwelt.
- g) Der physiognomische Ausdruck spiegelt meist die mehr oder weniger hochgradige Benommenheit wieder, die Augen sind stier und irren unaufmerksam umher; die Zustände von religiöser Ekstase lassen sich ohne weiteres am Gesichtsausdruck erkennen.
- h) Während des Zustandes lassen sich meist motorische Reizerscheinungen, Tremor der Hände, der Zunge, der Augenlider, leichte Ataxie, Rhombergsches Symptom, Pupillendifferenz und gesteigerte Reflexe nachweisen.
- i) Nach dem Anfall besteht Amnesie. Diese kann alle möglichen Grade der Intensität aufweisen.

Bei der Mehrzahl der Epileptiker entwickelt sich allmählich ein bleibender, abnormer psychischer Zustand, den man kurz als „epileptischen Charakter“ bezeichnet. Er ist viel schärfer umschrieben als der hysterische Charakter und kehrt mit großer Monotonie und bis in die kleinsten Züge hinein bei vielen Epileptikern wieder.

Die Epileptiker sind meist reizbar und empfindlich und explodieren bei den geringsten Anlässen zu Zorn- und Wutparoxysmen. In ihren Handlungen und Verrichtungen zeigt sich meist eine monotone Pedanterie, in ihrem Benehmen sind sie von übertriebener Höflichkeit, oft von aufdringlicher Servilität, in ihren Reden sind sie weitschweifig, neigen zu klingenden Worten, stereotypen Phrasen und zeigen nicht selten Sprachverdrehtheit. Oft tritt eine ostentativ zur Schau getragene Religiosität hervor. Nicht selten entwickeln sich hysterische Züge. Meist werden sie völlig von egoistischen Vorstellungen beherrscht, die altruistischen erlöschen allmählich. Dabei sind sie in pharisäer-

hafter Weise selbstgerecht und von übertriebenem Selbstbewußtsein. Der fortschreitende Schwachsinn engt ihren Horizont mehr und mehr ein, die Associationsweite sinkt immer mehr, und um so deutlicher tritt das egozentrische Moment bei allem, was sie denken und tun, hervor.

In Bezug auf die Prognose der Epilepsie unterscheidet man praktisch zwischen Früh- und Spät-Epilepsie. Jene — die Mehrzahl aller Fälle — beginnt vor dem 20. Lebensjahre und führt zu Schwach- oder Blödsinn. Diese läßt die Intelligenz entweder im wesentlichen intakt oder führt zu gelindem Schwachsinn und epileptischem Charakter.

Nur etwa 6—8% der Epileptiker genesen.

Sonst gelten für die Prognose der Epilepsie im besondern folgende Sätze:

1. Je später und je seltener die Anfälle auftreten, um so besser ist die Prognose.

2. Je verschiedenartiger die Anfälle auftreten (große Anfälle, Schwindel, absences), um so schlechter ist die Prognose.

3. Die epileptischen Schwindelanfälle führen meist rascher zur Demenz als die großen Anfälle.

4. Die epileptischen Dämmerzustände gehen fast immer ohne tiefere Schädigungen vorüber. Aber sie neigen zu Rezidiven und führen dann ebenfalls allmählich zu Demenz.

Differentialdiagnose.

Unter Epilepsie sind hier nur die Fälle sogenannter genuiner Epilepsie verstanden, bei denen das Vorhandensein organischer Läsion oder eine Intoxikation ausgeschlossen ist. Denn typische epileptische Krampfanfälle mit Amnesie kommen außer bei der genuinen Epilepsie noch vor:

I. Bei organischen Läsionen des Gehirns: bei Paralyse, Hirntumoren, Hirnabscess (Rindenkrämpfe!).

II. Bei Intoxikationen (Alkohol, Blei, Urämie).

Erst wenn diese Ursachen ausgeschlossen sind, ist die Diagnose auf genuine Epilepsie sicher. Je älter das Indi-

viduum ist, wenn die Epilepsie ausbricht, um so unwahrscheinlicher ist es, daß eine genuine Epilepsie vorliegt.

Typische epileptische Anfälle unterscheiden sich von hysterischen folgendermaßen:

Epileptischer Anfall	Hysterischer Anfall
<ol style="list-style-type: none"> 1. Oft typische Aura. 2. Beginn unabhängig von äußern Veranlassungen. 3. Initialer Schrei. 4. Starker Gefäßkrampf (Leichenblässe). 5. Plötzlicher Sturz mit oft schweren Verletzungen. 6. Verzerrtes, entstelltes Antlitz. 7. Asphyxie, cyanotische Gesichtsfarbe. 8. Träge oder lichtstarre Pupillen. 9. Zungenbiß. 10. Abgang von Urin etc. 11. Arc de cercle sehr selten. 12. Einfache klin. Zuckungen. 13. Stertoröses Coma. 14. Dauer $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ Minuten. 15. Vollständiger Bewußtseinsverlust während des Anfalles. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aura selten. 2. Beginn oft nach psychischen Erregungen. 3. Initialer Schrei selten. 4. Geringer oder fehlender Gefäßkrampf. 5. Vorsichtiges Hingleiten oder schonender Fall ohne Verletzungen. 6. Grimassieren mit geringer Entstellung des Gesichts. 7. Keine Asphyxie, Gesichtsfarbe echauffiert, nicht cyanotisch. 8. Träge oder lichtstarre Pupillen sehr selten. 9. Zungenbiß fehlt. 10. Selten unfreiwillige Entleerungen. 11. Arc de cercle. 12. Außerordentl. verschiedenartige Krampfbewegungen. 13. Kein Coma, kein Stertor. 14. Dauer $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ Stunde und länger. 15. Bewußtseinstrübung fehlt, oder gering, oder erst gegen Ende des Anfalls.

Natürlich kann die Diagnose noch durch den hysterischen oder epileptischen Charakter gestützt werden.

Die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie muß immer rein vollzogen werden. Eine Hystero-Epilepsie, wie einige Autoren sie annehmen, existiert nicht.

Es handelt sich meist um echte Epileptiker mit Zügen von Psychogenie.

Die Depressionszustände auf epileptischer Basis unterscheiden sich von anderen Depressionszuständen durch vorübergehende Bewußtseinsstörungen, motorische Reizerscheinungen, typische Sinnestäuschungen und die nicht seltenen paranoischen Wahnideen (besonders Beziehungswahn). Die Desorientiertheit, der physiognomische Ausdruck, Schädelabnormitäten, wie sie bei Epilepsie vorkommen (Hydrocephalie), maximal weite Pupillen und andere Symptome können die Diagnose unterstützen.

Die epileptischen Dämmerzustände zeigen wohl vorübergehend manische oder paranoische Färbung. Aber sie können kaum mit manischen oder paranoischen Zuständen verwechselt werden.

3. Die Chorea.

Die Chorea minor (Sydenhamsche Chorea) wird sehr häufig von psychischen Anomalien begleitet. Auch echte Psychosen treten nicht selten auf.

Bei den meisten Chorea-Kranken trifft man eine mehr oder weniger hochgradige Erreglichkeit, große Unstetigkeit und Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit zu konzentrieren. Choreatische sind labil in ihrer Stimmung und schwer zu behandeln, neigen zu extremen Gefühlsausbrüchen und entwickeln manchmal allerhand insoziale, an Hysterie erinnernde Charakterzüge (Choreatische Gemütsentartung). Nicht selten tritt eine Abnahme der geistigen Regsamkeit, Gedächtnisschwäche und ein Nachlassen der gesamten intellektuellen Leistungsfähigkeit ein, wobei manchmal ein eigenartig läppisches, bizarres Wesen sich entwickelt (Choreatische Demenz). Die affektive Abstumpfung zeigt sich bei vielen Choreatischen schon in der geringen Wirkung, welches ihr Leiden auf ihre Psyche ausübt.

Wirkliche Psychosen sind seltener bei Chorea. Man trifft manie-ähnliche Erregungszustände mit großer Inko-

härenz im Gedankengange und schreckhaften Visionen, deliröse Zustände mit schreckhaften Visionen und Verfolgungsideen, sowie Depressionszustände.

Häufig verschwinden die psychischen Störungen, wenn die Chorea heilt. Die Prognose der meisten Geistesstörungen bei Chorea minor ist günstig. Einige enden letal, besonders die deliriösen Formen.

Auch bei der Chorea Huntingtoni (Chorea chronic. progressiva) finden sich Charakteranomalien und Geistesstörungen. Häufig kommt es zu Demenz. Die Prognose ist infaust sowohl quoad Chorea als quoad Psychose.

Differentialdiagnose.

Die Diagnose der Chorea ist leicht. Bei allen Fällen von Chorea, besonders denen von Hemichorea, müssen organische Krankheiten des Gehirns in Erwägung gezogen werden.

Einzelne Fälle von Hysterie können mit Chorea differentialdiagnostisch in Betracht kommen. Hier werden manchmal die Anamnese (Rheumatismus bei Chorea) sowie das Bestehen von Herzfehlern (Mitralsuffizienz), der bei Choreatischen beobachtete eigenartige Patellarreflex — nach der durch das Beklopfen der Patellarsehne erfolgten Streckung des Unterschenkels verharret dieser noch eine Weile gestreckt und sinkt dann erst allmählich herab — das Fehlen hysterischer Stigmata und andere Unterscheidungsmerkmale (lebhaftes, hysterisches Temperament — stumpfes, läppisches choreatisches) die Diagnose sichern.

4. Die Neurasthenie.

Infolge körperlicher oder geistiger Überanstrengung, sexueller und anderer Ausschweifungen, kurz infolge der aufreibenden Wirkung des modernen Kulturlebens entwickelt sich bei vielen Individuen der Symptomenkomplex der Neurasthenie. Dieser setzt sich zwar der Hauptsache nach aus körperlich-nervösen Zeichen zusammen, fast immer aber

treten auch psychische Symptome auf, die die geistige Leistungsfähigkeit mehr oder weniger beeinträchtigen.

Die wesentlichen körperlich-nervösen Symptome sind:

1. Auf dem Gebiete der Motilität: Tremor, Lidclonus, Rhombergsches Zeichen, unsichere, stockende Sprache, leichte Ataxien und allgemeine Muskelschwäche.

2. Auf dem Gebiete der Sensibilität: kommen allerhand Parästhesien, Kriebeln, Rieseln, Ameisenlaufen, sowie Schmerzen ganz vager Natur, die meist an circumscriperten Stellen auftreten (topoalgies), zur Beobachtung. Außerdem regelmäßig Kopfschmerz in allen möglichen Formen, auch Migräne, Kopfdruck, leichte Schwindelanfälle, Flimmern vor den Augen und Gefühl von körperlicher Hinfälligkeit.

3. Auf vasomotorischem Gebiete: leichtes Schwitzen und Erröten, Kongestionen, Herzklopfen und Tachycardie.

4. Die Reflexe sind oft erhöht, besonders die Patellarreflexe.

Auf psychischem Gebiete macht sich vor allem eine krankhafte Reizbarkeit in Verbindung mit abnorm rascher Ermüdbarkeit bemerkbar. Die Kranken sind wohl zu einer kurzen Kraftleistung fähig, aber außer stande, ihre Aufmerksamkeit längere Zeit zu konzentrieren. Dabei tritt eine mehr oder weniger hochgradige Erschwerung der Auffassung und eine solche in der Verwendung des Gedächtnismaterials hervor. Die Stimmung ist meist pessimistisch, oft werden hypochondrische Ideen geäußert.

Je nach dem Überwiegen einzelner Symptome spricht man von cerebraler, spinaler, sexueller und andern Formen der Neurasthenie.

Die Prognose ist bei geeigneter Behandlung gut.

Differentialdiagnose.

Neurasthenische Zustände können als Symptom bei mancherlei Krankheiten vorkommen.

1. Bei schweren körperlichen Krankheiten: Tuberkulose, große Eiterungen, Nephritis oder in der Re-

konvaleszenz nach Infektionskrankheiten, besonders nach Influenza.

2. Bei organischen Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks: bei Tabes, Tumoren, Syphilis, beginnender Sklerose und Abscessen.

3. Bei Geisteskrankheiten, bei beginnender Dementia praecox, seltener bei Manie.

4. Bei progressiver Paralyse. Am praktisch bedeutsamsten ist die Differentialdiagnose gegen Paralyse. Wir verweisen auf das bei der Paralyse Gesagte (s. S. 185).

X. Die Intoxikationspsychosen.

1. Der Alkoholismus.

a) Pathologische Rauschzustände.

Wissenschaftlich betrachtet ist jeder Rausch eine Geistesstörung, also pathologisch, und der Ausdruck ein „normaler Rausch“ eigentlich eine *contradictio in adjecto*. Aber aus praktischen, besonders forensischen Gründen empfiehlt es sich, die Unterscheidung einstweilen beizubehalten.

Das Typische jeder Alkoholwirkung ist die Erleichterung in dem Zustandekommen psychomotorischer Antriebe, die sich durch vermehrten Bewegungsdrang kennzeichnet, und die Herabsetzung der intellektuellen Leistungsfähigkeit, die sich durch Wegfall der feineren Hemmungen, durch erhöhtes Selbstbewußtsein, durch oberflächliche Witzeleien und das Hervortreten der niedern Instinkte zu erkennen gibt.

Ein pathologischer Rauschzustand (*pseudo-ivresse*) ist ein solcher, welcher von pathologischen Phänomenen begleitet wird, die sonst für die einfache Trunkenheit (*ivresse*) nicht typisch sind. Er kann entweder durch sehr große Dosen oder bei Alkohol-Intoleranz durch kleine oder mittelgroße Dosen Alkohol hervorgerufen werden. Er kommt immer nur zu stande auf der Basis einer entweder ab ovo vorhandenen

oder erworbenen, dauernden oder vorübergehenden psychopathischen Konstitution. Vor allem sind es viele Degenerierte, angeboren Schwachsinnige, Epileptiker und Hysterische, dann Alkoholisten, Traumatiker, Neurastheniker, Paralytiker und senile Kranke, die pathologischen Rauschzuständen anheimfallen.

Sie äußern sich in plötzlichen starken Angstaffekten mit blindwütender motorischer Entladung (pseudo-ivresse impulsive), in tiefer, von lebhaften ängstlichen Affekten begleiteter Niedergeschlagenheit (pseudo-ivresse mélancolique), in einer stürmischen, manie-ähnlichen Erregung (pseudo-ivresse maniaque), in kurzen Zuständen von Verwirrtheit, mit Sinnestäuschungen, wahnhaften Vorstellungen und Personenverkennung und andern psychotischen Zuständen von meist kurzer Dauer (daher folie transitoire alcoolique). Nach dem Anfall tritt oft tiefer Schlaf ein, nach dem die Erinnerung an das Durchlebte nur lückenhaft ist. Manchmal ist völlige Amnesie vorhanden.

Die pathologischen Rauschzustände sind von großer forensischer Bedeutung. Daher muß der Arzt sie kennen. Viele der sogen. Affektverbrechen: Körperverletzung, Totschlag, auch Selbstmord entstehen unter dem Angstaffekt des pathologischen Rauschzustandes.

Zur Diagnose gehört der Nachweis:

1. Einer schweren Intoxikation: hier ist die Pupillenstarre das wichtigste Symptom. Ihr Nachweis ist von entscheidender Bedeutung.

2. Einer vorhandenen Alkohol-Intoleranz: diese kann experimentell nachgewiesen werden.

3. Der abnormen psychotischen Symptome: Angstaffekte, Sinnestäuschungen, Verwirrtheit; nach dem Anfall Amnesie.

b) Das Delirium tremens.

Das Delirium tremens potatorum ist eine akute Psychose der chronischen Alkoholisten (im wesentlichen der Schnapstrinker), die durch zeit-

liche und örtliche Desorientiertheit (Verwirrtheit), durch typische Sinnestäuschungen und Tremor charakterisiert ist.

Jedes Delirium tremens läßt sich in 3 Phasen zerlegen:

1. Dem eigentlichen Ausbruch des Delirs gehen meist Prodromalerscheinungen voraus: die Kranken geraten nachts in einen rauschartigen Zustand, werden schlaflos, unruhig und schreckhaft, manchmal treten Angstzustände mit starkem Schweißausbruch auf, in denen die Patienten manchmal benommen und desorientiert sind. Dann kommen, ebenfalls erst nachts, vereinzelte Sinnestäuschungen, die typischen Tiervisionen. Tags über sind die Patienten meist noch klar, aber erregbarer als sonst, zornmütig und zerstreut.

In einer nicht geringen Anzahl von Fällen geht dem Delirium ein oder mehrere epileptische Anfälle voraus. Dann handelt es sich entweder um einen Epileptiker, bei dem episodisch ein Alkohol-Delir einsetzt, oder um einen chronischen Alkoholisten, bei dem symptomatische Epilepsie eintritt.

In andern Fällen können alle Prodromalerscheinungen völlig fehlen.

2. Das Höhestadium bietet meist ein auf den ersten Blick typisches Bild, so daß, wer es einmal gesehen hat, meist sofort immer wieder erkennen wird. Man erblickt einen unruhigen, schweißtriefenden Kranken, dessen Physiognomie nebst dem Ausdruck einer gewissen Ängstlichkeit meist die Spuren des chronischen Alkoholismus aufweist: schlaffe, grobe gedunsene Züge, stark injizierte Konjunktiven oder Bindehautkatarrh, verstrichene Nasolabialfalten und nicht selten leichte Paresen in der mimischen Muskulatur. Am ersten fällt dann das starke Zittern auf, welches den ganzen Körper mehr oder weniger stark betrifft, so daß die Kranken sich oft kaum im Gleichgewicht halten können. Der Tremor ist schnellschlägig, 8—10 Oscillationen in der Sekunde, und ist am stärksten an Lippen, Zunge und Händen. Er besteht auch in der

Ruhe, nimmt aber bei intendierten Bewegungen zu. Der Kranke kümmert sich nicht um seine Umgebung, packt sein Bettzeug zusammen und kramt damit herum. Er streicht darüber, als ob er etwas wegwischen wollte, sammelt unterm Bett, an den Wänden und läßt deutlich erkennen, daß er es mit visionären Objekten, meist den typischen Tiervisionen zu tun hat. Ab und zu treten ängstliche Erregungen ein, der Kranke stürzt an die Wand, um sich mit verzweifelter Kraft dagegen zu stemmen, da er vermeint, alles stürze über ihm zusammen; er ruft laut um Hilfe. Aus seinen Reden kann man entnehmen, daß er sich in seiner gewohnten Umgebung zu befinden glaubt, so daß es möglich ist, aus der Art der Situationsverken- nung den Beruf des Deliranten zu erkennen. An den objektiven Zeichen: häufigem Aufhören, an dem Drohen und Schimpfen und plötzlichen Erregungen ist leicht zu erkennen, daß der Kranke Sinnestäuschungen hat. Es sind vorwiegend solche des Gesichts, meist kommen aber auch noch taktile und akustische Halluzinationen vor.

Typisch für die Alkohol-Deliranten sind:

- a) Die aus der associativen Verknüpfung der akustischen und optischen Halluzinationen entstehenden Situa- tionsverkennungen: Die Kranken bemerken nicht, daß sie in einem Krankensaal sich befinden, sondern glauben in ihrer gewohnten Umgebung unter ihren Verwandten oder Bekannten zu weilen, deren Stimme sie hören. Die ihnen fremden Ärzte und Kranken- pfleger werden als alte Bekannte verkannt und be- grüßt. Die hallucinierte Situation entspricht meist dem Berufe des Deliranten: der Fischer halluciniert Wasser mit Fischen, der Kellner sein Wirtshaus mit vielen Gästen etc.
- b) Die Tiervisionen. Die visionären Tiere befinden sich meist in Bewegung. Es sind Mäuse, Ratten, Käfer, aber auch größere Tiere: Wiesel, Hunde und andere, die der Delirant zu erblicken glaubt und mit denen er sich zu schaffen macht. Diese Visionen

kann man leicht auf suggestivem Wege hervorrufen, indem man einem Alkoholdeliranten beliebige Flecke an der Wand zeigt und ihn auffordert, scharf hinzusehen. Er wird darin bald Spinnen, Käfer oder dergleichen erblicken.

- c) Die taktilen Hallucinationen sind ebenfalls häufig. Sie bestehen am häufigsten in dem Gefühl, als ob Tierchen unter der Haut kröchen; aber auch in schmerzhaften Empfindungen wahrscheinlich neuritischen Ursprungs, ein Gefühl von Bissen oder Stichen.

Die Hallucinationen des Gehörs spielen nur eine untergeordnete Rolle. Sie bilden fast immer nur die Ergänzung zu den hallucinierten Situationen: Der Delirant hört die Stimmen seiner Angehörigen oder Bekannten, da er sich bei seiner gewohnten Beschäftigung zu befinden glaubt, und unterhält sich mit ihnen über die laufenden Tagesfragen.

Über sich selbst und über seine ganze Vergangenheit bis zum Beginn des Delirs ist er völlig orientiert und gibt genaue Auskunft. Das Gedächtnis für die Vergangenheit ist also völlig intakt. Aber die Merkfähigkeit zeigt deutliche, tiefe Störungen. Der Delirant ist dauernd zeitlich und örtlich desorientiert, so oft man ihn auch aufklären mag. Er vergißt alles, was auch durch die experimentelle Prüfung der Merkfähigkeit leicht festgestellt werden kann. Infolgedessen kommt es zu den charakteristischen Konfabulationen.

Das Delir erreicht seinen höchsten Grad meist am 3. Tage. Die Kranken sind in beständiger, motorischer Unruhe, häufige Angstzustände, jähes Aufschrecken, beständiges starkes Schwitzen, allgemeiner Tremor, Ataxie der Extremitäten, unsichere, lallende Sprache und Sinnes-täuschungen sind die markantesten Symptome. In vielen Fällen tritt gegen Ende des Delirs eine eigenartig gefärbte Euphorie auf, die als Galgenhumor der Trinker bekannt ist.

Das Delirium tremens dauert durchschnittlich 4 Tage; während dem ist vollständige Schlaflosigkeit die Regel.

Am letzten Tage lassen die Sinnestäuschungen nach, der Kranke wird sichtlich erschöpft und sinkt in tiefen Schlaf, welcher meist kritisch einsetzt und das

3. Stadium, das Endstadium des Delirs, bildet. Es dauert meist ziemlich lange, 10—20 Stunden und länger.

Wenn der Kranke erwacht, ist die Besonnenheit zurückgekehrt, die Orientiertheit wieder hergestellt. Die Erinnerung an die Erlebnisse des Delirs ist im einzelnen oft recht scharf, aber im ganzen mehr oder weniger summarisch. Völlige Amnesie ist selten. Sie kommt meist nur bei den Deliren nach oder mit epileptischen Anfällen vor.

Nach dem Delir werden oft einzelne delirante Erlebnisse eine Zeitlang als wirkliche geglaubt. Der Tremor verschwindet erst nach 4—8 Tagen nach dem kritischen Schlaf.

Die Prognose des Alkohol-Deliriums ist quoad vitam gravis: 10—15 % der Deliranten sterben. Die übrigen genesen.

Die Diagnose des Delirium tremens stützt sich im besonderen auf folgende Symptomatologie:

I. Auf psychischem Gebiete:

1. Der Gesamtzustand ist als ein traumhaft benommener zu bezeichnen, in dem die Auffassung der Umwelt erschwert, durch Sinnestäuschungen gefälscht und die Aufmerksamkeit stark herabgesetzt ist.

2. Die Folge der hallucinatorischen Verwirrtheit ist mehr oder weniger hochgradige Desorientiertheit, Personen- und Situationsverkenntung, sowie eine starke Suggestibilität.

3. Eine starke Störung der Merkfähigkeit und Neigung zu Konfabulationen.

II. Auf dem Gebiete der Motilität:

1. Allgemeiner Tremor und mehr oder weniger hochgradige Ataxie. Beides ist am deutlichsten an der Schrift zu erkennen.

2. Starke motorische Unruhe (Beschäftigungsdrang) und Schlaflosigkeit.

3. Sprach- und Lesestörungen. Silbenstolpern, Paraphrasie, Paralexie.

4. Träge reagierende, seltener lichtstarre Pupillen.

III. Auf dem Gebiete der Sensibilität:

1. Hyperästhesien: neuritische Schmerzen, Druckempfindlichkeit der Nervenstämmen und der Muskulatur.

2. Anästhesien: sind seltener ausgesprochen. Hyperästhesien sind häufig.

3. Parästhesien: Ameisenkriechen.

IV. Auf somatischem Gebiete:

1. Albuminurie findet sich bei mindestens der Hälfte aller Deliranten. Es handelt sich um eine transitorische Albuminurie, meist geringen Grades, die mit dem Delir verschwindet.

2. Bei einem großen Teil der Alkohol-Deliranten findet man fieberhafte Krankheiten der Atmungsorgane. Die klassische Komplikation ist die Pneumonie. Hier bricht das Delir dann meist am 3. oder 4. Tage der Pneumonie aus. Die Prognosis ist immer gravissima.

3. Der Puls ist immer beschleunigt, häufig dikrot.

4. Starkes Schwitzen tritt fast immer ein.

5. Oft sind die Zeichen des chronischen Alkoholismus nachweisbar: Arteriosklerosis, Lebercirrhose, Nephritis, Degeneratio cordis und andere.

Differentialdiagnose.

Das typische Alkohol-Delirium kann mit keiner anderen Psychose verwechselt werden. Es gibt aber eine ganze Reihe von Fällen, die von dem reinen Typus des Delirium tremens mehr oder weniger abweichen und daher als atypische Delirien bezeichnet werden. Das sind

1. Die Delirien, in denen oder vor denen epileptische Anfälle auftreten. Sie sind gekennzeichnet durch tiefere Bewußtseinsstörung, durch das Auftreten einzelner Wahnideen, durch die Monotonie und Hemmung des Gedankenganges, welcher beim echten Deliranten ideenflüchtig umherirrt und sehr ablenkbar ist, durch vereinzelte Hallucina-

tionen des Geschmacks und Geruchs, durch die nicht seltene, feindliche Verkennung der Umgebung und ab und zu durch impulsive Reaktionen. Auch die Amnesie nach dem Delir ist meist größer als beim echten Alkohol-Delir.

2. Die schweren Delirien mit Meningitisercheinungen. Hier tritt oft hohes Fieber ein (Delirium tremens febrile). Fehlen der Patellarreflexe, selbst cerebrale Symptome (Augenmuskelstörungen) können vorkommen. Die Anamnese wird im wesentlichen die sehr schwere Differentialdiagnose sichern.

c) Die akute Halluzinose der Trinker.

Die akute Halluzinose der Trinker (der akute hallucinatorische Wahnsinn der Trinker) ist eine Psychose, welche durch massenhafte Halluzinationen des Gehörs und durch die rasche Entwicklung zusammenhängender paranoischer Wahnideen bei völliger Erhaltung der Orientiertheit charakterisiert ist.

Sie hat manche Symptome mit dem Delirium tremens gemeinsam: wie dieses entwickelt es sich auf dem Boden des chronischen Alkoholismus, beginnt meist ganz akut, verläuft rasch in wenigen Tagen oder Wochen und geht, wenigstens wenn es sich um den ersten Anfall handelt, in völlige Genesung über. Schlaffe Gesichtsinervation, leichte Paresen, Erscheinungen von Tremor und neuritische Symptome findet man wie beim Delirium tremens, von dem sich die akute Halluzinose jedoch wesentlich durch folgende Zeichen unterscheidet:

1. Während beim Delirium tremens die Halluzinationen des Gesichts bei weitem im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen, treten bei der Halluzinose die Halluzinationen des Gehörs hervor. Mit diesen beginnt auch meistens die Psychose, mit massenhaften Halluzinationen des Gehörs. Diese haben meist bedrohlichen und beschimpfenden Inhalt, nicht selten mit Beziehung auf den

alkoholistischen Lebenswandel der Kranken. („Du bist ein Säufer!“ „Lump!“ „Wirst totgeschossen!“) Manchmal sind sie noch besonders charakterisiert:

- a) Sie treten meist massenhaft auf und mehrere Stimmen sprechen gleichzeitig.
- b) Oft haben sie den Charakter einer ausgesprochenen rhythmischen Monotonie, z. B. „Du bist'n Lump! Du bist'n Lump!“ geht es fortwährend in demselben Tonfall und derselben Accentuierung.
- c) Nicht selten bilden die Hallucinationen fortlaufende Gespräche mehrerer Stimmen, die sich über den Kranken, meist in höhnischer Weise, unterhalten, und bei denen dann der Kranke selber nur als stummer Zuhörer beteiligt ist.
- d) Seltener ist Gedankenlautwerden.

2. Das zweite Elementarsymptom des akuten Alkoholwahnns bilden die paranoischen Wahnideen, die in mehr oder weniger systematisierter Form auftreten, meist nur oberflächlich motiviert werden und oft einem raschen, beständigen Wechsel unterliegen. Man findet:

- a) Sehr häufig Beziehungswahn, besonders im Beginn der Psychose. Immer aber
- b) Eine mehr oder weniger logisch verknüpfte Kette von Verfolgungsideen, z. B.: „Die Stimmen stammen von bösen Feinden. Es ist eine Gaunerbande, eine Geheimgesellschaft. Die können unsichtbar durch die Luft schweben. Es ist ein Bund der unsichtbaren Menschen. Ich soll totgeschossen werden, weil ich ihre Geheimnisse verraten haben soll.“
- c) Manchmal kommen auch Eifersuchtwahnideen zur Beobachtung.

Die Psychose beginnt und wird begleitet von lebhaften Angstafekten, in denen der von den Stimmen gehetzte Kranke nicht selten die Hilfe der Polizei anruft oder auch Selbstmord begeht. Sehr häufig ist die starke Angst bestimmter Hallucinationen: die Kranken hören z. B. be-

ständiges lautes Schießen und sehen ihre Feinde, die auf sie anlegen.

Außer Gehörshallucinationen kommen vereinzelt auch Tiervisionen vor (Skorpione, Wiesel, kleine Bären etc.). Auch taktile Hallucinationen sind nicht selten.

Eigentliche Größenideen sind selten und hier ausnahmsweise für die Prognose nicht von Bedeutung. Öfters findet man vorübergehend gehobenes Selbstbewußtsein, das von einer humoristisch gefärbten Euphorie seinen besonderen, alkoholistischen Charakter erhält.

Differentialdiagnose.

I. Gegen Delirium tremens. Hier sind folgende Punkte entscheidend:

1. Beim akuten Alkoholwahnsinn bleibt die Orientierung völlig erhalten. Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit sind ungestört, Konfabulationen sowie die charakteristischen Situationsverkennungen kommen daher nicht zur Beobachtung.

2. Beim Alkohol-Deliranten überwiegen die Visionen, beim akuten Wahnsinn der Trinker die Hallucinationen des Gehörs.

3. Die paranoischen Wahnideen kommen nur der akuten Halluzinose der Trinker zu.

4. Die Nerven-Symptome des Alkoholismus (Tremor, Ataxie etc.) sind bei der Halluzinose selten stärker ausgeprägt.

5. Komplizierende Körperkrankheiten, Fieber und Albuminurie fehlen meist bei der akuten Halluzinose.

II. Gegen Paranoia.

Hier werden die Anamnese, der akute Beginn, die Symptome des Alkoholismus, eventuell auch der Charakter der Hallucinationen Sicherheit bringen.

d) Die Korsakoffsche Psychose.

(Das chronische Alkohol-Delirium.)

Das von Korsakoff zuerst beschriebene chronische Alkohol-Delirium wird auch als polyneuritische Geistes-

störung bezeichnet. Sie entwickelt sich am häufigsten nach starken Trinkexzessen bei chronischen Alkoholisten.

Der Beginn ist entweder eine multiple Neuritis, an die sich eine Phase des akuten Deliriums anschließt, oder ein mehr oder weniger atypisches Delirium tremens, in dessen Verlauf sich dann die Symptome der Polyneuritis einstellen.

Die initiale deliriöse Phase geht jedoch nicht wie beim gewöhnlichen Alkohol-Delirium kritisch aus dem typischen Schlaf in Genesung, sondern in Chronizität über, und so entwickelt sich nach einigen Wochen das ausgesprochene Bild der Korsakoffschen Psychose.

Die Kranken, welche anfangs, meist nachts, noch delirante Zustände aufwiesen, werden ruhig und äußerlich besonnen. Nur die Stimmung ist auffallend: für gewöhnlich besteht eine große Apathie, die manchmal durch ein leidseliges, weinerliches Wesen oder auch durch eine unmotiviertere Euphorie unterbrochen wird. Die äußere Haltung der Kranken ist vollkommen korrekt und läßt kaum tiefgreifendere Störungen ahnen.

Die Kardinalsymptome der Psychose auf dem Höhestadium sind folgende:

1. Am auffallendsten ist die starke Störung der Merkfähigkeit. Die Kranken wissen nicht, wo sie sind, kennen ihr Umgebung nicht und machen daher beständig wechselnde, falsche Angaben über Zeit, Ort und jüngste Erlebnisse. Hat man ihnen eben genau Bescheid gesagt und sie völlig orientiert, so ist meist sofort oder binnen kurzer Zeit alles vergessen. Ebenso geht alles, was sich vor ihren Sinnen ereignet, spurlos an ihnen vorüber. Daher geht auch die Anschauung über die Succession der Ereignisse verloren; die Kranken haben keine Vorstellung, wie lange sie sich an Ort und Stelle befinden, verlieren überhaupt jeden Begriff des zeitlichen Aufeinander und wissen manchmal nicht, ob Tag oder Nacht ist.

2. Neben der starken Störung der Merkfähigkeit besteht meist eine mehr oder weniger weitreichende retroak-

tive Amnesie, die sich Monate und Jahre über die Zeit des Deliriums hinaus erstrecken kann. Die ganze davon betroffene Periode ist dann wie ausgelöscht in der Erinnerung: die Kranken haben selbst die wichtigsten persönlichen Erlebnisse, bedeutsame politische Ereignisse der Zeit völlig vergessen und wissen nichts mehr von ihrer Hochzeit, vom Tode ihrer Angehörigen und anderen Dingen, wenn sie in die Periode fallen, welche die Amnesie betroffen hat. Manchmal glauben sie sich in einer Situation zu befinden, die einer früheren Epoche ihres Lebens entspricht, bis zu deren Grenze die retrograde Amnesie zurückreicht. (Z. B. lebte ein Gymnasiallehrer in der früheren Situation eines Studenten.)

3. Diese meist starken Defekte des Gedächtnisses suchen die Kranken durch beständige, stets wechselnde Konfabulationen zu ersetzen. Sie sind, wenn sie gefragt werden, nie in Verlegenheit. Sofort wird eine prompte Antwort erteilt, die an ihrem ganzen Charakter meist ohne weiteres als eine Verlegenheits-Konfabulation zu erkennen ist. Im nächsten Moment haben sie auch diese Konfabulation vergessen, und die erneute Frage fördert neue Konfabulationen zu Tage. In vielen Fällen tritt das Konfabulieren in so hohem Maße auf, daß es ganz im Vordergrund des Krankheitsbildes steht. Die Kranken erzählen abenteuerliche, phantastisch ausgeschmückte Erlebnisse, die nicht selten mit Größenideen durchsetzt sind und dann geradezu an Paralyse erinnern können. Über die Erlebnisse der früheren Zeit, die nicht durch die Amnesie betroffen worden sind, berichten die Kranken richtig. Auch sonst ist die Denktätigkeit im allgemeinen ungestört.

Der Ausgang der Psychose ist verschieden. Völlige Genesung ist selten. Meistens tritt nach monate- oder jahrelangem Verlauf eine Abschwächung der Hauptsymptome ein, während ein Zustand geistiger Schwäche dauernd bestehen bleibt.

Differentialdiagnose.

Ist der Symptomenkomplex der Korsakoffschen Psychose voll entwickelt, so können differentialdiagnostisch in Betracht kommen:

1. Progressive Paralyse. Die zahlreichen neuritischen Symptome, die Paresen und Lähmungen der peripheren und Gehirnnerven, Muskelatrophien mit Entartungsreaktion, Abschwächung oder Fehlen der Patellarreflexe, Sprach- und Sensibilitätsstörungen, die im Beginn und der ersten Periode der Korsakoffschen Psychose zu beobachten sind, können im Verein mit den psychischen Symptomen, den Störungen der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses das Bild einer progressiven Paralyse vortäuschen. Auch die Pupillenstarre kommt bei hochgradiger Alkohol-Intoxikation nicht selten vor. Die Anamnese, welche starke Exzesse in Baccho ergibt, der Beginn mit einer deliranten Phase, die eigenartige Gedächtnisstörung, die in so markanter Weise der Paralyse nicht zukommt, der Verlauf und Ausgang werden die Diagnose entscheiden. Bei der Mehrzahl der Fälle tritt eine gewisse Besserung ein, dann bleibt der Zustand mindestens stationär. Bei der Paralyse ist ein unaufhaltsamer progressus zu bemerken.

2. Im Senium kommen ebenfalls nicht selten Störungen der Merktähigkeit mit Neigung zum Konfabulieren und Amnesie vor. Dieser Symptomenkomplex — die sogenannte senile Korsakoffsche Psychose — ist meist die Folge einer bestehenden senilen Demenz und unterscheidet sich von dem chronischen Alkohol-Delir durch das Fehlen neuritischer Symptome, durch die Zeichen der Senilität und durch das anfallsweise Auftreten, meist zur Nacht. (Siehe unter Dementia senilis).

e) Der chronische Alkoholismus.

Die chronischen Alkoholisten oder Gewohnheitstrinker sind meist physiognomisch in so markanter Weise gekennzeichnet, daß die Diagnose auch dem Auge des Nicht-

Psychiaters leicht fällt. Die schlaffen, gedunsenen Züge, das gleichsam aufgeschwemmte Gesicht mit der verstrichenen oder oberflächlichen Faltenbildung, die injizierten Konjunktiven, der mehr oder weniger deutliche Exophthalmus (Glotzaugen), der matte, feuchte Blick (schwimmende Augen) und meistens auch die Spuren eines frühzeitigen Alterns finden sich fast bei allen ausgeprägt.

Psychologisch charakterisiert sich der chronische Alkoholismus folgendermaßen:

1. Zunächst leidet unter der andauernden Alkohol-Intoxikation die Intelligenz. Die Kranken werden immer unfähiger zu regelmäßiger, angestrenzter Arbeit und ermüden rasch. Zugleich wird der Wille mehr und mehr gelähmt, und schließlich ist die Energie so sehr geschwächt, daß die Kranken, auch wenn ihre Intelligenz noch leidlich erhalten ist, sich zu nichts mehr aufraffen können. Gerade in der frühzeitigen und nachhaltigen Lähmung des Willens liegt die Hauptgefahr des Alkoholismus. Die Gewohnheitstrinker sinken daher immer tiefer und tiefer auf der sozialen Stufenleiter herab, und wenn am Anfang auch noch ein gewisses, oft mit Galgenhumor vorgetragenes Verständnis für die eigene Situation vorhanden war, so tritt später als ein für den degenerierten Alkoholisten typisches Merkmal die gänzliche Einsichtslosigkeit für den eigenen Zustand ein.

2. Das Gedächtnis leidet in fortschreitendem Maße, und zwar sowohl die Merkfähigkeit, wie das Gedächtnis für die frühere Vergangenheit.

3. Zu der Herabsetzung der intellektuellen Fähigkeiten gesellt sich eine mehr oder weniger hochgradige sittliche Entartung. Die Alkoholisten vernachlässigen ihre Pflicht und ihre Familie, sie verstoßen ohne Scheu und Scham gegen die gute Sitte und werden gleichgültig gegen die Verachtung, die ihnen zu teil wird. Der Alkohol vernichtet alle besseren Instinkte in ihnen, bis schließlich sittliche Motive überhaupt nicht mehr wirksam werden und der Trieb zum Alkohol sie unwiderstehlich beherrscht, ob-

wohl die Intoleranz gegen das Gift ständig zunimmt. Fast bei allen Alkoholisten entwickeln sich gewisse Charaktereigentümlichkeiten, die man als den Charakter der Gewohnheitstrinker bezeichnen kann. Fast alle zeigen sie zwei verschiedene Seiten, die eine: das ist der Trinker in seinem Benehmen zu Hause, die andere: in seinem Benehmen im Wirtshaus. Zu Hause der Tyrann seiner Familie, der durch Brutalitäten oder Drohungen den gesunkenen Respekt aufrecht zu erhalten sucht, oder völlig haltlos, weinerlich und rührselig, um durch heuchlerische Versprechungen, wobei es auch auf einige Lügen nicht ankommt, neues Geld zum Vertrinken zu erlangen, fühlt er sich im Wirtshaus gehobener Stimmung, die sich in cynischen, flachen Witzen, in derben Renommistereien und schwachsinnigen Konfabulationen Luft macht. Diese beiden verschiedenen Seiten des Alkoholisten sind einfach der Ausdruck der Alkohol-Abstinenz und der erneuten Intoxikation.

4. Ungemein charakteristisch ist für alle chronischen Alkoholisten die gänzliche Einsichtslosigkeit in ihren gesunkenen Zustand. Die Kranken sind von ihrem eigenen Werte überzeugt, zeigen oft gehobenes Selbstbewußtsein und können daher gar nicht begreifen, wie ihre Umgebung und andere Menschen sie verdammen können. Sie sehen alles in anderem Lichte, wissen alles zu beschönigen und zu ihrem Vorteil herauszustreichen, und entwickeln dabei oft eine nicht geringe Dialektik.

Bei vielen Alkoholisten treten epileptische Anfälle auf, die nach längerer Abstinenz verschwinden können (Alkohol-Epilepsie). Wo sie länger bestehen bleiben, handelt es sich entweder um epileptische oder epileptisch veranlagte Individuen, bei denen der Alkohol nur die Rolle des agent provocateur spielte.

Die Diagnose des chronischen Alkoholismus ist im allgemeinen leicht. Schon die Anamnese wird sie meistens entscheiden. Sonst kommen außer den psychologischen Symptomen der alkoholistischen Degeneration noch die somatischen Zeichen des chronischen Alkoholismus in Be-

tracht: Tremor, gastrische Erscheinungen, Herz-, Leber-, Nierenkrankheiten, Arteriosklerosis, neuritische Symptome, träge reagierende Pupillen und andere.

Die Prognose des chronischen Alkoholismus ist im allgemeinen infaust. Überall, wo jene unkorrigierbare Verkenntung der eigenen Situation mit Einsichtslosigkeit in den eigenen Zustand eingetreten ist, kann eine Besserung oder Genesung nicht mehr erwartet werden. Die Alkoholisten sind dann nicht mehr als einfache Degenerierte, sondern als Geisteskranke zu betrachten und zu behandeln.

Differentialdiagnose.

1. Schwierig kann in einigen Fällen die Differentialdiagnose zwischen Alkoholismus chronicus und progressiver Paralyse werden. Es handelt sich hier meist um Fälle, die auch mit dem Namen Pseudoparalysis alcoholica bezeichnet werden. Hochgradige Demenz, Fehlen der Patellarreflexe, Pupillenstarre, epileptische Anfälle und andere Kardinalsymptome der Paralyse können eine reine Paralyse vortäuschen. Aber die Anamnese (Alkoholismus, Fehlen einer syphilitischen Infektion), die geringe Tendenz zum progressus und die mehr oder weniger weitgehenden Remissionen bei Alkoholabstinenz werden die Unterscheidung nach längerem Verlauf möglich machen.

2. Nicht selten ergeben sich Paralytiker dem Alkohol. Dann ist der Alkoholismus nur ein Symptom der Paralyse und auch völlige, länger dauernde Abstinenz bringt keine Besserung. Die Krankheit schreitet vielmehr unaufhaltsam fort.

f) Die Alkohol-Paranoia.

Bei nicht wenigen chronischen Alkoholisten entwickeln sich paranoische Wahnideen, die mehr oder weniger systematisiert werden. Am häufigsten ist der Eifersuchts- wahn der chronischen Alkoholisten. Die meist sich entwickelnde Abneigung des andern Gatten gegen den immer

mehr verkommenden Trinker, die nicht selten nach längerem Alkoholmißbrauch auftretende Impotenz und die starke Abschwächung des Urteilsvermögens sind die Basis, auf der die Wahnidee sich allmählich entwickelt. Allerhand unbedeutende Vorfälle geben ihrem Verdachte Nahrung, und schließlich sind sie von dem Ehebruch des Gatten überzeugt. Rohe Mißhandlungen, auch gefährliche Verletzungen und Mord sind die daraus entspringenden Delikte.

Die Diagnose macht meist keine Schwierigkeiten.

Der Eifersuchtswahn der Trinker ist prognostisch infaust. Unter längerer Abstinenz können Remissionen eintreten. Genesung ist selten.

Außer Eifersuchtswahn können sich bei Gewohnheitstrinkern andere paranoia-ähnliche Krankheitsbilder finden. So nicht selten Vergiftungsideen, die mit hypochondrischen Wahnideen kombiniert sind.

Differentialdiagnose.

1. Es kommen Fälle reinen Eifersuchtswahns vor, der nicht Teilerscheinung einer Paranoia sind und wo Alkoholgenese mit Sicherheit auszuschließen ist. Hallucinationen, die bei dem alkoholistischen Eifersuchtswahn die Regel sind, fehlen hier. Remissionen kommen nicht vor. Das Fehlen des Alkoholismus in der Anamnese entscheidet die Diagnose.

2. Auch bei Frauen entwickelt sich im Klimakterium in seltenen Fällen das wohlcharakterisierte Bild des Eifersuchtswahnes, ohne Alkoholismus und ohne die Entwicklung eines allgemeinen Verfolgungswahns. Die Prognose ist ungünstig. Das Alter (Klimakterium) und das Fehlen des Alkoholismus in der Anamnese sichern die Diagnose.

2. Morphinismus.

Der chronische Morphiniummißbrauch führt ähnlich wie der chronische Alkoholmißbrauch zu körperlicher und gei-

stiger Zerrüttung. Wie beim Gewohnheitstrinker finden wir bei dem chronischen Morphinisten folgende Symptome:

1. Einen mehr oder weniger tiefgreifenden intellektuellen Verfall. Besonders nachhaltig wird von vorneherein die Willenskraft geschädigt, so daß alle Initiative erlahmt. Aber auch das Gedächtnis nimmt ab, die Merkfähigkeit leidet, das associative Denken wird erschwert und verlangsamt, bis schließlich jede geistige Beschäftigung unmöglich wird.

2. Parallel mit der intellektuellen Zerrüttung entwickelt sich eine zunehmende sittliche Entartung. Diese entsteht nicht selten, wie auch der Morphinismus selber, auf der Basis von Hysterie oder einer von vornherein abnormen Charakteranlage. Bei fast allen Morphinisten kommt es zu hochgradigem Egoismus, so daß sie an allem, selbst an dem, was ihnen sonst das Liebste war, das Interesse verlieren und an nichts weiter denken, als wie sie sich immer wieder Morphium verschaffen können. Sie werden zu völligen Sklaven des Morphiums, die Sucht nach Morphium beherrscht ihr ganzes Tun und Denken. Vor keinem Mittel schrecken sie zurück, dies zu erreichen. Lügen und Betrug sind häufig, auch schwerere Delikte kommen vor, von denen Diebstahl, Unterschlagung und Rezeptfälschung ziemlich typisch sind. Frauen haben sich schon der Prostitution ergeben, um die Mittel zu neuem Morphium zu erlangen.

3. Sehr oft entwickeln sich bei Morphinisten allerlei an Hysterie erinnernde Züge, ohne daß Hysterie vorläge. Das ist insbesondere eine starke Neigung zur Übertreibung und die psychogene Steigerung vieler Symptome, sobald sie beobachtet werden.

Neben den Zeichen der psychischen Zerrüttung finden sich die des körperlichen Verfalles: Abmagerung bis zu den höchsten Graden, Magen- und Darmstörungen, Ataxien, Impotenz, Amenorrhoe. Häufig kommt Myosis, manchmal Myosis mit Pupillenstarre zur Beobachtung. Die

Zähne fallen meist aus. Tremor kommt oft vor, ist aber nicht so ausgesprochen wie beim Alkoholismus.

Besondere Erscheinungen führt die Morphiumentziehung herbei. Es kommt dann zu sogenannten Abstinenzerscheinungen: Unruhe mit dem Gefühl drohenden Kollapses, Angstzustände, die zu Selbstmord führen können, Appetitlosigkeit, beständiges Nießen und Gähnen, Aufstoßen und Erbrechen, Durchfälle, stärkerer Tremor, Wadenkrämpfe, Schmerzen in den verschiedensten Muskelgebieten, Neuralgien und Parästhesien, Schlaflosigkeit, allgemeine Hinfälligkeit und in selteneren Fällen, bei plötzlicher völliger Entziehung, Kollaps und Koma. Einigemal, ebenfalls nach rascher, gänzlicher Entziehung, sind kurze delirante Zustände, ähnlich denen des Alkoholdeliriums mit Tiervisionen und Desorientiertheit beobachtet worden (Delirium tremens der Morphinisten), die durch Injektion von Morphin rasch beseitigt werden konnten. Sehr häufig sind bei morphiumsüchtigen Frauen in der Abstinenz hysterische Anfälle. Hier ist der Morphinismus wohl meist auf hysterischer Basis entstanden.

Die Diagnose des Morphinismus wird kaum Schwierigkeiten machen: Der Kranke sagt uns meist selbst die Diagnose. Von dem chronischen Alkoholmißbrauch unterscheidet sich der Morphinismus durch die fehlende Reizbarkeit und durch die Erschwerung und Verlangsamung der psychomotorischen Antriebe. Der degenerierte Alkoholiker ist meist explosibel, zu tätlichen Exzessen bereit, der degenerierte Morphinist ist träge, apathisch, meist in einem gelinden traumhaften Dusel befangen.

In Fällen, wo die Anamnese fehlt, können zur Diagnose führen:

- a) Myosis, manchmal Pupillenstarre.
- b) Der Nachweis von Morphin im Urin oder im Magen.
- c) Die meist zahlreichen Injektionsnarben am Körper, sowie die häufigen Furunkel und Abscesse.
- d) Abstinenzerscheinungen.

3. Cocainismus.

Der chronische Kokainmißbrauch ist meist mit Morphinismus vergesellschaftet, weil das Kokain ursprünglich dazu benutzt wurde, die Abstinenzerscheinungen bei der Morphiumentziehung zu beseitigen. Aber das Kokain bildet einen gefährlichen Ersatz für das Morphin: seine Wirkung ist weit deletärer und maligner als die des Alkohols und des Morphiums. Meist kommt es zu tiefgehendem geistigen und körperlichen Verfall.

Einmalige Intoxikation mit Kokain erzeugt rauschartige Zustände wie der Alkoholrausch, mit gehobenem Selbstbewußtsein, ausgesprochener Euphorie und Tätigkeitsdrang.

Die chronische Intoxikation ist durch folgende Symptomatologie charakterisiert:

1. Es kommt zu einer raschen, progressiven körperlichen Zerrüttung. Die Kranken werden schlaflos, magern meist ganz enorm ab, verfallen mehr und mehr und bekommen welke, greisenhafte Gesichtszüge. Die Pupillen sind mydriatisch. Es besteht hochgradige Muskelschwäche, Ataxie und Tremor. Die Reflexe sind gesteigert. Der Puls ist dauernd beschleunigt. Starkes Schwitzen, Herzklopfen, Atemnot und Schwindelanfälle treten auf. Die Potenz erlischt. Ernährung und Verdauung liegen völlig darnieder.

2. Daneben entsteht eine tiefgreifende Charakterveränderung im Sinne einer sittlichen und intellektuellen Degeneration. Anfangs werden die Kranken geschwätzig, vergeßlich und unordentlich. Die Forderungen der guten Sitte werden außer acht gelassen. Typisch ist besonders eine eigenartige Vielgeschäftigkeit, die sich in einer regen, zweck- und ziellosen Tätigkeit entläßt, wogegen die eigentlichen Berufspflichten vernachlässigt werden. Schließlich resultiert ein dauernder Zustand nervöser Überreiztheit mit gänzlichem Unvermögen zu geordneter Arbeit, völlige Apathie, gänzlicher Mangel an Willenskraft und weitgehende Gedächtnisstörungen.

Auf der Basis des chronischen Cocainismus entwickeln sich nicht selten ausgesprochene Geistesstörungen. Am häufigsten der akute Wahnsinn der Kokainisten. Dieser ist in mancher Beziehung dem Delirium tremens, in anderer wieder der akuten Halluzinose der Trinker ähnlich und durch folgende Symptome charakterisiert:

1. Meist setzt er plötzlich ein mit Sinnestäuschungen und zwar

- a) Mit Halluzinationen des Gehörs: die Stimmen sind Drohungen, Beschimpfungen.
- b) Mit Halluzinationen des Gesichts: diese sind ziemlich typisch und erinnern an die Visionen der Alkoholdeliranten. Die Kranken erblicken zahllose, meist sehr kleine Tiere oder Gegenstände: Flöhe, Milben, Läuse, Bazillen, aber auch andere Visionen, und zwar diese oft in verkleinertem Maßstabe (Mikropsie).
- c) Mit Halluzinationen des Gefühlssinnes: diese sind in Verbindung mit den Tiervisionen als charakteristisch für Kokainintoxikation anzusehen. Die Kranken empfinden allerhand abnorme Sensationen in der Haut, Jucken, Brennen, Stechen u. s. w., welches als durch kriechende Würmer, Milben, Bazillen oder auch Kristalle und andere Fremdkörper unter der Haut verursacht geschildert wird. Sie zerkratzen sich daher die Haut, um die lästige Empfindung loszuwerden und das Ungeziefer oder die Fremdkörper zu entfernen.

2. Zugleich mit den Sinnestäuschungen kommt es wie bei dem akuten Alkoholwahnsinn zur Entwicklung paranoischer Wahnideen. Die Kranken glauben sich beobachtet, verfolgt, bedroht. Sie schreiben Beschwerdeschriften an die Polizei oder greifen auch zur Selbsthilfe gegen die vermeintlichen Verfolger. Gefährliche Angriffe, Totschlag, auch Selbstmord sind nicht selten. Häufig sind die paranoischen Ideen wesentlich als Eifersuchtswahn entwickelt, der sich meist in ganz absurder Weise offenbart. Auch

dieser führt nicht selten zu gefährlichen Attentaten gegen den anderen Gatten.

3. Die Orientiertheit und äußere Besonnenheit bleibt fast immer völlig erhalten, wie wir das auch beim akuten Alkoholwahnsinn angetroffen haben. Die Kranken geben daher in logischer, geordneter Weise Auskunft. Ihre Wahnideen tragen sie meist ohne weiteres in verständlicher Weise vor.

Die Diagnose des Cocainismus wird zumeist schon aus der Anamnese sicher sein. Indessen verschweigen manche Morphinisten, daß sie auch Kokain genommen haben. Hier ist zu bemerken, daß alle auffallenderen psychotischen Symptome bei Morphinismus (Sinnestäuschungen, paranoische Wahnideen) immer den Verdacht einer Komplikation mit Alkohol oder Kokain wachrufen müssen. Die akute Halluzinose der Kokainisten verschwindet rasch bei der Entziehung des Kokains, um mit jeder neuen Injektion wieder zum Vorschein zu kommen.

Die Prognose des Cocainismus und des Cocaino-Morphinismus ist infaust. Die psychische und körperliche Zerrüttung nimmt meist einen erschreckend raschen Verlauf, wie er bei Morphinismus und Alkoholismus nicht beobachtet wird. Nicht selten ist chronische Wahnbildung, die meist nach dem Abklingen einer akuten Halluzinose permanent wird.

4. Blei-Intoxikation.

Auf der Basis der Blei-Intoxikation entwickeln sich sehr häufig schwere psychische Erkrankungen (Encephalopathia saturnina). Man kann im großen und ganzen unterscheiden zwischen

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. akuten | } Bleipsychosen. |
| 2. chronischen | |

1. Die akuten Bleipsychosen verlaufen entweder unter dem Bilde einer manieähnlichen Erregung oder einer hallucinatorischen Verwirrtheit und haben fast immer eine

gewisse Ähnlichkeit mit epileptischen Dämmerzuständen; das Bewußtsein ist mehr oder weniger getrübt, die motorische Erregung ist inkohärent und durch stuporöse Phasen unterbrochen, eine flüchtige, verworrene Wahnbildung, vage Verfolgungsideen tauchen auf. Fast alle akuten Bleipsychosen werden von Sinnestäuschungen begleitet. Auch dem Alkoholdelirium ähnliche Zustände sind bei Blei-Intoxikation beobachtet worden.

Die zahlreichen körperlichen Symptome der Blei-Intoxikation: erdige, fahle Gesichtsfarbe, Bleianämie und Abmagerung, Nephritis, Bleisaum und Bleikolik (eingezogenes Abdomen), Arthralgien, Tremor, periphere (Radial- oder Peroneallähmungen), in schweren Fällen auch Hirnnerven-(Abducens-)Lähmungen und Sensibilitätsstörungen werden die Diagnose sichern.

Die Prognose ist gut. Die Dauer ist 1—2 Wochen.

2. In einigen Fällen entwickeln sich auf dem Boden der chronischen Blei-Intoxikation schwere Schädigungen des Nervensystems, so daß paralyse-ähnliche Zustände entstehen (Pseudoparalysis saturnina). Hochgradige Demenz und zahlreiche Symptome organischer Läsion, Augenmuskellähmungen (Abducens), Neuritis optica, Sprachstörungen, Pupillendifferenz, epileptische Anfälle und allgemeine motorische Schwäche können das Bild einer progressiven Paralyse vortäuschen. Der Zustand ist meist eine Art traumhafter Benommenheit oder Trunkenheit mit Visionen, schreckhaften Hallucinationen und verworrenen Verfolgungsideen.

Die Prognose ist immer ernst.

Doch tritt nicht selten nach Entziehung des Giftes Genesung ein, häufiger ist eine weitgehende Remission, wobei eine gewisse geistige Schwäche wie beim chronischen Alkoholismus zurückbleibt.

Einige Fälle enden mit dem Zunehmen der Bleikachexie unter Koma und deliriösen Erregungszuständen letal.

Differentialdiagnose.

Die Diagnose der Bleipsychosen stützt sich auf die Symptome der Bleivergiftung. Eventuell kann auch der Beruf der Kranken (Schriftsetzer, Schriftgießer, Anstreicher, Töpfer etc.) auf die richtige Diagnose führen.

Die Pseudoparalysis saturnina unterscheidet sich von der Paralysis progressiva folgendermaßen:

1. Die Bleiparalyse entwickelt sich brüsk, gleich am Anfang ist ein Zustand hochgradiger Demenz zu finden; die progressive Paralyse entsteht ganz allmählich und läßt erst im vorgeschrittenen Stadium tiefere Demenz erkennen.

2. Die Bleiparalytiker zeigen mehr oder weniger hochgradige Bewußtseinstrübung (Benommenheit) und lassen auch an den Visionen und schreckhaften Hallucinationen erkennen, daß eine Intoxikation vorliegt; die Paralytiker zeigen länger dauernde Bewußtseinstrübung mit Visionen kaum jemals.

3. Der Verlauf der Bleiparalyse (die letal endigenden Fälle ausgenommen) ist gerade der umgekehrte wie der der Paralyse. Die Demenz beginnt brüsk und ist am Anfang am intensivsten, allmählich erholen sich die Kranken, die Besonnenheit kehrt wieder, das Gedächtnis erwacht, die Lähmungen verschwinden, und es tritt Genesung oder eine weitgehende Remission ein. Bei der echten Paralyse ist überall das Gegenteil der Fall.

4. Die schon erwähnten körperlichen Symptome der Blei-Intoxikation finden sich natürlich nur bei der Bleiparalyse.

5. Andere Intoxikationen.

Hier sei nur noch erwähnt, daß auch andere Gifte zu chronischer Intoxikation und Geistesstörungen führen können. Vor allem Äther, Chloral, Chloroform, aber auch Haschisch, Opium, Absinth und andere.

XI. Fieber- und Infektionsdelirien.

Man unterscheidet praktischerweise zwischen Fieber- und Infektions-Delirien.

Fieber-Delirien sind diejenigen Bewußtseinsstörungen bei fieberhaften und infektiösen Krankheiten, die durch die Temperaturerhöhung zu stande kommen, daher in ihrer Intensität sich von der Höhe des Fiebers abhängig zeigen, nachlassen, wenn das Fieber fällt und verschwinden, wenn das Fieber aufhört.

Infektions-Delirien dagegen sind diejenigen Bewußtseinsstörungen bei Infektionskrankheiten, die, unabhängig von der Höhe des Fiebers, oft bei verhältnismäßig niedrigen Temperaturen durch eine starke Entwicklung von Toxinen (Bakteriengiften) im Körper zu stande kommen. Daher treten die Fieber-Delirien mit Vorliebe dann in die Erscheinung, wenn die fieberhafte Krankheit ihre Akme erreicht hat und das Fieber die höchsten Grade aufweist, die Infektions-Delirien dagegen mit Vorliebe in der Rekonvaleszenz oder im Abklingen der Krankheit, wenn die Toxine sich im Körper bis zu einem gewissen Maße angestaut haben, während das Fieber bereits nachgelassen hat oder im Verschwinden begriffen ist (postinfektiöse Intoxikationspsychosen), oder auch bei hochgradiger Infektiosität der die Krankheit verursachenden Bakterien und schneller Überschwemmung des Körpers mit Toxinen im Beginn von Infektionskrankheiten (Initialdelirium bei Typhus).

Da im hohen Fieber das Bewußtsein mehr oder weniger getrübt und die Auffassung äußerer Eindrücke erschwert ist, so kennzeichnen sich die Fieber-Delirien ganz allgemein als traumhafte Dämmerzustände mit Desorientiertheit und zahlreichen Halluzinationen des Gesichts, während Halluzinationen des Gehörs gar nicht oder nur in geringem Maße auftreten und jedenfalls wegen der starken Unbesinnlichkeit und Denkhemmung nicht zu Wahneideen verarbeitet werden.

Bei den Infektionsdelirien dagegen, wo häufig nur geringere Fiebergrade bestehen oder das Fieber bereits abgeklungen ist, bleibt die Besonnenheit meist völlig erhalten, und so führen die massenhaften Halluzinationen des Gehörs,

welche hier im Gegensatz zu den Visionen der Fieberdelirien überwiegen, zu Wahnideen oft ganz abenteuerlicher Art, so daß nicht selten ein paranoia-ähnliches Krankheitsbild resultiert. Da andererseits die Bakteriengifte eine gefährlichere Schädigung des Gehirns mit sich bringen als hohe Temperaturen, so finden sich als Infektionsdelirien auch Zustände, die mehr an echte Psychosen erinnern, nämlich schwere hallucinatorische Verwirrtheit, manchmal mit einzelnen katatonischen Symptomen, manie- und melancholie-ähnliche Krankheitsbilder mit starker Inkohärenz des Gedankenganges und andere.

Am besten kann man die Unterschiede zwischen Infektions- und Fieber-Delirien bei manchen Fällen von Typhus verfolgen. Gleich im Beginn der Krankheit setzt nicht selten, ohne daß das Fieber bereits einen hohen Grad erreicht hat, ein schweres Infektionsdelir ein mit starker ängstlicher Erregung, Verwirrtheit, psychomotorischer und sprachlicher Inkohärenz, Hallucinationen des Gehörs und wechselnden, vagen Wahnideen vorwiegend paranoischen Inhalts. Dieses sogenannte Initialdelir dauert einige Tage, läßt dann nach, um nunmehr mit dem Ansteigen des Fiebers durch ein typisches Fieberdelirium mit seiner traumhaften Bewußtseinslage, den bunten, wechselnden Visionen und den nicht seltenen, vorübergehenden klaren Momenten abgelöst zu werden.

Im übrigen finden sich Fieber- und Infektions-Delirien nach allen möglichen fieberhaften Krankheiten. Besonders bei Typhus, Gelenkrheumatismus, Pneumonie, Variola, Masern, Scharlach, Diphtherie, Influenza, Erysipel, Cholera. Auch im Puerperium kommen im Anschluß an Perimetritis, Mastitis und andere Infektionen Delirien zur Beobachtung.

Bei Malaria treten manchmal periodisch Delirien auf, die mit der Periodizität der Fieber-Anfälle genau parallel gehen. Diese periodischen Delirien treten auch ohne Fieber, gleichsam als Äquivalente des Fiebers auf. Man spricht dann von larvierter Malaria.

Die Delirien der Tuberkulösen, bei denen auch sonst nicht selten eine auffallende Euphorie getroffen wird, die zu dem traurigen körperlichen Zustande im schärfsten Kontraste steht, bedeuten fast immer, daß der letale Ausgang nahe bevorsteht. Sie sind gekennzeichnet durch euphorische Stimmung, die bis zu heiterster Exaltation sich steigern kann und zahlreichen Visionen.

Die Diagnose der Fieber- und Infektions-Delirien wird gemacht

1. durch das Thermometer,
2. durch den Nachweis der ursächlichen Körperkrankheit.

Beide verlaufen meist in einigen Tagen und dauern kaum länger als eine Woche.

Die Prognose der Fieber-Delirien ist sowohl quoad vitam als quoad restitutionem psychicam günstig.

Die Prognose der Infektions-Delirien ist verschieden. Die Initial-Delirien und die schweren Verwirrtheitszustände sind quoad vitam sehr ungünstig; die Hälfte von allen enden mit dem Tode. Bei den übrigen tritt entweder nach langsamer Rekonvaleszenz allmähliche Genesung ein, oder es bleibt ein dauerndes geistiges Siechtum bestehen. Die postinfektiösen Intoxikationspsychosen sind prognostisch günstig. Nur bei einigen, die nicht in 1—2 Wochen abheilen, entwickelt sich ein fixes Wahnsystem.

Differentialdiagnose.

Die Fieberdelirien machen der Diagnose keine Schwierigkeiten.

Die Infektionsdelirien können bei jugendlichen Individuen, wenn die Besonnenheit erhalten ist und Wahnbildung abenteuerlicher Art auftritt, an beginnende Dementia praecox erinnern. Abgesehen vom Fieber und andern Symptomen der Infektion entscheidet der Verlauf meist rasch die Diagnose.

XII. Geistesstörungen bei Erkrankungen der Schilddrüse.**1. Cretinismus.**

Der Cretinismus ist eine endemisch auftretende, kongenitale oder in frühester Kindheit sich entwickelnde Krankheit, die durch Fehlen oder Degeneration der Schilddrüse charakterisiert und auf psychischem Gebiete von Schwach- oder Blödsinn (Idiotie), auf körperlichem Gebiete von Wachstumshemmung (Zwergwuchs) und Myxödem begleitet wird.

Wahrscheinlich wird die Schilddrüsenaffektion, welche die Ursache des Cretinismus ist, durch ein im Trinkwasser enthaltenes organisches Gift hervorgerufen („Kropfbrunnen“).

Der Zusammenhang des Cretinismus mit der mangelhaften Funktion der Schilddrüse wird durch folgende Tatsachen erwiesen:

1. Bei allen Kretins fehlt die Schilddrüse entweder völlig oder ist durch Kropfbildung mehr oder weniger funktionsunfähig.

2. Bei Krankheiten der Schilddrüse in späterem Alter treten Störungen auf, die denen bei Kretinismus analog sind.

3. Auch bei operativer Entfernung der Schilddrüse beobachtet man dergleichen Störungen, die durch Verabreichung von Schilddrüsensubstanz sich zum Verschwinden bringen lassen.

Der Kretinismus kommt vorzugsweise in abgelegenen Gebirgstälern vor (Tirol, Kärnten, Gebirgstäler der Schweiz, Italiens, Frankreichs; in den Pyrenäen, in Asien: Tibet, Bengalen, Ural, in Amerika: Kordilleren). Man bekommt also im großen und ganzen Kretins nur da zu sehen, wo Kretinismus endemisch ist.

Man erkennt die Kretins meist auf den ersten Blick an Physiognomie und äußerem Habitus. Infolge frühzeitiger Hemmung des Knochenwachstums sind sie abnorm klein, 1,00 bis 1,20 m, selten über 1,50 m (Zwergwuchs). Das Längenwachstum der Knochen ist abnorm früh stehen geblieben, dafür sind diese um so mehr in der Dicke entwickelt, grob und un-

förmlich. Der Schädel ist meist auffallend groß, die Nasenwurzel vertieft, die Nase selber kurz, plump und aufgestülpt.

Die Haut ist mehr oder weniger durch myxödematöse Anschwellung verdickt, runzlig und hängt oft in dicken Wülsten herab.

Die tiefe Nasenwurzel, die aufgeworfene, unförmliche Nase, die myxödematösen Schwellungen an Wangen und Lidern und die wulstigen Lippen verleihen den Kretins ihr charakteristisches gedunsenes Aussehen.

In psychischer Beziehung finden sich alle Grade des Schwachsinn bis zur Idiotie. Man unterscheidet:

- a) Les Crétineux (Kretinoide). Sie zeigen zwar den typischen körperlichen Habitus der Kretins, doch besteht nur mäßiger Schwachsinn; die Sprache ist leidlich entwickelt. Diese Kretinoiden sind im stande, einen Beruf zu ergreifen und Kenntnisse zu erwerben.
- b) Les Demi-Crétins. Sie stehen auf einer niedrigeren Stufe. Die Intelligenz ist sehr gering, die Sprache ist nur mangelhaft entwickelt, der Wortschatz umfaßt nur ein kleines Vokabularium. Diese Kretins sind nur zu einfachen, mechanischen Verrichtungen zu erziehen.
- c) Les Crétins (crétins complets). Sie sind Idioten. Es besteht tiefer Blödsinn.

Die Diagnose des Cretinismus stützt sich also auf folgende Symptome:

1. Auf das endemische Vorkommen der Krankheit. (Bei uns in Deutschland in Schwarzwald und Vogesen, in einzelnen Gegenden Bayerns, Württembergs und Badens.)

2. Auf das Fehlen oder die Vergrößerung der Schilddrüse (Kropf).

3. Zwergwuchs.

4. Myxödem.

5. Die ihn begleitende Idiotie.

2. Myxödematöses Irresein.

1. Infantiles Myxödem.

In seltenen Fällen tritt Cretinismus sporadisch auf,

d. h. in Gegenden, wo er nicht endemisch ist (sporadischer Cretinismus). Man findet bei diesen Kranken, die entweder ohne Schilddrüse zur Welt gekommen sind (angeborene Myxidiotie) oder bei denen frühzeitig eine Degeneration der Schilddrüse eingetreten ist (erworbene infantile Myxidiotie), alle Symptome des Cretinismus.

Bei der erworbenen infantilen Myxidiotie wird durch Verabreichung von Schilddrüsensubstanz nicht selten Besserung des psychischen Zustandes und des Myxödems herbeigeführt.

Von der Rhachitis unterscheidet sich die Myxidiotie durch das Offenbleiben der großen Fontanelle bis ins höchste Alter, während dies bei Rhachitis kaum nach dem 8. Jahre noch beobachtet wird, und das Fehlen der Knochenverkrümmungen.

2. Myxödematöses Irresein der Erwachsenen.

Durch Krankheiten (Tumoren, Abscesse, Degeneration etc.), auch durch operative Entfernung der Schilddrüse (Cachexia strumipriva) entstehen Krankheitsbilder, die im allgemeinen charakterisiert sind:

- a) durch Myxödem,
- b) durch fortschreitende Kachexie,
- c) durch progressive Geistesschwäche und
- d) durch nervöse Reizerscheinungen: Tremor, Krampferscheinungen (epileptische Krämpfe), Ataxien und erhöhte Reflexe.

Das Knochensystem unterliegt keinen Veränderungen mehr. Das myxödematöse Irresein kommt vorwiegend bei Frauen vor ($\frac{3}{4}$ aller Fälle), meist entwickelt sich erst das Myxödem, dann die Geistesstörung. Wie gesagt besteht diese meist in einer einfachen, fortschreitenden Verblödung, aber auch Depressionszustände, ängstliche Erregungen mit Wahnideen und Verwirrtheit kommen vor.

Die spezifische Organtherapie (Jodothylin) bringt Besserung oder Genesung.

8. Geistesstörungen bei Morbus Basedowii.

Man beobachtet nicht selten Irresein bei bestehendem Morbus Basedowii.

Hier hat man scharf zwischen 2 verschiedenen Möglichkeiten zu unterscheiden. Nämlich:

1. Die Psychose hängt ätiologisch mit dem Morbus Basedowii zusammen. Schon bei dem unkomplizierten Morbus Basedowii entwickeln sich häufig psychische Anomalien geringer Intensität: Reizbarkeit, Unruhe, nervöses aufgeregtes Temperament bei leichter Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit. Diese Symptome können sich bei schwerem Morbus Basedowii steigern; es kommt zu manie-ähnlichen Erregungszuständen, die mit Verwirrtheit einhergehen. Bei erblich Belasteten kommen auch andere, mehr oder weniger atypische Psychosen zur Beobachtung: Deliriöse Erregungen, ähnlich der hallucinatorischen Verwirrtheit, paranoische Zustandsbilder mit interkurrenten Erregungen und andere, meist in Remission verlaufende Psychosen.

Die Prognose dieser Psychosen, die also als echte Morbus Basedow-Psychosen betrachtet werden müssen, ist im allgemeinen die Prognose des Morbus Basedow, d. h. also im großen und ganzen ungünstig. Remissionen sind jedoch häufig.

2. Andererseits kommen auch Fälle von Morbus Basedow vor, bei denen die ihn begleitende Psychose nur als eine zufällige Komplikation zu betrachten ist. Diese Psychosen sind echte Psychosen und zeigen typische klinische Bilder. Es sind Hysterie, Epilepsie, Manie, Katatonie, Paranoia und andere Psychosen bei Morbus Basedow beschrieben worden.

Die Prognose dieser Psychosen ist also ganz von der Krankheitsform abhängig, gleichviel ob der Morbus Basedow sich bessert oder nicht.

Da sich in praxi der Unterschied zwischen echten Morbus Basedow-Psychosen und denen, bei welchen der Morbus

Basedow nur eine zufällige Komplikation bildet, nicht immer streng durchführen läßt, so gilt ganz allgemein folgender Satz für die Prognose: Je reiner das klinische Bild der Psychose bei Morbus Basedow, um so mehr entscheidet die Psychose die Prognose und umgekehrt, je atypischer das psychische Krankheitsbild bei Morbus Basedow, um so mehr fällt der Morbus Basedow prognostisch in die Wagschale.

XIII. Geistesstörungen bei organischen Gehirnkrankheiten.

Unter dieser Rubrik sind alle Geistesstörungen mit anatomisch nachweisbarer Veränderung der Gehirns substanz außer der progressiven Paralyse zu betrachten. Wir besprechen hier nur die praktisch wichtigen Fälle, nämlich die Geistesstörungen bei

- | | | |
|--|---|--------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Syphilis 2. Tumoren 3. Abscessen 4. Apoplexie und Erweichung 5. Multipler Sklerosis | } | des Gehirns. |
|--|---|--------------|

1. Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis.

Die Syphilis erscheint im Gehirn 1. als Erkrankung der Hirnarterien (*Arteritis cerebialis syphilitica obliterans*, am häufigsten als *Enderteritis basilaris syphilit.*); 2. als Erkrankung der Stirnhäute (*Pachymeningitis* und *Meningitis syphilitica*), 3. als sulzige Infiltration der Gehirnnerven und 4. als Erkrankung der Hirns substanz selbst (*Gummata*).

Die Reihenfolge, in der die verschiedenen syphilitischen Erkrankungen des Gehirns aufgeführt worden sind, gibt zugleich deren Häufigkeit an; die *Arteritis syphilitica* ist also die häufigste, das Gumma die seltenste Form syphilitischer Gehirnerkrankung.

Häufig kombinieren sich mehrere der genannten Prozesse.

Die Hirnsyphilis tritt am häufigsten im 1. Jahre, demnächst am häufigsten im 2. Jahre, bedeutend seltener schon

im 3. Jahre nach der Infektion auf und wird von da ab immer seltener.

Sie ist ebenso wie die Paralyse proteusartig in ihrem Verlauf. Sie kann unter dem Bilde aller möglichen funktionellen Psychosen, manischen, melancholischen und paranoischen Zustandsbildern verlaufen. Am häufigsten ist jedoch eine einfache, fortschreitende Demenz, wobei oft Bewußtseinstrübungen, traumhafte Benommenheit bis zu tiefem Stupor und Koma (Hirndruck) beobachtet werden. Lähmungssymptome wie bei der Paralyse: Aphasien, Extremitätenlähmungen, epileptische Krämpfe und tabische Zeichen kommen vor, so daß die Unterscheidung von Paralyse meist nicht leicht ist.

Die Prognose ist immer ernst. Der Verlauf ist meist progressiv. Einige Fälle werden durch spezifische Kuren gebessert.

Differentialdiagnose.

Die Syphilis des Gehirns unterscheidet sich von der progressiven Paralyse folgendermaßen:

1. Die meisten Fälle von Hirnsyphilis entwickeln sich in den ersten beiden Jahren nach der Infektion. Die Paralyse meist erst 5—10 und noch mehr Jahre danach.

2. Weder bestimmte körperliche noch psychische Symptome sind für Paralyse oder Hirnlues entscheidend. Immerhin sind aber doch einige davon mehr oder weniger für Hirnlues typisch, es sind:

- a) Augenmuskellähmungen (Ptosis u. a.).
- b) Schwankungen in der Weite und Lichtreaktion der Pupillen (intermittierende reflektorische Pupillenstarre).
- c) Intermittierende Aphasie und andere durch ihre Flüchtigkeit ausgezeichnete Lähmungen.
- d) Starker andauernder Kopfschmerz, besonders nachts mit Schlaflosigkeit.
- e) Hirndruckerscheinungen (Benommenheit, Koma, Erbrechen).
- f) Großer Wechsel in Umfang und Intensität der Symptome.

3. Die antiluetiche Behandlung entscheidet sehr oft ganz allein die Diagnose. Sie bringt nur bei der Hirnlues Besserung; keine Besserung oder Verschlimmerung bei der Paralyse.

2. Geistesstörungen bei Hirntumoren.

Hirntumoren werden oft von psychischen Störungen begleitet, am häufigsten Balken-, Stirnhirn-, Schläfenhirn-, Occipitalhirn- und Hypophysis-Tumoren.

Man findet einfache Demenz, erregbares explosives Temperament, manie-ähnliche Erregungszustände, Hysterie, Neurasthenie, Depressionszustände, moral insanity, paranoia- und paralyse-ähnliche Krankheitsbilder.

Am häufigsten ist ein eigenartiger Zustand von Benommenheit und Schlaftrunkenheit, der zu tiefem Koma führen kann. Bei solchen Kranken kann man manchmal eine Augenblicksdiagnose machen: sie liegen apathisch und regungslos da, die Gesichtszüge erinnern an die schlaffe Physiognomie der Paralytiker; ruft man die Kranken an, so schlagen sie langsam und träge die Augen auf und blicken verlegen und ratlos um sich, wobei das Gesicht den Ausdruck hat, als ob die Kranken aus einem Traume erwachten und sich nicht orientieren könnten. Manchmal folgt dann ein blödes, verlegenes Lächeln, und die Kranken versinken wieder in Schlaf.

Bei Stirnhirntumoren (seltener bei Tumoren anderer Regionen) finden sich häufig Krankheitsbilder, die an progressive Paralyse erinnern. In der Literatur ist eine ganze Reihe von Fällen beschrieben worden, in denen die Diagnose auf Paralyse gestellt war, und die Sektion einen Tumor im Stirnhirn ergab. Prognostisch ist im großen und ganzen ja die Fehldiagnose ohne Bedeutung; denn die Mehrzahl der Stirnhirntumoren, bei denen progressive Paralyse differentialdiagnostisch in Betracht kommt, ist inoperabel. Indessen ist auch das Gegenteil aus der Literatur bekannt, wo kleine Tumoren z. B. in der motorischen Gegend Gedächtnisstörungen und Apathie hervorriefen, und die Operation die bestehenden psychischen Symptome beseitigte.

Auch die sogenannte Witzelsucht (Moria), eine alberne, läppische, euphorische Erregung findet sich relativ häufig bei Stirnhirntumoren, kommt indessen auch bei Tumoren anderer Regionen vor.

Die multiplen Tumoren des Gehirns — es sind das besonders Echinococcus und Cysticercus multiplex — bringen auch bei starker Verbreitung im Gehirn selten paralyseähnliche Zustände hervor, sondern verlaufen am häufigsten als deliriöse Erregung mit Verwirrtheit.

Die multiplen Echinokokken und Cysticercen können das Bild einer reinen Hysterie oder Neurasthenie hervorrufen, ohne ein einziges Symptom organischer Läsion.

Bei Tumoren des Schläfenlappens wurden einige Male Hallucinationen des Gehörs beobachtet, die von den Kranken als solche erkannt wurden. Sie führten daher nicht zu Wahnbildung. Hallucinationen des Gehörs ohne Wahnbildung in Verbindung mit Sehstörungen können daher wohl zur Diagnose eines Tumors im Schläfenlappen führen. Bei Tumoren des Occipitalhirns sind Hallucinationen des Gesichts beobachtet worden.

Die Diagnose der Psychosen bei Hirntumoren stützt sich im wesentlichen auf die Symptome des Hirntumors, deren Kenntnis hier vorausgesetzt werden muß.

Die Prognose ist im allgemeinen infaust. Ein geringer Prozentsatz ist operabel.

3. Geistesstörungen bei Hirnabscessen.

Bei Hirnabscessen treten psychische Symptome mancherlei Art auf, die von Sitz und Größe des Abscesses abhängig sind. Die Diagnose ist leicht, wenn die motorischen Regionen des Großhirns betroffen sind, schwierig, wenn keine oder nur leichte Herderscheinungen vorhanden sind.

Epileptische und Rindenkrämpfe, Bewußtseinsstörungen, Sprachstörungen, Puls- und Atemanomalien (Cheyne-Stoke'sches Atmen) sowie Temperaturerhöhung können auf die richtige Diagnose leiten.

Sehr viele Gehirnabscesse entstehen nach Otitis media.

4. Geistesstörungen bei Apoplexie und Erweichung.

Die Diagnose der Geistesstörungen, welche hier vorkommen, stützt sich auf die Anamnese (Schlaganfall), die Herdsymptome und die häufig nachweisbare Arteriosklerosis. Sie ist im allgemeinen leicht.

Die Intensität der Störungen hängt z. T. von dem Umfang der Blutung, d. h. von der Größe der zerstörten Gehirnpartie, ab.

Nach kleineren Apoplexien sind die Kranken anfangs meist verwirrt und ängstlich erregt. Sie sind unfähig, sich zu orientieren und verkennen ihre Umgebung.

Bei größeren Blutungen treten auffallendere Geistesstörungen auf. Neben den Herdsymptomen kommen mehr oder weniger hochgradige Intelligenzdefekte (Schwachsinn) und Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit zur Beobachtung.

Manche Fälle von Hirnerweichung können unter dem Bilde eine progressiven Paralyse verlaufen.

5. Geistesstörungen bei multipler Sklerose.

Bei multipler Sklerosis entwickelt sich häufig eine einfache, fortschreitende Verblödung, an der alle Verstandeskkräfte gleichmäßig teilnehmen. Besonders charakterisiert werden diese Zustände von Demenz bei multipler Sklerose

1. durch eine außerordentliche Labilität der Stimmung. Sie schwankt beständig zwischen alberner Euphorie und einer weinerlichen, kindlichen Traurigkeit. Sie läßt sich oft experimentell beliebig ändern,

2. durch häufiges zwangsmäßiges Lachen.

Manchmal können paralyse-ähnliche Bilder resultieren. Doch unterscheidet sich die Demenz bei multipler Sklerose von der paralytischen Demenz, daß sie ganz allmählich nach jahrelangem Verlauf zu stande kommt, daß die Orientiertheit und äußere Besonnenheit lange erhalten bleibt, Unmoralität fehlt und zudem die typischen Symptome der Sklerose, Intensionstremor, Nystagmus, skandierende Sprache, spastische

Parese der untern Extremität mit gesteigerten Reflexen und andere nachweisbar sind.

Einige Fälle von progressiver Paralyse sind beschrieben worden, bei denen im Beginn das mehr oder weniger typische Bild einer multiplen Sklerose bestand. Pupillenstarre ist ein unterscheidendes Merkmal.

XIV. Geistesstörungen bei Urämie, Diabetes und anderen körperlichen Krankheiten.

Bei Urämie kommen Bewußtseinsstörungen vor, die ganz an epileptische Verwirrtheitszustände erinnern können. Beständiger Wechsel in der Tiefe der Bewußtseinsstörung zwischen traumhafter Benommenheit und völligem Stupor, vereinzelte katatonische Symptome (Flexibilitas cerea, Iterativerscheinungen), Krampfanfälle und taumelnder Gang machen die Unterscheidung nicht so leicht. Aber die Symptome der Nephritis (Eiweiß im Urin, Ödeme, Herzdilatation, Herzfehler) und Arteriosklerosis, die asthmatischen Anfälle, die Anomalien der Atmung (Cheyne-Stokes' Atmen) und des Pulses werden auf die richtige Diagnose führen.

Auch bei Diabetes kommt es nicht selten zu Zuständen von Benommenheit und Koma (Coma diabeticum). Hier werden der Nachweis von Zucker oder auch von Aceton im Urin, sowie die Nephritis diabetica (Cylinder im Urin) und andere Symptome des Diabetes (Acetongeruch der Atemluft, Zahnkaries, Katarakte, auch Fehlen der Patellarreflexe) die Diagnose sichern.

Bei malignen Tumoren (Carcinomen und Sarcomen) kommt es in den Endstadien bei vorgeschrittener Kachexie nicht selten zu Denk- und Gedächtnisschwäche, auch Zustände leichter Bewußtseinstrübung und Schlaftrunkenheit kommen vor.

Bei Herzkranken finden sich häufig psychische Anomalien. Für Kranke mit Aortenfehlern soll starke Reizbarkeit, veränderliches, ungeduldiges Wesen, für solche mit Mitralisfehlern

sollen Depressionszustände mit oder ohne Angst charakteristisch sein.

Angeborene Zustände.

XV. Der angeborene Schwachsinn.

(Entwicklungshemmungen.)

Unter Entwicklungshemmungen werden alle diejenigen psychotischen Zustände verstanden, die die Folge einer von Geburt an unvollständigen oder in den allerersten Jahren unterbrochenen Entwicklung sind (angeborene Geisteschwäche). Die hierunter beschriebenen Zustände (Idiotie u. s. w.) bilden somit den Gegensatz zur Demenz, der erst im späteren Lebensalter durch Psychosen herbeigeführten Geisteschwäche. Der Demente ist daher, wie Esquirol treffend sagt: „Un riche devenu pauvre“, der Idiot dagegen: „a été toujours dans l'indigence“.

Je nach dem Umfange der Entwicklungshemmung unterscheidet man verschiedene Grade des angeborenen Schwachsinn:

1. Die Debilität: sie bezeichnet die leichtesten Formen. Die Debilen lassen äußerlich meist keine besonderen Abnormitäten erkennen. Gedächtnis, Sprache, Gefühls- und Willenssphäre sind entwickelt, aber die Gesamtintelligenz umfaßt nur einen engen Gesichtskreis. Die Debilen sind daher im großen und ganzen im stande, in der menschlichen Gesellschaft eine bescheidene und nützliche Rolle zu spielen, d. h. sie sind intrasozial.

2. Die Imbecillität: sie bezeichnet die mittelschweren Grade. Die Imbecillen zeigen selten auffallendere körperliche Anomalien; aber auf psychischem Gebiete ist mehr oder weniger hochgradige und ungleichmäßige Entwicklungshemmung aller psychischen Funktionen bemerkbar. Die Imbecillen sind daher meist außer stande, in der menschlichen Gesellschaft eine nützliche Rolle zu spielen, sie sind

meist **contrasozial** (d. h. der Gesellschaft schädlich oder **direkt feindlich**) oder **extrasozial** (d. h. für die Gesellschaft indifferent).

3. Die Idiotie: sie bezeichnet die höchsten Grade angeborener psychischer Defektuosität. Oft finden sich morphologische Abnormitäten. Die Idioten sind zum größeren Teile **extrasozial**, ein nicht unbeträchtlicher Teil sind **fleißige Arbeiter**, also **intrasozial**, nicht wenige Idioten können, wenn sie falsch behandelt werden, **vorübergehend contrasozial** werden.

1. Die Debilität.

Die Debilität bezeichnet die leichteren Grade angeborener psychischer **Minderwertigkeit**. **Erkannt** wird die intellektuelle Schwäche zuerst meistens in der Schule. Es sind stille, scheue, schüchterne Kinder, die schwer auffassen, langsam denken und niemals mit ihren Kameraden Schritt halten. Manchmal kommen sie in den untern Klassen noch leicht oder gar sehr gut vorwärts, um dann in höheren Klassen zu versagen. Nicht selten zeigen sie **Frühreife des Intellekts** (altkluge Kinder), um erst in der Pubertätszeit zurückzubleiben.

Am besten pflegt bei den Debilen das Gedächtnis entwickelt zu sein. Sie lernen zwar meist **nur schwer**, aber das **mechanisch Eingelernte** haftet fest im Gedächtnis und wird mit großer Sicherheit **mechanisch hergesagt**. Manche neigen zu **Konfabulationen**, besonders **Debile** mit hysterischen Zügen.

Im Rechnen erwerben sie oft nur geringe Kenntnisse. Hier zeigt sich meistens die **Unfähigkeit zu eigener Denkarbeit** am eklatantesten: während sie **mechanisch eingelernte Reihen**, wie z. B. das große **Einmaleins**, mit erstaunlicher Sicherheit beherrschen, sind sie nicht im stande, die **einfachste Bruch- oder Zinsrechnung** zu lösen.

Debile besitzen oft gute Kenntnisse; manche in **Geographie**, manche in **Geschichte**, manche wissen ganze Seiten

aus Geschichtsbüchern, Bibel und Gesangbuch auswendig. Diese guten Kenntnisse lassen den Intelligenzdefekt manchmal weniger groß erscheinen, als er in Wirklichkeit ist. Man erkennt ihn aber deutlich daran, daß ein Verständnis für den inneren Zusammenhang geschichtlicher Ereignisse oder für den sonstigen Inhalt des Gelernten nur wenig oder gar nicht vorhanden ist.

Die Urteilsfähigkeit der Debilen ist gering, entsprechend ihrem beschränkten Gesichtskreise sind sie unfähig, höhere Gesichtspunkte über irgend eine Lebensfrage zu gewinnen. Nur für das Naheliegende, für die Interessen des eigenen Ich oder der Anverwandten haben sie Verständnis. Sie sind Egoisten, weil sie beschränkt sind.

Die Association der Ideen vollzieht sich meist langsam und träge, demgemäß wird es ihnen oft schwer, auf die einfachsten Fragen zu antworten. Die Associationsweite ist mehr oder weniger eingeengt.

Gut entwickelt ist oft die Fähigkeit zur Nachahmung, während sie zu eigener Produktivität nicht im stande sind.

Auf dem Gebiete des Willens finden sich mancherlei Anomalien: manche Debile sind auffallend träge und indolent, andere sind in beständiger Unruhe, fangen bald dies, bald jenes an und zeigen eine große Unstetigkeit.

Auch im Affektleben treten bemerkenswerte Abweichungen von der Norm hervor: manche sind abnorm reizbar und heftig und neigen zu Zornausbrüchen, andere sind phlegmatisch oder stupide, nicht selten finden sich hysterische Züge.

Bizarre Gewohnheiten, abnorme Charakterzüge und allenthalben abnorme Liebhabereien kommen bei Debilen häufig vor. Viele Geizige, Verschrobene, Phantasten und sogenannte „Originale“ sind als Debile zu bezeichnen.

Nicht selten findet sich starke Eitelkeit und Selbstüberschätzung.

Wegen ihrer Urteilsschwäche sind die Debilen oft leicht zu beeinflussen und lassen sich zu schlechten Handlungen verführen. Einige zeigen einen starken Hang zu perversen,

auch kriminellen Handlungen, andere sind wahre Musterbilder von Pedanterie und Korrektheit.

In körperlicher Hinsicht findet man bei den Debilen vereinzelte *stigmata degenerationis*; leichte Asymmetrien des Gesichts und des Schädels, Strabismus und andere sind nicht selten. Oft sind die Sexualorgane unvollkommen entwickelt.

Die Debilen werden oft nicht als Abnorme erkannt, sondern in normal-psychologischer Weise als Hochmütige, Zänker, Originale und ähnlich bezeichnet, wobei der angeborene geringe Schwachsinn vollkommen übersehen wird.

2. Die Imbecillitas.

Die Imbecillität bezeichnet einen Grad von angeborener oder frühzeitig eingetretener Entwicklungshemmung auf psychischem Gebiete, welcher den davon Betroffenen zwar gestattet, irgend einen Beruf niederer Art, ein Handwerk zu ergreifen, ihn aber unfähig macht, dauernd darin tätig zu sein und so eine nützliche Rolle im sozialen Organismus zu spielen.

Auch die Imbecillen bieten wie die Debilen keine auffallenderen morphologischen Abnormitäten. Leichtere Deformitäten des Schädels, vereinzelte *stigmata degenerationis*, Strabismus, Disproportion zwischen Rumpf und Extremitäten und einzelne Sprachstörungen (*Sigmatismus*, Stottern, Stammeln) kommen zur Beobachtung.

Als imbecill sind also nur diejenigen von Geburt oder frühester Kindheit an Schwachsinnigen oben näher definierten Grades zu bezeichnen, bei denen organische Läsionen des Gehirns (wie bei den meisten Idioten) und Epilepsie ausgeschlossen sind.

Die Imbecillen entwickeln sich als Kinder langsam. Sie zähnen spät, erlernen ganz allmählich den Gebrauch ihrer Hände, lernen spät gehen und sprechen und zeigen erst spät oder nie Lust zum kindlichen Spiel (*enfance tardive*). Sie entwickeln nicht den energischen Fragetrieb normaler

Kinder, weil ihre Wißbegierde sehr gering ist. Viele von ihnen müssen lange ins Bett.

Auch in der Schule halten sie meist nicht Schritt mit ihren Kameraden. Sie fassen schwer, sind unbeholfen und schüchtern und werden von ihren Kameraden geneckt. Sie lernen nur mühsam und unvollkommen Lesen, Schreiben und Rechnen. Bruchrechnung kapieren sie meist nur unvollkommen oder gar nicht.

Fast alle Imbecille sind schwer zu erziehen.

Bei nicht wenigen Imbecillen tritt der Defekt auf moralischem Gebiete frühzeitig hervor und führt zu unsittlichen und verbrecherischen Handlungen. Das sind jene Individuen, die schon als Kinder allerhand böse Streiche machen, Tiere quälen, Feuer anlegen, jüngere Kameraden mißhandeln, stehlen, auffallend früh Geschlechtstrieb zeigen und unsittliche Handlungen begehen. Man bezeichnete diese Fälle von Imbecillität, in denen die moralischen Defekte besonders hervortraten, früher sehr kennzeichnend als „moralischen Schwachsinn“ (moral insanity). Aber wenn auch zugegeben werden muß, daß der sogenannte geborene Verbrecher (*delinquente nato*, Lombroso) durchaus keine theoretische Konstruktion ist, insofern als in der Tat ein in frühester Jugend mit innerer Notwendigkeit auf offenbar endogener Basis sich entwickelnder Verbrechertypus existiert, zu dem die Imbecillen und die Epileptiker das größte Kontingent stellen, so darf man doch nicht vergessen, daß ein *circumscrip*ter psychischer Defekt, der nur die moralische Sphäre betreffe, nicht vorkommt, und daß mindestens außer den Störungen im ethischen Empfinden noch solche im Affektleben, meistens auch Intelligenzdefekte nachweisbar sind. Der Begriff „moral insanity“ ist daher wohl treffend und vor allem in forensischer Beziehung praktisch, aber er ist nicht richtig, weil er nur ein Symptom, nicht die Grundkrankheit bezeichnet. Diejenigen Fälle, welche bisher als reiner moralischer Schwachsinn (auch „moralische Idiotie“) beschrieben wurden, sind zum Teil als Imbecillität, d. h. also

als Teilerscheinung eines allgemeinen angeborenen Schwachsinnens oder als larvierte Epilepsie aufzufassen.

Die Physiognomie der Imbecillen läßt meist deutlich den Psychopathen oder geistig Minderwertigen erkennen.

Viele Imbecille haben ausdruckslose, stupide Gesichter. Bei andern findet man leeren, unsteten Blick, der auf keinem Gegenstand lange verweilen kann, grobe, sinnliche Züge, nicht selten einen stark entwickelten Gesichtsschädel und manchmal einen eigenartigen, aus Ratlosigkeit und Ver schlagenheit gemischten physiognomischen Ausdruck.

Einzelne Imbecille bieten äußerlich auch in ihren physiognomischen Verhältnissen nichts Abnormes. Sie erscheinen auf den ersten Blick normal.

Nach ihrem Gesamtcharakter zeigen die Imbecillen große Unterschiede. Man findet alle Temperamente vertreten. Im großen lassen sie sich in 2 Gruppen einteilen, nämlich in:

1. die apathischen oder anergetischen	} Imbe- cillen.
und 2. die regsamen oder erethischen	

1. Die apathischen Imbecillen sind stumpf, träge und gleichgültig. Sie sind schwer von Begriff, unfähig zu einem selbständigen Urteil und lassen sich leicht beeinflussen und dupieren. Ihr Gedächtnis ist unsicher; sie sind selten im stande, über irgend ein Ereignis wahrheitsgetreu zu berichten, auch weil ihre Aufmerksamkeit leicht ermüdet und ihre Auffassungsgabe gering ist.

Ihre Schulkenntnisse sind meist minimal. Manche können weder die Wochentage, noch die Monate richtig angeben, andere sind zeitlich dauernd desorientiert und wissen nicht über die einfachsten Dinge des täglichen Lebens Bescheid (Landesfürst, Heimatskunde, Münzen u. a.).

Ihre Schriftstücke sind durch Orthographie und Stilistik, durch Fehlen der Interpunktion und schwachsinnigen Inhalt meist ohne weiteres charakteristisch.

Bei manchen findet sich Schreibstammeln: d. h. bei vielen, meist schwierigeren Worten werden einzelne Buchstaben durch falsche ersetzt, weggelassen oder auch un-

gehörige eingefügt, so daß die Schreiber hinterher das Wort selber nicht mehr entziffern können.

Ihre sprachlichen Leistungen sind mindestens unvollkommen. Apathische Imbecille verfügen über einen geringen Wortschatz, sprechen langsam und zaudernd, und gebrauchen oft stereotype Wendungen, die sich beständig an passender und unpassender Stelle wiederholen.

Die Associationsweite ist meist beträchtlich eingeengt.

2. Im Gegensatz zu den apathischen Imbecillen stehen die erethischen. Sie sind ausgezeichnet durch die abnorme Versatilität ihres oberflächlichen und beschränkten Geistes. Wie Kinder werden sie von allen lebhaften Sinnesreizen sofort angezogen, schweifen aber bald ab und wenden sich anderen zu. Sie fangen alles mögliche an, beschäftigen sich mit Vorliebe mit Dingen, die über ihren Horizont gehen, eignen sich gern allerhand klingende Worte und Phrasen an und philosophieren über die größten Probleme mit erstaunlichem Leichtsinn.

Ihre sprachlichen Leistungen überraschen nicht selten zuerst: sie sprechen mit großem Wortschwall, gebrauchen eine Masse von Schlagwörtern und fertigen die tiefsten Menschheitsfragen mit ein paar albernen Sottisen ab. Nicht selten tritt eine starke Neigung zum Cynismus hervor.

Ihre Schriftstücke sind oft nicht ohne Interesse. In ihren Biographien macht sich neben dem Schwachsinn oft deutlich der Hang zum Konfabulieren bemerkbar, manche wissen ihr in Wirklichkeit ereignisleeres Dasein zu einem abenteuerlichen Roman umzudichten.

Die Schulkenntnisse der erethischen Imbecillen sind meist besser wie die der apathischen. Aber auch hier lassen sich meist deutliche Lücken nachweisen. Manche beherrschen kaum den Zahlenkreis bis 100, Subtraktion und Division wird ihnen sehr schwer, und auch hier bezeichnet die Bruchrechnung das Ende des mathematischen Könnens.

Ihre Stimmung ist meist sehr wechselnd und erinnert nicht selten an die Labilität Hysterischer. Sie neigen zu Übertreibungen, sind im allgemeinen sehr reizbar, empfindlich,

übelnehmerisch, oft sentimental, aber im ganzen Affektleben unbeständig und oberflächlich.

Fast immer zeigen sie ausgesprochene Selbstüberschätzung bei starkem Egoismus. Die altruistischen Gefühle, vor allem Mitleid, sind gering oder gar nicht entwickelt.

Die erethischen Imbecillen werden sehr häufig normalpsychologisch beurteilt. Ihr sicheres, selbstbewußtes Auftreten, ihre Redefertigkeit und ihre gewandten Schwindeleien verdecken ihre Defekte. Viele von ihnen geraten früh auf die Bahn des Verbrechens (Hochstapler, Schwindler) oder verfallen der Prostitution.

3. Die Idiotie.

Unter Idiotie werden alle diejenigen schwersten Formen des Schwachsinnns verstanden, die auf Entwicklungshemmungen im embryonalen oder infantilen Leben zurückzuführen sind. Einstweilen ist also der Begriff Idiotie noch ein Sammelname und umfaßt im großen und ganzen:

- a) Defektzustände ohne anatomisch nachweisbare Ätiologie (funktionelle Idiotie), also ohne morphologische Abnormitäten des Schädels und ohne organische Läsion des Gehirns. Diese Fälle von Idiotie sind meistens die Folge schwerer erblicher Belastung (Hysterie, Epilepsie, Alkoholismus) und bilden nicht selten die Endglieder in genealogischen Reihen. Die Ursache der Idiotie liegt also in der Degeneration der Ascendenten (Idiotie congénitale).
- b) Defektzustände, die durch Gehirnkrankheit (Meningitis, Hydrocephalus, Hämorrhagien etc.) oder Traumen (Zangengeburt) während des embryonalen oder infantilen Lebens zu stande gekommen sind. Die Ursache der Idiotie liegt hier also in Krankheiten, die der Idiot selber durchgemacht hat (Idiotie acquire).⁴

Der einzige psychologische Unterschied zwischen an-

geborener und erworbener Idiotie besteht nach Griesinger darin, daß einseitige Talente nur bei der Idiotie congenitale vorkommen.

Im übrigen stößt die Einteilung der Idiotie auf große Schwierigkeiten. Einige Gruppen gehören pathologisch-anatomisch zusammen (z. B. viele Fälle von Mikrocephalie), aber nicht in klinischer Hinsicht; andere lassen sich ätiologisch präzise zusammenfassen, weichen aber in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung voneinander ab (z. B. die nach Meningitis). Die Einteilung der Idioten in bildungsfähige und nicht bildungsfähige ist für die praktisch-pädagogische Seite von Wichtigkeit, aber unwissenschaftlich, und besagt ebensoviel wie die der Pflanzen in nützliche und in giftige. Wir verzichten daher hier auf eine detaillierte Einteilung und nennen nur die wichtigsten und einwandfreiesten Gruppen.

1. Die familiäre, amaurotische Idiotie (Sachs'sche Idiotie). Dieser Typus, von dem bisher noch nicht viel Fälle beobachtet worden sind, bildet fraglos eine eng zusammengehörige Gruppe mit einer bestimmten, wohl umschriebenen Symptomatologie und einer, wie es scheint, einheitlichen anatomisch-pathologischen Grundlage. Sie ist durch folgende Symptome charakterisiert:

- a) Die Kinder sind einige Monate, auch bis zu einem Jahre nach der Geburt gesund und unterscheiden sich in nichts von normalen Kindern.
- b) Ziemlich rasch treten schlaffe oder spastische Lähmungen ein, die den Rumpf und alle Extremitäten betreffen. Die Reflexe sind entweder herabgesetzt oder verstärkt oder normal.
- c) Das Sehvermögen nimmt ab, an beiden Augen läßt sich in der Gegend der macula lutea ein typischer weißer Fleck mit einem hellroten Punkt in der Mitte nachweisen, Atrophie der Papille und des nervus opticus tritt ein, bis völlige Amaurosis resultiert.
- d) Mit den körperlichen Symptomen entwickelt sich ein progressiver, psychischer Verfall, der zu Blödsinn führt.

- e) Endlich tritt allgemeiner Marasmus ein, der meist vor Ablauf des 2. Lebensjahres zum letalen Ausgang führt.
- f) Die Krankheit ist familiär, d. h. sie ergreift gern mehrere Mitglieder derselben Familie. Sie tritt mit Vorliebe in jüdischen Familien auf.

2. Die Idiotie bei Mikrocephalie. Diese Form von Idiotie bildet nur eine morphologische Einheit, d. h. sie umfaßt alle Formen von Idiotie, bei denen sich eine abnorme Verringerung aller Schädelmaße vorfindet, gleichviel ob diese durch Krankheiten des Gehirns oder seiner Hüllen herbeigeführt oder nur der Ausdruck für ein von vornherein entwicklungsunfähiges Gehirn ist (funktionelle Idiotie). Die Schädelmessung macht hier also ganz allein die Diagnose. Nun ist freilich noch keine Einigkeit über die Frage erzielt, bei welchen Schädelmaßen die Mikrocephalie beginnt. Eine normale Intelligenz setzt einen bestimmten Grenz- oder Mindestwert an Schädelvolumen, d. h. an Hirnsubstanz voraus, unterhalb dieses Grenzwertes liegt sicher Idiotie. Schädel, deren Horizontalumfang unter 46 und deren größter Breitendurchmesser unter 12 liegt, sind, wenn sie Erwachsenen angehören, sicher Idiotenschädel.

3. Die Idiotie bei Hydrocephalie. Auch hier entscheidet die Schädelmessung die Diagnose. Idioten mit hydrocephalischer Kopfform haben oft epileptische Anfälle und zeigen nicht selten Züge epileptischen Charakters, sind leicht erreglich, impulsiv und gewalttätig.

4. Die Idiotie bei Porencephalie. Diese Fälle sind pathologisch-anatomisch dadurch charakterisiert, daß im Gehirn ein großer Defekt (mikrogyrischer Herd oder eine Cyste oder ein Loch) vorhanden ist. Klinisch sind sie zu diagnostizieren:

- a) Aus den Ausfallssymptomen, die durch den Herd verursacht werden, und die je nach dem Sitz des Herdes variieren. Vorwiegend sind spastische Hemiplegien mit Atrophie und Kontrakturen, da der porencephalische Herd am häufigsten in der vorderen Zentralwindung lokalisiert ist.

- b) Aus der geringeren Entwicklung der der betroffenen Hirnseite entsprechenden Schädelhälfte.
- c) Aus den oft nachweisbaren epileptischen Krämpfen und epileptischem Charakter.

Außer Mikro- und Hydrocephalie finden sich bei Idioten alle möglichen andern Deformitäten des Schädels, Asymmetrien des Gesichts, Degenerationszeichen und Mißbildungen jeder Art, so daß man die Idioten meist schon auf einen Blick erkennen kann. Bei vielen Idioten sind epileptische Anfälle zu beobachten. Die Diagnose der Idiotie kann daher kaum auf Schwierigkeiten stoßen.

Praktisch wichtig ist die Frage, ob man es mit einem bildungsfähigen oder einem nicht bildungsfähigen Idioten zu tun hat. Die bildungsfähigen Idioten sind im stande, ein leichteres Handwerk zu erlernen und sich einige elementare Schulkenntnisse anzueignen. Sie sind oft recht nützliche Arbeiter. Bei einigen finden sich einseitige Talente (Zeichnen, Musik, Zahlengedächtnis u. a.). Sie müssen möglichst früh in Idioten-Bildungsanstalten überführt werden.

Von Bedeutung ist darum die Frühdiagnose der Idiotie.

Viele Idioten kann man bereits einige Monate nach der Geburt als solche erkennen. Manche lernen das Saugen nur schwer; fast alle sind von Geburt an auffallend apathisch, weinen wenig, zeigen nicht den Bewegungsdrang normaler Säuglinge und schlafen viel und lange. Wenn andere Kinder schon lächeln, die Mutter an der Stimme erkennen, Freude über deren Liebkosungen zeigen, die Umgebung mit aufmerksamen Blicken beobachten, besonders alle glänzenden Gegenstände mit Interesse besehen, betasten und in den Mund nehmen und ständige Greifbewegungen machen, so sind die idiotischen Kinder stumpf, gleichgültig, erkennen die Mutter nicht, lächeln nicht, schreien nicht, wenn sie naß liegen und machen keine Greif- und Tastübungen. Dabei entwickeln sie sich körperlich oft recht gut. Ihr Appetit ist meist ausgezeichnet. Sie weinen mißtönend und ohne Tränen zu vergießen.

In der zweiten Hälfte der Säuglingsperiode kann man die Idioten meist schon am physiognomischen Ausdruck erkennen. Das Mienenspiel ist dann häßlich und bizarr. Der Kopf kann entweder gar nicht oder nur mühsam aufrecht gehalten werden. Das Sitzen ist unmöglich. Von geistiger Entwicklung sind auch jetzt nur erst geringe Anzeichen zu bemerken.

Im späteren Kindesalter wird die Diagnose leichter. Man kann dann im großen und ganzen 2 verschiedene Typen von Idioten unterscheiden, nämlich:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| a) die versatilen, erethischen oder | } Idioten. |
| erregten | |
| und b) die apathischen, anergetischen | } |
| oder stumpfen | |

Jene sind in beständiger motorischer Unruhe, springen umher, klatschen in die Hände, werfen die Türen, lachen und schreien. Sie sind von sehr beweglicher Aufmerksamkeit und wenden sich bald hierhin, bald dorthin. Die stumpfen Idioten vegetieren meist wie die Tiere dahin.

Die Diagnose wird nun auf die jetzt deutlichen Schädeldeformitäten und sonstigen Degenerationszeichen, auf die häufigen rhythmischen Bewegungen (Hin- und Herwiegen des Körpers), auf Iterativerscheinungen, Sprachfehler, epileptische Anfälle, Bettnässen, geistige Stumpfheit und andere Symptome sich stützen können.

Zur Untersuchung der Idioten kann man sich natürlich nur der einfachsten Mittel bedienen. Folgende Methoden sind leicht anwendbar:

1. Die Associationsweite läßt sich bei höher stehenden Idioten leicht feststellen. Man findet Ziffern wie 25%, 30%, auch weniger. Die Associationsversuche geben zugleich einen Maßstab für den Wortschatz des Idioten, der sich oft genau bestimmen läßt.

2. Leichte Rechenaufgaben.

3. Bilderbücher werden den Idioten gezeigt und nun wird eine Statistik aufgestellt, wieviel Gegenstände erkannt

und richtig bezeichnet werden. Diese Methode gibt einmal Aufschluß über den Vorstellungs-, dann auch über den Wortschatz der Idioten.

4. Kleine Zeichenvorlagen über einfache Objekte — Häuser, Bäume etc. — werden den Idioten zum Abzeichnen vorgelegt. An der Kopie erkennt man, wie weit das Auffassungsvermögen entwickelt ist.

5. Eine Schreibprüfung. Auch Abschreiben von Vorgescribenem.

XVI. Die Degenerierten.

(Folie héréditaire.)

Unter dem großen Sammelbegriff der „Degenerierten“ werden alle diejenigen psychisch abnormen Individuen zusammengefaßt, die, ohne eigentlich geisteskrank zu sein, von frühester Jugend auf mehr oder weniger hochgradige Abweichungen vom Normaltypus aufweisen, die bei völliger geistiger Reife dauernd bestehen bleiben, weshalb diese Individuen auch zweckmäßig als Grenzfälle bezeichnet werden können, d. h. als Fälle, die von dem Typus des sogen. Normalmenschen in zahlreichen Übergängen zu den Geisteskranken im engeren Sinne hinüberleiten. Die allen Degenerierten gemeinsamen Grundzüge sind der Mangel an innerem Gleichgewicht (*défaut d'équilibre*), die Disharmonie der einzelnen psychischen Funktionen untereinander und deren ungleiche Entwicklung.

Die Degenerierten bilden das große Heer jener schwankenden Naturen, deren Leben von früh auf eine Kette beständiger Widersprüche und Absonderlichkeiten zu sein pflegt. Abnorm erreglich (*émotifs*), unberechenbar in ihren Entschlüssen, plötzlichen impulsiven Stimmungen und Antrieben unterworfen, bald abnorm suggestibel, bald völlig unbeeinflussbar, unstet (*instables*) in ihrem ganzen Tun und Treiben sind sie oft außer stande, eine geregelte Lebensführung innezuhalten und sich im sozialen Organismus ihren Platz zu

sichern. Viele von ihnen sind daher nur ein Ballast der menschlichen Gesellschaft und füllen die öffentlichen Anstalten (Gefängnisse, Kranken- und Irrenhäuser etc.).

Sehr viele Degenerierte sind alkoholintolerant.

Die leichteren Fälle psychischer Entartung werden als „Déséquilibrés“ bezeichnet. Das sind Individuen, die nur in geringem Grade vom Normaltypus abweichen und meist auch noch eine nützliche Rolle in der Gesellschaft spielen können. Man findet hierunter zum Teil recht intelligente Menschen, die im stande sind, ihre krankhaften Neigungen und Stimmungen zu beherrschen und darum auch selten als abnorm erkannt werden. Viele haben völlige Einsicht in ihren Zustand; sie fühlen, daß sie nicht wie andere Menschen sind. Nicht wenige phantasiebegabte und mit starkem ästhetischen Gefühl ausgerüstete Menschen (Künstler, Dichter etc.) sind Déséquilibrés (Dégénérés supérieurs).

Stärker ausgeprägt sind die psychischen Anomalien meist bei den sogen. pathologischen Charakteren, die durch einseitige, unkorrigierbare Richtung ihres Denkens und durch gänzliche Einsichtslosigkeit in den eigenen abnormen Zustand charakterisiert sind. Hierher rechnen viele Fanatiker, Erfinder, Parteigründer, Sektenstifter, Geizige, Hochmütige, Sammler, viele der sogen. „Originale“, Dichter, Denker und Gelehrte.

Deutlicher und intensiver treten die psychischen Anomalien bei manchen Degenerierten hervor. Wir wollen davon im folgenden besprechen:

1. Die konstitutionelle Verstimmung.
2. Das Zwangsirresein.
3. Die konträre Sexualempfindung.
4. Die konstitutionelle Neurasthenie.

1. Die konstitutionelle Verstimmung.

Die konstitutionell Verstimmten sind eine häufige Erscheinung. Es sind das psychisch abnorme Individuen, deren ganzes Vorstellungsleben von trüben

(Unlust-) Affekten begleitet wird. Sie sind meist gut veranlagt, nicht selten von außerordentlicher Begabung, aber dafür leicht ermüdbar und wenig beharrlich. Sie haben keine Lust am Dasein, alles was sie erleben, erscheint ihnen in trübem Lichte, sie sind geborene und unverbesserliche Pessimisten. Sie verzehren sich in unfruchtbaren, selbstquälerischen Grübeleien, machen sich leicht Selbstvorwürfe, leben beständig in bangen Ahnungen, neigen zu hypochondrischen Befürchtungen und spielen häufig mit Selbstmordideen, um sie nicht selten in einem pathologischen Affekt zu verwirklichen. Sie sind meist kühl, resigniert, mißtrauisch und menschenscheu, doch können sie auch plötzlichen Paroxysmen ungezügelter Leidenschaft anheimfallen. Nicht selten findet sich eine paranoide Charakterrichtung, besonders sind Beeinträchtigungsideen nicht selten.

2. Das Zwangsirresein.

Zwangsvorstellungen sind nach Westphals Definition „alle solche, welche bei übrigens intakter Intelligenz und ohne durch einen Gefühls- oder affektartigen Zustand bedingt zu sein, gegen und wider den Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewußtseins treten, sich nicht verscheuchen lassen, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, welche der Befallene stets als abnorm, ihm fremdartige anerkennt, und denen er mit seinem gesunden Bewußtsein gegenübersteht“.

Unter den Begriff „Zwangsirresein“ gehören also nur diejenigen zwangsmäßig auftretenden Vorstellungen (Gefühle, Antriebe) bei denen die davon Befallenen

- a) das Gefühl des Überwältigtwerdens, des Zwungenwerdens haben, also im übrigen bei klarem Bewußtsein bleiben (daher *déire avec conscience*),
- b) völlige Einsicht in das Abnorme des Zustandes haben, also den Zwang als etwas Fremdartiges empfinden.

Man teilt das Zwangsirresein ein in

1. Zwangsideen (obsessions), welche in
 - α) Zwangsbefürchtungen (Phobien) und
 - β) Zwangsvorstellungen (Ideés obsédants)

zerfallen, und

2. Zwangstriebe (impulsions).

Der Zwang tritt plötzlich auf, die Kranken suchen ihn zu bekämpfen, wobei lebhaftige Angst (*angoisse concomitante*), Zittern und Schwindel eintreten, doch ist im allgemeinen der Zwang unwiderstehlich (*irrésistibilité*). Bei vollem Bewußtsein (*conscience complète de l'état*) wird dem Zwang schließlich nachgegeben, worauf die Angstgefühle verschwinden und eine Erleichterung eintritt (*satisfaction consécutive*), oft von dem peinlichen Gefühl der Scham, unterlegen zu sein, begleitet.

Zwangsbefürchtungen. Bei den Kranken, die im übrigen meist intelligente Leute sind, treten in ganz bestimmten Situationen plötzliche unklare Angstvorstellungen mit Schwindel, Übelsein und allgemeiner Schwäche ein. Am häufigsten ist die Agoraphobie oder Platzangst. Solche Patienten sind nicht im stande, einen freien Platz zu überschreiten. Schon beim bloßen Anblick eines solchen bekommen sie Zittern, Angst und Schwindel, so daß sie wie gelähmt sind. Sie vermeiden daher freie Plätze und machen Umwege. Manche können die Angst überwinden, wenn andere sie begleiten und hinüber führen.

Andere Kranke haben Angst vor großen Sälen oder vor mit Menschen erfüllten Räumen.

Ähnliche Symptome wie bei der Agoraphobie: Schwindel und Angst mit Zittern und vasomotorischen Erscheinungen (Herzklopfen, starker Schweiß) finden sich bei allen andern Phobien: bei der Klaustrophobie, der Angst vor engen Räumen oder Straßen, dem *délire du toucher*, der Angst vor Berührung mit gewissen Gegenständen (Stecknadeln, Türklinken, Messern etc.) und der Erythrophobie, der Furcht, in gewissen Situationen zu erröten.

Zwangsvorstellungen. Eine der häufigsten Formen ist die Zweifelsucht (*folie du doute*). Bei allem, was die Kranken tun, treten Zweifel auf, ob sie es wohl recht getan haben, und dieser Zweifel beherrscht sie unwiderstehlich, so daß sie beständig alles, was sie getan, nachprüfen müssen, z. B. ob sie die Tür auch wirklich fest verschlossen, das Licht ausgelöscht haben, ob sie nicht die Briefe vertauscht haben u. s. w. Bei andern kommt Grübelsucht vor. Die Kranken müssen bei voller Einsicht in das Krankhafte des Zwanges anfallsweise allerhand Fragen tun. „*Les metaphysiciens*“ müssen sich mit philosophischen Problemen beschäftigen und stellen sich ununterbrochen Fragen über Gott, Unsterblichkeit, Ewigkeit und andere. „*Les réalistes*“ müssen sich mit ganz absurden und trivialen Fragen abquälen: „Warum gibt es nur eine Sonne statt zwei? Warum sind die Menschen nicht so groß wie die Häuser?“ u. s. w. Wieder bei anderen kommt Arithmomanie vor. Solche Kranke sind von der Vorstellung beherrscht, bestimmte Dinge, Zeichen und dergl. zählen zu müssen, und zählen daher z. B. in Büchern alle Z oder T, oder wieviel Seiten mit P, wieviel mit T anfangen, wie oft ein bestimmtes Wort in den 5 Büchern Mosis vorkommt und ähnliches. Wieder andere leiden an Onomatomanie, die sich äußert als zwangsweises, ängstliches Suchen nach einem bestimmten Wort oder Namen, oder als Angst vor bestimmten Wörtern, denen eine ominöse Bedeutung beigelegt wird oder auch buchstäblich als Wortbesessenheit, bei der die Kranken das unangenehme Gefühl haben, als läge ihnen das Wort im Magen und drücke sie, und welches sie durch Würgen und Spucken zu entfernen suchen. Nicht selten ist auch die Verbindung von *folie du doute avec délire du toucher*.

Zwangstriebe (Zwangshandlungen). Diese kann man mit Sommer einteilen in sozial störende oder sozial indifferente. Wenn z. B. ein Kranker den Zwangstrieb empfindet, bestimmte Worte nachzusprechen, die er hört (Echolalie), so ist dieser sozial indifferent. Auch die

Coprolalie (das zwangsmäßige Aussprechen kompromittierender Wörter) ist sozial indifferent und schadet, ebenso wie die Dipsomanie, die anfallsweise zwangsmäßig auftretende Trunksucht (Quartalssäufer) nur den davon Befallenen. Nicht selten ist Selbstmordtrieb. Sozial störende Zwangstribe sind Kleptomanie, die zwangsmäßige unwiderstehliche Stehlsucht, die Pyromanie, die Sucht Feuer anzulegen, und der Antrieb zum Mord. Auch manche sexuellen Perversionen zählen hierzu. Nicht alle Degenerierten können die Zwangstribe überwinden. Nicht selten kommt es zu Zwangshandlungen. Doch sind diese im allgemeinen selten, und man muß mit der Diagnose „unwiderstehlicher Zwang“ recht vorsichtig sein. Vor allen Dingen gilt es immer erst, wirkliche Psychosen, Sinnes-täuschungen und Wahnideen auszuschließen.

3. Die abnorme Sexualempfindung.

(Psychopathia sexualis.)

Bei den Degenerierten finden sich mancherlei Anomalien des sexuellen Lebens (Perversionen, d. i. auf angeborener psychopathischer Grundlage bestehende Anomalien). Diejenige, welche in neuerer Zeit am meisten von sich reden macht (§ 175 St.-G.-B.), ist die Homosexualität oder konträre Sexualempfindung (Urningsliebe). Sie tritt entweder von vornherein als solche und dann schon in frühester Jugend auf (angeborene Homos.), oder kommt erst später zum Durchbruch (erworbene oder tardive Homos.). Sie besteht in der Umkehrung der normalen Sexualempfindung, so daß sexuelle Liebe nur gegen Individuen des eigenen Geschlechts möglich ist, während Gleichgültigkeit oder Widerwillen dem anderen Geschlechte gegenüber besteht. Homosexuelle Männer zeigen also sexuelle Triebe nur Knaben und Jünglingen gegenüber, die sie, oft in schwärmerischen Liebschaften, durch mutuelle Onanie, seltener durch coitus per anum (Päderastie) und in anderer Weise befriedigen, während sie den weiblichen Reizen gegenüber völlig unerreg-

bar bleiben; homosexuelle Frauen lieben nur Frauen (lesbische Liebe) und sind gegen das männliche Geschlecht gleichgültig. Einige von den homosexuellen Männern haben einen exquisit femininen Typus, sind bartlos, von weichen Formen, breitem Becken, schmaler Brust und weiblichem Charakter (Androgynen); umgekehrt findet man bei homosexuellen Frauen nicht selten männliche Charaktere, groben Knochenbau, eckige Körperformen, Bartwuchs und derbe, rauhe Stimme (Gynandrier).

Auch sonst zeigen homosexuelle Männer, ohne Androgynen zu sein, nicht selten weibische Züge, oder suchen äußerlich möglichst weiblich zu erscheinen, indem sie sich glatt rasieren, die Haare tief ins Gesicht kämmen und kräuseln und Korsetts und Armbänder tragen. Umgekehrt treten homosexuelle Frauen oft sehr burschikos auf, und tragen ein forciert männliches Benehmen zur Schau, reiten, trinken, rauchen, fechten und zeigen wenig Sinn für weibliche Beschäftigung.

Andere Anomalien des Geschlechtslebens sind der Sadismus (nach dem französischen Marquis de Sade benannt) und der Masochismus (nach dem Romanschriftsteller Sacher Masoch). Sadistische Männer geraten nur dann in sexuelle Erregung, wenn sie das Weib vor oder während des Aktes in grausamer Weise beißen, stechen oder in anderer Weise verletzen. Ebenso die sadistischen Frauen. Viele Lustmörder sind Sadisten. Die Masochisten empfinden nur dann Wollust, wenn sie während des geschlechtlichen Aktes Grausamkeit erdulden müssen. Masochistische Männer lassen sich also (besonders von puellae publicae, die die Anomalie oft recht gut kennen) schlagen, treten, stechen und in anderer Weise mißhandeln (passive Flagellation).

Beim Fetischismus ist es nicht das Individuum selbst, sondern nur bestimmte Körperteile oder Kleidungsstücke desselben, welche den sexuellen Orgasmus hervorrufen, und die daher wie ein Fetisch verehrt werden. Bei einigen Fetischisten sind es Teile des weiblichen Körpers (Fuß, Haar, Busen etc.), die die Erregung hervorrufen. Zu diesen gehören

auch die Zopfabschneider. Bei andern sind es bestimmte Kleidungsstücke (Schuhe, Beinkleider, Hemden etc.), welche sexuell erregend wirken.

Sodomie (Bestialität), d. h. sexueller Verkehr mit Tieren, und Nekrophilie, die sexuelle Leichenschändung, kommen wohl nur bei hochgradigem Schwachsinn (besonders Imbecillität) vor.

4. Die konstitutionelle Neurasthenie.

Die konstitutionelle Neurasthenie zeigt alle Symptome der Neurasthenie, nur daß bei ihr die Ursache nicht in einer starken erworbenen Erschöpfung, sondern in einer abnormen, auf hereditärer Disposition beruhenden Erschöpfbarkeit des Nervensystems liegt. Die konstitutionellen Neurastheniker sind im allgemeinen Menschen mit leichter, rascher Auffassung, aber mit rascher Ermüdbarkeit. Sie sind außer stande, ihre Aufmerksamkeit lange auf denselben Gegenstand zu konzentrieren. Früher oder später treten neurasthenische Beschwerden und damit Denkhemmung und Arbeitsunfähigkeit ein. Sie verlieren die Herrschaft über ihren Vorstellungsschatz, das Gedächtnis wird gelähmt, so daß sie zerstreut werden und sich auf die einfachsten Dinge nicht besinnen können.

Die Ermüdung kündigt sich immer früher oder später nach jeder leichten Anstrengung durch mancherlei Symptome an. Die Kranken bekommen ein Gefühl allgemeiner Schwäche und Hinfälligkeit, Kriebeln, Ameisenlaufen, Pelzigsein und andere Parästhesien stellen sich in den Gliedern ein, Herzklopfen, Gefühl von Pulsation im Kopf, fliegende Hitze und andere vasomotorische Störungen beunruhigen die Patienten, so daß unbestimmte Angst- und Schwindelanfälle auftreten, im Rücken und im Kreuz machen sich lästige, manchmal bis zu Schmerzen sich steigernde Sensationen bemerkbar, allgemeiner, feinschlägiger Tremor und fibrilläre Zuckungen besonders in der Gesichtsmuskulatur stellen sich ein, der

Puls ist beschleunigt und unregelmäßig (nervöse Tachycardie mit Ahythmie), die Atmung ist erschwert und mühsam, nicht selten fangen die Unterschenkel an zu beben (anxietas tibiarius) und allerlei hypochondrische Befürchtungen und trübe Ahnungen steigen in dem Kranken auf. Bei vielen konstitutionellen Neurasthenikern entwickelt sich Zwangsirresein, das von einigen Psychiatern ganz zum Kapitel der konstitutionellen Neurasthenie gerechnet wird.

Die rasche Ermüdbarkeit der Kranken zeigt sich bei den geringfügigsten körperlichen oder geistigen Arbeiten. Nicht selten wird im Beginn der Ermüdung über Kopfschmerz, Kopfdruck, Ohrensausen und Flimmern vor den Augen geklagt. Bei manchen tritt Dilatation der Pupillen ein. Die Reflexe sind bei den meisten gesteigert. Pollutionen, auch sexuelle Perversionen sind häufig. Die meisten konstitutionellen Neurastheniker sind alkoholintolerant.

Fast alle haben einen reizbaren, unverträglichen Charakter, der oft an Hysterische erinnert. Sie sind meist unberechenbar und launisch in ihrer Stimmung, unzufrieden und mißgestimmt, neigen zum Nörgeln und Räsonnieren und entwickeln einen mehr oder weniger hochgradigen Egoismus. Sie beobachten sich selber und ihre krankhaften Erscheinungen sehr genau, schildern ihre Leiden umständlich und mit peinlicher Wahrheitsliebe und haben ein starkes Bedürfnis, sich auszusprechen und Ärzte zu konsultieren. Sie neigen zu stets wechselnden hypochondrischen Befürchtungen.

Was bei allen konstitutionellen Neurasthenikern als besonders charakteristisch auffällt, das ist die innige Mischung von zahlreichen Krankheitssymptomen mit völliger und ausgeprägter Krankheitseinsicht, und die häufigen, manchmal starken periodischen Schwankungen in dem Gesamtzustande, der sich oft als deutlich psychisch beeinflusbar erweist, so daß die Kranken nicht selten von Laien für Simulanten erklärt werden.

Die Prognose der konstitutionellen Neurasthenie ist im allgemeinen ungünstig. Vorübergehende Besserungen sind nicht selten.

Register.

Die fettgedruckten Zahlen bezeichnen die Seite, auf der das betreffende Kapitel im speziellen Teil abgehandelt ist.

A.

- Absences 19. 83.
Absinth 270.
Aceton 124.
Agitation 16.
Agoraphobie 299.
Agraphie 108.
Ahnentafel 1. 2. .
Akoasmen 50.
Albuminurie 253.
Alkohol-Epilepsie 261.
Alkohol-Paranoia 262.
Alkohol-Delirium 40. 84. 107.
248.
— chronisches 81. 84. 88. 256.
Alkohol-Intoleranz 119. 297.
Alkoholismus chronicus 64. 76.
259.
Alkoholismus 247.
Alkoholwahnsinn, akuter 65. 254.
Amaurotische Idiotie 292.
Amblyopie 230.
Amnesie 82.
— retrograde 83.
— totale 84.
— partielle 84.
Anamnese 1.
Androgynen 302.
Anfälle, epileptische 83. 236.
— hysterische 84. 231.
Anschuldigungen, falsche 89.
Aphasie 98.
— hysterische 99.
Äquivalente, epileptische 240.
Associationen 92.
— negativistische 94.
Associationsversuche 92.

- Associationsweite 93.
Asymmetrien des Schädels 115.
Äther 270.
Atypische Delirien 253.
Augenblicks-Konfabulationen 87.
Aura epilept. 237.
Ausgang der Psychosen 139.
Äußere Haltung 9.

B.

- Basedowsche Krankheit 277.
Beeinträchtigungsideen 58.
Beeinträchtigungswahn, präseniler 62. 217.
Befehls-Automatie 27.
Belastung, erbliche 1. 131.
Beobachtung 5.
Berührungshallucinationen 54.
Beschäftigungsdrang 198.
Besessenheitswahn 159.
Bewegungshallucinationen 56.
Beziehungswahn 59.
Bilder 45.
Bleiintoxikation 268.
Brandstiftung 131.

C.

- Cachexia strumipriva 276.
Carcinom 283.
Cercopithecusohr 117.
Charaktere, pathologische 297.
Chloralhydrat, Chloroform 270.
Chorea 244.
Circuläres Irresein 195.
Clavus 230.
Claustrophobie 299.
Cocainismus 266.
Coma diabeticum 283.

Conjunctival-Katarrh 249.
 Conträre Sexualempfindung 301.
 Coprolalie 301.
 Cretinismus 274.
 Cysticercen 281.

D.

Dämmerzustand, epileptischer
 41. 61. 83. 240.
 — hysterischer 64. 233.
 Dämonomanie 159.
 Debität 285.
 Decadenten 119.
 Degenerierte 296.
 Degenerationszeichen 114. 116.
 — psychische 118.
 delinquente nato 288.
 délire d'énormité 66.
 — d'opposition 26.
 — des négations 67.
 — de persécution 61. 164.
 — des grandeurs à rebours 66.
 — du toucher 299.
 — avec conscience 298.
 — rétrograde 85. 209.
 Delirium acutum 160.
 — tremens 40. 82. 84.
 87. 107. 248.
 — — bei Paralyse 66.
 — — bei Morphinismus 265.
 — — febrile 254.
 Demente Paralyse 183.
 Dementia praecox 69. 76. 82.
 100. 108. 141.
 — — simplex 142.
 — — catatonica 150.
 — — paranoides 156. 60. 44.
 — paralytica 177.
 — senilis 62. 65. 70. 71. 80.
 98. 106. 219.
 Demenz 12.
 Denkhemmung 16.
 Depression 16. 201.
 Depressive Paralyse 187.
 Depressiver Stupor 203.
 Depressiver Wahnsinn 68.

Déséquilibrés 118.
 Desorientiertheit 38.
 Desertion 239.
 Diabetes 283.
 Diebstahl 130.
 Dipsomanie 301.
 Dissimulation 61.
 Doppelbewußtsein 234.
 Doppeldenken 51.

E.

Écho des pensées 51.
 Echoerscheinungen 27.
 Echolalie 27.
 Echopraxie 27.
 Eifersuchtswahn 64. 167.
 — der Trinker 262.
 — der Kokainisten 267.
 Einfache Manie 198.
 Empfang des Kranken 6.
 Epilepsie 19. 62. 69. 71. 83.
 95. 99. 107. 236.
 Epilepsia nocturna 239.
 — procursiva 239.
 — respiratoria 239.
 Epileptiforme Anfälle 180.
 Erfinder 297. 168.
 Erinnerung 84.
 Erregungszustände 16.
 Erweichung 282.
 Erythrophobie 299.
 Eßmanieren 24.
 Examen à distance 5.
 Exhibitionismus 130.
 Expansive Paralyse 189.

F.

Fabulieren 33. 86.
 Fanatiker 297.
 Fechterstellung 21.
 Fetischismus 302.
 Fieberdelirien 17. 271.
 Fieber, hysterisches 233.
 flexibilitas cerea 26.
 folie à double forme 197.
 — alternante 197.

folie du doute 300.
 — circulaire proprement dite 196.
 — héréditaire 296.
 — intermittente simple maniaque 196.
 — — — mélancholique 196.
 fuite des idées 29.

G.

Galoppierende Paralyse 191.
 Gedächtnis 76.
 Gedächtnisprüfung 77.
 Gedankenlautwerden 51.
 Gefühlstäuschungen 54.
 Gehörstäuschungen 50.
 Geizige 297.
 Gelenkrheumatismus 17.
 Genealogie 1. 2.
 Geruchstäuschungen 54.
 Gesichtsausdruck 6.
 Gesichtstäuschungen 52.
 Gesichtsmuskulatur 8.
 Geschmackstäuschungen 54.
 Gesten 9.
 Gewichtskurven 138.
 Globus hystericus 230.
 Graphologie 102.
 Graphomanen 110.
 Grenzfälle 296.
 Grimassieren 144.
 Größenideen 18. 33. 64.
 — kontrastierende 66.
 Grübelsucht 300.
 Grundstimmung 11.
 Gynandrier 302.

H.

Haartracht 10.
 Hallucinationen, Diagnostik der 34.
 — 50.
 — des Gedächtnisses 86.
 hallucinatorische Verwirrtheit 160.
 hallucinatorischer Wahnsinn 173.
 Hallucinoze der Trinker 61. 254.

Haschisch 270.
 Hebephrenie 142.
 Hemmung 16.
 Heredität 1.
 hérédité progressif 2.
 Hirnabsceß 281.
 Hirnlues 278.
 Hirntumor 18. 280.
 Hochstapler 291.
 Homosexualität 301.
 Hydrocephalie 116. 298.
 Hypochondrische Wahnideen 70.
 Hypomanie 200.
 Hysterie 64. 225.
 Hystero-Hypochondrie 70. 213.

I, J.

Ideenflucht 16. 20. 28. 29.
 Idées de grandeur 64.
 — — persécution 61.
 — — ruine 67.
 Idiotie 95. 101. 291.
 Illusionen 46.
 Imbecillität 287.
 Impulsion irrésistible 19.
 Infantile Paralyse 183.
 Infantiles Myxödem 275.
 Infektionsdelirien 271.
 Influenza 272.
 Initialdelirium 271.
 Incobärenz 31.
 Intelligenzprüfung 90.
 Iterativerscheinungen 23. 30. 31.
 95. 108. 109. 110.
 Jodothylin 276.
 Juvenile Paralyse 183.

K.

Katalepsie 26.
 Katatonie 21. 94. 100. 192.
 Klangassoziationen 95.
 Klassische Manie 200.
 Klassische Paralyse 189.
 Klaustrophobie 299.
 Kleidung 10.
 Kleptomanie 301.

Konfabulationen 86.
 Konstitutionelle Verstimmung 297.
 Konträre Sexualempfindung 301.
 Kontrakturen 232.
 Korsakoffsche Psychose 256.
 Krampfanfälle, epileptische 236.
 — hysterische 230.
 — paralytische 180.
 Krankheitseinsicht 96. 139.
 Kretinismus 274.
 Kriminelle Handlungen 130.
 Kropfbrunnen 274.

L.

Labilität 12.
 Larvierte Epilepsie 19. 236.
 Lesbische Liebe 302.
 Lombroso 114. 288.
 Lügen, hysterische 228.
 Lycanthropie 68.

M.

Makropsie 53.
 Malaria 272.
 Manie 20. 66. 88. 111. 195. 198.
 Mania mitis 200.
 Manie raisonnante 200.
 — deliriöse 201.
 Mania gravis 201.
 Manie ambitieuse 201.
 — furieuse 201.
 — érotique 201.
 — unproduktive 205.
 Manieren 24.
 Manisch-depressives Irresein 63.
 68. 100. 195.
 Manischer Stupor 204.
 Masochismus 302.
 Melancholie 20. 63. 66. 71. 100.
 112. 208.
 Melancholia simplex 211.
 — anxiosa 211.
 — stuporosa 211.
 mélancholie raisonnante 203.
 Melancholische Wahnideen 67.

Meningitis 17.
 Merkfähigkeit 77.
 — Prüfung der 80.
 — Störungen der 80.
 Metasyphilis 177.
 Mikropsie 53.
 Mikrocephalie 116. 293.
 Mischzustände 204.
 Mitbewegungen 120.
 moral insanity 288.
 morbus Basedowii 277.
 Morphinismus 263.
 Multiple Sklerose 282.
 Mutacismus 25. 97.
 Mutismus 25. 97.
 Myxödematöses Irresein 275.

N.

Nahrungsverweigerung 129.
 Negativismus 25.
 — hysterischer 227.
 Neologismen 95. 110.
 Nervensystem, Untersuchung 119.
 Neurasthenie, erworbene 245.
 — konstitutionelle 303.
 Nihilistischer Wahn 67.

O.

Ohr 117.
 Onomatomanie 300.
 Opium 270.
 Orden 10.
 Orientiertheit 37.
 — chronologische 78.

P.

Päderastie 301.
 Paragrafie 106.
 Paralogen 43. 49.
 Paraphasie 98.
 Paralyse 18. 62. 65. 68. 71. 78.
 81. 87. 94. 98. 100. 102. 177.
 — infantile 183.
 — juvenile 183.
 Paranoia 59. 69. 70. 86. 99.
 110. 164.

Paranoia confabulans 86. 172.
 — originaria 171.
 — periodica 63. 201.
 — phantastica 159.
 — religiosa 169.
 — querulatoria 62. 170.
 Pathologische Charaktere 297.
 Pathologische Rauschzustände
 247.
 Periodische Manie 195.
 Periodische Melancholie 195.
 Personenverkennung 49.
 petit mal 83.
 Physikalischer Verfolgungswahn
 159.
 Physiognomisches 6.
 Platzangst 299.
 Polyneuritische Psychose 81. 84.
 88. 256.
 Porencephalie 293.
 Poriomanie 239.
 Postinfektiöse Intoxikationspsy-
 chosen 271.
 Präcordialangst 9. 209.
 Präseniler Beeinträchtigungswahn
 217.
 Prognostik 131.
 Progressive Paralyse 177.
 Pseudologia phantastica 88.
 Pseudo-ivresse 248.
 Pseudoparalysis alcoholica 262.
 — saturnina 269.
 Psychomotorisches Verhalten 16.
 Pupillenuntersuchung 119.
 Pyromanie 301.

Q.

Quartalssäufer 301.
 Querulantenwahn 62. 65. 170.

R.

Raptus melancholicus 9. 209.
 Rausch 247.
 Rauschzustände, pathologische
 247.

Rechnen 79.
 Religiöse Paranoia 169.
 Remissionen bei Paralyse 184.
 — — Katatonie 153.
 — — hallucinator. Wahnsinn 175.
 Retrograde Amnesie 83.
 Rheumatismus 17. 272.

S.

Sachs'sche Idiotie 292.
 Sadismus 302.
 Sarkom 283.
 Schädel 115.
 Schädelmessung 116.
 Schilddrüse 274.
 Schnauzkrampf 8.
 Schrift 101.
 Schulkenntnisse 73.
 Schwachsinn, angeborener 284.
 Schwindler, pathologische 88.
 Sklerose, multiple 282.
 Sehnenreflexe 122.
 Selbstmordideen 125.
 Senile Demenz 219.
 Sexualempfindung, konträre 301.
 Silbenstolpern 121.
 Simulation 228.
 Sinnestäuschungen 34. 46.
 Situationsschilderung 125.
 Situationsverkennung 53.
 Sodomie 303.
 Somnambulismus 233.
 Spezialgedächtnis 79.
 Speichelsekretion 123.
 Sporadischer Cretinismus 276.
 Sprache 28. 120.
 Sprachverdrehtheit 31.
 Sprachverwirrtheit 30.
 Sprechmanieren 24. 30. 31.
 Stereotypie-Erscheinungen 22. 30.
 Stigmata degenerationis 116.
 Stimmen 50.
 Stimmung 11. 16.
 Stuporzustände 12. 99.
 Stupor, manischer 204.

Suggestibilität 225.
Sypphilis des Gehirns 278.

T.

Tabes 178.
Tätigkeitsdrang 20.
Taktile Hallucinationen 54.
Telegrammsprache 29.
Testamentsanfechtung 102.
Thermische Hallucinationen 54.
Tiervisionen 40. 53.
Tobsucht 18.
Toilette 10.
Transfert 230.
Tränensekretion 123.
Traumatische Hysterie 236.
Tuberkulose 273.
Tumoren des Gehirns 280.
Typhus 17. 271. 272.

U.

Unproduktive Manie 205.
Urämie 283.
Urin 124.
Urningsliebe 301.

V.

Verarmungswahn 67.
Verbigeration 32. 108.
Vererbung 2.

Verfolgungsideen 33. 61.
Verläumdungen, hysterische 55.
Verlegenheits-Konfabulationen
87.
Verrücktheit 164.
Verstimmung, konstitutionelle
297.
Versündigungsideen 67.
Verwandlungswahn 67.
Verwirrtheit 38.
—, hallucinatorische 43. 160.
Visionen 52.
Vorstellungsablauf 16.

W.

Wahnideen 58.
Wahnsinn, depressiver 68.
— hallucinatorischer 173.
— der Kokainisten 267.
Wandertrieb 239.
Wiederholungserscheinungen 23.
31.
Wortneubildung 30. 31. 33. 111.

Z.

Zitterschrift 102.
Zoopsie 53.
Zwangsirresein 298.
Zweifelsucht 300.

Diagnostisch-therapeutisches Vademecum

für
Studierende und Ärzte

zusammengestellt von

San.-Rat Dr. Heinrich Schmidt

Dr. A. Lamhofer

und

Dr. L. Friedheim

Dr. J. Donat

6. Auflage.

VI und 418 Seiten mit Abbildungen; 1903, als Taschenbuch mit Bleistiftöse in abwaschbar. Leinen eleg. geb. Preis M. 6.—; geb. u. durchschossen Preis M. 7.—.

Korrespondenzblatt für die ärztlichen Bezirksvereine im Königr. Sachsen: Das vorliegende Taschenbuch soll dem Praktiker in Augenblicken der Unsicherheit als Auskunft- und Hilfsmittel dienen. Es verfolgt rein praktische Zwecke und bietet nur die klinische Diagnostik und Therapie der wichtigsten Krankheiten in gedrängter und übersichtlicher Kürze. Die Ausstattung ist gut, das Format handlich; es ist ein neues holzfreies ganz dünnes Druckpapier gewählt worden, das den Umfang des Büchleins beträchtlich einschränkt.

Schmidt's Jahrbücher: Man kann nicht gut mehr des Tatsächlichen, Wissenswerten auf einen so knappen Raum zusammenfassen. Die Antworten, die der Unsichere erhält, sind überall klar und richtig.

Praktische Diagnostik der inneren Krankheiten.

Mit besonderer Berücksichtigung der

Differential-Diagnostik.

Von

Dr. Georg Kühnemann

Stabsarzt im Garde-Grenadier-Regiment Nr. 5.

XVIII, 393 Seiten, gr. 8°. 1901. M. 8.40; geb. M. 10.—.

Berliner Klinische Wochenschr.: Die vorliegende Diagnostik ist in erster Linie für den praktischen Gebrauch bestimmt. Sie stellt deshalb nicht eine bloße Aneinanderreihung von Krankheitsbildern dar, sondern sucht dieselben zu Gruppen symptomatisch ähnlicher Krankheiten zu vereinigen, um im speziellen Falle die Aufmerksamkeit des Untersuchers auf alle für die Diagnose in Frage kommenden Gesichtspunkte hinzulenken und eine präzise Differentialdiagnose zu ermöglichen. Entsprechend dem Bestimmungsverfahren, wie es in den beschreibenden Naturwissenschaften üblich ist, soll durch diese Art der Zusammenstellung der unseres Erachtens für die Praxis zweckmäßigste Weg angebahnt werden, aus dem Symptomenkomplex analytisch die Krankheitsform herzuleiten. Bei der Erwägung einzelner Hauptsymptome wird der Leser in den Tabellen auf das ganze Gebiet aller überhaupt in Betracht kommenden Krankheiten hingewiesen und dadurch vielleicht gerade in schwierigen Fällen auch auf die seltenen Möglichkeiten aufmerksam gemacht, an die er zunächst nicht gedacht hat. Das Studium der Tabellen ermöglicht die kritische Abwägung aller Krankheitserscheinungen und führt auf diese Weise zu einer präzisen Differentialdiagnose.

Deutsche Militärärztliche Zeitschrift: Der Fleiß, mit dem Verfasser die Hilfsmittel der Diagnostik zusammengetragen hat, ist bewundernswert.

Centralblatt f. Stoffwechsel- u. Verdauungs-Krankheiten: Ein umfangreiches genaues Register trägt zur bequemen und leichten Orientierung bei. Die diagnostische Verwertung der Beobachtungen am Krankenbett, die abwägende Beurteilung des Einzelfalles, die Beseitigung von Zweifel und Unklarheiten in der Auffassung des Krankheitsbildes, ist das Buch wohl geeignet zu erleichtern. Als dankenswerte Erscheinung verdient es vom Praktiker begrüßt zu werden.

Kurze medizinische Lehrbücher:

- Augenheilkunde**, I. Erkrankungen des Sehorgans von Dr. Du Bois-Reymond, 1895. VII u. 194 Seiten mit 14 Abbild. geb. M. 3.75.
- Bakterienkunde** von Dr. Itzerott. 1894. VIII und 120 Seiten mit 48 Abbildungen. geb. M. 3.25.
- Balneotherapie** von Dr. F. C. Müller. 1890. VIII und 452 Seiten. geb. M. 7.75.
- Allgemeine Chirurgie** von Dr. A. Krüche. Siebente Auflage. 1900. X u. 496 Seiten mit 32 Abbildungen. geb. M. 6.75.
- Spezielle Chirurgie** von Dr. A. Krüche. Elfte Auflage. 1902. XII u. 408 Seiten mit 50 Abbildungen. geb. M. 6.75.
- Elektrotherapie** von Dr. R. H. Pierson und Dr. A. Sperling. Sechste Aufl. 1893. XIV u. 420 Seiten mit 87 Abb. geb. M. 6.75.
- Frauenpraxis**, 100 illustrierte Fälle aus der, von A. Auvar. 2. Aufl. 1899. Vorwort von v. Winkel. 14 Bogen m. 100 Abb. geb. M. 6.—.
- Gerichtliche Medizin** von Dr. P. Guder. 2. Aufl. von Dr. P. Stolper. 1900. VIII u. 340 Seiten. geb. M. 6.75.
- Heilgymnastik in der Gynäkologie** nach Thure Brandt. Deutsch von Dr. Delega. Vorwort von Prof. Sänger. 1895. XII u. 144 Seiten mit 79 Abb. M. 4.—, geb. M. 4.75.
- Histologie** von Dr. E. Bannwarth. 1894. VIII und 198 Seiten mit 181 Abbildungen. broschiert M. 5.—.
- Hydrotherapie** von Dr. F. C. Müller. 1890. X und 568 Seiten mit 27 Abbildungen. geb. M. 6.75.
- Hygiene** von Prof. Dr. E. Cramer. 1896. 328 Seiten mit vielen Abbildungen. broschiert M. 6.—.
- Immunität, Schutzimpfung** und Serumtherapie von Dr. A. Dleudonné. 3. Aufl. 1903. VIII, 168 S. M. 5.—, geb. M. 6.—.
- Innere Medizin** von Dr. H. Dippe. 1893. VIII und 292 Seiten mit Abbildungen und 1 bunten Tafel. geb. M. 6.25.
- Kassenarzt** von Dr. J. Thiersch und **Vertrauensarzt** von Dr. H. Dippe. 1895. 200 S. geb. M. 3.75.
- Kinderkrankheiten** von Dr. E. Schwechten. 1894. XII und 260 Seiten. geb. M. 5.—.
- Klimatotherapie** von Dr. F. C. Müller. 1894. VI und 220 Seiten. geb. M. 4.—.
- Krankendienst** von Dr. E. Guttman. 1898. VIII und 271 Seiten mit 45 Abbildungen. broschiert M. 4.—, geb. M. 4.75.
- Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten** von Dr. Th. S. Flatau. 1895. VIII und 430 Seiten. broschiert M. 8.—.
- Nervenkrankheiten** von Dr. P. J. Möblus. 1893. VIII und 188 Seiten. geb. M. 4.50.
- Nieren-Chirurgie** von Dr. Paul Wagner. 1893. VIII und 244 Seiten. geb. M. 5.—.
- Physik** von Prof. Dr. E. v. Lommel. 8. u. 9. Aufl. von Prof. Dr. W. König. 1902. X u. 592 S. mit 429 Abb. u. 1 Spectraltaf. M. 6.40, geb. 7.20.
- Physiologische Chemie** von Dr. Arthus und Dr. Starke. 1895. VIII u. 258 Seiten. broschiert M. 5.—, geb. M. 5.75.
- Psychiatrie** von Prof. Dr. E. Kraepelin. Sechste Auflage. 1899. 2 Bände. XII, 362 S. u. XIV, 607 S. m. Abb. u. Taf. M. 24.—, geb. M. 26.50.
- Suggestion und Hypnose** von Dr. M. Hirsch. 1893. 200 Seiten. geb. M. 3.75.
- Vademecum**, diagn.-therap. von Dr. Dr. H. Schmidt, Friedhelm, Lamhofer, Donat. 6. Auflage. 1903. VII u. 433 Seiten. geb. M. 6.—.
- Wegweiser**, Therap., von Dr. G. Wothe. 1896. VIII u. 258 Seiten M. 4.—, geb. u. durchschossen M. 5.—.
- Zahnheilkunde** von Jul. Parreidt. Dritte Auflage. 1900. VIII und 344 Seiten mit 80 Abbildungen. geb. M. 6.75.

UNIVERSITY OF ILLINOIS-URBANA



3 0112 065654532