



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.

MEDIZINISCHE LEHRBÜCHER.



24503341191



LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
L601 .F95 1913
Diagnostik und Prognostik der Geisteskra
STOR

DIAGNOSTIK U. PROGNOSTIK
DER
GEISTESKRANKHEITEN
VON
DR. MANFRED FUHRMANN

JOHANN ANDRÉOSTUS BARTH IN LEIPZIG.

LANE

MEDICAL



LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

A. KROCH & CO
BOOKSELLERS
CHICAGO

Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten

Ein
kurzes Lehrbuch
von
Dr. Manfred Fuhrmann
Leitender Arzt des Sanatoriums Grotenburg
in Hildesen-Detmold

Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage

Mit 13 Kurven und 28 Schriftproben



LEIPZIG 1913
Verlag von Johann Ambrosius Barth

Ka

**Alle Rechte vorbehalten.
Eine Übersetzung ins Italienische
ist bereits 1908 erschienen.**

WASSEL

L 601
F 95
1913

Vorwort zur I. Auflage.

Dieses Kompendium 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 „Assoziationen“ ist in engstem Anschluß an die Methoden, die ich bei meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Sommer-Gießen, kennen lernte und zum Teil 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.

Vorwort zur II. Auflage.

Im allgemeinen Teil sind grundsätzlich nur geringe Veränderungen getroffen, dagegen ist hier der graphologische Teil weiter ausgebaut worden. Im speziellen Teile sind überall zum Teil recht erhebliche Umarbeitungen nötig geworden. Ich halte an den Errungenschaften der Kraepelinschen Psychiatrie im wesentlichen fest. Für die praktische Diagnostik und klinische Systematik geben sie immer noch unerschüttert die beste Grundlage ab. Ich hoffe daher, daß auch die gegenwärtige Gestalt, in der das Buch erscheint, ihm Freunde, besonders unter den praktischen Ärzten und den Neulingen in der Psychiatrie, erwerben wird.

Hiddesen bei Detmold, Januar 1913.

Sanatorium Grotenburg.

Dr. M. Fuhrmann.

Inhaltsverzeichnis.

A. Allgemeiner Teil.

	Seite
I. Die Anamnese	1
II. Die Beobachtung	8
III. Die Unterhaltung mit dem Kranken	39
Illusionen	51
Halluzinationen	53
Wahnideen	61
A) Die paranoischen Wahnideen	62
B) Größenideen. Expansive Wahnideen. Idées de grandeur	68
C) Depressive oder melancholische Wahnideen	71
D) Die hypochondrischen Wahnideen	74
IV. Untersuchung Geisteskranker, die nicht sprechen	102
V. Untersuchung der Schrift Geisteskranker	106
VI. Die körperliche Untersuchung.	127
VII. Die Diagnose	139
VIII. Die Prognose	146
A) Sinnestäuschungen	150
B) Wahnideen	151
C) Katatonische Symptome.	151
D) Körperliche Symptome	152

B. Spezielle Psychiatrie.

I. Die Dementia praecox	156
1. Die Dementia praecox simplex	157
2. Die Dementia praecox catatonica	167
3. Die Dementia praecox paranoides	176
II. Die akute halluzinatorische Verwirrtheit	180
III. Die Paranoia oder Verrücktheit	184
IV. Der halluzinatorische Wahnsinn	196
V. Die progressive Paralyse oder Dementia paralytica	200
1. Die demente Form der progressiven Paralyse	210
2. Die depressive Form der Paralyse	214
3. Die expansive oder klassische Form (Größenwahnsinn)	216
4. Die agitierte Form der progressiven Paralyse	218
5. Die Lissauersche Paralyse	219

	Seite
VI. Die Katatonie	220
VII. Das manisch-depressive Irresein	223
1. Die Manie	226
2. Die Depression (Melancholie) im manisch-depressiven Irresein	230
3. Mischzustände im manisch-depressiven Irresein	232
4. Verlauf und Ausgang des manisch-depressiven Irreseins	235
VIII. Die Psychosen des Rückbildungsalters	238
1. Die Melancholie	238
2. Die Hystero-Hypochondrie	246
3. Der präsenile Beeinträchtigungswahn	250
4. Die Dementia senilis	252
IX. Die Neuro-Psychosen	259
1. Die Hysterie	259
2. Die Epilepsie (Morbus sacer)	274
3. Die Chorea	285
4. Die Neurasthenie	289
X. Die Intoxikationspsychosen	294
1. Der Alkoholismus	294
a) Pathologische Rauschzustände	294
b) Das Delirium tremens	296
c) Die akute Halluzinose der Trinker	302
d) Die Korsakoffsche Psychose	305
e) Der chronische Alkoholismus	308
f) Die Alkoholparanoia	314
2. Morphinismus	315
3. Kokainismus	318
4. Bleiintoxikationen	321
5. Andere Intoxikationen	323
XI. Fieber- und Infektionsdelirien	323
XII. Geistesstörungen bei Erkrankungen der Schilddrüse	326
1. Kretinismus	326
2. Myxödematöses Irresein	328
3. Geistesstörungen bei Morbus Basedowii	330
XIII. Geistesstörungen bei organischen Gehirnkrankheiten	331
1. Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis	331
2. Geistesstörungen bei Hirntumoren	334
3. Geistesstörungen bei Hirnabszessen	335
4. Geistesstörungen bei Arteriosklerose	336
5. Geistesstörungen bei multipler Sklerose	337
XIV. Geistesstörungen bei Urämie, Diabetes und anderen körperlichen Krankheiten	337

Angeborene Zustände.

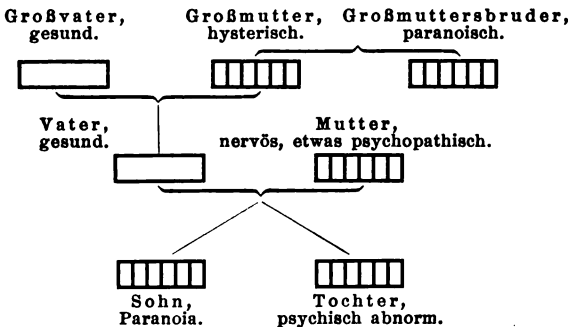
	Seite
XV. Der angeborene Schwachsinn	338
1. Die Debilität	339
2. Die Imbezillitas	341
3. Die Idiotie	346
XVI. Die Degenerierten	351
1. Die konstitutionelle Verstimmung	353
2. Das Zwangsirresein	353
3. Die abnorme Sexualempfindung	357
4. Die konstitutionelle Neurasthenie	358

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- und 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.:



Geistesstörungen sind also ein wirksames Mittel, ein Geschlecht zu vernichten. Über drei Generationen pflegt sich im allgemeinen keine Psychose zu vererben. Entweder der Stamm stirbt aus, oder es tritt eine Regeneration ein.

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 (Hemikranie usw.)?
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 Nr. 2—11 werden dann in bezug auf die Mutter und alle übrigen Blutsverwandten, soweit darüber Aufschluß erlangt werden kann, wiederholt.

Von großer Bedeutung ist für den Psychiater auch die Kenntnis der Mendelschen Vererbungsgesetze, durch die die Hereditätsforschung gewaltige Anregungen erfahren hat. Das Mendelsche Gesetz besagt kurz folgendes: Züchten wir aus zwei konstanten Pflanzenrassen einen Bastard, so hat dieser Mischlingscharakter, d. h. Eigenschaften von beiden Eltern. Dessen Nachkommen zeigen teils den reinen Typus eines der beiden Eltern, teils Mischlingstypus. Das Wunderbare ist aber, daß die Zahlen der einzelnen Vertreter in einem naturgesetz-

mäßigen, konstanten Verhältnisse stehen. Züchten wir z. B. aus einer roten und einer weißen Blume einen rosa Bastard, so finden sich unter dessen Nachkommen genau 50 % rosa, 25 % weiße und 25 % rote.

Diese aus der Pflanzenwelt gewonnenen Erfahrungen scheinen berufen, auch für die Erblichkeitsverhältnisse der übrigen Organismen neue Einsicht zu bringen.

Für die Psychiatrie folgt aus dem Mendelschen Gesetz vor allem, daß Stämme, in denen drei Generationen hindurch keine Psychose aufgetreten ist, als gesund zu betrachten sind.

Auch die Kenntnis der Rassentheorie (Gobineau), die immer mehr an Boden gewinnt, und die berufen erscheint, auf die Ätiologie der Psychosen neues Licht zu verbreiten, ist für den Psychiater unerläßlich. Es ist zweifellos, daß aus der Vereinigung von Rassen mit ausgeprägten Gegensätzen häufiger disharmonische und psychotische Individuen entstehen; der Keim zur Psychose oder zum Psychopathologischen ist also in ungünstiger Rassenmischung in der Aszendenz begründet. Offenbar gehen bei dem hochdifferenzierten biomechanischen Prozesse der Karyokinese, durch den das Individuum präformiert wird, die väterlichen und mütterlichen Chromatinteilchen, die die kleinsten Individualelemente darstellen, keine harmonische Verschmelzung ein (semitische Ehen). Besonders unheilvoll für die Deszendenten erscheinen solche Rassenmischungen, wenn einer der Ehegatten bereits Psychopath oder stark belastet ist, während in Ehen gleichrassiger Elemente die regenerativen Tendenzen stärker sind.

Im besonderen gelten noch folgende Gesetze für die erbliche Belastung:

Bei direkter einseitiger Vererbung (nur vom Vater oder nur von der Mutter her) handelt es sich meist um Vererbung gleichartiger Zustände (Hysterie, Melancholie, periodische Psychosen). Dagegen entstehen bei konvergierender Belastung schwere degenerative Zustände (Para-

noia, Demenzprozesse, Idiotie, Epilepsie). Die Chancen für den einzelnen sind also um so ungünstiger, je mehr Familienmitglieder an Neurosen oder Psychosen gelitten haben.

Am schwersten belasten: Alkoholismus, Epilepsie, Hysterie, Dementia praecox und angeborener Schwachsinn. Die Alkoholisten erzeugen im Rausch nicht nur trunksüchtige und epileptische Kinder, sondern ganze Generationen werden verseucht und viele sozial minderwertige Individuen entstehen, die im Leben Schiffbruch leiden.

Epilepsie erzeugt Epilepsie, Idiotie und Verbrecher. Blutsverwandtschaft (consanguinitas) der Ehegatten muß durchaus nicht immer zur Degeneration der Descendenz führen. Sie dürfte nur dann verderblich wirken, wenn innerhalb der nächsten drei Generationen aufwärts erbliche Belastung vorhanden ist.

Die Erstgeborenen stellen erheblich mehr Psychotiker als die später Geborenen, wobei unsere barbarischen Hochzeitssitten und die noch fehlende Harmonie der Ehegatten ätiologisch von Bedeutung sind.

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 äußeren 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?

3. Hat Pat. als Kind an Rachitis 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 Sinnes-täuschungen 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 und Moral vor?

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

Im allgemeinen ist bei den Laien die Tendenz vorherrschend, eine bestehende Psychose auf äußere Veranlassungen (Schreck, Überarbeitung) oder rein psychische Verursachungen zurückzuführen. Nirgends findet man im Volke mehr Aberglauben als in diesen Fragen, so daß die größte Vorsicht in der Verwertung der Laienbegründung geboten ist. Rein psychische Ursachen sind nur dann bei Psychosen anzuerkennen, wenn es sich um disponierte Individuen mit labilem, hereditär-degenerativem Nervensystem handelt.

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 klarzumachen, 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 Geistes-

krankheit 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 unsteten 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 finde diesen Gesichtsausdruck eigentlich nur bei Katatonikern;

7. gespannt, lauschend, bei Kranken mit Sinnestäuschungen. (Halluzinanten.) 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 (Fazialisparenese), 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 wider, 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 gedunsen, 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 (Hydrozephalus usw.), die plumpen, groben, oft gedunsenen Gesichtszüge, die dicken Lippen, die weit auseinanderliegenden Augen, die oft massige und doch ausdruckslose Stirn, dabei der eigenartig benommene duselige Blick lassen die Diagnose oft momentan stellen;

12. dement. Es ist in vielen Fällen schwer zu sagen, worin 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 bewegen, 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, zirkumskripten 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 gehalten 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 usw.).

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, zerrauen sich die Haare und klammern sich ängstlich an jeden, der vorüberkommt. Häufig drücken sie krampfhaft die Hand in die Herzgegend (Präkordialangst). 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 Haltungslosigkeit 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 vornüber gebeugt. 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 läuderliche 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 zutage; 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, unmotivierter 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 gemüthlichen 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 dar-

bot, wenden wir uns jetzt dem Kranken etwas näher zu, 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 halluzinatorischer 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 Bewußt-

seinsstörung, der epileptische Gesichtsausdruck, die automatischen Bewegungen, die völlige Erstarrung gleichsam zu einer Bildsäule und auch die Anamnese werden die Diagnose klarstellen.

3. Die etwa 50jährige Kranke hockt zusammengekauert im Bett: die Oberschenkel sind an den Leib herangezogen, der Körper ist nach vorn über gebeugt, 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 (*κατατεινω* 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 Zirkulärer 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 Bettedecke, reiben die Finger usw. Nachdem der Zustand vorübergegangen ist, besteht oft nur eine summarische Erinnerung an alles, was während dieses Stupors vorfiel — ein Beweis, daß eine tiefere Bewußtseinsstörung vorlag;
- b) der manische Stupor. Diese Form des zirkulären 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 Stupors, 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 usw.) finden, und dann wird auch die meist schlaffe, demente Physiognomie auf den richtigen Weg weisen. Manchmal kann man die Diagnose sicherstellen, 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 klarstellen.

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 ge-

hemmt 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 Delir-

symptome. 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 Zysticerken 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 Halunken 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 Zigarre. Augenblicklich beruhigt sich der eben noch so ungebärdige Kranke, eine schwachsinnige Euphorie ist aus 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 Schwachsinns 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-, Fazialis-, 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 Aszendenz), 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 Bewußtseinstrübung 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, Bettläsionen 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 anderen und sprudelt über von Wortwitz, barocken Einfllen 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, sogenannten Tätigkeitsdrang, der manchmal bis zu blinder Zerstrungssucht sich steigert,
- b) durch die starke sprachliche Erregung, die sogenannte 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 ratlos 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, effekt-

vollen 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 danebenstehenden 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 (sogenannte Fechterstellung), das plötzliche, gänzlich unmotivierte 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 manieähnlichem 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 diagnostischer Bedeutung sind die Erscheinungen der 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 Bett-

tuches. 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 Stereotypien der Bewegung.

Wieder zu einer anderen Zeit finden wir unseren 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 jedesmal mit derselben Akzentuation und demselben Tonfall:

$$\begin{array}{c} \text{cresc.} \qquad \qquad \qquad \text{decresc.} \\ \hline \text{,,panni penni pinni ponni punni“} \end{array}$$

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

Man nennt diese Stereotypien auf sprachlichem Ge-

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 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 gezielter Mundhaltung, manche ahmen die Kindersprache nach.

Wie gesagt sind die besprochenen Symptome: Stereotypieerscheinungen 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.

Man muß unterscheiden zwischen passivem und aktivem Negativismus. Der erstere besteht darin, daß die Kranken dem, was sie auf äußere Einwirkungen hin normalerweise tun sollten, nur widerstreben, während sie, wenn aktiv negativistisch, das Gegenteil davon tun, oder auch, auf sprachlichem Gebiete, das Gegenteil von dem sagen, was sie denken oder sagen sollten.

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

Alle diese Symptome: Stereotypieerscheinungen, 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 wäckerne Biagsamkeit (*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 Kran-

ken 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 Befehlsautomatie. 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 verfallen die Kranken, die eben noch dem einen Experimentator die vollendetste Echopraxie gezeigt haben, in vielen Fällen bei einem anderen einem starren Negativismus.

Wir hatten bisher unsere Kranken nur par distance beobachtet. Wir hatten unsere Augen geöffnet und uns über Miene und Gebärdenspiel, 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 der 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 Overture 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 bumbara. 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 dreidimen-

sionale 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 soziologischer 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 näselnd, mit monotoner Stimme: „Da ich kampfsbar 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 hilfsbar gewesen waren, muß ich zur besseren Wohlergehung die Ansammlung vieler kampfsbarer Bewohner zur Stärkewirkung zur Erneuerung bringen, um die Er-greifung 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“ (Stereotypieerscheinung),
2. durch neugebildete Worte (Wortneubildungen),
3. durch völlige Auflösung des Wort- und Satzzusammenhanges.

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 Satzbildungen 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 aufgegange, 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 untersuche? Alpha. Beta. Gamma. Das ist die wahre Religion, hoff' ich. So soll die Affenabstammlichkeit 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“ usw. kehren beständig wieder.
2. Inkohärenz der Gedanken.
3. Die prognostisch so ungünstigen Wortneubildungen.
4. Sprechmanieren: Der Kranke läßt bei der End-

silbe „en“ immer das n weg (Gute Morge usw.), 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 Iterativerscheinungen, Wortneubildungen, Sprechmanieren und läppisches 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 akzentuiert:

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 — —“ usw.

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 emporgerichtet, 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 fetzte 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 42mal 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 großwahn sinnigen 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 (*déline 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 verwechselt 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 verwechselt werden. Es handelt sich um einen katatonischen 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 nachzustenographieren. 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 plötzlichem 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 steckenbleiben, wird zerstreut sein, hier und da eine unpassende Frage stellen und durch sein Mienenspiel ebenfalls seine Zerstretheit erkennen lassen.

5. Manche Gehörshalluzinanten stopfen sich die Ohren zu (mit Watte und dgl.), oder stecken die Finger in die Ohren, oder verstecken sich unter der Bettdecke, um die peinlichen Halluzinationen los zu werden. Auch Fenster, Schlüssellöcher, Fußbodenritzen werden verstopft.

II. Sinnestäuschungen des Gesichts werden an folgenden Zeichen erkannt:

1. Am physiognomischen Ausdruck. Der Gesichtshalluzinant 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 Alkohodeliranten 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, Kokainismus.

III. Kranke, die an Halluzinationen 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 halluzinierten Dunst und Gestank los zu werden.

V. Kranke mit Halluzinationen 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 Sinnes-täuschungen 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 Halluzinationen haben, wissen auch nicht, was Stimmen sind, und antworten kaum jemals: ich höre keine Stimmen. Auch Wahndecken, 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 herablassender 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 mitteilksam, wenn wir ihnen ankündigen, daß wir gekommen seien, ihre Sache zu untersuchen, uns über ihre Ver-

folgung, 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 sechs 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 drei 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 Desorien-

tiertheit 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 halluzinatorische 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. Starken 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 Alkoholdeliranten.

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 schwefeliger 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 ja wohl.

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 hierhergebracht. 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 Halluzinationen, 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 vorgetauscht 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 Hinterindien — 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 liebliche Fest, ist gekommen (richtig).

Von allen Antworten sind nur zwei 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 Patient 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 halluzinatorische Verwirrtheit und die Dementia praecox paranoidea. Die erste ist eine zum Tode oder zur Genesung führende Psychose, die zweite ein meist rasch zu Verblödung führender chronischer Degenerationsprozeß.

1. Die etwa 26 jährige 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 halluzinatorischen Verwirrtheit — einer sehr seltenen und heilbaren Psychose.

2. Der etwa 24 jährige 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 halluzinatorische Verwirrtheit erinnern könnte, bietet wesentliche Unterschiede gegen den vorher analysierten Fall.

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

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

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

Der hohe Grad von Orientiertheit trotz massenhafter Halluzinationen und Wahnideen sagt uns, daß es sich hier nicht um eine prognostisch günstige halluzinatorische 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 Angehörigen 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 Gesamtintelligenz des Patienten.

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

Die Analyse dieses Materials — der Autoanamnese des Kranken — können wir erst vornehmen, nachdem wir uns über einige andere wichtige Fragen der Psychopathologie unterrichtet haben. Wir müssen unseren 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 Halluzinationen sprechen, oder auf Befragen darüber Auskunft geben.

2. In solche, die ihre Halluzinationen 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 Halluzinanten sofort den Sinn dieser Worte: „Stimmen“ und „Bilder“. Bei solchen Kranken, bei denen man Halluzinationen 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 Halluzinationen besitzen.

Seit Esquirol datiert die künstliche, aber praktische Einteilung der Sinnestäuschungen in Illusionen und Halluzinationen. Illusionen sind reale Wahrnehmungen, die aber vom Kranken gefälscht werden (*perception réelle, faussetement interprétée*); Halluzinationen 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 Illu-

sionen. 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 Halluzination in jedem Falle ein Zeichen bestehender Geisteskrankheit. Doch ist zu bemerken, daß der scharfe Unterschied zwischen Illusion und Halluzination 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 Halluzination 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 Halluzination 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 Halluzination 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 unruhig, 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 Halluzinationen 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 usw.) aus, finden sich bei epileptischen und alkoholistischen Erregungszuständen und spielen eine besondere 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 zusammenhanglosen, oft geradezu ideenflüchtigen Weise umgedeutet.

Eine Art der Gesichtsiillusionen 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 und hätten die Gesichter ihrer Anverwandten nur angenommen.

Manische auf der Höhe der Exaltation zeigen häufig Personenverkenning, 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 Alkohodeliranten. Bei ihnen ist die illusionäre Verkenning 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 Personenverkenning 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 Verkenning geknüpft wird, ist es fast immer infaust und gehört zur Symptomatologie der Paranoia.

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

II. Halluzinationen.

1. Die Halluzinationen 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 Halluzinationen 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 halluzinieren 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 Halluzinationen (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 Halluzinationen 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 Halluzinationen 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 Halluzinationen.

Von Magnan sind einige Kranke beschrieben worden, bei denen die Halluzinationen 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 Halluzinationen des Gesichts. Man kann auch hier zwischen einfachen (elementaren) und zusammengesetzten (komplexen) Sinnestäuschungen unterscheiden.

Elementare Sinnestäuschungen des Gesichts sind: Funken-, Flammen- oder Blitzesehen, feurige Sterne, farbige Kränze und Ringe. Andere Kranke sehen bedrohliche Schatten, gefährliche Tiere, wieder andere ganze Gruppen von Menschen, völlige szenenhafte Vorstellungen. Die Halluzinationen des Gesichts haben indifferente, bedrohlichen oder beseligenden Inhalt. Manche Kranke schildern in überaus anschaulicher Weise die phantasievollen Gemälde, die ihr halluzinierender 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 Schafott für sie zugerüstet 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 rings-

herum 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 Halluzinationen von geringer sinnlicher Deutlichkeit, flächenartig, „Bilder“, bei anderen ist alles in naturgetreuer, oft farbenreicher Plastizität leibhaftig zu sehen.

Einige Gesichtshalluzinationen haben besonderen diagnostischen Wert. Das sind:

- a) Die der Epileptiker. Einmal kommen bei ihnen sehr häufig elementare Halluzinationen 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 Halluzinationen 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 zu-

nächst die meist auch in Laienkreisen wohlbekannten 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 Halluzinationen in verschiedenen Sinnesgebieten, besonders Gesicht und Gehör, und deren assoziative 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 Situationsverkenntung 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 Kokainismus und Delirium tremens unterliegt selten Schwierigkeiten.
- d) Die Gesichtshalluzinationen 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 Halluzinationen des Geschmacks 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 Halluzinationen bestimmt.

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

a) Die Berührungs- (taktilen) Halluzinationen:

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 geliebt. 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 halluzinatorischen Kokainistenwahnsinn treten meist zahlreiche Gefühlshalluzinationen 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 Gefühlshalluzinationen gesellen sich außer schreckhaften Halluzinationen des Gehörs Tiervisionen, ganz wie wir sie bei den Alkoholdeliranten kennen gelernt haben.

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

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 Halluzinationen 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 Halluzinationen 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 Halluzinationen 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 Halluzinationen des Allgemeingefühls meist mit anderen zusammen auftreten. So finden sich bei der Paranoia fast stets auch Halluzinationen des Gehörs, des Geruchs und Geschmacks, während die Hystero-Hypochondrie wohl die einzige Psychose sein dürfte, wo Halluzinationen des Allgemeingefühls isoliert zur Beobachtung kommen.

Der Vollkommenheit wegen seien noch erwähnt:

III. Die sogenannten halluzinierten Bewegungsvorstellungen (Bewegungshalluzinationen, Halluzinationen 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 halluzinierten Sprachbewegungsempfindungen (Halluzinationen 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 Halluzinationen völlig übersehen werden.

Im allgemeinen ist die Ansicht verbreitet, daß die Halluzinationen geringen differentialdiagnostischen Wert hätten. Sie kommen ja bei allen Psychosen vor, heißt es. Die Ansicht ist richtig, soweit es sich um die Halluzinationen an und für sich handelt. Sobald man aber vor einem Kranken steht, der halluziniert, 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 anteacta 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 (Halluzinationen, Desorientiertheit usw.) sich klarmachen.

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 diesem 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 30 jähriger 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 Mit-

kranker, 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 seinetwegen 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 Halluzinationen die Illusionen des Gehörs ablösen, deutliche Verfolgungsideen werden auftreten, und es wird sich das Bild einer Paranoia entwickeln.

2. Ein jugendlicher, 21-jähriger 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 usw. 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 Halluzinationen auf: Der Kranke hörte beständig Stimmen, die ihm drohten, er solle totgemacht 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) Sogeannter 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) Halluzinationen 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 epilep-

tischer Dämmerzustand aufzufassen ist, was auch mit der Anamnese gut übereinstimmt, da die Kranke als Kind an epileptischen Krämpfen gelitten hat und schwer, in Aszendenz und Deszendenz, 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 Akzentuation 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 schwachsinnig, 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 Systematisierung beschrieben worden (Paranoia auf epileptischer Basis. Buchholtz). Auch die Komplikation von Paranoia mit Epilepsie ist beobachtet worden (Magnan).

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

9. Verfolgungsideen mannigfacher Art treten vorübergehend auf bei den periodischen und zirkulären 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 Melancholikus 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 akzeptieren.

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 Halluzinationen. 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 dementem, 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 Urteilsschwäche 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 Intelligenz-

defekte, der Charakter der Wahnideen und die Symptome organischer Läsion werden sie sicherstellen.

7. Nicht allzu selten 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, solange 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 usw.).

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 Renommisterei 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 usw.) 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, nichtwürdige 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 Anam-

nese 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 dürftig, oder die Selbstanklagen sind übertrieben, romanhaft und sollen die Kranken 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 zuschulden 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, Versündigungsideen und andere depressive Wahnideen finden, so muß man immer an einen beginnenden Verblödungsprozeß (*Dementia praecox*) denken und differentialdiagnostisch mit großer Präzision vorgehen.

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

Doch sind hier die Versündigungsideen 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 eingebildete 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 *délire d'énormité* und *délire 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 allzuseiten sind die Wahnideen sogenannte mikromanische (*délire 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.

Differentialdiagnostik

Charakter und Form der depressiven Wahnideen	Charakter und Form der paranoiden Wahnideen	Charakter und Form der hypochondr. Wahnideen
Nur im Beginn, vorübergehend.	Anfangs Beeinträchtigungs-, Beziehungs-, Beobachtungswahn. Später fixer, systematisierter Verfolgungswahn.	Die hypoch. Wahnideen haben paranoiden Charakter; d. h. die hypoch. Beschwerden werden auf die Verfolger zurückgeführt.
Versündigungs-ideen, mikromanische u. andere absurde depressive Wahnideen.	Kritiklose Verfolgungs-ideen, 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 (persécutés passifs).	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 Verfolgungs-ideen, nicht systematisiert, erotischen Inhalts.	
Versündigungs-ideen religiösen Inhalts.	Benachteiligungs-ideen. Selten vereinzelte paranoische Vorstellungen.	Vor Anfällen vereinzelte stereotype hypochondrische Ideen.
	Akuter Verfolgungswahn (délire furieux).	

der **Wahnideen.**

Charakter und Form der Größenwahnideen	Wichtige Begleitsymptome	Diagnose
Fixer, systematischer Größenwahn, der die Persönlichkeit völlig beeinflusst.	Halluzinationen aller Sinne. Völlige äußere Besonnenheit und Orientiertheit. Erst in den Endstadien Geistesschwäche.	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. Suizidtendenz. 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 Halluzinationen. 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 Systematisation.	
Versündigungs- und andere depressive Wahnideen. Nihilistischer Wahn.	Schwachsinnige Verfolgungsideen, ohne Systematisation, oft sehr monoton.	Schwachsinnige, oft ungeheuerliche hypoch. Wahnideen.
	Wechselnde, korrigierbare Verfolgungsideen. Wahn ehelicher Untreue. Persécutés passifs.	Im Beginn vorübergehend hypochondrische Beschwerden.
	Akutauf tretende Verfolgungsideen, die mehr oder weniger systematisiert werden. Beziehungswahn.	
	Vergiftungsideen. Eifersuchtswahn.	Hypochondrische Beschwerden, die oft auf Vergiftung zurückgeführt werden.
Versündigungsideen im Beginn.	Besonders bei D. praecox paranoides massenhafte, absurde, nicht systematisierte Verfolgungsideen.	Absurde hypochondrische Wahnideen.

Wahnideen. (Fortsetzung.)

Charakter und Form der Größenwahnideen	Wichtige Begleitsymptome	Diagnose
Vorübergehende Größenideen, oft religiösen Inhalts.	Visionen, Halluzinationen des Gesichts, Gehörs und Geschmacks. Impulsive Akte. Bewußtseinstrübung 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, kritikalose 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 wechselnder Art, schwachsinnigen Inhalts.	Sinnestäuschungen. Negativismus. Katatonische Zeichen. Rasche Demenz. Alter!	Dementia praecox.

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.

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* usw.) hervorgerufen werden. Sie glauben, ihre Eingeweide verdauen nicht mehr, ihre Arme sind zusammengeschrumpft, alles Essen nützt nichts mehr, der Rücken fällt zusammen usw.

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. 76—79 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 imstande sein, sie bei der Diagnostik auch richtig zu verwerten, so müssen wir uns vor allem klarmachen, 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, alterwobenen, 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 normalerweise 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 alterwobenen 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 anteacta 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 usw., 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 einem halben Jahre, was in Wirklichkeit vor zehn Jahren sich abspielte, sie glauben acht Tage in der Anstalt zu sein, während sie hier bereits jahrelang gepflegt 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 Zeit 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 fünf Additions-, fünf Subtraktions-, fünf Multiplikations- und fünf 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 Vergangenheit 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 evidenterer Weise hervor: manchmal schon nach wenigen Minuten ist der dem Kranken zum Behalten aufgegebene 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 Alkoholexesse, 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 Zeit-

raum 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 vereinzelte, 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 zurückstrecken 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.

Eine seltene Form der Amnesie ist die sogenannte anterograde Amnesie. Sie erstreckt sich auf Ereignisse, die nach Ablauf einer bestimmten Schädigung des Zentralnervensystems stattgefunden haben (hysterischer Anfall, Trauma). Sie ist meist durch eine hochgradige Herabsetzung der Merkfähigkeit verursacht. Wir finden sie am häufigsten bei der Hysterie und der Korsakoffschen Psychose, bei letzterer in kombinierter Form als retrograde-anterograde Amnesie.

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 sicheren 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 *délire rétrograde* bezeichnen, ist offenbar die logische Konsequenz aus den bestehenden Wahnideen. (Sogenannte Illusionen des Gedächtnisses.)

Aber in einigen Fällen, wo das vorhandene Gedächtnismaterial 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. (Halluzinationen 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 Blutgeschwürten, 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 — — — usf.“

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 phantastischen 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, vorsintflutlichen 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 verschwundene 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 Kinderspiel 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 durchzihen 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 Hemd 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 (chronisches 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 die-

jenigen 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 Karriere 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 inszeniert 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 halluzinatorischen 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 dgl.) 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 Assoziationsversuche. Dies ist ja auch a priori zu erwarten: denn die Ideenassoziation 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 Assoziationspsychologie eingehen, die jedem Psychiater geläufig sein muß. Vom Arzte kann man so viel verlangen, daß er die Assoziationsgesetze (Wundt) kennt und sich über die Bedeutung der assoziativen Vorgänge klar ist.

Assoziationsversuche 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 Assoziation, die ihm jedesmal zuerst einfällt, sofort zu sagen hat. Alles — Reizwort und Assoziation — wird sogleich genau notiert.

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

- a) Vermittels 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 Re-

aktionen und berechnen dann jene Ziffer, welche wir Assoziationsweite genannt haben, d. i. diejenige Prozentzahl, welche angibt, wieviel verschiedene Reaktionen (Assoziationen) auf 100 verschiedene Reizworte kommen. Bei sehr intelligenten und gebildeten Leuten rufen jene 100 Reizworte beim ersten Versuche fast immer 95—100 verschiedene Assoziationen 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 zutage: der bedeutende Mensch wird jetzt nicht auf die Assoziationen zurückzugreifen brauchen, die er beim ersten Versuche produzierte, sondern neue Reaktionen bringen, der Schwachsinnige dagegen wird in mehr oder weniger hohem Grade die Assoziationen des ersten Versuches wiederholen.

Die aus zwei Versuchen mit denselben 100 Reizworten mit Hilfe der statistischen Methode berechnete Assoziationsweite ist also ein ziemlich zuverlässiger Maßstab für die Intelligenz und den Bildungsgrad eines Kranken. Im allgemeinen dürfte die Assoziationsweite eines erwachsenen Menschen mit etwa 80—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 Assoziationsweite 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 Schwachsinn. 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 Assoziationsversuchen folgende Punkte verwerten:

1. Bei der progressiven Paralyse läßt sich manchmal schon frühzeitig eine auffallend niedrige Assoziationsweite 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 assoziieren 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 bißchen 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 Bizarrien oft auch in ihren Assoziationen.

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 Assoziationen 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 Assoziationsversuche 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	— Kognak	Löwe	— Kismamitra
dünn	— Schnaps	Storch	— Bismamitra

3. Bei Manischen läßt sich, wenn überhaupt der Assoziationsversuch 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. Assoziationen, 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 Assoziationen 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 Weitschweifigkeit 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 Assoziationsversuchen.

Die Assoziationsweite 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 Assoziationsweite 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, Assoziationen 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 Krankheitsbewußtsein. 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 wahnhafte 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 usw. eine klare Anschauung in jedem einzelnen Falle verschafft.

VI. 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 Mutazismus. 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 Sprachzentrums 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 Destruktionsprozeß 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 Kom-

plikation 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 usw.) 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 halluzinatorische Stupor. Er kommt am häufigsten bei Paranoikern vor, denen Halluzinationen zu sprechen verbieten.

„Wenn du sprichst, bist du des Todes!“ reden ihre Stimmen. Man erkennt meist unschwer an objektiven Zeichen das Vorhandensein von Halluzinationen, 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.

IV. Untersuchung Geisteskranker, die nicht sprechen. 105

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 imstande 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 usw.) 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 umherzugehen, 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 halluzinatorischer (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.

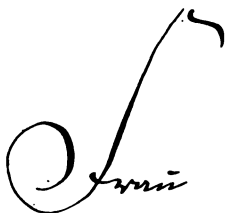
Zunächst ist die Schrift unserer Kranken insofern für uns von Bedeutung, als sie im allgemeinen sehr wohl als ein Beitrag zur Psychologie des Individuums betrachtet werden kann, wie ja fraglos die graphologische Diagnostik der Normalpsychologischen eine wissenschaftlich mögliche, also berechtigte Kunst 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.

Zunächst ist wichtig, daß die Handschrift als fixierter Ausdruck gewisser von der Besonderheit des Individuums und seines Zentralnervensystems abhängiger Schreibbewegungen, die man am ehesten mit den mimi-

schen Bewegungen und Gesten in Parallele setzen kann, ein getreues Bild geben muß von der Verfassung der psychomotorischen Sphäre.

So schreiben die Manischen viel und rasch; ihre Schrift ist reich an Schnörkeln und Nebenzügen, die Schriftzüge und die Buchstaben sind gegen die der normalen Zeiten vergrößert, der Schreibdruck verstärkt. Man erkennt beim Schreibakt deutlich die allgemeine motorische Erregung, die sich eben auf das Schreibzentrum mit erstreckt. Die meisten Manischen sind schreib-




Schriftprobe Nr. 1.

Handschrift eines Maniakus. Links aus der manischen, rechts aus der normalen Zeit.

wütig (Graphomanie). Ihre Schreibgeschwindigkeit geht parallel ihrer Ideenflucht (siehe Schriftprobe Nr. 1).

Dagegen schreiben die Melancholischen wenig, die Stuporösen gar nicht. Die allgemeine psychomotorische Hemmung spricht sich sowohl im Schreibakt, als im Charakter der Schriftzeichen aus. Die Schreibzeiten sind stark verlängert, die Schriftzeichen gegen die Norm verkleinert, oft zusammengedrängt, der Schreibdruck vermindert (Schriftprobe Nr. 2).

Ferner gibt uns die Schrift der Geisteskranken häufig wichtige diagnostische Anhaltspunkte in betreff

der vorherrschenden Grundstimmung. Die Graphologie lehrt, daß fröhliche, tatkräftige und hoffnungsfreudige Menschen meist konstant eine ansteigende Zeilenrichtung schreiben, selbst wenn gerade Linien vorgezeichnet sind, während Pessimisten und Willensschwache eine absteigende Zeilenrichtung häufig als ausgeprägtes und charakteristisches Symptom ihrer Handschrift erkennen lassen.

Die erste Zeile zeigt eine deutliche Aufwärtsneigung der Buchstaben, während die zweite Zeile eine deutliche Abwärtsneigung zeigt.

Eine einzelne Zeile Handschrift, die einen deutlichen Abwärtsneigung der Buchstaben zeigt.

Schriftprobe Nr. 2.

Handschrift bei schwerer Hystero-Hypochondrie mit starker psychomotorischer Hemmung.

Dieser innige Zusammenhang zwischen Zeilenrichtung und Stimmung ist eine der bestfundierten Tatsachen der Graphologie und an vielen Beispielen leicht zu belegen.

Sie findet ihre volle Bestätigung und markantere Ausprägung in der Psychopathologie.

Die Manischen und die Größenwahnsinnigen schreiben oft aufwärts, Hysterische, Verstimmte und Melancholische abwärts. Dies geht so weit, daß manche Melancholische die sinkende Schriftrichtung auch in jedem

einzelnen Wort erkennen lassen. Periodiker schreiben nicht selten in ihrer maniakalischen Epoche aufwärts, in ihrer depressiven abwärts (siehe Handschriften Nr. 3 und 4).

August Rupp
 aus Anstalt für
 Dr. Pförrer

Schriftprobe Nr. 3.

Abwärts gehende Handschrift eines deprimierten Epileptikers.

Der Stauungs-
 Lungenerkrankung
 in Pförrer
 Lindenberg bei Linz

Schriftprobe Nr. 4.

Abwärts gehende Handschrift. Depressionszustand.

Wechselnde Schriftzüge, unruhige tanzende Schriftzüge finden sich oft bei den so labilen Hysterikern (siehe Handschrift Nr. 5).

Endlich ist zu beachten, daß die Schreibfähigkeit in engster Beziehung zur Ideenassoziation steht, und daß demgemäß die Schrift wichtige Anhaltspunkte über die

Ich habe zu meinem Zweck
 das die Kunst hat nur fünf
 das fünf Minuten für die
 auf meine die so in der
 Jahre in fünf Jahre die
 nur die die die die
 und - Professor, die
 nur die die die die
 und die die die die
 mit Jahre sind fünf
 Jahre. Sie in der
 Jahre Jahre

Schriftprobe Nr. 5.

Sehr wechselnde, unruhige, tanzende Handschrift einer schweren Hystero-Melancholie mit ausgeprägtem Stimmungswechsel. Tendenz abwärts gehend.

besondere Art der assoziativen Tätigkeit eines Individuums geben muß.

Das Gesetz lautet: Zwischen dem Bindungsgrade der Schrift und der Kontinuität des Gedankenablaufes besteht ein völliger Parallelismus.

Schon Preyer kannte die Einteilung der Handschriften in die der Intuitiven, die die Buchstaben extrem trennen, und die der Logiker oder Deduktiven, die zur Verbindung der Schriftzeichen neigen. Bei den extrem intuitiven Handschriften sind nicht nur die einzelnen Buchstaben voneinander isoliert, sondern sogar die einzelnen Buchstaben, wie insbesondere m und n sind in Teile zerstückelt. Solche Handschriften sind fast immer mehr oder weniger psychopathologischen Individuen eigen, dem Realen abgewendeten Phantasten und verträumten Grüblern. So wie ihre Vorstellungsmassen zerstückelt sind, so auch ihre Schriftbilder.

Umgekehrt spricht sich in der extremen Bindung der Buchstaben oder in einem harmonischen Verhältnis zwischen Bindungen und Trennungen der normale Wirklichkeitsmensch aus, der seine Vorstellungen nüchtern und logisch zu verbinden pflegt.

Diese für die individuelle Psychologie so wichtigen Ergebnisse der Graphologie finden in der Psychiatrie ihre Bestätigung.

Die logisch-assoziative Tätigkeit ist bei Geisteskranken, die extrem getrennte Schrift schreiben, sicher gestört. Wir können die Paranoiaformen z. B. nach dem Modus zur Bindung einteilen. Die Paranoiker mit extrem getrennter Schrift gehören ausnahmslos der halluzinatorischen Form an, in der es zu völligem Zerfall (Dissoziation) der psychischen Persönlichkeit gekommen ist, während die Paranoiker mit geschlossenem, im wesentlichen unabänderlichem, logisch verbundenem Wahnsystem eine normal gebundene Handschrift schreiben. Ich kenne Paranoiker, die schon vor ihrer Psychose eine stark getrennte Schrift schrieben, deren Trennungen aber im Verlauf der Psychose infolge zunehmender halluzinatorischer Dissoziation extrem vermehrt wurden. Hochinteressant ist dagegen die Handschrift eines Paranoikers (siehe Handschrift Nr. 6), der vor der Psychose eine fast normal gebundene, rechtsschräge, etwas ungleichmäßige Handschrift

schrieb, unter dem Einfluß seiner Psychose jedoch zu einer extrem getrennten, steilen, minutiösfinen Handschrift übergang — ein klarer Ausdruck seiner völligen Dissoziiertheit, seiner weltfremden, halluzinatorisch-traumhaften Ideenwelt.

Die größte Rolle hat die Untersuchung der Schrift immer bei der Paralyse gespielt, weshalb wir auch hier

Die Schriftprobe zeigt eine extreme Dissoziierung und Halluzinationen. Der Text ist unleserlich und enthält viele Wiederholungen und Verwirrungen. Die Buchstaben sind extrem feil und steil, was auf eine schwere psychische Erkrankung hindeutet.

Schriftprobe Nr. 6. Paranoia.

Hochgradige Dissoziation. Halluzinationen.

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 feinschwebig, 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).

*Ich bin geboren in der Stadt N. 66
 fahrig geboort, auf Kaufmannsgebet
 hierher verbracht worden auf
 einem großen Gefäß geboort
 fast immer gesund*

Schriftprobe Nr. 7. Diagnose: Paralysis progr. incipiens. Leicht ataktische Schrift, leichter Tremor. Auslassungen. 1 Wiederholung. Korrekturen; ca. 6—8 Fehler in 23 Worten.

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

Einige Beispiele werden uns das Gesagte am besten veranschaulichen.

Das Kauen
 des Speichels
 dient
 dazu die 2 Speich
 lante sofort nach
 Brinnung, mit
 Lautsprechern die das
 bezeugen sollen
 das in dem 2. H. 11.
 In Majestät in der
 Dörfer

Schriftprobe Nr. 8. Diagnose: Progressive Paralyse.
 Auslassungen („Sicken“), Klecksereien, Ataxie, Größenideen.

Schriftprobe Nr. 9. Diagnose: Progressive Paralyse.
 Hochgradige Ataxie, tanzende Schrift, unter starkem Druck der
 Feder geschrieben, um die Ataxie zu unterdrücken.



Schriftprobe Nr. 10. Diagnose: Progressive Paralyse.
Derselbe Paralytiker, der Schriftprobe Nr. 9 lieferte. Völlig
unleserliches Gekritzeln.

Liebe Anna Bredt &
 Eva Carl
 Haderott & Filler.
 Bitte auch mich & meine
 Familie in den besten
 Grüßen zu sagen
 mit herzlich

 Dein ergebener

Schriftprobe Nr. 11. Typisches paralytisches Schriftstück.

Die Schriftstörungen der Paralytiker sind, wenn
einigermaßen ausgeprägt, mit anderen nicht gut zu ver-
wechseln. 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:

The image shows a handwritten sample of senile handwriting. The text is written in a cursive style and exhibits a regular, rhythmic tremor throughout. The lines are somewhat wavy but maintain a consistent amplitude and frequency.

Schriftprobe Nr. 12. Senile Handschrift.

Außerordentlich gleichmäßiger Tremor.

The image shows two handwritten samples of senile handwriting. Both samples exhibit a fine, regular tremor. The first sample is written in a cursive style, and the second sample is written in a more formal, upright style. Both show a consistent, rhythmic oscillation in the lines.

Schriftprobe Nr. 13. 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 Jahre
 Königreich Preußen
 Minister des Innern

Schriftprobe Nr. 14. Diagnose: Dementia senilis in vorgerückterem Stadium.

Soll heißen: Fürstentum Lippe-Detmold. Deutsches Reich. Niederrhein.

Feiner, regelmäßiger Tremor. Auslassungen. Paraphrasen.

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 Schriftprüfung möglich. Doch ist es gut, von jedem Alkoholdeliranten täglich ein bis zwei Schriftproben anfertigen zu lassen. Man bekommt so die ganze Krankheitsgeschichte in einigen Schriftproben. Die Zitterschrift verschwindet meist erst einige Tage bis Wochen, nachdem das Delirium bereits abgeheilt ist.

Epileptiker mit Tremorererscheinungen haben natürlich auch eine Zitterschrift.

Doch ist hier die Wellenbildung unregelmäßiger, manchmal durch ataktisches Ausfahren unterbrochen. Bei manchen Epileptikern 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 Akkuratess den selben Buchstaben immer in der gleichen Weise und bedienen sich mit Vorliebe gewisser stereotyper Phrasen und Gemeinplätze.

Bei epileptischer Demenz treten oft hochgradige Schriftstörungen ein: Ataxie, Auslassungen, Paraphrasen, schließlich völlige Unfähigkeit zum Schreiben (Agraphie).

der Neigung zu sinnlosen, monotonen Wiederholungen (siehe Schriftproben Nr. 15 und 16).

Schriftprobe Nr. 17. 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.

Schriftprobe Nr. 18. Diagnose: *Dementia praecox simplex*.
Einfache Iterativerscheinung.

Kavallo Kliche Kavallo Kliche
 Kavallo Kliche Kavallo Kliche
 Kavallo Kliche Kavallo Kliche
 Kavallo Kliche Kavallo Kliche
 Kavallo Kliche Kavallo Kliche
 Kavallo Kliche Kavallo Kliche

Schriftprobe Nr. 19. Diagnose: Dementia praecox catatonica.

Stereotype Wiederholung desselben Namens, der allmählich variiert.
Bizarre, schnörkelreiche Schrift.

O: 4 7 8 1/2 : 0
 x x x x x x
 6 6 6 6 6 6
 0 7 7 7 7 0 7 0
 kleine Klette kleine Klette
 kleine Klette kleine Klette
 + K K K K K K




Schriftprobe Nr. 20. Diagnose: Dementia praecox catatonica.

Von demselben Kranken, von dem Nr. 19 stammt.

Iterativerscheinungen, sinnlose Zeichen, barocke Zeichnungen, manierierte verschnörkelte Schrift.

ung 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.

Gott
 Längerb
 Gott
 Bei Wülfenwe fündwaffling
 von Hauptantimogul
 bewillt fida fidarin 10
 Tuffelhaft Abführungbaigreffene
 von Gott
 Herfamergeth Algämda Fuchtklammern,
 Gona difuraw Gott.....

Schriftprobe Nr. 22. 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 bilden ein völliges Analogon zu den sprachlichen Leistungen der Manischen.

Schriftprobe Nr. 23. 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:

Schriftprobe Nr. 24. 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.)

Linge Langenholz
 Lungen Langen
 L. U. Langen
 Langen Langen

Schriftprobe Nr. 25. Diagnose: Melancholie.

Diese Kranke war nur sehr schwer zum Schreiben zu bewegen. Sie sollte, wie die vorige Kranke, Lippe-Detmold Langen Holzhausen 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:

Man ist mir all der Zeitlich. Ich
 mir sehr wenig. Ich ist gewiss, ich
 bei mir so kommen nicht ich
 leben geben. Ich fühlte ich
 auf meine kommen können. Ich
 Ich mir kein Geist zusammen Ich

Schriftprobe Nr. 26. 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 angeboren Schwachsinnigen lassen meist eine sofortige Diagnose zu. Die ungeschickten Malereien dieser Patienten erinnern

Schriftprobe Nr. 27.
Angeborener Schwachsinn.

an die von Kindern oder niedrig stehenden Naturvölkern (siehe Schriftprobe Nr. 27).

In vielen Fällen schweren Schwachsinn gelingt es, die Differentialdiagnose zwischen Demenz und Idiotie durch die Schrift zu stellen. Fast alle Dementen, besonders die eine bessere Schulbildung genossen haben, be-

Schriftprobe Nr. 28.

Dementia praecox im Endstadium. Wohlerhaltene Schrift.

wahren — wie ihre übrigen Schulkenntnisse — so meist auch ihre gute, orthographisch richtige, relativ gewandte Handschrift. Oft ist man erstaunt, bei ihnen künstlerisch

vollendete, schwungvolle Handschriften mit gut entwickelten Initialen anzutreffen, die sofort den einstigen Reichtum des Dementen erkennen lassen (siehe Handschrift Nr. 28). Idioten schreiben immer klotzig und ungeschickt.

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 mecha-

nischen 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 Koronarnähte, aufzuzeichnen. Etwaige Verknöcherungen wird man leicht feststellen, aber auch normale Schädelnähte wird man bei einiger Übung in der Schädel palpation 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.

Beziehungen zwischen Schädelumfang und Intelligenz sind unbestreitbar. Wir finden bei exquisit großen und hydrozephalischen Köpfen alle Abstufungen der Intelligenz vom Idioten bis zum Genie; bei mittelgroßen Köpfen mäßige bis hervorragende Begabung, während Genialität meist ausgeschlossen ist; bei kleinen Köpfen ist einseitige Intelligenz mit Defekten noch möglich, gute gleichmäßige Beanlagung und Genialität ausgeschlossen.

Schädelmißbildungen sind am häufigsten bei Idiotie und Epilepsie; besonders Hydrozephalie ($a=60$, $c=17$ und mehr) und Mikrozephalie ($a=40$, $c=12$ 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 Kopphaare Geisteskranker ergrauen oft frühzeitig oder verlieren den Glanz und werden brüchig. Als Degenerationszeichen gelten abnorme oder mehrere Haarwirbel, unregel-

mäßige 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: unregelmäßige 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 Degenerationsspekulation 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, Satyrohrform entsteht (Darwinsches Ohr), die höheren Grade dieser Ohrform (Zerkopithekusohr); das Ohr mit einem den Helix überragenden Anthelix (Wildermuthsches Ohr), das Henkelohr, ein großes, etwas abstehendes, brezelförmiges Ohr; dann Mikrotie, stark abstehende Ohren, und endlich noch angewachsene, fehlende oder sehr große Ohrläppchen. 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 zusammenfallen 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

iris, 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 Degeneresenz 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 Hypospadie, 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 Aszendenz (insbesondere mit Alkoholismus) Entwicklungshemmungen des Beckens und der Brüste eintreten, wodurch die Gebärd- und Säugefähigkeit beeinträchtigt und die Rasse in ihrer Existenz bedroht wird.

Man spricht außer von körperlichen auch von psychischen Degenerationszeichen und versteht dar-

unter alle jene 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 Verkümmern 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 Dekadenten, 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 Taboparalytikern.

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

Trägheit der Pupillenreaktion: bei Alkoholikern und Paralytikern.

Lichtstarre der Pupillen: bei Alkoholintoxikation, 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 usw.): bei Hirnsyphilis, Paralyse, bei den Pseudoparalysen und Alkoholpsychosen.

Nystagmus: bei organischen Hirnkrankheiten, auch Paralyse.

Einengung des Gesichtsfeldes: bei Hysterie.

Lidklonus mit Rollen der Bulbi: bei Hysterie.

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

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

Sonst kommen Mitbewegungen auch noch bei Stottern 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 Donaudampfschiffschleppschiffahrtsgesellschaft, nebst manchen anderen. 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 rau, monoton, bei anderen 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 Olfaktorius, des Akustikus, des Glossopharyngeus und des Optikus (Optikusatrophie: bei Tabes, Stauungspapille bei Tumoren des Zerebrum!) zu brauchbaren Resultaten führen.

Auf dem Gebiete der Motilität finden wir sonst noch:

Lidrtremor, leichter Tremor der gespreizten Finger und Tremor linguae bei vielen Kranken, besonders bei Hysterischen, Epileptikern, Alkoholisten und Senilen. (Tremor senilis.)

Tremblement généralisé in feineren Oszillationen verbunden mit fibrillären Zuckungen bei Paralyse, in größeren Oszillationen 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, Kehrtmachen, 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 zentralen (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 Herderkrankungen des Gehirns.

Epileptiforme Anfälle bei Paralyse, Urämie und Herderkrankungen des Gehirns.

Die Reflexe müssen natürlich überall genau ge-

prüft werden. Am wichtigsten ist für die Diagnose das Verhalten der Patellarreflexe.

Sie sind gesteigert, oft mit Fußklonus 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 Anästhesie 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 zirkumskripten 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 be-

ständig 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.

In neuerer Zeit sind uns zwei wertvolle diagnostische Methoden beschert worden, geeignet die Frühdiagnose der Paralyse resp. Hirnlues zu bewerkstelligen. Die eine ist die Wassermannsche Probe in Blutserum und Spinal-

flüssigkeit, die heute Allgemeingut der Ärzte geworden ist, die andere die genauere chemische und mikroskopische Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit. Fast immer besteht bei Paralysis progr. incipiens und Hirnlues Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit. Die zytologische Untersuchung darf sich nicht mit der einfachen Tatsache der Vermehrung begnügen, sondern es ist unbedingt eine exakte Zählung der Lymphozyten in der Zählkammer vorzunehmen. Endlich muß die Eiweißprobe von Roß und Jones (oder auch modifiziert die Nonne - Apeltsche Reaktion) angestellt werden. Man schiebt die klare Spinalflüssigkeit auf eine gesättigte Ammoniumsulfatlösung. Tritt an der Grenze beider Flüssigkeiten ein feiner weißer Ring auf, so ist die Frühdiagnose der Paralyse gesichert. Die Reaktion tritt nur bei progressiver Paralyse und Hirnlues ein.

Die neueren serologischen Methoden, wie sie bei der Dementia praecox geübt worden sind, haben bisher praktische diagnostische Bedeutung nicht erlangt.

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 Beobachtung des Blutdruckes nach den neuen Methoden von Recklinghausen und Riva-Rocci ist diagnostisch unerlässlich. Hohen Blutdruck finden wir bei Arteriosklerose, Paralyse im Anfangsstadium und anderen Psychosen. Für Hysterie ist oft stark schwankender Blutdruck charakteristisch. Dieses Moment kann manchmal mit Erfolg verwertet werden, wenn es sich um die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Dementia praecox handelt, bei der der Blutdruck meist gleichmäßig ist.

Die Temperatur ist erhöht in paralytischen An-

fällen (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, Azeton 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 Situationsschilderung umfaßt also das Krankheitsbild, soweit es objektiv den Sinnen sich darbietet, den ganzen Gang der Krankenuntersuchung, aber in knapper, straffer Form, wobei alles Nebensächliche 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 Spannungserscheinungen 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 Kraepelin 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 pfl egt. 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 Lebensalter, 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. Suizidideen und Suizidversuche.
- 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. Suizidideen 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 Suizidversuche 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 zu verhungern, oder weil sie das Essen nicht mehr wert zu sein glauben, oder infolge hypochondrischer Wahnideen (der Leib ist zu, ganz angefüllt usw.). 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 zugedacht 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 Ärgerisses, 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 Morphinum 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 Krankheitstypen hineinzwängen. 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 psychischer Degeneration und zu Blödsinn führen. Immerhin sind die beiden Sätze von Wichtigkeit:

1. daß ausgesprochene Psychosen in der Aszendenz oft zu noch schwereren Psychosen in der Deszendenz führen, hier oft sehr früh auftreten und dann oft zu Demenz führen;

2. daß die Art der hereditären Belastung vielfach für die Krankheitsform der Deszendenten maßgebend ist.

Es macht einen großen Unterschied, ob einer Epileptiker oder Säufer oder Melancholiker unter seinen näheren Aszendenten hat. In dieser Hinsicht ist folgendes bemerkenswert:

- a) Geisteskranke, in deren Aszendenz 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 Aszendenz ruft in der Deszendenz am häufigsten wieder Epilepsie hervor, und zwar

verdanken ungefähr $\frac{1}{4}$ und mehr aller Epileptiker ihre Krankheit ihrer Aszendenz. 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 maniakalischer oder depressiver Zustand vorhanden ist, und bei dem sich manisch-depressives Irresein in der Aszendenz 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 Aszendenz Selbstmord vorgekommen ist, muß man daher doppelt vorsichtig sein.
- e) Hysterie in der Aszendenz muß im allgemeinen als schwere Belastung gelten. Wie es scheint, steht die Hysterie der Aszendenten in bestimmten Beziehungen zur Paranoia in der Deszendenz. 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 Deszendenz kann daher alle möglichen Psychosen aufweisen, und es ist nicht möglich, aus der Psychose der Aszendenz allein diagnostische oder prognostische Schlüsse für die der Deszendenten 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 Laktation 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 anderen Intoxi-

kationsdelirien, 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 Halluzinationen und Wahnideen andererseits. Je stärker die Verwirrtheit und Desorientiertheit bei Bestehen massenhafter Halluzinationen und wechselnder Wahnideen, um so günstiger die Prognose, und je vollkommener die Orientiertheit 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 halluzinatorische 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. Halluzinationen.

Die günstigste Prognose haben im allgemeinen die Halluzinationen des Gesichts (Visionen). Epileptiker in Dämmerzuständen, Alkoholdeliranten und Fiebernde haben am häufigsten Visionen und zwar meist massenhafte. Hier ist auch immer zugleich eine Bewußtseinsstörung vorhanden. Die Personenverkennung 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 Halluzinationen 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 Gehörshalluzinationen 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 Geruchshalluzinationen 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 usw.) und periodischen Psychosen nicht ungünstig. Bei der Melancholie hängt ihre Prognose von ihrer Verbindung mit anderen 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. Hypochondrische Wahnideen machen die Prognosis 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.

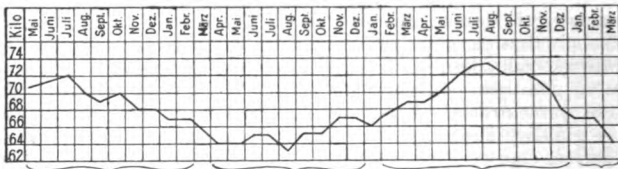
Katatonische Symptome sind: 1. Mutismus. 2. Muskelspannungen. 3. Stereotypien in Haltung und Bewegung. 4. Negativismus. 5. Katatonische Rhetorik (Verbigerieren, Iterativerscheinungen, Neologismen) und 6. Manieriertheiten und Bizarrerien.

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 Dissoziation 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.

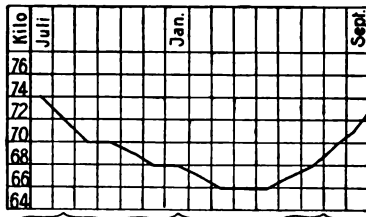
Hier ist von ziemlich erheblicher prognostischer Bedeutung das Körpergewicht und seine Schwankungen, daher in allen Irrenanstalten regelmäßige Wägungen der Kranken vorgenommen werden. Im allgemeinen sinkt das Körpergewicht fast bei allen akuten Psychosen, um mit beginnender Genesung zur Norm zurückzukehren. 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.

Gewichtskurve einer progressiven Paralyse.



Depression. Erregungszustände. Demenz. Euphorie. Exitus.

Gewichtskurve einer Melancholie.



Beginn. Höhestadium. Übergang in Genesung.

Steigt das Körpergewicht andauernd und tritt keine Besserung des psychischen Zustandes ein, so ist das ein Signum mali ominis. Depressive Kranke, die an Gewicht zunehmen, sind immer prognostisch suspekt. Es sind häufig Kranke mit Dementia praecox oder paralytica. Bei manchen Kranken geht die beginnende De-

menz mit einer enormen Zunahme des Körpergewichts einher, so vor allem 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 (s. S. 152).

Von großer prognostischer Bedeutung kann die genaue Beobachtung der Schrift des Kranken werden. Es ist dringend anzuraten, die Graphologie zu studieren. Sie verdient es nicht, stiefmütterlich und als eine Charlatanerie behandelt zu werden. Sie gibt wertvolle Fingerzeige.

Endlich kann auch die Blutuntersuchung die Prognose manchmal entscheidend beeinflussen. Finden wir eine beträchtliche Zunahme der Leukozyten, so ist dies ein *Signum boni ominis*. Es läßt meist auf akutes Stadium schließen und einen gutartigen Verlauf erhoffen.

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 zum Teil 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 Suizid, 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, halluzinatorische 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 zutage 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 Widerpenstigkeit gedeutet.

In anderen Fällen beginnt die Psychose mit einem ausgeprägten Stadium trauriger Verstimmung (initiale

Depression). Die Kranken sind ohne Grund niedergeschlagen, sprechen sich in weltschmerzlich-pessimistischer Weise aus, äußern Suizidideen 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 gemütlche 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 Halluzinationen, 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 regelmäßige Nahrung.

Viele Fälle von Hebephrenie tragen deutlich die dem Pubertätsalter eigenen Charakterzüge, freilich meist übertrieben oder verzerrt, nämlich: das schwankende, exaltierte Wesen der Jugendlichen, ihr unausgeglichenes, oft gesucht-geniales Kraftmeiertum, das bei vielen in Flegelien und Sucht nach Konflikten und dummen Streichen sich entlädt, ihre Neigung zu Kraftwörtern und klingenden Phrasen, ihre Lust am Posieren, ihr

affektiertes Spielen mit dem Weltschmerz, das übertriebene, äußerst empfindliche Selbstgefühl und ihre Beschäftigung mit hohen, unlösbaren Problemen.

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 Halluzinationen. Bei anderen machen sich vereinzelte katonische Symptome: Eß- und Sprechmanieren, gezieltes, 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 Dementia 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 gemüthlichen 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 Sinnestäuschungen 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 entgegengehen. Sie klagen, daß ihr Schädel hohl, ihr Gehirn durchlöchert sei, sie müßten verderben, kaputt 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 brachliegen, 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 außerstande. Sie sind oft außerordentlich leichtgläubig, lassen sich die größten Absurditäten aufbinden und leicht von anderen 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 Fäzes 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. In vielen Fällen entwickelt sich die Krankheit

so unmerklich langsam, daß der Ernst der Situation den Angehörigen, auch den Ärzten verborgen bleibt. Viele Hebephrenische verstehen es auch, durch ihre hochtönen- den Worte und eine gewisse äußerlich-korrekte, theatra- lische Haltung über ihre bereits vorhandenen Defekte hinwegzutäuschen. Ihr Leben allerdings ist zerfahren und erfolglos, es fehlt ihnen die Zielstrebigkeit. Sie greifen vielerlei zu gleicher Zeit an, betätigen sich eine kleine Weile mit einem gewissen übertriebenen Enthusiasmus in einem Berufe, lassen dann plötzlich und unmotiviert alles wieder fahren und wenden sich andern Dingen zu. Viel- seitigkeit, nicht als Reichtum, sondern als Ausdruck krankhafter Ablenkbarkeit und als Mangel an Konzen- trationskraft, ist geradezu typisch für viele Hebe- phrenische. Sie neigen zu dilettantischer Beschäftigung mit allerlei Künsten und Wissenschaften, malen, musizieren, zeichnen, dichten, komponieren, schauspielern und philo- sophieren. Während der Laie hinter ihren Anläufen und grandios scheinenden Versuchen meist Genialität zu ent- decken meint, sieht der Psychiater bei diesen von ihm verkannten Genies den Defekt und den drohenden Ver- fall. Ich erlebte öfter Fälle, in denen jugendliche De- mente aus guten Familien von ihren hochstehenden An- gehörigen, sogar von ihren Ärzten als geniale Individuen taxiert wurden. Ihre enorme Ermüdbarkeit, ihr ständiger unmotivierter Berufswechsel, ihre Faselei und Zerfahren- heit, ihr Mangel an Entschlußfähigkeit, ihre Gleich- gültigkeit gegen ihre Angehörigen und alles, was ihnen sonst lieb und wert war, alles wurde übersehen und ihr theatralisch-hohles Gebaren, ihre teils fade, teils schwül- stige Rhetorik und Schriftstellerei als der Keim kommen- der großer Taten betrachtet. Ibsen, die modernen Problemdichter, sowie die Schriftsteller mit ausgeprägten sexuellen Tendenzen, endlich vor allem Nietzsche und ähnliche Geister haben eine ungemaine Anziehungskraft auf hebephrenische Kranke.

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 Hebephrenische werden erst beim Militär entdeckt. Ihre allgemeine Insuffizienz bringt sie in Konflikte mit Kameraden und Vorgesetzten. Oft werden sie lange Zeit wegen ihrer äußeren Besonnenheit als widerspenstige, faule Simulanten behandelt und bestraft, bis allmählich der wahre Sachverhalt erkannt wird. Widersetzlichkeit, Gehorsamsverweigerung und Fahnenflucht sind nicht selten bei hebephrenischen Rekruten. 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 Korrektionshaus 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: Kontrakturen, 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 gemütliche Stumpfheit, die Unaufmerksamkeit und die Interesselosigkeit der jugendlich Dementen gegenüber der großen Empfindlichkeit und den oft überschwenglichen Gefühls-ergüssen, 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: Sinnes-täuschungen, 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 paranoiden Inhalts, die Diagnose. Deutliche psychomotorische Hemmung mit lebhafterer Angst kommt nur beim 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 gemütliche Abstumpfung lassen die beginnende Demenz erkennen.

Am schwierigsten und häufig unmöglich ist die Differentialdiagnose gegen manisch-depressives Irresein. Daher seien noch einmal kurz hier die entscheidenden Symptome gegenübergestellt:

Dementia praecox:

1. Merkfähigkeit herabgesetzt, altes Gedächtnismaterial erhalten.

2. Mangel oder gänzlich Fehlen der Initiative.

3. Beobachtung und Auffassung vermindert, oberflächlich und ohne Gefühlsbetonung.

4. Gleichgültigkeit gegen die Umgebung.

5. Keine oder übertriebene Affekte. Mißverhältnis zwischen Affekt und Ursache.

6. Charakter der Pubertät auch in der Psychose oft ausgesprochen.

7. Faseleien, geistloses Dilettieren, gesuchte Genialität.

Manisch-depressives Irresein:

1. Gutes Gedächtnis und gute Merkfähigkeit.

2. Initiative erhalten, oft gesteigert.

3. Gutes Auffassungs- und Beobachtungsvermögen.

4. Interesse für die Vorgänge in der Umgebung.

5. Lebhaft oder sehr starke Affekte.

6. Keine besonders ausgeprägten Symptome der Pubertät.

7. Geistige Produktionskraft meist gesteigert, oft mit einem wahren Zug ins Geniale.

Siehe auch das über die Pupillenstörungen bei Dementia praecox Gesagte auf S. 172 u. 173!

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 unseren Erfahrungen ein häufiges Frühsymptom der Psychose und fast immer ungeheurerlicher 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 krampf-

hafter 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 katonischer 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 wieder-

holen, 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 obszönen Reden (Koprolalie) entlädt.

Wieder bei anderen trägt die Erregung mehr den Charakter der pathetischen Ekstase. Sie posieren beständig, gestikulieren in schauspielerhafter Weise (*Dé-lire des gestes*) und produzieren dabei eine katonische Rhetorik, die durch hochtrabende Worte, klingende Phrasen, Wortneubildungen, Wortverstümmelungen, unsinnige Reimereien 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 hypo-

manische Zustände mit katatonischer Gestikulation und Rhetorik, bald unmotivierter Depression mit Negativismus, bald wilde Erregung mit impulsiven, unsinnigen Akten, schamloser Masturbation und Koprolalie, 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 Luzidität 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 anderen stereotype Bewegungen, die sich endlos wiederholen, bei anderen Stupor mit gänzlicher Reaktionslosigkeit. Einige versinken in tiefen Blödsinn, der nur ab und zu durch gefährliche, blindwütende Erregungen unterbrochen wird. Bei anderen sind es katatonische Manieren, die sich in ganz bestimmter Weise fixieren (Geh-, Grüß-, Eßmanieren usw.), und die noch nach jahrzehntelangem Verlauf mit einem Blick hinter der hochgradigen Demenz den ursprünglichen Charakter der Psychose erkennen lassen.

Wieder bei anderen endlich entwickelt sich ein clownartiges, schwachsinniges Gebaren. Derartige Kranke zeigen im wesentlichen einen enorm gesteigerten Nachahmungstrieb, nahmen 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.

In nicht wenigen Fällen von Katatonie treten eigenartige Anfälle auf, die eine gewisse Ähnlichkeit mit epileptischen Anfällen haben. Sie bilden häufig ein Frühsymptom der Psychose, treten aber auch in späteren Stadien der Krankheit auf. Mir sind Fälle bekannt, in denen starke tonische, über die ganze Körpermuskulatur verbreitete Krampfstände die Krankheit einleiteten. Die Krämpfe treten wie bei der Epilepsie als tonische und klonische auf. Sie hinterlassen keine Bewußtseinsstörungen. Auch hysterische Krampfanfälle mit arc de cercle sind beobachtet worden.

Von körperlichen Begleitsymptomen der katatonischen Zustände verdienen Beachtung die sehr häufigen vasomotorischen Störungen. Hierher gehören die seltsamen ödemartigen Schwellungen, besonders im Gesicht, die der Physiognomie etwas Gedunsenes und maskenhaft Starres verleihen. Ferner echte Ödeme an den Extremitäten und im Gesicht (erkenntlich an der Schwellung der Lider), endlich bläulich-livide Verfärbung ganzer Glieder oder fleckenweise, besonders an Händen und Füßen. Ein „fliegendes Ödem“, das rasch kommt und geht und ebenfalls am häufigsten im Bereich der mimischen Muskulatur auftritt, ist besonders typisch.

Für die Diagnose sind in letzter Zeit wertvoll geworden eigenartige Pupillenstörungen, insbesondere die katatonische Pupillenstarre, nicht zu verwechseln mit der reflektorischen Pupillenstarre der Paralytiker. Sie tritt meist im ausgeprägten katatonischen Stupor auf und ist, wie die seltene hysterische Pupillenstarre, eine absolute, d. h. sie beruht auf einer Störung der gesamten Innervation der Iris. Vielleicht ist die katatonische Pupillenstarre auf einen abnormen Tonus der Irismusku-

latur zurückzuführen, der zu den Veränderungen im allgemeinen Tonus der Körpermuskulatur in Parallele zu setzen wäre. Die Pupille selber ist dabei sowohl myotisch, oder mydriatisch.

Sowohl für die katatonischen als auch die anderen Formen der Dementia praecox ist die genaue Beobachtung der Pupillen diagnostisch fernerhin von Bedeutung: Bei einer überwiegenden Anzahl aller Fälle sind nämlich die Pupillen abnorm weit, und es fehlt ihnen eine wichtige Eigenschaft gesunder Augen: nämlich die sogenannte Pupillenunruhe. Jenes stets wechselnde Spiel der Pupillen, in ständiger Verengung und Erweiterung bestehend, eben die Pupillenunruhe, die alle seelischen und nervösen Erregungen, alle Affekte und Vorstellungen der Gesunden begleitet, ist im Beginn der Psychose häufig, auf der Höhe der Krankheit in etwa der Hälfte der Fälle und im Stadium der Demenz fast immer erloschen. Dabei bleibt der reflektorische Lichtreflex erhalten, während z. B. auch die reflektorische Erweiterung der Pupillen auf sensible Reize verloren geht. Offenbar steht der Verlust der Pupillenunruhe in engen Beziehungen zu den mimischen Bewegungen der das Auge umgebenden mimischen Muskulatur, die ihrerseits beredtes Zeugnis ablegen für die Lebhaftigkeit des Geistes und die Kraft der Konzentration beim Gesunden. Je mehr das Spiel der mimischen Muskulatur bei den Dementia praecox-Kranken erlischt, um so eher verschwindet auch die Pupillenunruhe. Insofern ist das Symptom also prognostisch infaust und als Zeichen eingetretener Demenz zu betrachten. Die Bedeutung des Symptoms wird daraus ersichtlich, daß es bisher nur noch bei Störungen schwerer organischer Läsion beobachtet wurde, wodurch die Abgrenzung vieler Fälle der Dementia praecox von Zustandsbildern des manisch-depressiven Irreseins ermöglicht wird. Man untersucht die Pupillen am besten mit der vom Entdecker des Phänomens Bumke benutzten Westienschen Lupe.

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 abzulenken. 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 usw. werden die Diagnose sichern. Ausgenommen die seltenen Fälle von Katatonie, in denen die katatonische Pupillenstarre vorhanden ist. Dies Symptom ist fast nur im katatonischen Stupor zu beobachten. Die Symptome der Katatonie sind dann meist so ausgeprägt, daß trotzdem die Paralyse ausgeschlossen werden kann.

3. Bei vielen Katatonikern treten hysterieähnliche 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. Im übrigen sind zur Abgrenzung aller funktionellen Psychosen und Zustandsbilder, wie der Hysterie und des manisch-depressiven Irreseins, die geschilderten Pupillensymptome manchmal von ausschlaggebender Be-

deutung. Verlust der Pupillenunruhe spricht fast immer für Dementia praecox, wenn nicht eine organische Störung vorliegt.

3. Die Dementia praecox paranoides.

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 paranoides ist dagegen durch das Überwiegen von Halluzinationen und paranoischen 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 vier 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 paranoischer Art produzieren. Beziehungs- und Beobachtungswahn treten auf, Vergiftungsideen werden ge-

äußert, und bald ist ein blühender Verfolgungswahn entwickelt voller unsinniger, phantastischer Wahnideen. Die Sprache wird durch Sympathie verstellt, das Gehirn mit Röhren ausgeschlüpft, 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 Halluzinationen 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 halluzinatorischen Phasen die höchsten Grade erreichen. Die Kranken bitten um Gnade, um Erlösung, um Gift, um einen raschen Tod, zeigen eine starke Suizid tendenz 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 Manieriertheit der Sprache, leichter Negativismus und Zeichen von Befehlsautomatie kommen interkurrent 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 Schwachsinn 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 verworren, 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 Unsinns. 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 Halluzinationen 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 umgewählt und zerrissen.

2. Der Besessenheitswahn ist heute seltener. Im Mittelalter spielte er eine größere Rolle und lieferte vornehmlich die Opfer für die Scheiterhaufen der Hexen-

richter. 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 halluzinatorischer Erregung können an halluzinatorische Verwirrtheit erinnern. Die Unterscheidung ist wegen der von Grund aus verschiedenen Prognose beider Psychosen wichtig. Sie wird bei der Differentialdiagnose der halluzinatorischen 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.

Auch bei den paranoiden Formen der *Dementia praecox* spielt das Verhalten der Pupillen diagnostisch oft eine entscheidende Rolle. Wir verweisen hier auf das bei den katatonischen Formen Gesagte.

II. Die akute halluzinatorische Verwirrtheit.

Akute Zustände halluzinatorischer Verwirrtheit treten häufig auf epileptischer Basis oder bei Infektionskrankheiten auf. Auch das *Delirium tremens* kann als eine halluzinatorische Verwirrtheit auf alkoholischer

Basis betrachtet werden. Zur akuten halluzinatorischen 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 halluzinatorische Verwirrtheit sensu strictiori ist eine seltene Psychose. Ein kurzes Initialstadium leitet sie ein: Die Kranken werden unruhig, schlaflos, ängstlich, zeigen auffallenden Wechsel der Stimmung, 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 Schwerkranken erkennen. Die Augen sind bald glanzlos, bald plötzlich aufflackernd, und irren unstedt 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 ver-

tauscht 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 zutage.

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 Fäzes ins Bett gelassen.

Die schwereren Fälle akuter halluzinatorischer 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, luzide Intervalle zu beobachten. Wahnideen sind sehr spärlich, die psychomotorische Verwirrtheit meist gering und nicht anhaltend. Die Diagnose der bestehenden Infektionskrankheit (Scharlach, Pneumonie, Gelenkrheumatismus, Typhus usw.) entscheidet die der Psychose.

2. Das Delirium tremens ist eine so wohlcharakterisierte Psychose, daß ihre Unterscheidung von der halluzinatorischen 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 usw.), der Wechsel in der Tiefe der Bewußtseinstrübung 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 halluzinatorischen 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 halluzinatorischer Verwirrtheit haben. Aber bei der Manie sind Halluzinationen selten und treten meist nur vereinzelt auf, die Auffassung der Umgebung ist wenig gestört, der Bewegungsdrang ist geordneter gegenüber der inkoordinierten Bewegungshast der halluzinatorisch Verwirrten. Echte Ideenflucht spricht natürlich für Manie. Hier ist auch der Affekt meist gleichmäßiger gegenüber dem beständigen Stimmungswechsel der halluzinatorisch Verwirrten, der physiognomische Ausdruck frisch und strahlend.

6. Katatonische Erregung läßt sich meist leicht von halluzinatorischer Verwirrtheit unterscheiden, bei der katatonische Symptome kaum vorkommen. Die tiefe Bewußtseinsstörung, die Desorientiertheit und die Zeichen körperlicher Erschöpfung bei halluzinatorischer Verwirrtheit stehen der oft auffallenden Besonnenheit und Orientiertheit der Katatoniker gegenüber.

III. Die Paranoia oder Verrücktheit.

Die Paranoia (von *παρά* daneben und *νοῦς*) 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.*)

Wir halten an diesem ungemein typischen Krankheitsbilde als einem Prozesse sui generis unbedingt fest. Das Entscheidende gegenüber anderen paranoischen Zustandsbildern liegt einmal in der Erhaltung der Intelligenz und bis zu einem gewissen Grade auch der praktisch-sozialen Persönlichkeit trotz der Wahnideen — viele Paranoiker sind die tüchtigsten Arbeitskräfte der Anstalten — so daß man von einer Demenz meist gar nicht oder erst in sehr späten Stadien reden kann; ferner in der Entwicklung jenes konsequenten egozentrischen, unbeeinflussbaren und dauernden pathologischen Charakters, der eben in allem so anders denkt und fühlt wie der Normalpsychologische.

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 betreffe, 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. Dagegen wäre es falsch, affektive Störungen bei der Paranoia ausschließen zu wollen. Sicher sind es gerade normalpsychologisch nicht definierbare Affekte und Organempfindungen, die bei den oft hereditär belasteten Individuen, unter denen sich viele „Originale“ und seltsame, emotive, einsiedlerische, mißtrauische, düstere und eigenbrödlische Naturen befinden, jene seltsame pathologische Veränderung ihrer ganzen Fühl- und Denkweise herbeiführen.

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 drei 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. Das Kardinalsymptom des ersten Stadiums ist die allmählich fortschreitende Veränderung der gesamten Gefühlssphäre und parallel damit eine mit normalpsychologischen Motiven nicht mehr erklärliche Umwandlung des Ichgefühls in allen seinen Wurzeln und Äußerungen und infolgedessen eine gänzlich und fundamental andersartige Auffassung der realen Welt, sowie der Mitmenschen und eine gänzlich veränderte Reaktion gegen die ganze Umwelt. Die Kranken fühlen es mit Angst und unsäglichen Seelenschmerzen, wie alles um sie herum ein anderes Antlitz annimmt. Sie empfinden es oft als ein erstaunliches, furchtbar erschütterndes Erlebnis. Wesentlich ist, daß diese Umwandlung von abnormen Sensationen der Körperfühlsphäre begleitet wird, die zu hypochondrischen Klagen und Wahnideen Veranlassung geben. Die Kranken fühlen leibhaftig, wie etwas in ihnen vorgeht, wie sie sich verändern. Sie meinen, auch die anderen müßten das merken und sie daraufhin beobachten. Eine eigentümliche Unruhe und Ratlosigkeit, ein steigendes Mißtrauen entwickelt sich.

Oft ist der Beginn der Psychose unbestimmter Art, indem allerhand vage Beschwerden, manchmal neurasthenischer Art, auftreten. Bald werden die Kranken ohne Grund verstimmt, äußern *Tedium 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. (Beinträchtigungswahn.) 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 zuteil 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 egozentrischer 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 gezerrt, 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 Ausnahmemensch, gegen den sich die ganze übrige Menschheit verschworen hat.

Zu allen diesen Wahnideen treten Halluzinationen. Doch sind sie nur von untergeordneter Bedeutung und spärlich. Am typischsten ist die Verbindung von solchen des Gehörs mit Halluzinationen des Allgemein- gefühls. Aber auch Halluzinationen 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 gemein- gefährlich. 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 Selbst- hilfe gegen die vermeintlichen Feinde. Aus dem Ver- folgten 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 Ge- sellschaft 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, es 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 egozentrische Wahn par excellence. Die Größenideen der späteren Perioden der Paranoia sind daher nur eine andere Erscheinungsform des egozentrischen 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 überglicklicher, 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 anderen 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 Wahnidee. 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, paradien. Ihr Gedächtnis ist meist für alles, was mit ihren Wahnideen 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, Zitate aus Gesetzbüchern, emphatische Beteuerungen, dicke, häufige Unterstreichungen, eine Unmenge von Frage- und Ausrufungszeichen bilden bei einer gewissen pedantischen Weitschweifigkeit die Charakteristika 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 Zustimmung an ihn, sich den Leib aufzuschneiden, nichts gefruchtet habe. Jeder preußische Jurist besitze einen von dem Kaiser und der Kaiserin eigenhändig unter-

zeichneten 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*).

Nicht selten finden wir den Fall, daß ein Paranoiker seine egozentrische paranoische Wahnbildung auf geistig ihm nicht ebenbürtige Individuen oder auf Geschwister von der gleichen psychopathischen Konstitution überträgt. Man spricht dann von einem „induzierten Irresein“ (*folie à deux, folie communiquée*). Es ist für die Diagnose „induziertes Irresein“ notwendig, daß

1. die Erkrankung des Induzierten zeitlich nach der des Induzierenden begonnen hat. Die ursprüngliche Paranoia muß also nachträglich Anhänger gewonnen haben;
2. daß die Induzierten dauernd bis zu einem gewissen Grade von dem psychischen Einfluß des Induzierenden abhängig bleiben.

Notwendig gehört zur Entstehung dieser Übertragung ein stetes, sehr inniges Zusammenleben und eine gewisse gleichmäßige endogene Disposition der Erkrankten. Fälle, in denen Geschwister, oft gleichzeitig, an derselben Psychose — nicht selten einer Paranoia — erkranken, gehören nicht zum „induzierten Irresein“. Die französischen Psychiater verwenden dafür den Ausdruck: „*folie simultanée*“.

Die Prognose für die sekundär Erkrankten ist nicht so ungünstig wie für die Induzierenden. Ich selber erlebte den Fall, daß eine Schwester mit Paranoia ihre erheblich bedeutendere und klügere Schwester paranoisch infizierte, so daß auch diese typisch paranoisch gegen die Umwelt reagierte und sogar den ausgeprägten, mißtrauisch-feindseligen Gesichtsausdruck der Paranoiker annahm. Nach Trennung von der Schwester und deren Tode traten der ursprüngliche, klare, normalpsycho-

logische Charakter und der frühere normale Gesichtsausdruck wieder zutage.

Differentialdiagnose.

1. Die *Dementia praecox paranoides* unterscheidet sich von der Paranoia durch den rasch eintretenden mehr oder weniger hohen Grad von Demenz, durch die massenhaften Halluzinationen, 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 paranoiaähnliches 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 Systematisierung, 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 Merk-

fähigkeit, des Gedächtnisses und der Intelligenz sichern die Diagnose der senilen Demenz.

4. Über die Differentialdiagnose gegen den präsenilen 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 halluzinatorische Wahnsinn.

„Halluzinatorischer Wahnsinn“ ist zunächst wie auch der Begriff „halluzinatorische Verwirrtheit“ eine rein symptomatologische Bezeichnung. Wir beobachten eine lediglich aus Halluzinationen entstehende Wahnbildung bei vielen Psychosen. So beim Alkoholismus als akute Halluzinose oder akuten Wahnsinn der Trinker, beim Kokainismus als Wahnsinn der Kokainisten, ferner bei der Dementia praecox paranoides, bei der Melancholie, bei der Epilepsie und nicht selten auch bei der progressiven Paralyse. Auch bei der Paranoia kann in interkurrenten halluzinatorischen Erregungen neue Wahnbildung zustande kommen.

Nach Ausschluß aller dieser Fälle bleibt eine geringe Zahl von Psychosen übrig, die als halluzinatorischer Wahnsinn im engeren Sinne bezeichnet und als ein besonderes klinisches Krankheitsbild der Psychiatrie betrachtet werden müssen.

Der halluzinatorische Wahnsinn im engeren Sinn ist also eine seltene Psychose.

Das Kardinalsymptom des halluzinatorischen Wahnsinns sind Sinnestäuschungen, Illu-

sionen und Halluzinationen. 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 halluzinatorischen 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 Versündigungsideen, auch durch Suizid tendenz charakterisiert ist, also geradezu an Melancholie erinnern kann. Unklare Befürchtungen werden geäußert, auch Angstzustände treten auf.

Bald kommen massenhafte Halluzinationen, 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 Schafott 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 Halluzinationen auffallend indifferent.

Dies eben skizzierte Krankheitsbild des halluzinatorischen 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 Halluzinationen (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, Luzidität mit völliger Orientiertheit eintritt, und die Kranken Kritik ihrer Wahnideen üben.

3. Nicht selten zeigen die Kranken, auch während Halluzinationen bestehen, eine auffallende Einsicht in ihren Zustand. „Ich glaube, ich werde verrückt.“ „Ich leide an Verfolgungswahnsinn.“ „Ich hab'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 halluzinatorische 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 halluzinatorischer Ursprung immer nachweisbar bleibt.

Differentialdiagnose.

1. Die akute Halluzinose der Trinker unterscheidet sich durch das Überwiegen paranoischer Wahnideen, durch die zum Teil typischen Halluzinationen, durch die starke Angst und die Zeichen der Alkoholintoxikation von dem halluzinatorischen 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 halluzinatorischen Wahnsinn unterschieden. Die Anamnese (Kokainismus oder Kokainomorphinismus) sichert die Diagnose.

3. Von der Paranoia unterscheidet sich der halluzinatorische Wahnsinn durch das Fehlen des paranoischen Charakters und durch den bunten Wechsel der Wahnideen.

4. Der Affekt ist beim halluzinatorischen 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 halluzinatorischem Wahnsinn auf epileptischer Basis unterscheiden sich von dem echten halluzinatorischen Wahnsinn durch ihren furi-bunden Charakter, durch starke ängstliche Erregung,

durch impulsive Akte und mehr oder weniger hochgradige Bewußtseinstörung.

6. Halluzinatorischer 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, im Volksmunde Gehirnerweichung oder Größenwahn, ist eine chronische, unheilbare, fortschreitende, zu tiefer Demenz führende Geisteskrankheit, die mit Zeichen organischer Läsion einhergeht, vorzugsweise das mittlere Lebensalter vom 30. bis 45. Lebensjahre betrifft und meistens innerhalb weniger Jahre zum Tode führt.

Die Kenntnis dieser so verheerenden Krankheit ist trotz ihrer so ausgeprägten Symptomatologie noch relativ jung. Der französische Psychiater Esquirol beschrieb 1814 die ersten Fälle, 1822 gab Bayle die erste umfassende klinische und pathologisch-anatomische Nosographie unter dem Titel: *Recherches sur l'arachnite chronique*, 1826 erschien in Paris die berühmte grundlegende Monographie von Calmeil: „*De la paralysie chez les aliénés.*“

Den anatomischen Kern der Krankheit bildet der fortschreitende, unaufhaltsame Zerfall der nervösen Elemente des Zentralnervensystems, der Ganglienzellen und Nervenfasern, dem eine Wucherung der Glia und zellige und bindegewebige Infiltrationen der Lymphscheiden und Gefäßwände unmittelbar nachfolgen. Der Tod des Nervengewebes ist das Primäre, alles andere ist Folgeerscheinung.

Pathologisch-anatomisch ist die Diagnose Paralyse oft schon durch einfaches Wägen des atrophischen Gehirnes zu stellen: während das Hirngewicht des erwachsenen Mannes zirka 1350 g, das des normalen Weibes zirka

1250 g beträgt, finden wir bei Paralytikern Hirngewichte von 1000 g und darunter.

Bei makroskopischer Betrachtung ergibt das Paralytikerhirn folgende Befunde:

Die Dura mater ist meist verdickt und mit dem Kranium mehr oder weniger verwachsen. Die Innenseite ist von trübem, glasigem Aussehen und oft mit blütigen Infiltrationen durchsetzt (Hämatom der Dura).

Die Pia mater ist eigentümlich sulzig gequollen und getrübt, und an den größeren Furchen entlang streifig verdickt. Besonders an Stirnlappen und Zentralwindungen, aber auch an anderen Stellen ist sie mit der Hirnoberfläche verwachsen, so daß beim Ablösen Hirnsubstanz daran haften bleibt.

Das Gehirn selber läßt meist schon makroskopisch sofort die Atrophie erkennen. Die Furchen sind erweitert, die Rinde ist sichtlich reduziert, so daß die Gyri oft wie schmale Leisten erscheinen. Die Ventrikel sind erweitert, die Ventrikelflüssigkeit ist vermehrt (Hydrocephalus internus). Im vierten Ventrikel findet man oft Neuroglia-wucherungen in Gestalt von feinen körnigen Granulationen.

Mikroskopisch finden wir fast überall die Bilder des Unterganges der Nervensubstanz in allen Stadien bis zum völligen Schwund, wobei Stirn- und Scheitellappen meist überragend beteiligt sind. An Stelle des geschwundenen Nervengewebes tritt Gliawucherung auf, überall finden wir eine zum Teil erstaunliche Vermehrung der Gliakerne. An den Gefäßen finden wir fast immer eine Arteriitis mit Gefäßneubildung, die erweiterten Lymphscheiden sind mit Lymphozyten und Plasmazellen vollgestopft.

Dieses Auftreten von Plasmazellen ist ein für die progressive Paralyse charakteristischer Befund, der diagnostische Bedeutung hat.

Das Rückenmark ist fast bei allen Paralytikern miterkrankt. Wir finden meist die kombinierte Affektion

der Seiten- und Hinterstränge, oft eine bloße Erkrankung des Hinterstranges, seltener die isolierte Seitenstrangerkrankung. Sie unterscheiden sich alle nicht sehr wesentlich von den bei der Tabes dorsalis und der spastischen Spinalparalyse vorkommenden Degenerationen.

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 akquiriert wird (Kaufleute, Offiziere, Ärzte) und daß die Paralyse in den höheren Ständen vorwiegend die Männer ergreift, während umgekehrt die Paralyse der Frauen weitaus häufiger in den unteren Volksschichten auftritt.

Es erkranken zirka viermal soviel Männer als Frauen. Ledige erkranken häufiger als Verheiratete, katholische Priester sehr selten. Die jüdische Rasse stellt einen relativ hohen Prozentsatz von Paralytikern.

Auch paralytische Ehepaare sind oft beobachtet worden. Die Ansicht, daß die Paralyse die Folge der Lues ausschließlich sei (Theorie von der „Metasyphilis“ Möbius), ist trotz der zweifellos erwiesenen Zusammenhänge (Wassermann!) nicht mehr aufrechtzuerhalten.

Ich habe schon vor langem die Ansicht vertreten¹⁾, daß bei der Paralyse das endogene Moment von großer, wenn nicht ausschlaggebender Bedeutung sei. In neuerer Zeit legt man endlich in der Ätiologie der Paralyse diesem Faktor die ihm zukommende Bedeutung bei, besonders seitdem Näcke nachwies, daß bei fast der Hälfte aller Paralytiker mehr oder weniger schwere hereditäre Belastung anzufinden, und bei ihnen Degenerationszeichen in gehäufter Maße nachzuweisen seien. Warum ist aber die Paralyse erheblich häufiger in Ländern hochgesteigter moderner Zivilisation als in anderen, mit Syphilis

¹⁾ S. Fuhrmann. Das psychotische Moment, bei J. A. Barth, Leipzig.

stärker durchseuchten Ländern (Rußland, Orient, Negerstämme)? Nun — hier gibt offenbar das ganze, aufreibende, rastlose, unhygienische Leben des modernen Kulturmenschen, das seine Nervenkraft beständig aufpeitscht und rücksichtslos ausnutzt, eine gewaltige Noxe selber ab. Wir werden also im großen und ganzen daraus die Theorie ableiten können: Jede Paralyse entsteht im wesentlichen aus drei Komponenten:

1. Genealogischer Faktor:

Angeborene Schwäche des gesamten Zentralnervensystems.

2. Sozialer Faktor:

Moderne Zivilisation, d. h. unhygienisches Nervenleben.

3. Individueller Faktor:

Kulturgifte: vor allem die Lues.

Der Anteil jedes der drei Faktoren am Zustandekommen einer Paralyse wird in jedem einzelnen Falle verschieden zu bewerten sein.

Die Paralyse ist eine der vielgestaltigsten Psychosen, die es gibt. Unter der Maske maniakalischer, melancholischer, paranoiaähnlicher 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, zum Teil typische, die Diagnose sofort entscheidende nervöse Reiz- und Ausfallsymptome, 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 heranzuführt, während das andere Auge verdeckt bleibt. (Elektrische Taschenlampe.) In wenigstens 70% aller Paralysefälle findet man Pupillenstarre oder ausgesprochene Trägheit der Lichtreaktion.

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 genannten drei 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 be-

ginnender geistiger Schwäche, bei der sich eins jener vier Symptome: reflektorische Pupillenstarre, Fehlen der Patellarreflexe, Sprachstörungen oder Sehnervenatrophie vorfindet, ist eine Paralyse. (Mit sehr wenigen Ausnahmen.)

Außer diesen vier 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 Lidklonus. Fibrilläre Zuckungen in der Gesichtsmuskulatur, in der Zunge und auch in der übrigen Körpermuskulatur. Ungleiche Fazialisinnervation (Fazialisparese), Pupillendifferenz, Ataxie der Extremitäten, Rhombergsches Symptom und Abnahme der Muskelkraft (Händedruck). Sehr charakteristisch sind auffallende Unterschiede in der Innervation rechts und links.

Ptoxis, 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 Ischiadikus auf. Recht oft sind auch Hyp- und Analgesien, besonders an der unteren Extremität. Analgesie der Unterschenkel ist oft ein Frühsymptom und kann nicht selten diagnostisch ausschlaggebend sein.
- 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 Fußklonus 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 kortikalen Krämpfe, die von einem Muskelgebiet zum anderen 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 apoplektiformen oder andersartigem Anfalle 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 anderen 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 diagnostischen 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. Sie neigen zu hypochondrischer Selbstbeobachtung, bringen alle möglichen, relativ harmlosen subjektiven Beschwerden vor (Neuralgien, rheumatische Schmerzen) und versteifen sich oft auf bestimmte körperliche Symptome von untergeordneter Bedeutung, während sie im grellen Gegensatze dazu ohne

Einsicht in den Ernst der Lage sind, und nicht die geringste Fähigkeit mehr besitzen, ihren ruinösen Zustand zu erkennen und einigermaßen richtig einzuschätzen. In diesem Verhalten liegt ein wichtiger diagnostischer Fingerzeig, der für die Differentialdiagnose gegen die einfache Neurasthenie entscheidend wird. 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.

Die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit mit Hilfe der Lumbalpunktion, die von den Paralytikern meist gut vertragen wird, kann diagnostisch wertvoll werden. Die bereits erwähnte Vermehrung der Lymphozyten ist fast ein konstantes Frühsymptom der beginnenden Paralyse. Auffallend starkes und andauerndes Auftreten von vielen Lymphozyten, sowie das Auftauchen von Plasma- und Abbauzellen sind beweisend für Paralyse.

Die Wassermannsche Reaktion erwies sich in der weitaus überwiegenden Zahl der Paralytiker als positiv. Die serologische Untersuchung kann also diagnostisch entscheidend werden.

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;
5. die Paralyse mit Herderkrankungen (Lissauersche Paralyse).

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, halluzinatorische 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 evidenter 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 Er-

scheinungen 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 Fäzes unter sich. Nicht selten kommt es zu Dekubitus. An einem paralytischen Anfall, einer Schluckpneumonie oder einer anderen interkurrenten Krankheit gehen die Patienten zugrunde.

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. Vereinzelte schwachsinnige Größenideen. Apathisch-euphorisches Wesen.

Fall 2. Polizeisergeant F. W. 34 Jahre alt. Stark gesteigerte Patellarreflexe, bds. Fußklonus. Tremor, ataktische Schrift mit Auslassungen, Mitbewegungen in der

mimischen Muskulatur, häsitierende Sprache, Pupillendifferenz. Apathisches Verhalten, vereinzelt 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 unteren Extremität, starke Anfälle von Stirnkopfschmerz. Linke Lidspalte enger wie rechte. Leichte Fazialisparese 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 Ischiadikus. Dann Ptosis links, Abduzensparese rechts. Geruch erloschen. Patellarreflexe rechts stark gesteigert, rechts Fußklonus, linker Patellarreflex sehr schwach, kein Fußklonus 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 angestrengter 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, Krankheitseinsicht und sucht sein Leiden zu kurieren. Die hypochondrischen Befürchtungen schließen sich an wirkliche, wenn auch unbedeutende Leiden an. Pupillenstarre und die anderen typischen paralytischen Sym-

ptome fehlen. Ebenso die typische Symptomentrias: Abnahme des Verstandes, Defekte des Gedächtnisses und Unmoralität. Ruhe bringt dem Neurastheniker Besserung, dem Paralytiker nicht. Der Neurastheniker hat oft eine übertriebene Vorstellung von seiner Krankheit, der Paralytiker klagt nebensächliche Symptome, während er schwere Defekte nicht empfindet und keine Fähigkeit zeigt, den Ernst des Leidens zu erkennen.

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 usw.), den asthmatischen Anfällen und dem häufigen Singultus oder Erbrechen. Der Urin enthält Eiweiß und Zylinder.

3. Syphilis des Gehirns ist meist nur schwer gegen Paralyse abzutrennen. Augenmuskeltörungen 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 Hirnluës bringt sie Besserung.

4. Herderkrankungen des Gehirns, besonders Tumoren des Stirnhirns, können paralyseähnliche Krankheitsbilder zeitigen. Die Allgemeinsymptome des Hirntumors (Stauungspapille usw.) 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 Blei-

lähmungen, 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 usw.) 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 Suizid begehren. Nicht selten wird die depressive Stimmung durch kurze euphorische Momente unterbrochen, 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 Halluzinationen, 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 bestehenbleibenden 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 (Größenwahn).

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 Erregungszustände (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.

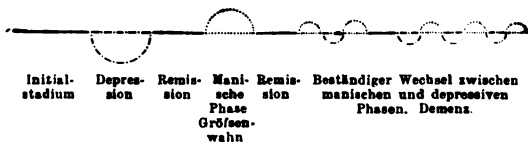
Differentialdiagnose.

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 paranoiden 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 zirkulären Irreseins, was besonders markant werden kann, wenn tiefgehende Remissionen eintreten, z. B. wenn der Verlauf nach folgendem 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 Reimgeklingel 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.

5. Die Paralyse mit Herderkrankungen (Lissauersche Paralyse).

Diese Fälle der Paralyse sind seltener. Sie werden am besten bezeichnet als Paralyse mit Herderkrankungen. Hier spielt sich der anatomisch-pathologische Prozeß der Atrophie der Nervensubstanz mehr an einzelnen lokalisierten Herden ab, während das sonst immer am meisten betroffene Stirnhirn lange relativ intakt bleiben kann. Kern und Ausgangspunkt der Krankheit bilden Herd-

symptome der Großhirnrinde, besonders Aphasie und zentrale Lähmungen. Die Demenz tritt langsamer und später ein als bei den übrigen Formen der Paralyse.

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 Gehirnkrankheit mit zyklisch 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 allgemeinen 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 jugerdlichen Alters, mehr als $\frac{3}{4}$ aller Fälle beginnen vor dem 30. Lebensjahre und etwa $\frac{2}{3}$ aller Fälle führen zu Geistesschwäche 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 manieähnliche 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 Ver-sündigungsideen, dann nicht selten hysterische Zeichen, besonders hystericähnliche Krämpfe; verworrene Wahn-

ideen hypochondrischen, paranoischen und expansiven Inhalts, Phasen eigenartiger religiöser Ekstase und katatonisch-maniakalischer Erregung mit pathetischem Gesticulieren, 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 Demenz 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 Demenz, auch völligen Blödsinn vortäuschen können, und wo trotzdem Genesung eintritt. Katatoniker, die eine völlig ausdruckslose, stupide Physiognomie bekommen haben, die im andauernden Stupor dahinvegetieren 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.

Immerhin lassen sich doch für die Prognose bestimmte Fingerzeige angeben. Zunächst ist zu sagen, daß völlige Apathie, Unsauberkeit und Schamlosigkeit nicht eo ipso prognostisch infaust sind. Auch paranoide Wahnvorstellungen haben bei ausgeprägten katatonischen Zuständen nicht die infauste Bedeutung wie sonst, im Gegenteil scheinen gerade die subakut verlaufenden Formen der Katatonie mit paranoischen Wahnvorstellungen relativ günstiger Prognose zu sein. Aber lange Zeit bestehender Negativismus, ausgeprägte Dissoziation in Rhetorik und Minenspiel (*Grimassieren*) bei relativ erhaltener äußerer Ruhe und Besonnenheit scheinen mir prognostisch

absolut ungünstig zu sein. Je akuter und stürmischer der Verlauf und je stärker getrübt die Besonnenheit, um so günstiger die Prognose. Der *Flexibilitas cerea* möchte ich nur in den Fällen eine ungünstige Bedeutung beilegen, in denen Befehlsautomatie und Negativismus rasch und unvermittelt und oft einander ablösen. Ferner werden die bei der *Dementia praecox catatonica* geschilderten Pupillenverhältnisse manchmal prognostisch wichtig werden können. (S. das dort über Pupillenunruhe Gesagte!)

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 Katatoniepsychosen, die bei jungen Frauen im Wochenbett sich entwickeln, prognostisch infaust sind, also zur *Dementia praecox catatonica* gehören. Ebenso die nicht seltenen Fälle sogenannter Spätkatatonie, die Frauen im Rückbildungsalter betreffen.

Für die Differentialdiagnose kann natürlich bei Verdacht auf Paralyse die Lumbalpunktion (Lymphozytose) und die Seradiagnostik (Wassermann) entscheidend werden.

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 zirkuläre 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 können, 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.

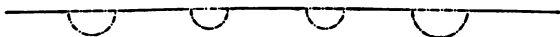
Unter einfacher oder klassischer Manie sind also nur diejenigen Fälle zu verstehen, in denen wirklich nur ein Anfall von Manie während des ganzen Lebens aufgetreten ist. Die Diagnose kann also eigentlich immer erst post mortem gemacht werden. Unter periodischer Manie sind diejenigen Fälle zu verstehen, in denen mehrere (6—12—20 und mehr) maniakalische Anfälle, durch freie Zwischenzeiten getrennt, aufgetreten sind (folie intermittente simple maniaque). Das Schema¹⁾ dieses periodischen Irreseins wäre also:



Unter periodischer Melancholie sind diejenigen Fälle zu verstehen, in denen mehrere melancholische Anfälle, durch freie Zwischenzeiten getrennt, im Leben auf-

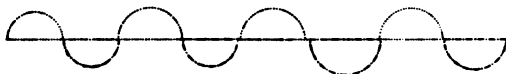
¹⁾ Anm. In allen Schematen bedeutet:
eine einfach schwarze Grundlinie = normale, anfallsfreie Zeit,
eine punktierte Grundlinie = Erregung,
eine unterbrochen punktierte Grundlinie = Hemmung,
ein nach oben konvexer Kreisbogen = Euphorie,
ein nach unten konvexer Kreisbogen = Depression.

getreter sind (folie intermittente simple mélancholique); das Schema wäre:



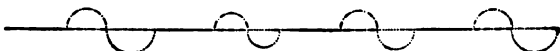
Unter zirkulärem Irresein sind inbegriffen:

1. Diejenigen Fälle von „folie circulaire proprement dite“, in denen sich Anfälle von Manie und Melancholie beständig und ohne Unterbrechung folgen; das Schema wäre:



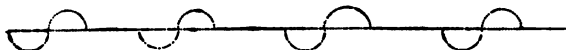
Manie Depression

2. Die Fälle von „folie à double forme“, in denen beständig manisch-melancholische Anfälle auftreten, zwischen denen freie Intervalle liegen; das Schema wäre:



Manie Depres-
sion Intervall

oder



Depres- Manie Inter-
sion Intervall

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:



Intervall Manie Intervall Depres-
sion

Die Übergänge zwischen allen diesen Formen sind fließende. Besonders ist eine Grenzbestimmung zwischen periodischer Manie und zirkulärem Irresein unmöglich.

Wohl bei jeder periodischen Manie kommen auch melancholische Anfälle vor. Die Einteilung des manisch-depressiven Irreseins (der periodischen und zirkulären Psychosen) in verschiedene Verlaufstypen widerspricht der Wirklichkeit. Die gegebenen Schemata dienen nur zur Veranschaulichung der Begriffe. Ein ganz regelmäßiger 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 zirkulären 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; diese vorherrschende Stimmung wird häufig durch unvermittelt einsetzende Depression (Weinerlichkeit) von kurzer Dauer unterbrochen;

2. durch sprachliche Erregung im Sinne der Ideenflucht und

3. durch motorische Erregung (Tätigkeits-, Beschäftigungs-, Zerstörungsdrang, Tobsucht).

Der Gesamtverlauf des Anfalls läßt sich in drei 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 indezent 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 Maniaki 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 anderen 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 Assoziationen, die sich vorwiegend nach dem äußeren Prinzip der Ähnlichkeit vollziehen, reihen sich in buntem Wechsel aneinander. Oft bestimmen plötzliche Sinneseindrücke oder bloßer Wortgleichklang ihren Fortgang (Klangassoziationen). Reimereien, Alliterationen, Wortwitze und Reminiszenzen 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. Zielvorstellungen fehlen. 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 assoziativ weiter ver-

arbeitet 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 Vielgeschäftigkeit 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 sicheren 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). Gerade diese schweren Fälle der Manie neigen fast alle zu häufiger, starker zornmütiger Erregung, die hier die höchsten Grade erreichen kann (Tobsucht). Der geringste Widerstand vermag die Kranken in die höchste Wut zu versetzen, so daß sie mit brutaler Rücksichtslosigkeit auf ihre Umgebung eindringen und Leib und Gut anderer nicht selten in schwerster Weise gefährden. Oft erfolgt auch der Umschlag aus der heiteren Exaltation zur zornmütigen Erregung ohne jedes erkennbare Motiv. In manchen Formen der schweren Manie überwiegt der zornige Affekt (Mania furiosa). In selteneren Fällen treten auf der Höhe der Erregung Illusionen und Halluzinationen 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 An-

kleiden, zum Essen. Fordert man sie zu irgend einer bestimmten Bewegung auf (z. B. rechter Arm hoch usw.), 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 verlangsamt 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 Hemmung. 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 widerspiegelt. 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 raisonnante*“ 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.

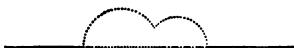
Wir haben gesehen, daß sowohl die manischen wie die depressiven Phasen des manisch-depressiven Irreseins durch je drei Kardinalsymptome gekennzeichnet sind, die sich einander genau entsprechen, nämlich:

	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 Vorstellungslebens	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:

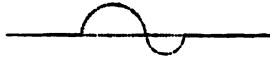


Manchmal entsteht der manische Stupor mitten im tiefsten depressiven Stupor, indem sich der bis dahin tieftraurige, ängstlich-verstörte physiognomische Ausdruck in den entgegengesetzten euphorischen verwandelt. Der Verlauf dieser Phase wäre also:



2. Die agitierte Depression mit Ideenflucht entsteht ebenfalls aus der typischen maniakalischen Exaltation, indem nur die Euphorie in die Depression sich ver-

wandelt, und im übrigen alle anderen Symptome der manischen Phase: Ideenflucht und motorische Erregung unverändert fortbestehen. Derartige Kranke bringen ihre zahlreichen nervösen Beschwerden, hypochondrischen Klagen und melancholischen Ideen meist in einer raschen, ideenflüchtigen Rhetorik hervor, durchsetzt von Selbstanklagen und Versündigungsideen (melancholische Ideenflucht). 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 zutage.

Das Schema einer unproduktiven Manie ist:



Bei allen Mischzuständen des manisch-depressiven Irreseins spielt die genaue Analyse des physiognomischen Ausdrucks für die Diagnose oft die entscheidende Rolle. Zugleich sind die physiognomischen Ausdrucksmittel und die oft längere Zeit andauernden eigenartigen physio-

gnomischen Mischzustände der Manisch-Depressiven von größtem Interesse für die Physiognomik. Bei der unproduktiven Manie z. B. finden wir physiognomisch eine Mischung von Euphorie und Depression, die sich bald ausprägt als humoristische Physiognomie mit dem Beigeschmack des Herben oder des Galgenhumors, bald als typische sauersüße Physiognomie.

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 Rezidiven. Die ersten Anfälle des periodischen und zirkulären 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 „periodische Manie“ und „zirkuläres 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 Dezennium 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.

Es bleibt noch die Frage: Woran können wir erkennen, ob der erste Anfall einer Manie oder Depression wiederkehren wird? Gibt es Anzeichen, die schon beim ersten Anfall gestatten, mit einiger Bestimmtheit eine periodische oder zirkuläre Wiederkehr zu prognostizieren? Folgende Tatsachen sind hier von Bedeutung:

1. Die hereditäre Belastung.

Diese spielt, wie bereits an anderer Stelle erwähnt, bei dem manisch-depressiven Irresein eine sehr große Rolle. Es gibt Familien, in denen die Ahnentafel viele Fälle dieser Krankheit in allen Abstufungen aufweist. Je stärker die hereditäre Belastung, je ausgeprägter das periodische Moment in der Aszendenz, je zahlreicher bei den belastenden Individuen die Anfälle, um so größer die Wahrscheinlichkeit, daß es sich auch bei dem Deszendenten um periodische Zustände handeln wird.

2. Das Alter.

Je früher der erste Anfall eintritt, um so eher kann er zu den periodischen oder zirkulären gerechnet werden.

3. Äußere Veranlassung.

Je unbedeutender die äußere Veranlassung, um so mehr überwiegt offenbar das endogene Element bei der Entstehung des Anfalles. Um so größer auch die Aussicht auf Wiederkehr.

4. Der Verlauf des Anfalles.

Die periodischen und zirkulären Zustände von Depression und Manie, sowie die Mischzustände beginnen meist ganz abrupt und unmotiviert, erreichen rasch das Höhestadium, und brechen oft ebenso plötzlich ab, wie sie entstanden sind.

Differentialdiagnose.

1. Die manischen Zustandsbilder müssen gegen Katatonie und Paralyse abgegrenzt werden, wo ebenfalls manieähnliche 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.

Für die Differentialdiagnose aller Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins gegen solche der *Dementia praecox* sind ferner die bei der *Dementia praecox catatonica* ausführlicher geschilderten Pupillenverhältnisse oft von Entscheidung. Beim manisch-depressiven Irresein wird das Fehlen der Pupillenunruhe, der Psycho-reflexe und der reflektorischen Erweiterung der Pupille auf sensible Reize (bei erhaltener Lichtreaktion) niemals beobachtet.

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 zirkuläres 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 zirkulären Irresein.

6. Einige Fälle von Paralyse können an zirkuläres 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 präsenilen Beeinträchtigungswahn
- und 4. die senile Demenz.

1. 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

keit sind nie fehlende Initialsymptome. Typisch ist für das Initialstadium eine eigenartige Ratlosigkeit und Unschlüssigkeit. Ab und zu werden Selbstbeschuldigungen und Suizidideen geäußert.

Bald vollzieht sich jene charakteristische Umwälzung in der gesamten Gefühls- und Denksphäre, die der Melancholie aller Länder und Zeiten eigen ist und die in gewisser Hinsicht das Gegenstück bildet zum paranoischen Wahn. Wie mit einem Zauberstab ins Trübe und Düstere verändert erscheint dem Melancholischen die ganze Welt; alle Erlebnisse, Glück und Freudiges lösen Schmerzgefühle aus, Musik steigert die innere Qual oft ins Unerträgliche und verursacht mehr oder weniger starke depressive Erregungen, die Liebe zu Mann oder Weib und Kind ist wie erkaltet und erstorben, alles Interesse an Beruf und Mitmenschen verschwunden, und alles dies wird empfunden als innere Leere und Hohlheit, es wird begleitet von einem Gefühl des Abgestorbenseins aller Empfindung. Viele Melancholische glauben auch Gefühle für Recht und Unrecht verloren zu haben, fühlen sich ganz abseits stehen von Gut und Böse und darum selber in ihrer moralischen Wertigkeit herabgesetzt. Selbstvorwürfe, Selbstanklagen und melancholische Wahnideen entspringen alle gleichzeitig auf dem Boden dieser pathologischen Grundstimmung, die sich aus drei Komponenten zusammensetzt:

1. dem Gefühle der inneren Veränderung und Umwandlung;
2. dem Gefühle der Abtötung der ethischen und altruistischen Empfindungen;
3. aus dem Gefühle der inneren Insuffizienz.

Alle melancholischen Selbstvorwürfe und Wahnideen könnte man logisch auf normalpsychologische Weise aus der melancholischen Grundstimmung herleiten. Sie bilden gewissermaßen einen Kommentar dazu, und haben alle im Gegensatz zu den Größenwahnvorstellungen die

Tendenz der Selbstverkleinerung, der moralischen Herabsetzung und Selbstbeschuldung gemeinsam.

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 Präkordialangst, weshalb man Melancholische oft daran erkennt, daß sie die Hand auf die Herzgegend pressen. Doch wird sie auch in den Unterleib, in den Hinterkopf, in den Hals oder andere Gebiete lokalisiert.

3. Sehr rasch entwickeln sich bei der Mehrzahl der Melancholiker Wahnideen. 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 Wahnideen 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. Manch-

mal bewegen sich die depressiven Wahnideen 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 Wahnideen 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 Wahnideen. 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.

lischen 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—12 Worte, manchmal bilden Interjektionen: „O, Gott!“ und kurze Klagelaute die einzigen sprachlichen Leistungen.

5. Sinnestäuschungen verschiedener Sinne, Visionen und Halluzinationen 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 un-

gestört. Nur in dem seltenen depressiven Wahn *sensu strictiori* kommt es zu einer völlig illusionären Ver-
kennung der ganzen Umwelt.

Je nach dem Vorherrschen einzelner Symptome wäh-
rend des Gesamtverlaufes spricht man:

- a) von *Melancholia simplex* (*mélancholie sans délire*), bei der die traurige Verstimmung dominiert, während markantere Wahnideen und ängstliche Erregungen fehlen. Diese außerordentlich häufigen Fälle sind meist auch nur von geringer Denkhemmung begleitet, während die Willensschwäche sehr ausgeprägt zu sein pflegt. Die Verständigung mit diesen Kranken ist meist leicht, da sie ihre melancholischen Ideen noch relativ zusammenhängend vortragen können. Sie machen auch der Diagnose die geringsten Schwierigkeiten. Der Verlauf ist meist rasch und günstig. In drei bis vier Monaten tritt Genesung ein;
- b) von *Melancholia anxiosa*, bei der der Affekt meist zu lebhafter Angst gesteigert ist und sich in dauernder motorischer Unruhe entlädt. (Auch *Melancholia agitata*). Diese Fälle finden sich häufiger bei älteren Kranken, besonders auch senilen Melancholischen. Kranke mit *Melancholia agitata* bieten ein ganz anderes Bild als solche im einfachen Depressionszustande. Sie sind von beständiger ängstlicher Unruhe erfüllt, lassen die Blicke ängstlich erregt umherschweifen, irren plan- und ziellos umher, raufen sich die Haare, klagen und jammern laut, ringen die Hände, schlagen sich mit der Faust an Kopf und Brust, zerkratzen sich den Körper, kurz — geben ihrer Angst jeden möglichen sprachlichen und mimischen Ausdruck;
- c) von *Melancholia stuporosa*, in der die Hemmung überwiegt, und es zu einer hochgradigen Gebundenheit des ganzen psychomotorischen und Vorstellungslebens kommt. Diese Form der Melan-

cholie stellt einen seltenen Verlaufstypus der echten Melancholie dar. Die Kranken befinden sich im völligen Stupor, antworten nicht, sprechen spontan gar nicht, sind ohne jede Initiative, reagieren nicht auf äußere Reize (Schmerzreize), zeigen meist leichte Grade von Katalepsie und an das Widerstreben Katatonischer erinnernden leichten Negativismus. Das Gesicht ist meist wie versteinert und läßt den traurigen Affekt nicht immer deutlich erkennen. Meist überwiegt im physiognomischen Ausdruck die Ratlosigkeit und die enorme Hemmung. Der melancholische Stupor ist prognostisch immer von zweifelhafter Bedeutung. Je länger er andauert, um so schlechter wird die Prognose. Völlige Genesung ist nicht selten.

Je nach dem Inhalte der bei Melancholie vorkommenden 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.

Krankheitseinsicht fehlt auf der Höhe der Krankheit völlig. Die Kranken glauben an ihre Wahnideen. Daher die häufig vorkommenden Versuche der Laien und Angehörigen, sie ihnen auszureden, meist verfehlt sind und nur Schaden stiften.

Der Verlauf der Melancholie erstreckt sich durchschnittlich über 8—12—14 Monate. Er wird von Sinken des Körpergewichts, Verdauungsstörungen und anderen 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 Wahn-

ideen 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 usw. 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 melancholieähnliches 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 Klimakteriums, 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 drei 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 Fäzes, 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 inneren 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, „Schwitern“, „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 so viel 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 empfan-

gen. 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 Dar-niederliegen des Appetits zu klagen.

Oft wird bei der leisesten Berührung des Körpers Schmerz geäußert (Hyperästhesie), Schluckbeschwerden, Atembeklemmung, Singultus, Meteorismus, Tachykardie, 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, Atemkrämpfe, 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 vereinzelt, 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 Wahndee in bunter Abwechslung auf die Szenerie.

3. Die Verfolgungsideen Präseniler sind korrigierbar: wenigstens lassen sich die Kranken ihre Wahndeeen häufig ausreden. Freilich treten immer wieder neue Wahndeeen statt der verlassenen auf.

4. Sehr häufig zieht sich wie ein roter Faden durch die abwechslungsreiche Fülle schwachsinniger paranoischer Wahndeeen 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 Halluzinationen 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 Wahndeeen bleiben bestehen.

Differentialdiagnose.

1. Gegen Paranoia. Alles, was als charakteristisch für die Wahndeeen 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 Gedäch-

nis- 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 senil Demente sinkt immer tiefer und tiefer.

3. Gegen Paralyse. Ausnahmsweise könnte eine Spätparalyse den Symptomenkomplex des präsenilen Beinträchtigungswahns 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. Sie beruht auf einer diffusen senilen Atrophie des Gehirns, besonders des Stirnhirns. Pathologisch-anatomisch finden wir: Atrophie des Kraniums, Hydrocephalus externus, Verwachsungen der Dura mater mit Schädeldach, leichte Verwachsungen der Pia mater mit der Hirnsubstanz und als wichtigstes Symptom: Atrophie der Hirnsubstanz. Das Hirngewicht ist dementsprechend fast immer verringert. 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 Verblödung, unter manie-, melancholie-, paranoiaähnlichen und anderen Zustandsbildern entwickeln.

Ihren Verlauf kann man in drei 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 lasziv, 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 Symptomenkomplex. Die Kranken werden depressiv, mißtrauisch und verschlossen. Sie äußern Verfolgungsideen, glauben sich bestohlen, vergiftet, am Leben 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 Konfabulationen, 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 Halluzinationen 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 Konfabulationen. Da der Symptomenkomplex Amnesie — Störung der Merkfähigkeit — Konfabulieren völlig entwickelt ist, spricht man hier von „seniler Korsakoffscher Psychose“ (Presbyophrenie Wernicke). Sie bevorzugt weibliche Individuen und kommt nicht selten als eine Art akuten Deliriums vor, die im Verlauf weniger Wochen in völlige Heilung übergehen kann. In der Mehrzahl der Fälle jedoch besteht die tiefe Störung der Orientierung fort; die Kranken, die äußerlich einen besonnenen und korrekten Eindruck machen, und meist in einer leicht gehobenen, euphorischen Stimmung sich befinden, zeigen bei näherer Erforschung enorme Defekte der Merkfähigkeit und lassen auch meist das typische Symptom, das Konfabulieren, rasch und leicht erkennen. Allmählich geht diese chronische Form der Presbyophrenie in Apathie, die nur gelegentlich von schwachsinnigen, zornmütigen Erregungen unterbrochen wird, und hochgradige Demenz über. Am Tage tritt meist eine auffallende Besonnenheit ein. Für die nächtlichen deliranten Erlebnisse besteht meist Amnesie. Wie es scheint, findet sich der senile Korsakoffsche Symptomenkomplex 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 tieferer 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 paralyseähnliche 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 usw. 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 gar nicht 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 Mastdarmstörungen sind nicht selten.

Appetit und Verdauung sind bei den senil Dementen oft auffallend gut.

Im III. Stadium ist tiefer Blödsinn eingetreten. Unter zunehmendem 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 Fazialis 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 anderen 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 in Betracht, die ein melancholisches Initialstadium haben.

3. Gegen präsenilen 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 Kardinalsymptome der manischen oder depressiven Phase des zirkulären Irreseins kaum völlig entwickelt; dafür ist geistige Schwäche nachweisbar, die beim manisch-depressiven Irresein fehlt.

5. Auch im Senium kommt echte halluzinatorische 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 Zahl der Theorien über das Wesen der Hysterie ist unendlich groß. Meist erheben sie ein Symptom der Krankheit zum Kardinal- und Angelpunkt, von dem aus diese Sphinx aller Psychosen dann, verquickt mit normal-psychologischen Motiven, erklärt wird. Immerhin ist der gewaltige Fortschritt in der Hysterieauffassung der letzten Jahre, der besonders auch der Therapie zustatten gekommen ist, unverkennbar, und wo früher jedes dra-

stische Mittel gegen die krankhaften „Einbildungen“ der Hysterischen berechtigt und eine gewisse therapeutische Brutalität gegen die unglücklichen Hysteriker zeitweise als Glanzleistung des Psychotherapeuten gelten konnte, da herrscht heute das richtig geleitete, kluge ärztliche Mitgefühl und diejenige Höhe souveräner Toleranz, die den Psychiater gerade der Hysterie gegenüber auszeichnen muß.

Summa Summarum: Die Hysterie ist vorwiegend eine Krankheit der Seele, und ihre durchweg psychopathologischen Symptome mit normalpsychologischen Motiven nicht zu erklären.

Sie ist eine vorwiegend weibliche Krankheit, denn es erkranken mindestens zehnmals soviel Frauen als Männer, während im Kindesalter Knaben wohl fast ebenso leicht ergriffen werden können als Mädchen. Bei den germanischen Völkern sehen wir die Männer selten von ausgeprägter Hysterie ergriffen — Renten hysterie hierbei ausgenommen —, während sie bei den Romanen, Slawen und Juden häufiger daran erkranken. Offenbar spielt die Rasse eine wesentliche Rolle bei der Entstehung der männlichen Hysterie.

Der Name Hysterie (von ὑστέρα = uterus) ist also durchaus nicht so unberechtigt, wie man es in neuerer Zeit gern hinzustellen beliebt. Gewiß spielen Uteruskrankheiten trotz der Geschäftigkeit der Gynäkologen, die die Hysterie gerne auf Parametritis, Endo- und Perimetritis zurückführen, die geringste Rolle bei der Entstehung des Leidens, aber sicher ist, daß die Hysterie innig aus der besonderen sexualen Verfassung des Weibes, aus seinem ganzen psychischen Sexualcharakter herausfließt, und mag sie auch zumeist im Unterbewußten und Unbewußten der weiblichen Psyche ihre verborgenen Quellen haben und ihre seltsamen Verquickungen und Verwurzelungen eingehen. Das ist auch der wahre Kern an der sehr geistvollen, aber einseitigen Theorie Freuds, der dem sexuellen Trauma in der Kindheit die ent-

scheidende Rolle bei dem Zustandekommen der Hysterie zuweist. Also: Die Hysterie ist die weibliche Psychose par excellence. Was die Neurasthenie für die Männer, das bedeutet die Hysterie für die weibliche Welt.

Ferner: Die Hysterie ist zugleich eine Neurose, d. h. wir finden zahlreiche durch physiologische Gesetzmäßigkeit nicht begründete Störungen der Nerventätigkeit, durch die selten vereinzelte, meist mehrere Funktionen von Organen oder von Körperteilen der zweckmäßigen und harmonischen Zusammenarbeit im Organismus entzogen und lahmgelegt werden.

Finden wir, wie oft, einen bestimmbaren Bewußtseinsvorgang als Ursache des Ausfalles, so ist dessen psychogener Charakter bewiesen.

Damit ergibt sich als Kernpunkt der Hysterie als Neurose, daß greifbare, oft schwere körperliche Störungen entstehen auf rein funktioneller Grundlage.

Verfällt der Gesunde oder geistig Starke bei plötzlichem Schreck in eine vorübergehende Hemmung seines gesamten Bewegungsapparates, die sich rasch und ohne dauernde Störung wieder löst, so trägt die Hysterische dabei eine länger dauernde schwere Lähmung davon; wird jenem in der Angst die Zunge und Sprache momentan gelähmt, so entsteht bei ihr ein länger oder kürzer dauernder hysterischer Mutismus; finden wir nach starker Gemütserschütterung auch bei jenem eine mehr oder weniger hochgradige Unempfänglichkeit für körperlichen Schmerz, so reagiert die Hysterische mit mehr oder weniger über den Körper verbreiteter Anästhesie.

Wir erkennen an den erwähnten Beispielen zugleich, welche ungewöhnliche Rolle bei der Hysterie die Affekte spielen. Bei allen Hysterischen ist die affektive Sphäre immer stark ins Pathologische verändert. Ja, diese Veränderung ist derart offensichtlich, daß sie häufig die Grundlage für eine allerdings nicht erschöpfende Theorie der Hysterie gegeben hat. Das Wesentliche ist das starke

Mißverhältnis zwischen den Gemütsbewegungen und den Ausdrucksbewegungen im weitesten Sinne. Die Emotivität ist bei allen Hysterischen enorm gesteigert, daher die Reizschwelle auf ein Minimum vermindert, die Reaktionen oft ins Maßlose und Grotteske übertrieben. Doch ist durchaus nicht immer derselbe Reiz von derselben Wirkung, im Gegenteil ist die Unberechenbarkeit und Launenhaftigkeit der hysterischen Reaktionsweise gegenüber gleichartigen Reizen charakteristisch. Auch vorübergehende starke Apathie und ein zu dem sonst so emotiven Grundtypus der Hysterischen in schroffem Gegensatz stehendes Versagen aller gemütlichen Ansprechbarkeit wird nicht selten beobachtet. Geringfügige Ereignisse können sie zu den erregtesten theatralischen Klageszenen hinreißen. Hingegen bleiben sie oft bei erschütternden Trauerfällen, die jedes menschliche Gemüt ergreifen, eiskalt und ungerührt. Es wäre verkehrt, hier immer schauspielerische Make zu suchen. Sicher ist, daß meist eine wirkliche Ermüdung der nervösen Zentren vorliegt. Hier gilt der Satz: Alle Hysteriker sind auch neurasthenisch!

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.

Welche große Rolle die hereditäre Veranlagung bei der Hysterie spielt, in wie hohem Maße sie eine endogene Störung ist, erhellt daraus, daß wir in der Aszendenz viele Fälle von Hysterie und manisch-depressivem Irresein, Psychopathen und Alkoholiker, seltener Epileptiker finden. Oft wird die Hysterie der Töchter direkt von der Mutter ererbt.

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.

Es zeigt sich eben, daß jener beim Normalmenschen vorhandene, so fein spielende Hemmungsapparat, der beständig alle Äußerungen unseres Affektlebens, unsere Vorstellungen, Worte, Mienen und Handlungen nach den Empfindungen und Reaktionen unserer Mitmenschen ein-

stellt und reguliert, der unseren geselligen Verkehr und die Beziehungen von Mensch zu Mensch in individuell abgestimmten Schranken hält, bei den Hysterischen entweder verkümmert oder stark gestört ist. Es fehlt die wahre Intelligenz, weil die höheren psychischen Zentren ausgeschaltet und untergeordnete mehr automatisch funktionierende dafür um so freier walten können.

2. Die Beeinflußbarkeit. Alle hysterischen Individuen sind außerordentlich beeinflufßbar, sie unterliegen leicht äußeren Eindrücken (*impressionables*), und besonders Anziehungskraft hat für sie alles Neue, was interessant erscheint.

Den besten Beweis für die große Rolle, die die Suggestibilität bei der Entstehung der Hysterie von jeher gespielt hat, liefern uns die zahlreichen Epidemien hysterischer Erkrankungen, wie sie uns aus vergangenen Zeiten (Tanzepidemien, Flagellanten) berichtet sind und auch in unserer Zeit immer wieder noch vorkommen.

3. Der hysterische Negativismus. Im Gegensatz zu der enormen Beeinflufßbarkeit und nicht selten ganz unvermittelt auf sie folgend, tritt oft ein stark negativistisches Verhalten zutage, 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 Sucht, 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 geflissentlich zur Schau getragenen Martyriums sind sie oft gegen die Freuden des Lebens durchaus nicht gleichgültig, sondern meist putz- und nachsüchtig, eitel und neugierig. Und doch ist dieser ganze Egoismus der Hysterischen ein krankhafter und verfehelter, man möchte sagen: schwachsinnig. Etwas, was allen geistig Gesunden angeboren und was in ihnen mächtig ist, das fehlt: es ist kurz gesagt der Wille zur Gesundheit.

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 körperlichen Symptome der Hysterischen, die teils als nervöse Reiz-, teils als nervöse Ausfallerscheinungen 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 usw., werden stärker.)

2. Starke Affekte verstärken, beseitigen oder vermindern die Symptome. Nicht selten entstehen Kontrakturen, Lähmungen usw. hysterischer Natur nach starken Affekten (Angst, Schrecken).

3. Suggestion hat großen Einfluß auf alle Symptome. Alle möglichen Mittel, Elektrizität, Magnetismus, Medikamente usw. 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 präzierten 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 Klavus (d. i. Nagel), ein stechender, zirkumskriptor 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 Wirbelsäure. 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.

Ich erwähne hier der Anschaulichkeit wegen folgenden Fall: Infolge eines starken Schreckens verliert ein junges Mädchen die Sprache, sie wird gänzlich aphonisch und kann nur mit Flüsterstimme sprechen. Bei der Untersuchung findet der Arzt eine völlig ausgebildete, hochgradige Anästhesie der ganzen linken Körperhälfte, die scharf in der Mittellinie abschneidet, sowie eine Anästhesie der behaarten Kopfhaut (sog. „Kopfhaube“) selbst. Tiefe Nadelstiche werden nicht schmerzhaft empfunden.

Der Kornealreflex ist auf der anästhetischen Seite herabgesetzt, während alle anderen Reflexe ungestört sind. Trotz der erheblichen Gefühllosigkeit der Hand kann die Kranke sie gebrauchen wie eine normale, an der nichts gestört ist. Jede andere Form der Anästhesie würde das unmöglich machen. Besonders bei den tiefgehenden Anästhesien der Syringomyelitiker sind schwere Verbrennungen die Regel. Die Hysterische, die nichts fühlt, die vielleicht am ganzen Körper anästhetisch ist, bewegt sich wie eine Gesunde, sie verbrennt sich nicht wie jeder andere anästhetische Kranke, sie weiß allen solchen Gefahren auszuweichen. Wiederum: wird sie unvermutet in eine anästhetische Hautpartie gestochen, so erleben wir nicht selten ein deutliches Zusammenzucken, das von der Apperzeption des Schmerzes Zeugnis ablegt und den Gedanken an eine Simulation nahelegen könnte.

In vielen Fällen werden charakteristische Symptome erst durch den untersuchenden Arzt hervorgerufen, daher die Kunst des Ignorierens bei keiner Krankheit solche Rolle spielt wie bei der Hysterie.

Oft gelingt es durch Druck auf hyperästhetische Stellen Krampfanfälle auszulösen (hysterogene Zonen). Solche „hysterogenen Zonen“ können sich überall am Körper finden. Am bekanntesten ist, wohl mit Unrecht, die Ovarialgegend als hysterogene Zone.

b) Sensorische Störungen.

Hier ist am häufigsten die konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, seltener einfache Herabsetzung der Sehschärfe. Herabsetzung der Farbensmpfindung (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 Tremorerscheinungen: Lidklonus, 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 Lidklonus 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, vereinzelte 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 Fazialisparese oder Fazialislähmung, durch die Komplikation mit Hemi-anästhesie 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 zirkumskriptes Schwitzen, Stauungen, Ödeme und andere. Auch diese Störungen sind psychisch beeinflussbar.

e) Im Verdauungssystem kommen vor: Globusgefühl im Leib, Ruktus, Singultus, Meteorismus und Erbrechen.

f) Auch Temperatursteigerungen (hysterisches Fieber) und Tachykardie 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 halluzinatorisches 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 Gehörshalluzinationen 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 Gesticulation, ein lebhaft gesteigertes Mienenspiel, vage paranoische Vorstellungen und oft eine gezierte, getragene Redeweise begleiten den Zustand, der meist rasch zu vollem Bewußtsein überführt (*délire 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 luziden Phasen miteinander in

assoziativem 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 luziden Phasen noch markanter; man spricht von *dédoublement de la personnalité*.

Die hysterischen Dämmerzustände sind häufig in Epidemien aufgetreten (in Schulen), besonders im Mittelalter (Nonnenkloster).

4. Besonders bei jugendlichen Hysterischen kommen vorübergehend manieähnliche 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 Echinokokkus 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 (Morbus sacer).

Die Epilepsie ist eine meist auf schwerer erblicher Belastung beruhende Gehirnkrankheit, die durch das periodische Auftreten von Bewußtseinsstörungen mit Konvulsionen charakterisiert ist.

Die hereditäre Belastung ist weitaus der wesentlichste Faktor bei der Entstehung der Epilepsie. Wir finden vorwiegend Epileptiker und Alkoholiker, ferner Paralytiker, Syphilitiker, Hysterische, seltener einfache Psychopathen in der Aszendenz.

Im individuellen Leben erworben wird Epilepsie wesentlich durch zwei Ursachen: Alkoholismus und schweres Kopftrauma. Doch dürfte auch in diesen Fällen die hereditäre Disposition eine Rolle spielen.

Eine einheitliche pathologisch-anatomische Grundlage ist bisher für die Epilepsie trotz der hochentwickelten mikroskopischen Technik und Diagnostik nicht entdeckt worden. Die häufig angetroffene Sklerose des Ammonshornes sowie die oft recht verbreitete Gliawucherung sind als Folgeerscheinungen des fortschreitenden epileptischen Zustandes zu betrachten. Sicher wird man in späteren Zeiten Strukturveränderungen im Gehirn nachweisen können, die für Epilepsie typisch sind, doch kann man schon heute sagen, daß nicht die Anatomie, sondern die pathologische Physiologie das Problem Epilepsie lösen muß. Offenbar sind es eigenartige Veränderungen in der chemisch-molekularen Energetik des Gehirnes, die auf abnorme Stoffwechselstörungen im Organe selber zurückzuführen sind, und die einem gewissen automatischen Rhythmus unterliegen. Die Autointoxikation, die der Kern dieser pathologischen Stoffwechselforgänge sein muß, dürfte sicher im Zentralorgan selber ihre Ursache haben, wenngleich vielleicht auch die Drüsen mit innerer Sekretion, die Thyreoidea, die Hypophysis, die Ovarien und die Parathyreoidea eine noch unerforschte Rolle spielen.

Die epileptischen Anfälle sind nur als die Höhepunkte jener Vorgänge zu bewerten, in denen eine Entladung der pathologisch-überreizten, vielleicht durch Hirntoxine übererregten, erblich degenerierten Ganglienzellen vollzogen wird, vielleicht mit der Tendenz, die angesammelten Toxine zu eliminieren.

Den Ausgang für die Krampfanfälle bildet wohl zweifellos die Hirnrinde. Die vergleichende Hirnphysiologie läßt den fast sicheren Schluß zu, daß aller Klonus von der Hirnrinde ausgelöst wird, aller Tonus aber in unteren, subkortikalen Zentren verursacht wird. Der Ver-

lauf des typischen epileptischen Anfalles vom Klonus zum Tonus läßt also die Erklärung zu, daß die ursächlichen Reize von der Hirnrinde, vielleicht von der motorischen Sphäre ausgehen, während die niederen Zentren erst später in Erregung geraten. Die Störung des Bewußtseins, die den Anfall einleitet, verweist ebenfalls den Beginn der Konvulsion auf die Hirnrinde.

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 auftretende 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 außerstande 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 klonische Phase erwacht der Kranke zum Bewußtsein.

Oft sind im Anfall leichte klonische Zuckungen im Bereich der mimischen Muskulatur, besonders der Lippen, ferner eigenartige Schmeck- und Kaubewegungen. Die Pupillen sind meist ad maximum erweitert.

- 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 Fazialis), 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 Fäzes werden entleert, der Puls ist klein, hart und beschleunigt.

3. Phase der klonischen 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 Koma 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 retrograde 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. procursiva*). Bei manchen tritt periodisch typische *migraine ophthalmique* ein, in seltenen Fällen neben typischen großen Anfällen isolierte Zwerchfellkrämpfe mit Dyspnoe und Bewußtlosigkeit (*respiratorische Epilepsie*).

Nicht selten kommt es vor, daß die Anfälle ununterbrochen einander ablösen, ohne daß der Kranke das Bewußtsein wiedererlangt, und stunden- und tagelang andauern. Schließlich entsteht ein dauernder Krampfstand (*Status epilepticus*), in dem die Temperatur erheblich steigt (bis zu 41,5°) und *Periculum vitae* eintritt. Die Hälfte der Patienten im *Status epilepticus* geht daran zugrunde.

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, Fazialisgebiet) 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 anderen Epileptikern tritt ein automatischer Wandertrieb ein (*Poriomanie*), in-

folgedessen 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 Suizid-, hypochondrische und Beeinträchtigungsideen. Die Zustände gehen meist rasch vorüber.

3. Vorübergehende Zustände mit mehr oder weniger tiefer Bewußtseinsstörung (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 Geistesstörungen 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 Deliri-

um), 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 Einförmigkeit 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 weit-schweifig, neigen zu klingenden Worten, stereotypen Phrasen und zeigen nicht selten Sprachverdrehtheit. Oft tritt eine ostentativ zur Schau getragene Religiösität hervor. Nicht selten entwickeln sich hysterische Züge. Meist werden sie völlig von egoistischen Vorstellungen beherrscht, die altruistischen erlöschen allmählich. Dabei sind sie in pharisäerhafter Weise selbstgerecht und von übertriebenem Selbstbewußtsein. Der fortschreitende Schwachsinn engt ihren Horizont mehr und mehr ein, die Assoziationsweite sinkt immer mehr, und um so deutlicher tritt das egozentrische Moment bei allem, was sie denken und tun, hervor.

Die assoziativen Reaktionszeiten sind meist stark verlängert, die Auffassung ist sehr erschwert, Gedächtnis und Merkfähigkeit werden beide fortschreitend reduziert. Die Reproduktion des Erlebten ist meist mangelhaft. Alle Epileptiker neigen zum Schwindeln und Lügen. Bei vielen findet man eine ausgeprägte Eitelkeit und Selbstgefälligkeit.

Alle Epileptiker sind alkohol-intolerant. Dies ist geradezu differentialdiagnostisch verwertbar. Der Alkohol ist für die Epileptiker das Gift par excellence.

Epileptiker erreichen selten ein höheres Alter. Die Mehrzahl stirbt um das 30. Lebensjahr. Lungenkrankheiten und Status epilepticus rafften sie vorzeitig dahin.

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.

Natürlich nur bei genuiner Epilepsie. Doch ist wohl zu beachten, daß die überwiegende Mehrzahl der Spätepilepsien organischen Ursprungs ist (meist Hirntumoren, ferner Paralyse, Lues, Cysticercus cerebri und Erweichungen).

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, Hirnabszeß (Rindenkrämpfe!).

II. Bei Intoxikationen (Alkohol, Blei, Urämie).

Erst wenn diese Ursachen ausgeschlossen sind, ist die Diagnose auf genuine Epilepsie sicher. Je älter das

Individuum 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
1. Oft typische Aura.	1. Aura selten.
2. Beginn unabhängig von äußern Veranlassungen.	2. Beginn oft nach psychischen Erregungen.
3. Initialer Schrei.	3. Initialer Schrei selten.
4. Starker Gefäßkrampf (Leichenblässe).	4. Geringer oder fehlender Gefäßkrampf. Oft gesunde Röte.
5. Plötzlicher Sturz mit oft schweren Verletzungen.	5. Vorsichtiges Hingleiten oder schonender Fall ohne Verletzungen.
6. Verzerrtes, entstelltes Antlitz.	6. Grimassieren mit geringer Entstellung des Gesichts.
7. Asphyxie, zyanotische Gesichtsfarbe.	7. Keine Asphyxie, Gesichtsfarbe echauffiert, nicht zyanotisch.
8. Träge oder lichtstarre Pupillen.	8. Träge oder lichtstarre Pupillen sehr selten.
9. Zungenbiß.	9. Zungenbiß fehlt.
10. Abgang von Urin usw.	10. Selten unfreiwillige Entleerungen.
11. Arc de cercle sehr selten.	11. Arc de cercle.
12. Einfache klon. Zuckungen, ausgeprägt unwillkürlich.	12. Außerordentl. verschiedenartige Krampfbewegungen, die oft sofort den Eindruck des Willkürlichen machen. (Mehr Ausdrucksbewegungen.)
13. Stertoröses Koma.	13. Kein Koma, kein Stertor.
14. Dauer $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ Minuten.	14. Dauer $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde und länger.
15. Vollständiger Bewußtseinsverlust während des Anfalles.	15. Bewußtseinstäubung fehlt, oder gering, oder erst gegen Ende des Anfalls.
16. Sehr oft (in etwa 80% der Fälle) Babinskis Reflex positiv.	16. Babinski fehlt.

Epileptischer Anfall	Hysterischer Anfall
17. Oft Blutdruck stark erhöht.	17. Blutdruck wenig oder gar nicht verändert.
18. Abhängig von Witterung, besonders Gewitter, Schwüle und starkem Steigen oder Fallen des Barometers, auch von grellem Mondschein.	18. Unabhängig von meteorologischen Einflüssen.

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 Hysteroepilepsie, 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 (Hydrozephalie), 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.

Wir müssen, wie in der Neurologie, scharf trennen zwischen der Chorea minor und der Chorea chronica progressiva. Die Chorea minor (Syden-

hamsche Chorea) oder im Volksmunde Veitstanz, wird sehr häufig von psychischen Störungen begleitet. Auch echte Psychosen treten nicht selten auf. Sie ergreift vorwiegend Kinder und Jugendliche vom 5. bis 16. Lebensjahre; die Mädchen dreimal so häufig wie die Knaben. Man kann unterscheiden zwischen zwei Formen der Chorea minor:

1. Der Chorea rheumatica s. infectiosa, und
2. der Chorea psychogenes.

Im allgemeinen spielt die hereditäre Belastung bei der Entstehung der Chorea minor keine Rolle. Doch dürfte eine individuelle nervöse Disposition wohl in allen Fällen, auch in denen infektiösen Ursprungs, vorliegen. Es handelt sich meist um zarte, schwächliche, sensible Kinder.

Die Chorea rheumatica ist als eine metarheumatische Affektion aufzufassen; in den anderen Fällen überwiegen die psychischen Ursachen (Schrecken, seelische Erregungen).

Man kann die psychischen Störungen bei Chorea minor einteilen in leichtere, mittlere und schwere Grade.

- a) Bei fast allen Choreakranken trifft man eine mehr oder weniger große Erreglichkeit, große Unstetigkeit und Zerstreutheit. Choreatische sind labil in ihrer Stimmung, neigen zu starken Gefühlsausbrüchen und entwickeln manche an Hysterie erinnernde Charakterzüge.
- b) Die für Chorea minor typische Psychose verläuft unter dem Bilde einer mehr oder weniger stürmischen Amentia (akute halluzinatorische Verwirrtheit). Es sind Zustände deliriöser Desorientiertheit mit motorischer Erregung und Halluzinationen, besonders des Gesichts.
- c) Selten sind Zustände von apathischer Benommenheit bis zu völligem Stupor. Diese schweren Bewußtseinsstörungen pflegen ernster Prognose zu sein.

Andere Psychosen sind seltener bei Chorea minor. Man hat manieähnliche Erregungszustände mit großer Inkohärenz im Gedankengange und schreckhaften Visionen, sowie Depressionszustände beobachtet.

Die Chorea gravidarum ist meist gutartig. Sie betrifft vorwiegend sehr jugendliche Erstgebärende, und ist oft von depressiven Zuständen begleitet.

Die seltene Chorea puerperalis dagegen ist fast immer eine ernste Erkrankung. Sie ist wohl immer infektiösen Ursprungs, von organischen Herzaffektionen und wilden Zuckungen begleitet. Gerade bei ihr kommen häufig schwere Amentiaformen vor, die letal endigen.

Im übrigen ist die Prognose der geistigen Störungen bei Chorea minor die der Grundkrankheit. Sie ist also meist günstig.

Die Chorea chronica s. degenerativa s. hereditaria (Ch. Huntingtoni) ist, wie schon der Name besagt, ein Erbübel. Sie kommt meist familiär vor; wir kennen ganze Stämme, in denen sie immer wiederkehrt; z. B. wurde eine Familie bekannt, wo in zwei Generationen 13 Fälle zur Beobachtung kamen. Selten tritt sie vereinzelt auf. In der Aszendenz der Kranken finden wir außer der Chorea chron. selber Fälle von Epilepsie und Hysterie. Die Krankheit beginnt ohne nachweisbare Veranlassung zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre, seltener früher oder später, und zeigt dann eine stetige Tendenz zum Fortschreiten. Wir finden wohl immer anatomische Veränderungen der Hirnrinde, die in Atrophie der Ganglienzellen und Wucherung der Neuroglia bestehen. Pathologisch-anatomisch wäre der Prozeß als chronische disseminierte Enzephalitis zu bezeichnen. Die charakteristischen choreatischen Bewegungsstörungen sind wohl sicher auf atrophische Vorgänge im Corpus striatum und in der Regio subthalamica zurückzuführen.

Bei jeder Chorea chronica sind entsprechend diesem

pathologisch-anatomischen Destruktionsprozeß psychische Störungen nachweisbar. Mit dem Beginn der Krankheit setzt auch der psychische Degenerationsprozeß ein, der sich im wesentlichen als gemüthliche, moralische und intellektuelle Verblödung kennzeichnet und so in gewisser Weise an die progressive Paralyse erinnert (*Dementia choreica*). Vorübergehend treten Wahnideen, auch Größenideen, auf. Selbstmordversuche sind nicht selten. Wenn der apathische Blödsinn ausgebildet ist, besteht völlige Einsichtslosigkeit in die trostlose körperliche und geistige Verfassung, wie beim Paralytiker. Der Verlauf der *Chorea chronica* erstreckt sich über Jahre. Die Prognose ist ungünstig.

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 (*Mitralinsuffizienz*), 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.

In seltenen Fällen vermag vielleicht die bakteriologische Untersuchung des Blutes Aufschluß zu geben. Wenn es auch keinen spezifischen Erreger der *Chorea minor* gibt, so sind doch vereinzelt Streptokokken, Staphylokokken und andere Bakterien nachgewiesen worden.

4. Die Neurasthenie.

Es gibt keine Krankheit, deren Wesenheit zu erkennen für den Arzt heute bedeutungsvoller wäre, als die Neurasthenie. Kommen sie doch aus fast allen Berufen zu ihm, hoch und niedrig, und fordern von ihm, dem Seelenkundigen, Heilung. Der gehetzte Großindustrielle, der nach außen und seinen Untergebenen gegenüber noch den überlegenen Herrscher markiert, der ehrgeizige Minister, der vor großem Forum noch meisterhaft und mit Elan die Autorität der Regierung vertritt, der nüchterne Beamte, den die fast automatisch sich abhaspelnde Kette seiner „Tage und Werke“ im gleichmäßigen Zwange festhält, ja — auch der tätige, seelsorgerische Arzt, der draußen vielleicht als Psychotherapeut angesehen ist und vielen Müden und Kranken Kraft und Trost spendet, auch er kommt zum Arzt, zum Nervenarzt, und ist ein schwacher Mensch, der seine Schwachheit fühlt und klagt. Wie ungeheuer ist allein bei uns in Deutschland das Heer der Neurastheniker; welche gewaltigen Aufwendungen an Nervenkraft werden tagaus tagein unnütz vertan, weil so vielen Neurasthenikern im entscheidenden Augenblick jener Funke der Begeisterung, jener gesunde, starke Optimismus fehlt, der allein uns unser Leben siegreich gestalten und überwinden läßt!

Nervenkraft, das ist die Quintessenz eines harmonisch gestalteten Menschenlebens, des Glückes und des Erfolges. Jene hochorganisierte, wunderbare, von unserem Zentralnervensystem ausstrahlende geistige Kraft, deren Wirkungen wir Ärzte tagtäglich an Gesunden und Kranken beobachten, und deren Bedeutung bei der Entstehung der neurasthenischen Klagen doch so wenige Ärzte bisher anerkennen wollen. Immer noch herrscht hier eine stark materialistische Richtung, und die ungeheure Anzahl der Spezialisten, die einen großen Teil unserer neurasthenischen Kranken behandeln und zwar speziali-

stisch behandeln, läßt es dem Einsichtigen wohl erklärlich erscheinen, warum so viele Neurastheniker zum Laienarzt gehen, der seine kleinen Beschwerden zwar kühn vernachlässigt, statt dessen aber mit einer oft erstaunlichen bewußten psychischen Überlegenheit dem kranken Menschen imponiert und neuen Halt gibt.

Bei keiner Krankheit spielt die Persönlichkeit des Arztes, seine psychologische Beobachtungsgabe und seine hohe seelsorgerisch-priesterliche Funktion solche entscheidende Rolle wie bei der Neurasthenie.

Nervenarzt sein heißt Seelenarzt sein.

Darum hat auch nur der wahre Seelenarzt bei den neurasthenischen Kranken Erfolge, der seine Persönlichkeit einsetzt, der psychisch wirken kann und will, der seine große moralische und intellektuelle Überlegenheit als Arzt mit bewußter Kraft anwendet.

Dies alles ist ungemein wichtig zur Erkenntnis des wahren Wesens der Neurasthenie. Diese Erfahrungen des Praktikers geben uns erst den klaren Fingerzeig, was denn eigentlich der psychologische Kern dieser Kulturkrankheit sein mag.

Die Neurasthenie ist nichts weiter als der Ausdruck des Mangels eines völlig harmonischen Seelenlebens, wie wir es beim bodenständigen, selbstsichern Bauern und beim wahrhaft religiösen Menschen heute allein noch antreffen. Alle anderen sind entwurzelt, entweder ist der Anker im Irdischen, oder der im Überirdischen gelöst. Nun haben wir keine große, harmonische Kultur, die alle Volksgenossen gleichermaßen durchdringt, wie zu des Titanen Goethe Zeiten; Wissenschaft und Technik haben unsere Gehirne einseitig abgenutzt und in Beschlag genommen. Es fehlt an praktischer, harmonischer Lebensphilosophie, an gesunder, starker Lebensbejahung, an freier, menschenwürdiger Heiterkeit. Alles verschlingt der wüste Daseinskampf, die Jagd nach Bildung und Genuß, die tolle Unruhe des modernen kulturlosen Lebens.

Das Wesen der Neurasthenie liegt begründet in unserer gegenwärtigen kulturellen Verfassung, die sich ihrerseits, individuell variierend, widerspiegelt in der geistigen Verfassung des Neurasthenikers.

Die Neurasthenie ist also eine ausgeprägt seelische Krankheit. Nur allein in der kranken Seele des modernen Kulturmenschen liegen ihre Wurzeln und Verwurzelungen.

Zwar spielt zweifellos die physiologische Ermüdung der zentralen Nervelemente ihre Rolle. Aber wesentlich ist nicht diese tatsächliche physiologische Ermüdung für den Neurastheniker, sondern die rein psychogene autosuggestierte Ermüdung, die sich ergibt, weil ihm die höhere Weihe einer religiösen Weltanschauung oder einer aus tiefen Quellen völkisch-rassischer Kultur fließenden Harmonie fehlt.

Dies ist, neurologisch-medizinisch gesprochen, der psychologische Kern der Neurasthenie: die psychische Schwäche, die durch krankhafte Steigerung der Autosuggestibilität, welche das Eintreten von deprimierenden und Unlustgefühlen in des Menschen Bewußtsein jederzeit ermöglicht, jene bei uns allen auftretende physiologische Ermüdung ins Groteske übertreibt, und durch krankhafte Selbstbeobachtung bald in diese, bald in jene Glieder und Organe projiziert. Bleibt der Neurastheniker sich selbst überlassen und ohne Erkenntnis des psychologischen Zusammenhanges, so kann dieses Gefühl des Versagens, dieser Pessimismus, dieser Ärger über sich und die Welt, oder wie die psychische Schwäche sich gerade äußern mag, durch die Macht der autosuggestierten Gedanken lawinenartig anwachsen, so daß der Kranke den kleinen, winzigen Ursprungskern darin nicht mehr erkennen kann. Findet er dann den richtigen Seelenarzt, der ihn sich selbst erkennen läßt und ihm beweist, daß er nur genau in dem Umfange kraftlos ist, als er zu sein sich vorstellt, so fällt der ganze durch

Autosuggestion künstlich aufgebauschte Krankheitsbau rasch zusammen, und der erst so müde und verzagte Kranke geht froh und voll neuer Kraft nach Hause. Alle Leiden, die der Neurastheniker unter dem Einfluß von Vorstellungen sich suggeriert, wirken als Hemmungen genau so lange, bis eine übermächtige Idee, ein starkes Erlebnis, oder auch die trostreiche Aufklärung des Arztes sie löst.

Nur aus psychischen Wurzeln fließt die mangelnde, stets schwankende Entschlußkraft, die oft an Ideenflucht grenzende Zerstretheit, die geringe Zielstrebigkeit, kurz der Wankelmut der Neurastheniker. Schwere Schicksalsschläge ertragen sie nicht nur tapfer, sondern oft wachsen sie darunter wieder zu starken Naturen, weil sie ihre kleinen Sorgen darüber vergessen. Jene wirken eben wie eine übermächtige Idee, die rasch alle qualvollen Autosuggestionen wie mit einem Zauberstab beseitigt. Hingegen sind die Neurastheniker gegenüber den unzähligen kleinlichen Widerwärtigkeiten, die jedes menschliche Leben nun einmal unweigerlich begleiten, weniger stoisch, sondern lassen gerade dadurch unaufhörlich ihre Stimmung, ihr Urteil und ihr Handeln beeinflussen. Sobald sie die klare Einsicht in den psychologischen Zusammenhang gewonnen haben, beginnt die bewußte Ausschaltung aller Hemmungen und mit zunehmender Selbsterkenntnis und mit immer zielbewußterer Selbsterziehung verschwinden Mißmut und Ärger und alle anderen deprimierenden, lebenshemmenden Gefühle.

Die Zahl der Krankheitsbilder, unter denen sich die Neurasthenie offenbart, ist so reich und verschiedenestaltig, wie die Menschenwelt selber. Es gibt kein Organ oder Organsystem, in dem sie sich nicht etablieren könnte. Wir finden Neurastheniker mit Magen- und Darmkatarrhen, mit Angstzuständen, mit Schwindel und Kopfschmerzen, mit allgemeinen hypochondrischen Vorstellungen, mit schmerzhafter Empfindlichkeit der Sinnes-

organe, mit Menièreschem Symptomenkomplex, mit allen möglichen Hyperästhesien, mit jeder möglichen Art von Schmerz, mit zahlreichen nervösen Herzstörungen, mit vielfältigen Beeinträchtigungen des Chemismus der Verdauung sowie der Funktionen der sexuellen Organe — kurz, es würde ein eigenes Werk erfordern, wollte man das unermeßliche Heer der neurasthenischen Symptome aufzählen, wozu in einem psychiatrischen Kompendium nicht Platz vorhanden ist. In außerordentlich großem Kontrast zu den subjektiven Beschwerden der Neurastheniker steht meist der geringe objektive Befund. Wir finden bei der Mehrzahl von ihnen Tremorerscheinungen (feinschlägiges Zittern der gespreizten Finger, der Lider, der Zunge), leichte Erhöhung der Sehnenreflexe, allgemeine leichte motorische Schwäche, vasomotorische Störungen (leichtes Schwitzen, Erröten, Kongestionen, Herzklopfen, Tachykardie) und allerhand Symptome auf sensiblem Gebiet, als da sind: Parästhesien (Kribbela, Rieseln, Ameisenlaufen, Kälte- und Hitzewellen) und Neuralgien. Eine konstante Erscheinung ist schlechter Schlaf und Schlaflosigkeit, wie denn die Nächte meist von den Neurasthenikern gefürchtet sind, weil dann ihre Selbstbeobachtung unter der verschärften Aufmerksamkeit der Stille und Dunkelheit die Beschwerden auto-suggestiv ins Maßlose wachsen läßt.

Die Diagnose der Neurasthenie ist kein Kunststück, die Therapie um so mehr.

Die Prognose ist bei richtiger, psychischer Behandlung immer gut.

Differentialdiagnose.

Neurasthenische Zustände können als Symptom bei mancherlei Krankheiten vorkommen.

1. Bei schweren körperlichen Krankheiten: Tuberkulose, große Eiterungen, Nephritis oder in der Rekonvaleszenz nach Infektionskrankheiten, besonders nach Influenza.

2. Bei organischen Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks: bei Tabes, Tumoren, Syphilis, beginnender Sklerose und Abszessen.

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 (siehe 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 niederen 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 Alkoholintoleranz 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. Die Mehrzahl der von pathologischen Rauschzuständen Ergriffenen sind wohl epileptoid veranlagte Psychopathen.

Dem Alkoholgenuß geht meist ein erhebliches psychisches Trauma voraus: starker Kummer, Eifersucht, ein Streit, eine schwere Ehrenkränkung oder auch ein plötzlicher starker Schrecken. Das sexuelle Moment spielt wohl eine besondere veranlassende Rolle. Auch sexuelle Exzesse und körperliche Erschöpfung sind für Rauschzustände alkoholischer Herkunft prädisponierend.

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, manieähnlichen Erregung (pseudo-ivresse maniaque), in kurzen Zuständen von Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen, wahnhaften Vorstellungen und Personenverkenning, und anderen 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 Rauschzustände dauern meist nur Minuten, 1 bis 15 Minuten lang, selten länger. Eine stundenlange Dauer ist wohl nur bei Hysterikern zu beobachten.

Die pathologischen Rauschzustände sind von großer forensischer Bedeutung. Daher muß der Arzt sie kennen. Viele der sog. 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 Alkoholintoleranz: diese kann experimentell nachgewiesen werden.

3. Der abnormen psychotischen Symptome: Angstafekte, Sinnestäuschungen, Verwirrtheit; nach dem Anfall Amnesie. Der terminale Schlaf ist ebenfalls wichtig. Meist setzt er plötzlich und unmittelbar nach dem Rauschzustande kollapsartig ein und dauert oft stundenlang an. Wir beobachten im Gegensatz dazu, daß normale Betrunkene sofort nüchtern werden, sobald etwas Ungewöhnliches vorfällt.

b) Das Delirium tremens.

Das Delirium tremens potatorum ist eine akute Psychose der chronischen Alkoholisten (im wesentlichen der Schnapstrinker), die durch zeitliche und örtliche Desorientiertheit (Verwirrtheit), durch typische Sinnestäuschungen und Tremor charakterisiert ist. Wahrscheinlich ist sie eine innige Verquickung von Infektion und Intoxikation, denn wohl alle Alkoholdeliranten haben Fieber.

Jedes Delirium tremens läßt sich in drei 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. Tagsüber sind die Patienten meist noch klar, aber erregbarer als sonst, zornmütig und zerstreut.

In einer nicht geringen Anzahl von Fällen gehen dem Delirium ein oder mehrere epileptische Anfälle voraus. Dann handelt es sich entweder um einen Epileptiker, bei dem episodisch ein Alkoholdelir einsetzt, oder um einen chronischen Alkoholisten, bei dem symptomatische Epilepsie eintritt.

In anderen 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, es 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 miasmischen 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 schnell-schlägig, 8—10 Oszillationen 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 Situationsverkennung 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 Alkoholdeliranten sind:

- a) Die aus der assoziativen Verknüpfung der akustischen und optischen Halluzinationen entstehenden Situationsverkennungen: 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 Krankenpfleger werden als alte Bekannte verkannt und begrüßt. Die halluzinierte Situation entspricht meist dem Berufe des Deliranten: der Fischer halluziniert Wasser mit Fischen, der Kellner sein Wirtshaus mit vielen Gästen usw.
- 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 Halluzinationen 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 Halluzinationen des Gehörs spielen nur eine untergeordnete Rolle. Sie bilden fast immer nur die Er-

gänzung zu den halluzinierten 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 dritten 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 vier Tage; währenddem ist vollständige Schlaflosigkeit die Regel. Am letzten Tage lassen die Sinnes-täuschungen 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 wiederhergestellt. 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 Alkoholdeliriums 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 halluzinatorischen Verwirrtheit ist mehr oder weniger hochgradige Desorientiertheit, Personen- und Situationsverkenkung, 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, Paraphasie, 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. Wohl bei allen Alkoholdeliranten finden wir mehr oder weniger hohes Fieber, auch in den Fällen, in denen eine komplizierende körperliche Krankheit nicht nachweisbar ist. Oft allerdings stoßen wir auf fieberhafte Krankheiten der Atmungsorgane. Eine häufige und klassische Komplikation ist die Pneumonie. Hier bricht das Delir dann meist am dritten oder vierten Tage der Pneumonie aus. Die Prognose 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, Leberzirrhose, Nephritis, Degeneratio cordis und andere.

6. Während des Deliriums ist der Appetit meist hochgradig gestört, die Nahrungsaufnahme wird oft völlig verweigert, die Zunge ist fast immer dick belegt.

Differentialdiagnose.

Das typische Alkoholdelirium 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 Halluzinationen 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 Alkoholdelir.

2. Die schweren Delirien mit Meningitisercheinungen. Hier tritt oft hohes Fieber ein (Delirium tremens febrile). Fehlen der Patellarreflexe, selbst zerebrale 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 halluzinatorische 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 Akzentuierung.
- c) Nicht selten bilden die Halluzinationen 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 Alkoholwahnsinns 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. Sie 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 Eifersuchtswahnideen zur Beobachtung.

Die Psychose beginnt und wird begleitet von lebhaften Angstaffekten, 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 Halluzinationen: die Kranken hören z. B. beständiges lautes Schießen und sehen ihre Feinde, die auf sie anlegen.

Außer Gehörshalluzinationen kommen vereinzelt auch Tiervisionen vor (Skorpione, Wiesel, kleine Bären usw.). Auch taktile Halluzinationen 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.

Die Dauer der Psychose ist, wie bereits gesagt, meist recht kurz. Es gibt Anfälle, die nur über Stunden sich erstrecken. Die Mehrzahl verläuft in 8—14 Tagen günstig; eine geringere Anzahl erstreckt sich über Monate, um auch dann noch meist in Genesung, seltener in einen dauernden Zustand paranoischer Wahnbildung überzugehen.

Je akuter und stürmischer die Psychose beginnt, um so rascher ist meist der Verlauf. Bei diesen Formen der Halluzinose ist meist der Angstaffekt vorwiegend. Die Formen jedoch mit überwiegender galgenhumoristischer Euphorie sind im allgemeinen von längerer Dauer.

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 Alkoholdeliranten überwiegen die Visionen, beim akuten Wahnsinn der Trinker die Halluzinationen des Gehörs.

3. Die paranoischen Wahnideen kommen nur der akuten Halluzinose der Trinker zu.

4. Die Nervensymptome des Alkoholismus (Tremor,

Ataxie usw.) 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 Halluzinationen Sicherheit bringen.

d) Die Korsakoffsche Psychose.

(Das chronische Alkoholdelirium.)

Das von Korsakoff zuerst beschriebene chronische Alkoholdelirium wird auch als polyneuritische Geistesstörung 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 deliröse Phase geht jedoch nicht wie beim gewöhnlichen Alkoholdelirium 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 ihre 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 Sukzession 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 retroaktive 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 Verlegenheitskonfabulation zu erkennen ist. Im nächsten Moment haben sie auch diese Konfabulation vergessen, und die erneute Frage fördert neue Konfabulationen zutage. In vielen Fällen tritt das Konfabu-

lieren 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. Manchmal tritt nach monate- oder jahrelangem Verlauf eine Abschwächung der Hauptsymptome ein, während ein Zustand geistiger Schwäche dauernd bestehen bleibt. Das Endstadium bilden meist schwere Grade der Verblödung, die man oft kaum von paralytischer Demenz unterscheiden kann. Dann ist auch der Hirnbefund post mortem ganz ähnlich wie bei der progressiven Paralyse (hochgradige Atrophie).

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 Alkoholintoxikation 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 Merkfähigkeit 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 Alkoholdelir 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.

Wenngleich der Alkoholismus so alt wie die Menschheit sein dürfte, ist der chronische Alkoholismus, die Trunksucht, zweifellos fast immer eine auf ererbter Disposition sich entwickelnde **Krankheit**.

Das endogene Moment spielt eine entscheidende Rolle, wenngleich Milieu und Intoxikation mit in Betracht kommen.

In eklatanter Weise beweisen die Untersuchungen über die Abstammung der Trinker: wir finden vorwiegend wieder Trunksüchtige, ferner Epileptiker, Hysteriker und Psychopathen in ihrer Aszendenz.

Doch darf uns die Überschätzung des endogenen Momentes bei der Entstehung der Trunksucht nicht zu Launeheit oder gar Gleichgültigkeit in der Bekämpfung dieser männer- und völkermordenden Seuche verleiten.

Die chronischen Alkoholisten oder Gewohnheitstrinker sind meist physiognomisch in so markanter Weise gekennzeichnet, daß die Diagnose auch dem Auge des Nichtpsychiaters leicht fällt. Die schlaffen, gedunsenen Züge, das gleichsam aufgeschwemmte Gesicht mit der ver-

strichenen 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 Alkoholintoxikation 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 zuteil 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, obwohl 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 zynischen, flachen Witzen, in derben Renommistereien und schwachsinnigen Konfabulationen Luft macht. Diese beiden verschiedenen Seiten des Alkoholisten sind einfach der Ausdruck der Alkoholabstinenz 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 (Alkoholepilepsie). 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.

Der eigentlichen Alkoholepilepsie dürfen also nur solche Fälle zugezählt werden, in denen die Abhängigkeit des epileptischen Anfalles von der Alkoholintoxikation klar zutage tritt. Die Zahl dieser Fälle wird außerordentlich verschieden angegeben. Manche Autoren

wollen 30% aller chronischen Alkoholisten als Alkohol-epileptiker kennzeichnen. Die richtige Säuferepilepsie unterscheidet sich von der genuinen Epilepsie insofern, als bei ihr Krampfanfälle seltener und meist nur im Anschluß an einen Rausch auftreten, als eine epileptische Demenz oder epileptische Charaktereigenschaften sich nicht entwickeln, und auch die übrigen epileptischen Symptome: Schwindelanfälle, petit mal, transitorische Dämmer- und Depressionszustände nicht beobachtet werden.

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 Betracht: 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 Verkennung 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.

Unter dem Kapitel des chronischen Alkoholismus wird auch am besten jene nicht seltene Störung besprochen, die als Dipsomanie hinreichend bekannt ist. Das Volk nennt solche Kranke Quartalssäufer.

Auch hier handelt es sich meist um hereditär schwer belastete und degenerierte Individuen. Besonders innig sind die Beziehungen der Dipsomanie zur Epilepsie, und wir können sagen, daß fast alle Dipsomanen epileptoide oder latent epileptische Individuen sind.

Die Krankheit wird charakterisiert durch die zwangsartig den Kranken in periodischen Intervallen befallende Trunksucht. Sie ist also

wohl immer von einer mehr oder weniger ausgeprägten Bewußtseinsstörung begleitet. Dem eigentlichen „Anfall“ voraus geht meist eine Veränderung im Wesen des Kranken, die oft an epileptische Depressionszustände erinnert: eine eigenartige ängstliche Verstimmung mit einer unmotivierten Unruhe, ein gereiztes, mißtrauisches Wesen mit oft deutlich ausgeprägtem Beziehungswahn und allgemeine Unlust, Mattigkeit, Verlust des Schlafes und Appetites.

Die eigentliche Krankheit besteht dann, wie der Name besagt, in einem automatischen, triebhaften, sinnlosen Alkoholvertilgen, zu dem der Kranke trotz allen Kämpfens und Sträubens gegen seinen eigenen Willen und gegen alle Vernunftgründe aus inneren pathologischen zwingenden Motiven der Angst gedrängt wird. Der Trieb wird schließlich irgendwo und irgendwie ohne Rücksicht auf Sitte und Anstand befriedigt. Der Zustand dauert meist nur einige Tage, bis völlige oder hochgradige Trunkenheit eingetreten ist. Ein langdauernder Schlaf beschließt die Attacke, aus der die Kranken dann meist nach einer kurzen Depression in ihr normales psychisches Gleichgewicht zurückkehren.

Der ganze Anfall trägt durchaus den Stempel der Entladung, wie wir es beim epileptischen Anfall kennen gelernt haben.

Das Kapitel „Dipsomanie“ gehört daher eigentlich unter die Epilepsie, nicht unter den chronischen Alkoholismus.

Die Krankheit heilt in seltenen Fällen. Meist wiederholen sich die Anfälle in kürzeren oder längeren Intervallen, wobei bei den einzelnen Individuen die „photographische Treue“ der einzelnen Anfälle oft erstaunlich ist. Viele Dipsomanen werden später wirkliche chronische Alkoholisten, oder werden wie die Epileptiker dement.

Die Krankheit beginnt meist erst im reiferen Alter, zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr, selten früher.

Endlich verdienen noch Erwähnung jene nicht seltenen Zustände auf der Basis des chronischen Alkoholismus, die meist erst im höheren Alter (45. bis 55. Lebensjahr) auftreten und als Alkoholparalyse bezeichnet werden.

Wir beobachten da Kranke mit hochgradiger Demenz, völliger Stumpfheit und stark ausgeprägten Defekten des Gedächtnisses. Besonders wichtig ist, daß gewöhnlich auch die für die Diagnose der progressiven Paralyse entscheidenden Nervensymptome: die Pupillenstarre und eine artikulatorische Sprachstörung anzutreffen sind. Auch Rhombergsches Symptom, Fehlen der Patellarreflexe und andere nervöse Reiz- und Ausfallserscheinungen sind meist vorhanden. Grober Tremor und Ataxie, ferner Zittern und Zucken im Bereich der mimischen Muskulatur dürften in wenigen Fällen fehlen. Gewöhnlich tritt bei Alkoholabstinenz im Verlauf einiger Wochen weitgehende Besserung, ja Genesung ein. Differentialdiagnostisch gegenüber der progressiven Paralyse ist hier vielleicht manchmal das sogenannte Quinquandsche Zeichen verwendbar, das für die chronischen Alkoholisten charakteristisch sein soll: Läßt der Arzt gegen seine Hohlhand den Patienten die gespreizten Finger senkrecht aufsetzen, so fühlt der Arzt ein deutliches Krepitieren in den Fingern des Alkoholikers, das nach etwa einer Minute beginnt und an das Gelenkknarren bei Arthritis erinnert.

Jedenfalls ist bei Alkoholikern mit Symptomen von Paralyse die Prognose mit Vorsicht und erst nach Ablauf der Alkoholintoxikation und einer längeren Abstinenz zu stellen!

Differentialdiagnose.

1. Schwierig kann in einigen Fällen die Differentialdiagnose zwischen Alcoholismus chronicus und progressiver Paralyse werden. Es handelt sich hier meist um Fälle, die auch mit dem Namen Pseudoparalysis alco-

holica 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 Alkoholparanoia.

Bei nicht wenigen chronischen Alkoholisten entwickeln sich paranoische Wahnideen, die mehr oder weniger systematisiert werden. Am häufigsten ist der Eifersuchtswahn der chronischen Alkoholisten. Die meist sich entwickelnde Abneigung des anderen 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.

Sinnestäuschungen spielen beim Eifersuchtswahn der Säufer eine große Rolle. Die Kranken hören, wie andere Männer im Hause ein- und ausgehen, glauben ganze unsittliche Gespräche zwischen diesen und der Frau zu vernehmen, oder gar wie die Frau sich selber ihrer Schandtaten rühmt. Sie beobachten die unglückliche Frau unausgesetzt, quälen sie mit ihrer Eifersucht und machen ihr das Leben zur wahren Hölle.

Rohe Mißhandlungen, Freiheitsberaubung, gefähr-

liche Verletzung, ja Mord der Ehefrau sind nicht seltene Delikte.

Die Diagnose macht meist keine Schwierigkeiten.

Die Prognose ist bei den ersten Anfällen nicht schlecht. Meist tritt nach ziemlich kurzer Abstinenz völlige Klarheit ein, damit zugleich Reue und Schuldbewußtsein. Aber da meist der Alkoholismus wiederkehrt, so auch damit der Eifersuchtswahn. Schließlich wird die Krankheit dauernd.

Diejenigen Fälle, in denen beim ersten Auftreten des Wahnes nach längerer Abstinenz von einigen Wochen keine Einsicht in das Krankhafte der Wahnideen eintritt, sind meist prognostisch infaust.

Nicht selten sind die Fälle, in denen die Wahnideen mit großer Konsequenz dissimuliert werden, um von der Internierung in der Anstalt befreit zu werden.

Differentialdiagnose.

1. Es kommen Fälle reinen Eifersuchtswahns vor, die nicht Teilerscheinung einer Paranoia sind und wo Alkoholgenese mit Sicherheit auszuschließen ist. Halluzinationen, 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.

Beim Morphinismus, der Morphiumsucht, spielen endogene Faktoren nicht die entschei-

dende Rolle wie bei dem Alkoholismus. Sie ist fast vorwiegend eine Krankheit der gebildeten Stände. Ärzte, Apotheker, Heilgehilfen und deren Angehörige stellen das größte Kontingent der Morphinisten.

Der chronische Morphiummißbrauch führt ähnlich wie der chronische Alkoholmißbrauch zu körperlicher und geistiger Zerrüttung. Wie beim Gewohnheitstrinker finden wir bei dem chronischen Morphinisten folgende Symptome:

1. Einen mehr oder weniger tiefgreifenden intellektuellen Verfall. Besonders nachhaltig wird von vornherein die Willenskraft geschädigt, so daß alle Initiative erlahmt. Aber auch das Gedächtnis nimmt ab, die Merkfähigkeit leidet, das assoziative 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 Über-

treibung 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, Amenorrhöe. 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 Niesen 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 Alkohol-deliriums 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 Morphismus 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 Abszesse.
- d) Abstinenzerscheinungen.

3. Kokainismus.

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 geistigem und körperlichem 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, mageren 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

tuellen 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 Kokainismus 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 Sinnes-täuschungen, 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 usw., 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 Kokainismus wird zunächst 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 Kokainismus und des Kokainomorphinismus 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. Bleiintoxikationen.

Auf der Basis der Bleiintoxikation 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 halluzinatorischen 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 Bleiintoxikation beobachtet worden.

Die zahlreichen körperlichen Symptome der Bleiintoxikation: erdige, fahle Gesichtsfarbe, Bleianämie und Abmagerung, Nephritis, Bleisaum und Bleikolik (eingezogenes Abdomen), Arthralgien, Tremor, periphere (Radial- oder Peroneallähmungen), in schweren Fällen auch Hirnnerven- (Abduzens-) 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 Bleiintoxikation schwere Schädigungen des Nervensystems, so daß paralyseähnliche Zustände entstehen (Pseudoparalysis saturnina). Hochgradige Demenz und zahlreiche Symptome organischer Läsion, Augenmuskellähmungen (Abduzens), 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 Halluzinationen 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 delirösen 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 usw.) 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 Bewußtseinstörung (Benommenheit) und lassen auch an den Visionen und schreckhaften Halluzinationen erkennen, daß eine Intoxikation vorliegt; die Paralytiker zeigen länger dauernde Bewußtseinstörung 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 Bleiintoxikation 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 Infektionsdelirien.

Fieberdelirien sind diejenigen Bewußtseinsstörungen bei fieberhaften und infektiösen Krankheiten, die durch die Temperaturerhöhung zustande kommen, daher in ihrer Intensität sich von der Höhe des Fiebers abhängig zeigen, nachlassen, wenn das Fieber fällt und verschwinden, wenn das Fieber aufhört.

Infektionsdelirien 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 zustande kommen. Daher treten die Fieberdelirien mit Vorliebe dann in die Erscheinung, wenn die fieberhafte Krankheit ihre Akme erreicht hat und das Fieber die höchsten Grade aufweist, die Infektionsdelirien dagegen mit Vorliebe in der Rekoneszenz 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 Fieberdelirien 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 Wahnideen 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 halluzinatorische Verwirrtheit, manchmal mit einzelnen katatonischen Symptomen, manie- und melancholieähnliche Krankheitsbilder mit starker Inkohärenz des Gedankenganges und andere.

Am besten kann man die Unterschiede zwischen Infektions- und Fieberdelirien 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, Halluzinationen 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 Infektionsdelirien nach allen möglichen fieberhaften Krankheiten. Besonders bei Typhus, Gelenkrheumatismus, Pneumonie, Variola, Masern, Scharlach, Diphtherie, Influenza, Erysipel, Cholera.

Die weitaus überwiegende Anzahl aller Delirien finden wir beim Typhus abdominalis. Man hat bis zu 5% bei einzelnen Epidemien beobachtet.

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 Fieberanfälle 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 Infektionsdelirien wird gemacht

1. durch das Thermometer,
2. durch den Nachweis der ursächlichen Körperkrankheit (Vidalsche Reaktion bei Typhus),
3. durch das Kommen und Gehen der Symptome mit dem Steigen und Fallen des Fiebers, sowie die Steigerung des deliranten Zustandes gegen die Abendzeit oder die Zeit des höchsten Fiebers,

4. durch die bakteriologische Untersuchung.

Beide verlaufen meist in einigen Tagen und dauern kaum länger als eine Woche.

Die Prognose der Fieberdelirien ist sowohl quoad vitam als quoad restitutionem psychicam günstig.

Die Prognose der Infektionsdelirien ist verschieden. Die Initialdelirien und die schweren Verwirrheitszustände bei Typhus abdominalis und Gelenkrheumatismus 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 anderen Symptomen der Infektion entscheidet der Verlauf meist rasch die Diagnose.

XII. Geistesstörungen bei Erkrankungen der Schilddrüse.

1. Kretinismus.

Der Kretinismus 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 Kretinismus ist, durch ein im Trinkwasser enthaltenes organisches Gift hervorgerufen („Kropfbrunnen“).

Der Zusammenhang des Kretinismus 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 unförmlich. 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, greisenhaftes Aussehen.

Die Geschlechtsorgane sind meist außerordentlich in der Entwicklung zurückgeblieben.

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 imstande, 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 Kretinismus stützt sich also auf folgende Symptome:

1. Auf das endemische Vorkommen der Krankheit. (Bei uns in Deutschland im 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 Kretinismus sporadisch auf, d. h. in Gegenden, wo er nicht endemisch ist (spora-

discher Kretinismus). 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 Kretinismus.

Bei der erworbenen infantilen Myxidiotie wird durch Verabreichung von Schilddrüsensubstanz nicht selten Besserung des psychischen Zustandes und des Myxödems herbeigeführt.

Von der Rachitis unterscheidet sich die Myxidiotie durch das Offenbleiben der großen Fontanelle bis ins höchste Alter, während dies bei Rachitis kaum nach dem 8. Jahre noch beobachtet wird, und das Fehlen der Knochenverkrümmungen.

2. Myxödematöses Irresein der Erwachsenen.

Durch Krankheiten (Tumoren, Abszesse, Degeneration usw.), 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.

3. Geistesstörungen bei Morbus Basedowii.

Man beobachtet nicht selten Irresein bei bestehendem Morbus Basedowii.

Hier hat man scharf zwischen zwei 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 manieähnlichen Erregungszuständen, die mit Verwirrtheit einhergehen. Bei erblich Belasteten kommen auch andere, mehr oder weniger atypische Psychosen zur Beobachtung: Deliriöse Erregungen, ähnlich der halluzinatorischen Verwirrtheit, paranoische Zustandsbilder mit interkurrenten Erregungen und andere, meist in Remission verlaufende Psychosen.

Am häufigsten begegnen wir bei Morbus Basedowii allerhand Depressionszuständen, ja auch schweren melancholieähnlichen Zuständen. Sie sind charakterisiert durch den oft starken Wechsel in der Affektlage und in der Tiefe des depressiven Affektes. Bei Frauen tritt oft ein gewisses hysterisches Grundmotiv, eine starke Beeinflußbarkeit und Launenhaftigkeit der Symptome hervor.

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

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| 1. Syphilis | } des Gehirns. |
| 2. Tumoren | |
| 3. Abszessen | |
| 4. Apoplexie und Erweichung | |
| 5. Multipler Sklerosis | |

1. Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis.

Die Syphilis erscheint im Gehirn 1. als Erkrankung der Hirnarterien (Arteritis cerebialis syphilitica obliterans, am häufigsten als Endarteritis basilaris syphilit.); 2. als Erkrankung der Stirnhäute (Pachymeningitis und Meningitis syphilitica); 3. als sulzige Infiltration der

Gehirnnerven und 4. als Erkrankung der Hirnsubstanz selbst (Gummata).

Dieluetische Basilar meningitis lokalisiert sich mit Vorliebe zwischen Chiasma und vorderem Brückenrand, daher auch meistens der N. opticus und oculomotorius betroffen sind, die man nicht selten in sulzige Massen eingebettet findet.

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 Gehirnkrankung.

Häufig kombinieren sich mehrere der genannten Prozesse.

Die Hirnsyphilis tritt am häufigsten im ersten Jahre, demnächst am häufigsten im zweiten Jahre, bedeutend seltener schon im dritten 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). Oft ist die Pupillenstarre nur einseitig.
- 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.
- g) Sprache und Schrift sind nie in dem Maße gestört wie bei der Paralyse.
- h) Die Zerstörung der Persönlichkeit bei der Hirnlues nimmt selten den Umfang an, wie bei der Paralyse. Die Kranken bewahren meist bis zu einem gewissen Grade Urteilskraft und äußere korrekte Haltung.
- i) Der Verlauf der Hirnlues ist gutartiger, schleppender als bei der Paralyse. Oft treten Stillstände und Remissionen ein.

3. Die antiluetische Behandlung entscheidet sehr oft ganz allein die Diagnose. Sie bringt nur bei der Hirnlues Besserung; keine Besserung oder Verschlimmerung bei der Paralyse.

4. Die serologische Untersuchung von Blut und Spinalflüssigkeit (Wassermann) wird manchmal Klarheit

bringen. Bei Hirnlues tritt die Komplementablenkung nur im Blute, bei Paralyse in Blut und Spinalflüssigkeit ein.

2. Geistesstörungen bei Hirntumoren.

Hirntumoren werden oft von psychischen Störungen begleitet, am häufigsten Balken-, Stirnhirn-, Schläfenhirn-, Okzipitalhirn- und Hypophysistumoren.

Man findet einfache Demenz, erregbares explosives Temperament, manieähnliche Erregungszustände, Hysterie, Neurasthenie, Depressionszustände, moral insanity, paranoia- und paralyseähnliche 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 schlaaffe 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 Zystizerken können das Bild einer reinen Hysterie oder Neurasthenie hervorrufen, ohne ein einziges Symptom organischer Läsion.

Bei Tumoren des Schläfenlappens wurden einige Male Halluzinationen des Gehörs beobachtet, die von den Kranken als solche erkannt wurden. Sie führten daher nicht zu Wahnbildung. Halluzinationen des Gehörs ohne Wahnbildung in Verbindung mit Sehstörungen können daher wohl zur Diagnose eines Tumors im Schläfenlappen führen. Bei Tumoren des Okzipitalhirns sind Halluzinationen 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 Hirnabszessen.

Bei Hirnabszessen treten psychische Symptome mancherlei Art auf, die von Sitz und Größe des Abszesses 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, Bewußtseins-trübungen, Sprachstörungen, Puls- und Atemanomalien (Cheyne-Stokesches Atmen) sowie Temperaturerhöhung können auf die richtige Diagnose leiten.

Sehr viele Gehirnabszesse entstehen nach Otitis media.

4. Geistesstörungen bei Arteriosklerose.

Die Diagnose der Geistesstörungen, die hier vorkommen, stützt sich zunächst auf den Nachweis der Arteriosklerose. Wir fahnden daher nach hartem, gespanntem Puls, Erhöhung des Blutdruckes, Dilatation des linken Ventrikels, leichter Albuminurie und anderen Symptomen der Aderverkalkung. Ist die Arteriosklerose der Gehirngefäße noch im Beginne, so stoßen wir oft auf Zustände, die lebhaft an einfache Neurasthenie erinnern. Die Kranken klagen über Nachlassen des Gedächtnisses (meist der Merkfähigkeit), über Kopfdruck, leichte Ermüdbarkeit, über allgemeine Unlust zur Arbeit und mangelnde Lebensfreude. Auf den organisch-arteriosklerotischen Ursprung der scheinbar rein nervösen Symptome lassen jedoch die meist vorhandenen Schwindelanfälle und eigenartige, rasch vorübergehende Sprachstörungen schließen, die in einem plötzlichen Verlust der Sprache bestehen. Die Reflexe, besonders die Patellarreflexe, sind bei diesen Kranken meist stark gesteigert, nicht selten ist Fußklonus vorhanden. Die Stimmung ist oft andauernd deprimiert. Bei länger dauernder Ruhe ist weitgehende Besserung des Zustandes möglich. Kommt es zu Apoplexien, so hängt die Intensität der Störungen zum Teil ab vom Umfang der Blutung, d. h. von der Größe der zerstörten Gehirnpartie.

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 einer progressiven Paralyse verlaufen.

5. Geistesstörungen bei multipler Sklerose.

Bei multipler Sklerosis entwickelt sich häufig eine einfache, fortschreitende Verblödung, an der alle Verstandeskräfte 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 paralyseähnliche Bilder resultieren. Doch unterscheidet sich die Demenz bei multipler Sklerose von der paralytischen Demenz, daß sie ganz allmählich nach jahrelangem Verlauf zustande 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 unteren 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 Verwirrheitszustände 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 Azeton im Urin, sowie die Nephritis diabetica (Zylinder im Urin) und andere Symptome des Diabetes (Azetongeruch der Atemluft, Zahnkaries, Katarakte, auch Fehlen der Patellarreflexe) die Diagnose sichern.

Bei malignen Tumoren (Karzinomen und Sarkomen) 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 Geistesschwäche). Die hierunter beschriebenen Zustände (Idiotie usw.) bilden somit den Gegensatz zur

Demenz, der erst im späteren Lebensalter durch Psychosen herbeigeführten Geistesschwäche. 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 imstande, in der menschlichen Gesellschaft eine bescheidene und nützliche Rolle zu spielen, d. h. sie sind intrasozial.

2. Die Imbezillität: sie bezeichnet die mittelschweren Grade. Die Imbezillen zeigen selten auffallendere körperliche Anomalien; aber auf psychischem Gebiete ist mehr oder weniger hochgradige und ungleichmäßige Entwicklungshemmung aller psychischen Funktionen bemerkbar. Die Imbezillen sind daher meist außerstande, in der menschlichen Gesellschaft eine nützliche Rolle zu spielen, sie sind meist kontrasozial (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 kontrasozial werden.

1. Die Debilität.

Die Debilität bezeichnet die leichteren Grade angeborener psychischer Minderwertigkeit. Er-

kannt 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 unteren 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 imstande, 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 Assoziation der Ideen vollzieht sich meist langsam und träge, demgemäß wird es ihnen oft schwer, auf

die einfachsten Fragen zu antworten. Die Assoziationsweite ist mehr oder weniger eingeengt.

Gut entwickelt ist oft die Fähigkeit zur Nachahmung, während sie zu eigener Produktivität nicht imstande 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 allerhand 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 normalpsychologischer Weise als Hochmütige, Zänker, Originale und ähnlich bezeichnet, wobei der angeborene geringe Schwachsinn vollkommen übersehen wird.

2. Die Imbezillitas.

Die Imbezillität bezeichnet einen Grad von angeborener oder frühzeitig eingetretener Ent-

wicklungshemmung 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 Imbezillen bieten wie die Debilen keine auffallenderen morphologischen Abnormitäten. Leichtere Deformitäten des Schädels, vereinzelt Stigmata degenerationis, Strabismus, Disproportion zwischen Rumpf und Extremitäten und einzelne Sprachstörungen (Sigmatismus, Stottern, Stammeln) kommen zur Beobachtung.

Als imbezill 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 Imbezillen entwickeln sich als Kinder langsam. Sie zahnern 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 nassen 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 kopieren sie meist nur unvollkommen oder gar nicht.

Fast alle Imbezille sind schwer zu erziehen.

Bei nicht wenigen Imbezillen 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 bezeichnet diese Fälle von Imbezillität, 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 Imbezillen und die Epileptiker das größte Kontingent stellen, so darf man doch nicht vergessen, daß ein zirkumskripter psychischer Defekt, der nur die moralische Sphäre betrafte, 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 Imbezillität, d. h. also als Teilerscheinung eines allgemeinen angeborenen Schwachsinnens oder als larvierte Epilepsie aufzufassen.

Die Physiognomie der Imbezillen läßt meist deutlich den Psychopathen oder geistig Minderwertigen erkennen.

Viele Imbezille 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 Verschlagenheit gemischten physiognomischen Ausdruck.

Einzelne Imbezille bieten äußerlich auch in ihren physiognomischen Verhältnissen nichts Abnormes. Sie erscheinen auf den ersten Blick normal.

Nach ihrem Gesamtcharakter zeigen die Imbezillen

große Unterschiede. Man findet alle Temperamente vertreten. Im großen lassen sie sich in 2 Gruppen einteilen, nämlich in:

- | | |
|--------------------------------------|---------|
| 1. die apatischen oder anergetischen | } Imbe- |
| und 2. die regsamen oder erethischen | |
1. Die apatischen Imbezillen 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 imstande, 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 ungehörige eingefügt, so daß die Schreiber hinterher das Wort selber nicht mehr entziffern können.

Ihre sprachlichen Leistungen sind mindestens unvollkommen. Apathische Imbezille verfügen über einen geringen Wortschatz, sprechen langsam und zaudernd und gebrauchen oft stereotype Wendungen, die sich beständig an passender und unpassender Stelle wiederholen.

Die Assoziationsweite ist meist beträchtlich eingeengt.

2. Im Gegensatz zu den apatischen Imbezillen 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 Leichtsinne.

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 Sotisen ab. Nicht selten tritt eine starke Neigung zum Zynismus 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 Imbezillen 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 Imbezillen 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 Aszendenten (Idiotie congénitale).
- b) Defektzustände, die durch Gehirnkrankheit (Meningitis, Hydrozephalus, Hämorrhagien usw.) oder Traumen (Zangengeburt) während des embryonalen oder infantilen Lebens zustande gekommen sind. Die Ursache der Idiotie liegt hier also in Krankheiten, die der Idiot selber durchgemacht hat (Idiotie acquire).

Der einzige psychologische Unterschied zwischen angeborener und erworbener Idiotie besteht nach Griesinger darin, daß einseitige Talente nur bei der Idiotie congénitale vorkommen.

Im übrigen stößt die Einteilung der Idiotie auf große Schwierigkeiten. Einige Gruppen gehören pathologisch-anatomisch zusammen (z. B. viele Fälle von Mikrozephalie), 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 praktische 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 (Sachssche 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 Mikrozephalie. 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 Mikrozephalie 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 Hydrozephalie. Auch hier entscheidet die Schädelmessung die Diagnose. Idioten mit hydrozephalischer Kopfform haben oft epileptische Anfälle und zeigen nicht selten Züge epileptischen Charakters, sind leicht erreglich, impulsiv und gewalttätig.

4. Die Idiotie bei Porenzephalie. Diese Fälle sind pathologisch-anatomisch dadurch charakterisiert, daß im Gehirn ein großer Defekt (mikrogyrischer Herd oder eine Zyste 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 Hemi-

plegien mit Atrophie und Kontrakturen, da der porenzephalische Herd am häufigsten in der vorderen Zentralwirkung 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 Hydrozephalie 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 imstande, 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 Idiotenbildungsanstalten 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 ansehen, 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 Assoziationsweite läßt sich bei höher stehen-

den Idioten leicht feststellen. Man findet Ziffern wie 25%, 30%, auch weniger. Die Assoziationsversuche 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 Vorstellungsbereich, dann auch über den Wortschatz der Idioten.

4. Kleine Zeichenvorlagen über einfache Objekte — Häuser, Bäume usw. — werden den Idioten zum Abzeichnen vorgelegt. An der Kopie erkennt man, wie weit das Auffassungsvermögen entwickelt ist.

5. Eine Schreibprüfung. Auch Abschreiben von Vorgesriebenem.

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 sogenannten 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 (instabiles) in ihrem ganzen Tun und Treiben, sind sie oft außerstande, 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 usw.).

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 imstande 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 usw.) sind Déséquilibrés (Dégénérés supérieurs).

Stärker ausgeprägt sind die psychischen Anomalien meist bei den sogenannten 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 sogenannten „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 Bewußt-

seins treten, sich nicht verschrecken 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 délire 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

a) Zwangsbefürchtungen (Phobien) und

β) Zwangsvorstellungen (Idées obsédants)

zerfallen, und

2. Zwangstriebe (impulsions).

Der Zwang tritt plötzlich auf, die Kranken suchen ihn zu bekämpfen, wobei lebhaftige Angst (angoisse com-comitante), 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 Platz-

angst. Solche Patienten sind nicht imstande, 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 hinüberführen.

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 *dé lire du toucher*, der Angst vor Berührung mit gewissen Gegenständen (Stecknadeln, Türklinken, Messern usw.) 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 usw. 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?“ usw. Wieder bei anderen kommt Arithmomanie vor. Solche Kranke sind von der Vorstellung beherrscht, be-

stimmte Dinge, Zeichen und dergleichen 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 Koprolalie (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 Zwangstriebe 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 Zwangstriebe 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, Sinnestäuschungen 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 unerregbar 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 usw.), die die Erregung hervorrufen. Zu diesen gehören auch die Zopfabschneider. Bei andern sind es bestimmte Kleidungsstücke (Schuhe, Beinkleider, Hemden usw.), welche sexuell erregend wirken.

Sodomie (Bestialität), d. h. sexueller Verkehr mit Tieren, und Nekrophilie, die sexuelle Leichenschändung, kommen wohl nur bei hochgradigem Schwachsinn (besonders Imbezillität) 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 außerstande, 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 Tachykardie mit Arythmie), 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 Zwangssirrsein, 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 beeinflufßbar 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.

Abasie 271.
Absences 22. 88. 276.
Absinth 323.
Ahnentafel 1.
Äquivalent, epileptisches 280.
Äquivalente bei Malaria 325.
Agitation 19.
Agoraphobie 354.
Agraphie 118.
Akoasmen 53.
Albuminurie 301.
Alkohol-Delirium 44. 89. 118.
296.
—, chronisches 86. 92. **305.**
Alkohol-Epilepsie **310.**
Alkohol-Intoleranz 132. 282. 352.
Alkohol-Paranoia **314.**
Alkoholismus **294.**
Alkoholismus chronicus **308.** 68.
80.
Alkoholwahnsinn, akuter 69. **302.**
Alkoholparalyse **313.**
Amaurotische Idiotie **347.**
Amblyopie 268.
Ammoniumsulfat 138.
Amnesie 86.
— retrograde 87.
— totale 88.
— anterograde 89.
Anästhesie 136. 266.
Analgesie 205.
Anamnese 1.
Androgynen 357.
Anfälle, epileptische 87. **276.**
— hysterische 89. **269.**

Anfälle, katatonische **172.**
— paralytische **206.** 213.
Angstzustände 240.
Aphasie 103.
— hysterische 104.
Aphonie 269.
Arteriitis 331.
Arteriosklerose **336.**
Assoziationen 97.
— negativistische 99.
Assoziationsversuche 97.
Assoziationsweite 98.
Astasie 271.
Asymmetrien des Schädels 128.
Ataxie 133. 135.
Äther 323.
Attitudes passionelles 270.
Atypische Delirien 301.
Augenblicks-Konfabulationen 92.
Aura epilept. 277.
Ausdrucksmittel, physiognomische 8. 234.
Ausgang der Psychosen 154.
Äußere Haltung 11.
Azeton 139. 338.

B.

Basedowsche Krankheit **330.**
Bayle 200.
Beeinträchtigungsideen 62.
Beeinträchtigungswahn 62. 187.
— präseniler **250.**
Befehlsautomatie 30.
Belastung, erbliche 1. 146.
Beobachtung 8.
Berührungsfurcht 355.

Berührungshalluzinationen 58.
 Besessenheitswahn 179.
 Bewegungshalluzinationen 60.
 Beziehungswahn 62. 187.
 Bleiintoxikation 321.
 Blutdruck 138.
 Blutsverwandschaft 5.
 Brandstiftung 145.

C.

Cachexia strumipriva 329.
 Calmeil 200.
 Charaktere, pathologische 352.
 Cheyne-Stockes' Atemphänomen
 136. 338.
 Chloralhydrat 323.
 Chloroform 323.
 Chorea minor 285.
 Chorea Huntingtoni 287.
 Coma diabeticum 338.

D.

Dämmerzustand, epileptischer
 45. 64. 87. 280.
 — hysterischer 68. 272.
 Dämonomanie 180.
 Debilität 339.
 Degenerierte 351.
 Degenerationszeichen 127. 129.
 130.
 — psychische 131.
 Dekadenten 132.
 Delinquente nato 343.
 Délire d'énormité 70.
 — d'opposition 29.
 — des négations 71.
 — de persecution 65.
 — des grandeurs à rebours 70.
 184.
 — du toucher 355.
 — avec conscience 354.
 — rétrograde 90.
 Delirium acutum 181.
 — tremens 44. 86. 89. 92. 118.
 296.

Delirium bei Paralyse 70.
 — bei Morphinismus 317.
 — febrile 324.
 Demente Paralyse 210.
 Dementia praecox 73. 80. 86.
 105. 120. 156.
 — simplex 157.
 — catatonica 167.
 — paranoides 176.
 — paralytica 200.
 — senilis 66. 69. 74. 75. 84.
 85. 103. 117. 252.
 Demenz 14.
 Denkhemmung 19.
 Depression 19. 230.
 Depressive Paralyse 214.
 Depressiver Stupor 231.
 — Wahnsinn 72.
 Déséquilibrés 352.
 Desorientiertheit 41.
 Desertion 145.
 Diabetes 338.
 Diebstahl 145.
 Dipsomanie 311. 356.
 Dissimulation 65.
 Dissoziation 113.
 Doppelbewußtsein 272.
 Doppeldenken 55.

E.

Écho des pensées 55.
 Echoerscheinungen 30.
 Echolalie 30.
 Echopraxie 30.
 Eifersuchtswahn 68. 189.
 — der Trinker 314.
 — der Kokainisten 320.
 Einfache Manie 226.
 Eiweißprobe von Roß und Jones
 138.
 Ekstase 15.
 Empfang des Kranken 8.
 Encephalopathia saturnina 321.
 Enzephalitis 287.
 Epilepsie 21. 66. 73. 80. 87.
 100. 104. 118. 274.

Epilepsia nocturna 279.
 — procursiva 279.
 — respiratoria 279.
 — larvierte 276.
 — minor 277.
 Epileptiforme Anfälle 206.
 Erfinder 190. 352.
 Erinnerung 88.
 Erregungszustände 19.
 Erweichung 337.
 Erythrophobie 355.
 Esquirol 200.
 Eßmanieren 26.
 Examen à distance 8.
 Exhibitionismus 145.
 Expansive Paralyse 216.

F.

Fabulieren 36. 90.
 Fahnenflucht 164.
 Fanatiker 352.
 Fechterstellung 24.
 Fetischismus 358.
 Fieberdelirien 19. 323.
 Fieber, hysterisches 271.
 Flexibilitas cerea 29.
 Folie à double forme 225.
 — alternante 225.
 — à deux 194.
 — communiquée 194.
 — du doute 355.
 — circulaire 224. 225.
 — héréditaire 351.
 — simultanée 194.
 Fuite des idées 32.

G.

Galoppierende Paralyse 218.
 Ganglienzellen bei Paralyse 200.
 Gedächtnis 80.
 Gedächtnisprüfung 81.
 Gedankenlautwerden 55.
 Gefühlstäuschungen 58.
 Gehirnsyphilis 331.

Gehörstäuschungen 53.
 Geizige 352.
 Gelenkrheumatismus 20. 325.
 Genealogie 1. 2.
 Geruchstäuschungen 57.
 Gesichtsausdruck 8.
 Gesichtstäuschungen 55.
 Gesichtsmuskulatur 11.
 Geschmackstäuschungen 57.
 Gesten 11.
 Gewichtskurven 152.
 Gliawucherungen 200. 275.
 Globus hystericus 267.
 Gobineau 4.
 Graphologie 106.
 Graphomanen 122.
 Grenzfälle 351.
 Grimassieren 159.
 Größenideen 21. 36. 68.
 — kontrastierende 70.
 Grübelsucht 355.
 Gynandrier 357.

H.

Hämatom der Dura 201.
 Haartracht 13.
 Häsitieren 204. 134.
 Halluzinationen, Diagnostik der 38.
 — des Gedächtnisses 90.
 Halluzinatorische Verwirrtheit 180.
 Halluzinatorischer Wahnsinn 196.
 Halluzinose der Trinker 302.
 Haschisch 323.
 Hebephrenie 157.
 Hemmung 18.
 Heredität 1.
 Hérédité progressif 2.
 Herzkrankheiten 338.
 Hirnabszeß 335.
 Hirngewicht 200. 252.
 Hirnlues 331.
 Hirntumor 334.
 Hochstapler 346.

Homosexualität 357.
 Huntingtonsche Chorea 287.
 Hydrozephalus 129. 201. 346.
 Hypalgesie 136.
 Hyperästhesie 267.
 Hypochondrische Wahnideen 74.
 Hypomanie 228.
 Hysterie 259.
 Hystero-Hypochondrie 74. 246.

I, J.

Ibsen 163.
 Ideenflucht 19. 23. 31. 32.
 Idées de grandeur 68.
 — de persécution 62.
 — de ruine 71.
 Idiotie 126. 346.
 — amaurotische 347.
 Illusionen 51.
 Imbezillität 341.
 Impulsion irrésistible 22.
 Infantile Paralyse 209.
 Infantiles Myxödem 328.
 Infektion 19.
 Infektionsdelirien 323.
 Influenza 325.
 Initialdelirium 324.
 Inkohärenz 33.
 Intelligenzprüfung 94.
 Intoxikation 20.
 Iterativerscheinungen 26. 33.
 34. 100. 120. 121. 122.
 Jodothylin 329.
 Juvenile Paralyse 210.

K.

Kahlbaum 220.
 Karzinom 338.
 Katalepsie 29.
 Katatonie 24. 99. 105. 220.
 Klangassoziationen 100. 227.
 Klassische Manie 229.
 Klassische Paralyse 216.
 Klaustrophobie 355.
 Klavus 267.

Kleidung 12.
 Kleptomanie 356.
 Klimakterium 238.
 Kokain 318.
 Kokainismus 318.
 Koma 334. 338.
 Komplementablenkung 334.
 Konfabulationen 90.
 Konjunktival-Katarrh 297.
 Konstitutionelle Verstimmung
 353.
 — Neurasthenie 358.
 Konträre Sexualempfindung 357.
 Kontrakturen 271.
 Koprohalie 356.
 Körpergewicht 152.
 Korsakoffsche Psychose 92. 305.
 Krampfanfälle, epileptische 276.
 284.
 — hysterische 269. 284.
 — paralytische 206.
 Krankheitseinsicht 101. 154.
 Kretinismus 326.
 Kriminelle Handlungen 144.
 Kropfbrunnen 327.

L.

Labilität 14.
 Larvierte Epilepsie 22. 276.
 — Malaria 325.
 Lesbische Liebe 357.
 Lissauersche Paralyse 219.
 Lombroso 127. 343.
 Lues 202. 203.
 Lügen, hysterische 265.
 Lügenhaftigkeit, epileptische 282.
 Lumbalpunktion 138
 Lykanthropie 72.
 Lymphozyten 138. 153.
 Lymphozytose 138. 223.

M.

Makropsie 56.
 Malaria 325.
 — larvierte 325.

Manie 22. 23. 70. 93. 123. 223.
226.

Mania mitis 228.

Manie raisonnante 229.

— deliriose 229.

Mania gravis 229.

Manie ambitieuse 230.

— furieuse 230.

— érotique 230.

— unproduktive 234.

Manieren 26.

Manisch-depressives Irresein 67.
72. 105. 223.

Manischer Stupor 233.

Masochismus 358.

Melancholie 23. 67. 70. 71. 105.
238.

Melancholia simplex 243.

— anxiosa 243.

— stuporosa 243.

Mélancholie raisonnante 232.

Melancholische Wahnideen 71.

Mendelsche Gesetze 3.

Meningitis 19. 346.

Merkfähigkeit 81.

— Prüfung der 84.

— Störungen der 85.

Metasyphilis 202.

Mikropsie 56.

Mikrocephalie 129. 347.

Mimik 11.

Mischzustände 232.

Mitbewegungen 133.

Moral insanity 343.

Morbus Basedowii 330.

Morbus sacer 274.

Moria 335.

Morphinismus 315.

Multiple Sklerose 337.

Mutazismus 28. 105. 106.

Mutismus 28. 105. 106.

Myxödematöses Irresein 328.

N.

Nahrungsverweigerung 143.

Negativismus 27. 28. 29.

Negativismus, hysterischer 264.

Neologismen 100. 123.

Nephritis 321. 338.

Nervensystem, Untersuchung 132.

Neurasthenie 289.

— bei Paralyse 208.

— bei Arteriosklerose 336.

— konstitutionelle 358.

Nauritis optica 204. 321.

Nietzsche 163.

Nihilistischer Wahn 71.

Nonne-Apeltische Reaktion 138.

Nystagmus 133. 337.

O.

Ohrnmacht bei Epilepsie 276.

Ohrformen 130.

Onomatomanie 356.

Opium 323.

Optikusatrophie 134. 204. 321.

Orden 13.

Organempfindungen 58.

— Halluzinationen der 58.

Orientiertheit 41.

— chronologische 83.

Ovarie 267.

P.

Pachymeningitis syphilitica 331.

Päderastie 357.

Parästhesie 293.

Paraphrie 118.

Paralyse, progressive 20. 66. 69.

72. 75. 82. 85. 92. 99. 103.

106. 113. 200.

— infantile 209.

— juvenile 210.

Paranoia 62. 63. 64. 65. 68. 73.

74. 90. 104. 112. 113. 184.

— confabulans 91. 194.

— originaria 193.

— periodica 196.

— phantastica 179.

— religiosa 191.

— querulatoria 191.

Parapraxie 29.
 Patellarreflex 136. 204.
 — bei Chorea 288.
 Pathologische Charaktere 352.
 — Rauschzustände 294.
 Periodische Manie 223.
 — Melancholie 223.
 Personenverkenning 52.
 Petit mal 88.
 Phobie 354.
 Physikalischer Verfolgungswahn 179.
 Physiognomisches 8. 234.
 Plasmazellen 201.
 Platzangst 354.
 Pneumonie 325.
 — bei Delir. tremens 301.
 Polyneuritische Psychose 86. 92. 305.
 Porencephalie 348.
 Poriomanie 279.
 Postinfektiöse Intoxikationspsychosen 323.
 Präkordialangst 11. 240.
 Präseniler Beeinträchtigungswahn 250.
 Presbyophrenie 255.
 Prognostik 146.
 Progressive Paralyse 200.
 Pseudologia phantastica 93.
 Pseudo-ivresse 295.
 Pseudoparalysis alcoholica 213. 313.
 — saturnina 213. 321.
 Psychomotorisches Verhalten 19.
 Puls 138.
 Pupillenuntersuchung 132.
 Pupillen bei Dementia praecox 172.
 Pupillenunruhe 173. 176. 180.
 Pyromanie 356.

Q.

Quartalssäufer 311.
 Querulantenwahn 65. 68. 191.
 Quinquadesches Zeichen 313.

R.

Raptus melancholicus 11. 240.
 Rassetheorie 4.
 Rausch 294.
 Rauschzustände, pathologische 294.
 Rechnen 82.
 Religiöse Paranoia 191.
 Remissionen bei Paralyse 211.
 — bei Katatonie 171.
 — bei hallucinator. Wahnsinn 198.
 Retrograde Amnesie 87.
 Rheumatismus 286. 325.
 Rombergsches Symptom 136. 204.

S.

Sachsche Idiotie 347.
 Sadismus 358.
 Sarkom 338.
 Schädel 128.
 Schädelmessung 129.
 Schilddrüse 326.
 Schnauzkrampf 11.
 Schrift 106.
 Schulkenntnisse 82.
 Schwachsinn, angeborener 338.
 Schwindel 276. 336.
 Schwindler, pathologische 93.
 Sklerose des Ammonshorns 275.
 — multiple 337.
 Sehnenreflexe 135.
 Selbstmordideen 143.
 Senile Demenz 252.
 Sexualempfindung, konträre 357.
 Silbenstolpern 134, 204.
 Simulation 266.
 Sinnestäuschungen 38. 48. 49.
 Situationsschilderung 139.
 Situationsverkenning 57.
 Sodomie 358.
 Somnambulismus 271.
 Spätkatatonie 223.
 Spezialgedächtnis 83.

Speichelsekretion 136.
 Sporadischer Kretinismus 328.
 Sprache 31. 134.
 Sprachverdrehtheit 34.
 Sprachverwirrtheit 34.
 Sprechmanieren 33.
 Status epilepticus 279.
 Stereotypie-Erscheinungen 24. 34.
 Stigmata degenerationis 129.
 Stimmen 53.
 Stimmung 13. 19.
 Stuporzustände 15. 104.
 Stupor, manischer 105.
 Suggestibilität 259. 264.
 Sydenham'sche Chorea 286.
 Syphilis des Gehirns 331.

T.

Tabes 204.
 Tätigkeitsdrang 23.
 Taktile Halluzinationen 58.
 Telegrammsprache 32.
 Testamentsanfechtung 107.
 Thermische Halluzinationen 58.
 Tiervisionen 44. 57.
 Tobsucht 21. 229.
 Toilette 12.
 Transfert 267.
 Tränensekretion 137.
 Trauma 275.
 Traumatische Hysterie 274.
 Tuberkulose 325.
 Tumoren des Gehirns 334.
 Typhus 19. 324. 325.

U.

Unproduktive Manie 234.
 Urämie 337.
 Urin 139.
 Urningsliebe 357.

V.

Vasomotorische Störungen bei
 Katatonie 172.
 Verarmungswahn 71.

Verbigeration 35.
 Verdopplung der Persönlichkeit
 273.
 Vererbung 2.
 Verfolgungsideen 36. 62.
 Verläumdungen, hysterische 59.
 Verlegenheits-Konfabulationen
 92.
 Verrücktheit 184.
 Verstimmung, konstitutionelle
 353.
 Versündigungsideen 71. 186.
 Verwandlungswahn 72.
 Verwirrtheit 42.
 — halluzinatorische 46. 180.
 Visionen 55.
 Vorstellungsablauf 19.

W.

Wahnideen 61.
 Wahnsinn, depressiver 72.
 — halluzinatorischer 196.
 — der Säufer 302.
 — der Kokainisten 320.
 Wandertrieb 279.
 Wassermannsche Reaktion 137.
 209. 223. 333.
 Wiederholungserscheinungen 26.
 33.
 Witzelsucht 335.
 Wortneubildung 34. 36. 123.

Z.

Zeichentalent 96.
 Zerebrospinalflüssigkeit 137.
 — bei Paralyse 209.
 Zerkopithekusohr 130.
 Zirkuläres Irresein 224.
 Zitterschrift 113. 117. 118.
 Zoopsie 57.
 Zwangsirresein 353.
 Zweifelsucht 355.
 Zwergwuchs 326.
 Zystizerken 335.

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

5-12-13

2⁰⁵
A

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

--	--	--

44832

L601 Fuhrmann, M.

Diagnostik und Prog-

F95

1913 Diagnostik der Geisteskrank-

heiten

DATE DUE

NAME

