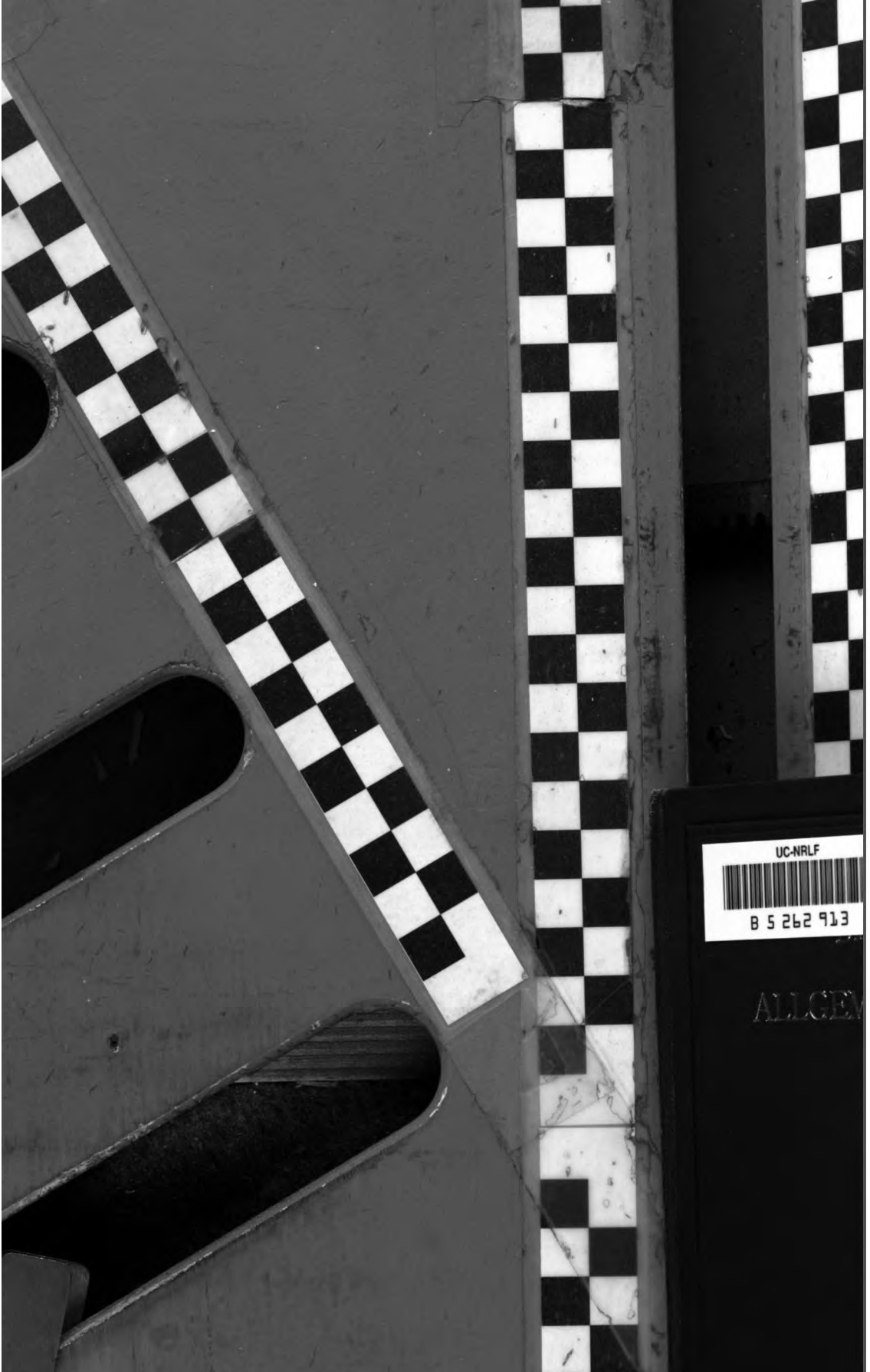


ALLGEMEINE UND SPEZIELLE
PSYCHIATRIE

I. BAND
ALLGEMEINER TEIL



LEIPZIG
VERLAG VON F. C. W. VOGEL.



UC-NRLF



B 5 262 913

ALLEN

UC-NRLF



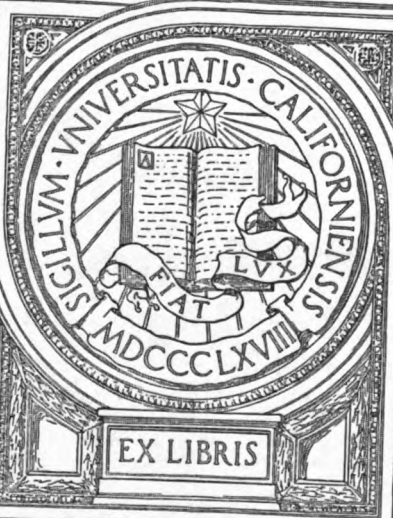
B 5 262 913

ERWIN STRANSKY

ALLGEMEINE UND SPEZIELLE
PSYCHIATRIE

I. BAND
ALLGEMEINER TEIL





EX LIBRIS

LANGLEY PORTER CLINIC

IN MEMORIAM
CARL RENZ, M.D.



LEHRBUCH DER ALLGEMEINEN UND SPEZIELLEN PSYCHIATRIE

ZUR EINFÜHRUNG FÜR STUDIERENDE
UND ALS MERKBUCH FÜR IN DER ALL-
GEMEINEN PRAXIS STEHENDE ÄRZTE

BEARBEITET VON

PRIVATDOZENT DR. ERWIN STRANSKY IN WIEN

I. ALLGEMEINER TEIL

MIT 11 ABBILDUNGEN, EINER FARBIGEN TAFEL
UND EINEM PHARMAKOLOGISCHEN ANHANG,
BEARBEITET VON DR. KARL FERI IN WIEN



LEIPZIG

VERLAG VON F. C. W. VOGEL

1914

T.

Alle Rechte vorbehalten
Copyright 1914 by F. C. W. Vogel, Leipzig

UNIVERSITY OF MICHIGAN
LIBRARY

RC
454
587
v. 1
1914

Spec. Coll.
Non-Circ.

Vorwort.

An guten Lehr- und Handbüchern der Psychiatrie herrscht in der deutschen Literatur sicherlich kein Mangel. Der Entschluß, der mir von außen gekommenen Anregung Folge zu leisten und ein Lehrbuch unserer Disziplin zu schreiben, welches, nicht zu lang und nicht zu kurz geraten, tunlichst aus einem Guß gestaltet sein sollte, wurde mir daher nicht ganz leicht. Und dazu kam noch das Bedenken, ob ich als österreichischer, sei es auch deutsch-österreichischer Autor hinreichend Berechtigung besitze, ein gerade vor allem für reichsdeutsche Studenten bestimmtes Lehrbuch zu verfassen; besitzt doch der österreichische Mediziner in dem Buche von PILCZ einen vortrefflichen Mentor, der seinen Bedürfnissen in jeder Hinsicht gerecht wird; im Reiche draußen aber gibt es — gar nicht zu sprechen von den zahlreichen Leitfäden, Diagnostiken, Repetitorien und Atlanten — das gewaltige Werk KRAEPELINS und das anerkannt vorzügliche von SIEMERLING, BINSWANGER und deren Mitarbeitern geschaffene Lehrbuch — ganz abgesehen von den klassischen Werken eines WERNICKE und eines ZIEHEN —, neben denen jedes weitere gleichartige oder ähnliche Unternehmen zunächst als mindestens überflüssig erscheinen könnte.

Und doch habe ich schließlich meine Bedenken überwunden und bin an die mir angebotene Aufgabe herangetreten. Die Gründe, die mich dazu bestimmten, sind verschiedener Art, lassen sich aber dahin zusammenfassen, daß ich das Gefühl hatte, als hätte ich dem deutschen Studenten und dem deutschen Arzte doch auch etwas zu sagen, was ihnen nützlich werden könnte, vielleicht nicht so sehr in der Sache wie in der Form; ein Gefühl, das ein wenig in einer, sei es auch, den Verhältnissen entsprechend, umfänglich nur bescheidenen Erfahrung wurzelt. Ist mir doch im Laufe der Zeit die Befriedigung zuteil geworden, in manchem jungen Kollegen ein wenig Lust, Liebe und Verständnis für unser Fach zu erwecken und ihn heute bereits selbständig und erfolgreich weiter arbeiten zu sehen; nicht so sehr durch das, was ich ihm bieten konnte, — das hätte er wahrlich anderen Orts mindestens ebensogut, wenn nicht besser, vor allem vollständiger und systemvoller haben können — als durch die Art, wie ich es ihm bot. Und indem ich, selbst noch fast ein Anfänger und daher wohl wissend, wo den Novizen unserer Wissenschaft der Schuh zu drücken pflegt, mit meinen Schülern selber in einer Front mitmarschierte und zunächst nicht viel mehr tun konnte als den Tritt angeben, in dem wir gemeinsam vorwärts schritten, konnte ich mich so in gemeinsamer, geistiger, gemütlicher und psychomotorischer Arbeit in die Seele der anderen weit rascher einfühlen, als mir dies von der Höhe eines Katheders herab möglich gewesen wäre. In dieser drangerfüllten und doch so schönen und fruchtbringenden Assistentenzeit ist mir die Lust und die Liebe nicht zum Lernen allein, sondern auch zum Lehren erwacht, ist zwischen Krankenbetten und inmitten der Kommilitonen, die mich zu ihrem Flügelmann auf dem Marsche

in das unbekannte Land der Psychopathologie erkoren, manches geboren worden, was in dem vorliegenden Buche geschrieben steht. Dies mag den Erdgeruch erklären, der seinem Inhalte an manchen Stellen anhaftet, und den zu verdecken, mag dies Bestreben auch vielleicht angesichts der gebotenen Kürze und Gedrängtheit nur allzu oft bis zur Überkompensierung gediehen sein, mir dafür anderwärts wieder nicht völlig gelungen ist; allzusehr hätte ich mir sonst Gewalt antun, allzusehr die Spuren dessen verwischen müssen, daß mir vieles gleichsam aus dem Herzen heraus in die Feder geflossen ist. Und wenn mir auch, als ich das Ganze dann übersah, an vielen Stellen die Frage sich aufdrängte: »soll ichs so stehen lassen?«, und vieles von dem, was mir im ersten Entwurf in die Feder floß, nachher geändert oder getilgt worden ist, allenthalben vermochte ich mir nicht Zwang anzutun; und es wäre vielleicht auch nicht gut gewesen, jede persönliche Note auszumerzen. Die größere Naturnähe, das freiere, ungebundener Sprudeln des natürlichen Temperamentes, dem doch wiederum eine alte traditionelle Sinnkultur Exzesse ins Geschmacklose zu wehren pflegt, das ist ja gerade, was der Österreicher seinem reichsdeutschen Bruder, der ihm an formaler wie an realer Bildung und an dialektischer Ausdrucksgewandtheit im allgemeinen sicherlich überlegen ist, seinerseits zu bieten vermag; und das ist bei der vielleicht allzu strengen Gebundenheit, welche die straffe reichsdeutsche Erziehung gerade dem Affektleben aufnötigt, eine bescheidene, aber doch keine der wertlosesten Gegengaben für das viele, was wir Österreicher aus dem Deutschen Reiche an Kulturanregungen zu empfangen gewohnt sind.

Für lernende Anfänger und für praktische Ärzte ist dies Buch geschrieben. Es will kein Repetitorium für die Prüfung sein, es will vielmehr ein paar bescheidene Werte für das ärztliche Leben gewinnen und festhalten helfen. Wer freilich lückenlose Vollständigkeit oder ein streng durchgeführtes System in der Darstellungsform darin sucht, der wird es enttäuscht aus der Hand legen; er möge dann aber bedenken, welches der eigentlichste Grundgedanke des Buches ist, das ja Werke, wie der KRAEPELINSchen Psychiatrie oder dem groß angelegten ASCHAFFENBURGSchen Handbuche nicht entfernt an die Seite gestellt werden will und es auch gar nicht darf, soll es seinem Zweck gerecht werden und vor allem das praktisch Wichtigste faßlich und mundgerecht darbieten, ohne trotz alledem zu breit zu werden; eine gewisse elektive Beschränkung gebot sich da von selbst. Auch für solche, die tiefer schürfen wollen, ist das Buch, mag es mir vielleicht auch vergönnt sein, da und dort so etwas wie eine neue Anregung zu bringen, im allgemeinen ganz gewiß nicht geschrieben; es wäre ihm, hätte ich das angestrebt, sozusagen die Rolle des fünften Rades am Wagen beschieden gewesen, verfügt doch bereits die jüngere deutsche Psychiatergeneration (von der älteren gar nicht erst zu reden) über Männer wie LIEPMANN, SCHRÖDER, BUMKE, KLEIST, RÜDIN, ISSERLIN, WILMANN, GOLDSTEIN, JASPERS und noch andere, die dem, der in die Tiefe dringen möchte, so viel an Anleitungen und Anregungen zu bieten vermögen, daß ich es für das Weiseste hielt, mich für meinen Teil auf das Plätzchen zu beschränken, welches mir noch nicht völlig ausgefüllt erschien: von dem aus ich dem Anfänger da und dort Einblicke ins Leben der Psychopathologie, wie es sich unseren Augen bietet, zu eröffnen, den Praktiker da und dort an das lebendige Geschehen in der Psychopathologie zu erinnern vermochte.

Ich war bemüht, meine Schilderungen möglichst allgemein zu halten, Analyse und Beschreibung tunlichst ineinanderfließen zu lassen, dagegen ein Zuviel an »Krankengeschichte« zu vermeiden. Es war dies schon aus äußeren Gründen geboten, da ich, wie schon wiederholt gesagt, ohne Wichtiges auszulassen,

nicht zu breit werden durfte; und überdies wollte ich es auch verhüten, durch öftere Einschaltung einzelner kasuistischer Beispiele die Vorstellungen des Lernenden allzusehr auf bestimmte Situationsbilder festzulegen, was mir, so sehr es auch verlockend aussieht, doch nicht allzu vorteilhaft erscheint; ich hoffe, daß dafür die überall aus dem Leben gegriffene Darstellung genügend plastisch ausgefallen ist, und hoffe, daß die zwanglose Durchdringung derselben mit psychologischer Analyse für die von mir fast überall mit Absicht weggelassenen theoretischen und allgemein psychologischen Exegesen, die für den Anfänger und Praktiker ja nur Ballast sind, einigermaßen entschädigt. Literaturangaben habe ich aus den gleichen Motiven ganz weggelassen, ebenso meist Namen; es handelt sich ja um kein Handbuch, kein Quellenwerk und kein »Standardwerk«. Die wenigen Abbildungen werden dagegen nicht unwillkommen sein; aber auch hier glaube ich Maß gehalten zu haben. Wichtig erschien mir, einen eigenen pharmakologischen Anhang dem Buch beizugeben, den ich dem Assistenten der von mir geführten Nervenambulanz, Herrn Dr. KARL FERL, keinem Neuling in pharmakodynamisch-experimentellen Problemen, zur Bearbeitung überantwortete; ich hoffe, dieses Kapitel wird den Beifall der Fachkollegen und Praktiker finden.

Ich kann nicht schließen, ohne meinem Lehrer und vormaligem Chef, Herrn Hofrat Professor Dr. JULIUS WAGNER VON JAUREGG, für die Unterstützung und Förderung, die mir seinerseits zuteil geworden ist, aufs herzlichste und ehrerbietigste zu danken; so wenig ich mich, gleich der gesamten jüngeren deutschen Psychiatergeneration, den Lehren eines KRAEPELIN, eines WERNICKE zu entziehen vermochte, und so sehr da und dort, und zwar gerade an gewissen »kritischen«, behutsameren Kollegen vielleicht nicht restlos zu Gesichte stehenden Stellen persönliche Gesichtspunkte hindurchscheinen mögen: gerade die jetzige Bearbeitung des Gesamtgebietes hat mir aufs neue und in besonders ausgiebigem Umfange zum Bewußtsein gebracht, wieviel gleich allen seinen Schülern auch ich von WAGNER an Lehren und Anregungen sonder Zahl schulde. Und endlich noch einige aufrichtige und herzliche Worte der Erkenntlichkeit an Herrn Professor Dr. EMIL REDLICH für verschiedene Winke und Ratschläge und an meine Freunde und Kollegen, die Herren Privatdozenten Dr. RICHARD VOLK, klinischen Assistenten Dr. EGON FRIES, Dr. MAX DOBRSCHANSKY und Dr. MARTIN PAPPENHEIM für die Überlassung und Anfertigung einer Reihe von Abbildungen und Photographien und für sonstige, anläßlich der Vorarbeiten zu dem Buche gegebene Anregungen und erwiesene Gefälligkeiten; auch noch einige andere Herren, deren ich an den entsprechenden Stelle gedenke, sind mir in verschiedentlichen Belangen gefällig entgegengekommen.

Wien, Neujahr 1914.

ERWIN STRANSKY.

Inhaltsverzeichnis.

Allgemeine Psychiatrie.

	Seite
Einleitung. Wesen, Umfang und Schwierigkeiten der Psychiatrie	1
Vom Lehren und Lernen in der Psychiatrie. Vom Umgang mit den Kranken	4
Allgemeines über die Zeichen psychischer Störungen	9
Allgemeines über Störungen des Affektlebens	10
Anomalien einfacher Gefühle (einschließlich der Gemeingefühle)	10
Depressive Verstimmungen und depressive Affekte	13
Expansive Verstimmungen	15
Gemischte und zusammengesetzte Stimmungen und Affekte	17
Störungen in der Intensität, der Tenazität, im Ablauf und in der Logik der Affekte. Die Aufmerksamkeit	18
Störungen im Bereiche der Wahrnehmungs-, Auffassungs- und Vorstellungsvorgänge	21
Störungen der Auffassung	21
Störungen im Vorstellungsablaufe	22
Störungen der Tenazität der Vorstellungen, des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit.	27
Sinnestäuschungen (Halluzinationen)	33
Störungen im Bewußtseinsinhalte	41
Wahnideen.	46
Störungen des Bewußtseins	53
Störungen der Orientierung	55
Störungen des Selbstbewußtseins (Persönlichkeitsbewußtseins)	58
Störungen der Intelligenz	62
Störungen auf dem Gebiete des Wollens und der Psychomotilität	67
Störungen des Benehmens und Handelns. Charakterologische Anomalien	84
Delirium	86
Körperliche Symptome	88
Neurologisches	89
Drüsenstörungen	91
Stoffwechsel, Blut	93
Serologisches, Liquor, Zirkulationssystem	95
Trophische Störungen	97
Verlauf der Geistesstörungen	99
Allgemeine Ätiologie und Pathogenese der psychischen Störungen	104
Anlage	104
Heredität	107
Körperkrankheiten	109
Psychische Ursachen	113
Degeneration	116
Degenerationszeichen	119

	Seite
Lebensalter, Geschlecht, Rasse, Milieu und Kultur	121
Zur allgemeinen pathologischen Anatomie der Psychosen	128
Allgemeine Prognostik der Geisteskrankheiten	130
Allgemeine Therapie der Geisteskrankheiten	133
Vorbeugung	135
Ätiologische Behandlung	139
Symptomatische Behandlung	141
Sondenernährung	143
Bäderbehandlung	147
Schlafmittel	149
Körperpflege	151
Beschränkung	153
Betten	155
Anstaltsbehandlung	157
Freiere Regime	159
Anstalts-Aufnahme und -Entlassung	161
Verkehr der Kranken	165
Rechtliche Gesichtspunkte in der praktischen Psychiatrie	166
Reichsdeutsche Gesetzgebung:	
A. Bürgerliches Gesetzbuch	174
B. Zivilprozeß	175
C. Strafgesetz	176
D. Strafprozeß	177
Österreichische Gesetzgebung:	
A. Bürgerliches Gesetzbuch	177
B. Strafgesetz	179
C. Strafprozeßordnung	181
Krankenuntersuchung und allgemeine Diagnostik	182

Anhang.

Wirkungsweise und Anwendung der für den praktischen Psychiater wichtigen Arzneimittel.

Allgemeine Bemerkungen über die medikamentöse Therapie in der Psychiatrie	192
Medikamente, die in spezifischer Weise auf das Großhirn beruhigend einwirken.	193
Hypnotika. Allgemeine Beschreibung ihrer Wirkung	194
Alkohol	196
Paraldehyd	197
Urethane	201
Chlorhaltige Präparate	202
Bromhaltige Präparate	205
Sulfone (Sulfonal, Trional)	207
Veronalgruppe (Veronal, Medinal, Proponal, Luminal)	209
Inhalationsanästhetika	211
Narkotika	212
Alkaloiden des Opiums (Opium, Morphin, Pantopon)	212
Alkaloide der Solanazeen (Skopolamin, Atropin)	218
Brompräparate	219
Valerianagruppe	222
Antipyretika, Analgetika, Antineuralgika	224
Arzneikombinationen	227

	Seite
Alkaloide, die das Zentralnervensystem erregen	228
Organtherapie	229
Fiebertherapie der progressiven Paralyse.	231
Ätiologische Therapie der infektiösen, insbesondere derluetischen Erkrankungen	232
Kurze Übersicht über die medikamentöse Behandlung der Ernährungsstörungen.	236
Kurze Übersicht über die medikamentöse Behandlung der Zirkulations- und Diuresestörungen	238
Kurze Übersicht über die bei Erkrankungen der Respirationsorgane verwendeten Medikamente	245
Kurze Übersicht über die wichtigsten Präparate zur Krankenpflege	245
Maximaldosentabelle	247
Übersicht der im vorstehenden besprochenen Medikamente, nach therapeutischen Gesichtspunkten geordnet.	248
Sachregister	250

Allgemeine Psychiatrie.

Einleitung. Wesen, Umfang und Schwierigkeiten der Psychiatrie.

Die Psychiatrie ist die Lehre von den krankhaften Störungen des Seelenlebens.

Eine Seelenstörung ist stets der Ausdruck eines dauernden oder vorübergehenden, anatomisch oder funktionell bedingten abnormen Geschehens in der Großhirnrinde. Da aber das Großhirn, wie das Gehirn überhaupt, anatomisch und physiologisch aus dem engsten Zusammenhange mit dem übrigen Nervensystem, ja mit dem gesamten Organismus, nicht herausgedacht werden kann, und die Hauptgesetze der allgemeinen Physiologie und Pathologie hier wie dort die nämlichen sind, so erhellt, daß, ganz streng genommen, die Psychopathologie nichts anderes darstellt als ein besonderes Kapitel spezieller Pathologie. In der Tat sollte denn auch dieses leitende Prinzip niemals aus dem Auge verloren werden, und manche in praxi unterlaufene Irrung gäbe es nicht, schwebte jene Grundtatsache immer und überall als Leitstern vor. Wenn sie trotzdem oft genug außer acht gelassen wird, so hat dies mannigfache innere und äußere Ursachen. Die Erörterung der wichtigsten davon soll uns gleichzeitig mit den vornehmlichsten allgemeinen Eigentümlichkeiten der Psychopathologie als Disziplin näher bekannt machen.

Zuvörderst hat die Psyche als solche ihre sehr wesentlichen und unterscheidenden Besonderheiten. Die Pathologie aller übrigen Teile und Lebensäußerungen des Organismus und auch die Großhirnpathologie in ihrem nicht-psychiatrischen Anteile kann mehr oder weniger am palpablen Objekte arbeiten oder dieses ihr Arbeitsobjekt wenigstens als ein palpables sich vorstellen, sei es direkt, sei es — wie in der Funktionspathologie und -diagnostik — indirekt; gute Beanlagung für sinnliches Beobachten und räumliches Vorstellen oder tüchtige Schulung in beiden Richtungen vermögen da überall das Verständnis der Dinge in Theorie und Praxis wesentlich zu erleichtern, und ebenso ist es, entsprechende Darstellungsgabe vorausgesetzt, leicht möglich, dieses Verständnis durch Benützung oder Heranbildung der nämlichen inneren Hilfen anderen zu vermitteln. Nur im beschränkten Ausmaße sind aber in der Psychopathologie diese so wichtigen Hilfen verwendbar: hier haben wir es eben mit der gestörten Psyche zu tun, mit einem Komplex von Lebensäußerungen, der zwar enge an die Großhirnrinde geknüpft ist, doch aber anderer als höchstens bildlich gedachter sinnlicher Greifbarkeit spottet. Dazu kommt, daß alles Psychische durch weit größere Labilität sich kennzeichnet als die übrigen uns bekannten Lebensäußerungen; und daß im Gebiete der Psyche, unbeschadet der allgemeinen Übereinstimmung in den zum Teile exakt meßbaren elementareren Vorgängen, der Individualität von Rassen, Völkern, ja jener des Einzelmenschen, ein in manchen Belangen noch gar nicht umgrenzbarer und auch exakter Messung zum größten Teile nur schwer zugänglicher Spielraum eingeräumt ist. Es schwankt daher schon der Begriff des Normalen, des Gesunden hier in ziemlich weiten Grenzen. Allgemein gültige Sätze lassen

sich demnach in der Psychiatrie nur in weit bescheidenerem Maße formulieren als in der übrigen Pathologie. Die Tatsache, daß gewisse psychische Elementarvorgänge und Elementarstörungen, wie wir heute schon wissen, mit topographisch oder histopathologisch determinierten Befunden korrespondieren, vermag daran einstweilen noch nicht viel zu ändern; ebensowenig wie die Tatsache, daß manchen Psychosen oder Syndromen bestimmter charakterisierte somatische Symptome zu sekundieren pflegen.

Die Schwierigkeit oder selbst Unmöglichkeit, in vielen Fällen zwischen Gesund und Krank zu scheiden, ist ein Umstand, der, wiewohl im Grunde in der gesamten Pathologie zu Recht bestehend, doch gerade in der Pathologie des Seelenlebens am aufdringlichsten zutage tritt und ihr dadurch ein besonderes Relief verleiht. Natürlich kennt auch die Psychiatrie eine stattliche Reihe wohl abgerundeter Krankheitsformen, über deren pathologische Natur gar kein Zweifel obwalten kann. Allein kaum in einer anderen medizinischen Disziplin nehmen die zweifelhaften Krankheitszustände und die Grenzfälle einen so breiten Raum ein, wie hier, theoretisch sowohl wie praktisch, in kaum einem anderen Lebensäußerungsgebiete wie im seelischen nähert sich das normale Geschehen so oft und so vielfach dem pathologischen, in kaum einem anderen ist, wie schon vorhin angedeutet, zu alledem noch so sehr mit individuellen, sozialen oder sonstwie bedingten Verschiedenheiten zu rechnen, wie hier. Die theoretischen Begriffe »Normal« und »Abnorm« sind nirgends schwerer faßbar, nirgends relativer, nirgends größeren Schwankungen unterworfen als auf psychischem Gebiete, die Diagnose auf Krankheit und noch mehr jene auf Gesundheit nirgends so oft auf schwankerer Grundlage aufzubauen, wie hier; ganz gleicher Art sind denn auch die Schwierigkeiten der Prognosenstellung, welche letztere überdies noch durch die lange Dauer der meisten Seelenstörungen mit um ein weiteres erschwert wird.

Der Schwierigkeit und Besonderheit der Grenzfrage zwischen Gesund und Krank in der Psychiatrie vergleichbar ist die Schwierigkeit der Abgrenzung nicht weniger Einzelformen psychischer Störung gegeneinander. Die Erklärung hierfür ist zum großen Teile in Umständen zu suchen, die bereits Gegenstand der Erörterung gewesen sind: in der Labilität, in der individuellen Mannigfaltigkeit alles Psychischen und in der meistens bestehenden Unmöglichkeit, sich auf alle diese Dinge mangels entsprechender Kenntnisse oder präziser Begleitindizien topographisch und pathogenetisch einen Reim zu machen; ein katatonisches Zustandsbild etwa kann in zwei verschiedenen Fällen jeweils ein ganz verschiedenes Relief gewinnen, kann in dem einen Falle der Ausdruck einer ernsten, aber am Ende von selbst oder dank der Therapie zu gutem Ende führenden Herderkrankung in der Schädelhöhle, in dem andern der Ausdruck einer Schizophrenie mit zu psychischer Schwäche führendem Verlauf sein, in einem dritten Falle wiederum die vorübergehende Reaktion einer latent in eigenartiger Weise abnorm veranlagten Psyche vorstellen, die vielleicht in Fällen mit, wie man anzunehmen geneigt sein wird, jeweils anders gerichteten latenten Anlagen ein mehr amentes oder hysterisches oder melancholisches oder sonst wie anders geartetes Gesicht zeigen würde. Hierin nicht zuletzt hat der noch zu erörternde Grundsatz der modernen klinischen Psychiatrie, gegebene Zustandsbilder erst nach Kenntnis eines längeren zeitlichen Verlaufsabschnittes diagnostisch zu deuten und psychischen Symptomen den Rang pathognostischer Zeichen nur in sparsamstem Ausmaße zuzuerkennen, eine seiner Hauptwurzeln. Über alles das hinaus leidet aber die Abgrenzung der einzelnen psychischen Krankheiten gegeneinander noch an anderen Erschwernissen: sie resultieren aus der verhältnismäßigen Jugend

der Psychiatrie als empirischer Naturwissenschaft und der wesentlich darin begründeten, noch keineswegs überwundenen Verlockung zur Ergänzung der vorhandenen Wissenslücken auf dem Wege der Spekulation. Da aber die Spekulation in ihren Produkten naturgemäß von Schule zu Schule, ja von Person zu Person verschieden geartet ist (zumal in deutschen Landen, wo, wenn der Ausdruck erlaubt ist, jeder einzelne seinen besonderen inneren Schulmeister in sich sitzen hat), konnte es nicht fehlen, daß die Frage nach dem Wesen, der Bedeutung, der Zuordnung der einzelnen psychischen Krankheitsbilder und -formen von verschiedenen Forschern und Schulen in sehr verschiedener, stark individuell gefärbter Weise beantwortet ward. Es drückte sich dies vor allem in der Verschiedenheit der Einteilungssysteme aus, der wiederum oft eine völlige Verschiedenheit in der Nomenklatur oder — ein fast noch erschwerenderer Umstand — eine völlige Verschiedenheit in der inhaltlichen Bewertung oft eines und desselben Terminus sekundierte. Und so krankt denn auch noch die heutige Psychiatrie, obwohl anatomische und psychologische, ätiologische und pathogenetische Forschungen in mühevoller Arbeit Stein um Stein dem immer breiter werdenden empirischen Fundamente unserer Wissenschaft einfügen, noch an einer weitgehenden und angesichts der völlig disparaten Betrachtungsweisen oft nur schwer überbrückbaren Verschiedenheit von Krankheitsbegriffen und von ganzen Systemen und an einem zumal den nicht oder nur halb Eingeweihten oft völlig verwirrenden Nomenklaturelend. Kein geringer Teil der sogenannten Widersprüche zwischen Irrenärzten stammt gerade aus dieser Wurzel. Man darf gleichwohl ohne Übertreibung aussprechen, daß auf diesem Gebiete namentlich dank der unverdrossenen Bienenarbeit KRAEPELINS und seiner Schule innerhalb des letzten Jahrzehnts sehr viel an Land gepoldert und zum nicht geringen Teil fest und endgültig abgesteckt worden ist, und daß die Mithilfe der auf histologischem, psycho- und physiologischem und ätiologischem Gebiete tätigen deutschen Kliniker und theoretischen Forscher, unter denen hier aufs Geratewohl nur RIEGER, SOMMER, BLEULER, v. WAGNER, BONHÖFFER, ZIEHEN, MÖLI, HEILBRONNER, NISSEL, ALZHEIMER, OBERSTEINER, LIEPMANN, SIEMERLING, TUCZEK, HOCHÉ, BUMKE, FLECHSIG, PICK, ANTON, REDLICH, BINSWANGER, NEISSER, ASCHAFFENBURG, WEYGANDT, SPECHT, GAUPP, WILMANN, O. FISCHER, v. WASSERMANN, REICHARDT, ROSENFELD, PLAUT, SPIELMEYER, ABDERHALDEN, MEYER (nicht zu vergessen des großen WERNICKE) genannt seien*), von Jahr zu Jahr die Systematik präziser werden läßt. Erscheint durch alle die dargelegten Schwierigkeiten weitgehenden Mißverständnissen Tür und Tor geöffnet, so vergrößert sich das Übel noch durch den weiteren Umstand, daß infolge ihrer besonderen, dem Gegenstand entsprechenden sozialen Bedeutung gerade die Psychopathologie ungeachtet ihrer wissenschaftlichen Jugend, ungeachtet ihres vielfach noch halb- und selbst unfertigen Zustandes, in ausgedehntestem Maße dem öffentlichen Interesse ausgesetzt, ja diesem zu dienen verbunden ist und in ungleich kargerem Ausmaße als die meisten ihrer klinischen Schwesterdisziplinen ihre Kindheit und Jugend in der schützenden Stille und Wärme des Laboratoriums durchleben durfte. Die Kinder-

*) In weiter Folge verdienen hier alle hervorragenden deutschen Kliniker (siehe auch im Vorwort) Erwähnung, und insofern ist die hier gegebene keineswegs absolut vollständige Auswahl nur eine beiläufige und berücksichtigt vor allem die auch theoretisch arbeitenden Forscher. Vielleicht darf ich aber hier von meinen österreichischen Landsleuten noch nennen: HARTMANN, ZINGERLE, MERINGER, MAYER, HIRSCHL, FREUD, PILCZ, RAIMANN, STRAUSSLER, ELZHOLZ, MATTAUSCHEK, BERZE, SCHÜLLER, PÖTZL, BONVICINI, MARBURG u. a.

krankheiten der Psychiatrie standen und stehen der öffentlichen Diskussion preisgegeben; und es sind nicht bloß berufene und wohlmeinende Ärzte, die sich jeweils an ihr Krankenlager heranzudrängen pflegen. Aber auch die ganze übrige Jugendentwicklung und Jugenderziehung der Psychiatrie zur empirischen Wissenschaft vermochte sich nicht und vermag sich noch heute nicht mit der zweckdienlichen und wünschenswerten Ungestörtheit zu vollziehen, und außerklinische Interessenkreise versuchen ihr immer wieder den chinesischen Stiefel anzuzwängen. Man denke da besonders an die an und für sich notwendige Dienstbarkeit der Psychiatrie gegenüber der Rechtsprechung, aus der nun aber leider so vielfach Fragen und Weiterungen erwachsen, die für die ruhige, wissenschaftliche Entwicklung unserer Disziplin nichts weniger als förderlich sind und sie überdies in der öffentlichen Meinung herabsetzen, welche ja in ihrer gewohnten Unlogik für unzulängliche Fragestellung nicht den Fragenden, sondern den Befragten, demnach hier den Psychiater und seine Disziplin, verantwortlich zu machen pflegt. Dazu kommen noch die ewig modernen und von breitesten Kreisen gläubig hingenommenen Pauschalbeschuldigungen gegen die Irrenärzte wegen ungerechtfertigter Krankerklärung und ungerechtfertigter Anstaltsinternierung. Alle diese, der jungen Psychiatrie*) und ihren Vertretern aufgezwungenen, oft genug leidenschaftlich geführten Kämpfe sind natürlich der wissenschaftlichen Entwicklung unseres Faches abträglich und helfen direkt und indirekt die ohnehin reichlich bemessenen Schwierigkeiten vergrößern.

So sehen wir denn eine Reihe äußerer und innerer Momente zusammenwirken, um der Psychiatrie eine besondere, sie vor den anderen klinischen Disziplinen kennzeichnende Note zu geben und ihre inneren und äußeren Schwierigkeiten zu erhöhen. Betrieb und Studium unseres Wissenszweiges gewinnen dadurch gewisse Eigenarten, mit denen wir uns eingehender zu befassen haben werden. Trotz alledem ist aber kein Grund zu wissenschaftlichem Pessimismus da; sind wir doch alle Zeugen der gewaltigen Fortschritte, welche unsere Disziplin dank der segensreichen Zusammenarbeit mit Histologie und Experimentalpathologie und dank verfeinerter und verbreiteter psychopathologisch-klinischer Methodik gerade in den letzten zwei Jahrzehnten gemacht hat.

Vom Lehren und Lernen in der Psychiatrie. Vom Umgang mit den Kranken.

Das Studium eines Gegenstandes, wie es unsere Disziplin ist, von deren großer Schwierigkeit und vielfacher Eigenart wir soeben Kenntnis genommen haben, hat natürlich bestimmten besonderen Erfordernissen gerecht zu werden. Wer lediglich mit den in der übrigen Medizin geltenden Hilfsmitteln in der Psychiatrie auskommen wollte, der ginge ebenso fehl wie derjenige, welcher wesentlich psychologische, sei es aus äußerer, sei es aus innerer Erfahrung gewonnene Maßstäbe an die psychisch-pathologischen Phänomene anlegen wollte. Wer ein eindringendes praktisches Verständnis psychischer Krankheiten erstrebt, muß einmal alle Sinne schärfen, muß im gegebenen Falle mit allen, selbst den sogenannten niederen Sinnen zu operieren und zu beobachten vermögen; ein wie wesentliches Leitmotiv vermag nicht etwa der Geruch eines Kranken nach Azeton in manchen Fällen abzugeben! Der Lernbeflissene muß hier so gut, ja womöglich noch schärfer und flinker zu beobachten

*) Als »Kunst« ist die Psychopathologie übrigens schon recht alt.

vermögen wie in der übrigen Pathologie, sind es doch oft ganz diskrete und flüchtige Symptome, zumal auf pantomimischem Gebiete, die nicht selten auf eine bestimmte Spur zu führen vermögen. Er darf weiter einer gewissen Einfühlungsgabe nicht entraten, muß imstande sein, die nach außenhin oft nur in Andeutungen sich verratenden inneren Regungen des Kranken in sein eigenes Innere so zu projizieren, daß er unter Zuhilfenahme seines Erfahrungsschatzes, von dem ja auch die eigene innere psychologische Erfahrung einen wesentlichen Bestandteil bildet, in der Seele jenes richtig zu lesen vermag. Da aber die Entäußerungen der Psyche im gesunden wie im kranken Zustande psychomotorischer Art sind, so erhellt, daß der Untersucher sein eigenes Psychomotorium, wenn auch selbstredend nur im Geiste, beim Krankenexamen mitschwingen lassen muß, will er sich in der Mannigfaltigkeit der sich ihm darbietenden psychischen Äußerungen des Untersuchten zurecht finden, die einen als noch normale agnoszieren, die anderen als quantitativ oder gar qualitativ fremdartige oder geradezu abnormale registrieren können. Selbstverständlich ist es auch nötig, alle jene Hilfsmittel zu gebrauchen und in solcher Art, wie dies in einem späteren Kapitel (Krankenuntersuchung) dargestellt werden wird.

Vor allem aber ergibt sich für denjenigen, der dem Studium der Geisteskrankheiten obliegt, ein Satz von imperativem Klange: Heran an die Kranken, möglichst frühzeitig und möglichst oft; nicht bloß lesen, zusehen und zuhören, sondern psychomotorisch mitlernen, selber mit allen Sinnen und allen Fibern das Krankenexamen führen lernen, sobald als nur irgend möglich und so oft sich dazu die Gelegenheit bietet. Es gibt kaum ein anderes klinisches Fach, in dem der Lehrer verpflichtet wäre, so frühzeitig und so ausgiebig wie nur irgend möglich, seine Schüler an die Kranken selber heranzubringen als hier; sie möglichst bald und ausgiebig selber examinieren zu lassen, natürlich aber seinerseits stets da ins Examen einzugreifen, wo etwa Fehler in dessen Führung unterlaufen; gerade aber wiederum solche Fehler durch frühzeitiges, praktisches Üben zu provozieren, denn in keiner Disziplin kommt den Fehlern und deren Korrektur solch ein didaktischer Wert zu, wie hier, vorausgesetzt, daß die Fehler und deren Korrektur tätig erlebt und nicht bloß geschaut wurden, und dadurch mit psychomotorischen Erinnerungen und mit dem so wichtigen Gefühlston des Interesses verknüpft bleiben. Die anfängliche Hilflosigkeit und falsche Scham des Schülers überwindet sich leicht, zumal wenn der Lehrer durch das ungescheute Aufzeigen seiner eigenen Fehler, deren Erklärung, Rechtfertigung und Kritik den Schüler zu ermutigen und gleichzeitig zu erziehen bestrebt ist. Viel früher als durch bloßes optisches und auditives Lernen wird der angehende Psychiater sich so in seinem Fache zurechtfinden und sich selbständig zurechtfinden lernen. Allerdings ist gerade auf dem schwanken Boden der Psychopathologie ein stetes, inniges Ineinanderarbeiten von Praxis und Schulwissen erforderlich, soll nicht allzu grobe Empirie oder aber deren fast noch schlimmeres Gegenstück, schrankenlose Spekulation, die Oberhand behalten. Und so heißt es denn von Anbeginn an lehren und lernen, bei jeder Etappe des Krankheitsexamens die zunächst dunkeln, ungeformten Total- und Einzeleindrücke an der Hand der allgemeinen Erfahrung wie der durch schulmäßiges Studium gewonnenen theoretischen Kenntnisse schärfer analysieren, diese untereinander und mit dem anderen Wissenschatze vergleichen; so muß man imstande sein, von jeder Etappe der Untersuchung aus gleichzeitig sein gesamtes allgemein-medizinisches (nicht bloß neurologisches) und speziell psychiatrisches Wissen, soweit letzteres bereits erworben ist, zu übersehen und nach

Bedarf anklingen lassen zu können; schulbuchmäßiges Memorieren nach Stichworten ist nirgendwo zweckloser als in der Psychiatrie; auch ist die Psychiatrie als Wissenschaft noch zu jung, als daß ihr eine zu weit gehende Differenzierung ihrer Vertreter in Praktiker und Theoretiker nicht nachteilig würde. Wer auf psychiatrischem Gebiete irgendwie selbständig tätig sein will — und unter Umständen muß es jeder Arzt sein —, der darf sich also in dieser Hinsicht nicht vereinsamen; gewöhnt man sich frühzeitig psychomotorisches Arbeiten und Verarbeiten seines Wissens an, dann wird einem späterhin die selbständige Tätigkeit auf unserem Gebiete wenigstens nicht allzu schwer.

Wir schließen daran nun noch einige Worte über das Benehmen beim Krankenexamen und die Art des Umganges mit Geisteskranken. Hier sind zwei Indikationen zugleich zu erfüllen, deren richtige Verbindung öfters Takt, Geschmeidigkeit und Diplomatie erfordert. Auf der einen Seite steht die Notwendigkeit, aus dem Kranken möglichst viel und dieses Viele in möglichst systemmäßiger Vollständigkeit herauszuholen, und da heißt es also, wie wir schon gehört haben, mit allen zu Gebote stehenden Kräften arbeiten und dem Untersuchungsobjekte tüchtig zusetzen; aber — und nun kommt die andere Seite der Sache — dieses Untersuchungsobjekt ist kein totes Ding und überhaupt kein simples Objekt, sondern ein Subjekt mit allen Subjektivitäten und will gerade eben wegen seines so gewöhnlich für nüchtern logische Erwägung unzugänglichen Zustandes in doppeltem Sinne als solches genommen sein. Jedes kahle Schematisieren verwirft sich hier von selbst. Lauter ganz triviale Wahrheiten, die aber doch von vielen immer wieder vergessen werden, was nicht zuletzt den Vertretern der Psychiatrie — und leider nicht immer mit Unrecht — so häufig den Vorwurf der Weltfremdheit einträgt.

Und doch sollte gerade der praktische Psychopathologe in allen Sätteln gerecht sein, sollte er seine theoretisch-systematischen Kenntnisse und die daraus sich ergebenden Fragestellungen von jedem Punkte aus in innigste Verquickung mit der jeweils praktisch gegebenen Situation zu bringen und dieser anzupassen vermögen, um zu ersprißlichen Resultaten zu gelangen. Der Psychiater hat sich demnach jeweils dem Stande, der Bildung, der persönlichen Eigenart seines Kranken konform zu verhalten, hat sich ihm gegenüber ungezwungen und vertrauenerweckend zu geben, so daß auch der Kranke wiederum, soweit dies den Umständen nach möglich, ungezwungen und unbefangen sich zu geben in die Lage kommt. Der Kranke werde nicht ohne dringende Not gezwungen, sich mit den von ihm verlangten Antworten aus seinem gewohnten Gesichtskreis allzuweit entfernen zu müssen; mit dem Arbeiter, dem Landmann, dem Kaufmann, dem Künstler, dem Akademiker, dem Offizier, mit der Frau aus dem Volke, mit der Dame von Welt, mit jedem und mit jeder rede und handle man im Rahmen der Dinge, die ihn, die sie, innerhalb und außerhalb ihres Metiers, zu beschäftigen pflegen; man passe sein Frage- und Beobachtungsschema sinngemäß der durch solche Verschiedenheiten jeweils eigenartig gestalteten Situation an, beharre daher nicht allzusehr auf stehenden Formen in der Art des Fragens und Examinierens; man verzichte, wo dies den Kranken ungemütlich erscheinen und sie zaghaft oder stutzig machen könnte, auf alle Attribute des Amts- oder Lehrcharakters in seinem Gebahren; es gibt sicher Kreise und Menschen, die es vorziehen, hochdeutsch, reserviert und unter Beobachtung strenger gesellschaftlicher Form apostrophiert zu werden und unter Umständen eine gewisse Amtlichkeit geradezu voraussetzen; gut, habeant sibi, es würde da geradezu oft die fatalsten Mißverständnisse hervorrufen, wollte man sich selbst in bester und harmlosester Absicht solchen Leuten gegenüber gemüthlicher, vertraulicher geben; zumal norddeutschem

Menschenmaterial gegenüber gilt dies, denn im deutschen Norden ist selbst der Mann aus dem Volke eine straffere Art gewohnt, will und versteht es gar nicht anders und kann sogar recht indigniert, ungehalten und geradezu mißtrauisch werden, wenn man ihm, ohne ihn noch näher zu kennen, freundlich und herzlich entgegenkommt; ziemlich umgekehrt im Süden des deutschen Sprachgebietes (zumal in Österreich): hier wirkt wieder das Hervorkehren — es geschehe bewußt oder unbewußt — von überlegener Bildung, von amtlicher Kühle und selbst von korrekter Reserve häufig einschüchternd oder gar abstoßend, indes der warmherzig-gemütliche Volkston in Rede und Benehmen, der sich hier selbst beim Gebildeten nicht ganz zu verleugnen pflegt, den Menschen und insonderheit auch unseren Kranken im allgemeinen sympathischer ist und sie zutraulicher und aufgeschlossener werden läßt. Dem Arzt, der überhaupt mit den Kranken in ihrer Sprache umzugehen weiß, der sie menschlich so zu nehmen versteht, wie sie genommen werden wollen, dem Bekümmerten Trost zuspricht, ihn ein bißchen streichelt und tätschelt, mit dem Gutgelaunten — womit er sich gar nichts vergibt — ein bißchen scherzt, der dem Paranoischen gleichsam verständnisinnig zuzwinkert, ohne beileibe mehr zu sagen, dem Tobenden gegenüber Ruhe und Besonnenheit nicht verliert, dem Arzte, der rein menschliches Vertrauen und ein wenig Sonnenschein um sich verbreitet, dem wird der Kranke, und sei er oft selbst ein verböhrtter Dissimulant, meist weit rückhaltloser sein Inneres eröffnen, als dem, der ihn lediglich amtlich, lehrhaft oder geschäftsmäßig zu nehmen weiß. Insonderheit das allzu schulmäßige oder allzu ungestüme und ungeduldige Ausfragen macht unsere ja so oft verstimmtten oder präokkupierten Kranken häufig geradezu ablehnend-gereizt gegen den Untersucher; ich werde nie die tragikomische Szene vergessen, wie eine paranoische Patientin einem Kandidaten, der sie beim Examen zu untersuchen hatte, erobst über sein allzu pedantisches, steif-ledernes Inquirieren den Rest gab, indem sie ihm jede Antwort verweigerte; »Gschieht Inna scho' recht, wann's durchfall'n!«, meinte dazu die Patientin mit beißendem Hohne, die gegebene Situation nicht übel erfassend.

Vergibt sich der Arzt nichts, fördert er im Gegenteil seine klare Erkenntnis eines Falles sehr oft, wenn er es nicht verschmäht, dank all diesen kleinen, aber keineswegs unwichtigen Hilfen — auch sie sind »Technik« — dem Kranken menschlich näher zu kommen: so lasse er sich dennoch nie und nimmer verleiten, dem Mutterboden seines Arzttums zu trügerischem Scheine untreu zu werden, will er nicht für einen äußerst prekären Augenblicksvorteil tausend spätere Nachteile in Kauf nehmen und am Ende vom Schicksal des Antäus ereilt werden; nie werde ich die klägliche Rolle vergessen, die ich spielte, als ich mich vor Jahren — es war in meiner ersten psychiatrischen Anfängerzeit — einmal verleiten ließ, mich einer Privatpatientin (Hysterika) gegenüber als Handlungsreisender einführen zu lassen, weil sich das deren Mutter durchaus so in den Kopf gesetzt hatte, aus der bei Laien sehr verbreiteten Besorgnis heraus, der Arzt, und gar erst der Nervenarzt, werde auf die Kranke wirken wie der leibhaftige Gott-sei-bei-uns. Natürlich ist nun derlei Vorurteil nichts alsbarer Unsinn, wie einem die tägliche Erfahrung lehrt, wenn man nur fest bleibt; mag man etwa einen ganz verblödeten Paralytiker in Gottes Namen dabei lassen, daß man Gott weiß wer sei, in der erdrückenden Mehrzahl der Fälle hat man es nicht nur nicht nötig, zu derlei Mätzchen sein Placet zu geben, im Gegenteil, der aus irgendwelchen hirnrissigen Beweggründen gefoppt werden sollende Kranke, der ja alsbald auf den Schwindel kommen muß, verliert — und mit vollstem Rechte! — vielfach in der Folge das Vertrauen zu einem Arzte, der, statt ihm liebevoll, aber offen und ohne Scheu entgegenzukommen, einmal

versucht hat, ihn mit Kotzen einzufangen; zumal wenn dieser Versuch schon von vornherein mißlingt, und das wird wohl auch dem gewandtesten und welterfahrensten Arzte nur zu leicht passieren, weil ja Weltkundigkeit und Schauspieltalent noch lange nicht ein und dasselbe sind; und was für Schauspielerkünste da oft uns Ärzten von spreizig-zimperlichem Laienvolk zugemutet werden! Nein, weltkluge Diplomatie verträgt sich ausgezeichnet mit zu richtiger Zeit und in richtiger Form angebrachter rückhaltloser Offenheit. Man vergesse auch nicht, daß zuguterletzt ein Versteckenspiel von der erwähnten Art gar nicht der Würde unseres Standes und damit auch nicht dem wohlverstandenen Interesse der Allgemeinheit entspricht, der wir es geradezu schuldig sind, mit unermüdlichem Eifer in jedem gegebenen Falle dahin zu wirken, daß die Intervention des Arztes niemals als eine Art fatalen Übels empfunden werde.

Auch dem in Anstaltsobhut stehenden Kranken komme man stets entgegen wie einem kranken Subjekte, behandle ihn aber nie als numeriertes Verwaltungs- oder Studiumsobjekt. Man quäle verstimmte, ängstliche oder sonstwie präokkupierte Patienten nicht mit schulmäßig-pedantischen Schemafragen, behandle sie vielmehr in allem und jedem tunlichst konform ihrer Gemütslage, so wie man sich selber in gleicher Gemütslage behandelt wissen wollte; dann werden sie meist aufgeschlossener und zutraulicher als sonst, zumal derlei unglückliche Wesen trotz der meist bestehenden Erschwerung des Aus-sich-Heraustretens oft ein sehr lebhaftes Arztbedürfnis haben. Degenerativen Unarten gegenüber ist ein gewisses pädagogisches Disziplinieren unter Umständen recht sehr am Platze; man verliere aber nie seine Haltung, verrate nie Unmuts- oder gar Zornesäußerungen, mag manche Hysterika, mag mancher Maniakus einen auch bis aufs Blut reizen: auch sie sind Kranke, und das vergesse man selbst dann nicht, wenn man sie in ihrem Interesse einmal disziplinieren — ja um Gotteswillen nicht strafen! — muß. Und man sehe auch im rasendsten Tobsüchtigen, auch im heimtückischsten Paranoiker kein gefährliches Tier, an das man sich nur durch Wärter- oder Wärterinnenleiber gedeckt herantraut; abgesehen von der demoralisierenden Wirkung auf das Personal (zumal das weibliche: welch ein Heldenmut, sich als Mann durch arme Mädchen decken zu lassen, und seien sie einem auch an robuster Körperkraft überlegen, wie das ja bei Wärterinnen nicht selten der Fall sein wird, und wohl geschützt hinter der Front zu stehen, während auf jene Püffe und Tritte niedersausen), ist solche Methode auch sachlich verfehlt; auch den gefährlichsten Kranken trete man furchtlos entgegen und lasse es sich niemals nehmen, bei eventuell nötiger physischer Überwältigung derselben nicht nur Kommandos zu erteilen, sondern selber mit Hand anzulegen; bekommt man dabei sein Teil an Schlägen ab, nun, so vergibt man sich damit gewiß auch nichts, höchstens wird man durch sein gutes Beispiel, seine rein passive Abwehr, seine unmittelbare Teilnahme überhaupt, Roheitsakte seitens des Personals hintanhalten; und zuweilen wird man geradezu seine Wunder erleben: da kreischt und brüllt und tobt eine wildrasende Kranke, wälzt und balgt sich wütend mit den Wärterinnen auf dem Fußboden umher, drei, vier, fünf solcher »Amazonen« um sich in wirrem Knäuel verstrickt, deren Haar zerrauft, deren Gewänder halb zerfetzt, deren Arme wund von Blut und Beulen und Bissen; da plötzlich betritt der Arzt den »Kampfplatz«, ein kurzer, scharfer Befehlsruf und schon will sich der Knäuel der Kämpferinnen lösen, doch schäumend, wild rollenden Auges möchte die Tobende den zurückweichenden »Feindinnen« nachstürmen; indes da steht auch schon furchtlos, ruhig, lächelnd der Arzt vor ihr, streichelt sie, klopf ihr auf die Schultern, spricht ein paar liebe Worte zu ihr,

bietet ihr dann den Arm, sanft und doch mit festem Griff ihre Hand erfassend und geleitet, allein und unbeschirmt, die vielleicht noch halb sich Sträubende, nicht selten aber schon Besänftigte und für das bißchen Güte am Ende noch dankbare Kranke in ihre Kammer oder zu ihrer Lagerstatt; und rings herum, noch blutend, keuchend, schwitzend, weinend vor Schmerz und doch dankerfüllt für die Erlösung wie für die empfangene Lehre, der Chor der Pflegerinnen. Gewiß, nicht immer und nicht in allen Fällen wird solch simples, schlichtes Traitement psychique so prompte Wirkung tun, zumal nicht bei Epileptischen, Katatonischen und Halluzinanten, allein viel öfter doch, als man denkt, und namentlich dann, wenn es sich um Tobende mit klarem Bewußtsein handelt, wie Manische, Hysterische, Paranoische, bei denen vor allem die enorm erhöhte Reizbarkeit zur Explosion geführt hat.

Allgemeines über die Zeichen psychischer Störungen.

Die Erscheinungen des gestörten Seelenlebens stehen zu jenen des normalen in einem dreifachen Verhältnisse, je nach Art und Anordnung. Bei einem Teile haben wir gleichsam ein Quantitatives, also ein Plus oder Minus an einzelnen seelischen Leistungen vor uns, verglichen mit dem, was als Norm bezeichnet wird, und es besteht in diesen Grenzen allerdings der Satz zu Recht, wonach die Psychopathologie wesentlich eine Ergänzung und Fortsetzung der Psychologie wäre; als Paradigmata können am ehesten die Fälle leichter vorwaltend depressiver Verstimmung herangezogen werden. In einer weiteren Gruppe von Erscheinungen und Erscheinungskomplexen stellen sich die als krankhaft zu wertenden Symptome wesentlich zwar auch nur als hauptsächlich quantitative Abweichung von der Norm dar, allein ihre gegenseitige Gruppierung zu- und untereinander ist eine, wie sie der Norm nicht mehr eignet, so daß in dieser Hinsicht wenigstens schon ein qualitatives Novum vorliegt; so etwa in den Fällen schwerer manisch-depressiver Erkrankung oder in manchen Fällen von sogenanntem Entartungsirresein. Eine dritte Gruppe krankhafter Symptome endlich kennzeichnet sich durch das vollkommene Fehlen ihnen homologer Phänomene im gesunden Seelenleben, also durch die scharf markierte qualitative Abweichung von diesem; es gehören hierher die meisten Fälle mit Wahnbildung, mit Sinnestäuschungen, mit katatonischen Motilitätsstörungen, sowie die meisten Schizophrenien; an diesen letzteren Fällen wird es denn klar, daß es unangänglich wäre, alles Krankhafte restlos und schlechthin als einen Appendix des Gesunden zu werten; mag auch, wie schon wiederholt erwähnt, für gewisse diskretere Störungen, für gewisse leichtere Fälle, die freilich überaus zahlreich sind, eine schärfer markierte Grenzlinie gegenüber der sogenannten Normalbreite oft nicht zu ziehen sein.

Dies zur allgemeinen Orientierung. Fassen wir jetzt die psychisch-pathologischen Erscheinungen ihrer logischen Zugehörigkeit nach ins Auge, so lassen sie sich wiederum in drei überdies funktionell (beileibe aber nicht etwa anatomisch!) definierbare Hauptgruppen gliedern, die man aus didaktisch-systematischen, zum Teile aber auch aus symptomatologischen und darum indirekt auch klinischen Gründen auseinanderzuhalten hat: in Störungen des Gemütslebens (Affektivität, Thymopsyché), in Störungen des Verstandeslebens (Intellekt, Noopsyché) und in solche des Strebens, Wollens und des Psychomotoriums, d. h. der vom Bewußtsein gelenkten Motilität, in der und durch die die Erscheinungen des gesamten Seelenlebens eigentlich vor allem zum Ausdruck gelangen und aus der sie daher streng genommen erst herauszulesen, manchmal nur herauszudeuten sind. Man stelle sich aber ja nicht etwa nach ältestem Vor-

bilde eine strengere Scheidung in »Seelenvermögen« darunter vor: das wäre grundverkehrt, und wir werden in der Folge sehen, wie weit alles psychische Geschehen ineinandergreift, wie weit es in seinen Komponenten selbständig ist. Die körperlichen Begleiterscheinungen psychischer Störungen, sie seien nun neurologischer oder anderer Art, sind zwar nicht Gegenstand der Psychopathologie sensu strictiori, in vielen Fällen jedoch von derart fundamentaler, ja entscheidender Bedeutung als Wegweiser, daß ihnen das volle, sei es auch Adoptivbürgerrecht in der Psychiatrie zukommt; eine psychiatrische Krankheitsgeschichte ohne sorgsamem Körperbefund ist wissenschaftlich immer ein Torso und in sehr vielen Fällen auch praktisch unbrauchbar; wir erinnern uns wieder daran, daß die Psychiatrie streng genommen nichts ist als eines der Glieder der allgemeinen Medizin.

Allgemeines über Störungen des Affektlebens.

Das Affektleben hat weitaus den dominierendsten Anteil an unserem Seelenleben; vom einfachen Gefühlston der Empfindungen und Vorstellungen bis in die hochkomplizierten seelischen Vorgänge hinein erstreckt sich sein Machtbereich. Auf primitiver und kindlicher Stufe sind Gefühls- und Vorstellungselemente kaum zu scheiden, verfließen sie in eins und die Klarheit letzterer tritt zurück hinter der Stärke des Gefühlsanteils; in geringerem Maße gilt ein Gleiches von der weiblichen Psyche mit ihrer auch unter klinischen Verhältnissen ausgesprochen hervortretenden stärkeren Affekterregbarkeit zeit lebens, indes beim erwachsenen Manne — zumal unter dem Einflusse der Erziehung — eine schärfere Differenzierung zwischen Gefühls- und Intellektleben und Willensäußerungen bis zu einem gewissen Grenzmaß, über das hinaus eine Lösung der innigen gegenseitigen Durchdringung nur unter pathologischen Verhältnissen möglich ist, sich herauszubilden pflegt.

Die Störungen der Affektivität (pathologische Affekte in weiterem Sinne; »pathologische Affekte« im engeren Sinne sind etwas anderes, man nennt so, wie wir noch sehen werden, gewisse psychogen ausgelöste Ausnahmestände von stark affektiver Färbung) können bestehen in krankhafter, respektive abnorm gerichteter Ausprägung, respektive Verknüpfung einfacherer, elementarer Fühlselemente mit einfachen oder komplizierten Vorstellungen; in krankhaft bedingtem Auftreten oder Andauern einer bestimmten Stimmungslage (Verstimmung im klinischen Wortsinne); in krankhafter Labilität der Stimmungslage; in krankhafter Übererregbarkeit oder wieder in krankhafter Schwäche des Gefühlslebens; endlich in krankhafter Dissoziation zwischen Stimmungsleben und übriger Psyche. Vor allem aber müssen wir unterscheiden zwischen vorübergehenden und zwischen andauernden Störungen, welche letztere wieder zu einem Teil den Habitualzuständen, zu einem anderen den erworbenen chronischen Zuständen eignen.

Anomalien einfacher Gefühle (einschließlich der Gemeingefühle).

Mit jeder Empfindung und Vorstellung verbindet sich de norma bekanntlich ein irgendwie gerichteter Gefühlston. Dieser Gefühlston ist bekanntlich nicht immer unter allen Umständen ein konstanter, es ist eine gewisse, in der Regel durch Unterschiede in der inneren und äußeren Konstellation bedingte Ambivalenz in der Hinsicht etwas recht gewöhnliches; so kann sich beispielsweise die sonst lustbetonte Vorstellung eines Lieblingsgerichtes bei Übersättigung oder bei Magenaffektionen temporär mit einem sehr lebhaften

Unlustton verbinden; so pflegt ferner die Lustbetonung der Kohabitationsvorstellung zumal beim Manne unmittelbar nach vollzogenem Beischlafe vorübergehend einem mehr oder minder lebhaften Unlusttone Platz zu machen (»Omne animal post coitum triste«), ein Umstand, der wegen des weit flacheren Ablaufs der Libidokurve beim weiblichen Geschlechte nicht so ganz selten der innerste Grund von vorzeitigen Strandungen glücklich mit geschwellten Segeln hinausgezogener Eheschifflein wird, die dann zuweilen der Nervenarzt (und das ist auch der Psychiater) durch kluges, diplomatisches Manövrieren nach beiden Seiten hin wieder flott zu machen vermag; auch über längere Zeitstrecken hin sich verteilende Schwankungen und Änderungen in der Gefühlsbetonung von Vorstellungen kommen vor, worauf mancher Geschmacks- und Gesinnungswechsel zurückgeführt werden kann. Im großen und ganzen aber läßt sich sagen, daß unter normalen Verhältnissen eine gewisse, der psychologischen Erfahrung geläufige Zuordnung von Vorstellungen und Gefühlen zueinander die Regel ist, und daß Schwankungen in der Regel entweder durch grobphysiologische Momente oder durch den Kampf der Motive (eine Leitvorstellung obsiegt temporär oder dauernd über eine andere) zustande kommen.

Bei pathologischen Persönlichkeiten (Psychopathen) sehen wir als eine sehr gewöhnliche Erscheinung eine gewisse Schwäche (bis zum ausgesprochenen Defekt, zumal in der ethischen Fühlspäre) oder aber eine erhöhte Labilität in den gegenseitigen Beziehungen von Vorstellungen und Gefühlen und Neigung zu absonderlichen Verknüpfungen; insbesondere ist das bei Hysterischen (hysterische Pica; kommt bekanntlich auch bei Graviden vor, zumal bei »nervösen« Graviden) der Fall, aber auch beim affektiven, dem manisch-depressiven sich nähernden Typus; während andererseits bei jenen Degenerativen, die sich mehr dem paranoiden Typus nähern, sehr gewöhnlich ein abnorm zähes Haften bestimmter Gefühlstöne an bestimmten Vorstellungen, und zwar oft ohne reale Begründung zu finden ist, also eine Neigung zu zäher Voreingenommenheit und zähem Vorurteil in bestimmten Richtungen, zum Überwertigwerden bestimmter Ideen (siehe später).

Besonders oft, bei allen erdenklichen Psychosen und in verschiedenster Weise pflegen von den Gefühlsalterationen die höheren, komplexen Gefühle (Moralvorstellungen, Heimatgefühle — Heimweh! —, Scham, soziale Gefühle, Begriffsgefühle) betroffen zu werden.

Die Gefühle, die sich an den Zustand der inneren Organe, an die als solche oft nicht oder nur recht dunkel zu Bewußtsein kommenden Organempfindungen, beziehungsweise Erregungsvorgänge in deren nervösen Leitungen und Zentralstellen knüpfen, pflegt man als Gemeingefühle (siehe auch hierüber noch später) zu bezeichnen; hierher gehören z. B. Hunger, Durst, Ekel, Kraftgefühl, Behagen u. a., in gewissem Sinne auch die später zu behandelnde Angst; da zeigen sich nun recht gewöhnlich bei Geisteskranken Störungen: so sehen wir bei Manischen, gelegentlich aber auch bei Depressiven (zumal Ängstlichen) eine ganz abnorm erhöhte Appetenz, einen wahren Heißhunger (Bulimie) nicht selten sich entwickeln; andere Male, zumal bei Depressiven, einen heftigen, nicht bloß auf Hemmung oder Wahn beruhenden Widerwillen gegen das Essen (Sitiophobie); ähnliches gilt vom Durst. Der manisch Erregte hat sehr oft ein erhöhtes Kraftgefühl, ein Gefühl des Wohlseins, der erhöhten Freiheit und Ungebundenheit, das zum Teil aus seiner Euphorie, zum anderen sicher aus abnormen Organgefühlen gespeist wird; das Negativ in der Regel beim Depressiven. Sehr gewöhnlich — und wenn wir uns an die Befunde von HEAD und anderen erinnern, auch verständlich — ist ein Reflektieren solcher Organgefühle in das Bereich der spinalen Nerven, daher sich mit solchen

Organgefühlen (beziehungsweise den ihnen zugrunde liegenden Empfindungen) nicht selten fühlbare und lokalisierbare Parästhesien in anderen Körperteilen verbinden; so wird zumal die Angst nicht selten lokalisiert (Herzangst). Zuweilen ist es praktisch kaum möglich, Parästhesien von Halluzinationen oder Illusionen ganz streng zu scheiden; beides hat wohl seinen Einfluß auf das Zustandekommen mancher, zumal die eigene Körperlichkeit betreffender Wahngebilde, beziehungsweise Orientierungsstörungen.

Eine besondere Besprechung verlangen die Anomalien des geschlechtlichen Fühlens, die sehr gewöhnlich Daueranomalien der betreffenden Persönlichkeit darstellen; im Detail werden wir sie vor allem bei der Betrachtung des Entartungsirreseins kennen lernen; hier wollen wir nur ihr Allgemeines kurz Revue passieren lassen, zumal die Bedeutung der Anomalien des geschlechtlichen Fühlens über den bloßen Bereich der Entartung da und dort hinausgeht. Anomalien des geschlechtlichen Fühlens können zunächst verschiedene Gestaltung haben. Einmal kann der Erotismus, kann die geschlechtliche Erregbarkeit erhöht sein; wir finden das noch in normaler Breite, bei Frauen im Klimakterium temporär ganz gewöhnlich, am häufigsten bei Degenerativ-Labilen als Habitualeigentümlichkeit; wir sehen dann oft auch abnorm frühzeitiges Erwachen libidinöser Regungen, denen öfters exzessive Onanie entspricht; bei Zuständen extremer sexueller Reizbarkeit redet man von Satyriasis (♂) und Nymphomanie (♀). Dann kann umgekehrt die geschlechtliche Appetenz eine herabgesetzte sein und selbst völlig fehlen (Frigidität; zumal bei gewissen Hysterischen nicht selten). Es können ferner die vorstellungsmäßigen Objekte der Libido abnorm zäh haften oder abnorm flüchtig sein, letzteres zumal bei allgemeiner Labilität, bei Männern im allgemeinen häufiger als bei Frauen. Weiter aber kann es sich um Anomalien der Zuordnung von Vorstellungsinhalten zu geschlechtlichen Gefühlen handeln; es können diese — Andeutungen gehören noch der Norm an — an unreife, kindliche Subjekte oder an Körperteile oder mit dem anderen Geschlechte mehr oder weniger lose verknüpfte Gegenstände gebunden sein (Fetischismus); sie können an abnorme, dem normalen Koitus fremde oder ihm nur entfernt verwandte Akte gebunden sein; besonders Wollust an Mißhandlung (selbst bis zur Tötung) des geschlechtlichen Partners (Sadismus) oder Wollust an Mißhandlungen der eigenen Person (Masochismus, Flagellantismus u. a.) sind praktisch bedeutsam. Tiefer noch im Krankhaften als diese zum Teil schon im normalen geschlechtlichen Fühlen (jeder Mann ist de norma sexuell spurweise sadistisch, jedes Weib in Spuren masochistisch) vorgebildeten Dinge wurzelt die Verknüpfung der Libido mit Zündeln, Zerstören, Stehlen, Töten von Tieren u. a., zum Teil dem Sadismus nahe verwandt, zum anderen auf krankhafter Impulsivität fußend. Libidinöse Gefühle bei der Vorstellung der Kohabitation mit Tieren (Sodomie) sind bei Schwachsinnigen nicht ganz selten, kommen aber auch bei Einsamen, zumal am Lande (Senner, Pferdeknechte, Hirten), die ihren Geschlechtstrieb nicht anders ausleben können, sowie bei durch Milieuwirkung Vereinsamten (alte Jungfern — Schoßhunde) nicht selten vor. Die schwerste Perversion des geschlechtlichen Fühlens wird aber dargestellt durch die Verkehrung desselben, die libidinöse Liebe zum eigenen Geschlecht, die »konträre Sexualempfindung«: sie wurzelt in vielen Fällen in der psychischen Gesamtkonstitution und verrät sich alsdann sehr früh; in anderen aber erscheint sie wie ein Gelegenheits-, Milieuprodukt (Schiffe, Kasernen, Gefängnisse), wie man besonders deutlich in Schulen (zumal Internaten und Alumnaten) sehen kann, wo Individuen des gleichen Geschlechts in der erwachenden Geschlechtsreife zusammengedrängt sind; alsdann ist sie natürlich auch ent-

wurzelbar; die »schwärmerische« Neigung junger Mädchen in dem Alter zueinander ist ja reichlich bekannt; übrigens scheint bei Frauen gleichgeschlechtliche, »lesbische« Liebe überhaupt nicht so selten, mindestens im Fühlen (wenn auch nicht im Handeln). Nach der bevorzugten Art der Betätigung konträrer Geschlechtsempfindung scheidet man mehrere Unterarten (siehe spezieller Teil).

Erwähnung verdient noch, daß Anomalien des geschlechtlichen Fühlens auch oft als Zeichen beginnender Krankheit bei früher in der Hinsicht Normalen auftreten, wie bei beginnenden Verblödungsprozessen, zumal bei den Senilen, und dadurch oft forensisch wichtige Situationen schaffen; insbesondere sehen wir bei Senilen oft eine gewisse Libido gegenüber unreifen Mädchen oder auch konträre Regungen sich manifestieren. Aber auch episodische Anomalien des geschlechtlichen Fühlens gibt es, z. B. in Dämmerzuständen, Rauschen und anderen transitorischen Episoden, die dem habituellen Fühlen ganz fremd gegenüberstehen; schließlich sieht man nicht nur bei erhöhtem Selbstgefühl, sondern merkwürdigerweise auch in der Angst häufig eine Steigerung der geschlechtlichen Erregbarkeit (mastubierende Melancholiker!).

Depressive Verstimmungen und depressive Affekte.

Abnormes Unlustgefühl pflegt die erste und gewöhnlichste, als solche fast noch in die Breite normaler psychologischer Begreifbarkeit fallende Reaktion der Psyche auf krankhafte Störungen der allerverschiedensten Art zu sein, seien es nun solche im Gesamtorganismus oder solche innerhalb des engeren Bereiches der Psyche. Die fehlende äußere Determiniertheit durch erklärende äußere Umstände oder, bei Vorhandensein solcher, die im Verhältnis zur Ursache abnorme Andauer und Intensität der Verstimmung bilden jeweils das ausschlaggebende Kennzeichen für die Krankhaftigkeit dieser letzteren.

Demgemäß finden wir depressive Stimmungen und Affekte ganz gewöhnlich im Beginne wie im Weiterverlaufe schwererer Körperkrankheiten, besonders im Beginne von Infektionskrankheiten; namentlich ist dies im Kindesalter der Fall, und wir wissen, wie gewöhnlich in dieser Lebensperiode eine anscheinend unmotivierte Depression, in deren Rahmen alle Arten von Unlustaffekten vertreten sein können, von einfach trauriger Niedergeschlagenheit bis zu knaufig-weinerlicher Gereiztheit, von inhaltsloser Unruhe bis zu furihunder Angst, das erste Zeichen eines fieberhaften Exanthems, einer Hirnhautentzündung, einer Gastrointestinalstörung oder die Begleiterscheinung von Helminthiasis, von irgendwelchen anderen körperlichen Störungen überhaupt sein kann; aber auch beim Erwachsenen ist ein leichter Depressionszustand nicht selten Vorbote einer schweren Infektionskrankheit, das erste Zeichen der schweren Intoxikation des Körpers; endlich zeigt dann wieder das Rückbildungsalter eine besondere Disposition zu Verstimmungen der depressiven Skala und neigt besonders dazu, solche als Initialsymptome irgendwelcher Krankheiten hervortreten zu lassen.

Es gibt aber auch keine Form von Geisteskrankheit, die sich nicht mit einer psychischen Depression einleiten könnte. Vorzugsweise gilt dies von den akuten Geistesstörungen, zumal von jenen auf toxischer und infektiöser Grundlage. Im ersten Beginn ist da das Kolorit des Bildes sehr gewöhnlich ein »melancholisches« und auf den ersten Blick sehr oft beim besten Willen noch nicht zu sagen, ob es bei der melancholischen Depression sein Bewenden haben, oder ob nicht an deren Stelle alsbald ein ganz anders zusammengesetztes Tableau sich sehen lassen werde. Daß auch bei chronischen oder in

Einzelanfällen verlaufenden Geistesstörungen, zu deren Gesamtbilde und Gesamtverlauf melancholische Depressionszustände als ein wesentlicher Bestandteil dazugehören, daß da gerade die ersten Erscheinungen sehr gewöhnlich depressiven Charakter zu haben pflegen, versteht sich nach dem eben Gesagten beinahe von selbst. So sehen wir denn also insbesondere beim manisch-depressiven Irresein die ersten Attacken häufig in Gestalt mehr oder minder flüchtiger Depressionen auftreten oder sich doch entschieden häufiger als mit manischem mit depressivem Beginne mindestens einführen; auch bei den Psychosen der Schizophreniegruppe ist der Beginn mit Vorliebe ein depressiver. Auch im weiteren Verlaufe von Geistesstörungen jeglicher Art nehmen Depressionszustände einen breiten Raum ein, und zwar nicht nur bei solchen, bei denen sie ohnehin den wesentlichsten Bestandteil des klinischen Gesamtbildes ausmachen. In den sogenannten freien Intervallen des manisch-depressiven Irreseins verraten nicht selten flüchtige, autochthone Depressionen, daß der Vulkan der Krankheit keineswegs erloschen ist, daß seine Krater auch in der scheinbaren Pause nicht ganz ruhen; im Verlaufe der Epilepsie sind kurzdauernde Zustände von vornehmlich depressiver Färbung (verbunden mit einer leichten Steigerung der bei Epileptikern meist habituell vorhandenen Reizbarkeit) nicht selten die Vorboten einer bevorstehenden Krampfanfallsperiode, finden sich aber nach vielen Berichten nicht selten auch sonst als autonome Erscheinungen eingestreut. Vor allem aber sind von großer praktischer Wichtigkeit die bei den degenerativen Psychopathien und Grenzzuständen sehr gewöhnlichen flüchtigen Depressionen, die oft fließend hinüberleiten zu den leichteren manisch-depressiven Verstimmungen; ihnen schließen sich die mannigfachen Formen psychogen und reaktiv ausgelöster Affekte an.

Schließlich gibt, wie schon mehrfach angezogen, psychische Depression in vielen Fällen die Dominante für Gesamtbild und Gesamtverlauf ab; so recht häufig bei den Rückbildungspsychosen; aber auch luetische, metaluetische, alkoholische und andere toxische Geistesstörungen bewahren sehr häufig einen vorwiegenden depressiven Charakter; und schließlich gibt es Psychopathien und Psychoneurosen, deren Trägern habituell ein Stich ins Depressive anhaftet; wir erwähnen die Angstneurosen und die Zwangsneurosen auf der einen, erwähnen die sogenannten chronisch-konstitutionellen Verstimmungen auf der anderen Seite als Hauptrepräsentanten beider Gruppen. Schließlich sei hier nicht ganz vergessen der vorübergehenden, meist nächtlicherweile (*Pavor nocturnus*) auftretenden Angstzustände der Kinder (namentlich sogenannter nervöser Kinder).

In ihrer Färbung können depressive Stimmungen und Affekte alle Skalen spielen, und es sind in der Regel Mischungen affektiver Elemente untereinander, sowie Mengungen des Affektiven mit motorischen und intellektuell-assoziativen Elementen, wodurch Unterschiede zustande kommen: einfache Traurigkeit, Gedrücktheit und Niedergeschlagenheit, Ratlosigkeit, Verzweiflung und schließlich Angst in allen ihren Spielarten, von leichter Verlegenheit und Unruhe an bis zu furiengepeitschter Todesfurcht finden wir bei Geisteskranken. Sehr verschieden sind auch Andauer und Intensität aller dieser Stimmungs- und Affektunterarten. Gewöhnlich geht den meisten von ihnen parallel ein Gefühl herabgesetzter Persönlichkeitswertung, verminderter geistiger und motorischer Spannkraft, erheblicher Mutlosigkeit, sowie ein ausgesprochener, bis zum Lebensüberdruß steigerungsfähiger Pessimismus; vor allem ist dies der Fall bei der Melancholie und bei den Depressionen des manisch-depressiven Irreseins. In vielen Fällen besteht ein zuweilen sogar sehr akzentuiertes Krankheitsgefühl. Auch verbinden sich gerade Stimmungen und Affekte depressiver

Färbung, ganz besonders aber die verschiedenen Spielarten der Angst nicht selten mit abnormen körperlichen Empfindungen; insbesondere wird häufig über Druck, Beklemmung und selbst Schmerz in der Herz- und Magengegend, seltener im Kopfe geklagt. Häufig sind Begleitgefühle willensmäßigen und motorischen Nichtkönnens, häufig auch das Gefühl der Gemütsstumpfheit ohne wirkliche Stumpfheit — »die Kranken klagen mit Affekt über Affektmangel« —, häufig auch allerlei aus Reflexion über den eigenen traurigen Zustand sekundär hervorgegangene, dem depressiven Grundton der Stimmung gleichsinnige »intellektuelle« Gefühle. Sehr gewöhnlich besteht eine Überempfindlichkeit (Hyperästhesie) gerade für der herrschenden Verstimmung gleichsinnige Eindrücke, während andererseits die Kranken für Eindrücke anderer Art, insonderheit solche, die sonst heitere oder sonstwie expansive Stimmung auszulösen geeignet sind, unempfindlich zu sein pflegen (psychische Anästhesie) oder dieselben sogar geradezu im Sinne der dominierenden schmerzlichen Stimmung umfälschen, so daß also (was praktisch von nicht geringer Bedeutung) Aufheiterungs- und Zerstreuungsversuche nicht selten geradezu den entgegengesetzten Effekt haben. Überhaupt schafft sich, auch wenn nicht ohnehin ein äußeres Ereignis den Geist mit adäquaten Vorstellungen ausfüllt, depressive Stimmung sehr leicht einen gleichsinnigen Vorstellungsinhalt (auch durch ihre das ganze Vorstellungsleben durchdringende irradiierende Kraft verraten die Affekte ihre beherrschende Stellung im Seelenleben), so daß auch bei nicht direkt im klinischen Sinne melancholischen, beziehungsweise manisch-depressiven Fällen Kleinheitsideen, Selbstvorwürfe, depressive Wahngebilde überhaupt nichts seltenes sind; wir werden ja diese Dinge in einem späteren Kapitel noch näher kennen lernen. Es gibt aber auch inhaltlose Affekte, und selbst die Angst kann gelegentlich eine inhaltlose sein.

Der Affekt der Ratlosigkeit, von dem wir vorhin kurz sprachen, verdient noch eine besondere Erwähnung wegen seiner praktischen Bedeutung; wir finden ihn namentlich bei Orientierungsstörungen, aber auch sonst beim akuten Hereinbrechen psychischer Alterationen (z. B. Halluzinationen); er begegnet uns bei den verschiedenartigsten psychischen Störungen, in erster Linie bei akuten, aber auch nicht selten im Beginne chronischer, insbesondere halluzinatorischer, wahnbildender Prozesse, wenn die krankhaften Wahrnehmungen nach Art und Inhalt dem Patienten noch ein unheimliches Fremdes sind; oder wenn eine bestehende Psychose durch Hinzutritt neuer Symptome in ein neues Stadium tritt; von ihm finden sich alle Übergänge zu den ihm nahe verwandten Angstaffekten.

Expansive Verstimmungen.

Von geringerer, aber darum doch keineswegs zu unterschätzender Bedeutung sind die expansiven, ganz insbesondere die krankhaft heiteren und zornmütigen Verstimmungen. Auch ihnen kommt gleich den depressiven Verstimmungen zunächst nur der Wert von Symptomen zu, sie finden sich in den verschiedensten Spielarten nach Qualität, Intensität und Andauer bei den verschiedensten psychotischen Zuständen. An Bedeutung als Prodromal- und Initialerscheinungen treten sie hinter den depressiven Affektzuständen entschieden zurück, vor allem haben sie nicht jene nahe und innige Beziehung zu den ja zum Teil noch psychologisch begreifbaren reaktiven Zuständen wie jene. Sind doch angesichts der Tatsache, daß depressive Stimmungen schon de norma tiefer zu dringen und länger vorzuhalten pflegen als expansive, solche letzterer Art unter psychologischen oder an der Grenze des Psychologischen

stehenden Verhältnissen nur selten von einer Dauer und einer Färbung, daß sie sich bis zur Höhe psychiatrischer Suspektheit erheben würden; auch die Phänomene der psychischen Anästhesie beziehungsweise Hyperästhesie, wiewohl hier in entsprechend reziproker Gestaltung gleichfalls nicht fehlend, sind doch in expansiven Zuständen nicht so ausgesprochen wie dort. Tritt nun aber solch eine expansive Verstimmung in Erscheinung, und steht gar ihr determinierender Anlaß, wo ein solcher überhaupt vorhanden ist, in auffälligem Mißverhältnis zu ihrer Dauer und Stärke, dann steht gerade in solchem Fall die krankhafte Natur von vornherein weit mehr außer Zweifel, als wenn es sich um eine depressive Verstimmung handelt. Expansive Verstimmungszustände haben denn auch eine entschieden morbidiere Bedeutung als depressive und weisen im allgemeinen auf eine tiefer angreifende Störung hin; eine Tatsache, die nur dadurch ein wenig maskiert wird, daß Depressionen absolut so ungleich häufiger sind als andere krankhafte Affektzustände, und daher natürlich auch in schweren und prognostisch ungünstigen Fällen absolut häufiger mit zum Krankheitsbilde gehören.

Das Kindesalter zeichnet sich schon unter normalen Verhältnissen durch ein gewisses Vorwalten euphorisch-heiterer Stimmung aus, daher ein solches hier nicht weiter auffällig ist. Dominiert eine solche Stimmungslage mit auffälliger Persistenz auch in späteren Lebensperioden, dann ist dies schon wesentlich anders zu werten, und man hat dann, wie wir im speziellen Teil noch sehen werden, an gewisse psychopathische Zustände (chronische konstitutionelle Erregung, chronische Manie) zu denken.

Ihre Hauptdomäne haben alle expansiv gefärbten Affekt- und Verstimmungszustände im Gebiete des manisch-depressiven Irreseins. Doch erstreckt sich ihr Geltungsbereich weit darüber hinaus. Es können, wenn auch nicht in solchem Maße, bei jeder akuten Psychose expansiv gefärbte Verstimmungszustände vorkommen. Praktisch am wichtigsten sind die auf toxischer Basis zustande kommenden, in der Regel mit mehr oder minder tiefer Bewußtseins-trübung einhergehenden rauschartigen Euphorien, deren gewöhnlichste und populärste Form der einfache Alkoholrausch darstellt; auch andere Genußgifte (*Cannabis indica*, Kokain, Opium, Morphium, Nikotin u. a.) erzeugen bei akuter leichter Vergiftung verschieden häufig (zuweilen und unter Umständen ist nämlich der Effekt bei allen Arten Genußgiften ein entgegengesetzter, wie im speziellen Teil gezeigt werden wird) abnorme Lustgefühle. Infektionsgifte haben in manchen Fällen eine ähnliche Wirkung; es sei nur an die sehr bekannte Euphorie Phthisischer erinnert (wobei nur gleich hier vorweg genommen sei, daß im ganzen auch auf tuberkulöser Basis depressive Verstimmungen doch häufiger sind als expansive); recht bekannt ist auch die Euphorie in den manischen Zuständen der progressiven Paralyse; endlich erwähnen wir noch die läppische Heiterkeit der Hebephrenen, das nicht ganz selten lustvoll geschwellte Selbstgefühl Paranoischer mit Größenideen und die zuweilen geradezu krampfhaft Ausgelassenheit Hysterischer.

Zu den expansiven Affekten zählt man gemeiniglich nicht nur alles, was in den verschiedenen Spielarten des Lustgefühls wurzelt, sondern, wie schon eingangs erwähnt, auch das Gebiet der Zornmütigkeit und ihrer Verwandtschaft. In der Tat sehen wir unter jenen Bedingungen, unter denen wir abnorme Lustgefühle als gewöhnliche Erscheinungen zu registrieren gewohnt sind, dicht daneben recht oft auch eine erhöhte Neigung zu zornmütigen Affekten und deren Entladungen. In manchen Fällen besteht eine besondere Disposition gerade zu Wut- und Zornesausbrüchen, wie z. B. in manchen manischen Zuständen (sogenannten Zornmanien), bei manchen Katatonien, bei vielen De-

generierten, zumal solchen mit kriminellen Neigungen und (wir erwähnen hier nur den sogenannten »Zuchthausknall«) insbesondere bei der Epilepsie. An diesen zuletzt aufgeführten Beispielen wird klar, was später noch Erwähnung finden soll, daß in den Zornaffekten auch Elemente aus der negativen, der Unlustgefühlsskala, enthalten sind.

Die Reihe expansiver Verstimmungen ist eine sehr reichhaltige; einfache harmlose Heiterkeit und Euphorie; Gefühl der inneren Entspannung, Erleichterung, Hemmungslosigkeit; Gesundheits-, Kraft- und Glücksgefühl; ekstatische Verzückerung; Neigung zu Witzen, Scherzen und Schabernack: das sind so die gewöhnlichsten Repräsentanten der einen Seite; auf der anderen Seite stehen die verschiedenen Spielarten gereizter, bis zur Aggressivität steigerungsfähiger Ablehnung, mit oder ohne Beimengung von Bosheit, bis zu blind und fast triebartig scheinender Wut. Ähnlich wie bei den depressiven sehen wir auch die expansiven Verstimmungen sehr gewöhnlich mit den entsprechenden assoziativen Begleiterscheinungen sich vergesellschaften: Ideen von Stärke und Größe bis zu veritablen Größenwahnideen, ausgesprochenen Optimismus, aber auch, zumal im Zorne, Verfolgungsideen, letztere indirekt durch das Ausdehnungsbestreben expansiver Kranker und das daraus erfolgende Anrennen an gegebene Schranken resultierend; es gibt aber auch expansive Stimmungen ohne zugehörigen oder selbst mit inadäquatem Inhalt. Häufig ist die Empfindung leichteren und ungehemmteren Denkens und Schaffens. Das Psychomotorium sekundiert, wenn auch nicht immer, mit erhöhter Erregbarkeit, Herabsetzung der Hemmungen und Erleichterung der Willensantriebe und Impulse.

Gemischte und zusammengesetzte Stimmungen und Affekte.

Wie schon unter normalen, so kann ganz besonders unter pathologischen Verhältnissen eine Zusammensetzung und Mischung sehr verschiedener Affekt- und Stimmungslagen zustande kommen, und es können sich da zuweilen Affekt- und Stimmungsvarianten ergeben, die kunterbunt aus Elementen der positiven wie der negativen Skala gemengt sind. Schon Zorn und Wut haben ein derartiges Doppelgesicht, wenngleich hier im allgemeinen die expansive Note überwiegt; das Gegenstück bildet die Angst, ein wohl zweifellos vor allem depressiver Affekt, der aber in sich — erhöhte motorische Erregbarkeit — gewisse Begleitelemente, die sonst der positiven Skala eignen, birgt. Eine Affektlage, innerhalb welcher, in anderer Lagerung natürlich, gleichfalls expansive mit depressiven Regungen sich innig durchflechten, ist jene der Ablehnung: auch hier haben wir auf der einen Seite die Unlustnote, auf der andern die in der mehr oder minder leichten Gereiztheit und Aktivität liegende expansive Komponente. Gereiztheit ist übrigens schon an sich ein mit einem oft nicht geringen Zusatz von Unlustgefühlen durchwürztes affektives Positivum (bezeichnend ist der Dialektausdruck »Grantigkeit«). Kompliziertere Mischaffekte ergeben sich durch die Verbindung und Verquickung mit sekundären intellektuellen Gefühlen; so die Affektlage des Mißtrauens; oder die eknoischen Ergriffenheitsaffekte, wie man sie in manchen Ausnahmeständen sieht. Einzelne andere solcher Mischformen von komplizierterem Aufbaue werden wir noch im speziellen Teil kennen lernen.

Es finden sich krankhaft bedingte Mischaffekte in den verschiedensten Zuständen, am häufigsten natürlich in jenen, die selber symptomatologisch und klinisch Misch- und Übergangsformen darstellen, demnach vor allem in den sogenannten Mischzuständen des manisch-depressiven Irreseins und auch

im Übergange der einzelnen Phasen desselben; weiter bei der Hysterie und bei anderen degenerativen Zuständen; und endlich gebiert deren das Chaos der Schizophrenie reichlich.

Störungen in der Intensität, der Tenazität, im Ablauf und in der Logik der Affekte. Die Aufmerksamkeit.

Nicht nur qualitativ, sondern auch in anderer Hinsicht, in formaler, kann das Affektleben Anomalien darbieten. Es können einmal die Affekte eine über das Normalmaß hinausgehende Stärke erreichen; abgesehen etwa von der bei Lebensüberdruß nicht allzu seltenen, für den Kenner freilich meist unschwer zu durchschauenden Dissimulation entnehmen wir dies in der Regel aus der Art der psychomotorischen Begleiterscheinungen, wie denn ja überhaupt die Psychomotilität zum affektiven Innenleben gerade in besonders nahen Beziehungen steht und dieses in besonders unmittelbarer Weise zum Ausdruck zu bringen pflegt. Die Akme kann in steilem Anstieg erklommen werden; andere Male ist der Anstieg zur Affekthöhe ein mehr allmählicher. Angst, Lebensüberdruß und Zorn stehen in erster Reihe unter den Affektspielarten, die oft mit elementarer Gewalt lawinenartig anschwellen und zu Raptus, zu gewaltsamen psychomotorischen Entladungen hinzielen. Doch braucht natürlich das Anschwellen nicht immer mit solch rapider Schnelligkeit sich zu vollziehen. Je akuter Charakter ein Krankheitszustand an sich trägt, in dessen Rahmen solche Affekte auftreten, desto höher türmen sich die Wogen der Affektivität, desto stürmischer schäumen sie empor; es kann sich dabei wiederum um sehr verschiedene klinische Krankheitsformen handeln. Die höchste Intensität und dabei den steilsten Anstieg zur Höhe haben meist die Affekte in den toxischen (Alkohol) und in den epileptischen Zuständen; aber auch bei manchen reizbaren Minderwertigen und Degenerierten sind die Affektausbrüche — hier meist reaktiver Natur, das heißt ausgelöst durch einen an sich oft geringfügigen Anlaß, der gleich dem Funken ins volle Pulverfaß schlägt — oft von explosiver Heftigkeit und die erreichte Affekthöhe eine enorme; meist erfolgt dann ein wenn auch nicht derart jäher, so doch immerhin rascher Abfall. Das Bewußtsein ist in solchen »pathologischen« Affektzuständen gewöhnlich mehr oder weniger getrübt, so daß nachträgliche Amnesien keine Seltenheit sind.

Das Gegenstück bilden Fälle mit auffällig geringer Affektivität, deren Dürftigkeit im Gegensatz zu den gerade abgehandelten Formen nicht zu selten durch eine quantitativ oder auch qualitativ inadäquate, pantomimisch-psychomotorische Reaktion verdeckt werden kann. Gewisse Fälle psychopathischer Minderwertigkeit und Degeneration (zumal gewisse torpide Kriminelle) und die Hysterie scheinen die eine Hauptdomäne solcher Affekte geringer Intensität, und man darf für eine Gruppe solcher Individuen eine besonders dürftige Entwicklung der ethischen Fühlphäre annehmen; die andere wird dargestellt durch die Fälle angeborener und erworbener psychischer Schwäche; unter den letzteren sind als praktisch wichtig an dieser Stelle besonders hervorzuheben die progressive Paralyse, der Greisenblödsinn, die Dementia praecox und gewisse Formen von chronischem Alkoholismus; die gefühlsmäßige Schwäche kann bis zu völliger oder fast völliger Affektlosigkeit gedeihen.

Im engen inneren Zusammenhange mit den eben diskutierten Störungen stehen jene der Tenazität der Affekte. Auch hier gibt es ein pathologisches Plus auf der einen, ein pathologisches Minus auf der anderen Seite. Nehmen wir

die bekanntlich schon de norma meist an Andauer den expansiven überlegenen Affekte der depressiven Skala zum Beispiel, so können wir sagen, daß — Individualunterschiede nie außer acht gelassen — die psychische Phagocytose der Zeit nicht zu versagen pflegt, daß selbst schwere Kümernisse oft schon nach ein oder ein paar Nächten des »Überschlafenwerdens« an Intensität merklich nachzulassen und alsbald wieder der Affektmittellage Platz zu machen pflegen. Unter pathologischen Verhältnissen aber sehen wir in vielen Fällen, es handle sich nun um rein autochthone oder um reaktiv ausgelöste Affekte, ein abnorm langes Vorhalten derselben durch Wochen, durch Monate, ja durch Jahr und Tag, und von einer abbauenden Wirkung der Zeit oder des Schlafes ist nichts zu merken, Außenreize und Vorstellungen, die normalerweise von anders gerichteten Gefühlsregungen begleitet sind, werden nur im Sinne der vorherrschenden Stimmung assimiliert und verlieren jegliche Fähigkeit affektiver Ablenkung, »Zerstreuung«; wir wissen schon (siehe oben), daß dies vorwiegend bei depressiven Zuständen der Fall ist; das Gegenstück bilden die Fälle von, sei es im Augenblicke auch mächtigen, aber rasch abklingenden Affekten, wie wir sie zumal bei reizbaren Minderwertigen und Hysterischen und Manischen beobachten können.

Mit dieser letzterwähnten Anomalie steht vielfach in nahem Zusammenhange jener abnorm rasche Stimmungswechsel, wie wir ihn gerade in Zuständen ebensolcher Art so häufig beobachten, aber auch bei psychischen Schwächezuständen der verschiedensten Kategorien: eine Steigerung der physiologischen Launenhaftigkeit ins Pathologische. Solch abnormer Stimmungswechsel kann allerdings auch Teilerscheinung einer tiefer greifenden seelischen Kohärenzstörung sein, alsdann freilich eskortiert von Störungen noch anderer Gebiete: so bei den Psychosen der Amentigruppe, bei den toxischen Delirien, bei den Schizophrenien, bei der progressiven Paralyse und anderen schweren Gehirnerkrankungen, endlich bei lebhaft Halluzinierenden aller Art; solche Kranke sind daher in ihrer Stimmung und, weil diese vor allem den Menschen beherrscht, in ihrem Wesen meist unberechenbar, was praktisch von nicht geringer Wichtigkeit ist.

De norma pflegen Affekte und Affektäußerungen in inniger Harmonie mit dem übrigen Seelenleben zu stehen, nach Qualität, wie nach Intensität, unbeschadet der Tatsache natürlich, daß schon normalerweise nicht wenige Vorstellungen je nach Konstellation bald lust-, bald unlustbetont sein können (Ambivalenz). Unter bestimmten krankhaften Verhältnissen ereignet es sich aber, daß Affekte und Vorstellungsinhalte in gleichem Zeitpunkte einander nicht entsprechen, disparat oder entgegengesetzt gerichtet scheinen, ja auch nicht in Übereinstimmung mit den ihnen sonst adäquaten psychomotorischen Mechanismen: wir sehen dann etwa die Kranken lachen, wenn sie über eigentlich ernste und traurige, weinen, zornmütig, ablehnend, gleichmütig scheinen, wenn sie über Dinge von keineswegs depressiver Affektwertung reden, daran denken, davon handeln. Solche Erscheinungen, die in der Regel auf eine tiefer greifende Zerfahrenheit der Gesamtpersönlichkeit hinweisen (intrapsychische Ataxie bzw. Inkoordination) bzw. davon einen Teil darstellen, finden wir meist bei schweren chronischen Erkrankungen, namentlich aber bei der Schizophrenie, doch auch bei der progressiven Paralyse, bei schweren Hirnkrankheiten (Tumoren, schwerer Arteriosklerose, bzw. Erweichungen, alsdann nicht zu verwechseln mit den in kaudaleren Regionen ausgelösten Phänomenen des Zwangslachens und -weinens) und endlich wohl auch bei schwerster akuter Verwirrtheit aller Art, vor allem in den epileptischen Psychosen.

Des in der Psychiatrie so wichtigen seelischen Phänomens der Aufmerksamkeit, welches uns noch mehrfach an anderen Stellen beschäftigen wird, müssen wir hier bereits gedenken, weil im Rahmen dieses komplexen psychischen Gebildes Elemente der Affektivität zweifellos eine besonders wichtige Rolle spielen, eine wesentliche Komponente darstellen; ohne den Gefühlston primären oder sekundären Interesses wird eine Vorstellung niemals Zielobjekt der Aufmerksamkeit; dazu kommt, daß die Aufmerksamkeit alle die Störungsformen darbieten kann wie die übrige Affektivität, erhöht oder herabgesetzt sein, abnorm lange an einer Vorstellung haften oder rasch von Vorstellung zu Vorstellung springen kann; und wir sehen diese Störungen jeweils auch die gleichsinnigen Störungen der Affektivität begleiten; allerdings verfließen in den Begriff der Aufmerksamkeit auf höherer Differenzierungsstufe — die Psychologen sondern von der ursprünglichen »passiven« eine höher gezüchtete »aktive« Aufmerksamkeit ab, bei der wohl auch intellektuelle Komponenten eine bedeutende Rolle spielen — auch psychomotorische und Willensphänomene.

Herabgesetzte Aufmerksamkeit finden wir zumal bei den Schwachsinn- und Verblödungszuständen, vor allem bei der progressiven Paralyse und der Dementia praecox; bei letzterer freilich ist die Aufmerksamkeit, zumal in den katatonischen Zuständen, oft weniger herabgesetzt als gesperrt, das heißt durch die mangelnde psychische Eutaxie resultierende Querantriebe stellen sich, wie wir das noch im speziellen Teil sehen werden, ihrer zielstrebigem Einstellung auf ein Objekt entgegen; in allen Zuständen mit getrübttem Bewußtsein leidet auch die Aufmerksamkeit; in den melancholischen Depressionszuständen sowie bei der Amentia und in den deliriösen Zuständen hat die Aufmerksamkeit ihr Teil an der allgemeinen Hemmung alles psychischen Geschehens, und es ist ihre Einstellung auf die Dinge erschwert (freilich ist daran auch die einseitige Präokkupation des Bewußtseins Depressiver mit einseitig gefühlsstarken Vorstellungen — vgl. oben — mitschuldig); Inkohärenz im Vorstellungsablaufe erschwert diese Einstellung — auch ohne Bewußtseins-trübung — noch mehr (daher bei depressiven und amenten Kranken oft ein zumal bei der für sie besonders harten Anstrengung des Apperzipierens zutage tretendes ausgesprochenes Insuffizienz- und Krankheitsgefühl); eine erhöhte Ansprechbarkeit der Aufmerksamkeit bei erheblicher Labilität derselben finden wir ganz besonders in den manischen Zuständen; wir werden bei Erörterung des Phänomens der Ideenflucht darauf noch zurückkommen und sehen, wie da die an sich äußerst lebhafteste Aufmerksamkeit von Gegenstand zu Gegenstand springt, sich prostituiert; umgekehrt gibt es Fälle mit erhöhter Tenazität der Aufmerksamkeit, mit einer Tendenz zu besonderem, fast perseveratorischem Haften an bestimmten Vorstellungen (»Fesselung«) und Ablendung für alles andere, wie wir das beispielsweise bei Halluzinierenden zuweilen finden, aber auch bei starker Präokkupation des Bewußtseins durch bestimmte, besonders gefühlsstarke Vorstellungen; bei gewissen organischen Hirnkrankheiten, auch bei Aphasischen und Asymbolischen (de norma findet sich das Phänomen angedeutet in der oft einseitigen Aufmerksamkeitseinstellung bei intensiver Geistesarbeit, fälschlich sogenannte »Zerstreuung«); auch Geisteskranke, die stark mit ihrem Innenleben beschäftigt sind, erscheinen oft gegen die Außenwelt wie abgeblendet und daher unaufmerksam, stumpf, ohne es wirklich zu sein (Depressive und Paranoide besonders).

Wir werden auf die Bedeutung der Aufmerksamkeitsstörungen noch des öfteren zu sprechen kommen.

Störungen im Bereiche der Wahrnehmungs-, Auffassungs- und Vorstellungsvorgänge.

Wahrnehmungs- und Vorstellungsprozesse gehören praktisch, zum Teil auch phänomenologisch so enge zusammen, daß wir sie hier dicht nebeneinander und nacheinander abhandeln werden; insbesondere in Anbetracht ihrer gemeinsamen gegenseitigen Beziehungen zu den affektiven Vorgängen, Beziehungen, welche in praktischer Hinsicht ziemlich nahe sind, gleichwohl aber ein gewisses faktisches und prinzipielles Auseinanderhalten beider Sphären gestatten. Natürlich gilt von den Wahrnehmungs- und Denkprozessen dasselbe wie von den affektiven und allen anderen psychischen Vorgängen und insonderheit Störungen: daß wir ihr Vorhandensein und ihre Eigenart wesentlich aus psychomotorischen Entäußerungen herauszulesen haben.

Auch bei den Störungen des Wahrnehmens und des Denkens haben wir zunächst zu unterscheiden zwischen vorübergehenden und zwischen Dauerstörungen, und vielleicht daß dieser Unterschied hier noch mehr zutage tritt als bei den affektiven Störungen.

Weiter haben wir in gewissem Sinne auseinanderzuhalten zwischen den Störungen formaler und den Störungen inhaltlicher Natur; erstere betreffen Art und Ablauf der Assoziationen, letztere den Ideengehalt unseres Bewußtseins; niemals freilich dürfen wir vergessen, daß beiderlei Störungen oftmals aufs innigste miteinander verwachsen sind; so sehen wir insbesondere im Rahmen der sogenannten affektiven Geistesstörungen ganz gewöhnlich ein enges Hand-in-Hand-gehen der Störungen des Vorstellungsablaufes mit den inhaltlichen Verfälschungen des Bewußtseins. Auch klassifikatorisch ist die Grenze oft nicht ganz scharf zu ziehen, so geben z. B. die Störungen des Gedächtnisses oder jene eigenartigen Störungen des Wahrnehmungsvorganges, die wir als Sinnestäuschungen kennen lernen werden, ebensogut formale wie — ihrer besonderen Folgewirkungen wegen — inhaltliche Bewußtseinsveränderungen ab.

In formaler Hinsicht sind wesentlich das Tempo, die Stärke, die Tenazität, ferner die Art der Verknüpfung und Aufeinanderfolge der Wahrnehmungs- und Assoziationsprozesse Gegenstand unserer Betrachtung; von da führt der Weg hinüber zu der Betrachtung der abnormen Bewußtseinsinhalte; diese interessieren wesentlich vom Gesichtspunkte ihrer Beziehungen zum Subjekt bzw. zur übrigen Psyche, sowie zu der objektiven realen Außenwelt. Die Produkte krankhafter Phantasie, die verschiedenen Arten krankhafter Trugurteile, vor allem die Wahnideen werden uns da vornehmlich befassen. Der Zustand des Bewußtseins, sein Umfang, seine Helligkeit, ferner der Zustand des Selbstbewußtseins und endlich jene besondere Eigenart der individuellen Psyche, die wir Intelligenz nennen, stellen in ihren Störungen weitere wesentliche Objekte unseres Interesses dar; auch in ihnen sind formale wie inhaltliche Störungen in gleicher Weise enthalten.

Störungen der Auffassung.

Die Auffassung von Neueindrücken kann sowohl hinsichtlich ihrer Geschwindigkeit wie hinsichtlich ihrer Vollständigkeit und Schärfe Einbußen erleiden; und natürlich können alle diese verschiedenen Unterarten von Störung auch miteinander kombiniert vorkommen. Die Bedingungen, unter denen es zu Störungen der Auffassung kommt, sind sehr verschiedene: bei ausgesprochener Denkhemmung pflügt fast regelmäßig auch die Auffassung eine erschwerte,

verlangsamte zu sein, handelt es sich ja doch um die Einordnung des Materials an Neueindrücken in die Mannigfaltigkeit des assoziativen Erfahrungsschatzes an zugehöriger Stelle; in Betracht kommen fast alle Formen von Depression. Bei herabgesetzter Aufmerksamkeitsintensität (Verblödungsprozesse aller Art), aber auch bei allzu raschem Wechsel der Aufmerksamkeit (manische Zustände) leidet naturgemäß auch die Auffassungstätigkeit, und zwar in um so höherem Grade, je weniger einfach die zu verarbeitenden Eindrücke sind; bei der Schizophrenie überrascht, entsprechend der dissoziativen Zerfahrenheit des ganzen Seelenlebens auch die Ungleichmäßigkeit auf diesem Gebiete, das Durch- und Nebeneinander von guter und mangelhafter Auffassung. Vor allem leidet die Auffassung regelmäßig bei allen Zuständen von Trübung des Bewußtseins (amente und Ausnahmezustände aller Art).

Hand in Hand mit Erschwerung der Auffassung geht in der Regel, zumal bei getrübttem Bewußtsein, ein Mangel an Vollständigkeit und Klarheit der Auffassungsprozesse, so daß also das gewonnene Abbild im Bewußtsein mehr oder weniger nur Bruchstück oder Zerrbild des realen Eindruckes ist. Es darf aber nicht verschwiegen werden, daß derlei auch bei klarem Bewußtsein und ohne vorhandene Denkhemmung zustande kommen kann, sobald das Bewußtsein irgendwie von übermächtigen, affektstarken Vorstellungen präokkupiert ist, sei es vorübergehend, sei es dauernd, da derlei Vorstellungen und Affekte vielfach die Eigentümlichkeit zeigen, zu hemmen und zu unterdrücken, was ihnen nicht entspricht, andererseits altes und neues assoziatives Material sich zu assimilieren und dementsprechend umzufälschen; dies erstreckt sich dann oft schon auf schlechte Neueindrücke; man sieht derlei zumal in den Affektzuständen Degenerativer, dann überhaupt besonders bei Phantasten und Hysterischen, weiter aber oft bei Individuen mit überwertigen Ideen, Wahnvorstellungen und nicht selten bei Halluzinanten. Bei der Abhandlung der Gedächtnisstörungen werden wir auf ein verwandtes Gebiet von einer anderen Seite her noch eingehen müssen.

Schwachsinnige endlich zeigen sehr gewöhnlich einen Defekt sowohl in der Raschheit wie in der Klarheit und Vollständigkeit der Auffassung, verschieden groß je nach dem Grade des Defektes.

Daß unter allen höhergradigen Störungen der Auffassung die Orientierung leiden muß, liegt auf der Hand, setzt ja Orientierung die Fähigkeit des Sich-zurechtfindens in der jeweiligen Umgebung, also Funktionieren der Auffassung voraus. Daß freilich auch andere Umstände die Orientierung alterieren können, werden wir noch sehen.

Störungen im Vorstellungsablaufe.

Die Aufeinanderfolge der einzelnen Assoziationen, die Grundtatsache aller geistigen Prozesse, vollzieht sich in vielen Fällen langsamer als in der Norm. Es kann dies das Resultat sehr verschiedener Grundprozesse sein: einmal kann eine primäre Hemmung (Denkhemmung) im Bereiche des Vorstellens (meist als Teilerscheinung allgemeiner psychischer Hemmung, was jedoch keineswegs immer der Fall sein muß, wie das Beispiel der Manie zeigt) vorliegen; dann kann eine ihrem Grundcharakter nach wesentlich psychomotorische Hemmung dadurch, daß sie die Umsetzungen der Assoziationen in psychomotorische Akte erschwert, gewissermaßen sekundär eine Denkhemmung bewirken (was aber wiederum keineswegs obligat ist, denn es gibt Kranke, zumal Depressive, welche trotz psychomotorischer Hemmungen über ein gerade in diesem Fall besonders peinlich empfundenenes Jagen der

Gedanken klagen); ein weiterer Modus der Denkhemmung erscheint gegeben durch psychische Kohärenzstörung, von der ein wesentliches, in die Augen springendes Teilsymptom die Hemmung und folglich Verlangsamung der rein assoziativen Vorgänge zu sein pflegt; vorübergehende Gleichgewichtsschwankungen innerhalb der Psyche, besonders mächtige Affekte können eine passagere Störung, Einengung und selbst Trübung des Bewußtseins und damit auch eine Hemmung des Assoziationsablaufes verursachen; endlich ist ein langsames Assoziieren eine der gewöhnlichsten Erscheinungen genuiner Schwachsinnszustände und aller Arten erworbener geistiger Schwäche, Verblödung; nicht zu vergessen der Prozesse schwerer seelischer Zerspaltung, wobei Denkhemmung ebenfalls ein gewöhnliches, wenn auch oft nicht unumgängliches Teilphänomen zu sein pflegt.

Die unmittelbarste und oft anschaulichste Folgeerscheinung assoziativer Hemmung ist naturgemäß die Produktion einer gegenüber der Norm geringeren Menge an Assoziation innerhalb eines als Vergleichsmaß dienenden Zeitabschnittes; daher auch öfters in den Fällen, wo durchaus nicht etwa habituelle oder erworbene psychische Schwäche die Ursache der abnormen Langsamkeit der Denkprozesse ist (»Dementia acuta«, »Stupidität« hieß und heißt man vielfach derlei Zustandsbilder, die zumal im Rahmen akuter Psychosen depressiven oder amenen Charakters nicht selten sind), der Aspekt geistiger Verarmung, ein Aspekt, der doch vielfach trügerisch sein wird; man denke nur an die rein melancholischen Zustände, wo von Verblödung gewiß keine Rede sein kann. Es ist um so notwendiger, sich dies vor Augen zu halten, als ja kein psychotisches Zustandsbild davor gefeit ist, mit assoziativer Hemmung einherzugehen.

In der Regel pflegt assoziative Hemmung auch von psychomotorischer Hemmung begleitet zu sein; indes ist diese Regel keineswegs der Ausdruck eines verbindlichen Gesetzes, wie denn zum Beispiel in vielen schizophrenen und — für den Anfänger wohl überraschend — konstatiertweise auch in den manischen Zuständen assoziative Hemmung bei psychomotorischer Erregung besteht. Ähnlich verhält es sich mit den Beziehungen der assoziativen Hemmung zu affektiven Vorgängen: In der Regel korrespondiert Denkhemmung mit affektiver Depression bzw. mit vorherrschenden Unlustgefühlen; allein auch dieser Zusammenklang ist kein regelmäßiger, vielmehr gibt es in der Psychiatrie wohlakkreditierte Zustandsbilder, in deren Rahmen sich erregte und selbst euphorische Stimmung mit ausgesprochenster Denkhemmung zusammenfindet; wir erinnern nur kurz an bestimmte Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins.

Bedeutend weniger sichergestellt als die Existenz assoziativer Hemmungsvorgänge ist jene von Erleichterung und Beschleunigung assoziativer Prozesse. Es ward und wird noch jetzt vielfach an das Vorhandensein assoziativer Beschleunigung und infolgedessen einer im Vergleich zur Norm reichlicheren Ideenproduktion (im Rahmen der Bewußtseinsenge) bei der reinen Manie geglaubt. Allein die experimentell-psychologischen Arbeiten, insbesondere der KRAEPELINSchen Schule, haben ergeben, daß streng genommen nicht nur von keiner Beschleunigung, sondern sogar von einer Verlangsamung, Hemmung des Vorstellungsablaufes bei der Manie gesprochen werden muß (wenn diese auch nicht solche Maße erreicht wie in den Depressionszuständen), und daß das Plus der manischen Leistung wesentlich auf psychomotorischem Gebiete (Beseitigung psychomotorischer Hemmungen, Erleichterung der Auslösung psychomotorischer Akte) liegt. Sicher scheint die Existenz echter, reiner, primärer Beschleunigung des Vorstellungsablaufes nicht, wiewohl bei den

Wirkungen verschiedener Gifte (Morphin u. a.) daran zu denken ist; dagegen ist zuzugeben, daß der wiederum bei verschiedenen Vergiftungen (Alkohol u. a.) eintretende Wegfall psychologisch gegebener Hemmungen sekundär eine Erleichterung des Vorstellungsablaufes und damit eine für eine größere Strecke und Zeiteinheit gegebene relative Beschleunigung derselben zur Folge haben kann; ebenso haben expansive Affekte als solche, bzw. die mit ihnen einhergehende Erhöhung des Selbstbewußtseins, gewöhnlich eine gedankliche Hemmung, Hemmungen aller Art überhaupt abschwächende Wirkung; höchstens ein akut hereinbrechendes Übermaß an Freude oder Zorn vermag transitorisch, ganz gleich wie ebenso hereinbrechende Affektzustände der negativen Skala, vorübergehend eine Art »Chok« und damit assoziative und motorische Hemmung zu setzen.

Von größter Bedeutung sind die Störungen der inneren assoziativen Beziehungen der Vorstellungen zueinander in ihrem Ablaufe. De norma wird dank der Oberherrschaft der durch ihren besonderen Gefühlston ausgezeichneten Vorstellungen, der Ziel-, Leit- oder Obervorstellungen, innerhalb eines länger sich hinziehenden Gedankenganges eine gewisse zielstrebige Ordnung aufrecht erhalten; in der sogenannten Ideenflucht sehen wir nun diese Obervorstellung rasch wechseln, bzw. sehen wir eine Obervorstellung ihre Herrschaft in abnorm rascher Folge immer wieder an eine beliebige nächste abgeben. Indem in solchen Fällen, zumal in der manischen Ideenflucht, die Aufmerksamkeit von Gegenstand zu Gegenstand, von Vorstellung zu Vorstellung springt und sich gleichsam prostituiert, ergibt sich eine gewisse Nivellierung der einzelnen Vorstellungen, deren ja keine durch längere Zeit ihre Rolle als Obervorstellung beibehält; die Folge ist, daß ein längerer Gedankengang nicht zu Ende ausgesponnen werden kann, vielmehr der Ideengang, immer wieder in jedem Punkte und durch jeden äußeren sinnlichen Eindruck geradeso wie durch jede in einem Moment auftauchende Innenassoziation ablenkbar, statt anhaltender einem, sei es auch ferneren Ziele zuzustreben, von Seitenweg zu Seitenweg sich verliert; in den höheren Graden der Störung geht sogar die geordnete grammatikalisch-syntaktische Form des Ausdrucks verloren, wovon noch bei Erörterung der Störungen der Sprache (und zum Ausdruck werden ja alle diese Dinge sprachlich gebracht) die Rede sein wird. Die Hauptdomäne dieser eben abgehandelten Störung im Ablaufe der Assoziationen sind, wie schon einmal angedeutet, die manischen Zustände, nicht nur jene im Rahmen des manisch-depressiven Irreseins, sondern auch jene bei der progressiven Paralyse und bei anderen Geistesstörungen.

Nicht zu verwechseln damit ist jene Art der Ideenverbindung, die wir als Umständlichkeit bezeichnen. Es handelt sich um eine Eigenart des Ideenablaufes, die ihre Wurzeln bis zu einem gewissen Grade in normaler Breite hat; es ist ja bekannt, daß auch gesunde, aber geistig wenig gebildete Individuen sehr gewöhnlich nicht imstande sind, ihre Ideen in eine gewisse logische Hierarchie zu bringen und bei Produktion von Ideengängen infolgedessen breit und ungenek Gedanken an Gedanken reihen, ohne daß in dieser Aneinanderreihung eine gewisse Wertung in Haupt- und Nebensachen, in Wichtiges und Unwichtiges sich sichtbarlich geltend machen würde. Auch da sehen wir infolgedessen eine gewisse Nivellierung insofern, als eine größere Ablenkbarkeit besteht und Hauptsächliches und Nebensächliches in den Erzählungen solcher Leute wie gleichwertig aneinandergereiht wird (es drückt sich das schon darum aus, daß in der Volkssprache sehr vielfach statt logisch-grammatikalischer Über- und Unterordnung im Satzbau einfache Kopulation der Teilsätze einer längeren Darlegung durch das Bindewörtchen »und«

erfolgt, wenn bei der Erzählung oder Aufzählung von Dingen die Notwendigkeit der Verknüpfung mehrerer Vorstellungsreihen sich ergibt, ohne jede Rücksicht auf sachliche oder logische Wertigkeitsunterschiede der Einzelglieder); die Folge ist denn bekanntlich, daß Gedankengänge und Erzählungen, letztere als deren manifester Ausdruck, bei ungebildeten Personen in der Regel unpräzise sind, eine Zielstrebigkeit mangels deutlichen Hervortretens eines Leitmotivs, also auch einer Leitvorstellung, auf lange Sicht hin nicht oder nur mangelhaft erkennen lassen. Dadurch entsteht eben das, was wir Umständlichkeit nennen. Bei ihrer genuinen Anlage nach geistesschwachen Individuen sehen wir denn auch sehr gewöhnlich diese Unpräzision des ganzen Gedankenganges und Ausdruckes und als deren Folge Umständlichkeit desselben; aber auch bei erworbenen geistigen Defektzuständen, zumal wenn der Verlust präzisierte Begriffsvorstellungen trifft, sonach die Elemente höheren zielstrebigsten Denkens, und die Gedanken daher immer erst auf serpentinenartigen Umwegen zum Ausdruck gebracht werden können, stoßen wir nicht selten auf eine alsdann selbstverständlich ohne weiteres als krankhaft zu wertende Umständlichkeit des Ideenganges. Von der Ideenflucht ist diese Art Störung sicherlich zu unterscheiden, mag auch in ihren leichteren Graden diese Unterscheidung vielleicht nicht immer auf den ersten Blick gelingen; aber bei der Ideenflucht besteht doch eine sehr lebhaft und nur ihren Gegenstand sehr rasch wechselnde Aufmerksamkeit, während bekanntermaßen bei, sei es aus Anlage, sei es aus Unbildung tieferem geistigen Niveau der geistige Interessenskreis eingeschränkt und infolgedessen auch die Betätigungsmöglichkeit der Aufmerksamkeit eine eng umgrenzte, die Aufmerksamkeit selbst übrigens in ihrer Intensität und Lebhaftigkeit meist herabgesetzt ist; und überdies geht die ganze Gedankenverknüpfung dann auch meist langsam und schwerfällig vor sich (besonders bei schwachsinnigen Epileptikern); man wird gelegentlich an Denkhemmung erinnert, doch ist diese je nach der Art des Falles gleichzeitig gegeben oder nicht.

Mit der eben erörterten Störung nicht in einen Topf zu werfen ist die Weitschweifigkeit des Gedankenganges, wie sie uns, ihr Pendant gleichfalls in der Eigentümlichkeit des Denkens mancher zweifellos noch normaler Individuen findend, bei manchen Geisteskranken, ganz insbesondere bei Paranoischen, entgegentritt. Wir sehen in solchen Fällen, wie die Aufmerksamkeit auf eine ganze Reihe von Dingen gelenkt wird, die vom Standpunkt gesunden Denkens, vom Gesichtspunkte realistischer Wertung eine solche reichliche Ausstattung mit dem Gefühlston des Interesses nicht verdienen; in den Gedankengängen solcher Kranker treten uns daher auch eine ganze Reihe von Obervorstellungen entgegen, deren Wertung als solche für normales Denken nicht begrifflich erscheint; demgemäß scheinen die sprachlichen Darlegungen solcher Kranker zuweilen nicht nur weitschweifig, sondern bei lebhafterer Diktion wie ideenflüchtig; indes ist der Sachverhalt in derlei Fällen doch ein vollkommen anderer: die eigentümlichen Wahnbildungsmechanismen bei solchen Krankern, von denen in einem späteren Kapitel die Rede sein wird, bringen es mit sich, daß eine Fülle von Dingen und Vorstellungen von in der Realität geringfügigem und nur nebensächlichem Werte für den Kranken oft eine sehr große Bedeutung gewinnen, so daß, von seinem subjektiven Standpunkte aus gesehen, ihre Ausstattung mit einem besonderen Gefühlsnachdruck und infolgedessen gegebenenfalls ihre langatmige Erörterung durchaus gerechtfertigt erscheint; nimmt man sich nur die Mühe, längere Gedankengänge und Gedankenreihen solcher Kranker (und eben die Weitschweifigkeit bedingt ja in der Regel eine sehr breite Anlage dieser) bis

zum Ende zu verfolgen, bzw. anzuhören, dann merkt man schon, wie sich die ungeheure Fülle aller dieser Teilgedanken schließlich unter die pathologisch interessebetonte Herrschaft einer bestimmten Zielvorstellung oder einer wohlcharakterisierten Gruppe solcher unterordnet; damit ist ein unterscheidendes Kriterium gegenüber der Ideenflucht gegeben, während die sehr lebhaft aufmerksame Komponente, sowie die trotz der Länge und Breite der Ausführungen, wenn auch nur im Sinne der krankhaften Präokkupation logische Verkettung der Ideen, das unterscheidende Moment gegenüber schwachsinniger Umständlichkeit gibt.

Eine tiefer greifende Störung als alle die eben abgehandelten ist jene der Kohärenz des Gedankenganges: wird man bei der Ideenflucht noch einer gewissen, sei es inneren, logisch-grammatikalischen, sei es äußeren, klanglichen, verwandtschaftlichen Beziehung zwischen den einzelnen Gliedern einer Kette gewahr, so reißt hier der Gedankenfaden stellenweise und je nach dem Grade der Störung verschieden häufig gänzlich ab, um ganz anderswo ohne Zusammenhang mit dem Vorhergegangenen wieder anzusetzen. Die Konsequenz der Ideengänge erleidet dementsprechend eine noch viel tiefer greifende Störung als bei Denkhemmung oder Ideenflucht, und es wird der Gedankengang je nach dem Grade der Inkohärenz ein mehr oder weniger verworrener. Es ergibt sich daraus, daß vor allem die Orientierung unter dem Einfluß dieser Störung leiden muß, worüber in einem separaten Abschnitte dieses Buches noch besonders gesprochen werden wird, angesichts der großen Bedeutung der Orientierungsstörungen in der Psychiatrie. Wir finden Inkohärenz, bzw. als deren Folge Verwirrtheit des Ideenganges bei fast allen akuten Psychosen, sei es episodisch, sei es als Dominante im Krankheitsbilde. Daß Störung der Kohärenz sich nicht bloß geradezu in Verworrenheit, sondern auch in Gestalt einfacher Erschwerung und Verlangsamung des Gedankenablaufes manifestieren kann, sei besonders erwähnt; zumal sobald auf psychomotorischem Gebiete Hemmung vorherrscht und Ausdrucksbedürfnis und Ausdrucksfähigkeit insonderheit auf sprachlichem Gebiete herabgesetzt sind, pflegt das äußere Bild, das durch Kohärenzstörung geliefert wird, wesentlich jenes gedanklicher Hemmung zu sein. Parallel mit der Störung der gedanklichen Kohärenz geht häufig auch eine Herabsetzung der Tenazität der Vorstellungen, wodurch naturgemäß Merkfähigkeit und Gedächtnis beeinträchtigt werden. Weiter darf nicht unerwähnt bleiben, daß bei leichtergradiger Kohärenzstörung, eine gewisse sprachliche Regsamkeit vorausgesetzt, an Stelle ausgesprochener Verwirrtheit zunächst Ideenflucht in Erscheinung treten kann, während erst unter dem Einflusse von Ermüdung das wahre Gesicht der Störung hervortritt; bei Amentia-kranken ist derlei etwas recht gewöhnliches, und es mag dies als Korollar dafür dienen, daß Amentiafälle so häufig im Gewande einer manischen, bzw. bei im Krankheitsbilde dominierender Hemmung im Gewande einer depressiven Störung sich präsentieren.

Bei tiefer greifender dissoziativer Störung der Gesamtpersönlichkeit sehen wir für gewöhnlich auch eine mehr oder weniger tief greifende Zerrfahrenheit im Vorstellungsablaufe, insbesondere sehen wir dann oft dicht neben anscheinend größter Verworrenheit relativ kohärente Bruchstücke von Gedankenreihen flottieren, sehen überhaupt vielfach ein fast wildes Durcheinander von Ordnung und Unordnung in der Psyche. Die Hauptdomäne solcher Störung stellt das Gebiet der Schizophrenie dar.

Wir werden schließlich bei der Besprechung der Störungen auf expressivem Gebiete, insbesondere auf dem Gebiete der Sprache und Schrift, noch sehen, wie erheblich die Rückwirkungen der Psychomotilität, der affektiven Tätigkeit

sowie der Störungen auf diesen Gebieten auf den Gedankengang sind; aus äußeren Zweckmäßigkeitsgründen wollen wir uns gerade unter Hinweis darauf die Erörterung bestimmter Störungen, wie des gedanklichen Kontaminierens, Klebenbleibens und Vorbeizehlens für ein späteres Kapitel aufheben. Hier nur noch so viel, daß, wie man nicht vergessen darf, auch sekundär aus Präokkupation der Psyche durch gefühlsstarke Vorstellungen und insbesondere Halluzinationen und Wahnideen eine Art verworrenen Gedankenganges resultieren kann, zumal sobald derlei Kranke genötigt werden, sich in anderen als in den sie präökkupierenden Gedankengängen zu bewegen; daß auch diese Erscheinungen ihre Wurzelbeziehungen noch im normalen Seelenleben haben, bedarf kaum einer besonderen Begründung.

Selbstverständlich unterliegt auch der Wahrnehmungs- und Vorstellungsprozeß, da in der Tätigkeit eines lebendigen Körperorgans wurzelnd, den physiologischen Gesetzen der Übung, Gewöhnung, Ermüdung, Erschöpfung, der leichteren und schwereren Erregbarkeit und Eindrucksfähigkeit; Erscheinungen, die, ihrer greifbar psychologischen Natur wegen, für exakte psychologische Messung dankbare Objekte abgeben. Individuelle Anlageunterschiede sind natürlich auch hier wirksam und bedingen quantitative Ungleichheiten, wie ja wohl aus Erfahrung bekannt; Bildung, Erziehung, Interessenkreis und Gedächtnis sind weitere einflußstarke Faktoren. Unter pathologischen Verhältnissen sind bestimmte Besonderheiten zu verzeichnen: Gehemmte, Depressive und Verwirrte zeigen — abgesehen von Schwachsinnigen und Dementen — meist eine besonders hohe Ermüdbarkeit, in der dann die vorhandenen assoziativen Störungen noch greifbarer zutage treten; Manische und manche Degenerierte sind sehr impressionabel und ansprechbar, wenn auch vielfach auf Kosten der Tenazität der Einzeleindrücke; Übungsfähigkeit ist natürlich an ein Mindestmaß von Gedächtnis, Interesse und Auffassung gebunden, leidet daher in verschiedenem Maße und auf verschiedene Weise bei angeborener und erworbener Geistesschwäche und bei der Schizophrenie.

Störungen der Tenazität der Vorstellungen, des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit.

Die psychische Grunderscheinung der Aneinanderreihung von Assoziationen zu höher komplizierten geistigen Gebilden (Urteilen, Schlüssen, Erfahrungssätzen usw.), wie sie aus der Psychologie her bekannt sind, setzt voraus, daß jene mit einem gewissen Maße von Zähigkeit im Bewußtsein verankert bleiben; es gilt dies in gleicher Weise von den auf dem Wege der Sinneswahrnehmung ins Bewußtsein eindringenden Neueindrücken wie von dem darin bereits von früher her vertretenen Material an assoziativen Elementen. Naturgemäß nun kann auch diese Eigenschaft unseres Vorstellungslebens krankhaften Veränderungen unterliegen.

Zunächst einmal kann sich der Fall ergeben, daß Eindrücke, bzw. Vorstellungen mit abnormer Zähigkeit im Bewußtsein haften bleiben. Es kann dies verschiedene Ursachen haben. Zunächst natürlich bedingt ein starker Gefühlston einer Vorstellung eine besondere Verstärkung einer solchen, daher es nicht wundernehmen kann, daß gefühlsbetonte Vorstellungen, und es gilt dies erfahrungsgemäß ganz besonders von den unlustbetonten Vorstellungen, im Bewußtsein abnorm zähe und abnorm lange zu haften imstande sind, damit aber auch eine besonders mächtige Stellung im Gesamtbewußtsein gewinnen und in der Lage sein können, dasselbe weithin in dem ihnen

innewohnenden Sinne zu beeinflussen, bzw. zu verfälschen, je nach der Natur des ihnen zugrunde liegenden Vorganges auf kurze oder längere Zeit hin und unter Umständen sogar auf die Dauer. Sind derlei Ideen in einem zu ihrem Realitätswerte unverhältnismäßig hohen Maße gefühlsbetont, beeinflussen sie das Denken und Fühlen und implicite auch das Handeln eines Individuums in abnorm ausgedehntem Maße und über eine unverhältnismäßig lange Zeit hin, ohne daß auf logischem Wege Korrektur zu erzielen wäre, dann reden wir von überwertigen Ideen, mit denen wir uns noch in anderem Zusammenhange reichlich werden beschäftigen müssen; bei gewissen degenerativen Persönlichkeiten kommt es sehr gewöhnlich zur Bildung überwertiger Ideen. Wir werden ähnliche, nur über dieses Maß noch weit hinausgehende abnorme Gebilde später bei der Besprechung der paranoischen Wahngebilde kennen lernen.

Denkhemmung kann zur Folge haben, daß bestimmte Vorstellungen, da ja kein Nachdrängen in einem der Norm entsprechenden Ausmaße stattfindet, gewissermaßen *ex vacuo* persistieren. So können denn im Zustande psychischer Hemmung, abgesehen davon, daß der Gedankengang oft nur schwer vom Flecke rückt, einzelne seiner Glieder geradezu eine Tendenz zum Klebenbleiben zeigen, und ganz insbesondere dann, sobald sie durch einen besonderen, der vorherrschenden Stimmungslage adäquaten Gefühlston verstärkt werden.

Nicht zu verwechseln mit der eben abgehandelten Anomalie ist das sogenannte Perseverieren: es findet sich in der Regel dort, wo das Assoziieren nach Intensität und Qualität in elementarer Weise gestört ist, also bei größeren Destruktionsprozessen des Großhirns (Dementia senilis, Dementia arterio-sclerotica, progressive Paralyse, epileptische Verblödung, Herderkrankungen des Gehirns), endlich in einer freilich nicht ganz identischen Ausprägungsform in den schwerer dissoziativen Formen der Schizophrenie. Dementsprechend ist auch der Aspekt des Perseverierens ein charakteristischer: nicht geformte Gedanken, ja oft nicht einmal ersichtlich Bruchstücke solcher sind es, die haften bleiben, sondern einzelne assoziative Elemente oder ohne inneren Sinn aneinandergereihte Konglomerate solcher (Silben, Worte, sinnlose Sätze oder Satzbruchstücke), und sehr gewöhnlich handelt es sich um nach rein klanglichen oder sonstwie äußerlich konstellativen Momenten aneinandergereihte Silben- und Wörtergruppen, die sprachlich oder schriftlich ohne ersichtlichen Zusammenhang, Fremdkörpern gleich, immer wieder auftauchen, zuweilen durch stundenlange Duktus, ja selbst durch Tage und Wochen hindurch festgehalten (letztere Extreme freilich nur bei schweren organischen Hirnaffektionen oder in etwas modifizierter Form bei manchen Schizophrenien, besonders katatonischen). Die enge Beziehung dieser Erscheinungen zu den sprachlichen Störungen bringt es mit sich, daß wir bei der Abhandlung dieser letzteren nochmals auf sie werden zurückkommen müssen.

An dieser Stelle haben wir auch einer Reihe von Vorstellungen zu gedenken, die gleichfalls mit ganz besonderer Zähigkeit im Bewußtsein der daran Leidenden zu haften pflegen: wir meinen die sogenannten Zwangsvorstellungen und Zwangsbefürchtungen (Phobien), mit denen wir uns in bestimmten Abschnitten der speziellen Psychiatrie noch ausführlich zu beschäftigen haben werden. Hier nur so viel, daß wir darunter Vorstellungen oder Verbindungen solcher verstehen, die unter starker Gefühlsbetonung, und zwar fast stets unter solcher mit negativem Vorzeichen (Zwangsvorstellungen entspringen in der Regel auf dem Boden depressiver Gemütslage) sich dem Bewußtsein aufdrängen, ohne daß es dem sonst den Ablauf der Vorstellungen regelnden willensmäßigen Streben gelänge, ihrer Herr zu werden, sie zurückzudämmen; sie werden daher

— und dies erhöht sekundär den sie begleitenden Unlustton — als Fremdkörper auch vom Kranken empfunden und unterscheiden sich schon dadurch in der Regel von den früher erwähnten perseveratorischen Vorstellungen, die ja Bewußtseinszuständen angehören, in denen wegen der Schwere und Tiefe der Störung eine Einsicht in das Krankhafte des eigenen Zustandes in der Regel gar nicht möglich ist. Die Hauptdomäne der Zwangsvorstellungen und der ihnen verwandten Phänomene sind die Neurosen und Psychoneurosen sowie die Depressionszustände des manisch-depressiven Irreseins.

Herabsetzung des Haftens von Eindrücken und Vorstellungen tritt uns praktisch in der Regel entgegen in Form von Störungen jener Eigenschaft der Psyche, die wir als Gedächtnis bezeichnen. Wir müssen hier im Rahmen des Gesamtgedächtnisses unterscheiden zwischen der Merkfähigkeit, das heißt der Fähigkeit, Neueindrücke nicht nur aufzunehmen, sondern auch zum mindesten über einen verhältnismäßig kürzeren Zeitabschnitt hin aufzubewahren, und der Erinnerungsfähigkeit und Reproduktionsfähigkeit für in relativ länger zurückliegender Zeit aufgenommene, bzw. dem Bewußtsein eingeprägte und daselbst in Form von Vorstellungen aufbewahrte Eindrücke (Gedächtnis im engeren Sinne). Wir werden später noch sehen, daß überdies noch weiter unterschieden werden muß zwischen der Aufbewahrung (Retentions-)fähigkeit als solcher und den verschiedenen Besonderheiten der Reproduktion des Gedächtnismaterials.

Die Merkfähigkeit kann bei allen akuten psychischen Störungen herabgemindert sein, insbesondere aber ist sie es ganz gewöhnlich bei jenen, die mit Verwirrtheit einhergehen, namentlich wenn dabei das Bewußtsein getrübt ist; daher auch die an fast alle Arten von deliriösen Ausnahms- und Dämmerzuständen anschließende, mehr oder weniger weitreichende Erinnerungslosigkeit oder doch Erinnerungsunklarheit. Natürlich leidet die Merkfähigkeit auch dann, wenn die Aufmerksamkeit eine herabgesetzte ist, stellt ja doch das Gefühlsmoment des Interesses eines der wesentlichsten Verankerungsmittel im Bewußtsein für alles Material an Eindrücken und Assoziationen dar. Vor allem aber ist die Merkfähigkeit stets dann mehr oder weniger schwer beeinträchtigt, wenn das Gesamtgedächtnis ein, sei es aus Anlage, sei es aus erworbener Erkrankung, minderwertiges ist: also bei den Schwachsinnzuständen, bei der Paralyse, beim Altersblödsinn, weiter auch bei den anderen psychischen Defektzuständen; endlich aber stets in jenem eigenartigen Symptomenkomplex, den wir als amnestischen oder nach seinem ersten Autor als KORSAKOFFSchen noch vielfach näher kennen lernen werden, und der sich wesentlich im Gefolge von Alkoholpolyneuritis und -polioencephalitis, aber auch sonst bei toxämischen Zuständen und bei größeren Gehirnerkrankungen zu entwickeln pflegt; an der Hand dieses in der Psychiatrie ungemein wichtigen und interessanten Symptomenkomplexes läßt sich auch die Tatsache erweisen, daß eine Störung der Merkfähigkeit in mehr oder minder hohem Grade bestehen kann ohne adäquate Störung des übrigen Gedächtnisses, welches beim KORSAKOFFSchen Symptomenkomplex (abweichend von dem ihm ähnlichen presbyophrenischen Symptomenkomplex bei den Psychosen des Greisenalters) nicht selten im übrigen verhältnismäßig intakt sein kann; daß das Umgekehrte kaum vorkommt, das heißt, daß bei Störungen des Gesamtgedächtnisses die Merkfähigkeit stets auch mitleidet, haben wir bereits erwähnt, und es sei dies nochmals in Erinnerung gebracht.

Man kann im allgemeinen den Satz aufstellen, daß bei Störungen des Gedächtnisses die Assoziationen in um so höherem Grade Gefahr laufen, dem Bewußtsein zu entschwenden, aus je jüngerer Zeit ihre Verankerung in diesem

datiert. Am ausgeprägtesten bewahrheitet sich dieser Satz bei den senilen Psychosen, wo der gedächtnismäßige Abbau zum Unterschiede vom Korsakoff jedoch gewöhnlich nicht bloß die unmittelbare Jüngstvergangenheit betrifft; man kann da sehen, wie der Gedächtnisausfall für die letzten Lebensmonate und -jahre häufig ein ganz beträchtlicher ist, indes die Erinnerung an frühere Lebensabschnitte oft eine überraschend gute und treue genannt werden muß; bei der Einsichts- und Kritiklosigkeit, bei der Verblödung solcher Kranker kann es dann nicht wundernehmen, wenn sie nicht selten ihre ganze Persönlichkeit in frühere Lebensabschnitte zurückversetzt wähen. Indes erleidet der eingangs dieses Absatzes formulierte Satz doch wichtige Ausnahmen: Vorhandensein oder Fehlen von Übung und Interesse, bzw. Aufmerksamkeit können es mit sich bringen, daß ohne jede zeitliche Beziehung weite assoziative Gebiete dem Gedächtnis entgleiten, andere darin erhalten bleiben; sehen wir doch schon unter normalen Verhältnissen, wie aus der Individualanlage Unterschiede resultieren, wie es Spezialgedächtnisse gibt, wie der Sinnesart der einzelnen Individuen entsprechend der eine akustische, der andere optische, ein dritter motorische Eindrücke besser und treuer aufzubewahren pflegt, und auch da gibt es dann noch eine Unzahl feinerer Schattierungen, Kombinationen und Komplikationen; und so kann es denn auch unter pathologischen Verhältnissen Ungleichmäßigkeiten je nach der Art des Krankheitsprozesses geben; wir werden besonders bei der Abhandlung der Schizophrenie und der arteriosklerotischen Geistesstörungen sehen, wie die Gedächtnisstörungen sich oft scheinbar ganz ungleichmäßig verteilen, dicht neben Ausfällen wiederum mehr oder weniger große und zahlreiche Inseln relativ fest und treu retinierten Vorstellungsmaterials lange Zeit bestehen bleiben können. Schließlich steht die Tenazität des Vorstellens zwar im großen und ganzen, doch nicht in jeder Hinsicht in geradem Verhältnisse zur Intelligenzstufe; so pflegt das Gedächtnis Schwachsinniger zwar im allgemeinen, insbesondere da, wo es sich um die Einprägung auf dem Wege logischer, urteilsmäßiger Verankerung handelt, ein durchaus minderwertiges sein, indes für rein mechanisch zu memorierendes Material das Gedächtnis solcher Individuen keineswegs unzulänglich sein muß; ja es sind hier auf umschriebenen Gebieten die gedächtnismäßigen Leistungen Schwachsinniger oft geradezu stupende, und es ist beispielsweise bekannt, daß gelegentlich Schwachsinnige als Rechen- und Kalenderkünstler debütieren, wobei sich zeigt, daß die oft ganz staunenswerten Leistungen wesentlich auf ein hochentwickeltes mechanisches Zahlengedächtnis zurückgehen; man erinnert sich hier der Tatsache, daß, eine gewisse Mindestreifung vorausgesetzt, das mechanische (»impressive« nach BERZE) Gedächtnis kindlicher und jugendlicher Individuen mangels hemmender Präokkupation des Bewußtseins mit aus Lebenserfahrung reichlich gewonnenem Vorstellungsmaterial jenes Erwachsener unter sonst gleichen Umständen bedeutend zu übertreffen pflegt, daher denn auch die weitaus größere Eindrucks- und darauf beruhende Lernfähigkeit kindlicher Individuen; auch Tiere zeigen, wie allgemein bekannt, oft ein ganz bedeutendes mechanisches Gedächtnis, insbesondere auf dem Gebiete der Riechvorstellungen (Hunde, Raubtiere usw.); freilich gilt ganz besonders von Kindern, daß stete Übung vonnöten ist, um die ungemein große Eindrucksfähigkeit der Psyche auch im Sinne dauernder Aufbewahrung des ihr eingepprägten Vorstellungsmaterials zweckbewußt zu benützen.

Schon unter normalen Verhältnissen pflegen Neueindrücke, so wie sie einmal unserem Vorstellungsschatze einverleibt sind, an plastischer Deutlichkeit zu verlieren und durch die Verbindung mit dem von ihnen in unserem

Bewußtsein vorgefundenen Vorstellungsmaterial einerseits, durch ihr allmähliches Verblässen andererseits an Klarheit und Treue einzubüßen; so kommt es beispielsweise, daß, selbst *optima fides* vorausgesetzt, wie insbesondere neuere Forschungen dargetan haben, Zeugenaussagen nur selten einen absolut beweisenden Wert beanspruchen dürfen, da es beim besten Willen nur in den allerseltensten Fällen gelingt (auch unter psychologischen Verhältnissen), einen selbsterlebten Vorgang nach mehr oder minder langer Zeit vollständig wahrnehmungsgetreu zu reproduzieren; insbesondere gilt dies von kindlichen Individuen, aber auch das erwachsene, gesunde, normale Weib pflegt erfahrungsgemäß unschärfer zu reproduzieren als unter gleichen Verhältnissen erwachsene männliche Individuen; Affekte, endlich das Moment der Suggestion und Autosuggestion (psychische Epidemien!) pflegen die Treue der gedächtnismäßigen Reproduktion ebenfalls sehr erheblich zu verfälschen, und es ist bekannt, daß auch dies das weibliche Geschlecht in ungleich höherem Maße angeht als das männliche; weiter ist auch der Bildungsgrad schon unter normalen Verhältnissen sehr entscheidend und unterscheidend, denn je logischer, »assoziativer« und je weniger mechanisch die Art der Verankerung unseres Vorstellungsmaterials im Bewußtsein erfolgt, desto größer im allgemeinen die Gewähr für scharfe und treue und differenzierte Aufbewahrung der Dinge im Gedächtnis (eine Regel, die leider freilich wiederum bestimmte Ausnahmen erleidet: man denke nur an die Macht affektbetonter und zuweilen geradezu überwertiger Ideen gerade in den Köpfen geistig selbständig und Neues schaffender Menschen, die ja nicht selten geneigt sind, ihrer sonstigen Urteilschärfe zum Trotz stets dann weniger scharf und weniger kritisch zu denken und demgemäß auch gedächtnismäßig zu reproduzieren, wenn irgendwie und irgendwann ihre leitenden Ideen, ihre Lieblingssysteme mit in Frage kommen). Alle diese eben erwähnten Momente fallen nun natürlich unter bestimmten pathologischen Verhältnissen ganz besonders ins Gewicht. Man denke nur an die Schwachsinnigen, insbesondere an gewisse Schwachsinnige, sowie an gewisse Typen Degenerierter, bei denen häufig das Gedächtnis (sekundiert von oft bereits unscharfer Auffassung) ein so wenig scharfes und distinktes ist, daß sie zwischen Erlebtem, Erdichtetem und Erträumtem nach einiger Zeit nicht recht zu unterscheiden vermögen (pathologische Lügner und Schwindler); man denke ferner an die Hysterie mit ihrer enorm gesteigerten Suggestibilität, wo es aus inneren wie aus äußeren Anstößen heraus zu den weitestgehenden gedächtnismäßigen Bewußtseinsverfälschungen kommen kann; auch bei den geistigen Defektzuständen leidet regelmäßig Treue und Klarheit des reproduktiven Gedächtnisses. Und daß schließlich mangelhaft, unklar und unvollkommen Aufgefaßtes auch meist nur ebenso mangelhaft oder unklar im Gedächtnis haften bleiben wird, liegt auf der Hand; demgemäß entschwinden Erlebnisse in deliranten Zuständen dem Gedächtnis meist völlig. Schwereren Bewußtseinsstörungen entspricht denn auch sehr gewöhnlich eine nach deren Ablauf im Bewußtsein der Kranken zurückbleibende Lücke in der Erinnerung, die zumal bei kurzdauernden und dabei tiefgreifenden Bewußtseinstörungen (transitorische Delirien und Dämmerzustände) eine zeitlich umgrenzte, in manchen Fällen (epileptische, alkoholische und psychogene Ausnahmezustände) wie mit dem Locheisen aus der Bewußtseinskontinuität herausgeschlagene zu sein pflegt; sie kann auch eine kurze Zeitspanne vor Beginn des Ausnahmezustandes umfassen (retrograde, retroaktive Amnesie), seltener über eine Zeit, nach deren Ablauf anterograd hinausreichen (hauptsächlich bei Hysterie); höchstens, daß da und dort aus der Nacht dieser Bewußtseinslücken kleine, verlorene Bewußtseinsinselchen auftauchen. Sehr bemerkenswert ist da, daß

unter bestimmten Umständen solche Gedächtnislücken mit der Zeit ausgefüllt werden können, und zwar in der Weise, daß die Erinnerung an die in dem abnormen Zustand durchgemachten realen und imaginären Erlebnisse mehr oder minder vollständig auftaucht; zumal sehen wir dies beim Delirium tremens, und weiter gelingt es manchmal, die Amnesie namentlich nach hysterischen Ausnahmezuständen durch Suggestion eventuell in der Hypnose zu heben; kaum je aber gelingt dies nach epileptischen Dämmerzuständen. In allen diesen Zuständen selbst weiß der Kranke natürlich in der Regel während der Krankheitsmanifestation selber nichts von der bestehenden Bewußtseinsverfälschung und -trübung, erst nachher wird sie ihm retrospektiv klar. Beim Korsakowschen Symptomenkomplex und bei den Verblödungsprozessen ist es gewöhnlich so, daß die Gedächtnisstörung dem Kranken als solche nicht nur nicht zum Bewußtsein kommt, sondern daß die durch den Ausfall an Assoziationsmaterial gegebene Lücke ausgefüllt wird durch allerhand gerade konstellativ zusammengewürfelte Reminiszenzen und selbst ganz phantastische Produkte, die gelegentlich von außen her, durch den Untersucher etwa, auf dem Wege der Suggestion inhaltlich modifizierbar sind (Konfabulation); ich kann einem solchen, tagelang schon im Spital zu Bett liegenden Kranken einreden, daß ich, den er faktisch das erstemal sieht, der ich ihm bisher wildfremd war, sein alter Freund Hinterhuber sei, der gestern mit ihm beim »Braunen Hirschen« Kegel geschoben habe, und er glaubt es nicht nur, nein, er knüpft vielleicht noch später daran an, rühmt sich, daß er alle Neune gemacht und ich vor Ärger zerplatzt sei, weil ich einen Doppelliter habe zahlen müssen, und fragt mit schalkhafter Teilnahme, ob ich mich schon ausgeschleimt und was denn meine — natürlich konfabulierte — Frau Gemahlin dazu gesagt habe; u. a. m.

Von einer gewissen praktischen und theoretischen Bedeutung sind jene eigenartigen, entfernt an Vorbilder aus den asemisch-asympbolischen Symptomenkomplexen erinnernden partiellen Erinnerungsausfälle, die wir im Rahmen depressiver Zustände mit Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins manchmal antreffen: die Kranken klagen da zuweilen lebhaft über den Verlust von bestimmten Erinnerungsbildern, zumal optischer Natur, sie vermögen es sich nicht recht mehr aus dem Gedächtnisse zu reproduzieren, wie die Objekte aussehen, wie die Stimme ihrer Bekannten klingt u. dgl. m.; es scheint sich da um eine Teilerscheinung der allgemeinen assoziativen Hemmung zu handeln, die auf dem Gebiete der gedächtnismäßigen Reproduktion der Objektvorstellungen besonders zutage tritt. Der Ausfall ist natürlich kein dauernder und vor allem kein anatomisch bedingter wie bei den amnestischen Aphasien auf der Basis umschriebener oder diffuser (progressive Paralyse, arteriosklerotische und senile Demenz) palpabler Hirnkrankheiten; in diesen Fällen kommt er den Kranken zwar auch gelegentlich zu Bewußtsein, pflegt aber doch nicht so peinlich empfunden zu werden.

Eine genetisch sehr verschiedenartig zusammengewürfelte Gruppe bilden die sogenannten Erinnerungsfälschungen, bzw. -täuschungen (Pararnesien im allgemeinen Sinne). Sie finden sich in Andeutungen bekanntlich unter Umständen auch in der Norm, wie schon aus dem oben Ausgeführten zwanglos sich ergibt. Eine besondere Art derselben, auch zuweilen noch der Norm angehörig, sind die identifizierenden Erinnerungstäuschungen (und andere ihnen ähnliche Phänomene), d. h. man wird, oft plötzlich, von dem Gefühle angemutet, als hätte man eine Situation in genau der gleichen Weise schon einmal durchlebt, ohne daß dies wirklich der Fall; besonders oft sind Nervöse, bzw. Degenerierte von derlei Zuständen

heimgesucht; vielleicht daß dies de norma zusammenhängt mit der Wiederkehr bestimmter Affektsituationen, denn Affekte modeln sich ja meist den Vorstellungsinhalt. Von den im strengeren Sinne pathologischen Zuständen sind es zumal die epileptischen Psychosen, bei denen solche Episoden vorkommen. Eine andere Art Erinnerungsfälschungen sind jene bei Paranoischen und Paranoiden, indem hier die Wahngebilde, zumal in vorgeschrittenen Krankheitsstadien, oft weithin die Rückerinnerung umdeuten und verfälschen. Von den pseudologisierenden Erinnerungstäuschungen Schwachsinniger und gewisser Phantasten unter den Degenerierten war schon die Rede. Auch sei nochmals hingewiesen auf die »konfabulatorischen« Erinnerungsfälschungen Amnestischer (zumal beim Korsakoff). Man sieht klar, wie verschiedenwertig und genetisch verschiedenartig alle diese einzelnen Paramnesieformen sind.

Sinnestäuschungen (Halluzinationen).

Sinnestäuschungen sind Verfälschungen im Bereiche des Wahrnehmungsprozesses, die aber infolge ihrer ganzen Stellung und ihrer besonderen praktischen Bedeutung weit über dieses engere Kapitel hinaus interessieren und bereits hinüberleiten zu der Besprechung der Störungen des Bewußtseinsinhaltes. Vorweg sei bemerkt, daß es keine Psychose gibt, bei der nicht Sinnestäuschungen vorkommen könnten; wenngleich Vorkommen, Auswahl und Gruppierung der Halluzinationen nicht für alle Störungen gleich und gewisse für bestimmte Zustände nahezu pathognostische Einzelheiten auch hier nicht zu verkennen sind.

Halluzinationen sind ohne adäquaten Außenreiz zustande gekommene Erregungen der zentralen Sinnessphären von einem allgemeinen*) Charakter, wie er sonst nur Erregungen derselben durch adäquate äußere, vermittels des zugehörigen Sinnesorganes aufgenommene Reize entspricht. Damit ist das grundsätzlich Abnorme, Pathologische des Halluzinationsvorganges charakterisiert, wenigstens im allgemeinen. Es ist aber einleitend zu bemerken, daß Sinnestäuschungen auch unter Verhältnissen vorkommen können, die praktisch noch als normale zu werten sind, wenigstens soweit die Psyche in Betracht kommt; so können durch Reizzustände besonders in den zentralen, jedoch auch im Bereiche der peripheren Sinnesleitungen bei sonst normalem Nervensystem elementare Reizerscheinungen (»Perzeptionsphantasmen«) zustande kommen (Lichterscheinungen oder aber einzelne elementare Töne und Geräusche niedrigerer Organisation oder aber selbst einzelne Wörter, Gerucherscheinungen u. dgl.). Ein anderer Fall (siehe noch später!) ist gegeben durch das Vorkommen von Vorstellungen von derart lebhafter sinnlichplastischer Färbung, daß die Unterscheidung von realen Sinneserregungen kaum, bzw. gelegentlich gar nicht gelingt (Pseudohalluzinationen), wie wir das keineswegs bloß bei pathologischen, sondern auch bei sinnlich besonders ausgeprägt veranlagten Menschen finden können (Künstlern und anderen); es sei hier nur erinnert an nicht wenige beglaubigte »Visionen« historisch und kulturhistorisch hervorragender, und dabei nicht eigentlich in spitalsmäßigem Sinne als krank zu bezeichnender Menschen. Speziell bleibe nicht unerwähnt, daß im Zustande der Überreizung und Übermüdung auch das Gehirn normaler Personen gelegentlich einmal mit einzelnen, natürlich wiederum nicht komplizierten, sondern elementaren halluzinatorischen Reizerscheinungen reagiert, insbesondere vor dem Einschlafen (hypnagoge Halluzinationen).

*) Im speziellen Detail haben viele Halluzinationen — siehe unten — doch ein eigenes Timbre.

Sinnestäuschungen gibt es zunächst einmal so viele Arten, als es Sinnessphären gibt, und wir können daher die Halluzinationen einmal nach diesem Tertium comparationis gruppieren. Demgemäß unterscheiden wir solche des Gesichts, des Gehörs, des Geschmacks, des Geruchs, der verschiedenen Hautsinne, der tiefen Sensibilität (Lage-, Gelenks-, Muskelempfindungen) und endlich des sogenannten »Gemeingefühls«, ein weder psychologisch-wissenschaftlich, noch klinisch zutreffendes, gleichwohl viel angewendetes Wort, welches zur Bezeichnung der Gesamtheit aller inneren Organempfindungen dient, deren Differenzierung bekanntermaßen keine derart scharfe ist, wie jene der höheren Sinnesqualitäten mit ihren ausgeprägten spezifischen Sinnesenergien, eben darum aber auch meist den intensiveren Gefühlswert hat; daher denn auch der Name.

Innerhalb jeder dieser Einzelgruppen von Halluzinationen unterscheiden wir einfachere, von den elementarsten sinnlichen Reizphänomenen an, und komplexe, in deren Rahmen sich ganze — natürlich imaginäre — Situationen spiegeln. Natürlich können in einem Falle Sinnestäuschungen verschiedener solcher Ausprägung nebeneinander oder miteinander kombiniert bestehen, ganz ebenso wie verschiedene der oben genannten Hauptarten von Halluzinationen miteinander vorkommen können; im allgemeinen kann als Regel gelten, daß, je akuter und dabei diffuser ein Krankheitsprozeß das Psychocerebrum angreift, desto ausgiebiger und mannigfaltiger dabei halluziniert wird.

Weitaus am wichtigsten, aber auch ob ihrer besonders engen Beziehungen zur Sprache am differenziertesten sind die Gehörstäuschungen, mit denen wir daher auch beginnen wollen. Sie können in so viel verschiedenen Formen auftreten, als es deren an realen Gehörseindrücken gibt. Es gibt also zunächst zentrale akustische Erregungen vom Charakter gänzlich unartikulierter und ungeformter Geräusche; dann können geformtere Geräusche, Klänge, Töne und schließlich auch Melodien verschiedenster Art halluziniert werden, kurz alles, vom Flintenschuß bis zur Sphärenmusik. Praktisch am bedeutsamsten ist aber das sogenannte Stimmenhören, weil es am häufigsten vorkommt, weil seine rein halluzinatorische Natur in den in Betracht kommenden Fällen gewöhnlich am klarsten einleuchtet, und weil es den tiefingreifendsten Einfluß auf die Gestaltung der jeweils in Frage kommenden Psychosen zu nehmen pflegt. Auch hier gibt es wiederum graduelle Schattierungen verschiedenster Art, vom Flüstern bis zum lauten Schreien (am häufigsten freilich mittellaut) und vom kaum artikulierten Sprachlaut bis zum hundertstimmigen Quatsch- und Tratschkollegium erstreckt sich die Möglichkeit akustischen Halluzinierens; die bedeutsamste Rolle spielen freilich in der Mehrzahl der Fälle nicht so sehr komplizierte Reden als einzelne Wörter oder kurze Sätze halluzinatorisch imaginärer Natur, meist unangenehme Anspielungen oder gar Beschimpfungen und Bedrohungen enthaltend, bei weiblichen Individuen bezeichnenderweise besonders oft obszönen Inhaltes (»Hure, Schlampe, Kanaille«), bei Potatoren Anzüglichkeiten als »Säufer, Schnapsbruder, den b'soffenen Pülcher tan m'r abidrah'n« u. dgl. (fast könnte man — mit Einschränkungen — gelten lassen: sage mir, was du halluzinierst, und ich werde dir sagen, wer du bist, d. h. welche Gedanken, welche »Komplexe« dein Inneres beschäftigen; der Satz gilt aber dort, wo — siehe unten — Halluzinationen als lokale Reizsymptome aufzufassen sind, natürlich nicht!). Bei dementen Kranken sind die Halluzinationen auch oft ganz sinnlosen Inhaltes.

Eine besondere Art Sinnestäuschungen, die wir zwar in ähnlicher Art auch auf anderen Gebieten finden, die aber doch nirgendwo in so charakteristischer

Ausprägung vorkommt als auf akustischem Gebiete, stellt das sogenannte Halluziniertwerden der eigenen Gedanken dar, recht treffend Gedankenecho genannt; wenn nämlich die Halluzination dem subjektiven Bewußtsein des Halluzinierenden sonst als ein zentripetaler Prozeß erscheint, als ein tatsächlich von der Sinnessphäre, bzw. deren peripherischem Aufnahmorgan her in das Spiel der Assoziationen eindringendes Element: so scheint ihm hier der Weg gleichsam ein umgekehrter, ähnlich wie bei den vorhin erörterten Pseudohalluzinationen scheint der Erregungsvorgang aus den Gebieten des nichtsinnlichen Vorstellens und Denkens gewissermaßen rückläufig in das Gebiet der Sinnessphären auszustrahlen und diese mitschwingen zu lassen; es ist also dem Kranken, als würde ihm, was er sich gerade denkt oder etwa, was er gerade lautlos liest, mehr oder weniger laut von einer oder mehreren Stimmen »vorgeredet« oder »nachgesprochen«. Wir finden solches Gedankenecho ganz insbesondere bei den paranoiden Psychosen jeglicher Art; gelegentlich freilich auch bei wenigstens praktisch als normal anzusehenden Personen, wenn auch als Rarität. Es sei nicht verschwiegen, daß nach der Auffassung einer Reihe namhafter Forscher das Gedankenecho, zum Teil wenigstens, mit eine Halluzination des sprachlichen Muskelsinnes ist, und man will bemerkt haben, daß es gelegentlich deutlich als ein halluzinierter Spracherregungsvorgang sich erweist, wie z. B. bei Taubstummen.

Andere Arten Sinnestäuschungen, die ebenfalls mit Vorliebe das akustische Gebiet betreffen oder doch in nahen Beziehungen dazu stehen und darum am besten gleich hier abgehandelt werden, sind die sogenannten Pseudohalluzinationen und die sogenannten Reflexhalluzinationen. Bei den ersteren handelt es sich streng genommen nicht um Sinnestäuschungen, sondern um besonders intensiv-sinnlich gedachte Assoziationen, bzw. Vorstellungen; die Kranken erzählen uns dann etwa, ein Teil ihrer Gedanken würde für sie zu »inneren Stimmen«, und es sind diese für die Kranken oft von imperativer Bedeutung, die Verwechslung mit echten Halluzinationen, zumal bei über die Innenvorgänge in ihrer Psyche nicht präzise berichtenden Kranken ist daher sehr leicht möglich; und noch mehr jene mit Perzeptionsphantasmen. Es gelingt aber bei genauer Erörterung mit den Kranken fast regelmäßig, zu zeigen, wie es sich hier nicht eigentlich um Erregungen der Sinnessphären, sondern nur um, man möchte sagen, plastisch geschilderte Vorstellungsvorgänge, und zwar in der Regel solche von besonderem affektiven Nachdruck handelt (man spricht hier auch gern von »psychischen« Halluzinationen). Bei den Reflexhalluzinationen handelt es sich um Erregungen zentraler Sinnessphären, zumal der akustischen, aber auch der optischen von anderen Sinnesgebieten her (z. B. Töne hören beim realen oder halluzinierten Sehen bestimmter Farben oder umgekehrt Farbenhalluzinieren beim Hören bestimmter Töne), Dinge, die übrigens ebenfalls ihre Wurzeln in wenn auch seltenen Vorkommnissen des normalen Seelenlebens besitzen.

Im Gebiete der optischen Sphäre können wir gleichwie in der akustischen nach ihrem Inhalte elementare und komplizierte Halluzinationen unterscheiden. Als einfachste Form figurieren Lichterscheinungen, als da sind Funken, Sterne, Flammen, feurige Ringe u. dgl. (Photismen). In weiterer Folge finden wir dann Halluzinieren von Farben verschiedenster Art und Farbenkompositionen, aber auch von geformten Gegenständen, als da sind Bänder, Blumen, Tiergestalten, Figuren, Gesichter, Menschengestalten und schließlich ganze Szenerien bewegter und unbewegter Art (Menschengruppen, Landschaften, Himmel und Hölle samt Insassen, die heilige Dreifaltigkeit und ähnliches mehr). Ganz insbesondere häufig ist es, daß die halluzinierten Gegen-

stände sich zu bewegen scheinen, bald deutlich, bald undeutlich, daß sie vorbeihuschen oder stehen bleiben, absonderliche Gestaltungen annehmen, Gesichter verzerren sich zu Fratzen, Gestalten entfernen sich und kommen näher, werden kleiner oder größer u. dgl.; diese letzteren Dinge weisen unzweifelhaft auf eine mit den Gesichtstäuschungen vielfach verquickte sensomotorische (Exner) Komponente, insbesondere Täuschungen im Bereiche der Augenmuskelsinne, und zwar vor allem der inneren (Akkommodationsmuskeln) hin; oft handelt es sich um bloß schattenhaft, skizzenhaft, silhouettenartig gesehene Gestalten, oft wieder haben sie stereoskopisch-lebenswahre Plastizität. Handelt es sich um ganze Situationen und Szenerien, die der Kranke halluziniert, und wird die Lebendigkeit dieser durch Mitschwingen halluzinatorischer Erregungen anderer Sinnesgebiete erhöht, alsdann ist es sehr gewöhnlich, daß der Kranke, der ja alle diese Dinge real wähnt, selber in dieser imaginären (»deliranten«) Situation mehr oder weniger lebhaft mitagiert, »deliriert«; es können solche imaginäre Situationen und das Verhalten in ihnen wiederum von sehr verschiedener Gesamtfärbung sein, trivial (besonders im Alkoholdelirium), schreckhaft, erheiternd, märchenhaft-phantastisch, religiös-ekstatisch (vornehmlich bei der Epilepsie); zuweilen imitieren sie eine mit einer gewissen komplizierten Folgerichtigkeit sich abspielende Kette von Ereignissen (sogenannte »szenische Halluzinationen«), und es steht dann — zumal bei hysterischen Psychosen — die imaginäre Szenerie meist in inniger Beziehung zu einem stark gefühlsbetonten Erlebnis, bzw. »Komplex« des Kranken. In vereinzelt Fällen findet man — ein Gegenstück zum Gedankenlautwerden — halluzinatorisches Gedankensichtbarwerden in Form von Objekt- oder Letternbildern. Erwähnenswert sind weiter die von BLEULER so genannten extrakampinen Halluzinationen, d. h. die halluzinierten Dinge werden vom Kranken außerhalb seines Sehfeldes verlegt, etwa hinter seinen Rücken. Perzeptionsphantasmen kommen, zumal bei lebhaft sinnlich vorstellenden Individuen, auch auf optischem Gebiete vor. Wir möchten noch erwähnen, daß es unter bestimmten Verhältnissen, zumal bei gegebener Disposition zum Halluzinieren, gelingen kann, durch einen willkürlich vom Untersucher gesetzten Außenreiz, z. B. Druck auf die Augäpfel (LIEPMANNScher Versuch) optische Reizerscheinungen halluzinatorischen Charakters auszulösen, zumal bei Alkoholdeliranten.

Einfacher strukturiert und daher kürzer abzuhandeln, wenngleich von nicht geringer praktischer Bedeutung sind die Sinnestäuschungen auf dem Gebiete des Geruchs- und Geschmackssinns; fehlt doch auf diesen Gebieten im Gegensatz zu gewissen Tierarten jene weitgehende Differenzierung und Komplikation, wie sie beim Menschen infolge ihrer weitverzweigten Beziehungen zu den Denkprozessen den höheren Sinneswahrnehmungen (Sehen, Hören) zukommt, die Mannigfaltigkeit der Halluzinationsmöglichkeiten ist also eine weitaus bescheidenere; durch Verbindung mit taktilen und Muskelsinns-halluzinationen im Bereich der Kau- und Schlingorgane sowie durch Verbindung mit bestimmten Objektvorstellungen können auch hier mannigfache Variationen auftreten, so daß also vielfach nicht einfach Geruchs- oder Geschmacksqualitäten als solche halluziniert werden, sondern die Summe der imaginären Erregungen gleich gegen bestimmte gegenständliche Vorstellungen hin konvergiert, d. h. es riecht oder schmeckt für den Kranken in der Regel gleich nach bestimmten Dingen: Blumen, Leichen, Gift, Weihrauch, je nach der gerade gegebenen imaginären, deliranten Situation.

Länger hingegen müssen wir uns mit den Halluzinationen der Haut- und der tiefen Sensibilität beschäftigen. Ihnen kommt eine große praktische Bedeutung zu. Man kann auch hier natürlich wieder verschiedene Unterarten

unterscheiden, da es ja bekanntermaßen verschiedene Hautsinne gibt und da weiter durch Kombination von Täuschungen dieser verschiedenen Sinnesqualitäten komplexere halluzinatorische Gebilde zustande kommen. In den einfacheren Fällen werden nur einfachere Empfindungsvorgänge halluziniert: Berühren, Stechen, Brennen (Kälte scheint seltener), Kitzeln, Jucken, Kneifen; in diesen Fällen braucht es wegen der unmittelbaren Evidenz und der sinnlichen Lebendigkeit, die diesen Arten Perzeptionen zukommt, nicht zu sofortiger Kopulation mit assoziativen Prozessen, nicht zu sofortiger Ausdeutung zu kommen, demgemäß also nicht gleich zur Entstehung sogenannter Erklärungs-ideen. Vielmehr ereignet es sich nicht selten, daß derlei Halluzinationen also solche im Bewußtsein eine Zeitlang rein und objektlos, gleichsam als halluzinierte Parästhesien, dastehen. Anders pflegt es bei den Täuschungen im Bereiche der tiefen Sensibilität, der Gelenks-, Lage- und Muskelempfindung, aber auch im Bereiche der tiefer liegenden Gewebe zu sein, wie etwa bei der Empfindung der Vibration und des Elektriziertwerdens, bei der Empfindung des Lagewechsels des Körpers, des Leichter- oder Schwereerseins, des Schwehens oder Fallens, Stärker- oder Schwächerseins, Größer- oder Kleinerwerdens, Näher- und Fernerkommens (man erinnere sich kurz, daß wir des zum Teil mit auch optisch-halluzinatorischen Charakters aller dieser letztgenannten Dinge schon an früherer Stelle gedacht haben): schon das Besondere und Ungewöhnliche der imaginären Situation, in welche derart halluzinierende Patienten geraten, bringt es mit sich, daß hier Erklärungs-vorstellungen, zumal wenn das Bewußtsein nicht oder nicht stärker getrübt ist, zu den halluzinatorischen Erregungen meist recht bald in enge Beziehungen treten. Und also sehen wir denn unsere Kranken im Geiste gleich ganze imaginäre Situationen erleben, deren Bausteine nicht bloß die Sinnestäuschungen als solche, sondern auch die daran anknüpfenden Fehltritte und Deutungen sind, indem zu der imaginären Sinneswahrnehmung in anthropomorphistischer Weise gleich eine sie verursachende oder aus ihr resultierende Objektsituation hinzugedacht wird, in die sich der Kranke mit eingesponnen glaubt. Er verspürt also nicht schlechtthin imaginäres faradisches Gefühl, sondern er glaubt sich wirklich faradisiert, und zwar mit veritablen elektrischen Apparaten, von eventuell unsichtbaren Personen, durch »magnetische«, hypnotische oder physikalische Fernwirkung der erdenklichsten Art, so stellt er es sich wenigstens vor, da er nur etwas spürt und meist nichts Adäquates sieht; er spürt nicht bloß nur die imaginären Parästhesien im Bereich seiner Gelenks- und Muskelsensibilität, sondern er meint wirklich, daß ihn irgendwer oder irgendwas emporhebe, er in den Himmel hinaufschwebe, in einen Abgrund hinabstürze u. dgl.; kurz, er wähnt sich den mehr oder minder passiven Teil in einer Kette aktiver und organisierter Kräfte und Gewalten, gegen die er sich bisweilen in naiver Weise zu schützen oder zu immunisieren sucht, z. B. durch blecherne, hölzerne oder papierene »Schutzhelme« oder dgl. Zeug; es ist sehr bemerkenswert, daß wir derlei — es entspricht dies eben einer tiefeingewurzelten anthropomorphistischen Eigentümlichkeit — sogar in solchen Zuständen sehen, wo der Assoziationsprozeß als solcher tief geschädigt ist, wie z. B. in den traumhaften Verworrenheitszuständen der halluzinatorischen Amentia.

Und in noch höherem Maße gilt alles dies von den Halluzinationen im Bereiche der inneren Organe; hier ist eben, da die unmittelbare sinnliche Plastizität der Empfindungsqualität als solcher eine so geringe und wenig differenzierte, bei manchen dieser Organempfindungen dem normalen Bewußtsein überhaupt fremd ist (wissen wir doch, daß manche Empfindungen innerer Organe, z. B. jene der serösen Häute, wie des Rippenfells und des Bauchfells,

nur unter pathologischen Verhältnissen überhaupt zum Bewußtsein kommen), infolge eben dieser Unklarheit das Bedürfnis einer Ausdeutung schon vom Standpunkte des Normalbewußtseins aus verständlich. Da verspüren denn also unsere Kranken Sensationen, die sie in die Brust- und Bauchhöhle, in die Schädelhöhle, in den Wirbelkanal, ja — ein doppelter Trugschluß, der aber bei der schon de norma geringeren Differenzierung des Lokalzeichens der Organempfindungen leicht begreiflich ist, ist doch schon das Lokalisieren etwa akustischer Halluzinationen eine höchst prekäre Sache — in die darin belegenen und in andere Organe selbst verlegen; und diese Sensationen haben denn nun oft noch dazu einen ganz ungewöhnlichen Charakter, so daß sie dem Bewußtsein des Kranken als etwas Neues sich darstellen, wofür er naturgemäß eine eigene Erklärung braucht: sei es, daß es sich um Schmerzempfindungen, sei es, daß es sich um andere Parästhesien, sei es, daß es sich, was sehr häufig ist, um die Empfindung des funktionellen Versagens oder aber gar des Abhandengekommenseins des betreffenden Organes oder Körperteiles handelt. Daß an Stelle der unmittelbaren Evidenz, wie ähnlich schon de norma, sozusagen automatisch Deutungen und Erklärungen hinzutreten, haben wir schon erwähnt, und demgemäß kann das Kolorit ein sehr mannigfaltiges werden: dem Kranken wird also, so wähnt er, der Magen umgedreht oder der Darm durch Gift zugrunde gerichtet, oder es wird der ganze Körper mit elektrischen Strömen, mit Röntgenstrahlen bearbeitet, das Gehirn durch Sugestion geschwächt, das Rückenmark herausgezogen, die Gedanken »abgezogen« (letztere Redensart eine häufige Bezeichnung des Gedankenechos im Munde der Kranken) und ähnliches mehr; besonders häufig sind genitale Halluzinationen, zumal bei weiblichen Individuen, aus denen dann natürlich durch einen naheliegenden Trugschluß Koitushalluzinationen werden. Die Situation, in die da der Kranke sich geraten wähnt, ist, wie einleuchtet, vielfach eine derart ungewöhnliche, daß der Kranke geradezu zu Wortneubildungen (»Elektrisirung« und ähnliche barocke Worte) seine Zuflucht nehmen muß, um sich auf alle diese seiner früheren Erfahrung vollkommen fremdartigen Dinge einen Vers machen, um sie irgendwie zum Ausdruck bringen zu können. Übrigens sind solche Wortneubildungen (Neologismen) nicht selten selber halluzinatorischen, und zwar gehörshalluzinatorischen Ursprungs.

Alle diese letzten Erörterungen haben uns gezeigt, wie die Mannigfaltigkeit der nach außen zum Vorschein kommenden Spielarten halluzinatorischer Vorgänge streng genommen gar nicht mehr lediglich auf halluzinatorischem Wege allein zustande kommt, sondern wie gedankliche und größtenteils direkt als wahnhaft anzusprechende Ausdeutungen hier sehr wesentlich mit in die Wagschale fallen. Nun versteht man die eingangs dieses Kapitels betonte innige Wechselbeziehung zwischen halluzinatorischen Prozessen und krankhaften Anomalien des Bewußtseinsinhaltes; es bestehen hier, zumal soweit wahnhaft bewußtseinsinhalte in Betracht kommen, innige Wechselbeziehungen, ein inniges Durchdringungsverhältnis, ein stetes Hinüber und Herüber in doppeltem Sinne. Insbesondere gilt dies von den amenten und von allen paranoiden Zuständen.

Nun noch einiges über den Geisteszustand der Halluzinierenden im allgemeinen. In der Psychopathologie ist es die Regel, daß der Halluzinierende sich der Irrealität seiner Sinnestäuschungen nicht bewußt ist, sie für reale Wahrnehmungen nimmt; allein es steht diese Regel keineswegs ohne Ausnahme. Daß bei den gelegentlichen Sinnestäuschungen Gesunder, z. B. bei den hypnagogen, meist Einsicht in die halluzinatorische Natur besteht, wurde schon früher angedeutet. Aber auch bei Kranken, und zwar gar nicht so selten gerade in

den schweren chronischen Fällen paranoischer und ganz insbesondere schizophran-paranoider Erkrankung, gibt es zuweilen eine gewisse Einsicht bei den Patienten für die imaginäre Natur ihrer Sinnestäuschungen, wenn auch diese Einsicht meist erst sekundär erlernt und überdies nicht etwa Teilerscheinung veritabler Krankheitseinsicht ist, denn in der Regel werden dann die Halluzinationen als solche zwar zugegeben, der Krankheitsprozeß jedoch, auf den sie zurückgeführt werden, von den Kranken meist vollkommen wahnhaft gedeutet (so gestand mir ein Kranker einmal zu, daß er halluziniert habe und die »Stimmen« irreal gewesen seien, aber die Halluzinationen, meinte er im selben Atem, seien eben ein Beweis der durch Fernwirkung erzeugten Schädigung seines Gehirns).

Das Bewußtsein Halluzinierender ist sicher nicht in allen Einzelfällen ein einheitliches, vielmehr je nach der Krankheit und dem Zustandsbilde ein verschiedenes. Es kann daher nicht wundernehmen, wenn unter den Irrenärzten über die Art des Zustandekommens von Sinnestäuschungen sehr verschiedene Anschauungen herrschen. Es ist nicht Aufgabe dieses Lehrbuches, theoretische Fragen des breiteren zu erörtern; nur einige wesentliche, auch praktisch bedeutsame Probleme sollen hier kurz berührt werden. Unbezweifelbar ist der Halluzinationsvorgang an sich zentraler Natur, d. h. ohne entscheidende Mitwirkung der jeweils in Betracht kommenden zentralen Sinnessphären undenkbar. Strittig dagegen ist, in welcher Weise in diesen der den Halluzinationen zugrunde liegende Vorgang zustande kommt. So hat man einerseits beobachtet, daß Reizerscheinungen in den peripheren perzipierenden Sinnesapparaten und Sinnesbahnen (Mittelohrerkrankungen mit ihren bekanntermaßen sehr häufigen subjektiven Reizerscheinungen, Geschwülste, die auf den Nervus acusticus drücken, oder Knochensplitter, die bei Schädelverletzungen in gleicher Weise wirken; Erkrankungen des inneren Auges und des Nervus opticus mit ihren häufigen Lichtreizerscheinungen und dergleichen mehr) Halluzinationen entsprechender Art zu bahnen scheinen; insbesondere fand sich unter den Gehörhalluzinationen ein erheblicher Prozentsatz von meist mit älteren Ohr-affektionen Behafteten, und manche Kranke beschreiben sogar eine Art zeitlichen Übergehens der subjektiven akustischen Reizphänomene (Ohrensausen, Ohrenklingen) in ausgesprochene Gehörstäuschungen (Stimmenhören); auch hört man zuweilen von nicht geisteskranken Personen, die mit subjektiven Ohrgeräuschen behaftet sind, ganz ähnlich lautende Angaben; wir erinnern ferner daran, daß Druck auf die Augäpfel bekanntermaßen sehr häufig Elementarphotismen und unter bestimmten Umständen — siehe oben — geradezu Halluzinationen auf dem Gebiete des Gesichtssinnes bahnen kann; weiter sieht man in manchen Fällen (Hirngeschwülste, Schädelverletzungen und ähnliche, lokalisierte Drückerscheinungen setzende Prozesse), daß ein auf die in Betracht kommende zentrale Sinnessphäre (linke obere Schläfwindung, Kalkarinaregion, Ammonshorn) einen Reiz ausübender Krankheitsprozeß zuweilen isolierte elementare Halluzinationen des entsprechenden Sinnesgebietes auslöst. Diesen und anderen Momenten, die zugunsten der »Reiztheorie« der Sinnestäuschungen ins Treffen geführt werden können, steht andererseits die Tatsache gegenüber, daß sich Halluzinationen gerade dann besonders oft und intensiv einstellen, wenn, im allgemeinen wenigstens, nicht von einem erhöhten psychischen Turgor gesprochen werden kann, sondern die psychischen Funktionen in ihrer Gesamtheit schwer geschädigt sind, wie in den Zuständen traumhafter Bewußtseinstrübung, bei schwerer Schädigung der Apperzeptionsfähigkeit, z. B. bei der Schizophrenie, also in Zuständen, wo mindestens die Annahme, daß da irgendeines der höheren psychischen Funktionsgebiete in einem

Reizzustände *sensu strictiori* sich befinden, nicht klar aufscheint; allerdings sehen wir bei schwerer, allgemeiner Funktionsbeeinträchtigung der Psyche sehr gewöhnlich die Hemmungsmechanismen besonders schwer und frühzeitig betroffen, so daß also, deren Ausschaltung vorausgesetzt, wenigstens an relative Reizzustände in den den regulierenden Hemmungen entzogenen Funktionsgebieten gedacht werden kann. Wir sehen weiter, daß Anspannung der Aufmerksamkeit, sie erfolge nun spontan oder auf dem Wege äußerer Stimulation, in manchen Fällen das Halluzinieren eindämmt oder vorübergehend selbst aufhören läßt; eine Erfahrung, von der nicht nur der Kliniker — insbesondere beim Alkoholdelirium — häufig Gebrauch macht, sondern auch manche unserer Kranken, speziell Paranoische und Paranoide, die zuweilen sich förmlich zwingen, ihr Interesse der realen Außenwelt zuzuwenden, und damit also den realen Sinneswahrnehmungen; andererseits sehen wir wiederum gleichsinnige äußere Reizerscheinungen, ja auch Aufmerksamkeitsanspannung in manchen Fällen (siehe oben) adäquate Halluzinationen geradezu hervorrufen oder doch verstärken; so daß manche unserer Kranken, die Erfahrung nutzend, um nicht von den Gehörstäuschungen allzusehr belästigt zu werden, sich geradezu ihre Ohren verstopfen, um sich ja nur von allen Schallreizen, von den realen wie von den von ihnen gleichfalls als real gewerteten der imaginären Sinneswelt abzuschließen (es ist allerdings hierzu zu sagen, daß dieses Sichabschließen zuweilen auch eine ganz andere Bedeutung hat: der Kranke sperrt so dicht als nur möglich seine Sinnesporten vor der realen Außenwelt ab, um ungestört seiner halluzinatorischen und wahnhaften Innenwelt leben zu können; wir werden später bei der Besprechung des sogenannten Autismus auf diese Erscheinung nochmals zurückkommen). Schon diese hier erörterten äußeren Verschiedenheiten verraten deutlich, daß Sinnestäuschung und Sinnesstäuschung dem Ursprunge nach nichts Gleichwertiges sind, daß sehr verschiedene Grundmechanismen ihr Zustandekommen bewirken oder fördern können; tatsächlich sind denn auch die Bewußtseinszustände und Krankheitsformen, in denen es zu Halluzinationen kommt, die denkbar disparatesten: man denke nur an den Gegensatz zwischen einem Paranoiker mit seinem völlig luziden Bewußtsein und seiner angespannten Aufmerksamkeit, zwischen dem zwar luziden, aber keineswegs attentem Hebephrenen und zwischen einem weder luziden, noch attentem Amentiakranken; drei aufs Geratewohl herausgegriffene Typen, in denen, da wie dort, Halluzinationen ungemein gewöhnlich sind; mögen auch im einzelnen viele halluzinatorische Elemente der verschiedensten Gruppen einander gleichen oder ähneln, der Ursprung der halluzinatorischen Prozesse kann unmöglich in allen verschiedenartigen Fällen ein und derselbe sein. Es ist nicht zu bestreiten, daß periphere Reizzustände von der oben geschilderten Art auf halluzinatorische Mechanismen auslösend und fördernd einwirken können, eine entsprechende psychische Disposition oder einen krankhaften Grundprozeß freilich in der Regel vorausgesetzt; aber ebensowenig bestreitbar, daß bei psychischen Erkrankungen, deren Angriffspunkt wir uns weit oberhalb der Sinneszentren zu denken haben, ohne jede Intervention solcher Reizursachen Halluzinationen und oft sogar massenhaft in Erscheinung treten, also dann gewissermaßen als Schwäche- und Ausfallsymptome oder höchstens als relative Reizerscheinungen nach dem oben angedeuteten Modus. Das innerste Wesen des halluzinatorischen Prozesses ist übrigens mit alledem natürlich noch nicht erklärt.

Die Leibhaftigkeit der Sinnestäuschungen erklärt uns im Verein mit der aus dem jeweiligen Krankheitsprozeß entspringenden Bewußtseinsverfälschung bei Halluzinierenden die oft erstaunliche Kritiklosigkeit der Kranken selbst

gegenüber physikalisch oft ganz undenkbar halluzinierten Inhalten, die also trotz alledem für real gewertet werden. Und doch ist, wie gelegentlich aus den Angaben der Kranken selber hervorgeht und auch aus dem Zweifel, den sie oft im Beginne halluzinatorischer Zustände äußern, die Halluzination vielfach durch gewisse Charakteristika gekennzeichnet vor realen Sinneseindrücken: die Gesichterscheinungen sind zu wunderbar, die Stimmen deutlich, klingen aber doch nicht ganz »natürlich«, und insbesondere die Halluzinationen auf dem Gebiete der tiefen Sensibilität (siehe oben) und der inneren Organe stellen ja oft die Kranken tatsächlich vor ganz neue innere Erfahrungen. Halluzinationen haben aber, wenn sie ein Krankheitsbild beherrschen oder darin eine größere Rolle spielen, eben kraft der Schwere der ihnen meist zugrunde liegenden Erkrankung, sowie kraft ihrer Beständigkeit und ihres Inhaltes in der Regel eine ganz ungeheure Macht über die Person der Patienten; daraus erklärt sich ihre enorme praktische Wichtigkeit, und daraus erklärt sich auch zumal jene Unberechenbarkeit im Benehmen Halluzinierender, die uns noch später beschäftigen wird.

Nicht identisch mit dem Halluzinationsprozeß, wenn auch in gewissem Sinne verwandt und namentlich häufig Hand in Hand mit ihm einhergehend ist das sogenannte Illusionieren; wir verstehen unter Illusionen die durch kurzschlüssige Deutungen und Trugurteile ebensolcher Art, zumal unter dem Einfluß von Stimmungen, Affekten oder stark gefühlsbetonten Vorstellungen, namentlich aber von Wahnideen zustande kommenden Verfälschungen und Verzerrungen realer Sinneseindrücke. Bei ängstlichen Personen, insbesondere bei Kindern, ist, zumal des Nachts und in der Finsternis, sowie vor dem Einschlafen oder im Erwachen nach ängstlichen Träumen derlei bekanntermaßen auch unter normalen Verhältnissen etwas recht Gewöhnliches, aus dem flüchtigen Schatten wird da die Fratze, das Gespenst, aus dem Knarren der Dielen werden die Schritte von Räubern und Einbrechern, aus der eigenen »eingeschlafenen« Hand die Leiche im Bett, und ähnliches mehr. Bei psychotischen Zuständen spielen Illusionen neben Halluzinationen eine besonders große Rolle, ganz insbesondere in den paranoiden, den ammenten und den deliranten (Delirium tremens) Prozessen. Das Auseinanderhalten beider ist oft nicht leicht, um so weniger, als der Inhalt beider ein täuschend ähnlicher sein kann, und übrigens Halluzinationen und Illusionen häufig gegenseitig sich durchdringen, aneinander anschließen, ineinander übergehen.

Störungen im Bewußtseinsinhalte.

Wenn wir hier Bewußtseinsinhalt und formale Vorgänge im Bewußtsein sowie die einschlägigen Störungen getrennt abhandeln, soll dies sicherlich nicht besagen, daß zwischen diesen beiden aus logischen und didaktischen Gründen auseinandergehaltenen Gebieten etwa ein unüberbrückbarer Gegensatz bestünde, der ein Hinüberreflektieren der Störungen des einen auf jene des anderen Gebietes unmöglich machte. Im Gegenteil: da ja der Bewußtseinsinhalt in einem bestimmten Zeitpunkte nur zum Teil von dem im gleichen Zeitmoment auf das Individuum einwirkenden realen Außenreizen determiniert wird, zum anderen und größeren Teile aber Umfang und Färbung durch die psychische Beschaffenheit der perzipierenden und apperzipierenden Persönlichkeit in einem gegebenen Zeitmomente selbst erhält, so erhellt, daß naturgemäß schon die Art und Weise des Vorstellungsablaufes, als ein integrierender Bestandteil der psychischen Persönlichkeit in einem bestimmten

Zeitpunkte, von sehr entscheidendem Einfluß auch auf das Inhaltliche des Bewußtsein sein wird. In noch weit höherem Maße ist der Affektzustand eines Individuums von Einfluß auf seinen Bewußtseinsinhalt; man erinnere sich nur an früher Ausgeführtes. Von sehr wesentlichem Belange ist das Gedächtnis und dessen Eigenart: der eine hat assoziative Erfahrung reichlich und rasch bei der Hand, der andere wohl reichlich, aber erst nach längerem Suchen und Meditieren, ein dritter weiß ob seines minder guten Gedächtnisses trotz reicher Erlebnisse auf Neueindrücke keinen Reim; alles das involviert naturgemäß Unterschiede im jeweiligen Bewußtseinsinhalt. In einem der nächsten Kapitel werden wir uns mit den zusammengesetzteren psychischen Gebilden wie Intelligenz und Charakter befassen, die den psychischen Habitualzustand eines Individuums entscheidend determinieren und demgemäß auch unter normalen wie unter pathologischen Umständen seinen Vorstellungsinhalt. Hier nur so viel, daß naturgemäß der Bewußtseinsinhalt eines Individuums vor allem abhängig ist von dem gegebenen Grade seiner geistigen Leistungsfähigkeit, aber auch von seinem von Individualanlage und Erziehung beeinflussten Interessenkreis; und es leuchtet ferner von vornherein ein, daß der Bewußtseinsinhalt und die gegebenen Variationsmöglichkeiten desselben beim Vollsinnigen ganz andere und vor allem reichere und mannigfaltigere sein werden als beim Schwachsinnigen, bei einem Genialen andere als bei einem Dummen, bei einem Aufmerksamen andere als bei einem Zerstreuten, und dazwischen gibt es die erdenklichsten Übergänge und Kombinationen.

Stimmungslage und Affekte sind imstande, aus dem, was dem Bewußtsein an Gesamtmaterial zur Verfügung steht, jeweils an die Oberfläche zu bringen, was zu ihnen paßt, das nicht zu ihnen Passende hinwiederum zu unterdrücken; das von außen her ins Bewußtsein drängende Material wird demnach unter dem Einflusse der gerade dominierenden Stimmung einer tiefgreifenden Selektion unterzogen, und nur gewichtige Eindrücke sind imstande, unabhängig von ihren herstellbaren Beziehungen zu der jeweiligen Affektlage, diese zu modifizieren oder gar in ihr Gegenteil zu verkehren. Bei Hysterischen und Degenerierten und in gewissen Grenzen bei Manischen besteht freilich nicht selten eine ungewöhnliche Beeinflussbarkeit und Labilität der Stimmung auch durch äußere Eindrücke. Unter bestimmten anderen pathologischen Verhältnissen pflegt aber wiederum die exogene Beeinflussbarkeit gänzlich zu fehlen oder doch ganz besonders eingeschränkt zu sein, und es werden von außen her kommende Eindrücke mehr oder minder vollzählig und vollständig der herrschenden Affektlage assimiliert. So vor allem und am ausgesprochensten bei den affektiven Psychosen: beim Melancholischen wie beim Maniakus beherrscht die Affektlage so entscheidend den gesamten Bewußtseinsinhalt, daß auch solche Vorstellungen, denen de norma in der Regel ein positives, beziehungsweise negatives Gefühlszeichen zukommt, und natürlich ganz besonders alle gefühlsmäßig ambivalenten Vorstellungen in das Bewußtsein nur mit dem der herrschenden Affektlage gleichsinnigen Vorzeichen eingereicht oder, sobald dies absolut unmöglich, abgestoßen, beziehungsweise verdrängt werden; wir erinnern uns der schon an früherer Stelle besprochenen Phänomene der psychischen Anästhesie und Hyperästhesie.

In sehr naher Beziehung zu der affektiven Beeinflussbarkeit und Determinierbarkeit des Bewußtseinsinhaltes steht seine Beeinflussbarkeit auf dem Wege der Suggestibilität; es ist keineswegs notwendig, dabei gleich an die hypnotische Suggestion zu denken, vielmehr spielt schon im täglichen Leben des Einzelnen und noch viel mehr im sozialen Leben ganzer Menschengruppen (zumal bei Massenwirkung) das Moment der Suggestion eine ganz enorm hohe,

gar nicht zu übersehende Rolle. Suggestion, echte innere Suggestion (nicht zu verwechseln mit jener äußeren Suggestibilität, durch die bei Verstandeschwachen, Vergeßlichen, Schizophrenen und Dementen sehr gewöhnlich der Vorstellungsinhalt wechselnd beeinflußt werden kann, da äußerer Einredung keine genügende kritische Erkenntnis gegenübersteht; oder keine innere Steuerung, wie bei Schizophrenen; Suggestibilität ist leider ein sehr vieldeutiges, daher leicht mißverständliches Wort) wirkt aber so gut wie immer über die Affektivität auf das Gesamtbewußtsein ein; wir sehen dies bei allen den Vorurteilen, die unter dem Einfluß irgendwelcher palpabler oder imponderabler Mächte Menschen, Menschenmassen, Völker und ganze Geschichtsepochen bewegen; erinnert sei nur an die furchtbaren psychischen Massenepidemien des Mittelalters, wie sie, wenn auch nicht in solchem Umfange, auch in der Neuzeit ihre Seitenstücke finden; daß von hier der Weg zum Pathologischen kein weiter mehr ist, zumal, wenn wir bedenken, daß ja gerade psychopathische Menschen und psychopathische Zeitepochen durch eine besonders abnorme Affektivität und Suggestibilität sich auszuzeichnen pflegen, liegt auf der Hand. Ein Psychopath, ein Geisteskranker ist unter Umständen überhaupt imstande, auf dem Wege der Suggestion anderen Individuen, zumal wenn sie ihm nahe und auch sonst unter seinem Einflusse stehen, gar erst, wenn sie Teile einer Masse sind, seinen eigenen Vorstellungsinhalt auf dem Wege der psychischen Infektion ganz oder teilweise mitzuteilen; wir erinnern nur an gewisse psychische Epidemien aus jüngster Zeit, z. B. das sogenannte »Zungenreden«, ferner die berüchtigten, da und dort herdweise aufflackernden Spiritismusepidemien, gegen die sich nicht einmal die kühle Spreekapitale immun erwies, erinnern ferner an die in Schulen, insbesondere Mädchenschulen, unter dem Einfluß irgendeines hysterischen oder sonstwie psychopathischen Zöglings so häufig zu beobachtenden psychisch-nervösen Massenerkrankungen. Es erhellt, daß hier durch den Schlüssel der Affektivität der Vorstellungsinhalt, insbesondere allgemein disponierter Individuen, wie es unsere Stadtkinder leider in immer steigendem Maße werden, temporär entscheidend beeinflußt wird, daß zumal die Vorstellung des Krankseins oder irgendeine andere abnorme Vorstellung von einem infizierenden Kasus ausgehend in solchen besonders sensitiven und impressionablen Individuen erzeugt wird. Die Psychiatrie kennt noch einen besonders wichtigen Fall, den Fall einer auf gleichem Wege zustande kommenden Übertragung schärfer umschriebener krankhafter Vorstellungskomplexe, ja ausgesprochener Wahnideen von einem Individuum auf ein anderes, in der Regel freilich selber bereits disponiertes, sehr gewöhnlich irgendwie blutsverwandtes, also vermutlich in gleichem Sinne abnorm veranlagtes (psychische Induktion); wir werden im nächsten Teil dieses Buches hören, daß man praktisch in vielen Fällen dieser Art von induziertem Irresein zu sprechen berechtigt ist, wobei allerdings der engeren Genese nach verschiedene Formen zu unterscheiden sind, abgesehen davon, daß der klinischen Gestaltung nach die Fälle induzierten Irreseins verschiedenen Psychosegruppen zugehören, vor allem der Paranoia, der Hysterie, dem Querulantenwahnsinn und anderen Psychopathien.

Wir haben schon eingangs dieses Kapitels davon gesprochen, wie wesentlich das Formale des Vorstellungsablaufes auch auf den Inhalt des Bewußtseins abfärbt. Hemmung, Erschwerung desselben hat natürlich Verarmung des Bewußtseinsinhaltes — gemessen und verglichen in einer Zeiteinheit — zur notwendigen Folge; darüber hinaus erschwert und verhindert sie eventuell die Verbindung der Eindrücke und Vorstellungen zu Urteilen und Schlüssen, zumal bei gleichzeitig herabgesetzter Tenazität, ein in den akuten Verwirrt-

heitszuständen sehr gewöhnliches Zusammentreffen; kein Wunder, wenn unter diesen Umständen die Orientierung in der räumlichen und zeitlichen Umgebung, die ja durch Vergleichung der Neueindrücke mit dem aus der Bewußtseinstiefe jeweils hervorzuholenden Schatz an Erfahrungen und Erinnerungen gewonnen wird, erschwert oder aufgehoben werden kann; wieder sei erinnert an verwandte Ausführungen an früherer Stelle bei der Abhandlung der Auffassungsstörungen. Man kann sich leicht vorstellen, daß, wie es sich bei flüchtiger Betrachtung zuweilen auch wirklich ereignet, Kranke solcher Art verblödet scheinen können, ohne es wirklich zu sein; wieder verweisen wir an eine frühere Stelle, wo wir kurz den Begriff der *Dementia acuta* aufgezeigt haben. Bei beschleunigtem Vorstellungsablauf oder auch in den höheren Graden der früher abgehandelten Ideenflucht muß infolge des Jagens der einzelnen Assoziationen auch bei klarem Bewußtsein nicht selten ein Zustand ungenauer Orientierung resultieren, weil ja dabei die Beständigkeit der Vorstellungen im Rahmen der Bewußtseinsenge leiden muß und dieselben gar nicht Zeit gewinnen, in genügender zeitlicher und räumlicher Ausdehnung und Tiefe mit dem anderen Assoziationsmateriale in Rapport zu treten. Daß alle Grade von Inkohärenz in noch viel wesentlicherem Maße aus ganz den nämlichen Gründen ebenfalls den Vorstellungsinhalt modifizieren und ihn schließlich ein zusammenhangloses Chaos werden lassen müssen, versteht sich nach dem Ausgeführten von selbst.

Von sehr entscheidendem Einfluß auf das Inhaltliche des Bewußtseins ist die Tätigkeit der Phantasie. Die Phantasie ist bekanntermaßen eine Ausprägungsart des Denkens, die sich mehr oder minder bei jedem Normalen findet, wenn auch natürlich gerade auf diesem Gebiete, wie ebenfalls bekannt, sehr weitgehende, individuelle Unterschiede vorkommen, quantitativer wie qualitativer Natur. Uns soll hier nur die Phantasie in ihren abnormen Abartungen beschäftigen. Wir haben bereits früher gehört, daß bei bestimmten Symptomgruppierungen, z. B. beim *KORSAKOFFS*chen Symptomenkomplex, der Tätigkeit der Phantasie eine große Rolle zukommt, wir wissen, wie die Gedächtnislücken solcher Kranker auf konfabulatorischem Wege ausgefüllt werden, wie daß diese Konfabulationen zu einem ganz beträchtlichen Teile Phantasiegebilde sind. Es gibt aber auch Kranke und Abnorme mit spezielleren Störungen im Gebiete der Phantasie. Zunächst einmal gibt es auf diesem Gebiete ein abnormes Minus, wie ganz insbesondere bei den torpiden Formen des angeborenen Schwachsinn, sowie bei manchen Formen erworbenen Schwachsinn, z. B. bei stark verblödeten Hebephrenen, Senilen und Paralytikern, wo dann die kombinatorische Tätigkeit des Geistes, die ja zum großen Teile Phantasietätigkeit ist, natürlich herabgesetzt ist. Besonders interessant sind die Fälle mit einem krankhaften Plus an Phantasietätigkeit; wir sehen z. B. bei den erethischen Formen des Schwachsinn sehr häufig ein solches Überwuchern der Phantasie über jenes Denken, welches im engen Anschluß an reale Wahrnehmungen, beziehungsweise deren Erinnerungsbilder und deren real-empirische Verknüpfungsmöglichkeiten vor sich geht und begreifen jetzt auch um ein Weiteres besser die bei solchen Kranken so häufige Untreue der gedächtnismäßigen Reproduktion (siehe ein früheres Kapitel). Von da leitet ein allmählicher Übergang hinüber zu jenen Psychopathen, die man als degenerative Phantasten bezeichnen kann, und an diese schließt sich dann wieder eine Gruppe Degenerierter mit einer überdies hervortretenden ethischen Defektuosität an, wozu die bereits einmal berührten pathologischen Schwindler und Lügner gehören. Man spricht bei solch krankhafter Lügenhaftigkeit auch von *Pseudologia phantastica*. Bei diesen Individuen ist die Phantasie-

tätigkeit oft eine derart überwuchernde, daß sie das nüchterne Denken ganz an die Wand drängt und daß solche Individuen sehr häufig die unglaublichsten Phantasiegespinste erfinden und sie bei ihrer gegenüber ihren Phantasieprodukten sehr geringen Kritik (vergessen wir nicht, daß ein gut Teil dieser Individuen — siehe oben — ja als geistesschwach zu werten ist) oft auch für ganz oder zum Teil hinterher für wahr halten, so daß wir es hier mit einem veritablem Defekt des Realitätsurteils, der Unterscheidungsfähigkeit zwischen Erlebtem und Erdachtem zu tun haben; übrigens hat der Typus der abnormen Lügner und Renommisten, wenn man von den Erfahrungen der Kriminalistik absieht, ob seiner allgemeineren, über das enge psychiatrische Bereich hinausreichenden Bekanntheit sogar literarische Verarbeitung gefunden (Münchhausen, Tartarin de Tarascon). Nicht zu vergessen ist hier schließlich der sogenannten Wachträumer; es sind auch das Individuen mit überreich wuchernder Phantasie, die eine gewisse Neigung zeigen, sich ihren sehr vielfach den Typus der Wunschträumerei innehaltenden Phantasieprodukten auch mit ihrem Interesse in weit höherem Maße zuzuwenden als den an die reale Wirklichkeit sich anlehnenen Gedankeninhalten, also eine Neigung, sich in wachem Zustande solchen »Träumereien« in ganz besonders erheblichem, weit über das Normale hinausgehenden Maße hinzugeben (daher auch der Name); in extremen Fällen kann es episodisch zu einer förmlichen Abwehr von der Außenwelt mit einer gewissen Trübung des Bewußtseins kommen, doch ist es immerhin fraglich, ob da nicht Spezialfälle (Epilepsie, Hysterie beziehungsweise Hysteroepsilepsie) vorliegen. Wir finden Wachträumerei bei sehr vielen mehr oder weniger degenerativen Phantasten, wozu ja manche Künstlernatur gehört, sehr gewöhnlich, und bei höheren Graden kann es wirklich zu einer sekundären psychischen Invalidität selbst bei höherer geistiger Begabung dadurch kommen, daß durch den pathologischen Hang, sich den Träumereien hinzugeben, das Interesse für die Realitäten des Lebens und die aus ihr entspringenden gebieterischen Anforderungen erlahmt und damit die Eignung für den Daseinskampf fast oder zur Gänze verloren geht; Grund genug, den Hang zur Wachträumerei, wie man ihn ganz speziell bei psychisch-nervösen Kindern nicht selten antrifft, möglichst früh durch geeignete Erziehungsmaßnahmen nach Kräften zu unterdrücken; schließlich werden wir bei der Besprechung der Schizophrenie, insonderheit des Autismus, einer ganz analogen Eigenart dieser Kranken begegnen; auch Paranoide anderer Art gehen oft ganz in ihren wahnhaften Hirngespinsten auf und leben mehr in dieser ihrer geistigen Innenwelt denn in der realen Außenwelt, von der sie sich, um nur möglichst ungestört zu sein, oft nach Möglichkeit abzusondern streben.

Die Störungen der Tenazität der Vorstellungen, beziehungsweise des Gedächtnisses, die wir in einem früheren Kapitel kennen gelernt haben, beeinflussen natürlich auch ihrerseits sehr wesentlich den Bewußtseinsinhalt; muß ja doch bei höhergradigen Gedächtnisstörungen unbedingt auch die Kontinuität des Persönlichkeitsbewußtseins leiden, wie wir dies bei Ausnahmeständen und bei Paralytikern und Senilen, natürlich bei jeder dieser Krankheit in jeweils charakteristischer Ausprägung und Abmessung sehen; wir erinnern uns, wie in bestimmten Fällen (Korsakoff, Greisenblödsinn, Paralyse und andere) die Bewußtseinslücken vielfach durch Konfabulationen ausgefüllt werden; es sind diese Konfabulationen, wie wir ebenfalls wissen, ausgezeichnet durch eine gewisse Beeinflussbarkeit auf dem Wege äußerer Suggestion, und wir werden später auf ihre Verwandtschaft mit den Wahnideen der Paralytiker zu sprechen kommen. Nach Ausnahmeständen bleibt oft eine für einen

umschriebenen Zeitraum unausgefüllte Erinnerungslücke im Bewußtsein zurück, ganz wie nach tiefem, traumlosem Schlaf.

Zu den Vorstellungen von abnormer Tenazität gehören, wie wir ebenfalls in einem früheren Kapitel festgestellt haben, die Zwangsvorstellungen; wir wissen bereits, daß Zwangsvorstellungen sehr gewöhnlich auf dem Boden einer depressiven Gemütslage sich erheben, wodurch ja schon an sich eine besonders charakterisierte Färbung des Vorstellungsinhaltes gegeben ist; es ist begreiflich, daß Zwangsvorstellungen und Zwangsbefürchtungen den Vorstellungsinhalt je nach ihrer besonderen Eigenart noch besonders färben (zwangsmäßiges Denkenmüssen an bestimmte, besonders obszöne Wörter, oder an verbrecherische Handlungen oder an Selbstmord; Zwangsbefürchtungen als Platzfurcht, Höhenschwindel, Bazillenfurcht, Syphilisfurcht u. a. m.); wir werden über diese Dinge im entsprechenden Abschnitt des speziellen Teiles noch ausführlich handeln und hören, wie mannigfach der Inhalt psychischer Zwangsvorgänge ist und wie häufig solche noch hart an der Schwelle der geistigen Gesundheitsbreite (bei Neurasthenischen) vorkommen.

Wir haben wiederholt festgestellt, wie die Affekte den Vorstellungsinhalt stets entscheidend beeinflussen, und kommen hier nochmals auf diesen Punkt zurück. Wir erinnern uns, schon früher einmal der sogenannten überwertigen Ideen gedacht zu haben, das sind Vorstellungen oder Vorstellungskomplexe, die durch Gewohnheit oder anderswie bedingte besondere Affektbetonung im Bewußtsein die Führung gewinnen und das Handeln des Individuums selbst trotz entgegenstehenden logischen oder faktischen Widerständen entscheidend beeinflussen; wir finden unter unseren Degenerierten sehr viele mit einer ausgeprägten Disposition zu überwertigen Ideen; den dominierenden Zug im Krankheitsbilde stellen die überwertigen Ideen im Querulantenwahnsinn dar.

Damit haben wir die Brücke gefunden zu jener Gruppe in der Psychopathologie so außerordentlich wichtiger Bewußtseinsverfälschungen, die wir als

Wahnideen

bezeichnen; krankhafte Gebilde, deren Bedeutung weit hinausreicht über das Gebiet der im engeren Sinne wahnbildenden Störungen (Wahnsinnsformen und Verrücktheit), denn es gibt wenige Geistesstörungen, bei denen es nicht mindestens episodisch zu Wahnbildungen kommen könnte.

Wir verstehen unter Wahnideen krankhaft bedingte, auf irrealen oder fehldeutigen Voraussetzungen aufgebaute Urteile und Schlüsse, deren Kennzeichen in ihrer während des Bestehens der sie erzeugenden krankhaften Bedingungen grundsätzlichen Unkorrigierbarkeit gegenüber, sei es autochthon, sich erhebenden, sei es von außen her geltend gemachten logischen Einwänden besteht (logisch natürlich im Rahmen der durch Anlage oder Bildung gezogenen geistigen Schranken des Einzelindividuums). Durch diese begriffliche Umgrenzung ist die Unterscheidung gegenüber den auf dem Wege des gewöhnlichen Irrtums, der landläufigen Suggestion, des normalen Affektes und auf dem Boden der Unbildung oder Geistesschwäche entstandenen Trugurteilen gegeben; wir werden freilich noch sehen, daß es gleichwohl an Grenzfällen nicht fehlt.

Wahngebilde können im allgemeinen sehr verschiedenartigen psychischen Mechanismen ihre Entstehung verdanken, und demgemäß ist auch ihre klinische Wertigkeit eine jeweils sehr verschiedenartige. Dominierende Verstimmungen können, wie wir schon wissen, zumal bei längerer Andauer, konkret gerichtete

Bewußtseinsverfälschungen bedingen, die, ihnen gleichgerichtet, zu veritablen Trugurteilen von bestimmter Färbung sich verdichten können; hierher gehören die depressiven Wahngebilde der melancholischen Zustände, die wir später kennen lernen werden und die, der depressiven Affektlage, dem herabgestimmten Selbstbewußtsein entsprechend, in der Annahme der eigenen Minderwertigkeit, Schlechtigkeit, Nichtigkeit gipfeln (Kleinheits-, Schuld-, Versündigungs-, Selbstanklage-, »nihilistische« Wahnideen). Das Gegenstück bilden die aus der gehobenen Stimmung, dem gehobenen Selbstgefühl des Maniakus, entspringenden, der geringeren assoziativen Standhaftigkeit entsprechend freilich meist ungleich flüchtigeren, zuweilen übrigens auf bewußte Renommagen zurückgehenden Größenwahnideen solcher Kranker oder ihre aus aufschäumender zornmütiger Gereiztheit entspringenden, meist ebenso vergänglichlichen Beeinträchtigungsideen.

Eine weitere sehr wichtige Quelle von Wahnideen stellen die Sinnes-täuschungen dar. Wo die kritische Einsicht in deren Krankhaftigkeit fehlt, und sie fehlt ja meistens, da kann es nicht ausbleiben, daß die Halluzinationen zu weitreichenden Umfälschungen von Bewußtseinsinhalten führen, zumal sie erstlich meist ein ganz neuartiges Material herbeibringen, dieses Material seinem Inhalte nach nichts weniger als gleichgültig zu sein pflegt (handelt es sich ja in einer großen Anzahl von Fällen um Halluzinationen schreckhaften, beschimpfenden oder sonstwie beeinträchtigenden Inhalts) und drittens die halluzinierten irrealen Sinneswahrnehmungen sehr oft von besonders hoher Intensität sind, die reale Wahrnehmung oft förmlich übertäubend, wie es eben in der Regel — siehe oben — die Natur des zugrunde liegenden Krankheitsprozesses bedingt. In der Tat geht denn kein geringer Bruchteil aller Wahn-bildungen auf halluzinatorische Grundlagen zurück. In inhaltlicher Hinsicht erhalten Wahnideen durch die Sinnestäuschungen oft einen bizarren, jedem Vergleiche mit dem übrigen Erfahrungsschatze spottenden Einschlag, neuartige Worte und neuartige Begriffe (vergleiche wiederum oben) gelangen in sie hinein; namentlich ist dies bei den paranoiden Erkrankungen der Fall.

Bereits oben war die Rede von der Wichtigkeit der freisprudelnden Phantasie und der Rolle, welche ihre Produkte im Bewußtsein spielen; war auch die Rede von dem Überwuchern der Phantasie gerade bei degenerativen Individuen. Wir sehen nun nicht selten auf eben solcher Grundlage die Phantasieprodukte der Kranken nicht bloß ein ganz flüchtiges Ein- und Mehrtagsdasein führen, sondern sich auf längere Zeit hin fixieren und sich zu förmlichen Wahngebilden verdichten, die dann eine Zeitlang wenigstens festgehalten und sogar noch weiter ausgesponnen werden; insbesondere pflegt dies vorzukommen, so lange eine bestimmte, durch gefühlsstarke Vorstellungen bedeutsame Konstellation und Situation (besonders häufig Untersuchungs- oder Strafhaft) derartigen Phantasieprodukten einen gewissen Angriffspunkt und eine festere Unterlage bietet; wir sehen gerade dann oft die kranke Phantasie wahn-hafte Einbildungen, wie sie BIRNBAUM treffend genannt hat, ausspinnen, beeinträchtigenden oder auch ganz andersartigen Inhaltes, die oft durch längere Zeit, mindestens solange die determinierende Situation besteht, festgehalten werden können, inhaltlich übrigens oft eine gewisse Wandelbarkeit zeigen (doch ist eine gewisse Anknüpfung an die gegebene Situation nicht selten). Ist der Wunsch, Geisteskrankheit vorzutauschen (in der Konstellation sehr gewöhnlich gegeben), eine der richtunggebenden Triebkräfte des Spiels der phantastischen Assoziationsfügung, dann ergeben sich recht interessante, hinsichtlich der Unterscheidung zwischen ungekünstelter Echtheit und bewußtem Schwindel freilich oft recht schwierige Symptomengruppierungen. An dieser Stelle zu

erwähnen ist auch der sogenannte pathologische Einfall: es kommt, wieder in der Regel bei degenerativ-phantastisch veranlagten Individuen, ziemlich akut zum Auftauchen phantastischer, meist größenwahnsinnig gefärbter Ideen von großer Macht, unter deren dominirendem Einfluß derlei Individuen dann eine Zeitlang handeln. In manchen Fällen solcher Art mag es sich allerdings um Ausnahmzustände handeln.

Die wichtigste und bedeutsamste Art des Aufbaues wahnhafter Gebilde ist die *paranoide*, wie wir sie bei der *Paranoia* im strengeren Sinne, aber auch bei anderen, namentlich chronischen wahnbildenden Prozessen, speziell bei jenen der Schizophreniegruppe, bei den alkoholischen Geistesstörungen, bei gewissen Degenerierten finden. Hier baut sich die wahnhafte Verfälschung, wenngleich Elemente bisher gekennzeichneten Ursprungs sicherlich ebenfalls dazukommen, vor allen Dingen auf einer eigenartig fehlerhaften, wenngleich im formalen Rohbau scheinbar korrekten Verbindung von an und für sich realen Wahrnehmungen untereinander und mit dem vorhandenen Erfahrungsschatze zu Schlüssen auf. Die äußere Eigenart der Fehlschlüsse besteht wesentlich darin, daß, abgesehen, wie schon bemerkt, von den anderen Zuflüssen der Wahnbildung, die Prämissen zu dem Resultate in einem, am Maßstabe gesunder Empirik gemessen, mehr oder weniger weitgehenden Mißverhältnis stehen; erstlich bringt der Kranke ohne äußere sachliche Begründung alle oder einen großen Teil der von ihm gemachten Wahrnehmungen in auffällig erhöhte egozentrische Beziehung (gesteigerte Eigenbeziehung) zur eigenen Person, und oft kann man geradezu von einer erhöhten Aufmerksamkeit sprechen, die er den Dingen zuzuwenden scheint (es gibt freilich Fälle, wo die Kranken sehr lebhaft darüber klagen, wie sich ihnen die wahnhaften Beziehungen gegen ihren Willen fast zwangsmäßig aufdrängen); aus irgendwelchen ganz zufälligen, nebensächlichen, belanglosen Dingen und Ereignissen baut sich der Kranke, indem er sie ohne Rücksicht auf innere logische Verwandtschaft, oft ganz grob nach dem Prinzip »post hoc, ergo propter hoc« untereinander oder mit seinen älteren Erfahrungen verknüpft, Trugschlüsse auf, anfangs oft nur zögernd, tastend, hypothesierend, später mit größerer Sicherheit und schließlich mit subjektiv apodiktischer Bestimmtheit, ohne Korrekturmöglichkeit, so lange wenigstens der Krankheitsprozeß andauert; daher solch ein Aufbau so gewöhnlich den Charakter des Gewaltigen, bei den Haaren Herbeigezogenen, indirekt von hinten herum Konstruierten an sich trägt und in extremer Ausprägung selbst dem Laien als »fixe Idee« imponiert. Und doch würde man fehlgehen, glaubte man, derlei Gebilde stünden ohne jedes Seitenstück im Rahmen des normalen Seelenlebens da. Man denke nur zurück an die Alltagspsychologie zumal Ungebildeter, erinnere sich gewisser völkerpsychologischer Erscheinungen, und erinnere sich an die bei Affektiven, Suggestiblen, Abergläubischen zustande kommenden Fehlurteile, die ja bekanntermaßen oft einen sehr nahe verwandten Aufbau zeigen; allerdings gilt von ihnen im Prinzip — *cessante causa cessat effectus* —, daß ihre Existenz an direkt oder indirekt äußerlich zu nennende Umstände gebunden ist. Man erinnere sich ferner des in einem früheren Kapitel über psychische Infektion und Induktion Ausgeführten. In Fällen fortschreitender paranoider Wahnbildung geht der gewissermaßen gekünstelte Charakter des ganzen wahnhaften Aufbaues meist darum mit der Zeit verloren, weil nun fertige Wahnelemente selber schon als Bausteine verwendet werden können und die gedanklichen Operationen mit diesem schon fertigen, für den Kranken sozusagen zum eisernen Bestande seiner Erfahrung gehörenden Material naturgemäß müheloser und leichter vor sich gehen. Tatsächlich sieht man denn auch in vorgeschrittenen Fällen neue Wahnkonzept-

tionen oft mit einer oft erstaunlichen Schnelligkeit entstehen und mit dem bereits vorhandenen Material in gedankliche Verbindungen eingehen; so war eine Kranke meiner Beobachtung, eine zerfahrene, vorgeschrittene Paraphrenie, imstande, jede ihr vorgelegte Zahl, jeden neuen Namen, ja jedes Tagesereignis sofort in eine inhaltliche Beziehung zu ihrem ungeheuerlich ausgesponnenen Wahn zu bringen.

Ihrem Inhalte nach stehen Wahngebilde, paranoide wie nicht paranoide, sehr häufig in Beziehung zu irgendwie affektbetonten Erlebnissen beziehungsweise Vorstellungen, auch solchen, die noch im früheren, nicht krankhaften Seelenleben wurzeln; in diesem Sinne ist es allerdings gestattet, von einer gewissen Determiniertheit von Wahngebilden durch sogenannte »Komplexe«, das ist also, wie wir schon wissen, durch gefühlsstarke Verbindungen zu sprechen, und zwar nicht bloß bei den eigentlich psychogenen Geistesstörungen, sondern auch bei der Paranoia und bei der Schizophrenie; insbesondere häufig sind es, wie wir im speziellen Teil dann noch sehen werden, gefühlsstarke Vorstellungen und Komplexe sexuellen Inhaltes, die, oft noch im vorpsychotischen Seelenleben wurzelnd, im Bewußtseinsinhalte der Kranken eine große Rolle spielen und darin weiter ausgesponnen werden; es ist ferner sicherlich zuzugeben, daß im vorpsychotischen Seelenleben aus dem aktuellen Bewußtsein »verdrängte« Komplexe, wozu wiederum aus sehr begreiflichen Gründen, insbesondere bei weiblichen Individuen, solche sexueller Färbung gehören, im psychotischen, der verdrängenden Hemmungen (Scham und Unlustgefühle der verschiedensten Art) ledigen Bewußtseinsinhalte eine bedeutende Rolle spielen können, daß aber zuweilen ihre Ermittlung auch dann erst auf dem Wege der Deutung möglich ist. Man darf aber nicht, wie das seitens der sich Psychoanalytiker nennenden Ärzte vielfach geschieht, Deutung für Sicherheit nehmen und darf vor allem nicht die Bedeutung aller dieser Umstände überschätzen, darf besonders niemals vergessen, daß der Inhalt der Psychose gegenüber dem Charakter ihres Aufbaues immer nur etwas Sekundäres darstellt und je nach Individualität und Konstellation verschieden ist, und daß demnach auch psychogenen Mechanismen niemals, sei es direkt, sei es indirekt ätiologische Bedeutung beigemessen werden darf; nicht einmal bei den im engeren Sinne psychogenen Geistesstörungen sind die psychischen Traumata die eigentliche Ursache, sondern sie sind auch da immer nur ein auslösendes Moment, die Ursache aber in der Veranlagung zu suchen; weit mehr noch gilt dies natürlich von der Schizophrenie und der Paranoia. Die Zeit, wo man Geisteskranke nach dem Inhalte ihrer Wahnideen gruppiert hat, ist längst vorbei, es können die verschiedensten Wahninhalte bei den verschiedensten Geistesstörungen vorkommen — unbeschadet einer relativen Vorliebe mancher Psychosen für bestimmte Wahnideen —, und es hängt ganz von Individualanlage, Bildung, Zeit und Kulturmilieu sowie in letzter Linie gewiß auch von der Lokalisation des Krankheitsprozesses ab, ob etwa Wahnideen megalomaneischen oder persekutorischen, erotischen oder reformatorischen, politischen oder religiösen Inhaltes usw. sind. Ganz zum Schluß darf nicht vergessen werden, daß gelegentlich eine ätiologische Rolle psychischer Traumata vorgetäuscht werden kann durch Gemütsbewegungen, die bereits dem beginnenden Krankheitsprozesse selber angehören; es ist dies vor allem der Fall bei den depressiven Erkrankungen. Das eine geht aber aus den bisherigen Ausführungen ebenso wie aus dem, was wir oben über die Beziehungen der überwertigen Ideen zu den Wahnbildungen gesprochen haben, hervor, daß Wahnbildung in der Regel keineswegs eine bloße Verstandesstörung ist, sondern daß bei ihrer Entstehung Vorgänge, und zwar dem Grade oder der Art nach krankhafte

Vorgänge, auch innerhalb der Affektivität eine sehr wesentliche Rolle spielen; zumal bei der Paranoia ist dies zweifellos der Fall, und es wäre sicherlich falsch, diese Psychose etwa als eine primäre Verstandeskrankheit zu werten; doch darüber im speziellen Teil.

Ihrem besonderen Inhalte nach können Wahngelbilde je nach den oben taxierten Verschiedenheiten und nicht zuletzt je nach Menge und Art der halluzinatorischen Beimischung von der allerverschiedensten Färbung sein. Verhältnismäßig am einfachsten strukturiert sind die sogenannten Beachtungswahnideen: Der Kranke wähnt sich von allen erdenklichen Leuten, etwa von den Nachbarn im Hause, den Passanten auf der Straße, von den Organen der Sicherheitsbehörde (insbesondere »Detektive« spielen da eine große Rolle) bemerkt, gemustert, beobachtet; er gewinnt die Überzeugung, daß das Benehmen der Leute, Bekannter, aber auch Fremder, ihr Tun und Lassen, ihre Haltung und ihre Mienen, die Kleidung, die sie anhaben, die Sachen, die sie mit sich führen, daß alles dies und noch mehr eine Beziehung zu ihm besitzen müsse, und unschwer gelangt er zu der Deutung, daß dies alles ja nicht Zufall sein könne; es kommt ihm vor, als räusperten sich die Leute, gerade wenn er vorbeigeht, als stießen sie an ihn an, als grüßte man auffällig, wo er sich zeigt; alles dies knüpft sehr häufig an reale Wahrnehmungen an, an Erlebnisse, wie sie schließlich jedem passieren können (zumal wenn er etwa über eine frequente Straße geht), nur mit dem Unterschiede, daß der Kranke alle diese Dinge mit zunehmend unerschütterlicher werdender Überzeugung in Beziehung zu sich bringt, daß er sie nicht als zufällige, ihn gar nicht besonders angehende Erlebnisse deutet, sondern daß er dahinter lauter zielbewußte Absicht erblickt; es soll ihm damit, meint er, etwas angedeutet, etwas gesagt, etwas zu verstehen gegeben werden, er weiß selber oft zunächst noch nicht, was, er gelangt erst im Zuge der späteren Krankheitsentwicklung, sei es durch Ausdeutung, sei es unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen zu einem — freilich krankhaften — Verständnis der Dinge (Erklärungswahnideen). Wir werden später, speziell bei der Erörterung der Paranoia sehen, wie sich mit der Zeit aus solchem Material bestimmte wahnhaft gebildete herauskristallisieren, wie aber insbesondere diese Beachtungswahnideen in logischer Kette hinüberleiten können zum Beeinträchtigungs-, beziehungsweise Verfolgungswahn.

Verfolgungswahn ist speziell unter den paranoiden Wahngelbildern die weitaus häufigste und weitaus bedeutsamste Form. Der Kranke wähnt sich im Mittelpunkt von Anfeindungen der verschiedensten Art: die Leute, Bekannte und Fremde, mustern ihn mit feindseligen Blicken, speien verächtlich vor ihm aus, bezeugen ihm dadurch ihre Mißgunst und Mißachtung; Angehörige, Fremde, Spione, Detektive, Jesuiten, Juden, Freimaurer, Sozialdemokraten (je nach der individuellen Richtung des Kranken verschieden) lauern ihm, so meint er, auf, schleichen ihm nach oder haben ein geheimes Komplott gegen ihn geschmiedet, wie er aus indirekten Andeutungen entnommen hat; andere Male sieht oder hört er die Verfolger mehr oder weniger deutlich; oder man will ihn beseitigen, vergiften oder sonstwie ermorden; man will seine persönliche oder man will seine berufliche oder man will seine geschlechtliche Ehre herabsetzen; auf seinen Körper werden Attentate unternommen, mit Werkzeugen, Maschinen, Telephon, Telefunken, Röntgenstrahlen, Suggestion und weiß Gott mit was allem; und so weiter. Wir erkennen unschwer schon aus dieser Blütenlese, wie das Bild wechselt je nach der zuständigen Konstellation, vor allem aber je nach Art und Ausmaß der halluzinatorischen Komponente.

In nahen Beziehungen, insbesondere zu den sogenannten physikalischen Beeinträchtigungsideen, das heißt denjenigen Schädigungen, die der Kranke mittels physikalischer Mittel (Maschinen beispielsweise) sich zugefügt wähnt, stehen die sogenannten hypochondrischen Wahnideen, wie wir sie nicht nur bei der Hypochondrie im engeren Sinne, sondern auch bei allen möglichen anderen Psychosen mit Wahnbildung finden. Den Wahn körperlicher Unfreiheit finden wir in der Regel als Erklärungsidee für das mehr oder minder deutliche Gefühl der schweren seelischen Dissoziation bei den Schizophrenien.

Eine besonders charakterisierte, praktisch sehr wichtige Form des Schädigungswahns ist der Eifersuchtswahn. Wir finden ihn insbesondere bei weiblichen Kranken sehr häufig, und hier bei allen möglichen Psychosen, während beim männlichen Geschlechte erfahrungsgemäß Eifersuchtswahnideen vor allem auf dem Boden des chronischen Alkoholismus (und Kokainismus) sowie bei den senilen Geistesstörungen sich zu entwickeln pflegen.

Größenwahnideen können, ähnlich wie so häufig Verfolgungswahnideen, auf dem Wege krankhaften Erschließens, krankhafter Deutung zustande kommen, wenngleich nicht in solcher Häufigkeit; in gewissen Fällen erscheinen sie gleichsam wie die Schlußsteine, mit denen die kranke Logik ein von ihr zusammengeformtes System von Wahngebilden krönt. Andere Male aber sind sie schon sehr früh oder gar von allem Anbeginn der Krankheit an vorhanden; es gibt, was hier immerhin verzeichnet zu werden verdient, Irrenärzte, die schon in der Beachtungs-, ja sogar in der Verfolgungswahnidee, zumal des Paranoikers, psychologisch den Keim des Größenwahns entdecken wollen; denn warum wähnte sich der Kranke sonst wert, der Zielpunkt der erdenklichsten Anfeindungen und Verfolgungen zu sein? Weiter aber finden sich Größenideen dementer Färbung nicht selten bei der Schizophrenie und vor allem bei der Paralyse. Den depressiven Zuständen meist eigen sind Kontrastgrößenideen, die als Korollar des Kleinheitswahns dienen.

Paranoide Wahnideen können ganz akut kommen und vergehen (Délire d'emblée der Degenerierten, bzw. »akute« paranoische Erkrankungen; gewisse Formen von Schizophrenie; akuter halluzinatorischer Wahnsinn der Trinker); ein gleiches gilt von den an vorübergehende, zumal an affektbetonte und an bestimmte andere, vor allem delirante Situationen geknüpften Wahngebilden; andererseits können aber Wahnideen auch über längere Zeit hin und selbst dauernd die Szenerie beherrschen, und es kommt dann der wahnbildende Prozeß nie mehr zum Stillstande; wieder in anderen Fällen mit Wahnbildung tritt wohl ein Stillstand, ja selbst ein teilweiser Rückgang der Krankheitserscheinungen ein, allein ein Teil der in der floriden Krankheitsperiode konzipierten Wahngebilde bleibt wie ein im Bewußtsein scheinbar erstarrter, zwar darin nicht mehr dominierender, aber doch unkorrigierter Rest vorübergehend oder selbst dauernd darin zurück (Residualwahnideen).

Paranoide Wahnideen treten entsprechend ihrer mächtigen Gefühlsbetonung und ihrem daher stammenden Einfluß auf das Gesamtbewußtsein zumal bei chronischem, in manchen Fällen aber selbst bei akutem Charakter der Psychose ganz gewöhnlich in mehr oder weniger innige Beziehung zueinander, und es verketteten sich dieselben in solchen Fällen nicht selten in ein durch die Bande der kranken Logik zusammengefügt und zusammengehaltenes Wahnsystem von oft felsenfester Unerschütterlichkeit; die Domäne dieser Systematisation der Wahnideen ist die Paranoia. Andere Male wieder, namentlich bei der Schizophrenie, flottieren oft die verschiedenartigsten Wahnelemente ohne jede nähere oder andauernde gegenseitige Beziehung neben- und durch-

einander; so erklärt ein derartiger Kranker meiner Beobachtung, ihm seien die Pupillen ausgeronnen und er nur mehr ein lebender Leichnam, er will aber gleichwohl so nebenbei sämtliche Juden ins gelobte Land zurückführen, und zwar mit Hilfe des Barons Rothschild, nicht ohne sie vorher haben die Taufe empfangen zu lassen; ein anderer Kranker erklärt, er stünde in sehr nahen Beziehungen zu Gott, was ihn nicht hindert, nebstbei auch die Errichtung einer Strohhutfabrik auf dem Mariahilferberge nächst Passau ins Auge zu fassen, weil dort die Aussicht so schön ist; und ähnlicher Ungereimtheiten mehr; die sinnlosesten Inkommensurabilitäten finden wir immer dort, wo Wahngelbte auf der Basis von Verblödung auftauchen, also insbesondere bei der progressiven Paralyse.

Die Gesamtpersönlichkeit kann durch Wahnideen in sehr verschiedener Weise beeinflusst werden, je nach deren Charakter und je nach der Entwicklung, Menge und dem Ausmaße der halluzinatorischen Begleiterscheinungen, unter denen sie hereinbrechen. Bei chronischen Paranoiafällen bleibt sehr häufig die äußere Ordnung intakt, und das geht so weit, daß nicht wenige solcher Kranker, wiewohl sie in sich ein unkorrigiertes Wahngelände herumtragen, im Besitze ihrer bürgerlichen Freiheit gelassen werden und selbst in verantwortlichen Berufen tätig bleiben können; sie vermögen auch ihre Wahnideen zu verbergen und vor Unberufenen (leider auch oft vor Berufenen, i. e. Ärzten) über sie wegzutäuschen, zu dissimulieren. Andererseits wiederum kann die Gesamtpersönlichkeit unter dem Einfluß von Wahngeländen auch bei vollständig klarem Bewußtsein aufs schwerste alteriert sein, und das kann so weit gehen, daß eine wahnhaft (sekundäre) Desorientierung (z. B. der Kranke sieht in den Ärzten, Pflegern und Mitkranken verkappte Detektive u. ä.), zumal bezüglich der Personen und der Objekte der Umgebung die Folge ist und der Kranke die unsinnigsten, »verrücktesten« Handlungen begeht, etwa Briefe an das Staatsoberhaupt schreibt, dem er sich besonders vertraut wähnt, u. ä. m. Auch vermögen Wahnideen unter Umständen sekundär die Kontinuität des Persönlichkeitsbewußtseins zu verfälschen und das ganze Vorleben des Kranken in seiner Erinnerung sich zu assimilieren (wahnhaftes Erinnerungsfälschungen). Eine hierhergehörige, nicht seltene Erscheinung, zumal bei wahnbildenden Kranken, ist der sogenannte *Transitivismus*, das heißt in seiner wahnhaften Desorientierung und in seiner Einsichtslosigkeit für das Krankhafte derselben wähnt der Kranke nicht sich, sondern andere Personen ob ihres von ihm falsch gedeuteten Benehmens geisteskrank. Auch in den Träumen spiegeln sich zuweilen die Wahngelände wieder, wenngleich nach PILCZ gerade bei Paranoischen in der Regel nicht.

Wie schon angedeutet, können Wahnideen schließlich auch auf dem Boden der Demenz vorkommen, allerdings meistens dann, wenn zur Demenz noch ein anderes psychotisches Moment (manische Erregung, melancholische Depression usw.) hinzutritt; nur daß dann die spezifische Demenz den Wahngeländen auch ihren spezifischen Stempel aufdrückt: sie erscheinen kunstlos im Aufbau, kindisch, läppisch, weit unterschieden von dem oft mit beklagenswertem, weil krankem Scharfsinn aufgebauten Truggeländen der Paranoia; so beim senilen Schwachsinn, bei gewissen stark verblödeten Schizophrenien und vor allem bei der progressiven Paralyse, wo die blödsinnigsten und inkommensurabelsten hypochondrischen und Größenideen nebeneinander bestehen können, ohne einander gegenseitig zu stören; solch ein Kranker vermag Krankheitsgefühl, einige Millionen und einen Dienerposten zugleich zu »besitzen«, ohne daß diese Dinge einander im Wege ständen.

Störungen des Bewußtseins.

Schon an früherer Stelle war von der Auffassung und ihren Störungen die Rede, wie davon, welche Bedeutung dem Verhalten der Auffassung für den Zustand des Gesamtbewußtseins zukommt. Das Bewußtsein ist ein klares, luzides, wenn die Fähigkeit der höheren Zentren, Sinneseindrücke aufzunehmen und einzuordnen, mindestens *potentia* nicht gestört ist; das Vorhandensein einer Störung in dieser Richtung, durch die natürlich das psychische Innenleben von den Zuflüssen aus der umgebenden Sinneswelt mehr oder weniger vollständig abgeschnitten werden muß, bedingt so gut wie stets einen Zustand des Bewußtseins, der dieses dem Bewußtsein des Schlafes, bzw. des Traumes mehr oder weniger nahekommen läßt. Die Bedingungen für das Zustandekommen solcher Perzeptionsstörungen sind nun sehr mannigfacher Art; sie können primär aus der Grundstörung sich ergeben oder sekundäre Erscheinungen sein; auch kann die Perzeptionsstörung eine völlige und sämtliche Sinnesgebiete betreffende sein, oder nur eine partielle. Der gewöhnlichste, noch der Norm angehörende Fall ist eben der Zustand des Schlafes, bzw. Traumes; hier ist es im natürlichen Schläfe die natürliche Ermüdung, im künstlichen die Wirkung des Hypnotikums, wodurch die hochgradige, zentral bedingte Perzeptionsherabsetzung oder -aufhebung und so die Absperrung des Bewußtseins von der Außenwelt in die Wege geleitet wird; freilich darf der Schlaf nicht restlos mit klinischen Zuständen krankhafter Bewußtseinstrübung in Vergleich gesetzt werden, ist ja schon das Verhalten der Psychomotilität ein verschiedenes, da sich ja der Schlafende fast stets in relativer psychomotorischer Ruhestellung befindet, während bei krankhaften Bewußtseinstrübungen keineswegs auch eine Herabsetzung der psychomotorischen Erregbarkeit vorhanden sein muß; es kann vielmehr sogar komplette Tobsucht damit vergesellschaftet sein. In den amenten Verworrenheitszuständen auch leichteren Grades erstreckt sich die allgemeine Erschwerung der psychischen Prozesse fast immer auch auf die einfachen Wahrnehmungs- und Auffassungsvorgänge (also auf den periphersten Abschnitt zentripetalen psychischen Geschehens) — ein nicht unwichtiger Unterschied gegenüber leichtgradiger depressiver Hemmung —, so daß fast stets, sei es auch nur temporär, eine Art traumhafter Bewußtseinstrübung besteht, die in schweren Fällen bis zum Sopor sich steigern kann; bei manchen schweren Allgemeinvergiftungen mit psychischen Begleitstörungen (Urämie, Azetonämie) ist von da bis zum völligen Koma oft nur noch ein Schritt. Schwer getrübt pflegt auch das Bewußtsein in den meisten deliranten Zuständen zu sein, um so schwerer, je gröber organisch sie bedingt sind (Meningitis, Encephalitis, dann in der Sammelgruppe »Delirium acutum«).

Eine Trübung des Bewußtseins kann aber auch in einem ganz anderen als in dem bisher erörterten Sinne bestehen; d. h. sie kann vornehmlich nur einen Teil des Bewußtseins betreffen, diesen aber in einem Maße, daß von ihm die restliche psychische Persönlichkeit gleichsam abgespalten erscheint, indes in anderen Belangen das Bewußtsein in wenigstens verhältnismäßig funktions-tüchtiger Weise arbeitet; es liegt also dann eine Art Einengung des Bewußtseins vor, der funktionierende Teil verrät bei oberflächlichem Hinzusehen keine gröbereren Störungen, wofür solche freilich oft um so deutlicher bei näherer Prüfung zutage treten. Ein Fall solcher Art ergibt sich bis zu einem gewissen Grade noch in normaler Breite nicht ganz selten in besonders heftigen Affekt-erregungen, es passiert da, wie man leicht an der Hand der eigenen inneren

Erfahrung feststellen kann, gar nicht selten, daß auf der Höhe des Affektes die Aufnahmefähigkeit für Sinneseindrücke, soweit sie nicht in engster Relation zu dem affekterregenden Vorstellungskreise stehen, mehr oder weniger herabgesetzt ist, so daß sie gar nicht ins Bewußtsein dringen; oder, wenn sie schon bis dahin vordringen, sie sich so wenig darin verankern, daß sie (bzw. die durch sie repräsentierte Situation) hinterher spurlos aus dem Gedächtnis verschwinden; aber, und das ist besonders wichtig, selbst die in engerer Beziehung zum Affekte stehenden Eindrücke und Assoziationsprozesse pflegen in dem Sturme eines solchen keinen genügenden Ankergrund im Bewußtsein zu finden, und daher verzeichnen wir oberflächliche (s u m m a r i s c h e) oder gänzlich mangelnde Rückerinnerung als Indikator für die Episode getrübtten Bewußtseins nach heftigen Affekten nicht so selten; ganz insbesondere ist dies aber der Fall, wenn solche Affekte auf pathologischer Grundlage erwachsen sind; es gilt dies namentlich von den krankhaften Affektzuständen psychisch-nervöser und degenerativer und speziell hysterischer, beziehungsweise zu psychogenen Reaktionen geneigter Individuen. In ausgesprochenem Grade aber sehen wir Bewußtseinstrübungen, beziehungsweise -spaltungen solcher Art in den sogenannten Dämmer-(Ausnahms-)zuständen, wie sie besonders auf hysterisch-degenerativer Basis (sowie in der Hypnose) und auf dem Boden der Epilepsie erwachsen, ferner bei alkoholintoleranten Degenerierten auf rezente Alkoholzufuhr hin sich entwickeln (sogenannte pathologische Räusche); hält man sich noch einmal vor Augen, daß, wie bereits bemerkt, in derlei Fällen das Bewußtsein in ungleichmäßiger und nicht in diffuser Weise getrübt zu sein pflegt, so erhellt, daß derlei Dämmernde bis zu einem gewissen Grade eine Art äußerer Reaktions- und Handlungsfähigkeit bewahren können; sie können sonach äußerlich trotz der Schwere und Tiefe der Störung geordnet erscheinen, und erst die nachträgliche Amnesie zeigt dann auf, wie beträchtlich eigentlich der Grad der Störung gewesen ist.

Von den Zuständen leichterer zu denen schwererer, von jenen kürzerer (nur nach Minuten zählender) bis zu jenen längerer (wochenlang und länger während), von den Zuständen allgemein deliriöser, traumhafter bis zu jenen umschriebener Bewußtseinstrübung mit ihrer »Pseudoluzidität« gibt es allenthalben Brücken und Übergänge, wie wir dann im speziellen Teile noch sehen werden; insbesondere ergibt dies die Betrachtung der pathologischen Affekte und der alkoholischen Dämmerzustände, etwas weniger jene der Epilepsie. Auch innerhalb eines und desselben Dämmer- oder Trübungszustandes überhaupt sehen wir sehr häufig einen Wechsel zwischen Zeiten schwererer und solchen minder schwerer Bewußtseinstrübung (was denn auch oft nachträglich im Verhalten der Rückerinnerung zum Ausdrucke kommt); in den epileptischen Dämmerzuständen ist der Wechsel in der Tiefe der Bewußtseinsstörung oft ein ziemlich jäher.

Keineswegs muß Bewußtseinstrübung ein notwendiges Attribut geistiger Störung abgeben: im Gegenteil, wir sehen bei einem großen Teile der Psychosen, insbesondere bei jenen mit chronischer Wahnbildung, wie schon aus den Darlegungen in einem vorangegangenen Kapitel hervorgeht, das Bewußtsein ungetrübt klar, und es gehört eben jene Klarheit mit zu jenen Momenten, die bei derartigen Kranken in ganz irreführender Weise geistige Gesundheit vortäuschen können, ohne daß von einer solchen die Rede sein könnte. Endlich ist zu sagen, daß bei vielen Krankheitszuständen und psychischen Anomalien, speziell bei Psychopathen, aber auch bei schweren organischen Erkrankungen (Epilepsie) die Bewußtseinstrübungen fast immer nur Episoden darstellen, daher man eben von »Ausnahmzuständen« spricht; über die Beziehungen

dieser Ausnahmszustände zu den Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins im weiteren Sinne werden wir in einem folgenden Abschnitte sprechen.

Daß bei getrübttem Bewußtsein die psychischen Reaktionszeiten längere sind, daß speziell die Fähigkeit, sich psychisch zu sammeln, überhaupt auf Sinneseindrücke und auch auf Fragen zu reagieren, herabgesetzt ist und in specie Antwortreaktionen infolge der herrschenden Schwerbesinnlichkeit (die übrigens bei allen schwereren Assoziationsstörungen resultiert) verzögert sein werden, versteht sich von selbst.

Störungen der Orientierung.

Schon oftmals in den vorangegangenen Kapiteln war in parenthesi die Rede von der Orientierung und ihren Störungen. Tatsächlich gehört ja die Fähigkeit, sich in Raum, Zeit und individuellem Vorleben zurechtzufinden, zu den wichtigsten Voraussetzungen geordneten Benehmens. Es handelt sich dabei, so einfach die Dinge beim ersten Hinzusehen scheinen mögen (Orientierungsfragen pflegen, wie wir in dem Kapitel über Krankenuntersuchung noch hören werden, in der Regel zur Einleitung des Krankenexamens zu gehören), um ein recht kompliziertes Geschehen, das auch von recht vielfachen Bedingungen abhängig ist.

Zunächst wird die Orientierungsfähigkeit naturgemäß beeinflusst von dem zureichenden Funktionieren der Sinnesapparate, zumal der höheren (Gesicht, Gehör) und ihrer zentralen Vertretungen; da bei den später zu würdigenden agnostisch-asemischen Störungen zentrale Läsionen auf diesem Gebiete vorliegen, so interessiert auch diese Eventualität naturgemäß den Psychiater; in der Tat sind Kranke mit asemischen Störungen sehr gewöhnlich auch desorientiert, und zwar zunächst räumlich, dann aber, da ja auch die Zeitvorstellung im letzten Grunde eine räumlich-kinetische ist, auch zeitlich und schließlich infolge des häufigen Ausfalls an Begriffsvorstellungen auch individualgeschichtlich, denn sie haben aus diesem Grunde auch oft Elemente ihrer Lebenserfahrung vergessen. Nicht oder weniger in Betracht kommen vom Standpunkte der Psychiatrie als solcher jene Orientierungsstörungen, welche in einer mangelhaften Aufnahmefähigkeit des peripheren Sinnesapparates wurzeln, also die Störungen der Orientierung bei Blindheit, Taubheit, beziehungsweise bei Kombinationen solcher Defekte und anderer sensorischer Störungen, obwohl natürlich der große Einfluß von solchen auf die Psyche ein unverkennbarer ist und daher wenigstens indirekt den Psychiater interessiert; um so mehr, als er, wie wir zum Teil schon wissen und zu einem anderen noch seinerzeit erfahren werden, auch ein ätiologischer ist, beziehungsweise psychische Störungen durch sensorielle determiniert werden können.

Die Orientierung muß nun selbstverständlich auch leiden, wenn das Bewußtsein getrübt ist, wie aus dem gerade im vorangegangenen Kapitel Ausgeführten ganz zwanglos sich ergibt; denn dann ist ja die Verarbeitung der aus der Umgebung herkommenden Sinneseindrücke, die ja doch die Bausteine für die Orientierung liefern, erschwert und bei hohen Graden von Bewußtseins-trübung unter Umständen völlig aufgehoben.

Bei klarem Bewußtsein sind diese Bedingungen im allgemeinen natürlich nicht gegeben; allein selbst da vermögen formale Störungen des Assoziationsprozesses unter Umständen die Orientierung mindestens zu verzögern, und wir sehen dann nicht selten das erkrankte Individuum auf diese von ihm selbst gefühlte Störung mit einem recht charakteristischen Affekte, mit Ratlosig-

keit, reagieren; ist dies doch sogar psychologisch begreiflich, reagiert ja selbst der Normale meist mit einem ganz ähnlichen Affekte, sobald er sich in eine ungewohnte, ihm bisher fremde Situation versetzt sieht; subjektiv muß aber naturgemäß eine jede äußere Situation als fremd empfunden werden, in der wir uns wegen Erschwerung der Verarbeitung der aus ihr stammenden Eindrücke und Erschwerung ihrer Vergleichung mit unserem Erfahrungsschatze nicht oder nur mühsam zurechtfinden vermögen; dies wird zumal dann der Fall sein, wenn die Affektlage ohnehin auf einen depressiven Grundton gestimmt ist; und so werden wir es verstehen können, warum bei assoziativer Hemmung (melancholische, leicht amente und manche schizophrene Zustandsbilder) so gewöhnlich Orientierungsstörungen und der ihnen adäquate Ratlosigkeitaffekt vorkommen; indes in manischen Zuständen, wiewohl auch hier die Oberflächlichkeit und geringe Tenazität der Assoziationen gelegentlich einen günstigen Boden für Ungenauigkeiten der Orientierung schafft (schwerer gestört ist sie hier wohl kaum je), Ratlosigkeit als Reaktion auf Desorientierung kaum beobachtet wird.

Gedächtnis- und zwar insbesondere Merkfähigkeitsstörungen erschweren naturgemäß die Orientierungsfähigkeit in ganz besonders hohem Grade oder machen eine Orientierung ganz unmöglich. Namentlich gilt dies bezüglich der zeitlichen Orientierung, aber auch für die identifizierende Orientierung in einer Gesamtsituation, weil ja bei stärkerem Ausfall von Erinnerungsbildern naturgemäß Bekanntheitsvorstellungen und Bekanntheitsgefühle selbst dann fehlen können, wenn es sich um der vorpsychotischen Persönlichkeit des Kranken wohlbekannte, von ihr leicht zu agnoszierende Konstellationen handelt; so kann es da oft dazu kommen, daß der Kranke einer ganz gewohnten Situation fremd gegenübersteht; um sich in der äußeren räumlichen und namentlich zeitlichen Konstellation der Dinge zurechtfinden zu können, bedarf es ja doch nicht bloß unverlegter Reizzuleitungsbahnen, nicht bloß ungestörter Möglichkeit, die zugeführten Eindrücke mit dem Erfahrungsschatz zu vergleichen und sie so teils zu identifizieren, teils als neu und fremd zu erkennen, sondern es bedarf dazu auch eines Mindestmaßes von Tenazität einerseits des neu zugeleiteten Eindrucksmaterials, wie andererseits des von früher her vorhandenen Materials von Assoziationen, weil ja sonst weder ein gehöriges Vergleichen, Gegeneinanderabwägen, noch ein längeres Haften der einmal gewonnenen Gedankenverbindungen möglich ist; oder es kann die etwa momentan gewonnene Orientierung so rasch wieder verloren gehen, daß praktisch schließlich doch Desorientierung resultiert; so beim Korsakoff, den Presbyophrenien und der Paralyse.

In gewissem Sinne vermag natürlich infolge Beeinträchtigung der Funktion aller höheren Zentren und Leitungsbahnen, die ja in höheren Graden sogar die peripheren Sinnesbahnen betreffen kann, auch intellektuelle Schwäche, angeborene wie erworbene, die Orientierungsfähigkeit nachteilig zu beeinflussen.

Die bisher abgehandelten Störungen der Orientierung kann man als primäre zusammenfassen. Es gibt aber daneben noch sehr viele andere Möglichkeiten für das Entstehen von Orientierungsstörung, die man, wenn man will, sekundäre nennen kann. Bei völliger Klarheit des Bewußtseins und nicht gestörter formaler assoziativer Funktion können Veränderungen des Bewußtseinsinhaltes zu Veränderungen der Orientierung, zu Desorientiertheit führen; insbesondere können dies, wie wir schon an früherer Stelle kurz erwähnt haben, Sinnestäuschungen und Wahnideen; obwohl in solchen Fällen die Kranken potentia imstande sind, sich in ihrer räumlichen und zeitlichen Umgebung

zurechtzufinden, sind sie daran behindert durch den Inhalt der krankhaften Gebilde, indem etwa Gehörstäuschungen, halluzinierte Stimmen den Kranken falsch orientieren über das, was er um sich wahrnimmt, über Gegenstände wie über Personen seiner Umgebung; in gleicher Weise vermögen Wahnideen wie das übrige Bewußtsein so auch die Orientierungsvorstellungen des Kranken zu zerstören und umzufälschen, sogar die zeitlichen (wahnhaftige Erinnerungsfälschungen, siehe oben); so hält etwa eine Kranke den Arzt, trotzdem sie seinen Namen gehört hat und seine Stellung als Arzt kennt, hartnäckig für ihren Verlobten, weil es ihr die halluzinierten Stimmen mit ihrer, wie wir schon wissen, kolossalen Macht über das Bewußtsein so gesagt haben, und ist von dieser Vorstellung durch nichts abzubringen; eine andere Kranke wüßte sehr wohl, daß sie sich in der Irrenanstalt befindet, aber kraft der Übermacht ihrer wahnhaften Ideen ist das für sie gar nicht die Irrenanstalt, sondern es heißt nur so, es ist das vielmehr ein ihr gehöriges Schloß, dessen übrige Insassen teils ihre Bedienten, teils unberufene Eindringlinge sind, die die strafende Gerechtigkeit schon noch zu spüren bekommen werden; und ein dritter Kranker kennt zwar sehr wohl Namen und Art seiner Eltern, aber er fälscht seine ganze Vorgeschichte im Sinne seines dominierenden Größenwahnsystems dahin um, daß es eigentlich gar nicht seine Eltern seien, daß er vielmehr hoher Abstammung, ein untergeschobenes Kind sei, und mißdeutet, zum Teil mit Sukkurs konfabulatorischer Erinnerungsfälschungen seine gesamten früheren Erlebnisse im Sinne dieses übermächtigen Ideenkomplexes, ist also über sein Vorleben falsch orientiert.

Aber noch in einer anderen Hinsicht vermögen halluzinatorische und wahnhaftige Gebilde die Orientierung zu beeinflussen, indem sie dank der ihnen anhaftenden Gefühlsmächtigkeit das Bewußtsein dermaßen präokkupieren, daß nicht genügend Raum und nicht genügend Interesse für andere Dinge darin übrig bleibt; so insbesondere in den Zuständen traurig-schmerzlicher Verstimmung mit entsprechendem verfälschtem Vorstellungsinhalte; virtuell ist dabei natürlich die Orientierungsfähigkeit keineswegs erloschen, wie bei gehöriger Stimulation der Kranken öfters nachzuweisen ist (daher man sich hüten möge, etwa ohne nähere Prüfung gleich auf eine Bewußtseinstrübung zu schließen oder auf allgemeine Apathie, wenn irgendein Kranker scheinbar in seiner Umgebung sich nicht gleich zurechtfindet: es könnte ja sein Bewußtsein ähnlich wie beim zerstreuten Gelehrten oder Künstler bloß nur von anderen Dingen okkupiert sein, so daß er sich auf Orientierungsfragen hin erst »sammeln« muß). Schließlich ergeben sich Orientierungsstörungen aber auch aus allgemeiner Interesse- und Teilnahmslosigkeit, wie dies insbesondere bei den Verblödungszuständen und speziell bei der Dementia praecox der Fall zu sein pflegt; übrigens gelingt im letzteren Falle der Nachweis der virtuellen Orientierungsfähigkeit nicht selten durch zweckmäßiges und geduldiges Stimulieren der Kranken, und der scheinbar geistesabwesende Patient überrascht plötzlich durch eine klare, von völliger Besonnenheit zeugende Antwort.

Nicht unerwähnt darf bleiben, daß sowohl bei primärer wie bei sekundärer Orientierungsstörung die Störung keine generelle zu sein braucht, sondern oft nur eine partielle, lakunäre ist; besonders wird dies hervorgehoben bei den arteriosklerotischen Erkrankungen; aber auch in Dämmer-, beziehungsweise Ausnahmezuständen ist die Orientierung oft nur partiell gestört, und zwar häufig in ganz ungleichmäßiger Verteilung; ferner ist in allen diesen Fällen auch ein rascher und unvermittelter Wechsel zwischen Orientiertheit und Desorientiertheit nichts Ungewöhnliches; oder die Tiefe der Orientierungsstörung unterliegt fortwährenden Schwankungen, parallel den Schwankungen der

Tiefe der Bewußtseinstrübung, wie dies insbesondere in epileptischen Dämmerzuständen häufig der Fall ist.

Das äußere Bild der gestörten oder fehlenden Orientierung ist ein verschiedenes je nach dem Grade der Störung, dem übrigen Ensemble und dem Grundzustande, daher kein einheitliches. Daß bei erhaltener oder doch qualitativ nicht erheblich gestörter gemüthlicher Reaktionsfähigkeit charakteristische Begleitaffektzustände vorkommen, wurde schon erwähnt; sie fehlen natürlich, wo Apathie oder sekundäre Interesselosigkeit (siehe oben) vorherrschen. Auf die durch das Fehlen der normalen Orientierung entstandenen Lücken reagiert die Denksphäre ebenfalls in sehr verschiedener Weise: in manchen Fällen besteht Bewußtsein für die Desorientierung ohne Fehlauffassung der räumlichen und zeitlichen Objekte; in anderen aber kommt es zu Fehldeutungen, zu Orts- und Personenverkennungen und -verwechslungen, zu umgefälschten Zeitvorstellungen; dies insbesondere dann, wenn neben primär entstandener Orientierungsstörung Wahngelüste, Sinnestäuschungen oder Angst vorhanden sind, wie insbesondere in den ammenten und deliranten Zustandsbildern; in einer dritten Gruppe endlich, zumal wo Gedächtnisstörungen zugrunde liegen, werden die Lücken konfabulatorisch ausgefüllt, wie wir schon von früher her wissen, z. B. beim amnestischen Symptomenkomplex, bei den Verblödungsprozessen und auch bei der Schizophrenie, bei welcher letzterer die Konfabulationen oft sichtlich den erstbesten Einfällen entsprechen.

Meistenteils bezieht sich die Orientierungsstörung nur auf die Objekte und Personen der Umgebung des Kranken (vergleiche auch den früher erwähnten Transivitivismus) sowie auf zeitliche Verhältnisse und Beziehungen; in Anlehnung an WERNICKES Terminologie kann man von allpsychischen Desorientierungen sprechen. In anderen Fällen erstreckt sich die Orientierungsstörung aber auch auf die inneren Beziehungen des eigenen Korpus, ja der eigenen Psyche des Kranken, ist also, um wieder frei nach WERNICKE zu sprechen, eine somato-, beziehungsweise autopsychische; allerdings sind solche Orientierungsstörungen meist nicht primäre, sondern auf sekundärem Wege (siehe oben) entstanden; wir finden sie insbesondere bei der Melancholie, den Schizophrenien und den hypochondrischen Verblödungszuständen, speziell bei der hypochondrischen Paralyse. Solche Kranke äußern etwa, sie hätten kein Gehirn mehr, hätten die Lunge ausgehustet, die Eingeweide seien mit dem Stuhle abgegangen; sie seien ganz klein wie Zwerge, seien körperlich total verändert, oder sie seien ganz verblödet, oder selbst, sie existierten überhaupt nicht mehr, beziehungsweise in Fällen von Größenwahnbildung die entsprechenden Gegenstücke in megalomanischer Färbung; und ähnliches mehr.

Störungen des Selbstbewußtseins (Persönlichkeitsbewußtseins).

Schon im vorangegangenen Kapitel haben wir davon gesprochen, daß die Desorientierung auch das Bewußtsein vom eigenen, körperlichen wie seelischen Ich betreffen kann. Es ist also dann das Bewußtsein der Persönlichkeit, das Selbstbewußtsein (diesen letzteren Begriff wörtlich verstanden, nicht in dem umgangssprachlich geläufigen übertragenen Sinne) gestört, das heißt die Resultierende aus jenen Gefühlen und Vorstellungen, aus denen sich für das Individuum in jedem einzelnen Augenblicke im Geiste die eigene Persönlichkeit zusammensetzt. Streng genommen müßten wir hier einigermaßen unterscheiden zwischen Selbstgefühl und Selbstbewußtsein im engeren

Sinne; jenes bezeichnet mehr den Inbegriff aller jener Gefühle, aus denen sich unser Fühls-Ich zusammensetzt, während dieses den Inbegriff aller mehr oder weniger klaren Urteile und Begriffe, also aller jener Denkprozesse umfaßt, als deren Resultat jedem einzelnen von uns sein Ich-Begriff erscheint; es ist bekannt, daß das gefühlsmäßige Bewußtsein des eigenen Ich dem verstandesmäßigen Bewußtsein desselben in der zeitlichen Entwicklung vorangeht, wie aus der Kinderpsychologie her reichlich bekannt ist und übrigens jeder einzelne von uns, der schon in seiner frühen Kindheit eine Art innerer Erfahrung zu gewinnen begonnen hat, aus seiner eigenen Individualgeschichte her sehr gut weiß; ist doch der Ich-Begriff erfahrungsgemäß geknüpft an die Herausbildung der sprachlichen Ich-Vorstellung (ich selber erinnere mich recht deutlich der Zeit, wo ich als etwa drei- bis vierjähriger Knirps noch keine Beziehung des Wortes und des Begriffes »Ich« zu meiner eigenen Person gefunden und dieses Wort, sobald ich es von anderen hörte, als eine Art Attribut dritter Personen, d. h. der Redenden angesehen hatte; erst mit der Vervollkommnung meiner sprachlichen Begriffe und Vorstellungen und speziell der sprachlichen Bedeutung des »Ich« fand ich den Übergang vom Gefühls-Ich zum Vorstellungs-Ich). Im landläufigen und auch im klinischen Sprachgebrauche bezeichnet übrigens das Wort Selbst- oder Persönlichkeitsbewußtsein einen aus den um das Ich sich gruppierenden, gefühls- und vorstellungsmäßigen Elementen gemischten Komplexbegriff.

Es kann nun natürlich nicht fehlen, daß dieser ungemein komplizierte, wenn auch seit Kindheit eingewurzelte und daher gewiß nicht leicht zerstörbare Begriffskomplex unter krankhaften Verhältnissen gleichfalls Veränderungen sei es vorübergehender, sei es dauernder Art erleidet. Wenn wir bedenken, in welch nahen Beziehungen das Persönlichkeitsbewußtsein naturgemäß zu der persönlichen psychischen Anlage, zum Individualcharakter steht, so begreift sich, daß schon dieser letztere seine Eigenarten auch in dem Persönlichkeitsbewußtsein spiegeln wird. Nun ist aber der Charakter, das heißt die spezifische Art eines Individuums, auf Vorstellungen, Gefühle und innere Antriebe mit Handlungen oder doch wenigstens Strebungen zu reagieren, schon bei normalen Individuen sicherlich nichts Einheitliches, unter allen Umständen Unabänderliches, wie wir später noch in einem besonderen Kapitel sehen werden. Hier nur so viel, daß, wie ja allgemein bekannt, in starken Affekten auch unter normalen Verhältnissen sehr häufig bei ein und demselben Individuum die Reaktionsart eine andere ist als in Affektmittellage, im Zustande der Affektausgeglichenheit; und nun sehen wir, daß sehr gewöhnlich auch das ganze Persönlichkeitsbewußtsein in starken Affekten ein ganz anderes ist, als in affektiver Ruhelage, so daß auch bei Normalen da manchmal in sukzessiver Aneinanderreihung zwei oder mehrerer Persönlichkeiten in einem und demselben Individuum, das heißt auch in dessen Bewußtsein nebeneinander bestehen. Man kann sich leicht vorstellen, daß in den Affekten psychopathischer Individuen mit ihrer ja auch sonst unausgeglichenen Persönlichkeitsanlage diese Dinge mit ganz besonderer Schärfe sich ausprägen werden. Und so sehen wir denn, daß gerade Psychopathen unter irgendwie bedingten Gleichgewichtsschwankungen oft eine ganz veränderte Persönlichkeit darbieten und auch ein ganz verändertes Persönlichkeitsbewußtsein. In den affektiven Dämmerzuständen psychopathischer Individuen (pathologische Affekte), von denen in einem früheren Kapitel unter den »Ausnahmeständen« die Rede war, ist vollends die Persönlichkeit in der Regel eine ganz andere und die Demarkation gegenüber der habituellen

Persönlichkeit auch im Bewußtsein eine derart scharfe, daß die beiden Persönlichkeiten sozusagen auch in der Erinnerungskontinuität voneinander nichts wissen, daß jede ihr eigenes historisches Ich besitzt, daß also, praktisch gesprochen, die eine, sagen wir habituelle Persönlichkeit an die Persönlichkeit in den Ausnahmzuständen keine Erinnerung besitzt, für diese amnestisch ist, während die Ausnahmepersönlichkeit sich jeweils mehr oder minder gut dessen erinnert, was in einem längere Zeit zurückliegenden gleichartigen Ausnahmzustande von ihr erlebt wurde: wir haben also hier einen Spezialfall aus der großen Gruppe jener Spaltungen und Verdoppelungen der Persönlichkeit vor uns, welche zu den bekanntesten und interessantesten Phänomenen in der gesamten Psychopathologie zählen. Der Spezialfall, an den wir angeknüpft haben, nämlich die dynamische Verschiebung der Persönlichkeit und ihres Bewußtseins im Affekt, sei es im normalen, sei es im pathologischen, erschöpft aber keineswegs alle genetischen Möglichkeiten einer solchen Spaltung der Persönlichkeit und ihres Bewußtseins; vielmehr gibt es sehr verschiedenartige pathologische Prozesse, bei denen Ausnahmzustände und die darin die Hauptrolle spielenden Persönlichkeitsspaltungen mit zu den charakteristischen Symptomenkomplexen gehören: es seien da nur erwähnt die Hysterie, die Epilepsie und deren Kombinationszustände, endlich die toxischen Dämmerzustände, besonders die alkoholischen. Übrigens sind die Spaltungen der Persönlichkeit und ihres Bewußtseins keineswegs in allen Fällen genetisch eindeutig und klar zu verstehen, und es gibt gewisse Fälle, denen man zunächst entweder mit einem »Ignoramus« oder aber gar mit einer gewissen Skepsis gegenüberstehen müßte, würde nicht ihre Existenz von berufenster Seite verifiziert: am berühmtesten in der Fachliteratur ist ein von französischen Autoren geschilderter Fall geworden, einen Kaufmann betreffend, der sich in einem europäischen Hafen einschiffte und erst auf einer Reede eines fremden Erdteils aus einem vieltägigen Ausnahmzustande erwachte, für den ihm jede Erinnerung fehlte; und doch mußte er während dieser ganzen langen Zeit sich ja mehr oder weniger geordnet benommen haben und komplizierterer Handlungen fähig gewesen sein, wie das ja notwendig war, wenn er auf der langen Seereise als Passagier eines Schiffes nicht auffallen wollte; also eine veritable Persönlichkeitsspaltung. Es ist weiter bekannt, daß bei entsprechend veranlagten Individuen (siehe oben) durch Hypnose derartige Persönlichkeitsspaltungen, für deren Genesis uns das Verständnis auch noch keineswegs vollkommen gegeben ist, gleichsam experimentell erzeugt werden können.

Daß in diffusen, zumal in deliranten Trübungszuständen des Bewußtseins das Bewußtsein der Persönlichkeit mehr oder weniger schwer gestört sein muß, ergibt sich von selber. Es ist ganz klar, daß gerade dann, wenn das Bewußtsein von der Außenwelt und ihren Eindrücken (siehe oben) mehr oder weniger abgesperrt ist, das Spiel der inneren Assoziationen eine gewisse Oberherrschaft erlangen wird. Nun wissen wir schon aus der Psychologie des Traumes her, daß das von äußeren Eindrücken ungezügelter Bewußtsein zu einer Menge von assoziativen Extratouren, die aus der Realität herausführen, neigt, und gar erst ist dies natürlich dann der Fall, wenn wie im Traume, beziehungsweise im Schlafe, und natürlich ähnlich auch in Zuständen von Bewußtseinstrübung die Apperzeptionstätigkeit daniederliegt; denn alsdann leidet ja die Bildung von Obervorstellungen und muß ja auch implicite die Kritik (ohne Obervorstellungen keine Kritik) leiden. Also kann man sich leicht denken, daß da auch jener Vorstellungskomplex, den wir das Bewußtsein unserer Persönlichkeit nennen, mehr oder weniger stark in Mitleidenschaft

gezogen wird; insbesondere entstehen sehr leicht falsche Vorstellungen über die Beziehungen der Persönlichkeit, in leiblicher wie in seelischer Hinsicht, zur Außenwelt, aber auch schließlich falsche Vorstellungen über die eigene Persönlichkeit als solche. So ist der Deliriöse nicht selten nicht nur über seine Umgebung, sondern auch über sich selbst nicht orientiert, er weiß nicht, was mit ihm los ist, er weiß oft nicht recht zu sagen, wie alt er ist, wie er heißt, er vermag nicht mehr die gewöhnlichsten, ihm anhaftenden Attribute mit seinem Gefühls-Ich zu verbinden oder verbindet sie in ganz falscher Weise, verkennt sich selbst, hält sich für einen Engel, einen Teufel, einen Heiligen und so weiter; von Krankheit zu Krankheit ist die delirante Situation eine verschiedene, und wir wissen schon aus den Kapiteln über Sinnestäuschungen und Wahnideen manche entsprechende Einzelheiten. Es ist ja klar, daß die Interkurrenz halluzinatorischer und wahnhafter Elemente die Verfälschung des Persönlichkeitsbewußtseins in solchen Zuständen mächtig fördern muß. Wenn wir uns erinnern, daß Halluzinationen und Wahnideen sehr häufig auch den eigenen Körper des Kranken zum Objekte haben, werden wir es nicht weiter verwunderlich finden, wenn das Persönlichkeitsbewußtsein der Kranken auch in dieser Hinsicht schweren Veränderungen unterliegen kann, die Kranken etwa in ihrem Geiste das Gesetz der Schwere überwinden, zu fliegen, zu schweben wähen, während andere, den gefallenen Engeln gleich, in Abgründe, in den Höllenschlund zu stürzen meinen, ein dritter vielleicht gar in ein Tier sich verwandelt wähnt und dementsprechend vielleicht sogar reagiert, das heißt nicht mehr in sprachlichen Lauten, sondern mit unartikuliertem Heulen, Bellen, Miauen u. ä. m. Sehr bemerkenswert ist, daß auch unter dem Einfluß von Wahnideen bei relativ luzidem Bewußtsein derartige Desorientierungen auf dem Gebiete der eigenen Ich-Vorstellung, beziehungsweise des eigenen Persönlichkeitsbewußtseins zustande kommen können; wissen wir doch bereits, wie insbesondere Größenwahnsinnige sehr häufig eine total falsche Auffassung von ihrer Persönlichkeit haben und der Krankhaftigkeit des Aufbaues dieser Verfälschungen vollständig kritiklos gegenüberstehen. Aber auch Stimmungen und Verstimmungen reflektieren, wie sich ja aus dem eingangs dieses Kapitels Erörterten schon zwanglos ergeben dürfte, auf das Selbstgefühl und dann auf das ganze Selbstbewußtsein: daher die oft ungeheure Selbstüberschätzung des Maniakus und auf der anderen Seite die oft noch viel ungeheuerlichere Selbstunterschätzung des Melancholischen, die bis zu hohen Graden der »Depersonalisation« führen kann, das heißt der Kranke dünkt sich derart krank oder minder, daß er die natürliche Bewußtheit seines Fühlens, seines Denkens, ja schließlich seines ganzen Willens und ganz zum Schluß sogar seines ganzen Körpers verloren hat: er wähnt sich etwas nur so Dahinvegetierendes und zuguterletzt dann im buchstäblichen Sinne des Wortes ein »Nichts«. Es ist aber sicher, daß hier Veränderungen der Organempfindung mit einer gewisse Rolle spielen, wie wir sie in einem früheren Kapitel abgehandelt haben.

In Zuständen von Verblödung leidet natürlich regelmäßig auch der Aufbau des Persönlichkeitsbewußtseins, zumal wenn noch Wahnbildung dazu kommt, wie dies bei der Paralyse ja häufig der Fall ist. Daß speziell schwere Gedächtnisstörung infolge der Ausschaltung der individuellen Bewußtseinskontinuität (historisches Ich) über mehr oder minder lange Zeitstrecken hin das Persönlichkeitsbewußtsein besonders alterieren muß, liegt auf der Hand. Endlich ist naturgemäß in jenen Zuständen, wo eine schwere Dissoziation auf psychischem Gebiete vorliegt (Schizophrenie und einige andere organische Krankheitsprozesse), auch das Persönlichkeitsbewußtsein in der Regel stark

gestört, und sehr häufig tritt da als Erklärungsidee der Wahn körperlicher oder auch seelischer Unfreiheit oder Verdoppelung auf. Schließlich erwähnen wir noch, daß nach den Lehren der sogenannten psychoanalytischen Schule unlustbetonte Vorstellungen sehr häufig teils bewußt, teils unbewußt unter die Bewußtseinschwelle verdrängt werden (eine Beobachtung, die für viele Fälle zweifellos zutrifft) und daß solche verdrängte »Komplexe« dann eine Art autonomer Rolle im »Unterbewußtsein« spielen und das Reagieren des Individuums unter krankhaften Verhältnissen (Hysterie, aber auch Schizophrenie) determinieren sollen; eine Anschauung, die wir für die psychogenen Prozesse gewiß zum Teil als zutreffend anerkennen können, während wir ihre dominierende Geltung bezüglich anderer krankhafter Zustände bereits an früherer Stelle eingeschränkt haben.

Zum Persönlichkeitsbewußtsein gehört als ein praktisch besonders wichtiger integrierender Bestandteil auch das Bewußtsein körperlicher Gesundheit oder Krankheit, das sich bekanntermaßen auf teils empfindungs-, teils gefühls-, teils verstandesmäßigen Komponenten aufbaut. Bei geistiger Gesundheit pflegt körperliche Erkrankung, sowie sie stärkere Funktionsstörungen involviert, ausgeprägtes Krankheitsgefühl zu erzeugen. Anders bei bestehender psychischer Störung: hier kann jegliches Krankheitsbewußtsein für diese vollständig fehlen. Übrigens läßt sich gerade an der Hand dieses Spezialfalles recht instruktiv dartun, wie sehr im Rahmen des Begriffs des Persönlichkeitsbewußtseins Gefühls- und verstandesmäßige Komponenten bis zu einem gewissen Grade unterscheidbar sind: wir sehen nämlich in psychischen Störungen, zumal bei der Amentia, in akuten Delirien, in den Depressionszuständen aller Art, selbst im ersten Stadium der Paralyse und auch sonst nicht selten ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl (Verwirrte greifen sich oft wie ratlos an den Kopf, wenn sie sich einer Sache entsinnen sollen und es nicht oder nur schwer können), ohne daß damit schon ein rechtes verstandesmäßiges Substrat, ein rechtes Verstehen der Krankheit ausgedrückt würde; aber wir sehen zuweilen bei Geisteskranken auch Krankheitsbewußtsein, sie wissen sehr wohl, daß sie krank, ja, daß sie geisteskrank sind; und doch muß auch damit noch keineswegs wirkliche Einsicht einhergehen: so sagte ein paranoider Kranker meiner Beobachtung, schon in anderem Zusammenhang erwähnt, einmal, er wisse wohl, daß er das Opfer von Sinnestäuschungen sei, allein er modifizierte dies gleich wahnhaft: das sei die Folge einer Schwächung seines Gehirnes durch Fernwirkung. Volle Krankheitseinsicht, also jener höhere Grad von Krankheitsbewußtsein, in dem der Kranke seiner ganzen Krankheit kritisch gegenübersteht, pflegt als Zeichen wirklicher Heilung zu gelten; es ist dazu nur einigermaßen einschränkend zu bemerken, daß in vielen Fällen (»Heilung mit Defekt«) der floride Krankheitsprozeß gänzlich zurückgeht, ohne daß volle Einsicht erreichbar wäre (zumal auch bei minder Intelligenten); und daß zuweilen, wie in den leichtesten zyklischen Depressionszuständen, zumal bei intelligenten Personen (gerade bei solchen keine seltene Erkrankung!) sowie in den Psychoneurosen aller Art auch während des Bestehens einer Krankheitsphase volle Krankheitseinsicht, durch Erfahrung gewonnen, vorhanden sein kann (aber natürlich nicht sein muß) und dadurch — wie klare Erkenntnis so oft — das qualvolle Leiden leichter tragen hilft.

Störungen der Intelligenz.

Das enge Ineinandergreifen und Ineinanderarbeiten der psychischen Funktionen bringt es mit sich, daß man die eine nicht abhandeln kann, ohne

auf Schritt und Tritt in die Domäne anderer hineinzugeraten. Und so konnten wir schon im vorhergehenden nicht an der Tatsache vorbeigehen, daß alle unsere psychische Tätigkeit an gewisse gegebene Konstanten gebunden ist; und eine der wichtigsten Konstanten dieser Art ist die habituelle intellektuelle Beschaffenheit eines Individuums, die Gesamtheit seiner intellektuellen Leistungsfähigkeit, ist seine Intelligenz.

Was wir nun Intelligenz nennen, das ist etwas recht Zusammengesetztes, ist ein Oberbegriff, in dessen Rahmen sich sehr verschiedene seelische Qualitäten vereinen.

Die wichtigste, notwendigste Voraussetzung besteht in der Fähigkeit, Erfahrungen zu sammeln und aufzubewahren; es müssen also zu dem Behufe zumindest mehrere Sinnesporten, beziehungsweise ihre Wege und Zentren gangbar sein (daß es nicht alle sein müssen, lehrt das Beispiel einiger berühmt gewordener Fälle Taubstummer und Blinder, die durch zweckentsprechende Erziehung zu sehr hohen intellektuellen Leistungen befähigt wurden, wie die Fälle HELEN KELLER und LAURA BRIDGEMAN); es muß weiterhin das Gedächtnis von mindestens mittlerer Güte sein, damit ein Individuum die der Norm entsprechende geistige Leistungstüchtigkeit besitze; des weiteren ist notwendig das Vorhandensein der Fähigkeit, mit den Elementen des Erfahrungsschatzes und den sich jeweils ergebenden Neueindrücken im Rahmen der individuell erfahrenen Ausbildung und des dadurch gewonnenen quantitativen Umfanges an Wissen (soweit er im Bewußtsein geblieben ist, was bekanntermaßen nur von einem Teil des Erfahrungsstoffes gilt; sehr bezeichnend sind da die Ergebnisse RODENWALDTS, der bei vollsinnigem deutschen Soldatenmaterial ganz ungeheuerliche »Unkenntnisse« auf historischem, politischem und sonstigem Gebiete ermittelte; Dinge, die jeder praktisch im öffentlichen Leben tätige Psychiater bestätigen kann) selbständig zu operieren, zu urteilen und zu schließen; dann muß die Fähigkeit gegeben sein, die gegebenen Eindrücke durch Vergleiche mit dem Erfahrungsschatze selbständig in abstrahierte und schärfer begrenzte Begriffe über das eingelernte Maß hinaus zu gruppieren (einordnende Kombination); die darüber hinausgehende Fähigkeit, den Erfahrungsschatz initiativ durch gänzlich neue, von Situationseindrücken unabhängige Vorstellungsverbindungen selbständiger Konzeption (neuordnende Kombination) zu bereichern, geht über das Durchschnittsmaß schon hinaus. Schließlich setzen wir immer voraus, daß alle diese Prozesse, der zentripetale Auffassungsprozeß wie die weitere Verarbeitung des Aufgefaßten, mit einer gewissen mittleren Geschwindigkeit und Vollständigkeit vor sich gehen und mit einer gewissen mittleren Geschwindigkeit und Vollständigkeit in ihren Effekten zentrifugal in die Expressionsorgane projiziert und somit manifestiert werden können (dafür ist aber freilich eine präzise Maßangabe nicht zu machen, weil, wie aus der Physiologie her bekannt, die »persönliche Gleichung« individuellen Schwankungen unterliegt; nur gröbere Störungen, die sich auch ohne Apparatmessung aufdrängen, sind praktisch verwertbar), wenn es nottut, sei es im praktischen Leben, sei es in einem uns akademische Bürger besonders interessierenden Spezialfall desselben, im Examen. Bei Gegebensein der erwähnten Momente reden wir von einer Durchschnittsintelligenz.

Entsprechend dieser sehr komplexen Zusammensetzung des Begriffes der Intelligenz tut es not, bei ihrer Prüfung jeweils auf diese ihre verschiedenen Komponenten gebührend Rücksicht zu nehmen. Die vielfach übliche Art, den Kenntnisschatz eines Individuums durch mehr oder minder schulmäßiges Befragen festzustellen, gestattet nur ein sehr begrenztes Urteil über die

intellektuelle Gesamtleistungsfähigkeit, sie liefert Aufschluß über den Gesichtskreis eines Menschen, vielleicht auch über seinen Bildungsumfang, bis zu einem gewissen Grade über sein Gedächtnis, belehrt uns aber an sich noch nicht oder nicht zureichend darüber, wie alle diese Kenntnisse zustande gekommen sind und wie sie im Leben verwertet werden; wissen wir doch, daß normale Intelligenz zwar ein gewisses Mindestmaß an Gedächtnis voraussetzt, aber nicht mehr (gerade kombinatorisch begabte Leute besitzen, wie ich einmal auseinandergesetzt habe, oft ein relativ bescheidenes Detailgedächtnis), während andererseits Leute, die ausgezeichnet memorieren, oft sonst geistig minderwertiger sein können, zumal quoad Kombinationsfähigkeit; ein reiches enzyklopädisches oder Detailwissen kann also mit relativ geringerer, ein dürftiges mit relativ höherer selbständiger Urteilsfähigkeit und nun gar erst kombinatorischer Begabung einhergehen. Das Gedächtnis als solches ist wiederum nach den verschiedenen Assoziationsgruppen außerordentlich verschieden, je nach dem Interesse, der spezifischen sensorischen (optischen, akustischen usw.) Veranlagung, dem Betätigungskreis des Individuums, ja selbst der konstellativen Situation, wie wir ja schon wissen; alles das führt naturgemäß zu Variationen in der qualitativen Ausprägung dessen, was wir Intelligenz nennen, und es kann sonach bei deren Prüfung, falls dies alles nicht berücksichtigt wird, zu Fehlschlüssen kommen. Weiter kann ein sehr reiches seelisches Innenleben mit langsamerer Auffassung oder mit einem relativen Mangel an Ausdrucksgewandtheit und Ausdruckswilligkeit einhergehen und umgekehrt, es kann ein Schwerfälliger, Schüchtern, trotz reicher und tiefer Begabung dumm, ein seichter, gedankenloser Schwätzer, der mit seinen Sprachwerkzeugen gewandt zu voltigieren versteht, oder ein Gschaffelhuber, dem ein reichliches Maß motorischer Regsamkeit eignet, gescheit erscheinen, nicht nur im Salon, sondern — leider — auch bei ernsteren Anlässen im Leben überhaupt, selbst beim ärztlichen Examen. Man vergesse zu guter Letzt auch nie, daß ein Examen sehr häufig eine gewisse Verlegenheit und ängstliche Unruhe oder aber gar einen emotionellen Stupor zu erzeugen vermag (Examenangst!), zumal in kritischerer Konstellation (wie etwa beim gerichtsarztlichen Verhöre), woraus naturgemäß Fehlschlüsse gezogen werden können, wenn man vergißt, wie hemmend Affekte und insbesondere depressive Affekte auf das intellektuelle Geschehen einwirken: auch kann die Exploration ja zufällig einen »Komplex« anklingen lassen, der dann störend wirkt (siehe besonders die Ergebnisse Jungs gelegentlich seiner diagnostischen Assoziationsstudien).

Es folgt daraus die Lehre, daß bei der Beurteilung der Intelligenz äußerste Behutsamkeit und Berücksichtigung der Einzelindividualität nach Art, Lebensstufe und Werdegang geboten ist; Pedanterie wie Flüchtigkeit, Schablone wie Systemlosigkeit, das alles verurteilt sich, jedes in seiner Art, von selber. Am zweckmäßigsten ist daher, wenn man ein tunlichst vollständiges Bild der geistigen Leistungsfähigkeit eines Individuums gewinnen will, die Kombination verschiedener Prüfungsmethoden, und zwar streue man dies alles möglichst zwanglos und geschickt, aber doch nicht etwa wahllos verzettelt in eine gemüthliche, im übrigen der Bildungsstufe des Untersuchten auch formell angepaßte Konversation ein; daß man sich bei jeder Kenntnisprüfung (SOMMER u. a. haben sorgfältige Fragebogen zusammengestellt) an den Gesichtskreis des Exploranden halten muß, mit dem Arbeiter nicht über astronomische Probleme oder über schöne Literatur, mit der Weltdame nicht über das Einmaleins oder den peloponnesischen Krieg sich unterhalten wird, ist ein selbstverständliches, leider von manchen Irrenärzten viel zu wenig befolgtes Postulat; auch da zeigt sich eben, daß gerade der Irrenarzt kein

Fremdling im Leben sein sollte, wie das ja auch schon in einem früheren Kapitel begründet wurde.

Es seien hier in bunter Auswahl einige der gebräuchlichsten Intelligenzprüfungsverfahren kurz angeführt: Die EBBINGHAUSSCHE Methode besteht darin, daß der Untersuchte innerhalb eines Satzes, in dem einige Wörter oder Silben oder Lettern ausgelassen sind, bei der Lektüre desselben die nötigen Ergänzungen vorzunehmen hat (ich habe diese Methode insofern modifiziert, als ich aus Wörtern und Sätzen gerade charakteristische Lettern, die als »Embleme« wirken, getilgt habe, so daß der Appell an die eigentliche Kombinationsfähigkeit stärker als solcher hervortritt und das Illusionieren beim Lesen mehr wegfällt; Paradigma: .lko. ol, P. its. he). Die Methode von FINCKH (Sprichwörtermethode) besteht darin, daß der zu Untersuchende eine Reihe von geläufigen Sprichwörtern zu erklären und beispielsmäßig zu begründen hat, wobei natürlich nicht auf die Form, sondern auf das Meritum der Erklärung das Schwergewicht zu legen ist, weil ja zumal Ungebildete, auch wenn sie vollsinnig sind, sprachlich minder ausdrucksgewandter sein können; MÖLLERS »Fabelmethode« ist ähnlich in ihren Tendenzen; weitere Methoden sind die Lesekasten- und »Rätselmethode«, wobei der zu Untersuchende aus ihm vorgelegten Buchstaben und Silben sinnvolle Worte und Sätze zusammenzustellen hat; eine weitere Methode besteht darin, daß der zu Untersuchende aus mehreren Sätzen oder kürzeren Andeutungen eine sinnvolle Geschichte zu konstruieren hat. Auch für mehr zeichnerische und bildnerische Begabung lassen sich alle diese Methoden und noch viele andere entsprechend modifizieren (HEILBRONNER u. a.). Das Schwergewicht aber, und das kann nicht genug betont werden, ist in der praktischen Psychiatrie weitaus weniger auf diese mehr für klinische und wissenschaftliche Buchungs- und Forschungszwecke dienlichen systemisierten Proben und deren Ergebnisse zu legen als auf das Maß der bei zwangloser Konversation und aus dem gesamten Vorleben eines Individuums, das natürlich tunlichst objektiv (eventuell aktenmäßig) erhoben werden muß, sich ergebenden selbständigen Urteils- und Handlungsfähigkeit desselben.

Gewisse höhere Komponenten des Sammelbegriffes Intelligenz sind exakter Messung oder examenmäßiger Prüfung überhaupt leider nur in begrenztem Maße zugänglich; dies gilt vor allen Dingen von der höheren Kombinationsfähigkeit (die niedere Kombinationsfähigkeit ist u. a. bis zu einem gewissen Grade durch die oben erwähnten und andere Methode zugänglich und meßbar), dies gilt ferner von der geistigen Regsamkeit, Appetenz und Eindrucksfähigkeit eines Individuums, alles Dinge, die ja in engster Beziehung stehen zu seiner Gesamtintelligenz. Am meisten noch können die Merkfähigkeit, das Gesamtgedächtnis sowie die einfache Auffassung nach Qualität, Umfang, Geschwindigkeit und Ermüdbarkeit Gegenstand exakter Messung sein (insbesondere hat in letzter Zeit RANSCHBURG sinnreiche Methoden zu deren Messung angegeben; meist handelt es sich um Auffassung, Retention und Reproduktion von Lettern- und anderen Objektbildern oder von Silben und Wörtern, teils sinnvollen, teils sinnlosen), allein es sagt uns dieselbe über die übergeordnete Verarbeitung der Eindrücke doch nicht allzuviel; es ist so leider nicht allzu selten, daß geistig Hochstehende gerade beim Examen in jeder Situation schlechter abschneiden als geistig Tieferstehende, wenngleich die schematischen Ergebnisse für Probedurchschnitte, entsprechende Kautelen bei der Untersuchung vorausgesetzt, immerhin verwertbare Resultate ergeben; allein für die feinere Individualleistung gerade der höheren Art, und vollends erst für die schöpferische und geniale Geistestätigkeit müssen wir einstweilen auf

ein mathematisches Maß verzichten. Glücklicherweise kommen wir in der praktischen Psychiatrie mit ziemlich einfacher, mehr auf das praktische Verhalten gerichteter Prüfung und mit der Prüfung der gröberen intellektuellen Fähigkeiten im allgemeinen ganz gut durch (Spezialfälle natürlich ausgenommen). Habituell und aus Anlage minderwertig ist die Intelligenz bei Schwachsinnigen aller Art, sowie bei verzögerter geistiger Entwicklung, solange diese Verzögerung besteht; man vergesse freilich nicht, daß auch Individuen mit retardierter geistiger Entwicklung oft in späteren Jahren noch sehr viel nachtragen können, und daß mancher, der in seinen jungen Jahren unzweifelhaft als relativ verstandesschwach zu werten war, im späteren Leben noch erstaunlich viel nachgeholt hat, daß solche verspätete Reifung in manchen Fällen selbst das Heranwachsen eines Genies nicht gehindert hat. Sehr wichtig ist aber für uns die Tatsache, daß Intelligenzdefekte auch erworben werden können (erworbener Schwachsinn, beziehungsweise Blödsinn, Demenz), und wir nennen Psychosen, bei denen eine solche Tendenz mehr oder minder frühzeitig hervortritt, Verblödungspsychosen. Hierzu gehört einmal ein Großteil der epileptischen Psychosen, wobei recht gewöhnlich eine Art progressiver konzentrischer Einengung des geistigen Interessenkreises das Charakteristische zu sein pflegt, indem dieser immer mehr auf das eigene Ich, und zwar auf dessen animalische Bedürfnisse sich einschränkt (in schweren Fällen kann es bis zum Verlust selbst sprachlicher Vorstellungen und damit bis zu aphasischen Störungen kommen); bei der Schizophrenie leidet am frühesten die Kombinationsfähigkeit, weniger das Gedächtnis (mehr schon beim Myxödem); bei der progressiven Paralyse sind dafür umgekehrt gerade Gedächtnisstörungen etwas recht Frühzeitiges, doch leidet in späterer Folge dann die Gesamtingelligenz, und es kann in diesen Fällen bis zu schwerster tierähnlicher Verblödung kommen (in den seltenen Fällen nämlich, wo die Kranken dieses Stadium überhaupt erleben); daß die Defekte bei der Arteriosklerose und ganz insbesondere bei den senilen Verblödungsprozessen vor allem durch die charakteristischen Gedächtnisstörungen determiniert sind, wissen wir schon. Bei den chronischen Vergiftungen, zumal beim Alkoholismus, entwickelt sich neben gemütlicher mit der Zeit auch eine mehr oder minder erhebliche geistige Abstumpfung. Bei allen chronischen Geistesstörungen, auch solchen nicht zu spezifischer Verblödung führender Art, sehen wir häufig in den Terminalstadien eine gewisse intellektuelle Verödung eintreten, wie beim manisch-depressiven Irresein und bei der Paranoia. Die Depressionszustände und Stuporen täuschen oft Intelligenzdefekt vor, ohne daß (siehe das in früheren Kapiteln Ausgeführte) davon in Wahrheit die Rede sein könnte. Umgekehrt täuscht Manie oft erhöhte Intelligenz vor, wegen der für sie charakteristischen Erleichterung der Ausdrucksfähigkeit, beziehungsweise des Wegfalls von Hemmungen; doch kann man da ebenso wenig von einer Erhöhung der Intelligenz sprechen, als wenn etwa jemand unter dem Einfluß leichtester Gifteinwirkung (Alkohol, Kaffee, Nikotin usw.) wegen des Wegfalls von Hemmungen körperlich und geistig leichter arbeitet. Einseitige Überbegabung findet man bei degenerierten Persönlichkeiten nicht selten, wie überhaupt Ungleichmäßigkeiten in der physischen Anlage; von da zu gewissen kranken Genies führen Übergänge, die aufgezeigt zu haben trotz aller Übertreibungen in dieser Richtung ein unzweifelhaftes und dauerndes Verdienst der italienischen Schule LOMBROSOS bleiben wird.

Störungen auf dem Gebiete des Willens und der Psychomotilität.

Willensvorgänge und psychomotorische Entäußerungen sind, ohne natürlich etwa identische Begriffe zu sein, praktisch so enge zusammengehörige Erscheinungen, daß sich die Abhandlung ihrer Störungen im Rahmen eines gemeinsamen Kapitels empfiehlt. Was die Willensvorgänge eigentlich sind, das ist, streng genommen, psychologisch noch nicht vollkommen scharf geklärt. Sicher ist, daß unsere Triebe, d. h. jene Handlungsimpulse, die unter dem Einflusse niederer sinnlicher Gefühlselemente zustande kommen, ebenso wie unser, auf höherer Zerebrationsstufe stehendes Streben und Wollen ohne engste Beziehungen zum Gefühls- und Affektleben nicht gedacht werden können. Andererseits aber liegt in dem Begriffe des »Triebes«, der »Strebung« und des »Willens« miteingeschlossen eine psychomotorische Innervationskomponente, gleichgültig, ob sich eine Umsetzung in eine »Handlung« oder eine »Gebärde« (die wir nach DARWIN in letzter Linie ja auch als abortive Handlungen ansehen können) vollzieht; und vom Standpunkte der praktischen Psychopathologie tritt gerade diese psychomotorische Seite aller Trieb-, Strebungs- und Willenserscheinungen dermaßen in den Vordergrund, daß Störungen auf jenen Gebieten eigentlich als psychomotorische Störungen zum Vorschein kommen, und, was fast noch wichtiger ist, daß die psychomotorischen Störungen implizite als Ausflüsse von Störungen auf dem Gebiete des Trieb-, Strebungs- oder Willenslebens aufzufassen sind. Die dynamisch-physiologische Komponente, die in dieser engen Beziehung zwischen Willens- und psychomotorischen Leistungen zum Ausdruck gelangt, zeugt gegen die der Naturwissenschaft ohnehin fremde, insbesondere in der forensischen Praxis jedoch einstweilen noch zu berücksichtigende Annahme einer »Willensfreiheit«, d. h. gegen die Annahme eines von physikalisch-physiologischen Einflüssen wenigstens relativ unabhängigen Geschehens im Gebiete der Willensleistung; naturwissenschaftlich ist Willensfreiheit nur ein Gefühl, welches die Willensleistungen begleitet und, wo deren Mechanismen gestört sind, ganz parallele Störungen zeigt, wie wir bald sehen werden, also nichts Metaphysisches darstellt; auch die suggestive Bestimmbarkeit des Willens spricht dagegen. Noch klarer kommt die Unfreiheit zum Ausdruck bei den Trieben und Impulsen, deren es normale und krankhafte gibt, wo das Individuum sichtbarlich unter dem Einflusse physiologischer bzw. pathophysiologischer Regungen handelt. So sehen wir ein krankhaftes Minus wie ein krankhaftes Plus auf dem Gebiete des Geschlechts-, des Nahrungsaufnahmetriebes u. a. bei Psychosen ungemein häufig; wir kennen ferner Zwangsimpulse, die von den Kranken direkt als etwas Fremdes empfunden werden und doch zur Umsetzung in Handlungen treiben (kleptomane, pyromane, poriomane u. a.), und ähnliche Zwangshemmungen, parallel den Zwangsbefürchtungen (Berührungsfurcht, Platzfurcht u. a.); und endlich mehr oder minder zwangsmäßiges Getriebenwerden zum Genusse gewisser Gifte (wie bei der Dipsomanie bzw. bei den »Süchtigen«); alles Dinge, die wir zumal bei der Besprechung der degenerativen und der toxischen Psychosen näher kennen lernen werden.

Wie wir bereits in einem der ersten Kapitel erwähnten, ist das Psychomotorium jenes Ausdrucksmittel unserer psychischen Innenvorgänge, dessen Manifestationen uns ja überhaupt erst einen Einblick in das Innere unseres seelischen Geschehens gestatten. Wir verstehen denn auch unter psychomotorischer Tätigkeit die Gesamtheit der von der Psyche beeinflussten Tätigkeit unserer Willkürmuskulatur, soweit sie in Haltung und Gebärde, in Rede

und Handeln zum Ausdruck kommt. Auch auf psychomotorischem Gebiete sind quantitative und qualitative Störungen zu unterscheiden, doch ist hier eine schärfere Scheidung zwischen beiden praktisch und selbst genetisch oft kaum möglich.

Nehmen wir zuerst die quantitativen, so haben wir hier wiederum zu unterscheiden zwischen solchen nach der Minuseite und solchen nach der Plusseite hin. Freilich ist die Anwendung eines Maßstabes gerade auf diesem Gebiete ein recht prekäres Beginnen, ist doch gerade die psychomotorische Anregbarkeit und Entäußerungsform etwas von Volk zu Volk, von Milieu zu Milieu, ja von Mensch nach Art und Maß ungemein Schwankendes, und was da bei einem temperamentvollen Südländer noch ganz natürlich ist, würde bei einem Nordländer entschieden bereits eine auffällige Abweichung bedeuten. Demnach ist bei der Beurteilung, zumal wo es sich um diskretere Ausprägungsformeln fraglicher Störungen handelt, gerade auf diesem Gebiete eine gewisse Vorsicht geboten, und ohne Kenntnis der Vorgeschichte, der habituellen Reaktionsart und des Milieus eines Individuums darf man sich nicht leicht entschließen, irgendwelche psychomotorische Erscheinungen nach einer bestimmten Richtung hin oder gar überhaupt als krankhaft zu bezeichnen.

Herabsetzung der Willensantriebe und der psychomotorischen Erregbarkeit und damit ein Minus an psychomotorischen Entäußerungen zählt zu den häufigsten Erscheinungen in der Psychopathologie; wir finden sie besonders in psychischen Schwächezuständen aller Art recht gewöhnlich, aber auch in höheren Graden akuter Vergiftung (z. B. in der Alkoholvergiftung), bei manchen akuten Psychosen und endlich in manchen Zustandsbildern der Dementia praecox. Ihre Folge ist natürlich ein Mangel an psychomotorischen und Willenseffekten, ein Mangel an Regsamkeit und Initiative, im Extrem bis zum Stupor führend.

Psychomotorische Hemmung, i. e. Erschwerung der Willensregungen und der zentralen Auslösung psychomotorischer Akte (natürlich in einer der motorischen Rindenregion übergeordneten Gegend ausgelöst vorzustellen!), also nicht ganz dasselbe wie die Herabsetzung, obwohl im Effekt oft täuschend ähnlich, ist eine der gewöhnlichsten Teilerscheinungen der ja bekanntlich so häufigen depressiven Zustände. Demgemäß klagen die Kranken, so weit ihnen ihr Zustand als solcher einigermaßen zu Bewußtsein kommt und sie über ihr Innenleben Auskunft zu geben imstande sind, sehr gewöhnlich über eine mehr oder minder große Erschwernis, ihren Gefühlen und Strebungen Ausdruck zu verleihen, sie in Handlungen umzusetzen, klagen über Energielosigkeit im Gebiete des Strebens und Wollens, über eine Herabsetzung der inneren Entschlußfähigkeit; oft besteht eine Überempfindlichkeit für Ermüdungsempfindungen, die Kranken ermatten schnell, ein erhöhtes Schlafbedürfnis scheint zu bestehen, und doch bringt der viele, freilich meist nur höchst leise Schlaf keine Erquickung. Man ersieht aus diesen am Krankenbette gewonnenen Erfahrungen wiederum die nahe Verwandtschaft zwischen der Psychomotilität und den Willensvorgängen sowie deren Vorstufen. Mimik und Handlungsimpulse und Attitüden solcher Kranker erscheinen denn auch matt, schlaff, energielos. Während aber in den leichtesten Graden, zumal wenn die psychomotorische (und assoziative) Hemmung nur eine »partielle« ist, mehr die subjektiven Klagen der Kranken hervortreten als irgendwelche palpablen Störungen, sehen wir in höheren Graden die Hemmung eine so weitgehende sein, daß selbst ganz einfache Alltags-handlungen nur zögernd, absatzweise, gewissermaßen skandierend, nach

vielem Stimulieren und trotz alledem dann oft erst recht nur unvollständig zur Ausführung gebracht werden können; und in ganz schweren Graden ist auch das nicht mehr möglich, die Kranken sitzen, kauern, liegen, von den vegetativen Funktionsäußerungen und von der selbst bei schwerster Hemmung oft noch den tiefen Seelenkummer der ja meist zugrunde liegenden psychischen Depression erraten lassenden Mimik abgesehen, nahezu völlig äußerungslos, iniativlos, ohne Spontantriebe dahin; und wenn sie sich schon nach vielem Stimulieren vorübergehend ein bißchen aufzuraffen vermögen, kommen sie selbst in ihren Sprachleistungen über kaum merkbare Ansätze, ein leises, mühsames, frustantes Zucken der Finger oder der Lippen oder allenfalls ein oder das andere im Flüsterton gesprochene Wort und das hilflos flehende Umherwandern der traurig blickenden Augen kaum hinaus (depressiver Stupor). Außer dieser »primären« Hemmung gibt es auch eine »sekundäre«, das heißt die Hemmung auf psychomotorischem Gebiete ist bedingt durch dem Vorstellungsinhalt entsprechende traurige Gemütsstimmung, z. B. in den reaktiven Verstimmungen, die ja meist nur ein vergrößertes Abbild normalpsychologischer Parallelercheinungen darstellen; tritt ja doch schon unter normalen Verhältnissen der traurig Gestimmte nicht gern aus sich heraus und neigt er doch in solchem Fall zu stiller Bescheidung seines psychomotorischen Aktionsradius; auch besonders starke Affekte (namentlich Schreck!) und Emotionen jeder Art können hemmend auf die Willenssphäre und Psychomotilität einwirken (emotioneller Stupor, Examenstupor).

Das Gegenstück bilden die Zustände von Steigerung und von Erleichterung psychomotorischer Antriebe, deren Auseinanderhalten in praxi nicht immer leicht ist, zumal beides sehr häufig ineinanderfließt; nur mit dem Unterschiede, daß im Falle der einfachen Erhöhung der Bewegungsantriebe meist die Erregung einen mehr mechanischen Charakter an sich zu tragen pflegt und auch oft vom Bewußtsein als fremd, als zwangsmäßig empfunden wird, indes in Zuständen von Erleichterung der zentralen Auslösung von Willensantrieben und Bewegungsimpulsen meist die motorischen Effekte den Aspekt des Natürlichkeit an sich tragen und denn auch dem Gesamtbewußtsein als Bestandteil einverleibt scheinen. Demgemäß besteht bei den Kranken letzterer Art subjektiv sehr häufig das Bewußtsein erhöhter Kraft und auch erhöhter Gesundheit (dies wohl parallel mit entsprechenden Parästhesien im Bereich der Organgefühle), sowie ein Gefühl der Erleichterung der Willens- und Entschlußfähigkeit; insbesondere ist dies in den manischen Zuständen dieser Art — es gibt nämlich auch affektiv anders, z. B. ängstlich gefärbte — der Fall. Natürlich sind auch hier wiederum verschiedene Grade der Störung zu unterscheiden. In den leichteren manifestiert sie sich nur in einer erhöhten Geschäftigkeit, einem erhöhten Drange zu an sich noch geordneter Betätigung, es sei diese nun rednerischer, schriftlicher oder sonstwie immer handlungsmäßig gearteter Natur. Dabei pflegen die psychomotorischen Entäußerungen als solche in ihren Teilen wie in ihrer Gesamtheit in abnorm raschem Tempo abzulaufen, ihr Aktionsradius pflegt ein auffällig großer zu sein, und sehr gewöhnlich ist es, daß die einzelnen Bewegungsantriebe von den stürmisch nachdrängenden Hintermännern oder von Antrieben, die aus der Außenwelt herkommen, schon abgelöst werden, ehe sie einzeln schon zur Gänze abreagiert sind. Dabei bewahren die einzelnen Handlungen und Handlungsbruchstücke doch noch zunächst den Charakter des Geordneten, Zielstrebiges, sei es selbst Spielerisch-Scherzhaften (Betätigungsdrang); zumal ist das in manischen Zuständen der Fall. Wir haben alsdann auf willensmäßigem und psychomotorischem Gebiete ein Seitenstück der assoziativen

Ideenflucht vor uns. In höheren Graden der Störung oder aber in Fällen, wo es sich, wie in den katatonischen Zuständen, wesentlich nur um eine Steigerung der motorischen Erregung und nicht um eine einfache Erleichterung der Auslösung von Willens- und Bewegungsantrieben handelt, sehen wir dann reinen Bewegungsdrang in seinen verschiedenen Komponenten dermaßen hervortreten, daß er das ganze Zustandsbild dominiert; die Bewegungen sind dann oft ganz ungeordnet und sinnlos. Wir pflegen in Fällen, wo erhöhte psychomotorische Erregung aus krankhafter Ursache irgendwelcher Art die Szenerie beherrscht, von Tobsucht im weiteren Sinne zu sprechen. Es kann der Bewegungsdrang in seinen verschiedenen Komponenten — ist doch die Sphäre der Psychomotilität eine sehr ausgedehnte — in sehr verschiedenem Maße an der Störung partizipieren, z. B. kann ein isolierter sprachlicher Bewegungsdrang bestehen (siehe hierüber weiter unten); oder es kann umgekehrt ein ziemlich erheblicher allgemeiner Bewegungsdrang bei nicht stärker hervortretendem Rede- (und Schreib-)drang bestehen, ja es kann auf diesen letzteren Gebieten sogar Hemmung neben allgemeiner Erregung vorkommen. In den höchsten Graden psychomotorischer Erregung, sie mögen wie immer genetisch bedingt sein, lockern sich dann die festen Bande geschlossener und geordneter Bewegungskomplexe immer mehr. Die Innervationen werden stürmisch, ungeordnet, ungezügelt, fast ans Ataktische gemahnend, Maß und Ziel gehen verloren, der Charakter geordneten Redens und geordneten Handelns macht ziellosem Schreien, Fuchteln, wildem Gestikulieren Platz, so daß schließlich nur noch ein motorisches Chaos besteht von förmlich Selbstzweck gewordenen, keiner Mitteilung an andere, keinem sichtbaren Ziel mehr dienende Bewegungen und Bewegungskombinationen (Tobsucht im engsten Wortsinne). Es ist nur zu bemerken, daß bei der einfachen Steigerung der elementaren psychomotorischen Erregung die innere Unordnung schon in leichteren Graden der Störung zutage zu treten pflegt (wie in den Dämmerzuständen und in katatonischen Zuständen), indes in den Zuständen erleichterter Erregbarkeit (beziehungsweise Hemmungs-herabsetzung) derlei Störungen doch nur in den schweren Graden sich zu manifestieren pflegen und selbst da immer noch wenigstens in Spuren eine gewisse Natürlichkeit und Zielstrebigkeit sich verrät. Zu bemerken ist ferner, daß mit solcher Steigerung der motorischen Erregung bis zum Exzeß in der Regel eine gewisse Abnahme der Empfindlichkeit, und zwar sowohl der oberflächlichen, wie auch der tiefen, der Schmerz- wie der Ermüdungsempfindung Hand in Hand zu gehen pflegt. Oft scheinen daher die Kranken von besonderer Körperkraft, eben weil sie gegen Schmerz, Ermüdung u. a. so wenig empfindlich sind; und oft sind sie daher auch schlaflos und toben die Nächte hindurch bis zur tiefsten Erschöpfung.

Die qualitativen Abweichungen auf psychomotorischem Gebiete sind verschiedener Art. Es gibt einmal Fälle, wo die psychomotorischen Erscheinungen nach Intensität wie nach Art nicht im Einklange stehen mit Stimmungs- und Vorstellungsinhalt, wie das in der Norm und in bestimmten Fällen die Regel ist. Es gilt dies insbesondere von den schweren psychischen Dissoziationsprozessen, wie von der Paralyse, den epileptischen Dämmerzuständen, dem Myxödem und ganz insbesondere von der Schizophrenie; da eine sinnvoll geordnete Mimik und Geste nur unter zielvoller Oberleitung des psychischen Innenlebens möglich ist, so erhellt, daß unter solchen Verhältnissen auch Mimik und Handeln einen Zug ins Ungeordnete und Zufahrenne annehmen werden; besonders oft ist da ein jähes chaotisches Durcheinander von geordneten und ungeordneten Handlungsbruchstücken, von Hemmung und Erregung;

ja zuweilen ist es der Fall, daß irgendein Willens- beziehungsweise Bewegungsantrieb plötzlich durch einen Querantrieb abgelenkt oder getilgt wird, und es kann dies oft in ganz drastischer Form zum Ausdruck kommen, indem etwa der Handelnde in der gerade im Momente der Sistierung eingenommenen Teilphase der Handlung für die Dauer der Beeinflussung durch jenen Querantrieb verharrt, oder aber gar in völliger oder nahezu völliger psychomotorischer Regungslosigkeit, falls Querantriebe jede psychomotorische Aktion überhaupt lähmen; man spricht in solchen Fällen von Sperrung, im Gegensatz zur einfachen, im Grunde eine quantitative Störung darstellende Hemmung. Solches Durcheinander aller möglichen und selbst der am psychologischen Maßstab gemessenen inadäquatesten psychomotorischen Entäußerungen rechtfertigt den Namen intrapsychische Ataxie auch bildlich; wir wissen, daß wir darunter nicht nur das psychomotorische Chaos, sondern mit in vorderster Linie auch das Chaos innerhalb jeder einzelnen psychischen Sphären und in noch tieferem Sinne die Dissoziation in den Beziehungen, im Zusammenklänge zwischen ihnen zu verstehen haben. Sehr häufig sind in solchen Fällen geradezu ans Apraktische (siehe unten) und Aphasische gemahnende Entgleisungen, die Kranken handeln sozusagen an dem Ziele geordneter Aktion, dem sie zuzustreben schienen, vorbei (Vorbeihandeln, Parergasie); auch mimisch kommt Gleichartiges zum Ausdruck (Paramimie). Auf das Sprachliche angewendet, nennt man die Störung Vorbeireden, Paralogie, eine Störungsform, die uns ob ihrer ungemein großen praktischen Wichtigkeit später noch beschäftigen wird. Durch alle diese Phänomene gewinnt das Gesamtverhalten einen Zug ins Unnatürlich-Verschrobene, Uneinfühlbare, Unpsychologische; insbesondere trifft dies alles bei der Schizophrenie zu.

Eine ganz eigentümliche Art psychomotorischer Verschrobenheit stellen die Zustände anscheinend gesteigerter oder herabgesetzter äußerer Beeinflussbarkeit der Antriebe zu Willensakten dar. Im ersteren Falle kann es zu einer veritablen Befehlsautomatie kommen, die Kranken führen, ähnlich wie Individuen in der Hypnose, auf Geheiß Bewegungen und Bewegungskombinationen aus, wie es von ihnen verlangt wird, und besonders häufig ist es, daß sie jede beliebige, irgendeinem Gliede oder Körperteile erteilte Stellung bis zur Übermüdung beibehalten (Katalepsie); diese Katalepsie kann zuweilen ganz wunderliche lebende Bilder setzen, indem den Kranken fast wie Wachfiguren jede beliebige und selbst die abenteuerlichsten Posituren beigebracht werden können (daher auch der Name *Flexibilitas cerea*). Anscheinend das Gegenstück sehen wir im Negativismus: starres (nicht etwa, wie in der Angst z. B., intentionelles, sondern oft gar nicht irgendwie affektbegleitetes) Widerstreben gegen Aufträge, Antriebe oder sonstige Versuche, das Verhalten des Kranken von außenher zu beeinflussen; in der typischsten und einfachsten Form wird also jedem Versuche, den Körper oder einen Teil desselben von außenher in irgendeine Positur zu bringen, federnder muskulärer Widerstand entgegengesetzt. Wir erkennen in diesen Phänomenen unschwer das Wirken der Sperrungsmechanismen wieder, wie wir von solchen oben gesprochen haben.

Bemerkt sei, daß Katalepsie, beziehungsweise Befehlsautomatie und Negativismus sich keineswegs bloß auf das Gebiet verhältnismäßig einfacher psychomotorischer Leistungen beschränken, woraus man ersehen kann, daß es sich keineswegs um rein auf das Gebiet des Psychomotoriums begrenzte Phänomene handelt. Es gibt z. B. auch eine Art »gedanklicher« Katalepsie, das heißt, wir sind imstande, durch äußere Anregung in dem Kranken mit nahezu

photographischer Treue gleichartige assoziative Prozesse fast experimentell zu erzeugen, besonders auf dem Gebiete der sprachlichen Assoziation, so daß also der Kranke fast mechanisch, echoähnlich nachassoziert und nachplappert, was ihm von außenher vorgesagt wird, beziehungsweise was er von der Umgebung hört (Echolalie); man kann da oft die wunderlichsten Dinge erleben, z. B. echolalierte eine meiner Kranken, eine steinalte, gänzlich ungebildete Hausiererin, griechische Verse aus der Ilias und Odyssee fast lautgetreu, natürlich ohne jedes Verständnis nach, wie ich sie ihr vorsagte; es gibt aber über das sprachlich-motorische Gebiet hinaus noch komplizierte Echoerscheinungen, z. B. das mechanische Kopieren von Gebärden, Attitüden und Handlungen, die der Kranke in seiner Umgebung sieht (Echopraxie), z. B. erzählt ILBERG von einem Kranken, der lange Zeit mit vollkommen gleichem

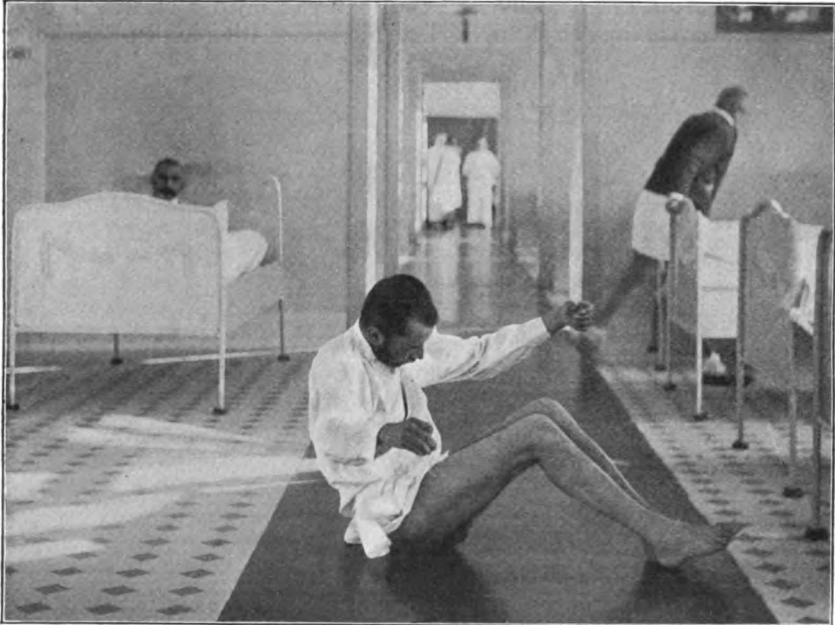


Fig. 1.

Katatonikerattitüde (Katalepsie).

Schritt hinter einem anderen Kranken im Hofe einer Krankenanstalt einherzuspazieren pflegte. Die Hauptdomäne all dieser Echosymptome ist, abgesehen von den organischen Hirnerkrankungen insbesondere die *Dementia praecox*. Auch der Negativismus kann in komplizierterer Form auftreten, sich etwa darin äußern, daß die Kranken in gewissem Sinne, unter Umständen auf Umwegen, geradezu immer das Gegenteil von dem tun, was äußere Aufträge oder die aus der Situation sich ergebenden Antriebe verlangen würden; so wie wenn etwa ein von Pilcz und mir beobachteter Kranker eine Zeitlang die Eigentümlichkeit zeigte, auf das Zimmerklosett gesetzt, niemals zu defäkieren, es aber jedesmal sofort zu tun, sowie er in sein Bett zurückgebracht worden war, sodann aufzustehen, sein beschmutztes Bett selber sorgfältig zu reinigen und sich nun wieder niederzulegen. Wir sehen also hier eine ziemlich hochgediehene Form von Negativismus. Negativismus und Katalepsie

verraten übrigens ihre innere Verwandtschaft nicht zuletzt auch durch ihr sehr gewöhnliches Nebeneinanderbestehen.

Eine gesonderte, wenn auch den Parergasien manchmal sehr ähnelnde Stellung nehmen die apraktischen (beziehungsweise parapraktischen) Handlungsstörungen ein. Es handelt sich bei den Apraxien um tiefergreifende, in der Regel auf organischer Hirnläsion beruhende (daher streng genommen eigentlich neurologisch zu wertende) Innervationsstörungen, bei denen man im Sinne LIEPMANNS, dem wir hier grundlegende Erkenntnisse verdanken, zwei Hauptgruppen auseinanderhalten kann. Einmal haben wir da die ideatorische Apraxie: bei erhaltener Motilität — es fehlen paretische und ataktische Störungen — ist der Bewegungsentwurf in verschiedener Weise gestört, und zwar durch allgemeine Störungen auf psychischem Gebiete, insbesondere solche agnostischer Art; die Bedingungen und Ausprägungen der ideatorischen Apraxie (GOLDSTEIN hat diese Dinge in lehrreicher Weise zusammengestellt) können demnach recht verschieden sein: der eine Kranke soll eine Zigarette anzünden, er streicht aber mit dieser statt mit einem Streichholz an der Reibfläche; ein anderer benützt die Schnurrbartbürste als Zahnbürstchen, u. a. m.; die Störung ist (auch lokalisatorisch) eine generalisierte, betrifft vornehmlich die komplizierteren Bewegungen, die (transitiven) Manipulationen mit Objekten, perseveratorische Einschläge sind ungemein häufig, stören oft unliebsam die sukzessive Prüfung der Kranken. Die motorische Apraxie (Apraxie im engeren Sinne) dagegen schließt das Bedingtsein durch agnostische und andere allgemeinere Störungen aus, hier ist — wieder bei intakter elementarer Motilität und Sensibilität — die zweckgemäße Bewegung der Glieder, wie sie zum Zustandekommen auch einfacher willkürlicher Handlungen (automatische Akte natürlich ausgenommen) erforderlich ist, gestört bzw. unmöglich; sehr gewöhnlich sind da die einfachen (intransitiven, objektlosen) Bewegungen betroffen, die Kranken zielen daneben beim Faustschließen, ja bei intendierten Zungenbewegungen oder beim Husten, Mundspitzen u. dgl., machen das alles sinnlos oder unzweckgemäß, sie können solche Bewegungskombinationen auch nicht imitieren; die Störung ist zum Unterschiede von der ideatorischen Form eine mehr lokalisierte, funktionell (der klassische Fall LIEPMANNS konnte alles mit der linken Hand machen, was er rechts nicht konnte) wie anatomisch (linke Hemisphären- — bei Rechtshändern — bzw. Balkenläsionen kommen in Betracht). Auch andere, hier nicht näher zu schildernde Unterformen gibt es; außer LIEPMANN haben sich PICK, KLEIST, GOLDSTEIN, HEILBRONNER, BONHÖFFER, HARTMANN und viele andere Verdienste auf dem Forschungsgebiete erworben. Es gibt Symptome, von denen es zweifelhaft sein kann, ob sie mehr als (ideatorisch) apraktische oder mehr als automatische anzusehen sind; so eines, das man zumal bei schweren Verblödungszuständen (vorgeschrittenen Paralysen, Arteriosklerosen, Senilen und anderen) findet: das Aufsperrn des Mundes bei Annäherung irgendwelcher Gegenstände an das Gesicht, z. B. selbst brennender Zündhölzchen; es erinnert dieses Phänomen ganz an eine bei Kindern etwa im Beginn des zweiten Lebensjahres zu beobachtendes Phänomen, das Mundaufreißen bei Annäherung aller möglichen Gegenstände mit der Tendenz, sie zunächst einmal in den Mund zu bringen, so daß also bei schwerer Dekortikation, wie sie ja den organischen Verblödungsprozessen anatomisch zugrunde liegt, eine Art Herabgleiten auf tiefste Lebensstufen stattzufinden scheint; die Hauptdomäne dieser und ähnlicher Störungen sind denn auch alle jene Krankheitsprozesse, bei denen asemische, das heißt aphasische und andere verwandte Hirnherdsymptome (zu denen ja übrigens auch die Störungen der Eupraxie gehören) gewöhnliche Erscheinungen sind, also die organischen

Hirnkrankheiten. Zu bemerken ist nur, daß bei der *Dementia praecox* beziehungsweise Schizophrenie ganz ähnliche, symptomalogisch oft kaum unterscheidbare Störungen (siehe oben) auf psychomotorischem und übrigens auch auf speziell sprachlichem Gebiete (*Pseudapraxie*, beziehungsweise *Pseudaphasie*) vorkommen können; so benehmen sich Schizophrene bei Abwehr von Schmerzreizen oft auffällig ungeschickt.

Daß auch Zwangsvorstellungen und -befürchtungen nicht selten in Form von Willens- und psychomotorischen Akten ihre Umsetzung finden, versteht sich von selbst; es begreifen sich so gewisse Sinnlosigkeiten im Handeln mancher sonst vernünftiger Individuen, insbesondere viele Pedanterien und kindische Angewohnheiten (vielleicht auch, worauf glaublich FREUD einmal hinwies, manche Überzeremoniosität bei religiösen Kulthandlungen); die Zwangsimpulse im engeren Sinne (*klepto-*, *pyro-*, *poriomane* u. a.) setzen natürlich kompliziertere, nicht als solche, sondern in ihrer Motivierung abnorme Handlungen; einfacher strukturiert, aber schon ins Gebiet der Neurologie fallend, sind andere Zwangerscheinungen, wie das Zwangslachen und -weinen der Pseudobulbären und bei multipler Sklerose, sowie Tics, Chorea und Athetose.

Eine gesonderte kurze Besprechung unter den psychomotorischen Störungen erfordern die Störungen des sprachlichen und schriftlichen Ausdrucks. Sprachlicher und schriftlicher Ausdruck stehen ja unter den psychomotorischen Äußerungen an Wichtigkeit unzweifelhaft voran und gestatten uns den allertiefsten Einblick in das Seelenleben; aus praktischen wie aus physiologisch-anatomischen Gründen kommt ihnen daher innerhalb unseres Kapitels eine Sonderstellung zu.

Sehen wir von den dysarthrischen Störungen der Sprache, die ja neurologischer Natur sind, ab (was davon psychiatrisch wichtig ist, wird uns weiter unten im Abschnitte über die körperlichen Störungen bei den Psychosen beschäftigen), so stoßen wir zunächst auf die schon wiederholt erwähnten aphasischen Störungen. Es handelt sich hier um Störungen des sprachlichen Ausdrucks von der Art, daß zwar einerseits das Perzipieren und andererseits das Artikulieren von Lauten, wenigstens *potentia* möglich ist, während Sprachverständnis oder aber Sprachausdruck, beziehungsweise beides (je nach der Spezialform) gelitten haben. Die klassische Scheidung in sensorische und motorische Aphasie besteht, soweit die Funktion in Betracht kommt, noch immer zu Recht; und also reden wir von sensorischer Aphasie dann, wenn in erster Linie das Sprachverständnis gelitten haben und die Störung im sprachlichen Ausdrucke dadurch bedingt ist; und reden wir von motorischer Aphasie, wenn bei erhaltenem Sprachverständnis das expressive Sprechen mehr oder weniger schwer gestört ist. Soweit die Funktion in Betracht kommt, besteht das aus der Neurologie her bekannte WERNICKE-LICHTHEIMSche Schema in der Hauptsache auch heute noch zu Recht; anatomisch freilich liegen, wie wir ja heute wissen, die Dinge weitaus komplizierter. Was wir absolut sicher wissen und was für den praktischen Psychiater unter Umständen von wesentlichem Belange ist, das ist die Tatsache, daß Läsionen des rückwärtigen Anteiles der linken oberen Schläfewindung (WERNICKESche Stelle) das Wortverständnis schädigen, beziehungsweise aufheben, während Aufhebung der expressiven Sprache in erster Linie an Läsionen im Fuße der untersten linken Stirnwindung (BROCASche Stelle), die demnach der WERNICKESchen Stelle schräg gegenüberliegt, gebunden ist (diese Linkskalisation bezieht sich natürlich auf Rechtshänder). Dagegen ist das gegenseitige Verhältnis der sogenannten »kortikalen« zu den sogenannten »sub«- und »transkorti-

kalen« Aphasieformen, soweit anatomische Lokalisationsfragen in Betracht kommen, immer noch Gegenstand intensiver, aber keineswegs völlig abgeschlossener hirnpathologischer Forschungen, ganz ebenso wie die Wechselbeziehung aller dieser Störungen zu den agnostischen Erscheinungen. Sicher ist, daß es Aphasien gibt, die diesen klassischen Typen entsprechen. Beim subkortikalen sensorischen Typus ist das Sprachverständnis (man begreift den Terminus »Worttaubheit«), Nachsprechen und natürlich auch Nachschreiben aufgehoben, Spontansprache intakt, ebenso die Schrift und das Lesen (also überhaupt die »innere« Sprache). Beim kortikalen sensorischen Typus treten zum Unterschiede vom vorigen die Störungen der inneren Sprache stärker hervor, woraus sich Störungen der Sprache und Schrift ergeben (Paraphasie bzw. Paralexie und Paragraphie); beim transkortikalen sensorischen Typus ist das Sprachverständnis zwar schwer gestört und ebenso die Spontansprache und die innere Sprache (Para-Störungen, inneres Verständnis des Gesprochenen, Geschriebenen, Gehörten beeinträchtigt), das Kopieren und Nachsprechen dagegen auffällig gut, sogar zuweilen eine gewisse Echotendenz. Bei den »sensorischen« Störungen ist nicht selten ein gewisser Rededrang (Logorrhöe) zu beobachten. Von den korrespondierenden motorischen Sprachstörungen haben wir als wichtigste Formen zu unterscheiden: eine subkortikale motorische Aphasie, bei der Spontan- und Nachsprechen aufgehoben oder schwer gestört sind, die Funktionen der inneren Sprache aber (Lesen, außer natürlich Lautlesen, Schreiben) und vor allem Sprachverständnis intakt; eine kortikale motorische Aphasie, bei der dazu noch der expressive Anteil der inneren Sprache (speziell Schreiben) aufgehoben, beziehungsweise gestört ist, sonst im allgemeinen das Bild wie bei der früheren Form; und eine transkortikale motorische, bei der willkürliche Sprache und Schrift vor allem gestört sind, sonst äußere und innere Sprache ziemlich intakt. Im allgemeinen besteht bei den motorischen Aphasien weniger Rededrang, dagegen meist mehr Affekt als bei den sensorischen, und es ist in einem gewissen (freilich nur relativen) Gegensatz zu den sensorischen die Paraphasie, wenn vorhanden, bei den motorischen eine nicht nur verbale, sondern je nach dem Grade der Störung auch syllabäre oder sogar literale; im Affekt leistet aber der motorisch Aphasische oft erstaunlich Besseres; auch der interjektive und der musikalische Ausdruck ist oft intakt, es besteht keine »Amusie«. Bei beiden aber können durch die vorhandene Sprachstörung beziehungsweise Paraphasie oft sprachliche Neubildungen zustande kommen (Jargonaphasie), häufig von kontaminatorischem formalen Aufbau. Wir haben hier nur die für den praktischen Irrenarzt wichtigsten Fälle herausgegriffen; es gibt noch ganz andere, zum Teil strittige Typen, wie die »Leitungs-«, die »optische«, die »taktile« Aphasie; bei den beiden letztgenannten Typen erkennt man klar die Beziehung zu bestimmt charakterisierten Agnosietypen, wie zur Seelenblindheit, und zu anderen großhirnpathologischen Sehstörungen, unter denen die »Alexie« bekanntlich eine besondere Rolle spielt, beziehungsweise ebensolchen Körperfühlsstörungen. Bemerkenswert sei, daß alle abgehandelten Formen trotz ihrer anatomischen Benennung nicht so sehr anatomisch als funktionell zu verstehen sind, und es ist da sehr bemerkenswert, daß schwere oder frische Formen sehr häufig zunächst »subkortikalen« oder »kortikalen« Charakter besitzen können und in der Rückbildung dann transkortikalen annehmen. Die transkortikalen Formen nähern sich wiederum sehr den Zuständen allgemeiner psychischer Schwäche. Ein Gleiches gilt von den sogenannten amnestischen Aphasien, bei denen die Störung in einem Ausfall von Wortklang- oder optischen Wortbildern besteht, also als

Erschwerung, beziehungsweise Aufhebung der »Wortfindung« sich äußert. Gerade diese letzteren sind in der Psychiatrie besonders häufig, zumal bei den psychischen Schwächezuständen, insbesondere den mit Gedächtnisstörung einhergehenden (senile, arteriosklerotische, epileptische), die Grenzen gegen die Demenz ebensowenig immer leicht zu ziehen wie jene gegen die sensorische Aphasie, und oft fehlen in derlei Fällen greifbare zerebrale Herderscheinungen.

Man ginge fehl, wollte man vermuten, daß sich alle diese Formen zerebraler Sprachstörung in praxi immer scharf voneinander abgrenzen lassen, von den typischsten Fällen abgesehen. Vor allem ist wichtig, zu wissen, daß die Mehrzahl wenigstens der vom Psychiater zu beobachtenden Aphasien gemischt sind, daß sich sensorische und motorische, »sub-« und »transkortikale« und »kortikale« Elemente darin mengen; noch mehr bezieht sich dies auf die zeitliche Aufeinanderfolge; in den Finalstadien der schweren organischen und zumal der Verblödungsprozesse sehen wir sehr häufig dauernde Totalaphasien von sensorisch-motorisch gemischtem Charakter; leichtere Grade von Daueraphasie pflegen transkortikal-sensorischen oder amnestischen Charakter zu tragen. Notieren wir noch, daß, wie sich aus der hirmpathologischen Lokalisation zwanglos ergibt, die Einzelercheinungsform einer aphasischen (und agnostischen) Störung sehr wesentlich von der Individualanlage abhängen wird: wer vorwiegend optisch denkt, wird bei Occipital-, beziehungsweise Scheitellappenerkrankung viel schwerer geschädigt als wer vorwiegend auditiv oder motorisch gedanklich arbeitet, und vice-versa, was wieder zumal beim Lesen zutage treten wird; bei der erdrückenden Mehrzahl der Menschen sind Sprechen, Lesen und Schreiben (weit mehr als jede andere psychomotorische Leistung) von optischen, akustischen und motorischen Impulsen in gleicher Weise und in innigster Durchdringung abhängig, woraus sich die Störungen und Komplikationen schon bei »einfachen« und umschriebenen Erkrankungen erklären.

Wie bereits angedeutet, sind aphasische Störungen in der Psychopathologie ein sehr häufiger Befund; sie finden sich in der Regel neben anderen Herdsymptomen. Als vorübergehende Störungen finden wir sie am gewöhnlichsten in den an epileptische Anfälle anschließenden, kurzdauernden Verworrenheitszuständen; psychische Störungen im unmittelbaren Anschlusse an Hirnblutungen oder an frische Erweichungen gehen natürlich gleichfalls oft mit temporären Aphasien einher, die sich nachher ganz oder teilweise zurückbilden können; unter den Herderscheinungen der progressiven Paralyse spielen auch aphasische Störungen eine große Rolle, in den früheren Stadien sind sie wie die anderen Herderscheinungen sehr oft rückbildungsfähig, zumal wenn sie Teilsymptome paralytischer Anfälle darstellen: es kann da vorkommen, daß binnen wenigen Stunden ein fast völliger Ausgleich erfolgt; weiterhin finden sich mehr oder weniger akut entstandene und entweder transitorische oder den Einzelfall bis zum tödlichen Ausgang begleitende Aphasien bei den akuten diffusen Hirnaffektionen toxischer oder toxisch-infektiöser Genese, insbesondere bei den Meningitiden und den toxischen Delirien verschiedener Art (Urämie, Delirium tremens und andere); dann aber gibt es auch chronische, beziehungsweise Dauerformen von Aphasie; hierher gehören vor allem jene bei den chronischen diffusen Rindenerkrankungen, vor allem bei den senilen, bei denen neben sensorischen vor allem amnestische Störungen in den Vordergrund treten (hier zeigt sich besonders oft ein fast fließendes Übergehen von Aphasie und Demenz); in weiterer Folge sind zu erwähnen die arteriosklerotischen Geistesstörungen, zumal die mit ausgesprochenen Herderscheinungen einhergehenden (es gibt übrigens auch

diffuse senile Atrophien mit herdförmig stärkerer anatomischer Krankheitslokalisation, die dann besonders ausgesprochene Herdsymptome setzen); dann gibt es Hirngeschwülste mit deutlich markierter Aphasie, je nach der Lokalisation und mit Erscheinungen von Psychose; schließlich interessiert uns noch, daß auch im Zuge der progressiven Paralyse, ähnlich wie andere Herdsymptome auch die Aphasien zuweilen nicht, wie es sonst meist der Fall zu sein pflegt, flüchtiger Natur sind, sondern persistieren, sei es nach den paralytischen Anfällen, sei es, was ganz besonders ins Gewicht fällt, in den Endstadien der Krankheit (vgl. oben); es gibt übrigens, was schon hier erwähnt zu werden verdient, Paralyse, bei denen die Herdsymptome geradezu im Vordergrund stehen (sogenannte atypische oder LISSAUERSche Paralyse). Bemerkenswert sei, daß Aphasie, zumal sensorische, eine gewisse Desorientierung bewirkt, namentlich im Beginne; dies und das sprachliche Chaos erklären die nicht seltene Verwechslung von Aphasie und Verwirrtheit.

Wir haben an dieser Stelle noch einen summarischen Rückblick auf die mehrfach angezogenen, als agnostisch zusammengefaßten Störungen zu werfen, wie sie sich ergeben, sobald Sinneseindrücke von der Psyche nicht mehr verständnisvoll verarbeitet werden können; ein Spezialfall ist gegeben in der Worttaubheit; es gibt auch eine weitergehende Störung (Seelentaubheit), wobei eine völlige Verständnislosigkeit für Gehörseindrücke besteht (doppelseitige Schläfelappenaffektion); Seelenblindheit etabliert sich in der Regel bei doppelseitiger Occipitallappenaffektion, Alexie (Schriftblindheit) bei Affektionen des linken Hinterhauptlappens bzw. Gyrus angularis. Ganz schematisch darf man sich freilich diese noch vielfach der Klärung bedürftigen Dinge nicht vorstellen. Wir finden diese Symptome nicht selten unter den nämlichen Bedingungen und vergesellschaftet mit aphasischen und apraktischen und diese dadurch komplizierend, die Reinheit des Bildes trübend; darum haben sie nicht nur für den Neurologen und Hirnpathologen, sondern auch für den Psychiater ein gewisses Interesse. Der hier getane zusammenfassende Rückblick umfaßt keineswegs alle Winkel dieses noch emsig durchforschten Gebietes, in dem es noch interessante Detailfragen in Menge gibt; erwähnt sei nur das Problem der Selbstwahrnehmung asemischer Ausfälle: bei motorisch (oder gemischt) aphasischen und bei apraktischen trifft man nicht selten auf »Krankheitsbewußtsein«, wo es der Allgemeinzustand (Demenz) nicht etwa ausschließt; bei gewissen Agnosien, z. B. Seelenblinden, ist das aber keineswegs immer der Fall (ANTON, REDLICH-BONVICINI u. a.), es kommt wohl auch da sehr viel auf den psychischen Allgemeinzustand bzw. den zu grunde liegenden anatomischen Krankheitsprozeß an, und es ist im allgemeinen um so mehr »Einsicht« zu erwarten, je herdförmiger die Affektion ist und je weniger der restliche Kortex, zumal in den frontalen Hirnpartien, betroffen ist.

Höher geordnet als die aphasischen Störungen, die ja streng genommen neurologischer Natur sind, allerdings hart an der Grenze des Neurologischen und Psychiatrischen stehen und daher schon hier abgehandelt wurden, sind die im engeren Sinne psychisch bedingten Störungen der Sprache, die ihrerseits, wie schon mehrfach angedeutet, in enger Korrelation zu den korrespondierenden Störungen auf allgemein psychomotorischem Gebiete stehen. Wir können also auch auf dem Gebiete der sprachlichen Willensantriebe Hemmungs- und Sperrungsphänomene finden, ganz genau so wie auf dem Gebiete der Psychomotilität überhaupt, und auch hier alle Grade, von den leichtesten Erschwerungen der Antriebe zu Sprachimpulsen bis zu völligem Erlöschen oder Durchkreuztwerden solcher, wodurch psychisch

bedingte Stummheit (Mutazismus) gesetzt wird. Auf der entgegengesetzten Seite steht einmal Erleichterung der Sprachantriebe und deren Folge ist dann in der Regel ein sprachlicher Betätigungs-, Mitteilungsdrang, bei dem, selbst wenn monologisiert wird, im Tenor der sprachlichen Entäußerungen doch der echt und ungekünstelt aufs Dialogisierende sich zuspitzende Charakter der Rede gewahrt bleibt; indes der Begriff Rededrang auch solche Formen umfaßt, bei denen ohne Rücksicht auf das Wie und das Was des Gesprochenen lediglich ein Drang zu sprachlicher Exspektoration besteht, in der Regel als Folge gesteigerter Erregung. Wir finden demgemäß den Mitteilungsdrang wesentlich in Zuständen, die von einer Erhöhung positiver Gefühle und Stimmungen beherrscht werden, also vor allem in den manischen oder aber in den von Angst dominierten Zuständen, in denen ja auch vielfach ein lebhaftes Anklammerungsbedürfnis an Menschen und speziell Arztbedürfnis besteht; das Inhaltliche pflegt hier in der Regel sinnvoll zu sein, sei es auch von rasch wechselnden Obervorstellungen beherrscht; nur bei extremer Ideenflucht kann es zu schweren formellen Störungen des Gesprochenen, zur Bildung von Reihen rein klanglich miteinander verwandter Assoziationen und selbst zu Kontaminationen und schließlich zu völligem Agrammatismus (Verlorengehen grammatikalischer Satzfügung, Aneinanderreihung von Einzelwörtern ohne solche) kommen. Rededrang mit sinnlosem Inhalte des Gesprochenen hingegen treffen wir vor allen Dingen in schweren motorischen Erregungszuständen an, insbesondere aber bei Katatonie, das Inhaltliche des unter solchen Umständen sprachlich Produzierten pflegt sich hier sehr vielfach, außer durch auffällige Unsinnigkeit oder durch ein chaotisches Gemisch von Sinn und Unsinn, auch durch grobe Störungen im formalen Aufbau selbst bei geringradigerem Rededrange zu kennzeichnen (siehe unten).

Wir wenden uns zu einer Reihe ganz eigenartiger sprachlicher Störungen, die gerade auch im katatonischen Rededrang sehr häufig sind und deren Vorhandensein anscheinend hauptsächlich durch die Ausschaltung des Dominierens von Leitvorstellungen bedingt ist. Ein Fall, der unter normalen Verhältnissen sich gelegentlich ereignet, wenn aus zufälliger oder (Experiment) mit Absicht herbeigeführter Konstellation die Aufmerksamkeit von dem Inhalte des Gesprochenen abgelenkt wird; ein Fall, der aber gerade auch dann eintreten wird, wenn der innere Zusammenhang zwischen Vorstellen und Aufmerksamem und motorischem, also auch sprachlichem Ausdruck aus krankhafter Ursache gelitten hat, wie das vor allem infolge der Störung aller gegenseitigen inneren Neuerungen, der intrapsychischen Ataxie bei der Schizophrenie der Fall ist. Wir sehen in solchen Fällen, wie der sprachliche Ausdruck an dem virtuell zu postulierenden Ausdruck gleichsam vorbeizieht, wie also vorbeigeredet (paralogiert) wird. Insbesondere tritt diese Störung in klassischer Eigenart bei Antwortreaktionen auf Fragen zutage. Gerade darum kann man von einem Vorbeiziehen, Abgleiten sprechen, und das ist besonders charakteristisch, weil bei der Wahl der Worte oft deutlich zum Vorschein kommt, daß es sich nicht etwa um ein Mißverstehen der Frage handelt, da die Antwort vielfach deutliche assoziativ-inhaltliche Beziehungen zum Sinn der Frage erkennen läßt; und dabei braucht keineswegs Ideenflucht zu bestehen; ein Beispiel: ein Kranker, früher Finanzwachbeamter, antwortet auf die Frage, was ein Säugetier sei: »ist eine Kuh, zum Beispiel ein Geburtshelfer« (also eine deutliche assoziative Beziehung zu der vorauszusetzenden richtigen Antwort, nur daß an diese gleichsam bloß angestreift, an ihr vorbeigeglitten wird). Versuche und Beobachtungen haben ergeben, daß diese formalen Sprachstörungen mit jenen beim physiologischen Versprechen und bei

Aufmerksamkeitsentspannung sowie mit den Sprachstörungen im Traume eine sehr enge Verwandtschaft im Aufbau zeigen, was sich ja unschwer verstehen läßt.

Ganz eigenartige Sprachgebilde kommen zustande, sobald längere und insbesondere von den Kranken spontan produzierte sprachliche Duktus von der hier besprochenen Störung beherrscht werden. Insbesondere im katonischen Rededrang finden wir derlei häufig, und recht treffend nannte man solche sprachliche Produkte »Wortsalat«; sehr gewöhnlich sieht man als Bestandteil solcher Duktus perseveratorische Reihen chaotisch durchmengt mit ideenflüchtigen Brocken und vor allem mit Verschmelzungen und Verdichtungen von Worten und Sätzen (Kontaminationen); ein typisches Beispiel einer Kontamination im physiologischen Versprechen (nach MERINGER und MAYER): »ich kann nicht zwei Fliegen zugleich dienen«; bei einem Hebephrenen (auf die Frage, was das sei, die heilige Jungfrau): »der Wandel eines Fräuleins«; in beiden Fällen ist die Verschmelzung aus zwei zugleich anklingenden, durchsichtigen Assoziationsreihen klar; Sätze oder Satzbruchstücke von oft ganz sinnlosem Inhalte werden immer wieder gekäut (Verbigeration); so brachte eine u. a. auch von mir beobachtete Kranke (übrigens keine Dementia praecox) wochenlang ununterbrochen immer wieder vor: »Gebt's mir a Brot, a Brot gebt's mir, gebt's mir a Brot« usw.*).

Über diesen Störungen stehen schließlich noch jene Störungen des sprachlichen Ausdrucks, die mit dem Benehmen und Handeln und der Gesamtpersönlichkeit im höheren Sinne, beziehungsweise mit deren Störungen korrespondieren. Wir erinnern nur an die früher schon abgehandelte Umständlichkeit und Weitschweifigkeit mancher Kranker, die ja vor allem sprachlich zum Ausdruck kommt, worüber wir uns bereits an früherer Stelle ausgelassen haben; aber auch die Unbeständigkeit und Ablenkbarkeit Manischer, die Hinterhältigkeit Paranoischer, das mehr oder minder aufrichtig gemeinte Pathos der Hysterie, alle diese Dinge kommen vor allem sprachlich zum Ausdruck. Wir erwähnen schließlich auch noch die Anomalien und Störungen im Rhythmus und im Tonfall der Sprache, wie sie sich bei Schizophrenen so häufig finden; sie sind zum Teil freilich mehr dysarthrischer Natur, wie bei Schwachsinnigen, Paralytikern, bei anderen organischen Hirnaffektionen usw.

Der schriftliche Ausdruck spiegelt in seinen Störungen jene des sprachlichen getreu wieder. Speziell entspricht der Aphasie die Agraphie, beziehungsweise die gleichsinnigen Parastörungen; aber auch die anderen Sprachstörungen haben ihre Parallelen auf dem Gebiete der Schrift; so kommt die Hemmung sprachlicher Impulse sehr häufig auch in geringerem Schreibdruck, in zarterer Strichführung, in engerer Aneinanderreihung der Lettern zum Vorschein, während bei psychomotorischer Erregung das Gegenteil von alledem statthat, wie es insbesondere schön in den Schriftstücken Manischer zum Ausdruck gelangt: der Gegensatz zwischen der kleinen, schwachen, schüchternen Schrift Melancholischer und den großen, kräftigen, anspruchsvollen, im weiteren Schreiben immer stürmischer in die Zügel schießenden Zügen Manischer ist überhaupt äußerst charakteristisch. Auch im Inhalt kommen natürlich diese Gegensätze zur Geltung. Bei Schizophrenen treffen wir wie im Gebaren, in der Mimik und in der Sprache, so auch in den schriftlichen Äußerungen auf ein chaotisches Durcheinander von Ordnung und Unordnung, der Schreibdruck wechselt fortwährend, ebenso wechselt die Gestaltung der Schriftzüge ungemein, sie sind oft bizarr und verschoben,

*) Im Kapitel »Schizophrenie« des speziellen Teiles werden konkrete Beispiele solcher »Sprachverwirrtheit« vorgeführt werden.

sinnlos verschnörkelt und maniert, und inhaltlich findet sich oft der schönste Wortsalat. Schließlich gedenken wir noch der gröberen Störungen, so z. B. der in den Schriften Paralytischer oft zum Ausdruck kommenden ataktischen und Gedächtnisstörungen (Verdoppelungen, Auslassungen usw.). Und die zuweilen ungeheuer weitreichenden Wahnideen Paranoischer klingen nicht ganz

Wien 22
1913.

Mein lieber Kaiser Franz Joseph I

Sich pfleibt für Hofe in dieses Lifer müssen
für aufpassen hinfür da für bei den Kaiserinnen
sich überall voracht dünden.

Sich pfleibt für wieder Linder Herzogin lassen
und Wüde hoch sein.

Sich Herzogin Boden sind Wien
daß sich für besser für oder da anders
haben sich so sehr pflichtig dargen
überall da Wien dardurch ist!

Mein pflicht ist nicht ein mal Welt dardurch
sich pfleibt zu 6 Lifer als die ist nicht nicht bringen
sich zu pflichtig thun. sondern mit jeder
sagen und dardurch.

Sich pfleibt sich nicht nicht nicht mit dliche
Plurimum mit dardurch dardurch
ger Galoch etc sind in dardurch.

Fig. 2.

Anfang eines Briefes (an den Kaiser) einer alten paranoischen (paraphrenischen) Kranken mit trotz ziemlich guter äußerer Ordnung (die Patientin ist meist in Freiheit und geht zeitweise einem Gewerbe nach) und Klarheit des Bewußtseins sehr weitreichenden Wahnideen (die Juden verfolgen sie, ihre Familie, den Monarchen, u. a. m.: Anspielungen in dem Schriftstücke deutlich zu ersehen; mangelhafte Orthographie aus dürtiger Bildung erklärbar).

selten auch in ihren Briefen an, namentlich in solchen an ihnen vertraute Personen. Manche Kranke, zumal anscheinend Schizophrene, bringen, was in ihrer Seele vorgeht, nicht selten auch in zeichnerischer Form zum Ausdruck, und es entstehen dann oft sonderbar verworrene, wenn auch nicht immer kunstlose Gebilde.



Fig. 3.

Zeichnung eines Geisteskranken (paranoide Schizophrenie); die absonderlichen Figuren nehmen symbolisch Bezug auf die verworrenen, verschrobenen Wahngelbde.

Endlich wollen wir noch der Pantomimik gedenken, des mimischen Spieles der Gesichtsmuskulatur und der Gebärdensprache, Dinge, die ja ebenfalls ins psychomotorische Bereich gehören und in engster Relation stehen zu den Gefühls- und Willensäußerungen. Wir brauchen hier nur schon früher an den verschiedensten Stellen Gesagtes zusammenzufassen und darauf hinzuweisen, wie charakteristisch die Mimik in den meisten Fällen insbesondere affektiver Störungen an dem Gesamtbilde zu partizipieren pflegt und eine wie gewichtige Nothelferin sie in solchen Fällen wird, wo uns ob des Versagens des sprachlichen Ausdrucks fast nur sie allein einen Einblick in



Fig. 4.

Schizophrene (verschrobene, gezwungene Posen und mimische Expressionen). (Sammlung der Wiener psychiatr. Klinik.)

das seelische Innenleben gestattet. Ein Gleiches wie von der Mimik gilt natürlich von der übrigen Gebärdensprache, die mit ihr zusammen ja die Pantomimik ausmacht. Notieren wir nur noch, daß auch auf pantomimischem Gebiete Hemmung und Erregung klar zum Ausdruck kommen; die bekümmerte Miene des Depressiven, die Energielosigkeit seiner mimischen Entäußerungen, seiner Gebärden auf der einen, die lebhaft ausdrucksvolle und ausfahrende Geste und Mimik des Maniakus auf der anderen Seite bilden charakteristische Gegensätze. Insofern in gewissem Sinne auch der Gang eines Menschen pantomimisches Ausdrucksmittel ist, kann man, wie dies MÖNKEMÖLLER und KAPLAN getan haben, sogar die Fußspuren (klein und zaghaft beim Melancholischen, weit und ausgreifend beim Manischen) zur differenziellen Charakteristik heranziehen. Bei den Verblöndungszuständen macht sich über kurz oder lang die allgemeine Initiativlosigkeit und Verarmung auch auf dem Gebiete der Mimik geltend, und dadurch erscheinen uns die Kranken über kurz oder lang stumpf, stier, blöde. Im schizophrenischen Chaos verrät auch die Pantomimik in recht charakteristischer Weise den psychoataktischen Zug, sie ist oft wunderlich verschroben, Heulen und Lachen gehen durcheinander, die Affektausdrücke entsprechen oft weder den Vorstellungs-, noch den Gefühlsausdrücken, sind dissoziiert, zerfahren, verschroben; die ganze Haltung und Geste solcher Kranker macht gerade ob dieser Störung oft einen unnatürlichen, gezierten, manierten Eindruck; oft werden gewisse Gebärden, u. a. selbst kompliziertere Handlungskombinationen, als z. B. solche turnerischer Art (Clownismus), stereotyp wiederholt, ohne jede greifbare Beziehung zum seelischen

das seelische Innenleben gestattet. Ein Gleiches wie von der Mimik gilt natürlich von der übrigen Gebärdensprache, die mit ihr zusammen ja die Pantomimik ausmacht. Notieren wir nur noch, daß auch auf pantomimischem Gebiete Hemmung und Erregung klar zum Ausdruck kommen; die bekümmerte Miene des Depressiven, die Energielosigkeit seiner mimischen Entäußerungen, seiner Gebärden auf der einen, die lebhaft ausdrucksvolle und ausfahrende Geste und Mimik des Maniakus auf der anderen Seite bilden charakteristische Gegensätze. Insofern in gewissem Sinne auch der Gang eines Menschen pantomimisches Ausdrucksmittel ist, kann man, wie dies MÖNKEMÖLLER und KAPLAN getan haben, sogar die Fußspuren (klein und zaghaft beim Melancholischen, weit und ausgreifend beim Manischen) zur differenziellen Charakteristik heranziehen. Bei den Verblöndungszuständen macht sich über kurz oder lang die allgemeine Initiativlosigkeit

Innenleben (Stereotypie, ein Seitenstück zur Verbigeration); oft wiederum werden, zumal im katatonischem Stupor und unter dem Einfluß der Sperrung Posen, Attitüden und einzelne mimische Innervationen starr festgehalten, wie z. B. der sogenannte »Schnauzkrampf«; kein Wunder, wenn das Verhalten solcher Kranker (meist sind es Schizophrene) als ein läppisches erscheint. Daß ferner komplette Gefühlsstumpfheit, wie bei Idioten, schweren Schizophrenen und schwer organisch verblödeten Kranken auch auf pantomimischem Gebiete zum Ausdruck kommt, versteht sich von selber; bei den letzteren verfließt oft die psychisch bedingte Schlawheit der



Fig. 5.

Paralytiker (schlaffe Mimik).

(Nach einer von Herrn Dr. V. F. SPITZER für weiland Prof. HIRSCHL aufgenommenen, mir freundlichst überlassenen Photographie.)

Miene mit der durch tiefersitzende Erkrankung bedingten mimisch-muskulären Lähmung in eins, wodurch der oft charakteristische Gesichtsausdruck des Paralytikers (schlaffe Gesichtszüge mit Andeutung von Facialisparesie) zustande kommt. Daß es schließlich auch pantomimische Störungen aus Affektion niedrigerer Neurone gibt, wissen wir aus der Neurologie (Chorea, multiple Sklerose, Pseudobulbärparalyse, Thalamuserkrankungen usw.); es können Lähmungs- oder Reizerscheinungen (wie das schon erwähnte Zwangslachen oder -weinen) sein; auch sie interessieren nicht selten den Psychiater; von den rhythmisch-stereotypieähnlichen Bewegungen mancher Idioten ist auch anzunehmen, daß sie in distaleren Neuronen ausgelöst werden.

Störungen des Benehmens und Handelns. Charakterologische Anomalien.

Die Störungen des Benehmens und Handelns stehen, wie wohl nicht erst näher erklärt zu werden braucht, in derart engen Beziehungen zu jenen der Willens- und psychomotorischen Sphäre, daß ihre Erörterung im engen Anschlusse an die Behandlung jener ebenfalls keiner näheren Begründung bedarf. Das Benehmen und das Handeln des Menschen, die Art, wie er sich gibt, wie er sich führt, in Gang, Miene, Diktion, äußerem Aufzug, in seinen Spontanregungen, wie in seinen Reaktionen gegenüber der Umwelt und in dem taktgemäßen Ineinandergreifen und Aufeinanderfolgen aller dieser Einzelercheinungen, in ihrer gegenseitigen Steuerung und in ihrem inneren Zusammenklang: dies alles stellt den äußeren Ausdruck seines gesamten psychischen Lebens in allen seinen Komponenten dar. Wenn wir gesagt haben, daß es sich hier um Dinge handelt, die in enger Beziehung zum Psychomotorium stehen, so handelt es sich doch ganz gewiß nicht um lediglich psychomotorische Phänomene, sondern es ist das Benehmen und Handeln eines Menschen Produkt des Mit- und Ineinanderarbeitens sämtlicher psychischer Funktionen, also auch abhängig von der individuellen Anlage, dem individuellen Charakter eines Menschen in allen seinen Details. Alles Dinge, die man sich für die Praxis, insonderheit für die zivile und forensische, sorgfältig merken muß, denn hier hat man ja vor allem den Menschen als Ganzes, und zwar nach seinem Handeln und auf seine Handlungsfähigkeit zu prüfen und zu beurteilen.

Das Benehmen und Handeln eines Individuums wird zunächst dann Störungen zeigen, wenn die Eutaxie innerhalb der psychischen Persönlichkeit selber Schaden gelitten hat, wenn also intrapsychische Ataxie besteht, wie vor allem in der Schizophrenie. Tatsächlich ist ja, worauf wir schon wiederholt hingewiesen haben, das Benehmen Schizophrener durch charakteristische Zerfahrenheit gekennzeichnet, seine einzelnen Bruchstücke pflegen ganz inkommensurabel zu sein, Ordnung und Unordnung, Sinnvolles und Unsinniges zeigen sich in der ganzen Attitüde, im ganzen Verhalten gegenüber der Umwelt, in allen Reaktionen, ja selbst in Kleidung und Aufzug bunt durcheinander gewürfelt. Aber nicht nur hier, sondern auch bei anderen, und zwar wesentlich organischen Erkrankungen zeigt sich das Benehmen und Handeln ähnlich gestört, nur daß alsdann neben den Störungen der Eutaxie auch Lähmungs- und Ausfallerscheinungen so deutlich zutage treten, daß das Bild durch sie die charakteristischste Note erhält. Angeborene Defektnaturen verraten sich ebenfalls in der ganzen Art ihres Gehabens, und das äußere Benehmen eines Schwachsinnigen oder eines Kretinen in seiner ganzen ungraziösen Plumpheit läßt oft schon für das Laienauge die Hemmung der geistigen Entwicklung klar werden; es sticht bei derlei Individuen nicht nur die Dürftigkeit der Antriebe zu selbständigen Handlungen und Reaktionen in die Augen, sondern die ganzen Manieren derselben erscheinen roh und ungeschlacht, wenig fein differenziert und abgewogen, insbesondere bei den torpiden Schwachsinnigen; in anderen Schwachsinnfällen freilich betrifft der Defekt mehr die höheren psychischen Hemmungen, so daß derlei Individuen sogar von einer gewissen pseudomanischen Überagilität sein können, freilich auf Kosten der Tiefe und Kritik, die sich regelmäßig schwer gestört zeigt (erethische Imbezille); und diesen Erscheinungen gehen jene auf den übrigen psychischen Gebieten meist parallel. Auch die Ungleichmäßigkeit und Haltlosigkeit degenerativer Persönlichkeiten manifestiert sich oftmals in ihrem äußeren Benehmen. Auch andere Formen geistiger Störung ver-

ändern übrigens jenes in ihrer eigenen charakteristischen Weise, je nach der Schwere der Krankheit in geringerem oder höherem Grade. In den depressiven Zuständen mit ihrer vorwaltenden Hemmung und ihrem herabgestimmten Selbstgefühl sehen wir sehr gewöhnlich auch das ganze Benehmen und Handeln diese Grundstörungen widerspiegeln, sehen diese Kranken sich in die Einsamkeit zurückziehen, sich »drücken«, scheu und timide vor der Umwelt flüchten; in den schwereren Graden leidet dann die äußere Ordnung, die Kranken vernachlässigen teils infolge ihrer Hemmung, teils infolge ihres herabgestimmten Selbstgefühls ihre ganze Haltung und Kleidung, ja die Körperpflege selbst; je mehr sich das Bild dem Stupor nähert, desto weniger sind dann die Kranken imstande, sich auch nur in primitiven Dingen selbständiger und geordnet zu führen, sie erscheinen unreinlich, ohne Spontanität, hilfs- und pflegebedürftig und daher sogar dem Laienauge bettbedürftig. Das Widerspiel davon sind die Manischen. Hier kommt die erhöhte Reizbarkeit und Ansprechbarkeit auf allen Gebieten, auch im ganzen Benehmen, zum Ausdruck. Die Kranken sind vielgeschäftig, unternehmungslustig, ruhelos, redselig, vorlaut, anmaßend, frech, die sittlichen Hemmungen oft bis zu völligem Ausfall herabgesetzt; in leichteren Graden sind die Kranken in ihrem äußeren Auftreten meist nicht merklich auffällig, nur sticht im Vergleich zu normalen Zeiten, dem gehobenen Selbstgefühl entsprechend, oft eine gewisse Putzsucht in die Augen, wobei, zumal bei Anstaltskranken, in Ermangelung besserer Hilfsmittel die einfachsten Mittel (Papierblumen, Maschen, Papierfetzchen und ähnliches) herhalten müssen; bei manchen Kranken dieser Art tritt eine gewisse malitiöse Bosheit zutage, ihr Tatendrang entlädt sich in Streichen, Übeltaten, Intriguen aller Art; bei anderen aber beherrscht eine gewisse euphorische Liebenswürdigkeit die Szene, sie leben und lassen leben, und da in leichteren Fällen die äußere Ordnung in keiner Weise merklich gestört zu sein pflegt, so erhellt, daß Kranke dieser Art Leuten, denen ihr früherer Zustand unbekannt ist, oft gar nicht auffällig erscheinen, ja sogar als besonders liebenswürdig, angenehm, klug und fast übergesund, wie sie sich selbst oft fühlen; in den schwereren Graden manischer Erregung leidet freilich die äußere Ordnung immer mehr und mehr, da die Kranken schon infolge ihrer Aufmerksamkeitszersplitterung sich gar nicht mehr Zeit nehmen können zur ordentlichen Besorgung selbst von Körperpflege und Toilette; auch fällt bei so hohen Graden von Ruhelosigkeit die Unbeständigkeit der Kranken auf, und kein ganz uncharakteristischer Zug ist die grobe Taktlosigkeit, die solche Kranke selbst in den einfachsten Situationen des täglichen Lebens an den Tag legen; hochgradig tobsüchtige Kranke sind auch äußerlich total ungeordnet, ihr Betätigungsdrang, wenn man da von einem solchen überhaupt noch reden kann, äußert sich vorwiegend in Zerstörungssucht, von der natürlich in erster Linie die Kleider am Leibe, da den Kranken zunächst zur Hand, betroffen werden; auch sind solche Kranke meist gänzlich unreinlich und so sehr maßlos und ungeordnet in allen psychomotorischen Entäußerungen, daß auch dem Laien das Bild der schweren Störung imponiert. Paranoische Kranke pflegen in ihrem äußeren Benehmen meist geordnet zu sein; nur wenn Halluzinationen die Szenerie beherrschen, zumal Gehörstäuschungen, pflegt sich ein prägnantes Bild zu ergeben, das auch Laien oft als ein krankhaftes imponiert: die Kranken führen, zumal wenn sie sich unbeobachtet glauben, lebhaftes Selbstgespräche von dialogisierender Färbung, sie legen oft eine Attitüde an den Tag, als führten sie ins Leere hinaus förmliche Telefongespräche mit imaginären Partnern; sehr charakteristisch für paranoische Individuen, wenn auch dem Laien oft nicht erkennbar, ist das Mißtrauen,

das sich in ihrem ganzen Wesen ausdrückt, das Ausweichende und Rückhältige im Gebaren, endlich eine gewisse Tendenz zu einem Sonderlingsdasein; in schweren Fällen paranoischer oder paranoider Bewußtseinsverfälschung mit vielen Sinnestäuschungen ist die zornmütige Erregung meist eine derart hohe und dauernde, daß auch die äußere Ordnung durchbrochen wird und mehr oder minder leidet.

Im speziellen Teil werden wir dann noch genauer darlegen, in welcher Weise andere Krankheitszustände das Benehmen mehr oder weniger charakteristisch ändern. Hier wollen wir nur noch einen Krankheitsbegriff von allgemeinerer Bedeutung definieren, der wesentlich ein charakteristisch gestörtes Benehmen und Handeln gewisser Kranken zum Gegenstande hat, den Begriff

»Delirium«.

Dieser Begriff ist insofern doppeldeutig, als er eine weitere und eine engere Auslegung gestattet. Die weitere Ausdehnung des Begriffes »Delir«, wie sie insbesondere im Französischen gebräuchlich ist (abgeleitet von *de limine*, das heißt jenseits der Grenze scil. der geistigen Gesundheitsbreite), beinhaltet ganz allgemein ein unter dem Einflusse psychischer Störung vor sich gehendes Benehmen und Handeln, und in diesem Sinne ist jeder Geisteskranke, insofern er als solcher handelt, delirant zu nennen (daher die im Französischen gebräuchliche Bezeichnung »*délire*« selbst für chronische paranoische und andere chronisch-psychotische Zustände ohne Störung äußerer Ordnung). In der deutschen Psychiatrie pflegen wir konventionell von einem »Delirium«, von »Delirieren«, von »delirantem« Gebaren nur dann zu reden, wenn Kranke in Zuständen mehr oder weniger getrübtens Bewußtseins aktiv im Sinne des krankhaften Geisteszustandes in krankhafter Form sich betätigen. Meist handelt es sich da um akute und vorübergehende Zustände, seltener ziehen sich delirante Bilder über längere Zeit hin. Es gibt natürlich je nach den verschiedenen Formen und Zustandsbildern sehr verschiedene Arten von Delirien, die sich auch äußerlich zu unterscheiden pflegen; die äußere Ordnung ist dabei, wie zumal oft in den epileptischen oder auch in manchen infektiösen Initialdelirien, manchmal auffällig wenig alteriert (sogenannte »geordnete« Delirien). Die populärste und zugleich eine der wichtigsten Formen des Deliriums ist das sogenannte *Delirium tremens* (»Säuferwahnsinn« im engeren Sinne), welches wir bei der Abhandlung des Alkoholismus genugsam kennen lernen werden und das sich durch den meist trivialen Inhalt der deliranten Erlebnisse in der Regel in ganz bestimmter Weise charakterisiert. Gleich hier muß gesagt werden, daß trotz aller Verschiedenheiten, wie sie in den klassischen Fällen vorkommen, delirante Bilder der verschiedensten Krankheitsfälle einander gleichwohl sehr ähnlich sein können; speziell ist das sogenannte »*Delirium acutum*« ein Sammelbegriff, der für eine Gruppe deliriöser Zustände, die den allerverschiedensten Psychosen angehören, in Gebrauch steht: es handelt sich da um Zustände psychomotorischer Erregung von bald stürmischerem, bald matterem Aspekt mit oder ohne Sinnestäuschungen, aber mit mehr oder weniger tiefer Bewußtseinstrübung und einem oft erschreckend rasch fortschreitenden körperlichen Kräfteverfall (Eintritt von Rückenlage bei Weiterbestehen einer dabei immer primitivere Formen — Flockenlesen usw. — annehmenden, in solchen Stadien an meningitische Delirien gemahnenden Agitation ohne Schlaftendenz), darum meist unaufhaltsam zum Tode, seltener zu Besserung und Genesung führend; solche Zustandsbilder treffen wir in schweren Erschöpfungs- und Infektionspsychosen, als Endstadium der Agitation bei galoppierenden Paralysen, in manchen letal endenden Fällen von

Katatonie, endlich in schweren toxischen Zuständen, sowie bei Hirnherd-erkrankungen und diffusen intrakraniellen Erkrankungen, speziell Hirnhaut-afektionen an; der Verlauf ist meist ein sehr rascher, ähnlich wie der Eintritt der ominösen Wendung, daher auch der Name stammt.

Wir wenden uns nunmehr noch den Anomalien des Charakters zu. Wir haben uns deren Erörterung absichtlich für diese Stelle aufgespart: erstlich, weil der Begriff »Charakter« in gewissem Sinne Inbegriff sämtlicher psychischer Funktionen eines Individuums darstellt und weil er andererseits in allerengster Beziehung zu der Willens- und psychomotorischen Veranlagung eines Individuums steht. Wir können unter dem Charakter eines Individuums die spezifische Art verstehen, in der sein Denken und Fühlen sich in Willensantriebe und Handlungen umzusetzen pflegt. Der Habitualcharakter bildet sich gewöhnlich erst von der Pubertätszeit an aus, bis dahin, also im Kindesalter, besteht auf charakterologischem Gebiete ungeachtet des gelegentlich schon da stärkeren Hervortretens gewisser Einzelzüge eine gewisse Labilität, und kennzeichnend ist höchstens das mehr oder weniger hemmungslose Vorwalten der niederen Triebe und Impulse.

Man pflegt, normale Verhältnisse vorausgesetzt, den Charakter eines Individuums in gereiften Jahren als etwas Einheitliches, Geschlossenes, Unabänderliches anzusehen, und bis zu einem gewissen Grade trifft das ja auch wirklich zu; allein eben nur bis zu einem gewissen Grade: die psychische »Reaktionsformel« eines und desselben Individuums unterliegt vielmehr konstellativen Schwankungen, insbesondere in Zuständen affektiver Emotion sind Streben und Handeln oft in einer von der Norm auffällig abweichenden Art anders gerichtet, das sorgsam abgestufte Zusammenspiel von Hemmungen und Antrieben intellektueller, affektiver, willensmäßiger und psychomotorischer Art, darin sich eben der Charakter manifestiert, funktioniert dann in ganz anderem Zusammenklang.

Unter pathologischen Verhältnissen wandelt sich sehr häufig je nach Art und Grad derselben temporär oder dauernd, stärker oder schwächer auch der Charakter. So in toxischen Zuständen, zumal im Rausche, dann überhaupt in Ausnahmzuständen; die ganze Reaktionsart des Individuums scheint da verändert, und hinterher stehen dem wieder »zusichekommene« Patienten seine Handlungen im Ausnahmzustande, selbst wenn er daran eine gewisse Rückerinnerung hat, völlig fremd gegenüber. Schwere Veränderungen des Charakters bringen die Phasen des manisch-depressiven Irreseins mit sich, zumal treten im manischen Stadium bei sonst gesitteten Personen oft Züge schwerer ethischer Depravation zutage. Sehr tiefgreifend sind die Charakterveränderungen in den chronischen Psychosen, namentlich den organischen: bei der Epilepsie, der progressiven Paralyse, den Psychosen des Greisenalters, den arteriosklerotischen Zuständen. Die Schizophrenie zerstört mit der Einheitlichkeit der Persönlichkeit auch den Charakter und zersplittert ihn in unregelmäßig flottierende und durcheinander funktionierende Bruchstücke. Die chronischen Vergiftungen (Alkohol, Kokain, Morphin und andere Alkaloide) führen meist zu schwerer, insbesondere auf moralischem Gebiete sich zeigender Charakterdefektuosität. Die genuinen psychischen Defektzustände und die psychopathischen Degenerationen manifestieren sich regelmäßig durch Daueranomalien auf charakterologischem Gebiete, zumal durch gewisse ethische Einbußen und Ungleichmäßigkeiten in der Charakteranlage. Der Charakter der Schwachsinnigen bleibt kindlich, unreif, unentwickelt, zumal bei auch sonst bestehendem Infantilismus (ähnlich bei früh kastrierten und kretinistischen Individuen). Bei moralischen Defektmenschen ist es gerade

der Charakterdefekt, der im Vordergrund des Bildes steht. Die sogenannten »höheren« Degenerierten (*dégénérés supérieurs*) zeigen bei relativ guter Intelligenz oft große charakterologische Ungleichmäßigkeiten, zumal oft eine erhebliche Haltlosigkeit und Willensschwäche. Hysterische kennzeichnen sich bekanntlich besonders durch ihre enorme Suggestibilität und Autosuggestibilität. Notieren wir schließlich noch, daß auch der sogenannte normale Charakter nicht etwas Eindeutiges und Einfachgeschichtetes ist, sondern daß auch da, wie wohl als allgemein bekannt vorauszusetzen ist, generelle, ethnische und individuelle Verschiedenheiten vorkommen: nichts anderes ist ja die Tatsache, daß es verschiedene Temperamente auch bei normalen Personen gibt, die freilich in sehr verkleinertem Maßstabe zuweilen an manche pathologisch veränderte Charaktere erinnern; und ist auch der Weg dahin noch ein sehr, sehr weiter, gewisse Misch- und Übergangsformen, zumal bei Psychopathen, zeigen uns auch da wieder die Wahrheit des zumal in der Psychiatrie Geltung habenden Satzes auf: *Natura non facit saltum*.

Körperliche Symptome.

Geistesstörungen sind, wie wir schon wissen, in vielen Fällen nur Teilerscheinungen, wenn auch ganz besonders charakterisierte Teilerscheinungen einer Gesamterkrankung des Organismus, in den ja die Psyche mit ihrem Organ unlösbar eingeschaltet ist. Kein Wunder also, wenn wir bei Geisteskrankheiten ganz gewöhnlich körperliche Krankheitszeichen der verschiedensten Art als Begleiterscheinungen registrieren. Man darf freilich auch nicht vergessen, daß das Gehirn seinerseits Symptome seitens der Körperlichkeit determinieren kann, sogar das Psychocerebrum (man denke nur an die Versuche PAWLOWS). Naturgemäß sind alle diese somatischen Erscheinungen in erster Linie solche neurologischer Natur; doch würde man fehlgehen, wollte man sich bei der Suche nach körperlichen Begleitsymptomen nur auf das Nervensystem beschränken, haben doch die letzten Jahrzehnte Forschungsergebnisse gezeigt, die so recht dartun, wie sehr gerade die praktisch wichtigsten psychischen Krankheiten sich als wenn auch dominierende Teilerscheinungen einer Allgemeinerkrankung erweisen; das gilt in erster Linie von der progressiven Paralyse und dem Kretinismus, bzw. den Myxödempsychozen; aber auch bei anderen Psychozen ergibt sich immer mehr das Zutreffende dieser These. Ein psychiatrisch-klinischer Status ohne einen wenigstens das Wesentlichste berücksichtigenden neurologischen und internen Befund ist demnach stets als ein Torso anzusehen.

Die Detailerörterung der körperlichen Störungen muß natürlich dem speziellen Teil dieses Buches vorbehalten bleiben; an dieser Stelle kann lediglich von der allgemeinen Rolle der körperlichen Symptome die Rede sein. Eine besondere Art körperlicher Begleitsymptome, die sogenannten Degenerationszeichen, werden wir des organischen Zusammenhanges halber an späterer Stelle besprechen. Eins sei hier einleitend hervorgehoben: das Exterieur des Kranken ist stets sorgfältig zu beachten! Kopfform, Gesichtsbildung, Körperbau, Ernährungszustand, Haut- und Schleimhautfärbung, Haare, alle äußeren Körperteile nach ihrem oft für eine Krankheitsanlage, einen Krankheitszustand, eine pathogenetische Konstellation (man denke etwa nur an die Vergiftungen) so kennzeichnenden Aspekt können uns sehr viel sagen, je nachdem, wie sie beschaffen sind. Hierauf werden wir im Kapitel über die Krankenuntersuchung nochmals zurückkommen.

Auf neurologischem Gebiete interessieren da vor allem zerebrale Herd- und in weiterer Folge spinale Erscheinungen. Ein Teil von den Krankheitssymptomen, die wir in einem der letzten Kapitel abgehandelt haben, wir meinen da speziell die aphasischen, apraktischen und agnostischen Erscheinungen, steht ja eigentlich sozusagen an der Grenze zwischen Psychischem und Neurologischem, und es ist diese Scheidelinie, wie ja schon an früherer Stelle angedeutet, keineswegs eine ganz scharfe, so daß es vielfach eine offene Frage bleibt, ob man ein Symptom der eben erwähnten Art lieber der psychischen oder der körperlichen Sphäre zurechnen mag. Doch kommen überdies auch andere Herdscheinungen sehr häufig in Betracht. Zunächst Nachbarschaftssymptome (sobald es sich um Lokalisationsfragen handelt), denn es gibt manche Gebiete der Hirnrinde (z. B. das Stirnhirn), deren Erkrankung mit einer gewissen Prädilektion psychische Störungen setzt; weiter aber kann das Auftreten von Großhirnherdscheinungen unter Umständen einen Hinweis nicht so sehr auf die Lokalität als vielmehr auf den klinischen Charakter eines Leidens abgeben: so klärt zuweilen das plötzliche Auftreten von halbseitigen Lähmungen oder Krämpfen oder anderen halbseitigen motorischen Reizerscheinungen (choreatische oder athetotische Bewegungen), sie seien nun vollständig oder nicht, über die Natur eines bis dahin zweifelhaften Krankheitszustandes auf, und insbesondere erhellt es oft die Differentialdiagnose zwischen funktionellen und organischen Geisteskrankheiten, speziell der progressiven Paralyse; ein Ähnliches gilt von dem Auftreten aller Arten dysarthrischer Sprachstörungen.

An dem letzten Beispiel können wir schon sehen, wie auch Symptome seitens des Stammhirns und seines Innervationsgebietes in der Psychiatrie unter Umständen eine bedeutsame Rolle zu spielen vermögen (gleichzeitig gilt dies vom Innervationsbereich des Sehnerven), in vorderster Reihe jenes der Augenmuskelnerven, besonders der inneren; speziell dem Verhalten der Pupillen nach Gestalt, Weite, Reaktionen und gegenseitigen Beziehungen kommt eine sehr bedeutsame Rolle zu. Dagegen tritt die Rolle der anderen Gehirnnerven — abgesehen von jenen, die der Sprachfunktion dienen — minder hervor. In erster Linie kommen Hirnnervenstörungen bei den auf syphilitischer Grundlage erwachsenden sowie bei den mit Polioencephalitis (Alkoholismus!) einhergehenden Fällen in Betracht.

Wenn wir bedenken, welche bedeutsame Rolle der Erblichkeits- und Anlagefaktor in der Psychopathologie spielt (darüber noch später), werden wir es begreifen, daß bei Psychosen auch nach Zeichen hereditärer, bzw. auf Anlage beruhender Nervenkrankheiten gefahndet werden muß, sobald man ein Krankheitsbild vor sich hat, bei dem die Möglichkeit eines degenerativen Ursprungs irgendwie in Frage kommt; und dies, wenngleich überraschenderweise die Kombination hereditärer Geistes- mit hereditären Nervenstörungen nicht so häufig ist, als man annehmen könnte.

Erscheinungen seitens des Rückenmarks wird man, von den eben erwähnten »degenerativen« Fällen abgesehen, vor allem bei den syphilitischen, metasymphilitischen und arteriosklerotischen Prozessen vermuten und suchen dürfen. Abseits stehen da natürlich die Fälle, wo sich zu einem schon früher bestandenen Hirn-Rückenmarks- oder Rückenmarksleiden eine Psychose hinzugesellt, Fälle, wie sie nicht gar zu selten den Psychiater interessieren. Bei den auf arteriosklerotischer und syphilitischer Basis vor allem erwachsenen Zuständen sind Lähmungs- und Reizerscheinungen aller Art, insbesondere Reflexanomalien (Herabsetzungen oder Steigerungen) und Kontrakturen, zumal in den vorgeschritteneren Stadien, nichts Seltenes; ähnliches gilt bezüg-

lich des Vorkommens von Koordinationsstörungen. Mastdarm- und namentlich Blasenstörungen aller Art sehen wir zumal bei Paralytischen, Tabischen, aber auch bei anderen, selbst zerebralen Herderkrankungen (gibt es doch nach MARBURG u. a. auch zerebrale Blasenstörungen).

Die peripherischen Nerven können im Gefolge einer Gehirn- bzw. Rückenmarkserkrankung, die sich mit Psychose verbindet, miterkranken, wie das z. B. bei der progressiven Paralyse der Fall ist; klinische Symptome brauchen diese Affektionen keineswegs im Gefolge zu haben, daher sie sich bei Lebzeiten oft der Kenntnis entziehen. Es gibt aber auch Erkrankungen der peripherischen Nerven, die im engeren Konnex mit Psychosen stehen. Insbesondere gilt dies vom KORSAKOFFSchen Symptomenkomplex, den wir nicht selten mit neuritischen (und übrigens auch polioencephalitischen!) Symptomen einhergehen sehen. Außerdem sind neuritische Symptome gelegentlich bei den Psychosen der Amentia-Gruppe (Toxämie!) und bei allen Formen toxischer, speziell alkoholischer Geistesstörung zu finden. Übererregbarkeit der peripherischen Nerven (CHVOSTEK'Sches Phänomen) findet man nebst anderen tetanieartigen Symptomen anscheinend nicht selten bei den Schizophrenien.

Die Rolle des vegetativen und in specie des sympathischen Nervensystems und der von ihm versorgten Organe und geleiteten Funktionen in der Pathologie der Geisteskrankheiten ist schon sehr lange bekannt, doch ist diese Kenntnis gerade durch neuere Untersuchungen auf eine gefestigtere Grundlage gestellt worden. So spielen in der Symptomatologie der Dementia praecox, wie es neuere Untersuchungen darzutun scheinen, Pupillenstörungen, bei denen der Sympathicus zum Teil in Frage kommt, eine sehr wesentliche Rolle. Von seiten des Gefäßsystems, welches ja auch vornehmlich unter der Herrschaft des Sympathicus steht, sehen wir namentlich in akuten Zustandsbildern ausgesprochene Erscheinungen, so insbesondere Veränderungen des Blutdruckes, der Gefäßspannung, des Pulsbildes, ja selbst der Herzbreite, doch fehlt es an vaskulären Symptomen auch in den chronischen Fällen nicht (Cyanose und Ödeme prominenter Körperstellen bei der Dementia praecox). Auch die Darm- und Schlingmuskulatur pflegt in ihrem nervösen Tonus in verschiedenen Zustandsbildern Veränderungen darzubieten; bekannt ist zumal das Daniederliegen der motorischen Magen- und Darmtätigkeit und des Tonus der Schlingmuskulatur in Depressionszuständen; allerdings fallen diese Dinge zum Teile aus der Domäne des Sympathicus heraus in das Gebiet des Vagus und anderer Hirnnerven.

An die Sphäre des sympathischen Nervensystems reiht sich die Tätigkeit einer Reihe drüsiger Organe, daher wir das Allgemeine über Störungen auf diesem Gebiete gleich hier anschließen. Vor allem ist hier der Geschlechtsorgane zu gedenken. Wir wissen, daß abnormes Funktionieren der Sexualdrüsen, zumal beim weiblichen Geschlechte möglicherweise (die neuesten Untersuchungen nach ABDERHALDEN-FAUSER u. a. würden darauf hinweisen) in der Ätiologie, sicher jedoch in der Symptomatologie der Psychosen eine bedeutsame Rolle spielt; wichtig ist da zumal die häufige Tatsache des Zessierens der Menses in akut psychotischen Zuständen, ihres Wiederauftretens vor einer, sei es günstigen, sei es ungünstigen Wendung der Krankheit; wichtig ist ferner der deutlich merkbare Einfluß, den die Menses sehr häufig auf ein schon bestehendes Krankheitsbild äußern. Der Menstruationsprozeß bzw. Ovulationsprozeß kann schließlich als solcher psychotische Bilder determinieren (Menstrualpsychosen), die übrigens klinisch keine Einheit darstellen. Minder eindeutig liegen die Verhältnisse beim männlichen Geschlechte. Jedenfalls aber kann es nach dem Gesagten nicht wundernehmen, wenn die Zeiten geschlechtlicher Umwälzung

(Pubertät, Klimakterium) auch auf seelischem Gebiete kritische genannt werden müssen und wenn Verkümmierungen oder Anomalien der Geschlechtsorgane auch auf psychischem Gebiete Entwicklungshemmungen und -abartungen determinieren (Kastraten; manche Formen von dysgenitalem Infantilismus).

Die Schilddrüse und die mit ihr in enger Wechselwirkung stehenden drüsigen Organe (übrigens stehen alle Drüsen mit innerer Sekretion untereinander in einem freilich einstweilen nur zum Teil näher bekannten Wechselverhältnis) interessieren den Psychiater ebenfalls aufs lebhafteste. Daß eine Gruppe von Geistesstörungen auf Erkrankungen der Thyreoidea beruht, ist allgemein bekannt (Myxödempsychozen und Kretinismus auf der einen, Basedow-Psychozen auf der anderen Seite); aber auch bei Psychozen, bei denen dieser Konnex nicht so eindeutig gegeben ist, kann man nicht so selten Schilddrüsen Symptome erheben: leichte Strumen und basedowide Symptome sieht man nicht so ganz selten in manischen Zuständen, und umgekehrt zeigen depressive zuweilen mehr oder minder entfernt einen Stich ins Myxödematöse; und neuerdings ward bei der Dementia praecox ein stärkerer Zerfall von Schilddrüsen Gewebe nachgewiesen.

Von der Bedeutung der Hypophyse werden wir insbesondere gelegentlich der Erörterung gewisser Wachstumsstörungen reden müssen; zunächst abgesehen von jenen lokalen intrakraniellen Erkrankungen, bei denen sie eine Rolle spielt und bei denen gelegentlich auch psychische Störungen vorkommen können. Störungen der Nebennierentätigkeit werden neuerdings in den Konzern der Sympathicusstörungen einbezogen, insofern sie in Beziehung gebracht werden zu Störungen im Äquilibrium des autonomen (Vagus-) und des sympathischen Systems der vegetativen Organinnervation, insbesondere zur Herabsetzung der Zuckerassimilationsgrenze in manchen depressiven Zuständen (RAIMANN, LAUDENHEIMER); daß neuerdings auch nach Störungen der Epithelkörperchenfunktion gefahndet wird, kann nicht wundernehmen; nachgewiesen ist in dieser Hinsicht übrigens noch nichts. Greifbare äußere Symptome setzen von allen diesen zuletzt erwähnten Drüsenstörungen unter freilich sehr verschiedenegearteten Bedingungen vor allem die hypophysären (akromegalische Symptome, Riesenwuchs, bitemporale Hemianopsie, Glykosurie); dahingegen sind die Erscheinungen von seiten der anderen hier aufgeführten Drüsen weit weniger prägnant und palpabel und zum Teil, wie schon angedeutet, auch ganz unsicher. Über die Rolle der anderen Organe mit innerer Sekretion, bzw. deren Bedeutung für die psychiatrische Symptomatologie wissen wir, von den Keimdrüsen abgesehen (siehe oben), noch wenig.

Sehr zahlreich sind die subjektiven nervösen Symptome. Schmerzen spielen in den verschiedensten Spielarten und Lokalisationen eine erhebliche Rolle, vor allem natürlich Kopfschmerzen, wie in den Psychoneurosen, im manisch-depressiven Irresein, bei der Arteriosklerose und bei der progressiven Paralyse; in den Depressions- und insbesondere in den Angstzuständen wird sehr häufig über Schmerzen in der Präkordialgegend geklagt, und man findet dann an der seitlichen Brustwand, etwa in der Gegend der Herzspitze, sehr gewöhnlich einen ausgesprochenen Druckpunkt. Aber auch andere und anders lokalisierte Schmerzen und Parästhesien sind nicht selten. Gewisse subjektive Schmerzsymptome und Reizerscheinungen weisen unzweideutig auf organische Veränderungen hin; wir nennen hier vor allem die so häufigen neuritischen Schmerzen der Alkoholiker. Notieren wir noch die häufige Druckempfindlichkeit der Augäpfel bei mit allgemein erhöhtem Hirndruck einhergehenden Prozessen, ein Phänomen, auf dessen zuweilen diagnostische (Meningitis!) Bedeutung v. WAGNER aufmerksam zu machen pflegt.

Nicht unerwähnt dürfen wir schließlich noch eine Reihe allgemeiner nervöser Erscheinungen lassen. So sind Tremores aller Art in den Psycho-
neurosen sehr häufig, dann bei den Vergiftungszuständen, namentlich beim
Alkoholismus in seinen verschiedenen Spielarten, endlich sehr gewöhnlich
bei der progressiven Paralyse; in den senilen und arteriosklerotischen Zu-
ständen sind die Zitter- und Schüttelphänomene bekanntlich besonders ge-
kennzeichnet (siehe auch oben). Von den tetanieartigen Symptomen war
schon die Rede, wir erinnern uns hier nur nochmals im Vorübergehen daran.
Tics sind ein gewöhnliches Zeichen gewisser Formen neuropsychopathischer
Veranlagung und finden sich daher bei degenerativen Zuständen und Psychosen
als Begleitsymptome nicht so ganz selten. Daß wir bei organischen (Herd-)
Psychosen Reizerscheinungen vom Charakter der Athetose und Chorea nicht
selten finden werden, ist selbstverständlich und hat auch bereits kurz Er-
wähnung gefunden. Die Chorea minor, der gewöhnliche Veitstanz, findet sich
bekanntermaßen, zumal bei jugendlichen Individuen, nicht selten mit Psychosen
vergesellschaftet. Alle anderen motorischen Reizerscheinungen treten an
Bedeutung zurück hinter den im speziellen Teile symptomatologisch zu
würdigen großen Krampfzuständen, die wieder ihrerseits in zwei
Gruppen zerfallen: die epileptischen bzw. epileptiformen und die
psychogenen bzw. hysterischen; es kommen übrigens, wie wir bei Er-
örterung der Klinik der Degenerierten noch sehen werden, auch Misch-
formen und »Zwischenformen« vor. Die epileptischen Krämpfe können
mehr oder minder getreu den sogenannten Jackson-Typus einhalten, d. h.
mehr isolierter Natur sein, und deutlich auf Hirnherdaffektion hinweisen,
also symptomatische, oder sie können, wie bei der eigentlichen »genuinen«
Epilepsie, generalisierte sein; übrigens haben die Forschungen der letzten
Jahrzehnte (REDLICH) dargetan, daß auch die »genuinen« Epilepsien der
JACKSONSchen bzw. Herdepilepsie symptomatologisch und zum großen Teil
auch pathogenetisch sehr nahe stehen. Epileptische Krämpfe sind im übrigen
in der Psychopathologie weit über das Gebiet der eigentlichen Epilepsie hin-
aus von großer Bedeutung: wir stoßen auf sie in der Symptomatologie fast
aller Hirnherdkrankungen, ferner bei Intoxikationszuständen (namentlich
Alkoholismus), bei gewissen senilen Störungen, bei der Schizophrenie und vor
allem bei der progressiven Paralyse, deren Anfälle nicht selten den Charakter
unvollständiger (partieller) epileptiformer Anfälle haben, wenngleich in man-
chen Fällen wiederum, namentlich in den späteren Stadien, die Anfälle sehr
heftig und allgemein sein können und sich selbst ein kompletter Status epi-
lepticus entwickeln kann, eine der Todesarten bei der progressiven Paralyse.
Nicht selten ist sowohl bei der symptomatischen als auch bei der genuinen
Epilepsie das Zurückbleiben von Herdsymptomen für kurze, in manchen Fällen
aber auch längere Zeit nach den Krampfanfällen oder gar deren dauernde
Stabilisierung.

Den epileptiformen stehen die eklamptischen Anfälle, wie sie bei
Schwangeren, Puerperalen, in toxischen Zuständen (Urämie) auch den
Psychiater nicht selten interessieren, symptomatologisch sehr nahe; nur haben
sie nicht so enge Beziehungen zur Herdepilepsie.

Was die hysterischen Krampferscheinungen — übrigens die körperlichen
Symptome der Hysterie überhaupt — anlangt, so ist ihre Hauptdomäne
allerdings das Gebiet der Hysterie selber, doch kommen sie auch darüber
hinaus vor, und es kann fast jede Psychose mit irgendwelchen hysterischen
Begleitscheinungen auch körperlicher Art einhergehen; insbesondere gilt dies
von den affektiven Psychosen und von der Schizophrenie; aber selbst die

progressive Paralyse zeigt zumal im Anfangsstadium nicht selten hysterische Symptome.

Wir gelangen zu den Störungen des Stoffwechsels, sowie der Verdauung und Ausscheidung bei den Psychosen. Schon oben haben wir des motorischen Anteiles des Verdauungsprozesses zum Teil gedacht. Es ist zweifellos, daß der Stoffumsatz in vielen psychotischen Zuständen schwer gestört ist. Zum Teil sind diese Störungen sicherlich sekundärer Natur: die Nahrungsverweigerung bei vielen Kranken, und umgekehrt die Gefräßigkeit anderer Arten von Kranken, die mehr oder weniger hochgradige motorische Erregung auf der einen, Hemmung auf der anderen Seite, die durch das psychotische Tun und Lassen bedingte hier erhöhte, dort verminderte Konsumtion des Körpers, bzw. seiner Kräfte und Reservestoffe, dies alles spiegelt sich, wie klar einleuchtet, sehr gewöhnlich in einem veränderten Stoffwechselchemismus und in Körpergewichtsschwankungen (welch letztere aber unter bestimmten Umständen nach ROSENFELD u. a. auf Schwankungen des Wassergehaltes zu beziehen sind) wieder. Der am leichtesten zugängliche Indikator gestörten Stoffwechsels ist der Harn, in welchem wir zumal in akuten Psychosen oder bei akuten Wendungen innerhalb von Psychosen überhaupt ganz gewöhnlich, abgesehen von anderen Dingen, abnorme Bestandteile nachweisen können (Serumalbumin, Zucker, Azeton, Azetessigsäure, Indikan, Oxobuttersäure, Albumose und andere); weiterhin manchmal Verminderung an sich *de norma* in geringen Mengen im normalen Harn vorkommender Bestandteile (zumal der Phosphate). Andererseits darf nicht vergessen werden, daß oft schon die Ursache psychotischer Zustände eine toxische oder toxisch-infektiöse ist, womit dann primäre Vorbedingungen für die Entwicklung abnormer Stoffwechselvorgänge gegeben sind, so daß also die Harnveränderung nicht erst durch die psychotischen Störungen determiniert ist; so bei den mit Nephritis, Diabetes, uratischer Diathese und anderen Stoffwechselerkrankungen vergesellschafteten Geistesstörungen. Weiter determinieren bekanntermaßen Darmaffektionen, wie wir sie bei verschiedenen Psychosen, teils als ursächliche Momente, teils als Folgeerscheinungen registrieren, ihrerseits häufig Stoffwechselstörungen; und diese Stoffwechselstörungen bzw. Selbstvergiftungen vermögen dann wieder als solche charakteristische Symptome zu erzeugen; so ist es beispielsweise bekannt, daß paralytische Anfälle durch Darmstörungen, zumal Obstipationen, unmittelbar ausgelöst werden können. Man ersieht aus alledem die innige Wechselwirkung zwischen psychischer und körperlicher Symptomatologie und begreift, daß und warum der Psychiater über der Untersuchung der proximalsten Regionen des Menschen auch der kaudalsten nicht vergessen darf. Wir bemerken hier noch, daß sich dieser Imperativ auch auf die Untersuchung der Verdauungsdrüsen bezieht, insbesondere der Leber, die ja zumal bei den alkoholischen Störungen (Cirrhose) eine besondere Rolle spielt. Von manchen Autoren werden wieder andererseits gewisse Fälle von Geistesstörungen in Beziehung zu Lebererkrankungen gebracht (französische Autoren sprechen geradezu von »*folies hépatiques*«); bekannt ist ja übrigens die sehr beträchtliche psychische Labilität Gallensteinleider. Daß ferner Nierenleiden in jedem Stadium, zumal aber im urämischen, mit psychotischen Erscheinungen sich vergesellschafteten können, ist bekannt.

Es liegt nahe, daran zu denken, daß sich eine schwere Stoffwechselstörung, zumal eine solche toxisch-infektiöser Entstehung, auch im morphologischen und chemischen Blutbilde widerspiegeln müßte; es ist indes die bezügliche Ausbeute in der Psychiatrie hinsichtlich ihrer sicheren Verwertbarkeit trotz vieler interessanter Einzelbefunde, trotz zahlreicher Einzeluntersuchungen

nach dieser Richtung eine verhältnismäßig bescheidene. Immerhin verdient es Erwähnung, daß für das Delirium tremens Verminderung der eosinophilen Elemente im Blute nachgewiesen (ELZHOLZ), daß ferner gelegentlich bei Hebephrenie Lymphocytose sowie (PÖTZL) Schwankungen im gegenseitigen Verhältnis der weißen und roten Blutkörperchen, korrespondierend mit psychischen Zustandsschwankungen, erhoben worden sind. Ergiebiger ist natürlich die Ausbeute bei allen greifbar auf infektiöser Basis beruhenden Zuständen, doch ist ja in diesen Fällen auch die Psychose als solche meistens nur ein Begleitsyndrom.

Eine ganz überragende Bedeutung dagegen hat in den letzten Jahren die serologische Untersuchung des Blutes gewonnen; namentlich hat sie sich als außerordentlich fruchtbringend und praktisch bedeutsam erwiesen für die Klinik derluetischen und metaluetischen Störungen. Insbesondere die WASSERMANNsche Serodiagnostik ist hier an vorderster Stelle zu nehmen. Sie beruht auf dem Prinzip der Komplementbindung und ist mit einer geeigneten Menge Blutserums bei entsprechender Methodik (siehe auch das Kapitel über Krankenuntersuchung) laboratorienmäßig auszuführen. Es hat sich ergeben, daß zumal bei der progressiven Paralyse, aber auch in einem großen Teil derluetischen nicht-paralytischen Zustände der Wassermann im Blutserum positiv ist. So ist die WASSERMANNsche Reaktion eines der wichtigsten diagnostischen Hilfsmittel in der Psychiatrie geworden, denn außer bei der progressiven Paralyse und den anderen syphilitischen Störungen fällt sie höchstens bei gewissen schweren Infektionen, bei Malaria und anderen, praktisch für unsere Breiten nicht in Betracht kommende Protozoen-Krankheiten und Kachexien, zumal Tumorkachexien, positiv aus.

Die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit als eines Mediums, dessen Beziehungen zum Zentralnervensystem sowohl nach der physikalischen und chemischen wie nach der morphologischen Seite hin so sehr greifbar zutage liegen, hat im letzten Jahrzehnt eine Reihe wichtiger Ergebnisse gezeitigt; wir werden der einschlägigen Methodik im Kapitel über Zustandsuntersuchung kurz gedenken. In morphologischer Hinsicht ist insbesondere der Zellvermehrung bei solchen akut- und chronisch-entzündlichen Prozessen zu gedenken, bei denen die Meningen mitbeteiligt sind, und da interessieren vor allem dieluetischen, bzw. metaluetischen Prozesse; insbesondere in der körperlichen Symptomatologie der progressiven Paralyse spielt die Vermehrung der Zellelemente im Liquor cerebrospinalis eine große, auch diagnostisch sehr ausschlaggebende Rolle. In chemischer Hinsicht ist es namentlich der vermehrte Eiweißgehalt, der ebenfalls auf entzündliche, bzw. Abbauvorgänge gleicher Art hindeutet und dessen Nachweis gleichfalls vornehmlich für die Diagnose der progressiven Paralyse von hoher Bedeutung geworden ist (NONNE-APELTSche Probe); auch für den Nachweis von akuten Meningitiden ist übrigens die Vermehrung des Eiweißgehaltes nicht ohne Belang, doch handelt es sich nicht jeweils um die nämlichen Eiweißarten. Minder ins Gewicht fallend, wenngleich auch nicht ohne Interesse, sind die Resultate der Untersuchung des Liquors auf seinen Zuckergehalt. Die äußere Beschaffenheit (Färbung, Gerinnelbildung usw.; siehe unter Krankenuntersuchung) ist dagegen von einem nicht unerheblichen Belang (Meningitiden, Blutungen usw.).

Dahingegen ist wiederum der Nachweis der WASSERMANNschen Komplementbindungsreaktion im Liquor von außerordentlicher Bedeutung, insofern er dem Nachweis derselben im Blutserum ein erhöhtes Relief gibt (die Meinungen darüber, in welchem der beiden Fälle die Reaktion in differentialdiagnostischer Hinsicht, insbesondere wiederum bei der progressiven Paralyse,

von größerer Bedeutung ist, sind noch einigermaßen geteilt). Daß schließlich die physikalische Beschaffenheit des Liquor auch in der Psychiatrie manchmal von Bedeutung ist und demgemäß einen Platz in der Symptomatologie beanspruchen darf, ist unleugbar: es bezieht sich dies auf seinen Färbungs- und Klarheitsgrad, dann aber auch auf die Druckverhältnisse, indem Trübungen, Verfärbungen des Liquors oder Drucksteigerungen im Zerebrospinalraum auf organische Prozesse in der Schädelhöhe bzw. im Wirbelkanal hinweisen, als da sind Blutungen, Tumoren, Pachy- und Leptomeningitiden verschiedenster Art, Krankheitsprozesse, deren Symptomatologie in vieler Hinsicht auch eine psychische sein kann. Aber auch für die Pathologie der Epilepsie ist die physikalische Beschaffenheit des Liquors von Belang (Druckentlastung während epileptischer Psychosen, Drucksteigerung in anfallsreicheren Zeiten, wie es neuerdings REDLICH und PÖTZL für bestimmte Fälle zeigen konnten), und schließlich verdient noch Erwähnung, daß in allerletzter Zeit der Nachweis versucht wurde, für den Beginn gewisser akuter Psychosen, unter anderem auch solcher von schizophremschem Typus, eine Drucksteigerung im Zerebrospinalraum anzunehmen, die vielleicht auf eine »Meningitis serosa« bzw. einen ähnlichen Prozeß hinweisen könnte (PÖTZL u. a.). Schließlich erwähnen wir noch die Bakterienbefunde im Liquor cerebrospinalis, die speziell bei den verschiedenen Formen von Meningitis symptomatologische und damit diagnostische Bedeutung gewinnen können; und in allerneuester Zeit weisen die Meldungen über Befunde von *Spirochaeta pallida* bei progressiver Paralyse einstweilen im Gehirn selbst auf lange ungeahnte pathogenetische und diagnostische Möglichkeiten hin.

Eine bedeutsame Rolle kommt in der Symptomatik der Psychosen der Blutzirkulation und ihren Organen zu. Es handelt sich hier um Symptome teils primärer, teils sekundärer Natur. Was zunächst das Verhalten des Herzens anlangt, so bieten sich dem Psychiater einmal Fälle, wo eine bereits bestehende organische oder funktionelle Herzaffektion mit einer Psychose sich verbindet, und zwar finden sich da erfahrungsgemäß, soweit es sich um funktionelle Psychosen handelt, namentlich depressive und speziell Angstpsychosen; ist es ja schon aus der internen Pathologie her bekannt, wie gewöhnlich besonders bei den myokarditischen Prozessen vorübergehende ängstliche Erregungen vorkommen (stenokardische Anfälle); und ähnliche Zustände können zu psychotischer Höhe emporwachsen. Ebenso bekommt man nicht selten als Psychiater Angstneurosen und Angstpsychosen zu Gesicht, die an bereits vorher bestandene Herzneurosen anknüpfen. Man würde indessen fehlgehen, wollte man glauben, daß die bei Psychosen sich findenden Herzaffektionen immer nur primärer Natur seien und die Psychose gewissermaßen erst in ihrem Gefolge aufträte, und es ist namentlich im Auge zu behalten, daß bei schweren Erregungs- und Erschöpfungszuständen auch symptomatische Herzstörungen (Verbreiterungen, Herzgeräusche) vorkommen können. Und endlich ist noch ein dritter Fall nicht zu vergessen, daß nämlich Herzaffektion und Psychose koordiniert sein, aus gemeinsamer Quelle stammen können. Insbesondere gilt dies von manchen toxischen (z. B. alkoholischen) Delirien, an Rheumatismen und andere Infektionskrankheiten anschließenden akuten Psychosen, die neben einer frischen Endokarditis einhergehen können, von gewissen toxisch verursachten Psychosen (Alkohol, Blei), bei denen endarterielle und myokarditische Prozesse, aus derselben Quelle erfließend, bestehen können und endlich von allen luetisch bedingten Fällen, also insbesondere von der progressiven Paralyse, bei der sich namentlich nicht so ganz selten Insuffizienz der Aortenklappen und Aortenaneurysmen finden. Einen

gesonderten Platz nehmen natürlich hier die Psychosen auf arteriosklerotischer Basis ein. Schließlich erwähnen wir noch, daß viele Forscher bezüglich des manisch-depressiven Irreseins annehmen, daß sich bei ihm verhältnismäßig frühzeitig arteriosklerotische Veränderungen einstellen. Übrigens scheinen auch affektiv labile Degenerierte mit ihren reichlichen Affektschwankungen eine gewisse Prädisposition zu vorzeitiger Arteriosklerose zu zeigen, was naturgemäß auch den Psychiater interessiert. Die Pulsfrequenz ist in Erregungszuständen, zumal in manischen, oft erhöht, der Blutdruck herabgesetzt, die Spannung der peripheren Arterien vermindert; in depressiven Zuständen ist das Bild oft ein Negativ des eben geschilderten, so daß in manchen Fällen manisch-depressiven Irreseins für jede der Phasen ein charakteristisches Pulsbild resultiert (PILCZ u. a.); Angst setzt oft erhöhte Frequenz des Pulses bei fallender Spannung. Sehr schlecht pflegt der Puls bei Kachektischen aller Art sowie bei Alkoholdeliranten und im »Delirium acutum« in allen Qualitäten zu sein.

Von minderer Wichtigkeit für die Psychiatrie sind (abgesehen von Polypenbildungen und adenoiden Vegetationen in den oberen Luftwegen; siehe später) die Störungen im Gebiete der Respirationsorgane, wenngleich von mancher Seite auf Störungen des Gasumsatzes bei manchen Psychosen, dessen wichtigster Schauplatz ja doch die Respirationsorgane sind, verwiesen wird. Es ist immerhin keine Seltenheit, daß Tuberkulöse Spuren von Geistesstörung oder ausgesprochene Psychosen darbieten, insbesondere im phthisischen Stadium, und noch viel häufiger ist es, daß Geistesranke, insbesondere chronisch Geistesranke, Tuberkulose akquirieren. Zumal gilt das von älteren Schizophrenen. Wichtige sekundäre Störungen im Bereiche der Respirationsorgane stellen die Lobulärpneumonien dar, die wir zumal paralytischen, senilen und sonstwie marastischen Kranken, namentlich in terminalen Stadien so häufig verhängnisvoll werden sehen.

Von großem Belang sind die trophischen Störungen, welche wir bei einer großen Reihe von Psychosen beobachten. Allerdings stehen sie zum Teil in engstem Rapporte mit den Störungen im sympathischen und vasomotorischen Bereich und gehören daher organisch dorthin; nur aus praktisch empirischen Gründen handeln wir hier diese verschiedenen Dinge nebeneinander ab. Die Störungen dieser Art gliedern sich ebenfalls in solche primärer und in solche sekundärer Natur. Die primären Störungen erfließen aus der nämlichen Quelle wie der psychische Krankheitsprozeß und erwachsen als solche bald auf allgemein körperlicher Grundlage, bald sind sie Symptom einer zerebralen Lokalerkrankung; die sekundären stellen sich dagegen als indirekte Folgewirkungen von Krankheitssymptomen selbst dar. Zu den primären Störungen können wir rechnen einen Teil der Ernährungsstörungen bei den »funktionellen« Psychosen, insbesondere die Abnahme des Ernährungszustandes und Körpergewichtes im Beginn und oft schon vor dem Ausbruch akuter Psychosen, die sehr häufige Zunahme desselben in der Rekonvaleszenz; die Autonomie dieser Störungen wird insbesondere klar in den manisch-depressiven Zuständen, wo sich die depressive Phase sehr gewöhnlich mit einer den psychischen Veränderungen voraneilenden prodromalen Gewichtssenkung, die manische nicht selten mit einem Gewichtsanstieg ankündigt. Auch bei den organischen Erkrankungen sind Ernährungsstörungen vielfach insofern als primäre anzusehen, als sie den psychischen Veränderungen gewissermaßen gleichwertig sind und aus derselben Ursache, derselben Grunderkrankung sich herleiten, wie z. B. die äußeren und inneren trophischen Störungen der Paralyse, für die wir bekanntermaßen in den trophischen Störungen bei der Tabes und

selbst schon bei der Lues verwandte Erscheinungen, wenn auch milderem Grades, finden. Vielfach freilich sehen wir — und in praxi fällt es keineswegs immer leicht, die Dinge da auseinanderzuhalten — die Ernährungsstörungen unzweifelhaft erst aus den psychischen bzw. psychisch bedingten Krankheitsäußerungen heraus sekundär entstehen; so z. B. die körperliche Konsumtion in der Tobsucht oder bei abstinerenden, sei es aus wahnhaften Motiven, sei es aus Hemmung oder Sperrung abstinerenden Kranken. Veritablen Marasmus sehen wir in der Regel nur dort, wo er durch das Grundleiden mit erklärt werden kann, also bei der Paralyse, bei den arteriosklerotischen und senilen Zuständen und endlich bei sehr schweren Infektionskrankheiten (z. B. Typhus), falls sie wegen ihrer psychotischen Begleitzustände den Irrenarzt interessieren. Marasmus korrespondiert sehr gewöhnlich mit einem Daniederliegen des zirkulatorischen Turgors, Herabsetzung des Blutdruckes und krankhafter Beschaffenheit, insbesondere Brüchigkeit und Elastizitätsverlust der Gefäßwände.

Die trophischen Störungen der Innenorgane sowie der Knochen (abnorme Knochenbrüchigkeit, Oberschenkelhalsfrakturen selbst bei geringfügigsten Traumen, z. B. brüskeren Körperbewegungen im Bett, ja sogar Spontanfrakturen) finden wir meist bei spezifisch bedingten Marasmen, wie speziell bei paralytischen. Bei gewissen innersekretorischen Grundstörungen, namentlich den thyreogenen, finden sich trophische bzw. Wachstumsstörungen, speziell die Knochen sowie die äußeren Decken betreffend. Die Störungen der Hauttrophik sind im Einzelfall nicht leicht in ihre Elemente zu zerlegen; die rapide Entwicklung von Hautnekrosen, zumal auch von Dekubitus (Druckbrand), namentlich bei der Paralyse, läßt zuweilen an primäre Entstehung denken, doch ist nicht zu leugnen, daß die Eigenart paralytischer Kranker in vorgeschrittenen Stadien ein hygienisches Regime der Haut äußerst erschwert (Aufliegen auf fettpolsterarmen Hautstellen, z. B. über dem Kreuzbein, über den Oberschenkelknorren bei den dauernd bettlägerigen Kranken, Aneinanderpressen der Knie durch die bei solchen Kranken sehr häufigen Gliedmaßenkontrakturen u. dgl., Unreinlichkeit und Mazeration der Haut durch Besudelung der Lagerstatt mit Exkrementen); daß gerade derart kritische Hautstellen auch zirkulatorisch unter besonders ungünstigen Verhältnissen stehen, ist klar, es entwickeln sich da sehr häufig Stasen und anämische Bezirke, und in diesen Gebieten haben dann erfahrungsgemäß Bakterien ein besonders leichtes Spiel. Das Othämatom hat in früherer Zeit vielfach als trophische Störung gegolten, zumal es auch bei Paralytikern besonders häufig ist. In manchen Fällen kann man sich tatsächlich eine primäre Entstehung der Ohrblutgeschwulst vorstellen, zumal angesichts der Brüchigkeit der Blutgefäße bei Paralytischen; man könnte ja nach Art der Spontanfrakturen der Knochen an Spontanzerreißen der Gefäße, zumal in der Ohrmuschel, denken; allein den wenigen Fällen, wo eine traumatische Entstehung ausgeschlossen erscheinen mag, stehen um so mehr andere gegenüber, in denen eine solche sicher nachzuweisen ist. Daß natürlich die Gefäße Paralytischer wegen ihrer leichteren Brüchigkeit schon auf leichtere Traumen (Ohrfeigen, Faustschläge u. dgl.) eher mit Zerreißen bzw. Blutaustritten reagieren werden, ist klar. Indes findet sich die Ohrblutgeschwulst traumatischer Genese auch bei anderen, Nichtparalytischen, ja selbst bei Gesunden (man erinnere sich hier nur an Gladiatorenstatuen!); durch die sehr häufig mächtigen Blutaustritte zwischen die Lamellen des Ohrknorpels wird dessen feinere Konfiguration verändert, bzw. zerstört, und resorbiert sich dann im weiteren Verfolge die ausgetretene Blutmasse, dann ist die Zerstörung durch die retrahierende Kraft

der die Blutklumpen durchziehenden neugebildeten Bindegewebsmassen erst recht eine bedeutende, und an Stelle der klumpigen, bläulich verfärbten Ohrblutgeschwülste treten dann Ohrmuschelverbildungen, die charakteristisch sind nicht nur durch die Vergrößerung und selbst Zerstörung des Muschelreliefs, sondern auch durch die Verkleinerung und Verziehung des äußeren Ohres. Andere Störungen der Hauttrophik (Trockenheit, Schilferigkeit, schleimige Beschaffenheit, umschriebene Ödeme, Cyanosen und andere Verfärbungen) stehen teils in Beziehung zu zirkulatorisch-vasomotorischen, teils zu außer- und innersekretorischen Störungen, zumal solchen thyreogener, aber auch anderer noch wenig geklärter Natur, oder zu bestehender Kachexie. Was insbesondere die Hautdrüsen und Schleimhautdrüsen anlangt, so wissen wir, daß deren Sekretion ganz ähnlich jener der anderen Drüsen in depressiven Zuständen aus noch nicht geklärter Ursache sehr häufig versiegt (Trockenheit der Haut, Tränenlosigkeit, herabgesetzte Speichelabsonderung bei melancholischen Kranken). Die Störungen der Nägel- und Haartrophik bei vielen, nicht bloß marastischen Zuständen (Depressionen, Myxödem, Schizophrenie) sind gleichfalls noch nicht ganz erklärt. Auch ist hier die Beziehung zwischen primär und sekundär keineswegs einfach. Ganz abseits stehen hier natürlich alle artefiziell entstandenen trophischen Störungen bei Geisteskranken (Selbstbeschädigung, Bäder, Medikamente).

Affektionen im Bereiche der Sinnesorgane sind, abgesehen etwa von den Opticusaffektionen bei der Tabes und Paralyse und den Hirnkrankheiten, wohl stets nur aus anderer Grundursache stammende Komplikationen. Indessen spielen jene des Gehörs, wie wir zum Teil schon an früherer Stelle festgestellt haben, in der Klinik und Symptomatologie der Geisteskrankheiten zuweilen eine bedeutsame, wenn auch nur determinierende Rolle, so daß wir ihrer in der körperlichen Symptomatologie unbedingt zu gedenken haben; insbesondere bei Gehörshalluzinanten versäume man nicht die Untersuchung des Gehörorgans, gibt es doch sogar eine Gruppe von Geistesstörungen, für die Gehörsaffektionen, zumal Schwerhörigkeit, geradezu die Bedeutung eines vorschubleistenden Momentes haben. Auch Affektionen des Auges gewinnen manchmal eine gewisse Bedeutung, doch interkurriert dann meist noch ein anderes Moment (Psychosen nach Staroperationen). Man denke ferner an die Augensymptome des Basedow.

In allerjüngster Zeit haben die Ergebnisse der Forschungen **ABDERHALDENS** durch **FAUSER** Eingang in die körperliche Symptomenlehre und Pathogenese bestimmter Psychosen gewonnen, und es haben die Untersuchungen des letztgenannten Autors von verschiedenen Seiten Bestätigung gefunden, so daß wir sie, wenngleich wir hier noch in den ersten Anfängen einer Entwicklung stehen, immerhin schon erwähnen müssen. Es hat sich ergeben, daß bei einer Reihe von Psychosen Dysfunktion verschiedener Organe des eigenen Organismus bzw. Abwehrfermente auf ihren Abbau im Serum sich nachweisen lassen: z. B. bei der progressiven Paralyse Abbauprodukte bzw. Abwehrstoffe auf Großhirns substanz, ähnlich bei anderen, zweifellos mit Abbau des Zentralnervensystems bzw. des Großhirns einhergehenden Prozessen, und was ganz besonders von Belang ist, bei der Schizophrenie Abbauprodukte und Abwehrstoffe von Großhirn, dann aber von den Keimdrüsen (je nach dem Geschlechte Testikel oder Ovarien) und in einer Reihe von Fällen auch von Schilddrüse (letzteres auch bei Basedow-Psychosen). Umgekehrt haben sich im manisch-depressiven Irresein bisher derartige Dysfunktionen nicht oder nicht sicher nachweisen lassen. Von welcher fundamentalen Bedeutung diese Befunde, falls sie weitere Bestätigung finden, für die Symptomatologie, die Diagnose und die pathogenetische Auffassung der psychischen Krank-

heitsprozesse, insbesondere der Schizophrenie sein werden, braucht wohl nicht erst eigens betont zu werden (siehe auch weiter unten).

Geisteskranke zeigen nicht selten Fieberbewegungen. Diese können interkurrente Ursachen haben, können aber auch direkt in den nämlichen Grundursachen wurzeln wie die psychotischen Erscheinungen (Fieber bei schweren, toxischen oder infektiösen Delirien, im Status epilepticus, bei paralytischen Anfällen); daß es auch ein rein zerebrales Fieber gibt, wird vielfach angenommen. Beim Myxödem und bei terminaler Paralyse sehen wir oft subnormale Temperaturen.

Im speziellen Teil wird dann im einzelnen gezeigt werden, welche körperlichen Symptome bei den einzelnen Formen von Geistesstörung in Betracht kommen und wie sie im einzelnen zu werten sind (die sogenannten »Degenerationszeichen« werden uns später besonders beschäftigen).

Verlauf der Geistesstörungen.

Bei der Betrachtung des Verlaufs der psychischen Störungen haben wir in erster Linie auseinander zu halten zwischen Zustandsbild und Gesamtkrankheit. Es handelt sich da keineswegs um etwas in der Pathologie vereinzelt Dastehendes. Allein gerade in der Psychiatrie hat dieser Unterschied zwischen Krankheitsbild und Krankheitsform eine gewisse Bedeutung, die über das Phänomenologische hinausreicht, denn die Nichtberücksichtigung dieses Unterschiedes gab und gibt noch sehr häufig den Nährboden für klassifikatorische Streitigkeiten ab.

Die psychischen Krankheiten zerfallen ihrem Verlaufe nach grundsätzlich in akute und chronische (zwischen denen die subakuten Formen stehen) einerseits, in kontinuierlich progredient und in intermittierend verlaufende andererseits; in allen den Fällen können sich mehr oder minder langdauernde stationäre Zustände entwickeln, wie es speziell die Endzustände chronischer, nicht ad exitum führender Psychosen zu sein pflegen. Die sogenannten periodischen Geistesstörungen stellen eine besonders gekennzeichnete Form der intermittierenden dar, wir werden von ihnen gleich gesondert sprechen. Eine Sonderstellung nehmen die teils in abnormer Anlage begründeten, teils erworbenen Habitualzustände ein (Entwicklungshemmungen, Degenerationen, Minderwertigkeiten).

Wenn man in der Psychiatrie die Bezeichnungen »akut« und »chronisch« gebraucht, muß man sich dabei immer vor Augen halten, daß unter chronischen hier ganz wie in der übrigen Medizin im allgemeinen allerdings wesentlich (vom Krankheitsbeginn an gerechnet) das ganze Leben hindurch andauernde Zustände verstanden werden; implicite ist damit sehr gewöhnlich auch der Begriff allmählichen, schleichenden Beginnes verbunden, indes können chronische Zustände auch akut beginnen. Deckt sich also der Begriff einer chronischen Erkrankung in der Psychiatrie wesentlich mit dem, was darunter in der übrigen Pathologie verstanden wird, so gilt nicht ganz das gleiche hinsichtlich des Begriffes der akuten Krankheit, insofern darunter in unserer Disziplin auch noch Zustände verstanden werden, die sich innerhalb von Zeitspannen bis zu einem Monat entwickeln und deren Andauer eventuell sogar eine solche von Jahresfrist sein kann, Termine, die ja freilich etwas willkürlich-konventionell gewählt sind. Akute Psychosen können ausheilen, sie können aber auch in einen chronischen Zustand überleiten und in manchen Fällen zum Tode führen. Daß die Grenzlinien des Kompromiß-

begriffes »subakut« nach dem Ausgeführten einigermaßen verschwommene sind, begreift sich leicht.

Es begreift sich aber auch leicht, daß sogar die Begriffe »akut« und »chronisch« in der Psychiatrie nicht ganz scharf gegeneinander abgrenzbar sind, schon darum, weil akut beginnende Prozesse so häufig einen chronischen Weiterverlauf nehmen. Die Schwierigkeit wächst nun noch mehr angesichts der Tatsache, daß mitten in chronische Prozesse hinein ungemein häufig akute Episoden bzw. Zustandsbilder sich einschieben können; in Anlehnung an WERNICKE kann man sagen, daß jedes im Laufe einer Psychose neu hinzutretende Symptom ihr vorübergehend »akute« Färbung verleihen kann; ganz insbesondere gilt dies von hereinbrechenden Affektstörungen und Sinnes-täuschungen; und so haben wir denn sehr gewöhnlich im Verlaufe chronischer Geistesstörungen »akute« Syndrome zu verzeichnen; ist der erste Beginn ein schleichend unmerklicher gewesen, dann kann für den oberflächlichen Blick solch eine akute Phase geradezu den Anfang der ganzen Krankheit zu markieren scheinen und dadurch zunächst in die Irre führen. Besonders häufig verzeichnen wir alle diese Vorkommnisse bei den Psychosen der Schizophreniegruppe, weil da in vielen Fällen an einen insidiösen Beginn eine akute Phase sich anschließt, welche die bis dahin oft nur dem Eingeweihten oder dem Kennerblick sichtbare Psychose auch dem Auge der Umgebung im breitesten Sinne klar werden läßt. Auf der anderen Seite aber haben wir Psychosen aller Art, akute, subakute und chronische quoad decursum, deren erster Beginn sich durch ausgesprochene Prodromalerscheinungen deutlich abhebt, als welche sehr gewöhnlich leicht depressive, besonders ängstliche Verstimmungen (ganz wie beim Herannahen schwerer Körperkrankheiten), einzelne Sinnestäuschungen oder auch gröbere Störungen (Insulte aller Art) oder hysterioide Bilder auftreten.

Schon aus dem Gesagten geht genugsam hervor, wie wenig es in der Psychiatrie oftmals möglich ist, die Geistesstörungen einzuteilen in solche, die grundsätzlich nur akut, und solche, die grundsätzlich nur chronisch verlaufen, und so oft man dies auch geglaubt und danach eine Einteilung der Psychosen vorzunehmen versucht hat, sah man sich zu dem Zugeständnis genötigt, daß es so viel Ausnahmen von dieser Regel gebe, daß letztere eigentlich praktisch wertlos sei. Immerhin aber darf man bei einer Reihe von Geistesstörungen gleichsam per majora eine bestimmte Verlaufscharakteristik zum Krankheitsbilde sich hinzu denken; so besitzen beispielsweise die Psychosen der Amentia-gruppe in den allermeisten Fällen den Charakter rein akuter Psychosen, sie führen in Wochen oder wenigen Monaten, falls nicht etwa der Tod eintritt, in der Regel zur Genesung, und weit seltener leiten sie in chronische Zustände über. Und ein Gegenstück dazu bilden etwa die paranoischen Erkrankungen, die in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle rein chronischen Charakter bewahren und sich ganz langsam und insidiös aus einer degenerativen Anlage heraus zu entwickeln pflegen, in einer kleineren Anzahl der Fälle dagegen doch auch akuten bzw. intermittierenden Verlaufstypus zu zeigen scheinen, in einer dritten wiederum auf einer gewissen Entwicklungshöhe stationär bleiben. Endlich gibt es auch abortive, d. h. ganz leichte, nach kurzem Anlaufe wieder erlöschende, gleichsam nur ansatzweise erkrankende Fälle bei den meisten chronischen Erkrankungen.

Von einer ganzen Reihe psychischer Krankheitszustände gilt dagegen, daß in ihrem weitgespannten Rahmen auf dem im Grunde chronischen Zustande aufgepfropft bzw. zwischendurch hinein Zustandsbilder akuten Kolorits zu interkurrieren pflegen. Gleich die Defekt- und Degenerationszustände können

.....

als Musterbeispiele dienen, auf dem Boden des Habitualzustandes schießt da bald auf unzweifelhaft exogene Anstöße, bald aus endogener Ursache sehr gewöhnlich und sehr oft ein akutes Zustandsbild auf, um rasch wieder abzuklingen (Verstimmungen, Erregungs- oder Ausnahmezustände, paranoide Episoden u. a.); ein Ähnliches gilt, wie schon oben angedeutet, von den Schizophrenien: auch hier haben wir es öfters mit chronischen Formen zu tun, deren Verlaufsbild aber weder einem ruhigen Sumpfgewässer noch einem sich träge dahinwäzenden Flusse gleicht, vielmehr gibt es da recht häufig Sturm mit gewaltigem Wellenschlag; oder es versiegen wie bei einem Karstflusse oder wie bei einer Stromversinkung die Wässer plötzlich, um gleichsam an ganz anderer Stelle, d. h. also nach Jahren und Jahrzehnten wieder hervorzukommen, dann aber oft gewaltige Überschwemmungen mit unwiederbringlichen Zerstörungen zu setzen.

Dies letztere leitet uns nunmehr hinüber zur Besprechung der intermittierenden Verläufe von Geistesstörung. Hier können wir praktisch zwei freilich nicht mit absoluter Schärfe zu trennende Typen auseinanderhalten: Psychosen mit einer gewissen, bis zu regelmäßiger Periodizität gehenden Prädilektion zu intermittierendem Verlaufe und Psychosen, wo das Intermittieren der Erscheinungen (Remittieren ist nicht ganz dasselbe) nur eine sekundäre, minder charakteristische Episode im Rahmen des Gesamtverlaufes darstellt. Im Mittelpunkt der ersten Gruppe steht das manisch-depressive Irresein. Diese Irreseinsform zeigt vor allen anderen in der Regel die Eigentümlichkeit, nicht in kontinuierlichem Zuge zu verlaufen und sich andererseits auch nicht in einem Krankheitsanfall zu erschöpfen, sondern sie verläuft in der Regel in Form mehrerer Krankheitsattacken, die von mehr oder weniger (Tage bis Jahre) langer Dauer sind, die jeweilig den Charakter akuter Psychosen an sich zu tragen pflegen und zwischen sich wiederum mehr oder weniger »freie Zwischenräume« (Intervalle) zu lassen pflegen; diese einzelnen Krankheitsanfalle können einander nun nicht ganz selten »mit photographischer Treue« gleichen, sowohl in ihrem Verlauf wie in ihrer Symptomengruppierung, wie selbst hinsichtlich ihrer zeitlichen Dislokation im Verhältnis zu den jeweiligen Intervallen; nimmt man dazu, daß die Ursache des Ausbruches der einzelnen Krankheitsphasen und -anfalle in der Mehrzahl endogener Natur zu sein pflegt, so begreift man, daß und warum für solche Fälle die Bezeichnung »periodische Geistesstörung« aufgenommen ist. Natürlich gibt es »Periodizität« noch bei ganz anderen Psychosen, so sind, um nur ein Beispiel herauszugreifen, die menstruellen Psychosen schon ihrer Natur nach selbstverständlich periodische. Überhaupt wäre es ein verhängnisvoller Fehler, zu glauben, daß periodische und manisch-depressive Geistesstörungen Synonyma sind: unter diesen verstehen wir eine umgrenzte Krankheitsgruppe, jene machen einen Sammelbegriff aus, da Verlaufsperiodizität im Rahmen verschiedener Psychosen vorkommt.

Nun darf man sich ja nicht etwa vorstellen, daß die in Einzelattacken verlaufenden Geistesstörungen den eben charakterisierten Hauptfordernissen periodischen Verlaufes in strengem Sinne in der Regel genügen, und es ist auch im manisch-depressiven Irresein meistens so, daß die einzelnen Krankheitsanfalle weder regelmäßig angeordnet sind, noch gleich lange dauern, noch sonst einander im einzelnen gleichen; demnach mag man den Verlauf einen intermittierenden, einen rezidivierenden nennen, nicht aber im engeren Sinne periodischen. Die Mehrzahl der in diesem weniger strengen Sinn periodisch genannten Geistesstörungen verdient also eigentlich nicht das Attribut der Periodizität, vielmehr sind sie einfach intermittierende oder rezidivierende.

Übrigens ist zu bemerken, daß in allen vorgenannten Fällen, der Verlauf sei nun im allgemeineren Sinne intermittierend oder im engeren Sinne periodisch, ein im Grunde chronischer, habituell-krankhafter Grundzustand zu bestehen pflegt, dessen Zeichen sich auch in den sogenannten freien Intervallen zu verraten pflegen, und je mehr Einzelanfälle sich ereignet haben, desto mehr pflegt sich auch im Intervall ein gewisser dauernder »Klaps« zu akzentuieren. Und so sehen wir in nicht wenigen Fällen, namentlich im manisch-depressiven Irresein, die Intervalle nach und nach immer kürzer und immer unfreier werden, um schließlich so sehr zu verblassen, daß eigentlich der chronische, wenn auch remittierende Grundcharakter der Psychose immer unverfälschter zutage tritt. Auch bleibt, wenn einmal ein Krankheitsanfall dagewesen ist, immer eine gewisse erhöhte Disposition zum Auftreten neuerlicher Krankheitsattacken zurück, die dann nicht selten auch an äußere auslösende Ursachen anknüpfen. Übrigens ist zu sagen, daß alle akuten Psychosen, unbeschadet ihrer besonderen klinischen Zugehörigkeit, eine Neigung haben, im Leben sich zu wiederholen, zu rezidivieren, wie beispielsweise die Amentia, bei der das freilich wieder insofern in der Natur der Sache liegt, als zu der Amentia-Gruppe die meisten Begleitpsychosen zählen, bei denen eben die Grundzustände sich wiederholen (Infektionen, Puerperien u. a.).

Ein remittierender Verlauf ist im übrigen bei Psychosen der allerverschiedensten Art eine ganz gewöhnliche, bei chronischem, wie bei im ganzen akutem Gesamtcharakter vorkommende Erscheinung, ja sogar bei im Grunde unheilbaren, unaufhaltsam zum Tode führenden Krankheiten (progressive Paralyse) sieht man nicht selten remittierenden Verlauf; und solche Remissionen können sogar ziemlich tiefgreifend sein. Je chronischer die Krankheit, desto großwilliger pflegen die Remissionen zu sein, je akuter jene, desto kurzschlängiger wiederum diese (z. B. im Verlaufe einer Amentia oft nur für Stunden). Nicht selten lassen die Remissionen eine gewisse Regelmäßigkeit in ihrer Anordnung erkennen, und damit erscheint eine gewisse Annäherung an Intermittenz und Periodizität gegeben. Man sieht da wieder einen der vielen Übergänge zwischen psychopathologischen Phänomenen, sieht, wie nicht nur akuter und chronischer, sondern wie auch die verschiedenen Spielarten intermittierenden Verlaufes bis zu kompletter Periodizität untereinander und wie sie wieder ihrerseits mit Akutem und Chronischem in der Verlaufsweise zusammenfließen.

Eine besondere, in der Regel mit intermittierend-periodischem Verlauf korrespondierende Verlaufsart ist die zirkuläre, d. h., man sieht ein gewisses mehr oder weniger regelmäßiges Alternieren verschiedener, dem äußeren Aspekt nach häufig wie Positiv und Negativ sich verhaltender Zustandsbilder im Rahmen einer Krankheitsphase (z. B. von Depression und Manie). Derlei findet sich nicht nur im manisch-depressiven Irresein, welches in den meisten Fällen ein zirkuläres ist, sondern auch bei anderen Krankheiten, selbst bei der Paralyse. Übrigens gibt es auch ein etwas andersartiges Alternieren von Krankheitserscheinungen, indem nämlich die einzelnen, durch Intervalle getrennten Phasen der Krankheit abwechselnd, aber ohne Zirkularität innerhalb des Einzelanfalls, die eine Phase diese, die andere jene Färbung haben (beispielsweise der Verlaufstypus: Depression, Intervall, Manie). In den meisten Fällen ist freilich die Anordnung der Krankheitsanfälle und Phasen von Anbeginn eine wenig gesetzmäßige.

Überhaupt können im Rahmen einer und derselben Geisteskrankheit, ja auch eines und desselben Krankheitsfalles auch von rein manisch-depressivem Irresein alle diese verschiedenen Verlaufsdetails miteinander wechseln und

durcheinander gehen. Man begreift, daß, solange man nur das momentan aufscheinende Syndrom zu beachten und danach zu klassifizieren pflegte, diese Klassifikation oft in ein und demselben Kasus zu verschiedenen Zeiten sehr verschiedene Resultate ergeben mußte. Und so kam es, daß vielfach Verwandtes auseinandergerissen, Unzusammengehöriges zusammengekoppelt wurde. Unter diesen Umständen erscheint das die neuere Psychiatrie beherrschende Bestreben gerechtfertigt, die einzelnen Krankheitsbilder und Krankheitsformen nicht so sehr nach ihren zeitlich schwankenden und verschiedenen Verlaufsquerschnitten, sondern nach ihrem Verlaufslängsschnitt (und am allerzweckmäßigsten nach ihrem Verlaufstransversalschnitt) zu gruppieren. Und damit mußten die erst oft nach jahrzehntelangem, wechselvollem vielgestaltigen Verlaufe erreichten Endzustände, von denen ja freilich vornehmlich bei chronischen Geistesstörungen gesprochen werden kann, an Bedeutung gewinnen. Tatsächlich sind denn auch zwei der allerwichtigsten klinischen Krankheitseinheiten, die progressive Paralyse und nach deren Muster später die Schizophrenie, auf dem Wege der Verfolgung von Gesamtverläufen an sich zunächst sehr verschieden aussehender Zustände bis zu dem jeweils gemeinsamen Terminalzustande gewonnen worden. Es hat diese Betrachtungsweise das Gute, daß ex post die charakteristischen und in Wahrheit pathognostischen, mehr oder minder durch den gesamten Verlauf sich einem roten Faden gleich hinziehenden, im Beginne freilich oft nur unscheinbaren und von sekundären Symptomen (Wahngebilden, Verwirrtheit, Verstimmungen u. a.) überwucherten, aber eben doch konstanten und unterscheidenden Züge gewonnen werden. Erkannte und kennt man sie einmal, dann ist manche Manie von Anbeginn als Paralyse, manche Verwirrtheit von Anbeginn als Schizophrenie ansprechbar. Allerdings wird auch diese »klinische« Methode, im allgemeinen umständlicher und mehr Beharrlichkeit erfordernd, doch weit zuverlässiger als die nach dem sich gerade darbietenden Zustandsbilde rubrizierende »symptomatische«, zuweilen zur Fehlerquelle, wenn mit ihr zu vorschneil operiert und ihre Befunde zu sehr generalisiert werden; darf man doch nicht übersehen, daß zumal bei nicht genauer oder nicht liebevoller Differenzierung

Maßstab: — 1 Jahr.

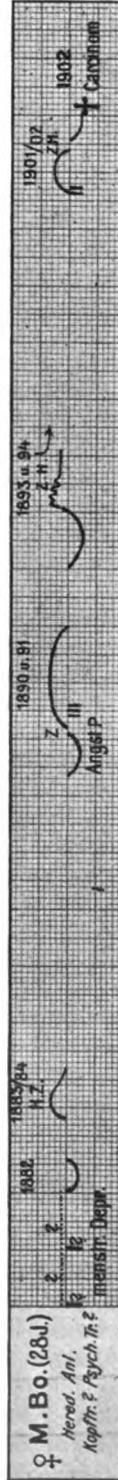


Fig. 6.

Lebenslauf (von den ersten anamnestisch erwiesenen Krankheitsanfällen an, der erste derselben 1882 im Alter von 28 Jahren) einer Kranken mit manisch-depressivem Irresein. Die nach oben offenen, unter der Abszisse gelegenen Bögen und Striche stellen depressive, die andere manische Anfälle — bzw. Episoden innerhalb von Anfällen — dar; die gestrichelte Horizontale deutet, da über der Abszisse, auf wahrscheinlich hypomanisches Verhalten im damaligen »freien« Intervall hin. Zeichenklärung: Hered. = erbliche Belastung; Anl. = Anlage: Kopfr.; ? = fragliches Kopftrauma; Psych. tr. ? = fragliches psychisches Trauma (ätiologische Momente); ? = fraglich; H = vorwiegend heitere Verstimmung; Z = vorwaltende zornige Gereiztheit; mensstr. Depor. = menstruelle Depressionen; — = Fortdauer der Krankheitserscheinungen am Ende der gebuchten ärztlichen Beobachtung; Angst = Hervortreten von Angstafekt; P = auffälligeres Hervortreten von Wahnideen; † = Tod. Entnommen aus: STRANSKY, Das manisch-depressive Irresein, in ASCHAFERBERGERS Handbuch der Psychiatrie, Leipzig-Wien, 1911, Verlag von Fr. Deuticke.

die Endzustände sehr verschiedenartiger Psychosen eine gewisse äußere Ähnlichkeit darbieten können, und sobald man sich besonders mit so allgemeinen und dehnbaren Kriterien begnügte wie etwa »psychische Schwäche«, käme man sehr bald nahezu bei der »Einheitspsychose« heraus, weil ja schließlich sehr viele Krankheiten zu psychischer Schwäche tendieren: man muß demnach also wohl auch hier einigermaßen genauer unterscheiden. Tut man dies aber, dann erweist sich die klinische Betrachtungsweise als die zweifellos fruchtbarere, wiewohl sie (wegen der Notwendigkeit, anamnestiche und katamnestiche Nachforschungen noch über die Entlassung des Kranken hinaus über jeden einzelnen Kranken zu betreiben) viel mehr Zeit und weit größere Zurückhaltung in der Beurteilung der Dinge erfordert. Es darf uns dies aber der Mühe nicht überheben, auch den jeweiligen Querschnitt der Krankheitsfälle zu studieren, denn auch aus dessen Studium ergibt sich stets Lehrreiches und Wichtiges, insbesondere für die Verfeinerung der Symptomatologie. Daher eben die besondere Bedeutung des gleichsam die Vorzüge beider Richtungen in sich vereinenden Transversalschnittes. Berücksichtigt man alle diese Gesichtspunkte, dann wird die in früheren psychiatrischen Zeitläuften so beliebt gewesene, unserem Kausalitätsbedürfnis aber so wenig zusagende und förderliche Diagnose »sekundäre Demenz« als Endreservoir der allerverschiedensten nicht geheilten funktionellen Psychosen immer seltener werden.

Implicite hat sich aus dem Voranstehenden ergeben, von welcher großer Bedeutung das insbesondere durch KRAEPELIN inaugurierte Studium langer Verlaufsabschnitte für das innere Verständnis und die Gruppierung der Geisteskrankheiten war. Nur dadurch konnte ein tieferes Verständnis und die Möglichkeit sichererer Prognosenstellungen angesichts der so abwechslungsreichen und vielgestaltigen Einzelbilder gewonnen werden: nur dadurch auch fruchtbare Vorarbeit geleistet werden für ein dereinstiges ätiologisches (und eventuell anatomisches und pathogenetisches) Verständnis der psychotischen Erscheinungen und damit für eine im strengsten Sinne wissenschaftliche Einteilung der Psychosen. Die progressive Paralyse stellt das gewaltig imponierende Beispiel dar, an dem sich dieser Satz in vorderster Linie als wahr erwiesen hat: und nach und nach bahnt sich, wie es scheinen will, ein grundlegendes Verständnis, wie bereits an früherer Stelle erwähnt, auch für die schizophrenerischen Störungen an, die lange Zeit notgedrungen als »funktionell« gewertet werden mußten. Und die Begriffe »funktionell« und »anatomisch« gebraucht die Psychiatrie in derselben Bedeutung wie die übrige Medizin, nur mit dem Unterschiede, daß hier sehr viel als »funktionell« gilt, wofür die greifbare anatomisch-pathogenetische Grundlage noch nicht bekannt ist.

Allgemeine Ätiologie und Pathogenese der psychischen Störungen.

Die schon im früheren Kapitel betonte Innigkeit des Zusammenhanges psychischer Störungen mit solchen des Gesamtorganismus tritt nirgends deutlicher zutage als auf ätiologischem Gebiete; wenn gleichwohl im Bereiche der Psychopathologie bestimmte ätiologische Faktoren stärker hervortreten, so involviert dies lediglich eine in gewissem Sinne umgrenzte quantitative und keine essentielle Besonderheit. So ist es gewiß nicht verwunderlich, daß in der Pathologie der Geistesstörungen der psychische Faktor auf ätiologischem Gebiete einen breiteren Raum einnimmt als in der übrigen Patho-

logie, allein wir wissen sehr genau, daß auch hier nur ein Maßunterschied vorliegt; wir brauchen uns ja nur wiederum der PAWLOWSCHEN Versuche zu erinnern. Wenn ferner die Heredität in der Psychopathologie einen breiten Raum einnimmt, so ist nicht zu vergessen, daß auch in anderen klinischen Disziplinen, vor allem in der Neuropathologie und in der Lehre von den Konstitutionskrankheiten, die Rolle des Anlagefaktors und der erblichen Belastung keineswegs gering zu veranschlagen ist. Nur daß in der Psychopathologie wegen ihrer tief einschneidenden sozialen Bedeutung diesen Faktoren besonders frühzeitig und nachhaltig das Augenmerk der Forscher sich zugewendet hat.

Dieser letztere Umstand läßt es aber jedenfalls gerechtfertigt erscheinen, wenn wir hier gleich zur näheren Erörterung der Rolle von Anlage und Vererbung in der psychiatrischen Ätiologie übergehen.

Der krankhaften Anlage, von der die erbliche Anlage nur ein, freilich der wichtigste Teil ist, kommt in der Psychiatrie eine sehr schwerwiegende Bedeutung zu; mag auch in früherer Zeit das Maß dieser Bedeutung da und dort etwas überschätzt worden sein, so bleibt trotzdem noch hinreichend für ihre Sphäre übrig. Es gibt Psychosen genug, deren Entstehung allerdings auf intra vitam erworbene Schädigungen zurückgeht, bzw. in ihnen ihre Erklärung findet (immerhin kann man, wie z. B. bei der auf syphilitische Grundlagen zurückgehenden progressiven Paralyse überdies eine mehr oder weniger hypothetische Anlage als Zwischenursache eingeschaltet sich denken; erkrankt ja doch von den Syphilitischen nur ein gewisser Prozentsatz an Paralyse, selbst anderweitige, interpolierte, schädigende Momente als gegebene Zwischenglieder angenommen). Ein bis vor kurzem viel zu wenig gewürdigtes Moment liegt darin, daß es zweifellos nicht etwa eine allgemeine Anlage zu Geisteskrankheit gibt, sondern entsprechend der Vielheit und Verschiedenartigkeit der Psychosen auch eine Vielheit und Verschiedenartigkeit der Einzelanlagen; sehr ernsthafte Forscher vertreten geradezu die Annahme nicht nur einer disparaten, sondern sogar gegensätzlichen Natur bestimmter psychopathischer Einzelanlagen, dergestalt also, daß die Disposition zu der einen Art psychischer Störung unter Umständen implicite ein Maß von Immunität gegen andere Arten psychischer Störung abgäbe; so ist insbesondere eine gewisse Gegensätzlichkeit zwischen der Anlage zu schwer degenerativer Disposition und der Anlage zur progressiven Paralyse angenommen worden, wozu es stimmen würde, daß man tatsächlich äußerst selten Manisch-depressive, Paranoische, Kriminelle, also verschiedene Typen schwerster degenerativer Psychose oder Psychopathie, wiewohl auch unter ihnen, speziell unter den Verbrechern, luetische Infektionen keine Seltenheit sind, später Paralytiker werden sieht.

Eine Anlage kann intra vitam erworben sein, und die absolute oder bestimmt gerichtete Minderwertigkeit des Gehirns, insonderheit des Psycho-cerebrums, manifestiert sich erst von einem bestimmten, durch ein greifbares Merkzeichen markierten Termin angefangen; z. B. wenn etwa durch Traumen, durch schwere Gehirnkrankheiten (Meningitis und andere) oder durch Gifte eine psychische Minderwertigkeit und damit also erhöhte Disposition zu geistiger Erkrankung erworben wird. Weitaus wichtiger ist die angeborene Anlage. Allerdings gibt es auch da Fälle, wo (man denke an Traumen unter der Geburt, Erkrankung in utero oder in sehr früher Kindheit) die Grenzlinie zwischen »angeboren« und »erworben« theoretisch oder praktisch einigermaßen arbiträr ist. Trotz alledem bleibt aber ein ungeheuer großes Gebiet übrig für zweifelloste Angeborenheit von Anlagen. Und da haben wir nun wiederum

zwei Fälle zu unterscheiden: erstlich die abnorme Anlage aus primärer Keimesvariation, die in manchen Fällen als eine autonome, in ihren innersten Ursachen uns gänzlich unbekannt betrachtet werden muß; in anderen wieder auf einen vorübergehenden, zur Zeit der Zeugung oder Fötalentwicklung bestandenen Krankheits- oder abnormen Zustand der Erzeuger zurückgeführt werden kann (ein freilich zum Teil noch etwas hypothetisches Kapitel, ist doch z. B. die als sehr schädigend für die Leibesfrucht angesprochene Zeugung im Rausche als solche Noxe noch keineswegs strikte erwiesen); der zweite, theoretisch und praktisch wichtigste Fall ist die abnorme Anlage aus Belastung durch die Vorfahren (Eltern, Ahnen, Familie im weiteren Sinne); auch hier wiederum sind zwei Untergruppen zu unterscheiden: es gibt einmal eine Belastung, die durch erworbene konstitutionelle (also nicht etwa — siehe früher — zur Zeit der Zeugung vorübergehend bestehende) Krankheiten nicht psychischer Art auf seiten der Erzeuger dargestellt wird; das bekannteste Beispiel ist hier die psychische Minderwertigkeit, welche die Kinder syphilitischer Eltern, sie mögen nun die Lues als solche gleichzeitig geerbt haben oder nicht, so häufig zur Welt mitbringen; ähnliches gilt auch von Kindern andersartig Schwerkranker (z. B. schwer Tuberkulöser) oder chronisch durchgifteter Individuen (Blei, Alkohol, in letzterem Falle freilich oft gleichzeitig ein psychopathischer Anlagefaktor mitwirkend); weiter scheinen die Kinder allzu bejahrter Erzeuger nicht selten im Keime minderwertig; und endlich erscheint ein Spezialfall gegeben durch die Blutsverwandtschaft der Eltern, insofern auch dann, wenn dieselben persönlich gesund und auch nicht Träger einer latenten psychopathischen Anlage sind, die Nachkommen psychisch nicht selten ab ovo defekt, und zwar insonderheit idiotisch zu sein scheinen; am wichtigsten jedoch ist jene Untergruppe, die definiert erscheint durch die schon in den Erzeugern selbst wurzelnde, sei es manifeste (direkte Heredität) sei es latente (indirekte Heredität) psychopathische Anlage; im ersten Falle haben wir also Erzeuger vor uns, die selber die Zeichen krankhafter Anlage an sich tragen (also psychotisch oder psychopathisch oder mit gewissen schweren konstitutionellen, erfahrungsgemäß mit psychisch-nervöser Anlage enge verwandten Körperkrankheiten — z. B. Diabetes — oder mit gewissen degenerativen Nervenkrankheiten behaftet sind), einer Anlage, die in dem Stamme begründet ist, aus dem einer oder beide von ihnen hervorgegangen sind; im zweiten Falle sind die Erzeuger selbst scheinbar gesund, aber die psychisch-nervöse Morbidität ihrer Stammesanlage, die in ihrer persönlichen Aszendenz oder an ihren Geschwistern manifest wird, ist auch in den ihnen selbst eigenen Keimzellen vorgebildet und kann daher von ihnen, ohne daß sie selber erkranken, auf die Erzeugten übertragen werden, bei denen also die Belastung nicht durch die Eltern, sondern gleichsam von der Seite her gegeben erscheint; ein besonderer, eigentlich der indirekten Heredität eng verwandter Spezialfall ist die »kollaterale« Belastung (durch Seitenverwandte aus der Generation, die jener des in Frage kommenden Individuums äquipariert).

Nun haben wir da wiederum einige theoretisch und praktisch wichtige Spezialfälle zu unterscheiden: Es kann die Belastung — sie sei eine direkte oder eine indirekte — sein eine solche mit ausgesprochener Geisteskrankheit (mit degenerativer oder mit »erworbener«, in letzterem Falle, zumal wenn es sich um Paralyse handelt, kann natürlich nur in sehr weitherzigem Sinne von Belastung gesprochen werden, und jedenfalls auch nur bei direkter Belastung) oder doch wenigstens mit ausgesprochener Psychopathie; oder aber eine solche mit leichten Neurosen oder mit organischen Nerven- oder anderen schweren konstitutionellen Körperkrankheiten. Und im ersten Fall kann sie

sein eine gleichartige (d. h., es findet sich die gleiche oder eine nahe verwandte Kategorie psychischer Störung in der direkten Aszendenz oder in der weiteren Familie) oder eine ungleichartige (d. h. die in der Blutsverwandtschaft vorkommenden Geistesstörungen gehören einem anderen Typus an als das Leiden des Kranken selber), oder aber schließlich eine gemischte.

Wie sind nun alle diese Momente praktisch zu werten? Auch hier bedarf es einer klärenden Aussprache. So bedeutungsvoll die Rolle der Heredität in der Psychiatrie auch ist, so notwendig ist es, ihre einzelnen Gestaltungen unter Berücksichtigung aller der eben angezogenen Gesichtspunkte zu differenzieren. Haben doch gerade neuere Untersuchungen ergeben, daß, wenn man, wie dies noch oft geschieht, zwischen Belastung und Belastung nicht schärfer trennt, unter Umständen Geistesgesunde stärker belastet erscheinen können als Geisteskranke. Hereditätsstatistik darf eben nicht nach der Schablone gemacht werden. So haben wir denn in praxi zunächst einmal auseinanderzuhalten zwischen der eigentlich psychopathischen Belastung und der Belastung mit anderen Krankheiten: erstere ist es, die in der Psychopathologie in der Tat eine bedeutende Rolle spielt, während letztere von weit allgemeinerer Bedeutung ist, und nur falls es sich da um degenerative, das Nervensystem mit in vorderster Linie betreffende Prozesse im Blutsverwandtenstamme handelt, kann solchen Erkrankungen, auch wenn sie nicht speziell psychiatrischer Natur sind, ein belastender Wert nicht abgesprochen werden, wengleich dieser auch dann erfahrungsgemäß kein allzu erheblicher ist. Weiter ist es gar nicht gleichgültig, ob eine Belastung eine direkte, durch die Aszendenz gegebene ist und ob sie in solchem Falle nur von einem Aszendenten ausgeht, oder aber von beiden (konvergierende Belastung; die meist schweren Belastungen durch Verwandtenehen dürften in sehr vielen Fällen durch solches Konvergieren — denn es sind ja alsdann beide Elternteile Psychopathen oder doch Keimträger — erklärbar sein), oder ob es sich nur um indirekte Heredität handelt. Am schwersten wiegt direkte und da insbesondere wiederum konvergierende Belastung mit degenerativer Geisteskrankheit; weniger schwer schon die indirekte psychopathische Belastung; die anderweitigen Formen der Belastung kommen für die psychiatrische Praxis schon entschieden weniger in Betracht, und wir werden Klienten (ärztlicher Ehekonsens!), die nichts anderes vorzubringen wissen, besser zum Internisten weisen; andererseits ist freilich darauf zu achten, daß manches echt Psychotische, z. B. Epilepsie, von Laien als psychotisch nicht gewertet zu werden pflegt, und daß Fälle von Selbstmordtendenz in einem Stamme an verkappte Melancholien denken lassen müssen. Es ist demnach in praxi nach zwei Richtungen hin Bedacht zu nehmen und überhaupt tunlichst zu individualisieren und ja nicht nach der Schablone abzuurteilen; mit allgemeinen Schlagwörtern wie »Nervenkrankheit« ist in der Hereditätsfrage weder theoretisch noch praktisch auf einen grünen Zweig zu kommen; da heißt es schon ein bißchen ins Detail gehen! Nur so kann man mit der Zeit zu einer genaueren Erforschung der im letzten Grunde so sehr wesentlichen Individualanlage des Einzelsubjekts und deren Grundlagen gelangen; für die wissenschaftliche Erkenntnis ist dann natürlich auch das Studium der wirklich oder angeblich gesunden Mitglieder eines Stammes erforderlich (Familienforschung). Vielleicht gelingt mit der Zeit wirklich der neuestens aufgenommene Versuch, mittels der MENDELSchen Vererbungsgesetze, die sich für die zoologische und botanische Biologie so fruchtbringend erwiesen haben, auch das Verständnis der pathologischen Vererbungen beim Menschen, insonderheit in der Psychiatrie, zu erschließen; einstweilen steht das noch dahin.

Über den bisher schon so oft herangezogenen Begriff der Degeneration werden wir in einem eigenen Kapitel, welches wir diesem Kapitel anhängen wollen, handeln. Hier nur so viel, daß wir als »degenerativ« alle jene Geistesstörungen zu bezeichnen pflegen, in deren Ätiologie abnorme, zumal hereditäre psychopathische Anlage eine wesentliche und nachweisliche Rolle spielt. Hierher gehört demnach die Mehrzahl der psychopathisch Minderwertigen, gehören alle sogenannten »Degenerierten« im engeren Sinne, gehören die schweren Formen der Psychoneurosen und von den umrisseneren Psychosen vor allem das manisch-depressive Irresein und die Paranoia. Bei den Defektzuständen, bei der Epilepsie, der Schizophrenie, dem Kretinismus spielt zwar Anlage, bzw. Belastung ebenfalls noch eine große Rolle, doch schon in weit allgemeinerem Sinne; die anderen Psychosen hingegen verdienen nicht eigentlich das Attribut als degenerative, mag auch in Einzelfällen oder Untergruppen ein degenerativer Einschlag, wie z. B. eine auf einen solchen in der Regel hindeutende Neigung zu periodischer und speziell zirkulärer Verlaufsgestaltung unverkennbar sein (z. B. zirkuläre Paralyse); ganz scharf sind eben auch auf diesem Gebiete die Grenzlinien nicht.

Lassen wir nun die intra vitam erworbenen ätiologischen Faktoren Revue passieren, so müssen wir natürlich an erster Stelle derjenigen Noxen gedenken, die, sie seien welcher Natur auch immer, vor allem das Großhirn betreffen oder mitbetreffen. Kommen wir da von der Neurologie her, so interessieren natürlich vor allem jene organischen Nervenleiden, welche diese Bedingungen erfüllen. Man darf da nun sagen, daß die Chance, die Psyche mit zu affizieren, im allgemeinen in derartigen Fällen um so geringer ist, je lokalisierter die Großhirnaffektion, um so größer, je diffuser dieselbe ist; immerhin aber wissen wir aus Erfahrung, daß bei krankhaften Prozessen (Entwicklungshemmungen, Atrophien, Gliosen, Abszessen, Geschwülsten u. a.), die das Stirnhirn oder den Balken betreffen, ganz besonders prägnant psychische Störungen, die zuweilen sogar gewisse charakteristische Züge darbieten (Witzelsucht, Moria), hervortreten pflegen; niemals jedoch tritt das psychotische Bild in derlei Fällen so sehr gewichtig in den Vordergrund als bei den diffusen oder ausgebreiteten Rindenprozessen, die denn auch ungeachtet der oft ganz oder halb neurologischen Vorentwicklung den Psychiater von alters her fast noch mehr interessiert haben als den Nervenarzt; es sei hier nur erinnert an die arteriosklerotischen Prozesse und deren Folgen, die Erweichungen und Apoplexien (mit Einschluß der ja gewöhnlich indirekt auf solche Grundlagen zurückgehenden Aphasien, Agnosien und Apraxien), die senilen und vor allem an die luetischen und metaluetischen Prozesse, wie insbesondere die in vorderster Reihe stehende progressive Paralyse. Gelegentlich, wenn auch vergleichsweise weit seltener, finden sich psychische Störungen auch bei anderen, mehr oder minder verbreitete Hirnrindenläsionen verursachenden chronischen Prozessen, als da sind die multiple Sklerose, die Amyotrophien, die Tabes. Schädel- und Hirntraumen mit ausgedehnter Rindenverletzung, zuweilen aber auch ohne anatomisch nachweisbare Störungen können gleichfalls Geistesstörungen verursachen. Endlich gilt dies natürlich von allen Formen von Encephalitis (mit Einschluß der rachitisch bedingten und hydrocephalischen Prozesse), Meningitis und Hirnvergiftung durch endo- oder exogene Gifte. Die Bilder, die wir in diesen Fällen zu sehen bekommen, sind sehr mannigfacher Art und werden uns im speziellen Teile näher beschäftigen. Hier nur so viel, daß gewisse Gruppen — das vornehmste Beispiel ist wieder die progressive Paralyse — eine ausgesprochene klinische Sonderstellung einnehmen und demgemäß anatomisch und ätiologisch gut charakterisierte Krankheits-

einheiten darstellen, die für die nosologische Abgrenzung anderer Krankheitsgruppen vorbildlich geworden sind.

Die Krankheiten des Rückenmarks und des Hirnstammes, soweit sie den Cortex nicht wenigstens indirekt oder vorübergehend beteiligen, pflegen Geistesstörungen nicht zu setzen, und ein Gleiches gilt von den Erkrankungen der peripherischen Nerven; nur eine Ausnahme, und diese ist streng genommen nur eine scheinbare, durchbricht diese Regel: wir meinen da die sogenannte polyneuritische (KORSAKOFFSche) Geistestörung; wie schon früher kurz erwähnt, bezeichnet man mit diesem Namen einen vor allem durch eigenartig amnestische Störungen gekennzeichneten Symptomenkomplex, der bei sehr verschiedenen Krankheiten vorkommen kann, besonders häufig aber in Verbindung mit (zumal alkoholischer) Polyneuritis — nicht selten auch vergesellschaftet mit polioencephalitischen Symptomen — in Erscheinung tritt (daher der etwas irreführende Name) und sicherlich sehr häufig auf Toxämie zurückgeht (daher denn auch der von KORSAKOFF selber bevorzugte Name *Cerebropathia psychica toxaemica*); eine Symptomengruppierung, bei welcher peripherische Nerven, Hirnstamm und Hirnmantel nebeneinander affiziert erscheinen. Praktisch ist dieser Symptomenkomplex einer der allerbedeutsamsten, wenn auch gewiß keine Krankheitseinheit, wie wir noch im speziellen Teile sehen werden.

Ob es auch psychische Störungen, verursacht durch Sympathicusstörungen (im engsten Sinne, denn im weiteren gehören ja alle vegetativen Organe zur Domäne des Sympathicus!) gibt, ist noch nicht ganz sicher, doch könnte ein Teil der Migränepsychosen und der früher sogenannten »Reflexpsychosen« (gewisser in unmittelbarer Gefolgschaft umschriebener, nicht rein nervöse Organe betreffender Erkrankungen vorkommender, diese zeitlich nicht oder nicht wesentlich überdauernder Psychosen) hierher zählen; die meisten Geistesstörungen dieser Art dürften freilich im Grunde epileptischer Natur sein; die Mitbeteiligung des Sympathicus in der somatischen Symptomatologie mancher Psychosen, z. B. der Schizophrenie, darf natürlich nicht gleich zu vorschnellen Ätiologieschlüssen benützt werden.

Von den Erkrankungen der Sinnesorgane sind es vornehmlich jene des Gehörs, die gelegentlich den Anstoß zur Entwicklung von Geisteskrankheiten geben (Psychosen bei Tauben und Schwerhörigen) oder solche in bestimmter Weise (Sinnestäuschungen) färben. Weniger in Betracht komme das Auge; die nach Staroperationen auftretenden Geistesstörungen gehören teils zur Gruppe der senilen, teils zu jener der postoperativen Psychosen (siehe oben).

Von den körperlichen Krankheiten im weiteren Sinne interessieren hier zunächst die chronisch-konstitutionellen Leiden, weil vielen von ihnen eine engere Beziehung zu Geistesstörungen zugeschrieben worden ist und noch wird. Von einigen derselben gilt das auch mit Recht; insbesondere von jenen, die drüsige Organe mit innerer Sekretion tangieren. In erster Linie ist da die Schilddrüse zu nennen, deren verschiedene Erkrankungen, zumal die malignen, sehr gewöhnlich mit mehr oder weniger scharf charakterisierten psychischen Störungen einhergehen; wir erinnern an die BASEDOWSche Krankheit, das Myxödem und den Kretinismus. Weiter interessieren die Keimdrüsen; daß Mißbildungen, Entartungen und Erkrankungen derselben, wenn sie frühzeitig einsetzen, neben körperlichen auch psychische Störungen und Anomalien im Gefolge haben können, ist reichlich bekannt (Entwicklungshemmung der sekundären Geschlechtscharaktere, Infantilismus auch auf körperlichem und eunuchoiden Eigentümlichkeiten auf psychischem Gebiete); wir erinnern ferner an den nicht bloß psychisch bedingten Einfluß, den sexuelle Entwicklung

und Involution auf das Seelenleben ausüben; erinnern insbesondere an den Einfluß der Menses (siehe oben) und der Puerperalprozesse.

Von diesen Dingen rührt ja zum großen Teil die später noch zu besprechende Rolle her, welche Alters- und Geschlechtsunterschiede in der Ätiologie der Geistesstörungen spielen. Forschungen der allerneuesten Zeit (ABDERHALDEN-FAUSER u. a.) scheinen darzutun — was schon lange vermutet wurde —, daß gewissen Krankheitsgruppen, zumal der Schizophrenie, krankhafte Prozesse, vor allem in den Keimdrüsen, zugrunde liegen. Die Folgen der Erkrankung anderer innersekretorischen Organe scheinen ihrem Wesen nach mehr auf somatischem Gebiete zu liegen (Hypophysis, Nebennieren, Epithelkörperchen u. a.), mögen auch manche Einzelbeobachtungen und Einzelfälle (siehe eines der früheren Kapitel) selbst da auf eine gelegentliche Mitbeteiligung der Psyche hinweisen. Es gibt überdies eine ganze Reihe anderer konstitutioneller Allgemeinerkrankungen mit nicht seltenen konsekutiven psychischen Störungen: Osteomalakie, Diabetes, Gicht (bei letzterer ward die Frequenz begleitender Psychosen früher stark überschätzt) sind hier vor allen Dingen zu nennen; die Krankheitsbilder, die man in derlei Fällen auf psychischem Gebiete zu sehen bekommt, sind übrigens voneinander sehr verschieden; meistens sind es depressive Bilder mit Wahnbildung.

Erkrankungen einzelner Organe und Organsysteme von besonderer Bedeutung für den Körperhaushalt, auch wenn es sich nicht gerade um innere Sekretion handelt, können gleichfalls Zeichen von Geistesstörung im Gefolge haben. In erster Linie sind da die Zirkulationsorgane, vor allem das Herz selber zu nennen, dessen verschiedene Erkrankungen sehr häufig psychotische Erscheinungen im Gefolge haben, zumal solche von depressiv-ängstlichem Charakter; Herzstörungen können freilich (siehe oben) wieder auch Folgeerscheinungen von Psychosen sein. Von den Erkrankungen peripherer Gefäße sind es natürlich vor allem die Erkrankungen der kleinen Hirngefäße, welche schädigend auf die Psyche wirken können; insbesondere die arteriosklerotischen und die syphilitischen Gefäßerkrankungen. Bei Nierenleiden sind psychotische Zustände auch nicht unbekannt, freilich betreffen sie da vor allem das urämische Stadium. Gastrointestinalleiden führen entweder als solche auf dem Umwege über psychische Mechanismen oder aber durch Autointoxikation nicht selten zu psychotischen Begleitererscheinungen. Recht überschätzt werden vielfach, wenngleich sie zumal bei Frauen keineswegs außer acht zu lassen sind, die Beziehungen der Krankheiten des äußeren Genitalapparates bei beiden Geschlechtern zu Psychoseosen. Anhangsweise sei noch hingewiesen darauf, daß bei manchen krankhaften Zuständen im Eingange des Atmungsapparates, speziell in der Nase und ihren Nebenhöhlen (Polypen, Adenoide) gelegentlich, zumal bei Kindern, Hemmungs- und Depressionszustände mit oder ohne Angst beobachtet werden; es gilt da freilich meist: cessante causa cessat effectus!

Von den akzidentellen Erkrankungen sind es außer den malignen Tumoren (besonders Karzinom) vor allem die Infektionskrankheiten jeder Art, die teils durch direkte bakterielle Toxinwirkung, teils durch indirekte Wirkung (Fieber) die Psyche, zumal jene disponierter, aber in schweren Fällen auch die scheinbar normal veranlagter Individuen schädigen und schwere, in der Regel akute Psychosen erzeugen können; eine Sonderstellung nimmt die Lues ein, die mit ihren protozoischen Schwesterkrankheiten (Malaria, Schlafkrankheit) je nach Stadium und Schwere sehr verschiedene und verschiedenwertige psychische Leiden setzen kann. Am schwersten ist die in ihrem »Meta«-Stadium sich entwickelnde progressive Paralyse. Davon abgesehen, können

bei den Infektionskrankheiten die Psychosen geradezu dasjenige sein, was die Szene eröffnet (Initialdelirien); zumal kommt dies vor beim Typhus und bei der Influenza, zwei Infektionskrankheiten, deren psychische Morbidität erfahrungsgemäß eine ganz besonders große ist. Das Gegenstück bilden die Fälle, wo die Psychose erst mit dem Fieberabfall (Defervesenzdelir, besonders bei der Pneumonie) oder gar in der Rekonvaleszenz einsetzt. Es haben die Fälle dieser letzteren Art besonders nahe Beziehungen zu den Erschöpfungspsychosen, zu denen wir uns nunmehr wenden.

Erschöpfung, bedingt durch Abbau der eigenen Körpersubstanz, in specie des Gehirns durch Überaufbrauch, zählt zu den wichtigsten ursächlichen Momenten in der Psychopathologie. Schon die Ermüdung, gleichsam ihr Vorstadium, determiniert bekanntlich, abgesehen von leichten Assoziationsstörungen (deren Feststellung zumal ein Verdienst KRAEPELINS und seiner Schule ist), gelegentlich Illusionen und selbst Halluzinationen; Erschöpfung aber wird, in ihren schwereren Graden zumal, nicht selten zur Ursache namentlich akuter Psychosen. In Betracht kommen da alle Arten von Erschöpfung, von der einfachen körperlichen Erschöpfung bis zu den Erschöpfungszuständen nach schweren Krankheiten und Operationen, die dann zuweilen länger dauernde psychische Störungen determinieren, meist vom Charakter schwerer Psychoneurosen (namentlich häufig Angst- und Zwangszustände). Wir sind heute geneigt, auch bei Ermüdung und Erschöpfung, wie überhaupt bei jedem Aufbrauch (EDINGER) organeigener Substanz, an eine Art Toxinwirkung zu denken. Wir können daher logisch an dieser Stelle gleich ätiologische Faktoren anreihen, wie Gravidität und namentlich Puerperium und Laktation, Dinge, die, wenn man will, eine Art Mittelstellung einnehmen zwischen Erschöpfung und Vergiftung im engeren Sinne (allerdings spielt quoad Puerperium auch ein infektiöses Moment eine unleugbare Rolle). Selbstredend ist auch die Rolle der Inanition eine erhebliche, doch ist im Einzelfall nicht ganz außer acht zu lassen, daß Inanition (übrigens auch Erschöpfung, siehe oben) unter Umständen auch Folge der Psychose sein kann (Nahrungsabstinenz oder schwere tobsüchtige Erregung mit ihrem die Zufuhr von außen übersteigenden Kalorienverbrauch). Daß eine Häufung verschiedener erschöpfender Momente von besonders schwerwiegender Bedeutung sein wird, liegt auf der Hand. Daß eine isolierte Erschöpfung des Nervensystems spezielle Schäden im Gefolge haben kann, versteht sich von selber; so hat Masturbation sehr häufig mehr oder weniger schwere neuropathische Störungen im Gefolge; exzessives Masturbieren ist freilich öfters mehr Zeichen einer schon vorhandenen krankhaften Anlage als Ursache solcher.

Ohne die Bedeutung der Verdauungsstörungen zu überschätzen, muß doch gesagt werden, daß dieselbe unter Umständen eine ganz bedeutende sein kann. Abgesehen von den »reflektorischen« Wirkungen auf das Nervensystem, von denen ja auch auf die Psyche ein Teil abfällt und denen zumal bei den psychisch-nervösen Störungen im Gefolge von Magen-Darmaffektionen ein bedeutender Einfluß zugeschrieben wird, müssen wir hier insbesondere bei den im Gefolge von Darmstörungen auftretenden Psychosen an Auto-intoxikationswirkung denken. Insonderheit scheinen alle koprostatischen Darmprozesse gefährlich, und es sind von ernst zu nehmender Seite recht schwere, ja sogar zum Tode führende Psychosen in deren Gefolge beobachtet worden.

Exogene Vergiftungen aller Art können zu den schwersten, unter Umständen tödlich endenden psychischen Störungen führen, gleichgültig, ob es sich um einmalige oder um chronische Giftwirkung handelt. Unter den

einmaligen gelegentlichen Giftwirkungen nennen wir gleich an erster Stelle die verschiedenen Formen von Nahrungsmittelvergiftung (Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung u. a.); auch Medizinalgifte, sie mögen in welcher Absicht immer zugeführt sein, können neben körperlichen auch psychische Störungen erzeugen, zumal die Alkaloide, die Schlafmittel und andere; ein Gleiches gilt überhaupt von den verschiedensten, dem Körper einverleibten Substanzen. Unter den durch den Respirationstrakt in den Kreislauf gelangten Giften nennen wir vor allem das Kohlenoxyd- (Leucht-) Gas, wegen seiner praktischen Bedeutung und der nach ihm beobachteten psychischen Störungen; Kohlen säurevergiftung des Nervensystems entsteht dagegen in der Regel sekundär infolge bestimmter Körperstörungen (Herzaffektionen, Erstickung, Suspension); die danach beobachteten Erscheinungen (übrigens zum Teil wohl psychisch mitbedingt) gehören daher streng genommen auf ein anderes Blatt. Eine Sonderstellung nehmen die Genußgifte (Alkohol, Morphin, Opium, Kokain, Cannabis indica und andere, angeblich auch Nikotin) ein, denn die durch sie verursachten, praktisch in Betracht kommenden psychischen Störungen, von den ganz schweren Gelegenheitsräuschen oder den »pathologischen« Räuschen a limine Intoleranter abgesehen, finden sich in der Regel erst auf Grundlage chronischer Vergiftung. Schließlich erwähnen wir noch die bei chronischen Nahrungsmittelvergiftungen und den in ihrem Gefolge erscheinenden Krankheiten (Pellagra, Ergotismus, Beriberi) auftretenden Psychosen.

Physikalische Ursachen, wie Temperatur, Insolation, Klima, scheinen zuweilen auslösend wirken zu können, doch ist deren Bedeutung noch nicht klar erwiesen. Bei der Paralyse wirkt allerdings erfahrungsgemäß forcierte Kaltwasserbehandlung schädlich ein. Die Besprechung der Psychosen nach Seekrankheit oder nach Katastrophen, wie Erdbeben, gehört wohl in allererster Linie ins folgende Kapitel.

Wir gelangen nämlich nunmehr zu den psychischen Ursachen. Die Natur der Sache bringt es mit sich, daß gerade die psychischen Ursachen in der Psychopathologie eine besondere Rolle spielen; ganz abgesehen von den rein »reaktiven«, meist, wie ja schon der Name andeutet, nur zu abnormer Höhe und Dauer sich erhebenden, wenn auch inhaltlich mit dem auslösenden psychischen Trauma in logischem Zusammenhange stehenden affektiven Zuständen (in der Regel depressive Verstimmungen), kann fast jede Art Störung, auch wenn sie endogener Natur ist, durch psychische Traumen unmittelbar provoziert werden. Allerdings ist diese wiewohl gewichtige Rolle doch nicht derart groß und vielgestaltig, wie man es nicht nur früher geglaubt hat, sondern noch heute vielfach vermeint. Vor allen Dingen ist daran festzuhalten, daß psychische Momente so gut wie stets nur auslösende, determinierende und nicht essentielle, grundlegende Ursächlichkeit involvieren. Weiterhin ist vorwegzunehmen, daß unter den psychischen Ursachen so gut wie stets Affekte verschiedener Art, insbesondere schwere und heftige oder aber lange Zeit ohne Möglichkeit des Abreagierens sich hinziehende, weitaus überwiegend depressive Affekte in Betracht kommen und vor allem »psychisches Trauma« werden können. Die noch heute, namentlich in Laienköpfen, spukende Anschauung, als sei geistige Anstrengung als solche für die Psyche schädlich (»er ist vom vielen Studieren übergeschnappt«), ist glatter Unsinn: Fälle, wo ein derartiger Konnex im ersten Hinzusehen vielleicht gegeben erscheinen könnte, pflegen sich bei genauerem Eindringen gewöhnlich in gänzlich anderem Lichte darzustellen, es handelt sich da meist um von vornherein geistig minderwertige oder um hebephrenische oder sonstwie krankhaft geartete Individuen, deren »Überstudium« (zumal einseitige Überarbeit) nicht Ursache,

sondern bereits Zeichen oder wenigstens Vorzeichen einer schon bestehenden Anomalie ist. Daß Überarbeit indirekt, indem sie erschöpft, schädigend wirken kann, ist ja im allgemeinen zuzugeben, doch wirkt erfahrungsgemäß intellektuelle Arbeit nur dann schädigend, wenn sie entweder unter sehr unhygienischen Bedingungen vor sich geht, bzw. auf Kosten der Leibeshygiene (und dann gehört natürlich das, was die Psyche vor allem schädigt, streng genommen in die Domäne körperlicher Ätiologie), oder aber wenn sie mit Gemütsregungen schwererer Art und vor allem mit solchen von depressivem Charakter sich paart. Daß Affekte schon durch ihre vasomotorischen Begleiterscheinungen, aber auch rein psychisch stärkere Konsumtion, bzw. Gleichgewichtsstörungen erzeugen können, liegt klar zutage.

Wie bereits bemerkt, ist die ätiologische Rolle der Affekte so gut wie stets eine determinierende, als solche freilich eine ganz bedeutende. Ja man kann sagen, es gäbe, eine tiefere Grundursache vorausgesetzt, keine Psychose, die nicht entweder unmittelbar durch Affekte ausgelöst oder doch mittelbar in ihrer Erscheinung und in ihrem Verlaufe durch solche beeinflußt werden könnte. Stehen ja doch mächtige Affekte schon als solche — namentlich in foro wird einem dieser Vergleich sich oft aufdrängen — nicht weit von der Grenze der Bewußtseinsstörung. Sie verschieben für eine Weile die ganze Reaktionsart, die »Persönlichkeit« des einzelnen (siehe oben). Bei psychopathischen Individuen aber sehen wir mitunter Affekterregungen bis zur Höhe veritabler Ausnahmezustände (wir erinnern an die »pathologischen« Affekte) sich auswachsen. Die beträchtlichste Rolle spielen die Affekte in der großen Sammelgruppe der hysterischen Störungen, ist ja doch die hysterische Persönlichkeit diejenige, bei der es am allerhäufigsten zu »reaktiven«, »psychogenen«, durch psychische Traumen (und hier kann oft das geringfügigste affektive Erlebnis zum Trauma werden) ausgelösten Krankheitsäußerungen kommt. Demnächst kann man etwas ähnliches aber bei allen neuro- und psychopathischen Individuen sehen; mögen die Wirkungen da auch nicht derart frappierende sein wie auf hysterischer Grundlage. Und so können wir auch in manisch-depressiven, paranoischen und zumal schizophrenischen Krankheitsbildern psychogene Züge entdecken. Daß zumal depressive, aber auch anders gartete Psychosen an reale Gemütsbewegungen sich anschließen, ist nicht selten; freilich muß man sich da vor Verwechslungen hüten, denn der Laie vermeint oft eine Gemütsdepression als »Ursache« ansprechen zu sollen, die selber schon erstes Symptom eines seelischen Leidens ist; auch viele traumatische und Katastrophen- (Krieg, Erdbeben usw.) Psychosen sind vor allem gemüts-traumatische (Schreck, Rentenkampf u. dgl. Zwischenursachen). Ferner sei erinnert an die Defloration (nuptiales Irresein), die bei Veranlagten den letzten Anstoß zum Ausbruch einer Psychose geben kann (besonders Melancholien und Schizophrenien). Daß der Querulantenwahn sehr gewöhnlich an das seelische Trauma eines wirklich oder vermeintlich erlittenen Unrechts anknüpft, dürfte allgemein bekannt sein. Sehr bekannt sind die schädigenden Wirkungen der Haft, die wesentlich zustande kommen durch die der Affektivität aufgezwungene Vereinseitigung und die Einschränkung des Aktionsradius der Affektentladung; daher die Einzelhaft so besonders schädlich ist. Wichtig ist, zu wissen, daß Gemütsregungen auch bei gröber organischer bedingten Zuständen Krankheitserscheinungen determinieren können: bei der Epilepsie geben Affekterregungen nicht ganz selten den Anstoß zum Auftreten episodischer schwererer Bewußtseinsstörungen, speziell furibunder Tobsuchtsattacken. In nicht seltenen Fällen, wo eine epileptische Disposition einer andersartigen Degenerativanlage beigemischt ist, kann der Affekt auch Krampf-

anfalle auslösen (Affektepilepsie), die manchmal neben den epileptischen auch psychogene Züge enthalten (vergleiche hierüber auch das an früherer Stelle Ausgeführte). In der Ätiologie der Paralyse spielt jenseits der Syphilis eine zweite, aber nicht unwichtige Rolle das deletäre Wirken depressiv-erregender, mit Überarbeit bzw. gesteigertem Aufbrauch einhergehender Affekte (»Syphilitation und Zivilisation« v. KRAFFT-EBING); daher das Dominieren der Paralyse in gewissen Berufen, die der Doppelwirkung solcher Schäden ausgesetzt sind, namentlich in den unter schweren Aufregungen arbeitenden intellektuellen Berufen, und das relative Verschontbleiben primitiver, wenn auch luetisch stark durchseuchter Völker und Gesellschaftsschichten. Endlich können Affekte auch in toxisch bedingten Zuständen, zumal in den alkoholischen, eine erhebliche Rolle spielen; es sei nur erinnert an ihre bald ernüchternde, bald wieder die Bewußtseinstrübung steigernde Wirkung im Rausch, endlich an die Auslösung mancher alkohologener Krankheitsformen, wie z. B. der Pseudodipsomanie durch exogene Affekte.

Affekte wirken um so schädlicher, je weniger sie — sei es in konkreten Vorstellungsinhalten, sei es in psychomotorischen Entäußerungen — entladen werden können (vgl. auch das oben über die Haft Gesagte), oder je tiefer sie unter die Bewußtseinsoberfläche versenkt werden (eine manchmal sehr zweischneidige Palliativmaßnahme der Psyche) und je weniger verdaulich sie für die »psychische Phagocytose« sind (»heilender Einfluß der Zeit«; bei krankhafter Anlage besteht sehr gewöhnlich ein Defekt aller dieser Steuerungsmechanismen, zumal bei der Hysterie; aber auch in der intrapsychischen Ataxie der Schizophrenie); desto ominöser dann ihr Einfluß auf das psychische Gleichgewicht, desto höher die Wahrscheinlichkeit, daß sie zur determinierenden Ursache psychischer Störung werden können. Trotz aller Ablehnung, die wir den von den sogenannten Psychoanalytikern propagierten Bestrebungen entgegenbringen müssen, darf es als ein Verdienst BREUERS und FREUDS und einer Reihe ihrer Anhänger (BLEULER, JUNG, FRANK, HITSCHMANN, ADLER u. a.) bezeichnet werden, auf die Bedeutung der unter bestimmten Voraussetzungen schädlichen Wirkung der Affektverdrängung auf der einen, der gestörten Abreagierbarkeit der Affekte auf der anderen Seite hingewiesen zu haben. Es ist aber ein Fehler dieser ganzen Richtung, daß von ihr die Bedeutung des psychischen Faktors ungeheuer überschätzt wird und alle erdenklichen Symptome durch Deutung, denen unbedenklich Tatsachenwert beigemessen wird, aus solchen psychischen Mechanismen, aus der Wirkung verdrängter oder mangelhaft abreagierter, insbesondere sexueller, zum Teil in die früheste Kindheit verlegter »Komplexe« herzuleiten gesucht werden. Denn trotz der unleugbar gewaltigen Rolle des sexuellen Momentes ist es gänzlich unzutreffend, daß dasselbe hinter allen möglichen psychischen Entäußerungen stecken soll; das Bestreben, es dennoch dahinter zu suchen, hat denn schließlich auch zu einer Ausdehnung des Begriffes des Sexuellen im Seelenleben geführt, die ihn völlig verwischt.

Die Abhandlung der psychischen Faktoren auf ätiologischem Gebiete bliebe unvollständig und lückenhaft, wollten wir an dieser Stelle nicht auch nochmals der gewaltigen Rolle gedenken, welche den Mechanismen der Suggestion für die Auslösung psychischer Störungen zukommen. Wir haben davon ja bereits in einem der ersten Kapitel gesprochen und brauchen daher hier lediglich nur noch einmal daran zu erinnern, wie durch psychische Einflüsse aus der Umgebung, insbesondere aber durch psychische Anomalien bei Persönlichkeiten, die aus äußeren oder inneren Gründen einen besonderen Einfluß auf ihre Umgebung auszuüben imstande sind, sehr gewöhnlich psychische Infektionen gesetzt werden. Zumal kindliche und weibliche Individuen

unterliegen auch schon unter normalen Verhältnissen besonders leicht derlei suggestiven Einflüssen, wir erinnern nur an das an früherer Stelle über psychische Epidemien, namentlich in Mädchenschulen Ausgeführte. Gänzlich gefeit ist aber auch das männliche Geschlecht gegen die oft deletären Einflüsse der Suggestion, und zwar auch der Suggestion krankhafter Gefühle, Ideen und Handlungsimpulse keineswegs, und zumal als Teil einer Masse (wir kennen ja alle die ominöse Massenpsychologie, die sehr vielfach eine Massenpathologie ist) pflegt ein sonst vernünftiger Mensch oft den unsinnigsten Einflüssen mit schier unglaublicher Blindheit zu folgen. Natürlich haben der Kulturkreis und der Bildungsgrad zweifellos einen gewissen Einfluß. Im Mittelalter, zur Zeit, da religiös gefärbte Superstitionen bekanntlich die Gemüter der Menschen regierten, waren daher psychische Massenepidemien geradezu an der Tagesordnung. Weiter erinnern wir daran, daß, eine gewisse Veranlagung, und zwar besonders eine gewisse gleichsinnige und gleichgerichtete Veranlagung vorausgesetzt, auch eine und dieselbe Form oder doch zum mindesten ein und dasselbe Zustandsbild geistiger Störung auf dritte Personen übertragbar ist und in diesen unter Umständen sich weiterentwickeln kann (Induktion, induziertes Irresein); allerdings handelt es sich da in der Regel um selber schon psychopathische Persönlichkeiten.

Das Kapitel Ätiologie erschöpft sich natürlich mit all diesen Einzelnachweisen noch nicht, vielmehr läßt jeder Einzelfall gewisse spezielle Momente in ursächlicher Hinsicht erkennen. Besonders oft ist ein Zusammenwirken mehrerer ursächlicher Faktoren erweislich. Zu warnen ist stets sowohl aus Gründen der Prognosenstellung, wie aus therapeutischen Gründen davor, ohne zureichenden Grund aus einem post hoc vorschnell ein propter hoc zu machen.

Am Schlusse dieses Kapitels aber noch eine grundsätzliche Darlegung allgemeiner Art. Wir haben im Laufe unserer Auseinandersetzungen wiederholt unterscheiden müssen zwischen essentiellen (wesentlichen, weiteren) und akzidentellen (näheren, auslösenden, determinierenden, Gelegenheitsursachen). Wir kennen ja alle diese Begriffe schon von der allgemeinen Pathologie her recht gut. In der Psychiatrie ist aber ihre Differenzierung von besonderem Belange, denn gerade da haben wir es in sehr vielen Fällen mit einem Zusammenwirken von beiderlei Ursachenreihen zu tun. Wir erinnern uns nur der progressiven Paralyse, für die, wie wir schon sahen, außer der Grundursache (Lues) verschiedene auslösende Momente mit in Betracht kommen. Weiter haben wir gerade vorhin gehört, daß die psychischen Ursachen so gut wie stets nur determinierende sind. Es ist nun von Wichtigkeit, zu wissen, daß auch sehr viele andere Momente in der Psychopathologie sehr vielfach nur die Rolle von Gelegenheitsursachen, von äußeren (exogenen) Ursachen spielen, während im Hintergrunde sehr häufig eine spezielle, oft nach einzelnen Krankheitsformen differenzierte, tief in der Persönlichkeit, und zwar schon in der vorpsychotischen Persönlichkeit des Kranken wurzelnde innere (endogene) Ursache steht, wie zuweilen selbst bei toxischen und infektiös ausgelösten Zuständen Krankheitsbild und Krankheitsverlauf erkennen lassen. Wir wissen, daß es eine Reihe von Psychosen gibt, die vor allem und deutlich sichtbar endogener Natur sind, und zwar gilt dies von allen degenerativen Psychosen, insbesondere von dem manisch-depressiven Irresein, den paranoischen Geistesstörungen und den schweren Psychoneurosen. Wo wir bei einer anderen Krankheit Züge finden, die gewissermaßen dem Symptomenbilde dieser genannten degenerativen Formen entlehnt erscheinen, dort pflegen wir uns denn auch vorzustellen, daß besondere endogene Züge der Krankheit

beigemengt sind. Auf der anderen Seite gibt es gewiß klinische Formen, die ihrer innersten Natur nach vor allem exogener Natur sind: das gilt ganz besonders von allen Begleit- und von manchen toxischen Psychosen. Allein wie häufig selbst in solchen Fällen, wenn auch weit im Hintergrunde, hinter dem rein exogenen Determiniertsein etwas Endogenes, ein Anlagefaktor steckt, lehrt uns gerade das Beispiel mancher toxischer Psychosen, wie insbesondere der alkoholischen oder der morphinistischen und verwandter Geistesstörungen, wie denn ja überhaupt die Süchtigen der Mehrzahl nach offenbar aus pathologisch veranlagten Individuen sich rekrutieren. Gerade in dieser Hinsicht darf man aus den Lehren LOMBROSOS und seiner Schule vom geborenen Verbrecher und vom geborenen Geisteskranken die entsprechenden Nutzenwendungen ziehen.

Die Bedeutung von Lebensalter, Geschlecht, Rasse und anderen besonders charakterisierten Faktoren werden wir in einem besonderen Kapitel besprechen, wenden uns aber vorerst der Besprechung eines besonders wichtigen ursächlichen Momentes zu, von dem hier öfters die Rede gewesen ist, welches aber ob seiner Eigenart gerade in der Psychiatrie nach einer gesonderten Abhandlung verlangt, der sogenannten

Degeneration.

Degenerative Artung bzw. Abartung oder Entartung ist eines der gewöhnlichsten Zeichen insbesondere erblicher Anlage. Wiederholt war ja schon davon die Rede, daß es bestimmte Irreseinsgruppen gibt, die sich geradezu durch eine Häufung degenerativer Eigentümlichkeiten im Bilde und im Verlaufe charakterisierten, Formen, die wir als »degeneratives Irresein« im engeren Sinne im speziellen Teil noch kennen lernen werden; daß aber überdies eine große Reihe anderer Irreseinsformen degenerativen Ursprunges seien und daß selbst bloß Veranlagte, »Psychopathen« (und das sind noch nicht Psychotische sensu strictiori, wie wir im speziellen Teile noch sehen werden) vielfach degenerative Eigentümlichkeiten erkennen ließen. Wodurch kennzeichnen sich diese letzteren nun?

Da ist vor allem zu sagen, daß weder der Begriff noch die Symptomatik des »Degenerativen« eine eindeutig verbindliche Grenzlinie haben, nicht nach der Seite ausgesprochener Krankheit, nicht nach der Seite der Norm hin. Haben wir ja schon im Eingange dieses Buches von den fließenden Übergängen zwischen Gesund und Krank gerade auf psychischem Gebiete gesprochen. Immerhin kennzeichnen sich degenerative, d. h. psychopathisch veranlagte, minderwertige Individuen — man kann im großen und ganzen diese Begriffe gleichsetzen — in der Regel durch bestimmte Eigentümlichkeiten psychisch und bis zu einem gewissen Grade selbst somatisch, wenngleich solche bei verschiedenen Individuen in verschiedenem Grade und in verschiedener Häufung vorkommen. Eine Teilung in Untergruppen ist daher schon nach diesen Gesichtspunkten nicht allzu schwer durchführbar (siehe den speziellen Teil).

In intellektueller Hinsicht sind degenerative Individuen häufig nicht besonders auffällig. Immerhin sind leichte Defekte bei ihnen nichts Seltenes, insbesondere Neigung zu Kurzschlüssen, ebenso eine gewisse Ungleichmäßigkeit der geistigen Anlagen (hohe Begabung auf der einen, relative »Idiotie« auf der anderen Seite stellen gewissermaßen die Extremkombination dar, wenn sie sich bei einem und demselben Individuum nebeneinander finden;

man erinnert sich übrigens des LOMBROSOSchen Paradoxons »Genie und Irrsinn«, in dem ja ein gewisser Teil Wahrheit steckt). Geistige Frühreife ist bei Degenerierten nicht selten; das Gegenstück bilden Fälle von abnorm später geistiger Reife. Schwankungen in der geistigen Leistungsfähigkeit sind häufig, auch da wechselt oft ein Superplus mit überschneller Ermüdbarkeit jäh ab. Die Begriffsbildung ist oft oberflächlich, oftmals überwuchert die Phantasietätigkeit über das nüchterne Denken, es besteht ein Hang zum Wachträumen, zum Grübeln, zum Bauen von Luftschlössern, das Gedächtnis ist vielfach wenig treu, Erlebtes, Erdachtes, Erträumtes, selbst Erlogenes verschmelzen recht häufig zu einer homogenen Legierung, innerhalb welcher nur mangelhaft unterschieden wird. Nicht selten sind Zwangsvorstellungen und Phobien, zumal wo auch andere »neurasthenische« Erscheinungen bestehen.

Auf gemüthlichem Gebiete konstatiert man oft hohe Übererregbarkeit, seltener abnormes Phlegma, Stimmungen und Affekte sind oft heftig, stürmisch, dabei meist oberflächlich, andere Male aber wieder von einer geradezu abnormen Zähigkeit, je nach der speziellen Unterart des Falles. Flüchtige, endogene, oder aber das Maß des Anlasses extensiv und intensiv überschreitende »reaktive« Verstimmungen (meist Depressionen) sind häufig. Dabei besteht oft eine erhebliche affektive Suggestibilität.

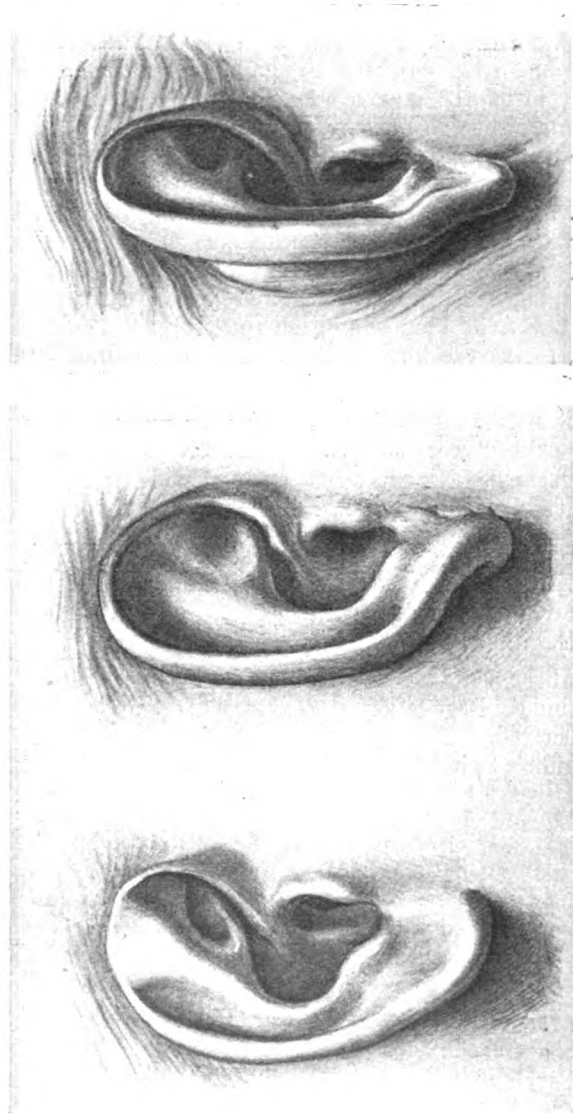
Willens- und Charakterartung verraten oft große Disharmonien. Schon de norma eignet ja dem Menschen nicht eine ganz geschlossene individuelle Reaktionsart, sondern konstellativ reagieren wir oft ganz verschieden, ja erscheinen wir uns selbst zu verschiedenen Zeiten gewissermaßen als verschiedene Persönlichkeiten. Bei Degenerierten ist diese »Spaltbarkeit« des Charakters, der Persönlichkeit noch viel ausgesprochener. Zumal in selbst leichtem Rausche (oft besteht übrigens Intoleranz gegen Alkohol und andere Gifte) offenbart sich oft eine ganz veränderte Persönlichkeit, und latente Gefühle, Strebungen und Reaktionsarten, darunter selbst sexuelle Perversionen, dem Habitualzustande sonst ganz fremd, kommen da nicht selten zum Vorschein. Aber auch dauernde Gefühlsperversionen, speziell auch auf sexuellem Gebiete, sind bei Degenerierten nicht selten. Sehr gewöhnlich besteht eine Abstumpfung der höheren sittlichen Gefühle, ja selbst eine Neigung zu passiver (Arbeitsunlust, Spitalsbrüder, Landstreicher) oder selbst aktiver krimineller Betätigung. Willensschwäche, Haltlosigkeit, erhöhte Beeinflußbarkeit auf der einen, Eigenbrödelei und Starrsinn auf der anderen Seite sind nicht selten. Auch bestehen oft in mehr oder minder erheblichen Andeutungen Zwangsimpulse (siehe oben). Häufig ist eine Neigung zur Entstehung überwertiger Ideen, während in anderen Fällen wieder Gefühle, Motive und Strebungen überschnell wechseln und das psychische Barometer auf Flüchtigkeit und leichten Sinn weist.

Oft bestehen, und zwar schon von früher Jugend auf, so daß an ein Erworbensein wohl nicht gedacht werden kann, »nervöse« Symptome der verschiedensten Art: unter den neurologisch ohnehin bekannten Symptomen sind es namentlich einzelne, die unsere Aufmerksamkeit auf sich ziehen; so zeichnen sich Psychopathen sehr häufig durch ein besonderes Maß vasomotorischer Labilität aus, und die bekannten Gefäßerscheinungen der Neurasthenie sind bei ihnen häufig. Der Schlaf ist oft gestört, ängstliche Träume, Illusionen, hypnagoge Halluzinationen sind nichts Seltenes. Nicht selten sind ferner allerlei subjektive, hypochondrischen Gedankenreihen Nahrung gebende Sensationen. Kopfschmerz, insonderheit Migränekopfschmerz, ist keine seltene Erscheinung; ebenso nächtliche Enuresis (auch ohne larvierte Epilepsie), Pollakurie, Diabetes insipidus. Die sexuellen Antriebe erwachen oft frühzeitig, dauernd erhöhte sexuelle Erregbarkeit ist recht gewöhnlich, daher auch oft früheinsetzende

Masturbation, die selbst neben normalem Sexualverkehr späterhin fortgesetzt wird. Als Gegenstück findet sich bei weiblichen Individuen nicht selten eine gewisse Frigidität. Oft besteht große Überempfindlichkeit, ein andermal ein erhöhtes Bedürfnis wie nach seelischen so auch nach sinnlichen Sensationen, zuweilen auch perverser Art, nach Art der Pica. Häufig sind Tics und andere funktionelle Reizerscheinungen oder Bewegungsanomalien. Notieren wir noch die Neigung aller degenerativen funktionellen Phänomene, in ihrem Ablauf eine gewisse Periodizität erkennen zu lassen; Psychosen mit einer gewissen Tendenz zu Verlaufsperiodizität sind daher stets suspekt auf degenerative Genese oder degenerativen Einschlag.

Eine besondere Stellung im körperlichen Symptomenbilde kommt den sogenannten Degenerations- oder Veranlagungszeichen zu, die man bei abnormer psychischer Anlage der verschiedensten Art allerdings häufig antrifft (daher auch der Name); nur muß eines von vornherein betont werden, daß unter diesem Namen vielerlei Ungleichartiges und Ungleichwertiges zusammengefaßt wird, daß die Bedeutung der Degenerationszeichen, ähnlich wie jene der erblichen Belastung, vielfach überschätzt worden ist und daß es viele »Degenerationszeichen« gibt, denen bei näherer Prüfung der Wert solcher abgesprochen werden muß.

Ihrer Genese nach zerfallen die Degenerationszeichen in verschiedene Gruppen. Ein Teil stellt sich dar als Relikt von in früher, zum Teil in fötaler Lebensperiode durchgemachten Krankheitsprozessen im engeren Sinne; dahin gehört alles, was, zumal in Schädel- und Gesichtsbildung hindeutet auf überstandene Rachitis oder Hydrocephalus oder andere, das Cranium und dessen



Henkelohr.
Angewachsenes Läppchen.
Ohrmuschelverbildung.
Fig. 7. Verschiedene Ohrtypen. (Sammlung der Wiener psychiatrischen Klinik.)

Inhalt mit betreffende Prozesse. Daß dabei auch manche Lähmungsercheinungen mitunterlaufen, liegt auf der Hand; man denke nur an die Augenmuskelerstörungen, die so häufig als Residuen in derlei Fällen zurückbleiben; ein gleiches in erweitertem Sinne gilt von der LITTLEschen Krankheit; manche Epilepsie, vielleicht auch manche Linkshändigkeit ist nichts als ein Überbleibsel solcher. Selbstredend gehört in diese Rubrik auch alles, was auf hereditäre Lues (HUTCHINSONSche Trias u. a.) oder andere körperliche oder familiäre oder Erbkrankheiten (Huntington, Friedreich, Dystrophien usw.) hinweist; wahrscheinlich gehören hierher auch viele Fälle von Mikrocephalie, Turmschädel und anderen Schädelverbindungen.

Eine Gruppe kann man als die der Entwicklungshemmungen u. a. Mißbildungen ansprechen. Hierher gehören die Defekte oder Doppelbildungen von Gliedmaßen oder Gliedmaßeilen oder anderen Körperteilen; die Spaltbildungen (Hasenscharte, Wolfsrachen, Rhachischisis usw.), die diversen Überzähligkeiten (Brustwarzen usw.), viele äußere Zwitterbildungen, dann viele sogenannte »innere« Degenerationszeichen (überzählige Rippen, offenes Foramen ovale usw.); ferner manche Formen von »Infantilismus«, welch letzterer freilich in wiederum anderen

Fällen lediglich ein Symptom gewisser krankhafter Drüsenhypoplasien oder -dysfunktionen (Genitaldrüsen, Schilddrüse, Hypophyse) vorstellt, wodurch es zu Zwergwuchs, Riesenwuchs oder abnormer Fettleibigkeit usw. kommt (daß auch alles Kretinistische im Grunde zu dieser zuletzt besprochenen Kategorie gehört, wissen wir schon von früherher); weiterhin können wir gleichfalls zu den Entwicklungshemmungen die bei degenerativen Individuen

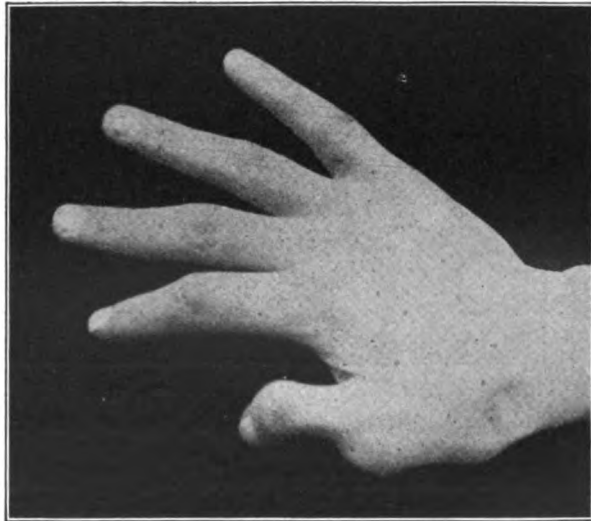
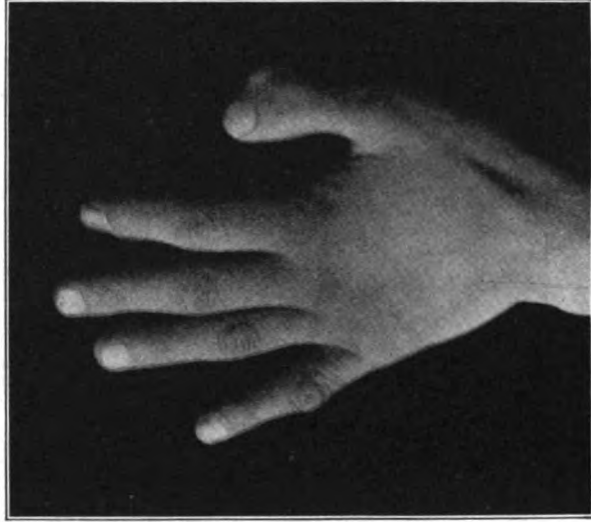


Fig. 8. Mißbildungen an den Händen bei einem Hebefahrenen. (Sammlung der Wiener psychiatrischen Klinik.)

nicht seltenen isolierten Ausfälle im Gebiete der Sensibilität und der Sinneswahrnehmung überhaupt rechnen (Farbenblindheit, isolierte hypästhetische oder anästhetische Plaques an der Haut und den Schleimhäuten, oder allgemeine Herabsetzung der Haut- und Schleimhäuteempfindlichkeit, wodurch derlei Individuen in stand gesetzt sind, besonders geeignete Subjekte abzugeben für komplizierte Tätowierungen, oder als Glas- und Schwertschlucker, als Feuerfresser u. dgl. debütieren zu können). In ganz seltenen Fällen fehlen einzelne oder viele Sehnenreflexe, sogar auch der Patellarsehnenreflex.

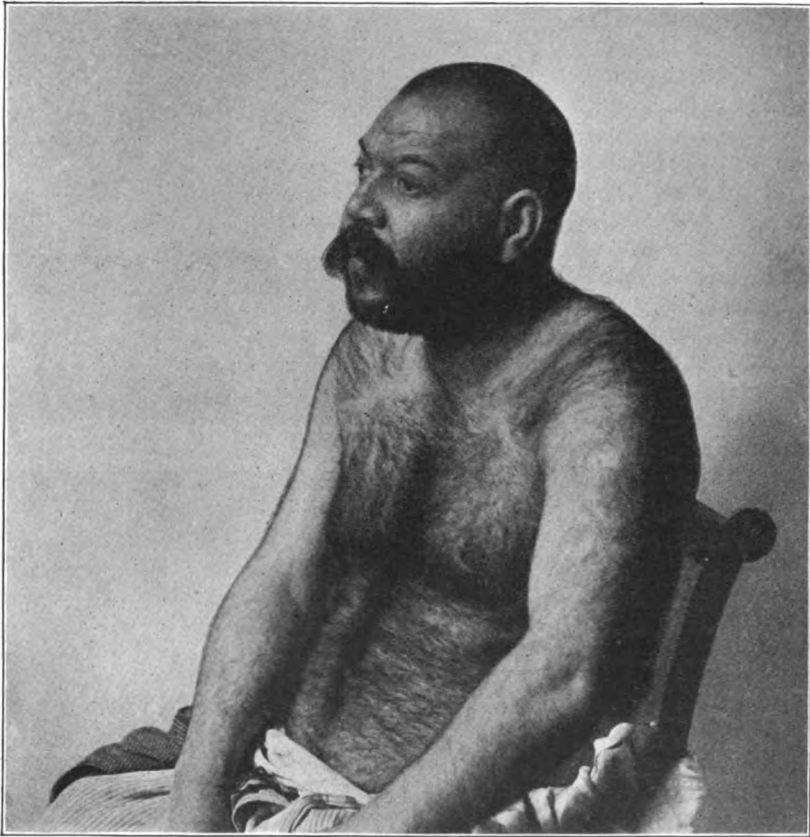


Fig. 9.

Mikrocephalie; abnorme Behaarungen. (Sammlung der Wiener psychiatrischen Klinik.)

Eine dritte Kategorie von Veranlagungszeichen gilt als solche ursprünglich eigentlich nur auf Grund äußerer Empirie, äußeren Eindrucks, vielfach auch vorgefaßter Meinung, ohne in jedem einzelnen Belange einer genauen Statistik gegenüber standzuhalten. Immerhin aber darf in einer Reihe derartiger Fälle an so etwas wie Rückschlagsbildung (Atavismus) zu niederen menschlichen oder gar tierischen Stufen gedacht werden. Hierher gehören die angeborenen, schwereren Verbildungen der Ohrmuschel (Abstehen derselben, Defekte des Helix oder Antihelix, Knötchen, grobe Asymmetrien, Fehlen der Ohrläppchen, wogegen einfache Anwachsung der letzteren ziemlich harmlos erscheint und auch beim Normalen sehr häufig vorkommt), steiles Gaumenge-

wölbe, schmale oder fliehende Stirn, abnorme Behaarungen und anderes mehr. Man sieht übrigens sofort ohne nähere Erklärung, wie von der abgehandelten Gruppe zu jener der Hemmungsbildungen Übergänge führen. Das Tätowieren wurde namentlich von der italienischen kriminalanthropologischen Schule als ein insbesondere bei Verbrechern häufiges atavistisches Zeichen aufgefaßt; wie das zwanglos zu verstehen ist, geht in gewissem Sinne schon aus dem im vorigen Absatz Gesagten hervor. Richtig ist, daß derlei Individuen infolge häufiger allgemeiner Sensibilitätsstumpfheit das Tätowiertwerden keinerlei besonderen Schmerzen verursacht; in Strafanstalten wird nun häufig von einem Häftling auf den anderen ein gewisser psychischer Einfluß ausgeübt; die Verbrecherzunft hat aber von alters her so wie ihre eigene Sprache (Rotwelsch) auch ihre »Embleme« und zeichnet sich diese mit Vorliebe auf den eigenen Körper (obszöne Szenen, Symbole irgendeines besonderen Verbrechermetiers); und so können wir allerdings aus bestimmt charakterisierten Tätowierungen solcher Zeichnung in praxi mancherlei Rückschlüsse ziehen. Man vergesse jedoch niemals, daß es auch ganz harmlose, in dem Milieu von Schule, Beruf, Militär und besonders Marine entstandene Tätowierungen gibt. Gewisse Stoffwechsel- und Funktionsanomalien (Vagotonie, Sympathikotonie, herabgesetzte Zuckerassimilationsfähigkeit usw.) korrespondieren oft mit einer wenn auch nur latent vorhandenen psychopathischen Anlage. Diese Art »innerer« Degenerationszeichen, sofern man sie so nennen darf, bildet sichtlich den Übergang zur Kette der schon früher erörterten körperlichen Grund- und Begleitsymptome bei Psychosen.

Natürlich ist unser Thema mit der Aufzählung dieser Dinge noch nicht erschöpft; vieles an Detail wird uns erst in speziellen Teilen noch besonders beschäftigen. Ein Satz nur sei hier noch an den Schluß gestellt: Degenerationszeichen dürfen niemals als ein Beweis für das Bestehen von Geisteskrankheit genommen werden, sie beweisen als solche weder für noch gegen das Bestehen von Psychose oder Psychopathie irgend etwas, und es bedeutet ihr Vorkommen, besonders ihr gehäuftes Vorkommen, ganz so wie jenes von Belastung lediglich eine Aufforderung, sich das betreffende Individuum, da es suspekter, denn es der Norm entspricht, besonders genau anzusehen.

Lebensalter, Geschlecht, Rasse, Milieu und Kultur.

Die psychischen Störungen sind jener Gruppe von Krankheiten zuzuzählen, in deren Ätiologie und in deren Gestaltung die einzelnen Lebensalter eine besonders ausschlaggebende Rolle spielen.

Von den Habitualzuständen und den Defektzuständen und gewissen organischen Krankheiten (gewisse Encephalitisformen, Hydrocephalus, TAY-SACHS u. a.) abgesehen, ist das Kindesalter jene Lebensperiode, die von schweren psychischen Störungen verhältnismäßig am seltensten heimgesucht ist. Zwar darf man sich nicht etwa vorstellen, als wäre sie von Geistesstörungen frei: gewisse vorübergehende Zustände, wie z. B. der Pavor nocturnus, sind im Gegenteil für das kindliche Lebensalter gerade charakteristisch und finden sich kaum außerhalb desselben; aber auch andere vorübergehende Störungen sind im Kindesalter nicht selten, z. B. Delirien aller Art, Dämmerzustände, überhaupt transitorische Geistesstörungen. Abgerundete chronische Psychosen dagegen sind im Kindesalter Seltenheiten, insbesondere solche wahnbildender Art, wie denn Wahnbildungen überhaupt im Kindesalter meist nur flüchtiger Art zu sein pflegen. Erst gegen Ende dieses Lebensabschnittes findet sich

die Dementia praecox, zumal in ihrer hebephrenischen Form häufiger. Eine Sonderstellung nimmt die in der Regel auf Erbsyphilis zurückgehende infantile Paralyse ein. Was wir, wie schon erwähnt, oft schon im Kindesalter deutlich sehen können, das sind die ersten Vorzeichen einer Degenerationsanlage, also frühzeitiges Auftreten nervöser Stigmen (nur hysteriforme Episoden bedeuten im Kindesalter noch nichts allzu Schlimmes, sind oft transitorischer Art und lassen nicht unbedingt Folgeerscheinungen zurück), Zwangsercheinungen, sinn- und zweckloses Lügen, unverbesserlicher Hang zu Bosheiten und anderen Übeltaten, unbezwingbare Arbeitsunlust, überwuchernde Phantasie und Hang zum Wachträumen u. a. m. Eines hat man sich übrigens stets vor Augen zu halten: erstlich, daß ein gewisser Stimmungswechsel und eine gewisse psychomotorische Lebhaftigkeit und Unbeständigkeit, ein gewisser »hypomanischer«, und zweitens, daß auch manche an moralische Minderwertigkeit gemahnende Züge im Kindesalter physiologisch sind; also sei man stets vorsichtig mit der Diagnose einer psychischen Störung im Kindesalter und suche vor allem immer zu erheben, ob eine merkbare und, wenn dies der Fall ist, ob nicht bloß eine ganz vorübergehende Änderung vorliegt.

Die Pubertät stellt eine der wichtigsten, vielleicht überhaupt die wichtigste Lebenskrise dar, und von der Sexualsphäre abgesehen, wird die Psyche bekanntlich von dieser Umwälzung am stärksten betroffen. Tatsächlich ist denn auch die Pubertät in der Psychiatrie ein Markstein von größter Bedeutung; in ihr und um sie pflegen gewisse chronische Geistesstörungen oft zum erstenmal in Erscheinung zu treten; es gilt dies vornehmlich vom manisch-depressiven Irresein, von den epileptischen Psychosen und vor allem von den Psychosen der Dementia praecox-(Schizophrenie-) Gruppe, speziell wieder von den heboiden und hebephrenischen Psychosen; seltener ist die Erstentwicklung anderer Psychosen, obwohl in diesem Altersabschnitte bereits alle Arten von Geistesgestörtheit zur Beobachtung gelangen, abgesehen natürlich von den arteriosklerotischen und den senilen. Selbst der Alkoholismus findet sich bereits vereinzelt. Von den symptomatischen Begleitpsychosen sind verhältnismäßig häufig diejenigen bei der Chorea; die organischen Zerebralpsychosen sind vertreten durch die Meningitispsychosen, durch die juvenile Paralyse u. a.

Die an die Pubertät anschließenden Lebensabschnitte, so etwa bis zum 25.—30. Lebensjahre, sind im allgemeinen hinsichtlich des Auftretens und der Prädilektion für Psychosen von ihr wenig unterschieden; nur ist bei Frauen besonders auf Gravidität, Puerperium und Laktation zu achten.

Die Lebenshöhe, etwa vom 30.—50. Lebensjahre, ist die Prädilektionszeit für die Entwicklung paranoider und paranoischer Psychosen aller Art; doch finden sich auch Schizophrenien als Ersterkrankungen nicht selten, speziell solche katatonischer und paranoider Art. Vor allem aber dominieren hier der Alkoholismus mit seinen Spielarten und die Paralyse, und diese häufigsten aller psychischen Störungen bewirken es, daß zumal beim männlichen Geschlechte die Lebenshöhe die stärkste psychische Erkrankungsfrequenz aufweist. Wir haben hier eben das Alter vor uns, in dem die Wirksamkeit aller übrigen Schäden exo- und endogener Art mit dem schärfsten Kampfe ums Dasein zusammentrifft; in diesem Orkan, in diesem Wirbel, wo die Wässer von innen und außen zugleich am stärksten aufgewühlt werden, kentern gar viele Lebensschifflein. Auch arteriosklerotische Störungen finden sich als Ausdruck frühzeitiger Abnützung im zweiten Abschnitt dieser Lebensperiode nicht mehr ganz selten.

Im Rückbildungsalter (Klimakterium; es scheint auch ein Klim-

akterium virile zu geben) treten oft dieselben Psychosen wie in der Pubertät zum erstenmal auf, oder es kommt in ihm oft zu Anfällen schon früher bestandener (z. B. manisch-depressiver) Störungen, die nur bis dahin sehr lange Intervalle gehabt hatten. Spätkatatonien, Depressionen verschiedenster Art, paranoide Erkrankungen (zumal bei Frauen) sind nicht selten; dann finden wir in diesem Alter bereits präsenile Formen, die durch das Vorwalten von Mißtrauen, von Eifersucht und von deliranten Episoden gekennzeichnet sind; aber auch alle anderen Arten von Störungen, wie z. B. Paralyse, kommen noch vor; häufig sind namentlich arteriosklerotisch bedingte sowie Frühformen seniler Psychosen mit hirnerkrankhaften Symptomen (ALZHEIMERSche Krankheit).

Im Greisenalter endlich herrschen die senile Demenz und die diversen anderen senilen Psychosen, sowie die arteriosklerotischen Störungen verschiedenster Art vor. Gelegentlich findet sich noch eine Paralyse; nicht zu vergessen der Spätepilepsien. Alte funktionelle Psychosen nehmen in senio oft senile Züge an (Gedächtnisschwäche, Mißtrauen, Geiz, sexuelle Spätlingstriebtriebe usw.); nicht zu vergessen sind die altgewordenen Fälle von Schizophrenien, die einem, da bis dahin harmlos und etwa in häuslicher Pflege, gelegentlich erst im Greisenalter unterkommen.

Wie bereits aus dem letzten Unterabschnitte hervorgeht, spiegelt sich nicht selten in der Geistesstörung alles das, was der Normalpsyche einer Altersstufe eigentümlich ist, und so sehen wir insbesondere die Flegelhaftigkeit und Ungeschlachtheit der Pubertätszeit auch in den Pubertätspsychosen, Mißtrauen, Geiz und Gailheit der Rückbildungszeit und des Greisenalters in den Spätpsychosen zum Vorschein kommen. Ja oft wirkt die Psychose förmlich wie ein Elixir, und wir sehen dann zumal im Beginn einer solchen die bis dahin latenten charakteristischen Linien des Seelenlebens einer Altersperiode erst markanter hervortreten. Ganz insbesondere gilt das von den senilen Störungen (Sexualdelikte alter Leute mit beginnender Altersdemenz!).

Ein wesentlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der Nosologie der psychischen Krankheiten existiert nicht; allein es gibt im Rahmen der den beiden Geschlechtern im letzten Grunde gemeinsamen Klinik der psychischen Krankheiten, wie dies ja auch nicht wundernehmen kann, gewisse Unterschiede zwischen ihnen beiden nach Symptomatologie und Verlaufseigenart. Zum Teil sind diese Unterschiede tiefer anatomisch und physiologisch, zum anderen Teile psychologisch bedingt und zu einem dritten als Milieuwirkung (Erziehung und andere Faktoren) anzusehen.

Das weibliche Geschlecht hat in den Menses ein Spezifikum, welches (die Theorien einiger Psychologen über homologe Prozesse bei Männern dürfen hier füglich außer Betracht bleiben) beim anderen Geschlechte kein Analogon besitzt. Daß die Menses schon de norma von vorübergehenden psychischen Zustandsschwankungen begleitet sind, ist bekannt; unter pathologischen Verhältnissen nun tritt eine gewisse Akzentuation aller dieser Dinge in Erscheinung. Es zeigt sich dies insbesondere bei chronischen Geistesstörungen, wo der Eintritt der Menses sehr häufig von Schwankungen, und zwar insbesondere von vorübergehenden Verschlimmerungen des Zustandes begleitet zu sein pflegt; wir sehen dies namentlich bei der Schizophrenie und beim manisch-depressiven Irresein; aber auch in anderer Hinsicht treten Menses und Psychosen in Beziehung; so bleiben im Beginne von akuten Geistesstörungen die Menses oft aus, um erst wiederzukehren, sobald die Genesung oder aber eine Wendung ad pejus (d. h. Übergang in einen Dauerzustand) sich markiert (also ein unter Umständen diagnostisch und prognostisch zu wertendes Moment); bei den chronischen Psychosen oder bei den sogenannten

periodischen Geistesstörungen gehen freilich die Menses gewöhnlich trotz Bestehen der Psychose ruhig weiter; so kann dieser Umstand bis zu einem gewissen Grade auch zur engeren Differenzierung in Betracht kommen. Schließlich können, und das ist sehr wichtig, an die Menstrualvorgänge synchrone psychotische Episoden anknüpfen: die bereits bekannten menstruellen Irreseinsformen; eine klinische Einheit stellen sie nicht dar, es gibt deren ament, hysterisch, katatonisch, epileptisch, manisch-depressiv und paranoid gefärbte; in den meisten Fällen handelt es sich freilich um an die Menstrual-epoche anknüpfende krankhafte Reaktionen verschiedenster Art, als Ausfluß bestimmter krankhafter Anlagen, deren Manifestationen sich eben wesentlich auf das Mestruum beschränken. Daß und inwiefern Gravidität und Puerperium ins Seelenleben eingreifen, haben wir schon gesehen. Es ist an dieser Stelle nur noch zu unterstreichen, daß die sexuelle Entwicklung und Involution beim Weibe sinnenfälliger und rascher vor sich zu gehen pflegt als beim Manne, daher ihr dort auch in der Psychopathologie ein viel einschneidenderer Einfluß zukommt als hier; vom Klimakterium gilt dies fast noch mehr als von der Pubertät.

In psychologischer Hinsicht ist beim Weibe die erhebliche Rolle des sexuellen Momentes im Denken und Fühlen vor allem hervorzuheben. Es ist den Psychoanalytikern darin beizupflichten, daß speziell beim Weibe das sexuelle Moment sich gar nicht selten verbirgt hinter allerlei Deckvorgängen, Deckbegriffen, Decknamen. Sexuelle Inhalte und insonderheit Eifersuchtsideen sind bei weiblichen Psychosen ungleich häufiger und von viel allgemeinerer Bedeutung als bei männlichen, was ja auch schon in Vorgängen des Normalseelenlebens zum Ausdruck gelangt. Ein weiterer, der weiblichen Psyche ganz besonders eignender Charakterzug ist die hohe Affektivität; auch in dieser Hinsicht pflegt sich, wie wir schon wissen, das Weib in der Psychose nicht zu verleugnen: weibliche Geistesranke sind meist viel affektiver und daher im ganzen großen auch lauter und erregter als männliche gleicher Art, was gerade in Irrenabteilungen oft sinnenfällig zutage tritt. Dementsprechend sehen wir auch bei weiblichen Individuen Affektpsychosen, überhaupt aber, da ja der Affekt als auslösende Ursache auch bei den anderen Psychosen keine geringe Rolle spielt und da andererseits auch andere wichtige ätiologische Faktoren (Erkrankungen der inneren Sexualorgane, Koprostase) vornehmlich das Weib betreffen, akute Störungen ungleich öfter als bei Männern.

Äußere Momente bringen es schließlich mit sich, daß gewisse Geistesstörungen (Alkoholismus, Arteriosklerose, Paralyse) wiederum beim Weibe augenfällig seltener sind als beim Manne, der eben den aufreibenden und aufbrauchenden Schädigungen in weit höherem Maße ausgesetzt ist. Daß es sich hier wirklich vor allem um Milieu- und erst in zweiter Linie um Konstitutionsverschiedenheiten handelt, mag man daraus ersehen, daß in tieferen Volksschichten, wo der in Rede stehende Unterschied nicht derart zur Geltung kommt, auch die bezüglichen Zahlenunterschiede weit geringere Spannung zeigen.

Die psychischen Eigentümlichkeiten des männlichen Geschlechtes, soweit sie den Psychiater interessieren, ergeben sich indirekt als Ergänzung zu dem gerade bezüglich des weiblichen Ausgeführten, wenigstens zu einem großen Teile; natürlich darf man sich nicht vorstellen, als sei der Gegensatz zwischen Männlich und Weiblich ein derart absoluter wie etwa der zwischen Schwarz und Weiß; wieder sei erinnert daran, daß die Natur keine Sprünge kennt; und so gibt es, von den an spezifisch weibliche physiologische Prozesse gebundenen Störungen abgesehen, auch bei Männern sehr viel, was sich dem

Verhalten bei weiblichen Psychosen nähert, also stark affektive Beimengungen, und gar nicht selten auch hysterische Züge. Der Unterschied ist also wesentlich nur ein Maßunterschied, wenn auch als solcher gewiß ein beträchtlicher.

Es ergibt sich zwanglos aus dem Gesagten, daß männliche Geisteskranke, wiewohl auch da, in der Pubertät wie im Senium (Eifersucht, senile »Spätlingstriebe«), endlich bei gewissen Vergiftungen (Eifersucht der Alkoholisten und Kokainisten) sexuelle Motive in Vorstellungen- und Wahninhalten stark hervortreten, doch nicht in dem Maße von sexuellen Vorgängen, von den Geschlechtsorganen und den von ihnen abhängigen psychischen Evolutionen und Umwälzungen beherrscht zu werden pflegen, wie weibliche; neigt ja doch das geschlechtliche Fühlen und Sinnen des Mannes zu zwar schroffen, brutalen, aber doch nur vorübergehenden Entladungen, indes jenes des Weibes in zwar niedrigen, aber dafür langgestreckten Kurven zu verlaufen und daher auch dessen Psyche, wenn auch nicht intensiv, aber dafür um so ausgesprochener extensiv auszufüllen pflegt; und diesen Unterschied merkt man sehr häufig auch bei Geisteskranken. Beim männlichen Geschlechte überwiegt dafür das »intellektuell Begriffliche«, daher unter Umständen auch Planmäßig-Berechnete, Tückische und Gefährliche (Anschläge und Komplotte bei männlichen Patienten häufiger!); die analogen Akte femininer Individuen tragen viel mehr den Charakter des aus Impuls und Laune Geborenen. Welche exogenen Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern von Wesenheit sind, geht schon aus dem vorher Gesagten hervor. Hier nur nochmals, daß es in unserem Kulturmilieu der Mann ist, der in der Vorderfront des Daseinskampfes steht, daher er dessen direkte, aber auch dessen indirekte Schäden (Mißbrauch betäubender Gifte, Genüsse und Ablenkungen) eben wegen seines größeren Aktionsradius, seines größeren Kreises an Pflichten und Rechten in stärkerem Maße auszukosten bekommt; Alkohol, Traumen, Lues und deren Folgen sind vornehmlich bei Männern wirksam, und es drücken die dadurch resultierenden Zahlen stark auf die Statistik der männlichen Geisteskranken. Fast ein Drittel der männlichen Aufnahmen besteht in manchen Anstalten aus Paralytikern (bei Frauen ist der Prozentsatz lange nicht so hoch), indes wieder in den Stadtasylen und den solchen gleichwertigen Kliniken unter dem männlichen Materiale die alkoholischen oder doch alkoholisch determinierten Störungen überwiegen und ihrerseits weitaus das bezügliche Maß bei Frauen überschreiten. Im übrigen sei an früher Ausgeführtes erinnert.

Das Milieu ist seiner ganzen Natur nach ein zwar des qualitativen Einschlag — wie wäre es sonst imstande, den Menschen bis zu einem gewissen Grade zu modeln? — nicht entbehrender, im wesentlichen aber doch ein Quantitätsbegriff, daher seine Spuren in der Psychopathologie denn auch immer nur relative sind, niemals absolute; zu verkennen sind sie aber bis zu einem gewissen Grade nicht. So sei nur darauf hingewiesen, daß die »exogenen« (Milieu-) Unterschiede zwischen männlich und weiblich in den höheren Klassen, in denen das Weib weitaus geschützter ist wie in den unteren, zahlenmäßig viel stärker zutage treten; weibliche Paralyse, weiblicher Alkoholismus ist da also noch um viele Grade seltener als beim männlichen Geschlecht. Die geistige, gemütliche und motorische (Grazie!) Wohlerzogenheit Gebildeter verleugnet sich bis zu einem gewissen Grade auch in der Psychose nicht, was zumal bei weiblichen Patienten erheblicher ins Gewicht fällt. Auch die Berufe sind von einem gewissen Belang: Berufsvergiftungen und deren gelegentliche psychiatrische Folgen (Blei usw.) wird man natürlich wesentlich unter der Arbeiterbevölkerung finden; der Alkoholismus ist zumal wegen des die gefährlichsten Folgen zeitigenden Schnapsgenusses auch in erster Linie eine

Krankheit der unteren Stände; andererseits spielen in den geistig arbeitenden Berufen (wozu übrigens auch manche Arbeiterschichten gehören, z. B. Schriftsetzer) die psychisch-nervösen Störungen (besonders Zwangsercheinungen und hypochondrische Bilder) eine große Rolle. Daß sich der Vorstellungsinhalt des Menschen, also auch des geisteskranken Menschen, nicht zuletzt nach seiner Herkunft, seinem Bildungsgrade, seinem Gesichts-, Interessen- und Kulturkreise richten muß, ist klar; wir werden uns daher nicht wundern, wenn Superstitionen, die an das Mittelalterliche gemahnen, aber auch religiöse Vorstellungsinhalte bei ländlichen Kranken eine größere Rolle spielen als bei städtischen, welche letztere wieder von den jeweiligen Tages- und Moderichtungen und -sensationen auch in ihrem pathologischen Denken stark abhängig sind (Spiritismus, Hypnotismus, Elektrizität, Röntgenstrahlen usw.); auch die Politik spiegelt sich nicht selten in wahnhafter Verzerrung (Freimaurer, Juden, Jesuiten, Anarchisten usw.). Daß endlich Milieueinflüsse teils direkt, teils indirekt (psychisch) als auslösende Momente wirksam sein können, ergibt sich zum Teil bereits aus früher Ausgeführtem, zum Teil aus dem weiter unten noch Abgehandelten; insbesondere aber gewisse Milieuveränderungen, Versetzungen in ungewohnte, abnorme Situationen und diese letzteren selbst kommen da in Betracht (Haft, Militärdienst, Entfernung aus der Heimat, selbst Wohnungswechsel u. a.); man kann, einen guten Ausdruck STERN'S frei verwendend, recht oft füglich von Situationspsychosen sprechen; erinnert sei hier ferner auch nochmals an die oft bessernde Wirkung einer Umgebungsveränderung (Versetzungsbesserungen); gar mancher wohlthätige »Klimawechsel« ist eigentlich nur als Milieuwechsel wirksam.

Nationalität und Rasse sind Faktoren, deren Bedeutung gerade dem Psychiater oft recht klar wird. Wer Rasetheorien nicht überschätzen mag, dem mag die Annahme genügen, daß es sich hier im Grunde doch nur um eine Summe von Milieufaktoren handle; doch sind es dann jedenfalls Milieufaktoren der allerwichtigsten Art, deren Übersehen gerade in der Psychiatrie üble Folgen zeitigt. Gerade in polyglotten Ländern, wie z. B. in Österreich, läßt sich dies zur Evidenz feststellen; sind ja doch bekanntlich sogar innerhalb des deutschen Sprachgebietes gewisse Unterschiede in der Häufigkeit von Psychosen und in der Ausprägung von Zustandsbildern festgestellt worden (hohe Frequenz der Depressionen und Selbstmorde in Sachsen, Thüringen und Schwaben, der affektiven Erkrankungen im allgemeinen in Wien und in den südlichen Rheingegenden, der hebephrenisch-katatonischen in Norddeutschland); um so stärker tritt der Unterschied nicht etwa im klinischen Grundcharakter der Psychosen, welcher ja stets der gleiche bleibt, wohl aber in den Verläufen und in den Zustandsbildern hervor, sobald es sich um mehr als Stammes-, sobald es sich um nationale oder gar Rassenunterschiede handelt. Das starke Prävalieren der Affektivität, des oft jähen Wechsels zwischen äußerster Gutmütigkeit und gefährlichster Bösartigkeit, die Unberechenbarkeit, die »Simulations«tendenz, der »hysterische« Zug slawischer Kranker ist jedem bekannt, der mit ihnen öfters zu tun hat; bei der slawischen Landbevölkerung fällt überdies oft ein Hang zu mystisch-religiöser Grübeleien auf; Kranke deutscher Nationalität erscheinen meist disziplinierter, berechenbarer, neigen aber dafür wieder stark zu intellektueller und affektiver Vereinseitigung und Zähigkeit, liefern daher ein besonders hohes Kontingent zu den rein systematisierenden Paranoikern und zum Querulantenwahnsinn (nicht aber zu den Querulierenden im weiteren Sinne, das Gelegenheitsquerulieren scheint sogar eher etwas häufiger bei Slawen); die romanische Leidenschaftlichkeit verleugnet sich auch in der Psychose nicht; daß ferner die »Grande Hystérie« zuerst in Frankreich so liebe-

voll gewürdigt worden ist, ist sicher kein Zufall; sehr bekannt ist der hypochondrische Zug bei jüdischen Patienten, deren besondere Eigenheiten meist um so stärker hervortreten, je weniger sie assimiliert sind, je weiter aus dem Osten sie stammen; Ostjuden imponieren meist durch die schwer degenerative Note und durch ein verzwickelt verschrobenes, bald wie »hinterhältig«, bald wie »hysterisch«, bald wieder wie »katatonisch« scheinendes Gebaren auch in Fällen, die sich nachher als benigner und einfacher auflösen; auch hat die jüdische Bevölkerung — zum Teil freilich »Milieuwirkung« — eine besonders hohe psychische Morbidität; Psychosen bei exotischen, auf tiefer Kulturstufe stehenden Völkern imponieren zuweilen teils durch ihre inhaltliche Armut, teils durch das oft jähe Auftreten von Anfällen blinder Wut (»Amok«), letzteres (nach KRAEPELIN) zumal hauptsächlich epileptischer Natur. Alle diese Dinge sind ja nicht Spezifika, aber doch charakteristisch genug und auch praktisch hinreichend wichtig, um hier Erwähnung finden zu müssen.

Erwähnung verdient schließlich ebenso, daß Völker, unter denen die Schäden der Zivilisation noch nicht in solchem Maße wüten, trotz starker (endemischer) Verbreitung der Syphilis, eine auffällig geringe Paralysefrequenz zeigen (Bosnier, Araber, Äthiopier, Malaier u. a.). Es handelt sich da freilich nicht eigentlich um Rassen-, sondern um Milieuwirkung; hat es sich doch gezeigt, daß mit der Aufnahme westeuropäischer Kultur bei manchen Völkern (Japaner) die früher bestandene scheinbare »Immunität« gegen Paralyse rasch zuschanden geworden ist. In diesem Sinne kann man die progressive Paralyse (siehe oben) eine Kultur- und daher auch eine Milieukrankheit nennen. Immerhin sind bei endemischer Syphilis bekanntlich deren schwere und »tertiäre« Formen nicht selten, und es spricht manches für einen relativen Antagonismus zwischen tertiärer und Metasyphilis, so daß für diese Dinge auch eine andere Erklärung möglich wäre. Alkohol und andere Genußgifte setzen oft insofern ethnologische Unterschiede, als Prädilektion und Konsum oft für bestimmte Völker besonders kennzeichnend sind, daher auch die psychotischen Folgen.

Daß im übrigen die moderne Kultur, worunter vor allem die Großstadtkultur zu verstehen ist, die mannigfaltigsten Schädigungen des Nervensystems und dadurch auch der Psyche mit sich bringt, ist so sehr Gemeinplatz, daß wir es hier nur der Vollständigkeit halber nochmals besonders erwähnen: der Daseinskampf mit seinen Aufreibungen, die giftigen Betäubungsmittel, die nach Sensation haschende, das natürliche Ruhebedürfnis vernachlässigende Manier unserer Zeitgenossen, sich zu »erholen«, die Verbreitung gewisser Seuchen (Lues), die für das Nervensystem besonders deletär sind, die Züchtung gewisser degenerativer Erscheinungen durch unsere verrückte Zeitmode, die Verkehrtheiten der Kindererziehung, und schließlich der verstärkte Schutz, den heutzutage gerade die Minderwertigen genießen, das alles schafft unzweifelhaft einen geeigneten Boden für die oft beklagte Zunahme der Geisteskrankheiten und das Fortschreiten der psychischen Degeneration unter allen Kulturvölkern; daß auch das deutsche Volk in neuerer Zeit durch Entartung bedroht wird, ist eines der traurigsten Kapitel der Zeitgeschichte, weil wir, wenn das nicht anders wird — und noch wäre es Zeit! — einer Kulturkatastrophe entgegenzueilen, so schlimm, wie es der Zusammenbruch der Antike war; sorgen gerade wir Ärzte dafür, daß von der Kultur nur das Gute bleibe, das Schlimme ausgemerzt werde!

Ganz zuletzt ist in diesem Kapitel noch einer recht interessanten Erscheinung zu gedenken. Manche Psychosen nämlich (Paralyse, manisch-depressives Irresein u. a.) scheinen im Laufe der letzten Generationen ihren

äußeren Symptomencharakter geändert zu haben; ob das manisch-depressive Irresein in früheren Zeiten wirklich »regelmäßiger«, die Paralyse »klassischer« aussah, als es die heutige Psychiatergeneration zu sehen gewohnt ist, steht freilich dahin, es könnte sich ja um Beobachtungsunterschiede handeln, haben doch gewiß die Psychiater früherer Generationen manches mit anderen Augen angesehen als wir; immerhin aber läßt sich die Annahme eines solchen Wechsels im Krankheitsbilde nicht als etwas a limine Unmögliches von der Hand weisen, wissen wir doch von anderen Krankheiten (Syphilis, Morbillen, Variola, Cholera asiatica usw.), daß sie im Laufe der Zeit bzw. der Generationsfolgen und selbst einer und derselben Epidemie ihren Charakter zu ändern und insbesondere (Abschwächung der Bakterientoxizität) einen mildereren Charakter anzunehmen pflegen.

Zur allgemeinen pathologischen Anatomie der Psychosen.

Da jeder Geistesstörung grundsätzlich eine, sei es auch nur funktionelle Gehirnveränderung zugrunde liegen muß, wäre zu erwarten, daß diese Tatsache auch in pathologisch-anatomischen Befunden zum Ausdruck gelange. Es ist dies indes nur in umgrenztem Maße der Fall. Im vorliegenden allgemeinen Teile des Lehrbuches soll von diesen Dingen nicht im Detail gesprochen werden, die einschlägigen Ausführungen, soweit sie praktisch von Interesse, bleiben vielmehr der speziellen Psychiatrie vorbehalten. In diesem Kapitel sollen nur einige allgemeine Grundlinien gezeichnet werden.

Sieht man ab von den groborganischen, diffusen und Herderkrankungen (Tumoren, Abszessen, Blutungs- und Erweichungsherden, Verletzungen, Meningitiden usw.) und den gröberen Bildungsanomalien, in deren Gefolge Psychosen auftreten können, dann kann man sagen, daß wesentlich in der Hirnrinde (bzw. deren Elementen) der Sitz der anatomischen Veränderungen bei Psychosen zu suchen ist. Die konsequente und systematische histologische Durchforschung gerade des Cortex bei Psychosen darf vor allem ein Verdienst der von NISSL und ALZHEIMER inaugurierten Richtung genannt werden. Die in der Neurologie und im hirnpathologischen Grenzgebiete zwischen ihr und der Psychiatrie so segensreiche topographische Methode hat uns zwar, namentlich dank WERNICKES Genie und dank den fruchtbaren Forschungen seiner Schüler, in heuristischer Hinsicht auch in der Psychiatrie zahlreiche und unschätzbare Anregungen gebracht, an positiven Befunden jedoch nicht das, was wir der rindenhistologischen Forschung verdanken.

Vor allem war und ist natürlich die progressive Paralyse von jeher ein dankbares Arbeitsgebiet für anatomische Forschungen gewesen, und hier liegen auch schon aus früherer Zeit grundlegende Arbeiten vor; später sind, insbesondere durch Hineintragung feinsten technischer Methoden und durch genaues Studium der Glia, dann der Blutgefäße und der anderen mesodermalen Elemente sowie der Abbauvorgänge unsere Kenntnisse gewaltig gefördert worden. Ähnliches gilt von der feineren Histologie der zerebralen Arteriosklerose. In weiterer Folge boten dann die senilen Prozesse dankbare Objekte der Forschung.

Bei der Dementia praecox haben die modernen rindenhistologischen Untersuchungen und die Berücksichtigung der neueren Lehren von der Hirnschwellung, dies zumal bei den akut verlaufenden Fällen, mancherlei Befunde ergeben, insbesondere Veränderungen verschiedener Art in der Glia; freilich haben wir hier insofern bereits mit gewissen Fehlerquellen zu rechnen, als wir, abgesehen von den ganz akut verlaufenden, rasch ad exitum führenden Fällen,

Schizophrene kaum je unter Verhältnissen zur Obduktion bekommen, die gestatten würden, vorgefundene Veränderungen lediglich und rein auf die Psychose zurückzuführen und interkurrente oder allgemeine Ursachen gänzlich auszuschließen. Dermaßen pathognostische Veränderungen, wie etwa bei der Paralyse, der Arteriosklerose und gewissen senilen Psychosen dürfen wir da also in der Hirnrinde nicht erwarten. In noch höherem Maße gilt dies von den »funktionell« genannten Geisteskrankheiten sowie im allgemeinen auch von den Vergiftungen. Das Nähere werden wir im speziellen Teile hören.

Die tieferen Hirnteile interessieren zumal bei der Paralyse; LISSAUER hat in jenen Fällen dieser Krankheit, die wesentlich Herderscheinungen darbieten, die nämlichen parenchymatösen Zell- und Faserveränderungen, die sonst vornehmlich in den Vorderpartien der Hirnrinde angetroffen werden, auch in anderen Hirnpartien und selbst in den Stammganglien gefunden. Daß bei einer Allgemeinerkrankung, wie es die Paralyse im Grunde ist, auch andere Teile des Zentralnervensystems und auch die peripheren Nerven in Mitleidenschaft gezogen werden und greifbare anatomische Veränderungen aufweisen können, versteht sich von selber. Natürlich aber gibt es auch andere Krankheiten (die atheromatösen, senilen, alle Arten Herdläsionen u. a.), wo das gesamte Nervensystem miterkranken kann (siehe an früherer Stelle).

Stärkerer Abbau nervöser Substanz in cerebro bedingt natürlich lokale oder generelle Atrophie des Gehirns, wie wir sie bei der Paralyse und den senilen Prozessen besonders oft sehen. Wo, wie bei der Paralyse, auch eine meningeale Miterkrankung besteht, finden sich natürlich die Zeichen chronischer Leptomeningitis. Atrophie en masse entspricht, wenngleich da natürlich der feinere anatomische Prozeß ein ganz anderer ist, auch den Idioten, die ja häufig nur das Resultat frühkindlicher oder fötaler Encephalitiden sind; auch Hydrocephalus wird man da nicht selten finden.

Veränderungen des Schädels finden sich vor allem bei idiotischen Individuen (Mikrocephalie). Aber auch andere Schädelanomalien (Verdickungen bzw. Verdünnungen der Schädelknochen, Sellaerweiterungen u. a.) werden oft erst an der Leiche entdeckt, wenn sie nicht schon intra vitam röntgenologisch festgestellt worden waren.

Nie ist bei der Sektion Geisteskranker der übrige Körperbefund außer acht zu lassen: abgesehen von den Todesfällen im Delirium acutum oder in anderen, zumal den toxischen Zuständen, wo sich häufig parenchymatöse, auf die Toxämie hindeutende Organveränderungen finden, sowie den interkurrenten Erkrankungen interessieren hier vor allem die luetischen und metaluetischen, die sehr oft auch an anderen als nur an den nervösen Körperorganen Veränderungen erkennen lassen; so die Paralyse, wo in den verschiedensten Organen, zumal den drüsigen, anatomische Veränderungen gefunden wurden. Man erkennt eben auch an der Hand der Anatomie, wie sehr viele Psychosen nichts anderes sind denn Zeichen einer schweren Allgemeinerkrankung, was ohne weiteres bei allen Begleitpsychosen unmittelbar auch durch den Leichenbefund evident wird. Bei den drüsigen Autointoxikationen erkennt man manchmal die schweren Veränderungen aller Körperorgane, die sich schon am Lebenden darboten, noch um etliches deutlicher an der Leiche, wie beim Kretinismus, beim Myxödem, bei den Akromegalien (und den anderen hypophysär bedingten Erkrankungszuständen). Vergessen wir nicht, daß die neuesten Forschungen zur Pathogenese der Schizophrenie es als möglich erscheinen lassen, daß auch bei den ihr zugehörigen Störungen die pathologisch-anatomische Untersuchung drüsiger Organe noch manche Ausbeute verspricht.

Schließlich liefert auch die bakteriologische Untersuchung von Gewebsteilen gelegentlich wichtige Resultate; dies gilt von den akuten Infektionspsychosen, gilt aber neuestens auch von der progressiven Paralyse, ist es doch kürzlich NOGUCHI gelungen, im Gehirn Paralytischer die *Spirochaete pallida* zu entdecken und damit die Kette der Beweise für die syphilitische Natur dieses Leidens zu schließen, die der zu früh verstorbene HIRSCH inauguriert hat.

Diese hier gegebene kurze summarische Übersicht tut dar, daß der anatomischen Forschung auch ein gewisser praktischer Wert beikommt; gibt es ja doch hier bereits gewisse nahezu pathognostische Befunde, wovon im speziellen Teil noch die Rede sein wird; und jeder Arzt weiß, wie oft auch in praxi die eindeutige Feststellung einer Obduktionsdiagnose schwer ins Gewicht fällt, zumal in sanitätspolizeilichen, sozial- und rechtlich-medizinischen Belangen. Eines aber müssen wir, wenigstens beim heutigen Stande der Dinge, vermeiden: anatomische und psychiatrisch-klinische Befunde restlos einfach parallelisieren zu wollen; derlei wäre hier ein ungleich prekäreres Unternehmen als in anderen Disziplinen, zumal die genauen Grenzlinien vieler Psychosen noch gar nicht feststehen.

Allgemeine Prognostik der Geisteskrankheiten.

Die Prognose der Psychosen stellt eines der praktisch wichtigsten Kapitel der Psychiatrie dar, daher es notwendig ist, über dieses Thema auch im allgemeinen Teil einiges Prinzipielle zu sagen. Vor allem ist grundsätzlich zwischen Endprognose und Streckenprognose zu unterscheiden. Erstere richtet sich nach der Art und nosologischen Stellung der Krankheit. Chronische Geisteskrankheiten geben im allgemeinen keine günstige Endprognose, d. h. eine wirkliche Ausheilung erfolgt bei ihnen in der Regel nicht. Freilich gibt es Fälle von Spätgenesung nach jahrzehntelangem Bestande psychotischer Erscheinungen, aber es sind in der Regel Ausnahmen, und zwar handelt es sich meistens um abnorm lange sich hinziehende Anfälle manisch-depressiven Irreseins, streng genommen also auch nicht um Dauerheilungen. Im allgemeinen kann man sagen: je anatomischer die Grundlage einer Psychose, um so schlechter ist ihre Prognose, doch möge man selbst dann nicht vergessen, daß auch das Gewebe des Zentralnervensystems nicht ganz frei ist von Reparationstendenz, so daß auch theoretisch die äußerst selten vorkommenden Fälle von Heilung oder doch von jahrzehntelanger, fast an Heilung grenzender Besserung organisch-anatomischer Störungen, wie etwa der progressiven Paralyse, des Untergrundes nicht völlig entbehren.

Günstig bezüglich der Aussichten auf endgültige Heilung pflegt die Prognose vor allem bei jenen akuten Psychosen zu sein, die an greifbare äußere Gelegenheitsursachen anschließen; nur dadurch erscheint sie auch in derlei Zuständen einigermäßen getrübt, daß die Möglichkeit neuerlicher psychischer Erkrankung mit dem Wiederauftreten der gleichen oder anderer exogener Schädlichkeiten immer einem Damoklesschwert gleich über dem Haupte des Genesenen schwebt; je ausgesprochener die degenerative Grundlage, desto größer ist auch bei derlei exogenen akuten Psychosen die Chance einer Rezidive, und es erhalten alsdann exogene Symptomenkomplexe nicht selten eine endogene Note. Die endogenen anfallsweise auftretenden Störungen geben — zumal gilt dies vom manisch-depressiven Irresein — insofern keine günstige Endprognose, als sie vielfach, wenn auch oft erst nach vielen Jahrzehnten, zu einer gewissen psychischen Dauerinvalidität führen. Andererseits ist bei ihnen

die praktisch vor allem wichtige Streckenprognose insofern oft eine günstige, als auch jahrzehntelange Intervalle möglich sind.

Es erhellt, daß bezüglich der Endprognose eine gewisse empirische Sicherheit in der Regel nur dann möglich ist, wenn sie probabiliter ungünstig ist, also vor allem bei den »anatomischen« Psychosen, einschließlich der angeborenen Defektzustände, dann bei den chronischen Psychosen mit erfahrungsgemäß kontinuierlich-progredientem, schließlich bei jenen mit intermittierend-periodischem Verlauf, bzw. auf schwer degenerativer Grundlage. Auf degenerativer Basis fußen auch sehr viele Intoxikationspsychosen (Alkohol, Morphin), daher deren vielfach ungünstige Endprognose. Die hier eingehaltene Reihenfolge ist quoad prognosim eine solche a pejore ad melius. Absolute Sicherheit ist aber auch da nicht möglich, abgesehen von den letzten Stadien der in Rede stehenden Krankheiten; wo gäbe es übrigens absolut sichere Prognosen in der ganzen Medizin, ja in den empirischen Naturwissenschaften überhaupt? Die Sicherheiten sind hier eben stets nur empirische und so gut wie niemals mathematisch fundierbare.

Der ungünstige Ausgang kann in einer Fortentwicklung der Psychose bis zu mehr oder minder erheblicher psychischer Schwäche (Demenz) bestehen, aber auch durch den Exitus letalis repräsentiert werden. Letzterer kommt vor allem bei den anatomischen Prozessen in Betracht, sie seien nun solche mit akutem oder solche mit chronischem Verlaufe. Doch können auch andere Psychosen, vor allem alle toxisch-infektiösen und auf Grundlage von Erschöpfung beruhenden, in der Regel dann unter einem rasch, galoppierend mit sichtbarem Kräfteverfall verlaufenden deliriösen Bild (»Delirium acutum«), vielfach ähnelnd den schweren Fieberdelirien oder den meningitischen Delirien oder einem präletalen Delirium tremens (der Beginn ist freilich vielfach ein furibunder) zum Tode führen. Selbstverständlich können interkurrente Krankheiten aller Art den tödlichen Ausgang verursachen, und es mag nicht vergessen werden, hier nochmals zu erwähnen, daß alte Anstaltsinsassen (in Betracht kommen namentlich Schizophrene) besonders oft der Tuberkulose zum Opfer fallen. Daß endlich die schweren trophischen Störungen der Paralyse sowie die Lähmungserscheinungen bei derselben indirekt den tödlichen Ausgang herbeiführen können, liegt auf der Hand, und ein gleiches gilt von allen anderen zu Marasmus führenden Prozessen. Notieren wir noch den Selbstmord als eine bei Depressionen aller Art leider nicht allzu seltene Todesart; es gibt aber auch raptusartige Selbstmorde, so bei den schweren Halluzinosen und bei der Katatonie.

Chronische Dauerzustände ohne ausgesprochene Verblödung finden wir oft als Endausgang degenerativer Irreseinsformen, in specie des manisch-depressiven Irreseins und der Paranoia. Man kann in derlei Fällen insofern von einer relativ günstigen Prognose reden, als, wenn die Kranken genügend besonnen bleiben, die Möglichkeit eines gewissen Weiterexistierens derselben im praktischen Leben gegeben ist. Leider ist solch eine Möglichkeit selbst unter den günstigsten Verhältnissen nicht immer von Bestand.

Die Mehrzahl der chronischen Geistesstörungen pflegt aber schon darum über kurz oder lang zu psychischer Schwäche zu führen, weil sie entweder greifbar organischer Natur sind oder doch — und damit ist eigentlich, wie man heute schon sagen kann, ihre Zugehörigkeit zu den organischen Psychosen indirekt erwiesen — zur Schizophreniegruppe gehören. Indes gibt es Fälle, in denen der Defekt nur ein verhältnismäßig leichter ist, so daß er im praktischen Leben oft nicht allzu schwer ins Gewicht fällt.

Bei fast allen chronischen, ja selbst im Rahmen der akuten Geistesstörungen

stoßen wir häufig auf die Verlaufseigentümlichkeit des Remittierens: die Psychose führt nicht in linearer Progression zu einem Endzustande, sondern es gibt, ehe ein solcher erreicht wird, oft jahrelange und sehr tiefgreifende Nachlässe, die selbst so weit gehen können, daß der bestehende Krankheitsrest oft gerade nur für den kundigen Psychiater kenntlich ist und fürs praktische Leben kaum merkbar in die Wagschale fällt. Wir finden derlei keineswegs bloß beim manisch-depressiven Irresein, sondern auch sehr oft bei der *Dementia praecox*, seltener bei der *Paranoia*, schließlich aber sogar auch bei der *Paralyse*.

In concreto wird es sich demnach in derlei Fällen — eine selbst bei der *Paralyse* (*Zeitavancement fix Angestellter!*) praktisch sehr bedeutsame Frage — darum handeln, im Einzelfall nicht nur eine vielleicht erst in weiter Ferne zur Wahrheit werdende Endprognose, sondern vor allen Dingen auch eine richtige Streckenprognose zu stellen. Die nämliche Frage erhebt sich im Beginne zumal akuter Geistesstörungen, solange die klinische Diagnose noch nicht feststellbar ist, während das praktische Leben, dem ja doch der praktische Arzt in erster Linie zu dienen hat, bereits mit der Frage nach dem mindestens unmittelbaren Schicksal des Kranken an unsere Tür pocht.

Leider besitzen wir meistens nicht genügend Hilfsmittel, um im Einzelfall mehr als eine generelle und darüber hinaus eine behutsame Individualprognose stellen zu können. Überraschungen, angenehme wie unliebsame, sind in allen Fällen möglich, nicht zu vergessen des Umstandes, daß therapeutische Eingriffe — und zuweilen ersinnt die Natur solche (Fieber- und Eiterungsprozesse!) — vielfach keineswegs so wirkungslos sind, als man nach der gestellten klinischen Diagnose vermeinen möchte (vgl. das folgende Kapitel). Wer da weiß, in wie weitgehendem Maße einerseits Paralytiker besserungsfähig sind, andererseits zunächst sehr gutartig aussehende »amente« Bilder gelegentlich nicht und nicht heilen wollen, bis sich eines wenig schönen Tages herausstellt, daß hinter der »Amentia« eine nicht rechtzeitig erkannte Schizophrenie gesteckt hat; und wer da weiter weiß, daß ein Fall gelegentlich etwa als »Rausch« oder »Delirium« oder »Hysterie« eingebracht wird, welche Diagnose ja auch symptomatisch zutreffen kann, nur daß sich nach Ablauf der akuten Erscheinungen zeigt, wie das Bild einen längst bestehenden Dauerzustand ganz anderer Art maskiert hat: wer das alles weiß, wird im wohlverstandenen Interesse des Kranken sowohl wie in jenem seines ärztlichen Prestiges selbst in »einfach« scheinenden Fällen bei der Prognosenstellung zunächst diplomatische Vorsicht bekunden und ja nicht zu früh apodiktisch schwarz oder weiß sagen, will er nicht eine Blamage riskieren, die nicht nur ihm, sondern auch der ärztlichen Sache und der Sache des Kranken schwer zu schaden vermag. Der Psychiater muß eben sehr oft darauf verzichten, auf »Sieg« zu wetten, muß oft zufrieden sein, wenn ihm die Wette auf »Platz« gelingt. Er male darum niemals gleich allzu schwarz, aber verabsäume ebensowenig, selbst bei günstigem Verlaufe, behutsam und schonend auf die Gefahr des Wiedererkrankens oder des Manifestwerdens latenter Krankheit hinzuweisen.

Immerhin gibt es einzelne Anhaltspunkte, die uns auch in der Psychiatrie mindestens sicherere Streckenprognosen zu stellen gestatten. So kann man im ganzen und großen sagen, daß, je akuter eine Psychose einsetzt, desto günstiger — guten körperlichen Kräftezustand und Fehlen einer Tendenz zur *Delirium acutum*-Entwicklung vorausgesetzt — im allgemeinen die Aussichten mindestens auf eine Remission zu sein pflegen, ein Satz, der bis zu einem gewissen Grade selbst von der *Paralyse* gilt. Umgekehrt, je schleichender, insidiöser der Krankheitsanstieg, desto geringer im allgemeinen die Wahrscheinlichkeit eines Nachlasses; katatonische, schizophrenische Zeichen über-

haupt sind bei jugendlichen Individuen von minder ungünstiger Bedeutung als bei älteren. Degenerative Heredität oder ebensolche Antezedentien bessern die Streckenprognose eher, zumal wenn es sich um eine nicht degenerative Erkrankung handelt (man kann in manchen derartigen Fällen geradezu an einen Kampf entgegengesetzt gerichteter Anlage denken); dazu kommt noch die Neigung vieler degenerativer Erkrankungen zur Periodizität. Greifbares und akutes Anknüpfen an körperliche oder psychische Schäden läßt eine Psychose im allgemeinen günstiger beurteilen, als wenn ein solches Anknüpfen schleichend und kaum merklich über eine längere Zeitstrecke hin zu erfolgen scheint, oder wenn gar derartige Ursachen nicht nachweisbar sind. Aussetzen der Periode bei weiblichen Individuen mit Krankheitsbeginn ist nicht eindeutig; ungestörter Fortgang derselben während der Krankheit deutet an, daß es sich entweder um eine intermittierende Psychose handelt, oder daß ein chronisches Stadium anhebt (vgl. oben). Sinkt mit Krankheitsbeginn gleichzeitig auch der Ernährungszustand (Körpergewicht) und treten gleichzeitig lebhaft affektive Erscheinungen in Szene, dann ist eine gewisse Schwankungs-, also auch Remissionstendenz wahrscheinlich; Wiederauftreten ausgebliebener Menses und Hebung des Ernährungszustandes bei synchron einsetzender psychischer Besserung läßt Günstiges erhoffen (also Vorsicht umgekehrt bezüglich der im Beginne akuter, zumal amenter Psychosen häufigen trügerischen, lediglich psychischen Remissionen und Tageschwankungen!), bei fehlender psychischer Besserungstendenz aber eher Ungünstiges erwarten. Bei Intoxikationszuständen ist es günstiger, wenn es sich um Gelegenheitsvergiftungen, als wenn es sich um degenerative Süchtige handelt. Ähnliche Gesichtspunkte gelten bezüglich der psychisch-nervösen Zustände.

Einzelheiten der Prognosenstellung setzen die Kenntnis der speziellen Pathologie als Vorbedingung voraus, können daher erst im speziellen Teile Würdigung finden. Hier waren nur die allgemeinen Gesichtspunkte der Prognostik abzuhandeln, als eines Kapitels von praktisch und auch therapeutisch kaum abzuschätzender Bedeutung, insbesondere was die prophylaktische Therapie anbetrifft; damit werden wir uns ja im nächsten Kapitel beschäftigen. Und noch eines haben wir aus dem eben Abgehandelten über die Prognostik der Psychosen indirekt erschließen können: von welcher Bedeutung in der Psychiatrie gerade sehr häufig die Anamnese eines Falles sein muß, wie sie uns, wie bei den periodischen oder den Habitualzuständen, vielfach erst Handhaben zum richtigen klinischen Verständnis eines Falles bietet; ja oft ist sie geradezu der wichtigste Teil der Krankheitsgeschichte, und wir werden ihr daher im Kapitel »Krankenuntersuchung« eine eingehendere Würdigung zuteil werden lassen.

Allgemeine Therapie der Geisteskrankheiten *).

Wenn wir von einer allgemeinen Therapie der Geistesstörungen sprechen, so bedeutet dies keineswegs ein Zugeständnis in dem Sinne, als wäre es möglich, den verschiedenen Formen geistiger Störung auf Grund bestimmter therapeutischer Schemata beizukommen; vielmehr gilt nirgends mehr als in der Psychiatrie der Satz, daß hier sorgfältig individualisiert werden muß.

*) Die einzelnen, für den Psychiater besonders in Betracht kommenden Medikamente werden in pharmakologischer und sonstiger Hinsicht in dem von Dr. FERI bearbeiteten Anhang behandelt, auf welchen daher zwecks notwendiger Ergänzung hier verwiesen sei.

Darüber hinaus aber ist es gleichwohl gestattet, eine Reihe allgemeiner und speziellerer Leitsätze für die Behandlung Geisteskranker und geistig abnormer Individuen zu formulieren. Eine solche Formulierung ist um so notwendiger, als die Behandlung der Seelenstörungen lange Zeit erfüllt war von religiösen, moralphilosophischen und selbst barock-pseudowissenschaftlichen Voreingenommenheiten aller Art und als andererseits lange Zeit hindurch das Motiv des Schutzes der Gesellschaft vor den Geisteskranken über den Schutz der Geisteskranken selbst dominierte. Wenige Kategorien Kranker entbehrten so lange der Fürsorge nach streng ärztlichen Gesichtspunkten als gerade unsere Kranken. War es doch erst knapp vor der Wende des 18. und 19. Jahrhunderts, als der große französische Psychiater PINEL die Fesseln der Geisteskranken zu lösen wagen durfte, und sehr lange nachher noch waren Zwangsmittel und Peitsche souveräne Requisiten der Irrenbehandlung, bis zumal von England (CONOLLY) her der Ruf nach zwangloser Behandlung der Geisteskranken kam. Aber erst der letzten Generation war es vorbehalten, die Behandlung der Geisteskrankheiten zu solcher Höhe zu heben, daß sie im vollsten Worte eine klinische genannt werden darf. Ein Verdienst der deutschen Psychiatrie ist es, auf diesem Gebiete den Höhepunkt dessen erreicht zu haben, was sich mit unseren heutigen Hilfsmitteln erreichen läßt (von den Lebenden seien hier auszugsweise nur SCHÜLE, PÄTZ, ALT, CL. NEISSER und KRAEPELIN als Hauptrufer im Kampfe um die moderne Ausgestaltung der Irrenbehandlung genannt; nicht zu vergessen der verstorbenen Klassiker, eines KAHLBAUM, MEYER, FLEMMING, KOCH, LAEHR und vieler, vieler anderer). Deutschland und die anderen germanischen Staaten marschieren denn auch in allen auf Kranken- und besonders auf Irrenfürsorge bezüglichen Dingen an der Spitze.

Heilung und Schutz der Geisteskranken und Schutz der Gesellschaft vor ihnen sind gleichwertige und gleichberechtigte Pflichten des praktischen Psychiaters. Zwischen diesen beiden Aufgaben taktvoll die richtige Mitte zu finden, ihnen beiden in gleicher Weise gerecht zu werden ist eine der Aufgaben, die dem Praktiker immer wieder aufs neue erwachsen.

Die Behandlung der Geistesstörungen gliedert sich grundsätzlich ganz so wie jene aller anderen Kranken in eine prophylaktische, eine ätiologische und eine symptomatische.

Die Prophylaxe hat bei den Geistesstörungen nicht nur individuellen, sondern fast noch in höherem Grade wie in der übrigen Medizin artlichen Indikationen gerecht zu werden. Denn bei der Bedeutung des Erblichkeitsfaktors gerade in der Psychopathologie ist die Eventualität einer Schädigung der Nachkommenschaft durch die Erzeuger schon im Keime niemals außer acht zu lassen. Solche Schädigungen können, wie wir schon wissen, verschiedener Art sein: Es kann sich handeln um Übertragung der Krankheitsanlage als solcher auf direktem oder indirektem Wege oder aber um Keimschädigung durch eine vom Erzeuger erst akquirierte Erkrankung; hier stehen die Intoxikationen (durch Alkohol und andere Genußgifte, durch Blei und andere Gewerbigifte) und die Infektionen (vor allen Dingen die Syphilis) an erster Stelle.

Die Prophylaxe ist in diesen zuletzt angeführten Dingen insofern vor eine leichtere Aufgabe gestellt, als Augenschein oder Anamnese doch in der Regel klare Richtlinien für die Beantwortung der Frage nach eventueller Gefährdung der Nachkommenschaft geben und auch für eventuelle vorbeugende Behandlung der Erzeuger meist genügende Anhaltspunkte liefern werden; allerdings sind wir hier, wie sich zwanglos ergibt, eben darauf angewiesen, daß wir gefragt

werden, und es hängt die Stellung der Frage, und damit überhaupt die Möglichkeit, ärztlich eingreifen zu können, eigentlich vom guten Willen und der Einsicht der Erzeuger ab; denn leider bestehen keine Vorschriften, welche Alkoholiker, Syphilitische usw. vom Heiraten oder Kindererzeugen abhalten oder diese Eventualität vom ärztlichen Konsens abhängig machen würden. Gesetzt aber, man fragt uns freiwillig, und diese Übung beginnt sich immerhin allgemach da und dort einzubürgern, dann werden wir unsere Antwort natürlich nach den Regeln der speziellen Pathologie einrichten, d. h. Trinkern, namentlich aber Infektionsgefährlichen im Interesse der psychischen Gesundheit ihrer zu erwartenden Nachkommenschaft die Erzeugung solcher ins solange untersagen, bis nicht wenigstens praktische Heilung eingetreten ist; und auch dann ist noch zu bedenken, daß viele Säufer, daß Süchtige überhaupt degenerative Persönlichkeiten zu sein pflegen; und was die Syphilis anbetrifft, daß auch eine latente Lues — Kinder von Paralytikern, auch wenn selber nicht gerade syphilitisch, sind sehr häufig psychisch und nervös minderwertig — die Nachkommen gefährden kann.

Schwieriger und ungleich verantwortlicher wird dem Arzte die Antwort auf Fragen der angezogenen Art dann, wenn die Vermutung einer Gefährdung der Nachkommenschaft durch die Krankheitsanlage als solche besteht. Gerade in derlei Fällen werden wir Ärzte besonders häufig zu Rate gezogen, häufiger fast als in den früher angezogenen Fällen, denn erfahrungsgemäß ist ja das Gewissen des Menschen etwa der Syphilisinfectionsgefährlichkeit gegenüber besonders weitherzig, und ebenso wird die Alkoholgefahr sehr unterschätzt; dies leider zum allergrößten Schaden gerade des deutschen Volkes, dem um seiner von Gefahren bedrohten Existenz wie um der Kulturmission willen, die es noch zu erfüllen hat, die besondere Pflicht obliegt, mit seinen Kräften hauszuhalten und den gerade ihm vor so vielen anderen großen Nationen innewohnenden gesunden Kern als kostbarstes Gut zu pflegen; vernünftige, von jeder Sensationsmache freie sexuelle Aufklärung und besonders Aufklärung über die Gefahren venerischer Infektion bei den heranwachsenden jungen Leuten ist daher nicht dringend genug anzuraten; andererseits ist die Bekämpfung der leider gerade im deutschen Volke und nicht zuletzt in dessen gebildeten Oberschichten so sehr verbreiteten Trinksitten eine der vornehmsten nationalen Aufgaben der deutschen Ärzte; welch unermeßliche Werte hat nicht der Alkohol durch seine direkten und indirekten (venerische Infektionen im Rausch!) Schädigungen gerade der deutschen Nation schon geraubt*)! Andererseits nun wieder beherrschte, zum Teil unter dem Einfluß mancher modernen literarischen Erzeugnisse, in der Belastungsfrage neben unverantwortlicher Leichtherzigkeit auch viel von übertriebener Ängstlichkeit die Gemüter; und doch ist hier eine allzu weitgehende Gespensterfurcht nicht am Platze, sonst kämen wir schließlich zu einem sozialen Selbstmord gerade der gebildetsten Schichten der Nation.

Zwischen allen diesen Klippen hindurch muß der Arzt die Regeln suchen, nach denen er, selbstredend in jedem Einzelfall nach Lage der Umstände

*) Meisterwerke wie Thomas MANN'S »Buddenbrooks« oder Hermann POPERT'S »Hellmuth Harringa« sollten von den deutschen Ärzten gelesen und im Volke eifrig verbreitet werden, gerade vom Standpunkte der Bekämpfung von Potus, Lues und Entartung. Daß nur leider POPERT die große, vielleicht in einer Neubearbeitung gutzumachende Ungeschicklichkeit begeht, gerade Leute mit etwas wendischem oder keltischem Einschlag in einseitiger Überschätzung des Rassenfaktors ganz willkürlich schlecht zu machen, wiewohl gerade unter ihnen oft die besten Deutschen sind und gewesen sind, ist ein Punkt für sich und gehört nicht hierher.

sorgfältigst individualisierend, seine Ratschläge formulieren wird; insbesondere wird man sich immer alles das vor Augen zu halten haben, was in einem früheren Kapitel über die Wertigkeit der erblichen Belastung im einzelnen ausgeführt worden ist. Direkte Belastung mit degenerativer Geisteskrankheit oder mit ausgesprochenen degenerativen Habitualzuständen ist zweifellos etwas besonders Gefährliches. Personen, die davon betroffen, insbesondere aber solche, die selber mit einer degenerativen Geistesstörung selbst leichterer Art belastet oder behaftet gewesen sind, sollten in der Regel von der Kindererzeugung zurückgehalten werden. Ist ihre persönliche Degenerativanlage eine solche schwächeren Grades, dann mag die Verbindung mit einer möglichst gesunden Ehehälfte die Gefahr für die Nachkommen nicht in dem Maße groß erscheinen lassen, gibt es ja doch vielleicht, wie bereits früher angedeutet, auch so etwas wie eine Entlastung (es sei hier nochmals kurz erinnert an die MENDELSCHEN Gesetze, deren Wirksamkeit man ja neuerdings auch in den Hereditätsfragen beim Menschen nachzuweisen versucht). Indirekte Belastung mit degenerativer Psychose ist jedenfalls auch noch recht bedenklich für die Nachkommen. Am allerschwersten liegt natürlich stets der Fall bei konvergierender Belastung von beiden Elternteilen her, zumal wenn diese untereinander blutsverwandt sind. Nach allen diesen Gesichtspunkten haben wir uns zu richten. Bei dieser Gelegenheit hier übrigens noch eines, was sich an dieser Stelle zwanglos einreicht, wiewohl es vom Standpunkte strengster Systematisation genommen an einem etwas späteren Orte gesagt werden müßte: Ehen zwischen psychopathischen Persönlichkeiten — auch wenn sie nicht liberorum quærendorum causa geschlossen werden! — suche man, soweit dies bei der ominösen Anziehungskraft Psychopathischer zueinander möglich ist, zu durchkreuzen; es schaut nichts Gutes heraus, wenn zwei Geschöpfe derlei Art einander zu induzieren und ihre Psychopathie in dynamischer Wechselwirkung zu verstärken vermögen! Auch ist es äußerst gewagt und bedenklich (leider spuken solche Ideen sogar in Ärzteköpfen), ersichtlich psychopathische Mädchen (Psychopathien und selbst Psychosen gerade von jungen Mädchen gehen mit Vorliebe unter der Marke »Hysterie«, und es bedurfte nicht erst der Psychoanalytiker, um alles Hysterische »sexuell« zu deuten und seine »Therapie« danach einzurichten) in das Ehejoch hineinzupeitschen, um sie zu »kurieren«: es heißt dies ein oft ganz nebensächliches und vor allem selber höchst sekundäres Symptom für das Wesentliche und Primäre nehmen, um am Ende — man denke an die Fälle nuptialen Irreseins (den Begriff schuf OBERSTEINER) — den Teufel durch Beelzebub auszutreiben. Eher noch mag ein nicht allzu schwer neuro- oder psychopathischer und dabei vor allem weder ethisch noch intellektuell defekter Mann mit einem strammen, gesunden und an Leib und Seele kraftvollen Weibe mit Vorteil und ohne allzu großes Risiko für die Nachkommen eine eheliche Verbindung eingehen; denn so paradox es klingen mag, in einer wirklich gediegenen Ehe — solcher Idealehen gibt es heutzutage leider nicht viele — darf das Weib nie allzu stützebedürftig sein, muß es im Gegenteil ein gewisses Plus an, wenn ich so sagen darf, dulddender, leidender Kraft besitzen, muß es weit mehr dem Manne Rückhalt, Stütze und Trägerin zu sein vermögen als umgekehrt, da die aktive, stürmische, temperamentschäumende Vollkraft sehr vieler Männer im aktiven Schaffen geistiger und materieller Werte sich verbraucht (worin ja gerade manche geistig hochstehende Neuropathen Gewaltiges zu leisten vermögen); dazu brauchen sie aber, wenn ich so sagen darf, einen Rückhalt und einen Jungborn zur Erholung und Rekreation, und das zu sein, ist der heilige und mit unseren männlichen Berufen mindestens gleichwertige, für das Heil der menschlichen Zukunft fast

noch wichtigere Beruf der gesunden, starken und unverdorbenen Frau*). Daher die oft unglücklichen und zumal für die Nachkommenschaft ruinösen Ehen zwischen gesundem Manne und »nervösem« Weibe, indes der »nervöse«, wenn nur im übrigen geistig und moralisch gut geartete Mann in der Verbindung mit einer wirklich kerngesunden Frau — ohne jenen ominösen, sei es auch »interessanten« degenerativen Einschlag, wie ihn das sogenannte »moderne« Weib sehr zu seinem Schaden besitzen oder anstreben zu sollen glaubt —, oft nicht nur selber bis zu einem gewissen Grade gesunden und aufzuleben, sondern auch eine keineswegs übelgeratene Nachkommenschaft**) zu erzeugen vermag. Halten wir Ärzte uns, wenn man uns ob solcher, gerade von unseren berufensten, ganz gewiß nicht im Verdachte rückschrittlicher Tendenzen stehenden Führern (MAX v. GRUBER u. a.) vertretener entschiedener Mahnungen, statt nach abwärts nach aufwärts fortzuschreiten, Vorhalte macht, als verstünden wir »unsere Zeit« nicht (oh, wir »verstehen« sie besser als die meisten, sorglos an der Oberfläche sich tummelnden Zeitgenossen, nur daß wir ein bißchen mehr in die Tiefe und nicht nur in die Breite sehen!), doch vor Augen, daß wir die degenerativen Unarten und Abartungen unserer Zeit nicht mitzumachen, daß wir ihnen vielmehr ungescheut entgegenzuwirken haben!

Handelt es sich bei den präsumtiven Erzeugern um Geistesstörungen nicht degenerativen, sondern mehr akzidentellen Charakters (bzw. Belastung mit solchen), dann ist die Situation in der Regel weniger bedenklich; indes ist natürlich auch da zuweilen Vorsicht geboten, weil gelegentlich Reaktionen von akzidentellem Charakter auch als Ausdruck degenerativer Veranlagung vorkommen. Daß Individuen mit krimineller (und auch solche mit sexuell perverser) Veranlagung von der Fortpflanzung möglichst ausgeschlossen sein sollten, ist eine Forderung, die sich schon aus sozial-hygienischen Erwägungen ergibt; leider bleibt unter unseren Verhältnissen ihre Erfüllung meist ein frommer Wunsch, da eine frühzeitige und wirksame Detention einstweilen kaum durchzuführen ist und die in einzelnen Staaten Nordamerikas gesetzlich statthafte operative Sterilisation solcher Individuen bei uns rechtlich unmöglich, bzw. an die Zustimmung und Einsicht der zu sterilisierenden Individuen gebunden, demnach also praktisch kaum je durchführbar ist.

Die Unterbrechung der Schwangerschaft kann aus gesetzlichen Gründen als artprophylaktisches Mittel nicht in Betracht kommen, aber auch nicht als individuelles Vorbeugungsmittel: ihre psychiatrischen Indikationen sollten daher streng genommen erst weiter unten zur Sprache kommen, handelt es sich doch hier um therapeutische Erwägungen, die für den Psychiater erst bei bereits ausgebrochener Psychose in Betracht kommen. Indes sei das Nötige gleich hier vorweggenommen und bemerkt, daß man sich von ihr in der Regel gar nichts versprechen darf, weil es sich in den allermeisten Fällen um Geisteskrankheiten handelt, die, selbst wenn in der Schwangerschaft auftretend, von ihr nicht ausgelöst sind; nur bei schweren Depressionen mit Suizidgefahr oder drohendem Verfall der Körperkräfte mag der Psychiater von seinem

*) Leider wird all das unter dem Drucke und Drange des heutigen Lebens immer mehr zum ersehnten, aber nur noch schwer erfüllbaren Ideal, wird auch das Weib immer mehr ins äußere Leben hinausgezwungen und so erst äußerlich und in der Folge naturgemäß innerlich ihrer natürlichen Bestimmung entfremdet; daß sich dies, ganz wie es im alten Rom der Fall war, auch an uns dereinst rächen muß, ist eine tieftraurige Perspektive!

**) In letzterer Hinsicht ist gewiß ein »Milieufaktor« vor allem wirksam, denn die so ungemein entscheidende erste Erziehung der Kinder leitet ja doch fast stets der mütterliche Elternteil, nicht der väterliche; eine kerngesunde Mutter wird daher einen segensreichen, eine »nervöse« einen verhängnisvollen Einfluß auf die Kinder auszuüben vermögen, indes der Einfluß von Vatersseite her da nicht so sehr ins Gewicht fällt.

Standpunkte aus sein Votum in positivem Sinne abgeben; ansonsten aber muß er sich eher dagegen aussprechen, zumal in Anbetracht der relativen Gefährlichkeit der Prozedur; und dann vergesse man nicht, wie oft der Wunsch der Vater des Gedankens ist, auch bei psychotischen Reaktionen.

Daß psychopathische und belastete Individuen sich vor psychischen Schädlichkeiten ganz besonders zu hüten haben werden, leuchtet bei der früher besprochenen determinierenden Rolle derselben auf den ersten Blick ein; aber nicht geistige und körperliche Arbeit, zumal bei sorgsamer Verteilung und systematischem Training, wirken schädlich, sondern Gemüterschütterungen, Kummer und Enttäuschung sind die hauptsächlichsten »seelischen Gifte«. Leider erwachsen gerade diese in besonderem Maße aus unserem modernen Großstadtmilieu, und wir Psychiater werden daher gar nicht selten in die Lage kommen, unseren Klienten zu prophylaktischen Zwecken Landleben und agrarische Berufe als für ihre seelische Individualhygiene zweckentsprechender zu empfehlen; viel besser, ein Individuum verbauert, als es fällt samt seiner Nachkommenschaft fortschreitender Entartung anheim. Freilich heißt es auch in dieser Hinsicht sich vor jeder Schablone in acht nehmen; schafft doch auch das Land- und Forstleben für jenen, der nicht Lust, Liebe und etwas Talent mitbringt, sicherlich Enttäuschungen. Die Schäden der Zivilisation sind aber besonders wirksam, wenn, wie durch Trauma oder Lues, gewisse Anlagen, gewisse Minderwertigkeiten erworben worden sind; man rate also zumal Leuten, die eine syphilitische Infektion akquiriert haben, wenn nur irgend tunlich, nicht nur ihre Lues gründlich kurieren zu lassen, sondern jede psychische, zumal affektive Überinanspruchnahme zu meiden (man vergleiche auch in der Neurologie die Prophylaxe der Tabes!) und vor allem in ihre Arbeit systematisch kleinere und größere Ruhepausen einzuschalten. Noch eine Kleinigkeit: Der Arzt soll die aufklärende Tätigkeit nie aus der eigenen Hand geben; medizinische Lektüre, auch wenn sie noch so gut gemeint ist, wird von Laien oft mißverstanden und züchtet nicht selten Hypochonder; die Unmittelbarkeit ärztlicher Belehrung und ärztlichen Handelns ist auch in psychotherapeutischer Hinsicht durch nichts zu ersetzen. Es versteht sich von selber, daß Traumen unter der Geburt das Gehirn derart zu schädigen vermögen, daß im Anschluß daran Hirnerkrankungen sich zu entwickeln vermögen; ein Gleiches gilt von den Krankheiten des Kindesalters, zumal von der Rachitis, gar nicht zu sprechen von den autonom entstehenden Encephaliden. Die individuelle Prophylaxe müßte und muß also schon unter der Geburt und in früher Kindheit einsetzen; physische und psychische Prophylaxe fallen da in wesentlichen Stücken zusammen. Je weiter das Lebensalter eines Kindes vorrückt — und zumal gilt dies von belasteten oder nervösen, also gefährdeten Kindern —, desto schwerer fällt dann die Erziehung ins Gewicht; der Psychiater wird hier dringend zur Einheitlichkeit und vor allem zur größten Einfachheit raten müssen; Kinder, zumal nervöse Kinder, früh an Luxus, an Sinnenkitzel und Weichlichkeit zu gewöhnen, ist Gift für sie. Abnorme Kinder sind oft früh aufgeweckt und altklug; man halte sie dann erst recht in kindlichen Bahnen und lasse sie um Himmelswillen ja nicht, wie das oft mißbräuchlich geschieht, fortwährend vor Erwachsenen mit ihren »Künsten« paradieren. Dagegen belebe man den gesunden, auf konkrete Zwecke gerichteten Ehrgeiz (Überwuchern der Phantasie ist eher zu bekämpfen), hüte sich aber, einen durch elterliche Eitelkeit und schulmeisterliche Pedanterie oft gezüchteten krankhaften, streberischen Ehrgeiz groß werden zu lassen. Im übrigen gehören diese Dinge ins Reich der Pädagogik.

Die therapeutischen Maßnahmen bei bereits bestehender Geisteskrankheit

sind natürlich abhängig vom Grade, vom Stadium und vom Charakter des jeweils vorliegenden Zustandes. Eine allgemeine Darstellung ist daher an dieser Stelle nur in grundsätzlichen Umrissen möglich.

Die ätiologische Behandlung ist in der Psychopathologie zurzeit noch auf ein bescheidenes Gebiet beschränkt, wenngleich sich dieses nach und nach sichtbarlich weitet. Bei den traumatischen, bei den auf einer Behandlung zugänglichen Herderkrankungen beruhenden sowie bei den im engeren Sinne sogenannten Begleitpsychosen liegt der Fall gewöhnlich am einfachsten; hier ist es vor allem von Wesenheit, den Grundzustand chirurgisch oder intern zu behandeln; nur vergesse man nicht, daß nach der körperlichen Grundlage oft erst gefahndet und gespürt werden muß, insofern hinter sehr vielen Fällen, zumal von Amentia, ein somatischer Grundzustand steckt, der sich aber wieder seinerseits hinter der besonders auffälligen Geistesstörung zu verstecken pflegt. Die dankbarsten Objekte für die ätiologische Therapie geben die psychischen Krankheitszustände auf Grund der an früherer Stelle abgehandelten Drüsenstörungen ab, so weit diese der Organtherapie zugänglich sind. Praktisch kommen vor allem in Betracht Kretinismus und Myxödem, in zweiter Linie dann die BASEDOWsche Krankheit, die recht häufig psychische Begleitstörungen setzt (allerdings ist die Therapie des Basedow an sich eine noch immer mehr symptomatische und operative als eine ätiologische; hier hat uns dieser Punkt nur vom prinzipiellen Standpunkte interessiert.)

Ätiologisch zu behandeln sind insonderheit natürlich auch alle jene Störungen, die auf eine akute oder chronische Infektion als Ursachen hinweisen. Vor allem also die syphilitischen. Für die progressive Paralyse gelten allerdings besondere therapeutische Regeln, und mit lediglich antisiphilitischer Behandlung ist bei bereits ausgebrochener Paralyse sehr häufig nichts mehr getan. Dahingegen kommt eine solche als Prophylaktikum der Paralyse gewiß sehr in Betracht.

Die alte Erfahrung, daß Eiterungs- und Fieberprozesse, besonders Leukocytose verursachende Zustände chronische Geistesstörungen manchmal auffällig günstig beeinflussen, hat zu einer — indirekt ätiologischen — Therapie den Anstoß gegeben; vor allem die Paralyse, in zweiter Linie die Schizophrenie sind zur Domäne der auf diesen Erfahrungen aufgebauten Heilbestrebungen geworden. Anfänglich sind es abgetötete Bakterienkulturen, bzw. Bakteriengifte gewesen, die (zur Injektionsbehandlung; von den anderen Applikationsmethoden darf hier abgesehen werden) zuerst zur Anwendung kamen; in späterer Zeit wurden sie abgelöst vom Tuberkulin und vom nukleinsaurigen Natrium. Hierüber werden wir uns in den einschlägigen Kapiteln des speziellen Teiles noch verbreitern, und es sei hier nur kurz bemerkt, daß v. WAGNER und daneben FISCHER und DONATH als die Hauptinitiatoren dieser modernen Behandlungsmethoden gelten dürfen.

Zu den ätiologischen Behandlungsmethoden gehört auch die Entgiftungstherapie bei den chronischen Vergiftungszuständen, zumal mit Genußgiften, die nach dem heutigen Stande der Dinge vor allem eine absolute Entziehungsbehandlung zu sein hat; Alkohol, Morphin und Kokain kommen für unsere Verhältnisse hier in erster Linie in Betracht.

Von ätiologischen Behandlungsmethoden interessieren weiter vor allem die psychischen, insofern, wie wir wissen, ein Gutteil von psychotischen Zuständen weit über das Bereich der reinen Neurosen hinaus auch psychischer Ätiologie hat und in einem Teil solcher Fälle die psychische Therapie wenigstens in Ansehung der determinierenden Ursachen eine kausale genannt werden darf. So sehr gerade die psychische Behandlung eine individuelle ist — in

zweifacher Hinsicht, was den Kranken wie was den Arzt anlangt —, es haben sich nichtsdestoweniger auch für sie Methoden und Schulen herausgebildet. Wir wollen nur auf das praktisch Wichtigste Bezug nehmen. Am souveränsten erscheint nach wie vor die Suggestivbehandlung, und zwar in Form der Wachsuggestion, kombiniert mit Überredung (letztere im Sinne der Lehren von DUBOIS). Die Hypnose ist wohl im allgemeinen nur als letztes Zufluchtsmittel bei Hysterischen heranzuziehen, nur bei kindlichen Individuen mit ihren so häufig monosymptomatischen Neurosen sowie bei der Behandlung gewisser sexueller Perversionen und Zwangszustände mag man unter Umständen beherzter zu ihr greifen, weil bei vorsichtiger Handhabung und Verzicht auf jede sensationelle Aufmachung das Risiko da geringer scheint als der von der Neurose selber bei deren Fortbestand zu befürchtende Schaden (Selbstmordgefahr). Disziplinäre und pädagogische Maßnahmen sind zumal bei Jugendlichen, bei Hysterischen und sonstwie Neurotischen oft von Vorteil. Weiter reihen sich hier an verschiedene der Ablenkungs- und Arbeitsmethoden. Der induzierenden oder die Psychose dynamisch verstärkenden Kraft der Umgebung, der Gewöhnung, Versumpfung, Verödung begegnet man am besten durch vorübergehende Separation des Kranken oder durch Versetzung in ein anderes Milieu (Versetzungsbesserungen bei Neurotischen, Depressiven, selbst Schizophrenen). Wir erwähnen schließlich noch die sogenannte Psychoanalyse, die aus dem Ausbau der ursprünglichen kathartischen Therapie entstanden ist. Letztere fußt zweifellos auf einem richtigen Grundgedanken, doch schränkt sich bei kritischer Betrachtung der Dinge ihr Geltungsbereich vor allem auf die Neurosen ein, und es ist insbesondere davor zu warnen, in die Kranken zuviel hineinzuinquirieren und hineinzudeuten, sowie einseitig das gewiß äußerst wichtige, aber beileibe nicht allmächtige Sexualmotiv hinter allen Dingen zu wittern.

Die psychische Behandlung hat aber bei Geisteskrankheiten eine weit über das Bereich der ätiologischen Therapie hinausreichende Bedeutung, insofern sie in einem sehr großen Teil der Fälle als symptomatische Maßnahme in Betracht kommt. Man kann sagen, daß es keine Form psychischer Störung gibt, bei der nicht psychotherapeutische Maßnahmen in irgendeiner Form wirksam sein könnten. Vor allem gilt dies von den sogenannten funktionellen Psychosen, speziell von den affektiven, und hier wieder in erster Linie von den Depressionszuständen, in denen das rein psychisch motivierte Arztbedürfnis der Kranken oft ein sehr hohes ist und der Kranke an den schlichten Zuspruch des Arztes sich oft förmlich klammert, selbst wenn er sich nicht eingestehen mag; allerdings hüte man sich auf diesem Gebiete vor Polypragmasie, vor aufdringlichen Zerstreuungs- oder Persuasions- oder Inquisitionsversuchen, die den Kranken nur beleidigen oder quälen; schlichte Güte und — bei entsprechender Zugänglichkeit — sachliche und teilnahmevolle Aufklärung oder eventuelle Ablenkung mit ein wenig suggestivem Nachdruck tun weitaus die besten Dienste. Auch bei der Schizophrenie kommen psychotherapeutische Maßnahmen vielfach in Frage (Versetzungsbesserungen!). Wie wichtig psychisch-pädagogische Maßnahmen seitens des Arztes bei der Behandlung der Alkoholiker und anderer Süchtiger sind, braucht kaum gesagt zu werden; sehr maßgebende Autoren sind der gewiß zu beherzigenden Ansicht, daß strenge Abstinenz auch dem Arzte, zumal dem Anstaltsarzte, zur Pflicht zu machen sei, eben um des Vorbildes willen, das er seinen Patienten abgeben müsse, also aus psychotherapeutischen Beweggründen heraus. Am souveränsten ist natürlich, nicht bloß aus ätiologischer, sondern auch aus symptomatologischer Indikation die Psychotherapie bei den Psychoneurosen der aller-

verschiedensten Art; und dann bei den Defektzuständen, zumal den intellektuellen, wo die pädagogisch-psychologische Heilerziehung, wiewohl streng genommen ein symptomatisches Hilfsmittel, oft die erstaunlichsten Erfolge liefert. Auch in nicht wenigen Fällen ethischer Defektuosität vermag bei Jugendlichen die Erziehung noch symptomatische Erfolge zu zeitigen; »systematische Atrophierung« der schlechten, systematische Hypertrophierung der etwa vorhandenen guten Anlagen leistet hier oft Beträchtliches; dazu kommt noch der psychische Klimawechsel durch die Entfernung aus dem oft selber schwer degenerativen Familienmilieu. Leider stehen Egoismus oder Affenliebe uneinsichtiger Angehöriger allen diesen Bestrebungen oft hindernd im Wege. Nicht verschwiegen soll werden, daß es Fälle insbesondere ethischer Defektuosität gibt, die vollkommen refraktär sind gegenüber allen pädagogischen Maßnahmen.

Es ist natürlich, daß alle Indikationen, welche die symptomatische Therapie auch sonst zu erfüllen hat, sinngemäß auch auf Geisteskranke sich zu erstrecken haben. Geistesgestörte leiden ja natürlich auch an körperlichen Störungen der allerverschiedensten Art, und daher ergibt sich naturgemäß häufig die Notwendigkeit zum Einschreiten gegen diese letzteren. Ein Teil der hier in Betracht kommenden Störungen ist rein interkurrenter Natur; ein anderer jedoch betrifft Erscheinungen, die gewissen, gerade aus dem Verhalten der Kranken und aus Milieuverhältnissen, wenn auch sekundär entspringenden Umständen ihr Entstehen zu verdanken haben und daher mit einer gewissen Vorliebe gerade bei Geisteskranken uns entgegentreten. Natürlich gehört es streng genommen zur speziellen Pathologie, auf alle diese Dinge einzugehen, daher wir hier der Übersicht halber nur einige der wesentlichsten Gesichtspunkte Revue passieren lassen wollen. Vor allem interessiert die Behandlung der vegetativen Störungen. Bei den chronischen, schleichend verlaufenden funktionellen Störungen weit seltener in Betracht kommend, spielen sie bei den akuten und dann bei den groborganischen Psychosen, wie wir schon von früher her wissen, eine erhebliche Rolle und fordern oft gebieterisch zu therapeutischem Einschreiten auf. Akute Zustandsbilder gehen zunächst sehr gewöhnlich mit einer Abnahme des Ernährungszustandes einher, das Körpergewicht sinkt, der Appetit liegt danieder, oder es tritt Heißhunger, Bulimie auf, die Sekretionen werden hier spärlicher, dort überreichlich, die Verdauungstätigkeit ist gestört (Magen- und Darmkatarrhe, besonders oft Obstipation), im Harn werden Bestandteile gefunden, die auf abnorme Stoffwechselforgänge schließen lassen. Man sorge in diesen Fällen für tunlichst blande und dabei doch nahrhafte Diät (Milch, Milchspeisen, Nährpräparate, leichtes Gebäck, eventuell leichtverdauliche Fleischspeisen), dringe auf so weit als möglich zeitlich geregelte Verabreichung derselben, trachte auch das Flüssigkeitsgleichgewicht zu erhalten; vor allem aber sorge man durch Regelung des Stuhlganges (wo nicht direkt kontraindiziert, sollte man bei akuten oder anatomischen Prozessen mit leichten Laxantien und Klysmen nicht sparen), eventuell bei bedrohlicher Wendung des Bildes und wahrscheinlicher toxischer Veranlassung durch energischere Maßnahmen (energische Purgantia, Diuretika, innere Desinfizientien, als da sind Jodoform, β -Naphthol und andere, physiologische Kochsalzinfusionen, letztere speziell in schwer delirösen Zuständen) eine Entgiftung herbeizuführen, auch das vor allem so wichtige Wassergleichgewicht des Organismus nicht in Unordnung geraten zu lassen. Daß zumal bei dementen, dekrepiden und gelähmten Kranken auch für regelmäßige Harnblasenentleerung gesorgt werden muß, darf nicht unerwähnt bleiben; einmal ist es höchst untunlich, wenn die Kranken inkontinent

sind, den Harn unter sich lassen und unrein sind; aber auch die Harnverhaltung ist ein nicht geringes Übel. Es gibt verblödete Paralytiker, die gleich ganz kleinen Kindern nur mehr durch Schreien und Brüllen auszudrücken vermögen, daß ihnen irgend etwas »weh tut«, und das kann unter anderem auch eine volle Blase sein; nun sei man aber in derlei Fällen ja nicht gleich fix mit dem Katheter bei der Hand, denn der Katheterismus, wenn nicht mit peinlichster Asepsis (äußerer, d. h. der Hände, der Eichel und des Katheters sowohl wie innerer: Darreichung von Urotropin und verwandten Blasendesinfizienten) ausgeübt, hat nur zu oft Cystitis und von da ausgehend noch Schlimmeres (Pyelonephritis) im Gefolge; vielmehr betrachte man den Katheter als eine Art *Ultimum refugium*; oft uriniert ja so ein verblödeter Kranker schon, wenn man ihn nur dazu auffordert, oder ihm das Uringlas hinhält, oder ihn »setzt«, d. h. auf das Zimmerklosett, ganz wie ein kleines Kind, d. h. wenn man ihn eben erinnert, es ihm *ad hoc* bequem macht, wenn man den eingeschliffenen Mechanismus bahnt, dessen Hebel der Kranke bei seiner Demenz nicht mehr selber findet; manchmal entleert sich die Blase auch, wenn man ein Klistier verabreicht, oder im lauwarmen Bad; endlich ist in manchen Fällen bei vorhandener Areflexie (vergleiche das Kapitel progressive Paralyse im speziellen Teile) sogar ein behutsamer Versuch erlaubt, die Harnblase manuell vorsichtig auszudrücken.

Viele Kranke, zumal stuporöse und negativistische, auch solche mit Vergiftungsideen u. a., verweigern über eine beträchtliche Zeitspanne hin die Nahrungsaufnahme, und es obliegt sodann dem Arzte die Aufgabe, dem abstinierenden Kranken um jeden Preis Speise und Trank zuzuführen. In manchen Fällen gelingt dies durch geduldigen und unermüdlichen Zuspruch, dadurch, daß man das Essen zum Munde des Kranken bringt oder ihn ganz so wie etwa ein kleines Kind ausspeist. Andere Male ist es besser, dem Kranken sein Essen einfach hinzustellen und ihn selber dem Kampf der Motive zu überlassen: er ißt oft schon, wenn man ihm nur nicht zusetzt (zumal bei schizophrenem Negativismus oder bei Bestehen von Beeinträchtigungsideen). Zuweilen wirken Kochsalzinfusionen sekretionsbefördernd und regen den Appetit wieder an, der infolge schwerer Stoffwechselstörung daniederlag. Sehr häufig aber versagen alle diese Mittel, und wir sind genötigt, unsere Zuflucht zur Sondenfütterung zu nehmen. Die zur Verwendung kommenden Sonden sind bis fingerdicke, meist aus einer gummiähnlichen Patentmasse hergestellte Schläuche, biegsam und doch von einer gewissen Festigkeit, einiges über 1 m lang; das untere Ende ist entweder offen — die Ränder der Mündung dürfen ja nicht scharf sein — oder konisch zugestumpft mit seitlicher Fensterung; das ebenfalls offene obere Ende verbindet man am besten mittels eines kurzen Glasrohres mit einem zweiten, um etliches kürzeren, oben an einen breiten Glas- oder Porzellantrichter angesetzten Schlauchstück; letzteres ist also abnehmbar eingerichtet, muß aber bei der Verwendung dicht am Ansatzglasstück anschließen.

Der Akt des Nährens vollzieht sich in folgender Weise: der Arzt — und nur der Arzt darf die zuweilen ja doch zu Komplikationen führende Prozedur vornehmen — setzt sich ans Kopfende des vorher unter allen Umständen zu Bett gebrachten, mit einem Leintuche bis zum Halse bedeckten, je nach dem seinerseits zu vermutenden Widerstande von einer oder von mehreren, eventuell zu beiden Seiten zu postierenden Pflegepersonen an den Extremitäten sanft, aber energisch festzuhaltenden Kranken (dem vorher Mund und Nase sorgfältig zu reinigen sind); er umfaßt mit der linken Hand von hinten her dessen Kopf, so daß dieser an die Brust des Arztes angelehnt wird, während die

Finger der linken Hand des Arztes am Schildknorpel (Adamsapfel) des Kranken tastend aufliegen (zur Kontrolle der Schluckbewegungen); nunmehr erfaßt der Arzt den vorher gut eingefetteten oder eingeölte Schlauch nahe am unteren Ende und schiebt ihn durch einen der Nasengänge vorsichtig tastend in den Pharynx; an der hinteren Rachenwand angelangt, pflegt das Schlauchende eine vom Arzte leicht zu tastende Schluckbewegung auszulösen, die man benutzt, um den Schlauch durch den Ösophagus hinabzuschieben, bis zu einer Marke, die, in der Nähe des Naseneinganges angelangt, anzeigt, daß nunmehr das Schlauchende bereits im Mageninnern angelangt ist; dieser Moment verrät sich übrigens sehr häufig auch durch stoßweises und unregelmäßiges Entweichungsgeräusch von Gasblasen oben durch den Trichter. Während dieser ganzen vorbeschriebenen Prozedur hat zur Rechten des Arztes eine Assistentin zu stehen, die das in der beschriebenen Weise zusammengefügte Geschläuche, den Trichter nicht allzu hoch nach oben, zu halten hat.

Nun können natürlich auch dem Gewiegtesten beim Nähren mit dem Schlauche Zwischenfälle zustoßen. Es ist ohne weiteres klar, daß widerstrebende, dabei keineswegs immer negativistische Kranke sehr gewöhnlich versuchen werden, die für sie ja in keiner Weise vergnügliche Prozedur der Sondenfütterung durch oft krampfhaftes Würgen zu frustrieren; dabei kann es sich ereignen, daß der Schlauch im Pharynx »gerollt« und vor den Kehlkopfengang gepreßt oder gar in den Larynx hineingestoßen wird. In beiden Fällen pflegt es zu heftigen Hustenstößen und zu Asphyxie zu kommen, und oft würgt der Kranke den Schlauch zum Munde heraus, seltener (fast nur bei benommenen oder gelähmten Kranken oder bei Larynxanästhesie) gleitet die Sonde, ohne jedes Widerstreben und ohne daß es zu Hustenstößen kommt, statt in die Speiseröhre in den Atmungsschlauch hinein, und es braucht dann unter Umständen im ersten Augenblicke gar nicht auffälligere Reaktionserscheinungen zu setzen; zumal wenn man auf die rasch eintretende Cyanose nicht achtet oder meint, das sei die nämliche, wie man sie nicht selten bei »raufenden« Kranken sieht.

Diese Eventualität birgt nun unzweifelhaft eine Gefahr in sich: es kann da nämlich passieren, daß der Arzt, in der Meinung, das Sondenende sei im Magen angelangt, während es sich tatsächlich in den Respirationswegen befindet, die Nährflüssigkeit einlaufen läßt, und die Folgen sind dann natürlich die fatalsten. Daher sind zumal seitens Mindergeübter gewisse Vorsichtsmaßnahmen zu beobachten, ehe an die eigentliche Nahrungseinflößung geschritten wird. Vor allem heiße man den Kranken während des ganzen Vorganges ruhig und gleichmäßig atmen (bleibt freilich nicht selten, zumal bei den ersten Nahrungen, ein frommer Wunsch) bzw. lasse seine Atmung nicht aus dem Auge; kommt es zu Luft- bzw. Gasentweichung aus dem Trichter, so achte man sorgfältig darauf, ob diese nicht in rhythmischer, der Atmung synchroner bzw. stridoröser Weise erfolgt; eine letzte Vorsichtsmaßregel besteht in folgendem: man setzt nach eingeführter Sonde, falls man über die Diskolation des unteren Endes im Zweifel ist, an das obere Ansatzstück ein kleines Luftgebläse und pumpt vorsichtig etwas Luft in die Sonde; ist nun deren unteres Ende tatsächlich im Magen, dann kommt es zu einer merkbaren Aufblähung dieses letzteren, bzw. es ist das Eindringen der Luft in den Magen auskultatorisch hörbar. Selbstverständlich muß in allen Fällen, wo umgekehrt der Schlauch in falsche Wege geraten ist oder begründete Zweifel über seine Dislokation bestehen, so schnell wie möglich seine Zurückziehung erfolgen. Bei hartnäckigen Kranken wird dies oft und oft der Fall sein müssen, und es bedarf dann nicht selten sehr großer Geduld und unermüdlicher Ausdauer, um ans Ziel zu gelangen:

immer wieder vereitelt der Kranke die Einführung, immer wieder preßt und würgt er den Schlauch hinaus, ja zuweilen erwischt er dessen unteres Ende mit den Zähnen, und es ist dann manchmal um die Sonde geschehen. Bei besonderen rabiaten Kranken oder bei sehr engen und undurchgängigen Choanen wird man, zum Glück ein sehr seltener Fall, die Sonde zuweilen per os einführen müssen, natürlich unter Zuhilfenahme von Mundsperrre und Fingerschutz.

Ist nun die Sonde glücklich im Magen angelangt, dann läßt man oben in den hochgehaltenen Trichter durch die Assistenz zunächst langsam, unter geringem Druck und vorsichtig (der Kranke muß dabei ruhig, ohne Cyanose oder Asphyxie weiter atmen können) die Nährflüssigkeit eingießen; fließt sie anstandslos durch, dann wird sukzessive weiter nachgegossen. Ist die Portion zu Ende, dann warte man noch eine Weile, bis voraussichtlich — Kontrolle durch das Glasansatzstück — der Inhalt zur Gänze im Magen angelangt ist, sodann ziehe man unter Kompression der Sonde mittels Daumen und Zeigefinger (damit nicht etwa auf dem Rückwege Residualinhalt in die Luftwegegeräte) erst langsam, zum Schluß etwas schneller die Sonde heraus. Erbricht der Kranke, was namentlich bei allzu brüsker Eingießung oder bei erstmaliger Prozedur der Fall ist, denn diese letztere ist ja für die Magenwände ein starker und ungewohnter Reiz (man hilft sich zuweilen durch vorherige Eingießung irgendeines Anästhetikums, z. B. Aqua chloroformiata), während der Fütterung, dann heißt es, den natürlich vorher komprimierten Schlauch raschestens herausbefördern, damit nicht etwa Aspiration mit ihren ominösen Folgen (Pneumonie, Lungengangrän usw.) oder gar Erstickung erfolge. Nach Abschluß der Nahrungsprozedur soll der Kranke noch eine Zeitlang ruhen; in anderen Fällen ist es nicht ohne Vorteil, ihn ein bißchen auf und ab zu führen, es kommt dann weniger leicht zu Erbrechen.

Nun noch einiges über die Zusammensetzung und Art der Nährflüssigkeit; denn daß man nur flüssige oder in einem flüssigen Medium gelöste oder suspendierte Substanzen durch die Schlundsonde einführen kann, ist ja selbstverständlich. Da ist es zunächst am zweckmäßigsten, als ein solches Medium Milch zu wählen, weil diese ja zugleich auch ein Nahrungsmittel darstellt und man unter solch prekären, obendrein noch besondere Vorsicht und Schonung des Magens verlangenden Ernährungsverhältnissen froh sein muß, möglichst vielen Indikationen auf einmal gerecht werden zu können. Die Milch muß lauwarm gemacht sein (nicht kalt, nicht heiß), wovon man sich jedesmal kurz vor Vornahme der Sondenfütterung selber zu überzeugen hat. Man löse, bzw. suspendiere darin je nach den von Krankheit, Zustand und Individualität des Patienten jeweils zu erfüllenden Ernährungsindikationen verschiedene Nährsubstanzen: Salz und Zucker in angemessener Kalorienmenge, Eier, sehr minutiös zerkleinertes bzw. vorher breiig gemachtes, fein geschabtes Fleisch, eventuell frische Gemüse in ebensolchem Zustand; endlich können natürlich auch Medikamente aller für interne Verabreichung in Betracht kommenden Art und Menge hinzugesetzt werden, falls es nottut. Niemals darf es zu solcher Eindickung der jedesmal knapp vor der Sondenfütterung gründlich durcheinander zu quirlenden Nährflüssigkeit kommen, daß Stockung, Knollenbildung und dadurch Verstopfung des Sondeninnern zustande kommt. Selbstverständlich kann mit der Zusammensetzung der Nährflüssigkeit methodisch gewechselt werden. Die Gesamtmenge mag pro Mahlzeit $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Liter betragen.

Die Sondenfütterung erfolgt am besten zu zwei oder drei, tunlichst regelmäßig einzuhaltenden Zeitpunkten im Tag, Kunstgerecht durchgeführt,

kann die Prozedur durch Monate und länger vorgenommen werden, ohne daß den Kranken dadurch ein Schaden erwächst. Gewisse Kranke, zumal katonische, gewöhnen sich geradezu manchmal an diese Art der Nahrungsaufnahme. Gerade eben darum betrachte man die Sondenernährung, weil sie schließlich und endlich ja doch eine unnatürliche ist (Salivation und Kauakt und damit die für die Zähne so notwendige Betätigung gehen ja ganz verloren, und gewisse für den Stoffwechsel sehr nötige Substanzen kann man ja leider so gut wie nie durch die Sonde einführen, z. B. frisches Obst und manche Gemüsearten), immer nur als ein zwar unter Umständen unbedingt notwendiges (kein Kranker sollte ohne Not mehr als zwei Tage abstinieren), aber doch immer nur als letztes Zufluchtsmittel, und nie verabsäume man immer wieder zwischendurch den Versuch, den Kranken zur Nahrungsaufnahme auf dem natürlichen Wege zu verhalten. Es gibt übrigens Patienten, namentlich hysterische, aber nicht bloß solche, bei denen eine oder ein paar Sondenfütterungen gewissermaßen pädagogisch wirken, d. h. die vorher abstinierenden Kranken verstehen sich zur natürlichen Nahrungsaufnahme, sobald sie einmal die Sonde zu spüren bekommen haben; insofern ist diese etwa ähnlich wie der faradische Pinsel bei gewissen hysterischen Faxen sogar ein Instrument der Psychotherapie.

Wir haben die Sondenfütterung hier etwas breiter dargestellt, weil sie eine der am häufigsten zu üben und praktisch wichtigsten Maßnahmen am psychiatrischen Krankenbett darstellt; und wie man sagen darf, bei einiger Vorsicht und Übung auch eine der harmlosesten, mag auch für den Anfänger das Dunkel, in dem er zu tappen wähnt, das oft gar schreckhaft anzusehende Bild, zumal die Pseudoasphyxie sich aus Leibeskräften wehrender, sträubender und ganz verzweifelnd gurgelnder, würgender und pfauchender Kranker und das Bewußtsein des Schadens, den ein Unglück oder ein Fehlgriff, falls es dazu kommt, anrichten kann, zunächst das Gefühl von etwas Unheimlichem erzeugen; das verliert sich aber schon mit der Zeit, ganz so wie die Verlegenheit, die den ersten freien Vortrag, die die ersten selbständigen Schritte auf dem Gebiete der kleinen Chirurgie zu begleiten pflegt, welch letztere übrigens auch dem klinischen Irrenarzte geläufig sein muß; soll er denn wegen jeder Rißplatzwunde eines Epileptikers, jeder Eiterblase eines Paralytikers, jeder Zahnextraktion bei einer Hysterika oder Maniaka um den Kollegen von der Nachbarklinik schicken müssen, damit der wieder einmal onkelhaft den Psychiater begönern darf, der ja dafür so viel schöne Namen für Dinge wisse, auf deren Nichtverstehen die »Somatiker« sich so häufig förmlich etwas zugute zu tun scheinen?

Es darf nicht verschwiegen werden, daß es auch mancherlei Kontraindikationen gegen die Sondenfütterung gibt, die uns gelegentlich auf den prekären Weg der rektalen Ernährung (vorher gründliche Reinigung des Mastdarms, eventuell per Klyσμα!) weisen. Daß und weshalb bei benommenen Kranken oder bei Lähmungszuständen große Vorsicht am Platze ist, haben wir schon erwähnt; bei Erkrankungen des Atmungstraktes und der Zirkulationsorgane, zumal bei Herzfleischaffektionen und bei Aneurysmen heißt es, zumal wenn die Kranken Tendenz zum Widerstreben zeigen, die Vorsicht verdoppeln, eventuell lieber von der Sonde Abstand nehmen (sind ja doch die plötzlichen Todesfälle bei Einführung des Magenschlauches bei Herz- oder Gefäßkranken genugsam bekannt); selbstverständlich verbieten Strikturen (man denke nur an die in suizidaler Absicht zugefügten Verätzungen) oder Geschwülste in der Speiseröhre meist gleichfalls die Sondenfütterung. Man kann aus alledem zweierlei entnehmen: erstlich, wie gefährlich jedes rohe Verfahren werden

kann, und dann, daß dem Psychiater auch die allgemeine und insonderheit die interne Diagnostik keine Terra incognita sein darf. Es gilt hier das nämliche, was bezüglich der Chirurgie bemerkt wurde.

An die Diätetik und Ernährung schließt sich die roborierende Behandlung in allgemeinerem Sinne, der freilich in der Psychiatrie kein sehr großes Feld offen steht. Bei Herabgekommenen und Rekonvaleszenten werden wir natürlich mit roborierenden Medikationen nicht sparen. Zumal das Arsen spielt eine hervorragende Rolle (übrigens auch bei Epilepsie und bei glandulogenen Erkrankungen nicht ohne Vorteil anzuwenden); auch bei leicht Zirkulären und Neurotischen kommt es, und daneben die Nervina (zumal Strychnin, bzw. Nux vomica, Cola und Lezithin) und etliche Nährpräparate in Betracht. Bei Neurotischen oder Depressiven treten auch Bewegungstherapie, Massage mit und ohne Mastkur und andere diätetische und roborierende Maßnahmen in ihre Rechte. Alkoholika sind aber, wie betont werden muß, keine Roborantien und schon gar nicht für psychisch oder nervös Abnorme oder Kranke, möge der Arzt auch noch so oft in diesem Sinne bestürmt werden; hier gibt es kein Kompromiß.

Von entscheidender Bedeutung sind die Stimulantien. Alles was nach akutem Delir aussieht, bedarf der Herztonika; die Einzelindikationen richten sich da nach internen Grundsätzen. Aber auch sonst werden wir bei Herzschwächezuständen — außer natürlich bei Apoplexiegefahr — zu den Herzmitteln greifen; Kampfer, Strophanthus, Koffein, Digalen sind am gebräuchlichsten. Eventuell kommt auch Morphin, insbesondere bei bedrohlicher Schwäche in der Morphinabstinenz, in Betracht. Bei manchen, vom Herzen her ausgelösten Angstzuständen wirken Kardiaka übrigens als gewissermaßen ätiologische Beruhigungsmittel. Alkohol kommt nur in Betracht im Notfall beim Delirium tremens oder bei senilen, mit Pneumonie behafteten Individuen.

Am allerausgedehntesten ist in der Psychiatrie der Gebrauch der Beruhigungsmittel (Sedativa), sie seien nun äußerer oder innerer, physikalischer oder chemischer Natur. Zum nicht geringen Teil deckt sich die kalmierende Therapie mit den Beschränkungsmaßnahmen, von denen gleich hernach die Rede sein wird. Es ist ja ohne weiteres klar, daß die verschiedenen Formen psychomotorischer Erregung, mit denen wir es in der Psychiatrie zu tun haben, zu therapeutischem Handeln herausfordern, um den Schaden, den sich der Kranke durch sein Toben und Wüten zufügen kann, auf ein tunlichst geringes Maß herabzumindern.

Als ein souveränes und segensreiches Mittel ist hier vor allem die Bettbehandlung zu nennen; schwächliche oder körperlich Kranke und Sieche gehören ja, wie eo ipso einleuchtet, ins Bett; aber auch bei akuten Psychosen aller Art, bei Depressiven und vielen Manischen wirkt die Bettbehandlung, zweckmäßig in Kombination mit anderen Beruhigungsmitteln, oft ausgezeichnet kalmierend. Es ist ja freilich hier eine gewisse Konsequenz nötig, es muß im Anfange zuweilen ein sachter Druck auf die Kranken ausgeübt werden, um sie im Bette auch zu halten. Allein in der Regel gewöhnen sich selbst Manische an das Bett und beruhigen sich darin viel rascher, als wenn man sie frei umherwandern läßt. Man lasse andererseits die Kranken nicht auf immerwährende Zeiten im Bette dahinsumpfern, sondern nehme sie zeitweise immer wieder heraus.

Unter den physikalischen Beruhigungsmitteln verdient weiterhin die Separierung in gesondertem, zunächst nicht versperrtem Raume — von der Isolierung reden wir später — genannt zu werden. Minderung der Reibungs-

flächen ist ja unzweifelhaft eines der vorzüglichsten Beruhigungsmittel, da ja auf diese Weise eine große Masse von Reizen wegfällt. Es ist gar nichts dagegen einzuwenden, diese Separierung in Erwägung aller Umstände, falls es sein muß — aber auch nur dann — vorübergehend in eine zwangsmäßige bei versperrter Tür und damit in eine Isolierung umzuwandeln (siehe unten). Dann gelangen wir zu einem der wichtigsten Mittel der kalmierenden Therapie, zur hydropathischen Behandlung. Hier ist vor allem der schon lange geübten Behandlung mit feuchten Packungen zu gedenken, in denen manche unruhige Kranke ein bis zwei Stunden, nicht allzu fest umschnürt, im Bette liegend und unter Aufsicht (man hüte sich vor Kongestionen und Schwächezuständen!), mit Vorteil gehalten werden. So ein Wickel kann auch mehrmals innerhalb eines Tages appliziert werden. Weitaus souveräner aber ist die Bäderbehandlung, insbesondere in Form des lauwarmen Dauerbades. Hier haben wir eines der allerwichtigsten Beruhigungsmittel vor uns, in der Mehrzahl der Fälle von sicherer Wirkung, sehr gewöhnlich recht angenehm für den Kranken, meist auch unbedenklich und daher selbst auch von dekrepiden Personen gut vertragen. Im Dauerbade können Kranke stunden-, ja tage- und nächtelang und mit Unterbrechungen noch länger gehalten werden, sie können darin selbst ihre Mahlzeiten halten und schlafen, förmlich wohnen. Aber natürlich hat auch das schlichte Dauerbad, wie jedes Bad, seine Technik: man hat vor allem für kontinuierliche Temperierung des Bades zu sorgen (der Zufluß warmen Wassers muß derart erfolgen, daß der Kranke dabei nicht verbrüht werde); man lasse den im Bade befindlichen Kranken nie aus dem Auge (ständige Überwachung!), denn es kann Zirkulationsstörungen setzen, die sofortige Herausnahme des Kranken aus dem Bade erfordern. Auf den Kopf gehören immer feuchtkalte Kompressen, um Kongestionierung hintanzuhalten: Manche Kranke können unvorhergesehenerweise (z. B. Paralytiker oder Senile oder Epileptiker) im Bade einen Ohnmachts-, einen Schwindel-, einen Krampf-, einen Schlaganfall erleiden; das kann ja dem Kranken außerhalb des Bades gerade so passieren wie darinnen, aber im Bade kann er dann ertrinken, wenn nicht sogleich jemand zur Stelle ist, der ihn herauszieht; an alles das, so trivial es sich ausnimmt, muß der Arzt sich im gegebenen Falle selber erinnern, weil er wieder seinerseits die anderen, die um den Kranken herum und mit ihm befaßt sind, daran zu erinnern hat; und nichts ist so selbstverständlich, als daß vom Laien nicht das Gegenteil davon getan würde, um dann, wenn ein Malheur passiert, dem Arzte angekreidet zu werden.

Ein Übelstand der Dauerbadebehandlung liegt in der Begünstigung von allerlei Dermatosen infolge Hautmazeration und — leider! — auch Hautinfektionen; peinlichste Sauberkeit und Hygiene der Haut sowie der Bädewannen und Badewäsche werden die an sich meist geringen Gefahren auf ein Minimum reduzieren können.

Der Kuriosität halber seien noch die Duschen genannt, die in früherer Zeit eine gewisse Rolle als Sedativmittel gespielt haben, aber mit gutem Grunde seit langem verlassen und verpönt sind. Nicht einmal schwerer Nervösen würde ich Duschen anraten, sondern nur milde Hydrotherapie (Halbbäder mit Übergießungen, Abreibungen, Packungen).

Wir erwähnen im Vorbeigehen kurz (vgl. die Einleitung), daß natürlich auch psychische Maßnahmen (kluges, zusprechendes Verhalten des ärztlichen und Pflegepersonals) unter Umständen Beruhigung schaffen, ja manchmal förmlich Wunder wirken können; und wenden uns nunmehr zu den chemischen, d. h. medikamentösen Beruhigungsmitteln.

Die Bromsalze und deren Derivate und Verbindungen, deren souveräne Rolle von der Neurologie her so bekannt ist, treten in der Psychiatrie etwas mehr zurück, sind aber trotzdem in vielen Belangen unentbehrlich. Man denke nur an die ja auch den Psychiater so sehr interessierende Epilepsie. Aber auch sonst verwenden wir die Brompräparate gelegentlich in starker Dosierung als kumulative oder vorbeugende Sedativa, wie in der Therapie gewisser periodischer Psychosen verschiedenster Klassifikationszugehörigkeit, wenn auch leider nicht immer mit Erfolg. Und eine größere Rolle spielen sie dann bei den Psychoneurosen, also im neurologischen Grenzgebiete. Ein Übelstand ist, abgesehen von der meist erst nach längerem Gebrauch zutage tretenden Wirkung auf das Nervensystem, die oft schon früh hervortretende Bromakne (siehe Tafel I), die in manchen Fällen recht unangenehm werden kann. Man hat als Ersatzmittel verschiedene Bromverbindungen eingeführt, denen diese Nebenwirkungen in geringerem Maße eignen; wir erwähnen das Brompin, das Sabromin und das neu aufgekommene Sedobrol u. a.

In der Regel aber benötigen wir zur chemischen Ruhestellung unruhiger Geisteskranker stärkeren Tabaks, um so mehr als wir ja, solange nur irgend möglich, mit den physikalischen Beruhigungsmitteln auszukommen trachten und zu den chemischen nur greifen, wo es mit jenen oder jenen allein nicht mehr geht, insbesondere aber, wo zur Verhütung von Schaden eine rasche und gründliche Kalmierung geboten ist, also bei anhaltender oder furibunder, rasche Erschöpfung androhender Erregung, auf Transporten, bei schlechten Raumverhältnissen, wie etwa in häuslicher Behandlung oder in sehr alten Anstalten ohne ordentliche Einrichtungen, wie sie heute in Mitteleuropa zum Glück nur in Durchgangs- oder Transporthäusern zu finden sind.

Die hier in Betracht kommenden Präparate werden fast alle in Form subkutaner Injektion verabreicht. Unter den heroisch wirkenden Mitteln steht wegen der Promptheit seiner Wirkung und der relativen Gefährlosigkeit an erster Stelle das Hyoscin (Skopolamin), in der Regel als Scopolaminum hydrobromicum (Einzeldosis 0·00025—0·001), vorteilhaft mit einem Zusatz von Morphinum muriaticum in Lösung verschrieben; eine Pravazspritze davon pflegt in wenigen Augenblicken auch sehr unruhige Kranke ruhig zu stellen oder eventuell zur Verbringung ins Dauerbad (um sinnlose Rauferei zu vermeiden) geeigneter zu machen. Man darf das Hyoscin auch bei körperlich minderkräftigen oder selbst nicht zu schwer zirkulationskranken Patienten anwenden, da seine schädlichen Nebenwirkungen auf das Herz und den Blutkreislauf verhältnismäßig geringe sind (wenn sie auch nicht fehlen!) und sich immerhin selten bei den üblichen Dosen geltend machen. Weit weniger kommt das Duboisin in Betracht. Dann und wann wird noch das Apomorphinum (hydrochloricum) angewendet, dessen Nebenwirkungen (Erbrechen) freilich höchst unangenehme sind; es hat denn auch darum einen gewissen pädagogischen Wert (bei bösartigen, erregten, zerstörungssüchtigen Hysterischen oder Degenerierten z. B.), während es sich bei irgendwie schwächeren oder körperlich kränklichen Patienten natürlich von selbst verbietet; im allgemeinen wird man besser tun, von diesem Mittel Abstand zu nehmen und für pädagogisch-disziplinäre Maßnahmen harmlosere, minder brutal wirkende Hilfen zu wählen.

Ist die Erregung eine allein oder wesentlich ängstliche, dann treten andere Heroika in ihre Rechte, nämlich das Opium und seine Schwesterpräparate. Das Opium kann man natürlich geradeso wie die anderen stark wirkenden Mittel subkutan verabreichen, doch eignet es sich wegen der an den Injektionsstellen zuweilen auftretenden Reizerscheinungen mehr zu interner Medi-



Schwere Bromakne bei einer alten Epileptikerin
(nach einer Moulage der Wiener psychiatrischen Klinik).



kation über längere Zeiten, am besten in Pillenform, mit Rheum, um der bei Psychosen ja wenig erwünschten, verstopfenden Wirkung ein Paroli zu bieten. Bei furibunder ängstlicher Erregung kann man dreist eine oder mehrere Spritzen Morphin (oder dessen Ersatzpräparate, als Heroin oder Dionin) subkutan geben; man bedenke dabei bloß, daß dieses Alkaloid gelegentlich eine exzitierende Wirkung hat. In neuerer Zeit hat ein anderes verwandtes Präparat sich Eingang und Anerkennung verschafft, das Pantopon, das sich sowohl zu interner, wie zu subkutaner Verabreichung eignet. An dieser Stelle gedenken wir auch der von FLECHSIG inaugurierten Anwendung des Opiums in der Epilepsiebehandlung. Wir erwähnen endlich noch das Amylenhydrat und das Neuronal als krampfstillende Mittel, die, ersteres in Klysmen, im Status epilepticus oft vorzügliche Dienste leisten.

Im allgemeinen merke man sich, daß alle diese stark wirkenden Mittel streng genommen Gifte sind, daß ihre Verabreichung daher dosiert, kontrolliert werden muß, nicht unbegrenzt lange mechanisch fortgesetzt werden darf und vom Arzte nicht aus der Hand oder Aufsicht und schon gar nicht in die Hände der Kranken selber zu geben ist.

Eine spezielle Unterart der Beruhigungstherapie, die gerade bei der Behandlung Geisteskranker im Vordergrund steht, ist die Sorge für Schlaf. Die Schlafmittel nehmen denn auch in der psychiatrischen Therapie einen besonders breiten Raum ein. Vorweggenommen sei, daß natürlich auch die Beruhigungsmittel indirekt Hypnotika sind, zumal in Fällen, wo es sich um Störungen des Einschlafens handelt, denn dieses wird natürlich erschwert durch motorische Unruhe und erleichtert durch motorische Ruhigstellung. Insbesondere auch gilt dies von den Bädern (denen man ad hoc etwa noch ein Chamillenpräparat als harmloses Sedativum zusetzen kann).

Der eigentlichen Schlafmittel sind in den letzten Jahren derart viele geworden, daß man schon daraus erkennen mag, wie lohnend dieser Fabrikationszweig für die Industrie und wie wesentlich es also vor allem gerade für die Psychiatrie geworden ist, Schlafmittel zu gewinnen, die möglichst sicher wirken und doch dabei auch frei sind von unerwünschten Nebenwirkungen. Wir werden hier natürlich nur der heute gebräuchlichsten gedenken; die Mode wechselt hier rasch, es ist immerhin gut, auch etliche von den alten und altbewährten Mitteln auf Lager zu halten, schon der zur Vermeidung von Gewöhnung gerade hier sehr notwendigen Abwechslung halber.

Als eines der am sichersten wirkenden und zugleich harmlosesten Schlafmittel ist das Paraldehyd zu verzeichnen, das leider nur zwei Fehler an sich hat: 1. den penetranten Geschmack und 2. den nicht minder penetranten Geruch, der ihm auch anhaftet, wenn es in Gasform durch die Lunge ausgeschieden wird, wie es die Regel ist. Daher ist dieses vorzügliche Mittel in der häuslichen und Sanatoriumspraxis kaum anwendbar und kommt so gut wie nur in den allgemeinen Anstalten in Betracht, um hier freilich ein sehr großes Anwendungsgebiet zu finden. Die Einzeldosis ist zwischen 3 und 15 g zu bemessen, jeweils mit etwa zehnfacher Wassermenge und womöglich mit einem Geschmackskorrigens zu geben. Bei länger dauernder Verabreichung kann es freilich zu Vergiftungserscheinungen kommen, unter denen wir besonders die Paraldehydelirien erwähnen. Doch pflegen die Schäden, die das Mittel setzt, nicht beträchtlich zu sein, und bezeichnend ist da ein Fall, der sich einmal in der alten Wiener Anstalt ereignet hat, wo durch Versehen eines Pflegers ein Kranker 50 statt 5 g Paraldehyd bekam, ohne daß etwas anderes eintrat als daß der Kranke abnorm lang und fest schlief.

Das Amylenhydrat (3—4 g pro dosi), von dem schon oben die Rede

war, mag trotz seines unangenehmen Geschmackes auch als Schlafmittel in Betracht gezogen werden (starke Vermischung und Korrigens!). Nicht selten wird auch das Chloralhydrat (2—3 g pro Dosis, ebenfalls reichlich verdünnen und Geschmackskorrigens!) verwendet, welches ja auch meist sicher wirkt, aber leider auch keineswegs harmlose Nebenwirkungen auf die Zirkulationsorgane ausübt, die es zumal bei Hinfälligen, Deliranten und Zirkulationskranken entschieden kontraindizieren.

Die auf chemisch-synthetischem Wege gewonnenen Mittel (besonders die Harnstoffderivate) stehen heute unter den Hypnotics an erster Stelle: sie sind relativ wenig giftig (freilich nur in den üblichen kleinen Dosen und wenn nicht kumulativ wirkend) und relativ leicht und angenehm dosierbar (Pulver, Tabletten), meist auch geschmacklos, doch in der Regel schwerlöslich und langsamer wirkend, daher also ein bis zwei Stunden vor dem beabsichtigten Einschlafen in warmer Flüssigkeit zu nehmen. Sulfonal, Trional und Hedonal, deren erstgenanntes die Reihe der synthetischen Mittel eröffnet hat, sind neustens mehr in den Hintergrund getreten. Das Sulfonal wirkt ziemlich sicher, übrigens auch als Beruhigungsmittel, ist aber, zumal es im Körper kumuliert wird, keineswegs harmlos. An der Spitze steht heute das Veronal (übrigens als Veronalnatrium und Medinal in leichter löslichen Modifikationen, letztere auch subkutan applizierbar, im Handel), das aber in größerer Menge und bei allzu langem Gebrauche gelegentlich Intoxikationssymptome setzt (Benommenheit, Verwirrheitszustände u. a.). Von neueren Mitteln erwähnen wir dann u. a. noch das Proponal, Isopral, Luminal, Adalin, Bromural und Neuronal (die beiden letzten Bromderivate). Der nächste Tag kann uns wieder ein neues Mittel beschere, welches der geneigte Leser bis zum Erscheinen der nächsten Auflage dieses Buches einstweilen selber dazu ergänzen möge; freilich muß er es auch selbst ausprobieren.

Auch von den Schlafmitteln gilt, was von allen stark wirkenden Mitteln zu sagen ist: Gewöhnung ist hintanzuhalten, mit den Mitteln also zeitweise zu wechseln, wenn irgend möglich immer wieder den Versuch zu machen, natürlichen oder lediglich durch physikalische Mittel (siehe oben) gebahnten Schlaf zu erzielen; übrigens wirken manche Mittel individuell verschieden, bei dem einen prompt, bei dem anderen gar nicht, daher im Einzelfall ein gewisses Ausprobieren vielfach notwendig. Manche Hypnotika wirken übrigens schon in bürgerlicher Dosis über zwei Nächte hin. Niemals darf der Arzt die Oberleitung über die Verabreichung gerade der Schlafmittel aus der Hand geben, das Pflegepersonal hat nur die Exekutive zu handhaben, der Kranke selbst hat gar nichts zu handhaben, sondern das Mittel bloß zu bekommen, aber nur fallweise zum Einnehmen und unter keiner Bedingung zur »Aufbewahrung« auf sein eigenes Risiko: er könnte es heimlich sammeln und eines Tages dann, sobald er eine stattliche Menge beisammen hat, zu suizidalen Zwecken mißbrauchen. Endlich ist immer zu kontrollieren, ob nicht etwa leichte Vergiftungserscheinungen eintreten und in solchem Falle sogleich auszusetzen; zu diesem Behufe muß man schon ein wenig mit Wirkungsweise, Pharmakodynamik und Toxikologie der wichtigsten Medikamente sich vertraut machen; hierüber besagt das von Dr. FERI gearbeitete Anhangskapitel das Nähere, auf welches bezüglich aller pharmakologischen Details, auf die hier nicht eingegangen werden konnte, verwiesen sei.

Viele Geisteskrankheiten führen in ihren späteren Stadien zu körperlichem Siechtum, und es sind alsdann die Kranken, zumal in Anbetracht ihrer Geistesverfassung, in eminentem Sinne pflegebedürftig; zumal wenn sie dauernd bettlägerig sind (Senile, Paralytiker, Arteriosklerotische und manche

Katatoniker). Man trachte, durch Lüftung, durch gelegentliches Aufsetzen und Herausnehmen der Kranken aus dem Bette, durch sorgfältige Wartung beim Essen die namentlich bei Marasmen schließlich meist unvermeidliche Bronchopneumonie so lange als möglich hinauszuschieben. Man sage nicht, es sei gleichgültig, ob so ein Kranker ein paar Wochen früher oder später stirbt. Erstens haben wir Ärzte nun einmal die Pflicht, das Leben unter allen Umständen möglichst zu verlängern, und sei es auch nur um Stunden; und dann: wieviel kann unter Umständen selbst beim blödesten Geisteskranken das Erleben irgendeines bestimmten Zeitdatums für die Hinterbliebenen ausmachen! Man denke an das Erleben eines bestimmten Lebensversicherungstermins, oder, wenn es sich um Beamte handelt, eines bestimmten Vorrückungstermines, sind ja doch Behörden und Ämter oft rücksichtsvoll genug, wenn ihnen nur kluge und humane ärztliche Diplomatie eine goldene Brücke baut, erkrankte Beamte, solange auch nur theoretisch ein Schimmer von Hoffnung besteht, daß so ein armer Teufel, an dem eine nur dürftig versorgte und trotzdem zur Wahrung des Dekorums verpflichtete Familie hängt, die Berufsfähigkeit wieder erlangen werde (und das ist ja selbst bei Paralytischen zuweilen möglich), nicht eher zu quieszieren, ehe es nicht mehr anders möglich ist; und sie einstweilen im Urlauberstande zu führen, so daß ihre Dienstzeit und damit eventuell Vorrückungsmöglichkeit in der Gehaltsstufe weiterläuft; für die oft recht bejammernswerte Familie kann das unter Umständen (Höhe der Witwen- und Waisenspensionen!) sehr viel bedeuten. Der Arzt muß eben auch sozial denken können, was ihm in diesen Dingen um so leichter fallen wird, als ja derlei Fragen in der Regel soziale Fragen des hartbedrängten Mittelstandes sind, dem er in den allermeisten Fällen selbst entstammt und für dessen Sorgen er daher über seinen engeren ärztlichen Pflichtenkreis hinaus ein mitfühlendes Herz haben sollte.

Besondere Obsorge ist der Körperreinhaltung zuzuwenden; insbesondere ist die Hautpflege eine Sache von großer Wichtigkeit, damit sich zumal an den beim Liegen oder sonstwie größerem Druck ausgesetzten oder (Unreinlichkeit mit Exkrementen) einer gewissen Mazerationsgefahr unterliegenden Stellen kein Dekubitus entwickle. Man wasche gerade diese Partien (es sind insbesondere jene Hautstellen, die unmittelbar über Knochen- teile ziehen und bei längerer Bettlage zwischen Bett und Knochen gedrückt werden, also zumal die Gegend über dem Kreuzbein, über den Sitzknorren, dann eventuell über der unteren Halswirbelsäule; endlich jene gleichartigen Stellen, die bei längerer Bettlage häufig gegeneinander drücken, also die Innenseite der Knie, die Knöchelgegenden und andere) öfters mit spirituösen Flüssigkeiten (Salizylalkohol). bette sie über einem Wasser- oder Luftpolster, reinige das Leintuch sorgsam von Speiseresten und Brotkrümeln, lasse es immer glatt und niemals in Falten liegen, sehe überhaupt immer wieder und in allem und jedem nach dem Kranken und seiner Lagerstatt, müssen doch solche Kranke wie kleine und oft recht störrische Kinder betreut werden. Bereits bestehenden Druckbrand behandelt man je nach Tiefe und Ausdehnung verschieden, aber immer nach chirurgischen Regeln, mit desinfizierenden Waschungen, mit Salben (besonders Unguentum plumbi tannici scheint sich zu bewähren) und mit gut gepolsterten Verbänden; selbstredend bleiben trotzdem die Vorbeugungsmaßnahmen in Kraft. Man messe ferner regelmäßig die Körpertemperatur des Kranken, und zeigt sich die leiseste Fieberbewegung, dann ruhe man nicht, ehe man nicht die Ursache erforscht und womöglich behoben, oder ihr wenigstens entsprechend entgegengewirkt hat. Obstipation, Darmkatarrhe, Tuberkulose sind die häufigsten Ursachen

solcher Fiebersteigerungen, wenn nicht schon die ominöse Lobulärpneumonie oder ein septischer Prozeß (Dekubitus!) oder eine Cystitis und deren aszendierende Konsequenzen im Anzuge sind. Man muß sich das alles im Einzelfall oft selber zusammensuchen, denn der Kranke sagt einem nur zu häufig gar nichts, er gibt höchstens ein unbestimmtes Brüllen von sich oder er rauft und tut auch sonst das Gegenteil von dem, was man gern haben möchte, was sich zumal bei der Auskultation oft als eine unangenehme Komplikation geltend macht. Der praktische Irrenarzt muß daher schon über ein bißchen Kombinationsgabe verfügen. Daß in derlei Fällen gerade ein braves, umsichtiges und intelligentes Pflegepersonal zur Assistenz nottut, liegt auf der Hand, denn der Arzt selber ist doch nicht beständig um den Kranken.

Bei der großen Brüchigkeit der Knochen, zumal bei Tabischen und Paralytischen, kommt es in derlei Fällen sehr leicht zu Frakturen. Es können ganz geringfügige Traumen, wie z. B. eine bruske Wendung im Bett, oder ein unbedeutender Fall oder ein leichter Schlag oder Druck hinreichen, um selbst mächtige Röhrenknochen zu brechen. Zumal sind Rippen- und Oberschenkelhalsfrakturen keine Seltenheit. Ja wir sehen speziell bei Paralytikern nicht allzu selten sogar Spontanfrakturen. Man beachte dabei die in der Regel bestehende Schmerzlosigkeit und Reaktionslosigkeit dieser Knochenbrüche, wodurch wohl dem Kranken sein Los subjektiv erleichtert, dem Arzte aber die rechtzeitige Entdeckung des Bruches begreiflicherweise erschwert wird; oft kommt man erst gelegentlich einer Funktionsprüfung so nebenher auf die abnorme Beweglichkeit und damit auf den eingetretenen Bruch. Es ergibt sich übrigens daraus die Nutzenanwendung, daß der Arzt auch »stationär« scheinende, zumal verblödete und hilflose Kranke aus eigener Initiative immer wieder von neuem visitieren muß.

Interkurrente Erkrankungen und Komplikationen sind natürlich nach internen bzw. chirurgischen Regeln zu behandeln, auch wenn es sich um im Grunde schon verloren zu gebende Kranke handelt. Auch die Euthanasie ante exitum muß schon um der Umgebung und der Angehörigen willen ein Gegenstand ärztlicher Obsorge sein. Man sondere auch Sterbende womöglich rechtzeitig von der Umgebung ab. Ganz zuletzt noch eines: Ist der Kranke oder sind seine Angehörigen positiv-religiös, dann vergesse der Arzt, er mag ad personam religiös wie immer gerichtet, gläubig oder ungläubig sein, niemals, rechtzeitig um den Priester schicken zu lassen. Auch diese zeitliche Indikationsstellung ist ein Teil ärztlicher Klugheit und Diplomatie (Dinge, die, wie immer wieder zu betonen ist, bei richtiger Anwendung am richtigen Orte mit einem ehrlichen und festen Charakter durchaus vereinbar sind); wir dürfen weder den vielleicht noch dunkel seiner Situation sich bewußten Kranken noch seine Angehörigen vor der Zeit unnötig beunruhigen, noch haben wir, so streng naturwissenschaftlich wir selbstverständlich für unsere Person denken und fühlen, ein Recht, unsere persönlichen Überzeugungen Personen, die als Kranke oder Angehörige solcher unserer Machtsphäre anvertraut sind, aufzuzwingen. Wir dürfen nicht selber tun, was wir an anderen mit Fug tadeln, dürfen nicht mit den Waffen aktiver oder passiver Resistenz am Sterbebette irgendeines armen Teufels Weltanschauungskämpfe austragen wollen, die auf ganz anderen Kampfplätzen mit ganz anderen Gegnern (hic Rhodus, hic saltal) auszufechten sind; und für viele Leute, zumal in katholischen Gegenden, sind religiöse Zeremonien nun einmal etwas Heiliges, ein tiefes Herzensbedürfnis, welches sie gerade in der Stunde des Todes nicht missen wollen.

Zu den allerwichtigsten therapeutischen Aufgaben gehört die Behandlung selbst- und selbstmordgefährlicher Kranker, wie es alle Arten De-

pressiver (selbst Paralytische solcher Art), aber auch Halluzinanten und von plötzlichen Raptus regierte Kranke (also z. B. Epileptiker und Katatoniker) sind. »Keinem Schwermütigen trauen!«, lehrte schon der große GRIESINGER; man kann nur dringend wünschen, daß dieses Wort eines der größten Irrenärzte aller Zeiten jedem Psychiater stets gegenwärtig sein möge. Kranke dieser Art sind — und es kann dies in durchaus taktvoller Form geschehen — um so schärfer zu überwachen, als sie sich sehr vielfach und erfolgreich zu verstellen vermögen. Natürlich bedingt dies, da wir die Kranken sozusagen niemals aus unserer Kontrolle lassen dürfen (wie sehr jede Kleinigkeit zum gefährlichen Instrument wider den eigenen Leib und das eigene Leben werden kann, wurde schon an früherer Stelle erwähnt), eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit der Kranken. Damit aber sind wir unmerklich bei der Anwendung der Beschränkungsmittel in der Psychiatrie angelangt und damit zu einem der praktisch wichtigsten Kapitel.

Wir werden uns hier weder in historische noch in prinzipielle Erörterungen einlassen. Sicher ist die Eindämmung der Zwangsmaßregeln, wie solche gegen unsere armen Kranken in früheren Zeitläuften an der Tagesordnung waren, eine der gewaltigsten Errungenschaften der Irrenbehandlung gewesen, und die Namen PINEL und CONOLLY werden niemals wieder aus dem goldenen Buche der Psychiatrie verschwinden. Im Prinzip kann man daher nur alle Bestrebungen aufs freudigste begrüßen, die darauf hinzielen, die Beschränkungen, welche so vielen Geisteskranken eben ob der Eigenart ihrer Krankheit auferlegt werden müssen, auf ein tunlichst geringes Maß einzuschränken; allein einschränken heißt nicht aufheben! Und ebensowenig wie wir darauf verzichten werden, psychisch Kranke, sobald es nottut — und über die speziellen Indikationen werden wir uns im zweiten Bande zu orientieren haben —, in geschlossenen Anstalten unterzubringen, um sie vor sich und ihre Umgebung vor ihnen (auch das ist mit eine der sozialen Aufgaben des Irrenarztes) zu schützen und sie selbst innerhalb der Anstalt in ihrer Bewegungsfreiheit noch um ein Weiteres zu beschränken (ganz so wie etwa gewisse Infektionskranke oder der Infektiosität Verdächtige), ebensowenig werden wir, anstatt ein »Fiat doctrina, pereat aegrotus« zu statuieren, selbst vor weitergehenden Koerzitivmaßnahmen zurückscheuen, wo es das augenblickliche Interesse des Kranken verlangt. Ein Arzt, der seinen gesunden naturwissenschaftlichen Menschenverstand nicht verloren hat, wird über dem deduktiven Denken und Handeln niemals das induktive vergessen, und seine Prinzipien und Gesetze dürfen zum Unterschiede von jenen der Theologen, Philosophen und Juristen niemals zu starren und unabänderlichen Dogmen und Doktrinen werden, sondern müssen sich wie alle naturwissenschaftlichen Gesetze und Leitsätze aus der Empirie ergeben, woraus sich zwanglos eine gewisse Geschmeidigkeit derselben in der Praxis ergibt. Im übrigen benötigt nach dem (mündlichen!) Ausspruche eines hervorragenden Arztes ein guter Charakter kein allzu großes Maß von abstrakten, papierlogischen Prinzipien, und zuguterletzt sind die Prinzipien für den Menschen da und nicht der Mensch für sie.

Und aus diesen allgemeinen Bemerkungen ergibt sich die Stellung, die wir zu der Frage der Zwangsmittel einnehmen müssen. Alle mechanischen Beschränkungen sind ein Übel, nur sind sie zuweilen das kleinere Übel und alsdann bedenkenlos den größeren vorzuziehen. Gehen wir ins Detail. Wir haben vorhin andeutungsweise schon davon gesprochen, daß die in vielen Fällen sehr notwendige Separierung zuweilen zur strengen Isolierung (in versperrem, tunlichst wenig Einrichtungsgegenstände enthaltendem und von außen leicht übersehbarem, also nicht zu großem, im übrigen ganz wie jeder

Krankenraum hygienisch auszustattendem Gemach, und das ist ja eine »Zelle«) werden muß, soll sie wirksam sein. Natürlich ist nun auch die Isolierung etwas, was immer nur vom Arzte anzuordnen und dessen Durchführung von ihm streng zu überwachen ist, also ja nicht etwa der Willkür des Pflegepersonals überlassen werden darf, denn es besteht sonst die Gefahr der Isolierung hierzu ungeeigneter Kranker einerseits und willkürlicher Verlängerung der Isolierung andererseits. Die Isolierung darf aber natürlich ja nicht wahllos bei allen Kranken vorgenommen und vor allem nicht zu einem Mittel degradiert werden, um unbequeme Patienten los zu werden. Sie ist vor allen Dingen ein therapeutisches Hilfsmittel und als solches auch eigentlich so gut wie immer nur ein *Ultimum refugium*. Ihre besonderen Indikationen werden wir im speziellen Teile kennen lernen. Im allgemeinen sei hier nur gesagt, daß erregte, lärmende und nicht hinfällige Kranke, zumal wenn sie äußerlich geordneter sind und wenn sie sich auch im Dauerbade oder sonstwie nicht schnell beruhigen lassen, mit Vorteil vorübergehend abgesondert werden, und zwar bei versperrter Tür, um jeder Versuchung für den oft sehr wankelmütigen Kranken von vornherein die Grundlage zu entziehen; gewisse Manische begehren die Isolierung im wohlverstandenen Interesse häufig selber, zwecks Einschränkung der Reibungsflächen. Auch zur strengen Durchführung einer Abstinenzkur ist Isolierung bei versperrter Tür gar nicht selten erforderlich; ist es doch unglaublich, wie mannigfach die Schleichwege sind, auf denen Morphinisten und selbst Alkoholisten gelegentlich das Gift, von dem sie entwöhnt werden sollen und oft angeblich auch wollen, in die Anstalt einzuschmuggeln verstehen. Endlich ist bei moralisch Defekten und gar bei Kriminellen, wie wir sie leider einstweilen immer noch in den meisten unserer Anstalten unter anderen Kranken beherbergen müssen, die Isolierung gar nicht selten unbedingt geboten. Unter allen Umständen vermieden werden muß die Isolierung bei allen Hinfälligen und steter Überwachung bedürftigen Kranken, insbesondere auch bei Alkoholdeliranten, deren Herztätigkeit und Kräftezustand ja immer wieder kontrolliert werden muß, sowie vor allen Dingen bei allen auch nur entfernt Selbstmordgefährlichen. Auch ist selbstverständlich die Zelle nicht zur dauernden Unsichtbar- und Unhörbarmachung lästiger Kranken da, vielmehr darf man, sollen die Patienten nicht unter der dauernden Abschließung psychisch degenerieren (Kotschmierer u. a.) und auch psychisch (Tuberkulosegefahr!) leiden, niemals ermüden, die Kranken immer wieder versuchsweise aus der Zelle herauszunehmen, unter Menschen zu bringen und, wenn irgend möglich, in gemeinsamen Krankenzimmern zu halten, wobei aber natürlich wiederum auf die Umgebung, vor allem die Mitkranken, entsprechend Rücksicht zu nehmen ist.

Die Zwangsjacke ist mit Recht aus dem alltäglichen Rüstzeug des Irrenarztes verschwunden. Man wird jedoch, wenn es sich um unruhige Kranke mit Frakturen, mit herabreißbaren, chirurgischen Verbänden u. dgl. handelt, zumal in jenen alten und überfüllten Häusern, in denen wir eben leider noch manchmal arbeiten müssen, sowie auf länger währenden Transporten sich selbst gefährlicher, unruhiger und dabei nicht asthenischer Kranker zuweilen ohne eine Art Schutzjacke mit versicherten, d. h. blind endigenden und in Schnüre zum Festbinden auslaufenden Ärmeln nicht ganz auskommen können. Werden diese letzteren nicht zu fest an den Rumpf gebunden, dann werden ja die Atembewegungen dadurch in keiner Weise beschränkt, und man hat dabei den Vorteil, daß die ominöse Bewegungsfreiheit der Hände des Kranken auf ein kleinstes Maß eingeengt ist. Es ist in Fällen eines Transportes, zumal wenn kein Arzt dabei ist, ja nicht möglich, mit chemischen Beruhigungsmitteln

zu arbeiten, und da scheint es immer noch harmloser, bei verläßlichem Begleitpersonal eine derartige Schutzjacke als vorübergehende Maßnahme in Anwendung zu bringen, sei es auch, daß darob eine Doktrin Einbuße leidet. Ein Beruhigungsmittel ist eine Schutzjacke niemals, sie ist immer nur ein Notbehelf im Falle äußerster Not und darf als etwas anderes niemals aufgefaßt und angewendet werden. Und eben darum ist sie auch nur als ganz vorübergehende Maßnahme unter den eben beschriebenen Ausnahmeverhältnissen statthaft; auch sind beschränkte Kranke sowohl vom Pflegepersonal wie vom Arzte besonders genau zu beaufsichtigen und dürfen als solche nie isoliert werden.

Harmloser ist schon die Anwendung von Schutzhandschuhen, wie wir sie bei unruhigen und dabei hinfälligen Kranken verwenden, namentlich, wenn die Kranken durch Herumschlagen ihre Hände selbst gefährden (Dekubitus, Frakturen!) und verletzen können, oder solche Verletzungen mit den selbst noch so gut gestutzten Nägeln sich beibringen könnten. Natürlich müssen solche Schutzhandschuhe, ähnlich wie die aus verwandten Motiven anzuwendenden Schutzverbände erstens einmal ordentlich festliegen, am besten angenäht sein, aus dauerhaftem Zeug und, wo sie um besonders gefährdete Stellen (Knöchelgenden usw.) liegen, besonders gut mit Watte ausgepolstert worden sein.

Wir kommen zu einem wichtigen Kapitel: zu den Betten. Auch hier haben wir zum Teil eine Art »Frage« vor uns. Es steht außer Zweifel, daß für gewisse Arten Kranker besondere Arten von Betten benötigt werden. Für Epileptische braucht man vielfach niedrige Betten, damit bei einem etwaigen Anfall der Kranke nicht aus zu großer Höhe auf den harten Fußboden stürze (in Räumen, die für Epileptische bestimmt sind, sind ja überhaupt gewisse Einrichtungsbesonderheiten erforderlich, insbesondere Vermeidung aller schärferen Kanten an den Wänden und Einrichtungsgegenständen). Handelt es sich um Gelähmte aller Art, z. B. vorgeschrittene Paralytiker, dann empfehlen sich Betten mit hohen und innen gut gepolsterten Wänden und auch entsprechend weicher Unterlage. Es gibt nun Kranke, die unruhig und erregt sind, immer wieder aus dem Bette herausdrängen, dabei aber wegen besonderer Selbstbeschädigungsgefahr oder zum Zwecke konsequenter Bettbehandlung dennoch unbedingt zu Bette gehalten werden müssen; es gehören hierher zumal depressive und ängstliche Erregungszustände aller Art, gewisse akute, hysterische und epileptische Psychosen, dann alkoholische und senile Delirien, sowie dement erregte, hinfällige Paralytiker; das Dauerbad ist nicht in jedem derartigen Falle am Platze (wegen darin eventuell noch mehr ansteigender Angst oder wegen zu gewärtigender Zirkulationsstörungen), und von heroischen Beruhigungsmitteln nimmt man in manchen Fällen besser Abstand (bei ängstlicher Erregung sind sie, vom Opium und seinen Derivaten abgesehen, meist auch nutzlos). In solchen Fällen empfehlen sich, mag dies auch hundertmal nach »Zwang« aussehen, das ist doch eine reine Äußerlichkeit*)

*) Ich kann hier — und ein Gleiches könnte ich gelegentlich vieler anderer Stellen in diesem Buche tun — nur meiner innersten Überzeugung Ausdruck geben, daß es mir um viele Male wichtiger erscheint, statt sich auf Grundsätze festzulegen, die nur allzu leicht zu leblosen Dogmen erstarren, natürliches Menschengefühl und warmherzig pulsierendes Temperament auch im ärztlichen Denken und Handeln als Grundmotiv zu nutzen; der Charakter ist eine viel sicherere Tragfläche als alle durch intellektualistische Abstraktion gewonnenen Grundsätzlichkeiten und Prinzipien, die ja nur Hilfsmittel, Krückstöcke sind; und der Charakter ist vor allem etwas Affektives. Ich stehe nicht an, meiner festen Überzeugung dahin Ausdruck zu geben, daß ich die leider schon der Jugend aufgezogene intellektualistische Vereinseitigung und die ebenso leider zur Erziehungsmaxime

— die Hauptsache ist die Intention und der Effekt —, gut verschließbare Schutzbetten nach Art der Kindergitterbetten (das in KRAEPELINS Psychiatrie abgebildete Gitterbett ist natürlich etwas *toto coelo* anderes!), nur in entsprechend vergrößerten Dimensionen. Solche Schutzbetten haben das Gute, daß sie genaueste Überwachung des Kranken — und derlei Kranke sind ja alle aufsichtsbedürftig — ermöglichen, auch wenn kein Überfluß an Pflegepersonal vorhanden ist (ja, wo natürlich ein Überfluß an Personal herrscht und man zu jedem solchen Kranken eventuell ein oder zwei Separatpfleger hinstellen in der Lage ist, die nur ihn immer allein mit sanfter Gewalt zu betreuen haben, dort fällt natürlich die hier angezogene Notwendigkeit hinweg; aber wie oft ist dies denn der Fall?), und daß andererseits der Kranke das Bett nicht ohne weiteres verlassen und dadurch zu Schaden kommen kann. Die Mehrzahl der Kranken pflegt sich an diese ihnen aufgenötigte Kindheitsreminiszenz zu gewöhnen und das Schutzbett ebensowenig als »Käfig« zu empfinden, wie wir als Kinder unser harmloses Kinderbett als Käfig empfunden haben.

Schon nach alledem, was in den letzten Abschnitten erörtert worden ist, ergibt sich sozusagen aus sich selbst heraus, daß psychisch Kranke in sehr vielen Fällen ständiger, ärztlicher Behandlung und sachverständiger Wartung sowie unter vielfachen Verhältnissen des Vorhandenseins bestimmter und besonderer therapeutischer Einrichtungen und Behelfe bedürfen. Nur in einem Teil der Fälle wird es möglich sein, diese Dinge in häuslicher privater Pflege zu bieten. In einem anderen großen Teil der Fälle (die besonderen Indikationen werden wir im speziellen Teil würdigen) aber wird für immer oder aber für eine gewisse Zeit hindurch die Unterbringung des Kranken in besonderen

Heil- und Pflegeanstalten

erforderlich sein.

Es ist nicht unsere Aufgabe, uns in diesem Lehrbuch eingehend mit den Fragen des Anstaltswesens zu befassen; dieses ist heute schon eine Lehre für sich. Nur einige der praktisch allerwichtigsten Punkte seien hier herausgegriffen. Zunächst ist heutzutage eine Anstalt für Geisteskranke, wengleich sicher einer ihrer Zwecke darin besteht, die Umwelt vor dem Kranken zu schützen, in vorderster Linie kein Verwahrungshaus, sondern ein Spital, eine Krankenanstalt und im Sinne einer solchen auch zu führen, wobei aber natürlich der Sonderart der Kranken und des Materials Rechnung zu tragen ist (wir sehen davon ab, daß es überdies Spezialhäuser und -anstalten für Schwachsinnige, Epileptische usw. gibt und hoffentlich auch bald mehr solcher

gewordene Doktrin nicht von Pflege und Veredlung, sondern von der Unterdrückung der natürlichen Affekteinflüsse als — angebliches — Zeichen von Kulturhöhe, wie sie in deutschen Ländern verbreitet ist, geradezu für ein nationales Unglück, für den Quell vieler und oft beklagter übler Erscheinungen im nationalen Leben halte und finde, daß sich auf die Weise der Deutsche seiner kostbarsten Schätze beraubt; dafür heften sich bei ihm die — *sit venia verbo* — von ihren natürlichen Wegen »verdrängten« Affekte nur zu häufig an abstrakte Dogmen, die, so unbedeutend sie oft sind, mit einem Aufwand von Temperament bekannt und verteidigt werden, das kostbaren Gütern des kulturellen und nationalen Lebens leider vorenthalten bleibt. Ich kann diese Ideenreihe an dieser Stelle nicht weiter in dem letzterwähnten Sinne ausspinnen; aber ich mußte wenigstens hier bekennen, warum ich gerade auch in ärztlichen und erst recht in psychiatrischen Belangen, wo doch natürliches Gemüt und natürliches Temperament mit zu dem Unersetzlichsten gehören, jeden Doktrinarismus auf das allerentschiedenste perhorresziere, er leite sich von wo immer her ab; und darum hielt ich es, mag man mich darob auch verketzern, für meine Bekennerpflicht, gerade im Rahmen dieses Lehrbuchs auszusprechen, was ich denke und was ich fühle; vielleicht werden mich doch manche verstehen und nachdenklich werden!

für Kriminelle geben wird; es ist dann weiter ein Unterschied zu machen, zwischen Stadtasylen mit Durchgangs- und Heilanstalten mit stabilerem Material, zwischen diesen und Pflegeanstalten für Unheilbare, und eine Sonderstellung nehmen natürlich die Kliniken ein). Nun sind ja unsere älteren Irrenanstalten (so lautete bis vor kurzem der aus prinzipiellen Gründen nunmehr verpönte Titel) vielfach hervorgegangen aus den alten Narrentürmen und Tollhäusern unseligen Angedenkens, gelegentlich auch aus Klöstern und anderen für verschiedene Zwecke bestimmten Instituten; in der »Übergangsära« (etwa um die Mitte des vorigen Jahrhunderts) baute man dann freilich schon andere, mehr spitalsmäßig ausgerüstete Häuser, damals demnach dem herrschenden Geiste entsprechend meistens nach dem Korridorsystem, aber mit strengen Klausurvorrichtungen, so daß der Charakter des streng Geschlossenen, Eigenartigen gegenüber den übrigen Krankenhäusern schon von außen scharf zutage trat. Heute ist dies anders geworden: abgesehen davon, daß man wie alle Krankenhäuser, so auch solche für Geisteskranke am liebsten im System der Einzelhäuser (Pavillons) anlegt, und die Gebäude über ein großes Terrain hin verstreut, bevorzugt man auch in der ganzen Anlage und im ganzen Betriebe der Anstalten das Zwanglose, sucht ihnen den Charakter der Villenkolonie, des Landgutes, des Dorfes zu geben (je nachdem, ob sie nahe einer größeren Stadt oder auf dem Lande liegen) und die Kranken in diesem Rahmen so frei wie nur möglich sich ergehen zu lassen. Aus Gründen der höheren prinzipiellen Psychotherapie soll nach vielfach verbreiteter Ansicht auch die Inneneinrichtung so wenig wie nur denkbar daran erinnern, daß hier Geisteskranke hausen, und das geht so weit, daß man stellenweise unberechenbaren Katatonikern oder reizbaren Maniacis zu den Malzeiten Porzellangeschirr in die Hand gibt, da es angeblich weniger schaden soll, wenn sie sich damit gegenseitig die Schädel einhauen, als wenn das Prinzip der freien Irrenbehandlung auch nur in einer Nebensache verletzt wird; mir erscheint dies denn doch wiederum ein bißchen allzusehr ein »Fiat no-restraint, pereat aegrotus«, und ich möchte meinerseits auf die Illusion des »gemütlichen Heims« doch lieber verzichten, wenn ich dafür ein Minus an Leibes- und Lebensgefahr für die Kranken in Kauf nehme. Halten wir doch die richtige Mitte: Die Irrenanstalt ist kein Gefängnis, kein Narrenkäfig, aber auch kein Familienheim, sie ist ein Spital und daher spitalsmäßig zu führen und einzurichten; natürlich aber ein Spital für Psychischkranke, das daher unleugbar nach Anlage und Betrieb gewissen besonderen Anzeigen gerecht zu werden hat.

Und mit denen wollen wir uns jetzt kurz befassen. Jede Anstalt, sie sei nun zu dauernder oder, wie Stadtasyle und Kliniken bloß zu vorübergehender Beherbergung Psychischkranker bestimmt, bedarf gesonderter Abteilungen für Neuzugänge, insbesondere für akute Fälle, dann für unruhige, der Pflege bedürftige und endlich für ruhige und geordnete Kranke. Wie man sieht, trägt diese Einteilung grob-empirisch-praktischen Gesichtspunkten Rechnung, ohne besondere Beziehung zu innerer klinischer Verwandtschaft der Fälle; die Frage der Soziabilität der Geisteskranken hat eben mit klassifikatorischen Fragen direkt nichts zu tun, ja, man kann sagen, es leidet oft nicht leicht ein Manischer den anderen, umgekehrt gesellt sich der Paralytiker oft ganz gern dem Hebephrenen, usw. in mannigfachen Variationen. Die Räume für ruhige Kranke bedürfen, von gewissen auch hier notwendigen Sicherungsmaßnahmen (Fenstergitter, Haustürsperre) abgesehen, im allgemeinen keiner besonderen Einrichtungen und dürfen, ebenso wie die dazu gehörigen Gartenanlagen (und zu jeder Anstalt gehört mindestens ein Stück Gartenland), noch am

ehesten den Charakter von Wohnräumen haben, mit oder ohne Bilder und andere mobile Wandverzierungen (auf die ich in allen anderen Räumen der besseren Desinfizierbarkeit und der leichteren Insektenvertilgungsmöglichkeit halber jedenfalls lieber verzichten möchte).

Die Räume für Neuaufnahmen und akute, dabei ruhebedürftigere Fälle (Amentia, Angstmelancholien) sollen im Prinzip hellen, freundlichen, luftigen Spitalssälen gleichen. Sie müssen übersichtlich und dürfen zwecks leichterer Überwachbarkeit, aber auch Separierbarkeit der Kranken voneinander nicht zu groß sein, es müssen demnach in jeder Hauptabteilung mehrere solcher Säle, deren jeder einzelne nicht zu dicht belegt werden darf, existieren. Jeder solche Saal bedarf einer ständigen Tag- und Nachtwache (»Wachsaal«), die in ausgiebigster Weise mit Pflegepersonal zu dotieren ist (jede Sparsamkeit, jeder Raubbau am Personal, abgesehen natürlich von der Notwendigkeit strenger Kontrolle, rächt sich da oft furchtbar, man bedenke das Unheil, das entstehen kann, wenn ein übermüdeter Nachtdienstpfleger im Dienste einschläft!). Badeeinrichtungen müssen in Form mindestens eines Baderaums mit mehreren Wannen und Kalt- und Warmwasserzuleitung vorhanden und tunlichst leicht von den Krankensälen aus zugänglich sein; eine von den Wannen (eventuell fahrbar einzurichten) muß speziell für Reinigungszwecke reserviert bleiben, denn kein Neuankömmling sollte, von Fällen unbedingter ärztlicher Kontraindikation abgesehen, ungebadet sein Bett betreten, in welches grundsätzlich jeder Neuaufgenommene zu bringen ist. Sicherungsbehelfe an Türen, Fenstern, Einrichtungsgegenständen sind in weitem Ausmaße nötig. Insbesondere muß für Hintanhaltung jeder Möglichkeit, daß die Kranken mit Glasgegenständen, Instrumenten, Bandzeug jeder Art, Gas, Elektrizität und Feuer sowie mit Medikamenten in Berührung kommen, vorgesorgt sein; scharfe Ecken und Kanten sind nach Tunlichkeit zu vermeiden, ebenso ein allzu harter Fußbodenbelag (können doch Kranke z. B. in plötzlichen Anfällen stürzen); die Aborte — einige Zimmerklosette seien immer vorhanden — müssen leicht zugänglich sein, die Räumlichkeiten für sie von innen unversperrbar, bzw. panoptisch angelegt (vielleicht empfiehlt sich eine Art Spiegelvorrichtung, damit der Pfleger vom Wachsaale aus den im Abort befindlichen Kranken zu sehen vermag); endlich seien auch für den äußersten Notfall immer gewisse Beschränkungsmittel, mechanischer und chemischer Art, versperrt, aber zur raschen Verfügung bereit. Meines Erachtens sollten immer etliche Schutzbetten (siehe früher) vorhanden sein, mindestens in Reserve.

Unreinliche, unsoziale und pflegebedürftige, zumal verblödete Kranke vereinigt man am besten in Spezialhäusern, bzw. Spezialzimmern, die entsprechend adjustiert sein müssen. Daß Infektiöse oder Infektionsverdächtige rasch und entsprechend abzusondern sein müssen, versteht sich von selber.

Die Abteilungen für Unruhige sind selbstredend ebenfalls Wachabteilungen, auch ihre Achse müssen ein oder mehrere Wachsäle mit (eventuell zum Teil am Boden versicherten) Betten sein, und vor allem auch ist für genügende Baderäume zu sorgen; alle Räume seien tunlichst panoptisch, aber nicht allzu akustisch angelegt, da sonst allzu leicht ein Lärmender den anderen infiziert. Endlich gehört zu jeder Unruhigenstation (übrigens gehören Einzelräume für gewisse Kranke auch zu anderen Abteilungen) eine Reihe von in nächster Nähe (eventuell durch einen heizbaren, ständig bewachten Raum davon separiert) befindlichen kleinen, versperrbaren, aber von außen übersehbaren*)

*) Vielleicht ließe sich das, wenn man aus prinzipiellen Gründen das Guckfensterchen vermeiden will, auch durch ein gut versichertes Spiegelreflektorensystem erreichen.

Einzelräumen (Zellen), die so angelegt sein müssen, daß sie — für verlässlichere, aber separierungsbedürftige oder Separierung selber mit Fug verlangende Kranke — durch einiges hinzukommende transportable Mobiliar zu annehmbaren Einzelkammern ausgestaltbar sind, die eventuell auch bei offener Tür gehalten werden können (solchen Kranken mag man, was sonst bei Zelleninternierungen m. E. zu vermeiden ist, auch ihre Kleider und Wäsche sowie einzelne Gebrauchsgegenstände belassen). Grundsätzlich aber ist die Zelle ganz einfach auszustatten, dagegen peinlich den Anforderungen der Hygiene entsprechend, also hoch, luftig, breite, aber stark versicherte (dickes Glas, hohe Fenster) Tagessonnen- und ebensolche künstliche Beleuchtung, scharfe Ecken und Kanten, sowie schmutzimpfprägnierbare Böden und Wände sind zu vermeiden, also Ölstrich, der wasch- und desinfizierbar ist, vorzuziehen, dagegen keine weichen Böden, und keine »Gummiwände«; auch gehört in jede Zelle natürlich eine gut versicherte Heizung. Besonders stark und fest müssen die Zellen für kriminelle Elemente sein, die Überwachungsmöglichkeiten besonders gute.

Der Pfleger ist eines der wichtigsten Instrumente in der Hand des Arztes und besonders des Irrenarztes. Es ist daher klar, daß der Irrenarzt auf die Auswahl des Pflegerpersonales großes Gewicht legen müssen. Insbesondere rohe Elemente sind keinesfalls geeignet zu Pflegerdiensten; körperliche und geistige Vollgesundheit und Kraft, Nüchternheit und Verlässlichkeit sind als unbedingte Voraussetzung für die Eignung zum Pflegerberufe anzusehen. Es empfiehlt sich im allgemeinen, jüngerer Material aus nicht allzu sehr gebildeten Schichten als Novizen zu nehmen und dieses selber zu höherer Stufe emporzubilden, wie ich dies einmal an anderer Stelle zu begründen versucht habe. Im übrigen läge die Diskussion der Pflegerfrage, die ein anstaltstechnisches Kapitel für sich ist, nicht im Rahmen dieses Lehrbuches. Ebenso wenig sei hier die Frage der Eignung zum Irrenarzt diskutiert; daß gerade Irrenärzte wirkliche Liebe zum Gegenstande besitzen, dabei aber auch gesunde Nerven haben sollten, ist eine selbstverständliche Forderung, bleibt aber leider vielfach aus sozialen Gründen ein *Pium desiderium*. Im übrigen ist dies ein sozialärztliches Thema und daher darauf hier nicht näher einzugehen; ebenso wenig wie die Frage der Eignung (? Verf.) weiblicher Ärzte zum Psychiaterberuf.

Natürlich konnte hier nur einiges Allerwesentlichste über Anstaltsbau und Anstaltsbetrieb in summarischer Kürze gesagt werden. Schon darum aber waren einige Worte darüber notwendig, damit der Anfänger nicht mit falschen Vorstellungen an die Anstaltspsychiatrie, die ja einen so wesentlichen Teil Psychiatrie ausmacht, herantrete. Und nun noch ein Wort über Beschäftigung, über häusliche, Familien- und Kolonialbehandlung von Geisteskranken.

Was zunächst die Beschäftigung anbetrifft, so ist eine zweckmäßige Dispensation solcher eines der wichtigsten Ablenkungs- und therapeutischen Mittel, und zwar im Sinne rationeller Psychiatrie sowohl wie allgemeiner (auch leiblicher) Hygiene. Daher man im allgemeinen ländlichen Beschäftigungsarbeiten den Vorzug gibt und an größere Anstalten, die demnach also meistens auf dem Lande oder zum mindesten an der Peripherie von Städten angelegt sind, womöglich kolonieartige Adnexe mit Agrikulturbetrieb angliedert, in welchen dann geeignete, d. h. ruhige, geordnete, fügsame, zur Arbeit erziehbare Kranke ein relativ freies Leben führen können. Man hüte sich aber vor Verallgemeinerung: es wird Kranke geben, die lieber irgendein Handwerk ausüben, und auch für Werkstätten dazu pflegt ja in gut eingerichteten Anstalten vorgesorgt zu sein; andere wieder werden sich dazu eignen oder werden

direkt wünschen, sich im Anstaltsbetriebe selbst bzw. in häuslicher Arbeit nützlich zu machen; insbesondere gilt letzteres von weiblichen Patienten; wieder andere fühlen sich am wohlsten bei einer gewissen geistigen Tätigkeit, die alsdann nur, wie übrigens jede Arbeit, nicht erregend oder überanstrengend sein darf und genau dosiert werden muß; zum Teil kann sie auch unmittelbar nützlich sein (z. B. Anstaltsverrechnung und andere Kanzleiarbeit; nur das beliebte Kopieren von Krankengeschichten oder Gutachten durch Kranke scheint mir aus einleuchtenden Gründen ein zweischneidiges Schwert!). Klinisch können sich derlei Kranke aus den verschiedenartigsten Gebieten rekrutieren, es können heilbare, wie unheilbare, initiale wie rekonvaleszierende Fälle sein, das Gesamtverhalten ist, ebenso wie bezüglich der Einteilung in Krankenstationen, auch bezüglich der Eignung für Arbeiten weitaus maßgebender als die wissenschaftliche Diagnose. Die Einzelindikationen werden wir natürlich erst im speziellen Teil kennen lernen. Hier nur so viel, daß unter dem großen Heer der Psychoneurosen, den leichten Formen des manisch-depressiven Irreseins, andererseits unter den mehr chronischen Endzuständen desselben, unter den leichteren Schizophrenen, unter den Schwachsinnigen, den für langfristige Abstinenzkuren bestimmten Süchtigen, den Epileptischen mit seltenen und nicht zu schweren Insulten, den rüstigeren und ruhigeren Paralytikern, manchen Paranoischen, endlich unter den Rekonvaleszenten nach akuten Geistesstörungen die vornehmlichsten Rekrutierungsgebiete für Beschäftigungs- bzw. Kolonialbehandlung zu suchen sind. Man befolge übrigens auch das »Verdünnungsprinzip«, pferche also nicht zuviel Gleichartige einer Krankheitsklasse mechanisch nebeneinander, sondern setze Arbeitssymbiosen, deren Glieder einander ergänzen; Schwachsinnige gebe man intelligenteren Kranken, aber ihrer leichten Verführbarkeit wegen ja nicht etwa moralisch Defekten als Handlanger; Reizbare der verschiedensten Art gehören auseinander, aber nicht zusammen; und auch Hysterische kumuliere man nicht (psychische Infektiosität). Natürlich ist eine Scheidung zwischen den Geschlechtern aus begrifflichen Gründen in den meisten Fällen notwendig.

Familien- und häusliche Pflege von Geisteskranken scheinen im ersten Hinzusehen dasselbe zu sein. Doch hat man im psychiatrischen Sprachgebrauch sich gewöhnt, unter Familienpflege die Behandlung Geisteskranker in hierzu eigens qualifizierten Familien zu verstehen. Familien von in der Irrenpflege beschäftigten oder beschäftigt gewesenen Personen (Pflegerinnen usw.), aber auch anderer gesunder, verständiger, geduldiger und liebevoller Menschen eignen sich für die Aufnahme sei es auch dauernd geistesgestörter, aber doch harmloser und in Hausverbänden haltbarer Personen recht gut; ärztliche Kontrolle und Oberleitung, bzw. eine Art Organisationsdienst, dessen Zentrum am besten eine Anstalt ist, ist jedenfalls erforderlich (berühmt geworden ist das von alters her mit der Familienpflege Geisteskranker befaßte belgische Dorf Gheel). Die Familienpflege hat das Gute, daß sie die Kranken (auch jugendliche Psychopathen eignen sich dazu) vor der Verödung in dem abgezielten Anstaltsmilieu bewahrt, sie an den Verkehr mit normalen Menschen gewöhnt und in gewissem Sinne zu brauchbaren Gliedern der Gesellschaft — durch verständige Benützung und Weiterfortbildung des gesunden Restes — wieder heranzieht; haben doch namentlich Schweizer Autoren darauf hingewiesen, welche überraschende Spätbesserungen man oft noch erzielen kann, wenn man manche anscheinend schon versimpelte und verstumpfte und einförmig dahin dämmernde Patienten nur rechtzeitig in ein neues, anregenderes Milieu versetzt und hier die oft ganz brachgelegenen Reste gesunden psychischen Kapitals nutzt, statt sie der In-

aktivitätsatrophie anheimfallen zu lassen; insbesondere gilt dies von Schizophrenen.

Die häusliche Behandlung im weiteren Sinne umfaßt dann die Behandlung Geisteskranker außerhalb der Irrenanstalten überhaupt. Dieser Fragenkomplex umschließt wichtige und zum Teil sozialärztliche Indikationsstellungen des praktischen Irrenarztes. Denn da es an sich unzweifelhaft im allgemeinen nur bejaht werden kann, daß Geisteskranke außerhalb der Anstaltspflege zu behandeln sind, erhebt sich naturgemäß die weitere Frage: wann und unter welchen Umständen ist dies statthaft? Am besten werden wir, um diese Frage zu beantworten, sie in drei Unterfragen zerlegen. 1. Unter welchen Umständen ist ein Kranker außerhalb einer Anstalt, bzw. daheim, bzw. überhaupt in Freiheit zu belassen und zu behandeln? 2. Unter welchen Umständen ist der Anstaltsaufenthalt wünschenswert oder gar gebieterische Notwendigkeit, und in was für Anstalten? 3. Unter welchen Umständen ist die Entlassung eines Kranken aus der Anstalt, bzw. seine Weiterbehandlung in häuslicher Pflege, bzw. in voller Freiheit vom ärztlichen Standpunkt aus — wir werden in einem folgenden Kapitel noch sehen, daß ärztliche und öffentlich-rechtliche Indikation sich hier leider nicht immer decken! — erlaubt, bzw. indiziert?

Wenn wir nun der Reihe nach an die kurze Beantwortung dieser Fragen schreiten, so haben wir zuerst einen Grundsatz festzulegen: ein Kranker ist unbedingt dann anstaltsbedürftig, und zwar bedürftig des Aufenthaltes in einer geschlossenen Anstalt (also nicht etwa in einem offenen Nervensanatorium), sobald er selbst- oder gemeingefährlich ist oder wird, also sowie Selbstmord- und Selbstbeschädigungsgefahr oder sowie aus der Krankheit heraus die Möglichkeit einer Gefährdung dritter Personen gegeben ist (also mit einer sozialen Indikation). Es erhellt, daß diesen Bedingungen auf der einen Seite alle möglichen Formen psychischer Störung entsprechen können, andererseits aber braucht das klinisch nachweisbare Bestehen einer Geisteskrankheit — selbst einer vollentwickelten — an und für sich noch keineswegs Anstaltsbedürftigkeit zu involvieren; es kommt hier eben in allererster Linie darauf an, in welcher Weise der Kranke nach außenhin zu reagieren tendiert. Im einzelnen wird dies im speziellen Teil gezeigt werden; hier nur einige markante Beispiele: es braucht ein Kranker nichts als die Zeichen einer leichten Gemütsdepression zu zeigen und kann dennoch wegen Selbstmordgefahr unbedingt internierungsbedürftig sein; oder einer steht ganz im Beginn einer progressiven Paralyse, kaum daß man bei genauem Hinhorchen eine Spur Sprachstörung merkt, und doch ist er gerade darum internierungsbedürftig, weil er mit Rücksicht auf die noch nicht grob gestört erscheinende Handlungsfähigkeit an äußeren Aktionen aller Art noch nicht gehindert zu sein pflegt, wodurch er aber gerade sich selbst und anderen den größten Schaden zufügen kann, weil ihm ja doch schon die Fähigkeit feinerer Überlegung abhanden gekommen ist (man denke nur an Finanzleute, Militärs, Ärzte und andere, in besonders verantwortlicher Stellung stehende Berufe); oder ein Paranoiker erscheint äußerlich tadellos geordnet, von durchaus passendem Benehmen, verfügt über die schlagendste Dialektik, und doch muß er in die Anstalt, weil er Verfolgungswahnideen dissimuliert und infolge des Charakters derselben und der Art seiner Reaktion darauf die furchtbarsten Gewalttaten unternehmen könnte. Auf der anderen Seite haben wir gerade wieder einzelne Paranoische, die sich mit ihren Wahnideen, obwohl keine Rede von Korrektur ist, obwohl der Prozeß vielleicht nur stille steht, mit einer gewissen Resignation oder Selbstbeherrschung abgefunden haben und daraus keine oder nur ganz harmlose

Konsequenzen für ihr Handeln zu ziehen pflegen, so daß sie der Anstalt ent-raten können und nur allenfalls eine gewisse Kontrolle durch Personen allseitigen Vertrauens (am besten Ärzte) angezeigt ist; oder es gibt leichteste Zirkuläre (Zyklothyme), die zumal in der manischen Phase und, sobald sie sich mit ihrem Leiden in einsichtsvoller Weise abgefunden haben, selbst in der depressiven Phase ruhig ihre Freiheit weitergenießen oder eventuell ein offenes Sanatorium für Nervenranke aufsuchen dürfen, wenn sie nur in einer gewissen regel-mäßigen ärztlichen Aufsicht bleiben; und vor allem gibt es eine Unmenge harmloser Schwachsinniger oder Dementer oder aber vorübergehend im Ge-folge einer Körperkrankheit geistig gestörter, doch relativ ruhiger und trätabler Kranker, die ganz getrost in häuslicher Obhut belassen werden können: nament-lich bei passageren und rein symptomatischen Psychosen ist dies oft von hohem sozialen Werte für den Kranken und seine Angehörigen, da ja alle aufklärenden Bemühungen ärztlicherseits das Vorurteil, das sich an den Anstaltsaufenthalt knüpft, bisher noch nicht völlig zu zerstören vermocht haben. Natürlich können bei ein und demselben Kranken im Zuge einer und derselben Erkrankung die Indikationen wechseln, daher überall neben der Streckenprognose eben auch eine Streckentherapie als Ergänzung der Generaltherapie notwendig und es unmöglich ist, sich in der Internierungsfrage auch im Einzelfall auf eine bestimmte, für alle Zeiten gültige Entscheidung festzulegen.

Neben den unbedingten, absoluten gibt es auch relative Indikationen, d. h. im allgemeinen solche, die von der Individualpersönlichkeit des Kranken oder einer besonderen Konstellation abhängig sind. Man erinnere sich nur der Kandidaten für Abstinenzkuren, die in sehr vielen Fällen ihrer von ihnen selbst richtig eingeschätzten Haltlosigkeit halber freiwillig die Internierung in geschlossenen Anstalten (besondere Trinkerasyle gibt es ja noch nicht überall in genügender Anzahl) anstreben. Weiter denke man an Fälle, wo unter günstigeren äußeren Verhältnissen, als sie tatsächlich gegeben sind, der Kranke ja allerdings ganz gut daheim oder sich selbst überlassen bleiben könnte; wo jedoch trostlose oder unhygienische häusliche Verhältnisse, Mangel an Subsistenzmitteln und was dergleichen andere nie aus dem Auge zu lassende äußere Momente mehr sind, es im Interesse des Kranken ratsamer erscheinen lassen, daß er eine Anstalt aufsuche bzw. darin verbleibe; es gibt weiterhin Manisch-Depressive, deren Intervalle, sei es auch Jahre während, gleichwohl nicht lange genug sind, um dem Kranken die Begründung oder Neugründung einer bürgerlichen Existenz zu gestatten oder zu seiner Familie neuerdings in ein dauerndes inneres Verhältnis zu treten, und so bleiben denn manche dieser armen Unglücklichen ihr Leben lang freiwillig-unfreiwillige Anstaltspensionäre.

Wir haben damit die beiden ersten der Fragen, die wir uns gestellt haben, in der Hauptsache beantwortet; bleibt noch die Beantwortung der dritten Frage: wonach richten wir uns bei der Entlassung von in Anstalten befindlichen Kranken?

Es ist nun natürlich, daß wir Kranke, die geheilt sind, sobald die Heilung sich als eine genug sichere und nachhaltige erweist und den Kranken nicht etwa gleich, nachdem sich die Tore der Anstalt hinter ihm geschlossen haben, alte und neue Schäden bedrohen, entlassen werden. Ebenso werden wir Kranke, die sich nach ihrer Einlieferung als psychisch gesund herausstellen, natürlich entlassen müssen, sobald die psychische Gesundheit erwiesen ist. Man glaube ja nicht, daß eine solche Eventualität zu den großen Seltenheiten gehöre: Spitalsbrüder, arbeitsscheue Elemente, die eine Geisteskrankheit ostentativ vorschwindeln, um ein schönes Asyl zu finden, eine Art Versorgung, wo sie bei

fehlendem oder ob seiner Milde höchst erträglichem Arbeitsregime ein sicheres Auskommen und ein sicheres Dach finden, sind da die häufigsten, und zumal in großstädtischen Asylen und Kliniken keineswegs gern gesehene Gäste. Daß Kriminelle Geistesstörung simulieren, um sich der Untersuchungs- oder Strafhaft zu entziehen und dadurch gleichfalls gar nicht so selten die Einweisung in die Irrenbeobachtung und Irrenpflege erreichen, ist gleichfalls bekannt, und wir werden hierüber noch im Schlußkapitel dieses Buches einige Worte zu verlieren haben. Ab und zu aber passiert es einem schon auch, daß man einen Menschen — namentlich die unglücklichen Gatten hysterischer, über eine große Suada und ein unglaubliches Naderertalent verfügender Weiber sind da nicht so ganz ungefährdet, doch kommt leider dann und wann auch ganz gemeiner Betrug seitens interessierter dritter Personen (Unfallschwindler z. B.) oder ein Mißverständnis vor (namentlich bei fremdsprachlichen Kranken!) — eingebracht bekommt, der sich hinterher als völlig gesund oder mindestens nicht gemeingefährlich oder selbstgefährlich erweist. Man denke nicht, daß die Feststellung auf den ersten Blick da immer so ganz leicht sei! Man sei auf seiner Hut, erhebe eingehende, von möglichst zahlreichen und objektiven Gewährsleuten herstammende Anamnesen und vergesse nie, daß es außer der Simulation auch eine Dissimulation gibt, und daß schließlich und letztlich selbst die schlimmste Xanthippe von einer Ehefrau so nebenher auch ein bißchen recht haben kann, »daß sie alle beide — — —«! Zum Glück steht die Sache so, daß Anstaltsbedürftigkeit und Geisteskrankheit, wie wir ja schon wissen, keineswegs identische Begriffe sind — wir brauchen ja sonst um viele Dutzende Anstalten mehr als wir heute schon zuwenig haben! —, und daß auch nicht oder noch nicht Gesunde nicht nur entlassen werden können, sondern unter Umständen aus rein ärztlichen Indikationen entlassen werden müssen. So ist es für rekonvaleszierende akute Psychosen, wenn sie nicht mehr erregt sind, nicht mehr halluzinieren und keine neuen Wahndecken mehr produzieren, wenn keine Selbstmordgefahr besteht und kein Anzeichen eines baldigen Rückfalls (also zumal bei akzidentellen Psychosen) vorliegt, falls die häuslichen oder sonstwie gegebenen äußeren Verhältnisse des Kranken nun günstige sind, trotz noch nicht völliger klinischer Genesung geradezu wünschenswert, den letzteren nicht länger im engen Anstaltszirkel zu belassen, sondern ihn langsam wieder in das Milieu gesunder Tage hinüberzuführen; dadurch wird die Korrektur, die Rückkehr der Regsamkeit und Initiative oft geradezu beschleunigt; um gewagte Experimente hintanzuhalten, dosiere man die neu zu gewinnende Freiheit sorgfältig (wird man doch auch nicht etwa einen Halberfrosenen gleich ins heiße Bad setzen oder einem fast Verhungerten nicht gleich ein ganzes Huhn in den Mund stopfen), gebe man dem Genesenden zunächst einmal Ausgänge (mit ihm sympathischen oder verlässlichen Pflegern oder mit vernünftigen Angehörigen oder mit verlässlichen, entsprechend legitimierten Bekannten), alsdann probeweise Urlaube, zunächst über Tag und Nacht, sodann über mehrere Tage und Nächte, schließlich über einige Wochen, mit der Verpflichtung, sich zeitweise und insbesondere am Schlusse des Urlaubs dem Arzte vorzustellen, und falls sich dann der Kranke und nicht zuletzt seine Umgebung bewähren, schreite man endlich zur endgültigen Entlassung (bei nicht eigentlich bzw. nur »mit Defekt« Geheilten lasse man sich vom Übernehmer womöglich einen Revers unterschreiben, demzufolge er bestätigt, daß er die wesentlichen, auf die Pflege, Obsorge, Beaufsichtigung und eventuell Wiedereinbringung des Kranken bezüglichen Gesichtspunkte und Bestimmungen ad notam genommen und sie zu beobachten sich verbunden habe). Andere Patienten wiederum erweisen sich zwar als krank, doch stellt

sich bei näherer Bekanntschaft mit ihnen ihre Harmlosigkeit heraus; so reagieren sonst friedliche Imbezille gelegentlich, wenn man sie neckt oder quält, mit einem Erregungsausbruch; unter einsichtigere und gutmütigere Obhut versetzt, sind sie nützlich und geduldig wie Lämmlein; bei labilen Psychopathen ist es oft eine ähnliche Geschichte, sie neigen zu übermäßigen »reaktiven« Ausbrüchen, kommen wegen eines solchen etwa in die Anstalt, aber *cessante causa cessat effectus*, und man kann den Kranken, nachdem man allseits (d. h. auch den Eltern, Kindern, Gatten, Gattinnen, Geliebten, Geschwistern, Berufsgenossen, Freunden usw.) gute Lehren erteilt hat (*pourvu que cela dure . . . !*) und als ärztlicher Vermittlungshofrat die abgebrochenen Beziehungen wieder hergestellt hat, sobald auch in seiner Seele wieder ruhige See ist, getrost nach Hause lassen, und manches Pärlein dadurch wieder glücklich machen. Schließlich empfiehlt sich bei manchen ethisch-defekten Individuen, bei denen die Gefahr einer Gewöhnung an das verhältnismäßige Wohleben der Anstalt besteht, rasche und energische Expulsivbehandlung nach vorangegangener mehrtägiger Zelleninternierung mit Leerdiet (Milch, Suppe und ähnliches), damit sie nicht »auf den Geschmack kommen« und durch ein allzu langes oder allzu häufig wiederholtes Gastspiel den wirklich im strengen Sinne Kranken sozusagen den Luftraum wegnehmen. Schließlich mögen demente und dabei hinfällige Kranke ohne akute Erscheinungen, falls verständige und hinreichende Pflege gewährleistet ist, auch getrost der Familie überlassen werden, falls es gewünscht wird. Wird aber die Entlassung eines gemeingefährlichen, nach ärztlichem Ermessen anstaltsbedürftigen Kranken von Angehörigen oder anderen gesetzlich befugten Personen (Pfleger usw.) à tout prix urgiert, dann decke man sich, wofern dies das Anstaltsstatut erlaubt, immer durch die zuständige Behörde (»Amtsrevers«); man kann sonst die bittersten Erfahrungen machen, denn wenn dann dem Kranken unter der »Obhut« seiner »Schützer« etwas passiert, darf man hundert gegen eines wetten, daß der Arzt dafür die Zeche zahlen muß, indes jene entweder in der Verborgenheit verschwinden oder durch eine Flut von Verleumdungen und Verdrehungen, die immer geglaubt werden, die Schuld von sich auf den Arzt zu wälzen verstehen.

Daß man schon innerhalb des Anstaltsregimes die Kranken je nach ihrem Zustande und dem Stadium ihres Leidens voneinander sondern und insbesondere kaum je irgendeinen Kranken aus der unruhigen Station unvermittelt in die volle Freiheit hinauslassen wird (eine Ausnahme machen dann und wann allenfalls manche »transitorische Delirien« kürzester Dauer), versteht sich eigentlich von selbst. Die allmähliche Vorbereitung zur Entlassung muß in der Regel schon in der Anstalt beginnen (Übergang zu Beschäftigung und ähnliches). Und noch eines an dieser Stelle, ehe wir das Kapitel schließen: Man wähle zwar getreu den in diesem Buche vertretenen Lehrsätzen auch in der Irrenbehandlung von zwei Übeln stets das kleinere, und Leben und Sicherheit des Kranken und seiner Umgebung müssen für uns stets und unbedingt das kostbarste Gut sein; allein wo innerhalb dieses Rahmens eine Rücksichtnahme auf Wünsche und Gefühle des Kranken möglich ist, dort beobachte man eine solche nicht bloß aus prinzipgeborener Ethik, sondern aus Gründen des gesunden Menschengefühls und des praktischen Menschenverstandes, weil man dem Kranken, indem man ihm Peinlichkeiten erspart, ja nur nützt (*primum non nocere* gilt ja auch in der Psychiatrie). Einen ängstlichen oder deprimierten und dabei eindrucksfähigen Kranken lege man nur dann in denselben Saal mit anderen unruhigen und gar erst ebenfalls ängstlichen Kranken, die seinen Seelenschmerz ja nur noch dynamisch

verstärken können, zusammen, wenn es sich aus Gründen seiner zweckdienlichen Überwachung absolut nicht anders machen läßt; man trachte vielmehr auch in dieser Hinsicht zu »verdünnen« und, falls möglich, solche Kranke mit einer dazu geeigneten wachsamem Warteperson in einem ruhigeren Raum eventuell abzusondern. Daß man auch bei klinischen Vorstellungen, Untersuchungen usw. in der denkbar schonendsten Weise verfahren, dann und wann, um den Kranken nicht zu quälen, lieber darauf verzichten wird, versteht sich nach dem in einem früheren Kapitel Ausgeführten von selbst. Ebenso wäre es taktlos und zwecklos, wahnbildenden Kranken ihre Wahnideen »ausreden« zu wollen oder sie gar damit zu hänseln; höchstens zu Explorationszwecken mag man ab und zu vorsichtig tastend versuchen, herauszubekommen, ob der Kranke korrigiert, ob er bereits für logische Erwägungen zugänglich ist; man hüte sich dabei vor Simulation wie vor Dissimulation. Leider wird unter den beschränkten Raumverhältnissen vieler, zumal alter Anstalten viel hier Gefordertes nur zu oft ein frommer Wunsch bleiben müssen. Zwanglos lassen sich hier auch noch ein paar Worte über die Korrespondenz der Kranken und über Besuche bei diesen anreihen. Daß beides unter ärztliche Kontrolle gestellt werden muß, leuchtet ja ohne weiteres ein, insbesondere, soweit es »zentripetal« ist, d. h. an den Kranken sich wendet; denn der Unverstand im mündlichen wie im schriftlichen Verkehr mit Geisteskranken, der in Laienkreisen (auch in wohlmeinenden!) herrscht, ist ein unglaublich großer; also hüte man sich, Kranke durch Leute besuchen zu lassen, die sie unnütz aufregen, sie heimlich aufhetzen, die selber krank sind, die ihnen Nahrungsmittel und — Alkoholika (bzw. andere Gifte) zustecken (und es gibt Wölfe im Schafspelz!); sinngemäß gelten ähnliche Gesichtspunkte von den an Kranke gerichteten Briefen, die der Arzt (nur er allein!) vor Ausfolgung an den Adressaten zu lesen hat; im übrigen gestatte man aber die größtmöglichen Freiheiten, insbesondere allen denen, die gesetzlich oder wegen naher Verwandtschaft Recht und Pflicht haben, sich um den Kranken zu kümmern. Was den »zentrifugalen« Teil dieser Dinge anlangt, so war von den Ausgängen, die rekonvaleszenden Kranken gegeben werden können, schon die Rede; auch verlässliche alte Anstaltspensionäre — siehe oben — dürfen in der Regel Ausgänge bzw. Besuchsfreiheit bei Verwandten oder Freunden bekommen (nur hüte man sich vor Einschleppung von Alkohol, Waffen, Feuerzeug, Gonokokken, Spirochäten, Graviditäten u. a. Unerwünschtheiten; man muß also genau wissen, wer es ist, dem man Freizügigkeit gewährt); Briefe, die der Kranke hinaus schreibt, lasse man, nachdem man sie vorher revidiert und eventuell zensuriert hat (es kann sonst, z. B. bei Behelligern von Staatsoberhäuptern, Behörden usw. unliebsame Anstände für den Arzt setzen!), wenn nur irgend tunlich, an ihre Adresse abgehen, auch wenn sie — ja gerade dann erst recht! — die unsinnigsten Anschuldigungen und Anklagen gegen Anstalt und Ärzte enthalten; wir fürchten uns nicht!

Und noch eines: aus manchem, was hier gesagt worden ist, könnte am Ende so etwas herausgelesen werden, als brächte ein Anstaltsaufenthalt Schäden mit sich. Da tatsächlich im Volke (nicht bloß unter den Ungebildeten!) derlei Anschauungen verbreitet sind (»was, in eine Anstalt sollen wir ihn — sie — bringen? Nein, nur das nicht, da wird er — sie — ja erst recht krank, da wird er — sie — ja ganz verrückt!«: wie oft bekommt man derlei als Arzt nicht zu hören, auch wenn es sich um erregte Katatoniker oder um demente Paralytiker oder um im höchsten Grade selbstmordgefährliche Melancholische handelt), so ist es notwendig, nochmals daran zu erinnern, daß die hier gegebene Darlegung der absoluten und relativen Indikationen

einer Anstaltsaufnahme wohl geeignet ist, jeglichen Mißverständnissen in dieser Hinsicht die Spitze abzuberechen. Es gibt eben sehr viele Abstufungen von Eventualitäten, solche, wo die Anstalt Gebot, solche, wo sie Wohltat, solche wo sie das kleinere Übel ist; das größere Übel ist die Anstalt nur unter ganz bestimmten Verhältnissen, d. h., wenn ihre eigene Organisation mangelhaft oder wenn sie sinnlos überfüllt ist und dann, wenn es sich um gewisse Rekonvaleszente, um gewisse labile Psychopathen mit moralischen Defekten und endlich, wenn es sich um — Gesunde handelt. Aber gerade das sind die Elemente, gegen deren Internierung der Laie häufig nicht nur gar nichts einzuwenden hat, sondern die er zum Teile — besonders Kriminelle! — unserer in dem Fall sehr wenig angebrachten spitalsärztlichen Fürsorge zuweilen geradezu aufdrängen möchte, während man wirklich Spitalsbedürftige — und die Anstalt ist nichts als ein Spital! — aus den unsinnigsten Vorwänden, hinter denen nur zu oft Blötheit und Bosheit steckt (oder wie bei den Behörden, Furcht vor dem Geschrei der gewerbsmäßig oder, weil sie selbst geisteskrank sind, über »ungerechtfertigte Internierungen« Zeternden), der Spitalspflege vorenthält, bis richtig ein Unglück geschehen und es wieder einmal »zu spät« ist. Wer von uns würde nicht solche Fälle kennen? Solchen Mißständen, sei es auch in unermüdlicher Kleinarbeit, entgegenzutreten, ist Pflicht aller Irrenärzte und ein Teil unserer sozialtherapeutischen Aufgabe. Sind doch wir Ärzte mitverantwortlich nicht nur für die Gesundheit unserer Klientel, sondern auch für die unserer Gesellschaft und unserer Nation.

Ganz am Schlusse dieses Kapitels sei im Vorübergehen noch mit jener Kürze, wie sie im Rahmen dieses mehr allgemein praktischen Zwecken dienenden Lehrbuches geboten ist, gewisser Spezialanstalten und Spezialbehandlungen gedacht, wie sie für bestimmte Formen in Betracht kommen. Schon oben war kurz die Rede von der Notwendigkeit heilpädagogischer Maßnahmen bei Schwachsinnigen und gewissen Defektmenschen, insbesondere jugendlichen Defektmenschen, und eine solche Erziehung erfolgt am besten, wo nicht besonders günstige Familienpflegeverhältnisse geboten sind, im Rahmen besonderer Spezialanstalten. Ähnliche Gesichtspunkte, entsprechend variiert, gelten für psychopathische Individuen; Individuen mit ethischen Defekten und aufkeimenden verbrecherischen Neigungen, insbesondere Jugendliche, gehören wiederum in besondere Erziehungshäuser, wenn auch eine allzu große Zusammenpferchung wie in manchen Besserungsanstalten sich nicht empfehlen dürfte. Für erwachsene kriminelle Elemente unter den Geisteskranken gehören eigene Abteilungen oder Anstalten (Kriminalasyle). Für das riesige Heer der nicht eigentlich geisteskranken kriminellen Minderwertigen aber verlangen wir Ärzte schon seit langem besondere, allerdings schon mehr dem Strafanstaltsregime sich nähernde Detentionsanstalten, in denen die Gesellschaft vor ihnen geschützt ist. Daß man schließlich unheilbare Idioten und Epileptiker möglichst in geeigneten Spezialhäusern halten wird, wo dies möglich ist, ist eine ganz selbstverständliche, stellenweise bereits erfüllte Forderung.

Rechtliche Gesichtspunkte in der praktischen Psychiatrie.

Die eingehendere Erörterung aller der zivil- und strafrechtlichen, sowie der gleichfalls nicht ganz aus dem Auge zu lassenden militärrechtlichen Gesichtspunkte, die den Irrenarzt mehr noch als jeden anderen Mediziner

interessieren müssen, ist Sache der Lehr- und Handbücher der ja zu einem eigenen Zweige herangewachsenen forensischen und militärischen Psychiatrie. Es kann daher hier auf diese Dinge nur in summarischer Kürze und Allgemeinheit eingegangen werden, zumal wir auf die wesentlichsten Einzelanwendungen in den einzelnen Kapiteln des speziellen Teiles kurz zu rekurrieren beabsichtigen. Jedenfalls aber können wir um sie nicht völlig herumkommen, weil es das keineswegs beneidenswerte Privileg unserer so schwierigen und in ihrer Entwicklung ja vielfach noch nicht abgeschlossenen Wissenschaft ist, so früh schon in den Frondienst der Rechtsprechung und der Öffentlichkeit überhaupt gezwungen worden zu sein. Wir brauchen hier am Schlusse ja nur nochmals an das zu erinnern, was gerade in der Einleitung gesagt worden ist.

Zunächst nun das Zivilrechtliche. Geistige Erkrankung oder Anomalie einer Person muß ja, ähnlich wie geistige Unreife, vor allem — daran wird sie ja eigentlich erkannt — das Handeln derselben alterieren und daher auch ihr öffentliches Handeln. Da dieses Handeln die eigenen Interessen der erkrankten Person oder die Interessen dritter Personen oder gar jene der Allgemeinheit gefährden kann, wird es notwendig, gegebenenfalls auszusprechen, daß die Handlungsfähigkeit der in Frage kommenden Person beschränkt oder aufgehoben sei, worauf Entmündigung und Vormundschaft (Kuratel) eintreten muß. Von den Ländern deutscher Zivilisation kennt Österreich zurzeit leider nur die volle und noch nicht die partielle Handlungsunfähigkeit, hier gibt es zivilrechtlich nur ein »geisteskrank oder nicht«, nur ein Schwarz oder Weiß, und das ist ein Mangel im Gesetz, der zahllose Unzukömmlichkeiten im Gefolge hat; und der nicht zuletzt schuld daran ist, daß die Psychiater als Prügelknaben für einen Übelstand herhalten müssen, unter dem sie selber in erster Linie zu leiden haben, da sie gezwungen sind, ihre Ergebnisse mit dem Wortlaute eines nicht nur unpsychiatrischen, sondern geradezu unpsychologischen Gesetzes in Parallele bringen zu müssen; viele sogenannte »Widersprüche« zwischen den Psychiatern entstehen ja nur daraus, daß der eine Arzt bei dem im österreichischen Gesetze nicht besonders vorgesehenen Schwachsinn praktisch die Einreihung unter »Blödsinn« für angemessen hält, der andere dazu sich noch nicht entschließen kann, bei klinisch ganz identischem Befunde; und dies nur darum, weil das österreichische Zivilgesetz sehr im Gegensatz zum Strafgesetz nur ein »blödsinnig« oder »vollsinnig«, nicht aber ein »schwachsinnig« kennt.

Die rechtsverbindliche Verfügung über die Entmündigung ist Sache der zuständigen Gerichtsstelle, geschieht also unter juristischer Verantwortung, was man sich besonders merken muß, gibt es doch sogar Ärzte, die das nicht zu wissen scheinen; denn wiewohl die Mithilfe des Psychiaters bei der Feststellung dieser Dinge so gut wie unentbehrlich ist, fungieren diese immer nur als Begutachter, demnach als Ratgeber, deren Schlüsse zwar zur Unterlage für den Richter dienen sollen, an die er jedoch in keiner Weise gebunden ist und über die er sich, wie jeder in diesen Dingen Erfahrene weiß, auch oft genug hinwegsetzt; zumal ist es nicht allzu selten, daß auch gelehrte Richter, also Juristen, durch Querulanten oder selbst durch Imbezille mit guten Manieren und einer gewissen Zungenfertigkeit geblüfft werden (was übrigens zuweilen auch Ärzten passieren soll).

Geistesstörung oder psychische Anomalie an sich ist — auch das muß man sich gut merken! — noch kein ausreichender Grund, jemanden für völlig oder beschränkt handlungsunfähig zu erklären, sondern es kommt einmal auf den Grad und die Intensität der Störung und dann auf die Reaktionen

des Kranken an. Unter der heutigen dekadenten Kulturmenschheit*) gibt es Entartete — also streng genommen Abnorme — in Hülle und Fülle, deren Nachkommenschaft zumal, wenn sich die Erzeuger allzu degenerativ »ausleben« und nicht für Korrektur sorgen (was bei dem durch unsere Zeit geförderten Dünkel vieler Entarteter, die die nervösen Symptome ihrer Entartung gleich einem kostbaren Kleinode hegen und pflegen und durch kongenialen Verkehr und ebensolche Ehen oft geradezu noch dynamisch verstärken, gewiß nicht allzu oft geschieht), ja allerdings oft sehr gefährdet ist, die aber doch ad personam recht oft nützliche Kulturarbeit leisten, da sie geistig oft hoch und ethische Defekte bei ihnen nicht immer im Vordergrunde stehen; es wäre, wiewohl ja bei manchen dieser Menschen auch der Laie, neben dem unleugbaren Talent, oft einen »Stich« ins Abnorme gewahrt (man denke an gewisse Künstler), sicherlich ein Unrecht und von einer höheren Warte aus gesehen in vielen Fällen geradezu gröblicher Undank, wollte man solche Menschen etwa entmündigen, es sei denn, sie würden, was ja leider manchmal vorkommt, episodisch (oder dauernd) in strengerem Sinne geisteskrank, worauf dann die vorübergehende Entmündigung in ihre Rechte tritt, wenn es sein muß. Ja mehr als das: wir wissen, es gibt wirklich Geisteskranke — also nicht mehr bloß Psychopathen —, die sich so weit zu beherrschen vermögen, daß sie selbst in schwierigen Lebensberufen sich mit Erfolg betätigen, ohne aufzufallen; zumal manche mildere Paranoiaformen und milde Formen manisch-depressiven Irreseins gehören hierher, unter den Kranken letzterer Art finden sich sogar manche geistige Elitemenschen. Auch da wird es Fälle geben, wo man, falls es nicht einmal im Interesse des Kranken unbedingt anders geboten ist, die Krankheit Privatsache desselben sein lassen und ihm nur in camera caritatis den dringenden Rat erteilen wird, die Krankheit auch seinerseits als Privatsache zu behandeln und lediglich den Arzt seines Vertrauens als Blitzableiter zu benützen; mancher Kranke dieser Art kann durch ärztliche Diplomatie und Humanität vor dem bürgerlichen Zusammenbruch bewahrt werden.

Sehr notwendig ist dagegen die tunlichst frühzeitige und vollständige Entmündigung in allen Fällen, wo man ob des Charakters des Krankheitsprozesses mit Plötzlichkeiten aller Art rechnen muß. Besonders können Paralytiker nicht früh genug entmündigt werden, und auch mancher Maniakus bedarf frühzeitig der Entmündigung. Sache des Arztes, der ja da keinerlei diskretionäre Befugnis besitzt, ist es, diejenigen beizeiten zu warnen, denen die Wahrung privater und öffentlicher Interessen Pflicht ist.

Die Entmündigung braucht nun natürlich keineswegs schlechthin den

*) Es ist ein Jammer, daß auch im deutschen Volke, dem unter den großen Kulturvölkern der Erde bisher psychisch weitaus gesündesten, die Entartung immer weiter und tiefer um sich greift; ihren Erscheinungen entgegenzutreten, nicht ihnen noch ein Loblied zu singen oder Verteidigungsreden zu halten, sie zu entschuldigen, und nun gar erst recht, ihnen Konzessionen zu machen, wie das manche tun, die über lauter kurzschlägigen und kurz-sichtigen Impressionen gar nicht bedenken, daß ein so unersetzlich wichtiges Kulturvolk wie das deutsche, vor allem und gar nicht nur gegen sich selbst die Pflicht der Selbsterhaltung und auch der kräftigen Selbstvermehrung und Gesunderhaltung hat: das ist eine der wichtigsten, in Wahrheit nationalen Aufgaben der deutschen Ärzteschaft; was aber weniger durch Allarmrufe geschehen soll (gerät man doch damit oft in eine für naturwissenschaftlich Denkende zweifelhafte Gesellschaft, und andererseits wiederum sind die unlauteren und darum oft schon instinktiv mit allem Degenerativen sympathisierenden Elemente aus allen Lagern in der Technik des Lärmens den ehrlichen Menschen erfahrungsgemäß stets über, der Kampf also zu ungleich), als durch intensive und unermüdliche aufklärende Kleinarbeit. Dies näher auszuführen, scheint mir allerdings allzusehr außerhalb des Rahmens dieses Lehrbuches gelegen, aber wenigstens im allgemeinen auszusprechen, was ist und meiner festen Überzeugung nach nicht sein sollte, schien mir eine unabweisliche Pflicht.

bürgerlichen Tod eines Kranken zu bedeuten. In vielen Fällen kommt man mit einer zeitlich begrenzten oder beschränkten Entmündigung aus, und zwar keineswegs bloß in Fällen vorübergehender Geisteskrankheit, sondern, was sich bereits aus dem oben Ausgeführten ergibt, auch unter Umständen bei Dauererkrankungen. Für manchen dieser Fälle, zumal handelt es sich da um Querulanten und Paranoiker mit ihrem ausgesprochenen Freiheitsdrang, bedeutet das Entmündigungsverfahren als solches, auch wenn es zunächst kein positives Resultat ergibt oder wenn die Kuratel später aufgehoben wird, unter Umständen eine Art pädagogischer Maßnahme, etwa ähnlich wie die Sondenfütterung für gewisse Kategorien Nahrungsverweigernder, so daß sie danach behutsamer und soziabler werden. Dazu kommen dann noch die Fälle mit tiefergehender Remissionstendenz. Ab und zu kommt einem selbst ein Paralytiker unter, wo vorübergehend die bereits ausgesprochene Entmündigung wieder aufgehoben werden kann, wobei freilich die Lebensverhältnisse sehr mit in Betracht zu ziehen sind.

An die Frage der Anstaltsbedürftigkeit ist sehr gewöhnlich ein Rattenschwanz von Rechtsfragen geknüpft, um so mehr als der Glaube, als würden in öffentlichen, also behördlicher Aufsicht unmittelbar unterstellten Anstalten aus weiß der Teufel was für Motiven Menschen widerrechtlich festgehalten, und als hätten die Psychiater eine Art wollüstiger Freude daran, solches zu tun, dem Ritualmordmärchen vergleichbar aus den Köpfen selbst vieler gebildeter Leute nicht herauszubringen ist, woran freilich die den Vorurteilen der Menge gegen uns Ärzte mit freilich zum Glück sehr zahlreichen rühmlichen Ausnahmen nur zu gern dienstbare Welt der Gesetzgeber und die mit ebensolchen Ausnahmen allzu einseitig im Dienste derselben stehende Tagespresse einen Teil der Schuld trägt; Umstände, denen wir ja schon gesetzliche Kodifizierungsversuche des von der urteilslosen Masse gegen die Ärzte gehegten Aberglaubens verdanken (z. B. in dem von den Psychiatern nahezu einmütig verurteilten Neuentwurf eines österreichischen Entmündigungsgesetzes); und doch ist die Gefahr, daß einmal wirklich ein gewissenloser oder irrender Psychiater seine Hand dazu bieten könnte, einen Geistesgesunden widerrechtlich interniert zu halten, und daß solch unverantwortliches Beginnen nicht sehr rasch an den Tag käme, verschwindend gering gegenüber den Schrecknissen, die aus nicht rechtzeitiger Internierung eines Anstaltsbedürftigen geboren werden können. Und wenn nun schon wirklich einmal ein Psychiater in dem Punkte irrt, ist das Grund genug, zu rufen: Kreuziget ihn!? Wie viele Staatsanwälte, Rechtsanwälte und Richter müßte man da mit Steinen bewerfen, weil sie die Untersuchungshaft von Leuten »verschulden«, deren Unschuld sich alsbald herausstellt! Ist denn aber schuldlos erlittene Haft so viel weniger schlimm oder schädlich als irrümliche Anstaltsinternierung? Hier hat der deutsche Ärztestand, zu dem die deutschen Irrenärzte ein sehr wichtiges Kontingent stellen, im Interesse der eigenen Würde wie der Allgemeinheit die Pflicht, ebenfalls aufklärend zu wirken und Vorurteile zu zerstreuen*).

*) Ist doch die Art, wie gerade den Ärzten ohne Unterschied in der öffentlichen Meinung mitgespielt wird, wie man insbesondere juristischerseits bewußt und unbewußt die gänzlich unwürdige Stellung, die der Ärztestand im sozialen wie im beruflichen Leben einnimmt, aufrecht zu erhalten bestrebt ist und selbst vor Erhaltung oder Erweckung mittelalterlich-bergläubischer Vorstellungen nicht zurückschreckend, das Volk über die Verdienste, die sich gerade die medizinische Wissenschaft erworben hat, im unklaren zu halten sucht, kein Ruhmestitel der deutschen Nation, sintemalen zumal bei den lateinischen Kulturvölkern (Frankreich, Italien), wo der Ärztestand heute hoch geachtet ist und selbst ein gebührendes Kontingent an anerkannten Führern der Nation beistellt (BACCELLI, CLEMENCEAU u. a.), von derlei keine Rede ist. Und doch ist der deutsche Ärztestand gewiß, aber

Um nach diesem aus tiefinnerlicher Überzeugung, fast einem Zwange gehorchend, eingeschlagenen Exkurse wiederum ins Meritorische einzugehen, ist zu betonen, daß natürlich, wie sich schon aus dem früher Gesagten ergibt, Anstaltsbedürftigkeit keineswegs identisch ist mit Geisteskrankheit und selbst mit Entmündigung. Demgemäß muß man, will man Mißverständnisse, die unter Umständen böse Folgen haben können, vermeiden, zwischen diesen Dingen in praxi auseinanderhalten und darf nur dann beides in einem Atem aussprechen, wenn eben auch die Bedingungen für beides gegeben sind. Aber auch Entmündigung bedingt allein noch keineswegs Internierungsbedürftigkeit. So gibt es Fälle genug, wo es im Interesse des Kranken geboten ist, ihn zu entmündigen, weil er infolge seines psychischen Krankheitszustandes bzw. seiner Urteilsschwäche oder Willensschwäche oft persönlich und materiell aufs schwerste ausgebeutet, bzw. zur Eingehung von Verpflichtungen (Ehe u. a.) veranlaßt werden könnte, die ihn aufs schwerste zu schädigen geeignet wären; ohne daß aber im übrigen die Nötigung vorläge, ihm die Illusion der persönlichen Freiheit zu rauben, an der ihm oder seinen Angehörigen oft viel gelegen ist. Andererseits kann in manchen Fällen, vor allem, wenn es sich um freiwilligen Anstaltseintritt handelt, die Entmündigung trotz Anstaltsinternierung unterbleiben; Pflugschaft genügt wohl in derlei Fällen. Auch bei manchen Süchtigen, die zwecks Zwangsabstinenz internierungsbedürftig sind, dürfte die Pflugschaft genügen. Bei ganz kurz dauernden Internierungen wegen voraussichtlich vorübergehender Geistesstörung mag in vielen Fällen getrost von jedem Entmündigungsverfahren abgesehen werden, weil die sozialen und wirtschaftlichen Schäden einer eventuellen Entmündigungsprozedur oft in

schon ganz gewiß, nicht schlechter als der in anderen Kulturstaaten; gleichwohl hat man es leider noch nie gehört, daß in Ländern deutscher Zivilisation, sie mögen von welchen Gesichtspunkten aus immer geleitet, regiert sein, jemals ein Arzt, überhaupt ein Naturwissenschaftler, auch nur ganz entfernt in die Nähe einer leitenden Stellung im Staate gekommen wäre, wie dies in den romanischen Kulturländern so gar nicht selten vorkommt und keinesfalls grundsätzlich ausgeschlossen erscheint, wie leider in deutschen Landen. Und doch stünde es vielleicht in vieler Hinsicht besser um die deutsche Nation, würde in den Fragen des öffentlichen Lebens auch der deutsche Arzt entscheidender mitzuraten und mitzuhandeln haben, als dies heute der Fall ist; ist es doch sicher, daß der Arzt im Durchschnitt tiefer in die Probleme des Lebens hineinzusehen vermag, als jeder andere, daß er wärmer, natürlicher, menschlicher fühlt und daß er für verbissenen, lebensfeindlichen, unheilbringenden Doktrinarismus — den, welcher Färbung er auch sei, bittersten Feind, den das deutsche Volk besitzt, den es freilich leider im eigenen Schoße hegt und nährt — schon infolge seiner im allgemeinen größeren Naturnähe nicht jene Empfänglichkeit besitzt wie die Vertreter der papierwissenschaftlichen Berufe; auch völkisches Leben ist aber nichts als angewandte Biologie! Leider aber ist es tieftraurig, und gerade für den deutsch fühlenden Arzt aufs tiefste beschämend, daß die Länder deutscher Zivilisation, in krassem Gegensatz zu dem Hochstande ihrer sonstigen Kultur und zu der Höhe und dem Adel, den gerade in ihnen Medizin und Naturwissenschaften erreicht haben (nach dem Ausspruche des großen Pathologen ROKITANSKY ist die Naturwissenschaft der Adel der Medizin), geradezu als die Zentralstellen der allerbösartigsten, mit den verwerflichsten Mitteln geführten Ärzte- und in specie Psychiaterehetze anzusehen sind, und daß gerade die in diesen Ländern ja so gut wie ausschließlich und in allen Schichten die Herrschaft führenden und auch alle Organe der öffentlichen Meinung beherrschenden Juristenkreise es sind, die mit allen Mitteln, auf allen Wegen (*flectere si nequeo superos, Acheronta movebo*) bemüht sind, alle Kreise der Nation, von oben herab und von unten hinauf, ganz gleichmäßig gegen Naturwissenschaftler und Ärzte zu mobilisieren und unsere berufliche und gesellschaftliche Stellung immerzu noch schlechter zu machen, als sie ohnehin schon ist. Wäre es nicht so tief traurig, man könnte es fast ergötzlich nennen, wenn man sieht, was für sonderbare Bundesgenossenschaften von oben und von unten, von rechts und von links her sich gerade in deutschen Landen mit sonst, in edleren Dingen — ach! — nur zu seltener Eintracht zusammenfinden, sobald es nur gegen die Ärzte geht!

gar keinem Verhältnis zu dem von einer eventuellen Entmündigung zu gewärtigenden Nutzen stehen.

Im übrigen hat, wie nochmals zu unterstreichen, in allen diesen Dingen der Arzt ja nur eine beratende Stimme. Ja auch in der Frage der Internierung ist seine Stimme streng genommen nur eine beratende, denn er stellt ja (in der Regel als Amtsarzt) lediglich das Attest aus, welches die Einweisungsbedürftigkeit begründet, die diskretionäre Gewalt dagegen ruht ja ausschließlich in der Hand der einweisenden Amtsorgane, die ja fast immer Polizeifunktionäre oder Verwaltungsjuristen sind, also alles weniger als Ärzte. Und selbst die Frage der Entlassung aus der Anstalt fällt unter Umständen in die Machtsphäre gerichtlicher Funktionäre, da ja bekanntermaßen der Kuratelsrichter das Recht hat, auch gegen den Willen des leitenden Arztes die Entlassung eines Kranken aus einer Anstalt zu verfügen, wenigstens in vielen Ländern (z. B. in Österreich). Trotz alledem darf der Arzt als der in der Regel einzige, der in diesen Dingen wirklich sachverständigen Blick hat, niemals versäumen, sein Votum zur Indiewegeleitung entsprechender Schritte nach bestem Wissen und Gewissen abzugeben; insbesondere betone er gegebenenfalls die Nachteile eines »zu spät« in Entmündigungs- wie in Internierungsfragen. Er sei aber auch andererseits in diesen sehr heiklen Dingen, zumal in jenen Fällen, wo auf der Anamnese das Schwergewicht liegt und vielleicht Lieblosigkeit oder materielle Interessiertheit von seiten der Umgebung mit im Spiele ist, sehr auf seiner Hut, um nicht düpiert zu werden, gebe grundsätzlich nie ein Urteil ab, ehe er nicht den Kranken persönlich eingehend beaugenscheinigt hat, und trachte im Zweifelsfall in den Besitz objektiver, tunlichst aktenmäßiger anamnestischer Daten zu gelangen. Besonders zu warnen ist vor schnellen, ohne ausgiebige Anstaltsbeobachtung abgegebenen Gesunderklärungen und vor Privatbegutachtungen, die man nur dort übernehmen möge, wo einem genügend Kautelen für objektive Information (z. B. Einsicht der Gerichtsakten) geboten werden; in den meisten Fällen dieser Art »stinkt« irgend etwas (rühmliche Ausnahmen gibt es ja allerdings immer), und der Arzt, der auf seine wissenschaftliche und persönliche Reputation etwas hält, wird es gewiß nicht leicht über sich bringen, um eines momentanen Sentiments oder Vorteiles halber später einmal vielleicht in den Kreis unliebsamer Diskussionen gezogen zu werden. Es bleiben trotz alledem zumal für den Amtsarzt, in dessen Kompetenz ja die meisten Einweisungs- oder Entmündigungsgutachten fallen, genug schwierige Fälle übrig, in denen alles nach einer raschen und doch tunlichst zweckdienlichen Entscheidung drängt und Zeit zu gründlichster Erwägung leider nicht vorhanden ist. Der Nutzen gediegener psychiatrischer Vorkenntnisse für alle in amtlicher Stellung stehenden Praktiker liegt, wie man sieht, auf der Hand.

Nun noch ein kurzer Blick auf die wichtigsten strafrechtlichen Gesichtspunkte, die den Psychiater interessieren. Wer sich erinnert, wie wenig scharf in der Psychopathologie die Grenze zwischen »gesund« und »krank« ist, der wird sogleich begreifen, wie auch auf dem Gebiete der Kriminalpsychologie, wo der Jurist der Mithilfe des Psychiaters in so zahlreichen Fällen nicht entraten kann, zwischen Jurisprudenz und Psychiatrie Mißverständnisse sich ergeben müssen. Auch auf diesem Gebiete muß der Jurist wenigstens bei dem derzeitigen Stande der Gesetzgebung ein entschiedenes »Ja« oder »Nein« verlangen, während ihm der Psychiater in vielen Fällen eine derartige Antwort unmöglich zu geben vermag, um so weniger, als ja die angewandte Strafrechtspsychologie mit Fragestellungen arbeitet, die nicht auch die Fragestellungen des Arztes sind. Was interessieren denn den Pathologen Begriffe

wie »Zurechnungsfähigkeit« oder »Willensfreiheit«, Begriffe, auf die der naturwissenschaftlich Gebildete sich nur einen deterministischen Reim zu machen vermag, indes der Jurist sie ganz anders wertet und also uns in einem Sinne fragt, der uns inkompetent für die Beantwortung machen muß. Denn was wir, falls uns die wissenschaftliche Klärung eines Falles gelingt (und nur in ganz seltenen Fällen müssen wir ehrlicherweise ein Ignoramus aussprechen), wissen und was wir sagen können, ist nur, ob der Beschuldigte geisteskrank ist oder nicht; wie weit seine geistige Störung reicht; wie weit sie sein Handeln (auch sein inkriminiertes Tun oder Lassen) beeinflusst. Mit Begriffen aber wie »freie Willensbestimmung« »Vernunftberaubung«, »Sinnenverwirrung«, »Sinnesverrückung«, »volle Berauschung« u. ä. m. können wir streng genommen nichts anfangen. Da nun aber einmal ein paralleles Arbeiten von Juristen und Psychiatern nicht umgangen werden kann und juristischerseits schwerlich eine volle Anpassung an unseren Standpunkt zu erwarten ist, bleibt nichts übrig, als daß wir Ärzte ein Stück entgegenkommen, falls es nur ein klein wenig auch die andere Seite tut. Es ist also einerseits notwendig, daß der Richter vom Arzte nicht mehr verlange, als was dieser, im Rahmen ärztlicher Wissenschaft sich haltend, beantworten kann, und daß andererseits der Psychiater, wo er seine Schlußsätze jenen des Richters nicht direkt zu subsumieren vermag, doch dessen Fragestellungen möglichst nahe zu kommen trachte, einen gewissen Parallelismus mit jenen einhalte. Der Psychiater darf eben, wo er als Gutachter in foro fungiert, nie daran vergessen, daß es sich hier um angewandte Psychiatrie handelt, darf aber gerade auch da nicht an seine sozialen Pflichten vergessen. Falsch verstandene Schlagworte können gerade im erbarmungslosen Interessenkampf der Prozeßparteien Unheil anrichten. Der Arzt wäge daher jedes Gutachten sorgfältig ab, der Befund, auf den er sich stützt, sei peinlich sorgfältig aufgenommen, genaues Aktenstudium mache er sich zur Vorbedingung. Auch eine gewisse Kenntnis der Prozeßtechnik, sowie rednerische Gewandtheit und Schlagfertigkeit muß sich der als Gerichtsgutachter fungierende Arzt zu eigen machen und sich angewöhnen, auf sein Wissen gestützt, klar, bestimmt, schlicht und deutlich, wissenschaftlich und doch auch wieder gemeinverständlich, unter Verzicht auf billige und selbstgefällige Schönrederei, sein Gutachten darzulegen, zumal vor Geschworenen und Schöffen. Er muß bedenken, daß oft ein harmloses Wort, ein einfacher Lapsus in der Rede von den juristisch, also rein formalistisch denkenden und handelnden Parteien, denen die empirische Sachlichkeit naturwissenschaftlicher Denkweise gänzlich fremd ist und, seltsam genug, sogar oft als unmethodisch gilt, unbarmherzig ausgebeutet und so aus rein formalistischen Gründen aus Weiß Schwarz und aus Schwarz Weiß gemacht wird. Und am Ende ist der Sündenbock, auf den die jeweils verlierende Partei losschlägt, doch nur der Arzt! Da wir Ärzte das nun einmal nicht anders machen können — ein Ende der juristischen Hegemonie in Staat und Gesellschaft ist ja einstweilen gar nicht abzusehen — und andererseits wiederum auf unsere Hilfe nicht verzichtet werden kann, bleibt uns nichts übrig als uns so gut wie möglich den nun einmal gegebenen Verhältnissen anzupassen und also am Sachverständigentisch jedes Wort, ehe wir es aussprechen, nicht nur, was für uns ja selbstverständlich ist, sachlich, sondern auch formalistisch sorgsam auszuwerten, wollen wir nicht zu indirekten Mitschuldigen forensischer Fehlgriffe werden. Die forensisch bei den einzelnen krankhaften Zuständen in Betracht kommenden Gesichtspunkte werden wir wieder am besten im speziellen Teile, unter den einzelnen Kapiteln, kennen lernen. Hier nur im allgemeinen so viel, daß

jede Psychose, sei sie auch eine leichte, vom sachverständigen Arzte getrost mit dem Unzurechnungsfähigkeitsparagrafen parallelisiert werden darf, auch dann, wenn sich nicht erweisen läßt, ob die engeren Motive für die Tathandlung im Krankhaften wurzeln. Schwieriger ist die Situation bei den Psychopathien, den Minderwertigkeiten, den Schwachsinnszuständen; dem Wortlaute des Gesetzes nach kann man in derlei Fällen eine Parallelisierung bzw. Subsumtion unter »Unzurechnungsfähigkeit« nicht vornehmen, handelt es sich doch nicht um eigentliche Geisteskrankheiten, sondern nur um Zustände leichter — meist dauernder — Anomalie bzw. erhöhter Disposition zu Psychose. Nicht zu leugnen ist freilich, daß in bestimmten Konstellationen bestimmte dieser Fälle psychisch so sehr versagen müssen, daß sie alsdann, zumal in Ansehung der Straftat, völlig zu exkulpierten sind (z. B. Schwachsinnige in ungewohnten Situationen, Impulsive, die unter der Herrschaft des Zwangsantriebes handeln usw.); besondere Schwierigkeiten machen die Homosexuellen, da Homosexualität an sich nicht als Geisteskrankheit gilt. Im übrigen gilt Minderwertigkeit jeder Art — leider auch moralische — als ein Milderungsmoment, was bei dem heutigen Strafsystem zur Folge hat, daß eine Reihe gerade der allergefährlichsten Kriminellen, statt dauernd in Detentionsanstalten interniert zu bleiben, mit verkürzten Strafzeiten davonkommt und alsdann auf die Gesellschaft wieder losgelassen wird, weil nach dem herrschenden juristischen System die subjektive »Schuld« durch den Anlagedefekt »gemindert« wird; die Gesellschaft hat aber doch nur das eine Interesse, vor Gemeingefährlichen geschützt zu werden, und da wir derlei Elemente weder in Krankenhäusern brauchen können, noch (aus ethischen Motiven) töten wollen, gehören gerade sie dauernd festgehalten und dadurch auch im Keime — Entfall der Fortpflanzungsmöglichkeit — ausgemerzt. Ein schwieriges Kapitel ist das der Simulation; gerade in foro criminali hat man damit viel zu tun; es ist sicher, daß es zweckbewußte Vortäuschung von Geistesstörung gibt, allein nicht selten ist, und das hat man nie aus dem Auge zu verlieren, daß Simulanten, unbeschadet der Simulation, doch geisteskrank sind, oder wenn schon nicht das, so doch mindestens geistig defekt oder abnorm; zudem besteht, wie wir sehen werden, oft eine unlösbare Durchdringung bewußter und krankhafter Simulation, wie u. a. bei hysterischen Psychosen, beim GANSERSCHEN Symptomenkomplex und bei den Haft- und Gefängnispsychosen selber. Daß unter militärischen Verhältnissen jeder Art, sowohl für die Einreihung zum Militär wie vom Standpunkte der militärischen Disziplin und der militärischen Strafrechtspflege — man denke nur an das große Heer der Schwachsinnigen und psychopathisch Minderwertigen —, psychiatrische Gesichtspunkte von großer Bedeutung werden können, liegt klar zutage. Allein darauf einzugehen, kann nicht Gegenstand dieses Lehrbuches sein. Hier nur so viel, daß Schwachsinn ausgesprochenen Grades wohl in der Regel militärdienstuntauglich macht, und daß auch gewisse, wenngleich nicht alle Arten Psychopathen nach dem Urteil erfahrener Militärärzte und Truppenoffiziere im Interesse der Armee aus dieser besser ausgemerzt werden; lieber ein paar tausend Soldaten weniger als eine Reihe von Elementen innerhalb des Heereskörpers, die darin nur namenlosen Schaden anstiften können. Dies zu erörtern, muß den speziellen Lehrbüchern der militärischen Psychiatrie (DRASTICH u. a.) vorbehalten bleiben.

Am Schlusse dieses Kapitels folgen noch in einem kurzen Anhang die wichtigsten, das Deutsche Reich und Österreich betreffenden Bestimmungen zivil- und strafrechtlicher Art, die den Psychiater interessieren. Leider ist es nicht auch möglich, eine summarische Übersicht über die verschiedenen Modalitäten der Einweisung in öffentliche und Privatirrenanstalten

zu geben, da diese in den Ländern deutscher Zunge nicht einmal innerhalb des deutschen Reiches vollkommen einheitliche sind und auch in Österreich keineswegs kodifiziert und zum Teil auch je nach dem Statut der einzelnen Anstalten verschieden sind. Nur so viel dürfte fast allenthalben gemeinsam sein, daß die Einweisungsbegutachtung in erster Linie Sache des zuständigen Amtsarztes und die Kontrolle der Kranken in den Anstalten Sache des zuständigen Lokalgerichtes ist, welches auch über Entmündigung und Kuratelsverhängung zu kommissionieren und zu entscheiden hat*).

Reichsdeutsche Gesetzgebung**).

A. Bürgerliches Gesetzbuch.

§ 6 (Entmündigungsgründe): Entmündigt kann werden, 1. Wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag; 2. wer durch Verschwendung sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt; 3. wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet.

(Wegfall des Grundes der Entmündigung bedingt wieder Aufhebung desselben.)

§ 104 (Geschäftsunfähigkeit): Geschäftsunfähig ist 1. wer nicht das siebente Lebensjahr vollendet hat; 2. wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist; 2. wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist.

Aus § 105: — — Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird.

Aus § 114: — — — u. a. steht der wegen Geistesschwäche oder Trunksucht Entmündigte »in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das siebente Lebensjahr vollendet hat« (beschränkt geschäftsfähig, §§ 106 ff.).

§ 827 (Schadensverantwortung): Wer im Zustande der Bewußtlosigkeit oder in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit einem anderen Schaden zufügt, ist für den Schaden nicht verantwortlich. Hat er sich durch geistige Getränke oder ähnliche Mittel in einen vorübergehenden Zustand dieser Art versetzt, so ist er für einen Schaden, den er in diesem Zustande widerrechtlich verursacht, in gleicher Weise verantwortlich wie wenn ihm Fahrlässigkeit zur Last fiel. Die Verantwortlichkeit tritt nicht ein, wenn er ohne Verschulden in den Zustand geraten ist.

*) Im übrigen sei hier auf eine Reihe von Autoren und deren Werke hingewiesen, die sich speziell um die öffentlich-rechtliche Psychopathologie verdient gemacht haben: v. WAGNER und FRITSCH (Lehrbücher von v. HOFMANN-KOLISKO), HOCHÉ (Handbuch) und DITTRICH (Handbuch) samt ihren Mitarbeitern, CRAMER, SCHULTZE, ASCHAFFENBURG, WEBER, BUMKE, RAIMANN, PILCZ, BISCHOFF, HÜBNER, und dazu noch andere, schon an einleitender Stelle genannte Autoren.

***) Die nachstehenden Gesetzesstellen sind elektiv teils im vollen Wortlaute, teils exzerpiert, teils dem Sinne nach mitgeteilt, je nach dem aufscheinenden Bedarf.

Aus § 828: Eine Person, die das siebente, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet hat, ist für von ihr zugefügte Schäden nicht verantwortlich, wenn sie »bei der Begehung der schädlichen Handlung nicht die zur Erkenntnis der Verantwortlichkeit erforderliche Einsicht hat« (desgleichen Taubstumme).

Aus § 1910 (Pflegschaft): — — Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, infolge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten, oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten, nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten. — Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, daß eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.

§ 1325 (Eherecht): Eine Ehe ist nichtig, wenn einer der Ehegatten zur Zeit der Eheschließung geschäftsunfähig war oder sich im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit befand.

§ 1331: Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der zur Zeit der Eheschließung — — in der Geschäftsfähigkeit beschränkt war, wenn die Eheschließung oder die Bestätigung ohne Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters erfolgt ist.

§ 1333 bestimmt u. a., daß Anfechtung der Ehe seitens eines Ehegatten möglich ist, wenn er sich über persönliche Eigenschaften des anderen geirrt hat, die ihn von der Eingehung der Ehe bei Kenntnis der Sachlage und verständiger Würdigung des Wesens der Ehe abgehalten hätten.

§ 1569 bestimmt, daß Scheidungsklage eines Ehegatten möglich, wenn der andere in Geisteskrankheit verfallen ist, die während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen Grad erreicht hat, daß geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben und jede Aussicht auf deren Wiederherstellung ausgeschlossen ist.

§ 1780: Zum Vormunde kann nicht bestellt werden, wer geschäftsunfähig oder wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht entmündigt ist.

§ 1865: Zum Mitgliede des Familienrats kann nicht bestellt werden, wer geschäftsunfähig oder wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht entmündigt ist.

§ 2229, 2243, 2253 (Testierfähigkeit) bestimmen u. a.: Beschränkt Geschäftsfähige können ohne Zustimmung des gesetzlichen Vertreters testieren; wegen Geistesschwäche oder Trunksucht Entmündigte sind aber bereits von der Stellung des Antrages an, auf Grund dessen Entmündigung erfolgte, testierunfähig; Stumme oder sonst am Sprechen Verhinderte können nur schriftlich testieren; Entmündigung aus den eingangs erwähnten Gründen schließt Widerruf eines vor Entmündigung errichteten Testamentes nicht aus.

B. Zivilprozeß.

§ 623: Auf Scheidung wegen Geisteskrankheit darf nicht erkannt werden, bevor das Gericht einen oder mehrere Sachverständige über den Geisteszustand des Beklagten gehört hat.

§ 646 bestimmt, daß Entmündigungsanträge gestellt werden können vom Ehemann, Verwandten, gesetzlichen Vertreter (dem Obsorge über Person des zu Entmündigenden zusteht); gegen unter elterlicher Gewalt Stehenden von Verwandten nicht und gegen Ehefrau nur, wenn auf Aufhebung der Ehegemeinschaft erkannt ist oder der Ehegatte die Ehefrau verlassen oder er

zur Antragstellung außerstande oder sein Aufenthalt unbekannt; in allen Fällen auch Staatsanwalt bei vorgesetztem Landgericht antragsbefugt.

§ 654 bestimmt persönliche Untersuchung des zu Entmündigenden, Zuziehung eines oder mehrerer Sachverständiger; Vernehmung kann auch durch ersuchten Richter erfolgen; sie darf nur unterbleiben, falls mit besonderen Schwierigkeiten oder gesundheitlichen Nachteilen für den zu Entmündigenden verbunden.

§ 655 besagt, daß Entmündigungsausspruch nie vor Anhörung eines oder mehrerer Sachverständiger über den Geisteszustand des zu Entmündigenden durch das Gericht erfolgen darf.

§ 656 besagt, daß das Gericht mit Zustimmung des Antragstellers, falls nach ärztlichem Gutachten zur Feststellung des Geisteszustandes geboten und kein gesundheitlicher Nachteil für den zu Entmündigenden, für höchstens 6 Wochen den zu Entmündigenden in Heilanstalt verschaffen lassen kann (dieser, der Staatsanwalt und die im § 646 bezeichneten Personen können dagegen Beschwerde einlegen).

§ 671: Von der Vernehmung Sachverständiger darf das Gericht Abstand nehmen, wenn es das vor dem Amtsgericht abgegebene Gutachten für genügend erachtet.

§ 675: Die Wiederaufhebung der Entmündigung erfolgt auf Antrag des Entmündigten, oder desjenigen gesetzlichen Vertreters des Entmündigten, welchem die Sorge für die Person zusteht, oder des Staatsanwaltes durch Beschluß des Amtsgerichtes.

C. Strafgesetz.

§ 51 (Unzurechnungsfähigkeit): Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

§ 58 bestimmt, daß auch Taubstumme, denen die Einsicht in die Erkenntnis des Strafbaren einer von ihnen begangenen Handlung fehlt, straflos bleiben.

§ 175 (Unzucht wider die Natur): Die widernatürliche Unzucht, welche zwischen Personen männlichen Geschlechtes oder von Menschen mit Tieren begangen wird, ist zu bestrafen (Gefängnis, eventuell Verlust bürgerlicher Ehrenrechte).

§ 176 setzt u. a. Zuchthausstrafe auf außerehelichen Beischlaf, geübt an einer in willenlosem oder bewußtlosem Zustande befindlichen oder geisteskranken Frauensperson.

§ 177 bestimmt ein Gleiches, wenn die betreffende Frauensperson ad hoc in willen- oder bewußtlosen Zustand versetzt wurde.

§ 183: Wer durch eine unzüchtige Handlung öffentlich ein Ärgernis gibt, wird bestraft.

§ 224 setzt Zuchthausstrafe u. a. auf Körperverletzung, die Geisteskrankheit zur Folge hat.

§ 361: Mit Haft wird bestraft. 5. wer sich dem Trunk dergestalt hingibt, daß er in einen Zustand gerät, in welchem zu seinem Unterhalte oder zum Unterhalte derjenigen, zu deren Ernährung er verpflichtet ist, durch Vermittelung der Behörde fremde Hilfe in Anspruch genommen werden muß (nach § 362 Überstellung in ein Arbeitshaus zulässig).

D. Strafprozeß.

§ 56 (Zeugen) bestimmt u. a., daß Personen, die wegen mangelnder Verstandesreife oder wegen Verstandesschwäche von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung haben«, unbeeidet (einfache Zeugenvernehmung Geisteskranker ist zulässig!) zu vernehmen seien.

§ 75 (Sachverständigentätigkeit): Der zum Sachverständigen Ernannte hat der Ernennung Folge zu leisten, wenn er zur Erstattung von Gutachten der erfordernten Art öffentlich bestellt ist oder wenn er die Wissenschaft — — —, deren Kenntnis Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Erwerbe ausübt oder wenn er zur Ausübung derselben öffentlich bestellt oder ermächtigt ist.

§ 80 besagt, daß der Sachverständige zur Vorbereitung des Gutachtens Aufklärungen durch Zeugen- und Beschuldigtenverhöre verlangen, ihm auch die Teilnahme daran, eventuell auch durch direkte Fragestellungen sowie Akteneinsicht, gestattet werden kann.

§ 81: Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeschuldigten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhörung des Verteidigers anordnen, daß der Angeschuldigte in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde (in der Regel nicht über 6 Wochen).

§ 83: Der Richter kann eine neue Begutachtung durch dieselben oder durch andere Sachverständige anordnen, wenn er das Gutachten für ungenügend erachtet (in wichtigen Fällen auch durch eine Fachbehörde).

§ 203 besagt, daß vorläufige Einstellung des Verfahrens u. a. bei Verfall des Angeschuldigten in Geisteskrankheit nach der Tat beschlossen werden kann.

§ 298 bestimmt, daß u. a. auch zu fragen ist, ob der Täter bei Begehung der Tat die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht besessen habe.

§ 485 bestimmt u. a., daß an Geisteskranken Todesurteile nicht zu vollstrecken seien.

§ 487 bestimmt, daß bei Verfall in Geisteskrankheit die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe aufzuschieben sei.

Österreichische Gesetzgebung.

A. Bürgerliches Gesetzbuch.

§ 21. Diejenigen, welche wegen Mangels an Jahren, Gebrechen des Geistes, oder anderer Verhältnisse wegen, ihre Angelegenheiten selbst gehörig zu besorgen unfähig sind, stehen unter dem besonderen Schutze der Gesetze. Dahin gehören: Kinder, die das siebente; Unmündige, die das vierzehnte; Minderjährige, die das vierundzwanzigste Jahr ihres Lebens noch nicht zurückgelegt haben; dann: Rasende, Wahnsinnige und Blödsinnige, welche des Gebrauches ihrer Vernunft entweder gänzlich beraubt, oder wenigstens unvermögend sind, die Folgen ihrer Handlungen einzusehen; ferner: diejenigen, welchen der Richter als erklärten Verschwendern die fernere Verwaltung ihres Vermögens untersagt hat; endlich Abwesende und Gemeinden.

§ 48. Rasende, Wahnsinnige, Blödsinnige und Unmündige sind außerstande, einen gültigen Ehevertrag zu errichten.

§ 173. Gerechte Ursachen, die Fortdauer der väterlichen Gewalt bei Gericht anzusuchen, sind: Wenn das Kind, ungeachtet der Volljährigkeit, wegen Leibes- oder Gemütsgebrecben sich selbst zu verpflegen, oder seine Angelegenheiten zu besorgen, nicht vermag; oder wenn es sich während der Minderjährigkeit in beträchtliche Schulden verwickelt, oder solcher Vergehungen schuldig gemacht hat, wegen welcher es noch ferner unter genauer Aufsicht des Vaters gehalten werden muß.

§ 176. Wenn ein Vater den Gebrauch der Vernunft verliert; wenn er als Verschwender erklärt; oder wegen eines Verbrechens auf längere Zeit als ein Jahr zur Gefängnisstrafe verurteilt wird; wenn er eigenmächtig auswandert; oder wenn er über ein Jahr abwesend ist, ohne von seinem Aufenthalte Nachricht zu geben; kommt die väterliche Gewalt außer Wirksamkeit, und es wird ein Vormund bestellt; hören aber diese Hindernisse auf, so tritt der Vater wieder in seine Rechte ein.

§ 191. Untauglich zur Vormundschaft überhaupt sind diejenigen, welche wegen ihres minderjährigen Alters, wegen Leibes- oder Geistesgebrecben, oder aus anderen Gründen ihren eigenen Geschäften nicht vorstehen können; die eines Verbrechens schuldig erkannt worden sind, oder von denen eine anständige Erziehung des Waisen oder nützliche Verwaltung des Vermögens nicht zu erwarten ist.

§ 251. Die Vormundschaft erlischt auch sogleich, als der Pflegebefohlene die Großjährigkeit erreicht hat; doch kann das vormundschaftliche Gericht auf Ansuchen oder nach Vernehmung des Vormundes und der Verwandten wegen Leibes- oder Gemütsgebrecben des Pflegebefohlenen, wegen Verschwendung oder aus anderen wichtigen Gründen die Fortdauer der Vormundschaft auf längere und unbestimmte Zeit anordnen. Diese Verordnung muß aber in einem angemessenen Zeitraume vor dem Eintritte der Volljährigkeit öffentlich bekannt gemacht werden.

§ 269. Für Personen, welche ihre Angelegenheiten nicht selbst besorgen, und ihre Rechte nicht selbst verwahren können, hat das Gericht, wenn die väterliche oder vormundschaftliche Gewalt nicht Platz findet, einen Kurator oder Sachverwalter zu bestellen.

§ 270. Dieser Fall tritt ein: bei Minderjährigen, die in einer anderen Provinz ein unbewegliches Vermögen besitzen (§ 225); oder die in einem besonderen Falle von dem Vater oder Vormunde nicht vertreten werden können; bei Volljährigen, die in Wahn- oder Blödsinn verfallen; bei erklärten Verschwendern; bei Ungebornen; zuweilen auch bei Taubstummen; bei Abwesenden und bei Sträflingen.

§ 273. Für wahn- oder blödsinnig kann nur derjenige gehalten werden, welcher nach genauer Erforschung seines Betragens und nach der Einvernehmung der von dem Gerichte ebenfalls dazu verordneten Ärzte gerichtlich dafür erklärt wird. Als Verschwender aber muß das Gericht denjenigen erklären, von welchem nach der vorgekommenen Anzeige und der hierüber gepflogenen Untersuchung offenbar wird, daß er sein Vermögen auf eine unbesonnene Art durchbringt, und sich oder seine Familie durch mutwillige oder unter verderblichen Bedingungen geschlossene Borgverträge künftigen Notstande preisgibt. In beiden Fällen muß die gerichtliche Erklärung öffentlich bekannt gemacht werden.

§ 283. Die Kuratel hört auf, wenn die dem Kurator anvertrauten Geschäfte geendigt sind, oder, wenn die Gründe aufhören, die den Pflegebefohlenen an der Verwaltung seiner Angelegenheiten verhindert haben. Ob ein Wahn- oder Blödsinniger den Gebrauch der Vernunft erhalten habe; oder, ob der

Wille eines Verschwenders gründlich und dauerhaft gebessert sei; muß nach einer genauen Erforschung der Umstände, aus einer anhaltenden Erfahrung, und im ersten Falle zugleich aus den Zeugnissen der zur Untersuchung von dem Gerichte bestellten Ärzte entschieden werden.

§ 310. Personen, die den Gebrauch der Vernunft nicht haben, sind an sich unfähig, einen Besitz zu erlangen. Sie werden durch einen Vormund oder Kurator vertreten. Unmündige, welche die Jahre der Kindheit zurückgelegt haben, können für sich allein eine Sache in Besitz nehmen.

§ 566 (Testierfähigkeit). Wird bewiesen, daß die Erklärung (nämlich des letzten Willens!) im Zustande der Raserei, des Wahnsinnes, Blödsinnes, oder der Trunkenheit geschehen sei, so ist sie ungültig.

§ 567. Wenn behauptet wird, daß der Erblasser, welcher den Gebrauch des Verstandes verloren hatte, zur Zeit der letzten Anordnung bei voller Besonnenheit gewesen sei; so muß die Behauptung durch Kunstverständige, oder durch obrigkeitliche Personen, die den Gemütszustand des Erblassers genau erforschten, oder durch andere zuverlässige Beweise außer Zweifel gesetzt werden.

§ 591. Die Mitglieder eines geistlichen Ordens, Jünglinge unter 18 Jahren, Frauenspersonen, Sinnlose, Blinde, Taube oder Stumme, dann diejenigen, welche die Sprache des Erblassers nicht verstehen, können bei letzten Anordnungen nicht Zeugen sein.

§ 865. Wer den Gebrauch der Vernunft nicht hat, wie auch ein Kind unter 7 Jahren, ist unfähig, ein Versprechen zu machen, oder es anzunehmen. . .

§ 1307. Wenn sich aber jemand aus eigenem Verschulden in einen vorübergehenden Zustand der Sinnesverwirrung versetzt hat, so ist auch der in demselben verursachte Schaden seinem Verschulden zuzuschreiben. Eben dieses gilt von einem dritten, welcher diesen Zustand durch sein Verschulden bei dem Beschädiger veranlaßt hat.

§ 1308. Wenn Wahn- oder Blödsinnige, oder Kinder jemanden beschädigen, der durch irgend ein Verschulden hierzu selbst Veranlassung gegeben hat; so kann er keinen Ersatz ansprechen.

§ 1309. Außer diesem Falle gebührt ihm der Ersatz von denjenigen Personen, denen der Schade wegen Vernachlässigung der ihnen über solche Personen anvertrauten Obsorge beigemessen werden kann.

B. Strafgesetz.

§ 2. Gründe, die den bösen Vorsatz ausschließen. Daher wird die Handlung oder Unterlassung nicht als Verbrechen angerechnet: a) wenn der Täter des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt ist; b) wenn die Tat bei abwechselnder Sinnenverrückung zu der Zeit, da die Verrückung dauerte; c) in einer ohne Absicht auf das Verbrechen zugezogenen vollen Berauschung (§§ 236 und 523) oder einer anderen Sinnesverwirrung, in welcher der Täter sich seiner Handlung nicht bewußt war, begangen worden; d) wenn der Täter noch das 14. Jahr nicht zurückgelegt hat (§§ 237 und 269); e) wenn ein solcher Irrtum mit unterlief, der ein Verbrechen in der Handlung nicht erkennen ließ; f) wenn das Übel aus Zufall, Nachlässigkeit oder Unwissenheit der Folgen der Handlung entstanden ist; g) wenn die Tat durch unwiderstehlichen Zwang oder in Ausübung gerechter Notwehr erfolgte.

§ 46. Milderungsumstände, welche auf die Person des Täters Beziehung haben, sind: a) wenn der Täter in einem Alter unter 20 Jahren, wenn er schwach an Verstand oder seine Erziehung sehr vernachlässigt

worden ist; b) wenn er vor dem Verbrechen eines untadelhaften Wandels gewesen; c) wenn er auf Antrieb eines Dritten, aus Furcht oder Gehorsam das Verbrechen begangen hat; d) wenn er in einer aus dem gewöhnlichen Menschengefühle entstandenen heftigen Gemütsbewegung sich zu dem Verbrechen hat hinreißen lassen; e) wenn er mehr durch die ihm aus fremder Nachlässigkeit aufgestoßene Gelegenheit zum Verbrechen angelockt worden ist, als sich mit vorausgefaßter Absicht dazu bestimmt hat; f) wenn er von drückender Armut sich zu dem Verbrechen hat verleiten lassen; g) wenn er den verursachten Schaden gut zu machen oder die weiteren üblen Folgen zu verhindern mit tätigem Eifer sich bestrebt hat; h) wenn er, da er leicht entfliehen oder unentdeckt hätte bleiben können, sich selbst angegeben und das Verbrechen bekannt; i) wenn er andere verborgen gewesene Verbrecher entdeckt und zu ihrer Einbringung Gelegenheit und Mittel an die Hand gegeben hat; k) wenn er wegen der ohne sein Verschulden verlängerten Untersuchung durch längere Zeit verhaftet war. (§ 271 bestimmt, daß bei Unmündigen [Personen unter 14 Jahren], bei denen eine Bestrafung einzutreten hat, u. a. auch auf die »Gemütsart« Rücksicht zu nehmen sei.)

§ 127. Der an einer Frauensperson, die sich ohne Zutun des Täters im Zustande der Wehr- oder Bewußtlosigkeit befindet oder die noch nicht das 14. Lebensjahr zurückgelegt hat, unternommene, außereheliche Beischlaf ist gleichfalls als Notzucht anzusehen und nach § 126 zu bestrafen.

§ 128. Schändung. Wer einen Knaben oder ein Mädchen unter 14 Jahren oder eine im Zustande der Wehr- und Bewußtlosigkeit befindliche Person zur Befriedigung seiner Lüste auf eine andere als die im § 127 bezeichnete Weise geschlechtlich mißbraucht, begeht, wenn diese Handlung nicht das im § 129 lit. b) bezeichnete Verbrechen bildet, das Verbrechen der Schändung und soll mit schwerem Kerker mit einem bis zu fünf Jahren, bei sehr erschwerenden Umständen bis zu zehn und wenn eine der im § 126 erwähnten Folgen eintritt, bis zu zwanzig Jahren bestraft werden.

§ 129. Verbrechen der Unzucht. I. Wider die Natur. Als Verbrechen werden auch nachstehende Arten der Unzucht bestraft: 1. Unzucht wider die Natur, das ist a) mit Tieren; b) mit Personen desselben Geschlechtes.

§ 152. Verbrechen der schweren körperlichen Beschädigung. Wer gegen einen Menschen, zwar nicht in der Absicht ihn zu töten, aber doch in anderer feinseliger Absicht auf eine solche Art handelt, daß daraus (§ 134) eine Gesundheitsstörung oder Berufsunfähigkeit von mindestens zwanzigtägiger Dauer, eine Geisteszerrüttung oder eine schwere Verletzung desselben erfolgte, macht sich des Verbrechens der schweren körperlichen Beschädigung schuldig.

§ 236. Bei Verbrechen, in zufälliger Trunkenheit verübt, ist die Trunkenheit als Übertretung zuzurechnen. Obgleich Handlungen, die sonst Verbrechen sind, in einer zufälligen Trunkenheit verübt, nicht als Verbrechen angesehen werden können (§ 2, lit. c), so wird in diesem Falle dennoch die Trunkenheit als eine Übertretung bestraft.

§ 516. Wer durch . . . unzüchtige Handlungen die Sittlichkeit oder Schamhaftigkeit gröblich und auf eine öffentliches Ärgernis erregende Art verletzt, macht sich einer Übertretung schuldig und soll . . . verurteilt werden.

§ 523. Trunkenheit, Strafe. Trunkenheit ist an demjenigen als Übertretung zu bestrafen, der in der Berausung eine Handlung ausgeübt hat, die ihm außer diesem Zustande als Verbrechen zugerechnet würde (§ 236). Die Strafe ist Arrest von einem bis zu drei Monaten. War dem Trunkenen aus Erfahrung bewußt, daß er in der Berausung heftigen Gemütsbewegungen

ausgesetzt sei, so soll der Arrest verschärft, bei größeren Übeltaten aber auf strengen Arrest bis zu sechs Monaten erkannt werden.

§ 524. Eingeleitete Trunkenheit ist (bei bestimmten Berufskategorien) . . . als Übertretung . . . zu bestrafen. . . .

Gesetz betreffend die Zwangsarbeits- und Besserungsanstalten.

§ 6. . . . In einer Zwangsarbeitsanstalt dürfen nicht aufgenommen werden: 2. Geisteskranke (Blöde, Irrsinnige). . . .

(Für die Besserungsanstalten — für Personen unter 18 Jahren — gilt ein Gleiches).

C. Strafprozeßordnung.

§ 134. Entstehen Zweifel darüber, ob der Beschuldigte den Gebrauch seiner Vernunft besitze, oder ob er an einer Geistesstörung leide, wodurch die Zurechnungsfähigkeit desselben aufgehoben sein könnte, so ist die Untersuchung des Geistes- und Gemütszustandes des Beschuldigten jederzeit durch zwei Ärzte zu veranlassen. Dieselben haben über das Ergebnis ihrer Beobachtungen Bericht zu erstatten, alle für die Beurteilung des Geistes- und Gemütszustandes des Beschuldigten einflußreichen Tatsachen zusammenzustellen, sie nach ihrer Bedeutung sowohl einzeln als im Zusammenhange zu prüfen und, falls sie eine Geistesstörung als vorhanden betrachten, die Natur der Krankheit, die Art und den Grad derselben zu bestimmen und sich sowohl nach den Akten (die Sachverständigen können nämlich Einsicht derselben nach § 123 verlangen) als nach ihrer eigenen Beobachtung über den Einfluß auszusprechen, welchen die Krankheit auf die Vorstellungen, Triebe und Handlungen des Beschuldigten geäußert habe und noch äußere und in welchem Maße dieser getrübt Geisteszustand zur Zeit der begangenen Tat bestanden habe (in Übertretungsfällen genügt ein Sachverständiger).

Hierzu § 125: Weichen die Angaben der Sachverständigen über die von ihnen wahrgenommenen Tatsachen erheblich voneinander ab, oder ist ihr Befund dunkel, unbestimmt, im Widerspruche mit sich selbst, oder mit erhobenen Tatumständen, und lassen sich die Bedenken nicht durch eine nochmalige Vernehmung der Sachverständigen beseitigen, so ist der Augenschein mit Zuziehung derselben oder anderer Sachverständiger zu wiederholen.

§ 126. Ergeben sich solche Widersprüche oder Mängel in bezug auf das Gutachten oder zeigt sich, daß es Schlüsse enthält, welche aus den angegebenen Vordersätzen nicht folgerichtig gezogen sind, und lassen sich die Bedenken nicht durch eine nochmalige Vernehmung der Sachverständigen beseitigen, so ist das Gutachten eines anderen oder mehrerer anderer Sachverständigen einzuholen. Sind die Sachverständigen Ärzte oder Chemiker, so kann in solchen Fällen das Gutachten einer medizinischen Fakultät der im Reichsrate vertretenen Länder eingeholt werden. Dasselbe geschieht, wenn die Ratskammer die Einholung eines Fakultätsgutachtens wegen der Wichtigkeit oder Schwierigkeit des Falles nötig findet.

§ 151. Als Zeugen dürfen, bei sonstiger Nichtigkeit ihrer Aussage nicht vernommen werden: 1. Geistliche in Ansehung dessen, was ihnen in der Beichte oder sonst unter dem Siegel geistlicher Amtsverschwiegenheit anvertraut wurde; 2. Staatsbeamte, wenn sie durch ihr Zeugnis das ihnen obliegende Amtsgeheimnis verletzen würden, insofern sie dieser Pflicht nicht durch ihre Vorgesetzten entbunden sind; 3. Personen, die zur Zeit, in welcher sie das

Zeugnis ablegen sollen, wegen ihrer Leibes- oder Gemütsbeschaffenheit außerstande sind, die Wahrheit anzugeben.

§ 164. Ist ein Zeuge taub, so werden ihm die Fragen schriftlich vorgelegt, und ist er stumm, so wird er aufgefordert, schriftlich zu antworten. Wenn die eine oder die andere Art der Vernehmung nicht möglich ist, so muß die Vernehmung des Zeugen unter Zuziehung einer oder mehrerer Personen geschehen, welche der Zeichensprache desselben kundig sind oder sonst die Geschicklichkeit besitzen, sich mit Taubstummen zu verständigen, und welche vorher als Dolmetsche zu beeidigen sind.

§ 170. Folgende Personen dürfen bei sonstiger Nichtigkeit des Eides nicht beeidet werden; 1. welche selbst überwiesen sind oder in Verdacht stehen, daß sie die strafbare Handlung, wegen welcher sie abgehört werden, begangen oder daran teilgenommen haben; 2. die sich wegen eines Verbrechens in Untersuchung befinden oder wegen eines solchen zu einer Freiheitsstrafe verurteilt sind, welche sie noch abzubüßen haben; 3. diejenigen, welche schon einmal wegen falschen Zeugnisses oder falschen Eides verurteilt worden sind; 4. die zur Zeit ihrer Abhörung das vierzehnte Lebensjahr noch nicht zurückgelegt haben; 5. welche an einer erheblichen Schwäche des Wahrnehmungs- oder Erinnerungsvermögens leiden; 6. die mit dem Beschuldigten, gegen welchen sie aussagen, in einer Feindschaft leben, welche nach Maßgabe der Persönlichkeiten und mit Rücksicht auf die Umstände geeignet ist, die volle Glaubwürdigkeit der Zeugen auszuschließen; 7. welche in ihrem Verhöre wesentliche Umstände angeben haben, deren Unwahrheit bewiesen ist, und worüber sie nicht einen bloßen Irrtum nachweisen können.

§ 203 (Simulation): Verweigert der Beschuldigte die Antwort überhaupt oder stellt er sich taub, stumm, wahnsinnig, oder blödsinnig, und ist der Untersuchungsrichter in den letzteren Fällen entweder durch seine eigenen Wahrnehmungen oder durch Vernehmung von Zeugen oder Sachverständigen von der Verstellung überzeugt, so ist der Beschuldigte lediglich aufmerksam zu machen, daß sein Verhalten die Untersuchung nicht hemmen, und daß er sich dadurch seiner Verteidigungsgründe berauben könne.

§ 242 besagt u. a., daß vorgeladene Sachverständige, die der Ladung zur Hauptverhandlung nicht Folge leisten, vorgeführt und in Strafe genommen werden können.

§ 398. Wenn der zum Tode oder zu einer Freiheitsstrafe Verurteilte zur Zeit, wo das Strafurteil in Vollzug gesetzt werden soll, geisteskrank oder körperlich schwer krank, oder die Verurteilte schwanger ist, hat die Vollziehung solange zu unterbleiben, bis dieser Zustand aufgehört hat. . . .

Krankenuntersuchung und allgemeine Diagnostik.

Wir wollen hier in gedrängter Übersicht und mit einer gewissen, in Rücksicht auf die Praxis getroffenen Auswahl die wichtigsten, für die Untersuchung der Kranken in Betracht kommenden Momente zusammenstellen; sie geben zugleich die für die allgemeine Diagnostik wichtigsten Anhaltspunkte ab.

Jede Untersuchung eines Geisteskranken, sie erfolge nun zu klinischen, forensischen oder zu sonstigen Zwecken, muß sich zunächst auf eine tunlichst sorgfältige und objektive (also womöglich nicht vom Patienten allein gelieferte) **Anamnese** stützen können, so weit nur irgendwie eine solche erhältlich ist. Im einzelnen hat natürlich jede Anamnese ihre Spezialerfordernisse je nach Krankheit und Situation, daher sich Details erst an der Hand der speziellen

Pathologie ergeben werden. Im allgemeinen*) ist aber nach folgenden Momenten zu fahnden:

Heredität (unter Berücksichtigung der einzelnen, in dem betr. Kapitel dargelegten unterscheidenden Hauptgesichtspunkte).

Stand, Alter, Rassenabstammung, territoriale Herkunft, Nationalität, Religion.

Fernerliegende persönliche Antezedentien des Kranken, als da sind: Geburtsgeschichte (falls bekannt), Kindheitsgeschichte (Krämpfe, Rachitis, Gang der ersten Kindheitsentwicklung, Kinderkrankheiten), Traumen, überstandene Krankheiten (insbesondere Lues, eventuell andere Protozoeninfektionen, z. B. Malaria), ferner toxische Antezedentien (Alkohol, Morphin, Kokain, eventuell auch Nikotin, dann Blei, Quecksilber u. a., also auch Gewerbe); geistige Entwicklung, Schule, Beruf, Militärdienst, Ehe, endlich etwaige Überanstrengung, Gemütsregungen (psychische Traumen) u. ä., seelisch und körperlich erschöpfende und erschütternde Momente.

Sexualität, Generationsvorgänge, Nachkommenschaft (falls bekannt bzw. Angaben erhältlich), also: eventuelle Exzesse in venere, Masturbation, Früh- oder Spätreife, sexuelle Perversionen usw.; bei Frauen Zeitpunkt der Menstrualentwicklung, Verhalten des Menses (ob regelmäßig oder nicht) und während der Menses; eventuelles Klimakterium (Zeitpunkt, Beschwerden usw.); ferner eventuelle Graviditäten (Zahl, Art, Entbindungen, Puerperien) und eventuelle Totgeburten und Abortus (propter luem, auch bezüglich der Frauen von Kranken, selbst wenn jene nicht auch selber krank sind); Gesundheitszustand bzw. Lebensfähigkeit und Morbidität der Kinder.

Körperliche Konstitution des Patienten (eventuell Pathologisches).

Eventuelle kriminelle Antezedentien (Zahl, Art!); besteht Entmündigung oder nicht (eventuell früher?)?

Individualcharakter und habituelle psychische Beschaffenheit (Zeichen psychischer oder nervöser Entartung?)

Eventuelle frühere psychische Erkrankungen oder Anomalien (wann, wie oft, welcher Art, untereinander gleichartig oder verschieden, der jetzigen gleich oder nicht; eventuelle »leichte Verstimmungen«); Anfälle? Und welcher Art? Bereits in Irrenbeobachtung oder -pflege (wann? wo?)?

Nähere persönliche Antezedentien (ging der psychischen Erkrankung eine Körperkrankheit oder -störung voran und welcher Art, besonders Fieberbewegungen, Infektionen, Intoxikationen und Autointoxikationen der verschiedensten Dignität, zumal vom Darm her, Obstipation, Erschöpfung, Inanition, Stoffwechselkrankheiten; oder Traumen oder Unfälle; oder forensische bzw. gerichtliche Akzidentien (besonders Straftaten, Strafuntersuchung); ist der Kranke vielleicht vor der Militärstellung oder -einrückung (wegen Simulationsmöglichkeit oder Möglichkeit psychischen Traumas?); sind psychische Erregungen oder Traumen irgendwelcher Art vorangegangen? Bei Frauen: letzte Menses, Gravidität, Puerperium, Laktation?)?

Wie lange ist der Kranke psychisch verändert? Wie und dank was für Erscheinungen (Verstimmungen, Halluzinationen, Wahnideen, auffällige Handlungen, Benehmen, psychische Abschwächung usw.) wurde dies

*) In der äußeren Anordnung — im Meritorischen ist die Darstellung eine einigermaßen andere, in vielem gedrängtere und elektivere — dienen für dieses Kapitel die betr. Abschnitte in den verschiedenen Leitfäden der Psychiatrie als Vorbilder, besonders in jenem von JOLLY.

wahrgenommen und in welcher Aufeinanderfolge? Welche körperlichen Zeichen (Insulte, Lähmungen, Sprachstörungen, Ernährungsstörungen usw.) begleiteten die psychischen Erscheinungen?

Nun zum **Status praesens**. Er wird in der Regel nur ein Zustandsbild erkennen lassen (manisch, depressiv, ament, katatonisch, delirant usw.), das zunächst noch keine endgültige (klinische) Diagnose bzw. Klassifikation gestattet; dies wird, zumal bei akuten Psychosen, meist erst der Decursus (und auch der oft erst nach längerer Beobachtung) gestatten; nur in typischen Fällen (Delirium tremens, progressive Paralyse u. a.) ist a priori die klinische Diagnose meist möglich und auch praktisch erforderlich. Alles Nähere wird uns im speziellen Teile beschäftigen. Der Status kann in verschiedener Weise aufgenommen werden, je nachdem, ob es sich nur um schlichte praktische und Begutachtungs- oder um wissenschaftliche Zwecke handelt. Wir halten uns hier natürlich vor allen Dingen an die Erfordernisse der Praxis, und werden nur da und dort kurz einige knappe Hinweise auf Methoden zwecks wissenschaftlicherer Untersuchung geben (Details können natürlich nur aus den großen Spezialwerken und Handbüchern unserer Disziplin geschöpft werden). Wir beginnen mit dem

Status psychicus.

Allgemeiner Eindruck: Ist der Kranke zu Bette (in welcher Lage?) oder sitzt, steht, geht er umher? ist sein Bewußtsein klar, getrübt, benommen usw.? wie ist sein äußeres Benehmen, sein Aufzug, seine Haltung (geordnet oder nicht? auffällig oder unauffällig? passend oder den Umständen nicht angepaßt?); ist er klar oder nicht, verworren oder nicht, delirant oder nicht? Wie reagiert er auf die Vorstellung des Arztes (eventuell auf den Krankenhaus- usw. Aufenthalt?), auf die Untersuchung? Wie ist sein affektives (ruhig, traurig, heiter, erregt usw.) und motorisches (besonders in Sprache und Pantomimik) Gesamtverhalten, seine Aufnahme- und Ausdrucksfähigkeit, insbesondere im Verhältnis zu seiner Persönlichkeitsartung, seinem Stande, dem Milieu? Drückt er sich überhaupt sprachlich oder mimisch aus? Zeigt er Spontanität oder nicht? Macht er den Eindruck psychischer Schwäche? Ist er vigil, attent, seine Aufmerksamkeit rege, oder nicht? Scheint er zugänglich oder verschlossen oder präokkupiert? Ist der Kranke orientiert (örtlich, zeitlich, Personen der Umgebung) oder nicht (und in welchem Sinne nicht? hat er etwa bestimmte falsche Vorstellungen oder weiß er nur einfach nichts?); hat er Krankheitsgefühl (-bewußtsein, -einsicht) und worauf und wie weit erstreckt es sich? Äußert er Schmerzen oder anderes? Monologisiert er?

Wie ist die Auffassung des Kranken? Wie seine Reaktion auf Anreden, auf Mitteilungen, auf andere Sinnesreize? Sind seine Reaktionszeiten verlangsamt, reagiert er vorschnell, oder normal (eventuell für wissenschaftliche Zwecke Messung mit Fünftelsekundenuhr oder Chronoskop)? Scheint der Kranke im Zuge des Examens luzide oder nicht, dämmerhaft, benommen, soporös, bewußtlos oder nicht, wechselt eventuell die Bewußtseinselligkeit, und wie ist im Zusammenhalte damit jeweils die übrige Psyche? Eventuell exaktere Messung mittels der HEILBRONNERSchen Ergänzungsbildermethode oder der RANSCHBURGSchen tachistoskopisch kurz exponierten Letternbilder u. a. Methoden.

Näherer Vorstellungsinhalt des Kranken: Was weiß der Patient über sein Vorleben, seine Anamnese, seine Krankheit, sein Hiersein zu sagen? Wie stellt er sich dazu? Welches sind seine Wünsche in dieser oder in einer anderen Hinsicht, seine Pläne überhaupt? Bestehen Wahnideen (einzelne,

mehrere, zusammenhängend oder nicht, systemisiert oder nicht, Inhalt derselben, Verhalten zum Affekt und zur Gesamtpersönlichkeit, Zurückreichen derselben; Festigkeit oder Flüchtigkeit derselben, Abhängigkeit von Stimmungen oder Sinnestäuschungen); bestehen Zwangsvorstellungen, Zwangsimpulse, Phobien?; bestehen Halluzinationen (Art derselben, Reaktion darauf, Verhältnis zu den anderen psychischen Erscheinungen). Wie ist der Vorstellungsablauf (Ungestörtheit, Ideenflucht, Hemmung, Inkohärenz usw.); Gedächtnis und Merkfähigkeit (am besten zwanglos im Rahmen des Examens zu prüfen, etwa in dem Sinne, ob sich der Kranke ihm vorgesezte Zahlen, Namen u. a. merken konnte und über wie lange Zeit). Besteht Tendenz zum Klebenbleiben, zum Entgleisen, besteht Zerfahrenheit (Dureheinander von Sinn und Unsinn?). Eventuell Prüfung mit exakteren Methoden (Fünftelsekundenuhr; planmäßige Assoziationsfragen, nach ASCHAFFENBURG, JUNG u. a.).

Wie verhält sich der Kranke affektiv im Zuge der Exploration? Eventuelle Stimmungstenazität oder -labilität; ist der Affekt dem jeweils geäußerten Vorstellungsinhalt adäquat oder nicht? Sind die Affekte im allgemeinen kräftig, matt (Apathie), fehlend, in Mittellage usw. (eventuell wissenschaftliche Messung mittels Galvanometer, »psychogalvanisches Phänomen«)? Welchen Affektausdruck bietet er dar, welche Stimmung läßt sich eventuell aus dem Gebaren erschließen?

Wie verhält sich der Kranke willensmäßig und psychomotorisch? Ist er ruhig, erregt, geordnet, ungeordnet usw. (in näherer Detaillierung des »Wie«!); zeigt er Initiative oder erscheint er träge, initiativlos? Wie steht es mit der psychischen Sprache (Stummheit, Rededrang, Verbigeration, Wortneubildungen usw. usw)? Wie mit der Pantomimik, mit dem Tun und Lassen im Zuge des Examens? Grimassen, Verschrobenheiten? Ist der Kranke delirant oder nicht? Wie reagiert er überhaupt in Willens- und psychomotorischen Entäußerungen auf seinen psychischen Inhalt bzw. die wechselnden seelischen Inhalte? Sind die psychomotorischen Akte als solche geordnet oder nicht, zerfahren oder nicht, erleichtert oder gehemmt, großspurig oder ihr Aktionsradius sehr beschränkt, oder scheint das alles normal? (Eventuell schriftlicher und zeichnerischer Ausdruck.) Bestehen Stereotypien, Zwangshaltungen, besteht Parergasie (Paralogie), bestehen Spannungszustände Katalapsie, Negativismus; eventuell Kurvenmessung (im Sinne von RIEGER, SOMMER u. a.) für wissenschaftliche Zwecke. Äußern sich Zeichen besonderer sexueller Erregbarkeit (Erotismus) oder Anomalie? Zeigen sich Zeichen ethischer Defektuosität oder Anomalie (»degenerative« Züge) oder nicht? Zeigt der Kranke Betätigungsdrang (in welcher Form und Beständigkeit) oder ist er zerstörungssüchtig? Ist er unreinlich, gefräßig usw. oder nicht? Zeigt sich Dissimulations- oder Simulationstendenz? Ändert sich dies auf Zureden oder sonstige Maßnahmen? Sucht der Kranke die Krankheit zur Schau zu tragen oder zu aggravierern? Eventuelles Verhalten auf Vorhalt forensischer Momente.

Wie erscheint die Intelligenz des Kranken? Wie seine Kritik? Sein Gesichtskreis, seine Kenntnisse (eventuell bestimmte Prüfungsmethoden, wie in einem früheren Abschnitte kurz erwähnt)? Wie beurteilt der Kranke seine Situation, wie steht er ihr gegenüber? Urteilsfragen, Rechenaufgaben, rückläufige Reihen (Monaterückzählen, fortlaufende Subtraktionen, z. B. von 100 ab immer 7 abrechnen, bis zum kleinsten Summanden herab).

Ermüdbarkeit (Zunahme der Reaktionszeiten, eventuell exakte Messung mittels fortlaufenden Addierens); Mossos Ergograph.

Aufmerksamkeit (herabgesetzt, ablenkbar usw.).

Es folgt der

Status somaticus.

Dabei ist vor allem auf Nachstehendes zu achten:

Gesamteindruck: Größe, Wuchs, Körperbau, Muskelkraft, Ernährungszustand (Kachexie!), Fazies.

Körpergewicht und Körpertemperatur; jeder Kranke ist bei der Übernahme bzw. Einbringung zu wägen und seine Temperatur zu messen und von da ab fortlaufend in je nach der Krankheit und der Eigenart des Kasus verschieden langen Intervallen regelmäßig, Wägungen mindestens monatlich (bei akuten Psychosen täglich mehrmals Temperatur messen!).

Äußere Decken: Hautfarbe, besonders Gesichtsfarbe, Hautbeschaffenheit (z. B. Myxödem oder Kretinismus!), Feuchtigkeit oder Trockenheit der Haut, sichtbare Schleimhäute; Hautgefäße; auffälligere Narben an der Körperhaut; Hauttumoren; Ödeme; Exantheme und Schleimhautaffektionen (Akne, Lues; andere Infektionen!); Furunkel; Dekubitus!

Übrige äußere (nicht neurologische) Besichtigung: Hernien, Verletzungen, Blutungen, Suffusionen, Zungenbisse, Genitale (Infektionen!), Verbildungen von Körperteilen durch Krankheit; Abdomen! Struma (Basedow), Fehlen oder Verkümmern der Schilddrüse usw.

Geruchseindrücke und Gehörseindrücke: Azetongeruch (Inanition, Coma diabeticum!), Geruch nach Medikamenten, Alkohol und anderer Giften (Intoxikationen!), nach Kot (Ileus!) usw. usw.; Husten, Stridor, Singultus, Schmerzäußerungen (Bewußtlose!) unbestimmter Art (den Ursprungsort suchen!) usw.

Degenerationszeichen (siehe das betr. Kapitel) und Gesamthabitus (Infantilismus und Tätowierungen, Riesen- oder Zwergwuchs usw.); Beharung.

Kopf bzw. Schädel und Gesicht: Schädelmaße, Verletzungen, Narben, Druck- oder Klopfempfindlichkeit (Tumoren, Meningitis, Hirndruck usw.!), Nackenstarre, Bulbusdruckempfindlichkeit (Hirndruck, Meningitis usw.!), Hydrocephalus, Rachitis, andere Verbildungen (eventuell Röntgenaufnahmen, besonders bei Tumorverdacht, bei Riesenwuchs — Hypophyse! —, bei Narben (Epilepsie!) usw.), Gesichtsbildung, Zähne (Hutchinson, Tetanie, Blei usw.).

Sinnesorgane: Pupillen: Größe (eventuell Pupillometer), Form, gegenseitiges Verhältnis, Reaktionen — bei Prüfung der Lichtreaktion, am besten mit elektrischer Lampe, fixieren lassen und das zu prüfende Auge vor Lichteinfall nie verdecken, da sonst Bulbusbewegungen unvermeidlich! — auf Licht, Konvergenz, Schmerzreize, Aufmerksamkeit usw.; Pupillenunruhe; äußere Augenmuskeln (Tumoren, Hirnlues, Alkoholismus, Polioencephelitis usw.); Conjunctiva und Cornea (Reflexe, Hysterie!). Amblyopie, Gesichtsfeld, Hemi-anopsie. Augenhintergrund (Augenspiegel); Basedow-Symptome — Ohren (Ohraffektionen bei Halluzinanten, Hirnabszeß usw.). — Nase (Polypen!). — Geschmack (minder wichtig). — Körpersensibilität (Hysterie, psychisch bedingte Hypästhesie bei Schizophrenie, Paralyse u. a., Hyperästhesie bei Meningitis u. a.; Störungen bei Hirnherdaffektionen usw.). — Tiefe Sensibilität (fast nur bei Herdfällen von besonderem psychiatrischen Interesse) — Taubheit, Blindheit (Farbenblindheit), Taubstummheit. — Vestibularprüfung (nach BÁRÁNY u. a.), in der praktischen Psychiatrie weniger wichtig als in der Neurologie.

Sprache: Psychisch bedingte Störungen (inkl. Stottern), Stammeln, Häsitieren, Skandieren, Silbenstolpern und Monotonie (besonders Paralyse!), Lallen, Anarthrie.

Aphasische, agnostische und apraktische Störungen (siehe das betr. Kapitel).

Neurologische Zwangsercheinungen (Tics, Zwangslachen und -weinen, z. B. bei multipler Sklerose, Pseudobulbärparalyse usw.).

Lähmungserscheinungen aller Art (mimische Paresen, besonders bei Thalamusaffektionen; Facialispause und schlaffe Miene bei Paralyse; Monoplegien und Hemiplegien; Charakter derselben; ob frisch oder alt; Lokalisation). Blasenstörungen. Gangstörungen (Paralyse, Polyneuritis, hysterische Astasie-Abasie usw.).

Krämpfe: Epileptisch oder epileptiform, hysterisch, gemischt (siehe spez. Psychiatrie), tetanisch, isoliert, halbseitig oder allgemein, tonisch, klonisch oder kompliziert, Zungenbiß, Harninkontinenz, Pupillenerweiterung und -starre dabei (letzteres auch bei Hysterie!), Athetose, Hemichorea, Chorea minor, Chorea magna, etc.

Kontrakturen, alt oder jüngeren Datums, spastisch oder mechanisch usw.

Reflexe; Sehnenreflexe fehlend (Polyneuritis, Tabes, Friedreich, seltenes Degenerationszeichen usw.) oder erhöht (namentlich Paralyse wichtig) oder different (Epilepsie!). — Hautreflexe, besonders Bauchhautreflexe; Differenzen der Hautreflexe bei Epilepsie, Hysterie, traumatischer Neurose usw.; Babinski. — Ferner muskuläre und mechanische Erregbarkeit (Facialisphänomen!).

Grobe Kraft und Motilität; Kraftdifferenzen; Linkshändigkeit (alte zerebrale Kinderlähmung, Epilepsie, familiär!).

Druckpunkte: Hysterie; Nervenstämme. — Ataxien verschiedener Art; Romberg; ungeordnete Mitbewegungen (»Wetterleuchten«) im Gesicht bei paralytischer Sprachstörung, besonders bei Neuritis (Alkohol, toxische Psychosen usw.); LASÈGUESCHES bzw. KERNIGSCHES Phänomen und Bulbusdruckempfindlichkeit (Meningitis usw.).

Tremores (Finger, Lider, Zunge, Kopf): Alkohol, Paralyse, Basedow, Senium, Intoxikationen usw.

Trophische Störungen: Dystrophien, Amyotrophien usw.; eventuell elektrische Untersuchung.

Interner Status: Rachengebilde; Respirationstrakt; Verdauungsorgane (besonders wichtig, zumal bei akuten Psychosen!); Stuhlgang! Milz (Malaria, Typhus usw.); Leber (Alkohol!); Harnblase; Gelenke und Muskeln (Rheumatismus!). Zirkulationsorgane, Pulsbild, Blutdruck, besonders Herz (bei allen Psychosen! Organische wie funktionelle, akute wie chronische Affektionen jeglicher Art, eventuell Röntgen und Elektrokardiogramm! Herzuntersuchung gehört unbedingt zur neurologischen Untersuchung, wie diese zur psychischen!). Eventuell seröse Häute. Tumoren (Karzinompsychosen, oft larviert!), okkulte Abszedierungen.

Knochenbrüche (Paralytiker!).

Sympathicus und Stoffwechsel: Vagotonie, Zuckerassimilationsgrenze usw. (wesentlich für klinisch-wissenschaftliche Zwecke).

Sekrete und Exkrete; Stuhl (eventuell bazillär!). Harn (Serumalbumin, Albumose, Azeton, Azetessigsäure, Zucker, Indikan, Blutfarb-

stoff u. a.; eventuell Sediment, Menge, spezifisches Gewicht, Farbe, Urate, Phosphate und quantitative Bestimmungen).

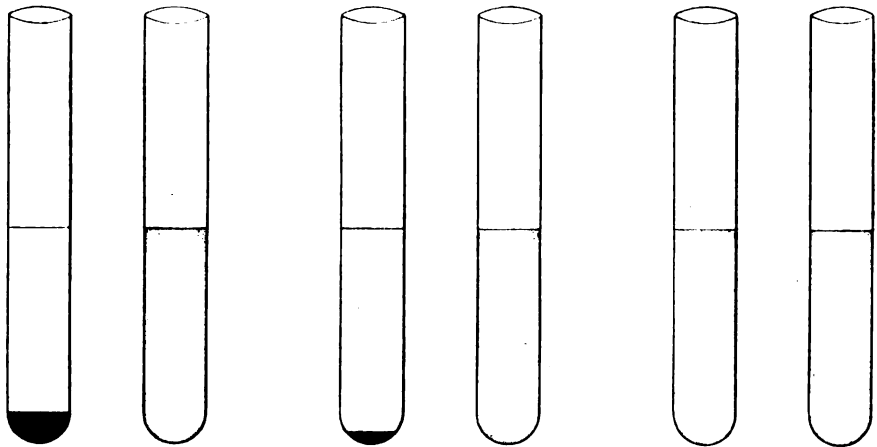
Auswurf (Tuberkelbazillen!) und Mageninhalt (selten in Betracht kommend).

Schweiß: Delirium tremens; Infektionen; Fieber; Basedow usw.

Körperflüssigkeiten. 1) Blut*).

a) Morphologisch: Leukocytose, speziell bei Fieberzuständen (Paralysetherapie!), Abnahme der Eosinophilen (Delirium tremens!), schwere Anämien; wissenschaftlich bei fast allen akuten und organischen Zuständen.

b) Serologisch: GRUBER-WIDAL (Typhus!); WASSERMANNsche (Mitarbeiter NEISSER, BRUCK, PLAUT u. a.). Komplementbindungsreaktion (Lues, insonderheit progressive Paralyse bzw. Paralyseverdacht; Scharlach, Malaria usw. geben auch positiven Ausfall der Reaktion, negativer spricht fast, aber nicht ganz sicher gegen luetische Ätiologie). Nur laboratoriumsmäßig auszuführen. Prinzip: Inaktivierung (das abpipettierte Serum $\frac{1}{2}$ Stunde auf 56° erhitzt), Versetzung mit antigenhaltigem Extrakt aus luetischen Fötal-



Wassermann positiv.

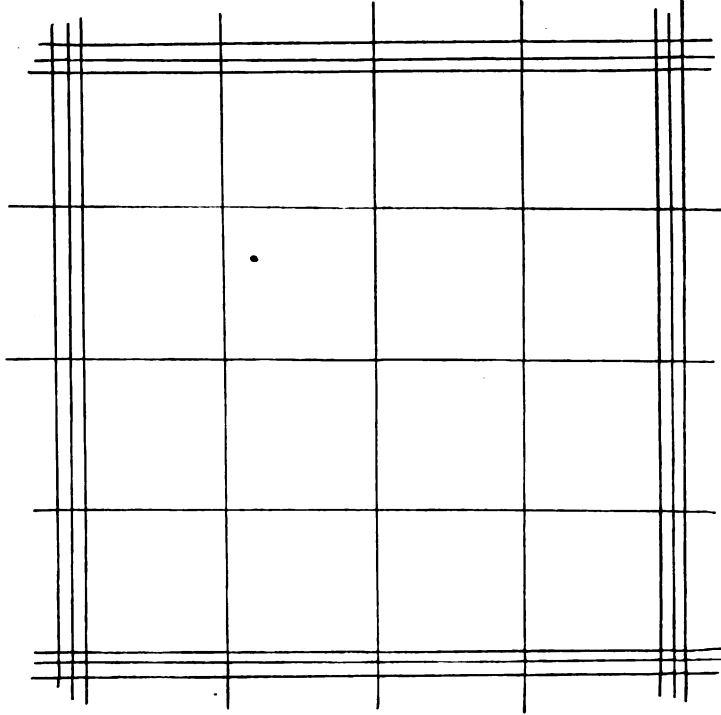
Wassermann schwach positiv.

Wassermann negativ.

organen (Leber, Milz) oder Alkoholextrakt von Meerschweinchenorganen (LANDSTEINER, MÜLLER, PÖTZL, VOLK usw.), dann Komplementzusatz (frisches Meerschweinchenserum); 1 Stunde Brutschrank; dann Zusatz von Gemisch aus Hammelblutkörperchenaufschwemmung und inaktiviertem (erhitztem) Kaninchenserum (Hammelblutimmenserum); nach 2 Stunden Brutschrank bei Anwesenheit von Antikörpern (Wassermann positiv) starker Satz von Hammelblutkörperchen (ungelöst) am Boden des Reagenzglases; sind diese aber komplett gelöst, so ist der Wassermann negativ (d. h. keine luetischen Antikörper vorhanden); es gibt aber Zwischenstufen, die Reaktion ist dann »schwach«, »fraglich«, Wiederholung nötig. ABDERHALDENSches Dialysierverfahren zum Nachweis von Organabbaustoffen (Paralyse, Schizophrenie, Basedow u. a.), Technik kompliziert, derzeit praktisch noch nicht absolut spruchreif, aber in Kürze wohl von eminentem praktischen Werte.

* Die technischen Angaben sowie die Zeichnungen bzw. Präparate verdanke ich den Herren VOLK und PAPPENHEIM.

Normaler Befund.
10 Zellen in der ganzen Kammer ($3\frac{1}{2}$ im mm²).



Mittelstarke Pleocytose (progr. Paralyse).
160 Zellen in der ganzen Kammer (56 im mm²).

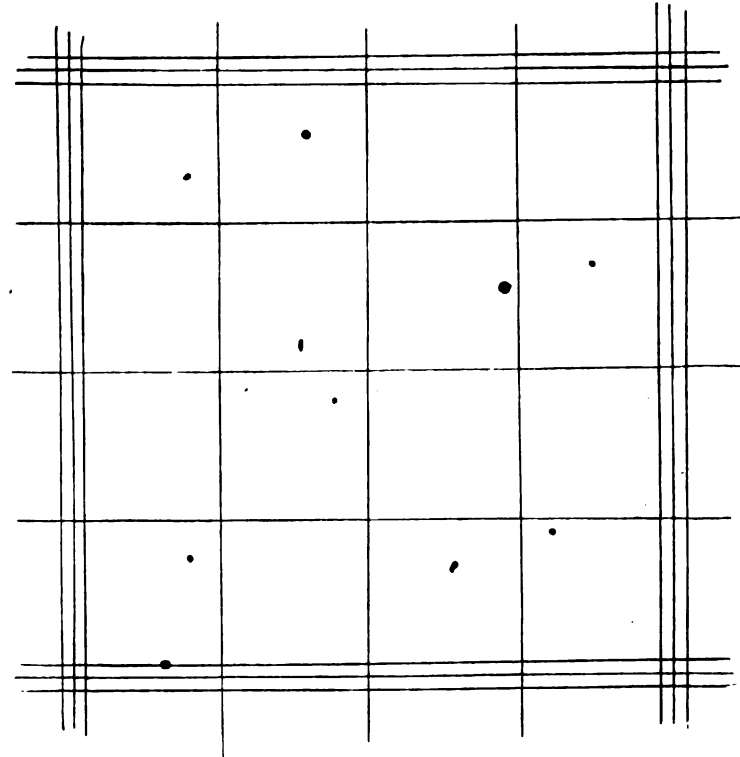


Fig. 11.

$\frac{1}{16}$ der Zählkammer nach Fuchs-Rosenthal; 80fache Vergrößerung. Halbschematische Darstellung.

2. Liquor cerebrospinalis. Entnahme durch Lumbalpunktion; Punktionsbesteck nach QUINCKE, sorgsamste Sterilisation, Vorbereitung wie zu einer Operation, Vorsicht bei Verdacht auf Hirntumor (plötzliche Todesfälle!); Einstich in Höhe der unteren Lendenwirbelsäule (Patient sitzt oder liegt in Seitenlage, Rücken stark konvex gebogen, Assistenz nötig!), median oder knapp neben der Mittellinie zwischen zwei Wirbeldornfortsätzen oder Wirbelbogen (Vorsicht, daß kein frisches Blut in die Kanüle komme, da dies stört!), bis Liquor kommt, Auffangen der Spinalflüssigkeit in sterilisierte Epruvette; auf Druck achten (eventuell manometrisch messen!), erhöht bei Meningitis und allen drucksteigernden Prozessen im Zerebrospinalsack (wenn nicht Verklebung oder Absackung) dann Liquor im Strahl fließend oder sehr rasch abtropfend; etliche Kubikzentimeter auffangen (blutfrei!), dann Herausziehen der Nadel und aseptische Versorgung der Punktionsstelle.

Untersuchung des Liquors.

a) Inspektion: gewöhnlich wasserklar, kaum gelblicher Stich; wenn klar, dieser aber stärker bzw. rötlichgelb, Verdacht auf Mischung mit älterem Blute, also Blutergüsse in die Meningen oder den Zerebrospinalsack! Trübung weist auf akute oder chronische Meningitis hin (bakteriologische Differentialdiagnose zwischen den akuten Formen, »Häutchenbildung« bei oft negativem bakteriellen Befund suspekt für tuberkulöse Meningitis).

b) Chemische Untersuchung: Zuckergehaltserhöhung mehr wissenschaftlich wichtig. Eiweißvermehrung sehr wichtig, bei Abbauprozessen bzw. chronisch entzündlichen Prozessen aller Art, besonders Paralyse; am wichtigsten Prüfung nach NISSL (mit ESBACHSchem Reagens), mit Salpetersäure und nach NONNE-APELT »Phase I«: Versetzung des Liquors mit der gleichen Menge konzentrierter Ammoniumsulfatlösung, der Opaleszenzgrad bzw. Trübungsgrad maßgebend; steigende Verdünnung des Liquors, sohin Aufschichtung desselben auf das Ammoniumsulfat ergibt bloß Ringbildung, Grenze, bei der diese auftritt, läßt quantitative Beurteilung zu (BISGAARD, ZALOZIECKI).

c) Morphologisch: vermehrter Gehalt an Formelementen als Ausdruck erhöhten Abbaues bei entzündlichen Prozessen, diagnostisch besonders wichtig wieder bei Tabes und Paralyse (einkernige, mehrkernige Lymphocyten, Plasmazellen u. a.); Zählung in Zählkammern (z. B. von ZEISS bzw. FUCHS-ROSENTHAL; über 9 Zellen im Kubikmillimeter Liquor, nach der Kammer ausgerechnet, ist sichere Pleocytose. Zähl- bzw. Färbungsmethodik: Mélangeur für weiße Blutkörperchen, Aufziehen bis Marke 1 der Zahlflüssigkeit (Gentiana- oder Methylviolett 0,15—0,2, Acid. acet. glac. 5—10, Aqu. dest. 50,0), dann Liquor (gleich nach Punktion) bis Marke 11, schütteln 3 bis 5 Minuten, dann zählen in Zählkammern (Mikroskop); für Deckglasfärbung: Zentrifugieren, dann die diversen Blutfärbemethoden (Hämalaun-Eosin, Methylgrünpyronin, GIEMSA, LEISHMAN usw., ALZHEIMER (Ausfällung des Liquors mit Alkohol, Gerinnsel einbetten und schneiden).

d) Serologisch: Positiver Wassermann (siehe oben), besonders belangreich zur Bestätigung der Diagnose auf Paralyse. Prozedur: Liquor wie beim Serum, doch Auswerten in höheren Dosen (bis 1,0) nach HAUPTMANN (zur Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri und Paralyse). Inaktivierung des Liquors unnötig.

Decursus:

Gehört zu jeder Krankengeschichte! Muß sowohl psychisches wie körperliches Verhalten, wie deren gegenseitige Beziehungen, soweit die hier angeführten, praktisch wichtigen Punkte in Betracht kommen, getreu zum Ausdruck bringen; man achte — siehe die betr. Kapitel — mit besonderer Sorgfalt auf die Beziehungen von Körpergewicht, Körpertemperatur und Menstruation zu der Psyche! Man notiere jede Schwankung, zumal auf affektivem und psychomotorischem Gebiete; eventuell lege man Kurventabellen zwecks besseren Überblicks an (zumal bei Anfallskranken, Periodikern, Manisch-Depressiven). — Bei Exitus letalis womöglich Obduktionsfund (aus forensischen, klinischen u. a. Motiven). Endlich bei Geheilten oder Gebesserten Retrospektive (oft praktisch und theoretisch wertvolle Angaben!) und, wo dies durchführbar, auch Katamnese (tunlichst persönlich und in regelmäßigen Zeiträumen durch Jahre hindurch)!

Die hier gegebenen Winke für die allgemeine Untersuchung und Diagnostik sind natürlich nicht alles erschöpfend*); sie tragen aber jenen Gesichtspunkten Rechnung, die praktisch erfahrungsgemäß vor allem zu berücksichtigen sind.

*) Brauchbare, knappe, in Repetitoriumsform gehaltene Zusammenstellungen fast aller für die psychiatrische Zustandsuntersuchung in Betracht kommenden Details finden sich in den guten Leitfäden von RÆCKE, BECKER u. a., und nicht zuletzt in dem erst kürzlich erschienenen, recht brauchbaren Büchlein von JOLLY.

Anhang.

Wirkungsweise und Anwendung der für den praktischen Psychiater wichtigen Arzneimittel*).

VON DR. KARL FERI IN WIEN.

Allgemeine Bemerkungen über die medikamentöse Therapie in der Psychiatrie.

Die medikamentöse Therapie geistiger Störungen und ihrer Symptome ist ebenso wie jedes therapeutische Verfahren bei irgendwelchen Krankheiten entweder ätiologisch oder symptomatisch, je nachdem das therapeutische Vorgehen die Krankheitsursache beseitigt und die spezifischen Gewebsveränderungen zur Rückbildung oder, wenn bereits irreparable, durch Regeneration nicht mehr auszufüllende Defekte entstanden sind, wenigstens zum Stillstand bringt oder nicht.

Bevor nun auf die systematische Darstellung der Wirkungsweise der einzelnen Pharmaka eingegangen wird, ist es notwendig, ein Moment zu behandeln, das in der uns hier beschäftigenden Disziplin eine größere Rolle spielt als in anderen medizinischen Fächern; es sind die »individuellen Wirkungen« der Arzneimittel. Wir beobachten z. B., daß ein Individuum auf eine sonst hypnotisch wirkende Dosis eines Schlafmittels mit einem rauschartigen Zustand, also mit Erregung reagiert, wir beobachten, daß ein Glas Bier, das bei einem senil Dementen Schlaf herbeiführt, bei einem anderen Patienten einen epileptischen Anfall oder einen Dämmerzustand hervorruft, wir beobachten, daß ein Kranker, dem man im Anschluß an eine Operation oder wegen einer schmerzhaften Erkrankung eine Morphininjektion macht, auch dann, wenn die Wunde längst geheilt ist oder keine Schmerzen mehr ihm den Schlaf zu rauben drohen, das lebhafteste und dringende Verlangen nach einer Morphininjektion hat, um sich nur um jeden Preis die Euphorie, die im Gefolge der Injektion eintritt, zu verschaffen, wir beobachten, daß nach Einnahme von Antipyrin in medizinaler Dosis Hautveränderungen auftreten usw. Es ließe sich un schwer die Zahl der hierher gehörigen Beispiele vermehren; diese wenigen aber werden genügen, um die große Bedeutung dieser »individuellen Reaktionen« zu illustrieren. Nicht in dem Medikament, in der (oft degenerativen) Konstitution des Kranken liegt die Ursache dieser

*) Hinsichtlich der organischen Einreihung der wesentlichsten von den hier abgehandelten Arzneimitteln in den allgemeinen Zusammenhang der Therapie sei auf das Kapitel »Allgemeine Therapie der Geisteskrankheiten« verwiesen.

Wir erfüllen gleichzeitig eine angenehme Pflicht, wenn wir an dieser Stelle Herrn Professor Dr. ALFRED FRÖHLICH, der die Güte hatte, diesen Anhang einer Durchsicht zu unterziehen und uns verschiedene Winke und Ratschläge zu erteilen, unseren wärmsten Dank aussprechen.

unerwünschten Wirkungen, sowohl der Süchtigkeit als auch der paradoxen Reaktion als auch der Idiosynkrasie. Wenn also bei der Besprechung jener Medikamente, die erfahrungsgemäß solche unerwünschte Wirkungen hervorrufen können, immer auf dieses Faktum hingewiesen werden muß, so geschieht das deshalb, weil diese abnormen Konstitutionen sich in keiner Weise verraten und häufig genug nur durch Zufall entdeckt werden. Es kann nicht weiter verwundern, daß gerade bei Funktionsstörungen des Gehirns solche abnorme Reaktionen vorkommen, da dieses Organ in seinen Eigenschaften und Leistungen, wie schon die Erfahrung des Alltags zeigt, eine ungeheure physiologische Variationsbreite aufweist, indem es durch die Gesamtheit seiner Funktionen bei der Verarbeitung der Sinnesreize die Eigenart der Persönlichkeit bedingt und als Träger der Individualität fungiert. Um wieviel mehr wird dieses Organ unter pathologischen Verhältnissen auf den pharmakologischen Reiz in eigenartiger, nicht voraussehender Weise zu reagieren vermögen, da, wie wir wissen, die Reaktionsfähigkeit erkrankter Gewebe von der normaler verschieden ist, wie dies z. B. bei der lokalen Tuberkulinreaktion Lupöser, bei der spezifischen Salizylsäurespeicherung in erkrankten Gelenken, bei der Jodspeicherung in tuberkulösem Gewebe oder im Karzinomknoten der Fall ist. Immer ist die Besonderheit der Individualität, des Organismus, nicht aber die Eigentümlichkeit des Arzneimittels die Ursache der meist wenig erwünschten individuellen Reaktion.

Eine weitere Tatsache, die hier angeführt werden muß, ist die »Gewöhnung«. Ein Kranker, der ein Medikament mehrere Tage hintereinander genommen und in der gewünschten Weise, z. B. mit Schlaf, darauf reagiert hat, wird nicht mehr so stark durch das Präparat beeinflusst, so daß die Dosis erhöht werden muß, wenn man mit demselben Arzneimittel eine Wirkung erzielen will. Häufig kommen dabei, vornehmlich dann, wenn die Kranken in der Lage sind, sich das gewünschte Medikament zu verschaffen (Ärzte, Chemiker, Apotheker, Pflegepersonen), Mengen von Medikamenten zur Einverleibung, die, als erste Dosis verabreicht, letal wirken würden oder wenigstens schwere Vergiftungserscheinungen hervorrufen könnten.

Es ist von selbst klar, daß die Süchtigkeit und die Gewöhnung häufig vereint vorkommen, und zwar vor allem bei jenen Medikamenten, welche die (den degenerativen Personen so ganz besonders unerträglichen) Unlustgefühle beseitigen.

Im nachfolgenden wird eine systematische Darstellung der Wirkungsweise der für die Behandlung von geistig Erkrankten wichtigsten Medikamente gegeben, welche mit Rücksicht auf die komplizierten ätiologischen Verhältnisse und mit Rücksicht auf interkurrente Erkrankungen sich nicht auf jene Pharmaka beschränkt, die ausschließlich oder hauptsächlich auf das Zentralnervensystem einwirken, sondern auch jene Pharmaka behandelt, die durch ihre Wirkung auf den Zirkulationsapparat, auf den Verdauungskanal usw. usw., kurz auf den Gesamtorganismus überhaupt, für die Behandlung geistig Abnormer von Bedeutung sind.

Medikamente, die in spezifischer Weise auf das Großhirn beruhigend einwirken.

Das, was in einer sehr erheblichen Anzahl der Fälle von Geistesstörungen im Vordergrund des klinischen Bildes steht, sind Erregungszustände; sie sind es meist, welche die Anwendung jener Heilmittel erfordern, die man als Hypnotika, Narkotika und Sedativa bezeichnet. Hypnotika nennt man die

Präparate, die vorzugsweise Schlaf herbeiführen, Narkotika die Arzneimittel, welche in kleinen Mengen in auffallend intensiver Weise auf die Funktionen des Nervensystems schwächend oder lähmend einwirken und typisch Betäubung machen, Sedativa die, welche Erregungszustände beseitigen oder herabsetzen. Es ist klar, daß scharfe Grenzen nicht bestehen, speziell nicht zwischen Hypnoticis und Sedativis. Es wird hier zwar vor allem in Anlehnung an diese klinische Einteilung, aber auch mit Berücksichtigung der heute in der Pharmakologie viel verwendeten chemischen Systematik der uns beschäftigende Stoff abgehandelt.

Hypnotika.

Allgemeine Beschreibung ihrer Wirkung.

Sie werden entweder vom Darm oder vom Unterhautzellgewebe her resorbiert und lähmen — in manchen Fällen nach einem vorausgehenden Erregungsstadium*) — zunächst das Großhirn, indem sie Benommenheit und Schlaf erzeugen, wobei jedoch nicht die isolierte Aufhebung der Schmerzempfindlichkeit ihre erste Wirkung ist, wie dies z. B. für Morphin charakteristisch. Daneben bestehen auch sehr früh Störungen der Koordination der Bewegungen, aber die Unempfindlichkeit für Schmerzreize tritt erst sehr viel später ein. Schließlich erfolgt der Tod durch Lähmung des Atemzentrums. Das erste Stadium der Wirkung dieser Präparate ist es, das wir therapeutisch verwerten. Die Brauchbarkeit der einzelnen Präparate ist nun zunächst davon abhängig, ob der Spielraum zwischen der Dosis, die Großhirnnarkose macht, und jener, die Lähmung der lebenswichtigen Zentren der Oblongata setzt, ein hinreichend großer ist: die Dosis therapeutica darf der Dosis toxica nicht zu nahe liegen.

Die Wirkung dieser Arzneimittel macht einen dem Nachtschlaf ähnlichen Zustand; der Schlaf ist durch Sinnesreize (Anrufen, Berühren usw.) zu unterbrechen, nur ist beim Erwecken aus dem künstlichen Schlaf leichter Schlaftrunkenheit, Koordinationsstörung (Taumeln, Schwanken), Eingenommensein des Kopfes zu beobachten als beim Erwecken aus dem natürlichen Schlaf. Ein Teil von ihnen wirkt dadurch, daß sie die Empfindlichkeit für die (nicht schmerzhaften) Sinnesreize, die das Einschlafen zu hindern vermögen, herabsetzen. Bestimmt man z. B. systematisch die Schallstärke, die eben hinreicht, um einen Schlafenden zu erwecken, so findet man, daß die Empfindlichkeit für diese Art von Reizen durch Paraldehyd, das typische Einschlafmittel, bedeutend herabgesetzt wird, und zwar tritt diese Veränderung ziemlich rasch ein. Doch nicht nur durch Verminderung der Empfindlichkeit für Sinnesreize von außen wirken die Mittel dieser Gruppe, sondern auch bei »essentieller Schlaflosigkeit«, die durch psychische Vorgänge (Affekterregungen in erster Linie) bedingt ist. Bei der durch Schmerzen, Husten, Dyspnoe usw. bedingten Schlaflosigkeit sind sie zur Ruhigstellung nicht ausreichend wirksam, bei sehr starker Erregbarkeit, bei großer motorischer Unruhe ebenfalls nicht.

Zeigen in diesem Punkte die Präparate dieser zahlreichen Gruppe darin Übereinstimmung, daß unter ihrer Wirkung die Auffassung äußerer Reize ausnahmslos verschlechtert ist, so ergibt die Analyse verschiedener anderer

*) Inwieweit die Steigerung der Erregbarkeit auf den Ausfall von Hemmungen zurückzuführen ist, bleibe hier, als für die klinische Betrachtung minder wichtig, unerörtert.

Funktionen des Zentralnervensystems nicht unbeträchtliche Differenzen beim Vergleich der Wirkungen der Präparate. Die motorische Innervation ist durch einige, z. B. Alkohol und Paraldehyd, nicht geschädigt, wohl aber durch Chloral; ja noch mehr, Alkohol führt sogar im Gegenteil, wie allgemein bekannt, leicht zu einer allgemeinen motorischen Erregung (Rauschzustand), Paraldehyd nicht, aus welchem Grunde der Alkohol ein recht minderwertiges Schlafmittel ist. Andererseits ist die blutdrucksenkende Wirkung des Chlorals sehr ausgesprochen, viel weniger etwa die des Veronals oder Bromurals oder Neuronal.

Die Wirkungsweise dieser Schlafmittel ist durch ihre physikalisch-chemischen Eigenschaften gegeben, genauer gesagt, sie ist durch ihre Affinität zu den Lipoiden, den fettartigen Bestandteilen des Nervensystems, bedingt (H. H. MEYER), welche diesem Organ in größerer Menge eigen sind als den anderen Geweben. Die Schlafmittel werden, wie auf sehr verschiedenartige Weise gezeigt wurde, von den Fetten und fettartigen Substanzen den wässrigen Lösungen (Blut) entzogen. Es würde zu weit führen, hier alle Versuchsreihen zu schildern, welche die Bedeutung der Lipoidlöslichkeit der Narkotika für ihre Wirkung erwiesen haben; es mag hier nur ein sehr drastisches Beispiel erwähnt werden. Da der Teilungskoeffizient, d. i. der Quotient

$\frac{\text{Löslichkeit in Öl}}{\text{Löslichkeit in Wasser}}$ (Öl als Repräsentant der fettartigen Substanzen) für Chloralhydrat bei 30° mehr als 4mal so groß ist als bei 3°, muß eine bei 30° für Kaulquappen eben wirksame Chloralhydratlösung bei 3° unwirksam sein; das Experiment bestätigt diese Folgerung aus der Theorie. Diese Auffassung ergibt aber andererseits auch, daß ein Schlafmittel nicht absolut wasserunlöslich sein darf. Die Speicherung der Schlafmittel in den Lipoiden, die im Nervensystem in so reichlicher Menge vorkommen, beraubt diese Zellbestandteile, auf deren allgemein biologische Bedeutung übrigens ihr Vorkommen in allen Zellarten hinweist, ihrer normalen Beziehungen zu den übrigen Bestandteilen der Ganglienzellen und stört so die Funktion dieser Zellen. An ein »Herauslösen« der Lipoiden aus den Zellen darf man nicht denken, denn dies würde die leichte und typische Restitutio ad integrum unmöglich machen.

Welche Eigenschaften muß nun ein Hypnotikum haben, damit es gut verwendbar sei?

Ein klinisch gut anwendbares Schlafmittel muß rasch und sicher wirken, es soll einen ruhigen, ungestörten Schlaf erzeugen, der dem physiologischen möglichst ähnlich ist, dabei soll es in der sicher wirksamen Dosis keine unangenehmen oder gefährlichen Neben- oder Nachwirkungen haben. Die Empfindlichkeit des Organismus gegen das Präparat soll bei fortgesetztem Gebrauch weder zu- noch abnehmen, es soll weder Intoleranz, noch mangelhafte Ausscheidung zum Aussetzen des Präparates zwingen, noch Gewöhnung zu fortgesetzter Steigerung führen. Es soll leicht und angenehm zu nehmen sein, soll nicht schlecht schmecken oder schlecht riechen. Es soll, und das ist nicht unwichtig, nach Möglichkeit auch subkutan gegeben werden können; letztere Forderung ist gerade für die psychiatrische Praxis von Wichtigkeit.

Es ist nun nicht möglich, ein Präparat zu nennen, das allen diesen Anforderungen vollkommen genügt, speziell hinsichtlich des Geschmackes wird man kaum je ein Präparat finden können, das allen Kranken recht ist; man denke nur an die Patienten mit Vergiftungsbefürchtungen oder an die labilen Hysterischen. Weiterhin sind ja durchaus nicht alle Schlaf-

störungen, die wir durch Schlafmittel beeinflussen wollen, gleicher Natur; bald ist bloß das Einschlafen erschwert (typische essentielle Schlaflosigkeit der Neurastheniker), bald ist das Einschlafen wohl nicht erschwert, aber die Kranken erwachen bald wieder (Schlafstörung der Arteriosklerotiker), ganz abgesehen von den Schlafstörungen durch körperliche Ursachen oder durch motorische Erregbarkeit.

Man findet auch bei jedem Schlafmittel als individuelle Reaktionen »Versager« speziell bei höheren Dosen. Dieses auf den ersten Blick paradoxe Faktum erklärt sich daraus, daß man die größeren Mengen von vornherein bei stärker Erregten gibt, wo aber gerade die Schlafmittel dieser Gruppe überhaupt oft wirkungslos sind.

Um schädliche Einwirkungen der Präparate zu vermeiden, empfiehlt es sich, ein und dasselbe Präparat nicht zu lange zu verwenden und mit einem anderen, das einer anderen chemischen Gruppe angehört, zu vertauschen, z. B. Veronal mit Trional oder Adalin usw.

Man teilt die Schlafmittel ein in solche, die vornehmlich das Einschlafen erleichtern, bzw. erzwingen, und solche, die vornehmlich den Schlaf vertiefen und verlängern; der ersten Gruppe gehören an: Alkohol, Paraldehyd, Amylenhydrat, Chloralhydrat, Isopral, Bromural; der zweiten Gruppe gehören an: Sulfonal, Trional, Veronal, Proponal, Luminal. Den Übergang zwischen beiden stellen Adalin, Aponal und Neuronal her. Wir beginnen mit dem

Alkohol.

Der Alkohol, Äthylalkohol (C_2H_5OH), ist wohl ein Nervengift, aber seine Giftwirkung sowie die vieler Glieder dieser ganzen Gruppe, erstreckt sich auf alle Zellarten; als Nervengift gilt er vor allem deshalb, weil die exakt ineinander greifenden, fein abgestuften psychischen Funktionen in sinnfälligster Weise durch ihn geändert werden. Erste Wirkung ist meist die Empfindung des geistigen und körperlichen Wohlbefindens und eine im Anschluß an dieses behagliche Gefühl eintretende animierte Stimmung voll Zufriedenheit, Mitteilbarkeit und Wohlwollen. Eine gewisse Lebhaftigkeit sonst zurückhaltender Individuen macht sich geltend, sie werden freier und ungezügelter, sie verlieren die Hemmungen, die sie sonst hatten. In diesem Stadium ist die sensorielle und intellektuelle Leistungsfähigkeit schon deutlich herabgesetzt, die motorischen Funktionen sind erleichtert, und dieses Moment gibt oft den Anreiz zu motorischen Willensaktionen. Unüberlegte Handlungen voll Impulsivität, oft auch voll Roheit und Brutalität, erhöhtes Selbstgefühl sind die nächsten Wirkungen. Dabei ist die psychische Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigt, die wertvollen Assoziationen nach dem Sinn treten zurück, die rein lautlichen, in denen Reim und Klangähnlichkeit eine Rolle spielt, werden immer zahlreicher. Infolge der Erleichterung der motorischen Aktion werden die Fehler bei der Ausführung genau koordinierter Bewegungen immer zahlreicher; die unter Alkoholeinwirkung stehenden Personen wissen aber nichts von ihrer mangelhaften Leistungsfähigkeit, sie glauben sogar, in ganz ausgezeichneter Verfassung zu sein. Das nächste Stadium ist die akute Alkoholvergiftung, der Rausch; Mattigkeit, undeutliches Sprechen, Unsicherheit beim Gang sind die wichtigsten Symptome dieses zum Schlaf führenden Zustandes, in dem noch manchmal Übelkeit und Erbrechen sich einstellen. Der Schlaf nach Alkoholvergiftung erinnert an die Wirkung von Äther und Chloroform: Muskelschlaffheit, schnarchende Atmung, weicher Puls, Temperaturabnahme. Neben diesen

Wirkungen, die dem Alkohol als Narkotikum zukommen, beeinflußt er noch Kreislauf und Atmung, indem die Hautgefäße sich erweitern und die Atmung sich vertieft; die normale Herzfunktion wird durch Alkohol nicht sicher gebessert, wohl aber die Funktion des ermüdeten Herzens.

Auf die Gefahren, welche die Euphorie im ersten Stadium der Alkoholwirkung als Ursache des Alkoholismus chronicus in sich birgt (durch Wegräumung der Hemmungen), sei nur hingewiesen, ebenso auf die verderblichen Folgen für das zentrale und periphere Nervensystem, sowie für die anderen Organe (Gefäße, Verdauungskanal usw.). Auf das Vorhandensein typischer Alkoholpsychosen sei hier ebenfalls nur hingewiesen, ebenso auf die ganz besonders schädigende Einwirkung auf Epileptiker.

Indikationen. Therapeutische Anwendung findet der Alkohol gerechterweise nur selten, und zwar fast nur bei gewissen Neuropathen, etwa bei jenen Fällen von Schlaflosigkeit, die durch Übermüdung des Gehirns bedingt sind, sowie unter Umständen bei Schlaferschwerung durch Niedergeschlagenheit und innere Spannungen. Man gibt ein Glas Bier oder schweren Weines vor dem Schlafengehen; schon aus pädagogischen Gründen empfiehlt es sich aber, den Alkohol womöglich, wenn schon überhaupt, in medikamentös-dispensierter Form zu geben. Bei Verwirrtheit und Erregung, die mit Nahrungsverweigerung, Unruhe und Pulsschwäche einhergehen (Amentia, Delirium acutum), mag man ab und zu mit Vorteil Kognak wegen der herzstimulierenden Wirkung des Alkohols als Zusatz zur künstlichen Ernährung verwenden. Besonders wichtig ist der Alkohol als Herztonikum beim Delirium tremens; man verordnet ihn etwa in folgender Weise:

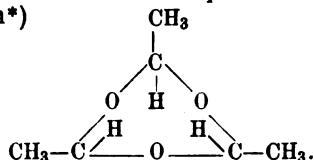
Rp. Spirit. vin. 180,0
Aq. font. 270,0
Syr. simpl. ad 500,0

D. S. 2stündlich ein Eßlöffel.

Paraldehyd.

Während sich der Alkohol infolge des stark ausgeprägten Erregungsstadiums wenig als Hypnotikum und Sedativum empfiehlt, ist das nunmehr zu erwähnende, ihm chemisch nicht sehr fernstehende Paraldehyd eines der häufigst gebrauchten Schlafmittel, wenn nicht das meistverwendete.

Das Paraldehyd ist ein Kondensationsprodukt des Azetaldehyds CH_3COH und hat die Konstitution*)



Das Paraldehyd ist eine farblose, ausgesprochen unangenehm riechende Flüssigkeit von brennendem Geschmack, die sich in 8,5 Teilen Wasser löst, welche Lösung aber die paradoxe Eigenschaft aufweist, sich beim Erwärmen zu trüben. Paraldehyd ist in dunklen Flaschen, die vollgefüllt sein müssen, aufzubewahren, da es durch Licht und den Sauerstoff der Luft leicht verändert wird.

*) Es sei, um auf den Zusammenhang von chemischer Konstitution und pharmakologischer Wirkung hinzuweisen, an die Konstitution des als Inhalationsnarkotikum verwendeten Äthyläthers $\text{C}_2\text{H}_5\text{-O-C}_2\text{H}_5$ erinnert.

Paraldehyd soll nur per os verabreicht werden, niemals per clysmata, da es auf die Mastdarmschleimhaut stark reizend einwirkt, auch niemals subkutan. (Rezeptformeln s. u.)

Es wird leicht resorbiert, so daß der Eintritt der Wirkung in 10 bis 15 Minuten erfolgt; nur selten geht der hypnotischen Wirkung ein Erregungsstadium voraus, das dem durch Alkohol hervorgerufenen nicht unähnlich ist, nur viel weniger lang dauert. Es tritt rasch eine bis zur Aufhebung gehende Schwächung des Auffassungs- und Denkvermögens ein, während die psychomotorische Erregung, wie eben erwähnt, nur gering ist oder ganz fehlt. Bei Alkoholintoleranten bewirkt Paraldehyd im Anfang Taumeln und Unsicherheit beim Gehen und Stehen. Infolge seiner raschen Resorption ist Paraldehyd das typische Einschlafmittel, das vor allem dann angezeigt ist, wenn das Einschlafen gestört ist. Der Kranke wird von unwiderstehlicher Schlafsucht befallen, sucht sich in bequeme Lage zu bringen und entzieht sich mit Leichtigkeit jedem störenden Sinneseindruck ebenso wie ein normal ermüdeten Mensch. Die Kranken klagen noch manchmal über Kongestionen, Schwindel, Eingenommenheit des Kopfes, Übelkeit, man beobachtet an ihnen öfter lebhaftes Rötung des Gesichtes*). Ist der Schlaf einmal eingetreten, so gewinnt er rasch die Tiefe des physiologischen Schlafes, doch ist es je nach der Größe der verabreichten Dosis möglich, durch Anrufen, Rütteln oder Nadelstiche den Schläfer zu erwecken. Die Sehnenreflexe sind im Paraldehydschlaf weniger lebhaft als im normalen Schlaf. Unter der Wirkung des Präparates tritt eine Verminderung des Hirnvolumens ein. Der Zirkulationsapparat wird durch Paraldehyd nicht beeinträchtigt; die Atmung ist ebenso wie bei normalem Schlaf verlangsamt und vertieft. Bei richtiger Dosierung dauert der Schlaf 5—6 Stunden.

Indikationen. Das Paraldehyd wirkt gut bei der essentiellen Schlaflosigkeit der Hysterischen und Neurasthenischen, auch bei nicht allzu schweren manischen und anderen Erregungszuständen. Bei Schmerzen ist es wirkungslos, ebenso bei motorischer Unruhe. Als Sedativum ist es wenig wertvoll. Starker Lärm im Beginn der Wirkung, der das Einschlafen verhindert, macht die Medikation illusorisch.

Das Paraldehyd ist kontraindiziert bei Erkrankungen des Magens, bei erhöhter Reizbarkeit der Magenschleimhaut (Erbrechen), bei Tuberkulose des Kehlkopfes (Husten, eventuell Erbrechen).

Über Nachwirkungen klagen die Kranken selten; sie erwähnen dann Kopfschmerzen und Schwindel, Trockenheit im Rachen, Brennen in Hals und Magen, Brechreiz, Herzklopfen. Objektiv beobachtet man Schweißausbrüche, erythematöse und vesikulöse Exantheme. Wieviel von den erwähnten subjektiven Symptomen auf die psychischen Eigentümlichkeiten der Kranken (Vergiftungsideen, Hypochondrie usw.) zu setzen sind, inwieweit Verunreinigungen des leicht veränderlichen Präparates mitwirken, ist nicht leicht zu sagen.

Paraldehydismus. Da das Paraldehyd, wie aus der oben skizzierten Darstellung hervorgeht, in seiner Wirkung dem Alkohol entfernt ähnlich ist, kann es nicht verwundern, daß es bei disponierten Individuen zum chronischen Mißbrauch des Paraldehyds kommt, besonders bei solchen, denen ihr Beruf ermöglicht (Apotheker, Chemiker, Ärzte), sich oft und leicht größere Mengen

*) Es ist nicht unmöglich, daß diese Nebenwirkungen durch Verunreinigungen des leicht veränderlichen Präparates hervorgerufen werden.

von Paraldehyd zu verschaffen. Es werden da unglaubliche Mengen Paraldehyd konsumiert, bis zu 40 g pro die durch Monate. Bei Paraldehydismus besteht Abmagerung, Anämie, Konjunktivitis, Magen- und Darmstörungen, Albuminurie, Arrhythmie, Herzklopfen; Parästhesien, Halluzinationen, Gedächtnis- und Intelligenzabnahme, Angst und Schlaflosigkeit weisen auf die Schädigung des Gehirns hin, die sich auch durch einen dem Delirium tremens ähnlichen Symptomenkomplex offenbaren kann (Paraldehyddelirium). Die bei Paraldehydismus vorgenommene Entziehungskur kann Abstinenzsymptome zeitigen, wie Delirien, Halluzinationen, Erregungszustände, epileptiforme Anfälle, Bradyphasie, Kollaps.

Im Gegensatz zu der eben erwähnten chronischen Vergiftung ist die akute recht harmlos (siehe das frühere Kapitel über allgemeine Therapie). Die Maximaldosis des deutschen Arzneibuches (5,0 pro dosi, 10,0 pro die) übersteigende Menge von 15 g ist ganz unbedenklich, es wurde auch schon die einmalige Einnahme von 100,0 g und mehr beobachtet, ohne daß schwere Intoxikationssymptome sich gezeigt hätten. Es tritt tiefer Schlaf ein, der bis 20 Stunden und länger dauern kann; eine Schädigung der Herz- oder Atmungstätigkeit tritt nicht ein, leichte, stets vorübergehende Nierenreizung kann durch eine die Maximaldosen überschreitende Menge herbeigeführt werden.

Die Ausscheidung des Paraldehyds erfolgt (ebenso wie die des Äthers und Chloroforms) zum großen Teil durch die Lungen. Das ist eine der unangenehmsten Eigenschaften, welche die Verwendung dieses sonst geradezu idealen Schlafmittels außerhalb öffentlicher Krankenhäuser fast ausschließt, da der unangenehme Geruch der Expirationsluft den Menschen, der Paraldehyd genommen hat, einfach gesellschaftlich unmöglich machen würde.

Man verordnet Paraldehyd je nach der Schwere der zu bekämpfenden Schlafstörung in Mengen von 3–5 g; als Durchschnittsmenge gibt man am Abend 4 g zwischen 8 und 9 Uhr und wiederholt diese Dosis, wenn der Patient in der Nacht erwacht. Die Gesamtdosis soll 10 g nicht überschreiten. Wegen seiner Reizwirkung für die Schleimhäute, seines unangenehmen Geschmacks und Geruchs verordnet man Paraldehyd in schleimigen Vehikeln und mit Korrigentien.

Man verordnet z. B.

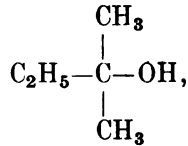
Rp. Paraldehyd.	—	24,0
Gum. arab.	aa	24,0
Syr. simpl.		30,0
Aq. destill.	ad	180,0

D. S. Abends 2 Eßlöffel zu geben.

Die unangenehmen Eigenschaften des Paraldehyds; die öfter beobachtete Reizwirkung auf die Schleimhaut, der brennende Geschmack, der widrige Geruch ließen ein Schlafmittel suchen, das die guten Eigenschaften des Paraldehyds, seine prompte Wirkung, seine geringe Giftigkeit für den Atmungs- und Zirkulationsapparat, die Geringfügigkeit seiner Nachwirkungen mit einem besseren Geschmack vereinigt. Alle jetzt zu erwähnenden Schlafmittel sind Ergebnisse dieser Bestrebungen. Zuerst wurde das Amylenhydrat empfohlen.

Amylenhydrat.

Das Amylenhydrat ist seiner chemischen Konstitution nach ein naher Verwandter des Alkohols und des Paraldehyds; es ist ein tertiärer Alkohol von der Konstitution



nach der das Präparat auch Dimethyl-äthyl-karbinol genannt wird. Amylenhydrat ist eine farblose Flüssigkeit, die in Wasser etwa ebenso löslich ist wie Paraldehyd und durchdringend ätherartig, aber nicht so unangenehm riecht wie Paraldehyd. Es wird, wie aus der großen Ähnlichkeit aller seiner Eigenschaften mit denen des Paraldehyds hervorgeht, ebenfalls leicht resorbiert und führt (selten nach vorausgehendem rauschähnlichen Zustand mit starker motorischer Erregung) in durchschnittlich 15–30 Minuten zu einem dem physiologischen Schlaf ähnlichen Zustand, der bei richtiger Dosierung auch 6–8 Stunden dauert. Amylenhydrat vermag nicht, Schlaf zu erzwingen. Es ist auch nicht schwer, den Amylenhydratschlaf durch Anrufen, Rütteln usw. zu unterbrechen. Amylenhydrat macht weniger Magenbeschwerden als Paraldehyd, erzeugt dagegen unter Umständen ausgesprochene Blutdrucksenkung und verlangsamte, oberflächliche Atmung, beides durchaus unerwünschte Nebenerscheinungen. Die Kranken klagen öfter über Brennen im Hals, Magendrücken, Brechreiz; nach dem Erwachen besteht Schwindel und Kopfschmerz. Seine hypnotische Wirkung ist stärker als die des Paraldehyds, indem ungefähr 1 g Amylenhydrat etwa 2 g Paraldehyd entsprechen*). Das Amylenhydrat wird zum größten Teil durch die Lunge ausgeschieden, aus welchem Grunde die Expirationsluft längere Zeit riecht, welche Tatsache allerdings nur empfindliche Patienten belästigt.

Es ist vornehmlich bei der idiopathischen Agrypnie der Hysteriker und Neurastheniker indiziert, ebenso bei manischen und anderen nicht allzu schweren Erregungszuständen. Bei Epilepsie versagt es mitunter, wirkt aber oft gut beim Status epilepticus, besonders in Kombination mit Neuronal (s. S. 207). Kontraindiziert ist es bei schweren Magenerkrankungen (Brechreiz, Drücken im Epigastrium), ulzerösen Prozessen im Pharynx und Kehlkopftuberkulose (Brennen, Husten). Akute Vergiftung mit einer die Maximaldosis des deutschen Arzneibuches (4,0 pro dosi, 8,0 pro die) weit übersteigenden Menge (27 g!) führte nicht zum Tode; es wurde als Folgen der Vergiftung Reflexlosigkeit, Bradykardie, Pupillenerweiterung mit träger Lichtreaktion, langsame unregelmäßige Atmung beobachtet.

Dosierung. Man verordnet Amylenhydrat in Mengen von 2–5 g, je nach der Schwere des Falles, entweder per os oder per rectum, am vorteilhaftesten zwischen 8 und 9 Uhr abends. Die subkutane Injektion ist unmöglich.

Man gibt es in wässriger Lösung mit einem Korrigens, z. B.

Rp. Amylen. hydrat.	3,0	Rp. Amylen. hydrat.	30,0
Aq. font.	8,0	Aq. menth. piperit.	80,0
Syr. simpl.	10,0.	Syr. rub. Idae	40,0.
D. S. 1/2 Stunde vor dem Einschlafen zu verabreichen.		D. S. 1/2 Stunde vor dem Einschlafen ein Eßlöffel zu verabreichen.	

*) Genaue zahlenmäßige Angaben über die relative Wirkungsstärke von Präparaten sind angesichts der großen individuellen Unterschiede der Arzneimittelwirkung natürlich unmöglich.

Bei empfindlichem Magen kann man Amylenhydrat auch in Gelatine-kapseln geben, um Magenbeschwerden zu verhüten. Leider sind diese Kapseln teuer. Im paralytischen Anfall wird man das Präparat mit der Schlundsonde dem Kranken beibringen. Gibt man Amylenhydrat per rectum, so verordne man es etwa in folgender Weise.

Rp. Amylen. hydrat. 3,0
 Mucilag. gumm. arab. —
 Aq. font. aa 25,0.

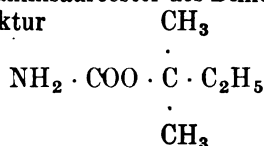
D. S. 1/2 Stunde vor dem Einschlafen als Klysma zu verabreichen.

Im großen und ganzen wird das Amylenhydrat nicht sehr viel verwendet, da es keine besonderen Vorteile gegenüber dem viel billigeren Paraldehyd aufweist, abgesehen von der geringeren Belästigung durch den der Exhalationsluft anhaftenden Geruch.

Urethane.

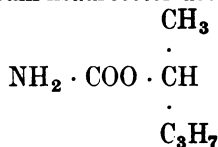
Die von der tierexperimentellen Untersuchung her als gute Schlafmittel bekannten Urethane*) (Ester der Karbaminsäure), sind auch durch mehrere Körper repräsentiert, die in der klinischen Medizin Verwendung finden. Zwar ist das Äthylurethan $\text{NH}_2\text{COO} \cdot \text{C}_2\text{H}_5$ so schwach wirksam, daß es heute nur mehr in der Kinderheilkunde noch gebraucht wird, aber der Karbaminsäureester des Dimethyläthylkarbinols und der des Methylpropylkarbinols werden als Hypnotika in der Psychiatrie angewendet.

Aponal, der Karbaminsäureester des Dimethyläthylkarbinols (= Amylenhydrat), dem die Struktur



zukommt, stellt ein weißes, in Wasser schwerlösliches Pulver vor. Seine Wirkung ist weniger die eines typischen Einschlafmittels, es steht vielmehr der Veronalgruppe näher, da es langsam wirkt und eher Dauereffekte aufweist. Es ist nicht uninteressant, darauf hinzuweisen, wie sehr der Alkohol durch die Überführung in den Karbaminsäureester an hypnotischer Kraft gewinnt; die wirksame Dosis ist 1–2 g. Es wird geraten, die Dosis von 2 g nicht zu überschreiten. Das Präparat kommt in Tabletten à 1,0 g in den Handel.

Hedonal ist der Karbaminsäureester des Methylpropylkarbinols, dem die Konstitution



zukommt, und stellt ein weißes kristallinisches Pulver vor, das sich in Wasser schwer löst, pfefferminzartig schmeckt und riecht. Es wirkt innerhalb 15–30 Minuten, indem sich eine, allerdings durch Willensanstrengung zu überwindende Müdigkeit einstellt, die unter günstigen Verhältnissen (Fehlen von Lärm usw.) zum Schläfe führt. Der Schlaf ist jedoch immer oberflächlich. Es ist nur bei leichten Fällen anwendbar. Manchmal tritt statt der Schlafwirkung ein Rauschzustand ein. Häufig, speziell bei stärkerer motorischer

*) Die Urethane stehen als Ester der (hypothetischen) Karbaminsäure NH_2COOH dem Harnstoff, dem Amid dieser Säure, NH_2CONH_2 chemisch recht nahe.

Unruhe erweist es sich als vollständig unwirksam. Das Präparat ist also für die Psychiatrie recht unverlässlich. Eine oft beobachtete und sehr unangenehme Eigenschaft ist seine harntreibende Kraft, die ihm wie allen Urethanen zukommt; der ohnehin nur oberflächliche Schlaf wird dadurch unterbrochen.

Es tritt sehr rasch Gewöhnung ein, die zur Steigerung der Dosen zwingt; alsbald (von 6 g angefangen) ist auch durch Erhöhung der Dosis keine Verbesserung der Wirkung zu erreichen.

Man gibt es in Mengen von 1–4 g, je nach der Schwere des Falles, in Oblaten, und läßt etwas Wasser oder Milch nachtrinken.

Chlorhaltige Präparate.

Die nunmehr zu behandelnden chlorhaltigen Schlafmittel bilden eine eigene Gruppe, sowohl in chemischer als pharmakodynamischer Hinsicht, indem sie als chloresubstituierte Verbindungen zwar stark hypnotisch wirken, zugleich aber auch in typischer Weise den Tonus des vasomotorischen Zentrums beträchtlich herabsetzen. Dieser Gruppe von Verbindungen gehören an: Chloralhydrat, Isopral und Chloroform (s. S. 211).

Das Chloralhydrat*), $\text{CCl}_3 \cdot \text{C}(\text{OH})_2$, das Hydrat des Trichloraldehyds, ist historisch dadurch bemerkenswert, daß es das zuerst medizinisch verwendete synthetische Hypnotikum ist. Eine Reihe von unangenehmen Nebenerscheinungen und Vergiftungen mit Chloralhydrat ließen den Wunsch nach einem unschädlichen, den Blutdruck nicht herabsetzenden Mittel entstehen, welches Streben schließlich zur Einführung des Paraldehyds und in der Folge zu der des Amylenhydrats führte.

Chloralhydrat stellt farblose Kristalle vor, die sich sehr leicht in Wasser lösen, schwach stechend riechen und scharf ätzend und bitterlich schmecken. Es erzeugt ein überaus lästiges und unangenehmes, nicht rasch verschwindendes kratzendes Gefühl im Rachen, macht auch leicht, selbst wenn es in der unten angegebenen Weise verabreicht wird, bei empfindlichen Personen Magenbeschwerden (Schmerzen im Epigastrium) und Erbrechen. Man kann dann als Ursache dieser Erscheinungen Rötung und Bläschenbildung an der Mund- und Rachenschleimhaut, ja bei Verwendung konzentrierter Lösungen Schleimhautnekrose mit Schorfbildung feststellen; auf diese Weise erklärt sich auch die nach Chloralhydrat beobachtete Hämatemesis.

Chloralhydrat wird, wie dies für alle Einschlafmittel charakteristisch ist, leicht resorbiert und entfaltet sehr rasch seine Wirkung. Im Gegensatz zu Paraldehyd und Amylenhydrat ist es imstande, Schlaf zu erzwingen, sowohl bei durch Affekterregungen bedingter Schlaflosigkeit, als auch bei nicht allzu starker motorischer Unruhe, da es auch auf die motorischen Zentralapparate wirkt. Unter seiner Wirkung nimmt die Auffassungs- und Denktätigkeit sehr rasch ab, in wenigen Minuten ist der tiefe Chloralschlaf eingetreten, der bei richtiger Dosierung 6–8 Stunden dauert. Die relative Wirkungsstärke von Paraldehyd, Amylenhydrat und Chloralhydrat verhält sich ungefähr wie 1 : 2 : 3. Es kommen freilich Fälle vor, allerdings recht selten, in denen Chloralhydrat nicht als Narkotikum wirkt, sondern Erregungszustände hervorruft (bei Hysterie, Neurasthenie, Dementia paralytica und Alkoholismus chronicus).

*) Im folgenden werden für das Präparat die Ausdrücke Chloral und Chloralhydrat promiscue gebraucht, obwohl sie nicht ganz dasselbe bedeuten (Chloralhydrat = $\text{CCl}_3\text{C}(\text{OH})_2$, Chloral = CCl_3COH). Medizinische Verwendung findet ausschließlich das Chloralhydrat.

Neben seiner narkotischen Wirkung entfaltet es auch einen lähmenden Einfluß auf das vasomotorische Zentrum, wodurch sich die Unterleibsgefäße erweitern, während die Haut blaß wird. Infolge der Gefäßerweiterung sinkt der arterielle Blutdruck in einer unter Umständen gefährlichen Weise. Nach- und Nebenwirkungen des Chloralhydrats sind häufig beobachtet worden, besonders bei chronischem Gebrauch (s. u.). Als Nebenwirkung beobachtete man selten zerebrale Symptome (Kopfschmerzen, Eingenommensein des Kopfes, Dämmerzustände) nach einmaliger Anwendung, dafür um so häufiger nach wiederholter Einnahme von Chloralhydrat.

Die Entfernung der Dosis therapeutica und Dosis toxica ist nicht groß, da bei disponierten Personen (s. u.) schon 4 g tödlich gewirkt haben. Bei Verwendung von Chloralhydrat ist also größte Vorsicht geboten; charakteristisch ist, daß es als das gefährlichste aller Schlafmittel bezeichnet werden konnte (ZIEHEN).

Die Gefährlichkeit des Präparates ist vor allem durch seine blutdruckerniedrigende Wirkung bedingt. Ebenso wie sein in demselben Sinne wirkender naher Verwandter Chloroform hat es durch Schädigung des Zirkulationsapparates in einer Reihe von Fällen tödlich gewirkt, und zwar nicht nur im unmittelbaren Anschluß an die Verabreichung des Präparats, sondern auch mehrere Tage später. Bei tödlicher akuter Chloralvergiftung kommt es zum Exitus, teils apoplektiform (Herzlähmung), teils unter dem Bilde des Lungenödems, beides aber ist in letzter Linie durch die Schädigung des Zirkulationsapparates bedingt; in manchen Fällen wirkt es durch Lähmung des Atmungszentrums tödlich. Daneben wirkt es auch noch als allgemeines Zellgift, indem es bei längerem Gebrauch zu Veränderungen der parenchymatösen Organe führt. Klinisch steht bei chronischer Vergiftung als typisches Phänomen ein charakteristisches vasomotorisches Symptom im Vordergrund, der »Rash«.

Es zeigen sich fliegende Kongestionen des Gesichtes, des Halses und der Bindehaut mit lebhaftem Klopfen der Karotiden infolge der spezifischen vasoparalytischen Wirkung des Chlorals. Die Disposition zu diesem Phänomen ist nach mehrtägigem Chloralgebrauch so groß, daß auch Alkohol diesen »Rash« macht. Die Neigung zum »Rash« ist erst 4—6 Tage nach Aussetzen des Chlorals völlig verschwunden.

Andere, vor allem durch die vasomotorischen Wirkungen bedingte Folgen des Chloralgebrauches sind: Ödeme des Gesichtes, besonders der Augenlider, und der Beine, sowie Amaurose, Dekubitus bei intakter Epidermis infolge der Stase. Andere Veränderungen der Haut (Erytheme, Urtikaria, Ekzeme, Purpura), sowie Störungen des zentralen und peripheren Nervensystems (statische Ataxie, Paresen, Muskelkrämpfe vom Typus des Paramyoclonus multiplex, Stupor), der Bauchorgane (Ikterus, Melaena, Urobilinurie, Zylindrurie) sind oft nach Chloralgebrauch konstatiert worden. Auf die Gefäßwirkung sind vielleicht auch die nach Chloral manchmal zu beobachtenden Bronchopneumonien zu beziehen.

Chloralismus. Ebenso wie andere Schlafmittel führt auch Chloral bei disponierten Personen zur Süchtigkeit und, wie sich von selbst aus dem eben Gesagten ergibt, zu chronischen Vergiftungen. Die Hauptsymptome dieses Zustandes sind allgemeine psychische Stumpfheit, Gedächtnisschwäche, Abnahme des Auffassungsvermögens, Herzklopfen, Präkordialangst, livides und subikterisches Kolorit, Magen-Darmstörungen (abwechselnd Appetitlosigkeit und Heißhunger, Erbrechen), Abmagerung.

Bemerkenswert ist ferner, daß Personen, die chronisch Chloralhydrat verwenden, durch interkurrente Krankheiten ganz besonders gefährdet sind.

Als Abstinenzerscheinungen bei Chloralenzziehungskuren beobachtet man: Kollaps, Synkope, Erregungszustände, Angst, Tremores, motorische Unruhe.

Akute Vergiftung. Die akuten Vergiftungserscheinungen bei zu großen Dosen sind vor allem Kollapserscheinungen (Aussetzen von Puls und Atmung bei tiefer Temperaturensenkung); unter Umständen kann sich akutes Lungenödem infolge der Zirkulationsschädigung entwickeln. Es sind aber auch Fälle beobachtet worden, wo die Schädigung des Atemzentrums den Tod herbeiführte, besonders bei Alkoholikern. Die Behandlung der akuten Chloralhydratvergiftung muß in erster Linie auf die Hebung der Herztätigkeit gerichtet sein (Koffein, Kampfer, Atropin), wenn es nicht möglich ist, durch die Magensonde das Gift zu entfernen. Eventuell muß man auch die künstliche Atmung einleiten.

Das Chloralhydrat ist, wie bereits bemerkt, mit größter Vorsicht zu verwenden. Es wird bei essentieller Schlaflosigkeit und bei nicht sehr schweren Erregungszuständen kaum mehr angezeigt sein, beim Status epilepticus hingegen und bei Chorea ist es ausgezeichnet wirksam. Nur bei Personen mit intaktem Zirkulationsapparat ist das Chloralhydrat zu verwenden. Kontraindiziert ist es bei allen Schädigungen des Herzens (Myokarditis, Klappenfehler usw.), Arteriosklerose und bei Erkrankungen des Magen-Darmkanals, der Leber, der Respirationsorgane besonders bei Lungentuberkulose, bei Delirium tremens. Auch bei Epilepsie ist es, abgesehen vom Status epilepticus, besser nicht zu verwenden.

Chloralhydrat wird per os und per clysmata verabreicht. Es ist sehr zweckmäßig, es in schleimigen Vehikeln zu geben, damit die ätzende und reizende Wirkung auf die Schleimhäute sich möglichst wenig entwickle. Per os lasse man es nie auf nüchternen Magen nehmen und immer in gehöriger Verdünnung.

Die subkutane Anwendung verbietet sich wegen seiner lokalen Reizwirkung von selbst.

Die Maximaldosis der Pharmacopoea Germanica und Austriaca, beträgt 3,0 pro dosi, 6,0 pro die. Man gibt 1,5 g in leichteren, 2,0—3,0 g in schweren Fällen. Bei sehr starker Erregung ist man bis zu Dosen von 5,0 gegangen. Doch ist in allen Fällen, in denen man über die Maximaldosis hinausgeht, äußerste Vorsicht angezeigt.

Man verordne z. B.

Rp. Chloral. hydrat.	3,0
Aq. font.	25,0
Mucil. gum. arab. ad	50,0

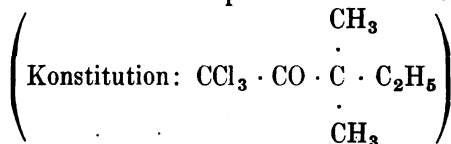
D. S. Klysmata.

Dem Chloralhydrat nahe steht das Isopral, der Trichlorisopropylalkohol, dem die chemische Konstitution $\text{CCl}_3 \cdot \text{CH}(\text{CH}_3) \cdot \text{OH}$ zukommt. Es ist dem Chloral sehr ähnlich. Es stellt ein weißes Pulver vor, das sich in Wasser sehr leicht löst, brennend und kratzend schmeckt und kampferartig riecht. Es erzeugt, da es leicht resorbiert wird, in 15—30 Minuten Schlaf. Bei disponierten Personen kommt es aber zu Rauschzuständen, unter Umständen auch zu epileptiformen Anfällen, mit Delirien und nachfolgender Amnesie. Durch Abstinenz entstehen dem Delirium tremens ähnliche Zustände. Das Präparat

macht, seinem Chlorgehalt entsprechend, Blutdrucksenkung. Es erzeugt, wie alle Schlafmittel, bei disponierten Personen Gewöhnung und Süchtigkeit. Eine tödliche Vergiftung durch die Dosis von 1,0 g ist mitgeteilt worden. Es wird in der Dosis von 0,5—1,0 bei nervöser Schlaflosigkeit gegeben, ist aber bei Herz- und Gefäßveränderungen kontraindiziert, wenn auch nicht in dermaßen hohem Grade, wie Chloralhydrat. Es wirkt nicht stark reizend auf die Schleimhaut des Verdauungskanales ein und wird in Oblaten gegeben, nie aber auf nüchternen Magen.

Chloralentgiftung. Die gefährliche Einwirkung des Chloralhydrats auf den Zirkulationsapparat war Anlaß zu vielen Versuchen, das Präparat zu »entgiften«. Es würde zu weit führen, alle vorgeschlagenen Kondensationsprodukte und Kombinationen, die unter Verwendung von Chloral hergestellt wurden, aufzuzählen und zu besprechen, hier seien bloß Dormiol und Eglatol erwähnt.

Dormiol ist ein Kondensationsprodukt von Chloral und Amylenhydrat



und stellt eine ölartige, wasserhelle Flüssigkeit von mentholähnlichem Geruch und brennendem Geschmack vor. Es wird rasch resorbiert, seine Wirkung tritt etwa eine halbe Stunde nach dem Einnehmen ein. Als unangenehme Nebenwirkungen hat man Aufstoßen und Brennen im Epigastrium beobachtet.

Dormiol ist weniger energisch wirksam als Chloralhydrat und wird gewöhnlich in Dosen von 0,5—2,0 verabreicht; man kann aber dreist bis 3,0 pro dosi gehen, da selbst bei 6,0 keine unangenehmen Folgen beobachtet wurden.

Man gibt es zweckmäßig nur per os, und zwar entweder in Gelatine-kapseln à 0,5 oder in Schüttelmixtur in einem schleimigen Vehikel.

Man verordnet z. B.

Rp. Dormiol. 0,5	D. ad caps. gelatin.	D. d. No. IV.	Rp. Dormiol.
D. S. 1 Stunde vor der Schlafenszeit	2—4 Kapseln.		Mucil. gumm. arab. aa 10,0
			Syr. simpl. ad 150,0
			D. S. Vor dem Gebrauch schütteln.
			1 Std. vor der Schlafenszeit 1-2 Eßlöffel.

Eglatol ist ein Kondensationsprodukt von Chloral mit Antipyrin und wird deshalb später besprochen (s. S. 226).

Bromhaltige Präparate.

Die nun zu besprechenden bromhaltigen Schlafmittel bilden vom chemischen und pharmakodynamischen Standpunkt eine Gruppe. Es muß aber mit allem Nachdruck darauf hingewiesen werden, daß ihre Wirkung mit der später (s. S. 219) zu besprechenden Bromwirkung im eigentlichen Sinn dieses Wortes nicht das geringste zu tun hat. Diese letzterwähnte Wirkung beruht auf der Anwesenheit von Bromionen, die man z. B. durch Zusatz von Silbernitrat nachweisen kann, während das Brom der hier zu besprechenden Verbindungen durch Silbernitrat nicht nachweisbar ist, also »larviert« ist. Man hat im Hirn »larviertes« Brom nach Einverleibung dieser Präparate gefunden. Es mußte also das ungespaltene Molekül als solches resorbiert worden sein und die hypnotische Wirkung ausgeübt haben. Außerdem sind die

mit den wirksamen Mengen einverleibten Brommengen so gering, daß man die wahrgenommene Wirkung nicht gut auf sie beziehen kann. Die Leber baut die Präparate ab und zerstört sie. In diese Gruppe gehören Bromural, Adalin und Neuronal.

Bromural ist Bromisovalerylharnstoff [Konstitution s. u. *)] und stellt ein weißes kristallinisches Pulver vor, das fast geschmacklos ist; es enthält 35,5% elementares Brom. Seine Wirkung tritt in 5—25 Minuten ein und hält je nach der Schwere des Falles mehrere Stunden an. Es gelingt mühe-los, die Eingeschlaferten zu erwecken. Für die Psychiatrie ist es, weil nicht energisch wirkend, nur wenig wertvoll. Es ist viel weniger ein Hypnotikum als Sedativum. Es kommt vor allem für die depressiven Zustände der Neurastheniker und Hysterischen in Betracht, auch bei Basedowkranken ist es gut wirksam. Das Präparat kommt in Tabletten à 0,3 g in den Handel, man verordnet in der Regel 2—3 Tabletten, also 0,6—0,9. Das Präparat ist vom toxikologischen Standpunkt aus vollkommen unbedenklich; denn es wurde einmal die Menge von 9,0 g in selbstmörderischer Absicht genommen, rief aber nur 40stündigen Schlaf hervor.

Die beiden nunmehr zu erwähnenden Präparate bilden den Übergang der bisher besprochenen Einschlafmittel zu den Gliedern der Dauerschlafmittel.

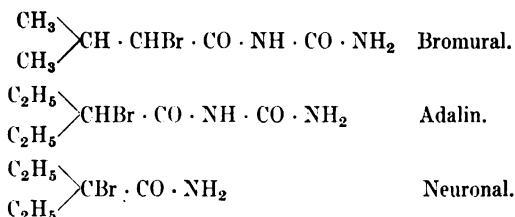
Adalin ist Bromdiäthylazetylharnstoff [Konstitution s. u. *)] und stellt ein weißes Pulver vor, das schwach bitter schmeckt. Es enthält 33,4% Brom. Das Präparat wird langsam resorbiert und langsam ausgeschieden; es wirkt bei verschiedenen Personen recht ungleichartig. Es steht in der Stärke seiner Wirkung zwischen Bromural und Veronal, auch in der Art seiner Wirkung, indem oft Nachwirkung über den Tag zu bemerken ist, so daß man in diesen Fällen bloß jeden zweiten Abend das Präparat verabreichen muß, um den Patienten jede Nacht zum Schlafen zu bringen. Seine Wirkung tritt (bei Verabreichung per os) in etwa einer Stunde ein. Bei idiopathischer Agrypnie, Neurasthenie, Hysterie, M. Basedowii, Halluzinierenden ohne allzu starke Erregung hat es sich bewährt. Es versagt bei starken Erregungen und Schmerzen. Es ist bei Entziehungskuren bei Morphinismus und Alkoholismus gut verwendbar und wird in diesen Fällen zuerst mit Veronal oder Trional kombiniert, später allein angewendet.

Das Präparat macht keine Nach- oder Nebenwirkung, wenn man von der bei Bromempfindlichen auftretenden Bromakne absieht.

Nach 2—3 Wochen kontinuierlichen Gebrauches tritt Gewöhnung ein, die es notwendig machen würde, die Dosen über das übliche Maß zu erhöhen, doch kann man durch Verwendung von Veronal (0,5 Veronal statt 1,0 Adalin) über diese Schwierigkeit hinwegkommen.

Das Präparat ist in toxikologischer Hinsicht vollkommen unbedenklich.

*) Man erkennt durch Vergleich der Konstitutionsformeln die große Ähnlichkeit des Aufbaues der Präparate dieser Gruppe.



4,5 g, ja 9,0 g, wurden genommen, ohne daß mehr als 18stündiger Schlaf eintrat.

Man verordnet das Präparat als Sedativum in Dosen von 0,25—0,5 3—4mal täglich, als Hypnotikum in Dosen von 0,75—2,0 bei Erregungszuständen, je nach der Schwere des Falles und läßt warme Flüssigkeit (Milch, Suppe) nachtrinken. Eine wesentliche Beschleunigung seiner Wirkung kann man durch Zufuhr per rectum erreichen, indem man 1 g in 100 ccm lauem Wasser suspendiert und vorsichtig verdünnte Natronlauge zutropft, bis das Präparat gelöst ist (es genügen 8 Tropfen einer 4%igen Natronlauge).

Man kann unbedenklich bis 2,0 pro dosi, 4,0 pro die gehen. Mit Vorteil kombiniert man es mit Paraldehyd (z. B. 0,25 4mal im Laufe des Tages, am Abend 3—4 g Paraldehyd).

Neuronal ist Bromdiäthylacetamid*) (Konstitution s. S. 206) und stellt ein weißes Pulver vor, das in Wasser wenig löslich ist und bitter schmeckt. Es enthält 41% Brom. Seine Wirkung tritt in 20—30 Minuten ein und dauert unter Umständen 5—8 Stunden. Je nach der Schwere des Falles gibt man 0,5—1,0 bei leichteren, 2,0—3,0 bei schwereren Fällen. Es hat sich bei erschwertem Einschlafen, gesteigerter Affekterregbarkeit mit Gedankenjagen und vasomotorischen Störungen bewährt. Besonders gut scheint es bei epileptischen Zuständen (Dämmerzustände, Stat. epilepticus) zu sein, und bei Erregungszuständen verschiedener Art, bei welchen die protrahierte Verabreichung in dosi refracta besonders angezeigt ist.

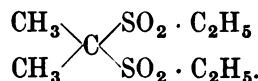
Auch bei diesem Präparat zeigen sich in der Wirkung ziemlich beträchtliche Unterschiede. Es ruft nicht immer Schlaf hervor, sondern mitunter nur Müdigkeit, manchmal aber Rauschzustände und taumelnden Gang. Es wirkt auf den Zirkulationsapparat nicht schädigend ein.

Man verwendet es als Sedativum in Dosen von 0,5 dreimal täglich bei schwerer motorischer Erregung; als Hypnotikum verordnet man 1,0—3,0 je nach der Schwere des Falles. Besonders gut ist die Kombination von 2,0 g Neuronal mit 6,0 Amylenhydrat (klare Lösung) und die Kombination mit Phenazetin aa part. aequ., erstere bei starker motorischer Erregung und im Stat. epilepticus, letztere bei starken Schmerzen.

Die nunmehr zu besprechenden Präparate sind vor allem Dauermittel, d. h. sie sind vor allem bei jenen Fällen von Schlafstörungen angezeigt, bei denen zwar das Einschlafen keine Schwierigkeiten macht, aber der Schlaf oft unterbrochen ist. Sie sind chemisch in zwei Gruppen zu gliedern, in die Sulfone und die Derivate der Barbitursäure.

Sulfone (Sulfonal, Trional).

Sulfonal ist Diäthylsulfon-dimethylmethan und hat die Struktur



Es stellt ein weißes, geschmack- und geruchloses Pulver vor, das sich in kaltem Wasser nur wenig löst. Man gibt es am besten zur Zeit, in der Schlafneigung besteht, und zwar in heißer Flüssigkeit (Tee, Suppe). Man kann auf diese Weise den Kranken ohne ihr Wissen das Medikament beibringen. Die Wirkung tritt langsam, in 1—2 Stunden, ein, weil das Präparat langsam resorbiert

*) Es ist als das erste der bromhaltigen synthetischen Schlafmittel in die praktische Medizin eingeführt worden.

wird, und dauert lange an, weil es nur allmählich ausgeschieden wird. Es wirkt nicht schädigend auf Kreislauf oder Atmung wie etwa das Chloral, es macht keine Schädigung der Verdauungsorgane, wie Chloral oder Paraldehyd, keine Obstipation wie Morphin oder Opium.

Das Präparat ist vor allem bei nervöser Schlaflosigkeit angezeigt. Im allgemeinen wirkt es weniger energisch als Chloral, zeigt aber noch eine gewisse Wirksamkeit für die nächste Nacht, allerdings oft auch noch unangenehme Nachwirkungen am Tage (Schwäche in den Beinen).

Es ist aber gegenüber den Vorteilen zu sagen, daß wegen seiner langsamen Ausscheidung der länger dauernde Gebrauch von Sulfonal absolut kontraindiziert ist; denn dadurch können schwere Vergiftungen hervorgerufen werden. Tagelanger Schlaf, während dessen sich Bronchopneumonien entwickeln, Urobilinurie, Hämatorporphyrinurie, Siderosis der Leber, Nekrose der Tubuli contorti der Niere, Verfettung der großen Drüsen, sind beobachtet worden; auch Todesfälle nach einmaliger Einnahme sind bekannt geworden. Die Symptome von seiten des Nervensystems, die längerer Gebrauch des Präparates macht, sind Verwirrtheit, Sprachstörungen, Amnesie, Rauschzustände mit Halluzinationen, Angst und Delirien, Krämpfe, Flimmer-Skotome, Ohrensausen, Nystagmus, Ataxie, Müdigkeit, Benommenheit, Kopfschmerzen, Taumeln, Schwindel, träge Pupillenreaktion, aussetzende Atmung; die Symptome von seiten anderer Organe sind Hämatorporphyrinurie, Anurie, Diarrhöe, Dyspepsie, Cyanose, Arrhythmie, Kleinheit des Pulses, erythematöse, papulöse und bullöse Exantheme, Petechien, Urtikaria, Lidödem.

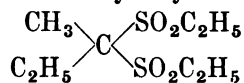
Die Therapie dieser Vergiftungserscheinungen geht darauf, die Ausscheidung der Abbauprodukte möglichst zu beschleunigen (Kochsalzinfusion, alkalische Wässer in größeren Mengen).

Dieses überaus polymorphe Vergiftungsbild, das schon auf eine Menge von 1,8 erscheinen kann, gebietet natürlich höchste Vorsicht in der Verabreichung. Bei Obstipation und Anämie ist es kontraindiziert. Man gehe nie über 2,0 bei Männern, 1,0 bei Frauen hinaus, verschreibe immer das Präparat als Pulvis subtiliss. pulverisat. Man gibt es am besten in warmer Flüssigkeit gelöst.

Die Maximaldosis der Pharmac. Germ. ist 2,0 p. dos., 2,0 p. die.

„ „ „ „ Austr. ist 2,0 p. dos.

Trional ist Diäthylsulfon-methyläthylmethan und gleicht seiner Konstitution nach



dem vorerwähnten Präparat sehr, sowie in seinen physikalischen, chemischen und pharmakologischen Eigenschaften. Es ist etwas leichter löslich, seine Wirkung tritt rascher ein, auch seine Nachwirkung dauert nicht so lange. Es ist darum auch nicht so giftig wie Sulfonal und ist heute auch noch stark in Gebrauch, während Sulfonal nur mehr wenig Verwendung findet. Es erschwert die Auffassung und hemmt die Bewegungsantriebe. Die Assoziationen und die muskuläre Leistungsfähigkeit bleiben ungestört. Es wirkt 15–30 Minuten nach dem Einnehmen.

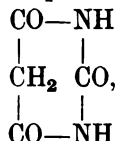
Die Indikationen und Kontraindikationen sind dieselben wie beim Sulfonal, wenn auch, wie bemerkt, das Mittel nicht im selben Grade giftig ist. Man vermeide den längeren Gebrauch und gehe nie über 2 g p. dosi hinaus. Die Vergiftungserscheinungen bei subakuter Vergiftung von seiten des Nervensystems sind Unbesinnlichkeit, Reizbarkeit, Depression, Taumeln, von seiten

der anderen Organe Hämatorporphyrinurie*), Magen-Darmstörungen. Bei chronischer Vergiftung kommt es zu Parästhesien, Schlafsucht, Gedächtnisstörungen, Orientierungsstörungen, Ohrensausen, Mydriasis, Nephritis, Melaena, Herzschwäche, Blutdrucksenkung. Die Therapie ist ebenso auf Beseitigung der Abbauprodukte des Hypnotikums gerichtet, wie bei der Sulfonalvergiftung.

Die Maximaldosen stimmen mit denen des Sulfonals überein.

Veronalgruppe (Veronal, Medinal, Proponal, Luminal).

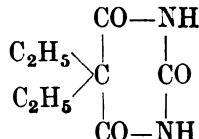
Die nunmehr zu behandelnden Präparate sind Derivate der Barbitursäure,



die wegen der Möglichkeit, sie aus Malonsäure $\text{CH}_2 \begin{cases} \text{COOH} \\ \text{COOH} \end{cases}$ und Harnstoff

$\text{NH}_2 \cdot \text{CO} \cdot \text{NH}_2$ **) darzustellen, auch als Malonylharnstoff bezeichnet wird, so daß man auch die Präparate dieser Gruppe als Harnstoffderivate auffassen kann. Sie haben seit ihrer Einführung in die Therapie durch FISCHER und v. MERING im letzten Dezennium sehr große Verbreitung erlangt, da sie in vielen Dingen allen anderen Schlafmitteln überlegen sind. Sie sind weniger giftig als die Sulfone, wirken verläßlich und sind — ein Novum unter den Schlafmitteln — injizierbar.

Veronal ist seiner Strukturformel nach Diäthylbarbitursäure



und stellt ein weißes kristallinisches Pulver vor, das sich in Wasser schwer löst und bitter schmeckt. Es wirkt im Durchschnitt etwa 1 Stunde nach dem Einnehmen (in dieser Hinsicht bestehen aber sehr große individuelle Schwankungen), weil es langsam resorbiert wird. Es erzwingt bei nervöser Schlaflosigkeit nicht den Schlaf, sondern führt bei Schlafneigung die Disposition zum Schlaf herbei. Nebenbei wirkt es unter Umständen auch diuretisch.

Es zeigt auch das Phänomen der Nachwirkung, da es auch langsam ausgeschieden wird. Es kann deshalb zur Kumulierung kommen, deren Symptome sind: leichter Rausch, schwankender Gang, tagelang andauernde Schläfrigkeit. Bei dauerndem Gebrauch beobachtet man allgemeine körperliche Schwäche, Appetitlosigkeit, Obstipation, Erbrechen, von seiten des Nervensystems Schwindel, Krämpfe, Gedächtnisstörungen. Das Präparat kann auch zur Süchtigkeit führen, und dann zeigen sich Erscheinungen, die bei Alkoholpsychosen vorkommen: Halluzinationen, Wahnerlebnisse mit Konfabulation, Beschäftigungsdelirien, ja sogar das LIEPMANNSCHE Phänomen kann auftreten.

*) Nachweis des Hämatorporphyrins. Man schüttelt den mit Eisessig angesäuerten Harn mit Essigäther aus, in dem der Farbstoff dann leicht spektroskopisch nachweisbar ist.

**) Bekanntlich wird der Harnstoff seit WÖHLER (1828) künstlich dargestellt.

Bei übergroßen, nicht letal wirkenden Mengen*) (6 g) kommt es zu Kollapserscheinungen.

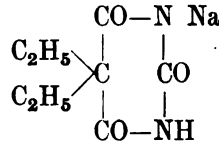
Die Therapie der Vergiftung richtet sich vor allem auf die Entfernung des Präparates. Selten ist die Magenausspülung angezeigt (der Arzt kommt meist erst, wenn das Präparat wirkt, also resorbiert ist), meist Hebung der Herzkraft und Beförderung der Ausscheidung (Kochsalzinfusion). Das Präparat ist bei Herz- und Gefäßveränderungen mit Vorsicht anzuwenden, da es den Blutdruck unter Umständen erniedrigt.

Das Veronal wird jetzt in dosi refracta (0,2) als Sedativum und Antiepileptikum, sowie bei Morphinisten wenig gebraucht, hingegen sehr viel als Hypnotikum bei Schlaflosigkeit aus den verschiedensten Ursachen. Die relative Wirkungsstärke von Trional, Adalin und Veronal verhält sich etwa wie 1,5 : 1 : 2. Seine therapeutische Wirkungsbreite ist sehr groß. Während 0,5—1,0 bei Männern, 0,25—0,5 bei Frauen schlafmachend wirken, beträgt die letale Dosis mindestens 8 g.

Man verordnet es in Pulverform, am besten in warmer Flüssigkeit (Milch, Suppe) zu nehmen.

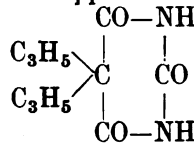
Die Pharmacopoea German. schreibt die Maximaldosen 0,75 p. dos., 1,5 p. die vor.

Medinal. Während das Veronal in Wasser schwer löslich ist, läßt sich aus ihm die Verbindung



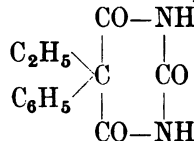
darstellen, das Natrium diäthylbarbituricum, das unter den Namen Medinal und Veronalnatrium im Handel ist; es ist leicht wasserlöslich (bis zu 20%) und kann darum in Form von Klysmen und Injektionen (immer intramuskulär!) angewendet werden. Die Dosierung ist dieselbe wie die des Veronals. Man verwendet es z. B. in solchen Fällen, in denen Veronal nur kurzdauernden Schlaf erzeugt hat, indem man es beim Erwachen den Patienten injiziert.

Ein weiteres Glied dieser Gruppe ist das Proponal, die Dipropylbarbitursäure,



die in ihren physikalischen und chemischen Eigenschaften dem Veronal sehr ähnlich ist. Was den Schlafeintritt betrifft, zeigt es nicht so viele individuelle Schwankungen wie das Veronal; aber die therapeutische Wirkungsbreite ist wesentlich kleiner als die des Veronals, welches darum mehr verwendet wird. Es wirkt in Mengen von 0,3—0,5 hypnotisch.

Eine andere Variante bietet das Luminal, die Phenyläthylbarbitursäure,



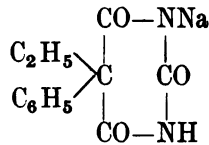
die in ihren physikalischen und chemischen Eigenschaften dem Veronal sehr

*) Selbstmordversuche mit Veronal sind nicht selten, besonders bei Frauen.

ähnlich ist. Es wirkt ohne vorausgehende Erregung etwa 30—60 Minuten nach dem Einnehmen. Seine Wirkung dauert etwa 5—8 Stunden. Auch dieses Präparat zeigt große Schwankungen in seinen Wirkungen, indem es manchmal geradezu lähmend (wie etwa Skopolamin) wirkt, manchmal wirkungslos bleibt. Es zeigt Nachwirkung, auch Kumulierungserscheinungen (taumelnden Gang, Benommenheit). Unerwünschte Nebenwirkungen sind: Erbrechen, Benommenheit, Schwindel, Erytheme, Salivation). Es wirkt in der Dosis von 0,2 zweimal täglich als Sedativum, in der Dosierung von 0,3—0,4 bei einfacher Schlaflosigkeit (Neurasthenie, senile Demenz, Paralyse); bei schwerer Erregung kann man bis zu 0,6 gehen (Epilepsie, Paralyse). Es ist etwa doppelt so stark wie Veronal. Dementsprechend ist es auch gefährlicher.

Es ist geeignet in gewissen Fällen als Ersatz für Skopolamin (z. B. für den Eisenbahntransport erregter Kranker), für Morphiumentziehungskuren bei Morphinisten (für letztere Zwecke werden 0,4 p. dos. empfohlen). Unter Umständen gelingt es, den Ausbruch des Delirium tremens zu verhüten. Bei Patienten mit Gefäß- und Herzveränderungen ist es kontraindiziert, ebenso bei Patienten mit Lungentuberkulose und chronischer Bronchitis, wie bei schwächlichen Personen überhaupt.

Man gibt es innerlich am besten mit warmer Flüssigkeit (Milch, Suppe). Ebenso wie bei der Diäthylbarbitursäure, wurde das Luminalnatrium



hergestellt, welches leicht (bis zu 20%) wasserlöslich ist. Es kann per Klyisma gegeben oder auch injiziert werden, doch darf die Lösung zur Sterilisierung nicht öfter als einmal gekocht werden, da sich sonst das Präparat zersetzt und unwirksam wird. Die Lösung muß immer intramuskulär injiziert werden, da es bei subkutaner Injektion zu Nekrosen der Haut kommen kann.

Inhalationsanästhetika.

Im Anschluß an die bisher behandelten Schlafmittel seien zwei Präparate kurz besprochen, die selten und nur gelegentlich in der klinischen Psychiatrie verwendet werden, die Inhalationsanästhetika Äther ($\text{C}_2\text{H}_5\text{-O-C}_2\text{H}_5$) und Chloroform (CHCl_3). Sie finden dann Anwendung, wenn unruhige Kranke, die aus irgendeinem Grunde verletzt worden sind oder sich selbst verletzt haben (Verletzung durch andere Personen oder Selbstverletzung bei Katonie oder Epilepsie usw.) chirurgisch behandelt werden müssen. Sie werden teils rein, teils in Mischung (Chloroform und Äther, Chloroform, Äther und Alkohol) gebraucht. Oft wird zweckmäßig eine Injektion von Morphin (1 cg) oder Morphin-Skopolamin (Morphin 1 cg, Skopolamin $\frac{1}{2}$ mg) vorausgeschickt, weil man dann mit sehr geringen Mengen des Inhalationsnarkotikums auskommt, eine Tatsache, die besonders beim Narkotisieren älterer Personen mit Gefäßveränderungen und chronischer Bronchitis von größter Wichtigkeit ist. Durch die Morphinwirkung wird das Exzitationsstadium der Narkose verkürzt, durch Skopolamin wird die Sekretion der Bronchialschleimhaut verringert, bzw. aufgehoben, so daß die Gefahr, daß infolge der durch die Narkose hervorgerufenen Hemmung der Expektoration Bronchopneumonien entstehen könnten, wesentlich vermindert wird. Jedenfalls wende man immer, ob nun eine Injektion der Inhalation vorausgegangen ist oder nicht, die Tropfmethode an und

beobachte immer Puls und Respiration. Das für die Leitung der Narkose so wichtige Verhalten der Pupillen ist nach Injektion von Morphin oder Morphin-Skopolamin nicht mehr zur Beurteilung der Narkose zu verwenden. Auf die Einzelheiten der Wirkung der beiden genannten Präparate näher einzugehen, sowie auf die Technik der Narkose, ist hier nicht der Ort.

Narkotika.

Während die bisher behandelten Präparate ausnahmslos synthetisch dargestellt werden und nicht in der Natur vorkommen, sind die nunmehr zu besprechenden Medikamente, die Alkaloide, ausnahmslos Naturprodukte, deren chemische Konstitution bisher nur zum Teil ermittelt wurde. Sie wirken, jedes in spezifischer und charakteristischer Weise, auf bestimmte Funktionen des Nervensystems ein und erfordern im großen und ganzen viel kleinere Mengen zur Entfaltung ihrer Wirksamkeit als die bisher besprochenen Schlafmittel. Sie sind durchweg komplizierte Derivate von Grundkörpern, die der Klasse der aromatischen Kohlenstoffverbindungen angehören und haben mehr oder weniger deutlich ausgeprägt basischen Charakter, nach dem die ganze Körperklasse auch benannt ist. Sie kommen hauptsächlich im Pflanzenreich vor und enthalten meist die Elemente Stickstoff, Kohlenstoff, Wasserstoff und Sauerstoff.

Die Wirkung und Verteilung der Alkaloide ist nicht durch eine gemeinsame Regel beherrscht, wie sie bei den früher besprochenen Präparaten durch die Funktion des Verteilungskoeffizienten gegeben ist; es läßt sich auch keine allgemeine Reihenfolge der Zentren angeben, in der sie von der Wirkung der Alkaloide getroffen werden, so wie das für die Schlafmittel der Fall ist (s. o. S. 194).

Die Alkaloide wirken in der mannigfachsten Weise, das eine vorwiegend auf das Großhirn, das andere vorwiegend auf das Atemzentrum, ein anderes wiederum spezifisch auf das Brechzentrum, noch ein anderes auf die Endigungen der vasokonstriktorischen Gefäßnerven usw. usw. Hier, an dieser Stelle, kommen zunächst jene zur Besprechung, die in spezifischer Weise vorwiegend auf jene Abschnitte des Zentralnervensystems einwirken, deren Funktion für den Ablauf der psychischen Phänomene von Wichtigkeit ist, die Alkaloide des Opiums und der Solanazeen. Wir beginnen mit den

Alkaloiden des Opiums (Opium, Morphin, Pantopon).

Die Alkaloide des Opiums*) finden sich, wie schon der Name sagt, im Opium, dem an der Luft erstarrten Milchsafte der halbreifen Kapsel Früchte von *Papaver somniferum*. Opium stellt eine braune, nicht kristallinische Masse vor, die bitter und scharf kratzend schmeckt und eigentümlich riecht. Es enthält eine große Anzahl von Alkaloiden — etwa 20 sind isoliert worden —, die an Mekon- und Schwefelsäure gebunden sind. Es ist aus dem Gesagten von vornherein klar, daß Opium kein Körper von konstanter Zusammensetzung sein kann. Die Bodenbeschaffenheit, meteorologische Verhältnisse, Entwicklungsstadium der Pflanze im Zeitpunkt der Gewinnung des Opiums und nicht zuletzt Verfälschungen des so wertvollen Handelsobjektes mit indifferenten und darum wirkungslosen Substanzen wirken da in gleichem Sinne zusammen. Das Arzneibuch gestattet deshalb für die

*) Opium wird auch Laudanum und Mekonium genannt.

medizinische Verwendung nur solches Opium, das einen bestimmten Minimalgehalt von Morphin, dem Hauptalkaloid, aufweist.

Die Träger der seit dem Altertum bekannten Wirkung sind die im Opium enthaltenen Alkaloide. Diese zerfallen nach ihrer Konstitution in zwei Hauptgruppen, die Derivate des Phenanthrens (Morphin, Kodein, Thebain usw.) und des Isochinolins (Papaverin, Narkotin usw.).

Morphin*), $C_{17}H_{19}O_3N$ wird in der Regel als Morphinum hydrochloricum verwendet. Es stellt ein weißes, kristallinisches Pulver vor, das sich bis zu 4% in destilliertem Wasser von Zimmertemperatur löst und bitter schmeckt. Morphin ist ziemlich leicht oxydierbar; es ist darum nicht zweckmäßig, größere Mengen in Lösung vorrätig zu halten oder zu verordnen.

Die erste Wirkung, auch der kleinsten wirksamen Mengen (1 cg per os, 5 mg subkutan) ist eine Herabsetzung der zentralen Schmerzempfindlichkeit. Die Empfindlichkeit der Sinnesorgane und die intellektuelle Leistungsfähigkeit bleiben unbeeinträchtigt, letztere Funktion kann sogar angeregt werden. Es entsteht ein ruhiges, behagliches Hinträumen mit ausgesprochener Euphorie, Erleichterung des Vorstellungsablaufes, aber mit Aufhebung oder wenigstens Herabsetzung der Willensfunktion und erschwelter Ausführung der motorischen Reaktionen. Unangenehme Gemeingefühle (Hunger, Müdigkeit, Unbehagen jeder Art) sind in diesem Stadium verschwunden, während die freie Phantasietätigkeit und das Fehlen jedes Bewegungsdranges (im Gegensatz zur Alkoholwirkung) das Gefühl wohliger Mattigkeit erzeugt. In dieser Wirkung liegt die Ursache der Morphin-süchtigkeit und des Morphinmißbrauches durch Personen, die durch dieses Stadium der Morphinwirkung ihre (aus verschiedenen Gründen) gesunkene geistige Leistungsfähigkeit erhöhen wollen.

Größere Dosen (1 cg und mehr) machen eine solche Herabsetzung der Erregbarkeit des Großhirns, daß bei nicht allzu starker Erregung (Bewegungsdrang) Schlaf eintritt. Dosen über 2 cg sind nur mit Vorsicht zu verabreichen, 3 cg machen tiefen Schlaf, aus dem der Betäubte nur sehr schwer erweckt werden kann.

Neben dieser eben geschilderten Wirkung beeinflußt das Morphin noch den Zirkulations- und Atmungsapparat. Es macht Erweiterung der Blutgefäße, wodurch ein angenehmes Wärmegefühl entsteht, verlangsamt die Pulsfrequenz und setzt die Erregbarkeit des Atemzentrums herab. Letztere Wirkung steht neben der Großhirnnarkose im Vordergrund der Morphinwirkung; die Atmung ist bei kleinen Dosen vertieft, bei größeren wird sie immer flacher und schließlich steht sie still. Der Tod in der akuten Morphinvergiftung erfolgt durch Atmungslähmung. Im Gegensatz zu dieser tiefgreifenden Alteration der Respiration ist die Funktion des vasomotorischen Zentrums nur unwesentlich beeinträchtigt und stellt, wenn die Respiration nicht gestört ist, niemals eine Quelle von Gefahren vor. Die Blutdrucksenkung kann, wenn nicht, wie gesagt, die Atmung geschädigt ist, nie exzessive Grade, wie z. B. bei Chloral, erreichen.

Andere klinisch wichtige Wirkungen des Morphins sind Krampf des Sphincter pylori, Obstipation, Harnverhaltung (infolge eines Krampfes der Sphincter vesicae) und Temperatursenkung, von welchen Symptomen die ersterwähnten auf der komplizierten Einwirkung des Morphins auf die viszerale Nerven beruhen, die letzte aber mehr auf zentrale

*) Wenn im folgenden von Morphin die Rede ist, wird immer das Salz, nicht die freie Base gemeint.

Wirkung zu beziehen ist, als auf die Wärmeabgabe durch die erweiterten Hautgefäße. Die typische Pupillenverengung durch Morphin ist nur von diagnostischer Wichtigkeit.

Neben diesen seinen eben skizzierten konstanten Wirkungen zeitigt das Morphin bei manchen Personen Nebenwirkungen, die überaus lästig sind und den therapeutischen Effekt manchmal in Frage stellen. Vor allem ist hier das Erbrechen zu erwähnen, in seinem Gefolge Übelkeit und Mattigkeit, sowie in seltenen Fällen Diarrhöe. Bei disponierten Personen entwickelt sich im Anschluß an das erste Stadium der Morphinwirkung mit ihrer träumerischen Behaglichkeit ein Erregungszustand mit lärmenden Delirien. Auch urtikariaähnliche Exantheme werden beobachtet. Doch würden alle diese Phänomene wegen ihrer Seltenheit von geringer Wichtigkeit sein, wenn nicht das Morphin eine Gefahr hervorriefe, die bei ihm mehr als bei allen anderen Medikamenten mit Recht gefürchtet ist, die Gefahr der Gewöhnung und der Süchtigkeit. Bei längerer Anwendung von Morphin (besonders bei der subkutanen Injektion) entwickelt sich bald ein heftiges Verlangen nach der Euphorie des ersten Stadiums der Morphinwirkung, welchem Wunsche Degenerierte ganz besonders unterliegen. Da sich aber rasch Gewöhnung einstellt, d. h. da sich die zuerst gegebenen Mengen bei mehrmaliger Wiederholung alsbald als unwirksam erweisen, muß die Dosis gesteigert werden, wenn überhaupt eine Wirkung erzielt werden soll; dann wird diese auch unwirksam, also wird wiederum die Dosis gesteigert usw. usw., und so kann die 30fache Menge der Maximaldosis und mehr einverleibt werden, ohne bei dem an Morphin Gewöhnten toxische Effekte zu machen. Die Ursache dieser Tatsache liegt in einer erworbenen Unterempfindlichkeit des Gehirns gegen das Alkaloid. Zugleich mit der Gewöhnung entwickelt sich die Morphiumsüchtigkeit, welche neben der Alkoholsüchtigkeit die häufigste Süchtigkeit ist, der wir begegnen*). Sie führt natürlich zur chronischen Morphinvergiftung, die als Symptome von seiten des Nervensystems psychische Stumpfheit, Gedächtnisschwäche, Tremores, Schlaflosigkeit, Parästhesien, Reizbarkeit, nervöse Blasenstörungen und Impotenz, sowie neuralgiforme Schmerzen zeigt, als Symptome von seiten der anderen Organe allgemeinen Kräfteverfall, Appetitlosigkeit, Obstipation, Caries der Zähne, Albuminurie. Dieses Krankheitsbild erfordert gebieterisch die Einleitung einer Entziehungskur. Bei brüskem Aussetzen beobachtet man als Abstinenzerscheinungen tiefe Depression, Exzitationszustände, die dem Delirium tremens ähnlich sind, Kollaps und Herzschwäche.

Die akute Morphinvergiftung äußert sich, wie oben erwähnt, vor allem durch Lähmung des Atmungszentrums; man kann unter Umständen unter Morphinwirkung CHEYNE-STOKESSches Atmen entstehen sehen. Infolge der Herabsetzung der Ventilation entwickelt sich zunehmende Cyanose. Die Therapie der akuten Morphinvergiftung besteht in Magenspülung, da das Morphin (auch nach subkutaner Injektion) durch die Magenschleimhaut ausgeschieden wird; als Spülflüssigkeit verwendet man mit Vorteil verdünnte Kaliumpermanganatlösung, die das Morphin rasch zu ungiftigen Substanzen oxydiert. Gegen die Atemlähmung kommt in Betracht Hautreizung, künstliche Atmung und Atropinsulfat (in Mengen von 1—3 mg), gegen die Herzschwäche wendet man Kampheröl und Koffein an.

Auf die Therapie der chronischen Morphinvergiftung und des Morphinismus kann hier nicht eingegangen werden.

*) Gefälschte Morphinrezepte sind keine Seltenheit.

Seit der Einführung der Schlafmittel ist die Verwendung des Morphins in der Psychiatrie sehr eingeschränkt worden. Man verwendet es vor allem bei melancholischen Zuständen mit lebhaftem Angstgefühl, weniger für sich allein bei motorischen Erregungszuständen, sowie bei heftigen Schmerzen und schwerer Atemnot. Mit großer Vorsicht ist Morphin bei älteren Personen mit starker Arteriosklerose, Herzdilatation, Emphysem, chronischer Nephritis anzuwenden, da man unter Umständen das ominöse CHEYNE-STOKESSCHE Atmen durch Morphin hervorrufen kann. Kontraindiziert ist es bei Sekretanhäufung in den Luftwegen, bei Hyperazidität und *Ulcus ventriculi*.

Man gibt Morphin in Dosen von 0,005—0,03 in Pulvern (mit Zucker), in Lösungen (mit *Aq. lauroceras.* weniger haltbar als mit *Aq. destill.*) per os, in Suppositorien (mit *Butyr. Cacao*), in wässriger Lösung zur subkutanen Injektion (0,1 : 10,0 *Aq. dest.*). Die wirksamste Art der Anwendung ist die subkutane Injektion. Bei Personen, die auf Morphin erbrechen, setzt man zweckmäßig auf einen Teil Morphin ein Zehntel Atropin zu (0,1 *Morph. hydrochl.*, 0,01 *Atropin. sulfur.*, 10,0 *Aq. destill.*).

Die Maximaldosis der *Pharmacopoea Germanica* u. *Austriaca* p. dos. ist 0,03
 » » » » » » p. die » 0,1

Vom Morphin ausgehend, wurden einige Präparate dargestellt, die hier nur gestreift werden, weil sie in der uns beschäftigenden Disziplin relativ wenig angewendet werden.

Kodein (= Methylmorphin) ($C_{17}H_{19}O_2N \cdot OCH_3$), ist als Phosphat (*Pharm. German.*) und Chlorid (*Pharm. Austr.*) offizinell; beide Salze sind leicht wasserlöslich (das Phosphat zu mehr als 25%, das Chlorid zu 4—5%) und schmecken bitter.

Es ist als allgemeines Beruhigungsmittel wenig wertvoll, besser als Verstärkungsmittel für Bromkuren. Es wird in erster Linie bei Erkrankungen der Atmungsorgane angewendet, da es hustenstillend wirkt, ohne die Tätigkeit des Atemzentrums so intensiv herabzusetzen, wie Morphin. Gewöhnung tritt nicht ein. Man verordnet es in Pulvern (mit Zucker) oder in Lösung (z. B. mit *Aq. lauroceras.*) in Mengen von 0,03—0,05 p. dos.

Die Maximaldosis des Codein. phosphoric. ist p. dos. 0,1
 » » » » » » p. die 0,3
 » » » » hydrochl. » p. dos. 0,05
 » » » » » » p. die 0,3.

Dionin (= Äthylmorphinchlorhydrat) ($C_{17}H_{19}O_2N \cdot OC_2H_5 \cdot HCl$) wirkt in derselben Weise wie Kodein hustenstillend. Man verwendet es in der Psychiatrie nur wenig.

Die Maximaldosis der *Pharmacopoea Germanica* p. dos. ist 0,03
 » » » » » » p. die » 0,1.

Heroin (= Diazetylmorphinchlorhydrat) ($C_{17}H_{17}ON(O \cdot COCH_3)_2HCl$) wirkt viel weniger auf das Großhirn als auf das Atmungszentrum; es wird als Hustenmittel verwendet. Es wird intern in Mengen von 0,003—0,005 p. dos. gegeben. Auch als Anaphrodisiakum (bei Pollutionen, schmerzhaften Erektionen) wird es verwendet, und zwar mit *Butyr. Cacao* in Form von Urethralstäbchen in der Dosierung von 0,01 p. dos. Man verordnet letztere z. B. so:

Rp. Heroin hydrochlor. 0,1
 Butyr. Cacao q. s. ut fiant
 cereoli longitudin. 10 cm, diametri 4 mm. Nr. X.

Die Maximaldosis der Pharmacopoea Germanica	p. dos. ist	0,005
» » » » »	p. die »	0,015
» » » » Austriaca	p. dos. »	0,01
» » » » »	p. die »	0,05.

Neben dem Morphin ist noch vielfach das Opium im Gebrauch, das zwar im großen und ganzen etwa so wirkt, wie das Morphin, aber in manchen Punkten doch wesentliche Unterschiede in seiner Wirkung aufweist, indem durch die Nebenalkaloide die Großhirnwirkung des Morphin verstärkt, die Wirkung auf das Atemzentrum herabgesetzt wird. Außerdem findet bei interner Verabreichung die Resorption des Opiums wegen der Anwesenheit von Kolloiden langsamer statt. Als Opium pulveratum (Pharm. Germ.), Pulvis Opii praeparatus (Pharm. Austr.) wird ein auf 10% Morphin-gehalt eingestelltes Opiumpräparat verwendet.

Opium hat besonders gute Wirkung bei Angstzuständen und bringt bei ängstlicher Erregung Beruhigung und Schlaf. Bei Herzschwäche ist es nur mit großer Vorsicht zu verwenden, ebenso bei Sekretanhäufung in den Luftwegen, sowie bei Hyperazidität und Ulcus ventriculi.

Man verordnet es in Dosen von 0,025—0,15 p. dos. in Pulvern und Pillen.

Aus dem Opium gewinnt man das Extr. opii aquos., das 20% Morphin enthält und deshalb in Dosen von 0,01—0,1 p. dos. ebenfalls in Pulvern und Pillen verordnet wird. (Bei Angst Einzeldosen nicht zu klein bemessen!)

Man verschreibt wegen der durch Opium und seine Präparate erzeugten Hemmung der Darmperistaltik gern Opiumpräparate zugleich mit Abführmitteln, z. B.

Rp. Opii 2,0

Rad. Rhei i. p. 1,0

M. f. ope spirit. vin. pilul N. XXX.

D. S. 2—4 Pillen täglich.

Rp. Extr. opii 2,0

Pulv. et Extr. rad. rhei aa q. s.

ut fiant pilul. N. C.

D. S. 3—9—15 Pillen täglich.

Die Tinctura opii simplex (aus Opium und verdünntem Weingeist hergestellt) und die Tinctura opii crocata (aus Opium, Gewürznelken, Safran, Zimt und verdünntem Weingeist hergestellt, sollen 1% Morphin enthalten.

Man gibt bei Angst und angstartiger Erregung 10—20 Tropfen Opiumtinktur zwei- bis dreimal täglich und steigt nach Bedarf bis zum zwei- oder dreifachen dieser Dosis, bis Beruhigung eintritt, um ebenso wieder herunterzugehen.

Die Maximaldosen der Pharmacopoea Germanica und Austriaca sind bezüglich der letzterwähnten Präparate gleich. Sie sind für

Opium pulveratum (= Pulvis opii praeparatus)	0,15 p. dos., 0,5 p. die
Extr. opii	0,1 p. dos., 0,3 p. die
Tinct. opii simplex	1,5 p. dos., 5,0 p. die
Tinct. opii crocata	1,5 p. dos., 5,0 p. die.

In den letzten Jahren sind noch einige Präparate in die Praxis eingeführt worden, die noch zu besprechen sind, das Pantopon, das Narkophin und das Kodeonal.

Pantopon stellt ein bräunliches Pulver von bitterem Geschmack vor und enthält sämtliche Alkaloide des Opium als Chloride, aber in 5facher Konzentration, verglichen mit dem Opium, enthält also 50% Morphin. Es wirkt weniger auf das Atemzentrum als Morphin und ist bei ängstlicher Erregung gut anwendbar; es wirkt dabei hauptsächlich als Sedativum. Es

hat sich aber auch bei anderen Erregungszuständen bewährt (Hypomanie, M. Basedowii), sowie bei Depression (Selbstmordgedanken bei Fällen von manisch-depressivem Irresein, periodische Melancholie). Manchmal wurde nach Pantoponinjektionen Erbrechen beobachtet; Erregungszustände als abnorme Reaktion, Halluzinationen und Schwindel sind seltene Nebenwirkungen. Auch Konvulsionen wurden nach Pantopon als sehr große Seltenheit festgestellt, so wie sie auch dann und wann bei Opiumvergiftung auftreten. Bei Tabes wurde auf Pantopon CHEYNE-STOKESSches Atmen beobachtet. Auch Pantopongewöhnung tritt öfter ein. Bei Morphisten tritt manchmal Pantoponhunger ein, wenn sie mit Pantopon zur Morphiumabstinenz gebracht werden sollen, sonst aber ist Pantopon bei Morphiumentziehungskuren gut brauchbar; man gibt den Patienten immer geringere Mengen von Pantoponlösung subkutan und kann schließlich, ohne daß Abstinenzerscheinungen eintreten, das Pantopon weglassen.

Man gibt es am besten in den gebrauchsfertig gelieferten Packungen, entweder in Tabletten à 0,01 Pantopon (entsprechend 0,005 Morphin) oder in der (in Ampullen abgefüllte) sterilen 2%igen Lösung von folgender Zusammensetzung: Pantopon 2,0, Aq. destill. 78,0 Spirit. vin. 5,0, Glyzerin 15,0.

Das Narkophin besteht aus einem Gemenge von Morphin, Narkotin und Mekonsäure im molekularen Verhältnis und wirkt ausgezeichnet schmerzstillend und beruhigend, bei geringer Giftigkeit für das Atemzentrum. Ausführliche Mitteilungen über seine Wirkung bei psychischen Störungen liegen bisher nicht vor.

Das Kodeonal ist ebenfalls ein Gemenge, und zwar enthält es 63% Kodeinbase und 37% Veronal. Es wird als Morphinersatz vorgeschlagen. Es ist hinsichtlich seiner hypnotischen Wirkung bei Psychosen dem Trional, Veronal und Chloral nicht überlegen; bei schwerer motorisch Erregten versagt es als Sedativum.

Es kommt in Tabletten in den Handel, die 0,02 Codein. diaethylbarbituric. und 0,15 Veronalnatrium enthalten.

Ausschließlich aus chemischen, nicht aus pharmakodynamischen Gründen wird hier ein Präparat besprochen, das aus Morphin bei Behandlung mit konzentrierter Salzsäure und anderen energisch wirkenden Agenzien entsteht und eine vollkommen andersgeartete Wirkung hat: das Apomorphin. Apomorphin stellt weiße bis graue Kristalle vor, die sich bei Zutritt von Feuchtigkeit und Licht rasch grün färben, ohne indessen an Wirksamkeit zu verlieren. Es wird durch direkte Einwirkung auf das »Breachzentrum« in der Oblongata brechenerregend. Man macht von diesem Präparat noch ab und zu gewissermaßen als äußerstem Disziplinarmittel bei gewalttätigen Hysterischen und Minderwertigen Gebrauch, um durch die dem Brechakt folgende Depression Ruhe zu schaffen. Man gibt 0,01 Apomorphin. hydrochloric. subkutan, um eine prompte Wirkung zu erzielen.

Die Maximaldosis der Pharmacopoea Germanica	p. dos. ist	0,02
» » » » »	p. die »	0,06
» » » » Austriaca	p. dos. »	0,01
» » » » »	p. die »	0,05.

Hier ist anhangsweise zu Morphin und seinen Präparaten auch Cannabis indica, bzw. Extract. Cannab. ind. zu erwähnen, das seinerzeit eine gewisse Rolle spielte, heute aber vollständig bedeutungslos geworden ist, da die wirksame Substanz sehr leicht veränderlich ist und wirkungslos wird.

Alkaloide der Solanazeen (Skopolamin, Atropin).

In diese Gruppe gehören die Alkaloide Hyoscin (= Skopolamin), Atropin und Hyoscyamin, die in verschiedenen Solanazeenarten (Atropa, Belladonna, Hyoscyamus niger, Datura, Stramonium) vorkommen. Gemeinsam ist ihnen die lähmende Wirkung auf die Sekretion der Schweiß-, Speichel- und Schleimdrüsen, auf die Vagusendigungen im Herzen, so daß die Pulsfrequenz erheblich ansteigt, auf die Pupille, die sich erweitert.

Das für die Psychiatrie wichtigste dieser Alkaloide ist das Hyoscin (= Skopolamin); es wird als Bromid ($C_{17}H_{21}O_4N \cdot HBr$) verwendet, und stellt farblose Kristalle vor, die sich leicht in Wasser lösen, bitter und kratzend schmecken. Es gehört unter die am stärksten wirksamen Präparate unseres Arzneischatzes. $\frac{1}{2}$ —1 mg macht nach subkutaner Injektion sicher tiefen Schlaf; Skopolamin ist ein gewaltsames, äußerst energisch wirkendes Mittel, das die motorischen Zentren und die autonom innerierten Muskeln (an Auge, Bronchien usw.) lähmt. Bald nach der Injektion verspürt man Trockenheit im Halse und Eingenommensein des Kopfes, Schwere der Zunge. Dann macht sich Muskelschlaffheit bemerkbar, aber die Auffassung von Sinneseindrücken ist noch immer möglich. Der Kranke, der eben noch von seinem Bewegungsdrang gewissermaßen herumgeschleudert wurde, geht nur mehr unsicher, setzt sich dann nieder, um nach eventuell vorausgegangenen Gesichtshalluzinationen, sich niederzulegen. Leicht röchelnde Atmung verkündet den Eintritt des Schlafes. Nach größeren Dosen kommt es zu Übelkeit, Arrhythmie und Kollapserscheinungen. Die Nachwirkungen sind minimal, höchstens dann und wann Kopfdruck. Das Präparat ist dann indiziert, wenn die dringende Notwendigkeit besteht, dem Kranken Schlaf und Beruhigung zu verschaffen und dem Entstehen von Erschöpfungserscheinungen vorzubeugen (manische Kranke, Paralytiker, Epileptiker, Katatoniker). Bei heruntergekommenen und anämischen Kranken und Kranken mit Kreislaufstörungen tut sehr große Behutsamkeit not. Es ist höchst wichtig, nur frische Lösungen zu gebrauchen. Nur solche Lösungen sind gut brauchbar, welche durch Kaliumpermanganatlösung nicht braun gefärbt werden. Man verwende Skopolamin nur gelegentlich, da länger dauernder Gebrauch unter Umständen Ernährungsstörungen (Kachexie) macht. Man gibt subkutan bis 0,001, innerlich eventuell bis doppelt so viel.

Die Maximaldosis der Pharmacopoea Germanica p. dos. ist 0,0005
 » » » » » » p. die » 0,0015.

Das Atropin, meist als Atropinsulfat ($C_{17}H_{23}O_3N)_2H_2SO_4$ verwendet, stellt ein weißes Pulver vor, das sich in Wasser leicht löst und bitter schmeckt. Atropin ist als Sedativum schwächer wirksam als Skopolamin; es ist darum heute in der Psychiatrie nur mehr wenig in Anwendung. Man verwendet es manchmal noch beim Status epilepticus und bei schwerer motorischer Erregung. Das Skopolamin ist ihm aber bei weitem überlegen. Auf die schweißhemmende Wirkung des Atropins, auf seine krampfstillende Wirkung auf Spasmen der glatten Muskulatur (z. B. bei Asthma bronchiale, bei gewissen Formen von chronischer Obstipation usw. usw.), kann nur hingewiesen werden. Man verordnet Atropin. sulfur. bis 0,001 p. dos.

Die Maximaldosis der Pharmacopoea Germanica und Austriaca ist p. dos. 0,001
 » » » » » » » » p. die 0,003.

Auf der Wirkung des Atropins, bzw. des Hyoscyamins beruht auch die Verwendung der in der Psychiatrie selten gebrauchten Folia Belladonnae und des Extr. Belladonnae.

Neben diesen Alkaloiden wurde früher auch von dem Duboisinum sulfuricum Gebrauch gemacht, das als Skopolaminersatz in Einzeldosen von $\frac{1}{2}$ mg bis 1 mg verwendet wurde. Nach neueren Untersuchungen ist Duboisin aber kein chemisches Individuum, sondern ein Gemenge von Skopolamin und Hyoscyamin. Aus diesem Grunde wird hier von seiner Besprechung abgesehen.

Brompräparate.

Eine weitere Gruppe von Präparaten, die in der Psychiatrie allerdings nur begrenzte Verwendung finden*), sind die Bromide, das Kalium-, Natrium- und Ammoniumsalz der Bromwasserstoffsäure, zu denen sich erst in den letzten Jahren das Kalziumsalz gesellt hat.

Die Bromide beeinflussen die psychischen Vorgänge in spezifischer Weise. Durch die medicinal bereits wirkenden Mengen (1–2 g) von Bromnatrium wird der Ablauf der Vorstellungen nur wenig, die Auffassung von Sinneseindrücken, die Auslösung von Willenshandlungen gar nicht beeinflusst; auch die motorischen Aktionen werden in keiner Weise modifiziert. Dagegen werden innere Spannungen beseitigt, Erregungszustände aufgehoben, oder wenigstens gemildert. Die so begründeten Unlustempfindungen und Hemmungen intellektueller Leistungen verschwinden. Die Effekte dieser Dosen zeigen sich also ausschließlich am Kranken, der Gesunde reagiert auf diese Mengen psychisch überhaupt nicht. Erst größere Dosen, 4 g und mehr, rufen eine leichte, jedoch durch Willensanspannung leicht zu überwindende Schläfrigkeit hervor, sowie Muskeler schlaffung und Unlust zu Tätigkeit. Abhaltung äußerer Störungen begünstigt den Schlafeintritt. Bei Gesunden wirken erst die kolossalen, bereits toxisch wirkenden Dosen von 10–15 g schlafherzeugend.

Der Mechanismus der Wirkung der Bromsalze ist ein ganz eigentlicher. Das Bromion verdrängt das Chlorion aus dem Organismus, natürlich nur zum Teil, und die elektive, oben skizzierte Großhirnwirkung der Bromide beruht darauf, daß die Nervenapparate sehr empfindlich für diese Veränderung des chemischen Zustandes des Organismus sind. Brombestimmungen ergeben, daß am meisten Brom im Blut enthalten ist, und unter den Organen ist das Gehirn durchaus nicht das bromreichste. Verfolgt man die Bromausscheidung, so findet man, daß nach Bromzufuhr in den nächsten 2–3 Tagen ein Teil des Broms ausgeschieden wird, daß aber der Körper hartnäckig Brom zurückhält; entsprechend der Bromretention nimmt die Chlorausscheidung zu. Durch kochsalzarme Kost kann man die Bromretention wesentlich verstärken. Schließlich hat sich bei täglicher Zufuhr derselben Bromalkalimenge ein gewisser Gleichgewichtszustand hergestellt, in dem Bromaufnahme und Bromausscheidung sich so ziemlich gleich sind. So z. B. ist dieses Bromgleichgewicht bei einer täglichen Zufuhr von 7–8 g in etwa 8–10 Tagen erreicht.

Diese »Sättigung des Organismus mit Brom« ist es, die wir bei der Epilepsie anstreben. In diesem Stadium der Bromwirkung ist die anti-epileptische Wirkung der Bromsalze deutlich ausgesprochen. Durch kochsalzarme Kost wird die anti-epileptische Wirkung des Brom so wesentlich verstärkt, so daß sogar eine Kontroverse entstehen konnte, ob die Bromwirkung auf die Wirkung des Brom oder die der Chlorverarmung zu beziehen

*) s. Kapitel Therapie.

sei. Die Frage ist wohl in dem Sinn gelöst, daß es sich bei der antiepileptischen Funktion der Bromide um die Wirkung des Bromions handelt.

Die durch den chronischen Charakter der Epilepsie bedingte Notwendigkeit, Brom durch lange Zeiten zu geben, hat aber auch unter Umständen ihre üblen Folgen, die Bromvergiftung (Bromismus). Psychische Stumpfheit, Gedächtnisabnahme, Somnolenz, Intentionstremor, Störungen der artikulierten Sprache (Bradyphasie, nasale Sprache), Halluzinationen, Herabsetzung des Korneal- und Rachenreflexes, Steigerung der Patellarsehnenreflexe sind die Symptome von seiten des Nervensystems, — Akne, Furunkulose, Foetor ex ore, Schnupfen, Konjunktivitis, Diarrhöen, Abmagerung die von seiten anderer Organe. Die Haut- und Schleimhautveränderungen durch Brom kommen nur bei disponierten Personen vor. Die Therapie des Bromismus besteht in der Verabreichung von arseniger Säure, besonders beliebt ist die Verwendung von Pilul. acid. arsenicos. composit. (Ph. Germ.) [= Pilul. asiat. (Ph. Austr.)], die 1 mg arsenige Säure pro Pille enthalten. Eine weitere wichtige Maßregel ist die Anregung kräftiger Diurese (etwa durch Harnstoff) und Zuführung von Kochsalz, sowie bei der Akne Anwendung von Emplastr. hydrargyr. ciner.

Das bruske Abbrechen der Bromkur wäre in diesen Fällen durchaus unzumutbar. Die Bromakne tritt aber oft schon nach ganz kleinen Brommengen ein, noch bevor der Organismus mit Brom gesättigt sein kann.

Auch Brommedikation macht bei Disponierten Süchtigkeit, und es ist nicht uninteressant, daß man unter ihnen Personen findet, die den chronischen Mißbrauch des Medikamentes ebenso ableugnen, wie das die Morphinisten und Alkoholiker typisch zu tun pflegen.

Die Besprechung der (übrigens ganz ungefährlichen) akuten Vergiftung mit Bromalkalien kann als für die klinische Betrachtung gegenstandslos wohl unterbleiben.

Die Bromalkalien werden, wie bereits bemerkt, als spezifische Antiepileptika verwendet, doch geben, wie aus der eingangs dieses Abschnittes geschilderten Beeinflussung der psychischen Vorgänge hervorgeht, auch die Neurasthenie, Hysterie, die Erregbarkeit der Arteriosklerotiker und Basedowkranken und die anderen Verstimmungszustände Indikationen für deren Gebrauch. Sie kommen da auch als Einschlafmittel in Betracht. Besonders wichtig ist es, hervorzuheben, daß es durch große Brommengen (10—15 g p. die) unter Umständen gelingt, einen herannahenden manischen Zustand zu kupieren. Bei der Epilepsie werden die Anfälle des grand mal seltener und verschwinden oft ganz, aber die Absenzen und die anderen Erscheinungen des petit mal, die Tendenz zur epileptischen Demenz, sowie auch die Reizbarkeit werden oft gar nicht beeinflußt. Es gibt auch, freilich selten, Epileptiker, die auf Brom überhaupt nicht reagieren.

Man verwendet sowohl Bromkalium (67% Brom), als auch Bromnatrium (77% Brom), als auch Bromammonium (81% Brom). Alle drei Salze sind ausgesprochen hygroskopisch und müssen in gut verschlossenen Gefäßen aufbewahrt werden, das Ammonsalz ist auch leicht zersetzlich und färbt sich dabei gelb. In ihren physikalischen Eigenschaften sind sie einander sehr ähnlich; sie stellen weiße, kristallinische Pulver vor, die sehr leicht wasserlöslich sind und salzig schmecken.

Man verordnet bei M. sacer je nach der Schwere des Falles 5—10 g Bromnatrium p. die, in 2—3 Dosen über den Tag verteilt. Bei neurasthenischen Erregungszuständen, bei Hysterie und »Nervosität« kommt man in der Regel mit 3—6 g aus, bei starker Erregung (Manie usw.) muß man bis zu 10 g p. die

geben und noch mehr, ebenfalls immer über den Tag verteilt. In allen Fällen gebe man niemals das Pulver in Substanz, immer in Wasser gelöst, da man sonst Verätzungen der Magenschleimhaut hervorrufen kann. Gibt man es in Form abgeteilter Pulver, so bemerke man stets wegen der starken Hygroskopizität der Salze »ad chartam ceratam«.

Eine beliebte Art der Verabreichung ist die sogenannte ERLÉNMEYERSCHE Mischung (Bromnatrium und Bromkalium je 2 Teile, Bromammonium 1 Teil).

Eine sehr bequeme Form der Darreichung von Brom stellen die Sedobroltabletten vor. Die Tablette wiegt 2 g und enthält 1,1 Bromnatrium, 0,1 Chlornatrium, kochsalzfreie pflanzliche Extraktivstoffe und etwas Fett. In 100 g heißen Wassers gelöst, gibt eine Tablette eine schmackhafte Suppe mit etwa 1% Bromnatrium, (in der der Bromnatriumgeschmack vollkommen verdeckt ist), die von den Kranken gern genommen wird. Die Tabletten sind natürlich trocken aufzubewahren. Die Tagesdosis beträgt 2–5 Tabletten, je nach der Schwere des Falles.

Auch Kombinationsbehandlung mit Bromalkalien wurde versucht, vor allem selbstverständlich bei Epilepsie, bei der Bromkalium mit Opium (FLECHSIG) zusammen angewendet wurde, eine Methode, die früher viel angewendet wurde, heute aber nicht mehr viele Anhänger zählt.

In den letzten Jahren wurden an Stelle der Alkalibromide verschiedene andere Präparate vorgeschlagen, immer mit Berufung auf die in Wirklichkeit nicht gar so häufigen Erscheinungen des Bromismus. So wurde das Urea-bromin, ein Gemenge von Kalziumbromid mit Harnstoff empfohlen, das entsprechend der Formel $\text{CaBr}_2 + \text{CO}(\text{NH}_2)_2$ zusammengesetzt ist und 36% Brom enthält. Man verfolgte die Absicht, mit diesem Präparat der Herzschädigung durch Brom, die allerdings äußerst selten ist, entgegenzuarbeiten, sowie der Neigung zu Muskelkrämpfen, indem der Gehalt des Blutes an dem antispasmodisch wirkenden Kalzium erhöht werden sollte. Daneben sollte auch (wieder zur Vermeidung der Bromvergiftung) die Bromausscheidung gefördert werden. Man kann so allerdings die Bromvergiftung vermeiden, aber ob man dann die für auch nur einigermaßen schwere Fälle von Epilepsie notwendige Bromanhäufung mit dem an der spezifischen Komponente so armen Produkt erreichen kann, ist doch etwas fraglich. Die Medikation soll nicht länger als 6–8 Wochen dauern.

Es wird empfohlen, es in folgender Weise zu verordnen:

Rp. Ureabromin. 40,0
Aq. destill. 300,0.
D. S. 2–3 Eßlöffel täglich.

Die nunmehr zu erwähnenden organischen Brompräparate enthalten Brom an Kohlenstoff gebunden. Bromalin (Hexamethylentetraminäthylbromid $(\text{CH}_2)_6\text{N}_4 \cdot \text{C}_2\text{H}_5\text{Br}$), enthält 32% Brom und stellt ein weißes Pulver vor, das sich leicht in Wasser löst und süßlich schmeckt. Es ist in keiner Weise sichergestellt, daß dieses Präparat nach Art der Bromide (bezüglich der Verteilung im Organismus, in pharmakodynamischer Hinsicht) wirkt. Es ist nicht ausgeschlossen, daß das (früher öfter, jetzt selten als Inhalationsnarkotikum verwendete) Bromäthyl auch in diesem Falle auf das Zentralnervensystem nach Art des Bromurals, Adalins und Neuronalis (s. S. 207) wirkt. Es wird in Pulverform in Oblaten, 2–4 g p. die, in mehrere Dosen verteilt, gegeben.

Das Bromipin ist ein Bromadditionsprodukt des Sesamöls und kommt in zwei Stärken in den Handel, mit 10% und 33 $\frac{1}{3}$ % Brom. Das Präparat

wird im Darm resorbiert und gelangt überall im Körper, wo Fett vorhanden ist, zur Deponierung. Allmählich wird das Brom frei und gelangt ebenso zur Wirkung, wie das in Form von Alkalibromid eingeführte. Wegen der geringen, jeweils im Blut zirkulierenden Brommenge sind die Erscheinungen seitens der Haut wohl geringer, aber man muß, wenn man bei *M. sacer* einen sicheren Erfolg erzielen will, 2—4 Eßlöffel 10%iges Bromipin p. die geben, d. i. 30 bis 60 g p. die. Um diese größeren Dosen Brom einverleiben zu können, stellte man eben das 33 $\frac{1}{3}$ % Brom enthaltende Präparat her, das in Kapseln à 2 g in den Handel kommt.

Von dem 10%igen Präparat entspricht	1 Eßlöffel ungef.	2 g K Br.
» » » » » »	1 Teelöffel »	1/2 g »
» » 33 $\frac{1}{3}$ %igen » » »	1 Kapsel »	1 g »

Ebenso wie das Bromipin verhält sich das Sabromin, das Kalziumsalz der Dibrombehensäure, $(C_{22}H_{41}O_2Br_2)_2Ca$. Es enthält ungefähr 30% Brom. Es wird im Darm resorbiert, und die Bromfettsäure lagert sich im Unterhautfett ab, von wo aus das Brom allmählich in die Säftemasse des Körpers übergeht. Die Wirkung tritt langsam ein, dauert aber lange. Das Präparat kommt in Form von Tabletten à 0,5 g in den Handel. Die Tagesdosis beträgt 2—6 Tabletten. 1 g des Präparates entspricht nicht ganz 1/2 g Bromkalium.

Von den in klinischer Verwendung stehenden organischen Bromalkali-ersatzpräparaten ist das Zebromal, der Dibromdihydrozimtsäureäthylester, $(C_6H_5 \cdot CHBr \cdot CHBr \cdot COOC_2H_5)$, das bromreichste; es enthält 48% Brom. Es verteilt sich ebenso im Körper wie die Alkalibromide und wirkt in einer Menge von 2—5 g, je nach der Schwere des Falles. Bei schweren Fällen muß man auf 4—7 g p. die steigen, während bei Fällen mit monate- und jahrelangen Intervallen zwischen den Anfällen 1—2 g p. die genügen, bei denen mit wenigstens wochenlangen Pausen 3—4 g p. die. Die Nebenwirkungen sind genau dieselben wie bei Verabreichung von Alkalibromid. 1 g Zebromal entspricht ungefähr 0,7 Bromkalium.

Die nunmehr noch zu erwähnenden Präparate Bromglidin (Brom an Eiweiß gebunden) und Bromlezithin (Brom an Lezithin) gebunden, stellen keine chemischen Individuen vor.

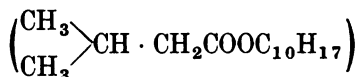
Die Überlegenheit dieser Präparate gegenüber den Alkalibromiden ist, wenn man alle darüber bekannten Tatsachen zusammenfaßt, nicht erwiesen, wenigstens für das uns hier beschäftigende Fach.

Bromoforn, $CHBr_3$, das früher bei Erregungszuständen in der Menge von 20—50 Tropfen p. die gegeben wurde, findet heute fast nur mehr bei Keuchhusten Anwendung.

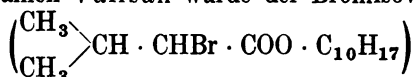
Valerianagruppe.

Die beruhigende Wirkung der Valerianapräparate, die seit langer Zeit bekannt ist, wird durch den Gehalt der Wurzel von *Valeriana officinalis* an dem Borneolester der Valeriansäure bedingt. Die Säure $(C_4H_9 \cdot COOH)$ selbst und ihre Salze, z. B. das Natriumsalz (C_4H_9COONa) , wirken nicht als beruhigende, die Reflexerregbarkeit herabsetzende Medikamente. Man verwendet das Infus 1:100,0—10:100,0 in der Menge von 1—3 Eßlöffel täglich oder man verordnet die Tinct. Valerianae (mit Alkohol hergestellt) oder Tinct. valerian. aetherea (mit Äther hergestellt) 20—60 Tropfen zu nehmen. Sie werden auch mit anderen ähnlich wirkenden Präparaten, z. B. mit Tet. opii kombiniert. Die genannten Präparate haben, wie das in

der Natur der Sache liegt, keinen konstanten Gehalt an wirksamer Substanz und sind auch ziemlich leicht veränderlich. Man stellte darum das Borneyal, den Isovaleriansäureester des Borneols



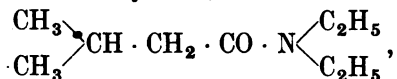
dar. Es stellt eine klare, nach Baldrian und Kampfer riechende und schmeckende Flüssigkeit vor, von der man 3 bis 4 Gelatine kapseln à 0,25 p. die nehmen läßt. Unter dem Namen Valisan wurde der Bromisovaleriansäureester des Borneols



empfohlen (vgl. Bromural, S. 206), sowie das Gynoval, der Isovaleriansäureester des Isoborneols.

Das Validol ist ein Gemisch von 2 Teilen Mentholester der Valeriansäure ($\text{C}_4\text{H}_9 \cdot \text{COOC}_{10}\text{H}_{19}$) und 1 Teil Menthol, eine erfrischend riechende, bitter schmeckende, klare Flüssigkeit, von der 10–15 Tropfen mehrere Male täglich auf Zucker genommen werden.

Da aber die Ester der Valeriansäure sich leicht verändern, wurde das Valyl, das Isovaleriansäurediäthylamid,



eingeführt, eine pfefferartig riechende Flüssigkeit, die nur in Kapseln à $\frac{1}{8}$ g in den Handel kommt. Man gibt 2–4 Kapseln täglich.

Die Indikationen aller dieser Präparate sind Erregbarkeit, Schlaflosigkeit, vasomotorische Störungen infolge psychischer Erregungen, vor allem Herzklopfen aus psychischer Ursache.

Während alle die erwähnten Präparate flüssige Substanzen vorstellen, die oft Aufstoßen hervorrufen, hat man in den letzten Jahren auch eine feste, eventuell in Tablettenform verabreichbare Verbindung dargestellt, das Adamon, den Dibromdihydrozimtsäureester des Borneols ($\text{C}_6\text{H}_5 \cdot \text{CHBr} \cdot \text{CHBr} \cdot \text{COO} \cdot \text{C}_{10}\text{H}_{17}$), der 24,6% Brom enthält (vgl. Zebromal, S. 222). Es stellt ein in Wasser unlösliches, geschmack- und geruchloses Pulver vor, von dem man 0,5 3–5mal täglich als Sedativum bei allgemeinen nervösen Beschwerden der Neurasthener und Hysterischen gibt, bei nervösen Herzbeschwerden, Tachykardie, Atemnot, Angst- und Schwindelgefühl, Kopfdruck. Als seltene Nebenwirkung beobachtet man Bromakne.

An dieser Stelle ist auch *Asa foetida* zu erwähnen, der überaus unangenehm riechende, erstarrte Milchsaft mehrerer Ferulaarten. Es werden ihm die Eigenschaften eines Antiaphrodisiakums und Antispasmodikums zugeschrieben, doch ist es nicht ausgeschlossen, daß diese Wirkungen suggestiv durch den starken, penetranten Geruch ausgelöst sind. Die Abfuhrwirkung, die die Substanz hat, ist wahrscheinlich auf ihren Gehalt an Harzen zu beziehen. Man gibt 0,2–1,0 mehrmals täglich p. os in Pillen und 1,0–2,0 p. Klysmen. Man verordnet z. B.

Rp. *Asae foetid.* 20,0
 Sapon. medic. 6,0
 Aq. destill. q. s. ut fiant pilul.
 No. C.
 D. S. 3 Pillen täglich.

Rp. *Asae foetid.* 1,0
 Vitell. ovi unius
 Infus. flor. Chamomill. ad 100,0
 M. f. emulsio.
 D. S. Zum Klysmen.

Auch das *Extractum Chamomillae*, aus Kamillenblüten durch Ausziehen mit Wasser oder Alkohol gewonnene grünlichbraune Flüssigkeit, die in Mengen von 0,5—2,0 in Pillen als beruhigendes Medikament gegeben wird, gehört hierher, ebenso das *Castoreum*, der Inhalt eines mit dem Geschlechtsapparat des männlichen Bibers zusammenhängenden Beutels, eine braune, harzartige, scharf und bitter schmeckende Substanz, die ein ätherisches Öl, ein Resinoid (Träger der Wirkung), Fett, Cholesterin und Phenol enthält. Man verordnet *Castoreum* allein oder mit Bromiden und in Pulvern bis zu 1,0, z. B.

Rp. *Castorei* 5,0
Cortic. Cinnamom. 1,0
Sacchar. 10,0.
 Div. in dos. aeq. Nr. XX.
 D. S. 3 Pulver täglich

Rp. *Castorei* 2,0
Natr. bromat. 5,0
Sacchar. ad 10,0.
 Div. in dos. aeq. Nr. XX.
 D. ad chart. cerat.
 S. 3 Pulver täglich.

Auch *Lupulin* (*Glandulae lupuli*), die Drüsen des weiblichen Blütenstandes des Hopfens, ein bräunlichrotes, bitteres, kräftig riechendes Pulver, wird bei Überregbarkeit, speziell bei allzu großer sexueller Reizbarkeit, bei Pollutionen usw., in Pulvern und Pillen bis zu 1,0 p. dos. gegeben. Man verordnet z. B.

Rp. *Glandul. Lupul.* 4,0
Natr. bromat. 2,0
Extr. Gentian. q. s. ut fiant pilul.
 Nr. XXV.
Consp. Lycopod.
 D. S. 3 Pillen vor dem Schlafengehen

Rp. *Glandul. Lupul.* 2,0
Natr. bromat. 4,0
 M. f. p.
 Div. in dos. aeq. Nr. X.
 D. ad chart. cerat.
 S. 3 Pulver täglich.

Bei nervösem Herzklopfen und hysterischen Zuständen, besonders aber bei sexueller Überregbarkeit, findet auch der *Monobromkampfer*, $C_{10}H_{15}BrO$, als Sedativum Anwendung, farblose Kristalle von Kampfergeruch und -geschmack, die in Wasser schwer löslich sind. Man gibt 0,1 bis 0,5 p. dos. und geht bis 3,0 p. die.

Antipyretika, Analgetika, Antineuralgika.

Sie werden weniger bei Geistes- als bei Nervenkranken angewendet, mögen aber wegen ihrer spezifisch schmerzstillenden und beruhigenden Wirkung hier ihren Platz finden. Selten findet das in der Natur vorkommende Chinin, bzw. dessen Derivate Verwendung*); die häufigst gebrauchten Arzneimittel dieser Gruppe werden synthetisch dargestellt. Ihre gemeinsame Wirkung beruht darauf, daß sie das durch toxische Substanzen erregte Wärmecentrum beruhigen, doch ist diese Wirkung klinisch nur insofern von Nutzen, als sie die mit der Temperatursteigerung oft koexistierenden Delirien beseitigen und der Bewußtseinstörung und ihren schädlichen Folgen (hypostatische Pneumonien, Dekubitusgeschwüre des Kehlkopfes, Decubitus ad sacrum usw.) entgegenwirken. Ihre hauptsächlichste Bedeutung für die Klinik liegt darin, daß sie außer ihrer antipyretischen noch antalgische Wirkungen ausüben, ja sogar ganz leicht schlafferzeugend wirken können.

Eine gelegentlich beobachtete unerwünschte Wirkung der Antipyretika ist die »konträre Wirkung«, die darin besteht, daß nicht Temperatursenkung, sondern Temperatursteigerung eintritt.

*) Das Chinin wird wegen anderer Eigenschaften später (s. S. 235) besprochen.

Kopfschmerzen bei den verschiedensten Psychosen, Neuralgien und neuralgiforme Zustände, Schmerzen anderer Art sind ihre Indikationen. Aus diesem Grunde werden hier nur die wichtigsten angeführt.

Antipyrin ($C_{11}H_{12}N_2O$) ist ein weißes Pulver, das sehr leicht wasserlöslich ist und bitter schmeckt. Es wird sehr rasch resorbiert und läßt seine Wirkung oft bereits nach 15–20 Minuten erkennen, doch entfaltet es bei einmaliger Verabreichung keine Dauerwirkung. Wenn man also eine solche erzielen will, muß man nach 1–2 Stunden, eventuell noch einmal, die Dosis wiederholen lassen.

Neben seiner analgesierenden Wirkung besitzt es unter Umständen auch spezifisch antirheumatische Eigenschaften, die in manchen Fällen, in denen sich die Salizylsäure wirkungslos oder wegen ihrer Nebenwirkungen (s. S. 236) nicht verwendbar erweist, von großem Werte ist. Auch bei Chorea minor wirkt es unter Umständen günstig. Neben seiner zentralen analgesierenden Wirkung macht es auch lokal Schmerzstillung, eine Eigenschaft, die bei schmerzhaften Erkrankungen der Blase und des Mastdarms Anwendung findet.

Das Präparat macht aber eine Reihe von unangenehmen Nebenwirkungen, die zum Teil auf Idiosynkrasie beruhen und sehr lästig sein können (Erbrechen, Exantheme, Schweißausbrüche, Ödem des Gesichts, speziell der Augenlider, Ödem der Pharynx- und Larynxschleimhaut mit Schluckbeschwerden, selbst Glottisödem, Heiserkeit und Dyspnoe). Verwendet man es als Antipyretikum, so kann nach dem Abklingen seiner temperaturerniedrigenden Wirkung der Wiederanstieg der Temperatur mit Schüttelfrost verbunden sein.

Man verwendet es in Pulverform in der Dosis von 1–2 g und schickt nach Möglichkeit eine Probedosis von 0,5 voraus, um über das eventuelle Bestehen einer Idiosynkrasie orientiert zu sein. Auch als Klysma kann man es verabreichen oder als Suppositorium, z. B.

Rp. Antipyrin.	2,0	Rp. Antipyrin.	2,0
Mucil. gumm. arab.		Butyr. Cacao	6,0.
Aq. font.	aa 25,0.	Fiant supposit. Nr. IV.	
D. S. Zum Klysma.		D. S. 2 Zäpfchen täglich.	

Doch ist lange hindurch fortgesetzte Verwendung von Antipyrinsuppositorien wegen der Reizwirkung desselben auf die Mastdarmschleimhaut nicht zweckmäßig.

Die Maximaldosis der Pharmacopoea Germanica p. dos. ist 2,0.

» » » » » p. die ist 4,0.

» » » » » Austriaca p. dos. ist 2,0.

» » » » » » p. die ist 6,0.

Antipyrin ist mit verschiedenen anderen Präparaten kombiniert worden, um seine Wirkung für bestimmte Zwecke zu verstärken. Hier sei zunächst erwähnt das Migränin (= Antipyrinum coffeino-citricum), das keine chemische Verbindung, sondern ein Gemenge von 90,9% Antipyrin, 8,5% Koffein und 0,5% Zitronensäure ist.

Es findet besonders bei Hemikranie Anwendung, da die durch Antipyrin herbeigeführte Erweiterung der Hirngefäße durch das in derselben Richtung wirkende Koffein verstärkt wird.

Man verwendet es in Pulverform in den Dosen von 0,5–1,0.

Die Maximaldosis der Pharmacopaea Austriaca ist p. dos. 1,5

» » » » » » p. die 3,0.

Das Salipyrin, das salizylsaure Salz des Antipyrins, $C_{11}H_{12}N_2O \cdot C_7H_6O_3$, findet besonders bei rheumatischen Erkrankungen, sowie bei katarhalischen Affektionen der oberen Luftwege und bei Influenza Anwendung.

Es wird bei diesen Erkrankungen in Einzeldosen von 1,0—2,0 gegeben.

Die	Maximaldosis	der	Pharmacopoea	Germanica	ist	p. dos.	2,0
»	»	»	»	»	»	p. die	6,0
»	»	»	»	Austriaca	»	p. dos.	2,0
»	»	»	»	»	»	p. die	6,0.

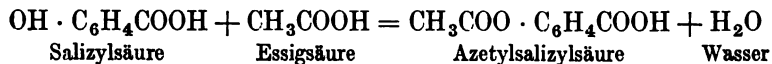
Das Antipyrin wurde auch mit anderen Präparaten vereinigt, die beruhigend wirken, z. B. mit Chloral. Unter dem Namen Eglatol kam ein Präparat in den Handel, das ein Kondensationsprodukt von Chloral und Antipyrin, Menthylurethan und Koffein vorstellen sollte, als ein flüssiges Gemisch, bzw. als eine Lösung. Eglatol wurde in Kapseln à 0,5 abgegeben. Es wurden seine gute schlafmachende Wirkung, seine antalgischen Eigenschaften und seine relative Ungiftigkeit anerkannt. Größere Verwendung scheint die Präparatenkombination nicht gefunden zu haben.

Viel häufiger als Antipyrin wird eines seiner Derivate verwendet, das viel intensiver wirkt, das Pyramidon ($C_{13}H_{17}N_3O$) (= Dimethylaminoantipyrin). Es stellt ein weißes Pulver vor, das sich in Wasser leicht löst und bitter schmeckt. Es wird in der Dosis von 0,3—0,5 mehrere Male täglich bei Kopfschmerzen verschiedenster Art und bei Neuralgien gegeben.

Die	Maximaldosis	der	Pharmacopoea	Germanica	p. dos.	ist	0,5
»	»	»	»	»	p. die	»	1,5.

Das Phenacetin ($C_{10}H_{13}O_2N$) repräsentiert eine ganz andere Gruppe von Präparaten, die Phenetidine. Das Präparat stellt ein weißes Pulver vor, das sich sehr wenig in Wasser löst und fast geschmacklos ist. Seine Wirkung tritt in etwa 60—80 Minuten ein, dauert aber um so länger. Nebenerscheinungen, wie sie oben als Folgen der Antipyrinmedikation geschildert wurden, sind sehr selten. Es wirkt ausgezeichnet antalgisch und unter Umständen leicht narkotisch. Man verordnet durchschnittlich 0,5 p. dosi. Die Maximaldosen der Pharmacopoea Germanica und Austriaca sind 1,0 p. dos., 3,0 p. die.

Einem anderen Körpertypus gehört das Aspirin ($C_9H_8O_4$) (= Azetylsalizylsäure) an, die man sich aus Salizylsäure ($OH \cdot C_6H_4 \cdot COOH$) und Essigsäure (CH_3COOH) unter Wasserabspaltung entstanden denken kann, entsprechend der Gleichung

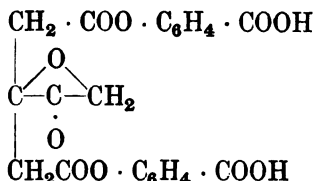


Das Präparat stellt weiße Kristalle von schwach säuerlichem Geschmack vor, die sich in Wasser nur wenig lösen. Die Säure passiert den Magen unverändert und wird im Darm zum Teil gespalten, zum Teil ungespalten resorbiert. Die Wirkung tritt bei richtiger Dosierung in etwa 30 Minuten ein und beruht auf der Wirkung des ungespalten resorbierten Moleküls, nicht auf der im Darm durch Spaltung freigewordenen Salizylsäure. Neben der antipyretischen Funktion hat die Azetylsalizylsäure noch antirheumatische Wirkung, die auf im Organismus abgespaltene Salizylsäure zurückzuführen ist. Die Azetylsalizylsäure findet Anwendung bei Schmerzen verschiedenster Art, sowie bei rheumatischen Affektionen und bei Chorea. Das Präparat macht dieselben unangenehmen Nebenwirkungen wie Salizylsäure selbst, nur in etwas

schwächerer Intensität, da es selbst nur allmählich aufgespalten, die Salizylsäure als körperfremde Substanz sofort zum Teil ausgeschieden oder entgiftet wird, somit niemals in so großer Konzentration im Blute kreist, wie wenn sie als Salizylsäure (bzw. deren Natronsalz) eingenommen worden wäre.

Man verordnet die Azetylsalizylsäure in Mengen von 0,25—1,0 p. dosi und kann bis 4 g p. die gehen. Man gibt sie gewöhnlich in Pulverform. Eine besonders rasche Wirkung erzielt man, wenn Aspirin mit der halben Menge Natrium bicarbonic. per Klysma verabreicht wird.

Die unangenehmen Nebenwirkungen der Azetylsalizylsäure waren die Veranlassung, daß man das Novaspirin, die Anhydromethylen-zitryl-disalizylsäure darstellte, dem die Konstitution



zukommt. Es stellt ein weißes kristallinisches Pulver vor, das in Wasser wenig löslich ist und säuerlich schmeckt. Das Präparat wird nicht viel verwendet.

Arzneikombinationen.

Es ist in den früheren Ausführungen schon mehrfach von der Wirkung von Arzneikombinationen die Rede gewesen, freilich nicht im Zusammenhang und eingehender mit Berücksichtigung des pharmakodynamischen Moments.

Seit langer Zeit ist es bekannt, daß man die Wirkung des Chlorals wesentlich durch Morphin verstärken kann, so daß z. B. 1 g Chloral und 1 cg Morphin, beides Gaben, die jede für sich bei sehr Erregten wenig wirken, rasch tiefen Schlaf erzeugen, so daß man sagen muß, daß die Wirkungen beider Medikamente sich nicht addieren, sondern potenzieren. Man hat aber, von diesen klinischen Beobachtungen abgesehen, erst in den letzten Jahren die Frage nach der Wirkung von Arzneikombinationen systematisch studiert und ist dabei zu Resultaten gekommen, die, soweit sie für die Klinik von Wichtigkeit sind, im nachfolgenden kurz dargestellt sind. Wirkungen von Präparaten, die derselben chemischen Gruppe angehören, addieren sich bloß, z. B. Schlafmittel untereinander; Wirkungen von Präparaten, die verschiedenen chemischen Gruppen angehören, potenzieren sich, so z. B. Phenanthren- und Solanazeenalkaloide (Morphin-Skopolamin) oder Morphin-Narkotin (= Narkophin) oder Schlafmittel und Narkotika (z. B. Chloral-Morphin). Über die Ursachen, welche diese Potenzierung bewirkt, sind die Autoren nicht einig; so weit jedoch stimmen sie überein, daß das eine Präparat die giftempfindlichen Zellen »sensibilisiere«, empfindlicher für das andere Präparat mache. Die Differenzen beziehen sich nur auf den Mechanismus dieser Sensibilisierung. Auf diese Fragen kann hier nicht eingegangen werden, es sei hier nur auf die Ausführungen bezüglich der Skopolamin-Morphin-Inhalationsnarkose verwiesen, sowie auf das Narkophin und Pantopon. Es ist hier noch das Modiskop zu erwähnen, das als Morphinersatz vorgeschlagen wurde, da Gewöhnung danach nicht eintreten soll. 1 cem dieses Gemisches enthält 2 cg Morphinchlorhydrat, 3 cg Dionin, $\frac{1}{4}$ mg Skopolaminbromhydrat. Man verwendet $\frac{1}{3}$ —1 Pravazspritze p. dosi, mehr als 2 cem p. die braucht man kaum, selbst bei Morphinisten

muß man kaum höher gehen. Es wird besonders bei Morphiumentziehungen angewendet.

Unter dem harmlosen Namen »Bromidia« wurde ein in der Zusammensetzung nicht genau bekanntgegebenes Heilmittel angeboten, das nach einer Analyse folgendermaßen zusammengesetzt war. Bromkalium und Chloralhydrat aa 30,0. Extr. Hyoscyami und Extr. Cannabis indicae aa 0,25, Extr. Liquirit. 90,0, Ol. Aurant. cortic. 5 Tropfen. (Vorsicht dringend geboten!)

Ebenso wie man Schlafmittel der Fettreihe und Morphin einerseits, Alkaloide untereinander andererseits kombinierte und so eine Potenzierung der Wirkungen erreichte, wurden auch Versuche mit antipyretischen Präparaten und Morphin gemacht. Die Potenzierung war wohl auch bei dieser Versuchsanordnung zu erkennen, aber nicht sehr erheblich, so daß man sich wohl für die Zukunft von diesem Vorgehen nicht allzu viel Erfolg versprechen darf.

Es ist natürlich ganz unmöglich, alle Kombinationen anzuführen. Es mag genügen, darauf hinzuweisen, daß es Sache des Arztes sein muß, die für die Behandlung notwendigen Medikamente in der von ihm für nötig gehaltenen Dosierung zu verschreiben, sich aber nicht mit solchen Mischungen, die mit eigenen Namen bezeichnet werden und fälschlich als einheitliche Körper angesehen werden, zu begnügen. Weder der Arzt, noch der Patient hat davon Nutzen.

Alkaloide, die das Zentralnervensystem erregen.

Während die bisher besprochenen Substanzen, wenigstens im großen und ganzen, die Erregbarkeit des Zentralnervensystems herabsetzen, haben wir jetzt einige Substanzen zu betrachten, die die Erregbarkeit des Zentralnervensystems erhöhen.

Das Strychnin (meist als Nitrat verwendet, $C_{21}H_{22}O_2N_2 \cdot HNO_3$) stellt farblose, sehr bittere Kristalle vor, die sich in Wasser schwer lösen. Es erhöht das Seh- und Riechvermögen, steigert den Blutdruck, vertieft die Atmung und versetzt die Reflexapparate des Rückenmarkes in erhöhte Erregbarkeit. Es wird bei Amaurose in Form von sukutanen Injektionen*) angewendet (0,001, steigend bis 0,005), ebenso bei Vergiftungen mit narkotischen Substanzen (0,001 p. injectionem, 0,005 p. os), um der gefährlichen Blutdrucksenkung zu begegnen (z. B. nach Chloral, Chloroform). Es wird von einigen Autoren zur Behebung der mannigfachen Schwächezustände bei chronischem Alkoholismus, bei allgemeinen Erschlaffungszuständen (Neurasthenie usw.) empfohlen. Strychnin ist bei frischen Hemiplegien kontraindiziert.

Die Maximaldosis ist 0,005 p. dos., 0,01 p. die (Pharmacop. Germ.)
 » » » 0,01 » » 0,02 » » (» Austr.).

Extractum Strychni (muß 16% Alkaloide enthalten) wird als Tonikum und Stimulans bei Atonie des Magens und bei allgemeinen Schwächezuständen in Pulver (mit Pulv. rad. Rhei) und Pillen in Einzeldosen von 0,01—0,05 angewendet.

Die Maximaldosis ist 0,05 p. dos., 0,1 p. die (Pharmacop. German. und Austriac.).

Tinctura Strychni (muß 0,25% Alkaloide enthalten) wird ausschließlich als Digestivum angewendet (s. S. 234).

Die Maximaldosis ist 1,0 p. dos., 2,0 p. die (Pharmacop. German. und Austriac.).

*) Die vielfach beliebte Methode, in die Schläfe zu injizieren, ist nicht begründet.

Das Kokain (meist als Chlorhydrat verwendet, $C_{17}H_{21}O_4N \cdot HCl$) stellt weiße, durchscheinende Kristalle vor, die sich in Wasser leicht lösen und bitter schmecken. Neben seiner bekannten peripheren anästhesierenden Wirkung macht es zentrale Erregung, die sich als Euphorie, Redseligkeit, Heiterkeit, Halluzinationen und Delirien äußert, bei schwerer Vergiftung als Blutdrucksteigerung, Rauschgefühl, Nausea, Tremores, schließlich als tetanischer Krampf sich manifestiert. Die erwähnte Euphorie, die die Vergiftung einleitet, war die Ursache, daß man Ermüdeten (z. B. durch Märsche Erschöpften) Kokain empfahl, aber die großen individuellen Differenzen, die sich bald einstellende Süchtigkeit und die Gewöhnung, die zur Konsumtion ungeheurer Mengen (das 20fache der Maximaldosis) führte, lassen dieses Vorgehen bedenklich und gefährlich erscheinen, ebenso wie das vor einiger Zeit geübte Verfahren, den Morphinismus durch Kokain zu beseitigen, eine Methode, von der man nur sagen kann, daß der Teufel durch Beelzebub ausgetrieben wird. Denn der Kokainismus führt noch viel schneller zum Marasmus als der Morphinismus.

Über die Verwendung des Kokains zur Lokalanästhesie kann hier nicht ausführlich gesprochen werden. Es ist für diesen Zweck das Kokain in der weit- aus überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch die Kombination Novokain-Adrenalin mit Vorteil zu ersetzen. Auf die Eigenschaft des Kokains, bei Epileptikern Anfälle zu erzeugen, sei nur hingewiesen, also Vorsicht!

Die Maximaldosis ist 0,05 p. dos., 0,15 p. die (Pharmac. Germ.)

» » » 0,1 » » 0,3 » » (» Austr.).

Das Koffein ($C_8H_{10}N_4O_2$) stellt weiße seidengänzende Kristalle vor, die sich in Wasser wenig lösen und bitter schmecken. Es wird wegen seiner Schwerlöslichkeit als Coffeinum natrio-benzoicum oder Coffeinum natrio-salicilicum verwendet, beide sehr leicht löslich. Das Koffein erleichtert in Mengen von 0,1—0,3 die Auffassung von Sinneseindrücken und deren Verbindung, während die Willensantriebe nicht wesentlich beeinflußt sind. Diese Wirkung macht Koffein besonders bei Erschöpfungszuständen wertvoll. Das Ermüdungsgefühl wird durch Einwirkung des Koffeins auf die Muskelsubstanz selbst vorübergehend beseitigt. (Über die Herz- und Nierenwirkung des Koffeins, s. S. 240).

Auf das Koffein ist auch die Wirkung des Syrupus Colae compositus zum Teil zurückzuführen, eines beliebten Roborans bei Neurasthenie und Erschöpfungszuständen. Er enthält 2,5 Chinin. ferrocitric., 0,075 Strychn. nitr., 25,0 Extr. Colae fluid., 25,0 Natr. glycerino-phosphoric, 200,0 Syrup. aromatic. Extr. Colae fluid. muß mindestens 1% Koffein enthalten (Pharmacop. Austr.).

Organtherapie.

Die bisher behandelten Präparate beeinflussen, wie kurz mitgeteilt worden ist, die Funktionen des Zentralnervensystems in ganz bestimmter Weise, und es ist ihnen allen die Eigentümlichkeit gemeinsam, daß ihre Wirkungen nach einem nach Minuten zu bestimmenden Intervall manifest werden. Die nunmehr zu besprechenden Arzneimittel wirken ebenfalls spezifisch auf die im Zentralnervensystem ablaufenden Prozesse, aber ihre Wirkung wird erst nach Tagen oder Wochen erkennbar. Ein weiterer Unterschied zwischen ihnen und den früher geschilderten Medikamenten liegt darin, daß sie Kolloide sind, während jene durchweg Kristalloide vorstellen. Sie sind durchweg von noch unbekannter Zusammensetzung und stammen von Lebewesen her.

Die ersten Präparate dieser Gruppe wirken ätiologisch bei den thyreogenen Störungen*), sowohl bei den durch Aplasie oder Hypoplasie, als auch bei den durch Hyperfunktion bedingten, also beim Myxödem und Kretinismus, als auch beim M. Basedowii. Im ersteren Falle verwendet man Schilddrüsenpräparate**), deren es eine ganze Anzahl gibt. Hauptsächlich werden Tabletten verwendet; der Gebrauch von Glycerinextrakten ist weniger eingebürgert. Thyreoidin wird aus der Schafschilddrüse hergestellt; 0,6 des Präparates entsprechen einer Drüse von Durchschnittsgröße. Das Präparat wird in Pillen à 0,25 g und Tabletten à 0,3 und 0,5 in den Handel gebracht; man gibt zweckmäßig zunächst, um die Reaktionsfähigkeit der behandelten Person zu eruieren (die individuellen Unterschiede sind sehr bedeutend), 1 Tablette per Woche. Die Verabreichung per Klysma oder gar in Form subkutaner Injektion erscheint weniger angezeigt. *Glandulae thyreoideae siccatae* sind ebenfalls getrocknete Schilddrüsen, 1 g entsprechen 6 g frischer Drüsen-substanz. Das Präparat wird in Tabletten à 0,1 in den Handel gebracht. Man beginnt mit 1 Tablette täglich. Thyraden ist ein mit Kochsalzlösung hergestelltes Extrakt aus der Schweinschilddrüse. Es kommt in Tabletten, die man durch Zusatz von Milchzucker zum Extrakt darstellt, in den Handel. 1 Tablette entspricht 0,3 g frischer Drüse. Man beginnt mit 1 Tablette täglich. Alle diese Präparate haben nur das eine, daß man nicht mit genau dosierten Substanzen arbeitet, da die Drüse des Tieres bald mehr, bald weniger wirksame Substanz enthalten kann. Aus diesem Grunde hat man die aus einem Nukleoglobulin der Schilddrüse darstellbare wirksame, jodhaltige Substanz in den Handel gebracht. Sie wird mit Milchzucker verrieben in den Handel gebracht, und zwar enthält 1 g dieser mit dem Namen Jodothyrim verkäuflichen Verdünnung $\frac{3}{10}$ mg wirksamer Substanz; so viel enthält im Durchschnitt eine Hammelschilddrüse. Man gibt von diesem Präparat 1 g täglich. Doch sind die Befürchtungen wegen der nicht absolut genauen Dosierung bei der Verabreichung von Tabletten nicht gerechtfertigt, andererseits haben sich die an die Darstellung des Jodothyrim geknüpften Hoffnungen nicht erfüllt. Bei all diesen Präparaten muß man sehr vorsichtig und tastend die Dosis erhöhen, um Intoxikationssymptome zu vermeiden.

Die Wirkung dieser Präparate ist eklatant. Die Apathie schwindet, die Bewegungen werden lebhafter, die Stimme nimmt den natürlichen Ton an und die körperlichen Symptome (Myxödem, Anhydrosis usw.) verschwinden ebenfalls. Die Behandlung muß lange fortgesetzt werden, und man muß beim Aussetzen des Präparates immer mit der Möglichkeit von Rezidiven rechnen, gegen die man natürlich sofort wieder Schilddrüsenpräparate verabreicht. Auch bei *Dementia praecox* wurde in einigen Fällen die günstige Wirkung dieser Präparate festgestellt. Der Jodgehalt erklärt die Wirkung der Präparate durchaus nicht.

Genau das entgegengesetzte***) Verhalten beobachtet man bei dem so häufig mit psychischen Störungen vergesellschafteten M. Basedowii. Ausgehend von der Theorie der thyreogenen Natur dieser Krankheit, wurden Körpersubstanzen von thyreidektomierten Tieren den Kranken verabreicht.

Das Antithyreoidin Möbius ist das Serum von Hammeln, denen 6 Wochen vor dem ersten Aderlaß die Thyreoidea exstirpiert wurde. Es kommt

*) s. spezieller Teil.

**) Wir können nicht umhin, an dieser Stelle auf das eben erschienene Handbuch der Organtherapie von BAYER und v. WAGNER hinzuweisen.

***) Genauer wird darauf noch im speziellen Teil eingegangen.

mit einem Zusatz von 0,5% Phenol (zur Vermeidung der Bakterienwachstums) in den Handel. Es schmeckt sehr schlecht und ist sehr teuer. Man gibt 0,5 ccm in Wein (zur Verdeckung des schlechten Geschmacks) und steigt allmählich bis 5 ccm. Es wird auch in Tabletten à 0,5 Serum in den Handel gebracht, und man gibt 3—10 Tabletten pro die steigend und ebenso wieder fallend. Auch in Tropfenform wird es verabreicht, von 30 Tropfen bis 60 ansteigend.

Die Wirkung auf die verschiedenen Symptome der BASEDOWSchen Krankheit ist nicht immer gleichmäßig; bald wird mehr die Struma, bald mehr das Herz, bald mehr der Darm beeinflusst. Die Verminderung der Erregbarkeit ist in einer großen Anzahl von Fällen festgestellt worden.

Das Rodagen stellt eine Milchzuckerreibung des durch Fällung aus der Milch thyreoidektomierter Ziegen dargestellten wirksamen Prinzips vor. Man gibt täglich einen Teelöffel. Das Präparat ist nicht sehr haltbar und nimmt nach einiger Zeit einen widrigen käseartigen Geruch an.

Die Involution des weiblichen Genitales im 5. Dezennium des Lebens ist öfter mit psychischen Erregungszuständen vergesellschaftet, die man, ausgehend von der Ansicht, daß es sich um Ausfallserscheinungen handelt, mit Ovarialpräparaten behandelt. Die Wirksamkeit dieser Präparate, von denen hier nur *Ovaria siccata* und Ovaraden erwähnt seien, ist noch nicht mit Sicherheit festgestellt. Vermutlich ist die wirksame Substanz zu labil, um die Prozeduren beim Herstellen der Tabletten und Extrakte zu vertragen, während gewisse wirksame Komplexe der Schilddrüsensubstanz sogar durch das Kochen mit Salzsäure nicht zerstört werden.

Schließlich sei nochmals darauf hingewiesen, daß in einer Anzahl von Fällen die Verabreichung von Schilddrüsenpräparaten, unterstützt durch gleichzeitige Verabreichung von Arsenpräparaten, bei *Dementia praecox* günstig wirkte.

Fiebertherapie der progressiven Paralyse*).

Wir betreten nunmehr ein ganz anderes Gebiet, die Behandlung der schwersten, durch Infektion erworbenen Hirnerkrankung: der progressiven Paralyse.

Ausgehend von der Beobachtung, daß der Verlauf verschiedener Psychosen, besonders aber der Paralyse, durch fieberhafte Prozesse verschiedenster Ätiologie (Typhus, Erysipel, Pneumonie, Rheumatismus, Phlegmonen, schwer vereiterter Dekubitus), also durch Kokken und Stäbchen verschiedenster Art, auffallend günstig beeinflusst wird, versuchte man künstlich Fieber zu erzeugen. Man kam nach vielen Versuchen zu dem nur toxisch, nicht aber infektiös, dabei sicher wirkenden Alttuberkulin (v. WAGNER und dessen Schüler). Das Ziel der Kur ist es nicht, eine spezifische Reaktion auszulösen, sondern eine starke Allgemeinwirkung soll erzielt werden. Um aber nicht durch die erfahrungsgemäß hohen Dosen des Präparates eine vielleicht vorhandene latente Tuberkulose wieder anzuregen, schickt man eine Probeinjektion von $\frac{1}{2}$ mg bis 1 mg Tuberkulin voraus. Meist erfolgt keine typische, für Tuberkulose charakteristische Fieberreaktion. Man injiziert nun, sobald eine eventuell eingetretene geringfügige Temperatursteigerung abgelaufen ist, 5—7 mg Tuberkulin und wiederholt nach dem Fieberabfall die Injektion derselben Menge. Erfolgt schließlich keine Reaktion, so erhöht man die Dosis und wiederholt wieder usw. usw. und steigt so allmählich bis zur Menge von 0,3 Alttuberkulin. Maßgebend für die Erhöhung der Dosis ist die Temperatur-

*) Eingehender wird dieses Thema im speziellen Teile behandelt.

steigerung. Steigt die Temperatur bei der Reaktion über 38° , so wird dieselbe Menge ein zweites Mal injiziert; steigt sie über $37,5$, wird die Dosis um ein Viertel, erreicht sie $37,5$ noch nicht, wird die Dosis um die Hälfte erhöht; bleibt der Patient reaktionslos, so wird die Dosis verdoppelt. Prognostisch am günstigsten sind die Fälle, wo die Reaktion sehr intensiv ist, ebenso die, bei denen starke psychische Erregungen gleichzeitig mit der Fieberreaktion beobachtet werden. Die zur Injektion notwendige Tuberkulinlösung wird durch Vermischen von n Teilen Tuberkulin, mit einer sterilisierten Mischung von $4n$ Teilen Glycerin und $5n$ Teilen Wasser hergestellt. Der Einfluß der Fieberreaktion auf den anatomischen Prozeß ist heute noch dunkel. Ob Gefäßveränderungen, ob Leukocytose, ob die Produktion von Antituberkulin die Ursache der Beeinflussung des Prozesses ist, ist heute noch nicht sicher zu beantworten, wahrscheinlich spielt die Leukocytose eine sehr wichtige Rolle, wie aus der Verwendung, der Nukleinsäure hervorgeht (s. u.).

Nur initiale Fälle, in denen die Paralyse »wetterleuchtet«, sind zu dieser Behandlung geeignet.

Diese Behandlung wird zweckmäßig mit einer Injektionskur (Hydrarg. succinimid. in 2%iger Lösung, 1 cm^3 pro inject.) kombiniert.

Als pyrogene Substanz verwendete man an Stelle des Tuberkulins die fiebererzeugende Nukleinsäure, die auch Leukocytose hervorruft, bzw. das Natrium nucleinicum (O. FISCHER, DONATH).

Die Nukleinsäure wird aus Hefe dargestellt und in 10%iger Lösung und einem Kochsalzzusatz von 0,8% steril (in Ampullen) in den Handel gebracht. Man injiziert 0,5–1,0 und geht in 5–7tägigen Intervallen mit Erhöhungen von 0,5–1,0 bis auf 4,0–5,0 pro injectione. Die Temperatur soll bis über $40,0^{\circ}$ steigen. Die Injektionen sollen erst wiederholt werden, wenn die Temperatursteigerung abgeklungen und die durch die Nukleinsäureinjektion erzeugte Leukocytose (zwei oft parallel verlaufende Prozesse) verschwunden ist. Man injiziere niemals in die von einer früheren Injektion her noch erythematösen Partien, weil man sonst leicht Abszesse erzeugt.

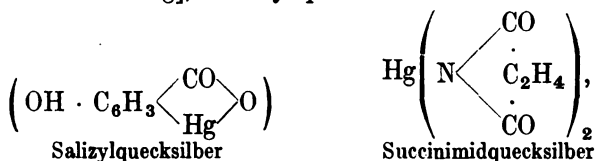
Anhangsweise wäre noch als eine auf ein bestimmtes histologisches Substrat, auf narbiges Bindegewebe, einwirkende Substanz zu erwähnen, das Fibrolysin, das ein wasserlösliches Doppelsalz des Allylthioharnstoffs ($\text{NH}_2 \cdot \text{CS} \cdot \text{NH} \cdot \text{C}_3\text{H}_5$) und des Natriumsalizylats ist. Es bringt das Narbengewebe zur Erweichung. Auch bei multipler Sklerose soll es in einer Reihe von Fällen ebenso gewirkt haben. Doch ist diese Angelegenheit noch nicht spruchreif.

Ätiologische Therapie der infektiösen, insbesondere der luetischen Erkrankungen.

Im Anschluß an diese Erörterung erscheint es mit Rücksicht auf den syphilitischen Ursprung der progressiven Paralyse nicht unzweckmäßig, gleich die Besprechung der antiluetischen Therapie anzuschließen, sowie die Besprechung der ätiologischen Therapie anderer infektiöser Krankheiten. Zur Beseitigung der luetischen Gewebsveränderungen stehen uns zur Verfügung: das Quecksilber und seine Präparate, ferner das Salvarsan und Neosalvarsan und die Jodverbindungen.

Es ist hier nicht der Ort, auf die heute noch vielfach kontroversen Fragen der Luesbehandlung einzugehen, ob nur unlösliche Quecksilber-

präparate, z. B. metallisches Quecksilber [Ol. cinereum Lang, Ol. cinereum Zieler], Kalomel (HgCl) [speziell als Kalomelöl oder als kolloidales Kalomel (Calomelol) in Verwendung], Salizylquecksilber



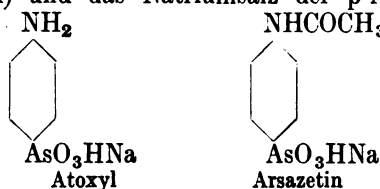
oder lösliche Salze, z. B. Sublimat (HgCl_2), Asurol (eine Doppelverbindung von Salizylquecksilber und amido-oxy-isobuttersaurem Natrium), Succinimidquecksilber, Enesol (methylarsin-salizylsaures Quecksilber) mit 38,46% Hg und 14,4% As injiziert werden sollen, ob Kombinationen dieser Präparate anzuwenden sind, ob interne Quecksilberbehandlung, z. B. mit Hydrarg. oxydulat. tannic. oder Mergal (cholsaurem Quecksilber) stattfinden soll usw.

Bei ausgesprochener progressiver Paralyse darf man sich von der reinen Quecksilberbehandlung nicht viel versprechen, wohl aber erweist sich eine Kombination von Tuberkulinkur und Quecksilberbehandlung sehr wertvoll (s. früher S. 232). Auf die Therapie der oft mit psychischen Störungen vergesellschafteten Lues cerebri kann hier nicht eingegangen werden (siehe speziellen Teil).

Bei jeder Quecksilberkur ist der Harn kontinuierlich zu untersuchen (wegen eventueller Albuminurie) und peinlichste Mundpflege anzuordnen. Bei heftigerer Stomatitis, bei Albuminurie und bei Diarrhöen (Quecksilberausscheidung durch die Dickdarmschleimhaut) ist die Quecksilbermedikation sofort zu unterbrechen.

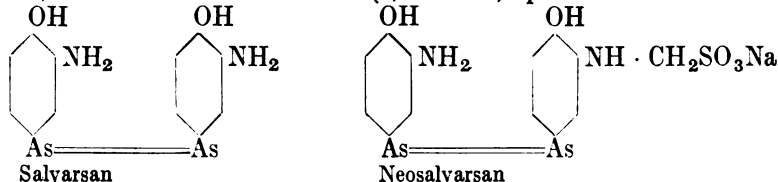
Die Wirkungsweise des Quecksilbers auf die luetischen Prozesse ist noch nicht klar erkannt; ob es sich um eine Anregung der Abwehrmechanismen handelt oder um eine direkte Einwirkung auf die Spirochäten selbst, ist noch nicht sicher zu sagen.

Eine weitere Gruppe von Heilmitteln, die bei Lues Anwendung finden, sind die Arsenverbindungen, speziell die aromatischen Arsenverbindungen. Die zuerst angewendeten Glieder dieser Klasse, das Natriumsalz der p-Amidophenylarsinsäure (Atoxyl) und das Natriumsalz der p-Azetylamino-phenylarsinsäure (Arsazetin)



sind wegen toxischer Wirkungen auf das Auge und die Nieren nur mehr wenig in Verwendung.

Das für die Therapie der Lues wichtigste Präparat dieser Gruppe ist das Salvarsan, bzw. das Neosalvarsan. (0,4 bzw. 0,6 p. dos. mehrmals intravenös.)



Das Salvarsan (bzw. dessen Chlorhydrat) und das von ihm sich ableitende, bequemer anzuwendende, weil leichter in Lösung zu bringende Neosalvarsan sind bei Paralyse nur behutsam anzuwenden. Obwohl das Präparat die *Spirochaete pallida* vernichtet, ist bei der Anwendung des sonst so ausgezeichneten Präparates in Fällen von Paralyse, besonders bei solchen, die Neigung zu raschem Fortschreiten zeigen, große Vorsicht angezeigt, da doch sehr unangenehme Nachwirkungen nach Salvarsan bei Gefäßveränderungen des Zentralnervensystems, wie sie bei dieser Erkrankung häufig vorkommen, beobachtet wurde (siehe Genaueres im spez. Teil). Ob die energische Behandlung der Lues mit diesen Präparaten als Vorbeugung der progressiven Paralyse wirksam ist, läßt sich derzeit noch nicht mit absoluter Sicherheit sagen, gewisse Tatsachen sprechen dafür*).

Eine besondere Wichtigkeit kommt hingegen den Jodpräparaten zu. Es wird als Alkalijodid in Mengen von 0,1–1,0 p. dosi verordnet, und man kann unbedenklich 3–5 g p. die geben. Es ist jedoch anzuführen, daß es Personen gibt, die auf Jodmedikation, auch schon auf kleine Mengen, mit Basedowsymptomen reagieren, sowie solche, die Akne, Schnupfen, Konjunktivitis, Ödem der Larynxschleimhaut, gesteigerte Bronchialsekretion, Salivation, Appetitlosigkeit zeigen. Jodnatrium (85% Jod) und Jodkalium (76% Jod) wirken in dieser Hinsicht etwa gleich; am leichtesten erzeugt Jodammonium (88% Jod) die oben genannten Erscheinungen, die zum Teil auf der Reizwirkung des sich abspaltenden Elementes Jod beruhen.

Der Mechanismus der Jodwirkung auf syphilitische Gewebsveränderungen, sowie des günstigen Einflusses der Jodalkalien auf Arteriosklerose ist noch nicht mit Sicherheit ermittelt.

Ebenso wie beim Brom ist eine Anzahl von Jodalkali-Ersatzpräparaten in den Handel gebracht worden, die sich untereinander durch die Geschwindigkeit der Resorption und die Leichtigkeit unterscheiden, mit der sie Jod in die Säftemasse des Körpers übergehen lassen, wo es als Jodid enthalten ist. Einige dieser Präparate sind ganz analog konstituiert den entsprechenden Bromverbindungen.

Das Jodipin ist ein Jodadditionsprodukt des Sesamöls und kommt in zwei Stärken in den Handel, mit 10% und 25% Jodgehalt. Es wird im Darm resorbiert und als Jodfett abgelagert. Allmählich wird dann das Jod frei.

Von dem 10%igen Präparat entspricht 1 Eßlöffel ungefähr 1,3 KJ.
 » » » » » 1 Teelöffel » 0,35 »

Das 25% Jod enthaltende Präparat wird subkutan injiziert. 1 ccm entspricht etwas weniger als 0,5 KJ. Man gibt von dem 10%igen Präparat intern bis zu 3 Eßlöffel täglich, von dem 25%igen bis 10–12 ccm p. die. (In der kalten Jahreszeit ist das Präparat vor der Injektion zu erwärmen.)

Ähnlich verhält sich das Sajodin, das Kalziumsalz der Monojodbehensäure ($C_{22}H_{42}O_2J$)Ca, das 26% Jod enthält. Das Jod wird langsam abgespalten, die Wirkung tritt also langsam ein, dauert aber lange. Es kommt in Tabletten à 0,5 in den Handel. Die Tagesdosis beträgt bis 6 Tabletten.

Das Jodival (s. Bromural, S. 206) (= Monojodvalerylharnstoff), das 47% Jod enthält, wird ziemlich rasch aufgespalten, und seine Wirkung dauert nicht so lange wie die des Jodipin. Es kommt in Tabletten à 0,3 in den Handel, von denen man bis 3 p. die nimmt.

*) Auch für die Therapie der *Malaria tertiana* ist Salvarsan wichtig.

Das Lipojodin (= Dijodbrassidinsäureäthylester, $C_{22}H_{44}O_2J_2$), das 41% Jod enthält, wird ziemlich langsam aufgespalten. Seine Wirkung dauert deshalb lange an. Es wird empfohlen, zur Verbesserung der Resorption im Darm, das Präparat nie auf nüchternen Magen zu nehmen. Man nimmt bis 3 Tabletten (à 0,3) p. die.

Das Jodostarin (= Taririnsäuredijodid) ($C_{18}H_{32}O_2J_2$), das 47,5% Jod enthält, wird langsam aufgespalten; seine Wirkung dauert ziemlich lange. Es kommt in Tabletten à 0,25 in den Handel, von denen man bis 6 nimmt.

Die Präparate Jodglidin (Jod an Pflanzeneiweiß gebunden) und Jodlezithin (Jod an Lezithin gebunden) sind keine chemisch einheitlichen Körper.

Der Vorteil der organischen Jodverbindungen besteht darin, daß sie lange andauernde Jodwirkung entfalten, wo aber rasche Jodwirkung erwünscht ist, wird man zu Jodalkalien greifen.

Als spezifische Antiluetika wurden verwendet: Das Decoctum Sarsaparillae fortius und mitius, sowie das Decoctum Zittmanni, welche Präparationen aber viel von ihrer Bedeutung verloren haben.

Außer diesen Präparaten, die speziell bei Lues als spezifische Heilmittel wirken, sind nun noch einige Präparate zu erwähnen, die auf andere pathogene Mikroben schädigend wirken.

Das Chinin (die Base hat die Formel $C_{20}H_{24}N_2O_2$), das in einer großen Anzahl von Verbindungen als wirksamer Bestandteil enthalten ist, wirkt spezifisch auf die Malaria plasmodien. Die Chininsalze sind sämtlich weiße kristallinische Pulver, die alle den charakteristischen bitteren Geschmack haben. Man gibt bei einer Malariakur das Chininsalz am besten 6 Stunden vor dem zu erwartenden Anfall, zum erstenmal 0,5 und dann noch einige Stunden später 2—3mal dieselbe Dosis. Es gelingt auf diese Weise, das Blut schließlich parasitenfrei zu machen, sobald es sich um Malaria quotidiana, Malaria tertiana oder Malaria quartana handelt. Viel schwerer ist die Malaria tropica zu beeinflussen. Für die Psychiatrie ist diese Seite der Chininwirkung wegen der freilich in unseren Breiten seltenen Malaria- psychosen von Wichtigkeit. Das Chinin wirkt sonst als allgemeines Plasmagift, immobilisiert Leukocyten, setzt die Temperatur des Fiebernden herab usw. Es wirkt also als Antipyretikum, nur macht es Antipyrese (entsprechend seinem Charakter als Protoplasmagift) durch Herabsetzung der Oxydationsprozesse, durch Einschränkung der Wärmeproduktion, während Antipyrin usw. durch Erhöhung der Wärmeabgabe die Entfieberung bedingen. Als Antineuralgikum ist Chinin dem Phenazetin, Pyramidon nicht überlegen, außer bei den Malarianeuralgien. Chinin macht auch infolge von Idiosynkrasie toxische Erscheinungen, z. B. Hautveränderungen (Urtikaria, Ekzem, Purpura), Ohrensausen, Kopfschmerzen, Erbrechen, Übelkeit, Taubheit, Amblyopie und Amaurose.

Chinin wird außer bei Malaria wenig angewendet. Man gibt 0,5 Chinin. hydrochloric. in Capsul. amyloaceis in der oben skizzierten Weise oder man kann Chinin auch subkutan oder intravenös injizieren, z. B.

Rp. Chinin. hydrochlor.	0,5
Urethan.	0,25
Aq. dest.	ad 5,0

Eine andere innerhalb des Körpers spezifisch auf Mikroben wirkende Substanz ist die Salizylsäure, bzw. ihre Salze. Die Salizylsäure, OHC_6H_4COOH , stellt weiße, in Wasser schwerlösliche Kristalle vor; das Natriumsalz,

OH · C₆H₄COONa, bildet weiße, in Wasser leicht lösliche Kristalle. Diese Körper wirken spezifisch auf den Gelenkrheumatismus ein und sind für die Psychiatrie wegen der nahen Beziehungen der Chorea zu dieser Infektionskrankheit wichtig. Die Salizylsäure, bzw. ihre löslichen Salze machen sehr unangenehme Nebenerscheinungen (Erbrechen, Schweißausbrüche, Ohrensausen, Benommenheit, Delirien, Exantheme mannigfachster Art, Lidödem, Ödem der Mund- und Pharynxschleimhaut). Man hat deshalb das Aspirin (s. S. 226) hergestellt, das bei guter therapeutischer Wirkung weniger Nebenerscheinungen macht und dabei ausgesprochen antineuralgisch wirkt. Die Salizylsäurewirkung beruht darauf, daß das salizylsaure Natrium in den entzündeten Gelenken in größerer Menge sich sammelt, daß sie durch die dort herrschende Kohlensäurespannung frei gemacht wird und dann auf die Mikroben deletär einwirkt.

Dort, wo die Salizylsäure durch hohe Kohlensäurespannung nicht freigemacht wird, entfaltet sie keine therapeutische Wirkung (z. B. an den Herzklappen). Ob sie im Gehirn die zur Wirkung geeigneten Bedingungen antrifft, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen.

Man verordnet Natrium salicylicum in Einzeldosen à 1 g bis zu 10 g p. die bei Gelenkrheumatismus, Aspirin bis in Einzeldosen von 0,5—1,0 bis zu 4 g p. die. Bei Magenbeschwerden durch Salizylsäure nehme man Natriumbikarbonat.

Eine ganz andere Wirkungsweise wird den Kolloidmetallen zugeschrieben, die, nach Art organischer Fermente wirkend, die Abwehrvorrichtungen des Organismus gegen Mikroben unterstützen sollen. Es werden vorzugsweise Silberpräparate (Collargol und Elektrargol) empfohlen. Irgendwelche Spezifität entwickeln sie nicht. Die klinischen Berichte über ihre Wirksamkeit zeigen sehr große Differenzen in der Bewertung ihrer bakteriziden Kraft.

Man empfiehlt bei Septikämie Collargolklysmen mit 100 ccm einer 1%igen Lösung 2mal täglich zu machen und gleichzeitig das Unguentum Credé (Salbe mit 15% kolloidalem Silber) einzureiben. Von Elektrargol sollen 5 ccm intramuskulär injiziert werden; Elektrargol ist in Ampullen gebrauchsfertig zu erhalten. (Versuchsweise in Betracht kommend bei infektiösen Psychosen, siehe spez. Teil).

In dieses Gebiet der »inneren Desinfektion« gehören noch einige Medikamente, die hier anzuführen sind.

Das Urotropin, Hexamethylentetramin, ursprünglich nur zur Blasen-antiseptik (siehe Kapitel »Therapie«) benutzt, geht in alle Sekrete über und vermag in gewissem Grade bakterizid zu wirken. Speziell im Liquor cerebrospinalis wurde es nachgewiesen, und man hat zur Vermeidung von Sepsis bei Hirn- und Rückenmarksoperationen die Patienten vorher Urotropin (2 g p. die) nehmen lassen. Das andere Präparat sind die Fol. uvæ ursi, die das Glykosid Arbutin enthalten, das durch die Niere ausgeschieden wird und in der Niere das bakterizid wirkende Hydrochinin abspaltet. Man verwendet ein Dekokt (20 : 100), das im Laufe des Tages zu nehmen ist.

Kurze Übersicht über die medikamentöse Behandlung der Ernährungsstörungen.

Die wichtigsten Substanzen, die uns auf diesem Gebiete zur Verfügung stehen, sind Arsen und Eisen.

Das Arsen wird zunächst in Form der arsenigen Säure, bzw. von deren Salzen verwendet. Die arsenige Säure (As₂O₃) macht in kleinen Mengen

Beförderung der Assimilation (Fettspeicherung, Fettansatz, Hämoglobinvermehrung), weshalb es bei Chlorose, Kachexie verschiedenster Art, Leukämie, in der Rekonvaleszenz nach bakteriellen Infektionen z. B. bei Chorea, angewendet wird. Man verwendet sie in Tropfenform als Liq. Kalii arsenicos. (Pharm. Germ.), Solut. arsenical. Fowl. (Pharm. Austriac.), eine Lösung, die in 1 cem 1 cg arseniger Säure enthält. Eine der bequemsten Verabreichungsformen ist die der Pilul. acid. arsenicos. composit. (Pilul. asiat. der Pharmarcop. Austriac.), deren jede 1 mg arsenige Säure enthält, von denen man bis 15 Pillen p. die nimmt, mit kleinen Dosen, etwa 3 Pillen, beginnend und dann steigend und dann wieder fallend. Die obengenannte Lösung verordnet man ebenfalls von 2 zu 8 Tropfen 3mal täglich steigend und dann wieder fallend. Bei Verdünnung mit Aq. menth. piperit. hat man die Tropfenzahl entsprechend zu vermehren.

Man lasse Arsen nie auf nüchternen Magen nehmen. Während der Arsenkur darf nie Obstipation eintreten. Auf Vergiftungserscheinungen (Magen-Darmkatarrh, Konjunktivitis, Arsenmelanose) ist genau zu achten, und bei Auffindung von solchen Zeichen ist die Kur sofort abzubrechen.

Die Maximaldosis von Acid. arsenicos. ist

0,005 p. dos., 0,015 p. die (Ph. Germ.)

0,005 » » 0,02 » » (Ph. Austr.).

Die Maximaldosis von Liq. Kal. arsenic. ist

0,5 p. dos., 1,5 p. die (Ph. Germ.)

0,5 » » 2,0 » » (Ph. Austr.)

Statt der arsenigen Säure wurde später die Kakodylsäure ($[\text{CH}_3]_2\text{AsO}_2\text{H}$) empfohlen, bzw. das Natriumsalz, von dem man bis zu 0,1 p. dos., 0,3 p. die auch subkutan geben kann. Auch Pillen à 0,025 Natr. kakodyl. sind im Handel erhältlich, von denen man 4 Stück p. die zu nehmen empfiehlt. Da aber das kakodylsaure Natrium der Exhalationsluft des damit behandelten Patienten einen unangenehmen Geruch verleiht, wurde das methylarsinsäure Natrium ($\text{CH}_3\text{AsO}_3\text{Na}_2$) dargestellt, von dem meist 0,05 p. die gegeben werden, man kann aber bis 0,1 p. die steigen. Beide organische Verbindungen sind wegen ihrer Injizierbarkeit sehr beliebt. Auf die Wichtigkeit des Arsen bei der Behandlung der Schlafkrankheit sei an dieser Stelle hingewiesen.

Das Eisen wird in Form zahlreicher Verbindungen pharmazeutisch verwendet, von denen hier nur das Ferr. lacticum erwähnt sei, das gewöhnlich in der Dosis von 0,05—0,5 bis zu dreimal täglich genommen wird. Man hat auch eine Kombination von Arsen und Jod unter dem Namen Arsojodin, hergestellt, die in Pillen à 0,001 arseniger Säure und 0,012 Jodnatrium in den Handel gebracht wird, sowie eine ihr analoge unter dem Namen Arsobromin (Pillen à 0,001 arseniger Säure, 0,025 Bromkalium und Bromnatrium zu gleichen Teilen), Auch Eisen-Arsenkombinationen sind sehr verbreitet, so z. B. die Mischung von Liq. Kal. arsenicos. 5,0 und Tinct. ferr. pomat. 15,0, von der man täglich 3mal 5 Tropfen, steigend bis 3mal 15 Tropfen, nehme, um dann wieder zu fallen. Auch zahlreiche Präparate mit organisch gebundenem Eisen, d. h. mit den gewöhnlichen Reagenzien nicht nachweisbarem Eisen, wurden in den Handel gebracht, z. B. Fersan (eisenhaltiges Paranukleoproteid, aus Rinderblut hergestellt), Ferratin (Dosis: 1—2 g tgl.) (aus Schweinsleber hergestellt), Ferratose (Lösung des Ferratins in einem Gemisch von Glyzerin und Alkohol), Perdynamin (ein Hämoglobinpräparat), Nukleogen (ein Eiseneiweißpräparat), Triferin (aus Kuhmilch hergestellte Paranukleinsäure), Triferrol (dessen alkoholisch-aromatische Lösung), Arsenferratin (Ferratin mit 1% Arsen),

Arsenferratose (dessen Lösung). Die Aufzählung dieser Präparate ließe sich mühelos noch lange fortsetzen. Auch ein Syrupus ferri jodati mit 5% Eisenjodür wird gebrauchsfertig abgegeben. Die Zahl der hierher gehörigen Präparate ist ganz unübersehbar.

Hierher gehören auch die Syrup. hypophosphit. von FELLOW und EGGER. Ersterer enthält: 1,0 Eisenphosphat, 3,0 Natriumhypophosphit, 0,6 Chininsulfat, 0,03 Strychnin, 1,0 Manganhypophosphit, Syrup. ad 500,0. Letzterer enthält 3,0 Ferr. hypophosphit, 0,5 Mangan. hypophosphit, 1,0 Calc. hypophosphit, 0,5 Chinin. hypophosphit, 2,0 Tct. nuc. vom. , 2,0 Acid. hypophosphoros., Syrup. ad 300.

Eine andere Ursache liegt der Verwendung von Lezithin zugrunde, nämlich die Lezithinverarmung des Organismus bei konsumierenden Krankheiten. Um den Defekt dieser so wichtigen Substanzen zu beheben, wird empfohlen, Lezithin in Tabletten à 0,025 (bis zu 10 Tabletten) zu nehmen. Ein definitives Urteil über den Wert dieser Methode ist derzeit nicht möglich.

Die Entgiftung des Organismus, Anregung lebenswichtiger Funktionen — ebenso wichtig wie die richtige Ernährung — wird bei herabgekommenen und schwachen Kranken, die die Nahrung verweigern, schwachen Puls haben, durch Kochsalzinfusion mächtig gefördert. Man infundierte früher folgende Lösung: Kalium sulfuric. 0,25, Kal. chlorat. 1,0, Natrium chlorat. 6,75, Kal. carbon. pur. 0,4, Natr. phosphor. 3,0, Aq. destill. 1000. Doch kann die einfacher zusammengesetzte physiologische Kochsalzlösung (0,85%) ebensogut verwendet werden. Der Puls und die Diurese werden kräftiger, und der Salzgehalt des Organismus macht Appetit und Durst.

Kurze Übersicht über die medikamentöse Behandlung der Zirkulations- und Diuresestörungen.

Die psychischen Störungen bei Erkrankungen des Zirkulationsapparates illustrieren klar und deutlich die Notwendigkeit, auch das Gebiet der medikamentösen Therapie der Zirkulationsstörungen kurz zu behandeln.

Das wichtigste Medikament, das bei der Behandlung der Zirkulationsstörungen verwendet wird, sind die Folia Digitalis. Der Gehalt der Blätter an wirksamer Substanz schwankt selbstverständlich nach Standort, Zeit des Einsammelns, Länge der Aufbewahrung innerhalb sehr weiter Grenzen, so daß Folia Digitalis durchaus nicht immer denselben Wirkungswert haben. Über die Wirkungsstärke der gewöhnlichen Folia Digitalis ist der Arzt gar nicht orientiert, und es kann Schaden angerichtet werden, wenn eine besonders starke Digitalissorte in der gewöhnlichen Dosierung verschrieben wird. Nun ist eine chemische Methode, wie sie zur Wertbestimmung des Opium durch Feststellung der Morphinmenge im Opium verwendet wird, an der Digitalis undurchführbar, und es bleibt nur die Feststellung des Wirkungswertes im Tierversuch übrig. Man bestimmt also am Frosch die Zeit, in der durch ein frisches Infus von der auf ihren Wirkungswert zu untersuchenden Digitalissorte der systolische Herzstillstand, die für die Digitalissubstanzen charakteristische Wirkung, eintritt. Dieses Verfahren wird bei verschiedenen Digitalispräparaten angewendet, welche dann als »physiologisch titriert« in den Handel kommen. Man war bestrebt, die Gesamtheit der wirksamen Digitalissubstanzen frei von unwirksamen oder gar schädlichen Beimengungen zu gewinnen, und zwar möglichst unverändert, in jener Form, in der sie in den Blättern enthalten sind; denn die Versuche, die man mit den aus der Digitalis isolierten Substanzen gemacht hatte, waren durchaus unbefriedigend verlaufen, auch

betragen die unwirksamen Substanzen der Digitalisblätter mehr als $\frac{4}{5}$ ihres Gewichtes, und unter ihnen befindet sich das die Magenschleimhaut reizende Saponin Digitonin. Weiterhin stellte man an sie mit Recht auch die Forderung, daß sie injizierbar seien.

Von der großen Menge der Digitalispräparate seien erwähnt:

1. Folia Digitalis, in Pulver oder Pillen (0,03—0,2 p. dos.) oder im Infus (0,5—1,5 : 100) angewendet.

2. Digalen. Es wird als gelöstes Digitoxin bezeichnet, obwohl seine chemischen Reaktionen die Richtigkeit dieser Angabe nicht bestätigen. Es kommt ausschließlich in Lösung in den Handel. 1 ccm soll 0,3 mg Digitoxin enthalten, entsprechend 0,15 Fol. Digitalis. Es ist intravenös und intramuskulär injizierbar. Man gibt bis 20 Tropfen p. dosi per os, 1—2 ccm p. dosi per injectionem.

3. Digipuratum. Es enthält die Digitalissubstanzen in Form gerbsaurer Verbindungen zur Einnahme per os und kommt in Tabletten in den Handel, deren jede 0,1 starker Fol. Digitalis entspricht, sowie in Lösung. Die zur Injektion bestimmte Lösung wird in Ampullen gebrauchsfertig in den Handel gebracht, 1 ccm der Lösung entspricht einer Tablette. Man gibt 1 Tablette p. dosi, 2—3 Tabletten p. die. Man kann das Präparat intravenös oder intramuskulär injizieren. Bei subkutaner Injektion wurde Infiltration der Haut beobachtet.

4. Digifolin. Es kommt ebenfalls in Tabletten in den Handel, deren jede 0,1 Fol. Digitalis entspricht. Die zur subkutanen, intramuskulären oder intravenösen Injektion bestimmte Lösung, von der 1 ccm einer Tablette entspricht, kommt gebrauchsfertig in Ampullen in den Handel.

Die Präparate Extract. Digital. fluidum und Tinct. Digitalis sind wenig gebräuchlich.

Das Wesentliche der Digitaliswirkung besteht darin, daß die Herzkontraktion vollständiger wird, die Pulsfrequenz sinkt und die Druck- und Strömungsverhältnisse zur Norm zurückgeführt werden, indem die venöse Stauung verschwindet.

Die Digitalispräparate sind zur Bekämpfung der chronischen Herzinsuffizienz geeignet. Zur Behandlung akuter Schwächezustände des Herzens sind sie ungeeignet. Eine ihrer wichtigen Eigenschaften ist die Fähigkeit unter Umständen kumulativ zu wirken und schädigend auf die Herzfunktion einzuwirken. Bei jeder Digitaliskur ist darum genaueste Kontrolle des Kranken unbedingt erforderlich.

Dieselbe Wirkung wie die in den Folia Digitalis enthaltenen Substanzen entfalten die Substanzen der Samen verschiedener Strophanthusarten (Str. Kombé, Str. gratus). Es sind aus ihnen hochwirksame Substanzen gewonnen worden, die Strophanthine, von denen das aus Str. gratus (g-Strophanthin) kristallinisch ist. Beide gelangen gelöst und gebrauchsfertig in Ampullen in den Handel. Die Lösungen werden intravenös gegeben, die des kristallinischen Präparates bis $\frac{1}{2}$ mg, die des amorphen bis 1 mg. Intravenöse Strophanthininjektionen dürfen nur gemacht werden, wenn der Patient zur Zeit der Injektion nicht unter der Wirkung eines Digitalis- bzw. Strophanthuspräparates steht.

Das Präparat Extr. Strophanth. wird in Dosen von 0,01—0,06 p. dos. in Pillen verwendet. Es ist wenig gebräuchlich.

Das officinelle Präparat Tinct. Strophanthi, wird in der Dosis von 2 bis 10 Tropfen (1 g = 25 Tropfen) mehrmals täglich gegeben.

Die Maximaldosis der Tinct. Strophanthi
 der Pharmacopoea Germanica und Austriaca p. dosi ist 0,5.
 „ „ Germanica p. die ist 1,5
 „ „ Austriaca „ „ „ 2,0.

Die Strophanthuspräparate wirken rascher als die Digitalispräparate, ihre Wirkung hält aber nicht so lange an.

Ähnlich wie Digitalis wirkt auch Herba Adonidis vernalis, die im Infus 4—8 : 200, davon 3stündlich ein Eßlöffel, verwendet wird.

Auch Kombinationen verschiedener Kardiaka sind vorgeschlagen worden. So wurde unter dem Namen Digistrophan eine in Tabletten abgegebene Mischung empfohlen, die pro Tablette 0,1 Fol. Digital. und 0,05 Semen Strophanth. enthielt. Eine besondere Art dieser Tabletten enthielt daneben 0,2 Natriumazetat (Diuretikum), eine andere enthielt daneben 0,2 Natriumazetat und 0,1 Koffein. Von vielen Klinikern wird diese Kombination als unnötig bezeichnet.

Verbessernde Wirkung auf die Zirkulation üben auch die medizinisch verwendeten Purinkörper Koffein, Theobromin und Theophyllin aus. Sie wirken vor allem dadurch, daß sie, als spezifische Diuretika wirkend, die Beseitigung der Ödeme mächtig fördern. Koffein verstärkt akut dabei auch direkt die Herztätigkeit*) und wirkt erweiternd auf bestimmte Gefäßgebiete, noch lange bevor seine Wirkung auf die Diurese fühlbar sein kann, auf die Herz- und Nierengefäße, daher zum Teil die Herz- und Nierenwirkung, sowie auf die Hirngefäße, daher die Wirkung auf den Migräneanfall (s. S. 225). Theobromin wirkt erweiternd auf die Herz- und Nierengefäße und wird wegen dieses seines Einflusses auf die Koronargefäße bei Angina pectoris angewendet.

Die starke Diurese beruht neben der verstärkten Durchblutung auch auf der spezifischen Beeinflussung der Epithelien der Tubuli contorti, die durch die Wirkung der genannten Körper unfähig werden, den von den Glomerulis abgesonderten, wenig konzentrierten Harn einzuengen, wie das de norma stattfindet. Der Blutdruck wird durch Koffein infolge seiner Einwirkung auf das vasomotorische Zentrum erhöht. Koffein wird vor allem bei Herzschwäche infolge von Infektionskrankheiten verwendet, bei welchen Fällen das vasomotorische Zentrum durch die Toxine gelähmt ist, sowie bei akuter Herzschwäche bei Kompensationsstörungen. Die Wirkung tritt rasch ein und kann eventuell durch Wiederholung verlängert werden, bis eine eingeleitete Digitalisbehandlung ihren Effekt äußert. Man verwendet Koffein wegen seiner Schwerlöslichkeit meist nicht als solches, sondern am häufigsten als in Form des leichtlöslichen Coffeinum natrio-benzoicum (mit 40% Koffein) und Coffeinum natriosalicylicum (mit 44% Koffein). Beide werden subkutan in Mengen von 0,2—0,5 p. dosi injiziert.

Die Maximaldosis des Coffein. natrio-benzoic.
 der Pharmacopoea Austriaca p. dos. ist 0,5
 „ „ „ „ p. die „ 1,5.

Die Maximaldosis des Coffein. natrio-salicylic.
 der Pharmacopoea Germanica p. dos. ist 1,0
 „ „ „ „ p. die „ 3,0.

Theobromin wird ebenfalls wegen seiner Schwerlöslichkeit nicht als solches verwendet, sondern als Theobrominum natrio-aceticum (= Agurin) (mit

*) Der Mechanismus dieser Wirkung ist von der Digitaliswirkung vollkommen verschieden.

58% Theobromin) und Theobrominum natrio-salicylicum (= Diuretin), (mit 45% Theobromin), beides leichtlösliche Verbindungen. Sie werden nur per os gegeben. Die diuretische Wirkung ist stärker als die des Koffeins. Man gibt sie gewöhnlich in Dosen von 0,5 g.

Die Maximaldosis des Diuretins (Pharmacopoea Germ. und Austriaca) ist p. dos. 1,0 p. die 6,0.

Theophyllin (= Theocin), das stärkst wirksame Präparat unter diesen Diureticis, wird aus demselben Grunde wie die beiden genannten Substanzen, nicht oft allein für sich, sondern als Theophyllin natrio-aceticum (mit 59% Theophyllin) verordnet. Eine andere Verbindung des Theophyllins ist das Euphyllin (= Theophyllin-Äthylendiamin) (mit 74% Theophyllin), das häufig auch subkutan injiziert wird. Theophyllin und seine Präparate werden in Dosen von 0,2—0,5 p. dos. verordnet.

Die Maximaldosis der Pharmacopoea Germanica für Theophyllin. purum p. dos ist 0,5, p. die 1,0.

Den beiden letztgenannten Präparaten, Theobromin und Theophyllin, sind als unangenehme Nebenwirkungen eigen Übelkeit und Erbrechen, dem Theophyllin sogar die Fähigkeit, unter Umständen epileptiforme Anfälle zu erzeugen.

Als weiteres starkes Erregungsmittel der Herztätigkeit wirkt Kampfer, meist als Oleum camphoratum (mit 10% Kampfer) zur subkutanen Injektion verwendet, bis zu 1 ccm Ol. camphorat. in einer halben Stunde.

Das Adrenalin (Paranephrin, Suprarenin) ist zur Behandlung von Zirkulationsstörungen nicht verwendbar, weil bei subkutaner Injektion die Allgemeinwirkung auf den Blutdruck viel zu gering ist und bei intravenöser Injektion durch die plötzliche Überlastung des Herzens akuter Herztod nach Minuten herbeigeführt werden kann.

Auf ein zirkumskriptes Gebiet des Gefäßsystems vor allem wirken die Sekale- und Hydrastispräparate, die wegen ihrer konstriktorischen Wirkung auf die Gefäße des Uterus bei atonischen Blutungen post partum und Metrorrhagien aus verschiedenen Ursachen und bei Menstruationsanomalien verwendet werden. Das Extractum secalis cornuti (Extract. Fungi Secalis der Pharmacop. Austr.) wird in Pillen (mit Sacchar. lact.) p. os oder subkutan in Dosen von 0,2—0,5 gegeben, das Extractum secalis cornuti fluidum (Extract. Fungi Secalis fluidum der Pharmacop. Austr.) wird in Einzeldosen von 25—30 Tropfen p. os, von 0,5—1,0, zur subkutanen Injektion verwendet, sowohl bei Genitalblutungen, als bei Blutungen innerer Organe.

Die Maximaldosis der Pharmacopoea Austriaca für

Extractum Fungi Secalis	p. dos ist 0,5
„ „ „	p. die „ 1,5
„ „ „ fluid	p. dos. „ 1,0
„ „ „	p. die „ 3,0

Ausgehend von der Ansicht, daß psychische Störungen durch Zirkulationsstörungen hervorgerufen sind, empfahl man Amylnitrit (5—10 Tropfen auf ein Tuch geträufelt) einzuatmen, sowie Nitroglycerin (1—20 Tropfen einer einprozentigen alkoholischen Lösung auf Zucker), weil diese Präparate vasodilatierend wirken. Man ist aber von diesen Verordnungen abgekommen.

Die begriffliche Ungleichheit der Wirkung der Sekalpräparate war Ursache zur Herstellung der Ergotina styptica, die ein Fluidextrakt aus Sekale vorstellt, das auf einen konstanten Gehalt von 5% Stypticin (= salzsaures Kotarnin) gebracht ist.

Das aus dem Rhizom von *Hydrastis canadensis* hergestellte *Extractum hydrastidis fluidum*, (das mindestens 2% Hydrastin enthalten muß), wird in Einzeldosen von 15–20 Tropfen mehrmals bei Metrorrhagien gegeben. Von dem rein dargestellten Alkaloid Hydrastin (als Chlorhydrat verwendet) gibt man 0,03–0,06 mehrmals täglich in Pulvern oder Pillen, von dem aus Hydrastin durch Spaltung gewonnenen Hydrastinin (ebenfalls als Chlorhydrat verwendet) gibt man 0,01–0,03 dreimal täglich in Pillen oder 0,03 in subkutaner Injektion (von 5%iger Lösung).

Die Maximaldosis des Hydrastin. hydrochlor. der Pharmacopoea German. p. dos. ist 0,03, p. die ist 0,1.

Auch *Calcium lacticum* wirkt (5,0 auf 150 Aq. destill. p. die) styptisch.

Eine lokale Beeinflussung der Zirkulation kann auch durch Ansetzen von Blutegeln, Hirudines, erreicht werden. Die Tiere sollen ausgehungert sein; wenn sie nicht anbeißen wollen, pinsele man die Applikationsstelle mit Zuckerwasser. Die nach dem Entfernen der Tiere bestehende Blutung stille man durch Kompression mit Eisenchloridwatte. Unter Umständen muß man Adrenalin injizieren oder kauterisieren.

Als Diuretikum sei hier noch erwähnt der *Liquor Kali acetic* (10 : 30 aqu.), der in Einzelmengen (von 2–12 g) oder Mixturen verwendet wird, z. B.

Rp. Liq. Kal. acetic. 50,0
 Extr. Taraxac. 25,0
 Aq. menth. piperit. ad 200,0.

D. S. Stündlich ein Eßlöffel zu nehmen.

Hierher gehört außerdem der Harnstoff (Urea), der in Einzelmengen von 1–5 g, in Tagesmengen bis zu 20 g in wässriger Lösung genommen wird. Er ist bei Niereninsuffizienz kontraindiziert.

Bei Niereninsuffizienz gibt man, um die Ausscheidung durch die Haut zu steigern, *Pilocarpin* (als Chlorhydrat angewendet), in subkutaner Injektion in Mengen von 0,01–0,02. Die Injektion bewirkt weniger leicht Erbrechen als die Einnahme p. os. Bei *Pilocarpin*anwendung ist immer große Vorsicht geboten, denn es sind schon Kollapserscheinungen bei dieser Medikation beobachtet worden. Besondere Vorsicht (Dosen unter 0,01) lasse man bei *Dementia praecox* walten, da bei dieser Krankheit unter Umständen eine kolossale Überempfindlichkeit gegen *Pilocarpin* besteht.

Die Maximaldosis der Pharmacopoea Germanica p. dos. ist 0,02
 " " " " " p. die " 0,04
 " " " " " Austriaca p. dos. ist 0,03
 " " " " " p. die " 0,06.

Auch das *Kalomel*, dessen diuretische Wirkung ja bekannt ist, wäre hier zu erwähnen. Es bewirkt, in der Menge von 0,2 dreimal täglich gegeben, mächtige Diurese, doch ist seine Wirkung nicht absolut verläßlich. Auch hier gilt, was oben (s. S. 233) von der Wichtigkeit der Mundpflege gesagt wurde. Da *Kalomeldiarrhöe* und *Kalomeldiurese* einander vikariierend vertreten, wird oft 0,2 *Kalomel* mit 0,02 *Extr. opii* gegeben, das die *Diarrhöe* verhindern soll, damit die *Diurese* möglichst ergiebig werde.

Kurze Übersicht über die medikamentöse Therapie der Erkrankungen des Verdauungsapparates.

Sehr häufig beobachtet man verschiedene Störungen der Tätigkeit des Verdauungsapparates, welche darum Indikationen für die medikamentöse

Therapie abgeben, weil mit der Verbesserung der Verdauung die Hebung des allgemeinen Kräftezustandes, die wir im Interesse auch der geistigen Gesundheit anstreben müssen, zusammenhängt.

Zur Beseitigung der Appetitstörung stehen uns folgende wichtigste medikamentöse Behelfe zur Verfügung:

Acid. hydrochlor. dilutum, verdünnte Salzsäure. Man gibt 30 Minuten vor dem Essen 10–12 Tropfen in ein mit Wasser gefülltes Weinglas und trinkt, um die Zähne zu schonen, mittels eines Röhrchens.

Extract. Condurango fluidum, 20–30 Tropfen.

Orexin. tannic. 0,5, 1–2mal in Oblaten zu nehmen.

Amara, die den Appetit anregen, sind:

Tinct. amara, 20–60 Tropfen mehrmals täglich.

Tinct. chin. composit., 20–100 Tropfen pro die zu nehmen.

Tinct. rhei vinosa, $\frac{1}{2}$ –1 Teelöffel 3mal täglich.

Tinct. strychn., 2–10 Tropfen 3mal täglich.

Maximaldosis p. dos. 1,0, p. die 2,0 (Pharmacop. Germ. et Austr.).

Bei allen Tinkturen ist wegen ihres Gehaltes an Alkohol Vorsicht geboten! Hierher gehören auch die zahlreichen mit Chinarinde präparierten Weine (z. B. Vials tonischer Wein, der auch Fleischsaft und Phosphate enthält).

Bei Salzsäuremangel wird Salzsäure wie oben 30 Minuten nach der Mahlzeit genommen. Als Ersatz der Salzsäure wurde das Acidol (= Betainchlorhydrat) in den Handel gebracht.

Es kommt in Tablettenform in zwei Stärken in den Verkehr. 1 Tablette der starken Sorten entspricht 8 Tropfen verdünnter Salzsäure und enthält außerdem das Ferment Pepsin, 1 Tablette der schwachen entspricht 1 Tropfen Salzsäure und enthält 0,5 Pepsin. Nach jeder Mahlzeit nimmt man 1–2 Tabletten in Wasser. Bei Fermentmangel gibt man Pepsin (aus der Magenschleimhaut von Schweinen, Schafen und Kälbern gewonnen), eine Messerspitze nach der Mahlzeit zu nehmen, oder Papain, das proteolytische Enzym aus dem Milchsaft der Cucurbitazee *Carica papaya*, in Mengen von 0,5–1,0 in Pulvern oder Tabletten nach der Mahlzeit.

Bei Brechreiz aus irgendwelcher Ursache gibt man Aq. chloroformii, eine Lösung von Chloroform in Wasser, welche zugleich die abnormen Gärungen und Zersetzungen bekämpft, in der Menge von 1–4 Eßlöffel täglich.

Bei abnormen Gärungen im Magen kommt Salzsäure in den oben erwähnten Mengen zur Verwendung.

Bei *Dyspepsia nervosa*, *Anorexia*, *Achylia gastrica* gibt man 0,3–0,5 Pankreon während und nach der Mahlzeit.

Bei Pankreaserkrankungen sucht man den Fermentmangel des Darmes durch Pankreatin in Glutoidkapseln oder Geloduratkapseln abzuhefen. Die Kapseln, die sich erst im Darm lösen, enthalten Auszüge aus dem Rinderpankreas.

Sehr große Bedeutung kommt den abnormen Zersetzungen und Gärungen im Darm zu als Ursachen psychischer Störungen, indem die gebildeten Gärungsprodukte resorbiert werden und giftig wirken können. Diesen Prozessen arbeitet man auf zweifache Weise entgegen, durch Anregung der Darmperistaltik und durch Einbringung antiseptischer Präparate in den Darm.

Als Abführmittel stehen in Verwendung:

1. Das Rizinusöl ($\frac{1}{2}$ –2 Eßlöffel, nachher etwas Pfefferminz, oder Gelatinekapseln à 5 g, 3–4 Stück), zu längerem Gebrauch ungeeignet trotz seiner milden Wirkung, weil es den Appetit schädigt. Es wirkt hauptsächlich auf die Bewegungen des Dünndarms.

2. Salze.

- a) Sal Carolinum factitium, künstliches Karlsbader Salz (Gemisch aus 22 Teilen Natriumsulfat, 1 Teil Kaliumsulfat, 18 Teilen Natriumbikarbonat, 9 Teilen Kochsalz), davon 1 Teelöffel in Wasser gelöst zu nehmen.
- b) Sal Thermarum Carolinensium, natürliches Karlsbader Salz, fast reines Natriumsulfat. Die Salze wirken durch Zurückhaltung von Wasser im Darmlumen und arbeiten der zu starken Resorption des Darminhalts entgegen.
- c) Magnesiumsulfat in Form von Bitterwässern.

3. Anthrachinonderivate.

- a) Radix Rhei. Man gebe 5—10 Pillen à 0,1 Extr. Rhei. Die Wirkung tritt in 8—10 Stunden ein und beruht auf der Anwesenheit von Emodin.
- b) Fol. Sennae, 1—3 Eßlöffel des Infuses 5,0 : 50,0. Sie sind Bestandteile des Pulv. liquirit. compos., das noch Schwefel, Rad. Liquirit., Fruct. foenicul. und Zucker enthält. Davon ist 1 Teelöffel zu nehmen. Sie sind auch zur Herstellung des Infus. Senn. compos. verwendet, das noch Manna und Kaliumnatrium tartrat enthält. Die Fol. Senn. wirken vorzugsweise auf den Dickdarm.
- c) Extract. Cascar. sagrad. fluid., 1 Eßlöffel zu nehmen.
- d) Cortex Rhamni Purshiani. Das Dekokt 15 : 200 zu nehmen.
- e) Regulin, d. i. Agar-Agar mit 25% Extr. Cascar. fluid., eßlöffelweise zu nehmen. Der Agar-Agar soll als mechanischer Reiz auf die Darmwand wirken.
- f) Aloë. 0,1—0,3 Extr. Aloes in Pillenform zu nehmen (größere Gaben können hochgradige Hyperämie der Beckenorgane, eventuell Abort machen).
- g) Emodin (Trioxymethylantrachinon). 0,1 in Oblaten.
- h) Purgen (= Phenolphthalein), 0,05—0,2.
- i) Pilul. aperientes Kleewein, deren jede je 0,06 Extr. casc. sagr. und Extr. Rhei, je 0,01 Podophyllin und Extr. Belladon. enthält.

4. Kalomel (HgCl), 0,2 mehrmals im Tage zu nehmen. Es ist zu längerem Gebrauch ungeeignet; denn es kann giftig wirken (Todesfälle wurden beobachtet).

Als Darmdesinficientia werden verwendet:

1. Thymol. 0,1—0,5 p. dos. mehrmals täglich, in alkoholischer 10%iger Lösung, von etwa 25 Tropfen 1 g wiegen.

2. Menthol. 0,1—0,2 p. dos. ebenso.

Eine besonders bequeme Form der Mentholverabreichung sind die Eukar-bontabletten, die im wesentlichen aus Holzkohle und Menthol bestehen; die Holzkohle soll Toxine im Darm adsorbieren.

3. β -Naphthol. Man verordnet etwa:

β -Naphthol. 0,1, Carb. lign. depur. 0,2, Bismuth. salicyl. 0,3.
D. t. d. Nr. X. Täglich 2 Pulver zu nehmen. (Bei Verwendung von β -Naphthol ist immer der Harn auf eventuelle Albuminurie zu untersuchen).

4. Resorcin. Man nehme täglich 3 Eßlöffel der Lösung 2,0 : 150,0.

5. Jodoform. Stündlich eine keratinierte Pille à 0,1. Eine Wiederholung darf erst vorgenommen werden, wenn der Harn ganz jodfrei geworden ist. Die Maximaldosis der Pharm. Germ. p. die ist 0,6, die der Pharm. Austr. 1,0.

Hierher kann man auch die Wurmkuren rechnen, die Verwendung von Filmaron, bzw. Extract. Filicis (Maximaldosis der Pharmacop. Germ. p. die und dosi 10,0) zur Beseitigung von Bandwürmern und die Verwendung von Santonin bei Askariden.

Hier sind auch die blähungtreibenden Wässer, Aq. carminativa und Aq. chamomillae, beide durch Destillieren aromatischer Gewürzdrogen hergestellt, (jene aus römischen Kamillen, Orangenschale, Pfefferminze, Koriander und Fenchel, diese aus Kamillen), zu nennen.

Um die abnorme, giftige Substanzen erzeugende Darmflora zu beseitigen, bringt man Milchsäurebakterien in den Darm ein, und zwar in Form der »Laktobazillin«-Tabletten à 0,3 (3 Tabletten täglich zu nehmen, oder in Form von »Laktobazillin«-Pulver, 1–2 g p. die.

Auch durch Einführung von Hefepräparaten (Levurinose, Zymin, Furunkulin), sucht man auf diese Weise den Organismus zu entgiften.

Während, wie eben angedeutet wurde, die Obstipation die enterogene Vergiftung fördert, ist andererseits die Diarrhöe auch ein Zustand, der bekämpft werden muß; man verwendet dazu Adstringenzen, vornehmlich die Tanninverbindungen Tannalbin (0,5–1,0 dreimal täglich), Tannigen (0,3–0,5 dreimal täglich) und Tannoform (0,25–1,0 dreimal täglich). Sie spalten während ihrer Passage durch den Darm fortwährend Tannin ab, so daß die ganze Darmschleimhaut der adstringierenden Tanninwirkung ausgesetzt wird.

Bei daniederliegender Funktion der ganzen Darmschleimhaut empfiehlt es sich, Peptone (Somatose, Tropon) zu reichen, die in Suppe tee- bis eßlöffelweise mehrmals täglich genommen werden, sowie leichtverdauliches Nährmaterial (Sanatogen, Hygiama) zuzuführen.

Kurze Übersicht über die bei Erkrankungen der Respirationsorgane verwendeten Medikamente.

Radix Althaeae, Eibischwurzel, verwendet als Mazeration (4–10 : 100), und als Infus in derselben Stärke, im Laufe eines Tages zu verbrauchen. Bei Katarrhen p. os. zu nehmen.

Species pectorales. Mischung von Rad. Althaeae mit Rad. Liquirit. und ähnlichem. 1 Eßlöffel auf 2 Tassen Wasser bei Katarrhen der Luftwege.

Radix Senegae, verwendet als Dekokt (3–12 : 100) p. os zu nehmen, nicht längere Zeit zu verordnen, wegen Schädigung des Verdauungskanal.

Radix Ipecacuanhae, enthält die Alkaloide Emetin, Cephaelin und Psychotrin; die Wurzel muß 2% Alkaloide enthalten, wird als Expektorans im Infus (0,5–1,0 : 100) verwendet.

Pulvis Ipecacuanhae opiatu, bestehend aus je 1 Teil Rad. Ipecacuanh. und Opium und 8 Teilen Milchzucker Als beruhigendes Mittel und Expektorans mit sedativer Wirkung bis 1,5 p. die.

Kurze Übersicht über die wichtigsten Präparate zur Krankenpflege.

Acid. boricum, in 1–2%iger Lösung zur Blasenpflung benützt.

Unguent. Acid. boric. bei Intertrigo und Ekzem.

Natr. boracicum, eine Messerspitze auf ein Glas Wasser zum Gurgeln bei Stomatitis mercurialis.

Kal. chloricum, 4 : 500 als Gurgelwasser, ebenfalls bei Stomatitis mercurialis. Vorsicht, giftig!

Kal. permanganicum, in lichtrosafarbiger Lösung, ebenfalls bei Stomatitis.

Amylum oryzae, als Streupulver zur Verhütung von Intertrigo.

Tannoforn-Talk (1 : 2) gegen Hyperhydrosis, ebenso Formaldehydalkohol (1 : 20).

Alumen ustum, eine Messerspitze auf einen $\frac{1}{2}$ Liter Wasser Gurgelwasser bei Angina.

Liquor Buronii (Liquor alumin. acetic., essigsäure Tonerde) zu Verbänden nach der Inzision von Phlegmonen usw.

Hydrogen. peroxydat., 3% H_2O_2 enthaltend, bei Stomatitis mercurialis, zur Wundspülung als reizloses ungiftiges Antiseptikum.

Tinct. Ratanhiae (5—10 : 100) als Gurgelwasser.

Acid. acetic. dilutum, zu Waschungen bei Bewußtlosigkeit.

Spiritus aethereus, Riechmittel bei Schwächezuständen.

Acid. phosphoric. in Syr. rubi Idaei (Himbeersaft) (zu 10%) gelöst. (Durstlöschend bei Fieber.)

Argent. nitric. zur Ätzung von Wundflächen.

Tinct. Myrrhae, Tinct. Gallar., Tinct. Jodi zum Pinseln des Zahnfleisches bei Stomatitis.

Bismutum subgallicum (= Dermatol), Bismutum subgallicum oxyjodatum (= Airol), Wundstreupulver. Bei ausgedehnten Wundflächen Gefahr der Wismutvergiftung.

Bardella, mit Wismut imprägnierte Verbandstoffe (in Bindenform), die besonders bei Verbrennungen, aber auch bei allen Verletzungen der Haut, Ekzem, Intertrigo usw. gut wirken sollen. Es ist immer an die Möglichkeit einer Wismutvergiftung zu denken.

Plumbum tannic., Streupulver für Wunden mit Talk (1 : 10).

Ung. Plumb. tannic. Zum Wundverband.

Pasta Zinc. oxydat. (1 Teil Zinkoxyd, 1 Teil Talk, 2 Teile Vaseline).

Spirit. salicylicus (Acid. salicyl. 1,0, Glycerin. 10,0, Spirit. vin. dilut. 100,0) zur Hautpflege.

Spir. camphor. (1 : 10) zu schmerzstillenden Einreibungen.

Ol. petrae. gegen Pedicul. capit.

Balsamum peruvianum zum Wundverband und bei Scabies.

Oleum sesami zu Klysmen, ebenso Sapo medicatus.

Oxygenium in Ballons bei Kollaps.

Formaldehydtabletten zur Dauersterilisation der Gläser, in denen Katheter aufbewahrt werden.

Anhangsweise sei hier noch auf eine leicht zerfallende Tablettenart, Gelonida, hingewiesen, in die viele der in diesem Abschnitt behandelten Medikamente gebracht werden. Es ist nicht überflüssig, auf das leichte Zerfallen der Tabletten hinzuweisen, da oft Tabletten unverändert, also ohne daß das Medikament gewirkt hätte, den Darm passieren. Im allgemeinen wird man bei Psychosen seltener von den Tabletten Gebrauch machen als sonst, weil man mit der Möglichkeit rechnen muß, daß ein Patient die ganze Tablette in seiner Bocktasche herumträgt und nichts davon schluckt. Endlich sei hier noch auf die vielfach gelobten Präparate in der sogenannten „Tabloid“-Form hingewiesen.

Maximaldosentabelle.

	Pharm. Germ.		Pharm. Austr.	
	p. dos.	p. die	p. dos.	p. die
Acid. arsenic.	0,005	0,015	0,005	0,02
— diaethylbarbituric.	0,75	1,5	—	—
Aethylmorphin. hydrochlor.	0,03	0,1	—	—
Amylen. hydrat.	4,0	8,0	—	—
Antipyrin	2,0	4,0	2,0	6,0
Antipyrin. coffein. citric.	—	—	1,5	3,0
— — — salicylic.	2,0	6,0	2,0	6,0
Apomorphin. hydrochlor.	0,02	0,06	0,01	0,05
Atropin. sulfuric.	0,001	0,003	0,001	0,003
Chloral. hydrat.	3,0	6,0	3,0	6,0
Cocain. hydrochlor.	0,05	0,15	0,05	0,15
Codein. phosphor.	0,1	0,3	0,05	0,3
Coffein. natr.-salicylic.	1,0	3,0	—	—
Coffein. natr.-benzoic.	—	—	0,5	1,0
Diacetylmorphin. hydrochlor.	0,005	0,015	0,01	0,05
Extract. Belladonn.	0,05	0,15	0,05	0,02
— Filicis	10,0	10,0	—	—
— Fungi secalis	—	—	0,5	1,5
— — — fluid.	—	—	1,0	3,0
— opii	0,1	0,3	0,1	0,5
— Strychni	0,05	0,1	0,05	0,1
Fol. Belladonn.	0,2	0,6	0,2	0,6
— Digitalis	0,2	1,0	0,2	0,6
Fungus Secalis	—	—	1,0	5,0
Hexamethylentetramin.	1,0	3,0	—	—
Jodoform	0,2	0,6	0,2	1,0
Liqu. Kal. arsenicos.	0,5	1,5	0,5	2,0
Morphin. hydrochlor.	0,03	0,1	0,03	0,1
Opium	0,15	0,5	0,15	0,5
Paraldehyd	5,0	10,0	—	—
Phenazetin.	1,0	3,0	1,0	3,0
Pilocarpin hydrochl.	0,02	0,04	0,03	0,06
Pulvis Ipecac. opiat.	1,5	5,0	—	—
Pyramidon.	0,5	1,5	—	—
Resorcin.	—	—	0,5	5,0
Santonin.	0,1	0,3	0,1	0,3
Scopolamin. hydrobrom.	0,0005	0,0015	—	—
Strychnin. nitric.	0,005	0,01	0,01	0,02
Sulfonal	2,0	4,0	2,0	—
Theobrom. natr.-salicyl.	1,0	6,0	1,0	6,0
Theophyllin.	0,5	1,5	—	—
Tinct. Jod.	0,2	0,6	0,3	1,0
— opii simpl. }	1,5	5,0	1,5	5,0
— — crocata }	1,5	5,0	1,5	5,0
— Strophant.	0,5	1,5	0,5	2,0
— Strychni	1,0	2,0	1,0	2,0
Trional	2,0	4,0	2,0	—

Übersicht

der im vorstehenden besprochenen Medikamente,

nach therapeutischen Gesichtspunkten geordnet.

Da die Grenzen der einzelnen Gruppen nicht scharf sind, werden gewisse Medikamente mehrfach angeführt, besonders z. B. beruhigende sowohl als Hypnotica als auch als Sedativa.

<p>Stomachika Digestiva. Acidol-Pepsin. Acid. hydrochloric. Acid. phosphoric. Extr. condurango. Orexin. tannic. Pankreatin. Pankreon. Papain. Pepsin. Tet. amara. Tet. chin. composit. Tet. rhei vinosa. Tet. strychn.</p>	<p>Mucilaginos. Rad. Althaeae. Spec. Althaeae. — pectorales.</p> <p style="text-align: center;">Antineuralgika.</p> <p>Antipyrin. Aspirin. Chinin. Migränin. Novaspirin. Phenazetin. Pyramidon. Salipyrin.</p> <p style="text-align: center;">Hypnotika.</p> <p>Adalin (0,75 und mehr). Amylenum hydratum (2,0 und mehr). Aponal. Bromidia. Bromural (0,6 und mehr). Chloral. hydrat. Chloroform. Codeonal. Dormiol. Extract. cannabis indic. Extr. opii (über 0,05). Hedonal. Isopral. Luminal (0,4). Medinal. Morphin (über 0,01). Narkophin. Neuronal (über 1,0). Opium (über 0,1). Pantopon (0,02 und mehr). Paraldehyd. Proponal. Sulfonal. Trional. Veronal (0,5).</p> <p style="text-align: center;">Narkotika.</p> <p>Atropin. Codein. Duboisinum. Extr. belladonn. Extr. cannabis. Fol. Belladonn.</p>	<p>Heroin. Hyoscin. Hyoscyamin. Morphin. Narkophin. Opium. Pantopon. Rad. belladonn. Skopolamin.</p> <p style="text-align: center;">Sedativa.</p> <p>Adalin (0,25—0,5). Adamon. Ammonium bromatum. Amylenum hydratum (0,5—1,0). Aq. carminativa. Aq. chamomill. Aq. chloroformii. Arsobromin. Asa foetida. Borneyval. Bromalin. Bromglidin. Bromipin. Bromoform. Bromural (0,3). Camphora monobromata. Castoreum. Codein. Codeonal. Eglatol. Extr. chamomill. Extr. opii (bis 0,05). Flor. chamomill. Gynoval. Heroin. Kalium bromatum. Luminal (0,2). Lupulin. Modiscop. Natrium bromatum. Neuronal (0,5—1,0). Pantopon (0,01). Sabromin. Sedobrol. Tet. opii. Tet. valerian. Valyl. Veronal (0,25). Zebromal.</p>
<p style="text-align: center;">Acida.</p> <p>Acid. aceticum. Acid. phosphoric.</p> <p style="text-align: center;">Ekkoprotika.</p> <p>Aloe. Cascara. Emodin. Fol. Sennae. Kalomel. Ol. ricini. Ol. sesami. Pulv. Liquirit. composit. Purgin. Regulin. Rheum. Sagrada. Sal carolin. factit. — thermarum Carolin.</p> <p style="text-align: center;">Expektorantia.</p> <p>Ipecacuanha. Senega.</p> <p style="text-align: center;">Emetika.</p> <p>Apomorphin. Ipecacuanha.</p> <p style="text-align: center;">Diaphoretika.</p> <p>Acid. salicyl. Pilokarpin.</p>		

Sachregister.

- Abführmittel**, Verwendung bei Geisteskranken 243. 244.
- Achylia gastrica** bei Geisteskranken, Behandlung 243.
- Adalin**, schlafmachende Wirkung 206.
- Äther** zum Inhalieren unruhiger verletzter Kranken 211.
- Ätiologie u. Pathogenese** der psychischen Störungen 104. — endogene u. exogene 115. — essentielle u. akzidentelle Entstehung 113. — intra vitam erworbene Faktoren 108—112. — Rolle angeborener u. erworbener krankhafter Anlage 105, der Heredität 108—112. — physikalische Ursachen 112. — psychische Ursachen 112—114.
- Affekte** als auslösendes Moment geistiger Störung 112. 113. 114: depressive 13, expansive 16, gemischte u. zusammengesetzte 17, pathologische 18. — Einfluß auf den Bewußtseinsinhalt 42.
- Affektepilepsie** 114.
- Affektleben**, Störungen im allgemeinen 10; in der Intensität, der Tenazität, im Ablauf u. in der Logik der Affekte 18.
- Alexie** 75. — Entstehung 77.
- Alkaloide**, zentral anregende u. ihre Verwendung 228. 229. — des Opium, Anwendung u. Wirkung 212 — der Solanazeen, Indikation 218.
- Alkohol**, therapeut. Indikationen 197. — Wirkung auf die psychische Leistungsfähigkeit 196.
- Alters- u. Geschlechtsunterschiede**, Rolle in d. Ätiologie der Geistesstörungen 110. 121. 123.
- Amnesie** 29. — anterograde 31. — retrograde (retroaktive) 31. — amnestischer Symptomenkomplex s. Korsakoffscher Symptomenkomplex.
- Amylenhydrat**, Wirkung: krampfstillende 149, schlafmachende 200.
- Anästhesie**, psychische 15. 16.
- Anästhetika** zum Inhalieren bei verletzten u. unruhigen Kranken 211.
- Analgetika**, Indikationen ihrer Verwendung 224. 225. 226.
- Anamnese** bei der Krankenuntersuchung auf psychische Defekte 133. 182.
- Anatomie**, pathologische der Psychosen 128—130.
- Angstzustände** 14.
- Anlage**, krankhafte zu Geistesstörung 105. — angeborene 105: aus Belastung 106, aus primärer Keimvariation 106. — ererbte Degeneration 108. 116. — erworbene 105. — familiäre 107. — individuelle 107.
- Anstaltsbedürftigkeit** Geisteskranker, rechtliche Bestimmungen über 169. 170.
- Anstaltsbehandlung** Geisteskranker, absolute Indikationen 161, relative 162.
- Antiepileptika**, spezifische 220.
- Antineuralgika**, Indikationen für ihre Verwendung in der Psychiatrie 224—227.
- Antipyretika**, schmerzstillende u. beruhigende Wirkung 224. 225.
- Aphasie** 74. — amnestische 75, gemischte 76, motorische 74, sensorische 74, totale 76. — Desorientierung bei 77.
- Apomorphin**, Indikationen für dass. bei Psychosen 148.
- Apraxien** 73. — ideatorische 73. — motorische 73.
- Arsenpräparate** bei Ernährungsstörungen Geisteskranker 236. 237.
- Arteriosklerose**, zerebrale als Ursache psychischer Störungen 110.
- Arzneikombinationen**, Verwendung u. Wirkung in der Psychiatrie 227. 228.
- Arzneimittel**, Anwendung u. Wirkung der in d. Psychiatrie wichtigen 192: auf das Großhirn beruhigend wirkende 193; das Zentralnervensystem erregende Alkaloide 228; für die Krankenpflege wichtige Präparate 245. 246. — Einfluß der Gewöhnung 193. — Maximaldosen der in Anwendung kommenden Gifte 247. — individuelle Reaktionen 192. — Übersicht der in Anwendung kommenden nach therapeutischen Gesichtspunkten geordnet 248. 249. — unerwünschte Wirkungen 193.
- Asa foetida**, Verwendung in der Psychiatrie 223.
- Assoziationen**, Störungen im Ablauf 23. 24.
- Atavismus**, Zeichen dess. bei Degenerierten 120. 121.
- Ataxie**, intrapsychische 71.
- Athetose** bei Psychosen 92.
- Atropin** als Sedativum 218.
- Auffassungsstörungen** 21. 22.
- Aufmerksamkeit** bei Geisteskranken 18. 20.
- Augenaffektionen** bei Geisteskranken 98.

- Bäderbehandlung Geisteskranker** 147.
Befehlsautomatie 71.
Beeinträchtigungsideen, physikalische 51.
Begutachtung, ärztliche bei Entmündigung Geisteskranker 167. — **privatärztliche Geisteskranker, Wert** 171.
Belastung durch die Vorfahren als Faktor psychopathischer Anlage 106: **kollaterale** 106, **konvergierende** 107. — **Verhütung** 136.
Belladonnapräparate, Verwendung bei Psychosen 218.
Benehmen u. Handeln, Störungen 84.
Beruhigungsmittel, therapeutische Wirkung bei Geisteskranken 146—149.
Beschäftigung Geisteskranker als therapeutisches Mittel 159. 160.
Beschränkungsmittel in der Psychiatrie 153.
Besserungsanstalten für psychopathische Jugendliche 166.
Betätigungsdrang 69.
Bettbehandlung Geisteskranker 146. — **Einrichtung der Betten für die verschiedenen Arten von Psychosen** 155. 156.
Bewegungsdrang 70.
Bewußtsein körperlicher Gesundheit u. Krankheit 62. — **Halluzinierender** 39. 40.
Bewußtseinsinhalt 41. — **Störungen durch die Phantasie** 44, **durch Stimmungslage u. Affekte** 42, **durch Suggestion** 43, **durch Vorstellungs- u. Gedächtnisstörungen** 45.
Bewußtseinsstörungen 53. 54. — **Einfluß auf die Orientierung** 55. — **mit äußerer Reaktionsfähigkeit** 54.
Blasenantisepsis bei Geisteskranken 236.
Blasenstörungen Geisteskranker 90.
Blutbild, morphologisches u. chemisches bei psychischen Störungen 93. 94. 188. 189; **serologisches** 188. 189.
Blutzirkulation bei Psychosen 95. — **gestörte u. ihre medikamentöse Behandlung** 238. 239.
Brompräparate, Anwendung u. Wirkung bei Geisteskranken 148. 205. 219. — **Kombinationsbehandlung** 221. — **Mechanismus der Wirkung** 219. — **organische u. ihre Wirkung** 221. 222. — **Sättigung des Organismus mit Brom als antiepileptische Wirkung** 219. — **als Schlafmittel** 205—207.
Bromvergiftung (Bromismus), Erscheinungen u. Therapie 220.
Castoreum als beruhigendes Mittel 224.
Charakteranomalien 84. 87.
Chinin bei Malaria Geisteskranker 235.
Chloralhydrat als Hypnotikum 202. — **Gefährlichkeit dess.** 203. 204. — **Vergiftungserscheinungen** 204: **Entgiftung** 205.
Chloralismus, Symptome 203.
Chloroformierung, Indikationen bei Geisteskranken 211. 212.
Chorea mit Psychosen vergesellschaftet 92.
Collargol, bakterizide Kraft u. Indikation in der Psychiatrie 236.
Dämmerzustände 54.
Degeneration 116. — **Äußerung ders. auf gemütlichem Gebiet** 117, **auf intellektuellem Gebiet** 116. 117, **in Willens- u. Charakterartung** 117. — **nervöse Symptome Degenerierter** 117. — **körperliche (Veranlagungs-)Zeichen ders.** 118—121.
Degenerationszeichen 118. — **als Atavismus** 120. — **als Entwicklungshemmungen u. Mißbildungen** 119. — **als Relikt frühzeitiger Krankheitsprozesse** 118. 119. — **gehäuftes Vorkommen bei Geisteskrankheiten** 124.
Dekubitus bei Paralytikern 97. — **Behandlung** 151.
Delirium, Definition 87. — **initiales u. in der Deferveszenz bei Infektionskrankheiten** 111. — **Prognose** 131.
Demenz 66.
Denkhemmung 22. 28.
Depersonalisation 61.
Depressionen, psychische 13. 14. — **habituelle** 14.
Desinfektion, innere bei Psychosen 236.
Desorientierung infolge sensorischer Aphasie 77. — **wahnhaft (sekundäre)** 52.
Detentionsanstalten für kriminelle Minderwertige 166.
Diätetik bei Geisteskranken 141.
Diagnostik, allgemeine geistiger Störungen 182. — **aus anamnestischen Daten** 182. 183. — **durch Feststellung des Status praesens psychicus** 184, **somaticus** 186. — **durch Untersuchung des Blutes** 186, **des Liquor cerebrospinalis** 190.
Digitalispräparate bei Diurestörungen Geisteskranker 238. 239.
Dionin als hustenstillendes Mittel 215.
Disposition zu den einzelnen Arten von Geistesstörungen 105.
Dormiol als Schlafmittel 205.
Drüsige Organe, Funktionsstörungen bei Geisteskranken 90. 109.
Duboisin als beruhigendes Mittel 219.
Dyspepsie, nervöse, Behandlung 243.
Echolalie 72.
Echopraxie 72.
Eglatol, antalgische u. schlafmachende Eigenschaften 226.
Eifersuchtswahn 51.
Eigenbeziehung, gesteigerte im Wahn 48.
Einbildungen, wahnhafte 47.
Einfall, pathologischer 48.
Eisenpräparate bei Ernährungsstörungen Geisteskranker 237. 238.
Eklampsie, Krampferscheinungen 92.
Elektrargol, Wirkung u. Verwendung in der Psychiatrie 236.
Entgiftungstherapie bei Intoxikationspsychosen 139. 205. 217.

- Entmündigung Geisteskranker, rechtliche Bestimmungen über 167. 168; im Bürgerlichen Gesetzbuch des deutschen Reichs 174, in Österreich 177. 178.
- Entziehungskuren bei Geistesstörungen, Indikation 139.
- Epilepsie, Krampferscheinungen 92.
- Erinnerungsfähigkeit, Störungen ders. 29.
- Erinnerungstäuschungen (-fälschungen) 32. — identifizierende 32. — wahnhaft 52.
- Erklärungswahnideen 50.
- Ernährungsstörungen Geisteskranker, medikamentöse Behandlung 236—238.
- Erschöpfung durch Krankheiten u. Operationen als Ursache von Psychosen 111.
- Erziehung psychopathisch veranlagter Kinder 138: heilende 141.
- Erziehungshäuser für psychopathische Individuen 166.
- Exterieur Geisteskranker, Anomalien 88.
- Familienbehandlung Geisteskranker in eigens dazu qualifizierten Familien 159. 160.
- Fibrolysin, Wirkung 232.
- Fieber bei Geistesstörungen 99.
- Fiebertherapie der progressiven Paralyse 231. 232.
- Flexibilitas cerea 71.
- Folia uvae ursi, Wirkung bei Blasenstörungen Geisteskranker 236.
- Frakturen bei Geisteskranken, Behandlung 152.
- Gastrointestinalleiden mit psychotischen Erscheinungen 110. 111.
- Gedächtnisstörungen 27. 29. 30. — Einfluß auf die Orientierung 56.
- Gedankenecho 35. 48.
- Gefäßkrankungen des Hirns als Ursache psychotischer Zustände 110.
- Gefühle, Anomalien der einfachen 10.
- Gehirnkrankheiten, ätiologische Bedeutung bei Geistesstörungen 108.
- Gehörstäuschungen Geisteskranker 34. — Untersuchung des Ohres bei 98.
- Geisteskranke, Umgang des Arztes mit solchen 4. 6, in der Anstalt 8.
- Geisteskrankheiten s. Psychosen.
- Geisteszustand Halluzinierender 38. 39.
- Gemeingefährlichkeit Geisteskranker, Schutz vor solchen 173.
- Gemeingefühle, Alterationen 10. 12.
- Gemütsregungen, ätiolog. Bedeutung bei Geistesstörungen 113.
- Genesung von psychotischen Leiden 130.
- Geschlechtskrankheiten, Beziehungen zu Psychosen 110.
- Geschlechtsunterschiede, ätiologische Bedeutung bei Psychosen 110. 123 bis 125.
- Gesichtsausdruck des Paralytikers 83.
- Gesetzbestimmungen über Geisteskrankheiten u. Irrenpflege im deutschen Reich 174: im Bürgerlichen Gesetzbuch 174, im Strafgesetzbuch 176. 177, der Zivilprozeßordnung 175; in Österreich 177: im Bürgerlichen Gesetzbuch 177, nach dem Strafgesetz 179, nach der Strafprozeßordnung 181.
- Gesunderklärungen Geisteskranker vom rechtlichen Standpunkt aus 171.
- Größenwahn 51.
- Halluzinationen 33. — im Bereich der inneren Organe 37. — des Gehörs 34. — des Geruchs- u. Geschmacksinns 36. — der Haut- u. tiefen Sensibilität 36. — der optischen Sphäre 35. — psychische 35. — szenische 36.
- Haltlosigkeit degenerativer Persönlichkeiten 84.
- Handlungsfähigkeit Geisteskranker, ärztliche Beurteilung 167. — gesetzliche Bestimmungen 174. 178. 179.
- Harnbeschaffenheit bei psychischen Störungen 93.
- Harnstoffderivate als Hypnotika u. ihre Anwendung bei Geisteskranken 150. 209.
- Hautsensibilität, Täuschungen ders. bei Geisteskranken 37.
- Heil- u. Pflegeanstalten für Geisteskranke 156. — Anstaltsbedürftigkeit vom rechtlichen Standpunkt aus 169. 170. — Beschäftigung der Kranken in dens. 1f9. — Entlassung Krankerausdens. 162—165. — Hygiene in dens. 159. — soziale Indikation für die Behandlung in geschlossenen 161. — Inneneinrichtung ders. 157: für ruhige Kranke 157. 158, für Neuaufgenommene 158, für Unreine, Unsoziale u. Pflegebedürftige 158, für Unruhige 158. 159. — Korrespondenz der Kranken u. Besuche in dens. 165. — Pflegepersonal für solche 159. — Spezialanstalten 166. — im System der Einzelhäuser (Pavillons) 157.
- Hemmung, psychomotorische 68. — partielle 68.
- Herdsymptome, zerebrale Geisteskranker 89.
- Heredität, direkte u. indirekte (laterale) psychopathischer Anlage 106.
- Heroin, Wirkung auf das Großhirn u. das Atmungszentrum 215.
- Herzaffektionen mit psychotischen Erscheinungen 95. 110.
- Herztonika bei akuten Delirien 146.
- Hirnnervenstörungen bei Geisteskranken 89.
- Hirnrindenzionen als Ursache psychischer Störungen 108.
- Hirntraumen als Ursache von Psychosen 108.
- Hydrastispräparate, Wirkung bei Zirkulationsstörungen Geisteskranker 241. 242.
- Hydrotherapie bei Geisteskranken, Indikation 147.
- Hyoscin (Skopolamin), Indikation u. Wirkung bei Geisteskranken 148. 218.

- Hyperästhesie, psychische 15. 16.
 Hypnose als therapeutisches Mittel, Indikationen 140.
 Hypnotika, Wirkungsweise 194. 195.
 Hypophyse, Bedeutung bei Wachstums- u. psychischen Störungen 91.
 Hysterie, Krampferscheinungen 92.
- Ich-Begriff** unter normalen u. krankhaften Verhältnissen 59.
 Ideen, überwertige 28. 46.
 Ideenflucht, Obervorstellung bei 24.
 Illusionen 41.
 Imbecillitas, erethische 84.
 Inanition als Ursache u. Folge von Psychosen 111.
 Induktion, psychische 43.
 Infektion, psychische 43.
 Infektionskrankheiten als Ursache von Psychosen 110. 111. — Therapie bei solch. 232. 235.
 Innervationsstörungen bei Geisteskranken 89.
 Intelligenzstörungen 62. — erworbene 66. — Kombinationsfähigkeit bei 63. — Prüfung auf solche 63. 64. Methoden 65.
 Irrenfürsorge, Entwicklung ders. 134.
 Isolierung gefährlicher Geisteskranker als therapeutisches Mittel 153. 154.
 Isopral als Schlafmittel 204.
- Jargonaphasie** 75.
 Jodpräparate, Indikation u. Wirkung bei Geisteskranken 234. 235.
- Kalomel**, diuretische u. diarrhoische Wirkung 242.
 Kamillenextrakt, beruhigende Wirkung 224.
 Karzinose als Ursache psychischer Störungen 110.
 Katalapsie 71.
 Keimdrüsenanomalien, ätiolog. Bedeutung bei psychischen Störungen 109.
 Keimvariation, primäre als Ursache späterer Geistesstörung 106.
 Kindesalter, Geistesstörungen im 121. 122.
 Klimakterium als auslösendes Moment psychischer Störungen 122. 123.
 Kochsalzinfusionen, Indikation bei Geisteskranken 238.
 Kodein als Beruhigungsmittel 215.
 Kodeonal, beruhigende Eigenschaften 217.
 Körperpflege Geisteskranker 150. 151.
 Körpertemperatur, subnormale bei Myxödem u. terminaler Paralyse 99.
 Koffein, Anwendungsweise u. Wirkung 229. — Wirkung auf das Herz 240.
 Kohärenzstörung, psychische 23. 26.
 Kokain, Wirkung bei psychisch Kranken 229.
 Kolonialbehandlung von Geisteskranken 159. 160.
 Konfabulation 32.
- Kontaminationen von Worten u. Sätzen Geisteskranker 79.
 Kopfschmerzen bei psychischen Störungen 91.
 Korsakoffscher Symptomenkomplex 29. — ätiolog. Bedeutung der Polyneuritis bei 109. — Tätigkeit der Phantasie bei 44.
 Krampfstände bei Geisteskranken 92. — eklamptische 92. — epileptische u. epileptiforme 92. — hysterische (psychogene) 92.
 Krankenexamen bei geistig Gestörten 6. 8. — s. auch Untersuchung.
 Krankenpflege, Übersicht über die wichtigsten Präparate ders. 245. 246.
 Krankheitsbewußtsein (Krankheits-einsicht) bei Geisteskranken 62.
 Kriminalasyle für kriminelle Geisteskranke 166.
 Kriminalität Geisteskranker, Gesetzbestimmungen über 176. 180.
 Kultur, moderne, Einfluß auf das Nervensystem u. die Psyche 127.
- Lähmungserscheinungen** bei Psychosen 89.
 Laktation, Rolle bei Geistesstörungen 111.
 Lecithin, Verwendung bei Geisteskranken 238.
 Logorrhoe 75.
 Lupulin bei sexueller Reizbarkeit 224.
 Lustgefühle, abnorme 16.
- Masturbation** als Ursache neuropathischer Störungen 111.
 Maximaldosen der in der Psychiatrie zur Verwendung kommenden Gifte 247.
 Menstrualpsychosen 90.
 Merkfähigkeit, Einfluß auf die Orientierung 56. — Störungen ders. 29.
 Migränin, Wirkung 225.
 Milieu, ätiolog. Bedeutung bei Psychosen 121. 125.
 Minderwertigkeit, psychische, angeborene durch Belastung der Vorfahren 126. — erworbene 105.
 Mischaffekte 17.
 Mißbildungen Degenerierter 119.
 Mitteilungsdrang Geisteskranker 78. s. auch Logorrhoe.
 Monobromkampfer als Sedativum 224.
 Morphin, Anwendung u. Wirkung bei Geisteskranken 213. — Kontraindikation 215.
 Morphinvergiftung, akute u. chronische, Erscheinungen 213. — Therapie 214.
 Mutacismus bei Geisteskranken 78.
- Nährakt** bei Nahrungsverweigerung Geisteskranker 142. 143. — Nährflüssigkeit für dens. 144. — durch rektale Zuführung 145.
 Narkophin, schmerzstillende u. beruhigende Wirkung 217.

- Narkotika, Indikationen u. Wirkung bei psychisch Kranken** 212–219.
Nasen-Rachenaffektionen, Einfluß auf die Psyche der Kinder 110.
Nationalität, Rolle in der Entstehung geistiger Störungen 125.
Nebennierentätigkeit, gestörte bei depressiven Zuständen 91.
Negativismus 71.
Nervensystem, Anomalien bei Geisteskranken 89. — allgemeiner Art 92. — subjektive 91. — des vegetativen u. sympathischen Systems 90.
Neuronal als Hypnotikum 207. — als krampfstillendes Mittel 149.
Niereninsuffizienz Geisteskranker, medikamentöse Behandlung 242.
Nukleinsäure, Indikation zur Anwendung 232.

Ohrkrankheiten bei Geisteskranken 98. — als Ursache geistiger Störung 109.
Opiate, Indikationen für deren Verwendung bei Geisteskranken 148. 149. 212. 213. 216. 217.
Ordnung, äußere, Störungen bei Geisteskranken 85.
Organerkrankungen, somatische, Rolle in d. Ätiologie d. Geistesstörungen 109. 110. 111.
Organtherapie bei Geistesstörungen auf der Basis von Sekretionsstörungen drüsender Organe 139. — Wirkung auf die Funktionen des Zentralnervensystems 229. 230.
Orientierung bei gestörter Auffassung 22. — Einfluß des Bewußtseins auf dies. 44. — bei Vorstellungsstörungen 26.
Orientierungsstörungen 55. — allo- u. autopsychische 58. — äußeres Bild ders. 58. — aus Interesse- u. Teilnahmelosigkeit 57. — lakunäre 57. — primäre u. sekundäre 56. — durch Sinnestäuschungen u. Wahnideen 56. 57. — s. auch Desorientierung.
Othämatom bei Paralytikern 97.
Ovarialpräparate bei Erregungszuständen infolge der Involution des weibl. Genitals 231.

Pankreatin bei Pankreaserkrankungen Geisteskranker 243.
Pantomimik (Geistesgestörter) 82.
Paraldehyd als Schlafmittel 197: Indikationen u. Nachwirkungen 198.
Paraldehydismus, Entstehung u. Symptome 199.
Paralogie (Vorbeireden) 71. — psychisch bedingte 78.
Paramimie 71.
Paramnesien 32; s. auch Erinnerungstäuschungen.
Paraphrasie 75.
Parapraxis 73.
Parergasie (Vorbeihandeln) 71.
Perseverieren 28.

Persönlichkeit, Spaltung u. Verdoppelung 60.
Phantasie, Störungen in 44.
Phobien 28.
Photismen Geisteskranker 35.
Pflege, häusliche, Geisteskranker 159. 160: Indikationen für 161.
Pflegepersonal für Geisteskranke 159.
Phenacetin, Anwendung u. Wirkung 226.
Prognostin, allgemeine der Geisteskrankheiten 130. — bei chronischen Dauerzuständen 131. — günstige 130, relativ günstige 131, ungünstige 131. — Individualprognose 132. — bei akuten Psychosen 130. — Unterscheidung zwischen Endprognose u. Streckenprognose 130.
Prophylaxe bei Geistesstörungen 134. — individuelle 138.
Pseudaphasie 74.
Pseudapraxis 74.
Pseudohalluzinationen 35.
Pseudologia phantastica 44.
Psychiatrie, rechtliche Gesichtspunkte in der praktischen 166: militärrechtliche 173, strafrechtliche 171, zivilrechtliche 167. — Lehren u. Lernen in 4. — Stellung zur Rechtsprechung 4.
Psychisches Trauma, Entstehung 112. 113.
Psychoanalyse als therapeutisches Mittel bei Geistesstörungen 140.
Psychomotilität, Störungen ders. 67: qualitative 70, quantitative 68.
Psychopathologie, allgemeine 128 bis 130. — Erscheinungen 9. — Wesen, Umfang u. Schwierigkeiten in 1.
Psychosen, Beginn ders. 99. — degenerative 108. — mit degenerativem Einschlag 108. — Disposition zu 105. — Endzustände 103. 104. — Habitualzustände 99. — interkurrente Krankheiten bei dens., Behandlung 152. — periodische 101. — postoperative 109. — Prodromalerscheinungen 100. — Rezidivieren solch. 102. — Symptome ders., Allgemeines 9, körperliche 88. — stationäre Zustände 99.
Psychotherapie, Indikationen 139. 140. — s. auch Therapie.
Pubertät, Einfluß auf die Entstehung psychischer Störungen 122.
Puerperium mit psychotischen Zuständen 111.
Pyramidon bei Kopfschmerzen u. Neuralgien 226.

Quecksilberpräparate bei luetischen Erkrankungen Geisteskranker 233.
Querulantenwahn, überwertige Ideen in 46.

Räusche, pathologische 54.
Raptus 18.
Rasseneinflüsse auf Psychosen 121. 126.
Ratlosigkeit Geisteskranker 14. 15. 55. 56.

- Rechtsbestimmungen für die psychiatrische Praxis 166: militärrechtliche 173, strafrechtliche 171, zivilrechtliche 173. — in Deutschland 174, in Österreich 177.
- Rededrang Geisteskranker 78.
- Reflexanomalien bei Psychosen 89.
- Reflexhalluzinationen 35.
- Reizsymptome bei Psychosen 89.
- Reproduktionsfähigkeit, Störungen ders. 29.
- Residualwahnideen 51.
- Respirationsstörungen Geisteskranker 96. — Beziehungen zu Hemmungs- u. Depressionszuständen bei Kindern 110. — medikamentöse Behandlung ders. 245.
- Rezidivieren akuter Psychosen 102. 130. 132.
- Rindenläsionen des Gehirns, pathognostische Bedeutung für Geistesstörung 128.
- Roborantien bei Geisteskranken 146.
- Rodagen, Anwendung u. Wirkung 231.
- Salicylsäure, Indikation u. Verwendung in der Psychiatrie 235. 236.
- Salipyrin, antirheumatische Wirkung 226.
- Salvarsan, Indikation u. Wirkung bei Geisteskranken 233. 234.
- Sarsaparilldekokt bei Lues Geisteskranker 235.
- Schadenverantwortung Geistesgestörter, gesetzliche Bestimmungen über 174. 179.
- Schädel- u. Gesichtsbildung Degenerierter 118. 119.
- Schilddrüsenfunktion, gestörte bei Geistesstörungen 91. 109.
- Schilddrüsenpräparate, Indikationen u. Wirkung bei Psychopathen 230.
- Schlafbedürfnis bei psychomotor. Hemmung 68.
- Schlaflosigkeit bei Geisteskranken, Entstehung 70.
- Schlafmittel, Anwendung bei Geisteskranken 149. 150: bromhaltiger 205, (Adalin) 206, (Bromural) 206, (Neuronal) 207.
- Schmerzsymptome Geisteskranker 91.
- Schriftblindheit s. Alexie.
- Schriftstörungen 74. — psychisch bedingte 79. 80: Parastörungen 79.
- Schüttelphänomene seniler u. arteriosklerotischer Zustände 92.
- Schutzbetten, verschließbare für unruhige Kranke 156.
- Schutzhandschuhe, Anwendung bei unruhigen Geisteskranken 155.
- Schwachsinn, torpider, Äußerung im Benehmen u. Handeln der Kranken 84.
- Schwangerschaft als Ursache geistiger Störung 111.
- Schwangerschaftsunterbrechung als artprophylaktisches Mittel gegen Psychosen 137.
- Schwerfälligkeit der Gedankenverknüpfung 25.
- Seelenblindheit 75. — Entstehung 77.
- Seelenleben, Grenze zwischen Normal u. Abnorm 2. — Zeichen des gestörten, Allgemeines 9.
- Seelentaubheit 77.
- Sekalepräparate, Wirkung auf den Gefäßapparat 241.
- Sekretionsanomalien innerer drüsiger Organe als Ursache geistiger Störung 93. 109.
- Selbstbewußtsein (Persönlichkeitsbewußtsein), Störungen dess. 58: durch starke Affekte 59, durch Bewußtseinsstörungen 60, durch Halluzinationen u. Wahnideen 61, durch Krankheitsgefühl 62, durch Verblödungszustände 61.
- Selbstgespräche von dialogisierender Färbung Geisteskranker 85.
- Selbstmordgefahr bei Psychotischen, Verhütungsmaßregeln 152. 153. 154.
- Senium, Psychosen dess. 123.
- Sensibilitätstauschungen Geisteskranker 36. 37.
- Separierung Geisteskranker, beruhigende Wirkung 146. 147. 153.
- Serodiagnose bei Psychosen aus dem Blut 188, aus dem Liquor cerebrospinalis 190. — Wert in der Psychiatrie 94.
- Sexualdrüsen, Funktionsanomalien bei Geisteskranken 90.
- Sexualempfindung, Anomalien im allgemeinen 12. — konträre 12.
- Siechtum Geisteskranker, Pflege in dems. 150. 151.
- Simulation psychotischer Zustände, Anstaltsbeobachtung bei 163. — psychiatrische Gesichtspunkte 173.
- Sinnesstörungen bei Geisteskranken 33. 98: ätiologische Bedeutung 109. — s. auch Halluzinationen.
- Situationspsychosen 126.
- Skopolamin als Beruhigungsmittel bei Geisteskranken 148. 218. — s. auch Hyoscin.
- Solanaceen, Verwendung der Alkaloide ders. in der Psychiatrie 218.
- Sondenfütterung bei Nahrungsverweigerung Geisteskranker 142. 143. — Kontraindikationen 145. — Nährflüssigkeit für dies. 144. — pädagogische Wirkung ders. 145.
- Sperrung, psychomotorische 71.
- Sperrungsmechanismen 71.
- Spezialanstalten u. Spezialbehandlung bei Psychosen 166.
- Spinale Erscheinungen bei Geisteskranken 89.
- Spirochaete pallida im Paralytiker-Gehirn 130.
- Sprachstörungen 74. — Lokalisation im Gehirn 74. 75. — Parastörungen 75. — psychisch bedingte 77. — im Sprachverständnis 74. — im expressiven Sprechen 74. — im Wortfinden 76.
- Staroperationen, Psychosen nach 98.

- Status praesens**, Feststellung bei Psychopathen (psychicus) 184, (somaticus) 186.
Stereotypie des Gesichtsausdrucks Geisteskranker 83.
Stimmenhören Geisteskranker 34.
Stimmungen, gemischte u. zusammengesetzte 17.
Stimmungsanomalien 10. — Einfluß auf d. Bewußtseinsinhalt 42.
Stimmungswechsel, pathologischer 19.
Stimulantien, Indikation bei Geisteskranken 146.
Stoffwechselanomalien bei Psychosen 93.
Strophanthin, Indikation bei Geisteskranken 239. 240.
Strychnin, Anwendung u. Wirkung bei psychotischen Zuständen 228.
Stupor, depressiver 69.
Suggestion, Beeinflussung des Bewußtseinsinhaltes 42. — als auslösendes Moment psychischer Störung 114.
Suggestivbehandlung in Form der Wachsuggestion bei Geistesgestörten 140.
Sulfonal, Indikation u. Wirkung 207. — Kontraindikation 208.
Sympathicusstörungen, Beziehungen zu Geistesstörungen 109.
Symptomatologie psychischer Störungen, Allgemeines 9. — körperliche Symptome 88.
Syphilis Geisteskranker, Therapie 232.
Tanninverbindungen bei Diarrhoe Geisteskranker 245.
Temperamente 88.
Testierfähigkeit Geistesgestörter, gesetzliche Bestimmungen über 175. 179.
Theobromin u. **Theophyllin**, Wirkung auf die Zirkulation 240. 241.
Therapie, allgemeine der Geisteskrankheiten 133. — ätiologische 139: psychische 139. — in Heil- u. Pflegeanstalten 156. — bei Selbstmordgefahr 152. 153. — symptomatische 140. 141: durch kleine chirurgische Eingriffe 145, durch Hydrotherapie 147, durch Körperpflege 150. 151, durch Roborantien 146, durch Schlafmittel 149. 150, durch Sedativa 146. 148, durch Stimulantien 146, durch Zwangsmittel 153—155.
 — medikamentöse 192. — ätiologische bei infektiösen u. luetischen Erkrankungen 232. — mit Arzneikombinationen 227. — mit beruhigenden Mitteln 193. — durch innere Desinfektion 236. — mit Organpräparaten 229—231. — Übersicht der medikamentösen Behandlung bei Ernährungsstörungen Geisteskranker 236—238, bei Respirationsstörungen 245, bei Verdauungsstörungen 242—245, bei Zirkulations- u. Diuresestörungen 238—242. — Übersicht über die medikamentösen Präparate zur Krankenpflege 245. 246.
Tics bei Psychosen u. degenerativen Zuständen 92.
Tobsucht, Entstehung 70.
Transitivismus von Wahngebilden 52.
Trional als Schlafmittel 208. 209.
Trophische Störungen bei Geisteskranken 96. 97: artifiziell entstandene 98.
Überarbeit, geistige, Bedeutung in der Ätiologie d. Psychosen 113.
Übersicht der in der Psychiatrie verwandten Medikamente nach therapeut. Gesichtspunkten 248. 249.
Umständlichkeit, krankhafte 24. 25.
Ungleichmäßigkeit degenerativer Persönlichkeiten 84.
Untersuchung Geisteskranker 182. — Aufnahme der Anamnese 182. 183. — Feststellung des Status praesens (psychicus) 184, (somaticus) 186. — Verhalten des Decursus morbi 191.
Urethane als Schlafmittel 201.
Urotropin, Verwendung bei Blasenstörungen Geisteskranker 236.
Valeriana-Präparate, beruhigende Wirkung ders. u. ihre Indikation bei Geisteskranken 222. 223.
Vegetative Störungen Geisteskranker, Behandlung 141. 142. 145.
Verbigeration der Sprache Geisteskranker 79.
Verblödungspsychosen 66.
Verdauungsstörungen Geisteskranker 93. — ätiolog. Bedeutung bei psychisch-nervösen Störungen 111. — medikamentöse Behandlung 242—245.
Verfolgungswahn 50.
Vergiftungen, exogene als Ursache schwerer psychischer Störungen 111. 112.
Verlauf der Geistesstörungen 99. — abortiver 100. — akuter 99. 100, (rezidivierender) 102. — chronischer 99. 100. 102, kontinuierlich progredienter 99. — intermittierender 99. 101. — remittierender 102. — subakuter 99. — zirkulärer 102.
Veronalpräparate, Wirkungsweise bei Geisteskranken 209.
Versetzungs-besserungen bei Psychosen 126.
Verstimmungszustände, medikamentöse Beeinflussung 220. — depressive 13. — expansive 15. — reaktive 69.
Verworrenheit des Ideengangs 26.
Vormundschaft (Kuratel) Geisteskranker, rechtliche Bestimmungen 167.
Vorstellungsvorgänge, Störungen in 22. 23: der Tenazität 27.
Wachträumerie 45.
Wahnideen 46. 47. — Beeinflussung der Gesamtpersönlichkeit durch solche 52. — auf dem Boden der Demenz 52. — Dissimulieren ders. 52. — aus Eifersucht 51. — Entstehung 49. — hypochondrische 51. — paranoide 48. 50. 51. — residuale 51. — Systematisation ders. 51. — körperlicher Unfreiheit 51.
Wahrnehmungsstörungen bei Geisteskranken 21.

- Wassermann-Reaktion, diagnost. Bedeutung in d. Psychiatrie** 94. 188. 190.
Weitschweifigkeit des Gedankengangs 25.
Willens- u. psychomotorische Störungen 67. — durch Erleichterung bzw. Steigerung des psychomotorischen Antriebs 69. — durch Erschwerung bzw. Herabsetzung des Willenanstriebs 68.
Wortneubildungen (Neologismen) Haluzinierender 38.
Wortsalate Geisteskranker 79.
Worttaubheit 77.
Wurmkuren bei Geisteskranken 245.
Wutausbrüche Geisteskranker 16. 17.
Zerebrospinalflüssigkeit, Untersuchung bei Geisteskrankheiten 94. 95. 190.
Zerfahrenheit im Vorstellungsablauf 26.
Zirkulationsstörungen bei Geisteskranken 95. — medikamentöse Behandlung 238—242. — als Ursache psychotischer Zustände 110.
Zittern Geisteskranker 92.
Zivilisation, Einfluß auf die Entstehung geistiger Störungen 127.
Zornmanien 16.
Zurechnungsfähigkeit Geisteskranker vom rechtlichen Standpunkt aus 172. 173. — Gesetzbestimmungen über 176. 179.
Zwangsbefürchtungen 28; s. auch Phobien.
Zwangshemmungen 67.
Zwangsimpulse 67. 74.
Zwangsmittel. Indikationen für ihre Anwendung bei Geisteskranken 153: von Schutzhandschuhen 155, der Zwangsjacke 154.
Zwangsvorstellungen 28. 46.

VERLAG VON F. C. W. VOGEL IN LEIPZIG

Einführung in die Lehre vom Bau und den Verrichtungen des Nervensystems

von

Prof. Dr. Ludwig Edinger

Direktor des neurologischen Institutes in Frankfurt am Main

Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage. 1912

Mit 176 Abbildungen. Preis M. 6.—, gebunden M. 7.25

Kritiken aus Zeitschriften:

Zentralblatt für Nervenheilkunde: Edingers anregende Art der Darstellung ist bekannt, wir finden sie auch in dem vorliegenden kleinen Buche, das jedem zu empfehlen ist, der sich auf dem behandelten Gebiete orientieren will und nicht die Zeit hat, sich in das große Buch des gleichen Autors (Vorlesungen über den Bau der nervösen Zentralorgane, 2 Bände) zu vertiefen.

Anatomischer Anzeiger: Die vorliegende „Einführung“ dürfte für Studierende, aber auch für Lehrende in der Anatomie, Physiologie und Pathologie des Nervensystems gleich brauchbar sein und zu ferneren Studien und Forschungen anregen.

Zentralblatt für normale Anatomie: In 15 Vorlesungen gibt der bekannte Frankfurter Neurologe einen ganz vorzüglichen Überblick über die Haupttatsachen von dem Baue des Nervensystems. Klar und anregend geschrieben dürfte das Werkchen für den Anfänger eine treffliche Introdution in diese schwierige Materie bilden. Es ist außerordentlich reichlich mit gut gewählten Abbildungen ausgestattet, die den Text auf das beste unterstützen.

Deutsche medizinische Wochenschrift: Mit dem vorliegenden Buch hat Edinger in mustergültiger Weise eine kurze Orientierung über die Tatsachen der Anatomie des Nervensystems für den praktischen Arzt als Basis seiner klinischen Arbeit wiedergegeben. Er hat es in ausgezeichnete Weise verstanden, aus der Fülle des bekannten

VERLAG VON F. C. W. VOGEL IN LEIPZIG

das auszuwählen, was entweder prinzipielle Bedeutung hat, oder für die Kliniker von Wichtigkeit ist. Auf dem engen Raum von 190 Seiten das zu erreichen, dazu gehören die eminenten, die taktischen Fähigkeiten Edingers.

Berliner klinische Wochenschrift: Das 190 Seiten starke Büchlein zeichnet sich durch die außerordentliche Klarheit der Darstellung aus und ist mit zahlreichen Abbildungen versehen, die gerade dem Anfänger auf diesem schwierigen Gebiet zum Teil das Verständnis überhaupt erst ermöglichen.

Münchener medizinische Wochenschrift: Edingers „Einführung“, auf der Summe unserer heutigen histologischen, anatomischen und vergleichend anatomischen Kenntnisse über das Zentralnervensystem basierend und durch zahlreiche historische, embryologische, physiologische, psychologische (speziell tierpsychologische) und pathologische Hinweise und Erörterungen gewürzt, füllt eine lebhaft empfundene Lücke in der Literatur auf das erfreulichste aus, insofern es den, welcher nicht in die Tiefen der Detailarbeiten sich zu versenken beabsichtigt, ausgezeichnet orientiert, dem beginnenden Spezialisten aber als geeignetste Vorbereitung zum Studium ausführlicherer Werke, etwa der „Vorlesungen über den Bau der nervösen Zentralorgane“ des gleichen Verfassers, zu dienen vermag.

VORLESUNGEN über den Bau der nervösen Zentral- Organe des Menschen und der Tiere

Für Ärzte und Studierende

von

Prof. Dr. Ludwig Edinger

Direktor des neurologischen Institutes in Frankfurt am Main

1. Band:

Das Zentralnervensystem der Menschen und der Säugetiere

Achte, umgearbeitete und sehr vermehrte Auflage. 1911

Mit 398 Abbildungen und 2 Tafeln. Preis brosch. M. 18.—, geb. M. 19.75

2. Band:

Vergleichende Anatomie des Gehirns

Siebente, umgearbeitete und vermehrte Auflage. 1908

Mit 283 Abbildungen. Preis brosch. M. 15.—, geb. M. 16.50

VERLAG VON F. C. W. VOGEL IN LEIPZIG

Die Gehirnoberfläche von Paralytischen.

Ein Atlas von 49 Abbildungen nach Zeichnungen,
erläutert und mit einer Einleitung versehen,

herausgegeben von

Medizinalrat Prof. Dr. **P. Nücke** in Hubertusburg,
Ehren- und korrespondierendem Mitgliede vieler wissenschaftlicher Gesellschaften,
mit einem Vorworte

von

Geh. Rat Prof. Dr. **Flehsig** in Leipzig.

Preis M. 20.—.

Die morphologischen Verhältnisse der Hirnoberfläche bei Geistesgesunden sind hinlänglich studiert worden und Abbildungen davon gibt es in Unmenge. Anders steht es aber mit solchen bei Geisteskranken. Hier sind bisher nur spärliche Untersuchungen gemacht worden und daher auch nur wenig Zeichnungen vorhanden. Seitdem man nun weiß, daß die sog. Entartungszeichen bei ihnen viel häufiger, verbreiteter und wichtiger sind, als bei Normalen, hätte es nahe genug gelegen, auch am Gehirnreliefe diese Verhältnisse zu prüfen und mit normalem Materiale zu vergleichen. Das ist jedoch leider nur wenig geschehen. So erklärt es sich denn, daß wir vom Äußeren des Paralytikergehirnes erst recht nichts wissen. Deshalb hat der Verfasser dieses Werkes 49 Hemisphären-Ansichten von 25 Paralytikern, meist in natürlicher Größe und unter Beifügung einer genauen Erklärung nach Zeichnungen durch Zinkogravüre wiedergeben lassen. So ist dem Forscher ein reiches Material dargeboten und auch der reine Morpholog wird interessante Bildungen genug vorfinden. In einer längeren Einleitung werden unter anderem die gesamten Befunde gewisser Windungs-Anomalien solchen von Normalen gegenübergestellt, um aufzuzeigen, daß, wie am ganzen übrigen Körper, so auch am Hirnrelief die seltneren Abweichungen, in der Mehrzahl den Hemmungsbildungen zuzuzählen, häufiger sind, als hier, zur Stütze der Ansicht, daß das paralytische Gehirn meist ein ab ovo minderwertiges ist. Prof. Flehsig hat endlich dem Ganzen ein interessantes Vorwort beigegeben.

VERLAG VON F. C. W. VOGEL IN LEIPZIG

Die Diagnose der Nervenkrankheiten

VON

Purves Stewart,
M. A., M. D., F. R. C. P., London.

Nach der zweiten Auflage ins Deutsche übertragen

VON

Dr. Karl Hein, Bad Schönfließ.

Mit einem Vorwort von Prof. Dr. **Eduard Müller,**

Direktor der medizinischen Universitätspoliklinik zu Marburg.

Mit 208 Abbildungen im Text und 2 Tafeln.

Preis brosch M. 10.—, gebunden M. 11.50.

Vorwort.

An Lehrbüchern der Nervenheilkunde mangelt es freilich nicht; trotzdem gibt es auf dem deutschen Büchermarkt kaum ein Werk, das sich durch weise Beschränkung auf das Wesentlichste, durch stete Betonung der praktisch wichtigen Gesichtspunkte, durch Klarheit und Anschaulichkeit, einer knappen, originellen Ausdrucksweise und nicht zuletzt durch seine instruktiven Abbildungen als Einführung in die Neurologie für Studierende und Ärzte derart eignet wie diese „Diagnose der Nervenkrankheiten“ von Purves Stewart. Einzelne Kapitel, wie dasjenige über Anatomie und Physiologie, Coma, Aphasie, Haltung und Gang, sind geradezu Musterbeispiele didaktisch geschickter Darstellung neurologischer Einzelstörungen. Überall tritt hervor, daß der Autor nicht einseitiger Nervenspezialist, sondern Arzt ist, der vor allem die Mutterdisziplin der Neurologie, die innere Medizin, beherrscht. Der Schwerpunkt der Darstellung liegt in der Diagnose und gerade hier wiederum mit Recht in der Frühdiagnose der Nervenkrankheiten, vor allem ihrer so häufigen atypischen Formen. Alles andere, auch die Therapie, ist nur kurz skizziert.

Das Werk P. Stewarts, das in England schon nach kurzer Zeit in zweiter Auflage erscheinen konnte, wurde dort von der gesamten Fachpresse als ausgezeichnetes Lehrbuch begrüßt. Hoffentlich ist ihm ein gleicher Erfolg auch in Deutschland beschieden, zumal die verdienstvolle Übersetzung durch Karl Hein mir im ganzen als wohl gelungen erscheint.

Marburg a. L., März 1910.

Professor **Eduard Müller.**

Anleitung zur Untersuchung Geisteskranker

und Ausfüllung der ärztlichen Aufnahmefragebogen deutscher, österreichischer und schweizerischer staatlicher Irrenanstalten.

Anhang: Die wichtigsten Aufnahmebestimmungen genannter Anstalten.

Für praktische Ärzte

von Anstaltsarzt Dr. **Max Dost**, Hubertusburg

Preis M. 3.—

Da der praktische Arzt mit Geisteskranken, welche gewöhnlich in Anstalten behandelt werden, wenig zu tun hat und mit ihnen gewöhnlich nur in Berührung kommt, wenn er ihre Unterbringung in eine Irrenanstalt begutachten soll, so ist es begreiflich, daß er mit dem in Frage kommenden Wissensmaterial und den Untersuchungsmethoden nicht immer völlig vertraut ist. Nimmt er in derartigen Fällen ein Lehrbuch zur Hand, so findet er dort eine verwirrende Fülle des Stoffes und hat Schwierigkeiten, das für ihn Geeignete schnell herauszufinden. Da die Fragen der ärztlichen Aufnahmefragebogen aber nicht sachgemäß beantwortet werden können, wenn der Gutachter nicht in dem Wissensgebiete und den einschlägigen Untersuchungsmethoden einigermaßen bewandert ist, so kam der Verfasser auf den Gedanken, für diesen speziellen Fall der ärztlichen Begutachtung Geisteskranker zum Zwecke ihrer Überführung in staatliche Irrenanstalten eine besondere Anleitung herauszugeben. Er erläutert in derselben die Fragebogen der deutschen, österreichischen und schweizerischen staatlichen Anstalten, soweit es nötig ist, und bespricht an der Hand der Fragebogen Anamnese, psychischen und somatischen (besonders Nerven-) Status, Diagnose und Prognose der wichtigsten Psychosen sowie Simulation und Dissimulation. Er führt, um eine schnelle Orientierung zu ermöglichen, immer nur das Notwendigste an und bringt nur diejenigen Untersuchungsmethoden, welche ohne besondere Apparate und in kurzer Zeit ausführbar sind.

Endlich wurde der Arbeit noch eine Zusammenstellung der wichtigsten Aufnahmebestimmungen genannter Anstalten angegliedert, damit der Arzt, welcher vom Publikum mitunter nach diesen Dingen gefragt wird, die Angehörigen seiner Kranken über die in Betracht kommenden Vorschriften (z. B. die Unterlagen des Aufnahmeantrags) aufklären kann.

Von demselben Autor:

Kurzer Abriß der Psychologie, Psychiatrie und gerichtlichen Psychiatrie nebst einer ausführlichen Zusammenstellung der gebräuchlichsten Methoden der Intelligenz- und Kenntnisprüfung. Für Juristen und Mediziner, besonders jüngere Psychiater. kl. 8. 1909. Mit 1 Tafel und 21 Abbildungen im Text. Preis brosch. M. 4.—, geb. M. 5.—.

VERLAG VON F. C. W. VOGEL IN LEIPZIG

LEHRBUCH
der speziellen Pathologie und
Therapie der inneren
Krankheiten

VON DR. ADOLF STRÜMPELL

o. ö. Professor und Direktor der medizinischen Klinik an der Universität Leipzig

19., neubearbeitete Aufl. 1914. Mit ca. 240 Ab-
bildungen im Text und 10 Tafeln. 2 Bände

Preis broschiert Mark 20.—, gebunden Mark 24.—

Aus dem Vorwort: Die beiden letzten Auflagen meines Lehrbuchs habe ich infolge einer eigentümlichen Fügung des Schicksals wieder an demselben Orte neu bearbeitet, an dem ich vor nunmehr 30 Jahren die erste Auflage dieses Lehrbuchs schrieb. Wie sehr haben sich während dieser Zeit der Inhalt und die Methoden der klinischen Medizin verändert. In den einzelnen Auflagen dieses Lehrbuchs spiegelt sich, wie ich hoffe, dieser Entwicklungsgang in seinen Hauptzügen wieder. Trotzdem wird mir mancher jüngere Kliniker den Vorwurf machen, daß ich der neueren „experimentellen“ Richtung in der inneren Medizin zu wenig Rechnung getragen habe. Allein ich bleibe trotz aller Wertschätzung der experimentellen Pathologie der Überzeugung, daß die Aufgabe des Klinikers vor allem in der möglichst genauen Beobachtung, Deutung und Verwertung derjenigen Experimente besteht, welche uns die Natur am Krankenbett vormacht. Das Hauptgewicht lege ich daher auch jetzt noch immer auf die Darstellung der klinischen Erscheinungen, wie sie im einzelnen und im Gesamtverlaufe der Krankheiten
:: :: :: dem Arzte entgegentraten . . . :: :: ::

VERLAG VON F. C. W. VOGEL IN LEIPZIG

Handbuch der Sexualwissenschaften

Mit besonderer Berücksichtigung der
kulturgeschichtlichen Beziehungen

unter Mitwirkung von

Dr. med. et phil. **G. Buschan** in Stettin, **Havelock Ellis** in West
Drayton (Middlesex), Professor Dr. **Seved Ribbing** in Lund, Dr.
R. Weissenberg in Berlin und Professor Dr. **K. Zieler** in Würzburg

herausgegeben von

Dr. Albert Moll-Berlin

Mit 418 Abbildungen im Text und 11 Tafeln

1 Band von 1029 Seiten in Gr. 8°. Preis brosch. M. 27.—, eleg. geb. M. 30.—

Das Buch ist in erster Linie für Mediziner bestimmt. Von wie großer Bedeutung für den praktischen Arzt die neueren Forschungen auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten sind, wie wesentlich für ihn eine eingehende Kenntnis des Symptomenkomplexes der sexuellen Perversionen und der einschlägigen Behandlungsmethoden, weiterhin der sexuellen Funktionsstörungen und der Mißbildungen mit Verwischung des Geschlechtscharakters ist, braucht nicht erst besonders hervorgehoben zu werden. Weiterhin sind die Fragen der Sexual-Hygiene und Ethik von großer praktischer Bedeutung, die Probleme der Sexual-Biologie und Psychologie von hohem theoretischen Interesse für den Mediziner. Aber auch für den Juristen, den Soziologen und Pädagogen sind zahlreiche Gebiete der Sexualwissenschaften von Wichtigkeit und Interesse. Das Zusammenarbeiten von Ärzten mit Juristen, Soziologen, Pädagogen, Vertretern der Frauenbewegungen, der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, aber auch mit anderen das Sexualleben berührenden Bestrebungen, zeigt, daß heute ein strenger Abschluß der verschiedenen Forscher nicht möglich, ja, auch nicht einmal wünschenswert ist. Besondere Aufmerksamkeit hat der Autor den Abbildungen zugewendet in der Erkenntnis, daß die engen Beziehungen zwischen den verschiedenen Erscheinungen der menschlichen Kultur durch das reiche Bildermaterial am besten verdeutlicht werden. Das Buch enthält 418 zum großen Teil bisher noch nicht veröffentlichter Abbildungen und 11 Tafeln.



G.E. STECHERT
& Co.

