Bibliothèque numérique

medic@

KRAEPELIN, Emil. Psychiatrie : ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte / Vol. IV

Leipzig : Barth, 1915.

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?63261x04

PSYCHIATRIE

EIN LEHRBUCH FÜR STUDIERENDE UND ÄRZTE

VON

DR. EMIL KRAEPELIN
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

ACHTE, VOLLSTÄNDIG UMGEARBEITETE AUFLAGE

IV. BAND

KLINISCHE PSYCHIATRIE

III. TEIL

MIT 118 ABBILDUNGEN, 7 SCHRIFTPROBEN
UND 1 FARBIGEN TAFEL

63261

LEIPZIG
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1915

Inhaltsverzeichnis.

Seite

XII. Die psychogenen Erkrankungen 1397

1. Die Tätigkeitsneurosen (Ponopathien) 1400

A. Die nervöse Erschöpfung 1400
Ermüdungswirkungen, nervöse Überreizung, Dauerwirkungen der Überarbeitung, Krankheitsgefühl (Hypochondrie), Verlauf, Prognose, „Neurasthenie", Ursachen, Umgrenzung, Erkennung, Behandlung.

B. Die Erwartungsneurose 1416
Äußere Anlässe (douleurs d'habitude), klinische Bilder (Akinesia algera), Verlauf, Ursachen, Umgrenzung, Behandlung.

2. Die Verkehrspsychosen (Homilopathien) 1428

C. Das induzierte Irresein 1428
Begriffsbestimmung, Beeinflussung durch fremde Vorstellungen, Verfolgungs- und Größenwahn, religiöse Sektenbildung, Erregungszustände, Verlauf, Entstehungsbedingungen, Umgrenzung, Behandlung.

D. Der Verfolgungswahn der Schwerhörigen 1441
Entstehungsbedingungen, klinisches Bild, Verlauf, Ursachen, Umgrenzung, Behandlung.

3. Die Schicksalspsychosen (Symbantopathien) 1449

E. Die Unfallsneurosen 1449
Schreckneurose 1451
Traumatische Neurose 1457
Klinisches Bild, psychologische Versuche, Verlauf, Rentenquerulanten, Ausgang, Ursachen und Wesen der Krankheit, Umgrenzung (Verstellung), Vorbeugung, Behandlung.

F. Die psychogenen Geistesstörungen der Gefangenen . . . 1502
Begriffsbestimmung, akute Erregungs- und Verwirrtheitszustände, Verdrängungserscheinungen, Verfolgungswahn, Unschuldswahn, Haftquerulanten, präseniler Begnadigungswahn, Gefangenenwahnsinn (Verfolgungs- und Größenwahn), Verstellung.

G. Der Querulantenwahn 1533
Klinisches Bild, Verlauf, Ursachen, Umgrenzung, Behandlung.

XIII. Die Hysterie 1547

Begriffsbestimmung 1547
Klinisches Bild 1548
Verstand, Assoziation, Gedächtnis, gemütliche Erregbarkeit, Ausdrucksformen der Gemütsbewegungen, Selbstsucht, Hypochondrie, Triebhaftigkeit des Handelns, Selbstverletzungen, Lebensführung
Körperliche Krankheitszeichen 1577
Stigmata, Empfindungsstörungen, Gesichtsfeldeinschränkung, Schmerzen, Lähmungen, Astasie-Abasie, Sprach- und Schriftstörungen, Spannungen, Bewegungsstörungen, Zuckungen, Erbrechen, Singultus, Zittern, vasomotorische, sekretorische, trophische Störungen.

Seite

Anfälle 1603
Krampfanfälle, „großer Anfall", Starrkrampf, Ohnmacht, Schlafanfälle, Dämmerzustände, Nachtwandeln, Erregungszustände, läppische Anfälle, Verwirrtheitszustände (Wandertrieb), traumhafte, pathetische, delirante Zustände, Ganser sche Dämmerzustände (Verdrängungserscheinungen), Haftstupor, besonnenes Delirium, Verdoppelung der Persönlichkeit (retrograde Amnesie).
Verlaufsarten 1633
Verteilung der Anfälle, Wechsel der Erscheinungen, Beeinflußbarkeit der Störungen, Anknüpfung an äußere Anlässe, Beziehungen zu Gemütsbewegungen.
Prognose 1642
Verschiedene Formen, Entwicklungshysterie, Entartungshysterie, Alkoholhysterie, Unfallshysterie, Hafthysterie.
Ursachen 1645
Geschlecht, Lebensalter (Kinderhysterie), Zivilstand, Beruf, Stadt und Land, Kultur (Naturvölker), erbliche Veranlagung, Entartung, Gemütsbewegungen, Alkohol, Unfälle, Haft, körperliche Erkrankungen (Geschlechtsorgane).
Wesen der Krankheit 1663
Psychische Entstehung (Gemütsbewegungen), Ausdrucksformen der Gemütsbewegungen, Beziehungen zum Selbsterhaltungstriebe, Janets Auffassung (Bewußtseinsspaltung), Vigilambulismus (Sollier), Freuds Lehre (Verdrängung geschlechtlicher Erlebnisse, pathogene Komplexe).
Umgrenzung 1684
Pithiatismus (Babinski), Hysterie und hysterische Krankheitszeichen, Abgrenzung von der Epilepsie, Psychopathie, Unfalls- und Erwartungsneurose, Dementia praecox, Vortäuschung körperlicher Leiden.
Bekämpfung 1694
Vorbeugung, Behandlung (operative Eingriffe, Geschlechtsverkehr, Mastkur, Arzneien, psychische Behandlung).

XIV. Die Verrücktheit (Paranoia) 1707
Geschichte des Paranoiabegriffes, Paranoia und paranoide Erkrankungen, Begriffsbestimmung, Anschauungen der Franzosen.
Krankheitsbild 1715
Erinnerungsfälschungen, Beziehungswahn, Beeinträchtigungs- und Größenwahn, Systematisierung (milde, abortive Formen), Stimmung, Handeln und Benehmen.
Klinische Formen 1726
Verfolgungswahn, Eifersuchtswahn, Erfinderwahn, Abstammungswahn, religiöser Größenwahn, erotische Verrücktheit.
Verlauf und Ausgang 1752
Häufigkeit, Ursachen, Wesen der Krankheit 1755
Abnorme Entwicklung oder Krankheitsvorgang.
Umgrenzung 1768
Heilbare Formen, abortive Paranoia, paranoide Persönlichkeiten, Abgrenzung vom manisch-depressiven Irresein, der Dementia praecox, den Paraphrenien, den Psychopathien, Behandlung.

XV. Die originären Krankheitszustände 1780
A. Die Nervosität 1782
Klinisches Bild 1783
Verstandesleistungen (Ermüdbarkeit, Ablenkbarkeit, Gedächtnisstörungen, Lebhaftigkeit der Einbildungskraft, Selbstüberschätzung, Mangel an Selbstvertrauen, Fehlen des Wirklichkeitsbewußtseins, Beein-

Seite

flußbarkeit des Denkens), gemütliche Erregbarkeit, Verstimmungen, Unzulänglichkeitsgefühl, Hypochondrie, Weltflucht, Unfreiheit, Triebhaftigkeit, Arbeitserschwerungen, Geschlechtsleben (sexuelle Neurasthenie, Verirrungen), körperliche Störungen.
Verlauf 1803
Prognose 1805
Ursachen 1806
Erbliche Entartung, Keimfeindschaft, Geschlecht, Zivilstand, Stadt und Land, Beruf, Lebensschicksale.
Umgrenzung 1811
Bekämpfung und Behandlung 1815
B. Die Zwangsneurose 1823
Begriffsbestimmung.
Allgemeines Krankheitsbild 1826
Gruppierung der klinischen Formen 1827
Einteilungen von Koch, Friedmann, Löwenfeld, Magnan, Janet, Tamburini, Zwangsvorstellungen und Zwangsbefürchtungen (Unglücksangst, Verantwortungsangst, Verkehrsangst), „Zwangsantriebe".
Klinische Krankheitsbilder 1836
Einfache Zwangsvorstellungen 1836
Zwangsmäßige Denkgewohnheiten (Arithmomanie, Grübel- und Fragesucht).
Phobien 1840
Angst vor Gewitter, vor Tieren und Menschen, Unfällen, Messern und Nadeln, Schmutz und Ansteckung, Situationsphobien (Höhenangst, Brückenangst, Platzangst, Klaustrophobie, Klaustrophilie, Nachtangst, Reiseangst, Akathisie), abergläubische Befürchtungen, Krankheitsfurcht.
Verantwortungsangst 1848
Zweifelsucht, Unterlassungsfurcht, Beachtungs- und Erinnerungszwang (Onomatomanie), Berufsangst, Verschuldungsangst, Selbstmordangst, Diebstahlsangst, Papierangst, religiöse Skrupel.
Verkehrsangst 1859
Befangenheit, Prüfungsangst, Anthropophobie, Dysmorfophobie, Kleiderangst, Ereuthophobie, Stuhl- und Harndrang, Zwangschwitzen.
Gemütliche Störungen 1863
Beeinflussung des Wollens und Handelns 1866
Einschränkung des Willens, Sicherungen, Pedanterie, Wiederholungszwang (Rumination), Berührungsfurcht, Waschzwang, Schutzhandlungen und Schutzsprüche, Zwangshandlungen.
Verlauf 1875
Schwankungen, Fortschreiten.
Prognose 1880
Ursachen und Wesen des Leidens 1881
Erblichkeit, Geschlecht, Gemütsbewegungen, Geschlechtsleben, Freudsche Komplexe, Sexualverdrängung, Affektverdrängung, Illogismen, Psychasthenie, Assoziationsschwäche, ängstliche Spannung, Infantilismus des Charakters.
Umgrenzung 1892
Beziehungen zur Hysterie, Erwartungsneurose, zum manisch-depressiven Irresein, zur Dementia praecox.
Bekämpfung 1897
Pädagogik, Ablenkung, Gedankenturnen, Psychoanalyse, Psychokatharsis, Psychosynthese.

Seite

C. Das impulsive Irresein 1901
Triebhandlungen.
Klinische Formen 1903
Brandstiftungstrieb (Pyromanie), Mordtrieb, Giftmischer, anonyme Briefschreiber, Stehltrieb (Kleptomanie), Kaufsucht, Schuldenmachen.
Wesen der Störung 1913
„Monomanien."
D. Die geschlechtlichen Verirrungen 1916
Onanie 1917
Psychische Onanie, Narzismus.
Exhibitionismus 1918
Psychischer Exhibitionismus.
Fetischismus 1922
Abirrung vom Geschlechtsziel, „Voyeurs", „Frotteurs", Urolagnie, Koprolagnie, Kleider-, Wäsche-, Schuhfetischismus, Einfluß bestimmter Lebenserfahrungen.
Sadismus 1928
Messerstecher, Beschmutzer, Lustmörder, Geißler, psychische Sadisten.
Masochismus 1932
Selbstquälereien, skatologische Formen.
Homosexualität 1936
Ausgang von der Onanie, Pubertätsfreundschaften, sexuelle Mißerfolge, männliche Prostitution.
Klinisches Bild 1943
Verstandesbegabung, Gemütsart, Lebensführung (Effeminatio, Viraginität), körperliche Abweichungen (Androgyne, Gynandrier).
Häufigkeit 1949
Ursachen und Wesen der Störung 1952
Entartung, Geschlecht, Bildungsgrad, Verführung, Alkohol, Bisexualität, angeborene Veranlagung, äußere Einflüsse, infantilistische Entwicklungshemmung.
Umgrenzung 1965
Pseudohomosexualität, kompensatorische, implantierte und konstitutionelle Parhedonie.
Prognose 1968
Behandlung 1970

XVI. Die psychopathischen Persönlichkeiten 1973
Allgemeine Gesichtspunkte, Vorstufen anderer Psychosen, umschriebene Entwicklungshemmungen.
A. Die Erregbaren 1979
Klinisches Bild, gesteigerte gemütliche Erregbarkeit, Selbstmordversuche, Erregungszustände, Kriminalität, geschlechtliche Beziehungen, hysterische Zeichen.
Prognose 1986
Ursachen 1987
Geschlecht, Lebensalter, Zivilstand, Beruf, Stadt und Land, Erblichkeit, äußere Ursachen.
Wesen der Störung 1991
Entwicklungshemmung, Beziehungen zur Hysterie, zum manisch-depressiven Irresein, zu anderen Formen der Psychopathie.
Behandlung 1995

Seite

B. Die Haltlosen 1995
Klinisches Bild, lebhafte Einbildungskraft, gehobenes Selbstgefühl, Reizbarkeit, Selbstsucht, Mangel an Ausdauer, Unstetigkeit, Beeinflußbarkeit (Verführung, Alkohol), geschlechtliche Beziehungen, Verschwendungssucht, Kriminalität, Selbstmordneigung, hysterische Züge.
Prognose 2010
Ursachen 2011
Geschlecht, Lebensalter, Zivilstand, Herkunft, Beruf, erbliche Veranlagung, Erziehung.
Wesen der Störung 2015
Mangelnde Reifung des Willens, „Künstlernaturen", Beziehungen zu anderen Formen psychopathischer Veranlagung.
Behandlung 2018

C. Die Triebmenschen 2019
Klinisches Bild, hohe Selbsteinschätzung, Lügenhaftigkeit, Verstimmungen, Triebartigkeit des Handelns.
Klinische Gruppen 2021
Verschwender, Wanderer (Fortlaufen, Orientkunden), Periodentrinker.
Ursachen 2030
Wesen der Störung 2031
Urwüchsige Triebrichtungen, Großmannssucht, Genußsucht, Freiheitsdrang.
Umgrenzung 2036
Spiel- und Sammelwut, Beziehungen zu den Gesellschaftsfeinden und den Affektepileptikern.
Behandlung 2038

D. Die Verschrobenen 2039
Klinisches Bild, ungleichmäßige Ausbildung der Verstandesleistungen, gehobenes Selbstgefühl, gemütliche Erregbarkeit, widerspruchsvolles Handeln, Absonderlichkeiten in den geschlechtlichen Beziehungen
Umgrenzung 2042
Beziehungen zur Dementia praecox und zur Paranoia.

E. Die Lügner und Schwindler 2043
„Pseudologia phantastica", geistige Regsamkeit, Mangel an Ausdauer, lebhafte Einbildungskraft, erhöhtes Selbstgefühl, große Ideen und Pläne, Prahlereien, übertriebene Stimmungen, Selbstmordspielereien, Selbstsucht und Leichtsinn, Rastlosigkeit und Unstetigkeit, Verschwendungssucht, Schwindeleien (Kreditschwindel, Zechprellerei, Mietschwindel, Hochstapelei, Heiratsschwindel, Kurpfuscherei, Krankenhausschwindel, Bettelbriefschwindel), psychogene Psychosen, hysterische Krankheitserscheinungen.
Prognose 2069
Ursachen und Wesen der Störung 2070
Geschlecht, Alter, Zivilstand, Beruf, Erblichkeit, Beziehungen zu kindlichen Eigentümlichkeiten.
Umgrenzung 2073
Behandlung 2075

F. Die Gesellschaftsfeinde (Antisozialen) 2076
Klinisches Bild, Arbeitsscheu, Mangel an Weitblick, Unwahrhaftigkeit, Reizbarkeit, Eitelkeit, gemütliche Stumpfheit, Unerziehbarkeit, Abenteuerlust, Genußsucht, geschlechtliche Neigungen, Kriminalität (Diebstahl, Unterschlagung, Betrug, Erpressung, Kuppelei, Meineid, Brandstiftung, Raubmord, Roheitsverbrechen), Rückfälligkeit, Ausbildung von Spezialitäten, Reuelosigkeit.

Seite

Prognose 2090

Ursachen und Wesen der Störung 2094
Geschlecht, Alter (Entwicklungs- und Entartungsverbrecher), Zivilstand, Herkunft, Beruf, Alkohol, erbliche Veranlagung (Verbrecherfamilien), Entwicklungsstörungen, Entartungszeichen, äußere Einflüsse, Verkümmerung der sittlichen Gefühle.

Umgrenzung 2103
Übergänge zur Gesundheitsbreite, Frage des „geborenen Verbrechers".

Behandlung 2109

C. Die Streitsüchtigen 2111
Klinisches Bild, Engherzigkeit, Unsachlichkeit, gemütliche Erregbarkeit, erhöhtes Selbstgefühl, Schwierigkeiten und Kämpfe, Erbitterung.

Ursachen und Wesen der Störung 2114
Geschlecht, Beziehungen zum Querulantenwahn.

Behandlung 2116

XVII. Die allgemeinen psychischen Entwicklungshemmungen (Oligophrenien) 2117
Allgemeine Gesichtspunkte, angeborene (erbliche Entartung, Keimschädigung) und erworbene Störungen (Krankheitsvorgänge).

Allgemeine Krankheitszeichen 2120

Psychische Veränderungen 2121
Störungen der Wahrnehmung und Auffassung (Aufmerksamkeit), des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit (auffallende Gedächtnisleistungen), des Vorstellungsschatzes, der Bildung von Allgemeinvorstellungen und Begriffen (Zeit-, Wert-, Größenverhältnisse, Zahlenbegriffe), des Gedankenganges, der Assoziationen, geistige Schwerfälligkeit, Urteilslosigkeit, Schulleistungen, Verkümmerung der höheren Gefühle, Stimmungslage, Gemütsart, geschlechtliche Regungen, Willensäußerungen, mangelhafte Beherrschung der Bewegungen, taktmäßige Idiotenbewegungen, stumpfe und erregte Formen.

Störungen der Sprache und Schrift 2144
Hörstummheit, Stammeln, Poltern, Stottern, Lautumwandlungen und -verschiebungen, Störungen der Silben- und Wortsprache, Akataphasie und Agrammatismus, mangelhafte Beherrschung der feineren sprachlichen Ausdrucksmittel, „Wortblindheit", Akatagraphie, Echoschrift.

Praktische Leistungsfähigkeit 2154
Berufe, Kriminalität.

Körperliche Krankheitszeichen 2156
Allgemeine Körperentwicklung, Entartungszeichen, Schädelbildung (Beziehungen zwischen Verstandesbegabung und Schädelumfang bzw. Hirngewicht, Asymmetrien, Mikrocephalie, Makrocephalie, Hydrocephalie, Turmschädel, Sattelkopf, Spitzkopf, Kielkopf), Beziehungen zwischen Hirn- und Schädelwachstum, rachitischer, natiformer Schädel, olympische Stirn, Störungen der Zahnentwicklung (Rachitis, Lues), Bildungsfehler der Augen, der Ohren, adenoide Wucherungen, nervöse Störungen (Strabismus, Nystagmus, Lähmungen, Spasmen, Hypotonie, Zittern, athetotische, choreatische Bewegungen, epileptiforme Anfälle), Zeichen der Erbsyphilis, der Rachitis.

Idiotie, Imbezillität, Debilität 2170
Grenzbestimmung (Altersstufen).

Seite

Idiotie 2173
Schwere und leichtere Formen.

Imbezillität 2176

Debilität 2184

Einzelne Krankheitsgruppen 2189
Gruppierungsversuche (symptomatische, pathologisch-anatomische, ätiologische, klinische).

Mikrocephalie 2194
Anencephalie, reine und Pseudomikrocephalie, klinisches Bild, Schädelform und -größe, Hirnbefund (Pachygyrie), mikroskopisches Bild, Ursachen (Nahtverknöcherung), Umgrenzung (Pseudomikrocephalie, relative Mikrocephalie, Nanocephalie).

Tuberöse Sklerose 2204
Klinisches Bild, fortschreitender Schwachsinn, Krämpfe, Adenoma sebaceum, Haut-, Nieren- und Herzgeschwülste, Leichenbefund (Veränderungen an der Hirnoberfläche, Ventrikelgeschwülste), mikroskopisches Bild (Cajalsche Zellen, embryonale, atrophische, spindelförmige Zellen, „große" Zellen nervöser und gliöser Art, Gliawirbel, Randgliose, mangelhafte Faserentwicklung), Frage der „großen Zellen", „Histioatypia corticalis", „Gliomatose", Beziehungen zur Neurofibromatose, Häufigkeit, Ursachen, Wesen der Erkrankung.

Andere Entwicklungshemmungen 2221
Fehler der Gefäßanlage, „Angiodystrophia cerebri", Hirnbruch, Balkenmangel, Agyrie, Mikrogyrie, Heterotopien, embryonale Rinden, atypische Zellen, Cajalsche Zellen, übermäßige Entwicklung der Tangentialfasern, Status verrucosus deformis, feinere Entwicklungshemmungen.

Infantilismus 2240
Klinisches Bild, infantilistischer Zwergwuchs, Verkümmerung, umschriebene Infantilismen, dystrophischer, Mitral-, Pulmonalinfantilismus, anangioplastische, intestinale Form, degenerativer, blastophthorischer Infantilismus.

Dysadenoide Entwicklungshemmungen 2246
Athyreoidie (Typus Brissaud), Hypophysiserkrankungen (Riesenwuchs, Zwergwuchs, Dystrophia adiposo-genitalis), Zirbelerkrankungen (Makrogenitosomia precoce, Fettsucht), Nebennierenerkrankungen (Pseudohermaphroditismus, Herkuleskinder), Entwicklungshemmungen der Geschlechtsdrüsen (Eunuchoidismus, Viraginität), Thymuserkrankungen (Idiotia thymica, Status thymico-lymphaticus), Infantilismus pancreaticus, pluriglanduläre Insuffizienz, multiple Blutdrüsensklerose.

Mongolismus 2256
Klinisches Bild, Brachycephalie, Gesichtsschnitt (Epicanthus), Lingua scrotalis, Knochenwachstumsstörungen, Hypotonie, Hypothyreoidie, Lebhaftigkeit, geringe Bildungsfähigkeit, Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit, Leichenbefund, Häufigkeit, Ursachen (kinderreiche Familien, Letztgeborene, Spätgeborene), Wesen des Leidens (Entwicklungshemmung, dysadenoide Störungen).

Krankheitsvorgänge 2267

Meningitis 2267

Blutungen 2269
Littles Ätiologie.

Hydrocephalus 2269
Hydromikrocephalie, Meningitis serosa, Hydrocephalus internus (Schädelform, Krankheitsbild, Verlauf, Leichenbefund, Ursachen).

Schädelverbildungen mit Sehnervenschädigung 2278

Seite

Encephalitis 2279
Cerebrale Kinderlähmung (Lähmungen, Spasmen, Bewegungsstörungen, Mitbewegungen, Athetose, Chorea, Krampfanfälle, Empfindungs- und Wachstumsstörungen, psychisches Krankheitsbild), akute (Infektionen) und schleichende Formen (Lues), Leichenbefund (Porencephalie, lobäre Encephalitis, halbseitige Hirnatrophie, Mikrogyrie, akute Veränderungen, Ausfälle, Narben, Zerstörungen).
Gefäßerkrankungen 2295
Rindenverödung 2296
Degenerative Atrophie 2298
Lobäre, atrophische Sklerose.
Megalencephalie 2299
Geschwulstbildungen 2300
Familiäre Erkrankungen 2300
Verlauf 2301
Stationäre und fortschreitende Formen, begleitende psychische Krankheitsbilder.
Prognose 2303
Art und Grad der Störung, Nachreifung, Ausgleichsmöglichkeiten, Bildungsfähigkeit.
Zahl der Oligophrenen 2307
Ursachen 2309
Geschlecht, Erblichkeit (Alkoholismus), Lues (klinische Zeichen, Familiengeschichte, Wassermannsche Reaktion), Tuberkulose, Geburtenzahl, Schädigungen der Mutter, Geburtsschädigungen, Kinderkrankheiten, Rachitis, Ernährung, Kopfverletzungen, Blutdrüsenerkrankungen, Not, Erziehungs- und Sinnesmängel, Stadt und Land.
Umgrenzung 2325
Erkennung 2326
Aufdeckung der Ursachen, Begriff der cerebralen Kinderlähmung, der epileptischen Idiotie, des Infantilismus, Abgrenzung von Dementia praecox und juveniler Paralyse, von der Psychopathie, Abschätzung des Grades der Störung (Binet-Simons Verfahren), Tests, pädagogische und psychologische, Intelligenzalter, Intelligenzrückstand, andere Probeaufgaben.
Bekämpfung 2340
Vorbeugung (Alkohol, Lues), Behandlung der Ursachen (Lues, Drüsenstoffe), chirurgische Eingriffe (Mikrocephalie, Hydrocephalie), allgemeine ärztliche Maßregeln, Erziehung und Unterricht (Erziehung der Sinne, der Denktätigkeit, des Sprachverständnisses Beherrschung der Bewegungswerkzeuge, der sprachlichen Ausdrucksmittel, Ausbildung des Gemütslebens, des Willens), Anstaltswesen, Hilfsschulen, Tagesinternate, Förderklassen, Fortbildungsunterricht, Arbeitslehrkolonien, Arbeitsnachweis, Beziehungen zum Militärdienst und zur Rechtspflege.

Verzeichnis der Abbildungen.

Figur		Seite
257.	Fortlaufendes Addieren bei einem ermüdbaren Gesunden und einem Unfallskranken	1462
258.	Durchschnittliche Rechenleistungen für 5 Minuten und täglicher Übungsfortschritt bei Gesunden	1464
259.	Dasselbe bei Unfallskranken	1465
260.	Durchschnittliche Pausenwirkung bei Gesunden	1466
261.	Dasselbe bei Unfallskranken	1467
262.	Schreibdruckkurven („zzz") bei einem Gesunden	1468
263.	Dasselbe bei traumatischer Neurose	1469
264.	Taktmäßige Fingerbewegungen bei traumatischer Neurose (a)	1470
265.	Dasselbe (b)	1470
266.	Dasselbe (c)	1471
267.	Gehstörung bei traumatischer Neurose	1474
268.	Dasselbe	1475
270.	Hautverätzungen bei Hysterie	1573
271.	Hysterische Kranke im Bett	1574
272, a und d.	Verschiedenartige Ausbreitung der Hautunempfindlichkeit bei Hysterischen	1578
272, b und c.	Dasselbe	1579
273, a und b.	Unregelmäßige Verteilung über- und unterempfindlicher Hautstellen bei Hysterie	1582
274, a und b.	Mäßige konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung bei Hysterie (Grenze für weiß)	1584
274, c.	Stärkere Gesichtsfeldeinschränkung mit leichten Grenzverschiebungen bei Hysterie	1585
274, d.	Unregelmäßige Gesichtsfeldeinschränkung mit Grenzverschiebungen bei Hysterie	1585
274, e.	Hochgradige konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung bei Hysterie	1586
274, f.	Gesichtsfeld desselben Kranken nach Elektrisieren	1586
274, g.	Gesichtsfeld desselben Kranken zwei Tage später	1586
275	Pendelnde Fingerbewegungen bei Hysterie (langsam)	1594
276.	Dasselbe (schnell)	1594
277.	Organisch bedingter und hysterischer Fußklonus (nach Weiler)	1599
278, a—c.	Stellungen im hysterischen Anfalle	1605
279.	Gesichtsausdruck im hysterischen Anfalle	1606
280.	Ausstrecken der Zunge im hysterischen Anfalle	1606
281.	Kranke im hysterischen Dämmerzustande	1616
282.	Zeichnung einer hysterischen Vision	1621
283.	Hysterischer Kranker in spielerischer Verkleidung (Ganserscher Dämmerzustand)	1625
284.	Prozentische Verteilung der hysterischen Erkrankungen auf die einzelnen Altersstufen (430 Fälle)	1648
285.	Verteilung der hysterischen Erkrankungen auf die einzelnen Altersstufen nach dem Geschlecht	1652
286.	Paranoischer Festschrifttitel	1749
287.	Selbstbeschädigungen eines sadistisch-masochistischen Kranken	1931
288, a und b.	Männlicher Prostituierter in weiblicher und männlicher Tracht	1947
289.	Altersaufbau der „Erregbaren"	1987

Figur		Seite
290.	Zittern bei Psychopathie	2009
291.	Altersaufbau der „Haltlosen“	2011
292.	Schwindler in Burenuniform	2053
293.	Schreibdruckkurven („~~~“) von einem psychopathischen Schwindler	2067
294.	Schreibdruckkurven von einer psychopathischen Betrügerin	2068
295.	Schreibdruckkurven von einer Gesunden	2068
296.	Taktmäßige Fingerbewegungen von einer psychopathischen Betrügerin	2069
297.	Mikrocephalie	2160
298.	Makrocephalie	2161
299.	Hydrocephalie	2162
300.	Turmschädel	2163
301.	Spitzschädel	2163
302.	Kielkopf	2164
303.	Rachitischer Schädel	2165
304.	Rachitisches Gebiß I	2166
305.	Dasselbe II	2166
306.	Idiotisches Kind	2174
307.	Tiefstehender Idiot	2175
308.	Idiotie leichteren Grades	2176
309.	Imbeziller Gewohnheitsdieb	2183
310.	Imbeziller Brandstifter I	2183
311.	Dasselbe II	2183
312.	Dasselbe III	2183
313.	Dasselbe IV	2184
314.	Mikrocephaler Knabe	2198
315.	Erwachsener Mikrocephale, Seitenansicht	2198
316.	Derselbe Kranke von vorn	2198
317.	Mikrocephaler Schädel	2199
318.	Diagramm eines mikrocephalen Schädels	2199
319.	Mikrocephales Gehirn	2201
320.	Gehirn bei tuberöser Sklerose	2207
321.	Ventrikelgeschwülste bei tuberöser Sklerose	2208
322.	Spindelförmige Rindenzellen bei tuberöser Sklerose, Bielschowskis Färbung, Vergr. 260	2209
323.	Rinde mit „großen“ Zellen bei tuberöser Sklerose, Toluidinblaufärbung, Vergr. 54	2210
324.	Große Nervenzellen bei tuberöser Sklerose, Toluidinblaufärbung, Vergr. 1100	2211
325.	Dasselbe	2212
326.	Nest großer Gliazellen bei tuberöser Sklerose, Nisslfärbung, Vergr. 1100	2213
327.	Gliafilz bei tuberöser Sklerose, Weigerts Gliafärbung, Vergr. 576	2213
328.	Zapfenartige Gliawucherung bei tuberöser Sklerose, Weigerts Gliafärbung, Vergr. 58	2214
329.	Durchschnitt durch einen Ventrikeltumor bei tuberöser Sklerose, Bendasche Färbung, Vergr. 11	2215
330.	Gliawucherung und Gefäßveränderungen in einem Ventrikeltumor bei tuberöser Sklerose, van Giesons Färbung, Vergr. 54	2217
331.	Umschriebene Agyrie	2222
332.	Agyrie des Scheitel- und Hinterhauptslappens	2223
333.	Umschriebene Mikrogyrie (Status verrucosus deformis)	2224
334.	Hirnwindungen bei Status verrucosus deformis	2225
335.	Heterotopischer Hirnmantel, Zellfärbung	2226
336.	Heterotopischer Hirnmantel, Markscheidenfärbung	2227
337.	Frontalschnitt durch ein teilweise windungsloses Gehirn, Markscheidenfärbung	2228

Figur		Seite
338.	Schnitt durch ein windungsloses Hinterhauptshirn, Markscheidenfärbung	2229
339.	Heterotopische Hirnrinde, Toluidinblaufärbung, Vergr. 54	2230
340.	Embryonale heterotopische Rinde, Toluidinblaufärbung, Vergr. 54	2231
341.	Embryonale Hirnrinde, Nissl färbung	2232
342.	Schnitt durch eine ungefurchte Rinde, Toluidinblaufärbung, Vergr. 54	2233
343.	Rinde mit Cajalschen Zellen, Toluidinblaufärbung, Vergr. 54	2234
344.	Übermäßige Entwicklung der Tangentialfasern, Färbung nach Kulschitzki-Wolters, Vergr. 54	2235
345.	Status verrucosus deformis, Zellbild	2236
346.	Status verrucosus deformis, Markscheidenfärbung	2237
347.	Status verrucosus deformis (innere Mikrogyrie)	2238
348.	Männlicher Infantilismus	2242
349.	Weiblicher Infantilismus	2243
350.	Eunuchoidismus (Riesenwuchs)	2250
351.	Eunuchoidismus (Fettsucht)	2250
352.	Späte Verknöcherung bei Eunuchoidismus	2251
353.	Mongoloider Knabe	2258
354.	Gesichtsausdruck bei Mongolismus	2259
355.	Hydrocephalie	2270
356.	Hydrocephaler Schädel von vorn	2271
357.	Hydrocephaler Schädel (Seitenansicht)	2271
358.	Diagramm eines hydrocephalen Schädels	2272
359.	Hirnmantel bei Hydrocephalus	2277
360.	Sattelkopf mit Sehnervenschwund	2279
361.	Cerebrale Kinderlähmung (Hemiplegie)	2280
362.	Cerebrale Diplegie	2281
363.	Porencephalie	2288
364.	Encephalitis	2289
365.	Encephalitis einer Hirnhälfte	2290
366.	Mikrogyrie bei subcorticaler Encephalitis	2290
367.	Akute Encephalitis, Toluidinblaufärbung, Vergr. 54	2291
368.	Encephalitisches Narbengewebe mit Cystenbildung, Hämatoxylinfärbung, Vergr. 10	2292
369.	Encephalitisches Narbengewebe mit Gefäßwucherungen, Alzheimers Modifikation der Mannschen Färbung, Vergr. 54	2292
370.	Encephalitische Zerstörungen	2293
371.	Zerstreute encephalitische Herde	2294
372.	Encephalitis mit Mikrogyrie	2295
373.	Mikrogyrische Rinde, Markfaserbild, Vergr. 54	2296
374.	Verödete Hirnrinde, Toluidinblaufärbung, Vergr. 54	2297
	Einschaltbild: Tuberöse Sklerose mit Adenoma sebaceum	2206

(Durch ein Versehen ist Fig. 269 ausgefallen, Schriftprobe 40 im Text als Fig. 270 und Fig. 286 als 287 bezeichnet worden.)

Schriftproben.

		Seite
40.	Schriftproben einer Hysterischen. Brief an den Arzt und die Wärterin	1559
41.	Hysterische Paragraphie	1592
42.	Ataktische Schrift bei Hysterie	1595
43.	Ataxie mit Akatagraphie bei Hysterie	1596
44.	Ataktische Schrift einer Psychopathin	1796
45.	Abschrift und Diktat bei Imbezillität	2152
46.	Echoschrift bei Imbezillität	2154

XII. Die psychogenen Erkrankungen.

Von psychogenen Erkrankungen kann in verschiedenem Sinne gesprochen werden. Sommer hat seinerzeit diesen Ausdruck auf solche Störungen beschränkt, die durch psychische Beeinflußbarkeit und abnorm starke Wirkung auf nervöse Vorgänge ausgezeichnet sind. Diese Begriffsbestimmung würde sich etwa mit derjenigen decken, die wir späterhin für die Hysterie zu geben haben werden. Zumeist ist jedoch das Beiwort psychogen in dem weiteren Sinne der Verursachung durch psychische Einwirkungen gefaßt worden und hat sich wohl jetzt ziemlich allgemein so eingebürgert. Es würde somit einerseits die hysterischen Erkrankungen, sodann aber noch eine Reihe andersartiger Psychosen kennzeichnen, die durch psychische Ursachen erzeugt werden, ohne doch die besonderen Merkmale der Hysterie zu tragen. In ungenauer und darum unzweckmäßiger Weise ist hie und da auch von psychogenen Störungen die Rede, wenn es sich nicht um eine wirkliche Verursachung, sondern nur um die Auslösung durch psychische Einflüsse handelt, ein Fall, der allerdings bei gewissen Formen der Hysterie vorzukommen scheint.

Außer der psychischen Entstehungsweise ist den psychogenen Erkrankungen im weiteren Sinne gemeinsam die Abhängigkeit der klinischen Erscheinungen nach Inhalt und Verlauf von der Art der ursächlichen psychischen Einwirkung. So kommen eine Reihe von Krankheitsbildern zustande, deren klinische Gestaltung im allgemeinen ohne weiteres den Rückschluß auf ganz bestimmte psychische Ursachen zuläßt. Eine Ausnahme macht eigentlich nur die Hysterie. Hier wird das Auftreten dieser oder jener Krankheitszeichen nicht durch die besondere Art der psychischen Einwirkungen, sondern durch Einflüsse bestimmt, die in der erkrankenden Persönlichkeit selbst ihre Quelle haben. Was somit die Hysterie im Gegen-

satz zu allen anderen psychogenen Erkrankungen kennzeichnet, das sind die ungewöhnlichen Formen, in die psychische Reize durch die krankhafte Reaktionsweise umgesetzt werden. Während wir sonst die inneren Beziehungen zwischen den Krankheitserscheinungen und ihren psychischen Ursachen unschwer erkennen und verfolgen können, schieben sich bei der Hysterie unbekannte Zwischenglieder ein, die diese Durchsichtigkeit des Zusammenhanges verwischen. Aus diesem Grunde erscheint es mir zweckmäßig, die Hysterie als eine Krankheit von ausgesprochener Eigenart aus der engeren Verbindung mit den übrigen psychogenen Störungen loszutrennen. Es wäre demgemäß erforderlich, für diesen Rest, der sich ohne Bedenken zu einer Gruppe zusammenfassen läßt, eine neue Bezeichnung zu wählen. Ich habe es indessen vorgezogen, wenigstens vorläufig die allgemeinere Benennung beizubehalten, da die Hysterie streng genommen weniger durch die psychogene Entstehungsweise der Krankheitserscheinungen, als vielmehr durch die eigenartige Verarbeitung der psychischen Reize gekennzeichnet ist.

Der Inhalt des auf diese Weise umgrenzten Formenkreises ist noch immer ein ziemlich bunter. Ohne besonderen Zwang lassen sich aber in ihm eine Reihe von natürlichen Gruppen abgrenzen, die in sich gemeinsame Züge aufweisen. Zunächst werden wir derjenigen Störungen zu gedenken haben, die durch die Tätigkeit entstehen und an sie sich anknüpfen; ich werde sie, da es sich um sehr leichte Erkrankungen handelt, als Tätigkeitsneurosen („Ponopathien") bezeichnen. Zu ihnen gehört einmal die nervöse Erschöpfung, die erworbene Neurasthenie, die durch andauernde, übermäßige Willensspannung bei der Arbeit entsteht. Ihr schließt sich die Erwartungsneurose an, die ängstliche Behinderung von einfachen Verrichtungen durch die dunkle Erinnerung an frühere Störungen.

Eine zweite Gruppe bilden die aus dem Verkehr der Menschen untereinander entspringenden Geistesstörungen; sie sollen unter dem Namen der Verkehrspsychosen („Homilopathien") zusammengefaßt werden. Hier begegnen uns zunächst die Erkrankungen, die durch psychische Übertragung (Induktion) entstehen, sodann der eigentümliche Verfolgungswahn der Schwerhörigen, wie er durch die Erschwerung der psychischen Beziehungen zur Umgebung hervorgerufen werden kann. Weit umfangreicher und praktisch wichtiger ist die dritte Gruppe, bei der das Leiden durch

besondere Schicksalsschläge (*τὰ συμβάντα*) verursacht wird; man kann hier von Situationspsychosen oder vielleicht besser von Schicksalspsychosen („Symbantopathien") sprechen. In erster Linie wären hier die Schreckneurose und die traumatische Neurose zu nennen, die wir unter der gemeinsamen Bezeichnung der Unfallsneurosen beschreiben wollen. Krankmachend wirken im ersteren Falle heftige gemütliche Erschütterungen, im letzteren die unheilvollen, psychisch niederdrückenden und den Willen lähmenden Bestimmungen unserer Unfallsgesetzgebung. Eine zweite Untergruppe bilden die Psychosen der Haft, die wiederum noch in eine Reihe von einzelnen Formen zerfallen. je nachdem mehr die unmittelbaren Druckwirkungen der Freiheitsentziehung oder die Zermürbung der psychischen Persönlichkeit oder endlich die Erscheinungsformen krankhafter Veranlagung das klinische Bild beherrschen.

An letzter Stelle soll hier der Querulantenwahn, das Irresein der Prozeßkrämer, eingefügt werden, der früher als eine Unterform der Paranoia aufgefaßt wurde. Gerade die eingehendere Durchforschung der psychogenen Erkrankungen, wie sie namentlich im letzten Jahrzehnt geschehen ist, hat die Zugehörigkeit des Querulantenwahns zu dieser Gruppe immer deutlicher erkennen lassen. Hier wie dort sehen wir die Anknüpfung des Leidens an eine bestimmte, greifbare psychische Schädigung und die Abhängigkeit der weiteren Entwicklung im einzelnen von den Folgen, die sich aus dem Verlaufe der ganzen Angelegenheit ergeben. Dazu kommt aber, daß wir bei den offenbar nahe verwandten Symbantopathien, denen man den Querulantenwahn wohl auch unmittelbar zurechnen könnte, ganz entsprechende klinische Bilder sich herausbilden sehen, dasjenige des Rentenquerulanten und des Haftquerulanten. Auch Verlauf und Ausgang gestalten sich, soweit man es nach den äußeren Bedingungen erwarten kann, durchaus ähnlich. In Übereinstimmung mit einer Reihe von anderen Beobachtern, Sérieux und Capgras, Gaupp, Heilbronner, Löwy, habe ich mich daher entschlossen, den Querulantenwahn aus seiner bisherigen Verbindung mit der Paranoia loszutrennen und in die hier neu umgrenzte Gruppe der psychogenen Erkrankungen einzuordnen.

1. Die Tätigkeitsneurosen (Ponopathien).

A. Die nervöse Erschöpfung.

Als nervöse Erschöpfung sollen hier diejenigen Krankheitszustände beschrieben werden, die durch übermäßig angestrengte oder zu lange fortgesetzte geistige oder körperliche Arbeit erzeugt werden. Dabei ist indessen zu berücksichtigen, daß nur ein sehr kleiner Teil der Störungen, die man auf „Überarbeitung" zurückzuführen pflegt, wirklich hierher gehört. In der überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen handelt es sich um ganz andersartige Zusammenhänge. Bald haben wir es mit irgendwelchen äußeren oder inneren Schädlichkeiten zu tun, welche die Leistungsfähigkeit und Spannkraft herabsetzen, bald besteht eine minderwertige Anlage, die schon bei geringfügigen Anforderungen unter den Erscheinungen der Ermattung und Schonungsbedürftigkeit den Dienst versagt. Hier dagegen soll nur von den Krankheitszeichen die Rede sein, die bei einem sonst gesunden Menschen lediglich durch eine Steigerung der Arbeitsleistungen über das zulässige Maß hinaus erzeugt werden. Allerdings wird dabei immer die ursprüngliche Leistungs- und Widerstandsfähigkeit eine wichtige Rolle spielen, und insofern werden sich gewisse Übergänge zwischen den Folgen der Überarbeitung und der nervösen Arbeitsunfähigkeit auffinden lassen. Dennoch sollte, um nicht wichtige klinische Unterschiede zu verwischen, von einer nervösen Erschöpfung immer nur dort gesprochen werden, wo eine greifbare Überanstrengung zweifellos vorausgegangen ist.

Jede fortgesetzte Arbeit erzeugt Ermüdung und damit Erschwerung der Leistung. Bis zu einem gewissen Grade kann diese Ermüdungslähmung, die wir wohl als einen Selbstschutz gegen Überarbeitung auffassen dürfen, durch Steigerung der Willensspannung überwunden werden. Dadurch entsteht das Gefühl der erhöhten „Anstrengung" bei längerer, ermüdender Tätigkeit. Ihm gesellen sich in der Regel bald jene Unlustgefühle bei, die den Zustand der Müdigkeit kennzeichnen; damit erlahmt der Wille, und die Gefahr der Überanstrengung ist beseitigt. Während die erhöhte Anspannung des Willens eine gewisse Zeit hindurch die Ermüdungswirkungen durch Steigerung des Kraftaufwandes auszugleichen vermochte, ge-

winnen jetzt jene letzteren endgültig die Oberhand und erzwingen Einschränkung oder Einstellung der Tätigkeit.

Unter gewissen Bedingungen indessen scheint die Erhöhung der Willensspannung nicht durch das Unlustgefühl der Müdigkeit wieder beseitigt zu werden, sondern sie wird lange Zeit hindurch festgehalten. Das geschieht vor allem dann, wenn die Arbeit mit lebhafter gemütlicher Erregung verknüpft ist, also bei sehr verantwortungsvoller oder unseren Eifer aus irgend einem anderen Grunde stark anspornender Tätigkeit. Hier bleibt das Warnungszeichen aus, das zur Erholung mahnt, oder es wird durch eine Steigerung der Willenserregung überwunden; die Arbeit wird über das zulässige Maß hinaus fortgesetzt. Dadurch entsteht eine gewisse Erschöpfung des verfügbaren Kraftvorrates, eine stärkere Dauerermüdung, die sich nur langsam wieder ausgleicht und daher bei Wiederbeginn der Arbeit noch zum Teil fortbestehen kann. Ist das der Fall, so zeigt sich nunmehr ein rascheres Sinken der Leistungsfähigkeit, eine Steigerung der Ermüdbarkeit. Die Wahrnehmung der Leistungsabnahme spornt aber ihrerseits den Willen zu erhöhter Spannung an, die freilich jeweils nur kürzere Zeit eingehalten werden kann und immer größere Schwankungen darbietet. Mit ihr verknüpft sich dann eine Zunahme der Reizbarkeit, die mit rascherer Auslösung von Affekthandlungen einhergeht.

Die Entwicklung aller dieser Störungen können wir in ihren ersten Andeutungen bei jeder mit besonderem Eifer betriebenen, lange fortgesetzten und ermüdenden Arbeit beobachten. Wir fühlen, wie mit fortschreitender Ermüdung unsere Anstrengung wächst, und wie wir mehr und mehr erregt und ungeduldig werden. Der hier sich abspielende Vorgang setzt sich somit aus zwei nebeneinander herlaufenden Veränderungen zusammen, von denen wir eigentlich nur die eine, die Abnahme unseres Kraftvorrates und die Zunahme der Ermüdbarkeit, als nervöse Erschöpfung bezeichnen sollten, während die andere, allerdings durch sie unmittelbar hervorgerufene, die Erhöhung der Willensspannung und die damit zusammenhängende Steigerung der Reizbarkeit, wohl richtiger als „nervöse Überreizung" anzusprechen wäre.

Dieser Unterschied tritt deutlich hervor, wenn wir die Wirkungen rein geistiger und körperlicher Tätigkeit miteinander vergleichen. Bei der ersteren stellt sich einfach eine wachsende Er-

schwerung der Arbeit ein, Unklarheit und Verschwommenheit des Denkens, Zerstreutheit, Unlust, starke Müdigkeit, Schläfrigkeit. Fortgesetzte, angestrengte körperliche Arbeit dagegen erzeugt neben Schwäche und Unsicherheit der Bewegungen eine gewisse Erregung, die durch die andauernde Steigerung der Willensantriebe bedingt wird und sich nach Aussetzen der Tätigkeit noch kürzere oder längere Zeit in schlafstörender Muskelunruhe und Zusammenzucken äußern kann. Indessen auch die geistige Arbeit kann mit derartigen Erregungen einhergehen, wenn sie unter ungewöhnlich hoher Willensspannung ausgeführt wird. Neben der nervösen Erschöpfung entwickelt sich demnach überall nervöse Überreizung, wo die Arbeit unter dem Drucke lebhafter Gemütsbewegungen steht. Ja, man darf annehmen, daß eine nervöse Erschöpfung wohl kaum jemals ohne diese Begleiterscheinung zustande kommen wird, da ohne übermäßige gemütliche Spannung der Selbstschutz der Müdigkeit rechtzeitig das Abbrechen der Arbeit herbeiführen würde. Dagegen kann unter Umständen eine nervöse Überreizung auch ohne Erschöpfung, lediglich durch starke gemütliche Erregung zur Ausbildung gelangen.

Leider fehlt es uns noch an Versuchen über die Wirkung dauernder Überanstrengung auf das Seelenleben. Wir wissen aber aus vielfacher Erfahrung, daß bei fortgesetzt ungenügendem Ausgleiche der Ermüdungswirkungen zunächst die Fähigkeit zu gleichmäßiger Anspannung der Aufmerksamkeit abnimmt. Der Kranke vermag nicht mehr, klar und scharf zu denken, längere Zeit hindurch bei demselben Gegenstande zu verweilen, sondern er wird leicht durch irgendwelche zufälligen Einflüsse nach dieser oder jener Richtung hin abgezogen; er wird unaufmerksam, zerstreut, vergeßlich, namentlich in bezug auf Namen und Zahlen. Seine Ermüdbarkeit steigert sich; nach immer kürzerer Arbeitszeit stellt sich eine rasch anwachsende Erschwerung der geistigen Tätigkeit nebst einem Gefühle der Ermattung ein, das zu baldigem Aufhören zwingt. Weygandt hat diese Zunahme der Ermüdbarkeit bei Versuchen mit fortgesetztem Addieren einstelliger Zahlen in einem sofortigen Sinken der Arbeitswerte vom Beginn der Tätigkeit an zum Ausdrucke kommen sehen. Die Ermüdung überwog also von vornherein die sonst zunächst die Oberhand gewinnenden arbeitfördernden Einflüsse der Anregung und Übung. Mit der Besserung des Zustandes änderte sich dieses Verhalten wieder. Infolge der Arbeitserschwerung verliert

der Kranke bald die Freude an der gewohnten Beschäftigung. Nur noch mit ganz unverhältnismäßiger Anstrengung vermag er die Aufgaben zu lösen, die ihm bis dahin nicht die geringste Schwierigkeit verursachten; er muß sich mit Gewalt zwingen zu der Arbeit, die er sonst mit Lust und Befriedigung verrichtete.

Unter dem Drucke dieser Veränderungen, des immer deutlicher hervortretenden Gefühls der mangelnden Leistungsfähigkeit, pflegt sehr bald die Stimmung in erheblichem Maße zu leiden. Der Kranke wird aufgeregt, mißmutig, verdrießlich, reizbar, heftig und ungerecht; er findet keinen Geschmack mehr an seinen liebsten Vergnügungen, fühlt sich unbehaglich und unbefriedigt von seinem Berufe und seinen Lebensverhältnissen. Lächerlich kleine Anlässe, eine Unart seiner Kinder, kleine geschäftliche Unannehmlichkeiten, die ihn in gesunden Tagen unberührt gelassen hätten, vermögen ihm für Stunden und Tage die Laune zu verderben und ihn zu Heftigkeitsausbrüchen hinzureißen, die er später selber bedauert. Allmählich pflegt sich auch eine gewisse unbestimmte Beunruhigung und Beängstigung zu entwickeln. Der Kranke fühlt sich den stetig an ihn herantretenden Anforderungen nicht mehr gewachsen und empfindet neue Aufgaben als unerträgliche Steigerung der inneren Spannung. Er scheut daher vor jedem Entschlusse zurück, weil ihm die Schwierigkeiten unüberwindlich erscheinen, und sucht das Gebiet seiner Betätigungen nach Möglichkeit einzuschränken. Man darf in diesen Beeinflussungen des Gemütslebens wohl den Ausdruck von Schutzvorrichtungen, ähnlich der Müdigkeit, sehen, deren Wirkung auf eine Entlastung von dem steigenden Drucke der Anstrengung hinausläuft. Sie können bei entsprechender Veranlagung unter Umständen viel früher und viel stärker den Willen lähmen, als es die Gefahr der Erschöpfung in Wirklichkeit erfordern würde.

Hand in Hand mit diesen psychischen Veränderungen gehen stets auch eine Reihe von körperlichen Krankheitszeichen. Zunächst und am stärksten wird der Kopf in Mitleidenschaft gezogen. Am häufigsten ist es das Gefühl eines dumpfen, allgemeinen Druckes, welches dem Kranken die Arbeitsfreudigkeit raubt und sich bei irgend einer Anstrengung rasch bis zum Unerträglichen steigern kann. Die Lokalisation dieser Empfindung ist eine verschiedene. Meist sitzt sie in der Stirngegend, ferner auf der Scheitelhöhe, seltener im Hinterkopf; bisweilen haben die Kranken das Gefühl eines festen

Reifens, der sich rings um den Kopf spannt, eines spitzen Kammes auf dem Scheitel oder des Zusammenpressens von beiden Seiten her. In anderen Fällen haben sie mehr über wirkliche Schmerzen zu klagen, bisweilen halbseitiger (Migräne), häufiger doppelseitiger Natur. Namentlich die Augengegend und das Hinterhaupt sind der Lieblingssitz solcher schmerzhaften Empfindungen; häufig erweisen sich dann die Austrittsstellen der Trigeminusäste und des Occipitalis major als druckempfindlich. Nicht selten wird von den Kranken auch das Auftreten leichter, rasch vorübergehender Schwindelanfälle oder Beängstigungen berichtet. In den Augen stellen sich bei geringen Anstrengungen lebhafte Schmerzen, Verschwimmen der Eindrücke und mouches volantes ein (neurasthenische Asthenopie). Bumke hat neuerdings berichtet, daß bei nervöser Erschöpfung der Unterschied zwischen der Stärke des galvanischen Stromes, der eine Lichtempfindung, und desjenigen, der eine Irisbewegung auslöst, unverhältnismäßig groß sei (1:30—40 gegen 1:2—4 in der Norm).

Sehr häufig ist das Gefühl allgemeiner körperlicher Schwäche und Hinfälligkeit. Der Kranke fühlt sich angestrengt und abgespannt, wenn er einen kurzen Spaziergang gemacht, ein Schwimmbad genommen hat oder einige Treppen gestiegen ist. Eine wirkliche Abnahme der Muskelkraft läßt sich jedoch dabei gewöhnlich nicht nachweisen. Vielmehr scheint hier wesentlich die erhöhte Ermüdbarkeit, ebenso wohl auch die ängstliche Willensbehinderung in Betracht zu kommen, die den Kranken schon bei geringen Leistungen zu bedeutenden Anstrengungen zwingt und ihn verhältnismäßig leicht erlahmen läßt. Bisweilen werden leichte Zuckungen in einzelnen Muskeln, besonders des Gesichts, von dem Kranken wahrgenommen, die ihn sehr beunruhigen; auch über erschwertes Sprechen, Andeutungen von Stottern wird geklagt, namentlich in größerer Gesellschaft oder bei besonderer Gelegenheit. Bei der Untersuchung pflegen die Bewegungswerkzeuge keinerlei Störungen aufzuweisen; nur lebhaftes Vibrieren der Lider bei kräftigem Augenschluß, leichtes Zittern der Hände sowie starke fibrilläre Zuckungen in der Zunge sieht man sehr häufig. Weiterhin können sich schmerzhafte und unangenehme Mißempfindungen mannigfachster Art und Ausbreitung einstellen, Rieseln, Schauern, Ziehen längs der Wirbelsäule, ausstrahlende oder zuckende Schmerzen in den Beinen, den Hoden, den Armen, das Gefühl von Unruhe, Brennen, Jucken,

Ameisenkriechen, Pelzigwerden, Vertauben. Objektiv sind Empfindungsstörungen nicht nachzuweisen; die Sehnenreflexe erscheinen oft erhöht, bisweilen mit Nachzuckungen.

Seitens der Kreislaufsorgane sind es neben dem häufigen Herzklopfen bisweilen auch andersartige, nagende oder brennende Empfindungen am Herzen, die den Kranken ängstigen. Nicht selten macht sich ihm ferner das Gefühl des Klopfens und Pulsierens im Kopfe und in anderen Teilen des Körpers, fliegende Hitze, leichtes Erröten, abnorme Trockenheit der Haut oder übermäßige Schweißabsonderung unangenehm bemerkbar. Die Pulszahl zeigt große Schwankungen, auch wohl leichte Unregelmäßigkeiten; sie wird durch Arbeit und Gemütsbewegungen stark beeinflußt. Auf dem Gebiete der Geschlechtsfunktionen wird erhöhte Erregbarkeit, das Auftreten häufiger Pollutionen oder psychisch bedingte Impotenz beobachtet. Der Appetit ist meist gering, der Leib aufgetrieben, die Zunge belegt, der Stuhlgang träge, vielleicht nur durch Nachhilfe zu erreichen; seltener besteht Neigung zu plötzlichen Durchfällen. Bei leerem Magen stellen sich peinliche, nagende Empfindungen ein, die sich durch häufiges Essen beseitigen lassen (Heißhunger). Der Schlaf ist fast immer schlecht; die Kranken liegen sehr lange wach, bevor sie einschlafen, oder sie wachen unter plötzlichem Zusammenschrecken bald wieder auf. Sie träumen viel und lebhaft und sind früh nicht erquickt, sondern unsäglich müde und abgespannt, vielleicht deswegen, weil sie ihre größte Schlaftiefe erst gegen Morgen erreichen und daher beim Erwachen die im Schlafe sich vollziegenden Umwälzungen nur unvollkommen überwunden haben. Erst im Laufe des Tages pflegt sich dann wenigstens ein Teil ihrer früheren Regsamkeit wiederherzustellen. In anderen Fällen besteht dauernd eine unüberwindliche Schläfrigkeit, die den Kranken zu häufigem Gähnen, bisweilen auch bei der geringsten Anstrengung, selbst in großer Gesellschaft, im Theater, zum Einschlafen bringt.

Regelmäßig entwickelt sich im Anschlusse an die geschilderten, mehr oder weniger stark ausgebildeten Störungen ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl. Der Kranke empfindet die Veränderung, die sich mit ihm vollzogen hat, und wenn er auch, namentlich in Augenblicken mißmutiger Erregung, alle möglichen äußeren Umstände dafür verantwortlich macht, so ist er doch darüber vollständig klar, daß sein Zustand als ein ungesunder betrachtet werden müsse. Leicht

bemächtigt sich seiner die bange Befürchtung, daß er im Beginne eines schweren, verhängnisvollen Leidens stehe, und dem befangenen Blicke bieten sich auch Anhaltspunkte genug zur Begründung dieser Anschauung dar. Auf diese Weise entwickelt sich sehr häufig jene Störung, die man früher als leichteste Form psychischen Leidens mit dem Namen der Hypochondrie bezeichnete, während man sie jetzt als eine Teilerscheinung sehr verschiedener Erkrankungsformen kennen gelernt hat. Nach dem Bildungsgange und den Anschauungen des Kranken gestalten sich natürlich die hypochondrischen Vorstellungen verschieden. Meist glaubt er an sich die Zeichen desjenigen Leidens zu entdecken, das ihm am geläufigsten ist und ihm am schrecklichsten vorschwebt. Ein chronischer Rachenkatarrh mit starkem Auswurf erscheint ihm als die beginnende Schwindsucht; einzelne Akneknötchen lassen ihn den Ausbruch der Syphilis befürchten, der Bodensatz im Nachtgeschirr eine schwere Nierenerkrankung, das Herzklopfen beim Treppensteigen und das Pulsieren einen Herzfehler. Die Vergeßlichkeit bedeutet dem Mediziner das Herannahen der Paralyse, der Kopfdruck den Hirntumor, die Mißempfindungen in den Beinen die Tabes.

In der Regel werden diese Befürchtungen, anfangs wenigstens, von dem Kranken als unsinnig zurückgewiesen, aber gerade hier, wo es sich um das eigene Wohl und Wehe handelt, geht am leichtesten der kritische Widerstand gegenüber der Krankheit verloren. Die hypochondrischen Vorstellungen können daher unter Umständen den Kranken in eine so hoffnungslose, verzweiflungsvolle Stimmung versetzen, daß er sein Testament macht, sein Lebensglück für unwiederbringlich verloren hält, vielleicht sogar sich mit Selbstmordgedanken trägt.

Die nervöse Erschöpfung entwickelt sich in der Regel allmählich, doch scheint es auch vorzukommen, daß sie sich bei Einwirkung rasch und heftig auftretender Schädlichkeiten (starke Blutungen, Wochenbett, schwere körperliche Überanstrengungen, fortgesetzte Nachtwachen, Gemütsbewegungen) in Form eines „Zusammenbruches" verhältnismäßig rasch herausbildet. Maßgebend ist hier immer in erster Linie die Beeinträchtigung des Schlafes, die nicht lange ohne schwerere Folgen ertragen wird.

Der Verlauf der Krankheit zeigt fast immer vielfache Schwankungen. Abgesehen von den häufigen Besserungen im Laufe des

Tages, können sich die Kranken bei besonderem äußerem Anlasse meist so weit „zusammennehmen", daß die Erscheinungen vorübergehend in den Hintergrund treten, um allerdings mit dem Nachlasse der Anspannung um so stärker zurückzukehren. Wir sehen in diesen Erfahrungen nur eine Erweiterung der Tatsachen, die uns der psychlogische Versuch über die Wirkung der Anregung und des Antriebes auf die Beseitigung der Müdigkeit geliefert hat.

Die Prognose der einfachen nervösen Erschöpfung ist als durchaus günstig zu bezeichnen, sofern es gelingt, ihre Ursachen zu beseitigen. Die Genesung wird eine um so vollkommenere sein, je widerstandsfähiger der Kranke vorher war, und je besser es gelingt, etwa in seiner Lebensführung liegende Schädlichkeiten zu beseitigen. Vor allem sind natürlich beide Gesichtspunkte maßgebend für die größere oder geringere Wahrscheinlichkeit des Rückfalls; die im Augenblicke vorhandenen Störungen wird man bei ausreichender Zeit und sonst günstigen Verhältnissen regelmäßig zu beseitigen imstande sein. —

Die leichtesten Formen der nervösen Erschöpfung sind überaus häufige Erkrankungen; ihre Erscheinungen dürften jedem bekannt sein, der einmal längere Zeit hindurch genötigt war, eine das durchschnittliche Höchstmaß seiner Kräfte erreichende oder gar übersteigende Arbeit zu leisten. Trotzdem wurde eine eingehendere Kenntnis des ganzen Krankheitsbildes erst durch Beard [1]) im Jahr 1880 vermittelt, der in dem rastlosen Treiben des amerikanischen Lebens ganz besonders häufig Gelegenheit hatte, das Leiden zu beobachten. Er belegte es mit dem Namen der Neurasthenie, der allerdings sehr bald für eine ganze Reihe verschiedenartigster Krankheitszustände gebraucht worden ist. Will man ihn beibehalten, so wäre jedenfalls eine genaue Begriffsbestimmung unerläßlich. Vielleicht dürfte es sich empfehlen, ihn lediglich für die hier umschriebene Verbindung von nervöser Erschöpfung und Überreizung zu gebrauchen, die er nicht unpassend kennzeichnen würde.

[1]) Beard, Die Nervenschwäche, ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung, deutsch von Neisser, 2. Aufl. 1883; Bouveret, Die Neurasthenie, deutsch von Dornblüth. 1893; Müller, F. C., Handbuch der Neurasthenie. 1893; Löwenfeld, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. 1893; Möbius, Neurologische Beiträge, II, 62. 1894; Levillain, Essais de neurologie clinique, neurasthénie de Beard et étas neurasthéniformes. 1896; Jolly, Neurasthenie und Hypochondrie, Handbuch der praktischen Medizin von Ebstein und Schwalbe; Maurice de Fleury, Les grands symptômes neurastheniques. 1901. Vergleiche auch den späteren Abschnitt über die Nervosität.

Aus den schon früher angedeuteten Gründen ist es die mit lebhafter gemütlicher Erregung, mit großer Verantwortung verbundene und daher den Willen zu äußerster Anspannung treibende Tätigkeit, die das Zustandekommen der nervösen Erschöpfung in besonderem Maße begünstigt. Der stille Gelehrte ist ihr in weit geringerem Grade ausgesetzt, als der Großkaufmann, der Offizier im Kriege, der Politiker, der vielbeschäftigte Arzt. Es liegt daher in der Natur der Sache, daß vorzugsweise die begabteren und lebhafteren, ferner die gebildeteren und pflichttreueren Menschen den Gefahren der Erkrankung zugänglich sind, da sie in höherem Grade geneigt sein werden, wachsende Schwierigkeiten durch immer stärkere Anspannung aller ihrer Kräfte zu überwinden. Vielleicht ist dabei der Umstand nicht ohne Bedeutung, daß sich große Übungsfähigkeit anscheinend häufig mit großer Ermüdbarkeit verbindet. Frauen mit ihrer größeren gemütlichen Erregbarkeit und geringeren Widerstandsfähigkeit sind etwas stärker gefährdet, als das männliche Geschlecht, namentlich überlastete Mütter, Lehrerinnen, Krankenpflegerinnen.

Andererseits können unzweifelhaft auch regelmäßige körperliche Überanstrengungen, wie sie im Kriege, in Manövern, aber auch bei übertriebenen Leibesübungen (Bergsteigen, Rudern, Radfahren) vorkommen, das Bild der nervösen Erschöpfung erzeugen (Übertrainieren). Weiterhin ist natürlich die allgemeine Lebensweise und die Ernährung von großer Bedeutung. Ein überhastetes, unregelmäßiges und ausschweifendes Leben ohne ausreichende Erholung durch Ruhe und Schlaf führt auch bei weit geringeren Leistungen rascher zu einem Versagen der Arbeitsfähigkeit, als der geregeltere Tageslauf etwa des Beamten und Lehrers. Besonders ungünstig pflegen die vielfach unternommenen Versuche zu wirken, eine Herabsetzung der Arbeitskraft durch Reizmittel verschiedener Art wieder zu beseitigen. Kaffee, Tee und bis zu einem gewissen Grade wohl auch der Tabak verscheuchen die sich einstellende Müdigkeit und verhindern dadurch erst recht den Eintritt der Beruhigung und den Ausgleich der Erschöpfung. Der Alkohol beseitigt zwar die unlustige Stimmung und erzeugt mit der Willenserregung das Gefühl erhöhter Leistungsfähigkeit, aber er beeinträchtigt zugleich die geistige Leistungsfähigkeit und erschüttert die Herrschaft über den Willen. Sein regelmäßiger Genuß steigert die Ermüdbarkeit und erschwert die Beseitigung von Arbeitsstörungen. Auch andere Gewaltkuren, von denen der Kranke eine

Auffrischung seiner gesunkenen Leistungsfähigkeit erhofft, kalte Duschen, angestrengte Sportleistungen, können wohl das Gefühl der Müdigkeit vorübergehend verjagen und den Willen anspornen, bewirken aber gerade dadurch eine Verschlechterung des Zustandes.

Natürlich tritt ferner die Erschöpfung um so leichter ein, je geringer die Widerstandsfähigkeit des Einzelnen ist. Sie kann einerseits durch körperliche Schädigungen leiden; andererseits aber führt eine stetige Reihe von Übergängen von jenen beneidenswerten Naturen, deren Nervensystem mit staunenswerter Geschwindigkeit und Spannkraft alle Störungen sofort wieder ausgleicht, hinüber zu solchen, die sich den Anforderungen des Lebens bereits nach sehr kurzer Zeit nicht mehr gewachsen fühlen, deren Arbeitskraft schon bei mäßigen Leistungen rasch und vollständig erlahmt, und denen daher jede ernstere Anstrengung von vornherein durch nervöse Nachwehen verbittert wird. Je entscheidender indessen bei dem Zustandekommen der Erschöpfung die persönliche Anlage mitgewirkt hat, desto mehr mischen sich in das Krankheitsbild die Züge der Nervosität, deren wir späterhin eingehender zu gedenken haben werden.

Daß die Grundlage der hier besprochenen Erkrankung eine nervöse Erschöpfung bildet, ist wohl am folgerichtigsten von Möbius ausgeführt worden. Er denkt geradezu an eine Art chronischer Vergiftung durch Ermüdungsstoffe, entsprechend etwa der sich häufenden Wirkung regelmäßigen Alkoholmißbrauches. Demgemäß sucht er auch die einzelnen Krankheitszeichen in der gesunden Ermüdung wiederzufinden. Ich halte diese Betrachtungsweise für recht fruchtbar, da sie uns den Weg weist, der aus der jetzigen Unklarheit in der Lehre von der Neurasthenie herausführt. Unbedingt notwendig erscheint mir jedenfalls eine Abtrennung derjenigen Krankheitsbilder, die sich aus der einfachen Häufung von Ermüdungswirkungen begreifen lassen, von jenen, bei denen eine angeborene krankhafte Veranlagung die wesentlichste Rolle spielt. Das hier abgegrenzte Bild der erworbenen Neurasthenie enthält, wie ich glaube, in der Tat nur Störungen, die sich durch den Versuch überall würden wieder erzeugen lassen; freilich bin ich heute nicht imstande, den genauen Beweis dafür zu erbringen. Auch für die hypochondrischen Vorstellungen, die Möbius ausnimmt, halte ich einstweilen an der Entstehung aus der Erschöpfung fest. Sie wachsen, wie mir scheint, aus der Verstimmung hervor, die sich auch des kräftig veranlagten

Mannes bemächtigt, wenn er, abgearbeitet und gehetzt, die Abnahme der Leistungsfähigkeit in der wachsenden Erschwerung seiner Arbeit empfindet.

Die Umgrenzung der nervösen Erschöpfung in dem hier dargelegten Sinne wird außer der Nervosität noch eine Reihe von äußerlich ähnlichen klinischen Bildern ausscheiden müssen, die gewöhnlich noch zur Neurasthenie gerechnet zu werden pflegen. Namentlich gilt das von den Schwächezuständen bei und nach schweren körperlichen Erkrankungen. Soweit dabei die Nachwehen von Infektionskrankheiten in Betracht kommen, haben wir ihrer schon bei Besprechung der infektiösen Schwächezustände gedacht; wahrscheinlich sind sie der Ausdruck der durch die Krankheitsgifte hervorgerufenen und sich erst allmählich wieder ausgleichenden Rindenveränderungen. Ähnlich dürften auch die bisher psychiatrisch noch kaum gewürdigten seelischen Veränderungen zu beurteilen sein, die sich bei manchen Organ- und Stoffwechselkrankheiten herausbilden können, beim Diabetes, bei der Addisonschen Krankheit, bei der Nephritis, beim Krebssiechtum usw. Wir werden wohl mit Selbstvergiftungen bestimmter Art zu rechnen haben, die wir zweckmäßigerweise nicht mit dem hier besprochenen, wesentlich anders entstehenden Leiden zusammenwerfen. Auch von einer „Intoxikationsneurasthenie", insbesondere von einer Neurasthenie der Trinker, hat man gesprochen. Wenn auch zuzugeben ist, daß der Alkoholmißbrauch der Entstehung einer nervösen Erschöpfung unter dafür geeigneten Bedingungen Vorschub leistet, so wird man doch die Herabsetzung der Leistungsfähigkeit und die Steigerung der Reizbarkeit, wie sie durch die Dauerwirkung des Giftes selbst bedingt werden, nicht ohne weiteres jenem Krankheitsbegriffe einordnen dürfen. Überall ist hier nicht nur die Entstehungsgeschichte, sondern auch Verlauf und Ausgang und damit die Behandlungsweise eine wesentlich andere, als bei der nervösen Erschöpfung in unserem Sinne.

Um das Leiden richtig zu erkennen, wird man zunächst festzustellen haben, ob eine zureichende Ursache für die Abnahme der Leistungsfähigkeit vorliegt. Allerdings erhält man fast regelmäßig die Auskunft, daß eine Überarbeitung stattgefunden habe. Es ist jedoch zu betonen, daß nur dort wirklich von einer ursächlich bedeutsamen Überanstrengung die Rede sein kann, wo ganz bestimmte, außergewöhnliche Anlässe dafür nachweisbar sind. Im allgemeinen

pflegen uns die natürlichen Schutzeinrichtungen sehr zuverlässig gegen die Gefahren der Erschöpfung zu sichern, und nur da, wo dieser Damm durch starke gemütliche Spannungen durchbrochen wird, kann es zu ernsteren Schädigungen kommen. Man wird daher, wo nicht ganz zweifellose erschöpfende Ursachen eingewirkt haben, immer die Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit im Auge behalten müssen, daß man es mit andersartigen Krankheitsvorgängen zu tun hat.

Vor allem wird man sich die Frage vorzulegen haben, ob nicht die hypochondrischen Befürchtungen des Kranken wirklich begründet sind. Es ist daher unbedingt eine genaue Untersuchung des gesamten körperlichen Zustandes vorzunehmen, namentlich des Nervensystems, um das Bestehen ernsterer Allgemein- oder Organerkrankungen auszuschließen. Sein besonderes Augenmerk wird man unter Berücksichtigung des Lebensalters auf die Möglichkeit einer syphilitischen oder paralytischen Erkrankung zu richten haben, deren Kennzeichen wir früher ausführlich besprochen haben. Bei älteren Kranken wird das Versagen der Leistungsfähigkeit auch den Verdacht einer beginnenden Arteriosklerose erwecken können. Von Wichtigkeit ist hier neben der Untersuchung des Blutdruckes namentlich die Feststellung, ob Andeutungen von Herderscheinungen vorliegen. Schwindelanfälle, gelegentliches Versagen der Sprache, Halbseitenerscheinungen (Schlaffheit einer Gesichtshälfte, Schwäche eines Armes, Reflexunterschiede) werden zu beachten sein, auf psychischem Gebiete Schwerfälligkeit im Auffassen und Denken, Stumpfheit, weinerliche, rührselige Stimmung, Willensschwäche und Lenksamkeit. Schwindelgefühle, Stottern, Steigerung der Reflexe, Unbesinnlichkeit, verzweifelte Stimmung kommen freilich auch bei der nervösen Erschöpfung vor, aber die Kranken sind ungleich regsamer, verständnisvoller; sie schildern ihre Beschwerden lebhaft und genau und bemühen sich eifrig, davon befreit zu werden.

Weiterhin ist zu beachten, daß „neurasthenische" Krankheitserscheinungen vielfach auch die Einleitung anderer Formen des Irreseins bilden. Hauptsächlich wird hier an die Möglichkeit eines zyklothymischen Depressionszustandes oder einer Dementia praecox zu denken sein. Indessen der Erschöpfte ist verstimmt und reizbar, weil er merkt, daß seine Leistungsfähigkeit abnimmt; seine Stimmung wird freier und froher, sobald eine äußere Anregung, eine fröhliche

Gesellschaft ihn vorübergehend seine Beschwerden vergessen läßt, namentlich aber, wenn er, von allen Sorgen und Pflichten seines Berufes entlastet, rückhaltlos Ruhe und Erholung genießen kann. Beim zyklothymischen Kranken dagegen entsteht das Gefühl der inneren Beängstigung und Erschwerung ohne klare Begründung, und es wird durch Zerstreuungs- und Ablenkungsversuche meist nicht nur nicht gemildert, sondern oft genug bis zum Unerträglichen gesteigert. Während im ersteren Falle der lebhafte Wunsch nach Wiederherstellung besteht und den Kranken allen Ratschlägen und Trostworten zugänglich macht, pflegt im letzteren das Gefühl der Hoffnungslosigkeit vorzuherrschen und ihm den Gedanken der Selbstvernichtung nahe zu rücken. Zudem wird hier auch die häufigere Wiederkehr der Zustände ohne Anlaß, meist auch ihr Wechsel mit Zeiten von entgegengesetzter Stimmungsfärbung bald Klarheit bringen. Die Verstandesabnahme und Verstimmung im Beginne der Dementia praecox ist gegenüber der nervösen Erschöpfung namentlich durch die gemütliche Stumpfheit der Kranken, ihre Gleichgültigkeit im Hinblicke auf die Zukunft, zuweilen auch durch die Unsinnigkeit der hypochondrischen Klagen und die Unbelehrbarkeit gekennzeichnet.

Wo wir neurasthenische Störungen vorfinden, ohne daß sich eine greifbare äußere Ursache oder ein anderweitiger Krankheitsvorgang nachweisen ließe, wird es sich in der Regel um jene Form der krankhaften Veranlagung handeln, die wir als Nervosität bezeichnen. Auch hier begegnet uns die Herabsetzung der Leistungsfähigkeit, die Steigerung der Ermüdbarkeit, die erhöhte gemütliche Reizbarkeit, aber diese Störungen bestehen dauernd fort, oder sie treten doch schon bei den geringfügigsten Anlässen überraschend stark hervor. Zugleich lassen sich regelmäßig noch andere Zeichen nervöser Veranlagung nachweisen, namentlich Stimmungsschwankungen, Angstzustände, Beeinflußbarkeit, geringe Kraft und Nachhaltigkeit der Willensrichtungen. Es liegt jedoch auf der Hand, daß die erworbene Neurasthenie und die angeborene Nervosität nicht schroffe Gegensätze, sondern nur die Endglieder einer langen Reihe von Zwischenstufen darstellen. Für den Arzt wird es aber wichtig sein, im gegebenen Falle einigermaßen über den Anteil Klarheit zu gewinnen, welcher der Erschöpfung einerseits, der psychopathischen Eigenart andererseits in der Entstehungsgeschichte des Krankheits-

zustandes zukommt, weil davon sowohl die Vorhersage wie die Aufstellung eines zweckmäßigen Heilplanes wesentlich abhängig sind.

Die Behandlung[1]) der nervösen Erschöpfung bietet der Tätigkeit des Arztes ein sehr dankbares Arbeitsfeld. Zunächst vermag gerade hier die Vorbeugung außerordentlich viel zu leisten. Man hat, nicht ganz mit Unrecht, die Neurasthenie als die Krankheit unserer Zeit bezeichnet. In der Tat liegen in der raschen Steigerung der Anforderungen, die der hastige Fortschritt unserer Kulturentwicklung an die geistige, sittliche und körperliche Leistungsfähigkeit des Einzelnen stellt, wichtige Ursachen nervöser Überlastung. Das Zeitmaß, in dem uns das Jahrhundert der Eisenbahnen, Telegraphen und Telephone mit seinen wachsenden sozialen Aufgaben und seinem Weltverkehr zu leben zwingt, ist von der Beschaulichkeit der Vergangenheit weit entfernt. Da wir indessen die allgemeinen Lebensbedingungen nicht ändern können, so wird es unsere Aufgabe sein müssen, uns ihnen anzupassen und namentlich das kommende Geschlecht für den Kampf ums Dasein gehörig auszurüsten. Alle jene früher geschilderten Bestrebungen, die darauf hinausgehen, an Stelle des Gedächtnisses und des Wissens den Willen und das Können auszubilden sowie der Sorge für die gelehrte Erziehung diejenige für die körperliche Ausbildung an die Seite zu setzen, dienen diesem Zwecke. Weiterhin ist auf Fernhaltung der Jugend von anstrengenden und aufregenden Vergnügungen, vom Alkoholgenusse, auf Vermeidung von Ausschweifungen, Einhaltung einfacher, natürlicher Lebensgewohnheiten ohne Verwöhnung und ohne Verzärtelung zu achten.

Ganz besondere Aufmerksamkeit erfordert die ausreichende Befriedigung des Schlafbedürfnisses. Es kann nicht oft genug wiederholt werden, daß in diesem Punkte sehr bedeutende und tief begründete Verschiedenheiten zwischen den einzelnen Menschen bestehen, die nicht ohne schweren Schaden vernachlässigt werden dürfen. Gerade in dieser Beziehung wirken so manche unserer sogenannten Erholungen schädlich, indem sie spätes Aufbleiben und abendliche geistige Anregung mit sich bringen. Für angestrengt arbeitende oder sehr erregbare Menschen sind späte Theater- und Musikaufführungen, Geselligkeit mit Magenüberladung und reichlichem Alkohol-

[1]) Weygandt, Die Behandlung der Neurasthenie, Würzburger Abhandlungen. 1901.

genusse keine Ausspannung, sondern vielmehr recht sichere Mittel, den so notwendigen Schlaf empfindlich zu stören. Es ist also in Zeiten gesteigerter Anforderungen dringend geraten, auf sie zu verzichten. Das natürliche Warnungszeichen, das Gefühl der Müdigkeit und Abgespanntheit, soll nicht durch Gewaltmaßregeln, starken Tee oder Kaffee, kalte Duschen, verscheucht werden, sondern man soll seine Ursachen durch geeignete Ruhepausen, wenn auch von kurzer Dauer, durch rechtzeitiges Schlafengehen und Vermeidung aller Einflüsse zu beseitigen suchen, welche die Schlaftiefe verringern. Angestrengte Tätigkeit am späten Abend oder in der Nacht, Lesen im Bette, reichliche, späte Mahlzeiten, Mangel an körperlicher Bewegung kommen hier besonders in Betracht, ferner geräuschvolle, ungenügend gelüftete, zu helle und zu warme Schlafräume.

Von besonderer Wichtigkeit ist es, bei den ersten Zeichen von nervöser Überanstrengung rechtzeitig einzugreifen, da im Anfange leicht ein Erfolg zu erreichen ist, der später nur mit bedeutenden Opfern an Zeit und Geld erkauft werden kann. Die erste Aufgabe, die hier erfüllt werden müßte und doch nur allzuselten in ausreichendem Maße erfüllt werden kann, ist die Beseitigung aller jener schädigenden Einflüsse, welche die Krankheit erzeugten. Regelung der Lebensweise nach den verschiedensten Richtungen hin, Ausmerzung aller unzweckmäßigen Gewohnheiten, sodann Entfernung aus der Berufsarbeit, womöglich auch aus der Häuslichkeit, zeitweilige Versetzung in eine andere, ruhige und anziehende Umgebung wird die wichtigste Vorbedingung einer jeden Behandlung bilden müssen. Für leichtere Formen genügt oft schon ein einfacher Landaufenthalt, ein Besuch in befreundeter Familie oder eine behagliche, keinesfalls ermüdende Reise ins Gebirge oder an die See, um ein Ausruhen des überreizten Nervensystems und damit das rasche Schwinden aller körperlichen und psychischen Beschwerden herbeizuführen. Sehr zu empfehlen ist für Leute, die der Seekrankheit nicht zu stark ausgesetzt sind, in günstiger Jahreszeit eine längere Seereise, die in hohem Maße körperliche Erholung und geistige Ausspannung mit sich zu bringen pflegt.

Bei längerer Dauer und stärkerer Ausbildung der Störungen wird man am besten die Durchführung einer vorzugsweise diätetischen Kur unter ärztlicher Aufsicht ins Auge fassen. Den zahlreichen Nerven- und Wasserheilanstalten strömen immerwährend in Scharen

derartige Kranke zu. Außer der Befreiung von den Geschäften und Plackereien des täglichen Berufes muß hier vor allem eine einfache, sorgfältig geregelte und gesundheitsgemäße Lebensweise mit angemessener Verteilung von Tätigkeit, Ruhe und Schlaf durchgeführt werden. Die Kranken sollen kräftig und reichlich, aber ohne Schlemmerei ernährt werden; der gewohnheitsmäßige Genuß von Alkohol, starkem Kaffee oder Tee ist streng zu untersagen. Störungen des Appetits, der Verdauung, des Schlafes werden mit den gebräuchlichen Mitteln, namentlich aber durch regelmäßige, nicht allzuweit ausgedehnte Spaziergänge und durch ärztlich überwachte Leibesübungen verschiedener Art bekämpft. Ferner sucht man durch Wasserbehandlung, Massage und allgemeine Faradisation den Kreislauf und den Stoffumsatz möglichst zu fördern. Unter dem Einflusse aller dieser Maßregeln pflegt sich die öfters stark gesunkene Ernährung stetig und beträchtlich zu heben. Gleichzeitig bessert sich der Schlaf, die Stimmung sowie die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit. Als Mittel zur Bekämpfung der nervösen Unruhe und zur Erzielung von Schlaf sind neben verlängerten warmen Bädern hauptsächlich die Bromsalze (3 mal täglich 1 g oder eine abendliche Gabe von 1—3 g) in Gebrauch; nur im Notfalle wird man vorübergehend seine Zuflucht zu den eigentlichen Schlafmitteln (Adalin, Veronalnatrium, Luminal) nehmen. Man hüte sich vor dem Morphium!

Eine recht wesentliche Bedeutung hat bei neurasthenischen Zuständen fast immer die psychische Behandlung. Vielfach kann schon eine einfache Aufklärung über die verhältnismäßig harmlose Natur des Leidens den Eintritt gemütlicher Beruhigung, die Wiederkehr des Schlafes und die Beseitigung mancher quälender Beschwerden überraschend schnell herbeiführen. Jedenfalls trägt eine aufmerksame, geduldige, aber feste ärztliche Führung, die in geeigneten Fällen durch hypnotische Suggestion wirksam unterstützt werden kann, sehr viel dazu bei, dem Kranken sein erschüttertes Selbstvertrauen und die Herrschaft über seinen Willen wieder zu verschaffen. Nach dem Schwinden der eigentlichen Krankheitszeichen bleibt häufig noch eine gewisse Herabsetzung der psychischen Widerstandsfähigkeit zurück, die zu Rückfällen führen kann, wenn nicht die Berufsverhältnisse und die Lebensweise des Kranken dauernd derart geregelt werden, daß sie sich der persönlichen Eigenart in

zweckmäßiger Weise anpassen. Wer die Folgen der täglichen Arbeit in Überreiztheit und fortschreitender Abnahme der Leistungsfähigkeit empfindet, sollte sich daher unbedingt häufiger kleine Ruhepausen verschaffen und sich zu einer gründlichen Entspannung wenigstens einmal im Jahre für einige Wochen von dem Joche der gewohnten Verhältnisse befreien; nur dann ist er sicher, sich seine Leistungsfähigkeit dauernd zu erhalten.

B. Die Erwartungsneurose.

Unter der Bezeichnung der Erwartungsneurose[1]) möchte ich an dieser Stelle eine Gruppe von nervösen Störungen einfügen, die sich auf der gemeinsamen Grundlage einer ängstlichen Erwartung entwickeln. Schon aus der gesunden Erfahrung ist es bekannt, daß die Erwartung irgendeines Ereignisses eine allmählich wachsende innere Spannung erzeugt, die sich einmal in gewissen Trugwahrnehmungen, andererseits aber in allerlei Bewegungsantrieben äußert. Ist das bevorstehende Ereignis ein unangenehmes, so können die Vorempfindungen äußerst peinigende und selbst schmerzhafte werden. Zugleich wird die Sicherheit des Handelns auf das empfindlichste beeinträchtigt.

Ein ganz ähnliches, nur krankhaft vergrößertes und gefärbtes Bild bietet die Erwartungsneurose. Die krankhafte Entwicklung vollzieht sich hier dadurch, daß die peinlichen Störungen nicht bei einem einmaligen, besonderen Anlasse auftreten, sondern daß sie sich an Vorgänge heften, die sich alltäglich immer wieder vollziehen. Diese laufen dann nicht in der gewöhnlichen, unbefangenen Weise ab, sondern sie werden durch Einmischung von Mißempfindungen, Unlustgefühlen und unzweckmäßigen Antrieben behindert und verzerrt. Da diese Schwierigkeiten sich immer wiederholen, steigert sich die Erwartungsangst bei dem durch sie beeinflußten Vorgange mehr und mehr und verstärkt ihrerseits wieder die Störungen.

Die Anlässe, bei denen die Erwartungsangst hervortritt, sind in der Regel Vorgänge, die beim Gesunden ohne besonderes Eingreifen bewußter Seelentätigkeit vonstatten gehen, vielmehr wesentlich maschinenmäßig ablaufen, das Gehen, Stehen, Schlucken, das Ein-

[1]) Isserlin, Münchener medizin. Wochenschr. 1908, 27.

schlafen, das Lesen, Schreiben, Sprechen, Wasserlassen, der Geschlechtsakt, weiterhin auch eingelernte Fertigkeiten, Klavier-, Violinspielen. Zunächst scheint sich die ängstliche Erwartung regelmäßig im Anschlusse an wirkliche, wenn auch unbedeutende und vorübergehende Störungen zu entwickeln, an Blendungs- und Ermüdungserscheinungen in den Augen, leichte Überanstrengung, Schwächegefühle nach übermäßigen Märschen, Schmerzen bei Muskelzerreißungen, Schwierigkeiten irgendwelcher Art bei besonderen Anlässen. Bei einer Dame schlossen sich die ersten Augenbeschwerden an die Entwicklung der Presbyopie an; bei einer anderen trat die Unfähigkeit, zu gehen, nach einer Mastkur mit längerer Bettruhe hervor. Die Erschwerung des Einschlafens bleibt nach einer Zeit gemütlicher Erregung zurück, Stottern nach einem Erlebnis mit arger Verlegenheit. Gar nicht selten bildet den Ausgangspunkt ein körperliches Leiden. Schluckschwierigkeiten überdauern eine Angina, Schwäche im Arm einen leichten Rheumatismus, Schmerzen in der Hüfte einen Fall, krampfhafte Unfähigkeit zum Schreiben eine Muskelzerrung auf dem Fechtboden. Wenn irgendwo, paßt also hier die Bezeichnung von Möbius, daß die Störung durch Erinnerung an Krankheiten bedingt wird.

Die Störungen selbst bestehen nicht in eigentlichen Angstgefühlen, sondern, entsprechend den Erfahrungen bei der Erwartung des Gesunden, in peinlichen, sich zu äußerstem Unbehagen und selbst heftigen Schmerzen („douleurs d'habitude" nach Brissaud) steigernden Empfindungen, ferner in Behinderung des Handelns durch lähmungsartige Schwäche oder krampfhafte Nebenbewegungen. Ersteres tritt namentlich bei Auffassungsleistungen ein, letzteres vorzugsweise bei Willensanstrengungen, doch verbinden sich beide Reihen von Störungen vielfach miteinander. Im Anfange zeigen sie sich in der Regel bei mehr umgrenzten Anlässen, beim Essen bestimmter Speisen, beim Steigen, beim Lesen in grellem Sonnenlicht, beim Einschlafen an fremdem Orte. Ich beobachtete einen Knaben, der eine Behinderung des Gehens nur morgens nach dem Aufstehen darbot, und Löwenfeld berichtet über einen Fall, in dem sie nur beim Herausgehen auf die Straße eintrat, im Hause aber ausblieb. Nach und nach aber kann sich das Leiden derart ausbreiten, daß es schließlich den Ablauf gewisser Vorgänge gänzlich unmöglich macht. Ich kannte eine Dame, die zunächst nicht schlafen konnte, wenn sie am näch-

sten Tage irgend etwas Besonderes vorhatte, in Gesellschaft gehen, einen Ausflug machen wollte. Allmählich genügte schon die geringste Kleinigkeit, um sie in eine Spannung zu versetzen, die ihr den Schlaf völlig raubte.

Das klinische Bild des Krankheitszustandes ist ein sehr mannigfaltiges. Beim Lesen verschwinden die Buchstaben vor den Augen; es treten Flimmern, Hitzegefühl, Spannungsempfindungen, Lichtscheu, Schmerzen auf, die sich rasch über die Stirn, bald auch über den ganzen Kopf ausbreiten und zum Aufhören zwingen. Salzer hat derartige Fälle beschrieben. Ähnliche Störungen können auf dem Gebiete des Gehörsinnes auftreten, wachsende Überempfindlichkeit, Druck im Ohr, subjektive Geräusche, ausstrahlende Schmerzen. Beim Schreiben stellt sich nach wenigen Buchstaben eine krampfhafte Steifigkeit der Finger mit der Neigung zu ausfahrenden, unzweckmäßigen Bewegungen oder völliges Versagen der Handmuskeln ein, Erscheinungen, die nicht, wie der gewöhnliche Schreibkrampf, durch wirkliche Ermüdung hervorgerufen oder durch Änderung der Federhaltung beseitigt werden. Schließlich geschieht schon das Ergreifen der Feder, das Ansetzen auf dem Papier unter stärkster Spannung aller beteiligten Muskeln. Der Ablauf der Schluckbewegung kann durch Hustenstöße oder häufiger durch krampfhaftes Würgen und Pressen unmöglich gemacht werden.

Das Gehen wird durch lähmungsartige Schwäche in den Beinen, in anderen Fällen durch rasch sich steigernde Schmerzen oder auch durch Spannungen, Stolpern, Unsicherheit, Ermüdungsgefühle gehindert; eine Kranke hatte die Empfindung, als sei das eine Bein zu lang. Einer meiner Kranken, der auch von Trömner beobachtet wurde, vermochte wegen plötzlich sich einstellender krampfhafter Spannungen nicht aufzustehen und mußte die Steifigkeit erst durch allerlei wilde Bewegungen überwinden. Beim Einschlafen stellen sich wachsende Unruhe, zuckende und ziehende Empfindungen in den Gliedern, Herzklopfen, Schweißausbruch ein. Der Kranke müht sich stundenlang ab, Ruhe zu finden, wird aber immer erregter, steht auf, geht herum, beruhigt sich etwas durch Lesen oder irgendein Hausmittel, um dann endlich noch einige Stunden einzuschlummern oder von neuem in der brennenden Erwartung des Schlafes qualvolle Stunden zu verbringen. Eine meiner Kranken konnte nur einschlafen, solange sie ihren Mann noch

wach wußte, und weckte ihn immer wieder, bis sie endlich selbst zur Ruhe gekommen war. Auch manche Formen des Stotterns dürften hierher zu rechnen sein; man hat in Anlehnung daran auch von „Gehstottern", „Schreibstottern", „Klavierstottern", „Harnstottern" gesprochen. Bei letzterem wird die Harnentleerung durch störendes Eingreifen ängstlicher Nebenantriebe behindert. Ebenso scheint der Geschlechtsakt einen günstigen Boden für die Entwicklung der Erwartungsneurose abzugeben. Ich bin wenigstens geneigt, gewisse Fälle von psychischer Impotenz, die durch gelegentliche Mißerfolge ausgelöst und gewöhnlich als „sexuelle Neurasthenie" aufgefaßt werden, der hier geschilderten Störung zuzurechnen, der sie in Entstehung und Verlauf ungemein ähneln. Bechterew hat mehrere derartige Fälle beschrieben.

Gerade die mehr nervöse Färbung der psychogenen Störungen bedingt fast immer eine Verkennung ihres wahren Ursprungs. Die Kranken führen ihre Beschwerden auf ernste Erkrankungen der Sinnesorgane, der Muskeln, des Gehirns, der Nerven, des Rückenmarks zurück, werden dadurch immer ängstlicher, fangen an. sich zu schonen, und verlieren mehr und mehr alles Selbstvertrauen. Die Vorgänge, an die sich die Erwartung der Störung knüpft, beschäftigen die Aufmerksamkeit in ausgedehntestem Maße. Dadurch aber wird ihr Ablauf, wie die tägliche Erfahrung des Gesunden lehrt, immer nachhaltiger gestört. So entwickelt sich ein Kreislauf zwischen quälender Erwartung und seelischer Behinderung, der beiden stetig neue Nahrung zuführt und dem Kranken die Selbstbefreiung fast unmöglich macht.

Auf diese Weise kommt es mit einer gewissen inneren Notwendigkeit zu einer fortschreitenden Entwicklung des Leidens, die sehr einschneidende Beeinträchtigungen der gesamten Lebensführung nach sich ziehen kann. Die wachsende Empfindlichkeit der Augen führt allmählich zu einer planmäßigen Abschließung von allem Lichte. Die Kranken wagen sich nur noch bei trübem Wetter oder in der Dämmerung, schließlich überhaupt nicht mehr ins Freie. Fechner, auf dessen ungemein lehrreiche Selbstschilderung Möbius hingewiesen hat, brachte lange Zeit im Dunkelzimmer zu, ging nur noch mit verbundenen Augen an die Luft und beschäftigte sich mit kleinen Handarbeiten. Eine Dame meiner Beobachtung gab das Malen auf, an dem sie viele Freude gehabt hatte, trug

grüne Schirme und dunkle Gläser, setzte sich mit dem Rücken gegen die Lampe und getraute sich nicht mehr, zu lesen. Ein Kranker, der sich durch Lesen sehr angegriffen fühlte, mußte nach Tisch immer stundenlang unbeweglich liegen, bevor er den Versuch wieder wagen durfte, ein Buch vorzunehmen. Bie Behinderung des Gehens und Stehens durch rasch auftretende und sich ausbreitende Schmerzen macht die Kranken mutlos und veranlaßt sie, sich mehr und mehr zu schonen, so daß sie ihre schüchternen Gehversuche nach immer kürzerer Zeit wieder abbrechen und am Ende kaum noch einige Schritte zu machen wagen.

In einzelnen Fällen kann sich so das von Möbius eingehend geschilderte Krankheitsbild der Akinesia algera[1]) entwickeln, das, wie ich glaube, nur die höchste Ausbildung der Erwartungsneurose darstellt. Die Kranken schränken ihre Bewegungen auf das äußerste ein und bleiben schließlich jahrelang regungslos im Bette liegen, da jeder Versuch irgendeiner aktiven und selbst passiven Bewegung sofort stürmische und anhaltende Schmerzen bei ihnen hervorruft, während sie in vollkommener Ruhe beschwerdefrei sind. Die Bewegungen des Kopfes und das Sprechen bleiben in der Regel dauernd frei.

Entsprechend der ursprünglichen Anknüpfung des ganzen Leidens an ganz bestimmte unangenehme Erfahrungen, betrifft die Erwartungsneurose gewöhnlich nicht nur von vornherein ein einzelnes Gebiet von Vorgängen, sondern sie bleibt auch dauernd auf dieses beschränkt und zeigt trotz ihres immer wachsenden Einflusses auf das Seelenleben geringe Neigung, auf andere Gebiete überzugreifen. Nur in sehr schweren Fällen mit langer Entwicklung trifft man neben derjenigen Störung, die das Krankheitsbild beherrscht, noch diese oder jene andere. Die Kranken bleiben andauernd klar, besonnen, geordnet und zeigen keine auffallenderen Stimmungsschwankungen. Sie haben ein lebhaftes Krankheitsgefühl und unterziehen sich geduldig allen möglichen Kuren, um wieder gesund zu werden, ertragen aber ihr schweres Leiden, das sie selbst für ein rein körperliches halten, meist mit merkwürdiger Fassung. Hysterische Zeichen, Stigmata, Krämpfe, Dämmerzustände, gehören nicht zum Krankheitsbilde, wenn sie auch hier und da einmal vorkommen können.

[1]) Möbius, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde I, 121; II, 436.

Der Verlauf des Leidens ist im allgemeinen ein langsam fortschreitender. Kleine Schwankungen sind häufig. In der Regel bewirken die Versuche, die von den Kranken aus eigenem Antriebe oder auf fremdes Drängen zur Überwindung der Behinderungen unternommen werden, eine nachhaltige Verschlimmerung, mögen sie auch noch so vorsichtig ausgeführt werden. Bei einem Kranken Erbs, der 14 Jahre nur in horizontaler Lage zubringen konnte, gelang das allmähliche Aufrichten durch tägliches Unterschieben einer neuen Pappschicht unter den Oberkörper immer nur bis zu einem bestimmten Punkte; dann traten die Schmerzen mit erneuter Heftigkeit auf. Der Kranke merkt bei dem Versuche, des Leidens Herr zu werden, daß er „des Guten zu viel getan", sich überanstrengt hat, und wird dann nur noch vorsichtiger. Alle Kurversuche, bei denen im Laufe der Zeit das ganze Rüstzeug der Medizin aufgeboten zu werden pflegt, haben nur eine rasch vorübergehende, meist aber gar keine oder eine verschlechternde Wirkung, bis sich der Kranke schließlich völlig entmutigt in sein Leiden fügt und es als Dulder erträgt.

Ein so ungünstiger Ausgang tritt indessen nur in Ausnahmefällen ein. Eine große Zahl derartiger Erkrankungen heilt gewiß von selbst, indem die Kranken durch irgendeine glückliche Erfahrung allmählich wieder Selbstvertrauen gewinnen, durch einen verständnisvollen Arzt, unter Umständen auch einen Kurpfuscher, kurz, durch einen Einfluß, der ihre Erwartungsangst mildert und die verloren gegangene Fähigkeit durch planmäßige Übung und Gewöhnung wieder unter ihre Herrschaft bringt. Auch die Selbsterziehung kann, wie Fechners Beispiel lehrt, hier zum Ziele führen. Da er eines Tages die Beobachtung machte, daß seine Augen die Helligkeit eine Zeitlang ganz gut ertrugen, sobald sie nicht „mit Furcht und Ängstlichkeit", sondern „mit einer gewissen Desperation, mit Energie und Spannung" dem Lichte entgegenblickten, fand er selbst den Weg, der ihn aus seiner verzweifelten Lage erlöste.

Die leichtesten Formen der Erwartungsneurose sind ohne Zweifel sehr häufige Störungen, wenn sie auch regelmäßig unter ganz andere Krankheitsbilder untergeordnet werden. Ihre Wurzel im gesunden Leben ist die ängstliche Scheu vor der Wiederholung eines mißglückten Versuches, der Verlust des Selbstvertrauens bei der Wahrnehmung der eigenen Schwäche. In der Rekonvaleszenz nach körperlichen Krankheiten sieht man oft genug das Gefühl der Un-

sicherheit und ein gewisses Schonungsbedürfnis fortbestehen, wenn sich die greifbaren Störungen selbst schon völlig verloren haben. Gesund veranlagte Persönlichkeiten sind imstande, diese Anwandlungen durch rücksichtslose Vernachlässigung zu überwinden. Bei unseren Kranken dagegen nehmen die psychischen Hindernisse anscheinend stärker zu, als die Erleichterung durch Übung und Gewöhnung. Da es sich hier aber fast immer um Vorgänge handelt, die mit Notwendigkeit tagtäglich wiederkehren, so erhält das Unbehagen immer neue Nahrung und wächst schließlich so weit an, daß es vollkommen die Herrschaft über den Willen gewinnt. Gerade der stete Kampf gegen die Behinderung bringt dem Kranken eine fortlaufende Reihe von Niederlagen und verstärkt auf diese Weise sein Leiden.

Die allgemeinen Ursachen der Erwartungsneurose liegen daher unzweifelhaft in einer eigenartigen Verarbeitung der Lebensreize auf Grund psychopathischer Veranlagung. In der Tat handelt es sich meist um Personen, die aus belasteten Familien stammen. Mir ist aufgefallen, daß sie gewöhnlich ein etwas ängstliches, unsicheres Wesen zeigten und anscheinend gemütlich leicht erregbar waren. Eine meiner Kranken litt an Morbus Basedowii; sie konnte nur einige wenige Speisen vertragen, von denen sie sich in ganz einförmiger Weise nährte. Als ihr einmal wegen Krampfadern Wickelung eines Beines verordnet wurde, fuhr sie mehr als ein Jahrzehnt damit fort, aber auch am gesunden Beine. Ihr Sohn litt ebenfalls an Erwartungsneurose, ihre Tochter an einer manisch-depressiven Erkrankung.

Wenn es demnach auch nicht schwer fällt, ein allgemeines psychologisches Verständnis für die hier sich abspielenden Vorgänge zu gewinnen, so kann es doch zweifelhaft sein, welche klinische Stellung wir der Erwartungsneurose einzuräumen haben. Man pflegt bei den leichteren Formen des Leidens meist von „Nervosität“ oder gar von Neurasthenie zu sprechen. Janet beschreibt zahlreiche hierher gehörige Störungen als Ausdrucksformen der „Psychasthenie“. Ich möchte indessen betonen, daß die Kranken durchaus keine anderweitigen nervösen Störungen darzubieten brauchen, und daß die Anknüpfung der Beschwerden an bestimmte Vorgänge und Erfahrungen wie ihre einförmige Weiterentwicklung diesen Fällen doch eine gewisse Sonderstellung gegenüber den sonstigen Erscheinungsformen der nervösen Veranlagung geben dürfte.

Von einer nervösen Erschöpfung kann vollends gar nicht die Rede sein. Auch dann, wenn das Leiden seinen Ausgang etwa von einer körperlichen Erkrankung nimmt, wird es keineswegs durch einfache Erholung und Kräftigung beseitigt, sondern immer nur durch Verscheuchung der Erwartungsangst und Stärkung des Selbstvertrauens.

Ganz ähnliche Gesichtspunkte gelten für die Abgrenzung von der Hysterie. Gemeinsam ist den Störungen in beiden Fällen die psychogene Entstehungsweise. Namentlich die Gehstörungen bei der Erwartungsneurose können an die Abasie der Hysterischen erinnern. Sie sind jedoch fast niemals so hochgradig und treten erst im Verlaufe des Gehens, nicht schon beim ersten Schritte hervor; es handelt sich auch mehr um Schwäche und Schmerzen, als um Ataxie. Ferner besteht bei der Hysterie die allgemeine Neigung zu unbewußter Beeinflussung der körperlichen Vorgänge durch gemütliche Erregungen; hier dagegen liegt die Wurzel des Leidens einzig in einem gewissen Mangel an Mut und Selbstvertrauen, das den Kranken unsicher und ängstlich macht und ihn zu unwillkürlichen, hemmenden und störenden Eingriffen in den Ablauf alltäglicher Vorgänge veranlaßt. Daher sehen wir dort die Störungen vielfach wechseln, von einem Gebiete zum anderen überspringen, während sich hier ein ganz einförmiges, folgerichtig fortschreitendes Krankheitsbild entwickelt. Der Einfluß der gemütlichen Spannung schlägt hier nur die gewöhnlichen Bahnen ein. Zunächst handelt es sich um Behinderungen, wie sie etwa auch durch die Verlegenheit hervorgebracht werden können. Sie verstärken sich zwar unter Umständen allmählich bis zu den äußersten Graden, nehmen aber doch keine ganz fremdartigen Formen an, wie wir das vielfach bei der Hysterie beobachten. Gerade die kennzeichnende Eigentümlichkeit der Hysterie, die Ausstrahlung der gemütlichen Wirkungen in sonst unzugängliche Bahnen, fehlt hier. Auch von der Abspaltung einzelner Bewußtseinsgebiete, wie wir sie dort annehmen dürfen, ist hier keine Rede; die Störungen sind zwar unwillkürliche, aber keineswegs unbewußte. Endlich fehlen, wie schon angedeutet, die eigentlich hysterischen Krankheitserscheinungen; wo sich ausnahmsweise die eine oder andere nachweisen läßt, erklärt sich das aus der allgemeinen Verwandtschaft der psychogenen und hysterischen Störungen, namentlich ihrem gemeinsamen Ursprunge aus Gemütsbewegungen.

Besonders häufig scheint die Erwartungsneurose bei Kindern zu sein. Diejenigen Fälle von kindlicher „Hysterie", bei denen es sich um die Behinderung einzelner Vorgänge durch Schmerzen, Schwächegefühle, Spannungen, Unsicherheit, krampfartige Störungen handelt, dürften zumeist dem hier umgrenzten Gebiete angehören; dafür spricht auch deren Zugänglichkeit für suggestive Behandlung und das Ausbleiben von Rückfällen, endlich das Fehlen anderweitiger hysterischer Krankheitszeichen, die „monosymptomatische" Umgrenzung.

Offenbar steht die Erwartungsneurose in einer näheren Verwandtschaft zu den sogenannten „Phobien"; es gibt wohl geradezu gewisse Übergangsformen zwischen beiden Krankheitsbildern. Dennoch liegen jenen letzteren in der Regel Befürchtungen mehr allgemeiner Art zugrunde, während hier bestimmte persönliche Erfahrungen den Ausgangspunkt des Leidens bilden. Bei den Phobien bewegen sich daher die Befürchtungen auch oft genug in mehreren, bisweilen wechselnden Richtungen, während die Erwartungsneurose ausgeprägt einseitig ist und immer einen hypochondrischen, die Vorgänge des eigenen Körpers betreffenden Inhalt hat. Dort wird der Eintritt irgendeines peinlichen oder unheilvollen Ereignisses gefürchtet; hier dagegen handelt es sich um die Behinderung bestimmter, alltäglicher Vorgänge durch Gemütsbewegungen. Gewisse Beziehungen bestehen vielleicht zu jenen Phobien, bei denen der gefürchtete Vorgang gerade durch die Angst vor ihm herbeigerufen wird, wie das Erröten, Erbrechen, die Durchfälle. In beiden Fällen findet eine Beeinflussung des Körpers durch ängstliche Gemütsbewegungen statt, aber bei der Erwartungsneurose wird dadurch eine notwendige und selbstverständliche Leistung gestört, bei der Phobie eine unliebsame Erscheinung heraufbeschworen. Weiterhin sind es bei den Phobien wirkliche Angstzustände, die den Kranken behindern oder zu Schutzhandlungen treiben; hier dagegen wird sich der Kranke selbst des ängstlichen Ursprunges seiner Beschwerden zunächst gar nicht bewußt. Sie erscheinen als Schmerzen, Schwäche, Spannungen, Ataxie, kurz als rein nervöse Störungen. Ihr Wesen und ihre Entstehungsweise muß daher eine abweichende sein. Endlich sehen wir bei den Phobien regelmäßig einen vielfach schwankenden, aber nicht allzu häufig einen so stetig fortschreitenden Verlauf wie bei den schwereren Formen der Er-

wartungsneurose. Dafür gelingt es uns auch nicht, dort jene raschen und endgültigen Heilungen zu erzielen, die wir hier so oft erreichen können.

Auch mit der traumatischen Neurose zeigt die hier besprochene Erkrankung gewisse Übereinstimmungen, die Anknüpfung an bestimmte Anlässe, die lähmende Wirkung der Ängstlichkeit auf das Selbstvertrauen und den Willen. Indessen handelt es sich bei der Erwartungsneurose regelmäßig nicht um eine einzelne heftige Gemütserschütterung, sondern um die sich allmählich verstärkende Wirkung kleiner unangenehmer Erfahrungen. Dementsprechend pflegen sich die Störungen wesentlich langsamer zu entwickeln, als bei den Unfallskranken. Vor allem aber fehlen durchaus die Wirkungen des Rentenkampfes, die bei der Unfallsneurose so sehr in den Vordergrund treten, die dauernde Niedergeschlagenheit, die allgemeine Arbeitsunfähigkeit, die Erregbarkeit des Herzens, die gemütliche Reizbarkeit. Vielmehr sind die Störungen mehr oder weniger scharf auf das einmal ergriffene Gebiet beschränkt. Sie sind aber auch in weit höherem Maße und weit rascher der psychischen Behandlung zugänglich, als die traumatische Neurose.

Gerade dieser letztere Umstand ist, wie ich glaube, für das Verständnis wie für die Umgrenzung der Erwartungsneurose von erheblicher Bedeutung. Sehr viele Kranke werden ohne jede Behandlung gesund, indem sie von selbst, unter dem Einflusse irgendeiner Kur, durch den Zuspruch einer Vertrauensperson ihr Selbstvertrauen und damit die Kraft wiedergewinnen, ihres Leidens Herr zu werden. Es gibt aber eine nicht unerhebliche Zahl von Fällen, bei denen die ersten Mißerfolge in der Behandlung des Leidens die Hoffnung auf Wiederherstellung vollständig untergraben. Die Kranken beginnen wohl noch neue Kuren, gehen aber von vornherein mit der dunklen Befürchtung an sie heran, daß ihnen doch nicht mehr zu helfen sei. Diese Erwartung pflegt sich dann auch zu erfüllen, da ja weder Liege- und Mastkuren noch Massage, Elektrizität, Wasserbehandlung, Arsen, Eisen, Spermin, Brom oder Valeriana imstande sind, sie von dem auf ihnen lastenden inneren Drucke zu befreien. Noch weniger nützt natürlich die Behandlung der sie quälenden örtlichen Störungen; im Gegenteil pflegt sie ungünstig zu wirken, da sie die Aufmerksamkeit der Kranken immer stärker auf ihre schwachen Punkte hinlenkt.

Die einzige Behandlungsart, die zum Ziele führt, ist die psychische, sofern sie unmittelbar am Ausgangspunkte des Leidens angreift, an der krankhaften Erwartungsangst. Dazu ist es natürlich vor allem nötig, diesen Ursprung zu erkennen, was bei seiner Überlagerung durch anscheinend rein körperliche Beschwerden nicht immer leicht ist. Unerläßlich ist vor allem die sorgsame Feststellung, daß den Klagen der Kranken keine körperlichen Veränderungen zugrunde liegen; jedenfalls hat man sich davon zu überzeugen, daß die Behinderungen außer jedem Verhältnisse zu den etwa nachweisbaren Befunden stehen. Zahlreiche Kranke mit Erwartungsneurose befinden sich nicht nur in Sanatorien, wo sie für neurasthenisch oder hysterisch gelten, sondern sie werden auch von Augenärzten, Chirurgen, Gynäkologen wegen irgendeines dunklen Leidens behandelt. Eine meiner Kranken wurde schließlich wegen der Schmerzen, die beim Gehen auftraten und auch im Liegen noch andauerten, für osteomalacisch gehalten und erhielt dementsprechend längere Zeit hindurch Phosphor. Auch die „Psychoanalyse" scheint sich hier gelegentlich zu versuchen. Einer meiner Kranken wurde unter diesem Gesichtspunkte von ihrem Arzte mit Nachdruck versichert, daß sie von ihrem Manne nicht befriedigt werde; glücklicherweise glaubte sie es nicht. Eine andere berichtete mir über die erfolglos verlaufene psychoanalytische Sexualfolter mit den Worten: „Es war schrecklich!"

Hat man das Wesen der Erwartungsneurose einmal richtig erfaßt, so gehört seine Behandlung zu den dankbarsten Aufgaben des Psychiaters. Zunächst wird man den Kranken über die Grundlage seiner Beschwerden aufklären und ihn davon zu überzeugen suchen, daß es sich bei ihm nicht um ein schweres körperliches Leiden handelt, wie er annimmt, sondern lediglich um Folgeerscheinungen der Angst. Häufig wird man damit im Anfange auf Unglauben stoßen, um so mehr, je öfter der Kranke schon von den verschiedensten Versicherungen enttäuscht wurde, daß sein Leiden diesen oder jenen Ursprung habe. Nach kurzer, durch harmlose Maßregeln, Bäder, Bettruhe, ausgefüllter Vorbereitungszeit, die lediglich dazu dient, das Vertrauen des Kranken zu gewinnen und seine Eigenart kennen zu lernen, beginnen vorsichtige, aber planmäßig fortschreitende Übungen, wo sie nach der Art der Krankheitserscheinungen möglich sind. Auch hierbei stellen sich gewöhnlich allerlei Schwierig-

keiten ein. Die Kranken werden ängstlich, suchen die an sie gestellten Anforderungen herabzumindern, widerstreben in mehr oder weniger versteckter Weise. Durch ruhigen, freundlichen und sachgemäßen Zuspruch, der ihnen immer wieder die wahren Gründe ihrer Unfähigkeit vor Augen führt, gelingt es jedoch mit einiger Geduld regelmäßig, allmählich vorwärts zu kommen und die Leistungen Schritt für Schritt zu steigern, namentlich, wenn man die Übungen zuerst selbst überwacht, damit den Mut der Kranken hebt und auftauchende Befürchtungen im Entstehen unterdrückt. Sehr gute Dienste leistet bei den Kranken, die nicht gehen können, sich kraftlos und ruhebedürftig fühlen, ein regelrechter, mit den einfachsten Freiübungen beginnender Turnunterricht; auch späterhin wird man hier, um den Willen, die Entschlußfähigkeit und das Selbstvertrauen zu kräftigen, die dauernde Beteiligung an einem geeigneten Sport empfehlen.

Mit diesen einfachen, dem Wesen des Leidens angepaßten Mitteln ist es mir regelmäßig gelungen, binnen einigen Wochen oder längstens Monaten ein Schwinden aller beängstigenden Krankheitserscheinungen zu erreichen, auch in Fällen, die viele Jahre, ja ein Jahrzehnt von den verschiedensten Ärzten mit allen möglichen Kuren erfolglos behandelt worden waren. Haben sich die Kranken erst einmal davon überzeugt, um was es sich handelt, so pflegen sie rasche Fortschritte zu machen; sie gelangen dann auch bald dazu, die hier und da auftretende Verzagtheit sogleich selbst wirksam zu bekämpfen und sich so vor Rückfällen zu bewahren. Die Kranken, deren weitere Schicksale ich verfolgen konnte, sind sämtlich gesund geblieben, zum Teil seit mehr als 20 Jahren.

Eine wesentliche Stütze dieses, lediglich eine verständige Wachsuggestion anwendenden Behandlungsverfahrens bildet unter Umständen die beruhigende Wirkung einer leichten hypnotischen Beeinflussung. Sie wird unentbehrlich, wo im Beginne zu starke ängstliche Widerstände vorhanden sind, oder wo eine fortschreitende, planmäßige Übung ausgeschlossen ist, wie bei den Behinderungen des Einschlafens, des Schluckens, bei der psychischen Impotenz. Der Erfolg der Hypnose ist, namentlich bei Kindern, bisweilen ganz verblüffend. Man vermag unter Umständen in einer oder einigen wenigen Sitzungen äußerst hartnäckige und beunruhigende Störungen glatt und dauernd zu beseitigen. In anderen Fällen ist freilich viel

mehr Geduld nötig. Hindernd wirkt einmal die unausgesprochene, meist nicht in Erfüllung gehende Erwartung der Kranken, daß sie bei der Hypnose in Schlaf verfallen müßten, weiterhin die eingewurzelte, oft durch ungeschickte Vorversuche genährte Überzeugung, daß sie der Hypnose nicht zugänglich seien oder doch durch sie nicht geheilt werden könnten. Es ist wichtig, diese Gegensuggestionen rechtzeitig aufzudecken und durch geeignete Einwirkungen unschädlich zu machen. Sichere Fälle von Erwartungsneurose, die bei zweckmäßiger Behandlung einer Heilung oder doch wesentlichen Besserung nicht zugänglich gewesen wären, sind mir bisher nicht vorgekommen. Ob sich aber bei sehr langer Dauer des Leidens unter ungünstigen Verhältnissen, namentlich aber bei Personen mit sonstigen starken psychopathischen Mängeln, nicht doch ein unheilbares Siechtum ausbilden kann, möchte ich einstweilen dahingestellt sein lassen.

2. Die Verkehrspsychosen (Homilopathien).

C. Das induzierte Irresein.

Unter der Bezeichnung des induzierten Irreseins[1]) fassen wir diejenigen Seelenstörungen zusammen, die durch den psychischen Einfluß von Geisteskranken verursacht werden. Diese Begriffsbestimmung schließt demnach alle diejenigen Formen aus, welche bei verschiedenen Personen gleichzeitig, aber ohne ursächliche Abhängigkeit voneinander, wenn auch in ähnlicher Weise, auftreten, ebenso natürlich die Erkrankungen aus gemeinsamer körperlicher Ursache, wie die syphilitischen, paralytischen, alkoholischen, kokainistischen Psychosen. Endlich wären solche Fälle auszuscheiden, in denen der Einfluß des zunächst Erkrankten nur als auslösender, nicht aber als allein oder doch wesentlich krankmachender Umstand in Betracht kommt. Schönfeldt spricht davon, daß die Psychose des Induzierenden die „spezifische" Ursache der durch sie erzeugten Erkrankung sein müsse. Das trifft außer für die Anfälle des manisch-depressiven Irreseins auch für das große Gebiet der hysterischen Erkrankungen nicht zu. Bei ihnen

[1]) Raimann, Wiener klin. Wochenschr. XVIII, 8; Weygandt, Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien. 1905; Partenheimer, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie VI, 326.

haben wir es zwar nicht so selten mit auffälligster Abhängigkeit der Krankheitserscheinungen von ähnlichen Störungen umgebender Personen zu tun, aber die weitere Verarbeitung dieser Einflüsse ist dabei doch eine so eigenartige, daß wir in der hysterischen Veranlagung die eigentliche Ursache der in der Regel auch rasch wieder schwindenden krankhaften Zufälle sehen dürfen; zu ihrem Auftreten gibt die induzierende Einwirkung eines anderen Kranken nur in ähnlicher Weise den äußeren Anstoß, wie es irgendein anderes erregendes Ereignis tun könnte. Es liegt daher kein Grund vor, derartige Erfahrungen von den sonstigen Erscheinungsformen der Hysterie abzutrennen.

Die Zahl der Beobachtungen, die unter diesen Gesichtspunkten noch übrigbleibt, ist eine ziemlich kleine. Dennoch kann kein Zweifel darüber bestehen, daß hier und da doch psychische Erkrankungen vorkommen, die ihre Entstehung lediglich der Beeinflussung durch andere Geisteskranke verdanken. Der bei weitem größte Teil dieser Störungen gehört dem Grenzgebiete zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit an, insofern es sich bei beiden Beteiligten, mindestens aber bei dem Induzierten, nicht um eine ausgesprochene Geistesstörung, sondern um verhältnismäßig geringfügige Abweichungen von der Gesundheitsbreite handelt. Wie bereits im allgemeinen Teile angedeutet, spielt die erregende Wirkung krankhafter oder doch ans krankhafte streifender Zustände auf die Umgebung in mannigfachen Erscheinungen des Gesellschaftslebens eine erhebliche Rolle, namentlich bei der Sektenbildung, bei gewissen religiösen Übungen, bei der Panik und ähnlichen, die Massen in Aufruhr versetzenden Vorgängen.

Beschränken wir uns hier mehr auf die klinische Betrachtungsweise, so läßt sich zunächst etwa feststellen, daß ein Geisteskranker das Seelenleben der ihn umgebenden Personen in sehr verschiedenem Grade in Mitleidenschaft ziehen kann. Dabei kommt es jedoch nur in seltenen Fällen zur Entwicklung ausgeprägter psychischer Störungen. Die Beeinflussung gestaltet sich regelmäßig so, daß von dem Induzierten in erster Linie gewisse krankhafte Vorstellungen des Vorbildes ohne Berichtigung übernommen werden. Eine Reihe von Vorstellungskreisen pflegen hier immer wiederzukehren. Auf der einen Seite handelt es sich um Verfolgungsideen. Der Induzierte gewinnt die Überzeugung, daß dem Kranken Unrecht geschehen sei,

daß er Feinde hat, die ihn zu unterdrücken, vielleicht aus der Welt zu schaffen suchen, ihm Geld, Rang und Würden vorenthalten. Er hält ihn für geistig vollkommen gesund, seine Angaben über Nachstellungen, Schädigungen und Beeinträchtigungen aller Art für wahr, seine Abwehr- und Verteidigungsmaßregeln für berechtigte Selbsthilfe. Auch ihm leuchtet es ein, daß die von dem Kranken vorgebrachten wahnhaften Vorgänge je nachdem nicht ohne schwere Pflichtverletzungen der Gerichte, der Polizei, der Regierung oder planmäßige Feindseligkeit bestimmter Personen möglich sind, die er daher sehr abfällig zu beurteilen geneigt ist.

Eine wesentlich größere induzierende Rolle pflegen aber Größenideen zu spielen. Sie treten im allgemeinen bei den Kranken, die ihre Umgebung in stärkerer Weise zu beeinflussen vermögen, mehr in den Vordergrund; sie erwecken aber auch Aussichten und Hoffnungen, die leichter Widerhall bei der Umgebung finden, als die doch immer nur den Kranken allein bedrohenden Verfolgungen. Personen, die mit großen Geldansprüchen hervortreten, finden daher verhältnismäßig leicht Glauben, namentlich wenn es sich um Hunderttausende oder gar Millionen handelt. Die verlockende Möglichkeit, an dem zu erwartenden Segen auch ein wenig teilnehmen zu können, ist ein sehr günstiger Boden für die Leichtgläubigkeit. Die Höhe der Summe verstärkt die einleuchtende Kraft auch noch deswegen, weil es zu gewagt erscheinen muß, so weitgehende Behauptungen ohne triftige Begründung aufzustellen. Ähnliche Gesichtspunkte gelten für die nicht seltenen Ideen vornehmer Abstammung, die für den Induzierten ebenfalls wesentlich die Aussicht auf allerlei sehr greifbare Vorteile bedeuten. Am leichtesten findet aus naheliegenden Gründen die Behauptung der Kranken Glauben, ein Kind der Liebe aus fürstlichem, womöglich regierendem Hause zu sein, mit Anspruch auf reichlich bemessene Entschädigung, seltener auch auf den Thron.

Die bei weitem ergiebigste Quelle der psychischen Beeinflussung aber entspringt auf religiösem Gebiete. Einerseits besteht ja im weitesten Umfange das Bedürfnis nach näheren Beziehungen mit den höheren Mächten und tieferem Eindringen in die Geheimnisse des Übersinnlichen; andererseits aber versagen hier mehr oder weniger alle Hilfsmittel verstandesmäßiger Beurteilung. Auch das Unwahrscheinlichste, das Wunder, die göttliche Sendung und Ab-

stammung, ist wenigstens grundsätzlich nicht ganz unmöglich. Kranke, die eine abweichende Art von religiösen Anschauungen und von Gottesverehrung vertreten, die Bibel auf ihre Weise deuten, sich als besonders begnadet, als Propheten und Nachfolger Christi ausgeben, finden daher nicht allzu schwer diesen oder jenen Gläubigen, der von der neuen, vielleicht den Regungen der Volksseele mehr entsprechenden Lehre und dem in greifbare Nähe gerückten Erlöser mehr erhofft, als von den überlieferten Glaubensanschauungen der Kirche. Ins Gewicht fällt dabei natürlich auch die Aussicht, zu der kleinen Schar Auserwählter zu gehören und auf diese Weise eine bevorzugte Ausnahmestellung einzunehmen. Namentlich die Armen und Bedrängten pflegen besonders geneigt zu sein, sich solchen neuen Erlösungsmöglichkeiten zuzuwenden, zumal wenn sie ihrem Verlangen entgegenkommen, an den Freuden dieser und jener Welt in reichlicherem Maße teilzunehmen.

Die bis hierher geschilderten Beeinflussungen gehören im allgemeinen noch durchaus der Gesundheitsbreite an. Leichtgläubigkeit und Urteilslosigkeit, Neigung zu Aberglauben und Schwarmgeisterei sind der Boden, auf dem die Übernahme fremder Wahnvorstellungen verhältnismäßig leicht erfolgt. Der Vorgang ist grundsätzlich nicht wesentlich verschieden von demjenigen, der sich bei der Entstehung und Verbreitung von Parteien, Sekten, „Richtungen", Zeitströmungen aller Art abspielt. Nur wird hier die Krankhaftigkeit des Ausgangspunktes verkannt, sei es, weil nach der Natur der Dinge die richtige Würdigung dieses Umstandes unmöglich oder doch schwierig ist, sei es, daß aus Nachlässigkeit, Gedankenlosigkeit oder Urteilsschwäche jede nähere Prüfung unterbleibt.

Unmerklich aber kann die rein verstandesmäßige Anerkennung fremder wahnhafter Vorstellungen sich zu einer persönlichen, gemütlich stark betonten Parteinahme fortentwickeln, die dann auch für das Handeln maßgebende Bedeutung gewinnt. Auch dieser Vorgang hält sich noch im Rahmen des Gesunden, wenn das von übernommenen wahnhaften Voraussetzungen ausgehende Handeln wenigstens durch verständige Beweggründe geleitet wird. Wer die Beschwerden eines angeblich rechtswidrig seiner Freiheit beraubten Geisteskranken für begründet hält und tatkräftig seine Partei ergreift, leidet deswegen natürlich noch nicht an induziertem Irresein, ebensowenig wie ein Bauer, der einen mit großen Geldansprüchen

hervortretenden Querulanten als willkommenen Schwiegersohn zu gewinnen suchte. Immerhin besteht hier die ernste Gefahr, allmählich ins Fahrwasser des Krankhaften hineinzugleiten, je mehr nicht nur die wahnhaften Gedankengänge ohne Berichtigung selbständig fortgesponnen werden, sondern auch die Gemütslage und das Handeln von ihnen maßgebend beeinflußt wird. Schließlich kann es zu einer so starken Beeinflussung der Persönlichkeit kommen, daß eine weitgehende Annäherung des gesamten Denkens, Fühlens und Wollens an dasjenige des krankhaften Vorbildes zustande kommt.

Auf diese Weise kann sich zunächst der induzierte Verfolgungswahn entwickeln. Hier wird unter Umständen auch die Verarbeitung äußerer Eindrücke in Mitleidenschaft gezogen. Dem Induzierten enthüllen sich überall dieselben feindseligen Bedrohungen, die den induzierenden Kranken beunruhigen, verdächtige Geräusche, Gebärden und Mienen. Es klopft an der Türe, wispert vor dem Fenster, poltert auf dem Dachboden; an den Scheiben der Glastüre huschen Gestalten vorüber; in der Wand sind Beobachtungslöcher. Die Luft im Zimmer ist dunstig, mit giftigen Gasen geschwängert; das Essen hat einen abscheulichen Geschmack. Derartige beängstigende Wahrnehmungen häufen sich bei gegenseitiger Beeinflussung. Jeder der Kranken steigert die wahnhafte Befangenheit des anderen und entnimmt aus deren Schöpfungen wieder die Bestätigung für die eigenen krankhaften Auffassungen. Oft weiß keiner mehr, was er selbst wirklich wahrgenommen hat, und was ihm von dem anderen mitgeteilt wurde. Wir begegnen hier der bekannten Erfahrung, daß Gemütsbewegungen und damit deren verfälschende Einwirkungen auf die Wahrnehmung sich rasch verstärken, sobald sie Widerhall finden.

Ferner können sich Erinnerungsfälschungen entwickeln. Entsprechend den Erfahrungen über die gegenseitige Beeinflussung von Zeugen nach häufigen Vernehmungen, trübt und verändert sich das Bild der Vergangenheit durch übernommene wahnhafte Bestandteile. Eine Kranke, die längere Zeit nach Abschluß eines Vertrages mit der Behauptung herausrückte, sie habe mit ihrem Manne nur leere Blätter unterschrieben, brachte diesen, der allerdings erheblich altersschwachsinnig war, binnen kurzem zu der gleichen Angabe. Häufig genug erweist es sich als ganz unmöglich, mit

einiger Zuverlässigkeit festzustellen, was der Induzierte wirklich selbst erfahren hat, und was ihm aufgedrängt wurde, da er außerstande ist, diese verschiedenen Bestandteile auseinanderzuhalten.

Gewöhnlich kommt es zu einer widerstandslosen Unterordnung des eigenen Urteils unter das des induzierenden Kranken, oder richtiger, nur dort, wo diese Unterordnung stattfindet, nimmt die Beeinflussung das Gepräge des Krankhaften an. Auch die unsinnigsten und widerspruchsvollsten Behauptungen werden gar nicht weiter geprüft, sondern ohne weiteres hingenommen; an die Stelle der verstandesmäßigen Überzeugung tritt der blinde Glaube. Begünstigt wird diese Beeinflussung namentlich durch Ängstlichkeit. Sobald der Induzierte die Überzeugung gewinnt, daß er selbst mitgefährdet ist, pflegt seine Kritik zu versagen. Ein schon früher erwähntes, von seiner Herrin in Schrecken versetztes Dienstmädchen wurde von ihr leicht überzeugt, daß ein Mörder im Klavier versteckt sei.

Im Zusammenhange mit den übernommenen Wahnvorstellungen wird auch die Stimmung und das Handeln beeinflußt. Die Furcht vor feindlichen Einwirkungen, das Mißtrauen gegen die Umgebung führen zur Absperrung und zu allerlei Schutzmaßregeln. Die Kranken schließen sich zusammen ein, verrammeln Türen und Fenster, lassen niemanden mehr ins Haus, beten Tag und Nacht, nehmen keine Nahrung zu sich, um nicht vergiftet zu werden, rufen um Hilfe, schimpfen zum Fenster hinaus. Sie steigern sich gegenseitig immer mehr in Angst und Verzweiflung hinein, vernachlässigen ihre körperliche Pflege, lassen sich verwahrlosen und schreiten schließlich vielleicht zum gemeinsamen Selbstmorde, wie in einem von Konstantinowsky berichteten Falle, in dem sich 5 Schwestern gleichzeitig vergifteten. Auf die Anhänger der Querulanten pflegt sich deren Kampfesstimmung zu übertragen; sie schreiben Eingaben, Zeitungsaufsätze, Streitschriften, suchen die öffentliche Meinung aufzuklären und die Gesetzgebung zu beeinflussen.

Bei dauerndem Zusammenleben kann auch das gesamte äußere Verhalten des induzierten Kranken bis in alle Einzelheiten hinein in den Bann seines Vorbildes geraten. Die beiden Kranken können sich auf das innigste aneinander anschließen, unzertrennlich werden, sich gleich kleiden, dieselben Wendungen gebrauchen, sich in Haltung, Gang, Gebärden und Mienenspiel genau aneinander

anpassen. Am leichtesten vollzieht sich diese Entwicklung natürlich bei Blutsverwandten. Auf der anderen Seite beobachtet man hier und da wieder eine gewisse Selbständigkeit in der Ausbildung der Krankheitserscheinungen, wenn auch die Gemeinsamkeit der Ausgangspunkte regelmäßig deutlich erkennbar bleibt.

Bei einer zweiten Hauptgruppe von Fällen steht der Größenwahn im Vordergrunde des Krankheitsbildes. Freilich läßt sich eine solche Scheidung nicht streng durchführen, da sich beim induzierenden Kranken vielfach Größenideen und Verfolgungsideen miteinander verbinden, doch pflegt die Färbung der Stimmung bald mehr von diesen, bald mehr von jenen beeinflußt zu sein. Auch hier können Trugwahrnehmungen durch Suggestion erzeugt werden. Die von Sikorski geschilderten „Malewanzen" rochen den unvergleichlichen Duft des heiligen Geistes, sahen Farben, Gestalten, Kronen am Himmel, bemerkten, wie ihre Glaubensgenossen über der Erde schwebten. Eine meiner Kranken begann leuchtende Farben, Blumen, das Jesuskind, die Himmelsmutter zu sehen, als ihr ähnliches von einer Frau mitgeteilt wurde, die gleich ihr von einer dritten induziert worden war.

Die blinde, widerspruchslose Übernahme fremder Überzeugungen erscheint vielleicht am begreiflichsten bei religiösen Wahnbildungen, die sich von vornherein nur an den Glauben wenden. Die Aussprüche des mit großer Sicherheit auftretenden Nachfolgers Christi, des Herrn und Meisters, gelten bedingungslos als ewige Wahrheiten; seine Prophezeiungen und Verheißungen werden sich buchstäblich erfüllen, so daß sie unbedenklich als Richtschnur für die gesamte Lebensführung hingenommen werden. Eine Kranke glaubte an die religiösen „Kündigungen" einer Frau, weil sich doch vieles „so schön gereimt" habe. Aber auch der geheimnisvolle Nimbus, der den Fürstensproß und Thronanwärter umgibt, vermag ihren Anhängern selbst die abenteuerlichsten Behauptungen schmackhaft zu machen. Eine Kranke, die erklärte, sie sei der Sohn (!) Ludwigs II. und der Herzogin von Alençon, werde demnächst 20 Millionen erhalten und den bayrischen Thron besteigen, fand bei einer Reihe von Personen Glauben und Unterstützung. Eine Klosterschwester, der sie, nach ihrer Angabe mit päpstlichem Dispens, die Ehe und die Königinwürde versprochen hatte, meinte auf Vorhalt: „Unter der Sonne kann alles vorkommen, und das ist eben kein

gewöhnlicher Fall." Sie stützte sich, wie das sehr häufig vorkommt, darauf, daß auch andere an „ihn" glaubten, und entkräftete die schriftliche Auskunft, daß sie einer Schwindlerin zum Opfer gefallen sei, mit dem Hinweise, das Schreiben habe weder Stempel noch Unterschrift getragen.

Auf Grund ihrer Überzeugungen führen die Parteigänger der Kranken allerlei Kämpfe, um der gerechten Sache zum Siege zu verhelfen. Sie bringen Geldmittel zusammen, machen Reisen, suchen einflußreiche Persönlichkeiten auf. Ein Mann, den seine kranke Frau davon überzeugt hatte, daß ihr nebst vielen anderen Besitzungen auch das Gasthaus gehöre, in dem sie zur Miete wohnten, begann eines Tages, selbst das Schlafgeld von den Gästen einzufordern, und traf Anstalten, den eigentlichen Wirt an die Luft zu setzen. Die Beeinflussung durch religiösen Größenwahn führt zu Sektenbildung mit ihren Begleiterscheinungen. Die Kranken treten aus der Kirche aus, widersetzen sich den kirchlichen Geboten, halten Zusammenkünfte, erbauen sich an den Predigten ihres Meisters, dem sie gehorchen, entsprechende Ehrungen erweisen und nach Kräften Geld spenden. Die Jünger eines Kranken, der sich für den „himmlischen Hochzeitsmahlgeber" erklärte, brachten die großen Kosten einer Vervielfältigung seiner umfangreichen Predigten und Prophezeiungen auf und verteilten diese zu zwei verschiedenen Malen in einer Reihe von bayrischen Städten. Bei Völkern mit stärkerer Neigung zu religiöser Schwärmerei, wie bei den Russen, ergeben sich mitunter auch weit folgenschwerere Handlungen. Die von Sikorski beschriebenen Kranken verkauften in sicherer Erwartung des geweissagten jüngsten Tages Hab und Gut, um ihr Leben noch nach Möglichkeit zu genießen. Selbst Menschenopfer oder freiwillige Selbstaufopferung sind schon in solchen Sekten vorgekommen. Die Ausbildung des induzierten Krankheitsbildes pflegt sich hier im allgemeinen eng an das Vorbild anzuschließen, bleibt aber an Reichhaltigkeit meist hinter ihm zurück. So erwarb sich die Tochter einer meiner Kranken wie jene die Gabe der Wahrträume, konnte aber nicht, wie sie, im Wachen prophezeien. „Weil meine Träume alle wahr werden, muß ich sie doch glauben", meinte sie.

Außer der Übernahme und inneren Verarbeitung von Wahnvorstellungen nebst den sich daraus ergebenden Folgen für das Handeln begegnen uns im Bereiche des induzierten Irreseins noch

mehr vorübergehende Erregungszustände, die bald mehr ein ängstlich-verwirrtes, bald mehr ein ekstatisch-verzücktes Gepräge tragen. Die ersteren finden sich vorzugsweise in Verbindung mit Verfolgungswahn, unter Umständen auch mit Besessenheitsideen. Die Kranken geraten, meist unter gegenseitiger starker Beeinflussung, in heftige Unruhe, werden schlaflos, verkennen Umgebung und Vorgänge im Sinne ihrer Wahnvorstellungen, führen verwirrte, zusammenhanglose Reden, begehen verkehrte Handlungen, schreien, brüllen, wälzen sich am Boden, widerstreben. Die zweite Form entwickelt sich namentlich im Anschluß an gemeinsame religiöse Übungen und stellt eine Steigerung der überschwänglichen Stimmungen dar, in die sich die Gläubigen durch gegenseitige Aneiferung zu versetzen pflegen. Visionäre Trugwahrnehmungen, Gefühle von Überseligkeit, von geistiger Durchströmung und innerer Erleuchtung, der Drang, zu predigen, „in fremden Zungen zu reden", zu singen, herumzutanzen, plötzliche Einfälle („Eingebungen") triebartig auszuführen, spielen dabei eine große Rolle. Gewöhnlich verknüpfen sich damit erotische Erregungen, die den Anlaß zu wilden, in das Gewand der Kultushandlung sich kleidenden Ausschweifungen geben können. Auch hysterische Zufälle, Zuckungen, Zittern, Ohnmachten, Krämpfe, starrkrampfähnliche Zustände, sind häufig. Seltener und wohl nur auf dem Boden hysterischer Veranlagung kann sich eine Art besonnenen Deliriums entwickeln. Eine meiner Kranken, die von einer anderen für ein abenteuerliches religiöses Liebeswerk gewonnen worden war und lebhafte Visionen gehabt hatte, fühlte, wie das Jesuskind von ihrem linken Arm Besitz nahm, den sie einwickeln, streicheln und küssen mußte, und mit dem sie sich in der Weise unterhielt, daß die rechte Hand durch Bewegungen antwortete. „Das ist etwas, das noch nicht so leicht da war", meinte sie. Bisweilen mußte sie schnaufen wie ein Auto, wurde vom heiligen Geiste geschüttelt und fiel unter Zuckungen hintenüber.

Der Verlauf der induzierten Geistesstörungen ist in hohem Maße von den äußeren Bedingungen abhängig, unter denen die Kranken leben. Die zuletzt geschilderten Zustände pflegen sich bei sachgemäßer Behandlung fast plötzlich, jedenfalls aber binnen wenigen Tagen zu verlieren. Weniger leicht beeinflußbar sind die rein wahnhaften Formen. Auch hier zeigt sich jedoch regelmäßig,

daß die Krankheitserscheinungen bei Trennung von der induzierenden Persönlichkeit ziemlich bald ihre Gewalt verlieren. Das lebhafte Interesse an dem gemeinsamen Wahne beginnt zu verblassen; der Kranke wird weniger ablehnend gegenüber Einwendungen, gibt vielleicht zu, daß er sich in diesem oder jenem Punkte getäuscht haben könne, daß er nervös, aufgeregt gewesen sei. Nicht selten kommt auch eine wirkliche Krankheitseinsicht zustande. In anderen Fällen verliert zwar der Wahn seine bestimmende Bedeutung für das Seelenleben, wird aber nicht oder doch nur unvollkommen berichtigt; die Kranken bleiben dauernd von der Richtigkeit der übernommenen Vorstellungen überzeugt, verzichten jedoch darauf, sie weiter zu verfolgen und in Handeln umzusetzen. Bouman hat einen Fall mitgeteilt, in dem ein unter den Einflüssen seines Bruders erkrankter und dann genesener junger Mann von neuem in ängstliche Erregung verfiel, als der Zustand des Bruders, den er pflegte, sich wieder verschlechterte.

Die allgemeinen Wurzeln des induzierten Irreseins liegen in der gegenseitigen Beeinflußbarkeit und im Nachahmungstriebe der Menschen, wie sie die Grundlage einerseits aller Erziehung und Gesittung, andererseits der Massenpsychologie bilden. Das Wirksame ist überall die stärkere Persönlichkeit, der entschiedenere Wille. Natürlich vermögen aber nur solche Kranke auf ihre Umgebung einen bestimmenden Einfluß auszuüben, die von dieser für geistig gesund gehalten werden. Wenn die Urteilsfähigkeit in diesem Punkte auch innerhalb sehr weiter Grenzen schwankt, so ergibt sich doch, daß als induzierende Kranke wesentlich nur besonnene und geordnete Persönlichkeiten in Betracht kommen, deren Wahnbildungen sich nicht allzuweit von der Wahrscheinlichkeit oder wenigstens Möglichkeit entfernen. Die Hauptrolle spielen daher die Paranoiker und die Querulanten; in geringerem Umfange und unter besonderen Umständen können einzelne paranoide, namentlich paraphrenische Kranke induzierende Wirkungen ausüben. Auch manisch veranlagte Kranke mit paranoiden Zügen kommen hier gelegentlich in Betracht. Die unbekümmerte Rücksichtslosigkeit, mit der die wahnbildenden Kranken ihre Ideen zu verfechten und bei der Verwirklichung ihrer Pläne vorzugehen pflegen, ferner der ungewöhnliche und aufregende Inhalt ihrer krankhaften Vorstellungen sind gewiß für die Wirkungen, die sie auf ihre Umgebung ausüben, von

nicht zu unterschätzender Bedeutung. Verstärkt werden sie noch, wenn äußere Umstände, die Stellung des Kranken in der Familie, in der Gesellschaft oder hervorragende persönliche Eigenschaften seinen Anschauungen und Willensmeinungen besonderes Gewicht verleihen.

Auf der anderen Seite wird eine induzierte Geistesstörung am leichtesten bei Personen mit großer Beeinflußbarkeit zustande kommen. Leichtgläubigkeit, gemütliche Erregbarkeit, Bestimmbarkeit bahnen ihr den Weg. Nach einer Zusammenstellung von Jörger standen etwa die Hälfte der Induzierten diesseits des 30. Lebensjahres; das weibliche Geschlecht scheint stärker vertreten sein, wie es ja auch seiner erhöhten Beeinflußbarkeit entspricht. Eine erhebliche Rolle spielt jedenfalls die Veranlagung. Wenn sich über diese Frage zurzeit auch genauere Angaben nicht machen lassen, so war es doch in den meisten von mir beobachteten Fällen unverkennbar, daß es sich um urteilslose, bisweilen geradezu schwachsinnige, ferner um hysterische oder sonstwie psychopathische Persönlichkeiten handelte. Von Wichtigkeit aber ist sodann die Tatsache, daß ganz besonders häufig Mitglieder einer und derselben Familie einander in krankmachender Weise beeinflussen. Wollenberg, der 108 Fälle zusammengestellt hat, berichtet, daß 32mal eine Schwester, je 14mal ein Bruder, die Mutter oder eine Tochter, 8mal ein Sohn, 6mal der Vater und 3mal weitläufige Verwandte in zweiter Linie erkrankten. Für den Ehemann traf das nur 7mal, für die Frau 5mal, für Fremde ebenfalls 5mal zu. Es sind auch eine ganze Reihe von Beobachtungen bekannt, in denen 3, 4, ja 6 und 8 Mitglieder einer Familie anscheinend unter gegenseitigem Einflusse erkrankten. Sicherlich wird man zur Erklärung derartiger Erfahrungen auch auf das enge Zusammenleben, die von Jugend auf bestehende Gemeinsamkeit der Lebensanschauungen und Interessen Wert legen müssen, namentlich, wenn die Kranken, wie nicht selten, schon lange vorher die Neigung hatten, sich von der Umgebung abzuschließen und sich miteinander einzuspinnen. Indessen deutet doch die verhältnismäßige Seltenheit des induzierten Irreseins bei Ehegatten darauf hin, daß bei den familiären Erkrankungen weit mehr die Blutsverwandtschaft, als die Lebensgemeinschaft ins Gewicht fallen dürfte.

Daß durchaus nicht alle Fälle von gemeinsamer psychischer Erkrankung als induziertes Irresein anzusehen sind, wurde schon

früher betont. Außer den dort angeführten Einschränkungen ist ausdrücklich noch auf die Möglichkeit hinzuweisen, daß es sich um Fälle von familiärer Dementia praecox handeln kann. Namentlich dort, wo sich nach lange schon bestehenden Absonderlichkeiten das Leiden schleichend, vielleicht auch mit akuten Schüben entwickelt, wird daran gedacht werden müssen. Wir haben hier wohl mit Sicherheit anzunehmen, daß die eigentliche Ursache des Leidens bei allen Betroffenen nicht in psychischen Einflüssen zu suchen ist. Andererseits aber macht es doch den Eindruck, als ob unter Umständen die mit der Erkrankung eines Familienmitgliedes verbundene Erregung auch bei anderen ähnliche Krankheitserscheinungen auszulösen vermöchte, die vielleicht sonst nicht zustande gekommen wären. Man wird sich hier daran erinnern, daß sich in einer Familie neben den ausgebildeten schizophrenen Erkrankungen häufig noch manche abnorme Persönlichkeiten finden, die für gewöhnlich nur gewisse leichte Absonderlichkeiten und Mängel darbieten, bei gegebenem Anlasse aber doch wenigstens vorübergehend auch schwerere Krankheitserscheinungen zeigen können. Es ist ja eine nicht seltene Erfahrung, daß in schleichend verlaufenden Fällen von Dementia praecox, so bei alten Landstreichern und Gewohnheitsverbrechern, unter dem Einflusse einer psychischen Erregung bisweilen rasch ausgeprägtere Krankheitsbilder zur Entwicklung kommen können. Solche Beobachtungen würden dann denjenigen beim manisch-depressiven Irresein an die Seite zu stellen sein, mit dem Unterschiede, daß in unserem Falle ein dauerndes, wenn auch äußerlich wenig hervortretendes psychisches Siechtum besteht.

Aus den Entstehungsbedingungen des induzierten Irreseins ergibt sich, daß die Krankheitserscheinungen nach Art, Verlauf und Dauer regelmäßig eine deutliche Abhängigkeit von der ursächlichen Erkrankung aufweisen müssen. Allerdings wird man nicht etwa immer ein genaues Abbild dieser letzteren erwarten dürfen, wie es bisweilen vorkommt; meist wird die induzierte Psychose einerseits schwächer entwickelt sein, andererseits doch auch wieder diese oder jene persönlichen Züge darbieten. Namentlich die Erregungszustände pflegen eine mehr selbständige Gestaltung zu zeigen. Schönfeldt hat die Ansicht ausgesprochen, daß von einem induzierten Irresein nur dann die Rede sein könne, wenn die Wahnvorstellungen nach der Trennung von dem Ersterkrankten längere Zeit hindurch fest-

gehalten und weiter verarbeitet würden. Wo das nicht geschehe, liege ein einfacher Irrtum und keine Wahnbildung vor.

Es ist gewiß richtig, daß auf diesem Gebiete die Grenzen zwischen Irrtum und Aberglauben einerseits, krankhaftem Wahne andererseits schwer zu ziehen sind. Dennoch wird man wohl nicht darin allein das Kennzeichen des Krankhaften sehen dürfen, daß die übernommenen Vorstellungen dauernd unberichtigt bleiben. Bildet die Beeinflussung durch einen anderen Geisteskranken wirklich die Ursache des induzierten Irreseins, so wäre es durchaus denkbar, daß die so entstandenen Störungen wieder schwinden, sobald ihre Ursache beseitigt wird. Ähnliches beobachten wir bei den Wahnbildungen der Gefangenen, die ebenfalls zurücktreten und berichtigt werden können, wenn der Druck aufhört, der sie hervorrief. Allerdings muß das dort wie hier durchaus nicht immer eintreten. Wir dürfen uns wohl vorstellen, daß die Wirkungen der Schädlichkeit je nach ihrer Stärke und namentlich auch nach der Empfänglichkeit des Erkrankten sehr verschieden tief gehen können. Sie werden sich je nachdem rascher oder langsamer, völlig oder nur teilweise ausgleichen. Ja, es kann bei entsprechender Veranlagung, wie manche Beispiele zeigen, auch zu einer selbständigen paranoischen Fortentwicklung der einmal angeregten Wahnbildungen kommen.

Im allgemeinen freilich wird die weitere unabhängige Ausgestaltung des induzierten Krankheitsbildes mehr den Verdacht erwecken müssen, daß es sich nicht um die Verursachung, sondern nur um die Auslösung einer Psychose gehandelt hat. Maßgebend für die Entscheidung dieser Frage ist die klinische Form der induzierten Störung. Wo uns kennzeichnende Krankheitsbilder begegnen, die augenscheinlich der Dementia praecox oder dem manisch-depressiven Irresein angehören, und die weiterhin auch den diesen Erkrankungen eigentümlichen Verlauf nehmen, kann von einem eigentlich psychogenen, induzierten Irresein nicht die Rede sein. Gegenüber der Hysterie wird man Übergangs- und Mischformen zu erwarten haben. Während die ursprüngliche Geistesstörung einerseits lediglich als gemütlich erregendes Ereignis hysterische Zufälle auslösen kann, sehen wir doch andererseits auf dem empfänglichen hysterischen Boden Krankheitsbilder zur Entwicklung kommen, die in ihrer engen Anlehnung an das Vorbild und in ihrer Abhängigkeit von dessen Einwirkung ganz die Eigen-

tümlichkeiten des induzierten Irreseins tragen; dazu können sich, namentlich in Erregungszuständen, einzelne echt hysterische Krankheitszeichen gesellen. Hier sind demnach die Grenzen schwimmende, wie es bei der so nahe verwandten Entstehungsart beider Formen durchaus begreiflich erscheint. Ähnliches gilt für die induzierten paranoischen Krankheitsbilder. Wenn wir annehmen, daß die Paranoia eine dauernde krankhaft egozentrische Verarbeitung der Lebenserfahrungen bedeutet, so wird es vorkommen können, daß der Einfluß eines Geisteskranken eine schlummernde paranoische Veranlagung zur Entfaltung bringen und in eine bestimmte Richtung drängen kann. Je stärker daher die Neigung zu paranoischer Wahnbildung bei dem Induzierten von vornherein ausgesprochen war, desto selbständiger wird sich bei ihm weiterhin das Krankheitsbild entwickeln und umgekehrt.

Die Behandlung des induzierten Irreseins hat vor allem die Erkrankten voneinander zu trennen. In der Regel stellt sich dabei, wenn es vorher nicht erkennbar war, bald heraus, wer als der induzierende Teil anzusehen ist; bei ihm sind die Krankheitserscheinungen viel hartnäckiger und häufig unheilbar. Der Zustand des Induzierten pflegt sich unter dem Einflusse der gewöhnlichen Beruhigungsmittel, der Bettruhe, aufklärenden Zuspruchs, späterhin angemessener Beschäftigung, bald soweit zu bessern, wie es nach Lage der Dinge überhaupt erreichbar ist. Für die Vorbeugung ist von jeher auf die Notwendigkeit hingewiesen worden, Geisteskranke, die einen starken Einfluß auf ihre Umgebung ausüben, rechtzeitig aus dieser zu entfernen.

D. Der Verfolgungswahn der Schwerhörigen.

Bei Personen, denen die Verständigung mit der Umgebung durch starke Schwerhörigkeit oder gar völlige Taubheit nahezu unmöglich gemacht wird, kommt hier und da ein etwas verschwommener Verfolgungswahn mit eigentümlich unbestimmten Sinnestäuschungen und halb ängstlicher, halb gereizter Stimmung zur Beobachtung, der seine Wurzel anscheinend in dem Gefühle der Unsicherheit hat, wie sie durch die Unterbindung der wichtigsten seelischen Beziehungen zur Außenwelt hervorgerufen wird. Es ist ja bekannt genug, daß Schwerhörige im Laufe der Zeit,

namentlich Fremden gegenüber, mißtrauisch werden und sehr geneigt sind, Blicke, Gebärden, Heiterkeitsausbrüche auf sich zu beziehen, da ihnen die Hilfsmittel fehlen, dem Gange der Unterhaltung zu folgen, und da sie ja auch in der Tat der peinlichen Möglichkeit ausgesetzt sind, daß man sich in ihrer Gegenwart ohne ihr Wissen über sie lustig macht. Auf diesem, ganz langsam vorbereiteten Boden pflegen sich dann die eigentlichen Krankheitserscheinungen im Laufe einiger Jahre allmählich immer deutlicher zu entwickeln.

Eine erhebliche Rolle scheinen dabei öfters auch Geräusche im Ohr zu spielen, das Brummen, Rauschen, Rumpeln, Pumpern, das Sausen und Pfeifen. Die Kranken meinen, allerlei zu hören, was sie angeht. Man ruft sie, spricht über sie, über das, was sie gerade denken; „wenn man nicht recht hört, kommt es einem halt so vor", meinte eine Kranke. Die Leute sprechen auf der Straße Schlechtes, von Mord, unverschämte Sachen; „es ist nicht grad' Schimpfen, aber sie sagen grad' so was". Sie erzählen allerlei; der Kranke soll am Tode des Enkelchens Schuld sein; die Schwester soll durch ihn ums Leben gekommen sein; den Schwager hat man auch schon erstochen. Eine Kranke sollte einem Herrn nachgelaufen sein; es heißt: „die müssen wir ein wenig utzen: sie muß fort, verschubt werden, soll das roheste Weib sein". Alle diese Wahrnehmungen scheinen eine sehr geringe sinnliche Deutlichkeit zu besitzen. „Ich hab's nicht verstanden wegen des Ohrensausens", erklärte eine Kranke, und eine andere, der vorgeworfen wurde, daß sie auf dem Friedhofe Kränze fortgenommen habe, meinte: „Es lag so in der Luft." Bisweilen wird die Anknüpfung an Ohrgeräusche deutlich; eine Kranke hörte es im Kopfe in drei Sprachen sprechen. Der Inhalt des Gehörten ist fast ausschließlich unangenehm und beängstigend; nur eine Kranke gab an, es sei auch „von Erbschaft" gesprochen worden.

Auch wirkliche Beobachtungen werden von den Kranken vielfach in feindseligem Sinne gedeutet. Die Leute machen Zeichen, weisen mit Fingern auf den Kranken, werfen ihm belästigende Blicke zu, blasen ihn mit Rauch an; sie schleichen sich heran, stellen sich auf, um ihn zu überwachen, lauern ihm auf, drehen sich um; sobald er ans Fenster tritt, schauen sie hinauf. Sie fixieren ihn, wollen ihn anrempeln, hetzen Hunde auf ihn, glotzen ihm nach, strecken ihm die Zunge aus. Man macht sich über ihn lustig,

lacht verstohlen über ihn, ärgert, foppt, schikaniert, verleumdet ihn. Ein vollständig tauber Kranker behauptete, die Gendarmen plauderten hinter seinem Rücken über ihn, was er nicht hören könne; ein anderer bemerkte, daß Polizisten auftauchten, wo er sich blicken ließ. Eine Kranke meinte, daß die Frauen sie „krumm ansähen"; eine andere bemerkte, daß man ihr Gegenstände absichtlich verräume. Der Magen tut weh; es war wohl etwas im Essen. Ein Kranker beklagte sich, daß man überall die Fenster aufreiße, damit er sich erkälten solle.

Im Zusammenhange mit diesen Wahrnehmungen bilden sich Verfolgungsideen heraus. Die Kranken kommen zu der Ansicht, daß man sie verachte, sie nicht leiden könne, ihnen etwas antun wolle; sie sollen krank gemacht werden, sterben. Man will sie ärgern, ihnen etwas anhängen, sie vor den Leuten verächtlich machen, geschäftlich schädigen; sie haben Neider, die sie reizen, außer sich bringen wollen, ihnen keine Ruhe lassen. Sie werden für die Aufregung der Mitkranken verantwortlich gemacht, wegen Klatschereien eingesperrt, dürfen nicht mehr heim. Schutzleute kommen, verhaften sie, bringen sie gefesselt ins Zuchthaus; sie werden in einen Kasten gesteckt, erschossen, gekreuzigt, geköpft. Die Ärzte vergiften sie; das Haus ist voll Polizisten. Nachts werden sie am Schlafen gehindert; man schleicht sich ein; es steht jemand am Bett; eine Kranke glaubte, daß sie nachts photographiert und ihr Bild dann als Verbrecherin ausgestellt werde. Vielfach wehren sich die Kranken gegen die Bedrohungen. Sie beteuern, daß sie nichts getan hätten, nichts dafür könnten, verlangen eine Verhandlung, erklären, daß sie sich nicht ins Zuchthaus bringen lassen.

Auffassung und Orientierung lassen im allgemeinen keine gröbere Störung erkennen, doch ist mir mehrfach aufgefallen, daß die Kranken unzutreffende Antworten gaben, auch wenn die Fragen schriftlich gestellt waren. Vielleicht bedingt die gemütliche Spannung im Verein mit den oft äußerst quälenden Ohrgeräuschen doch eine gewisse Unbesinnlichkeit und Zerstreutheit. Die Kranken klagen auch häufig, zum Teil vielleicht im Zusammenhang mit Labyrintherkrankungen, darüber, daß sie schwindlig seien, Kopfschmerzen hätten, daß der Kopf leer sei, daß sie „ganz tappig", nicht mehr richtig seien. Zeitweise kann ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl vorhanden sein. „Ich weiß nicht, hab ich den Wahn oder hab ich die

Schwermut", äußerte eine Kranke; eine andere meinte, sie „bilde sich das Einsperren ein".

Die Stimmung ist vor allem durch das Gefühl der Unsicherheit beherrscht. Die Kranken sind argwöhnisch und mißtrauisch; „alle hörenden Menschen sind schlecht, alle tauben gut", meinte ein Kranker. Sie fürchten sich vor Personen, die hinter ihnen stehen, können der überall sich aufdrängenden Zweifel und Besorgnisse nicht Herr werden. „Wenn man nichts hört, dann kann man einem alles mögliche aufbinden", erklärte eine Kranke. Eine andere wurde von dem Gedanken gepeinigt, daß ihr vor Jahren verstorbener Mann vielleicht gar nicht tot gewesen sei, da er im Leichenhause noch so rote Backen gehabt habe. „Schwermutgedanken" tauchen auf; die Kranken werden ängstlich, fühlen sich unglücklich, beten; „das macht das Leiden, weil ich nicht recht höre", erklärte eine Kranke. Sie weinen, jammern, bitten um Verzeihung, äußern Selbstmordgedanken. Regelmäßig verknüpft sich jedoch damit eine gewisse Erregung und Reizbarkeit. Die Kranken sind zeitweise gespannt, nörgelig, streitsüchtig, schimpfen, werden auch wohl gewalttätig, schreiben beleidigende Briefe, erstatten Anzeige. Eine Kranke sprang plötzlich auf und lief davon mit dem Ausrufe, sie wisse ja nun, daß man sie auch da verfolge. Zwischendurch pflegen sie sich jedoch wieder zu beruhigen, sind dann ganz umgänglich und zutunlich, bisweilen sogar humorvoll.

Das äußere Verhalten der Kranken ist meist völlig geordnet. Sie neigen jedoch je länger je mehr dazu, sich von dem Verkehr mit der Umgebung zurückzuziehen, fühlen sich am wohlsten für sich allein, „studieren" viel vor sich hin, führen Selbstgespräche, schließen sich ein, verrammeln nachts sorgfältig die Türe. Er sei stumpfsinnig und menschenscheu geworden, meinte ein Kranker. Die Reden der Kranken erscheinen öfters zusammenhangslos und unverständlich, doch gelingt es meist ohne Schwierigkeit, sich mit ihnen in Beziehung zu setzen. Manche Kranke äußern sich schriftlich mit großer Gewandtheit. In der Regel sind sie auch dauernd imstande, sich zu beschäftigen und sich ihren Lebensunterhalt zu erwerben, solange sie nicht zu sehr gequält sind. Schlaf und Eßlust können unter der ängstlichen Spannung zeitweise sehr leiden.

Der Verlauf des Leidens ist im allgemeinen ein chronischer; er pflegt aber vielfachen Schwankungen unterworfen zu sein, die

eine deutliche Abhängigkeit von äußeren Bedingungen aufweisen. Gemütlich erregende Vorkommnisse bewirken sehr häufig eine Verschlechterung des psychischen Zustandes. Bei einem Kranken schloß sich eine wesentliche Zunahme seiner Verfolgungsideen an einen Entschädigungsprozeß an, den er mit einem Nachbarn führte, ferner wieder an eine Verletzung durch Hundebiß, die er auf böswilliges Verschulden des Hundebesitzers zurückführte. Eine Kranke erfuhr eine sehr beträchtliche Steigerung ihrer ängstlichen Erregung, als sich ihre Tochter ohne ihr Wissen verheiratet hatte. Umgekehrt sieht man die Kranken sich in verständnisvoller, freundlicher Umgebung meist rasch beruhigen. Unter Zunahme des Körpergewichts und Besserung des Schlafes kann sich sogar eine vollständige Krankheitseinsicht herausstellen. „Verfolgt hat mich doch niemand; ich glaub's nimmer", erklärte eine Kranke; sie habe nur Angst gehabt und sich etwas eingebildet durch das ewige Gesäuse im Ohr. Andere lassen sich allerdings von der Richtigkeit der gemachten Wahrnehmungen trotz der Beruhigung nicht abbringen; „es war keine Einbildung", meinte ein Kranker; er habe doch auch seine Augen.

Das hier in kurzen Zügen geschilderte Krankheitsbild ist in schwächerer Ausprägung bei Schwerhörigen wahrscheinlich gar nicht selten, wenn es auch nur ausnahmsweise eine solche Entwicklung nimmt, daß die Kranken dem Irrenarzte zugeführt werden. Die Ursachen sind wohl in dem Gefühle der Vereinsamung und Hilflosigkeit zu suchen, das bei höheren Graden der Schwerhörigkeit und bei längerer Dauer des Leidens immer drückender wird und den Kranken schließlich fast vollständig von den Beziehungen zu anderen Menschen abschließt. Die Äußerungen der Kranken selbst, die Entstehungsbedingungen der Krankheit und namentlich auch der günstige Einfluß teilnehmender Fürsorge lassen darüber kaum einen Zweifel. Die äußere Anregung für die auftauchenden Gehörstäuschungen wird dann durch die regelmäßig stark ausgebildeten Ohrgeräusche gegeben. Mit dieser Deutung des Krankheitsbildes steht in bester Übereinstimmung die Tatsache, daß fast alle meine Kranken Frauen und entweder ledig oder verwitwet waren, also unter der Vereinsamung besonders schwer zu leiden hatten. Mehrfach ließ sich auch feststellen, daß sich die ungünstige Gestaltung des Seelenzustandes erst im Anschlusse an

einen Todesfall herausgebildet hatte, der den Kranken ihre letzten Beziehungen zu näheren Angehörigen geraubt hatte.

Die überwiegende Mehrzahl der Kranken stand beim Einsetzen der Krankheit im 5. oder 6. Lebensjahrzehnt, also in einem Alter, in dem die seelische Anpassungsfähigkeit bereits gering geworden und die Anknüpfung neuer Beziehungen aus vielen Gründen erheblich erschwert ist. Die Schwerhörigkeit oder der Verlust des Gehörs hatte dagegen schon lange Jahre vorher bestanden, wenn auch bei einzelnen Kranken eine Zunahme ihres Leidens in den letzten Jahren vermerkt wurde. Alle von mir beobachteten Kranken befanden sich in wirtschaftlich kümmerlichen Verhältnissen, die sie die Erschwerung des Erwerbs wie die Absperrung von der Umgebung besonders drückend empfinden ließen. Einige Male wurde über Ängstlichkeit, Trunksucht, Schlaganfälle, Selbstmord bei Angehörigen berichtet. Die Verstandesbegabung der Kranken war meist gut.

Es bedarf wohl keines besonderen Hinweises darauf, daß die hier geschilderte Störung nur einen Teil der bei Schwerhörigen und Tauben beobachteten psychischen Erkrankungen umfaßt; ich möchte mit Sicherheit nur etwa die Hälfte der mir vorgekommenen Fälle dahin rechnen. Einige weitere Fälle schienen allerdings klinisch ganz ähnlich zu sein, doch habe ich sie außer Betracht gelassen, weil sie der Lues verdächtig waren zu einer Zeit, wo man noch nicht die Hilfsmittel zu genauerer Prüfung dieser Frage besaß. Außerdem aber scheint es bei nahezu oder völlig Tauben noch andere Krankheitsbilder zu geben, die wegen der Verständigungsschwierigkeiten kaum zu deuten sind. Manche Fälle erinnern an die Dementia praecox, namentlich wegen der eigentümlichen Unsinnigkeit ihrer mündlichen und schriftlichen Äußerungen. Es scheint sich aber dabei um die noch wenig bekannten Störungen der inneren Sprache zu handeln, wie sie durch den Ausfall der Klangbilder und den alleinigen Aufbau der Sprache auf motorischen Sprachvorstellungen und Schriftbildern bedingt werden, verbunden mit dem Fehlen jenes unausgesetzt regelnden Einflusses, den das Hören der eigenen und vor allem auch fremder sprachlicher Äußerungen auf den Ausbau des Sprachgefüges ausübt.

Sehen wir von derartigen, durch weitere Untersuchungen vielleicht noch näher zu klärenden Fällen ab, so bietet die Erkennung des hier umgrenzten psychogenen Verfolgungswahns der Schwer-

hörigen keine Schwierigkeiten. Man wird ihn insbesondere nicht mit den paranoiden Formen der Dementia praecox verwechseln, auch wenn der sprachliche Ausdruck aus den angedeuteten Gründen allerlei Absonderlichkeiten und Entgleisungen erkennen läßt. Die Kranken bleiben in ihrem Wesen immer natürlich, für freundliches Entgegenkommen zugänglich; sie zeigen namentlich keinerlei Willensstörungen, weder Negativismus noch Manieriertheit oder Stereotypien. Ihre Wahnbildungen gehen nicht über den Rahmen ängstlicher Befürchtungen hinaus; ihre Sinnestäuschungen entbehren regelmäßig der Reichhaltigkeit wie der zwingenden sinnlichen Deutlichkeit. Endlich zeigt die Krankheit auch im Laufe sehr langer Zeiträume keinen wesentlichen Fortschritt; Wahnbildung und äußeres Verhalten bleiben in der Hauptsache unverändert. Im Gegenteil kann durch wohlwollende ärztliche Einwirkung ein unverkennbar günstiger Einfluß auf die Gestaltung des Zustandes ausgeübt werden.

Auch von den Depressionszuständen des manisch-despressiven Irreseins hebt sich das Krankheitsbild deutlich ab. Ihm fehlt zunächst die Willenshemmung, wenn man die Äußerungen der Kranken auch bisweilen vielleicht im Sinne einer Denkhemmung deuten könnte. Die Kranken äußern sich ohne Schwierigkeit, sind auch meist imstande, sich in gewohnter Weise zu beschäftigen. Ihre Stimmung ist weniger traurig und gedrückt, als ängstlich und gereizt; ihr Wahn bewegt sich nicht in Versündigungs-, sondern in Verfolgungsideen. Der Verlauf des Leidens zeigt keine innere Gesetzmäßigkeit, sondern ist abhängig von äußeren Einflüssen; er vollzieht sich nicht in abgegrenzten Anfällen, sondern er bietet nur Schwankungen dar, die sich aus Änderungen der äußeren Lebensbedingungen erklären. Manische Züge werden nicht beobachtet, wenn die Kranken auch in freieren Zeiten öfters ganz vergnügt sein können.

Die hier versuchte Deutung bringt unser Krankheitsbild in eine gewisse innere Verwandtschaft zum Verfolgungswahn der Gefangenen. Es läßt sich auch wohl nicht verkennen, daß die Entstehungsbedingungen in beiden Fällen gewisse Übereinstimmungen darbieten. Dahin gehört einmal die hier durch die Taubheit, dort durch die Haft verursachte Absperrung von der Außenwelt und die so entstehende Einengung des Gedanken- und Interessenkreises,

sodann das Gefühl der Hilflosigkeit und Unsicherheit, endlich der weitgehende Ausschluß der Gehörsreize, der wenigstens auch in der Einzelhaft eine erhebliche Rolle spielt. Dadurch wird hier wie dort die Empfindlichkeit des ganzen Sinnesgebietes gesteigert, die Aufmerksamkeit auf die subjektiven Ohrgeräusche gerichtet und so vermutlich die Entstehung von Trugwahrnehmungen begünstigt. Auch der klinische Verlauf des Leidens zeigt in beiden Fällen manche Ähnlichkeiten, namentlich in der Beeinflußbarkeit durch äußere Maßregeln, im raschen Schwinden des Wahns und der Täuschungen unter günstigen Verhältnissen, in der dann sich einstellenden, mehr oder weniger vollständigen Krankheitseinsicht.

Auch zu dem senilen Verfolgungswahn dürften Beziehungen bestehen, wenn sie auch weniger nahe sind. Das Gefühl der wachsenden Hilflosigkeit und das aus ihm sich entwickelnde Mißtrauen ist beiden Krankheiten ebenso gemeinsam wie die zumeist dürftige und einförmige Gestaltung des Wahns und seine Besserung unter zweckmäßiger Behandlung. Selbstverständlich ist jedoch der Verfolgungswahn der Schwerhörigen nicht etwa als eine senile Erkrankung aufzufassen, schon wegen des viel jüngeren Alters der Kranken. Auch als präsenil möchte ich das Leiden nur insoweit ansehen, als in den betreffenden Lebensjahrzehnten die äußeren Bedingungen für eine Vereinsamung (Tod der Angehörigen, Heirat oder Fortziehen der Kinder) besonders häufig gegeben sind; einzelne Fälle lehren jedoch, daß auch viel früher schon, in den zwanziger oder dreißiger Jahren, das gleiche klinische Bild zur Entwicklung gelangen kann.

Die Behandlung des Leidens hat nur die Aufgabe, die hilflosen und geängstigten Kranken zweckmäßig zu versorgen. Vorübergehend kann bei lebhafterer Erregung Bettruhe geboten sein, die gewöhnlich rasch beruhigend wirkt; dazu kommt teilnahmvoller Verkehr mit den Kranken, freundlicher Zuspruch, passende Beschäftigung. Bei sehr ungünstigen äußeren Verhältnissen kann längere, unter Umständen dauernde Anstaltsfürsorge notwendig sein. Andere, rüstigere und erwerbsfähige Kranke können nach einiger Zeit, sobald sie sich beruhigt haben, wieder in ihre Tätigkeit zurückkehren, namentlich, wenn sie Angehörige oder Freunde besitzen, die sich ihrer annehmen und ihrer Vereinsamung entgegenarbeiten.

3. Die Schicksalspsychosen (Symbantopathien).

E. Die Unfallsneurosen.

Die Lehre von den durch Unfälle erzeugten Geistesstörungen hat im Laufe der letzten Jahrzehnte mancherlei Wandlungen durchgemacht. Sie knüpfte sich zunächst an die von Erichsen (1866), Riegler (1879), Westphal (1880), Möli (1881), Page (1883) u. a. mitgeteilten Erfahrungen über die Folgen von Eisenbahnunfällen an und faßte vor allem die körperlichen Krankheitserscheinungen ins Auge, die auf feinere oder gröbere Verletzungen des Rückenmarks („Railway-spine") oder des Gehirns zurückgeführt wurden. Oppenheim gab dann 1889 eine zusammenfassende Übersicht über eigene und fremde Arbeiten auf diesem Gebiete. Er stellte fest, daß nach Unfällen außer den Folgen grober Hirnschädigungen einmal hysterische und neurasthenische Störungen zur Beobachtung kommen, sodann aber recht häufig ein eigenartiges, aus psychischen und körperlichen Krankheitserscheinungen zusammengesetztes klinisches Bild, das er unter der Bezeichnung „traumatische Neurose" abzugrenzen suchte. Er war vorerst geneigt, als die Ursache dieser Erkrankung feinere Veränderungen des Nervengewebes durch plötzliche Erschütterungen oder reflektorische Beeinflussung anzusehen, kam aber dann von der Annahme einer organischen Grundlage des Leidens zurück, abgesehen von gewissen Ausnahmefällen. Demgegenüber vertrat Charcot die Ansicht, daß die psychischen Störungen nach Unfall, soweit sie funktionelle sind, allgemein der Hysterie zuzurechnen seien. Er verglich sie den hypnotischen Zuständen, indem er die Vermutung aussprach, daß die den Unfall begleitende Gemütsbewegung eine der Hypnose ähnliche Bewußtseinstrübung bedinge, die weiterhin den günstigen Boden für die Entstehung fest einwurzelnder Eigensuggestionen abgebe.

In der Tat war die Verwandtschaft der traumatischen Neurose mit der Hysterie so unverkennbar, daß sich die Überzeugung von der psychischen Entstehung der Krankheitserscheinungen immer mehr Bahn brach. So vielfach auch die Selbständigkeit des von Oppenheim neu aufgestellten Krankheitsbildes bekämpft wurde, so einig war man doch darüber, daß nicht die Art und Schwere des erlittenen Unfalles, sondern die an ihn sich anknüpfenden Ge-

mütsbewegungen die wesentliche Krankheitsursache darstellen. Sah man doch gelegentlich die gleichen Störungen zur Entwicklung kommen, ohne daß überhaupt eine körperliche Schädigung stattgefunden hatte! Am nächsten lag es, hier an die Nachwirkung der gemütlichen Erschütterungen zu denken, mit denen Unfälle verknüpft zu sein pflegen. Man nahm nach dem Vorgange von Charcot an, daß sich die unter dem psychischen Eindrucke des Unfalles entstandenen Störungen nur langsam oder unter Umständen gar nicht wieder ausgleichen, entsprechend etwa dem Vorgange bei der Entstehung hysterischer Lähmungen oder Kontrakturen.

Es zeigte sich indessen allmählich immer deutlicher, daß diese Erklärung nur für einen verhältnismäßig kleinen Teil der Fälle zutreffend sein konnte. Man beobachtete, daß sich die Beschwerden der Kranken in der Regel keineswegs an die ursprüngliche Gemütserregung beim Unfall anschlossen, sondern vielfach erst wesentlich später einsetzten und sich nunmehr allmählich verstärkten, ferner, daß die Zahl der traumatischen Neurosen nach der Einführung unserer Unfallgesetzgebung 1884 in unheimlicher Weise zunahm. Weiterhin ließ sich nicht verkennen, daß „der Kampf um die Rente" einen äußerst ungünstigen Einfluß auf das Befinden der Kranken ausübte. So wurde es klar, daß die große Mehrzahl der traumatischen Neurosen wesentlich durch die Wirkungen der Unfallsgesetzgebung erzeugt und unterhalten wurde, einerlei, ob man dabei nun mehr Gewicht auf die Züchtung des Krankheitsgefühls durch die immer wiederholten ärztlichen Untersuchungen und Begutachtungen oder auf die von Strümpell betonten „Begehrungsvorstellungen" legen mag, die dem Kranken sein Leiden als Mittel zur Erlangung einer Rente erscheinen lassen. Ganz in den Vordergrund treten diese letzteren bei einer kleinen Gruppe von Kranken, die ohne hinreichenden Rechtsgrund mit größter Hartnäckigkeit und Erbitterung den Kampf um die Rente gegen Behörden und Ärzte führen und dabei zu einer paranoischen Umwertung ihrer Ansprüche und der ihrer Verwirklichung entgegenstehenden Widerstände fortschreiten.

Aus diesen Darlegungen ergeben sich ohne weiteres die Gesichtspunkte, nach denen heute die Gruppierung der Unfallskranken zweckmäßig zu geschehen hat. Auszuscheiden sind zunächst diejenigen Fälle, deren Krankheitserscheinungen lediglich durch Hirn-

verletzungen bedingt sind, die eigentlichen traumatischen Psychosen, die wir bereits an anderer Stelle besprochen haben. Unter den lediglich psychisch verursachten Krankheitsbildern wäre ferner die Entstehung von kennzeichnend hysterischen Störungen nach Unfällen abzutrennen, die traumatische Hysterie; wir haben ihrer bei der Darstellung der Hysterie zu gedenken, der sie ihrem Wesen nach zugehören. In dem Reste von Beobachtungen wären dann vor allem diejenigen Krankheitsbilder, die unmittelbar den Aufregungen des Unfalls ihre Entstehung verdanken, von solchen zu sondern, deren Ursachen wir in den späteren gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen des schädigenden Erlebnisses, insbesondere im Rentenkampfe, zu suchen haben.

Für die erstere Gruppe erscheint vielleicht die Bezeichnung „Schreckneurose" am besten geeignet, weil bei ihnen der Schreck über ein plötzlich hereinbrechendes Unheil die eigentliche Krankheitsursache bildet. Ich hatte diesen Namen früher für die Unfallsneurosen im allgemeinen vorgeschlagen, habe mich aber davon überzeugt, daß die Voraussetzungen, von denen ich damals ausging, unzutreffend sind. Die Benennung „Emotionsneurose", wie sie namentlich von den Franzosen bevorzugt wird, halte ich wegen ihrer Unbestimmtheit nicht für zweckmäßig. Aus der zweiten Gruppe endlich heben sich dann wieder die eigentlichen Rentenkämpfer heraus, die offenbar den Querulanten an die Seite zu stellen sind und darum auch im Zusammenhange mit ihnen berücksichtigt werden sollen. Die Hauptmasse indessen bilden Krankheitszustände anderer Art, die aber doch ebenfalls wesentlich aus den Erregungen des Rentenkampfes ihre Nahrung ziehen. Wir wollen sie unter der Bezeichnung der traumatischen Neurose zusammenfassen, da sie den wesentlichen Inhalt des von Oppenheim unter diesem Namen umschriebenen Krankheitsbildes darstellen. Brissaud hat dafür die Bezeichnung „Sinistrose" vorgeschlagen; Morselli spricht von „metatraumatischer" Neurose.

Die Schreckneurose[1]) stellt sich uns dar als eine krankhafte Steigerung und Fortdauer der Wirkungen, die eine heftige Gemütserschütterung auf das seelische und körperliche Verhalten des Menschen ausübt. Ihr Krankheitsbild setzt sich daher wesentlich

[1]) Mondio, Rivista di psichologia applicata VII, 5; Stierlin, Deutsche Medizin. Wochenschr. XXXVII, 2028; Monatsschr. f. Psychiatrie XXV, 185.

aus Erscheinungen zusammen, die uns als Ausdruck starker Gemütsbewegungen aus der täglichen Erfahrung bekannt sind. In der Hauptsache handelt es sich um eine rasch eintretende Bewußtseinstrübung mit allgemeiner Willenserregung, seltener mit Willenshemmung. Wenn man will, kann man in dieser Reaktion ein Zusammenspiel von Schutz- und Abwehrmaßregeln ursprünglichster Art sehen, insofern einmal den erschreckenden Eindrücken der Zutritt zum Bewußtsein gesperrt wird, während andererseits entweder durch Aufbietung aller möglichen Willensantriebe Abwehr oder Flucht versucht oder nach dem Beispiele der Kataplexie der Gefahr durch völlige Willenlosigkeit begegnet wird. Es wäre denkbar, daß diese stammesgeschichtlich alten Einrichtungen in Betrieb gesetzt werden, wo die gemütliche Spannung ein gewisses Maß übersteigt, oder wo die Verteidigungsmittel einer höheren Entwicklungsstufe, Überlegung und zielbewußtes Handeln, unvollkommen ausgebildet sind. Wir werden ähnliche Überlegungen bei der Betrachtung der hysterischen Krankheitserscheinungen anzustellen haben.

Die leichtesten Formen der Schreckneurose hat Meyer[1]) beschrieben, der das psychische Verhalten frisch Verletzter genauer untersuchte. Er fand Abweichungen von der Gesundheitsbreite in 25 von 37 Fällen; fünfmal waren sie ziemlich stark. In der Regel war die Orientierung gestört, besonders über Zeitverhältnisse. Die Kranken erschienen zerstreut, vergeßlich, leicht ermüdbar. Bei Rechenversuchen versagten sie leicht, zeigten Neigung zum Haften. Ein Kranker war einige Tage stuporös. Die Stimmung war bald mürrisch, abweisend, bald auffallend gehoben. In den schwereren Fällen wurde Rededrang, starkes Haften und Neigung zu Konfabulationen beobachtet. Bisweilen zeigten sich auch Schwierigkeiten der Wortfindung, Unfähigkeit, zu lesen oder zu schreiben; hier dürften überall greifbare Hirnschädigungen mitgespielt haben.

Ähnliche Erfahrungen werden nach Unfällen oder sonstigen erschütternden Ereignissen häufiger gemacht. Es entwickeln sich Zustände von Benommenheit, Unbesinnlichkeit, Unklarheit mit Erschwerung und Verfälschung der Wahrnehmung und der Verarbeitung äußerer Eindrücke, ferner starke innere Spannung oder Erregung, die sich in stürmischen Ausdrucksbewegungen und sinn-

[1]) Meyer, Berl. Klin. Wochenschr., 1911, 19.

losen Handlungen Luft machen kann. Dabei ist das Bewußtsein bald von zahlreichen, wirr durcheinander drängenden Vorstellungen und Gedankengängen erfüllt, bald wird das ganze Denken durch einzelne, beherrschende Vorstellungen gehemmt; eine meiner Kranken wartete nach einem heftigen Schreck „auf Leben und Tod", fragte sich, ob sie noch schnaufe oder nicht. Die Erinnerung an solche Zeiten ist regelmäßig unklar und lückenhaft. Hier und da kommt es zu deliranten Erregungszuständen mit Sinnestäuschungen und Wahnbildungen, die jedoch wohl dem Gebiete der Hysterie einzuordnen sind. Da alle diese Störungen die Dauer einiger Stunden, Tage oder höchstens Wochen nicht zu überschreiten und sich vollkommen wieder auszugleichen pflegen, kommen sie nur sehr selten in irrenärztliche Beobachtung.

Wesentliche Fortschritte in der Kenntnis der Schreckneurosen haben uns die Beobachtungen gebracht, die von mehreren Forschern über die durch Massenunglücksfälle erzeugten Geistesstörungen gesammelt wurden, besonders bei dem Erdbeben von Messina und bei dem Grubenunglück von Courrières. Das Bild, das wir uns nach diesen Untersuchungen von dem Zustande der Erkrankenden machen können, bietet in der Hauptsache die Züge einer Verwirrtheit mit triebartiger Erregung dar. Die Kranken fassen lückenhaft, verschwommen und falsch auf, verkennen die Personen, begreifen nicht, was man ihnen sagt, verstehen ihre Lage und die sich abspielenden Vorgänge nicht. Sie sind unklar, unbesinnlich, „wie betrunken", verworren, vergeßlich, bisweilen auch delirant. Ihre Stimmung ist gereizt, ängstlich, mißtrauisch, gespannt, oder tief deprimiert, mutlos, öfters aber auch stumpf und gleichgültig. Sehr häufig ist sinnlose Unruhe. Die Kranken lachen verständnislos, brüllen, fluchen, drohen, schlagen wild um sich, greifen wahllos an, kämpfen verzweifelt, rennen mit dem Kopfe gegen die Wand. Sie laufen mit stierem Blicke plötzlich davon, bleiben taub gegen Zureden, verweigern die Nahrung; sie geben unverständliche Antworten, wiederholen dieselben Worte, treffen unsinnige Anordnungen, führen die sonderbarsten Handlungen aus. Ein junger Mensch beteiligte sich nach dem Einsturze seines Hauses durch ein Erdbeben am Löschen des Feuers, kümmerte sich aber gar nicht um seine Angehörigen und benahm sich wie ein Clown, trieb sich planlos herum, um erst nach einer Woche zu sich zu kommen.

Einer der Geretteten von Courrières irrte 2 Tage und 2 Nächte herum; ein anderer sprang in einen gerade haltenden Zug und fuhr davon; ein dritter beschmierte sich mit faulenden Leichenteilen. Nach der Vernichtung von Messina lief ein Kranker lachend im Hemde herum, in der Hand einen Hering; ein anderer, ebenfalls im Hemde, schickte sich an, Blumen zu begießen. Hier und da kommen auch Stuporzustände zur Entwicklung, dumpfes, verständnisloses Hinbrüten mit völliger Lähmung aller Willensregungen. In der Regel setzen die Störungen sehr rasch nach dem Hereinbrechen des Unglücks ein, seltener erst im Laufe der nächsten Tage.

Die Bewußtseinstrübung pflegt sich nach einigen Tagen allmählich aufzuhellen; bisweilen bleibt allerdings eine leichte Unbesinnlichkeit und Denkerschwerung mit einzelnen verkehrten Antworten und Handlungen noch mehrere Wochen und selbst Monate zurück. Die Erinnerung an die durchlebte Zeit und meist auch an die gemütlich erschütternden Vorgänge ist verworren und lückenhaft. Gewöhnlich besteht zunächst noch Gedächtnisschwäche, Vergeßlichkeit, Ermüdbarkeit, gesteigerte gemütliche Erregbarkeit, innere Unruhe, Ängstlichkeit, Niedergeschlagenheit, Schreckhaftigkeit; oft drängen sich einzelne Bilder aus der Unglückszeit mit großer Macht immer wieder ins Bewußtsein und bedingen die Befürchtung vor der Wiederkehr ähnlicher Ereignisse. Lebenslust und Tatkraft können noch längere Zeit fehlen; manche Kranke erscheinen schlaff, abgestumpft, wie gebrochen, früh gealtert; andere wieder sind merkwürdig sorglos, berichten über die schrecklichsten Einzelheiten ihrer Erlebnisse anscheinend ohne innere Erregung. Der Schlaf ist regelmäßig ungenügend, durch ängstliche Träume, Albdrücken und Aufschrecken gestört. Daneben finden sich eine ganze Reihe von körperlichen Beschwerden in stärkerer oder schwächerer Ausprägung, Herzklopfen, Beklemmungsgefühle, rascher Wechsel der Pulsfrequenz, Schweißausbrüche, Wallungen, Kälte- und Hitzeempfindungen, Schwindel, Kopfschmerzen, Mattigkeit, Zittern, Mißempfindungen.

Alle diese Störungen treten gewöhnlich im Verlaufe einiger Monate nach und nach zurück, wenn sich auch leichte Andeutungen, Erdbeben- oder Gewitterfurcht, Abneigung gegen das Bahnfahren, gelegentliche ängstliche Träume mit Wiederkehr der alten Schreckensbilder, vielleicht noch längere Zeit hindurch erhalten.

Es scheint aber, daß es auch schwere Fälle gibt, die unter deliranten Erscheinungen rasch zum tödlichen Ende führen. Ob hier wirklich nur unmittelbare Folgen heftiger Gemütsbewegungen, etwa Versagen des Herzens, den unglücklichen Ausgang verursachen, oder ob es sich um die Verbindung mit zufälligen körperlichen Erkrankungen (Arteriosklerose, Nierenleiden) handelt, ist noch nicht genügend aufgeklärt, zumal die Fälle offenbar recht selten und die Bedingungen für ihre genauere Untersuchung meist sehr ungünstige sind.

Als auslösende Ursachen für die Schreckneurose können naturgemäß alle Ereignisse (Unfälle, Brände, Blitzschläge, Starkstromschläge, Explosionen, Schiffbrüche, Erdbeben) in Betracht kommen, die heftige Gemütserschütterungen erzeugen, einerlei, ob dabei eine wirkliche Schädigung der Kranken stattfindet oder nicht. Außer dem Schreck im engeren Sinne spielt daher auch die Angst vor schwerer Gefahr oder die Verzweiflung über eigenes oder fremdes Unglück eine große Rolle. Es ist jedoch unverkennbar, daß weiterhin sehr viel von der persönlichen Widerstandsfähigkeit und gemütlichen Spannkraft abhängt. Allerdings gibt es Anlässe, wie große Brände, Schiffbrüche, Erdbeben, bei denen zahlreiche Beteiligte gleichzeitig in die hier geschilderten Zustände geraten. Dennoch zeigt sich bei anderen, weniger die Massen aufpeitschenden Unglücksfällen und namentlich auch beim Einzelunfalle, daß die Gefahr der Schreckneurose je nach der persönlichen Veranlagung sehr verschieden groß ist. Man wird wohl im allgemeinen annehmen dürfen, daß gemütlich leicht erregbare Menschen, besonders Frauen und Psychopathen, unter dem Einflusse heftiger Gemütserschütterungen leichter „den Kopf verlieren", in Verwirrung und sinnlose Erregung geraten. Andererseits scheint es, daß sich die Folgen derartiger Stürme bei älteren und sonstwie geschwächten Personen, bei Trinkern, Arteriosklerotikern, Herzkranken, langsamer und unvollkommener wieder ausgleichen. Bis zu einem gewissen Grade kann die Zugänglichkeit für die Schreckneurose, wie die oben angeführten Beispiele lehren, durch die Massensuggestion gesteigert werden. In den Entsetzenstaumel großer, allgemeiner Katastrophen werden wenigstens vorübergehend viele mit hineingezogen, die bei einem Einzelunfalle Kaltblütigkeit und Selbstbeherrschung zu bewahren imstande gewesen wären.

Der Umstand, daß wir es bei der Schreckneurose mit den Folgeerscheinungen von Gemütsbewegungen zu tun haben, könnte zu der Auffassung führen, daß es sich hier lediglich um hysterische Störungen handle. Es ist auch gewiß richtig, daß durch die gleichen Anlässe, welche die Schreckneurose erzeugen, oft genug hysterische Erscheinungen zustande kommen, ja, man wird mit der Möglichkeit rechnen müssen, daß uns bei demselben Kranken unter Umständen Krankheitszeichen begegnen, die zum Teil dem Bilde der Schreckneurose, zum Teil demjenigen der Hysterie angehören. Der Unterschied zwischen beiden Erkrankungen liegt einmal darin, daß wir es bei der Schreckneurose nur mit einer einfachen Verstärkung derjenigen seelischen und körperlichen Wirkungen zu tun haben, die wir auch sonst bei Gemütsbewegungen beobachten, während bei der Hysterie die Erregung daneben noch auf ganz ungewöhnliche Bahnen abgelenkt wird. Nicht die Heftigkeit, sondern die besondere Art der Folgen gemütlicher Erregungen ist hier das kennzeichnende; sie wird, wie Babinski zweifellos richtig hervorgehoben hat, vielfach durch Vorstellungen bestimmt, die mit dem auslösenden Ereignisse gar nicht oder nur in lockerem Zusammenhange stehen.

Außerdem aber scheinen die Gemütsbewegungen der Hysterischen auf Gebiete auszustrahlen, die sonst auch den stärksten Erschütterungen des seelischen Gleichgewichtes nicht zugänglich sind. Die Eigenart der hysterischen Reaktion zeigt sich daher auch, wie ebenfalls Babinski betont hat, keineswegs bei großen, das ganze Seelenleben aufwühlenden Anlässen, sondern vielmehr bei den kleinen Erregungen des täglichen Lebens. Ja, es scheint geradezu, als ob gewaltige Gemütserschütterungen der Entwicklung der eigentlich hysterischen Störungen ungünstig wären; wenigstens berichtet Babinski, daß Neri, der unmittelbar nach dem Erdbeben von Messina etwa 2000 davon Betroffene untersuchen konnte, weder hysterische Kontrakturen noch Hemianästhesien noch konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung nachweisen konnte. Er meint, daß eben die durch das furchtbare Ereignis erzeugte Verwirrung die Ausbildung von Suggestionen und damit von hysterischen Krankheitszeichen verhindert habe. Wenn mir auch Babinskis Erklärung anfechtbar erscheint, so wird doch zugestanden werden müssen, daß die Entstehungsbedingungen für

die Schreckneurose und für die hysterischen Störungen verschiedene sind. Dort handelt es sich um einen allgemeinen gemütlichen Aufruhr von unerhörter Heftigkeit, hier dagegen um viel enger umschriebene und daher gewiß auch dem Einflusse der Suggestion weit stärker zugängliche gemütliche Erregungen, die an sich gar nicht besonders stark zu sein brauchen. Im Gegenteil wird man vielleicht begreifen können, daß besonders stürmische Erschütterungen des Seelenlebens die hysterische Umgrenzung der Wirkungen auf bestimmte Gebiete verhindern.

Noch wichtiger aber wohl, als der soeben besprochene Unterschied, ist die Neigung der hysterischen Störungen, selbständig fortzudauern, wenn die auslösende Gemütsbewegung selbst längst geschwunden ist. Auch bei der Schreckneurose können sich einzelne Zeichen der durchlebten gemütlichen Erschütterung längere Zeit hindurch erhalten, aber nur im Zusammenhange mit dem Nachzittern der großen inneren Bewegung. Bei der Hysterie löst sich diese Verbindung. Die ursprünglich durch einen Schreck, einen Unfall entstandene Lähmung oder Kontraktur besteht weiter, unter Umständen viele Jahre hindurch, auch wenn die Kranken längst vollständig gemütsruhig geworden sind. Daher dort die noch einige Zeit das ganze innere Leben beherrschende, allmählich abklingende Erregung mit ihren Begleiterscheinungen, hier die Fortdauer von Einzelstörungen ohne erkennbare Spur von innerer Beunruhigung.

Die Behandlung der Schreckneurose in dem hier umgrenzten Sinne wird sich zunächst auf Bettruhe, tröstenden Zuspruch und körperliche Pflege beschränken können; späterhin kommt wesentlich Ablenkung und befriedigende, das Selbstvertrauen hebende Beschäftigung in Betracht. —

Das allgemeine Bild der traumatischen Neurose[1]) ist durch eine depressive oder mürrische Verstimmung mit Weh-

[1]) Oppenheim, Die traumatischen Neurosen, 2. Aufl. 1892; Schultze, Sammlung klinischer Vorträge, N. F. 14 (Innere Medizin Nr. 6); Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde I, 5 u. 6, 445; Strümpell, Münchner medizinische Wochenschrift 1895, 49 u. 50; Sänger, Die Beurteilung der Nervenerkrankungen nach Unfall. 1896; Fürstner, Monatsschrift für Unfallheilkunde 1896, 10; Bruns, Die traumatischen Neurosen. Unfallsneurosen; Nothnagels Handbuch XII, 1, 4. 1901; Schuster, Die traumatischen Neurosen. 1905; Aschaffenburg, Curschmanns Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 798. 1909; Ewald, Die traumatische Neurose und die Unfallsgesetzgebung. 1908; Windscheid, Der Arzt als Begut-

leidigkeit, Willensschwäche und allerlei körperlichen, teils allgemein nervösen, teils örtlichen Krankheitserscheinungen gekennzeichnet. Das Leiden entwickelt sich regelmäßig erst einige Zeit nach dem erlittenen Unfall, frühestens nach einigen Wochen. Meist vergehen Monate, bisweilen Jahr und Tag, bis die Störungen deutlich werden. Allerdings pflegen sich die Beschwerden in gewissem Sinne an die unmittelbaren Unfallsfolgen anzuknüpfen, aber sie erfahren doch eine ganz selbständige Fortbildung. Gewöhnlich nehmen die Kranken nach Heilung der Schädigungen durch den Unfall zunächst ihre Arbeit wieder auf, um sie erst nach kürzerer oder längerer Zwischenzeit auszusetzen, ein Vorgang, der sich auch mehrfach wiederholen kann. Nunmehr treten sie mit lebhaften Klagen über ihren körperlichen und seelischen Zustand sowie mit der Erklärung hervor, daß ihnen das Weiterarbeiten unmöglich sei.

Die Auffassung und namentlich das Verständnis verwickelterer Eindrücke erscheint verlangsamt und erschwert. Manche Kranke klagen über Abnahme des Seh- und Hörvermögens. Sie antworten erst auf eindringliches Befragen, verstehen falsch, begreifen nicht, was sie lesen, können sich auf nichts besinnen, versagen bei den einfachsten Aufgaben, können nicht rechnen, geben unklare, verschwommene Auskünfte, sie seien „schon hübsch lange" verheiratet, hätten „ziemlich viele" Kinder. Über die Zeitverhältnisse wissen sie öfters gar nicht Bescheid, vermögen weder ihr Geburtsjahr noch die jetzige Jahreszahl oder den Wochentag anzugeben. Alle geistigen Leistungen erfolgen außerordentlich schwerfällig, werden auch wohl ganz abgelehnt. Die Kranken erklären, sie seien „ganz damisch, über und über", ganz auseinander, wirr im Kopfe, sie dürften sich nicht anstrengen, bekämen sonst Kopfweh, würden sogleich müde, gerieten in Erregung; ein Kranker meinte, er wisse nicht mehr, was er zu tun habe und wo er sich befinde. In der Regel zeigen die Kranken daher auch nur geringe geistige Regsamkeit, beschäftigen sich nicht, treten nicht in Verkehr mit den Mitkranken, kümmern sich nicht um die Vorgänge in ihrer

achter auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung. 1905; Sachs, Die Unfallneurose, ihre Entstehung, Beurteilung und Verhütung. 1909; Müller, Zeitschr. f. d. ges. Versicherungswissenschaft VII, 2; Bailey, Diseases of the nervous system resulting from accident and injury. 1906; Morselli, Rivista di freniatria speriment. XXXVIII, 1; Flatau, Die Nervenkrankheiten nach Unfällen. 1912.

Umgebung. Ihre Gedankengänge erscheinen außerordentlich dürftig und einförmig; manche Kranke geben an, daß sie immerfort über den Unfall nachdenken müßten. Freilich pflegt die Schwerfälligkeit, Unbesinnlichkeit und Stumpfheit bei weitem am stärksten ausgeprägt zu sein, wenn man sich mit den Kranken beschäftigt und sie beobachtet. In ihrer Familie oder im Verkehr mit ihresgleichen können die auffallenden Störungen mehr oder weniger vollständig zurücktreten.

Häufig sind Mißempfindungen aller Art. Im Kopfe pocht, hämmert, saust, reißt, sticht es, läuft es herum. Einige Kranke hatten das Gefühl, als ob Geschwüre im Kopfe seien; ein Kranker, der einen Schädelbruch gehabt hatte, klagte, daß ihm das Hirn vorfalle. Hitze steigt in den Kopf, gerade wie ein Anfall; „das muß das Gehirn sein; ich kann es mir gar nicht anders vorstellen", meinte ein Kranker. In der Brust sticht es; der Körper schaukelt hin und her; Haut, Fleisch und Rückgrat schmerzen. Bisweilen werden ganz absonderliche hypochondrische Vorstellungen entwickelt. Ein Kranker behauptete, daß sich zwischen Knochenhaut, Hirnhaut und Hirnschale Knochensplitter ablösten, zum Gaumendeckel in den Kehlkopf gelangten und von da mit einem Gefühle von Vollwerden heraufkämen. Manche Kranke geben an, gegen Witterungswechsel, Hitze und Kälte besonders empfindlich zu sein; ein Kranker hatte bei Ostwind links, bei Westwind rechts Schmerzen. Ganz allgemein begegnet uns das Gefühl der inneren Schwäche, Mattigkeit und Unfähigkeit. Der Kranke ist „der Mann nicht mehr wie früher", „nicht mehr der, der er war". In einzelnen Fällen werden Sinnestäuschungen beobachtet. Ein Kranker, der aus dem Wagen geschleudert worden war, sah das Pferd in einer Ecke des Zimmers; eine Frau sah Gestalten, mit denen sie sprach, einen nackten Mann mit einem Prügel. Wahrscheinlich handelt es sich hier um hysterische, unter Umständen auch um alkoholische Beimischungen.

Das Gedächtnis der Kranken erscheint regelmäßig sehr stark gestört, doch zeigt sich bei längerer Beobachtung und namentlich in ihrem Verhalten außerhalb des ärztlichen Gesichtskreises, daß von einem wirklichen Verluste der Kenntnisse und Erinnerungen, bei deren Wiedergabe sie versagen, keine Rede sein kann; vielmehr handelt es sich nur um eine gewisse Unbesinnlichkeit und Begriffs-

stutzigkeit. Auf dem gleichen Grunde erwächst die häufige Merkstörung der Kranken. Sie sind zerstreut, unaufmerksam, machen keine Anstrengungen, sich die ihnen dargebotenen Eindrücke wirklich einzuprägen.

Die Stimmung der Kranken ist meist gedrückt, niedergeschlagen, weinerlich, ängstlich; sie sind „schwermütig im Geiste". Sehr häufig findet sich eine weichliche Rührseligkeit und Wehleidigkeit. Ein Kranker gab an, wenn er von Unfällen höre, so gehe es ihm durch und durch; andere sind ganz verzweifelt, jammern und klagen, wünschen den Tod herbei, doch scheint es niemals zu ernsten Selbstmordversuchen zu kommen. Hier und da treten Zwangsvorstellungen, Grübelsucht, Platzangst auf, wohl nur bei Personen, die ohnedies dazu geneigt waren. Manche Kranke geraten sofort in Verlegenheit und Verwirrung, sobald man sich mit ihnen beschäftigt. Fremden Angelegenheiten gegenüber sind die Kranken in der Regel gleichgültig, teilnahmlos; sie entziehen sich mürrisch und übellaunig allen an sie gestellten Anforderungen. Damit verbindet sich vielfach eine große Reizbarkeit, die nicht selten durch Alkoholmißbrauch noch gesteigert wird. Die Kranken regen sich bei geringfügigen Anlässen stark auf, lachen und weinen durcheinander, schrecken leicht zusammen, werden zittrig und ängstlich, mißhandeln ihre Angehörigen. Besonders gereizt pflegen sie zu werden, wenn man ihnen rät, die Arbeit wieder aufzunehmen. Ein Kranker verwahrte sich mit großer Heftigkeit gegen diese Zumutung; „und wenn sie mir die halbe Rente nähmen", erklärte er; ein anderer bekam einen schweren Erregungszustand, als er für arbeitsfähig erklärt worden war.

Im Mittelpunkte des ganzen Krankheitsbildes steht eben die Unfähigkeit zur Arbeit, die von den Kranken in den mannigfaltigsten Wendungen beteuert wird. Sie fühlen sich matt, hinfällig, aufgeregt, vermögen keine schwere Arbeit mehr zu leisten, nicht in der Hitze auszuhalten, nicht mehr auf ein Gerüst zu steigen. Sobald sie es versuchen, werden sie zittrig, schwach, bekommen Übelkeit und Schmerzen, Herzklopfen und Atemnot, so daß sie aufhören müssen; der Nebel legt sich ihnen vor die Augen. Ein Kranker erklärte, alles tanze vor ihm, sobald er schwer trage; einem anderen ging bei Anstrengungen unwillkürlich der Harn ab; ein dritter mußte bei schwerer Arbeit den Mund aufreißen, da er nicht mehr

schnaufen konnte; einem vierten fiel einfach die Hacke aus der Hand. Ein fünfter Kranker konnte wohl hier und da noch etwas arbeiten, mußte sich aber jede Woche zweimal niederlegen, um sich wieder zu erholen. Auch ganz einfache körperliche Leistungen sind oft mit großen Beschwerden verknüpft. Die Kranken können sich nicht bücken, werden dabei schwindlig; sie haben Schmerzen bei starkem Auftreten. Wenn sie den Kopf drehen, werden sie „damisch", bekommen Genickschmerzen; eine Kranke, die freilich hysterische Beimischungen zeigte, meinte, sie müsse Blut spucken, sobald sie ihr rechtes Bein strecke.

Einen tieferen Einblick in das Wesen der bei der traumatischen Neurose bestehenden Arbeitsbehinderung haben wir durch die von einer Reihe von Forschern nach den verschiedensten Verfahren durchgeführten psychologischen Untersuchungen[1]) gewonnen. In größerem Umfange sind namentlich Versuche mit dem fortlaufenden Addieren einstelliger Zahlen angestellt worden, zumeist in der schon öfters erwähnten Anordnung, daß in einer längeren Versuchsreihe abwechselnd einen Tag 10 Minuten ohne Pause, am nächsten zweimal je 5 Minuten mit Einschiebung einer Pause von 5 Minuten gerechnet wurde. Die ältesten derartigen, allerdings noch nach abweichendem Plane und nur an einem einzigen Kranken durchgeführten Versuche stammen von Groß; späterhin haben Röder, Specht, Plaut, Buddee eine große Zahl vergleichbarer Beobachtungen an Gesunden und Unfallskranken mitgeteilt, die ein ziemlich klares Bild von der eigentümlichen Arbeitsweise dieser letzteren geliefert haben. Die Bedeutung solcher planmäßig angeordneten Untersuchungen liegt darin, daß sie uns nicht nur über die Höhe der Arbeitsleistung an sich, sondern auch über den täglichen Übungsfortschritt unterrichten und uns innerhalb gewisser Grenzen auch ein Urteil über die Ermüdbarkeit wie über das Verhalten der Willensspannung ermöglichen. Der Übungsfortschritt läßt sich aus der durchschnittlichen Steigerung der Leistung in den ersten 5 Arbeitsminuten von Tag zu Tag berechnen, während sich die Ermüdbarkeit aus der Größe der Leistungszunahme nach der eingeschobenen Erholungspause gegenüber dem Fortarbeiten abschätzen läßt und die Stärke der angewandten Willensspannung

[1]) Specht, Archiv f. d. ges. Psychologie III, 245; Leupoldt, Sommers Klinik I, 130.

einen gewissen Ausdruck in der Erhöhung des ersten Minutenwertes gegenüber dem zweiten findet.

Zur näheren Erläuterung dieser Verhältnisse gebe ich in Fig. 257 den aus je 5 Arbeitstagen gewonnenen durchschnitt-

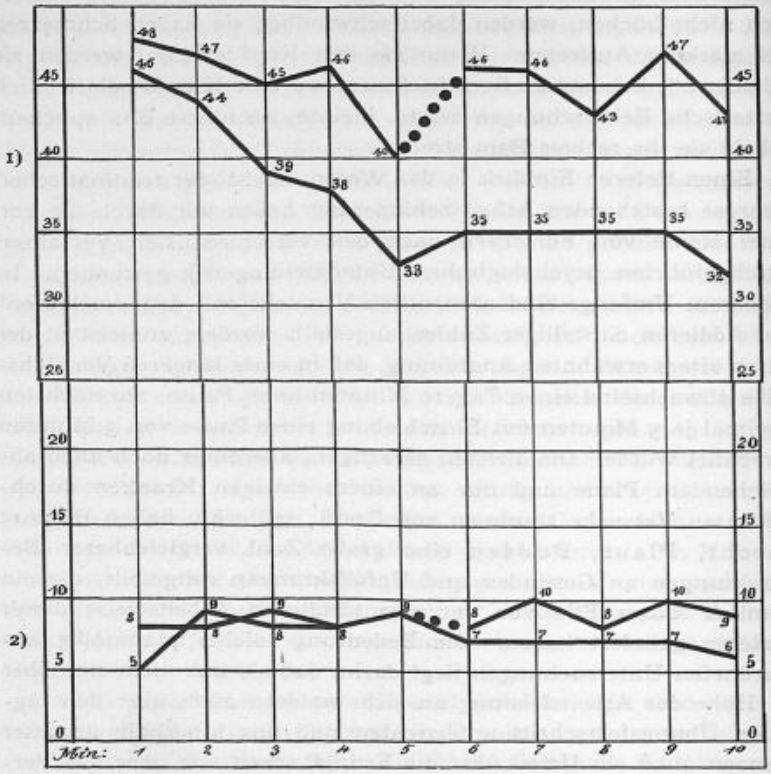


Fig. 257. Fortlaufendes Addieren in 10 Minuten (. . . Pause).
1) Ermüdbarer Gesunder, 2) Unfallkranker.

lichen Gang der Leistung für die einzelnen Minuten an den Tagen mit und ohne Pause von einem Gesunden und einem Unfallsnervenkranken wieder. Man erkennt zunächst den ganz außerordentlichen Unterschied in der allgemeinen Höhe der Arbeitsleistung, die bei dem Gesunden das 6—9fache derjenigen des

Kranken beträgt. Weiterhin zeigt sich, daß die Kurve des Gesunden an den pausenlosen Tagen und ebenso im ersten Abschnitte der Pausentage stark sinkt, während diejenige des Kranken fast vollkommen wagerecht verläuft. Hier ist zu bemerken, daß jenes Sinken einer gesteigerten Ermüdbarkeit entspricht, deren Wirkungen hier gerade gezeigt werden sollten. Es gibt auch Kurven von Gesunden, die viel langsamer sinken, unter Umständen, bei großer Übungsfähigkeit, sogar ansteigen, freilich immer bei sehr erheblich höherer Gesamtleistung, als sie unser Kranker zu verzeichnen hat.

Der starken Ermüdbarkeit unserer gesunden Versuchsperson entspricht die deutliche Wirkung der Pause, nach der die Leistung weit über derjenigen der pausenlosen Tage bleibt. Demgegenüber sehen wir bei dem Unfallskranken fast gar keine Pausenwirkung; unmittelbar nach der Pause findet sogar eine kleine Abnahme der Leistung statt. Wir würden somit zu dem überraschenden Schlusse kommen, daß bei dem Unfallskranken, entgegen seinen eigenen Angaben, die Ermüdbarkeit herabgesetzt gewesen sei. Betrachten wir jedoch den Beginn der Kurven, so sehen wir, daß der erste Minutenwert, anders als bei den Kurven des Gesunden, den zweiten nicht überragt, an den pausenlosen Tagen sogar erheblich unter ihm liegt. Daraus geht hervor, daß der Kranke mit äußerst geringer Willensspannung an seine Arbeit gegangen ist, ein Schluß, der in der ungemein geringen Gesamtleistung seine volle Bestätigung findet. Damit ist aber auch die Erklärung für den wagerechten Verlauf der Arbeitskurve und das Fehlen der Pausenwirkung gegeben; es handelt sich nicht um eine Herabsetzung der Ermüdbarkeit, sondern um das Fehlen der Ermüdungswirkungen wegen völligen Versagens des Willens; dadurch ist auch die Einschränkung der Leistung auf ein Mindestmaß bedingt.

Dieses Ergebnis steht in einem gewissen Widerspruche mit dem seinerzeit von Groß erhobenen Befunde, daß sich bei seinem Kranken in der Tat, seinen Klagen entsprechend, eine erhöhte Ermüdbarkeit nachweisen ließ. Die weitere Erfahrung hat gezeigt, daß dieses Verhalten zwar hier und da vorkommt, aber weitaus seltener ist, als jene außerordentliche Herabsetzung der Willensspannung, die ein Urteil über die wirkliche Größe der Ermüdbarkeit nach dem hier angewandten Verfahren überhaupt nicht gestattet. Zur näheren

Erläuterung dieser Störung gebe ich in Fig. 258 und 259 nach den Untersuchungen Plauts zunächst die durchschnittlichen Rechenleistungen für 5 Minuten von 18 Gesunden und 22 Unfallsnervenkranken wieder. Man sieht hier ohne weiteres, daß von den letzteren nur drei eine noch in die Normalbreite hineinreichende Durchschnittsleistung aufzuweisen haben; die übrigen rechnen un-

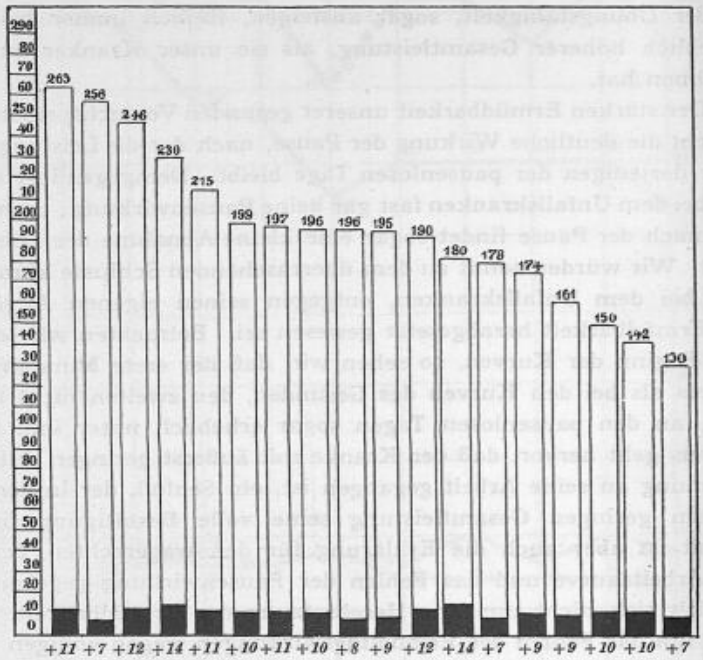


Fig. 258. Durchschnittliche Rechenleistungen für 5 Minuten und täglicher Übungsfortschritt bei Gesunden.

gemein viel weniger, zum Teil nur $^1/_7$—$^1/_9$ der niedrigsten Leistung bei den Gesunden. In mannigfachen Abstufungen treffen wir somit hier jene Herabsetzung der Leistung wieder, als deren Ursache wir vorhin die Unfähigkeit zu wirksamer Anspannung des Willens kennen gelernt haben.

Dieser Deutung entspricht auch der Umstand, daß bei den Kranken der durchschnittliche tägliche Übungszuwachs, dessen

Größe in Form von schwarzen Stäben den Fig. 258 und 259 eingefügt wurde, nur in 4 Fällen gerade noch in die Normalbreite hineinragt, ja, daß er 2 mal ganz fehlt und 6 mal negativ ausgefallen ist. Die Steigerung der Leistung durch die Übung ist aber bei Gesunden eine so ausnahmslose Regel, daß dieser Befund unbedingt als krankhaft angesehen werden darf. Er bedeutet, daß die natürlichen Übungseinflüsse durch entgegengesetzte Wirkungen überwogen werden.

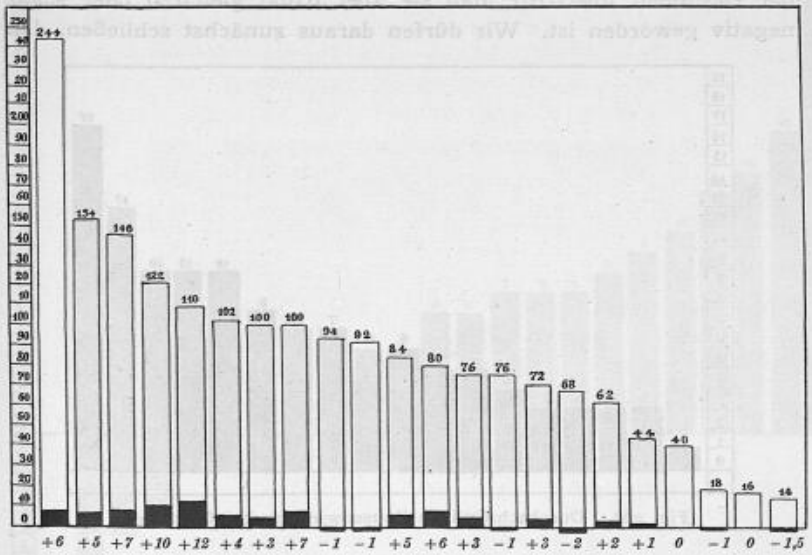


Fig. 259. Durchschnittliche Rechenleistungen für 5 Minuten und täglicher Übungsfortschritt bei Unfallskranken.

Das hängt einmal mit der Geringfügigkeit der Übung beim Fehlen kräftigerer Willensanspannung zusammen; weiterhin können sich aber hier und da auch im Verlaufe der Versuchsreihe noch besondere arbeithindernde Einflüsse entwickelt haben, Ängstlichkeit, Unlust, Widerwille, welche die an sich schon niedrige Willensspannung noch weiter herabsetzten. Man wird hier unwillkürlich an die bei allen diesen Kranken wiederkehrende Erfahrung erinnert, daß sie wohl die Arbeit aufnehmen, aber nach mehr oder weniger kurzer Frist erlahmen und sie wieder aufgeben.

Es kann uns nicht wundernehmen, wenn uns unter diesen Umständen die Pausenwirkung hier nicht, wie das bei Gesunden im allgemeinen zutrifft, ein Bild von der Ermüdbarkeit der Kranken liefert. In den Fig. 260 und 261 findet sich die Größe der Leistungssteigerung nach der Pause für die hier besprochenen Gesunden und Kranken dargestellt. Es zeigt sich, daß die durchschnittliche Größe der Pausenwirkung bei der großen Mehrzahl der Kranken diejenige der Gesunden übertrifft, daß sie aber 6 mal gleich 0 oder sogar negativ geworden ist. Wir dürfen daraus zunächst schließen, daß

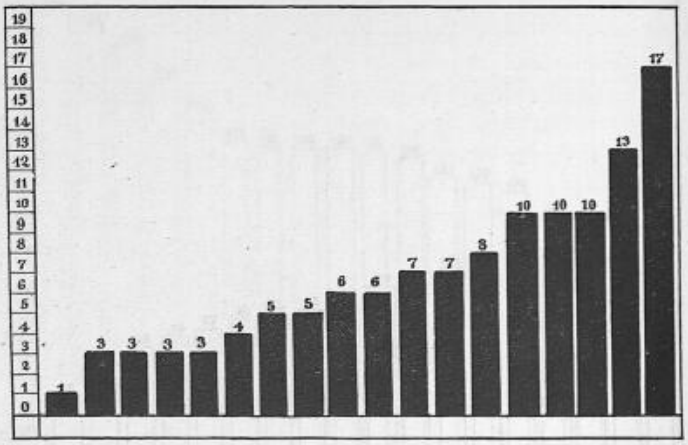


Fig. 260. Durchschnittliche Pausenwirkung bei Gesunden.

im allgemeinen die Ermüdungswirkungen der Arbeit bei unseren Kranken verhältnismäßig große sind, was namentlich im Hinblicke auf die geringe Höhe ihrer Leistung sehr bemerkenswert erscheint. Sodann aber wird die natürliche Erholungswirkung der Pause offenbar bisweilen durch entgegengesetzte Einflüsse mehr als aufgewogen. Diese letzteren haben vielleicht auch die Pausenwirkungen bei den übrigen Kranken herabgedrückt, so daß die Steigerung der Ermüdbarkeit ohne sie noch deutlicher hervortreten würde. Auch hier werden wir vorzugsweise an die hemmenden Einflüsse auf gemütlichem Gebiete denken dürfen, die nach einer Unterbrechung der Arbeit durch die Pause deren Wiederaufnahme erschweren.

Das Bild, das wir uns auf Grund dieser Ergebnisse von der Arbeitsweise unserer Kranken entwerfen können, würde also zeigen, daß sie mit mehr oder weniger stark herabgesetzter Willensspannung ans Werk gehen, die unter dem Einflusse gemütlicher Hemmungen bei Unterbrechung der Arbeit durch kürzere oder längere Pausen leicht noch weiter sinkt. Zugleich aber scheint, wenigstens bei der

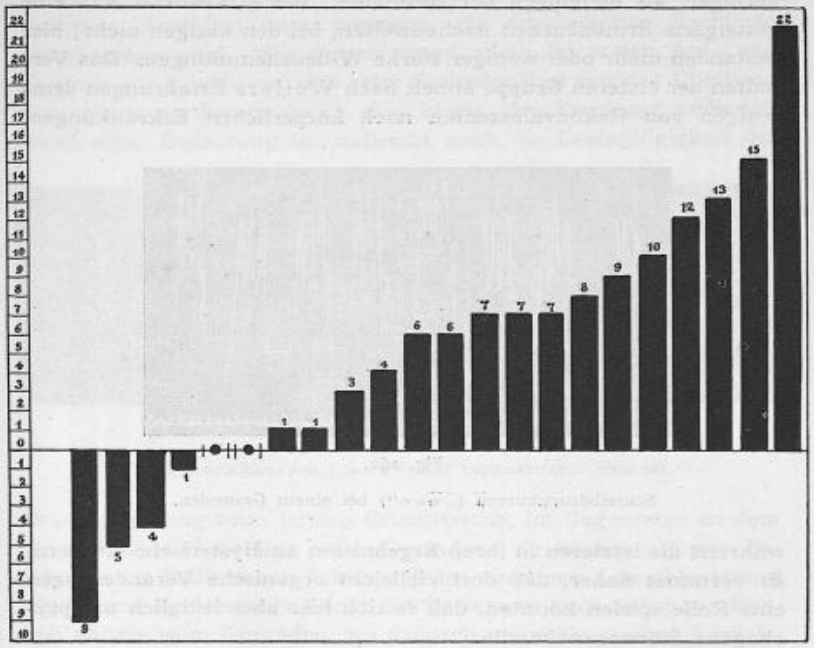


Fig. 261. Durchschnittliche Pausenwirkung bei Unfallskranken.

Mehrzahl, auch eine Steigerung der Ermüdbarkeit zu bestehen; bei den übrigen ist sie aus versuchstechnischen Gründen nicht nachzuweisen.

Diese Ergebnisse stehen mit den klinischen Erfahrungen bei der traumatischen Neurose in bestem Einklange; sie finden aber auch durch eine Reihe von weiteren Untersuchungen Bestätigung. So erhielt Specht von Unfallsnervenkranken bei Ergographen-

versuchen sogenannte endlose Kurven, d. h. die Kranken arbeiteten mit so geringer Willensspannung und lieferten so niedrige Hebungen, daß Ermüdungswirkungen längere Zeit hindurch gar nicht zur Entwicklung gelangten. Weiler, der mit seinem Arbeitsschreiber an 18 Kranken Versuche nach einem ähnlichen Plane ausführte, wie er den Rechenversuchen zugrunde lag, fand deren Leistungen viel geringer, als diejenigen der Gesunden. Bei 5 Kranken war eine gesteigerte Ermüdbarkeit nachzuweisen, bei den übrigen nicht; hier bestanden mehr oder weniger starke Willenshemmungen. Das Verhalten der ersteren Gruppe ähnelt nach Weilers Erfahrungen demjenigen von Rekonvaleszenten nach körperlichen Erkrankungen,

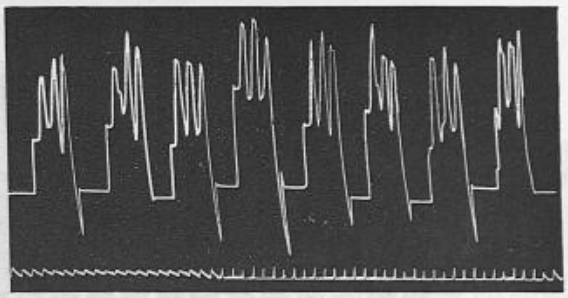


Fig. 262.

Schreibdruckkurven („zzz") bei einem Gesunden.

während die letzteren in ihren Ergebnissen an Hysterische erinnern. Er vermutet daher, daß dort vielleicht organische Veränderungen eine Rolle spielen könnten, daß es sich hier aber lediglich um psychogene Störungen handle.

Wieder von einer anderen Seite her wird die hier besprochene Frage beleuchtet durch die ebenfalls von Weiler angestellten Versuche mit der Schriftwage. Die Fig. 262 und 263 zeigen die bei immer wiederholtem Schreiben des Buchstaben *zzz* von einem Gesunden und einem Unfallsnervenkranken gewonnenen Druckkurven; es wurden der besseren Vergleichbarkeit halber absichtlich Beispiele mit annähernd gleichem Schreibdrucke gewählt. Das Ansteigen der Kurven entspricht steigendem, ihr Fallen sinkendem Schreibdrucke. Die drei aufstrebenden Spitzen wurden also durch die Grundstriche,

die Senkungen dazwischen durch Haarstriche hervorgebracht; die Zeitschreibung gibt Fünftelsekunden wieder. Was sofort in die Augen fällt, ist die sehr starke Verlangsamung der Bewegung bei dem Kranken; die Ausführung der gleichen Schreibbewegung nimmt bei dem Gesunden etwa 5 (1″), bei dem Kranken dagegen 15—20 Fünftelsekunden (3—4″) in Anspruch. Sodann aber sieht man, daß die Schreibbewegung des Kranken sich aus einer Menge von einzelnen Anstößen zusammensetzt, die durch kurze Nachlässe unterbrochen sind. Wir finden deren allein im ersten Auf- und Abstrich 4—5, während sich beim Gesunden fast nur der Übergang von jenem zu diesem durch eine kleine Drucksenkung andeutet. Nicht ohne Bedeutung ist vielleicht auch die Geringfügigkeit der

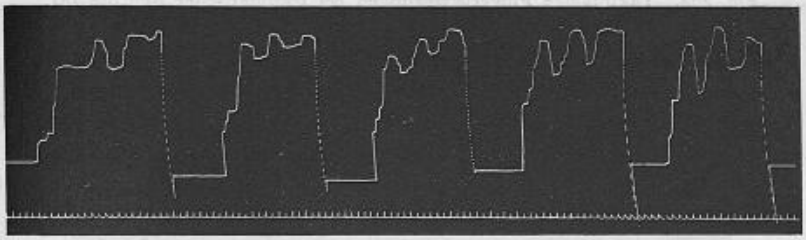


Fig. 263.

Schreibdruckkurven („zzz") bei traumatischer Neurose.

Drucksteigerung beim letzten Grundstriche, im Gegensatze zu dem starken Hinaufschnellen beim Gesunden; sie könnte auf ein Erlahmen des Willens am Schlusse jeder einzelnen Schreibhandlung hindeuten. Andererseits bricht die Bewegung auch nicht so plötzlich ab wie beim Gesunden, wo dadurch meist ein starkes Zurückschnellen der Feder unter die Grundlinie bewirkt wird. Ferner prägt sich die Langsamkeit, mit der hier die Willenshandlungen ablaufen, darin aus, daß der erreichte Druck beim letzten Haarstrich nur ganz allmählich wieder sinkt.

Endlich teile ich noch einige Kurven mit, die nach dem von Isserlin ausgebildeten Verfahren taktmäßiger Fingerbewegungen bei Unfallsnervenkranken gewonnen wurden; sie sind ohne weiteres den früher bei der Dementia praecox abgebildeten vergleichbar. Die erste Figur (264) zeigt die am häufigsten beobachtete Form,

überaus langsam verlaufende, wenig ausgiebige, in ihrer Größe wechselnde Bewegungen. Wir dürfen darin wohl die oft besprochenen Hemmungen und die geringe Spannung der Willensantriebe wiedererkennen. Weiterhin aber sehen wir in Fig. 265 wohl einzelne Bewegungen mit normaler Schnelligkeit und Ausgiebigkeit

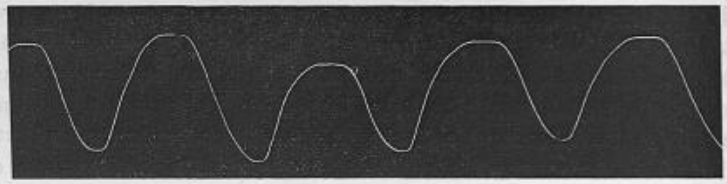


Fig. 264. Taktmäßige Fingerbewegungen bei traumatischer Neurose (a).

ablaufen; dazwischen aber schieben sich andere, die nur unvollkommen durchgeführt wurden oder eine plötzliche Hemmung mit darauffolgendem neuen Antriebe zeigen. In stärkster Ausbildung zeigt sich aber die so bedingte Unregelmäßigkeit der sonst so gleich-

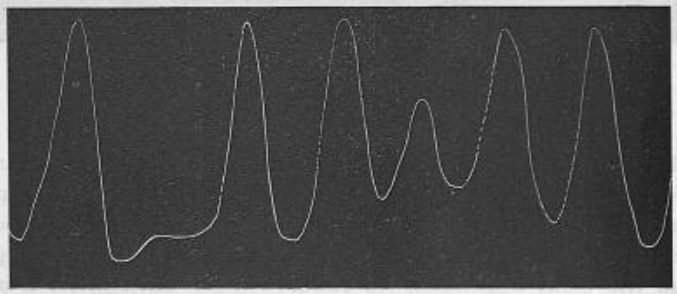


Fig. 265. Taktmäßige Fingerbewegungen bei traumatischer Neurose (b).

artig ablaufenden Pendelbewegungen in Fig. 266, wo sich in eine Reihe langsamer, aber weit ausholender Bewegungen eine Gruppe gänzlich verunglückter, in den Anfängen stecken gebliebener Bewegungsversuche eingeschoben hat. Wir werden somit annehmen dürfen, daß bei unseren Kranken neben der allgemeinen Verlangsamung und Erschwerung der Willenshandlungen vielfach auch vorübergehende Hemmungen der Antriebe eintreten, die eine

flotte und gleichmäßige Durchführung der verlangten Bewegungen erheblich behindern.

Die hypochondrischen Vorstellungen, die unsere Kranken beherrschen, kommen in ihrem Verhalten vielfach deutlich zum Ausdrucke. Sie haben die Neigung, viel von ihrem Unfalle zu sprechen, berichten mit allen Einzelheiten, meist in den gleichen, stark auftragenden Wendungen darüber, kommen bei jeder Unterhaltung bald darauf zurück. Auch wenn sie für gewöhnlich wortkarg und verschlossen sind, pflegen sie lebhaft und mitteilsam zu werden, sobald man sie über ihre Angelegenheit befragt. Ihre Beschwerden malen sie gern sehr eindringlich aus; sie werden gereizt und noch eifriger, wo sie auf Zweifel zu stoßen glauben. Oft tragen sie schon

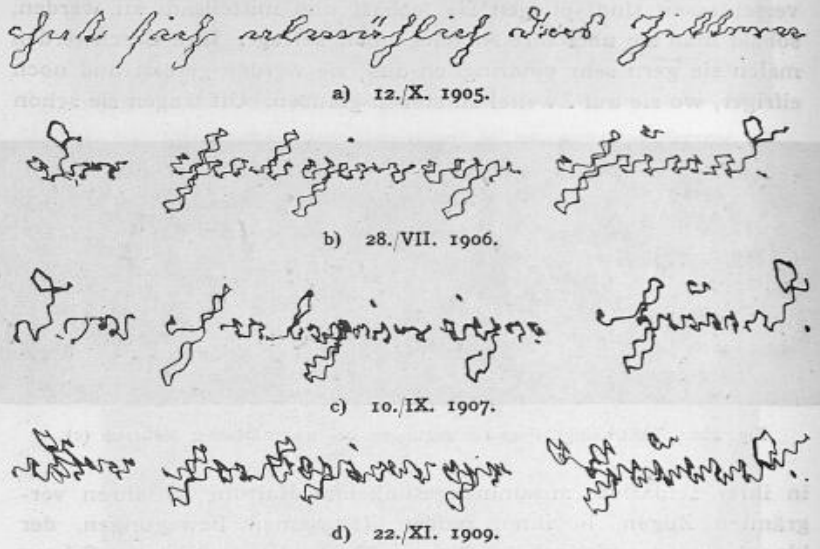


Fig. 266. Taktmäßige Fingerbewegungen bei traumatischer Neurose (c).

in ihrer schlaffen, zusammengesunkenen Haltung, in ihren vergrämten Zügen, in ihren müden, langsamen Bewegungen, der klanglosen oder weinerlichen Stimme ihr Leiden deutlich zur Schau, oder sie fallen durch Eigentümlichkeiten der Gliederstellung, des Gehens auf, die mit ihrem Unfalle in Beziehung stehen. Manche Kranke bedienen sich wegen Lichtscheu dunkler Brillen; ein Kranker erschien mit einem feuchten Schwamme auf dem Kopfe; ein anderer hatte sich wegen der Empfindlichkeit seines Schädels gegen Witterungseinflüsse die Haare lang wachsen lassen und trug außerdem noch ein Käppchen.

Sehr häufig klagen die Kranken über Schwindelgefühle, namentlich beim Bücken, beim Hinaufsteigen auf Leitern, aber auch bei Anstrengungen. Bisweilen treten Schwindelanfälle auch ohne äußeren Anlaß auf; seltener kommt es zu wirklichen Ohnmachten.

In vereinzelten Fällen wird über Zustände von Bewußtseinstrübung berichtet, doch handelt es sich dabei wohl regelmäßig um hysterische, vielleicht auch einmal um epileptische Beimischungen. Die Sprache ist oft verlangsamt, stockend, stotternd, eintönig, bisweilen schwerfällig, schmierend. In der Schrift finden sich Auslassungen; die Buchstaben werden mit unsicheren, fahrigen, zittrigen Bewegungen ausgeführt, sind unter Umständen ganz unleserlich. Eine sehr merkwürdige Entstehung hatte die in den Schriftproben 39a bis d



a) 12./X. 1905.

b) 28./VII. 1906.

c) 10./IX. 1907.

d) 22./XI. 1909.

Schriftprobe 39a—d. Zitterschrift bei traumatischer Neurose.

wiedergegebene Zitterschrift. Das Zittern betraf bei dem Kranken, der am 9. März 1904 von einer Leiter etwa 3 m tief auf die Füße heruntergerutscht war, an sich nur die Beine, allerdings in sehr starkem Grade; von da setzte sich die rhythmische Erschütterung auf den übrigen Körper fort und kam so beim Schreiben in den ungemein regelmäßigen Wellenbewegungen zum Ausdruck, ohne zunächst die Deutlichkeit der Schrift nennenswert zu beeinträchtigen. Die vier, annähernd in Jahresabständen aufeinander folgenden Proben zeigen die allmähliche Verschlimmerung des Krankheitszeichens.

Das Zittern ist bei unseren Kranken sehr verbreitet. Öfters handelt es sich allerdings nur um feinschlägiges Vibrieren der gespreizten Finger, das auch verschiedenen anderen Ursachen seine Entstehung verdanken kann. Eigentlich kennzeichnend ist ein grober Schütteltremor des ganzen Körpers oder einzelner Glieder, der sich in der Regel bedeutend verstärkt, sobald sich die Aufmerksamkeit auf ihn richtet. Das betroffene Glied ist gewöhnlich die Angriffsstelle des erlittenen Unfalls. Die Bewegungen der Kranken sind meist kraftlos, unsicher, ausfahrend, verlangsamt, besonders bei der Prüfung durch den Arzt, während die alltäglichen Hantierungen keine oder nur geringe Störungen erkennen lassen. In den vom Unfalle in Mitleidenschaft gezogenen Gliedern besteht nicht selten deutliche Schwäche. Ein Kranker konnte den Arm, auf den ihm ein Ziegelstein gefallen war, kaum heben; ein anderer meinte, der Arm, mit dem er sich bei der Flucht vor einer vermeintlichen Explosionsgefahr an der Leiter angehalten hatte, sei „bereits nichts mehr". Bei dem Versuche, die angeblich geschädigten Glieder aktiv oder passiv zu bewegen, stellen sich vielfach Muskelspannungen und auch Schmerzen ein, die in der Ruhe wieder zu verschwinden pflegen. Aus der Verbindung solcher, psychogen entstehender Spasmen mit Schwäche und Zittern setzt sich das von Fürstner und Nonne beschriebene klinische Bild der „pseudospastischen Parese mit Tremor" zusammen, dem wir bei den Unfallsnervenkranken nicht selten begegnen. Dauernde Kontrakturen, die hier und da vorkommen, sind wohl als hysterische Beimischungen zu deuten.

Sehr häufig sind Gehstörungen, offenbar deswegen, weil die Beine der Gefährdung durch Unfälle besonders ausgesetzt sind. Die Kranken hinken, gehen langsam, schleppend oder steif mit kleinen, ängstlichen Schritten; sie schwanken, drohen hinzustürzen, suchen überall nach einer Stütze, lassen sich wohl auch vorsichtig auf den Boden gleiten, ohne sich aber jemals ernstlich wehzutun. Meist sind dabei die Muskeln der Beine straff angespannt, führen ruckende, schiebende Bewegungen aus. Beispiele für diese Gehstörungen geben die Fig. 267 und 268. Bisweilen macht schon das Stehen große Schwierigkeiten, namentlich bei geschlossenen Augen. Die Kranken beginnen sofort, zu taumeln, nach vorn oder hintenüber zu fallen, vermögen aber in der Regel auch bei stärkstem Stolpern und Schwanken ihr Gleichgewicht wiederzugewinnen. Ein Kranker

bot bei der Prüfung in täuschendster Weise die Zeichen einer Kleinhirnataxie dar, während er sich für gewöhnlich ganz sicher bewegte; er hatte vor langen Jahren eine Hinterhauptsverletzung mit Störungen von seiten des Kleinhirns durchgemacht.

Die Sehnenreflexe sind oft sehr lebhaft. Beim Beklopfen der Patellarsehne erfolgt nicht selten eine Reihe von heftigen Zuckungen, die keine Reflexe, sondern ein psychogenes Zusammenfahren des Kranken bedeuten; in einem Falle konnte man auf diese Weise einen Schütteltremor des Beines auslösen; bei einem anderen Kranken stellte sich Kopfschmerz ein. Die Pupillen sollen nach Bachs Angaben öfters ungleich sein; über asthenopische Beschwerden wird hier und da geklagt. Die Beweglichkeit der Augen ist bisweilen eingeschränkt.



Fig. 267. Gehstörung bei traumatischer Neurose.

Westphal sah in einem Falle starre Feststellung beider Augäpfel bei der Untersuchung, so daß eine Ophthalmoplegie vorgetäuscht wurde; sobald der Kranke, der noch viele andere Zeichen einer schweren traumatischen Neurose darbot, unbefangen war, spielten die Augen ziemlich frei, doch mit langsamen, ruckweise erfolgenden, auf starke Spannungen hindeutenden Bewegungen. Diese Störung ist wohl, ebenso wie die gelegentlich beobachtete konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung, als eine der hier so häufigen hysterischen Begleiterscheinungen aufzufassen. Ebendahin dürften die in vereinzelten Fällen auftretende psychogene Erblindung, das Doppelsehen mit einem Auge, der vorüber-

gehende Strabismus, der Verlust des Farbenunterscheidungsvermögens und ähnliche, dem gewöhnlichen Bilde der traumatischen Neurose fremde Krankheitszeichen gehören.

Von Empfindungsstörungen begegnet uns am häufigsten erhöhte Schmerzhaftigkeit auf Druck und bei Bewegungen, namentlich an den vom Unfalle betroffenen Körperteilen; hier und da besteht auch Überempfindlichkeit gegen Geräusche. Kopf und Wirbelsäule sind öfters klopfempfindlich. Sehr verbreitet sind Kopfschmer-

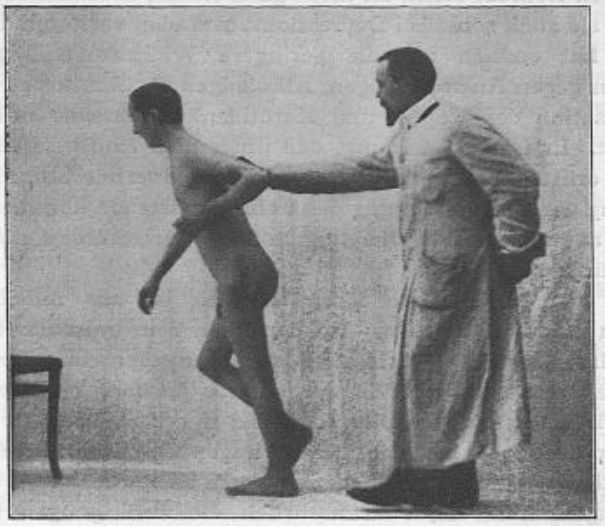


Fig. 268. Gehstörung bei traumatischer Neurose.

zen, die sich gern auch an bestimmte Anlässe, Witterungswechsel, Anstrengungen, Aufregungen, anknüpfen. Dazu gesellen sich Ziehen in den Schultern, Spannungsempfindungen, Schmerzen im Kreuz, Sausen und Klingen in den Ohren, Frieren, Hitze in den Füßen, krampfhaftes Ziehen im Nacken, Flimmern vor den Augen und ähnliche, nach der Art des Falles wechselnde, aber bei demselben Kranken meist sehr einförmig fortbestehende Mißempfindungen. Umschriebene oder halbseitige Aufhebung der Hautempfindlichkeit ist selten und wohl als hysterische Begleiterscheinung zu deuten.

Auf vasomotorischem Gebiete zeigen sich Herzklopfen, Be-

klemmungsgefühle, Pulsbeschleunigung, Schweißausbrüche, Wallungen. Gelegentlich tritt Kurzatmigkeit auf. Der Schlaf ist vielfach durch ängstliche Träume, Aufschrecken, Albdrücken gestört. Der Appetit ist meist gering; die Kranken klagen öfters über Übelkeit, Erbrechen, Stuhlverstopfung; der Ernährungszustand kann beträchtlich sinken. Die Harnentleerung scheint bisweilen erschwert, die Potenz vermindert zu sein. Ob die nicht selten festgestellte alimentäre Glykosurie in engerer Beziehung zum Krankheitsbilde der traumatischen Neurose steht, ist nicht ganz sicher, aber immerhin möglich, da sie auch sonst bei Depressionszuständen vorkommt. Friedmann hat endlich auf die geringere Widerstandsfähigkeit der Kranken gegen Anstrengungen, Alkoholgenuß, Gemütsbewegungen, Galvanisation des Kopfes und Karotidenkompression aufmerksam gemacht. Er ist der Meinung, daß unter dem Einflusse einer beim Unfalle erlittenen Hirnerschütterung eine dauernde Störung in der Regelung der Blutversorgung des Gehirns zustande kommen könne, die sich auch in erhöhter Neigung zu Schwindelgefühlen, namentlich beim Bücken, kundgebe.

Das hier geschilderte Krankheitsbild ist aus naheliegenden Gründen nicht immer rein. Auf der einen Seite mischen sich ihm, wie vielfach erwähnt, öfters einzelne ausgesprochen hysterische Krankheitszeichen bei. Wir werden uns darüber nicht wundern, wenn wir bedenken, daß ähnliches bei der Epilepsie, bei der Dementia praecox, ja bei Herderkrankungen des Gehirns beobachtet wird. Hier, wo das ganze Leiden auf dem Boden lebhafter Gemütsbewegungen erwächst, sind natürlich die Bedingungen für eine solche Verbindung noch weit günstiger. Außerdem aber haben wir damit zu rechnen, daß, ganz abgesehen von mehr zufälligem Zusammentreffen mit Alkoholismus, Syphilis, Arteriosklerose usf., in einer großen Zahl von Fällen wirklich ernstere Verletzungen, namentlich auch des Gehirns, stattgefunden haben, deren Nachwirkungen sich weiterhin dem klinischen Bilde hinzugesellen können. Neben allen möglichen sonstigen körperlichen Schädigungen wird man hier daher gelegentlich organisch bedingte Lähmungen und Empfindungsausfälle, Sehnervenatrophie, Labyrinthtaubheit, Reste aphasischer Störungen antreffen. —

Der allgemeine Verlauf der traumatischen Neurose pflegt bei uns ein schleppender zu sein. Die Kranken versuchen zwar im An-

fange noch ein oder das andere Mal, die Arbeit wieder aufzunehmen, versagen aber in der Regel schon nach wenigen Tagen, um nunmehr um so ausgesprochenere Krankheitserscheinungen darzubieten. Sie wenden sich etwa einer leichteren, schlechter entlohnten Beschäftigung zu, oder sie beschränken sich darauf, im Haushalte ein wenig mitzuhelfen, Kinder zu beaufsichtigen, Gänge zu besorgen, lehnen aber anstrengendere Arbeit entschieden ab. Manche geben jede Tätigkeit auf, verbringen ihre Zeit im Wirtshause oder sitzen müßig zu Hause herum, gehen spazieren. Namentlich, wenn ihre Rente, eigene Mittel oder der Verdienst der Frau gerade noch ausreichen, um den Lebensunterhalt zu bestreiten, suchen sie sich lieber kümmerlich so durchzuschlagen, als tatkräftig an der Wiederherstellung ihrer Leistungsfähigkeit zu arbeiten. Nicht wenige Kranke verfallen dem Alkoholismus, namentlich, wenn schon vorher Alkoholmißbrauch bestand.

Auch Arteriosklerose scheint sich öfters zu entwickeln oder doch eine erhebliche Verschlechterung zu erfahren. Man pflegt derartige Beobachtungen mit den starken und dauernden gemütlichen Erregungen in Beziehung zu bringen, denen die Kranken ausgesetzt sind; von manchen Seiten wird auch über die Häufigkeit von Blutdrucksteigerungen berichtet. Sachs ist demgegenüber geneigt, die Arteriosklerose nicht als Folge der traumatischen Neurose anzusehen, sondern sie auf die Verbindung mit Alkoholismus oder Lues zurückzuführen. In ähnlicher Weise mag die Beobachtung zu deuten sein, daß die Kranken oft ein frühzeitig gealtertes Aussehen darbieten, doch darf nicht vergessen werden, daß die Arbeit nicht nur den Menschen verbraucht, sondern ihn bei verständiger Lebensführung auch jung und frisch erhält, daß also Hinfälligkeit und Greisenhaftigkeit auch Folgen des Nichtstuns sein können. Abgesehen von besonderen Zufällen kann der Krankheitszustand mit geringen Schwankungen lange Jahre fortbestehen, sich verschlechternd, sobald die Gefahr einer Rentenherabminderung droht, sich bessernd, wenn die Kranken nicht durch neuerliche Untersuchungen und Verhandlungen beunruhigt werden. Sobald der dauernde, ungestörte Genuß der Rente gesichert ist oder sonst befriedigende Daseinsbedingungen geschaffen wurden, können die Krankheitserscheinungen vollständig oder bis auf ganz geringfügige Überreste verschwinden.

Auf der anderen Seite kann sich aus dem Bilde des Unfallsnervenkranken unter Umständen ein anderer, ebenfalls psychogener Krankheitszustand herausentwickeln, derjenige des Rentenquerulanten[1]). Obgleich der erlittene Unfall vielleicht von vornherein nur ein sehr unbedeutender war oder doch keine nennenswerten Beschwerden hinterlassen hat, setzt sich bei dem Verletzten dennoch die von lebhaften Begehrungsvorstellungen begleitete und getragene Überzeugung fest, durch den Unfall ein unbestreitbares Anrecht auf reichliche Entschädigung, womöglich auf die Vollrente, erworben zu haben. Stellen sich der Verwirklichung dieser Forderung Hindernisse entgegen, oder wird die gewährte Rente nach einiger Zeit wegen Schwindens der Arbeitsbehinderung herabgesetzt, so beginnt ein Kampf um die Rente, der ganz die Formen des später genauer zu schildernden Querulantentums annehmen kann; beide wurzeln auf demselben Boden des Wahns einer rechtlichen Benachteiligung.

Zunächst werden die etwa noch vorhandenen Beschwerden in maßloser Weise übertrieben. Der Kranke klagt über die mannigfaltigsten Schmerzen, über Schwäche, Schwindelgefühle, die sich sofort einstellen, wenn er zu arbeiten anfängt, und ihn gänzlich erwerbsunfähig machen. Nicht selten versucht er auch, um sein vermeintliches Recht zu erkämpfen, geradezu die Vortäuschung schwerer Krankheitserscheinungen. So kann er bei der ärztlichen Untersuchung einen Zustand erbarmungswürdigster Hilflosigkeit darbieten, während er im gewöhnlichen Leben gar keine Störungen erkennen läßt. Er vermag sich vielleicht nur mühsam und schleppend vorwärts zu bewegen, hat nicht die geringste Kraft in den Armen, gerät bei der leisesten Anstrengung in heftiges Zittern. Die einfachsten Fragen kann er nicht beantworten, gibt ganz verkehrte Auskunft, muß sich immerfort besinnen, faßt mit der Hand nach dem Kopfe, erscheint ganz blödsinnig. Nur, wenn man auf den Unfall zu sprechen kommt, pflegt er mit stockender, unbeholfener Ausdrucksweise, mit wehleidiger Miene dessen Hergang und die durch ihn bedingten Beschwerden zu schildern.

In den ausgeprägten Fällen wird die Kampfesweise allmählich immer rücksichtsloser. Der Kranke beruhigt sich nicht bei den erhaltenen Bescheiden, legt immer wieder Berufung ein, verfaßt Eingaben über Eingaben, in denen er mit den gleichen Wendungen

[1]) Mendel, Neurol. Centralbl. 1909, 1140; Tetzner, ebda. 1910, 235.

seine Ansprüche verteidigt. Jeder Mißerfolg gibt ihm Anlaß zu entrüstetem Widerspruch. Er beschuldigt die für ihn ungünstigen Zeugen der persönlichen Gehässigkeit, bringt Verdächtigungen gegen sie vor, zeigt sie wegen Meineids oder sonstiger angeblicher Straftaten an, überschüttet sie mit Beleidigungen und Drohungen; ein Kranker bezeichnete sich als „Opfer falscher und hinterlistiger Arbeitsgenossen". Die begutachtenden Ärzte sind Dummköpfe, Schwindler oder bestochen; die Behörden sind parteiisch; es ist ein Staatsbetrug. Schließlich läßt sich der Kranke auf gar keine Verhandlungen mehr ein, weigert sich, zu Terminen oder zur ärztlichen Untersuchung zu erscheinen, nimmt die Zustellungen nicht entgegen, weist die nach seiner Meinung ungenügende Rente zurück, verlangt „den vollen Unfall" und leidet lieber äußerste Not, bevor er das geringste Zugeständnis macht. Ein Kranker lehnte sogar die ihm zugebilligte Vollrente ab und verlangte eine noch höhere Entschädigung. Die Stimmung wird dabei immer erregter und gereizter, mißtrauisch und feindselig; ein Kranker drohte, den vermeintlichen „Urheber seines Unglücks" zu erschießen. Öfters verbindet sich damit ein gehobenes Selbstgefühl; der Kranke rühmt sein ausgeprägtes Rechtsgefühl, seine frühere Leistungsfähigkeit: „wie ich früher habe arbeiten können, so ist kein einziger da".

Die weitere Gestaltung des meist über Jahre sich erstreckenden Krankheitszustandes hängt lediglich von dem Verlaufe des Rentenkampfes ab. Sind alle Mittel zur Erreichung des Zieles erschöpft, so findet sich der Kranke wohl schließlich grollend und unbefriedigt auch mit einem teilweisen Erfolge ab und kann unter allmählicher Beruhigung es auch lernen, seiner psychogenen Beschwerden einigermaßen Herr zu werden. Jeder Versuch aber, die Rente herabzusetzen, pflegt den Kampf sogleich wieder aufs neue zu entfachen.

Der Ausgang der traumatischen Neurose ist unter den jetzigen Bedingungen bei uns gewöhnlich eine wesentliche Abnahme der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit unter Fortbestehen verschiedener, auf der Höhe des Leidens entstandener Beschwerden. Nur allzu häufig kommt es sogar zur Entwicklung schweren psychischen Siechtums mit gänzlichem Verluste der Arbeitskraft. Hat die traumatische Neurose erst eine Reihe von Jahren angedauert, so ist die Aussicht auf vollkommene Wiederherstellung jedenfalls eine sehr geringe. Darüber, wie oft wir mit diesem ungünstigsten

Verlaufe zu rechnen haben, gehen die Angaben recht weit auseinander. Friedel[1]) berichtet, daß unter 131 Fällen nur 4 mal völlige Genesung eintrat. Auch Schaller, der in 87 von 140 Fällen Nachrichten über die weiteren Schicksale einziehen konnte, fand, daß nur in 4,6% der Fälle die Rente vollständig entzogen werden konnte; 39 Fälle waren ungeheilt geblieben, 21 gebessert. Knapp sah von seinen Fällen kaum 10% genesen, 40% sich bessern, während weitere 40% ungeheilt blieben und der Rest starb. Nach Putnams Erfahrungen werden etwa 25% der Kranken dauernd invalide. Auf der anderen Seite wurden von 138 Fällen, die Nägeli untersuchte, 115 wieder voll erwerbsfähig, und auch Wimmer konnte feststellen, daß unter 63 Fällen von reiner traumatischer Neurose 59 (93,6%) dauernd wiederhergestellt waren. Sorge gibt an, daß nur 8 von 64 Fällen nicht geheilt wurden.

Als Ursache für dieses Auseinanderweichen der Erfahrungen könnte zunächst die Verschiedenheit der berücksichtigten Kranken angeführt werden. Wo neben der traumatischen Neurose schwere Hirnschädigungen stattgefunden haben, sind natürlich die Aussichten auf völlige Genesung wesentlich ungünstiger; ebenso kann die Verbindung mit anderen eingreifenden Unfallsfolgen oder mit zufälligen körperlichen Erkrankungen die Aussichten auf Heilung sehr verschlechtern. Weiterhin fallen psychopathische Veranlagung, höheres Lebensalter mit seiner Einbuße an Spannkraft, endlich Alkoholmißbrauch als die Wiederherstellung erschwerende Umstände ins Gewicht. Weit bedeutsamer aber, als alle diese Einflüsse, ist für den Ausgang der traumatischen Neurose die Regelung der Entschädigungsfrage[2]). Es unterliegt nicht dem geringsten Zweifel, daß der überraschende Unterschied im Verlaufe des Leidens, wie er uns in Deutschland (Friedel, Schaller), in der Schweiz (Nägeli), in Italien (Sorge) und in Dänemark (Wimmer) entgegentritt, in der Hauptsache lediglich auf die verschiedenartige Erledigung der Entschädigungsansprüche zurückzuführen ist.

[1]) Friedel, Monatsschr. f. Psych. XXV, 189.

[2]) Wimmer, Verhandlungen des internat. Kongresses f. Versicherungsmedizin 1906, 429; Zentralbl. f. Nervenheilk. XXXIII, 117; Gaupp, Münchener Medizin. Wochenschr. 1906, 46; Hoche, Notwendige Reformen der Unfallversicherungsgesetze. 1907; Nägeli, Corrbl. f. Schweizer Ärzte 40, 33; Schaller, Einige Zahlen über Unfallsneurose, Rente und Kapitalsabfindung. 1910; Laquer, Die Heilbarkeit nervöser Unfallsfolgen. 1912.

Rumpf und Horn konnten feststellen, daß von 136 mit Kapital abgefundenen Unfallkranken 70% als praktisch geheilt und weitere 16% als wesentlich gebessert angesehen werden durften, während von 31 Rentenempfängern nur 2 eine Besserung erfahren hatten. Wir werden auf diesen Punkt noch mehrfach zurückzukommen haben.

Auch die Häufigkeit der traumatischen Neurose ist großen Schwankungen unterworfen. Blind sah unter 905 unfallverletzten Elsässern 6% der Männer und 12% der Frauen nervös erkranken, während unter den landfremden italienischen Arbeitern bei 39% nervöse Störungen auftraten. Merzbacher gibt an, daß unter 1370 Unfallkranken, die eine mindestens einmalige Entschädigung erhalten hatten, 13, d. h. 0,9% an traumatischer Neurose litten. Einstein berichtet, daß bei über 5000 Betriebsunfällen 0,7% erkrankten, während Stursberg nur 1,6 Neurosen auf je 1000 Betriebsunfälle der Rheinisch-Westfälischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft feststellen konnte. In Italien schwankt nach den von Morselli mitgeteilten Erfahrungen Peris und Ramoinos das Verhältnis der traumatischen Neurosen unter den Unfallsfolgen etwa zwischen 0,1—0,6%.

Bei uns sind wohl die Meinungen darüber einig, daß die Häufigkeit der traumatischen Neurose seit der Einführung der Unfallgesetzgebung sehr erheblich zugenommen hat. Müller betont diese Erfahrung besonders unter Hinweis darauf, daß die Unfallstodesfälle seit 1890 keine Steigerung erfahren haben. Dabei zeigt es sich, daß lediglich die entschädigungspflichtigen Unfälle in höherer Zahl traumatische Neurosen und zugleich ungünstigere Verlaufsformen erzeugen. Döllken sah zwar nach 700 Mensurverletzungen 25 mal nervöse Störungen auftreten; sie heilten aber bis auf einen Fall rasch ab. Bruns hat darauf aufmerksam gemacht, daß die nicht seltenen schweren Reitunfälle in der Offiziersreitschule Hannover keine traumatischen Neurosen nach sich zu ziehen pflegen; auch die mannigfachen Verletzungen beim Sport, die Unfälle der Artisten, die „Kirchweihschlachten" sind in dieser Beziehung wenig bedenklich. Hoche weist ferner darauf hin, daß die Aufregungen, Schmerzen und Verletzungen, die der Geburtsvorgang mit sich bringt, die Entwicklung traumatischer Neurosen nicht begünstigen. Ebenso sieht man Kinder selbst nach schweren Unfällen nicht in dieser Weise erkranken.

Aus diesen Feststellungen geht schon soviel hervor, daß jedenfalls die Art und Schwere des erlittenen Unfalls nicht ausschlaggebend für die Verursachung der traumatischen Neurose sein kann. Nonne hat über eine Reihe schwerster Verstümmelungen berichtet, die ganz ohne nervöse Störungen geheilt sind und die Arbeitsfähigkeit überraschend wenig geschädigt haben. Sachs hat geradezu die Meinung ausgesprochen, daß die Entwicklung des Leidens bei schweren organischen Schädigungen seltener sei, als bei leichten; er meint, daß dort, wo ohnedies die Berechtigung weitgehender Entschädigungsansprüche zweifellos sei, der Ansporn für die Ausbildung nervöser Krankheitserscheinungen fortfalle.

Auch Reichhardt meint, daß die Häufigkeit der traumatischen Neurose in umgekehrtem Verhältnisse zur Schwere der Verletzung stehe. Dem ist zunächst entgegenzuhalten, was Aschaffenburg ausführt, daß wir keinen brauchbaren Maßstab besitzen, um die Schwere einer Verletzung zu bestimmen. Abgesehen von der Möglichkeit, daß im einzelnen Falle Schädigungen stattgefunden haben können, die unserer Untersuchung entgehen, wird derselben Verletzung je nach dem Berufe und der Lebensstellung des Geschädigten, natürlich auch nach seiner persönlichen Empfindlichkeit, eine sehr verschiedene Bedeutung zukommen. Sodann aber widerspricht jener, wohl mehr aus allgemeinen Eindrücken geschöpften Auffassung einigermaßen die Angabe von Merzbacher, der nach 12 schweren Kopfverletzungen 5 mal, nach 10 leichten 2 mal und nach 1340 Unfällen, die nicht den Kopf betrafen, nur 6 mal eine traumatische Neurose sich entwickeln sah. Friedel fand bei 131 Kranken 65 mal Kopfverletzungen, darunter 7 mal Schädelbrüche. Unter 137 an traumatischer Neurose leidenden Männern, die ich in den letzten Jahren beobachten konnte, waren 73 nach Kopfverletzungen erkrankt, darunter 9 mit schweren Hirnschädigungen. Verletzungen des Rumpfes oder der Glieder lagen in 25 Fällen vor, während es sich bei den übrigen um Unfälle mit unbestimmtem Angriffspunkte oder um mehr allgemeine, in 5 Fällen nur psychische Einwirkungen handelte, Blitzschlag, Fall ins Wasser, leichte Verbrennungen beim Herausschlagen von Feuer, Furcht vor einer drohenden Explosion, Schreck beim Zerplatzen eines Ofens, dringende Gefahr eines Eisenbahnunglücks usw.

Mir scheint daraus hervorzugehen, daß doch den Kopfverletzungen eine ganz überwiegende Rolle in der Entstehungsgeschichte der

traumatischen Neurose zukommt. Das erklärt sich vielleicht zum Teil aus dem Umstande, daß sich an sie von vornherein am leichtesten die Befürchtung schwerer, bleibender Nachteile knüpft, vielleicht aber auch daraus, daß in der Tat durch die Schädigungen und Erschütterungen des Gehirns häufig zunächst bedrohlichere Krankheitserscheinungen hervorgerufen werden, die den Ausgangspunkt für die sich späterhin entwickelnde Vorstellung eines ernsteren Leidens bilden können. Auf der anderen Seite ist zu betonen, daß selbst tiefgreifende Hirnverletzungen nicht selten ohne Entwicklung einer traumatischen Neurose heilen. Da weiterhin, wie angedeutet, das Leiden auch dann auftreten kann, wenn irgendeine körperliche Schädigung gar nicht stattgefunden hat, sondern ein erschreckender Vorgang, ein erschütternder Anblick nur durchlebt wurde, ja, wenn eine drohende Gefahr überhaupt nicht eintrat, werden wir zu dem Schlusse kommen, daß die krankmachende Bedeutung eines Unfalls zunächst von dem Eindrucke abhängt, den er im Seelenleben des Kranken hinterläßt. Allerdings sieht man gelegentlich auch traumatische Neurosen sich an lächerlich geringfügige Anlässe anschließen, an eine leichte Prellung des Rückens, eine Muskelzerrung beim Heben, eine unbedeutende Quetschung. Wenn derartige Beobachtungen, namentlich im Hinblicke auf die ungeheure Häufigkeit solcher kleinen Unfälle, auch zu den seltenen Ausnahmen gehören, so weisen sie uns doch darauf hin, daß eben noch andere Umstände für die weiteren Folgen eines Unfalls in Betracht kommen, als seine unmittelbaren psychischen Wirkungen.

Alle Erfahrungen stimmen darin überein, daß nicht nur für den Ausgang, sondern auch schon für die Entstehung der traumatischen Neurose die Entschädigungsfrage von maßgebendster Bedeutung ist. Die oben angeführten Unterschiede in der krankmachenden Wirkung der Unfälle je nach ihrer Verursachung und der Art der betroffenen Personen hängen ebenso damit zusammen, wie die verschiedene Häufigkeit der traumatischen Neurose in den einzelnen Ländern und Zeitabschnitten. Ganz allgemein ist die Aussicht, an traumatischer Neurose zu erkranken, für jemanden, der gegen Unfall versichert ist, wesentlich größer, als bei demjenigen, der keinerlei Entschädigung zu hoffen hat. Offenbar ist also der Einfluß, den die Aussicht auf Entschädigung im Seelenleben des Unfallverletzten ausübt, die eigentliche Quelle der psychischen Störungen,

aus denen sich das klinische Bild der traumatischen Neurose zusammensetzt. Man wird annehmen dürfen, daß sich diese Wirkungen je nach der Eigenart des Verletzten verschieden und sehr mannigfaltig gestalten können. Dennoch wird es, wie ich glaube, möglich sein, sie wenigstens in ihren Hauptumrissen zu kennzeichnen.

Zunächst ist darauf hinzuweisen, daß die Entschädigung, namentlich wenn sie eine gewisse Höhe erreicht, eine verweichlichende Wirkung auszuüben vermag. Sie überhebt den Verletzten der Sorge für seinen und seiner Familie Lebensunterhalt und beseitigt somit den kräftigsten Ansporn, die Folgen des erlittenen Unfalls so rasch wie möglich wieder zu überwinden. Er wartet daher, so lange noch Beschwerden bestehen, ruhig ab, nimmt die Arbeit nicht bald wieder auf, und wenn er es doch versucht, legt er sie wieder nieder, sobald sich ihm die zunächst unvermeidlichen Unbequemlichkeiten des Einarbeitens fühlbar machen. Ein solcher Mißerfolg trägt nicht dazu bei, seine Arbeitsfreudigkeit zu vermehren. Der Kranke schiebt daher, wenn ihn die inzwischen erlangte Rente der Notwendigkeit überhoben hat, sich ausreichenden Verdienst zu schaffen, die Rückkehr zu seiner Arbeit immer weiter hinaus und findet bei sorgsamer Prüfung seines Zustandes immer wieder Gründe, die ihm die Anstrengung noch nicht ratsam erscheinen lassen. So kommt allmählich die dauernde Entwöhnung von der Arbeit zustande, die ganz dem „Verbummeln" willensschwacher Müßiggänger entspricht.

Aller Anfang ist schwer. Das bringt uns jede längere Unterbrechung unserer Berufstätigkeit deutlich zum Bewußtsein. Es kostet zunächst eine erhöhte Willensanspannung, sich auf die Arbeit einzustellen, die auftauchenden kleinen Schwierigkeiten und Hemmnisse zu überwinden und wieder die Herrschaft über sein Handwerkszeug zu gewinnen. Je länger die Unterbrechung war, und je weniger in der Zwischenzeit die Kräfte geübt wurden, desto schwieriger wird es, sich wieder einzuarbeiten. Schließlich können die Hindernisse unüberwindlich werden, namentlich, wenn jeder wirksame Antrieb fehlt und im Gegenteil noch fühlbare Beschwerden das Selbstvertrauen schwächen und die Abneigung gegen jede kräftigere Willensanspannung verstärken.

Hellpach hat mit Recht auf die veränderte Stellung hingewiesen, welche die große Mehrzahl der versicherungspflichtigen Arbeiter gegenüber ihrer Berufstätigkeit einnimmt. Was den Men-

schen inneren Anteil an seiner Arbeit nehmen läßt, ihn befriedigt, mit Arbeitsfreude erfüllt, das ist das selbständige Schaffen von Werten. Niemand wird leugnen wollen, daß die „Entgeistigung" der Arbeit durch den Maschinen- und Großbetrieb, der die Vollendung eines Werkes in eine Unzahl kleinster Einzelleistungen verschiedener Menschen zersplittert, der persönlichen schöpferischen Betätigung nicht günstig ist und damit die inneren Beziehungen des zum Werkzeug gewordenen Arbeiters zu seiner Tätigkeit stark gelockert hat. Die Arbeit ist ihm wenig mehr, als eine unangenehme Notwendigkeit, zu der ihn vielfach nicht mehr seine Herzensneigung treibt. Die inneren Widerstände gegen die Rückkehr zu ihr können dadurch nur verstärkt werden. Besonders begünstigt wird die Entwicklung solcher Widerstände ferner dadurch, daß man den Verletzten, in dem Bestreben, zunächst alle Unfallsfolgen sich möglichst ausgleichen zu lassen und so vermeintlich der Ausbildung einer traumatischen Neurose vorzubeugen, möglichst lange als Kranken behandelt, ihm Schonung auferlegt und sorgsam alle von ihm vorgebrachten Beschwerden beachtet.

Die so entstandene Sachlage wird weiterhin wesentlich verschlimmert durch die Furcht vor dem Verluste der Rente. Auf der einen Seite befestigt sich in dem Kranken immer mehr das Gefühl seiner Arbeitsunfähigkeit. Es entspringt zunächst aus den unmittelbaren Wirkungen des Unfalls, den gemütlichen Erschütterungen wie den körperlichen Beschwerden, die er nach sich gezogen hat. In diesem Punkte ist somit die Art und Schwere des erlittenen Unfalls gewiß nicht ohne Bedeutung. Dazu kommen sodann die aus der Schädigung wie aus den Aussprüchen der Ärzte sich ableitenden Befürchtungen für die Zukunft, die besonders durch die sich immer wiederholenden Untersuchungen und Begutachtungen genährt werden. Auch die Mißerfolge bei dem Versuche, die Arbeit wieder aufzunehmen, wirken natürlich im gleichen Sinne. Es kann nicht fehlen, daß sich auf diese Weise eine gewisse Mutlosigkeit ausbildet, die gewöhnlich die Formen einer hypochondrischen Verstimmung annimmt; es stellt sich ein schweres Krankheitsgefühl mit der Überzeugung dringender Hilfsbedürftigkeit ein. Infolgedessen erscheint als der einzige Rettungsanker in der Not die Rente. Jeder Versuch aber, zu einer Erwerbstätigkeit zurückzukehren, führt die Gefahr ihrer Verkürzung oder gar ihres völligen Verlustes herauf; wird doch der

Kranke tatsächlich daraufhin überwacht, ob er nicht etwa doch schon wieder dem Verdienste nachgeht. Diese Abhängigkeit der Rente von der Verdrängung der Arbeitslust hat naturgemäß die gleiche Wirkung, als ob auf das Nichtstun eine Belohnung gesetzt würde. Die Scheu, die einzige Unterhaltsquelle durch das Arbeiten zu verlieren und so in Not zu geraten, wenn der Versuch vielleicht doch mißlingen sollte, muß für alle Menschen mit geringem Selbstvertrauen ein schwer zu überwindendes Hindernis bilden, sich wieder zur Arbeit zu erziehen, um so mehr, wenn diese Aufgabe wegen langer Entwöhnung von ernsthafter Tätigkeit ohnedies schon sehr starke Willensanstrengung erfordert. So kommt es, daß manche Kranke lieber mit einer ganz unzulänglichen Rente Hunger leiden, anstatt sich durch Rückkehr zur Arbeit ein behagliches Dasein zu schaffen.

Endlich kann aber noch ein weiterer Umstand das Einwurzeln der Krankheitserscheinungen begünstigen; man pflegt ihm gewöhnlich die Hauptrolle zuzuschreiben, wohl nicht ganz mit Recht. Wie im Anschlusse an die von Strümpell geäußerten Anschauungen von verschiedenen Seiten ausgeführt worden ist, haben die Wirkungen der Unfallsgesetzgebung in den versicherungspflichtigen Volksschichten allmählich die Überzeugung verbreitet, daß der Unfall an sich, ohne Rücksicht auf seine Folgen für die Arbeitsfähigkeit, ein Anrecht auf Entschädigung gewähre, daß man gewissermaßen durch Erleiden eines Unfalls sich ein Schmerzensgeld verdient habe. Aus dieser Auffassung entspringen die „Begehrungsvorstellungen", die den Verletzten wenig geneigt machen, sein vermeintliches Anrecht auf die ihm unerschöpflich scheinenden und plötzlich in erreichbare Nähe gerückten Geldmittel der Berufsgenossenschaft durch tatkräftige Überwindung der Unfallsfolgen und schleunige Rückkehr zur Arbeit aufs Spiel zu setzen. Bestärkt wird er in dieser Stellungnahme einmal durch das Beispiel von Kameraden, die spazieren gehen und ihre Rente einholen dürfen, sodann durch die Überredungskünste von Arbeitsgenossen, Winkelkonsulenten, Angehörigen und namentlich der Frau, die es nicht begreifen können, wenn er die schöne Gelegenheit, „seinen Unfall" auszunutzen und endlich einmal von den lange gezahlten Beiträgen Vorteil zu ziehen, vorübergehen lassen wollte. Es liegt auf der Hand, daß derartige Erwägungen an sich schon hinreichen können, um gewinnsüchtige Personen zur Vortäuschung gar nicht vorhandener Unfallsfolgen zu veranlassen. In

weit größerem Maßstabe aber müssen sie dazu führen, daß wirklich vorhandene Beschwerden mit möglichst lebhaften Farben ausgemalt werden und auch dann noch ein Arbeitshindernis bilden, wenn sie in Wirklichkeit gar keine Bedeutung mehr haben. Rieger spricht hier von einer „Prämie auf das Gewinsel". Diese Verhältnisse sind es vor allem, die zu den erbitterten Kämpfen um die Rente führen, wie sie in Verbindung mit einer schiefen Auffassung der eigenen Rechtsansprüche den Rentenquerulanten kennzeichnen.

Da sich nach diesen Darlegungen die eigentliche Entstehungsgeschichte der traumatischen Neurose auf psychischem Gebiete abspielt, ist es begreiflich, daß dabei die ursprüngliche Veranlagung des Verletzten eine erhebliche Rolle spielen muß. Schon lange ist man darauf aufmerksam geworden, daß von einer größeren Zahl durch den gleichen Unfall betroffener Menschen immer nur einige wenige an traumatischer Neurose erkranken, und zwar durchaus nicht immer diejenigen, die am schwersten geschädigt werden. Sänger fand, daß von 15 bei einem Eisenbahnunglück schwer verletzten Soldaten nur ein einziger neurasthenische Erscheinungen darbot, während bei einer anderen Entgleisung von 13 Verletzten 6 deutliche psychische Nachwirkungen zeigten.

Namentlich die französichen Forscher, Janet, Déjerine, haben daher die ursächliche Bedeutung der Entartung für die Entstehung der traumatischen Neurose nachdrücklichst betont. Leider sind gerade auf diesem Gebiete die mir zu Gebote stehenden Erhebungen so ungemein lückenhaft, daß sie unverwertbar erscheinen, da die Unfallsnervenkranken fast immer ohne ausreichende Familiengeschichte eintreten und selbst nur sehr unzuverlässige Angaben zu machen pflegen. In der unverhältnismäßig kleinen Zahl von Fällen, bei denen eine direkte erbliche Belastung festgestellt werden konnte, schien mir immerhin die elterliche Trunksucht noch am häufigsten vertreten zu sein. Ergiebiger schon waren die Angaben über frühere ungünstige persönliche Eigenschaften der Kranken. Etwa 10% von ihnen wurden als schlecht begabt, schon immer etwas dumm, „schwach in den Talenten", oder als weichmütig, wehleidig, willensschwach geschildert. Von den beiden Geschlechtern überwog aus naheliegenden Gründen das männliche mit 90%. Auf die einzelnen Altersklassen verteilten sich Beginn der Erkrankung einerseits, letzter Eintritt in die Klinik andererseits in 134 Fällen,

bei denen der Beginn des Leidens genauer festgestellt werden konnte, folgendermaßen:

Jahre	— 20	— 30	— 40	— 50	— 60	— 70	— 80
Erkrankung .	9	36	46	27	14	2	—
Eintritt . . .	2	22	41	41	20	7	1

Aus der starken Verschiebung zwischen Erkrankungs- und Eintrittsalter ersieht man einigermaßen den schleppenden Verlauf des Leidens. Während 68% der Kranken vor dem 40. Jahre erkrankten, gelangten nur 48% vor diesem Lebensabschnitte in klinische Beobachtung. In welchem Grade die höheren Lebensalter stärker gefährdet sind, was man aus allgemeinen Erwägungen und auf Grund der aus der Beobachtung gewonnenen Eindrücke annehmen möchte, würde sich wohl nur auf Grund einer umfassenderen Statistik unter Berücksichtigung des Altersaufbaues der in Betracht kommenden Berufsklassen sicher feststellen lassen. Sehr bemerkenswert ist jedenfalls der große Unterschied in der Beteiligung der einzelnen Lebensalter an der traumatischen Neurose gegenüber der Hysterie. Dem entspricht auch der Umstand, daß 72% meiner Kranken, bei den Männern allein sogar 76%, verheiratet waren; die Rolle, die bei der Entwicklung von „Begehrungsvorstellungen" vielfach den Frauen zugeschrieben wird, erfährt dadurch vielleicht eine gewisse Beleuchtung.

Nicht ohne Bedeutung ist wohl auch die Feststellung, daß von den männlichen Kranken über 31% einfache Tagelöhner waren. Man darf einerseits annehmen, daß sich unter dieser Gruppe in größerer Zahl solche Persönlichkeiten finden, die eine minderwertige Verstandes- oder Charakteranlage aufweisen oder durch Alkoholmißbrauch wirtschaftlich verkommen sind. Andererseits aber ist gerade für den Tagelöhner mit seinem geringen und unsicheren Verdienst die Rente von besonders hoher Bedeutung, sei es, daß sie von vornherein als das erstrebenswerte Ziel erscheint, sei es, daß sich der Kranke bei der Ungewißheit, wieder lohnenden Verdienst zu finden, mit leidenschaftlicher Angst an diese, zwar kleine, aber sichere Einnahme klammert. Auch das möchte ich noch erwähnen, daß von meinen Kranken nur etwa 6—7% aus München, dagegen 83% vom Lande oder aus kleinen Städten stammten. Es ist schwerlich anzunehmen, daß dieses Verhältnis demjenigen der Unfallversicherten im allgemeinen entspricht. Vielmehr werden wir, namentlich im Zusammenhalte mit unseren frühe-

ren Feststellungen, schließen dürfen, daß es vorzugsweise die nicht festwurzelnden und dabei wenig anpassungsfähigen Persönlichkeiten sind, die als Zugewanderte in den schwierigen Arbeitsverhältnissen der Großstadt den psychischen Wirkungen unserer Unfallsgesetzgebung unterliegen. In dieser Beziehung bestehen, wie wir später sehen werden, gewisse Übereinstimmungen zwischen der traumatischen Neurose der ungelernten männlichen Arbeiter mittleren Lebensalters und der Hysterie der jungen weiblichen Dienstboten.

Eine sehr erhebliche Rolle in der Entstehungsgeschichte der traumatischen Neurose kommt weiterhin dem Alkoholmißbrauche zu. Friedel fand allerdings nur bei 9 von 115 Männern Alkoholismus, was mit den allgemeinen Erfahrungen kaum übereinstimmen dürfte. Von meinen männlichen Unfallsnervenkranken tranken 34% mehr als 2 l Bier täglich. Diese Beziehungen sind durchaus erklärlich. Die wesentliche Grundlage der traumatischen Neurose ist die Willensschwäche und der Mangel an Spannkraft, die Unfähigkeit, Behinderungen der Arbeitsfähigkeit durch verstärkte Anspannung zu überwinden, ferner sich veränderten Arbeitsbedingungen durch geschickte Ausnutzung der erhaltenen Fähigkeiten und Kräfte anzupassen. Wir wissen aber, daß der Alkohol nach beiden Richtungen hin eine unheilvolle Wirkung ausübt, daß er die Tatkraft lähmt und die schöpferische Selbständigkeit beeinträchtigt. Dazu kommt, daß er die wirtschaftlichen Verhältnisse zerrüttet und den Arbeiter aus höheren auf niedere Erwerbsstufen herabsinken läßt, Grund genug, die mühelos erlangte Rente in den Mittelpunkt der Lebensinteressen zu rücken. Auch der Arteriosklerose, die sich nach den Angaben von Leers bei 37,5% der Männer und bei 20% der Frauen finden soll, wird von verschiedenen Seiten ein Einfluß auf die Entwicklung der traumatischen Neurose zugeschrieben. Friedel verzeichnet sie freilich nur bei 12 von 131 Kranken. Es ist aber gewiß anzunehmen, daß Verletzte mit erkrankten Hirngefäßen weniger fähig sein werden, die Unfallsfolgen durch erhöhte Willensanstrengung und Änderung der Arbeitsweise wieder auszugleichen, daß sie daher im Gefühle ihrer Unfähigkeit leichter ihre Zuflucht zu den Vergünstigungen der Unfallsversicherung nehmen werden. —

Die verwickelten Entstehungsbedingungen der traumatischen Neurose lassen die Frage berechtigt erscheinen, ob sie eine einheitliche Erkrankung darstellt oder in verschiedene Bestandteile

aufzulösen ist. Gewöhnlich ist man geneigt, einige klinische Gruppen auseinanderzuhalten, von denen die traumatische Hysterie, Neurasthenie und Hypochondrie, endlich eine paranoide Form am meisten Anerkennung gefunden haben. Friedel rechnet von 115 Männern und 16 Frauen 69 Menner und 8 Frauen der neurasthenischen, 39 Männer und 8 Frauen der hysterischen, 7 Männer der hypochondrischen Form zu. In 2 Fällen, die aber nicht als besondere klinische Form ausgeschieden worden sind, handelte es sich um Querulieren.

Nach den aus meiner Erfahrung gewonnenen Anschauungen bin ich geneigt, zunächst die traumatische Hysterie von der traumatischen Neurose ganz abzutrennen und sie als Unterform des Hysterie aufzufassen, entsprechend etwa der Alkoholhysterie. Ebenso möchte ich, wie oben angedeutet, die kleine Gruppe der eigentlichen Rentenquerulanten aussondern und sie ohne weiteres zu den übrigen Querulanten stellen, da ich keine Möglichkeit sehe, sie von ihnen zu scheiden, während sie mit der traumatischen Neurose nur sehr äußerliche Beziehungen aufweisen. Innerhalb des nun noch verbleibenden Restes traumatischer Neurosen noch Untergruppen je nach der neurasthenischen oder hypochondrischen Färbung des Krankheitsbildes aufzustellen, scheint mir nicht erforderlich, da sich verwertbare Anhaltspunkte für eine solche Abgrenzung kaum finden lassen. Höchstens könnte man, was der erwähnten Gruppierung etwa entsprechen würde, leichtere und schwerere Fälle auseinanderhalten. Überdies dürfte aus allgemein klinischen Gründen die Verquickung des hier besprochenen Leidens mit dem verschwommenen Krankheitsbilde der Neurasthenie wenig zweckmäßig sein. Mit diesen Darlegungen ist zugleich meine Stellung zu den Bestrebungen gegeben, den Krankheitsbegriff der traumatischen Neurose überhaupt aufzulösen und seine Bestandteile der Hysterie, der Neurasthenie, Hypochondrie als Unterformen einzugliedern. Nur für die traumatische Hysterie erscheint mir dieses Verfahren aus sogleich noch näher zu erörternden Gründen berechtigt. Dagegen ist die traumatische Neurose in der hier umschriebenen Gestalt eine durch Entstehungsgeschichte, klinisches Bild, Verlauf und Ausgang so gut gekennzeichnete Krankheitsform, daß ich in ihrer Beseitigung nur einen bedauerlichen Rückschritt sehen könnte.

Eine schwierige Frage ist es, wie weit in das Krankheitsbild der

traumatischen Neurose die Folgeerscheinungen wirklicher Hirnschädigungen hineinspielen. Die Häufigkeit gerade der Kopfverletzungen in der Vorgeschichte der Unfallsnervenkranken mahnt zu einer gewissen Vorsicht bei der rein psychogenen Deutung aller Krankheitszeichen, zumal wir über die leichteren klinischen Nachwirkungen von Hirnerschütterungen noch ziemlich mangelhaft unterrichtet sind. Nicht ganz selten lassen sich ja auch, wie früher angeführt, unzweifelhafte organische Störungen neben psychogen bedingten nachweisen. Sachs und Freund bezeichnen als Überreste traumatischer Hirnschädigungen Merkstörungen, Reizbarkeit, Charakterveränderung, Kopfschmerzen, Schwindelanwandlungen, selbst bis zur Ohnmacht, Hitzegefühl, Sausen im Kopfe, Neigung zu Pulsbeschleunigung, neuralgische Beschwerden. Trömner fügt diesen „stigmata commotionis" noch gesteigerte Ermüdbarkeit, Apathie, Mißmut, Empfindlichkeit für Gemütsbewegungen hinzu. Es läßt sich nicht verkennen, daß hier mannigfache Übereinstimmungen mit dem Bilde der traumatischen Neurose bestehen. Allerdings ist es wohl noch keineswegs sicher, wie weit die angeführten Krankheitszeichen wirklich und regelmäßig organischen Ursprunges sind. Die Erfahrung, daß sie nach Regelung der Entschädigungsfrage spurlos verschwinden können, spricht einigermaßen dagegen. Es verdient jedoch Beachtung, daß hier und da wenigstens einzelne der angeführten Störungen auch nach vollständiger Beseitigung psychogener Ursachen fortbestehen können, ferner, daß manche derselben auch in Fällen beobachtet werden, in denen die Entschädigungsfrage gar keine Rolle spielt. Es wird Aufgabe weiterer Untersuchungen bleiben, die zurzeit hier noch bestehende Unsicherheit der Beurteilung zu beseitigen.

Daß die traumatische Neurose mit der Neurasthenie keine näheren klinischen Beziehungen aufweist, bedarf kaum des genaueren Nachweises. Faßt man die Neurasthenie im Sinne der von mir gezeichneten „nervösen Erschöpfung" auf, so ist nicht nur ihr Ursprung, sondern auch ihr klinischer Verlauf und ihr Ausgang von demjenigen der traumatischen Neurose so vollständig verschieden, daß demgegenüber die oberflächliche Ähnlichkeit einzelner Krankheitszeichen, der Verstimmung, Reizbarkeit, Ermüdbarkeit, Schlafstörung, gar nicht ins Gewicht fällt. Ähnliches gilt für diejenigen, ebenfalls häufig als Neurasthenie bezeichneten Zustände, die ledig-

lich Erscheinungsformen der psychopathischen Veranlagung sind. Auch hier fehlen die wirklich kennzeichnenden Züge der traumatischen Neurose, ihre Anknüpfung an den Unfall, ihre Abhängigkeit von der Entschädigungsfrage, ihre Heilbarkeit durch Beseitigung ihrer Entstehungsbedingungen.

Die Abgrenzung von der Hysterie soll bei Besprechung dieses Leidens von uns versucht werden. Hier sei nur soviel betont, daß die kennzeichnenden hysterischen Krankheitszeichen, die umgrenzten Lähmungen und Empfindungsstörungen, die Anfälle und Dämmerzustände, an sich dem klinischen Bilde der traumatischen Neurose nicht angehören. Dennoch aber werden sie nicht selten als Beimischungen beobachtet, da sich unter den Unfallverletzten immer auch eine ganze Reihe von Persönlichkeiten befindet, die durch ihr Alter, ihre besondere Veranlagung oder durch Alkoholmißbrauch dazu vorbereitet sind, hysterische Störungen zu entwickeln; in einzelnen Fällen waren solche geradezu schon vor dem Unfall aufgetreten. Diese Verbindung ist somit, da auch die Erscheinungen der traumatischen Neurose durch Gemütsbewegungen ausgelöst und beeinflußt werden, eine ganz natürliche. Dennoch werden wir grundsätzlich die traumatische Neurose nicht nur von der Hysterie im allgemeinen abzutrennen haben, von der sie sich durch Entstehungsbedingungen, klinisches Bild, Verlauf und Ausgang durchaus unterscheidet, sondern wir werden sie auch nicht mit der traumatischen Hysterie im besonderen zusammenwerfen dürfen. Dieser letzteren gehören vor allem die Krankheitsbilder an, die Strümpell als „lokale traumatische Neurose" beschrieben hat, mit Beschränkung des Leidens auf einzelne, meist mit dem Angriffspunkte des Unfalls in Beziehung stehende Störungen ohne allgemeine Beeinträchtigung des Seelenlebens. Die Krankheitserscheinungen werden hier nicht durch die Entschädigungsfrage, sondern durch die vom Unfalle verursachte Gemütsbewegung erzeugt und knüpfen sich unmittelbar an diesen selbst an; so zeigte ein junger Mann, der bei einem Brande zum Fenster hinausgesprungen war, noch nach Jahren Lähmung und Unempfindlichkeit der Seite, auf die er damals fiel. Derartige Störungen werden in der Regel merkwürdig gleichmütig ertragen; man kann sie gewöhnlich durch suggestive Maßnahmen zur Heilung bringen, und sie pflegen durch den Gang des Entschädigungsverfahrens wenig oder

gar nicht beeinflußt zu werden. Da indessen die beiden hier besprochenen Krankheiten in ihrem Ursprunge verwandt sind und überdies oft auf ähnlichem oder gleichem Boden erwachsen, liegt es auf der Hand, daß unter Umständen eine Mischung der Krankheitszeichen vorkommen kann, die bei schwacher Ausbildung der unterscheidenden Merkmale die Zuteilung des einzelnen Falles zu dieser oder jener Seite bis zu einem gewissen Grade willkürlich erscheinen läßt.

Die größten Meinungsverschiedenheiten sind über die Häufigkeit und den Nachweis der Verstellung[1]) bei der traumatischen Neurose entstanden, eine Frage, die im Hinblicke auf die Unfallsgesetzgebung sehr große praktische Bedeutung besitzt. Leider haben sich, wie das in der Natur der Sache liegt, alle bisher angeführten „objektiven" Zeichen des Leidens, die Gesichtsfeldeinschränkung, die Pulsbeschleunigung, Erweiterung der Pupille und Blutdrucksteigerung bei Berührung überempfindlicher Stellen, die traumatische Muskelreaktion, die Herabsetzung der galvanischen Erregbarkeit, die Steigerung der Reflexe, als praktisch wenig brauchbar erwiesen, um einen zuverlässigen Beweis für das Bestehen des psychischen Leidens zu erbringen. Wie ich glaube, ist indessen die Gefahr einer Täuschung wirklich sachverständiger Ärzte vielfach bedeutend überschätzt worden. Alle erfahrenen Beobachter kommen mehr und mehr dahin überein, daß zwar die Übertreibung einzelner Krankheitszeichen recht häufig, wirkliche Vortäuschung des ganzen Krankheitsbildes dagegen ungemein selten ist. Die erstere ist in der Tat gewissermaßen ein Ausfluß der Krankheit selbst, ähnlich wie wir auch bei der Hysterie auf grobe Täuschungen durch die Kranken gefaßt sein müssen, die durch den krankhaften Wunsch veranlaßt werden, die eigenen Leiden recht sinnfällig erscheinen zu lassen und sich das Mitleid und die Hilfe des Arztes nach Möglichkeit zu sichern.

Auch für den Unfallsnervenkranken, namentlich für den Rentenkämpfer, wird sein Leiden zu einer Art Lebensaufgabe; er wird durch die Rücksicht auf das Entschädigungsverfahren dazu gedrängt, seine Arbeitsunfähigkeit und Hilflosigkeit mit größter Eindringlichkeit darzutun. Die sich immer wiederholenden ärztlichen Untersuchungen, von deren Ausfall nach seiner Meinung

[1]) Sand, La simultation et l'interprétation des accidents du travail. 1907.

sein Wohl oder Wehe abhängt, geben ihm dazu reichliche Gelegenheit. Er lernt aus der Unterhaltung mit dem Arzte wie aus den Aufklärungen durch Leidensgenossen sehr bald, auf welche Krankheitszeichen Gewicht gelegt wird; was ist natürlicher, als daß er seine Klagen und sein Benehmen den Umständen anpaßt, um seine wichtigste Hilfsquelle, die Rente, nicht zu verlieren! Aus diesem Verhalten darf man natürlich ebensowenig wie bei der Hysterie den Schluß ziehen, daß der Übertreibende etwa nicht krank, sondern überhaupt ganz gesund sei. Faßt man die traumatische Neurose als die den Willen lähmende Wirkung der Unfallversicherung auf psychopathische und willensschwache Menschen auf, so liegt eben das Krankhafte in der Unfähigkeit, die ungünstigen Einflüsse zu überwinden, in der Unterjochung von Tatkraft und Stimmung durch die Rücksicht auf die Entschädigungsfrage, und die Übertreibung ist nur ein Zeichen für das hilflose Unterliegen des Kranken im Kampfe um die Selbstbehauptung seiner Persönlichkeit.

Auch bei den Rentenquerulanten wird man die krankhafte Grundlage ihrer leidenschaftlichen Hartnäckigkeit bei genauerer Prüfung nicht übersehen können. Die Vorteile, die ihnen auch im günstigsten Falle erreichbar sind, stehen regelmäßig in gar keinem rechten Verhältnisse zu ihrem Verdienste und ihren Aussichten bei Wiederaufnahme der Arbeit, ganz abgesehen von den steten Aufregungen und der Unsicherheit des Kampfes; die Kranken könnten daher, wenn ihnen eine verständige Würdigung der Sachlage und eine unbefangene Entscheidung möglich wäre, über die Wahl nicht lange im Zweifel sein. Tatsächlich ist daher auch die Zahl der ausgesprochenen Rentenquerulanten im Verhältnisse nicht nur zu derjenigen der Unfälle, sondern auch der Unfallsnervenkranken recht klein. Wie die Erfahrung lehrt, handelt es sich hier, wie bei den Prozeßkrämern, um einzelne reizbare, eigensinnige, paranoid veranlagte Persönlichkeiten, die sich unter dem ungünstigen Einflusse der Unfallsgesetzgebung in den Kampf ums Recht verrennen und ihm ihre ganzen sonstigen Interessen zum Opfer bringen.

Will man ein besonderes Prüfungsverfahren ersinnen, das uns über das Bestehen oder Fehlen gewisser, von dem Kranken vorgebrachter Beschwerden einigermaßen zuverlässigen Aufschluß gibt, so kann das immer nur der psychologische Versuch[1]) sein, da ja das

[1]) Becker, Sommers Klinik III, 127.

ganze Krankheitsbild ein psychisches ist; die neurologische Untersuchung wird hier nie zum Ziele führen. Am meisten benutzt wurde zu dem angeführten Zwecke bisher die sehr bequem ausführbare Messung der Leistungsfähigkeit, Übungsfähigkeit und Ermüdbarkeit mit Hilfe des fortlaufenden Addierens, doch könnten auch eine Reihe von anderen Verfahren dafür herangezogen werden, namentlich die Untersuchung von Willensleistungen. Es wird sich empfehlen, im einzelnen Falle verschiedene Versuchsformen, Assoziationsversuche, Auffassungs-, Rechen- und Lernversuche, Ergogramme, Arbeitsschreiberkurven, Zitter- und Haltungskurven, Aufzeichnung von einfachen Fingerbewegungen, Schreibdruckkurven, Plethysmogrammen, Sehnenreflexkurven usf. nebeneinander in Anwendung zu ziehen, um aus dem Vergleiche aller, einander ergänzender Ergebnisse ein möglichst sicheres Urteil über das Hineinspielen absichtlicher Täuschung zu gewinnen.

Der besondere Wert der Rechenversuche liegt in der Möglichkeit, zu prüfen, ob das Verhältnis der einzelnen, im Versuche gewonnenen Werte zueinander den uns bekannten Gesetzmäßigkeiten entspricht oder nicht. Ist der Kranke wirklich bemüht, die ihm gestellte Aufgabe zu lösen, so lassen sich in den Versuchszahlen trotz aller krankhaften Abweichungen doch bestimmte gegenseitige Beziehungen erkennen, die verzerrt und widerspruchsvoll erscheinen, wo eine Fälschung der Ergebnisse versucht wurde. So ist fortschreitendes erhebliches Sinken der Arbeitswerte am pausenlosen Tage durchaus unverträglich mit Geringfügigkeit oder Fehlen der Pausenwirkung, weil sie auf Steigerung der Ermüdbarkeit hindeutet, die eben einen starken erholenden Einfluß der Arbeitspause bedingt. Leistungen von mindestens mittlerer Höhe können niemals einen negativen Übungsfortschritt ergeben, weil dabei die Übungswirkungen immer so starke sind, daß sie alle zufälligen Schwankungen der Disposition überwiegen; es müßte denn gerade ein einzelner Tag ganz aus dem Rahmen der übrigen herausfallen. Ansteigen der Leistung an den pausenlosen Tagen kann nie mit ungünstiger Pausenwirkung zusammentreffen, weil es starke Übungsfähigkeit anzeigt, die eben die an sich günstige Wirkung der Pause noch verstärken müßte. Ist man mit den Gesetzen, welche die Arbeitskurve beherrschen, einigermaßen vertraut, so lassen sich diese und ebenso eine Reihe anderer, etwa auftretender Wider-

sprüche unschwer aufdecken; sie weisen darauf hin, daß nicht unbefangen, sondern mit ganz willkürlich wechselnder Willensspannung gearbeitet wurde. Allerdings ist diese Feststellung, wie Plaut betont hat, nur dann von größerer Tragweite, wenn die Willensspannung überhaupt eine nennenswerte Höhe aufweist. Bei ganz niedrigen Leistungen, wie sie z. B. die letzten Kranken in Fig. 259 aufweisen, kommen naturgemäß weder die Wirkungen der Übung noch diejenigen der Ermüdung oder der Erholung zu klarem Ausdrucke, so daß auch ihre Beziehungen nicht genauer verfolgt werden können. Indessen wird in solchen Fällen das klinische Gesamtbild meist so kennzeichnend sein, daß bewußte Fälschung bei ausreichender Beobachtung sich wohl immer wird ausschließen lassen.

Es wäre jedoch vielleicht denkbar, daß jemand, der annähernd weiß, worauf es bei solchen Versuchen ankommt, imstande wäre, die Versuchsergebnisse in bestimmtem Sinne zu fälschen. Auf meine Veranlassung hat sich vor Jahren Röder zuerst bemüht, bei dem angegebenen Verfahren gesteigerte Ermüdbarkeit vorzutäuschen; Specht hat dann später in größerem Maßstabe und mit allen möglichen Kniffen dieselbe Aufgabe zu lösen versucht. Der Ausfall war überall der gleiche. Da wir während des Rechnens nur eine sehr unvollkommene Vorstellung von der jeweiligen Höhe unserer Leistung besitzen, führt die bewußte Absicht, bestimmte Änderungen künstlich nachzuahmen, regelmäßig zu maßlosen Übertreibungen, die unschwer zu erkennen sind. Zugleich erscheint es gänzlich unmöglich, alle die verwickelten Beziehungen der einzelnen Werte zueinander, wie sie in der Arbeitskurve zum Ausdrucke kommen, willkürlich herzustellen, so daß sich überall Widersprüche und Unmöglichkeiten ergeben. Alle diese Schwierigkeiten verringern sich wesentlich und lassen sich auch wohl ganz überwinden, wenn ein vollkommenes Versagen des Willens mit äußerster Herabminderung der Leistung vorgetäuscht werden soll. Dann aber wird man auch dem psychischen Gesamtzustande das gleiche Gepräge geben müssen, was auf die Dauer kaum durchführbar sein dürfte.

Becker hat noch auf eine Reihe weiterer Anhaltspunkte für das Erkennen der Simulation hingewiesen, von denen mir namentlich die Betrachtung von willkürlich hergestellten Zitterkurven beachtenswert erscheint. Er teilt mit, daß die Bewegungen beim willkürlichen Zittern langsamer und unregelmäßiger erfolgen und auf

der Höhe der Ausschläge ein Haften zeigen, wie es beim natürlichen Zittern nicht vorkommt; auch die Schwankungen in der Haltung des untersuchten Gliedes sollen stärkere sein. v. Höβlin hat darauf aufmerksam gemacht, daß die Hemmung einer Bewegung durch einen Widerstand beim Gesunden eine kräftige Anspannung der beteiligten Muskeln bewirkt und deswegen bei plötzlichem Nachlassen des Widerstandes ein Vorwärtsschnellen des bis dahin gehemmten Gliedes erfolgt. Wo gar nicht die Absicht zur Ausführung der geforderten Widerstandsbewegung oder gar der Wunsch zu ihrer Unterdrückung besteht, wird dieses Fortschnellen ausbleiben, weil die Antagonisten angespannt werden, was sich unschwer feststellen läßt. Das wird regelmäßig bei bewußter Vortäuschung von Kraftlosigkeit eintreten, kann aber wohl auch bei den unbewußten Bewegungsstörungen der Hysterischen zustandekommen.

Endlich ist noch das Verhalten des Schlafes und des Körpergewichtes für die Beurteilung der Verstellung von Bedeutung. Unfallsnervenkranke mit starken Beschwerden und namentlich ausgeprägter Verstimmung leiden fast immer an erheblichen Schlafstörungen, wie sie sich auf die Dauer nicht vortäuschen lassen; ebenso pflegt ihre Ernährung stark zu leiden. Personen, die sehr lebhafte Klagen vorbringen, dabei aber vortrefflich schlafen und große Eßlust entwickeln, sind daher der Verstellung oder mindestens der Übertreibung recht verdächtig.

Eine nicht immer leicht zu überwindende Fehlerquelle für die Beurteilung ergibt sich öfters aus der Schwierigkeit, zu entscheiden, ob vorhandene Krankheitszeichen durch den Unfall erzeugt wurden oder aus anderen Ursachen entsprungen sind, vielleicht schon vorher bestanden haben. Absichtlich oder unabsichtlich werden Seh- und Hörstörungen, Anfälle, Kopfschmerzen, arteriosklerotische, emphysematische Beschwerden u. a. m. auf den Unfall zurückgeführt, teils in dem Bedürfnisse, eine Ursache aufzufinden, teils in dem Wunsche nach einer möglichst hohen Rente. Wo sich nach der Natur des Leidens ein solcher ursächlicher Zusammenhang von vornherein ablehnen läßt, wird man sich bemühen müssen, die Sachlage durch möglichst genaue Erhebung der Vorgeschichte und sorgfältige Organuntersuchung zu klären, nicht immer mit Erfolg. Wichtige Aufschlüsse gibt uns die Wassermannsche Reaktion in den nicht seltenen Fällen, in denen tabische

oder paralytische Erscheinungen zunächst den Anschein einer traumatischen Neurose erwecken. —

Will man der Entstehung traumatischer Neurosen vorbeugen, so wären einerseits eine Reihe von Maßnahmen zur gesundheitlichen und sittlichen Hebung der durch Unfälle Gefährdeten, also vorzugsweise des Arbeiterstandes, andererseits eine Änderung der Unfallsgesetzgebung nötig. Die erstere Aufgabe ist eine sehr weit aussehende und überschreitet den Rahmen des ärztlichen Wirkungskreises; es würde sich darum handeln, in den breiten Massen der Bevölkerung die Spannkraft und die Anpassungsfähigkeit des Willens zu erhöhen, Gemeinsinn und Verantwortlichkeitsgefühl zu stärken, Selbstachtung und Schaffensfreude zu wecken und den Alkoholmißbrauch rücksichtlos zu bekämpfen. Weiterhin aber ist es unerläßlich, an Stelle der in Deutschland fast ausschließlich zulässigen Rentengewährung in weitestem Umfange die Möglichkeit der Kapitalabfindung zu setzen. In diesem Punkte herrscht heute bei nahezu allen ärztlichen Kennern der Frage vollste Übereinstimmung. Das Beispiel, das uns die Länder mit Kapitalabfindung vor Augen führen, ist derart überzeugend, daß der Weg vollkommen klar vorgezeichnet ist, wie von Jolly, Leppmann, Cramer, Hoche, Gaupp, Laquer nachdrücklich betont wurde. Die von einzelnen Seiten geäußerte Befürchtung, daß manche Verletzte mit der ihnen zufallenden größeren Geldsumme schlecht wirtschaften und dann der Armenfürsorge doch noch zur Last fallen oder sich absichtlich weitere Unfälle zuziehen könnten, wird in der Hauptsache durch die in der Schweiz und in Dänemark gemachten Erfahrungen widerlegt; sie kann auch gegenüber den heute bestehenden, offenkundigen schweren Schäden nicht wesentlich ins Gewicht fallen.

Ist in dem Kampfe um die Rente und ihre Erhaltung sowie in seinen Begleiterscheinungen der wesentliche Grund für die Entwicklung der traumatischen Neurose zu suchen, woran heute nicht mehr gezweifelt werden kann, so muß dieser Kampf beseitigt und das ganze Entschädigungsverfahren so rasch wie möglich zu einem endgültigen Abschlusse gebracht werden. Der Erfüllung dieser Forderung steht lediglich das Bedenken entgegen, daß es schwierig erscheint, die ganze Tragweite eines Unfalles binnen kurzem zuverlässig abzuschätzen. Man darf indessen wohl behaupten, daß

die Bedeutung dieses Bedenkens gerade unter dem Einflusse unserer Gesetzgebung außerordentlich überschätzt wird. Die Schreckneurosen nach den erschütterndsten Massenunglücksfällen pflegen binnen Jahresfrist völlig ausgeheilt zu sein; ebenso sehen wir die schwersten Gehirnverletzungen nach verhältnismäßig kurzer Zeit zu einem Abschlusse kommen, der den Umfang der dauernden Schädigung deutlich erkennen läßt. Ja, auch die traumatische Neurose kann in überraschend kurzer Zeit günstig ausgehen, nicht nur, wenn Entschädigungsansprüche rasch befriedigt wurden, sondern unter Umständen selbst dann, wenn ein endgültiger ablehnender Bescheid jede Hoffnung auf deren Berücksichtigung vernichtete. Nur dort, wo die Entschädigungsfrage eine nie endende Beunruhigung schafft, schleppt sich auch der Krankheitsvorgang ungemessene Zeit hindurch fort.

Daß dabei auch die Kostenlosigkeit der Berufungen ungünstig wirkt, ist von Hoche richtig bemerkt worden. Es liegt daher, vielleicht von ganz vereinzelten Ausnahmefällen abgesehen, die besonders zu beurteilen wären, für die große Masse der Unfallsschädigungen nicht der mindeste triftige Grund gegen eine Erledigung der Entschädigungsfrage innerhalb des ersten oder längstens des zweiten Jahres vor. Wird alsdann eine Abfindungssumme gewährt, so ist damit einerseits der menschlich berechtigte Wunsch nach Entschädigung erfüllt; andererseits aber hat der Verletzte nunmehr wieder selbst die Verantwortlichkeit für sein Schicksal zu tragen, was sein Selbstvertrauen hebt und seine Tatkraft anspornt, anstatt beide zu lähmen, wie es die Rentengewährung tut.

Nach der heute geltenden Gesetzgebung ist die Ablösung der Rente durch eine Abfindungssumme nur auf Antrag des Verletzten und nur bei Renten bis zu 15% des Arbeitsverdienstes zulässig. Diese Einschränkung muß also unbedingt fallen, wenn wir nicht traumatische Neurosen weiter züchten und damit eine Menge von Arbeitskräften dauernd lahm legen wollen. Soll die Möglichkeit der Rentengewährung für besonders gelagerte Fälle und auf eine gewisse Zeit noch offen gelassen werden, so berücksichtige man bei der Entscheidung außer dem Wunsche des Verletzten vor allem das Gutachten sachverständiger Ärzte, die mit den Gründen und Gegengründen für eine derartige Regelung genau vertraut sind. In der Hauptsache muß es aber bei der Abfindung bleiben, der die Renten-

zahlung nur als vorläufige Hilfe vorauszugehen hat. Gaupp schlägt vor, die Entschädigungssumme nach 3 Jahren durch 3 Ärzte festsetzen zu lassen, von denen 2 den Verletzten schon vorher beobachtet haben. Recht zweckmäßig scheint die in Dänemark eingeführte zweizeitige Abfindung zu sein, wobei die zweite Teilsumme nach 2 Jahren gezahlt wird. Wie Wimmer mitteilt, war es in 37 von 75 Fällen nicht mehr nötig, die zweite Zahlung zu leisten, weil die Kranken inzwischen gesund geworden waren, ein glänzendes Ergebnis im Vergleich zu den kläglichen Erfolgen der Rentenentschädigung!

Bei der Behandlung des einzelnen Falles ist die einzige Aufgabe die Sorge für möglichst schleunige Wiederaufnahme der Arbeit durch den Verletzten. Sobald die unmittelbaren körperlichen Unfallschädigungen geheilt sind, muß nicht Schonung, sondern Übung den maßgebenden Gesichtspunkt bilden. Aus diesem Grunde ist ein übermäßig langer Krankenhausaufenthalt zu vermeiden und die notwendig werdende Rente nach ihrer Dauer wie nach ihrer Höhe so zu bemessen, daß der Kranke genötigt ist, Arbeitsverdienst zu suchen, sobald es sein körperlicher Zustand irgend zuläßt. Das ist keine Härte, sondern im Gegenteil das einzige Mittel, der Entwicklung schweren Siechtums vorzubeugen. Ganz abgesehen davon, daß hohe und lange Zeit fortlaufende Renten die gefährliche Entwöhnung von der Arbeit begünstigen, verstärken sie auch die hypochondrischen Neigungen des Verletzten, die Vorstellung, schwer geschädigt und schonungsbedürftig zu sein. Der Arzt muß von vornherein alles vermeiden, was diese Ansicht nähren könnte, namentlich nicht die Möglichkeit schlimmer Folgen des Unfalls andeuten.

Zweckmäßig erscheint es, den Kranken über die wahre Sachlage freundlich, aber bestimmt aufzuklären, ihm die Gefahren langer Untätigkeit vor Augen zu stellen und ihn auf die Wichtigkeit und Notwendigkeit baldiger Rückkehr zur Arbeit hinzuweisen. Der Arzt wird dabei geltend machen können, daß jede Rente ungünstiger ist, als die Wiederherstellung, daß die etwa noch vorhandenen Krankheitszeichen für die Arbeitsfähigkeit belanglos sind und sich überdies mit der Gewöhnung an die Arbeit allmählich verlieren werden. Übertreibungen sollen ruhig und sachlich auf das richtige Maß zurückgeführt werden. Dagegen ist es nicht unbedenklich, rasch mit

dem Vorwurfe der Verstellung bei der Hand zu sein. Wie Gaupp richtig bemerkt, verstärkt man dadurch leicht das Übel, das man bekämpfen will. Der Kranke, der beim Arzte offenes oder verstecktes Mißtrauen findet, wird sich noch mehr als bisher bestreben, seine Beschwerden mit allen Mitteln in das rechte Licht zu rücken; zugleich wird er immer weniger empfänglich für zweckdienliche Ratschläge werden.

Alle besonderen Heilverfahren, die nicht lediglich durch die körperlichen Folgen des Unfalls erfordert werden, sind durchaus vom Übel. Es hat bei der eigenartigen Entstehungsgeschichte der traumatischen Neurose gar keinen Sinn, die auftauchenden Beschwerden mit den bei der „Neurasthenie" gebräuchlichen Kuren, mit Elektrisieren, Bädern, Land-, Gebirgs-, Seeaufenthalt, Massage usf. zu behandeln. Im Gegenteil, das Krankheitsgefühl zieht, wie leicht begreiflich, und wie die Erfahrung gezeigt hat, aus allen derartigen Maßnahmen nur neue Nahrung; der Verletzte wird immer willensschwächer und wehleidiger, vielfach auch anspruchsvoller. Wenig zu bewähren scheinen sich die Unfallskrankenhäuser, weil in ihnen nicht nur keine zweckentsprechende Beschäftigung geboten werden kann, sondern weil außerdem noch durch gegenseitige Verhetzung Begehrungsvorstellungen und Kunstgriffe für den Kampf um die Rente gezüchtet werden. Auch die suggestive Behandlung, einschließlich der Hypnose, muß versagen, wenn sie sich auf eine Bekämpfung der Beschwerden richtet, ohne deren Ursache, den Kampf um die Rente, zu beseitigen.

Es muß indessen betont werden, daß das Unterlassen jeder im engeren Sinne ärztlichen Behandlung seine Ergänzung in einer planmäßigen Erziehung des Kranken zur Arbeit finden muß. Das soll aber nicht am Ergostaten oder an Zanderapparaten geschehen, sondern in der Werkstatt. In dieser Richtung fehlt es uns noch sehr an geeigneten Einrichtungen. Der körperlich genesene, aber vorerst nur beschränkt arbeitsfähige Verletzte hat die größten Schwierigkeiten, eine für ihn passende Beschäftigung zu finden, um sich so allmählich wieder einzuarbeiten. Hier wären einmal, wie von verschiedenen Seiten gefordert wurde, geeignete Arbeitsnachweise einzurichten, deren Vermittlungstätigkeit den Kranken wie den Berufsgenossenschaften bedeutenden Nutzen bringen würde. Ob es gesetzlich möglich ist, Betriebe zur Aufnahme von Halbinvaliden

zu zwingen, wie Döllken wünscht, steht dahin. Soweit sich aber die angeführte Maßregel als unzulänglich erwiese, den Genesenden vor der Entwöhnung von der Arbeit zu bewahren, müßten, wie ebenfalls schon oft vorgeschlagen wurde (Bruns, Lähr), am besten wohl in Verbindung mit den Nervenheilanstalten, Arbeitsstätten geschaffen werden, in denen auch solche Arbeiter Beschäftigung finden könnten, die den Anforderungen lediglich dem Erwerbe dienender Betriebe noch nicht gewachsen sind. Hier müßte eine mit den Leistungen wachsende, verhältnismäßig reichlich bemessene Bezahlung gewährt werden, zu der nach Hackländers Vorschlag die Berufsgenossenschaften in ihrem eigenen wohlverstandenen Interesse beisteuern sollten. Da wir wissen, daß die psychischen Unfallsfolgen in absehbarer Zeit schwinden, wenn sie nicht künstlich gezüchtet werden, so ist dabei die Rente immer nur für eine fest bestimmte Zeit zu gewähren, damit sich der Kranke auf ihren Fortfall einrichten kann. Dauerrenten sollten lediglich für die rein körperliche Einbuße an Leistungsfähigkeit, nicht aber für die der traumatischen Neurose entspringenden Beschwerden zuerkannt und, soweit es nach Lage der Gesetzgebung möglich ist, schon heute überall durch Geldabfindung ersetzt werden.

F. Die psychogenen Geistesstörungen der Gefangenen[1]).

Als man sich in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts zuerst eingehender mit den Geistesstörungen der Gefangenen zu beschäftigen anfing (Delbrück, Gutsch, Kirn, Reich), war man im allgemeinen geneigt, die beobachteten Erkrankungen ohne weiteres zu den schädigenden Einflüssen der Straf- oder Untersuchungshaft, vielleicht auch des vorausgegangenen Verbrecherlebens in ursächliche Beziehung zu setzen. Man sah in ihnen den Ausdruck eigenartiger Krankheitsvorgänge, wenn auch die klinischen Bilder eine Reihe von mehr oder weniger weit auseinander-

[1]) Nitsche und Wilmanns, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Ref. III, 353 (Literatur); Bonhöffer, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. 1907; Birnbaum, Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerativen. 1908; Rüdin, Über die klinischen Formen der Seelenstörungen bei zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe Verurteilten, Habilitationsschrift. 1909; Homburger, Lebensschicksale geisteskranker Strafgefangener. 1912; Többen, Monatsschr. f. Kriminalpsychologie IX, 449.

weichenden Formenkreisen erkennen ließen. Erst mit dem Fortschreiten der klinischen Erkenntnis überhaupt zeigte es sich, daß zum mindesten ein recht erheblicher Teil der in der Haft vorkommenden Psychosen in allen wesentlichen Zügen den aus der Freiheit bekannten Erkrankungen entspricht, somit nicht erst durch die Gefangenschaft hervorgerufen sein kann. Diese Tatsache, die von Rüdin, dann besonders nachdrücklich von Siefert betont wurde, führte zunächst zu einer Scheidung der Beobachtungen in zwei Hauptgruppen. Die erste bilden diejenigen Geistesstörungen, die zwar in der Haft ausbrechen, oft auch nur in ihr zuerst bemerkt werden, aber keinesfalls durch sie verursacht sein können, weil sie in ganz ähnlichen Formen auch sonst auftreten. Dahin gehören vor allem die Dementia praecox, ferner epileptische Störungen, gelegentliche manisch-depressive, senile, paralytische, paranoische Erkrankungen und allerlei vereinzelte, mehr zufällig einmal vorkommende klinische Bilder. Auf der anderen Seite stehen diejenigen Erkrankungsformen, die entweder gar nicht oder doch nicht in dieser Gestaltung und Häufigkeit außerhalb der Gefangenschaft beobachtet werden, die also mit einem gewissen Rechte die Bezeichnung „Psychosen der Gefangenen" verdienen.

Es hat sich nun schon früh herausgestellt, daß auch dieser Rest, der wohl kaum die Hälfte der ausgeprägteren Geistesstörungen in der Haft ausmacht, in sich keineswegs einheitlich ist. Delbrück und Gutsch, die vorzugsweise alte Sträflinge mit langfristigen Freiheitsstrafen beobachteten, gewannen wesentlich andere Bilder, als Reich, der hauptsächlich Untersuchungsgefangene schilderte, und Kirn, der an einem Gefängnis mit kurzfristig verurteilten Insassen wirkte. Mehr Klarheit wurde in diese vielfachen Widersprüche namentlich durch die Arbeiten Mölis, Gansers und Räckes gebracht, die zweifellos feststellten, daß ein nicht unerheblicher Teil namentlich der in der Untersuchungshaft auftretenden psychischen Störungen als hysterisch aufzufassen ist. In solchen Fällen bestehen zwar sicherlich ursächliche Beziehungen zu den Einwirkungen der Haft, aber sie rücken in besondere Beleuchtung; sowohl die Auslösung der krankhaften Erscheinungen wie ihre klinische Gestaltung sind in hohem Grade abhängig von der psychischen Eigenart des Gefangenen. Zudem können bei diesem ganz gleiche oder doch sehr ähnliche Bilder unter Umständen auch durch

andere gemütserschütternde Anlässe erzeugt werden, wenn auch die Gefangenschaft offenbar unverhältnismäßig starke krankmachende Wirkungen ausübt und zudem den klinischen Krankheitszuständen noch gewisse auffallende Züge beizumischen pflegt.

Indessen nicht alle Beobachtungen lassen sich in diesem Sinne deuten. Zunächst hat Rüdin darauf hingewiesen, daß es in der Haft paranoide Erkrankungen gibt, die weder den Verblödungsprozessen noch der Hysterie zugerechnet werden können, sondern nach Entstehungsgeschichte, Verlauf und klinischem Bilde eine Sonderstellung in Anspruch nehmen dürfen. Dem anfänglich von ihm beschriebenen Verfolgungswahne der Gefangenen hat er späterhin namentlich noch die Krankheitsform des präsenilen Begnadigungswahns hinzugefügt. Sodann aber sind von Siefert wie weiterhin von Bonhöffer und namentlich von Birnbaum in größerer Zahl weit buntere und mannigfaltigere Krankheitsfälle mitgeteilt worden, die ebenfalls zumeist ihren Ursprung in der Haft nehmen und sich nicht in den Rahmen der Dementia praecox oder des hysterischen Irreseins einfügen lassen. Die beiden letzteren Forscher sind dabei geneigt, die Gefangenschaft nur als eine auslösende Ursache der Psychose zu betrachten, in ähnlicher Weise, wie es für die hysterischen Erkrankungen gilt, und den Hauptnachdruck auf die bei den Häftlingen bestehende psychische Entartung zu legen. Sie sprechen geradezu von „Degenerationspsychosen", von „wahnhaften Einbildungen bei Degenerativen", doch beziehen sich die von ihnen mitgeteilten Beobachtungen mit verschwindenden Ausnahmen auf Gefangene, wenn auch einige derselben schon vor ihrer Einsperrung stärker ausgebildete krankhafte Züge dargeboten hatten.

Fassen wir vorerst diese letztere Gruppe ins Auge, so zeigt sich, daß es sich hier im allgemeinen um psychopathische Lügner und Schwindler handelt, deren Störungen in der Tat lediglich als Ausfluß ihrer minderwertigen Veranlagung zu betrachten sind und durch die Haft höchstens verschlimmert, unter Umständen aber auch zurückgedrängt werden können. Man wird ferner zugeben können, daß auch die übrigen, in der Haft mit paranoiden Wahnbildungen aller Art erkrankenden Persönlichkeiten im allgemeinen Entartete sind. Dennoch aber scheint bei ihnen die krankmachende Bedeutung der Gefangenschaft sicher dem Grade, vielleicht aber auch

der Art nach eine wesentlich andere zu sein. Ich schließe das aus dem Umstande, daß wirklich gleichartige, einwandfreie paranoide Erkrankungen aus dem Leben in der Freiheit, wenn überhaupt, so doch nur außerordentlich selten und unter ganz besonderen Bedingungen beobachtet werden. Deswegen halte ich es für berechtigt, diese Formen von den „wahnhaften Einbildungen der Degenerativen" im engeren Sinne abzutrennen und den psychogenen Geistesstörungen der Gefangenen zuzurechnen. Wir werden späterhin zu untersuchen haben, in welchem Verhältnisse sie zu den von Rüdin abgegrenzten klinischen Bildern stehen.

Weiterhin ist darauf hinzuweisen, daß der Druck der Gefangenschaft, ähnlich wie irgendein anderes vermeintlich erlittenes Unrecht, bei dazu veranlagten Personen auch das Bild des Querulantenwahns erzeugen kann. Soviel sich zurzeit erkennen läßt, finden sich dabei keine grundsätzlichen Abweichungen von den durch entsprechende Vorgänge in der Freiheit ausgelösten Störungen. Es scheint mir daher nicht zweckmäßig, die querulatorischen Erkrankungen der Gefangenen gesondert zu betrachten, wenn ihnen auch die besondere Lage, in der sich die Kranken befinden, eine gewisse Färbung geben mag.

Nur mit wenigen Worten soll endlich noch zweier anderer Gruppen von krankhaften Störungen gedacht werden, die zwar an sich auch nicht kennzeichnende Wirkungen der Gefangenschaft sind, doch aber hier besonders häufig erzeugt werden und durch sie ihr eigenartiges Gepräge zu erhalten pflegen. Die erste Gruppe umfaßt die krankhaften Gemütsbewegungen, die bei psychopathisch veranlagten Personen durch ein schwebendes Gerichtsverfahren ausgelöst werden können. Sie entsprechen natürlich in der Hauptsache den psychogenen Verstimmungen und Erregungszuständen, die wir auch bei anderen Anlässen auf dem Boden krankhafter Minderwertigkeit auftreten sehen. In zweiter Linie wäre die psychopathische Simulation und Dissimulation zu nennen, denen wir so häufig, auch mit allerlei krankhaften Störungen gemischt, in der Haft begegnen. Sie kommen ebenfalls oft genug in der Freiheit zustande, aber nicht im entferntesten in der Ausbildung, die sie in der Gefangenschaft erreichen können.

Die hysterischen Geistesstörungen der Gefangenen, die hauptsächlich die Form des Ganserschen Dämmerzustandes oder des

Haftstupors annehmen, werden zusammen mit den entsprechenden Krankheitsformen des freien Lebens in dem Abschnitte über Hysterie Berücksichtigung finden müssen; ebenso werden wir die krankhaften psychogenen Gemütsbewegungen späterhin an anderem Orte zu schildern haben. So bleiben für uns denn hier als eigentlich selbständige psychogene Geistesstörungen der Gefangenen in der Hauptsache nur die von Rüdin abgegrenzten Formen des Verfolgungs-, Unschulds- und Begnadigungswahns nebst den Haftquerulanten und sodann diejenigen paranoiden Erkrankungen der Entarteten übrig, die engere ursächliche Beziehungen zur Gefangenschaft erkennen lassen. Ihnen würden endlich die durch die Haft erzeugten Formen der psychopathischen Vortäuschung seelischer Krankheitszustände anzureihen sein. —

Um ein Verständnis für die Eigenart der Psychosen der Gefangenen zu gewinnen, werden wir uns zunächst Rechenschaft über die Wirkungen zu geben versuchen, welche die Freiheitsentziehung auf das Seelenleben ausübt. Man darf gewiß annehmen, daß eine Verhaftung bei bis dahin unbescholtenen Menschen regelmäßig eine heftige Gemütserschütterung bedingt, die sich aus Schreck, Angst vor dem Kommenden, vor Verhandlung und Strafe, Verzweiflung über den Verlust der bürgerlichen Ehre und die Zerrüttung der Lebensstellung, ferner aus Scham und Reue oder wenigstens Bedauern über die begangene Straftat zusammensetzt. Bei Gewohnheitsverbrechern, die ja in der Regel lange Freiheitsstrafen zu erwarten haben, wird vielleicht Verhaftung und Strafverfahren selbst weit gleichmütiger hingenommen werden, andererseits mehr der Ärger über das Unterliegen im Kampfe um den Lebensgenuß und die trübe Aussicht auf lange Jahre der Einsperrung im Vordergrunde stehen.

Es liegt auf der Hand, daß vorzugsweise die oben zuerst genannten, beim Gewohnheitsverbrecher kaum noch eine Rolle spielenden Regungen imstande sind, eine tiefer greifende Störung des seelischen Gleichgewichtes zu verursachen. Die so vermittelten Krankheitserscheinungen sind vor allem ängstliche Erregungszustände und Verzweiflungsausbrüche von triebartiger Heftigkeit mit Trübung des Bewußtseins, sinnlosen Willensentladungen, Schreien, Kreischen, Fortdrängen, Ankrallen, Herumwälzen am Boden, Wüten gegen die Umgebung oder die eigene Person. Die

Kranken schlagen blind um sich, zerraufen sich die Haare, rennen mit dem Kopfe gegen die Wand, kratzen und beißen sich, suchen aus dem Fenster zu springen, beteuern leidenschaftlich ihre Unschuld. Oder aber es kommt zu tiefer Verstimmung mit mehr oder weniger vollständigem Zusammenbruche des Willens. Die Kranken sind ängstlich, verzagt, zittern, schrecken zusammen, versinken in dumpfe Verzweiflung, lassen alles widerstandslos über sich ergehen. Damit verbinden sich leidenschaftliche Selbstanklagen, unter Umständen auch Entlastungsversuche durch Ableugnen, Anschuldigungen anderer, ferner hypochondrische Beschwerden, Vernichtungsideen, schreckhafte Träume.

Gewinnen diese Gemütsbewegungen das Gepräge des Krankhaften zunächst nur durch ihre Maßlosigkeit oder durch unverhältnismäßig lange Dauer, so wird das Herausgleiten aus der Gesundheitsbreite augenscheinlich beim Auftreten anhaltender Bewußtseinstrübung, wie sie den Ganserschen Dämmerzustand und den Haftstupor kennzeichnet. Die besondere Nachwirkung des krankmachenden Ereignisses zeigt sich hier im Auftreten von Verfolgungsideen und entsprechenden Trugwahrnehmungen, wenn auch deren Inhalt sich zum Teil weit von den wirklich drohenden Gefahren entfernt und mehr einem traumhaften Umdeuten und Fortspinnen der ursprünglichen erschreckenden Vorstellungen entspricht. Die Versündigungsideen pflegen hier ganz zurückzutreten oder höchstens andeutungsweise in einzelnen halluzinierten Beschuldigungen noch aufzutauchen. Vielmehr wird der Zustand beherrscht von den Verdrängungserscheinungen, deren erste Stufe die Bewußtseinstrübung darstellt. Vor allem sind es die Erinnerungen an die Straftat und die mit ihr zusammenhängenden Ereignisse, die verdrängt werden; der Kranke ist unschuldig, hat nichts verbrochen, befindet sich nicht in Haft, sondern ganz wo anders, weiß nicht, wie er daher gekommen ist.

Weiterhin aber werden auch alle Brücken abgebrochen, auf denen irgendwie die Beziehungen zu der rauhen Wirklichkeit wiederhergestellt werden könnten. Dem Kranken verdunkeln sich die scharfen, klaren Begriffe des wachen Lebens, und wenn sie auch ihren Einfluß auf sein Denken keineswegs verlieren, so verblassen doch, wie im Traume, die Widersprüche, in die ihn die allgemeine Neigung zur Verdrängung der Wirklichkeitsvorstellungen mit seinem

festen geistigen Besitzstande bringt. Dazu gesellt sich aber ferner noch das Versenken in eine schönere Traumwelt mit reichlichster Wunscherfüllung, wie es seinen Ausdruck in den deliranten Größenideen mit dazu passenden Sinnestäuschungen und Erinnerungsfälschungen findet. Wir werden hier, wie fast überall bei den hysterischen Krankheitserscheinungen, an gewisse Eigentümlichkeiten der Kindesseele erinnert, der ebenfalls die Verleugnung der peinlichen Wirklichkeit und die Flucht in eine bunte, nach den eigenen Wünschen sich gestaltende Traumwelt so außerordentlich naheliegt. Es ist der Weg, auf dem sich die Schwäche, die das Leben nicht zu meistern versteht, der Berührung mit seinen Stacheln zu entziehen sucht.

Ein wesentlich anderes Bild zeigt uns die Wirkung langfristiger Freiheitsstrafen. Wie Rüdin dargelegt hat, können wir sie am deutlichsten dort erkennen, wo wir es mit der schwersten Form der Freiheitsstrafe, der Einsperrung auf Lebenszeit, zu tun haben. Hier sind es in erster Linie die andauernde Knechtung jeder eigenen Willensregung und das Gefühl der unbedingten, schutzlosen Unterwerfung unter die übermächtige Staatsgewalt, die dem Stimmungshintergrunde seine bestimmte Färbung geben. Der Kranke steht unter einem erdrückenden Zwange, der sein Handeln, ja bis zu einem gewissen Grade auch sein Denken tagaus, tagein in bestimmten, völlig gleichmäßigen Bahnen hält und jede Abweichung, jede selbständige Betätigung mit unerbittlicher Härte nahezu völlig ausschließt. Jeder Versuch, diesem Drucke auszuweichen, führt unfehlbar zu einer Vergewaltigung des Gefangenen mit allen den furchtbaren Peinigungsmitteln, die der Strafanstalt zu Gebote stehen, Dunkelarrest, Entziehung der Beschäftigung, der Bewegung im Freien, der Lagerstatt, der warmen Kost, unter Umständen Fesselung. Von allem, was er liebte und erstrebte, an dem sein Herz hing, ist er durch eine unübersteigliche Schranke getrennt, die er nur in sehnsüchtigen Träumereien zu überfliegen vermag.

Es ist selbstverständlich, daß jeder Gefangene diese Vergewaltigung seiner Persönlichkeit als eine schwere Unbill empfindet, gegen die er sich, wenn auch nur innerlich, auflehnt, und der er sich wenigstens mit allen Kräften seiner Seele zu entziehen sucht. Sie wird um so unerträglicher, wenn die Hoffnung auf Befreiung in weite Ferne gerückt oder gar völlig abgeschnitten ist. Um die Mächte,

die ihn beherrschen und seine Befreiung verhindern, sowie um die Mittel und Wege, die geeignet scheinen, ihn von dem Zwange zu erlösen, dreht sich daher sein ganzes Dichten und Trachten. Unterstützt wird diese einseitige Einstellung des Denkens und Strebens noch durch die Abschließung von jeder Berührung mit der Außenwelt, namentlich in der Einzelhaft, die zudem das Grübeln und die Entstehung von Trugwahrnehmungen auf dem überempfindlich werdenden Gebiete des Gehörssinnes begünstigt. Dazu kommen endlich noch die Folgen einer durch Jahre und selbst Jahrzehnte fortgesetzten gesundheitswidrigen Lebensweise, die durch mangelnde Bewegung und Einförmigkeit der Kost hervorgerufenen Verdauungsstörungen, die durch Unterernährung und Entziehung von Licht und Luft erzeugte Anämie, die Schlaflosigkeit, oft genug auch die Nachwirkungen früherer Ausschweifungen, alles Umstände, welche die Widerstandsfähigkeit des Sträflings gegen die gemütlichen Qualen der dauernden Einsperrung noch mehr herabsetzen.

Wie die Erfahrung lehrt, gewinnen die hier geschilderten Verhältnisse einen verhängnisvollen Einfluß auf das Seelenleben der Gefangenen, namentlich derjenigen, denen nicht ein reicher entwickeltes Innenleben die Möglichkeit gewährt, sich einen Ersatz für die äußere Verarmung zu schaffen und aus der äußeren Unfreiheit in die innere Freiheit zu flüchten. So kommt es, daß, wie namentlich Wilmanns bemerkt hat, der ganze „Geist" der Strafanstalten, besonders der Zuchthäuser und vielleicht noch mehr der von minderwertigen Persönlichkeiten bevölkerten Arbeitshäuser, getränkt ist mit Vorstellungen und Stimmungen, die sich aus den Einwirkungen der Freiheitsentziehung ableiten. Die Gemüter sind erregt von äußerstem Mißtrauen und von Feindseligkeit gegen die überwachenden Beamten. Diesen werden vielfach auch von geistig gesunden Häftlingen ohne weiteres die größten Schändlichkeiten zugetraut, und es ist ein gern geglaubter und eifrig weiter verbreiteter Klatsch, daß in den genannten Anstalten so mancher heimlich beseitigt werde. Sofern sie nicht die Furcht abhält, sind daher die Insassen auch in der Regel alle einig, einander zu unterstützen, wo es gegen den gemeinsamen Feind geht, gegen die Vertreter der Staatsgewalt.

Sehr bemerkenswert ist es, daß sich diese Einflüsse auf das deutlichste auch im klinischen Bilde solcher Geistesstörungen wirk-

sam zeigen können, die an sich gewiß nicht durch die Gefangenschaft erzeugt werden. Das gilt z. B. von den psychischen Erkrankungen der Epileptiker, namentlich aber auch von der Dementia praecox, ein Beweis für die besonders von Bleuler nachdrücklich hervorgehobene Tatsache, daß bei diesem Leiden persönliche Erlebnisse für die Gestaltung des Wahns und der Täuschungen bestimmend werden können. Wir sehen hier vielfach Krankheitsbilder sich entwickeln, die zunächst die größte Ähnlichkeit mit den psychogenen Erkrankungen der Gefangenen darbieten. Gerade darum sind sie auch so lange mit diesen zusammengeworfen worden, bis die weitere Erfahrung, ihr Verlauf und der Ausgang in tiefe Verblödung mit Zerfall der Persönlichkeit, ihre Zugehörigkeit zur Dementia praecox klarlegte.

Es darf jedoch wohl heute als sichergestellt betrachtet werden, daß der Druck der Gefangenschaft nicht nur den aus anderen Gründen sich entwickelnden Geistesstörungen der Sträflinge eine eigenartige Färbung verleiht, sondern daß er auch, wenngleich nicht allzu häufig, selbständige Krankheitsbilder von paranoider Gestaltung zu erzeugen vermag. Die Vorstellungskreise, in denen sich dabei die Wahnbildung bewegt, sind einmal Verfolgungsideen gegen die Strafanstaltsbeamten sowie die bei der Verurteilung und Strafzumessung beteiligten Personen, namentlich den Staatsanwalt, sodann die Überzeugung, unschuldig verurteilt zu sein, und endlich die Meinung, bereits begnadigt zu sein und nur noch widerrechtlich festgehalten zu werden. Wenn sich auch diese Vorstellungen im einzelnen Falle vielfach miteinander verbinden, so lassen sich doch gewisse klinische Gestaltungen auseinanderhalten, je nachdem der eine oder der andere Inhalt der Wahnbildung im Vordergrunde der Erkrankung steht.

Die bei weitem häufigste Krankheitsform scheint der Verfolgungswahn zu sein. Die Krankheit entwickelt sich gewöhnlich nach mehrjähriger Dauer einer längeren Freiheitsstrafe, besonders unter den härteren Erstehungsbedingungen des Zuchthauses. Nicht selten schließt sich der Ausbruch an einen äußeren Anlaß an, der den Gefangenen die Trostlosigkeit seiner Lage besonders lebhaft empfinden läßt, eine Disziplinierung, die Verwerfung eines Begnadigungs- oder Wiederaufnahmegesuches, die Verhängung einer Zusatzstrafe wegen eines neuen Vergehens, namentlich wenn

sie als unverdient oder zu hart empfunden wird. Der Gefangene, der vielleicht schon einige Zeit vorher öfters über allerlei Beschwerden zu klagen hatte, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, mangelnde Eßlust, Schwindelgefühl, zeigt, meist ziemlich plötzlich, ein verändertes Benehmen. Er erscheint verstört, finster, gedrückt, spricht vor sich hin, verweigert die Nahrung, läßt Maßregelungen gleichgültig über sich ergehen, oder er wird widerspenstig, gereizt, legt die Arbeit nieder und begeht nicht selten einen Selbstmordversuch.

Bei näherem Befragen stellt sich nun meist heraus, daß er verspottende oder bedrohende Stimmen gehört hat. Vor der Türe seiner Zelle flüstern die Aufseher; sie sagen, daß er mit anderen Gefangenen geschlechtlichen Verkehr gehabt, den Arzt beleidigt, seinem Vater das Haus angezündet, einen erstochen, draußen Geld vergraben habe; er solle hingerichtet, für die Anatomie aufgemästet werden; eine Kranke hörte Vorwürfe über eine wirkliche geschlechtliche Verfehlung mit ihrem Pflegevater. Die Aufseher führen bisweilen lange Gespräche über den Kranken; sie verspotten, foppen ihn, schleichen auf Gummisohlen herum, klopfen an die Türe, rufen seinen Namen, Schimpfworte; dazwischen tönt Glockenläuten und Musik. Auch die Mitgefangenen reden über ihn, stecken die Köpfe zusammen, wenn er erscheint, zischeln: „Der ist's, der ist's", „der spinatert". Der Arzt macht Bemerkungen, aus denen hervorgeht, daß er ebenfalls mit im Bunde ist; „der hat schwer abgenommen", heißt es; man ruft ihm zu: „Wirst beobachtet und weißt es nicht!" Wenn es dunkel wird, sieht er einen hellen Schein; ihm wird in die Augen geleuchtet; schwarze Gestalten, Fratzen erscheinen; in der Zelle liegen zwei Leichen; die Wände kommen auf ihn zu.

In den Fingerspitzen spürt er Empfindungen, einen Strom im Körper, Wanzen im Bette. Das Essen ist verdorben, hat einen besonderen Geschmack, macht Übelkeit und Durchfall; nach einem Pulver entwickelt sich ein schlechter Geruch im Munde; der Kranke fühlt das Gift in seinem Körper, in der Speiseröhre. Auf der Suppe schwimmt Petroleum; die Decken stinken; in der Luft sind schädliche Dünste.

Eine ganz besondere Rolle pflegen unheimliche, meist nächtliche Erlebnisse zu spielen. Arzt und Wärter erscheinen nachts in der Zelle, um den Kranken zu betäuben; die Aufseher kommen und prügeln ihn durch; man elektrisiert und hypnotisiert ihn, so daß

er nicht sprechen und sich nicht rühren kann, um auf diese Weise ein Geständnis von ihm zu erreichen. Ein Kranker behauptete, der Zuchthausdirektor sei mit dem Ministerialreferenten nachts zu ihm gekommen; sie hätten ihm einen Degen in den Leib gerannt, später auch einen Hund auf ihn gehetzt. Ein anderer hielt längere Zeit daran fest, daß ihm der Staatsanwalt nachts den Kopf Göthes oder Schillers aufgesetzt habe, meinte erst später, es sei wohl eine Halluzination gewesen. Ein dritter erklärte, der Staatsanwalt habe ihn bei einem Transporte durch das Droschkenfenster mit dem Revolver bedroht. Derartige Vorkommnisse werden mit allen Einzelheiten und größter Überzeugungstreue geschildert und immer in gleicher Weise wiedergegeben. Es bleibt dabei unsicher, ob es sich um traumartige Erlebnisse oder um Erinnerungsfälschungen handelt.

Im Zusammenhange mit den Trugwahrnehmungen, aber auch unabhängig von ihnen, entwickelt sich nun ein geistig mehr oder weniger verarbeiteter Verfolgungswahn. In dessen Mittelpunkt steht gewöhnlich die Meinung, daß die Strafanstaltsbeamten, vor allem der Direktor, darauf ausgehen, den Kranken auf alle Weise zu unterdrücken und womöglich zugrunde zu richten. In den Knödeln sind Nägel; die Mitgefangenen werden angestiftet, ihn zu erdrosseln. Alle haben sich gegen ihn verschworen, helfen zusammen, sind ihm aufsässig, schikanieren ihn, lügen ihn an, begegnen ihm mit Hohn und Spott. Freundliches Entgegenkommen bedeutet ihm nur Schleicherei und Hinterlist, um irgend etwas von ihm zu erreichen, z. B. die Zurückziehung eines Wiederaufnahmegesuches, einer Beschwerde. Das Angebot des Direktors, für seine Familie besser Fürsorge zu treffen, betrachtete ein Kranker als einen Bestechungsversuch, der ihn von der Einreichung einer Beschwerde abhalten solle. Er wird belogen und hintergangen; ein Kranker meinte, die Nachricht vom Tode seiner Frau sei gefälscht, um zu vertuschen, daß der Hausgeistliche mit ihr im Konkubinat lebe. Man sucht ihn durch Schikanen aller Art zu reizen, um mit den so hervorgerufenen Ausschreitungen nachträglich die harten, gegen ihn in Anwendung gebrachten Maßregeln rechtfertigen zu können. Darum wird Wasser in seine Zelle geschüttet, der Kübel verschmiert; man behandelt ihn bei jeder Gelegenheit ungerecht, fälscht seine Briefe, sendet Beschwerden nicht ab; bei einer Blutentnahme spritzt man ihm Gift ein. Er wird von Detektivs überwacht, soll in einen

Hinterhalt gelockt, unschuldig im Wahnsinn hingemacht werden; der Arzt will an ihm studieren, ihn in der nächsten Woche operieren. Ein Kranker erklärte deshalb, er werde nur mit Messer und Revolver bewaffnet in den Garten gehen. Er soll wahnsinnig gemacht werden; das Schaffot wird schon aufgeschlagen; der Landesfürst war mit zwei Kriminalbeamten da, um das Todesurteil zu unterschreiben.

Hier und da werden auch ganz abenteuerliche Ideen geäußert. Ein Kranker klagte darüber, daß er überall Bedeutungen merke und sich gar nicht mehr zurechtfinden könne; ein roter Fleck in seinem linken Auge bedeute den Teufel; um seinen Kopf habe er eine Schlange, im Leibe den lieben Gott. Ein anderer erklärte, daß er von Jugend auf durch Todfeinde verfolgt werde, die ihm keine Ruhe ließen bis zum Schaffot.

Sehr häufig verknüpft sich mit diesen Wahnbildungen die Überzeugung, unschuldig verurteilt zu sein. Der Kranke hat die Straftat gar nicht begangen; man hat ihn ohne jeden Grund verhaftet, wollte ihn nur gehörig „hineindrücken". Bei der Verhandlung war alles eine abgekartete Sache; die Strafe war schon vorher bestimmt, das Gericht beeinflußt; man lachte spöttisch. Die Zeugen sind meineidig, die Akten gefälscht; Intriguen spielten. Ein Kranker meinte, die inzwischen erfolgte Beförderung des Anklägers in seinem Prozesse habe nur den Zweck, dessen Mitwirkung in der Berufungsinstanz zu sichern, um ihn zu vernichten. Manche Kranke hören auch Stimmen, daß sie für unschuldig erklärt, begnadigt seien, wieder verhandelt würden, und betrachten daher ihre Zurückhaltung als das Werk ihnen feindseliger Personen, in erster Linie des Strafanstaltsdirektors und des Staatsanwaltes, deren schändliches Treiben sonst ans Licht kommen würde.

Alle diese Wahnvorstellungen werden mit Leidenschaftlichkeit vorgebracht und geistig verarbeitet, mit Zähigkeit festgehalten und gegen Einwände verteidigt. Die Zumutung, daß es sich um krankhafte Vorstellungen handele, wird meist heftig zurückgewiesen; man will den Kranken nur mit Gewalt kaput und blöde machen; es ist ein treuloser Schwindel. Ein Kranker erklärte sehr entschieden, die von ihm gehörten Stimmen seien „Natursachen" gewesen. In anderen Fällen besteht ein hypochondrisch gefärbtes Krankheitsgefühl. Die dauernde Trockenluft und die Isolierung haben nachteilig eingewirkt; der ganze Unterleib ist ab-

gestorben, das Gedächtnis völlig geschwunden. Ein Kranker meinte, er werde infolge des Alleinseins noch völlig auseinander, sei immer aufgeregt ohne Grund, sehe den Tod vor Augen; ein anderer bat den Arzt, er möge ihm doch den Kopf aufschneiden, um zu sehen, ob nicht Eiter im Gehirn sei. Das Bewußtsein ist dabei dauernd völlig klar; höchstens geraten die Kranken ganz vorübergehend einmal in Verwirrung, wenn sie sehr aufgeregt sind. Ein Kranker gab an, ihm sei es verworren und dumpf im Kopfe gewesen; ein anderer erklärte, er habe sich unausgesetzt mit seiner Sache beschäftigt, sich alles deutlich vorgestellt und ausgemalt.

Auf gemütlichem Gebiete besteht bei den Kranken regelmäßig eine starke Spannung. Sie fühlen sich verlassen, hoffnungslos, verzweifelt, leben in steter Angst und Aufregung und greifen daher auch häufig zu Selbstmordversuchen. Das äußerste Mißtrauen erfüllt sie gegen ihre gesamte Umgebung, von der sie annehmen, daß alle eingeweiht und gegen sie verschworen sind. Sie lehnen daher auch häufig jede Erörterung ihrer Angelegenheit ab, lassen sich auf keine Untersuchung ein, wollen ihre Ruhe haben; sind verschlossen, finster, gereizt und feindselig; sie werfen gelegentlich die Kostschüssel an die Wand, schlagen einen Krug zusammen, schimpfen zum Fenster hinaus, greifen Mitgefangene an, drohen, noch jemanden niederzuschlagen. Zugleich pflegen sie mit großer Hartnäckigkeit und Verbissenheit den Kampf gegen die vermeintlichen Verfolger zu führen. Sie verfassen zahlreiche Eingaben, um die Wiederaufnahme des Verfahrens zu erreichen, beschweren sich über die „Rechtsverweigerung", machen Anzeigen über die ihnen in der Strafanstalt widerfahrende falsche und ungerechte Behandlung. Ein Kranker schrieb, wie er selbst meinte, „in der Verwirrung", einen Brief an den Kaiser mit der Bitte, zu der für ihn bevorstehenden Verhandlung über eine Zusatzstrafe einen Bevollmächtigten zu senden, damit er nicht von dem ihm feindlich gesinnten Ankläger vernichtet werde. Die innere Spannung gibt sich vielfach in Unbotmäßigkeiten und Widersetzlichkeiten kund, die dann zunächst zu neuen Disziplinierungen führen und damit den Krankheitszustand verschlimmern können. Der Schlaf der Kranken ist regelmäßig sehr gestört; sie schrecken auf, liegen nachts grübelnd wach, werden von beängstigenden Träumen gequält. Auch die Nahrungsaufnahme pflegt mangelhaft zu sein, zum Teil im Anschlusse an

Vergiftungsideen; ein Kranker verweigerte die Annahme der Kost, weil ihm Stimmen gesagt hatten, daß über ihn Kostabzüge verhängt seien, ein anderer, weil er sich verhungern lassen wollte. Das Körpergewicht nimmt daher öfters stark ab.

Der Verlauf des Leidens ist in hohem Grade davon abhängig, wie sich die äußeren Lebensbedingungen des Kranken gestalten; die Dauer der Krankheitserscheinungen kann von wenigen Wochen bis zu vielen Jahren schwanken. Solange der Druck der Strafanstaltsdisziplin anhält, pflegt sich der Zustand zu verschlechtern. Versetzung aus der besonders ungünstig wirkenden Einzelhaft in Gemeinschaftshaft oder ins Lazarett führt regelmäßig zu einer gewissen Beruhigung. Noch mehr gilt das von der Überführung in psychiatrische Behandlung, vorausgesetzt, daß damit keine Strafunterbrechung verbunden ist. Zwar sträuben sich die Kranken, wie schon angedeutet, zunächst meist sehr gegen die Zumutung geistiger Erkrankung, aber die neue Umgebung, die Rücksichtnahme auf ihren Zustand, das Wegfallen der fortwährenden, durch ihren Verfolgungswahn bedingten Reibungen führt doch gewöhnlich bald zu einer Abnahme der gemütlichen Spannung, so daß sie freier, zugänglicher, versöhnlicher werden.

Zu einer wirklichen Berichtigung der Wahnvorstellungen kommt es allerdings nur bei einem Teile der Kranken. Sie geben wenigstens zu, daß sie sich in diesem oder jenem Punkte getäuscht haben könnten, sehr aufgeregt gewesen seien, wenn sie auch ihr allgemeines Mißtrauen dauernd für berechtigt halten. Andere erweisen sich als durchaus unbelehrbar, lassen sich von der Tatsächlichkeit ihrer wahnhaften Erlebnisse nicht abbringen. Aber auch bei ihnen verlieren diese Ideen allmählich ihren Stachel und ihre Triebkraft. Sie werden nicht weiter entwickelt und verarbeitet, überhaupt nicht mehr ohne besondere Anregung geäußert, verblassen, geraten auch wohl teilweise ganz in Vergessenheit und spielen jedenfalls keine Rolle mehr für das Handeln des Kranken; sie nehmen also die Eigenschaften des „Residualwahns" an. Läßt es sich erreichen, daß der Kranke dauernd in für ihn erträgliche Verhältnisse kommt, so ist damit sein Leiden abgeschlossen. Geschieht das nicht, so kann es zu einem viele Jahre, selbst Jahrzehnte fortgeführten, leidenschaftlichen und erbitterten Kampfe gegen die Staatsgewalt und ihre Vertreter kommen, der für beide Teile

die schwersten Unzuträglichkeiten und Gefahren mit sich bringt. Grausamste disziplinäre Martern von der einen, Entweichungen, gefährliche Angriffe und Mordversuche von der anderen Seite bezeichnen den Weg. Geraten die einmal mit Defekt Genesenen späterhin wiederum in Gefangenschaft, so erlebt man sehr gewöhnlich eine Wiederkehr der alten Sinnestäuschungen und Wahnbildungen, die in der Freiheit gänzlich geschwunden waren.

Die verhältnismäßig kleine Zahl der mir für diese Form zu Gebote stehenden Beobachtungen verbietet genauere Angaben über die persönliche Veranlagung der Kranken. Das Lebensalter ist im Durchschnitte ein höheres, als bei den hysterischen Formen der Gefangenenpsychosen, zum Teil wohl deswegen, weil hier, im Gegensatze zu jenen Erkrankungen, nur schwere und langdauernde Freiheitsstrafen in Betracht kommen. Das weibliche Geschlecht war fast gar nicht vertreten. Erbliche Belastung, auch durch Alkoholismus der Eltern, schien mir stärker zu sein, als dort; auffallend viele Kranke waren außerehelich geboren, was auf das Zusammenwirken ungünstiger Anlage mit Verwahrlosung in der Erziehung schließen läßt.

In einer Reihe von Fällen verknüpft sich mit den Verfolgungsideen der Unschuldswahn. Sind die Strafgefangenen an sich schon vielfach geneigt, ihre Schuld in weit milderem Lichte zu sehen, als der Richter, so kommt es hier nicht nur zu einer vollständigen Verdrängung des Schuldbewußtseins, sondern auch zu einer nachträglichen Umdeutung und Umwandlung der verhängnisvollen Ereignisse. Der Kranke, der vielleicht sogar früher geständig gewesen ist, tritt allmählich, meist nach einigen erfolglosen Begnadigungs- und Wiederaufnahmegesuchen, immer entschiedener mit der Behauptung hervor, daß er unschuldig verurteilt worden sei. Die Zeugen haben bei der Verhandlung falsch ausgesagt; die richtigen Zeugen sind nicht vernommen worden. Es haben schwere Gesetzesverletzungen, Urkundenfälschungen stattgefunden. Die Anzeige des Gendarmen entsprach nicht der Wahrheit; der Staatsanwalt hat „Amtsschurkereien" begangen; die beteiligten Ärzte werden durch gegenamtliche Ärzte des Meineids überführt. Zur Stütze seiner Angaben führt der Kranke Aussprüche oder Sätze, die bei Verhören, in der Verhandlung gefallen sein sollen, aus den ihm zugegangenen Bescheiden in willkürlicher Auslegung und Verdrehung an. Auch unverkennbare Erinnerungsfälschungen sind häufig; der Gerichts-

vorsitzende habe dem Kranken selbst mitgeteilt, daß er freigesprochen sei, daß etwas in den Akten nicht stimme. Aus den Vorgängen bei der Straftat pflegen die belastenden Züge zu verschwinden; alles hat sich ganz anders abgespielt, als die Anklage behauptete. Der Kranke war damals gar nicht zugegen; ihm fallen nach Jahren noch eine ganze Anzahl wichtiger Entlastungszeugen ein, die sich entweder als unauffindbar erweisen oder nur belanglose, jedenfalls nicht die von ihm erwarteten Angaben machen. An ihrer Stelle werden dann öfters neue und immer wieder neue benannt, mit demselben Erfolge, was den Kranken zu erbitterten Meineidsbeschuldigungen veranlaßt. Sehr klar wird der Ursprung des Unschuldswahnes aus dem leidenschaftlichen Bestreben, sich dem übermächtigen Drucke der Freiheitsstrafe zu entziehen, wenn nebeneinander ganz widersprechende Begründungen vorgebracht werden. Ein Kranker, der im Rausche ein Sittlichkeitsverbrechen begangen hatte, gab einmal an, er sei sinnlos betrunken gewesen, habe sich berufsmäßig betrinken müssen; er sei schwerer Neurastheniker, erblich belastet und schon bei der Verhandlung für unzurechnungsfähig erklärt worden. Zugleich aber behauptete er, er sei gar nicht der Täter; er werde „das mysteriöse Verbrechen lüften" und den wahren Täter ausfindig machen.

Auf dieser Grundlage entwickelt sich das klinische Bild des Haftquerulanten. Der Kranke wird unbotmäßig, verdirbt und zerstört Staatseigentum, verschmiert seine Zelle, verweigert die Arbeit, weist das Essen zurück, schimpft in den stärksten Ausdrücken und zieht sich zahlreiche Disziplinarstrafen zu, die seine Erbitterung natürlich nur vermehren und ihn unter Umständen zu gefährlichen Angriffen auf die Beamten veranlassen. Zugleich schreibt er in endloser Folge langatmige Beschwerden, Anträge, Eingaben, Wiederaufnahmegesuche, die in einförmigen Wendungen seine Unschuld beteuern, die erduldeten Leiden schildern und die vermeintlichen Urheber alles Unheils mit Beschimpfungen, Verdächtigungen, Bedrohungen überschütten. Er sei rechtswidrig interniert, „ein Freiheitsmensch", kein Verbrecher, brauche eigentlich um nichts zu bitten; ein längst abgeurteilter Kranker behauptete, er sei noch Untersuchungsgefangener. Er komme nicht zu seinem Rechte; man wolle ihn wegräumen; sein Nervensystem sei bereits unheilbar zerrüttet. Ein Kranker erklärte, er habe sich im Zucht-

hause sechs bleibende Nachteile zugezogen, unter denen er auch einen nicht vorhandenen Leistenbruch und „Gehirnerweichung" aufführte. Die Beamten sind Sauhunde, Dreckhunde, der Vorstand der größte Verbrecher; der Staatsanwalt gehört ins Zuchtshaus. Es muß Gerechtigkeit geschehen, wenn es überhaupt eine gibt; der Kranke wird durch das Ministerium, durch die Presse, durch ehrenhafte Landboten seine Sache führen lassen; ein Kranker wollte eine Ministeranklage erheben. Durch Kraftworte, hochtrabende, schwülstige Wendungen, Unterstreichungen und Ausrufezeichen sucht der Kranke diese Schriftstücke möglichst eindrucksvoll zu gestalten. Bei mündlicher Unterhaltung gerät er leicht in lebhafte Erregung, bringt leidenschaftlich, mit lauter Stimme, unter großem Wortschwall seine Beteuerungen und Beschwerden vor, ohne sich durch Einwendungen irgendwie beirren zu lassen, ja ohne sie überhaupt zu beachten.

Regelmäßig besteht bei den Kranken ein stark gehobenes Selbstgefühl, das sich in anspruchsvollem, aufgeblasenem Wesen, Rechthaberei und Wichtigtuerei äußert. Ein Mörder erklärte, er sei ein Ehrenmann, mehr, als die Aufseher und Beamten; ein heruntergekommener Trinker, der nach einer Reihe von Vorstrafen wegen Notzucht zu 4 Jahren Zuchthaus verurteilt worden war, meinte, er sei ein redlicher Charakter, brav und tüchtig; das könnten 300 Arbeiter, 2 Fabrikärzte und verschiedene Kaufleute bezeugen. Man darf wohl annehmen, daß eine hohe Selbsteinschätzung, verbunden mit gemütlicher Reizbarkeit, den günstigen Boden für die Entwicklung querulatorischer Krankheitsbilder abgibt, insofern sie das Schuldgefühl nicht aufkommen läßt und die Empfindlichkeit für den Druck der Strafe steigert. Andererseits aber ist es wohl auch unzweifelhaft, daß die eiserne, jede freiere Willensregung unerbittlich unterdrückende Zuchthausdisziplin eben durch ihre Strenge zur Auflehnung reizt und die Verschanzung hinter trotziger Selbstüberhebung begünstigt.

Der querulatorische Unschuldswahn stellt nur eine Verlaufsform des psychogenen Verfolgungswahns der Gefangenen dar, von dem er sich eigentlich nur künstlich abgrenzen läßt. Er kann, wie jener, zu einem gewissen Stillstande, wenn auch nicht zur wirklichen Heilung kommen, falls es möglich ist, den Kranken durch vorzeitige Beurlaubung oder Begnadigung bald von dem Drucke der

Freiheitsentziehung zu entlasten oder ihn doch in günstigere Bedingungen zu versetzen (Krankenabteilung, Irrenanstalt). Im anderen Falle verschlechtert sich sein Zustand unfehlbar fortschreitend und führt zu dem oben erwähnten verzweifelten Ankämpfen gegen die Machtmittel des Staates, bis endlich die abstumpfende Wirkung des Alters die Triebkraft des Willens lähmt.

Eine weitere, anscheinend zwar recht seltene, aber für das Verständnis der Haftpsychosen doch sehr wichtige Erkrankungsform hat Rüdin unter der Bezeichnung des „präsenilen Begnadigungswahns" beschrieben; sie wurde bisher nur bei Sträflingen beobachtet, die zu lebenslänglichen Freiheitsstrafen verurteilt wurden. Es handelt sich dabei um die Entwicklung der unverrückbaren Überzeugung, begnadigt zu sein, bei alternden Gefangenen. Nach jahrzehntelanger, meist tadelfrei verbüßter Strafzeit tritt der Sträfling plötzlich mit der zuversichtlichen Behauptung hervor, schon vor längerer Zeit sei ihm mitgeteilt worden, daß er begnadigt sei. Er schildert dabei gewöhnlich den Vorgang ganz genau, wie es ihm der Direktor mitgeteilt habe, wie ein Protokoll aufgenommen wurde, wie er einen Brief erhielt, wie nachts Freunde kamen und ihm die Kunde brachten; einzelne Kranke erzählen, daß ihnen nächtliche Stimmen die Begnadigung mitgeteilt hätten. Offenbar handelt es sich hier meist um Erinnerungsfälschungen. Zugleich gibt der Kranke an, daß ihm eine Stellung versprochen worden sei, als Werkführer im Zuchthause, als Meister draußen in einem Geschäfte; ein Kranker erklärte, er habe ein Geschäft geerbt, ein anderer, er sei vom Kaiser zum Hofprediger und Gesangsdirigenten ernannt, weil er so fleißig in der Bibel gelesen und so schön im Chore mitgesungen habe; er müsse nun nach Berlin, um seine Probepredigt zu halten. Infolgedessen betrachtet der Kranke seine Zurückhaltung im Zuchthause als widerrechtlich. Man vorenthält ihm die Papiere über seine Begnadigung aus Mißgunst oder, um seinen Arbeitsverdienst an sich zu ziehen.

Regelmäßig verbinden sich mit diesen krankhaften Vorstellungen noch andere Wahnbildungen, die vollkommen dem Rahmen des oben geschilderten Verfolgungswahns angehören. Die Aufseher reden über den Kranken, sind gedungene Meuchelmörder, wollen ihn beseitigen, kommen nachts mit Messern; vermummte Männer mit Masken, graue Weiber treten nachts ein und bedrohen ihn;

nächtliche Stimmen lassen ihm keine Ruhe. Er wird von den Mitgefangenen schikaniert, gepeinigt; der Pfarrer hypnotisiert ihn, experimentiert an ihm, um ihn kraft- und willenlos zu machen; ihm wird der Schädel geöffnet, das Gehirn teilweise herausgenommen; man setzt ihm Stichflammen in die Ohren. Die Augen des Werkmeisters verfolgen ihn in Gestalt feuriger Kugeln; im Essen ist Gift. Der Minister ist sein Feind; man will ihm sein Recht nicht geben. Der Hergang der gewöhnlich mehrere Jahrzehnte zurückliegenden Straftat pflegt sich in der Erinnerung des Kranken, im Widerspruche zu früheren Geständnissen, wesentlich zu seinen Gunsten zu verschieben, so daß seine Ansicht, er sei viel zu hart bestraft worden, dadurch in seiner Darstellung eine Stütze findet.

Das Bewußtsein der Kranken ist dabei völlig klar; nur ein Kranker klagte, daß es ihm im Kopfe so dumpf, so schleierhaft sei. Ihr Denken bewegt sich in einförmigen, engen Bahnen, macht den Eindruck des Kindlichen, Naiven. Ihr Gedächtnis zeigt vielfache Lücken; ihre Urteilsfähigkeit ist geschwächt. An ihren Wahnvorstellungen halten sie trotz aller Einwände unerschütterlich fest, wenn sie auch vielleicht vorübergehend scheinbare Zugeständnisse machen. „Es lebt nun doch mal in mir", erklärte ein Kranker gegenüber den Bemühungen, ihm die Haltlosigkeit seines Wahns klarzumachen. Die Stimmung der Kranken ist gedrückt, leicht ängstlich, gelegentlich reizbar oder weinerlich; sie sind still, ernst, aber zugänglich, willig, höflich und arbeitsam. Der Behandlung bereiten sie keine wesentlichen Schwierigkeiten; sie weigern sich höchstens, weiter zu arbeiten, da sie ja doch längst keine Zuchthaussträflinge mehr seien. Im übrigen aber fügen sie sich, in der festen Zuversicht, daß ihr Recht schon an den Tag kommen werde, ohne besondere Schritte zur Verwirklichung ihrer Hoffnungen zu tun, und ohne sich zur Abwehr der Verfolgungen hinreißen zu lassen.

In körperlicher Beziehung machen die Kranken nach Rüdins Darstellung den Eindruck frühzeitigen Greisenalters, obgleich die Hälfte bei Beginn der Krankheit das 50. Lebensjahr noch nicht erreicht hatte. Sie erscheinen gebrochen, ohne Spannkraft und Lebensfrische, zeigen Zittern, Muskelschwäche, Unsicherheit der Bewegungen, arteriosklerotische Veränderungen. Sehr gewöhnlich sind ferner Klagen über Kopfschmerzen und Schlafstörungen.

Ob das hier geschilderte Krankheitsbild Anspruch auf klinische Selbständigkeit erheben kann, ist nicht ganz zweifellos. Auf der einen Seite entspricht es in wesentlichen Zügen dem Verfolgungswahne der Gefangenen. Dazu rückt allerdings auf der anderen Seite noch eine neue Krankheitserscheinung in den Vordergrund, eben der eigentümliche Begnadigungswahn. Es muß indessen betont werden, daß der Begnadigungswahn auch sonst im Bilde des Verfolgungswahns nicht ganz fehlt; hier und da hören die Kranken auch dort ähnliche frohe Botschaften. Dasselbe gilt vom Unschuldswahn, der beiden Erkrankungsformen gemeinsam ist. Wie es scheint, handelt es sich somit wesentlich um eine gewisse Verschiebung in der Ausbildung der Wahnformen; früher sahen wir den Verfolgungswahn, hier den Begnadigungswahn vorherrschen. Dazu kommt ferner, daß bei den oben geschilderten Kranken der ersteren Gruppe die Beeinflussung des gesamten Seelenlebens, namentlich der Stimmung und des Willens, eine unverhältnismäßig stärkere war; sie litten auf das schwerste unter dem auf ihnen lastenden Drucke und waren leidenschaftlich bestrebt, sich mit allen Mitteln von ihm zu befreien. Demgegenüber sehen wir hier stille Dulder, die sich mit ihrem schweren Schicksale in der Hauptsache abgefunden haben und sich nur die Hoffnung auf eine doch schließlich noch eintretende günstige Wendung nicht nehmen lassen.

Diesem Gegensatze entspricht einerseits das hier weit höhere Lebensalter. Unter den Kranken mit Verfolgungswahn war nur einer bei Beginn des Leidens über 40, hier der jüngste 45 Jahre. Dort handelte es sich um Freiheitsstrafen bis zu etwa 8 Jahren Zuchthaus, in deren Verlaufe die Erkrankung, öfters schon nach wenigen Jahren und selbst Monaten, einsetzte; hier waren meist 30 und mehr Jahre im Zuchthause verbüßt worden, ohne nennenswerte Aussicht auf Rückkehr in die Freiheit. Es schien sogar, als ob die immer wiederholte Ablehnung von Begnadigungsgesuchen trotz Befürwortung durch die Anstaltsbeamten eine gewisse auslösende Wirkung ausübte. Endlich will ich nicht unerwähnt lassen, daß die erbliche Belastung hier eine verhältnismäßig geringe zu sein schien, obgleich sich darüber ein zuverlässiges Urteil erst nach Sammlung weit zahlreicherer Beobachtungen wird gewinnen lassen.

Das Bild, das wir nach diesen Erörterungen von den Beziehungen der beiden, hier verglichenen Krankheiten erhalten, weist, wie mir

scheint, darauf hin, daß wir es mit nahe verwandten klinischen Erscheinungsformen zu tun haben, deren Abweichungen sich wohl wesentlich aus einer Verschiebung ihrer Entstehungsbedingungen erklären lassen. Das verhältnismäßig frühe Erkranken bei der ersten Gruppe deutet darauf hin, daß wir dort stark psychopathisch veranlagte Persönlichkeiten von geringer psychischer Widerstandsfähigkeit vor uns haben. Demgegenüber erkranken am präsenilen Begnadigungswahn Menschen, die mit geradezu erstaunlicher Tragfähigkeit die namenlose Qual einer etwa ein Menschenalter umfassenden Freiheitsentziehung erduldet haben, ohne darunter zusammenzubrechen. Verschärft wird dieser Druck noch durch die völlige Vernichtung jeder Hoffnung auf die Rückkehr ins Leben, wie sie durch das ursprüngliche Urteil, noch mehr aber durch die Vergeblichkeit der späteren Versuche einer Milderung bewirkt wird. Wir haben somit hier die schwerste Belastungsprobe vor uns, der das menschliche Gemüt überhaupt ausgesetzt werden kann. Wenn irgendwo, so werden wir bei diesen Kranken die reine Wirkung der Einflüsse beobachten können, die sich in der Gefangenschaft vereinigen, während wir bei der erstbesprochenen Gruppe daneben noch in sehr erheblichem Maße mit den Folgen einer angeborenen oder erworbenen Minderwertigkeit zu rechnen haben.

Es leuchtet unter diesen Umständen ein, daß der präsenile Begnadigungswahn nichts anderes bedeutet, als den vollständigen und endgültigen Zusammenbruch der seelischen Persönlichkeit. Die Zeit des Kampfes, der trotzigen Auflehnung des vergewaltigten Willens gegen die Machtmittel des Staates sind längst vorüber, aber auch der letzte wirkliche Hoffnungsschimmer, der das Leben erhellen könnte, ist erloschen. Das ist ein Seelenzustand, den kein menschliches Wesen auf die Dauer zu ertragen vermag; ist es doch nur die Hoffnung, die uns veranlaßt, die Bürde des Daseins täglich von neuem auf unsere Schultern zu nehmen! Wie sich daher die Erlösungssehnsucht aus der Not des Lebens hinweg der Aussicht auf ein überirdisches Glück zuwendet, so flüchtet sich die zermürbte Seele des alten Sträflings aus der unerträglichen, hoffnungslosen Gegenwart in einen Wahn, der wenigstens die Möglichkeit der Befreiung offen läßt. Es ist also ein ähnlicher Vorgang, wie bei der Entwicklung hysterischer Haftpsychosen, der uns hier begegnet, aber er ist nicht von einer Bewußtseinstrübung begleitet. Bei wachem und klarem

Bewußtsein versagt hier die Fähigkeit, den Widerspruch zwischen Einbildung und grausamer Wirklichkeit zu erkennen; der Wahn ist gewissermaßen zum religiösen Dogma, zum Evangelium geworden, das in dem Kranken lebendig ist, keines Beweises mehr bedarf und keiner Widerlegung zugänglich ist. Aber freilich, daß es soweit kommt, ist nur möglich in einer verarmten, geschwächten und durch unerhörten gemütlichen Druck in eine einzige Richtung des Denkens und Strebens gepreßten Seele. Erst dann, wenn das nahende, durch die Einsperrung beschleunigte Alter die seelische Spannkraft gebrochen hat, fällt der Sträfling dem freundlich erlösenden Wahne widerstandslos zum Opfer. So kommt es, daß auch der begleitende Verfolgungswahn sein verödetes Gemüt nicht mehr sonderlich aufrührt, seinen Willen nicht mehr zu Widerstand und Abwehr treibt. Der präsenile Begnadigungswahn ist ein Siechtum, das einer wirklichen Rückbildung nicht mehr fähig ist, wenn auch unter günstigeren Lebensbedingungen die krankhaften Vorstellungen selbst allmählich mehr und mehr verblassen können.

Von den hier geschilderten Krankheitsbildern, die ich wegen ihrer Entstehungsgeschichte unter der gemeinsamen Bezeichnung „Haftpsychosen" im engeren Sinne zusammenfassen möchte, hebt sich weiterhin eine Gruppe von Beobachtungen ab, die vor ihnen namentlich durch die bunte Mannigfaltigkeit der Wahnbildungen, vielfach auch durch die Beimischung einzelner hysterischer Züge ausgezeichnet ist. Während bei den eigentlichen Haftpsychosen die krankhaften Wahrnehmungen und Vorstellungen sich nahezu ausschließlich auf die Gefangenschaft, ihre Ursachen, Folgen und Begleiterscheinungen bezogen, enthält der Wahn der nunmehr zu betrachtenden Kranken neben dem „Haftkomplexe" alle möglichen anderen, mehr deliranten Züge, die vielfach sehr an die Erfahrungen bei hysterischen Dämmerzuständen erinnern, aber nicht von einer irgend ausgeprägten und namentlich dauernden Bewußtseinstrübung begleitet sind. Da immerhin hier und da eine leichte Unklarheit und Unbesinnlichkeit hervorzutreten pflegt, kann man, wenn man will, in manchen Fällen mit einem gewissen Rechte von „protrahierten Dämmerzuständen" sprechen, ohne daß damit freilich mehr, als eine ganz allgemeine verwandtschaftliche Beziehung zu den entsprechenden hysterischen Krankheitsformen angedeutet werden könnte. Um diese Gruppe von den übrigen Formen

der psychogenen Geistesstörungen der Gefangenen abzutrennen, schlage ich vor, sie mit dem Namen des „Gefangenenwahnsinns" zu belegen, der seine ursprüngliche geschichtliche Bedeutung längst verloren hat und diese Form leidlich gut kennzeichnet.

Die Krankheit beginnt in der Regel bald nach der Verhaftung oder doch nach verhältnismäßig kurzer Dauer der Strafzeit. Zunächst treten Störungen auf, die sehr an den oben beschriebenen Verfolgungswahn erinnern, aber im allgemeinen eine mehr theatralische Färbung zeigen. Die Kranken hören ihren Namen rufen, beschimpfende Stimmen; es heißt Lump, Zuchthäusler; die verstorbene Mutter macht ihnen Vorwürfe, ruft: „Schäm dich!" Eine Kranke hörte eine von ihr verletzte Frau schelten. Man lacht sie aus, redet vom Elektrisieren; andere sprechen ihre Gedanken aus. Eine Kranke hörte Stimmen, die ihr ganzes Tun und Treiben besprachen, alles wußten, was sie tat. Sie führte mit ihnen Zwiegespräche, hörte, wie bei einer Verhandlung unzüchtige Bilder von ihr vorgezeigt wurden und alle sagten: „Scheußlich! scheußlich!" „Um Gottes Willen!" Man rief ihr zu: „Satan, Satan! Scheusal! Sau! Schwein! Die kommt an den Galgen!" Die Kranken sehen nachts Gestalten mit Dolch und schwarzem Mantel, den Teufel; sie werden mit Röntgenstrahlen durchleuchtet, so daß es unter der Decke hell wird; man hypnotisiert sie, prügelt sie, mischt ihnen Gift ins Essen.

Zugleich entwickelt sich ein lebhafter Verfolgungswahn. Der Kranke ist schuld am Tode seiner Mutter; ihm geschieht etwas. Er wird mit dem Tode bestraft, im Schlafe fortgeschafft, verschnitten, ins Wasser geworfen, kommt in die Anatomie, zu den Lustmördern. Die Leute warten auf ihn; die ganze Welt hat sich gegen ihn verschworen; es besteht ein Betrügerkomplott gegen ihn. Der Staatsanwalt ist meineidig; hohe Beamte verfolgen ihn, wollen ihm seine Pension hinterziehen; Menschen werden um seinetwillen irrsinnig; der Bruder wird im Hofe geköpft. Häufig sind mehr oder weniger abenteuerliche hypochondrische Vorstellungen. Der Kranke hat die Rückenmarkschwindsucht, die Krätze, keinen Atem mehr, muß sterben. Im Leibe ist etwas zerrissen; das Gehirn wird zerwühlt; er verblödet, verliert das Gedächtnis; ihm wird künstlich Herzschlag und Atmung gemacht; im Leibe, im Mastdarm steckt etwas. Ein Kranker behauptete, aus Pillen, die er eingenommen habe, sei eine Schlange in seinem Innern ge-

worden, die ihm die Zunge verpeste, ihm Schimpfworte zurufe und aus dem Magen zu ihm spreche.

In merkwürdigem Gegensatze zu diesen depressiven Vorstellungen stehen die fast regelmäßig daneben auftretenden Größenideen. Vor allem erklären sich die Kranken meist für unschuldig; sie leugnen schlankweg ihre Tat oder suchen sie doch in ganz anderem Lichte darzustellen. Ein Zuhälter betonte nachdrücklich, er sei ein ehrlicher Mensch, habe niemandem Schaden zugefügt; ein Kranker, der eine seiner Geliebten mit Erschießen bedroht, eine zweite verletzt und eine dritte wirklich erschossen hatte, beteuerte feierlich, er sei sich keiner Schuld bewußt, lege keinem Menschen etwas in den Weg, sei noch nie ein Verbrecher gewesen und müsse für fremdes Verschulden büßen. Er habe nicht die Absicht gehabt, das Mädchen „in verbrecherischem Geiste" zu erschießen, und meine, er sei von Gott dazu bestimmt gewesen. Später behauptete er, die Geliebte, deren Sektion er beigewohnt hatte, gesehen zu haben, und schrieb ihr zärtliche Briefe. Ein anderer Kranker erzählte, er habe einen Altar und ein Kruzifix gesehen; Christus neigte den Kopf, begnadigte ihn und vergab ihm seine Sünden. Ein dritter, der sich für einen Arzt ausgegeben und allerlei Schwindeleien begangen hatte, behauptete, in der Nacht sei ein Arzt zu ihm gekommen und habe ihm eröffnet, daß er auch Arzt sein dürfe. Andere haben die Stimme Gottes gehört, sich bekehrt, werden ewig leben; ein Kranker erklärte, er sei Einsiedler, heiße Hieronymus.

Dazu gesellen sich alle möglichen abenteuerlichen Ideen. Der Kranke hat etwas von Belohnung gehört, eine Erbschaft gemacht, ist sehr reich, besitzt viele Millionen, ein großes Tuchlager, eine Apanage von 40 000 Mark. Er hat hohe Verbindungen, ist General, Grafenkind, Kaiser, Adjutant des Königs von Württemberg, bester Freund des Kaisers, den er nur „Willy" nennt. Ein Kranker behauptete, er sei der Sohn König Ludwigs und der Lola Montez und werde demnächst den bayrischen Thron besteigen. Andere haben große Reisen, merkwürdige Erfindungen gemacht, Bücher geschrieben, die Romane von Nic Karter und Rinaldini; sie werden mit einem reichen Amerikaner nach Amerika reisen, einen Zirkus kaufen, in Afrika Löwen fangen, einen Berliner Lustmörder verhaften, viel Geld verdienen.

Alle diese und zahlreiche andere Äußerungen werden von den

Kranken vielfach nur vorübergehend geäußert und dann wieder durch andere, ähnlich unsinnige Vorstellungen ersetzt, ohne geistig weiterverarbeitet zu werden; nur hier und da scheint eine Idee fester zu haften und weiter ausgesponnen zu werden. Es handelt sich zumeist, wie es Birnbaum ausgedrückt hat, nicht um wirkliche Wahnvorstellungen, sondern um „wahnhafte Einbildungen", die auftauchen und wieder schwinden, ohne zu einem festen Bestandteile der geistigen Persönlichkeit zu werden. Es war „wie Ahnungen, ging so durch und durch", erklärte ein Kranker. Das Bewußtsein ist dabei im allgemeinen klar, die Orientierung ungestört; die Kranken fassen ohne Schwierigkeit auf und geben zusammenhängende Auskunft. Dennoch schieben sich nicht selten Zeiten ein, in denen die Kranken unfrei, leicht verwirrt und zerfahren erscheinen, Personen mit falschen Namen bezeichnen, zusammenhangslose Reden führen.

Die Stimmung der Kranken ist vielfachem Wechsel unterworfen. Sie sind bald ängstlich, weinerlich, oft mit eigentümlich kindischer Färbung, bald weichlich, empfindsam, bald läppisch-heiter, zu albernen Scherzen geneigt. Ein Kranker, der behauptete, den Teufel zu sehen, malte sich mit Ruß zwei Hörner auf die Stirne; während er stuporös und unzugänglich dalag, schnappte er regelmäßig nach dem Finger, sobald man ihm die Unterlippe herabzudrücken versuchte. Hier und da kommt es zu einem spielerischen Selbstmordversuche. Zeitweise können auch heftige Erregungen auftreten, besonders nach äußeren Anlässen. Die Kranken schimpfen, schreien, zerstören, oder sie singen, tanzen herum. Sehr häufig erscheinen sie lange Zeit hindurch auffallend stumpf, schwerfällig und gedankenarm, stehen teilnahmlos herum. Hier und da beobachtet man auch geradezu ein stuporöses Verhalten; die Kranken starren ins Leere, geben keine Antwort, befolgen keine Aufforderungen, lassen sich widerstandslos stechen, sind kataleptisch. Es läßt sich aber öfters beobachten, daß sich ihr Verhalten ändert, wenn sie sich selbst überlassen sind, und namentlich, wenn sie in die Freiheit gelangen. Auch unvermutete, mit Geschick durchgeführte Fluchtversuche zeigen gelegentlich, daß ihre geistige Regsamkeit und ihre Tatkraft durchaus nicht so geschädigt ist, wie ihr teilnahmloses Wesen hätte vermuten lassen.

Im Handeln der Kranken kommen zum Teil ihre Wahnvor-

stellungen zum Ausdruck. Ängstliche Kranke schließen sich ab, verstecken sich, bitten um Schutz, beten, verweigern die Nahrung; ein Kranker näßte regelmäßig ein, weil er sich nicht getraute, zum Klosett zu gehen. Andere richten Eingaben an den Kaiser und den Landesfürsten, verlangen Kapitänsuniform, drohen, Kanonen auffahren zu lassen, setzen eine Beschwerde wegen Vorenthaltung der ihnen zugefallenen großen Erbschaft auf. Der obenerwähnte Kranke, der seine Geliebte erschossen hatte, ohrfeigte einen harmlosen Paralytiker, weil er an jene Briefe schreibe. Das Benehmen bietet allerlei Absonderlichkeiten. Die Kranken schneiden Gesichter, schrecken bei jeder Annäherung zusammen, lachen oder sprechen vor sich hin; ein Kranker brachte mehrere Monate kein Wort hervor, obgleich er sich schriftlich reichlich und ohne Schwierigkeiten verständlich machen konnte. Die mündlichen und schriftlichen Äußerungen der Kranken sind zuweilen unklar und verworren; auch Andeutungen von Vorbeireden kommen gelegentlich vor. Andere Kranke vermögen sich sehr gewandt auszudrücken; einzelne machen Gedichte. Eine Probe davon, die einen guten Einblick in die romantisch-empfindsame Gemütsverfassung des Kranken, eines schweren Einbrechers, gewährt, füge ich bei:

„Die ganze Welt verachtet mich,
Weil ich gefallen bin —
O armes Herze! Noch nicht brich,
Nimm alles, alles hin.
In stetem Dunkel, rings um mich her,
Verachtet von der ganzen Welt!
Wandle ich auf Pfaden, öd und leer,
Die kein Sonnenstrahl erhellt.
Wo mich in dunklem Schatten gefangen halten
Die schwarzen Fittichen ungeheuren Gestalten!
Wo Kröten und Schlangen beherrschen ihr dunkles Reich.
Bis mein müdes Herze zur ewigen Ruhe sich neigt."

An sonstigen Krankheitszeichen begegnen uns hier, teils in der Vorgeschichte, teils während der Psychose, bei der Mehrzahl der Kranken vor allem einzelne hysterische Störungen, Nachtwandeln in der Jugend, Ohnmachten, Krampfanfälle, Schwindel, ferner Analgesie oder Hyperalgesie, Globus, konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung, Herabsetzung des Korneal- oder Rachenreflexes. Dazu kommen Kopfschmerzen, Zittern, Schlafstörungen; ein Kran-

ker zeigte Basedowerscheinungen. Von den Kranken standen 64% diesseits des 30. Lebensjahres; das Verhältnis der Frauen zu den Männern stellte sich wie 1 : 3. Die erbliche Belastung der Kranken schien mir ungewöhnlich stark zu sein; mehr als ein Drittel stammten von Trinkern ab.

Wenn diese letzteren Angaben auch wegen der verhältnismäßig kleinen Zahl meiner Beobachtungen keinen Anspruch auf unbedingte Zuverlässigkeit erheben können, so läßt sich doch aus ihnen wie aus der Eigenart des geschilderten klinischen Bildes mit einer gewissen Berechtigung schließen, daß wir es hier mit einer Erkrankungsform zu tun haben, bei der die psychopathische Veranlagung eine sehr wesentliche Rolle spielt. In der Tat zeigte es sich, daß die Kranken fast durchweg von Jugend auf abnorme Persönlichkeiten waren, bald weichlich, schwärmerisch, phantastisch, bald mehr reizbar, eigensinnig, nichtsnutzig. Eine Reihe der Kranken waren geradezu pathologische Lügner und Schwindler; ich versuchte sie zunächst abzutrennen, fand aber, daß die klinischen Bilder durchaus keine verwertbaren Unterschiede darboten. Wir kommen somit zu dem Schlusse, daß wir es hier wirklich mit „wahnhaften Einbildungen bei Degenerativen" zu tun haben, in deren Entstehungsgeschichte die Haft mehr eine auslösende Rolle spielt. Es war mir unter diesem Gesichtspunkte von besonderer Bedeutung, daß ich eine Schulschwester beobachten konnte, die von einer als Prinz auftretenden, anscheinend paranoischen Kranken zu geschlechtlichen Annäherungen verführt worden war und unter dem Drucke der nunmehr in ihrem Kloster über sie verhängten Strafen und Demütigungen in ganz entsprechender Weise erkrankte.

Der „Gefangenenwahnsinn" rückt damit in die Nähe der hysterischen Dämmerzustände, mit denen ihn auch die Häufigkeit einzelner hysterischer Störungen verbindet. Dennoch würde es wohl zu weit gegangen sein, hier einfach von hysterischen Psychosen zu sprechen. Abgesehen davon, daß immerhin nur ein Teil der Kranken Stigmata darbot, entfernt sich die hier im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehende phantastische Wahnbildung doch recht erheblich von den landläufigen Gestaltungen der Hysterie. Andererseits hat sie unverkennbare Beziehungen zu bestimmten Formen der psychopathischen Veranlagung. Mir erscheint daher die Auffassung befriedigender, daß sich einzelne hysterische Störungen auch außerhalb

der eigentlichen Krankheit Hysterie bei verschiedenen anderen Formen der psychopathischen Veranlagung und so auch hier einstellen. Wir werden späterhin Gelegenheit haben, diese Ansicht noch weiter zu begründen. Auch zum Verfolgungswahn der Gefangenen führen von der hier besprochenen Form Beziehungen hinüber, insofern dort ebenfalls die krankhafte Anlage wesentlich ins Gewicht fällt. Indessen sehen wir hier die Wahnbildung, die dort nur den Vorstellungskreis der Haft umfaßte, weit über dieses Gebiet hinausschweifen und die allerbuntesten Erzeugnisse zutage fördern. Darin und in der hier geringen, dort großen Beeinflussung des Wollens und Handelns durch den Wahn zeigt es sich, daß es sich beim Gefangenenwahnsinn eben wesentlich um wahnhafte Einbildungen, beim Verfolgungswahn aber um wirkliche Wahnvorstellungen handelt.

Mir scheint somit die Auffassung berechtigt, daß sich gewissermaßen nach dem ursächlichen Verhältnisse zwischen Veranlagung und Wirkung der Haft eine Reihe von Krankheitsbildern aufstellen läßt, an deren einem Ende die hysterischen Dämmerzustände stehen, während den äußersten Gegensatz dazu der präsenile Begnadigungswahn bildet. Der Gefangenenwahnsinn nähert sich mehr jenen ersteren, der Verfolgungswahn der Gefangenen mehr diesem letzteren. Freilich wird man im Hinblicke auf das wechselnde Verhältnis zwischen inneren und äußeren Ursachen und die Verwandtschaft der verschiedenen Formen psychopathischer Veranlagung untereinander nicht erwarten dürfen, daß die hier versuchten Abgrenzungen ganz scharfe sind; vielmehr werden wir naturgemäß mit Übergangsformen zu rechnen haben. Diejenigen Krankheitsbilder, bei denen die krankhafte Anlage ausschlaggebend ist, finden wir in entsprechender Form häufiger oder seltener auch in der Freiheit, sobald die Bedingungen dafür gegeben sind; der präsenile Begnadigungswahn scheint ausschließlich unter dem Drucke andauernder und aussichtsloser Freiheitsentziehung zustande zu kommen.

Wie bei allen psychogenen Erkrankungen, wird der Verlauf beim Gefangenenwahnsinn durch äußere Einwirkungen und Bedingungen in maßgebendster Weise beeinflußt. An ein peinliches Verhör, eine Todesnachricht, eine Disziplinierung schließt sich eine Verschlechterung, an die Versetzung in die Krankenabteilung oder die Wiedergewinnung der Freiheit unter Umständen eine rasche und voll-

ständige Besserung an. Gewöhnlich pflegen sich die krankhaften Erscheinungen unter manchen Schwankungen nach einigen Monaten allmählich wieder zu verlieren. Die Erinnerung an die krankhaften Zeiten ist meist ganz gut; auch besteht in der Regel Krankheitseinsicht, wenn es auch bei der Neigung der Kranken zu Ausflüchten und Flunkereien oft schwer ist, darüber klare Auskunft zu erhalten. Bei manchen Kranken gehen die wahnhaften Einbildungen der Krankheitszeit ganz unmerklich in gewohnheitsmäßige Schwindeleien und Aufschneidereien über, mit denen sie sich bisweilen schon auf der Höhe der Psychose unentwirrbar vermischen.

Die Tatsache, daß ein erheblicher Teil der in der Gefangenschaft ausbrechenden Geistesstörungen der Dementia praecox angehört, kann unter Umständen die Deutung des einzelnen Falles zweifelhaft machen. Aschaffenburg weist darauf hin, daß weder die Entstehungsgeschichte noch das klinische Bild oder der Ausgang immer mit Sicherheit die Abgrenzung von der Dementia praecox erlaube. Die Gesichtspunkte, die mir in dieser Frage von Bedeutung zu sein scheinen, sind in dem Abschnitte über Dementia praecox bereits angeführt worden. Ernstere Schwierigkeiten dürften im allgemeinen wohl nur für die richtige Erkennung des Ganserschen Zustandsbildes und des Haftstupors bestehen, während der Verfolgungswahn der Gefangenen und namentlich der präsenile Begnadigungswahn kaum zu länger dauernden Verwechselungen Anlaß geben werden; eher könnte das beim Gefangenenwahnsinn vorkommen. Die Zugänglichkeit und Beeinflußbarkeit der Kranken, beziehungsweise die rein wahnhafte Begründung ablehnenden oder feindseligen Verhaltens, die gemütliche Ansprechbarkeit und das Fehlen ausgeprägterer Willensstörungen werden in der Regel genügen, um die Sachlage zu klären. —

Zum Schlusse dieses Abschnittes haben wir noch mit wenigen Worten der bei krankhaft veranlagten Untersuchungsgefangenen und Sträflingen hier und da vorkommenden Verstellung zu gedenken. Ich spreche hier nicht von den später zu erörternden Vortäuschungen der Hysterischen, auch nicht von den Dämmerzuständen mit Verdrängungserscheinungen, deren psychologische Entstehungsgeschichte der willkürlichen Erzeugung von Krankheitszeichen so nahesteht, sondern von den absichtlichen Versuchen,

den Arzt ein falsches Bild von dem eigenen Geisteszustande gewinnen zu lassen. Zwei Wege sind es hauptsächlich, die zu diesem Zwecke eingeschlagen werden. Am häufigsten wird wohl „der wilde Mann" gespielt. Der Gefangene schreit und brüllt, rollt die Augen, zerreißt, zertrümmert, schlägt wild um sich. Naturgemäß kann ein solcher scheinbarer Ausbruch nur kurze Zeit andauern. Die rasche Beeinflussung durch entsprechende Maßnahmen, kaltes Wasser, Fesselung, sowie das Verhalten des anscheinend Tobsüchtigen unmittelbar nachher, seine Besonnenheit, Überlegung und Vorsicht trotz heftigsten Gebahrens werden in der Regel das Fehlen wirklicher innerer Erregung deutlich machen. Hier und da kann sich allerdings an die Erregung der Versuch anschließen, einen täppischen Blödsinn nachzuahmen, dessen Bild durch die Vorstellung beherrscht wird, die sich der Gefangene von dem Verhalten Geisteskranker macht. Unsinnige, läppische Handlungen aller Art, unter Umständen sogar das Verzehren von Kot und Urin, wirre, unverständliche Reden, berechnetes Vermeiden der selbstverständlichen und natürlichen Reaktionen können auf diese Weise zustande kommen. Das so entstehende Bild kann in einzelnen Zügen sehr an katatonische Erkrankungen, noch mehr an einen Ganserschen Dämmerzustand erinnern, doch wird die Schwierigkeit, längere Zeit hindurch widerspruchslos eine derartige Rolle durchzuführen, meist bald zur richtigen Deutung führen. Sehr auffallend ist in der Regel der Wechsel des Benehmens bei Gegenwart des Arztes, während in der Zwischenzeit die angeblichen Krankheitszeichen vollständig verschwinden und sich ein ungezwungener Verkehr mit einzelnen Mitkranken, Besuchern oder sogar Pflegern anbahnt. Bisweilen zeigt ein aufgefangener, völlig geordneter und mit dem sonstigen Verhalten des Gefangenen in unlösbarem Widerspruche stehender Brief ohne weiteres die wahre Bedeutung des Zustandes. Auch diese Verstellungsversuche pflegen meist bald aufgegeben zu werden.

Weit schwieriger sind die hier und da vorkommenden Fälle zu beurteilen, in denen die Gefangenen jedem Eindringen in ihr Seelenleben einfach einen zähen, passiven Widerstand entgegensetzen. Sie geben einsilbige, ablehnende, vielleicht auch gar keine Antwort, gehen auf keine Untersuchung ein, verleugnen die einfachsten Kenntnisse, aber nicht durch Vorbeireden, sondern durch Kopfschütteln, Stillschweigen oder die einförmige Auskunft: „Ich weiß

nicht!" Meist blicken sie teilnahmlos vor sich hin, wenn man sich mit ihnen zu beschäftigen sucht, befolgen Aufforderungen lässig und unvollkommen, lassen alles mit sich geschehen. Auch um ihre Umgebung kümmern sie sich anscheinend nicht, halten sich abseits, benehmen sich jedoch im übrigen geordnet und unauffällig. Man erkennt aber gewöhnlich bald, daß sie sehr genau beobachten und über alle Einzelheiten ihrer Lage völlig im klaren sind, was sich unter Umständen in schlauen und kühnen Ausbruchsversuchen deutlich zeigen kann. Sie vermögen auch das Bedürfnis nach Beschäftigung auf die Dauer nicht ganz zu unterdrücken, verschaffen sich Lesestoff, schreiben heimlich, suchen unauffällig Gespräche und Beziehungen anzuknüpfen. Gelegentliches Erröten bei aufregenden Mitteilungen, Zunahme der Pulszahl bei Anreden können lehren, daß die anscheinende Teilnahmlosigkeit künstlich vorgetäuscht wird. Die Leichtigkeit, mit der dieses Bild, das höchstens mit dem Haftstupor eine gewisse Ähnlichkeit aufweist, festgehalten werden kann, hat zur Folge, daß wir es in einzelnen Fällen viele Monate hindurch, ja selbst jahrelang, ziemlich gleichmäßig fortbestehen sehen. Dabei kann es für lange Zeit gänzlich unmöglich werden, eine einigermaßen zutreffende Vorstellung von dem wirklichen Geisteszustande des Gefangenen zu gewinnen, auch wenn über die Vortäuschung der zunächst ins Auge fallenden Störungen kein Zweifel herrscht. Ich kenne einen Fall, in dem es einem sehr geriebenen, allerdings zweifellos psychopathischen Verbrecher wiederholt gelang, auf diese Weise als Geisteskranker der Strafe zu entgehen und in eine Irrenanstalt seines Heimatlandes zu kommen, wo er ungemein schnell gesund wurde, um nun zu neuen Taten auf den früheren Schauplatz seines Treibens zurückzukehren.

Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, diesen Fragen weiter nachzugehen, als es die rein klinische Betrachtungsweise erfordert. Nur soviel soll, wie schon früher, betont werden, daß lange dauernde, planmäßige Vortäuschung geistiger Krankheit erfahrungsgemäß nahezu ausnahmslos nur bei abnorm veranlagten Personen beobachtet wird. Insbesondere handelt es sich vielfach um Gewohnheitsverbrecher, gewerbsmäßige Schwindler und Hochstapler, Einbrecher, männliche Prostituierte u. dgl., deren psychopathische Minderwertigkeit klar am Tage liegt. Man wird es auch begreiflich finden, daß für eine gesunde psychische Persönlichkeit der Anreiz

zur Verstellung nur selten und nur vorübergehend gegeben sein wird, etwa um Gelegenheit zur Flucht zu gewinnen. Beim vollwertigen Menschen wird immer in erster Linie der Wunsch lebendig sein, den Widerstreit mit dem Strafgesetze, in den er geraten ist, so bald wie möglich zu einem endgültigen Abschlusse gebracht zu sehen, um das Leben auf neuer Grundlage fortsetzen zu können. Er wird daher lieber dem Richterspruche entgegengehen, als der zweifelhaften Aussicht, im günstigsten Falle nach endloser Verschleppung seiner Angelegenheit auf unbestimmte Zeit in einer Irrenanstalt verwahrt zu werden. Um diesen Preis wird er sich schwerlich dem dauernden Zwange unterwerfen, unter fortgesetzten peinlichen Untersuchungen mit größter Hartnäckigkeit und Schlauheit eine bestimmte, unerquickliche Rolle durchzuführen. Würde er auch vielleicht gern für geisteskrank zurzeit seiner Straftat gelten, so verliert die Schaustellung einer noch bestehenden psychischen Störung doch in der Regel sehr rasch ihren Reiz für ihn, sobald er über die daraus sich ergebenden Folgen klar geworden ist. So kommt es, daß die Vortäuschung von Geisteskrankheit im allgemeinen lediglich ein Schutzmittel der Willensschwachen und Haltlosen, der geistig Kurzsichtigen und der Abenteurer ist, die sich planlos vom Schicksal treiben lassen, statt es zu beherrschen.

G. Der Querulantenwahn.

Den Grundzug im Krankheitsbilde des Querulantenwahns[1]) liefert die Vorstellung der rechtlichen Benachteiligung und der leidenschaftliche Drang, gegen das vermeintlich erlittene Unrecht bis auf das äußerste anzukämpfen. Diese Vorstellung knüpft sich regelmäßig an irgendeine Niederlage an, die der Kranke in der Verfolgung seiner Interessen erlitten hat. Den Ausgangspunkt bildet meist ein Rechtsstreit, eine Auseinandersetzung mit Nachbarn oder Geschwistern, ein Zusammenstoß mit einer Behörde, bei dem der Kranke entweder wirklich bis zu einem gewissen Grade in seinen Rechten verkürzt wird oder doch zu der Auffassung

[1]) Hitzig, Über den Quaerulantenwahnsinn, 1895; Köppen, Archiv f. Psychiatrie XXVIII, 221; Charitéannalen XIX; ebenda XX; Meyer, Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medizin, 1903; Pfister, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie LIX, 589; Petrén, Studier öfver Paranoia querulans, Hygiea, 1904; Heilbronner, Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie 1907, 769.

kommt, daß ihm Unrecht getan wurde, sei es, daß er von vornherein seine Ansprüche überspannte, sei es, daß eine verwickelte Rechtslage oder formal-juristische Schwierigkeiten deren Durchsetzung unmöglich machten.

Alsbald stellt sich nunmehr heraus, daß er außerstande ist, die entstandene Sachlage richtig zu beurteilen und danach zweckmäßig vorzugehen. In auffallendster Weise macht sich seine Unfähigkeit zu unbefangener, sachlicher Beurteilung des vorliegenden Interessengegensatzes geltend. Den gegnerischen Standpunkt vermag er durchaus nicht zu würdigen und verlangt ohne weiteres die allgemeine und rückhaltslose Anerkennung seiner persönlichen Auffassungen und Wünsche. Auch eine etwa wirklich erlittene Beeinträchtigung wird in maßloser Weise aufgebauscht und mit so erbitterten Angriffen erwidert, daß der Kranke sich dadurch sofort selbst wieder ins Unrecht setzt. Der Widerstand, auf den er dabei stößt, meist auch greifbare Nachteile, die ihm erwachsen, befestigen in ihm die Ansicht, daß ihm schwere Unbill geschehen sei, gegen die er sich mit allen Mitteln auflehnen müsse. Es liegt auf der Hand, daß der Gedanke, auf jeden Fall die Anerkennung der eigenen Rechtsansprüche zu erzwingen, an sich ein vollkommen gesunder genannt werden muß. Was den Querulanten kennzeichnet, ist der Mangel an Verständnis für das wirkliche Recht, die einseitige Betonung der persönlichen Interessen gegenüber dem höheren Gesichtspunkte des allgemeinen Rechtsschutzes. „Er sucht das Recht, kann es aber nicht finden", meinte ein Zeuge im Entmündigungsverfahren sehr bezeichnend von einem Querulanten; das gleiche sagte ein Kranker von sich selbst.

Wenn die ersten Anfänge des Querulantenwahns wegen ihrer Anknüpfung an tatsächliche Vorkommnisse für die oberflächliche Betrachtung als Ausfluß eines besonders empfindlichen Rechtsgefühls erscheinen können, so tritt nach und nach die krankhafte Natur jener Gedankengänge immer deutlicher hervor. Die Gendarmerie handelt parteiisch, beleumundet den Kranken absichtlich schlecht; man will ihn um Hab und Gut bringen, mundtot machen, ladet seine Zeugen nicht, die nunmehr ganz gewiß glänzend zu seinen Gunsten ausgesagt haben würden. Man verdreht seine Aussagen, fälscht die Akten und Protokolle, seine Unterschrift, schickt ihm die Vorladungen durch falsche Postboten, macht unter die Bescheide „Stempel, wie

wenn es von der Kgl. Hoheit herkommen würde". Alle der eigenen Ansicht entgegenstehenden Aussagen werden ohne weiteres für unglaubwürdig und erlogen erklärt; die fremden Zeugen sind meineidig, bestochen. Demgegenüber beruft sich der Kranke bei jeder seiner Behauptungen auf eine Menge namhaft gemachter Zeugen, die indessen gar keine oder nur ganz belanglose Angaben zu machen wissen und dann verleugnet werden, weil sie nicht recht ausgesagt haben. An ihre Stelle treten gewöhnlich andere und wieder andere, von denen der Kranke besonders wichtige Aufschlüsse in Aussicht stellt, um stets von neuem in seiner Erwartung betrogen zu werden.

Da er bei seinen rücksichtslosen Bemühungen, sich trotz alledem Recht zu verschaffen, immer wieder den kürzeren zieht und meist auch durch Verurteilungen in wachsende Schwierigkeiten gerät, breitet sich der Kreis seiner Widersacher für ihn mit jeder neuen Enttäuschung weiter aus. Die Anwälte tun nichts, lassen sich von der Gegenpartei schmieren, arbeiten gegen ihn. Der Amtsrichter weist seine Zeugen zurück, macht vorher mit ihnen aus, was sie sagen sollen. Alle stecken unter einer Decke; die Richter und Behörden sind eine Bande von Räubern und Spitzbuben, die zusammenhalten, um ihn zu unterdrücken und ihre eigenen Schlechtigkeiten nicht an den Tag kommen zu lassen. „Dem hilft alles", sagt er von seinem Gegner. Die Justiz will die Blamage dadurch verdecken, daß sie den Kranken zum Narren machen will; es ist ein Staatsbetrug. Hier und da tauchen Vergiftungsideen auf. Ein Kranker war besorgt, weil man ihn gefragt hatte, wo er zu Mittag esse; ein anderer meinte, daß man ihn im Gefängnisse durch starkgewürzte und gepfefferte Speisen närrisch machen wollte. Auch wahnhafte Eifersucht und hypochondrische Beschwerden werden nicht selten geäußert.

Die leidenschaftliche Parteilichkeit, die den Kranken beherrscht, macht ihn vollkommen unzugänglich für Belehrungen und Einwände. Selbst die handgreiflichsten Beweisstücke haben nicht den geringsten Einfluß auf ihn, ja sie werden gar keiner eigentlichen Prüfung gewürdigt. Er hört die an ihn gerichteten Auseinandersetzungen wohl ruhig mit an, gibt zu, was nach seiner Ansicht unverfänglich ist, entzieht sich jedoch jedem logischen Zwange dadurch, daß er als Antwort einfach seine früheren Ansichten wiederholt oder alle Einwendungen durch einen gänzlich untriftigen Gegen-

beweis abschneidet. „Ich bleibe bei meiner Sache stehen; was geschrieben ist, ist geschrieben", meinte ein Kranker, und ein anderer erklärte: „Ich bleib' bloß bei dem, was meine Zeugen ausgesagt haben; das ist die Wahrheit, und von der Wahrheit geh' ich nicht ab."

Aus der einseitigen Verranntheit entspringt auch die eigentümliche Leichtgläubigkeit der Querulanten, die in bemerkenswertem Gegensatze zu ihrer Unbelehrbarkeit steht. Jede Klatschgeschichte, jedes Gerücht, jede beliebige Rederei gilt ihnen sofort als unumstößliche Gewißheit, sobald sich ihr Inhalt in den eigenen Vorstellungskreis einfügt. So unzugänglich sie gegenüber den schlagendsten Einwänden sind, so empfänglich erweisen sie sich für jede üble Nachrede über ihre Gegner. Sie halten sich nicht nur für berechtigt, ohne die geringste Prüfung daran zu glauben, sondern sie auch in der schärfsten und übertriebensten Form weiter zu verbreiten, ja sie zur Grundlage gehässiger Anschuldigungen bei Gericht zu machen. Die eingehendsten und wohlwollendsten Belehrungen über die Rechtslage von wirklich Sachverständigen fruchten bei ihnen nichts, sobald sie ihrer Auffassung zuwiderlaufen; dagegen bauen sie felsenfest auf die Bestätigung dieser letzteren, die ihnen „rechtskundige Männer" im Dorfe gegeben haben.

Die Auffassung und das Gedächtnis des Querulanten erscheinen zunächst ungestört, ja man ist oft sogar über die Genauigkeit erstaunt, mit welcher der Kranke umfangreiche Aktenstücke, Verhöre, Gesetzesstellen, anscheinend wörtlich, auswendig herzusagen weiß. Bei eingehenderer Prüfung findet man jedoch sehr häufig, daß er den Sinn seiner Ausführungen durchaus nicht verstanden hat und die klarsten Sätze in ganz verschrobener Weise ausdeutet, sogar in ihr Gegenteil verkehrt. Außerdem laufen, namentlich bei der Wiedergabe von Unterredungen, die gröbsten Unrichtigkeiten mit unter, von denen sich schwer sagen läßt, ob sie durch ursprüngliche Mißverständnisse oder durch nachträgliche Fälschungen der Erinnerung entstanden sind. Zweifellos kommt auch das letztere vor; man hat bisweilen Gelegenheit, unmittelbar zu beobachten, wie sich eine Erzählung bei häufiger Wiedergabe immer mehr im Sinne des Wahnes verändert. Ein Kranker behauptete hartnäckig, ich habe ihn vor Gericht für gesund erklärt und gesagt, die Geisteskrankheit werde erst in 3—4 Jahren ausbrechen. Er hielt an dieser Behauptung trotz meiner Ableugnung

dauernd fest. Bei einem anderen Kranken wuchs die Summe, um die er geschädigt sein wollte, sehr rasch von 1200 auf 10 000 Gulden an; eine Geldschuld, die er anfangs zugab, behauptete er späterhin, bereits vor Jahren abgetragen zu haben.

Die Besonnenheit der Kranken ist dauernd ungetrübt, die Ordnung ihrer Gedanken erhalten. Vielfach erscheinen sie lebhaft, gewandt, schlagfertig. Niemals aber wird man eine sehr große Eintönigkeit des Vorstellungsinhaltes vermissen. Jede Unterredung mit einem Querulanten pflegt sehr bald auf seine Beeinträchtigungsideen zu führen, die, je länger, desto mehr, sein ganzes wirkliches Interesse in Anspruch nehmen. Von jedem, noch so entlegenen Punkte aus führt sein Gedankengang immer wieder auf diesen Mittelpunkt zurück. In endlosen, vielfach wörtlichen Wiederholungen kehren bei seinen Ausführungen dieselben Ideenverbindungen wieder, offenbar, ohne daß der Kranke imstande wäre, sie zu unterdrücken oder auch nur abzukürzen. Bei längerem Bestande der Krankheit pflegt übrigens auch der Zusammenhang der langatmigen Auseinandersetzungen zu leiden. Von einer Einsicht in die Krankheit ist niemals die Rede; vielmehr betrachtet der Kranke den Einwand der geistigen Störung als einen „treulosen Schwindel". Fast immer findet er aber auch Laien und selbst Ärzte genug, die ihm auf Wunsch seine geistige Gesundheit bescheinigen. Einer meiner Kranken brachte mit Genugtuung die Gesundheitszeugnisse vor, die ihm sechs Bürgermeister ausgestellt hatten.

Eine regelmäßige Begleiterscheinung des Querulantenwahns ist das stark gehobene Selbstgefühl. Die Kranken halten sich für hervorragend tüchtig und rechtlich, blicken daher unter allen Umständen auf ihre Gegner herab. Sie treten mit einer gewissen Würde auf, halten etwas auf sich, machen Ansprüche, finden es besonders erschwerend, daß man gerade ihnen, als „verheirateten Männern", das Recht vorenthält. Ein Kranker unterzeichnete sich: „Bürger, Landwirt und Witwer"; ein anderer, der in eine Menge von Prozessen verwickelt war, erklärte kurzweg, er habe immer recht, sei überall beliebt, wo er hinkomme. Mit dieser Selbstüberschätzung hängt es auch zusammen, daß der Kranke die unsittlichsten Mittel für erlaubt hält, sobald sie ihm zur Schädigung seines Feindes dienen, während selbst die mildesten Formen des rechtlichen Zwanges

in ihrer Anwendung auf ihn selbst als unerhörte Angriffe und Vergewaltigungen, als „gefühllose Mißhandlungen" aufgefaßt werden. Ein Kranker empfand die verzögerte Ablieferung einer Postkarte seitens des Postbeamten an ihn als eine schwere Schädigung, während ihm die Blutschande mit seiner Stieftochter und die Unterschlagung einer Geldsumme als geringfügige Übertretungen erschienen; er schrieb seiner Frau Briefe mit hochtrabenden Ermahnungen zur Sittlichkeit und rühmte sein gutes Gewissen. „So gefühlvoll?" schrieb ein anderer erstaunt, als wegen eines von gröbsten Beleidigungen strotzenden Briefes Anklage gegen ihn erhoben wurde. In seinem gesteigerten Selbstgefühle pflegt der Kranke ungeheure Summen als Entschädigung für das ihm angetane Unrecht zu verlangen.

Ausnahmslos finden wir ferner bei den Querulanten eine bedeutende Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit. In ihr ist höchstwahrscheinlich der eigentliche Grund für den Mangel an ruhiger, sachlicher Überlegung zu suchen. Während sie für gewöhnlich keine auffallenderen Störungen der Stimmung darbieten, geraten sie bei der Besprechung ihrer Rechtsstreitigkeiten sehr rasch in die lebhafteste Aufregung, überschütten den Hörer mit einer wahren Flut von Schmähungen über ihre Gegner und wenden sich gegen jeden Widerspruch oder Einwand mit der gleichen zornigen Gereiztheit. Einer meiner Kranken bat den Großherzog schriftlich um die Erlaubnis, seine Gegner selbst abtun zu dürfen; ein anderer erklärte, er gebe ja doch keine Ruhe über den „großen Schwindel, Beschiß und Betrug"; er müsse so einen Satan, einen der Staatsbetrüger (Landrichter) niederschlagen. Seinen Rechtsanwalt wollte er in einen Schweinestall sperren, wohin er gehöre.

Diese Leidenschaftlichkeit in Verbindung mit der Unbelehrbarkeit beeinflußt auch das Handeln des Kranken in entscheidender Weise. Er ist nicht imstande, sich nach Erschöpfung der gewöhnlichen Rechtsmittel bei der endgültigen, unabänderlichen Entscheidung zu beruhigen. Ohne jedes Verständnis für die völlige Nutzlosigkeit, ja die sicheren schweren Folgen weiterer Schritte, sucht er um jeden Preis und mit allen Mitteln den Sieg im Kampfe um sein vermeintliches Recht zu erzwingen. Blind gegen besseren Rat, setzt er alle nur irgend möglichen Rechtsmittel in Bewegung, verlangt „eine richterliche Untersuchung" über Dinge, die längst abgetan

sind, appelliert von einer Instanz an die andere, durch keinen Mißerfolg belehrt oder wenigstens eingeschüchtert. Vielmehr nimmt die Hartnäckigkeit und Leidenschaftlichkeit immer zu. Er schreibt unzählige Briefe und Eingaben an die Gerichte, an Privatpersonen, Beamte, Abgeordnete, an den Reichstag, den Landesfürsten und den Kaiser, in denen er in den schärfsten, beleidigendsten Ausdrücken, ja in unflätigen Schimpfereien über seine Gegner, über die Behörden, die Richter seinem Herzen Luft macht. Ein Kranker schrieb an die „Weltschwindelfirma", mit der er im Streite lag, offene Postkarten mit der Aufschrift „An die Meineidsfirma" und der Überschrift: „Lieber Herr Zuchthäusler!" Ein anderer fragte an, ob die Gendarmen das Privileg zum Meineidschwören hätten.

Schon in der äußeren Form, in den Unterstreichungen, Ausrufungs-, Frage- und Anführungszeichen, in der Hervorhebung der Kraftstellen durch besondere Schrift oder farbige Tinte, ferner in der Langatmigkeit, Umständlichkeit und Eintönigkeit des Inhaltes pflegen diese Schriftstücke ihre krankhafte Entstehungsweise zu verraten. Dück, der die Schrift einiger Querulanten untersuchte, kam zu dem Ergebnisse, daß sie regelmäßig, steil und langsam sei, starken Druck, scharfe Ecken und keine Verbesserungen aufweise; der Raum werde durch Kleinheit der Züge und Schmalheit des Randes möglichst ausgenutzt. Der Stil zeigt vielfach eine eigentümlich verzwickte, verschrobene Ausdrucksweise, die Wiederkehr einzelner absonderlicher, halbverstandener, aber tönender Redewendungen, die sich an die Rechtssprache anlehnen. Ein Kranker schrieb viel vom „falschen Meineid"; ein anderer gebrauchte mit Vorliebe den angeblich von mir geäußerten Satz: „Juristenrecht geht über Reichsrecht". Ein dritter äußerte, er lebe „nicht in einem konstitutionellen, sondern in einem inquisitionellen Staate". Die Paragraphen der Gesetzbücher, die Berufung auf die „Akten" spielen eine große Rolle. Abschriften seiner Eingaben, Vorladungen, Bescheide pflegt der Kranke wohlverpackt mit sich herumzutragen und bei passender Gelegenheit auszukramen.

Die zunächst folgenden Anklagen und Strafen wegen Beleidigung oder Verleumdung steigern nur die Erbitterung des Kranken; er antwortet mit neuen, immer weiter gehenden und ungeheuerlicheren Schmähungen. Seine ganze Tätigkeit, seine Lebensinteressen gehen immer mehr in der Sucht auf, Recht zu behalten, mag

auch alles andere darüber zugrunde gehen; seine Häuslichkeit, sein Geschäft, sein Vermögen — alles wird diesem krankhaften Drange geopfert. Auf diese Weise kommt er in seinen Verhältnissen herunter, wird durch die endlosen Prozesse und Anklagen in dauernder Aufregung erhalten, die ihn zu immer schrofferer Stellungnahme gegenüber seinen Feinden veranlaßt. Schließlich weist er jede Gemeinschaft mit der bestehenden Rechtsordnung, ja auch mit den staatlichen Einrichtungen überhaupt zurück. Er unterschreibt kein Protokoll mehr, verweigert die Annahme von Vorladungen, läßt sich zur Verhandlung mit Gewalt vorführen. Er greift zur Selbsthilfe, nimmt einfach fort, was er als sein Eigentum betrachtet, wendet sich an die Presse, bedroht seine Gegner persönlich, schießt auf den pfändenden Gerichtsvollzieher. Ein schon oben erwähnter Kranker tötete einen Landgerichtsrat.

Sehr häufig gelingt es dem Kranken mit seiner rücksichtslosen Tatkraft, diese oder jene Person seiner Umgebung von der Rechtmäßigkeit seiner Ansprüche zu überzeugen. Ich kannte einen 58jährigen Querulanten, der in einem fernen Dorfe mehrere Bauern veranlaßt hatte, große Geldopfer zu bringen, um eine vermeintliche Entschädigungssumme von 50 000 Mark von einem Bürgermeister herauszupressen. Die von ihnen verfaßten Eingaben ähnelten denen des Kranken ganz überraschend; einer der Bauern hatte den letzteren bereits als willkommenen Schwiegersohn in Aussicht genommen. Andererseits ergreifen Querulanten vielfach mit Freuden die Gelegenheit, auch für andere Briefe, Eingaben, Proteste, Streitschriften zu verfassen, und geraten auf diese Weise bisweilen geradezu in die Laufbahn von Winkeladvokaten hinein. Dabei kommt ihnen besonders eine gewisse Spitzfindigkeit und ihre äußerliche Kenntnis der Rechtssätze zugute, die sie überall hervorkehren.

Im weiteren Verlaufe der Krankheit, nach einem oder mehreren Jahrzehnten, pflegt sich ganz allmählich eine Abnahme der geistigen und gemütlichen Regsamkeit sowie der Tatkraft einzustellen. Die Eingaben und Reden des Kranken werden einförmiger und zusammenhangloser. Er wartet auch meist gar nicht mehr auf eine Antwort, sondern verfaßt nur noch gewohnheitsmäßig von Zeit zu Zeit eines seiner eigenartigen Schriftstücke. Die Kampfesstimmung verblaßt; der Kranke wird gleichmütig, fügsam, öfters sogar weinerlich und rührselig, wenn man ihn nicht durch Berührung des wun-

den Punktes geflissentlich reizt. Er verkehrt freundlich mit dem Arzte, den er vielleicht eben noch in einer Eingabe als infamen Lügner und Schwindler bezeichnet hat. Bisweilen verleugnet er geradezu seine früheren Handlungen, um unangenehmen Auseinandersetzungen auszuweichen; er will nichts mehr davon wissen; das ist vorbei. Von einer wirklichen Berichtigung der krankhaften Vorstellungen ist dabei jedoch keine Rede; vielmehr läßt sich bei Anregung der alten Erinnerungen in den Augenblicken, wo die Selbstbeherrschung versagt, stets erkennen, daß der Kranke unverändert auf seinem früheren Standpunkte stehen geblieben ist und nur die Spannkraft zu äußerem Widerstande verloren hat.

Der Querulantenwahn ist aus naheliegenden Gründen eine Erkrankung des reiferen Alters. Die überwiegende Zahl meiner Kranken stand im 5. Lebensjahrzehnt; vorher scheint nur ausnahmsweise ein Fall zur Entwicklung zu kommen. Eine Frau wurde mir mit 75 Jahren zugeführt; sie war mit 66 Jahren erkrankt. Diese Tatsache deutet darauf hin, daß nicht nur die Häufigkeit von Anlässen zu Rechtsstreitigkeiten, wie sie in den Lebensverhältnissen gegeben sind, sondern auch die mit dem Alter sich einstellende Erstarrung der psychischen Persönlichkeit, der Verlust der Leichtlebigkeit und Gefügigkeit, für die Entstehung des Querulantenwahns von Bedeutung ist. Männer mit ihrer verantwortlicheren Stellung im Leben und ihrem stärkeren Selbständigkeitsgefühl erkranken wesentlich häufiger, als die geschützteren und nachgiebigeren Frauen.

Der Querulantenwahn gehört zu den selteneren oder doch den Irrenarzt nicht gerade häufig beschäftigenden Geistesstörungen. Yennaropoulos fand ihn bei etwa $^1/_2\%$ der aufgenommenen Kranken. Da überdies bei den schon in höherem Alter stehenden Kranken die Nachrichten über die Vorgeschichte sehr unsichere sind, vermag ich über die Erblichkeitsverhältnisse keine zuverlässigen Angaben zu machen. Die ursprüngliche Begabung der Kranken wurde öfters als gut bezeichnet, schien auch in der Regel mindestens dem Durchschnitte zu entsprechen. Gaupp gibt an, daß man bei ihnen regelmäßig von vornherein Reizbarkeit, Leidenschaftlichkeit, Empfindlichkeit, gehobenes Selbstgefühl, Stolz, vorschnelles, verbohrtes Denken finde. Von meinen Kranken wurden nur einzelne als streitsüchtig bezeichnet; manche waren auch schon vor dem Ausbruche des Querulantenwahns in Prozesse verwickelt oder wegen Beleidigung

bestraft. Gewöhnlich aber traf das nicht zu, sondern der die Krankheit auslösende Rechtsstreit war der erste im Leben; die Kranken galten bis dahin als ruhig, ordentlich und fleißig. Nicht wenige waren im gewöhnlichen Verkehr ganz verträgliche, wenn auch vielleicht etwas sonderbare Menschen. Wilmanns fand bei Querulanten häufig Entartungszeichen und einzelne hysterische oder psychogene Krankheitserscheinungen; ähnliches berichtet Heilbronner. Einer meiner Kranken machte im Gefängnis eine kurzdauernde Haftpsychose mit ängstlicher Erregung und Gehörstäuschungen durch; er hörte Vorwürfe und Drohungen, glaubte, daß seine Hinrichtung bevorstehe.

Man wird wohl im allgemeinen annehmen müssen, daß in der persönlichen Eigenart der Querulanten die Ursachen liegen müssen, die so verhängnisvolle Folgen an ein verhältnismäßig harmloses und ganz gewöhnliches Lebensereignis knüpfen. Da die Querulanten dem Arzte erst dann zur Beobachtung kommen, wenn sie durch die Krankheit schon auf das einschneidendste beeinflußt sind, kann man über die persönlichen Vorbedingungen des Leidens nur Vermutungen aufstellen. Wie schon angedeutet, ist dabei gewiß eine erhöhte gemütliche Erregbarkeit von Bedeutung, die den Kranken seine Niederlage besonders stark empfinden läßt. Dazu kommt jedoch ferner wohl noch ein gesteigertes Selbstgefühl, das ihm die unbefangene Anerkennung fremder Gleichberechtigung und die Gewinnung eines unparteiischen Standpunktes unmöglich macht. Beide Umstände dürften im allgemeinen hinreichen, um die leidenschaftliche Verranntheit und Unbelehrbarkeit des Querulanten zu erklären, namentlich in der Hitze des Gefechtes; sehen wir doch z. B. in Wahlkämpfen ganz ähnliche Einseitigkeiten, Verdrehungen, Übertreibungen, Verunglimpfungen des Gegners zustande kommen, wie sie uns bei den Kranken begegnen.

Vielleicht kann man aber ferner vermuten, daß bei den Querulanten eine mangelhafte Entwicklung jenes begrifflichen Denkens vorliege, das die Erhebung zu höheren und allgemeineren Gesichtspunkten ermöglicht; sie kleben am Persönlichen und Kleinlichen und haben kein Verständnis für die Beschränkungen, die dem einzelnen das verwickelte Getriebe des menschlichen Zusammenlebens auferlegt. Der Umstand, daß die überwiegende Mehrzahl der Kranken nahe dem 50. Lebensjahre stand, weist wohl auch darauf hin, daß sich die

Engherzigkeit und der Starrsinn des beginnenden Alters in ihren ersten Andeutungen geltend machen könne. Einzelne ältere Kranke erschienen ängstlich und bekümmert und klammerten sich mit einer gewissen eigensinnigen Ratlosigkeit an ihr vermeintliches Recht.

Die Abhängigkeit des Querulantenwahns von dem Gefühle der rechtlichen Beeinträchtigung ist nach der Art des Beginnes und dem Inhalte des Wahns regelmäßig so unverkennbar, daß wir an der psychischen Verursachung des Leidens nicht zweifeln können, zumal für eine andere Entstehungsgeschichte durchaus kein Anhalt gegeben ist. Die klinische Verwandtschaft mit den Zustandsbildern des Rentenquerulanten und Haftquerulanten leuchtet daher ohne weiteres ein. Der ungünstige Verlauf des Querulantenwahns dürfte sich aus dem Umstande erklären, daß eine wirksame Beseitigung der Ursache des Leidens nach Lage der Sache selten oder niemals möglich ist. Auch in den vereinzelten Fällen, in denen dem Querulanten ursprünglich irgendwie wirklich ein greifbares Unrecht zugefügt wurde, das späterhin Ausgleich findet, erscheint es doch ausgeschlossen, die von ihm erhobenen, ins Maßlose wachsenden Entschädigungsforderungen zu erfüllen, so daß also die Grundlage für immer neue Beeinträchtigungsideen und Beschwerden fortbesteht.

In der Regel trägt freilich schon der erste Anlaß den unausrottbaren Keim aller späteren Verwicklungen in sich, da die von dem Kranken rücksichtslos geforderten Zugeständnisse die schwerste Schädigung fremder Interessen bedeuten würden. Immerhin kommt es vor, daß dieser sich nach kürzerer oder längerer Zeit wenigstens äußerlich den gegen ihn ins Feld geführten Zwangsmitteln fügt, die von Geld- und Gefängnisstrafen bis zur Entmündigung und zur Einweisung in die Irrenanstalt fortzuschreiten pflegen; freilich bewahrt er dabei den Groll im Herzen und gerät bei neuem Anreiz rasch wieder in das alte Fahrwasser. Bisweilen beruhigt sich der Kranke auch einigermaßen, wenn er in günstigen Verhältnissen lebt oder von seinen Angehörigen verständig beeinflußt wird, während Aufhetzereien und der Druck von Not und Entbehrung seinem Wahne und seiner inneren Erregung neue Nahrung geben können. Petrén berichtet von einem Querulanten, der zur Übersiedelung nach Amerika veranlaßt werden konnte und dort als Straßenbahnschaffner unauffällig seinen Lebensunterhalt verdiente, obgleich er an seinen alten Ideen durchaus festhielt. —

Das klinische Bild des Prozeßkrämers ist nicht der Ausdruck einer einheitlichen Krankheit. Daß sich im Anschlusse an einen erlittenen Unfall und bei Gefangenen ein krankhaftes Querulieren entwickeln kann, wurde bereits besprochen. Die dort sich herausbildenden Zustände sind von dem hier geschilderten Querulantenwahn nur durch ihre Entstehungsgeschichte abzugrenzen, die allerdings auch Verlauf und Ausgang dahin beeinflußt, daß ein Verblassen der Störungen durch bestimmte Maßnahmen nach Lage der Sache weit eher zu erreichen ist. Auch bei paranoischen Kranken kommen querulatorische Züge vor, wenn die Kranken ihre vermeintlichen Rechte durchzusetzen suchen oder sich gegen die Verfolgungen ihrer Feinde wehren. Man wird hier jedoch leicht erkennen, daß dem Querulieren ein ganz anderer Wahninhalt zugrunde liegt, als die sich durchweg an tatsächliche Vorkommnisse anknüpfende Idee der rechtlichen Benachteiligung. Nach welchen Gesichtspunkten sich die Paranoia überhaupt vom Querulantenwahn abgrenzen läßt, soll später erörtert werden.

Weiterhin begegnet uns ausgesprochenes Querulieren öfters bei hypomanischen Erkrankungen und ihrer Vorstufe, der manischen Veranlagung. Diese Fälle sind es, die den Ausgangspunkt für die von Specht vertretene Ansicht gebildet haben, daß der Querulantenwahn lediglich eine Erscheinungsform des manisch-depressiven Irreseins darstelle. In der Tat finden wir auch bei den „echten" Querulanten manche Züge wieder, die an manische Erkrankungsformen erinnern, das erhöhte Selbstgefühl, die Reizbarkeit, die Neigung zu umfangreichen, eindrucksvollen Schriftstücken und weitschweifigen Reden. Dennoch kann ich einer allgemeinen Verschmelzung des Querulantenwahns mit dem manisch-depressiven Irresein nicht zustimmen. Abgesehen von der Entwicklung des Leidens in vorgeschrittenerem Alter ohne frühere Anfälle, scheint mir die genaue Abhängigkeit der klinischen Erscheinungen von der ursprünglichen psychischen Schädigung und den einzelnen, sich an sie knüpfenden Nachspielen, endlich die gleichmäßige Fortdauer des Wahns durch Jahrzehnte, ohne manische oder depressive Zwischenfälle, sehr entschieden gegen jenen Versuch zu sprechen. Nach welchen Gesichtspunkten sich die manischen von den echten Querulanten im einzelnen Falle unterscheiden lassen, wurde früher bereits besprochen.

Von der hier geschilderten Gruppe der Querulanten mit psychogener Wahnbildung finden sich fließende Übergänge zu anderen leidenschaftlichen Rechtskämpfern, deren Reihen wir durch das Zwischengebiet der Psychopathen hindurch bis in die Gesundheitsbreite verfolgen können. Vielfach ist auch die Ansicht geäußert worden, daß die Streitsucht gewissermaßen nur eine mildere Form oder die Einleitung des Querulantenwahns bilde. Ich halte diese Ansicht für mindestens zweifelhaft, da die Neigung, mit aller Welt in Unfrieden zu leben, in höchstem Grade ausgebildet sein kann, ohne zum Querulantenwahn zu führen, und da andererseits viele Querulanten sonst durchaus nicht ungewöhnlich streitsüchtig sind. Es müssen daher wohl noch gewisse besondere Vorbedingungen erfüllt sein, wenn sich ein Querulantenwahn entwickeln soll. Kennzeichnend für diesen ist vor allem die wahnhafte Gestaltung der Vorstellungskreise, die völlige Unbelehrbarkeit, die allmähliche Ausbreitung der Verfolgungsideen auf immer weitere Personen, der Ausgang der ganzen Entwicklung von einem bestimmten Vorkommnisse, an das unmittelbar oder mittelbar alle späteren Gedankenreihen und Handlungen des Kranken immer wieder anknüpfen. Hier besteht eben wegen der wahnhaften Verarbeitung der vermeintlichen Benachteiligungen ein innerer Zusammenhang zwischen allen einzelnen Abschnitten des Kampfes; der ganze Rattenkönig von Prozessen, Klagen und Beschwerden läßt sich von einem Punkte aus aufrollen. Demgegenüber sehen wir die streitsüchtigen und rechthaberischen Psychopathen, mit denen wir uns späterhin noch näher zu beschäftigen haben werden, bei den verschiedensten Gelegenheiten Zank und Streit vom Zaune brechen, Prozesse anfangen, Beleidigungen begehen. Jede einzelne Angelegenheit findet, wenn auch nach langen Kämpfen, endlich ihre Erledigung, bei der sich alle Beteiligten beruhigen. Beim Querulanten dagegen endet der ursprüngliche Streit niemals; er wächst nur immer ungeheuerlicher an und erreicht erst in der Entmündigung des Kranken seinen gewaltsamen und äußerlichen Abschluß.

Bei der Beurteilung von Querulanten ist natürlich immer die Möglichkeit zu erwägen, daß die anscheinend wahnhaften Vorstellungen und Behauptungen wirklich der Wahrheit entsprechen. Die Erbitterung und der rücksichtslose Kampf bis auf das äußerste kann die gesunde Antwort eines lebhaft entwickelten und schnöde

beleidigten Rechtsgefühls sein. So stellte sich in einem von mir beobachteten Falle nachträglich heraus, daß der schwer angeschuldigte Gegner in der Tat nicht der Ehrenmann war, für den er amtlich galt, sondern sich ernster Verbrechen schuldig gemacht hatte. Ein anderes Mal konnte nachgewiesen werden, daß eine zunächst wahnhaft erscheinende Unterschriftfälschung von dem Beschuldigten wirklich begangen war. In dieser Beziehung ist also äußerste Vorsicht geboten. Trotzdem waren übrigens in beiden Fällen die Ankläger Querulanten, aber das ließ sich nicht aus der Richtigkeit oder Unrichtigkeit der vorgebrachten Beschuldigungen entscheiden, sondern aus der Art, wie sie diese begründeten und wahnhaft weiter verarbeiteten. Freilich pflegt auch in ausgesprochenen Fällen der Querulantenwahn erst nach längerer Zeit erkannt zu werden, weil das oft gut erhaltene Gedächtnis und die Gewandtheit im Reden und Schreiben für den richterlichen Beobachter die krankhaften Züge verdecken. Die Entstellungen und Verdrehungen des Tatbestandes, die der Kranke vom Standpunkte seiner wahnhaften Auffassung in bestem Glauben vorbringt, werden leicht für absichtliche, schlau berechnete Täuschungen gehalten und als Beweis für seine sittliche Verkommenheit und Unverschämtheit angesehen.

Die Behandlung dieser Kranken hat nur die Aufgabe, sie für einige Zeit, noch besser für immer, der Umgebung zu entziehen, die auf sie erregend wirkt. Vorübergehend kann das durch die Verbringung in die Anstalt, dauernd durch die Übersiedelung in andere Verhältnisse geschehen. Längeren Anstaltsaufenthalt vertragen die Kranken in der Regel schlecht. Man tut daher gut, sie nach eingetretener Beruhigung möglichst rasch wieder zu entlassen, wenn man nicht durch die Rücksicht auf die Gemeingefährlichkeit im einzelnen Falle genötigt wird, sie auch trotz der Schädigung durch das Anstaltsleben ihrer Freiheit zu berauben.

XIII. Die Hysterie[1]).

Die vielfachen und tiefgreifenden Meinungsverschiedenheiten, die noch immer unter den Fachgenossen hinsichtlich des Wesens der Hysterie herrschen, lassen es heute kaum möglich erscheinen, eine knappe und scharfe Begriffsbestimmung des hysterischen Irreseins aufzustellen. Wir geben gelegentlich einer ganzen Reihe von krankhaften Seelenzuständen den Beinamen des „Hysterischen", ohne ihn immer mit genügender Klarheit begründen zu können. Ja, es dürfte kaum in Abrede gestellt werden, daß hier und da ein nicht zu rechtfertigender Mißbrauch mit der verallgemeinerten Anwendung jener Bezeichnung getrieben worden ist. Als wirklich einigermaßen kennzeichnend für alle hysterischen Erkrankungen dürfen wir vielleicht die außerordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit ansehen, mit der Gemütsbewegungen nicht

[1]) Möbius, Schmidts Jahrbücher 199, 2, 185 (Literatur); Neurologische Beiträge I; Monatsschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie I, 12; Vogt, Zeitschr. f. Hypnotismus VII, 172, 342; VIII, 10 (Literatur); Richer, Études cliniques de la grande hystérie. 1885; Legrand du Saulle, Les hystériques. 1891; Pitres, Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme. 1891; Gilles de la Tourette, Die Hysterie nach den Lehren der Salpétrière, deutsch von Gruber. 1894; Janet, Der Geisteszustand der Hysterischen (die psychischen Stigmata), deutsch von Kahane. 1894; Sollier, Genèse et nature de l'hystérie. 1897; L'hystérie et son traitement. 1901; Fürstner, Deutsche Klinik VI, 2, 155. 1901; Krehl, Über die Entstehung hysterischer Erscheinungen, Volkmanns klinische Vorträge, Neue Folge 330. 1902; Jolly in Ebstein u. Schwalbe, Handbuch der praktischen Medizin; Binswanger, Nothnagels Handbuch XII, 1, 2. 1904; Raimann, Die hysterischen Geistesstörungen. 1904; Räcke, Archiv f. Psychiatrie XL, 171; Ziehen, Deutsche Klinik, 1906; Schnyder, Revue neurologique 1907, 876; Claude, ebenda 1907, 882; Binet et Simon, L'année psychol. XVI, 67; Laruelle, Bull. de la société de médic. mentale de Belgique, 1908, 140; Aschaffenburg, Curschmanns Lehrbuch d. Nervenkrankheiten, 744. 1909; v. Voß, Klinische Beiträge zur Lehre von der Hysterie. 1909; Hartenberg, L'hystérie et les hystériques. 1910; Heilbronner, Handbuch der inneren Medizin von Mohr und Stähelin, 790. 1912; Raimist, Hysterie. 1913.

nur das gesamte Seelenleben beeinflussen, sondern auch mannigfaltige körperliche Krankheitserscheinungen hervorbringen, seien es Anästhesien oder Parästhesien, seien es Ausdrucksbewegungen, Lähmungen, Krämpfe, Störungen der Gefäßinnervation oder der Drüsentätigkeit. Freilich ist diese Kennzeichnung, wie späterhin erörtert werden soll, weit davon entfernt, allgemein anerkannt zu sein. Bei der unbefangenen Durchmusterung eines umfangreicheren Krankenmaterials, dessen Zugehörigkeit zur Hysterie im großen und ganzen kaum bestritten werden dürfte, finde ich jedoch keinen anderen Gesichtspunkt, der alle diese im einzelnen vielfach auseinanderweichenden Beobachtungen zusammenzufassen vermöchte.

Gemütsbewegungen sind im allgemeinen flüchtige Erscheinungen. Ein großer Teil der hysterischen Störungen ist daher ebenfalls vorübergehender Natur; sie tauchen bei gegebenem äußerem oder innerem Anlasse auf und verschwinden bald wieder. Andererseits aber weist die angeführte eigenartige Reaktionsweise auf das Bestehen dauernder Eigentümlichkeiten im Verhalten des Seelenlebens der Hysterischen und seiner Beziehungen zu körperlichen Äußerungen hin. In der Tat lassen sich deren Anzeichen gewöhnlich auch dann in stärkerer oder schwächerer Ausprägung nachweisen, wenn die auffallenderen, aber flüchtigeren Störungen gerade in den Hintergrund getreten sind. Es liegt auf der Hand, daß wir solche dauernden Zeichen der Hysterie namentlich auf dem Gebiete der gemütlichen Vorgänge zu suchen haben werden. Bei der außerordentlichen Bedeutung jedoch, die diesen für das gesamte Seelenleben und nicht minder für dessen Einfluß auf den Körper zukommt, werden sich die Wirkungen der dauernden hysterischen Eigenart vielfach auch über das Gemütsleben der Kranken hinaus verfolgen lassen. Dazu gesellen sich dann öfters noch allerlei Störungen, die an sich nicht hysterischer Art sind, aber der minderwertigen Veranlagung entspringen, wie wir sie als die allgemeine Grundlage der Hysterie anzusehen berechtigt sind.

Die Verstandesbegabung der Hysterischen kann eine sehr verschiedene sein. Unter 164 Fällen, in denen mir genauere Angaben über diesen Punkt vorlagen, fanden sich etwa 40%, die gut, und 5%, die sehr gut gelernt hatten; die übrigen waren mittelmäßige oder schlechte Schüler gewesen und erwiesen sich auch

als gedankenarm und urteilsschwach. Die Auffassung zeigt in der Regel keine besonderen Störungen. Manche Kranke überraschen durch ihre gute Beobachtungsgabe; sie haben ein scharfes Auge für Kleinigkeiten, ganz besonders für die Schwächen ihrer Umgebung. Einzelne zeigen geradezu hervorragende Begabung, wenigstens nach gewissen, namentlich künstlerischen Richtungen hin; sie musizieren, malen, dichten, schreiben Romane, während die nüchterne Verstandesarbeit weniger ihre Stärke zu sein pflegt.

Nicht selten findet sich, offenbar im Zusammenhange mit erhöhter gemütlicher Ansprechbarkeit, eine besondere geistige Regsamkeit und namentlich große Lebhaftigkeit der Einbildungskraft. Die Kranken interessieren sich für alles mögliche, finden sich überall leicht zurecht, verstehen es, sich rasch in die verschiedensten Lebenslagen hineinzuversetzen. Bei näherer Bekanntschaft pflegt sich dann freilich herauszustellen, daß sich diese leichte Beweglichkeit mit gesteigerter Ablenkbarkeit und Mangel an Ausdauer verbindet. Die Kranken sind nicht imstande, sich längere Zeit hindurch angespannt mit demselben Gegenstande zu beschäftigen, werden leicht unaufmerksam, zerstreut, unbeständig in ihrem Interesse. Alles Neue hat für sie einen besonderen Reiz; sie geben sich ihm um so lieber und um so unbedenklicher hin, je mehr es mit dem Alltäglichen und Gewohnten im Widerspruche steht. Ungewöhnliche, äußerlich wirkungsvolle Persönlichkeiten und Begebenheiten pflegen daher auf sie einen großen Eindruck zu machen; ihnen gegenüber zeigen sie sich oft leichtgläubig und blind empfänglich. Deswegen sind Hysterische zu allen Zeiten die ersten Gläubigen und begeistertsten Vorkämpfer für Wundergeschichten der verschiedensten Art gewesen, namentlich auch auf religiösem Gebiete. Die bei feierlichem Gottesdienste, in schwärmerischer Verzückung, in spiritistischen Sitzungen ausbrechenden Geistesstörungen sind zum größten Teile hysterischer Art. Manche Kranke zeigen eine starke Neugier, die Neigung, sich um fremde Angelegenheiten zu bekümmern; sie wissen sich in kürzester Frist eine genaue Kenntnis der persönlichen Verhältnisse ihrer Umgebung zu verschaffen, haben Freude am Klatsch, am Skandal, an öffentlichen Schaustellungen, aufregender Lektüre und nervenkitzelnden Genüssen aller Art.

Eigentliche Sinnestäuschungen kommen bei Hysterischen nur ganz vorübergehend und nur in abnormen Bewußtseinszuständen

zur Beobachtung. Dagegen sind nächtliche, in einer Art Halbwachen sich einstellende Trugwahrnehmungen nicht selten. Ihre eigentümlich wirkungsvolle Färbung läßt ihren Zusammenhang mit Gemütsbewegungen meist ohne weiteres erkennen. Die Kranken sehen verstorbene Angehörige, die Mutter im Leichengewande oder im Sarge, Totenköpfe, schwarze Männer mit langen Messern, dunkle Schatten mit glühenden Augen, Metzger, die Schüsseln mit Menschenköpfen tragen, wilde Tiere, Gestalten, halb Vieh, halb Mensch. Eine Kranke sah eine alte runzelige Frau mit einem Messer, die ein Säckchen mit der Aufschrift „Gift" trug. Glocken klingen; Musik ertönt; Hunde bellen; es klopft; der Teufel redet; Mutter und Schwester sprechen das Verdammungsurteil. Eine Kranke sah den Tod als Gerippe, der sie aufforderte, mitzukommen; zu einer anderen kam jemand nachts herein und empfahl ihr mit hohler Stimme, sich umzubringen.

Die Vorstellungsverbindungen Hysterischer sind eingehend von Jung und Ricklin untersucht worden. Jung[1]) beobachtete, daß sich bei Assoziationsversuchen 60% äußere Assoziationen, 14% Fehler, 9% Klangassoziationen einstellten, und spricht daher von einem „flachen Reaktionstypus". Dieses Verhalten ließe sich etwa aus einer erhöhten Ablenkbarkeit nebst einer gewissen Oberflächlichkeit der Gedankenverbindungen erklären, die ein Überwiegen rein äußerlicher und namentlich durch Gleichklang und sprachliche Gewöhnung vermittelter Anknüpfungen bedingen würde. Jung sieht darin, entsprechend seiner ganz auf Freudschem Boden stehenden Auffassung von der Hysterie, die Wirkung von verdrängten Komplexen. Auch Ricklin vertritt die gleiche Meinung; er fand bei seinen an 8 Hysterischen durchgeführten Assoziationsversuchen mehr Fehler, das Auftreten von Sätzen, Zitaten, Perseverationen, mimischen Reaktionen, verlängerten Reaktionszeiten, alles Zeichen, die nach seiner Meinung „Komplexmerkmale" darstellen. Unter diesem Gesichtspunkte beobachtete er demnach bis zu 50% Komplexassoziationen; so berichtet er, daß in einem Falle 15% mit dem „Geliebtenkomplex", 7% mit dem „Komplex der sexuellen Erkenntnis", 12% mit einem „politischen Komplex" in Beziehung standen.

Daß ich auf Grund meiner eigenen Erfahrungen über Asso-

[1]) Jung, Journal f. Psychol. u. Neurol. VIII, 25; Ricklin, ebenda VII, 223.

ziationsversuche die Komplexmerkmale für äußerst trügerisch halten muß, habe ich schon früher erwähnt; in der weit überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen sind die angeführten Abweichungen sicherlich durch andere Umstände weit ungezwungener zu erklären, als durch das „Anschneiden" eines verborgenen, besonders empfindlichen „Komplexes". Wenn es auch selbstverständlich möglich ist, die Assoziationen nach einzelnen, in ihnen zum Ausdrucke kommenden Vorstellungskreisen zu gruppieren, wie es Ricklin getan hat, so bleibt es doch sehr die Frage, ob die so umschriebenen „Komplexe" wirklich im Augenblicke der Assoziationsbildung eine bestimmende Rolle gespielt haben. Schon Galton und Trautschold haben, sicherlich zutreffend, darauf hingewiesen, daß der bei weitem größte Teil der im Versuche zutage geförderten Assoziationen aus der Jugend stammt und nur ein verschwindender Bruchteil Beziehungen zu Erlebnissen der jüngsten Zeit erkennen läßt, vielfach recht oberflächlicher Art. Das hängt vor allem mit der nicht genug zu betonenden Tatsache zusammen, daß unter den gegebenen Versuchsbedingungen notwendig und tatsächlich der Einfluß der sprachlichen Gewohnheit auf die vorgebrachten Äußerungen ein ungeheurer ist. Ganz gewiß sind wir daher nur ausnahmsweise berechtigt, sie als den Ausdruck persönlicher und bedeutungsvoller, uns gerade beherrschender Gedankengänge anzusehen. Ricklin hat sich freilich durch Ausfragen in der Hypnose über den wahren Sinn der „Deckassoziationen" Klarheit zu verschaffen gesucht. Welche Gewähr er jedoch für die als selbstverständlich vorausgesetzte Zuverlässigkeit dieses Verfahrens besitzt, ist nicht erkennbar.

Auch ohne besondere Versuche kann man erkennen, daß der Vorstellungsverlauf der Hysterischen vielfach abspringt und durch äußerliche, sprachliche Anknüpfungen sowie durch Eigenbeziehungen stark bestimmt wird. Ihr Urteil ist daher oft oberflächlich, haftet an Äußerlichkeiten, ersten Eindrücken, zufälligen Nebenumständen, trägt auch fast regelmäßig eine lebhaft persönliche Färbung. Wenn sie auch manchmal in ihren Anschauungen eigensinnig und unbelehrbar sind, sich durch Gründe nicht überzeugen lassen, kann sich andererseits doch bei ihnen unter Umständen mit verblüffender Schnelligkeit ein vollständiger Wechsel ihrer nicht mühsam erarbeiteten und tiefwurzelnden, sondern mehr gefühlsmäßig gebildeten und festgehaltenen Überzeugungen vollziehen.

Hier und da beobachtet man bei Hysterischen Zwangsvorstellungen, wie namentlich Thomsen betont hat. Einer meiner Kranken zerriß seine Briefe immer wieder, weil ihm deren Fassung verfehlt schien; er mußte 3—4 mal nachsehen, ob er die Lampe gelöscht, die Türe richtig geschlossen habe. Eine Kranke beklagte sich, daß sie immer so schmutzige Sachen denken müsse. Andere haben Platzangst, Furcht vor Selbstmord; ein Kranker wurde von dem Drange gequält, Gegenstände anzusehen und zu berühren. Es ist indessen daran festzuhalten, daß diese Störungen nicht für die Hysterie kennzeichnend sind, sondern nur für die nahe Verwandtschaft der verschiedenen Formen des Entartungsirreseins und deren gelegentliche Verbindung miteinander sprechen.

Aus der Erregbarkeit der Einbildungskraft entspringt bei Hysterischen öfters ein gewisser Hang zu Wachträumereien, auf den besonders Pick hingewiesen hat. Die Kranken lieben es, sich in unwirkliche Lebenslagen zu versetzen und sie sich mit allen Einzelheiten möglichst lebendig auszumalen; sie gefallen sich dabei als Teilnehmer an abenteuerlichen Erlebnissen, als Helden unerhörter Großtaten, Opfer schändlichster Angriffe. Diese Träumereien können unter Umständen den Kranken derart fesseln, daß er sich ganz in sie hineinlebt und das Bedürfnis fühlt, sie gewissermaßen in die Wirklichkeit zu übersetzen. Auf diese Weise kommt es dann gelegentlich zu allerlei prahlerischen Erdichtungen, ja weiterhin auch zur künstlichen Veranstaltung von Tatumständen, welche die Erzählungen von schrecklichen Begebenheiten glaubhaft machen sollen. Ein junger Malergehilfe bezeichnete sich als Künstler, nannte sich „Fella von Felsenhorst", behauptete, er habe sich den Adel gekauft, mit Studenten verkehrt, viel Geld ausgegeben, besitze eine geheime Anziehungskraft für Damen, werde von der Polizei verfolgt, weil er Mitglied einer Anarchieloge sei; ein junges Mädchen erzählte, es sei ein Herr dagewesen, um sie in seinem Wagen mit an die See zu nehmen, da sie eine Wassernixe sei. Eine Frau träumte sich so in die Vortäuschung einer Schwangerschaft hinein, daß sie ihren Mann zu veranlassen suchte, ein Kind anzunehmen.

Sehr häufig kommen hysterische junge Mädchen zur Erdichtung von geschlechtlichen oder räuberischen Angriffen[1]). Eine unserer Kranken wurde abends anscheinend bewußtlos in einer belebten

[1]) Brouardel, Annales d'hygiène pratique, Nov. 1899.

Passage aufgefunden und erklärte, sie sei von einem Unbekannten niedergeschlagen und beraubt worden; eine andere lag geknebelt und oberflächlich verletzt auf dem Bette und behauptete, das Opfer ihres Geliebten geworden zu sein. Beide Male handelte es sich, wie gewöhnlich in derartigen Fällen, um Erdichtungen. Ganz ähnlich sind wohl manche falsche Anschuldigungen zu beurteilen, wie sie von Hysterischen hier und da vorgebracht werden. Auch hier sind es namentlich geschlechtliche Angriffe, die den Inhalt der gegen Lehrer, Ärzte und sogar Angehörige gerichteten Anklagen bilden. Eine meiner Kranken schrieb zahllose anonyme Briefe, in denen sie sich bald überschwänglich herausstrich, bald sich der gemeinsten geschlechtlichen Ausschweifungen mit Nachbarn und Geistlichen bezichtigte. Diese Erfahrungen leiten uns einmal hinüber zu den später an anderer Stelle zu besprechenden hysterischen Schwindlern und Lügnern, andererseits zu den ganz ähnlichen Schöpfungen der Einbildungskraft, die uns in den Dämmerzuständen unserer Kranken begegnen werden.

Das Gedächtnis ist bei unseren Kranken im allgemeinen treu, die Merkfähigkeit gut, doch besteht öfters eine gewisse Vergeßlichkeit, zum Teil vielleicht deswegen, weil die Kranken leicht ablenkbar sind und zum Versinken in Träumereien neigen. Unter Umständen können einzelne Gruppen von Erinnerungsbildern verloren gehen. Sollier berichtet über einen Knaben, der die Fähigkeit einbüßte, sich Gesichtsbilder vorzustellen; Janet sah ein Mädchen, das nach dem Tode der Mutter zunächst deren Bild lebhaft halluzinierte, es dann aber vollständig aus ihrer Erinnerung verlor. Der im Anschlusse an Anfälle auftretenden, sehr merkwürdigen Formen von Amnesie werden wir späterhin zu gedenken haben. Entschieden beeinträchtigt wird ferner die Zuverlässigkeit der Erinnerungen durch die häufigen und lebhaften Gemütsbewegungen, die nicht nur zu einer einseitigen Auffassung der Erlebnisse verleiten, sondern ihnen auch nachträglich noch eine ganz besondere Färbung geben können. Endlich aber besteht in einzelnen Fällen geradezu ein ausgeprägter Hang, die Vergangenheit nach persönlichen Bedürfnissen umzugestalten und auszuschmücken, ja in sie völlig erdichtete Züge hineinzutragen. Bisweilen mag das in bestimmter Absicht geschehen, um zu täuschen und zu schwindeln; in anderen Fällen aber handelt es sich darum, daß den Kranken ihre Einbildungskraft

gewissermaßen durchgeht, daß sie sich selbst an ihren Erzählungen berauschen und, wenigstens für den Augenblick, Wahrheit und Dichtung kaum scharf auseinanderzuhalten imstande sind. Von meinen Kranken wurden etwa 5—6% als lügenhaft bezeichnet; ebensoviele ungefähr zeigten die Neigung zu abenteuerlichen Träumereien, ohne sonst unwahrhaftig zu sein.

Wesentlich beherrscht wird der Dauerzustand der Hysterischen durch die krankhaften Eigentümlichkeiten des Gefühlslebens. Zunächst wird uns in mindestens einem Drittel der Fälle über eine von Jugend auf bestehende, außerordentlich starke Erregbarkeit berichtet. Die gemütlichen Schwankungen erhalten dadurch leicht das Gepräge des Maßlosen, Übertriebenen. Auf der einen Seite kommt es zu schwärmerischer Überschwänglichkeit, verstiegener Empfindsamkeit, auf der anderen zu Ausbrüchen wütendsten Hasses und wildesten Jähzorns. Die Kranken drohen, das Haus anzuzünden, ihren Widersacher zu erschießen, schlagen blind drauf los, auch mit gefährlichen Gegenständen, zerstören, was ihnen in die Hand fällt. Von einem Kranken wurde berichtet, daß er sich bei einem Streite „wie ein Teufel" auf seine Schwester gestürzt habe, um sie umzubringen; ein anderer schrie bei seiner Verurteilung im Gerichtssaale: „Ihr Lumpen! Ihr Spitzbuben!", drohte, den Staatsanwalt zu erschießen, suchte eine große Holztafel auf ihn zu werfen, und zerschlug dann noch einige Fenster. Eine Kranke zerschnitt in der Wut einem Mädchen mit dem Messer das Gesicht. Auch sinnlose, triebartige Selbstbeschädigungen und Selbstmordversuche werden von den Kranken in der Aufregung begangen; sie beißen sich in die Arme, springen aus dem Fenster, laufen spornstreichs ins Wasser.

Manche Kranke sind dauernd empfindlich, reizbar, leicht beleidigt, streitsüchtig, unverträglich, ungebärdig; andere sind weichmütig „wie ein Mädchen" und empfinden die Heftigkeit ihrer gemütlichen Schwankungen äußerst peinlich. „Freude, Leid und Schmerz kann mich furchtbar aufregen", klagte ein Kranker; „der Ärger greift mich kolossal an"; ein anderer gab an, er werde bei Aufregungen „ganz damisch" und bekomme Ohrensausen, und eine Kranke erklärte: „Nach Aufregungen zittert alles in mir." Aus dieser Lebhaftigkeit der Gefühlsbetonung erklärt es sich, daß den Kranken nichts gleichgültig ist, daß sie sich immerfort veranlaßt

sehen, zu allen Ereignissen in ihrer Umgebung persönlich Stellung zu nehmen. Überall fühlen sie sich beteiligt und getroffen; sie sind daher auch geneigt, alle sachlichen Beziehungen und Überlegungen sofort mit reichlichen persönlichen Zutaten zu durchsetzen, sich in ihrem Denken und Handeln weit mehr von Stimmungen und Gefühlsregungen, als von Grundsätzen und vernünftigen Erwägungen leiten zu lassen.

Als natürliche Folge der mangelhaften gemütlichen Dämpfung, die außerstande ist, rasche und heftige Gefühlsschwankungen auszugleichen, entwickelt sich ein häufiger, unvermittelter **Wechsel der Stimmung**. Die Kranken sind unberechenbar, wetterwendisch, launenhaft; aus plötzlicher Ausgelassenheit können sie binnen kürzester Frist und bei geringfügigstem Anlasse oder auch ganz ohne solchen in zornige, entrüstete, in bittere, weltschmerzliche oder in schwärmerisch verzückte Gefühlsregungen verfallen. Eine Kranke meinte, sie sei bald närrisch vor Freude, bald trübselig. Diese Zügellosigkeit und Sprunghaftigkeit der Stimmungsäußerungen führt dazu, daß die Kranken nicht jener tiefen, innerlichen Ergriffenheit fähig sind, die trotz geringer äußerer Zeichen das gesamte Fühlen dauernder und mächtiger beherrscht, als die Stürme einer stets schwankenden, unausgeglichenen Gemütsverfassung.

Der allgemeine Stimmungshintergrund kann dabei eine sehr verschiedene Färbung aufweisen. Vielfach beobachtet man neben den plötzlichen, heftigen Gefühlsausbrüchen eine gleichmütig heitere, selbstzufriedene Stimmung, die „belle indifférence" der Hysterischen, die in merkwürdigem Gegensatze zu den zahlreichen von ihnen vorgebrachten Beschwerden stehen kann. Andere Kranke sind dauernd still, scheu, schüchtern oder ängstlich. Sehr häufig sind Beklemmungsgefühle, ferner große Schreckhaftigkeit, starkes Zusammenfahren bei unerwarteten Reizen. Manche Kranke berichten über traurige Verstimmungen, in denen sie das Leben nicht mehr freut, sie sich selbst nicht mögen, sich von Gott verlassen fühlen. Eine Kranke bezeichnete sich als „freudlos, interesselos, existenzlos", meinte, sie könne an nichts mehr Freude haben, und gäbe man ihr alle Schätze der Welt; eine andere erklärte, die Welt sei „so ekelhaft"; eine dritte mußte immer an ihre verstorbene Mutter denken. Öfters sind die Kranken tagelang mürrisch, verdrießlich, ablehnend, gereizt, doch pflegen sich alle diese Stimmungen nach kurzer Zeit

mit oder ohne äußere Einwirkung wieder zu verlieren. Namentlich bei der Versetzung in eine neue Umgebung erscheinen die Kranken ganz gewöhnlich zunächst scheu, unzugänglich, trotzig, um dann nach einiger Zeit ziemlich unvermittelt ein natürlicheres Wesen anzunehmen. Ihr Verhalten erinnert dabei an dasjenige kleiner Kinder, die sich fremden Personen gegenüber mißtrauisch und ängstlich abschließen und erst allmählich zutraulich werden.

Von noch größerer Bedeutung für die Kennzeichnung der Hysterie, als die Lebhaftigkeit der gemütlichen Schwankungen, ist deren Ausstrahlung auf das Gebiet der körperlichen Vorgänge. Wir wissen, daß schon beim Gesunden den Gemütsbewegungen ein weitgehender Einfluß auf körperliche Verrichtungen zukommt, sogar auf solche, die der Herrschaft des bewußten Willens gar nicht unterworfen sind. Der Schreck lähmt die Glieder, läßt uns verstummen und erblassen, sträubt uns die Haare, läßt Kälte durch unsere Adern rieseln, Atmung und Herz stillstehen. Die Angst hemmt oder beflügelt unsere Schritte, macht unsere Bewegungen unsicher, unsere Sprache stotternd, läßt uns erzittern, bei jeder Berührung, bei jedem Laut zusammenfahren, die Glieder schlottern, die Zähne klappern; sie schnürt uns die Kehle zu, regt Schweißabsonderung, Schlingbewegungen und Darmtätigkeit an, führt zur Harnentleerung, beschleunigt Atmung und Schlagfolge des Herzens. Der Zorn läßt alle Muskeln sich spannen, die Adern schwellen, erstickt die Stimme, macht uns blind, unempfindlich gegen Schmerzen und veranlaßt uns zu Zähneknirschen, Schnauben, unartikuliertem Brüllen und wilden, ungeordneten, rücksichtlosen Willensentladungen. Die Verzweiflung führt uns zu sinnlosem Wüten gegen uns selbst, Zerraufen der Haare, Zerkratzen des Gesichtes, Anstoßen des Kopfes, Wälzen am Boden; der Ekel erzeugt Übelkeit, Würgbewegungen und Erbrechen. Der Schmerz verstärkt die Tränenabsonderung; die Scham läßt uns erröten; Kummer und Sorge rauben uns Eßlust und Schlaf und machen unsere Glieder kraftlos. Begeisterung, Freude, Hoffnung lassen unsere Pulse höher schlagen und geben uns neue Kräfte.

Schon diese ganz flüchtige Aufzählung, die sich leicht noch erheblich erweitern ließe, zeigt die ungemein starken und vielseitigen Einwirkungen der Gemütsbewegungen auf Körperzustände. Bei Hysterischen scheinen mir diese Beziehungen in abnormer Weise

verstärkt und ausgebreitet zu sein. Schon ganz unbedeutende Reize lassen sie erblassen und zusammenschrecken; Lachen und Weinen werden zu krampfartigen, stundenlang sich fortsetzenden, ununterdrückbaren Ausdrucksbewegungen; Erröten, Erbrechen, Durchfälle, Tränenergüsse stellen sich bei den geringfügigsten Anlässen ein. Das Zittern der Erregung wird zum Gliederschütteln, die Unsicherheit der Bewegungen zur ausgeprägten Ataxie, das Versagen der Knie zur völligen Unfähigkeit, zu gehen und zu stehen, die Spracherschwerung zur Aphonie, zum Lallen, zur Stummheit. Zorn und Angst entladen sich in den wildesten, sinnlosesten Verzerrungen, Verrenkungen, Spannungen und Zuckungen des gesamten Körpers. Ein nicht unbeträchtlicher Teil der körperlichen Störungen, die wir im Krankheitsbilde der Hysterie vorfinden, läßt sich wie schon öfters, neuestens von Raimist, hervorgehoben wurde, ohne weiteres unter dem Gesichtspunkte vergröberter und verstärkter Affektwirkungen begreifen.

Auch die Beeinflussung des Seelenlebens durch Gemütsbewegungen erscheint in der Hysterie krankhaft gesteigert. Alle heftigen gemütlichen Erregungen bedingen eine gewisse Einengung und unter Umständen auch Trübung des Bewußtseins. In der Hysterie tritt diese Wirkung schon bei verhältnismäßig geringen Schwankungen des gemütlichen Gleichgewichts ein. Das Vergehen der Sinne, die Verwirrung der Gedanken, das Schwinden der Klarheit vollzieht sich hier ungewöhnlich leicht und häufig. Aber auch Sinnestäuschungen und delirante Zustände, die im gesunden Leben nur ganz ausnahmsweise und in schwachen Andeutungen durch die heftigsten Gemütsbewegungen erzeugt werden können, kommen hier gar nicht selten zustande. Insbesondere wird auch Inhalt und Gestaltung der Träume wie der Zustände des Halbtraumes in der Nacht bei Hysterischen durch affektvolle Vorstellungen weit stärker beeinflußt, als im gesunden Leben.

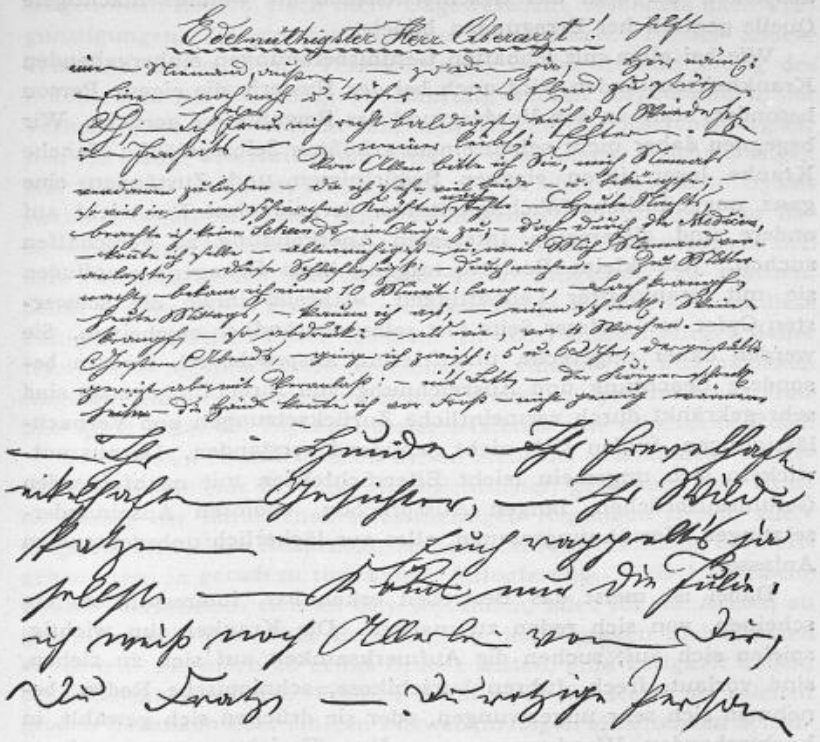
Vielfach führt die Gewohnheit sehr lebhafter Gefühlsäußerungen bei Hysterischen zu einer mehr oder weniger unwillkürlichen Übertreibung der Ausdrucksbewegungen. Sie haben das Bedürfnis nach immer kräftigeren Kundgebungen, um die Stärke der inneren Erregung wiederzugeben. Darum pflegt der Leidenschaftlichkeit ihres äußeren Gebarens meist auch nicht im entferntesten die wirkliche Stärke der Gemütsbewegung zu entsprechen, die überraschend

schnell durch eine andere, entgegengesetzte Gefühlsschwankung abgelöst werden kann. Auf diese Weise entwickelt sich bei den Kranken öfters eine dauernde Neigung zum Mißbrauche starker Ausdrücke für ihre Gefühle, zu einer Art unwahrer Überschwänglichkeit. Das eigene Leid wird als entsetzlich, unsäglich, grenzenlos geschildert; die Kranken bezeichnen sich als Ausgestoßene, Verfluchte, fallen bei der Erinnerung an die ausgestandenen Seelenqualen in Ohnmacht oder gebrauchen wenigstens fleißig das Taschentuch; eine Kranke dankte bei ihrer Entlassung auf den Knien für die Behandlung. Zugleich aber ist, anders als bei wirklich schweren Gemütserschütterungen, die Freude an niederen Genüssen recht gut erhalten. Eine Kranke schloß einen Brief voll der schauerlichsten Selbstverwünschungen mit der Bitte um Zusendung einiger Makronen.

Die nachstehenden, von einer und derselben Kranken stammenden Schriftproben gewähren einen Einblick in die meist sehr reichlichen schriftlichen Ergüsse Hysterischer und die Wandlungen ihrer gern in Gegensätzen sich bewegenden Gemütslage. In dem ersten, an den Arzt gerichteten Briefe tritt die mitleiderregende Häufung der mannigfachsten Beschwerden hervor, Schlaflosigkeit, Lachkrämpfe, Weinkrämpfe, Hitze, Frost, ferner der Wunsch, zu sterben, dankbare Unterwürfigkeit gegenüber dem Arzte und Andeutungen über gehässige Behandlung durch die Umgebung. Die verhaltene Erregung drückt sich in den teilweise flüchtigen Zügen, den Gedankenstrichen und Abkürzungen aus. Sie beherrscht vollständig Inhalt und Form der zweiten, für eine Wärterin bestimmten Probe mit den großen, am Schlusse jeweils in Striche ausgehenden Buchstaben, den langen und häufigen Zwischenstrichen und ihren leidenschaftlichen Kraftausdrücken.

Ein viel umstrittenes Gebiet bildet das geschlechtliche Fühlen der Hysterischen. Lange Zeit hindurch hat man gemeint, daß als die Ursache des Leidens geschlechtliche Begierden bei mangelnder oder übermäßiger Befriedigung anzusehen seien, und die Freudsche Lehre von der verdrängten und umgewandelten Libido, mit der wir uns später zu beschäftigen haben werden, arbeitet mit ähnlichen Vorstellungen, wenn auch in verändertem Zusammenhange. Es ist in der Tat unbestreitbar, daß die geschlechtlichen Beziehungen bei Hysterischen eine große Rolle spielen. Etwa 3—4% meiner weiblichen Hysterischen waren Prostituierte, und auch von den

übrigen hatten noch manche eine recht bewegte geschlechtliche Vergangenheit. Der Ausbruch hysterischer Störungen schloß sich gar nicht selten an Auseinandersetzungen mit dem oder der Geliebten an. In vereinzelten Fällen wurde auch über geschlechtliche Verirrungen, Onanie, homosexuelle, sadistische oder masochistische



270. Schriftproben einer Hysterischen. Brief an den Arzt und die Wärterin.

Neigungen berichtet; ein junger Mensch hatte sich selbst Stiche und Schnitte auf der Brust beigebracht, wobei ihm das Glied steif wurde. Einige weibliche Kranke gaben an, geschlechtlich kalt zu sein, trotz reichlicher Betätigung. Bei der ganz überwiegenden Mehrzahl der Kranken ließ indessen das geschlechtliche Leben im Vergleiche zu den sonstigen Erfahrungen keine nennenswerten Ab-

weichungen erkennen. Wenn dennoch die geschlechtlichen Beziehungen im Leben der Hysterischen einen so breiten Raum einnehmen, so dürfte sich das ungezwungen aus dem Umstande erklären, daß die hysterischen Störungen sich, wie wir sehen werden, vorzugsweise in einem Lebensalter und bei demjenigen Geschlechte abspielen, bei dem das Geschlechtsleben die weitaus mächtigste Quelle gemütlicher Erregungen bildet.

Wie bei allen mit lebhaften Gefühlsbetonungen einhergehenden Krankheitszuständen wird auch bei der Hysterie die eigene Person besonders stark in den Vordergrund des Bewußtseins gerückt. Wir begegnen daher nicht selten einem erhöhten Selbstgefühl. Manche Kranke legen ihren eigenen Bedürfnissen und Zuständen eine ganz ungebührliche Wichtigkeit bei, der sie ohne Rücksicht auf andere und allgemeine Interessen Anerkennung zu verschaffen suchen. Jede kleine Beeinträchtigung ihres Behagens empfinden sie mit krankhafter Lebhaftigkeit, während ihnen die schwersten Opfer von anderer Seite fast selbstverständlich erscheinen. Sie werden daher ungerecht, unzufrieden, anspruchsvoll, fordern besondere Beachtung und Auszeichnung von ihrer Umgebung, sind sehr gekränkt durch vermeintliche Zurücksetzungen und Vernachlässigungen, fühlen sich nicht genügend verstanden. Daraus entwickeln sich ungemein leicht Eifersüchteleien mit nachfolgenden Gefühlsausbrüchen, langen Aussprachen, endlosen Auseinandersetzungen, Versöhnungsszenen, alles aus lächerlich unbedeutendem Anlasse.

Dabei ist meist das Bestreben erkennbar, interessant zu erscheinen, von sich reden zu machen. Die Kranken tun wichtig, spielen sich auf, suchen die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, sind vorlaut, frech, führen burschikose, schnippische Reden, benehmen sich sehr ungezwungen, oder sie drücken sich gewählt, in hochtrabenden Wendungen aus. Ihre Beziehungen zum Arzte suchen sie sofort persönlich zu gestalten, sei es, daß sie ihn als Feind und Unterdrücker behandeln, sei es, daß sie ihn zum Seelenfreunde erwählen; oft genug wechselt die Färbung dieser Beziehungen ganz unvermittelt. Ihre Mitteilungen sind dann Schmerzensschreie einer gequälten Seele, vertrauliche Herzensergüsse oder unbestimmte Redensarten voll gegenstandsloser Geheimtuerei. In den Briefen wird die Einförmigkeit der Klagen durch schillernde Selbstver-

lachung schmackhaft gemacht. Eine meiner Kranken nannte sich Dulderin Schmerzensreich, die große Närrin, das Studienobjekt.

Aus dem erhöhten Selbstgefühl und der Unbeständigkeit der Stimmung geht die Begehrlichkeit so vieler Hysterischen hervor. Sie sind dauernd unbefriedigt, des Augenblickes überdrüssig, verlangen nach Neuem, noch nicht Dagewesenem, besonders nach Vergünstigungen, die sie vor anderen auszeichnen. Immer andere Wünsche tauchen auf; Veränderungen in der Ausstaffierung des Zimmers, in der Kleidung, der Nahrung werden vorgenommen, der Verkehr gewechselt, und in zahllosen Briefen und Kärtchen ergießt sich ein Strom von Aufträgen, Bitten, Forderungen, Beschwörungen und Klagen. Es ist oft erstaunlich, mit welchem Geschicke Hysterische es verstehen, nach den verschiedensten Richtungen hin Beziehungen anzuknüpfen, kleine und große Vorteile zu erlangen, sich zum wohlbeachteten Mittelpunkte ihrer Umgebung zu machen. Selbst unbegabte, ja geradezu schwachsinnige Kranke können diese Fähigkeit in hohem Grade besitzen. In den Familien pflegen daher Hysterische regelmäßig die Herrschaft zu führen und ihre nächsten Angehörigen in der unglaublichsten Weise zu tyrannisieren; freilich spielt dabei die Eigenart dieser letzteren eine erhebliche Rolle.

Bei anderen Kranken sehen wir an Stelle der krankhaften Selbstsucht vielmehr eine Neigung zu absichtlicher, geflissentlicher Hintansetzung der natürlichen selbstsüchtigen Regungen treten, allerdings mit dem stillen Anspruche auf besondere Anerkennung der weitgehendsten, ja geradezu törichtsten Aufopferung. Viele hysterische Kranke berauschen sich an dem Gedanken, alles für die Armen zu geben, in selbstgewählter Erniedrigung den Kranken und Elenden zu dienen. Sie möchten etwas Großes leisten, eine Tätigkeit haben, der Menschheit nützen. Freilich bleibt es in der Regel bei solchen großen Gedanken oder einigen unzweckmäßigen einleitenden Schritten. Öfters kann man sich auch davon überzeugen, daß die Kranken, die sich nach ihren Reden anscheinend für das Glück ihrer Kinder, für irgendeine Wohltätigkeitsaufgabe ganz aufopfern, gar keine wirkliche Arbeit dafür leisten, sondern es bei gewissen, in die Augen fallenden Äußerlichkeiten bewenden lassen. Dennoch unterliegt es keinem Zweifel, daß die schwärmerische Entsagung des Klosterlebens, der Beruf der Krankenpflege von jeher eine gorße Zahl hysterisch veranlagter Personen besonders angezogen haben.

Öfters zeigt sich bei den Kranken die Neigung, sich mit einer gewissen Liebe in ihre eigenen Zustände zu vertiefen, über sie nachzudenken, sich mit sich selbst zu beschäftigen. An diesem Punkte liegt die Wurzel der hier so häufigen hypochondrischen Beschwerden. Jedes Unbehagen wird von den überempfindlichen Kranken in vergrößertem Maßstabe wahrgenommen und erregt die peinlichsten Gefühle. Zudem haben unangenehme Gemütsbewegungen hier in noch erheblich höherem Grade, als schon bei Gesunden, die Möglichkeit, nach den verschiedensten Richtungen hin Störungen des körperlichen Wohlbefindens zu erzeugen. Vielfach sind es wirkliche, aber durch die lebendige Einbildungskraft der Kranken bis ins Ungeheuerliche vergrößerte Beschwerden, an die sich hypochondrische Vorstellungen anknüpfen. Das Gefühl einer allgemeinen Schwäche infolge von Blutarmut, Verdauungsbeschwerden, Kopfschmerzen verschiedener Art, unangenehme Empfindungen längs des Rückens, in den Beinen, im Unterleibe, am Herzen bieten der empfänglichen Selbstbetrachtung die Anhaltspunkte für den Aufbau eines äußerst merkwürdigen und quälenden Leidens, dessen Einzelheiten in feinster Ausmalung und wirkungsvollen Übertreibungen bei jeder Gelegenheit in den Vordergrund geschoben werden.

Auch psychische Leiden können den Stoff für die hypochondrische Verarbeitung abgeben. Entsetzliche Gedanken, Angstzustände, die Erinnerung an die unerhörten Schicksale ihres Lebens, an geschlechtliche Angriffe, furchtbare Seelenpein, Träume von grauenhafter Ausführlichkeit und Schrecklichkeit, schauerliche nächtliche Sinnestäuschungen pressen den Kranken Sturzbäche von Tränen aus den Augen und bringen sie an den Rand der Verzweiflung. Der nachfolgende Ausschnitt aus einem Briefe an den Arzt zeigt diese Eigentümlichkeiten deutlich:

„1. Ich kann es nicht begreifen, daß Sie gegen manche Kranke so ungehalten sein können wie z. B. gegen mich besonders. 2. Glauben Sie vielleicht es ist mir so einerlei — o weit entfernt davon. 3. Gedenken Sie nur, daß ich kenne es deutlich, daß mein armseliges Leben sehr abgekürzt worden ist . . . 4. Wer ist wol Schuld daran, als die verfluchte Menschheit. 5. Wo da der Grund begraben liegt, das weiß Gott im Himmel, dazu ist mein Verstand zu schwach. 6. Ich weiß das wol, daß ich schon öfters gesagt habe, ich nehme mir doch noch mein Leben, denn so darf und kann es doch nicht lange fort gehen. 8. Aber ich kann das nicht mit Gewißheit sagen, ob es dennoch noch

geschieht. 9. Lebensüberdrüssig bin ich doch so wie so; das vergeht jetzt nicht so schnell wie es gekommen ist. 9. Denn Tag und Nacht keine Ruhe haben, das ist wol unerhört, und ich habe nirgends keinen Trost zu finden; da gehört wol Kraft dazu. 10. Solche Ereignisse, das verbittert das Leben auf das allerhöchste, ist wol unerhört . . 14. Denn die unheimlichen Gedanken immer ertragen zu müssen, das ist entsetzlich. 15. Als wie z. B., wenn ich in der Frühe aufstehen sollte, so meine ich fast, ich kann kein Glied nicht rühren, so steif und kein Gefühl ist mehr in mir. 16. Ich kann es nicht mehr ertragen . . 18. Bedenken Sie einmal, daß ich mich schon so viel überwunden habe, und es hilft aber alles nichts. 19. Ich denke mir immer, für was plage ich mich noch herum auf dieser Teufelswelt; ich habe wol nichts verloren . . 22. Hätten mich meine Geschwister nur anders behandelt, so wäre es nicht so weit gekommen . . 24. an keinem natürlichem Tod sterbe ich so wie so nicht, das weiß ich im voraus . . 25. Es ist ganz gut, daß ich keinen freien Ausgang nicht habe, denn vor allem wäre das erste der Gottesacker. 26. Und was noch geschehen würde, das wüßte ich noch nicht. 27. Denn die Wasserflächen spiegeln mir immer vor Augen. 28. Aber nur dann würden mir solche Gedanken kommen, wenn ich allein wäre. 29. Aber eines hält mich immer noch zurück, und das sind meine Vorgesetzten, welche es so gut meinen mit mir, und das ist das beste, was ich noch habe. 30. Wo soll ich denn Kraft dazu hernehmen, wo ich schon seit 14 Tagen keine einzige Nacht, wo ich zwei Stunden schlafen kann. 31. Dann habe ich so auch auszustehen mit den entsetzlichen Gedanken und schauderhaften Erscheinungen. 32. Was ich mir mit dem Erbrechen viel ausstehen muß, und was kann ich dabei tun — nichts. 33. Ich weiß das schon, daß Sie schon so vieles angefangen haben. 34. Es wäre kein Wunder nicht, es würde Ihre Geduld erschöpft. 35. Aber es könnte noch weiter kommen, daß es mir so ergehen könnte als meiner seligen Mutter, die ist an dem nämlichen Leiden gestorben . . Ihre höchst gefährliche Patientin . ."

Eine erhebliche Rolle spielt bei der Entstehung hysterischer Störungen die große Beeinflußbarkeit der Kranken. Schon der Anblick von aufregenden Krankheitserscheinungen bei anderen kann bei ihnen ähnliche Zufälle auslösen, so wie etwa der Gesunde die Schmerzen beim Ausbrennen einer Wunde, bei einem Einschnitt oder bei einer Zahnoperation mitfühlt; nur hat beim Hysterischen die Umsetzung solcher Mitempfindungen in körperliche Störungen einen viel größeren Spielraum. Namentlich der Anblick epileptischer oder hysterischer Krämpfe, choreatischer Zuckungen pflegt die unbewußte Nachahmung Hysterischer sehr herauszufordern, aber auch andere Beeinflussungen können in dieser Richtung wirken. Eine meiner Kranken zeigte Harnverhaltung, als sie eine Mitkranke hatte katheterisieren sehen; andere bekommen Gehstörungen, wenn sie neben gelähmten Kranken liegen. Einzelne Kranke vermögen so-

gar dem Anreize nicht zu widerstehen, absichtlich Störungen bei sich selbst vorzutäuschen, die sie bei anderen gesehen haben, Blutbrechen, Hautgeschwüre, Gebärmutterblutungen.

Weiterhin aber kommt es hier und da zu einer Art Selbstnachahmung. Schmerzen und Unbehagen, die zunächst durch irgendein Leiden erzeugt wurden, verlieren sich nicht mit dem Schwinden der Ursache, sondern sie dauern fort und werden gewissermaßen festgehalten, können unter Umständen sogar noch größere Ausdehnung gewinnen. Störungen, die früher Begleiterscheinungen einer körperlichen Krankheit waren, tauchen nach längerer Frist selbständig wieder auf. Ein Kranker, der eine Sydenhamsche Chorea überstanden hatte, bot später wiederholt choreaähnliche Zuckungen im Anschlusse an Gemütsbewegungen dar; ein anderer, dessen Glieder einmal durch Gelenkrheumatismus längere Zeit unbeweglich geworden waren, zeigte nach Jahren aus psychischem Anlasse eine ganz ähnliche Starrheit einzelner Glieder. Eine Kranke, die wegen des allerdings unbegründeten Verdachtes einer tuberkulösen Spondylitis längere Zeit hindurch die Rückenlage einhalten mußte, verlor dadurch allmählich vollständig jede Bewegungsfähigkeit der Beine und Füße unter gleichzeitigem hochgradigstem Muskelschwund.

Endlich aber wirkt im Sinne einer Steigerung und Entwicklung von allen möglichen Krankheitserscheinungen vor allem auch die Ängstlichkeit und Besorgtheit der Umgebung ein. Die lebhaften Klagen und namentlich die auch oft sehr aufregenden Störungen wecken naturgemäß bei der laienhaften Umgebung und besonders bei überängstlichen Angehörigen die ernstesten Befürchtungen und eine zu jedem Opfer entschlossene Hilfsbereitschaft. Dadurch aber erhält bei den Kranken das Gefühl des außerordentlichen Leidens immer neue Nahrung. Zugleich wird die immer bedrohlichere Fortentwicklung des Krankheitsbildes zu einer Macht, die dem Kranken die unbedingte Herrschaft über seine Umgebung verschafft und die pünktliche Befriedigung jeder Laune erzwingt. So steigern sich die Krankheitszeichen und damit die Angst und Aufregung der Umgebung, und es entsteht eine Wechselwirkung, die zu der Züchtung ganz abenteuerlicher Krankheitsbilder führen kann. Entfernung aus diesen Einflüssen und nüchterne, sachliche Behandlung bringt sie dann gewöhnlich rasch zum Verschwinden.

Die hypochondrischen Beschwerden führen die hysterischen Kranken vielfach den Ärzten zu; öfters besteht ein ausgeprägtes Arztbedürfnis. Der Arzt soll sich ihnen besonders widmen, auf ihre Klagen und Wünsche ausführlich eingehen, jeden Augenblick zu ihrer Verfügung stehen. Sie lieben es daher, ihn auch in der Zwischenzeit immer über ihre Zustände zu unterrichten, ihn mit Briefen zu überschütten, seine Hilfe bei den geringfügigsten Anlässen tags oder nachts in Anspruch zu nehmen. Auf diese Weise kann sich eine geradezu hilflose Abhängigkeit von einem bestimmten Arzte herausbilden, ohne den die Kranken nicht leben zu können glauben. Meistens jedoch wechseln diese Beziehungen häufiger. Die anspruchsvollen Kranken fühlen sich nicht genügend berücksichtigt, in ihren hochgespannten Erwartungen getäuscht; überdies sehnen sie sich nach Veränderung. So kommt es, daß sie bisweilen von einem Arzte zum andern wandern, zahllose Berühmtheiten und Spezialisten um Rat fragen, aber nirgends aushalten, die eingeholten Ratschläge gar nicht oder nach Gutdünken befolgen. Man sieht solche Kranke, die alle nur erdenklichen Heilverfahren schon an sich erprobt haben und mit Begeisterung jedes neue Arzneimittel schlucken, freilich nur, um nach kurzer Zeit wieder zu dem allerneuesten überzugehen. „Sie kann in vielen Stücken ihr Arzt selbst sein", schrieb mir der Mann einer solchen Kranken. Schließlich fallen sie dann oft genug Kurpfuschern in die Hände, die ihren Neigungen entgegenkommen, ihren Drang nach wunderbaren Kuren befriedigen und dadurch bisweilen erstaunliche Erfolge erzielen. Auch die Wallfahrtsorte haben von ihnen reichlichen Zuspruch.

In einzelnen Fällen kann das allmählich immer reichhaltiger entwickelte Leiden zum Mittelpunkte der gesamten Interessen des Kranken werden. Es macht ihm Eindruck, gibt ihm eine Art Ausnahmestellung gegenüber allen anderen Menschen und wird schließlich gar mit einem gewissen heimlichen Stolze erduldet. Ja, es kann dahin kommen, daß die Krankheit trotz der mit ihr verbundenen Beschränkungen zu einer Quelle der Unterhaltung, zum eigentlichen Lebensberufe wird, dem die Kranken nur mit entschiedenem, wenn auch geheimem, nicht klar bewußtem Widerstreben entsagen würden. Die Störungen, die an sich weit geringfügiger sind, als die Kranken zugeben möchten, sind ein Teil ihrer Persönlichkeit geworden, dessen Schwinden eine Lücke und damit die Notwendigkeit

neuer Entschlüsse und Ziele, einer Neueinstellung auf das Leben bedingen würde. Die Krankheit mit der offenkundigen und immer wieder stark betonten Hilfsbedürftigkeit gewährt ihnen die Berechtigung, nicht nur ausschließlich sich selbst zu leben, sondern auch noch die Unterstützung der Umgebung in ausgiebigster Weise in Anspruch zu nehmen. Unter diesen Umständen erscheint das Kranksein leichter, als das Leben in Gesundheit mit seinen sofort sich meldenden Anforderungen an den durch Schonung lange verweichlichten und geschwächten Willen.

Wir machen daher die merkwürdige Beobachtung, daß die Kranken trotz ihrer beweglichen Klagen doch gänzlich unfähig erscheinen, ernsthaft und zielbewußt an ihrer Wiederherstellung zu arbeiten. Nicht selten streben sie die Verordnungen des Arztes, den sie selbst aufgesucht haben, auf alle Weise zu umgehen, tragen eine gewisse Genugtuung zur Schau, wenn ihnen das gelungen ist. Sobald von ihrer Ausdauer und Beharrlichkeit die gewissenhafte Durchführung eines langwierigen Kurplans gefordert wird, pflegen sie ungemein rasch zu versagen. Ihnen fehlt mehr oder weniger vollständig das Gefühl der eigenen Verantwortlichkeit für ihre Gesundheit, die natürliche, brennende Sehnsucht nach Genesung, namentlich aber die Kraft, sich auf dornigem Wege zu ihr durchzukämpfen. Der Arzt hat dafür zu sorgen, daß sie sich wohl fühlen; ihn klagen sie an bei jeder Störung, um sich zu entlasten. Nicht für sich, sondern ihm zu Gefallen unterziehen sie sich der Behandlung, die ihnen daher keine Unbequemlichkeiten zumuten darf. Nur wo es ganz absonderliche, neu erfundene Methoden oder große Operationen gilt, sind sie gern bereit, erstaunliche Dinge zu ertragen.

Unter Umständen stemmen sich die Kranken jedem Schritte zur Genesung mit größtem Nachdrucke entgegen. Sie sind entrüstet, wenn der Arzt in irgendeinem Punkte eine Besserung findet, erklären ihn für einen Dummkopf, wenden sich sofort an eine andere Autorität und verdoppeln ihre Klagen oder fördern ganz neue Krankheitserscheinungen zutage. Die ziemlich verbreitete Neigung der Kranken zu Übertreibungen und selbst zur Vortäuschung von Störungen hat ihre Wurzel zum Teil gewiß in der Befürchtung, daß man die Schwere ihres Leidens unterschätzen und sie für gesund erklären könne. Bei manchen Kranken entwickelt sich ein solcher Abscheu vor den Anforderungen des gesunden Lebens und eine so

tiefe Überzeugung von ihrem Anrecht auf fremde Hilfe, daß sie dauernd und endgültig auf jeden Versuch der Wiederherstellung verzichten und ihr Leben durch Herumwandern aus einem Krankenhause oder Sanatorium in das andere ausfüllen.

Die eigentümliche Stellung, welche die hier geschilderten Kranken gegenüber ihrem Leiden einnehmen, ist der Grund, warum sie trotz ihrer beweglichen, nie ermüdenden Klagen doch offenbar verhältnismäßig wenig gequält erscheinen. Da sie von dem Gefühle durchdrungen sind, daß die gegebene Sachlage sich wahrscheinlich nicht wesentlich ändern wird, und daß auch eine Genesung ihre Schattenseiten haben würde, finden sie sich mit ihrer Krankheit gewissermaßen ab, richten sich dauernd auf sie ein. Sie sind jedoch dabei in der Regel gar nicht geneigt, auf den Lebensgenuß zu verzichten, so sehr ihnen auch ihr Leiden den Geschmack daran verbittern sollte. Sie knüpfen überall ausgedehnte Beziehungen an, empfangen zahlreiche Besuche, schreiben Briefe nach allen Richtungen, müssen überall dabei sein. Man ist erstaunt, die Kranken, die sich vor kurzem noch fast am Rande des Grabes fühlten und ihre übermenschlichen Schmerzen mit heldenhafter Ergebung zur Schau trugen, anstrengende Vergnügungen von Anfang bis zu Ende mitmachen zu sehen, vielleicht allerdings, um dann sofort wieder gänzlich zusammenzubrechen. Es kommt vor, daß die gelähmten Kranken sich nicht davon abhalten lassen, weite Reisen zu machen, Gesellschaften zu geben, Museen zu besuchen. Ich selbst sah eine deutsche Dame mit gelähmten Beinen, von zwei Männern getragen, oben auf der Akropolis. Das vermag nur die Hysterie zu leisten.

Im Handeln und Benehmen der Hysterischen pflegt sich vor allem ihre gesteigerte gemütliche Erregbarkeit zu zeigen. Es gibt zwar eine große Zahl von Kranken, die für gewöhnlich keine auffallenderen Züge darbieten und ruhige, fleißige, bescheidene, verständige Arbeiter sind. In der Regel jedoch kommt in ihrer Lebensführung und ihrem Verhalten zur Umgebung die Unausgeglichenheit ihres Gemütslebens und die unvermittelte Heftigkeit ihrer Gefühlsregungen zum Ausdruck. Zunächst zeigen sich deren Wirkungen in dem Schwanken ihres Wollens zwischen Bestimmbarkeit und Eigensinn. Auf der einen Seite sind die Kranken allen möglichen Einwirkungen zugänglich, rasch begeistert, ebenso rasch aber auch wieder abgelenkt. Ihr Verhalten wie ihre Beschwerden können durch die

verschiedenartigsten, gelegentlich unsinnigsten Maßregeln in entscheidender Weise beeinflußt werden. So wenig sie vielfach Vernunftgründen und Überlegungen zugänglich sind, so leicht sind sie unter Umständen bereit, sich einem ihnen entgegentretenden festen Willen rückhaltlos zu fügen und sich nach Belieben leiten zu lassen. Auch das Beispiel hat für ihr Handeln eine sehr große Bedeutung.

Nur in scheinbarem Widerspruche zu ihrer Bestimmbarkeit steht die häufig sehr stark hervortretende launenhafte Eigenwilligkeit. Wenn sie sich etwas „in den Kopf gesetzt" haben, so kann es außerordentlich schwer werden, ihren Widerstand zu überwinden; sie sind dann widerspenstig, hartnäckig, zähe und unlenksam. Man sieht solche Kranke bisweilen ohne erkennbaren Beweggrund sich lange Zeit hindurch den peinlichsten Selbstquälereien unterziehen, sich heimlich verletzen, die Nahrung verweigern, auf das Sprechen verzichten, sinnlos brüllen. Mehrfach sind mir junge Mädchen vorgekommen, die mit unglaublich geringen Nahrungsmengen Jahr und Tag an der Grenze des Verhungerns geblieben und zum Skelett abgemagert waren, während der Versuch ergab, daß sie körperlich nicht im geringsten am ausreichenden Essen behindert waren. In Wirklichkeit wird dieses widerspruchsvolle Verhalten durch die Unfähigkeit bedingt, aus dem einmal eingefahrenen Geleise aus eigener Kraft wieder in die natürlichen Bahnen zu gelangen. In den erwähnten Fällen genügte ein Machtspruch, um die eingewurzelte Gewohnheit sofort zu beseitigen.

Nicht zu verkennen ist es, daß bei Hysterischen vielfach die zwingende Gewalt der natürlichen Triebe abgeschwächt erscheint. Man kann daran denken, daß durch die lebhaften und auch die körperlichen Gebiete stark in Mitleidenschaft ziehenden Gemütsbewegungen das selbstverständliche und zuverlässige Wirken der natürlichen Triebe in ähnlicher Weise gestört wird, wie etwa der Ablauf unwillkürlicher Bewegungen durch die Einmischung von Überlegungen, Ängstlichkeit, willkürlichen Bemühungen. So hat die Nahrungsaufnahme unter dem launenhaften Einflusse aller möglichen Neigungen, Abneigungen und Vorurteilen zu leiden. Die Kranken vertragen bald diese, bald jene Speisen nicht, erbrechen bei den geringfügigsten Anlässen, bisweilen nach jeder Mahlzeit, oder sie schränken ihren Speisezettel auf ganz wenige Gerichte ein, die dann jahrelang genossen werden, um unvermittelt wieder

durch andere ersetzt zu werden. Einer meiner Kranken konnte lange Zeit hindurch nur Beefsteak essen; ein Knabe nährte sich ausschließlich von Kakao. Auch das natürliche Eintreten des Ruhe- und Schlafbedürfnisses ist vielfach gestört. Die Kranken sind zeitweise bis zur äußersten Erschöpfung rastlos tätig, um sich dann wieder wochen- und monatelang zu jeder Anstrengung unfähig zu fühlen; sie finden abends durchaus keinen Schlaf, verscheuchen ihn auch wohl durch eine unzweckmäßige Lebensführung, werden aber vielleicht mitten am Tage plötzlich von unüberwindlichem Schlafbedürfnisse bewältigt. Die gleiche Unordnung zeigt öfters auch ihr Geschlechtsleben, sprunghaften Wechsel von Kälte und Begehrlichkeit, Zugänglichkeit für alle möglichen Verirrungen.

Eine weitere Folge der Abhängigkeit des Handelns von lebhaften und schwankenden Gefühlen ist seine Triebhaftigkeit und Unüberlegtheit. Plötzliche Aufwallungen werden sofort in mitunter sehr folgenschwere Taten umgesetzt; Entschlüsse tauchen auf und werden wieder verdrängt; es kommt zu raschen Anläufen und unvermitteltem Versagen. Besonders verhängnisvoll werden natürlich für das Handeln die leicht sich einstellenden Erregungszustände. Die Kranken „machen Krach", verlieren dabei sofort ihre Selbstbeherrschung, schimpfen und schreien maßlos, zerstören, was ihnen in die Hand fällt, zerschlagen die Fenster, gehen auf ihre Umgebung los, bedrohen sie, werden gewalttätig, kratzen und beißen. Namentlich aber schreiten sie ungemein häufig zum Selbstmordversuche. Nicht weniger als ein Viertel meiner Kranken hatten sich mit dem Gedanken getragen, das Leben fortzuwerfen, oder waren sogar zur Ausführung ihres Vorhabens geschritten, meist aus ganz nichtigen Gründen, in augenblicklicher Erregung. Eine Kranke sprang aus Ärger über eine Mitkranke vom Balkon herunter; andere gehen ins Wasser, weil ihnen gekündigt wurde, weil die Hausfrau sie schalt, nach einem Zank mit dem Schatz. Einzelne Kranke machten eine ganze Reihe von Selbstmordversuchen; so verschluckte eine Kranke zu verschiedenen Zeiten ihren Fingerhut, suchte sich die Pulsadern aufzubeißen, sprang in die Isar und aus dem Fenster.

Allerdings pflegen die Selbstmordversuche Hysterischer verhältnismäßig selten zum Ziele zu führen, da sie oft mit untauglichen Mitteln und ohne Tatkraft angestellt werden, sei es, daß die treibende Gemütsbewegung trotz der Heftigkeit ihrer Äußerungen doch nur

oberflächlich ist, sei es, daß die Kranken überhaupt nicht die ernste Absicht haben, sich etwas anzutun, sondern nur eine gewisse äußerliche Wirkung erzielen wollen. Sie ritzen sich ein wenig am Arm, machen Anstalten, sich auf einer Brücke zu entkleiden, über die Brüstung zu springen, schlingen ein Taschentuch, einen Bindfaden, das Strumpfband um den Hals, stoßen mit dem Kopfe gegen die Wand, legen ein Messer unter das Kopfkissen, kaufen sich einen Revolver. Ein Kranker strich sich Bleiweiß auf die Zunge; ein anderer hängte sich in einer belebten Straße an einen Laternenpfahl. Eine Kranke verschluckte den Knopf einer elektrischen Klingel; eine andere trank ein Glas mit grüner Tinte aus; eine dritte aß bittere Mandeln, um sich zu vergiften. Vielfach kündigen die Kranken ihre selbstmörderischen Absichten vorher an, schreiben rührende Abschiedsbriefe. Ein Beispiel dafür gibt folgendes, von einem Dienstmädchen verfaßtes, „an Eltern, Verwandte und Bekannte" gerichtetes Bruchstück:

„Im 17. Lebensjahre im schönsten Jahre der Blüten sind meine wenigen Stunden schon abgezählt. Ihr werdet es mir nicht in übel haben, daß ich etwas getan habe, denn mich kann ja niemand mehr leiden. Von allen Seiten bin ich verstoßen und verachtet. In diesem Falle habe ich auf der Welt nichts mehr zu suchen; denn ich irre umher wie ein verlorenes Schaf, das seine Herde nicht mehr findet. Ein jedes hat mir die gemeinsten Schimpfnamen gegeben, z. B. ich wäre ein Mensch, eine Hure; mehr hättet Ihr Euch nicht ausdrücken können und nur dies hat mich gebracht in die größte Verzweiflung . . Einen Fehler macht ein jedes und es wird ihm verziehen; bei mir sagte aber ein jedes, man kann mir das niemals mehr verzeihen. Wenn man mir nicht mehr verzeihen kann, so bin ich lieber tot wie lebendig . . Eine innere Stimme sagt mir, daß meine Stunde abgelaufen ist. Ich werde ein Opfer eines himmelblauen Sees; ich stürze mich hinab in die Wellen der Ostsee. Es ist der schönste und leichteste Tod für mich wo ich mir denken kann, denn da weiß ich gewiß, daß mich niemand mehr retten kann, sondern nur mehr als eine verstümmelte Leiche ans Land geschwemmt werde. Aber nicht daß Ihr denkt, ich habe es getan in einem Anfall von momentaner Geistesstörung; Nein! Ich hab es bei vollem Bewußtsein gemacht, und zwar mein Vorsatz dauerte schon Monate lang . . Wer über mich nach meinem Tode schimpft oder mir sonst etwas schlechtes nachredet, denjenigen wird mein Geist Tag und Nacht verfolgen und er wird nirgends Ruhe und Rast finden, denn sein Gewissen peinigt ihn, wie wenn er ein schweres Verbrechen begangen hätte . . Es ist freilich nicht recht, daß ich so etwas mache, aber mein Karakter läßt es nicht zu, denn mein Geist ist stärker, als ich selbst bin und ich kann ihn nicht mehr überwinden . . Als ich noch ein unschuldiges Kind war und das erste Mal die Augen aufschlug, hat mich mein Vater nicht

angeschaut, das ist mir Beweis genug, daß ich nur zum Unglück geboren bin. Das Schicksal hat über mich schon das Loos geworfen . . Ihr könnt Euch denken, daß ich schon so manche Träne vergossen habe, weil ich mein junges, zartes Leben so dahingeben muß. Man weiß nicht, für was es besser ist; Ihr werdet gewiß alle recht froh sein, denn da braucht Ihr für mich zur Beerdigung und sonst weiter kein Geld mehr auszugeben. Ich habe auch diesen Wahn in mir, eine Sängerin zu werden, und wenn ich davon einmal etwas gesagt habe, dann war der Teufel los. Daß ich dieses Talent habe, dafür kann ich nicht . . Ihr braucht Euch nicht zu kümmern und zu sorgen, was aus mir noch werden kann; jetzt brauche ich auch keinen Mann mehr. Es ist Zeit, daß ich mein Schreiben schließe; da will ich noch mein letztes Lieblingslied aufschreiben: Das ist im Leben häßlich (u. s. w.) . . Auch meine Herrschaft hat viel mit beigetragen und zwar nur mit ihrem Schimpfen. Viele Grüße noch an meinen Herrmann."

Die eigentümliche Mischung von kindlicher Romantik und Weltschmerz, das heldenhafte Selbstgefühl und das Haschen nach Mitleid sind überaus kennzeichnend für die Hysterie der jungen Mädchen; dazwischen hinein klingt leise die Liebessehnsucht.

Es muß jedoch ausdrücklich betont werden, daß die Selbstmordversuche Hysterischer durchaus nicht immer so harmlos sind. In der Erregung gehen die Kranken bisweilen auch ganz rücksichtslos zu Werke, nehmen irgendein Gift, das gerade zur Hand ist, Sublimat, Phosphor, Morphium, Chloralhydrat, Lysol, öffnen den Gashahn, springen aus dem Fenster, schießen sich in die Brust. Öfters wählen sie dabei Aufsehen erregende, besonders wirkungsvolle Todesarten, Herabstürzen von hohen Türmen oder Brücken, Selbstverbrennung mit Petroleum, Erschießen in der Wohnung oder vor dem Hause des Geliebten; auch hier bleibt es freilich oft bei den vorbereitenden Schritten.

Aus der beherrschenden Bedeutung, die für das Leben mancher Hysterischen ihre Krankheitszustände gewinnen, aus der Furcht, die bevorzugte Stellung als bemitleidete und verhätschelte Kranke einzubüßen, sowie aus der Freude an aufregenden Erlebnissen erklärt sich die merkwürdige Tatsache, daß von ihnen nicht ganz selten die schlauesten und hartnäckigsten Versuche gemacht werden, ernste Krankheitserscheinungen vorzutäuschen, ja, daß unter Umständen sogar quälende und gefährliche Selbstverletzungen zu diesem Zwecke vorgenommen werden. Durch vorheriges Erwärmen oder Reiben bei der Messung wird das Thermometer in die Höhe getrieben; aus Verletzungen des Zahnfleisches oder der Nasenmuscheln wird Blut

in das Erbrochene oder den Auswurf gebracht; auch das Menstrualblut kann dazu verwendet werden. Manche Kranke geben vor, monatelang nichts zu essen, verschaffen sich aber die Nahrung heimlich in der Nacht mit Hilfe anderer, vielleicht ganz blödsinniger Kranker; sie beseitigen unbemerkt Stuhl und Harn, trinken sogar letzteren, um ihn wieder zu erbrechen, bringen auch Kot in das Erbrochene. Rothmann und Nathanson beschreiben eine Kranke, die monatelang, anscheinend durch Einspritzen von Milch in die Blase, Chylurie vortäuschte. Eine Kranke von Speleers weinte mit Kupfersulfat grünblau gefärbte Tränen; Göbel stellte fest, daß Ödem durch Umschnüren der Glieder erzeugt wurde; bei einer Kranken Siemerlings fand sich Kot in der Scheide.

Andere Kranke bringen sich Hautverbrennungen mit Salzsäure, Lysol, ungelöschtem Kalk bei, selbst unter Verbänden. In Fig. 270 gebe ich das Bild einer 21jährigen, schwer hysterischen Kranken, die nach wiederholten Laparotomien wegen „Appendicitis" mit immer neu auftretenden, auf Verwachsungen zurückgeführten Beschwerden im Leibe sich schließlich heimlich ausgedehnte Hautverätzungen durch Lysol (?) erzeugte, um sich dadurch das Mitleid der Ärzte weiter zu erhalten. Einer meiner Kranken, der ziemlich schwachsinnig war, wußte sich in eine Bruchschnittwunde immer von neuem abgebrochene Streichhölzer und Drahtstückchen hineinzubringen; er litt jahrelang an Abszessen, aus denen sich derartige Fremdkörper entwickelten. Eine Kranke brachte sich Staub und Splitter ins Auge, rieb sich wund; eine andere verletzte sich wiederholt heimlich schwer mit einer Schere in der Vagina, um Blutungen zu erzeugen. Sgalitzer berichtet über ein hysterisches Mädchen, das sich zunächst ein Stück Staniol, dann 8 lange, mit Widerhaken versehene Eisennägel in die Weichteile des Handgelenks einbohrte, während Mc Arthur eine Kranke beobachtete, die es nach operativer Entfernung der inneren Geschlechtsteile durch fortgesetzte Selbstmißhandlung erreichte, daß ihr nacheinander zunächst die Finger, dann der linke Unterarm und schließlich auch der Oberarm bis zur Schulter abgenommen werden mußte.

Aus solchen und ähnlichen Beobachtungen hat man nicht selten den in der Tat verführerischen Schluß gezogen, daß es sich bei Hysterischen überhaupt nicht um Krankheit, sondern um ganz gewöhnliche Verstellung handele. Ohne Zweifel werden einzelne

Krankheitszeichen von Hysterischen willkürlich und zweckbewußt vorgetäuscht. Man darf indessen nicht außer acht lassen, daß uns die Neigung zu einer Art Vortäuschung einzelner Störungen auch bei einer Reihe von anderen psychischen Erkrankungen gelegentlich begegnet. Es wäre jedenfalls durchaus verkehrt, aus dem Nachweise einer absichtlichen Täuschung auf den Mangel einer psychischen Erkrankung überhaupt schließen zu wollen. Wenn auch diese oder jene von dem Kranken behauptete Störung in Wirklichkeit nicht vorhanden ist, so fällt doch eben die eigentümliche Neigung zur Täuschung des Arztes und der dem gesunden Menschen ganz unverständliche Beweggrund selber ohne Zweifel in das Gebiet des Krankhaften hinein. Noch einleuchtender ist das für die sinnlosen Selbstquälereien.

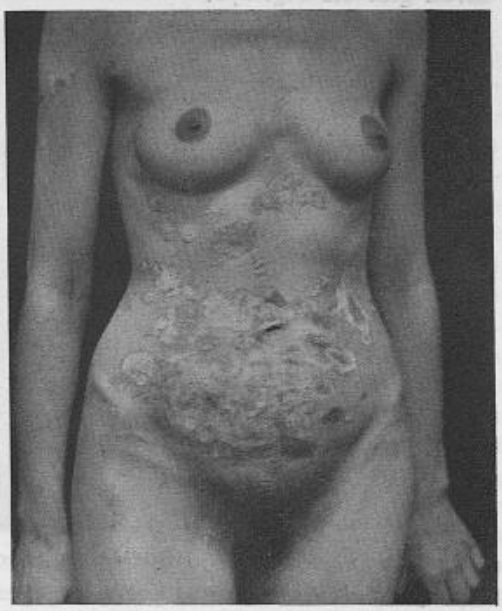


Fig. 270. Hautverätzungen bei Hysterie.

Die Lebensführung der Kranken wird durch die Triebartigkeit ihres Handelns vielfach eine unstete und unberechenbare. Ihr Hang zum Abenteuerlichen veranlaßt sie, das Ungewöhnliche aufzusuchen, ins Ausland zu gehen, Verlockungen zu folgen, herumzureisen, immer wieder etwas neues zu unternehmen. Sie halten nirgends lange aus, wechseln häufig die Stellen, lassen sich treiben, geraten in die merkwürdigsten Lebenslagen. Ihr Benehmen schwankt dabei unvermittelt zwischen herausfordernder Ungebundenheit, sprudelnder Lebhaftigkeit, gesuchter Derbheit einerseits, gezierter Unnahbarkeit, Verschämtheit, gereizter Ablehnung oder leidseliger Empfindsamkeit andererseits. Ihr ganzes Verhalten gewinnt durch

diese Unausgeglichenheit öfters den Anstrich des Läppischen, Albernen, Kindischen. Auf ihr Äußeres pflegen die Kranken in der Regel etwas zu halten. Sie sind gefallsüchtig, eitel, putzen sich möglichst vorteilhaft heraus, bald glänzend, auffallend, mit kühnen Frisuren, bald mit berechneter Einfachheit. Daneben haben sie oft Sinn für Zierlichkeit und Behaglichkeit, sammeln allerlei niedliche Sachen um sich, die sie malerisch aufzubauen lieben. Ein Bild davon gibt die Fig. 271.



Fig. 271. Hysterische Kranke im Bett.

Die Arbeitsfähigkeit der Hysterischen wird natürlich durch die Schwankungen ihres gemütlichen Gleichgewichtes stark beeinträchtigt. Sie gehen zwar an eine neue Aufgabe mit Eifer heran, erlahmen aber nach kurzer Zeit, springen ab, haben keine Neigung, sich zu vertiefen, betreiben die Dinge spielerisch, ohne Ernst und Ausdauer. Zudem sind sie vielfachen Launen und Stimmungen unterworfen, fühlen sich plötzlich angegriffen, bekommen unüberwindliche Abneigungen, werden durch die Arbeit nervös. Gleichwohl entwickeln manche Hysterische in der Verfolgung ihrer Ziele eine große Hartnäckigkeit, lassen sich durch keine Schwierigkeiten abschrecken, opfern für irgendeine leidenschaftlich erfaßte Aufgabe

Bequemlichkeit, Schlaf und Gesundheit. Nicht selten zeigen die Kranken künstlerischen Geschmack und Geschick, vertun aber doch meist ihre Zeit mit allerlei Nichtigkeiten und Tändeleien, zierlichen Handarbeiten, dilettantischer Kunstbetätigung.

Eine gewisse Zahl von Hysterischen zeigt einen mehr oder weniger hohen Grad von sittlicher Minderwertigkeit. Sie sind arbeitsscheu, leichtsinnig, genußsüchtig, naschhaft, lügenhaft, laufen aus Schule und Lehre, streunen herum und setzen den erzieherischen Einwirkungen störrischen Eigensinn oder höhnische Ablehnung entgegen. Häufig führen sie allerlei unsinnige oder schlechte Streiche aus, zerstören heimlich Gegenstände, zerschneiden Kleider, begehen Diebstähle, Unterschlagungen, Schwindeleien, machen Schulden; eine Kranke suchte mit Hilfe einer Bahnsteigkarte nach Paris zu reisen. Einzelne Hysterische vollführen Brandstiftungen, so eine meiner Kranken, weil sie gescholten worden war, eine andere, weil sie wünschte, das Landhaus möchte abbrennen, damit ihre Herrschaft wieder mit ihr in die Stadt zurückkehren müsse. Diese letztere schrieb in der Untersuchungshaft mit Blut aus ihrer Nase an die Wand: „Das Kind, was da gefangen genommen ist, die ist es nicht. Geschriebene Worte von Gott dem Vater. Gedenket des armen Kindes." Eine andere Kranke beschuldigte ihre Dienstherrin, sie mit Salzsäure vergiftet zu haben, und täuschte jahrelang ein schweres Magenleiden vor, so daß jene zu 5 Jahren Zuchthaus verurteilt wurde. Erst als sie späterhin eine angebliche Leuchtgasvergiftung ins Werk zu setzen suchte, wurde der hysterische Ursprung ihrer Beschuldigung erkannt. Derartige minderwertige Kranke pflegen sehr rasch auf eine abschüssige Bahn zu gelangen. Sie sind in hohem Grade der Gefahr des Alkoholismus ausgesetzt, werden auch leicht zu Landstreichern und Krankenhausbummlern; weibliche Kranke verfallen der Prostitution.

Das hier in großen Zügen gezeichnete Bild der hysterischen Persönlichkeit ist natürlich nur die Zusammenfassung einer Reihe von ganz bestimmten Erfahrungen. Jeder einzelne Fall kann wieder seine Besonderheiten und wird vor allem eine gradweise sehr verschiedene Ausbildung der aufgezählten Eigentümlichkeiten darbieten. Von angesehenen Forschern, namentlich von Löwenfeld, ist die Ansicht vertreten worden, daß die hier geschilderte psychische Veränderung an sich gar nichts mit der Hysterie zu tun habe, son-

dern dem Bilde des Entartungsirreseins angehöre, das sich mit der Hysterie verbinden könne, aber nicht verbinden müsse. Dazu ist zu bemerken, daß ohne Zweifel zahlreiche Hysterische für gewöhnlich keine auffallenderen Abweichungen in ihrem Gesamtverhalten erkennen lassen, namentlich diejenigen, bei denen, wie wir sehen werden, die hysterischen Störungen nur gewisse Lebensabschnitte begleiten. Insbesondere ist es gänzlich verfehlt, etwa die in einzelnen, besonders hervorstechenden Fällen beobachteten sittlichen Mängel, die Neigung zum Lügen, Schwindeln, Verleumden, als eine allgemeine oder auch nur weit verbreitete Eigenschaft der Hysterischen anzusehen. Sobald man eine größere Zahl von Krankheitsfällen ins Auge faßt, wird es in der Tat klar, daß die genannten Züge auf einer Verbindung hysterischer Störungen mit anderen Formen des Entartungsirreseins beruhen. So haben wir ja früher schon gesehen, daß auch im Verlaufe des manisch-depressiven Irreseins nicht selten hysterische Krankheitszeichen zur Entwicklung gelangen.

Auf der anderen Seite darf indessen wohl daran festgehalten werden, daß gewisse seelische Eigenschaften doch in näherer Beziehung zum Krankheitsbilde der Hysterie stehen, vor allem die übermäßige Ausgiebigkeit der Gemütsbewegungen mit ihren oben geschilderten Einwirkungen auf das Denken und Handeln. Diese Eigenschaften sind tatsächlich bei der überwältigenden Mehrzahl der Kranken mit hysterischen Krankheitserscheinungen leicht aufzufinden.

Allerdings muß zugegeben werden, daß große Lebhaftigkeit der gemütlichen Regungen an sich noch kein Kennzeichen der Hysterie ist, sondern sich auch bei anderen, nicht hysterischen Formen des Entartungsirreseins findet. Hinzukommen muß noch die weit ausstrahlende Beeinflussung der verschiedensten körperlichen und seelischen Vorgänge. Es ist jedoch klar, daß für das Zustandekommen dieser Wirkungen die leichte Beweglichkeit des Gemütslebens die wichtigste Vorbedingung bildet. Denken könnte man sich freilich, daß unter Umständen auch schwächere Gemütsbewegungen gerade eine besondere Neigung besitzen, Fernwirkungen zu entfalten, und es soll nicht bestritten werden, daß dieser Fall gelegentlich vorkommt; einzelne Kranke mit hysterischen Erscheinungen werden wirklich als ruhig und unauffällig geschildert. In der Regel aber wird das Auftreten der hysterischen Fernwirkungen durch besondere Lebhaftigkeit der gemütlichen Schwankungen zum

mindesten sehr begünstigt werden. Gerade ihre Häufigkeit in den Anfällen des manisch-depressiven Irreseins scheint mir für diese Auffassung zu sprechen. Auch sonst sehen wir nicht selten bei leicht erregbaren Psychopathen hier und da einmal ein hysterisches Krankheitszeichen auftauchen, obgleich wir nach ihrem sonstigen Verhalten noch nicht berechtigt wären, von einer wirklichen Hysterie zu sprechen.

Nach der hier vertretenen Anschauung wäre also für das Krankheitsbild der Hysterie die ausstrahlende Wirkung der Gemütsbewegungen nach den verschiedensten Richtungen hin wesentlich. Außer der bisher besprochenen Beeinflussung der geistigen Persönlichkeit beobachten wir auf dieser Grundlage auch eine ganze Reihe von körperlichen Krankheitserscheinungen, teils vorübergehender, teils länger dauernder Art. Namentlich die letzteren pflegt man als „Stigmata" zu bezeichnen, weil ihr Nachweis das Bestehen einer hysterischen Veränderung aufzudecken vermag. Zunächst wären die Störungen der Sinneswahrnehmungen zu erwähnen. Auf dem Gebiete des Hautsinnes findet sich am häufigsten Herabsetzung oder völlige Aufhebung der Empfindlichkeit, eine Tatsache, die in der Geschichte der Hexenprozesse eine traurige Berühmtheit erlangt hat, da man in diesen Anästhesien und Analgesien die Spuren von Berührungen des Teufels (stigmata diaboli) erblickte. Meist betreffen sie in mehr oder weniger strenger Abgrenzung eine Körperhälfte; seltener werden enger umschriebene oder fleckweise ausgebreitete, noch seltener ganz allgemeine Empfindungsstörungen beobachtet. Halbseitige Anästhesie und Hypästhesie fand Briquet in nicht ganz 39%, Pitres in 45%, Richter in 40,8%, v. Voß in 22% der Fälle; sie ist links wesentlich häufiger, als rechts. Fleckweise Herabsetzung der Hautempfindlichkeit soll nach Briquet in nahezu 60%, nach Pitres in 25%, nach Richter in 33,8% der Fälle vorkommen; v. Voß sah sie nur in 3,3%. Dagegen konnte Briquet allgemeine Anästhesie nur in 1% der Beobachtungen feststellen, einen Satz, den Binswanger für noch zu hoch gegriffen hält; Richter gibt dafür 8,4%, v. Voß fast 10% an.

Wichtig ist es, daß die Empfindungsstörungen nicht dem Verlaufe bestimmter Nerven folgen, sondern die größten Unregelmäßigkeiten zeigen. Öfters scheinen sie nach Janets Ausdruck durch die Anschauungen einer populären Psychologie beeinflußt zu sein, indem sie sich in manschettenförmiger, binden-, platten- oder strumpf-

artiger Umgrenzung auf einen von der Sprache als Einheit aufgefaßten Körperteil, Knie, Schulter, Hand, Unterschenkel, Bauch, Brust erstrecken. Einige Beispiele geben die Fig. 272a—d. Auf der

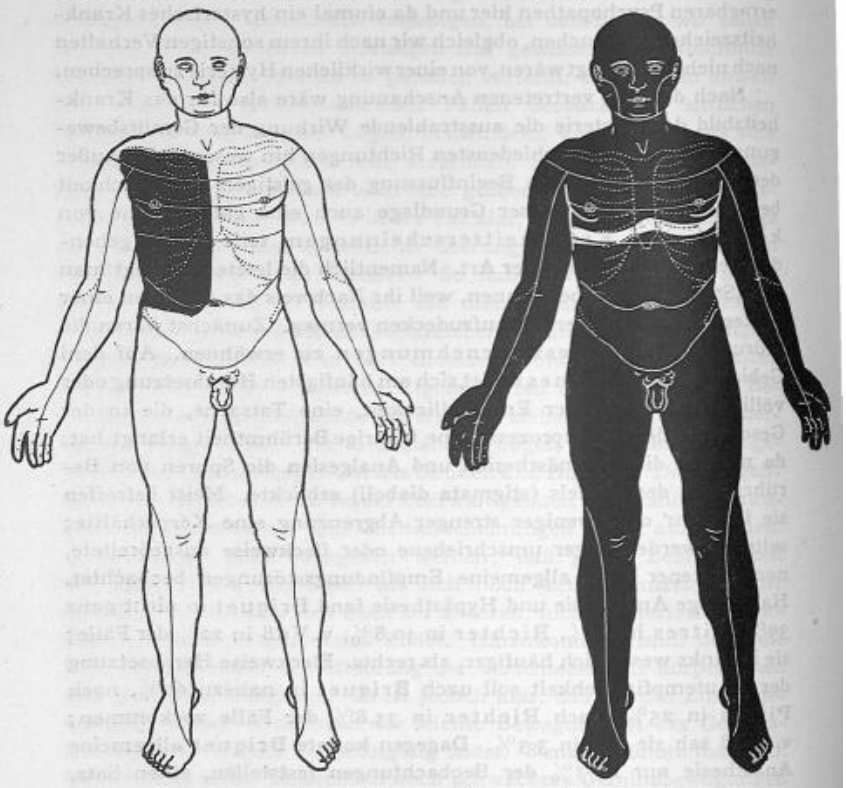
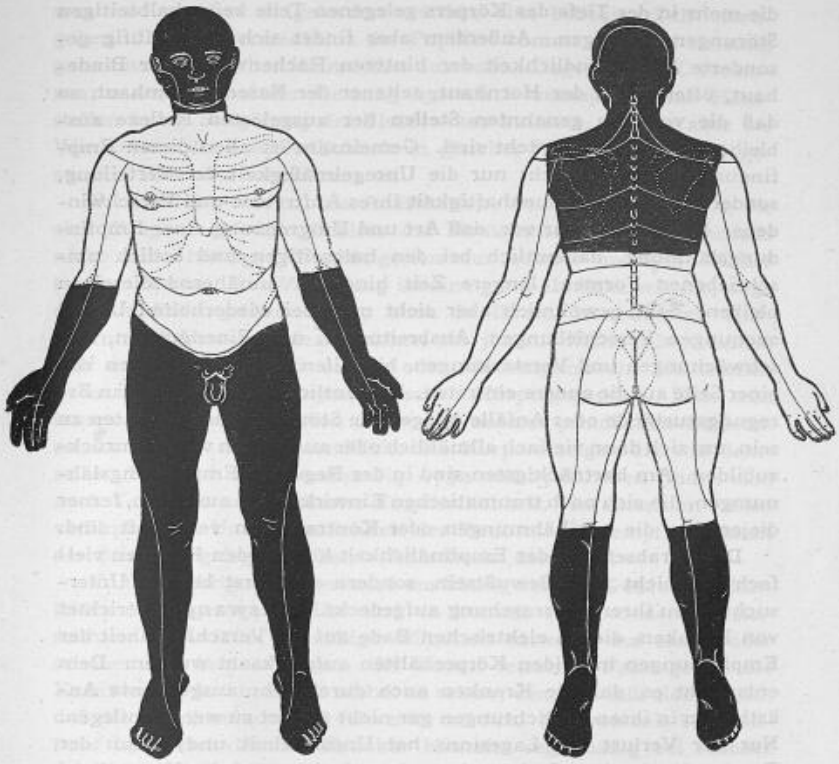


Fig. 272a u. d. Verschiedenartige Ausbreitung der Hautunempfindlichkeit bei Hysterischen.

ersten sehen wir die Unempfindlichkeit sich nur auf die rechte Brust- und Oberbauchseite ausdehnen, während sie beim folgenden Falle (Fig. 272b und c) den ganzen Kopf, den oberen Teil des Rückens, die Vorderfläche der Unterarme und Oberschenkel sowie die Unterschenkel und Füße betrifft. Im dritten Falle bestand eine

vollkommene Unempfindlichkeit der ganzen Haut mit Ausnahme eines Gürtels unterhalb der Brustwarzen.

Die einzelnen Formen des Hautsinnes können gleichzeitig oder



b. Unempfindliche Hautstellen. c.

Fig. 272 b u. c. Verschiedenartige Ausbreitung der Hautunempfindlichkeit bei Hysterischen.

gesondert betroffen sein; sehr gewöhnlich ist namentlich die Aufhebung oder Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit, oft auch des Temperatursinnes, bei Erhaltung der Berührungsempfindlichkeit. Auch die sogenannte tiefe Empfindlichkeit, diejenige der Muskeln, Sehnen und Gelenke, sowie der damit zusammenhängende Lagesinn

wird bisweilen in Mitleidenschaft gezogen; das Ermüdungsgefühl kann in den betroffenen Gliedern fehlen. Die Schleimhäute selbst verhalten sich meist wie die benachbarte Oberhaut, doch scheinen die mehr in der Tiefe des Körpers gelegenen Teile keine halbseitigen Störungen zu zeigen. Außerdem aber findet sich sehr häufig gesonderte Unempfindlichkeit der hinteren Rachenwand, der Bindehaut, öfters auch der Hornhaut, seltener der Nasenschleimhaut, so daß die von den genannten Stellen her ausgelösten Reflexe ausbleiben oder abgeschwächt sind. Gemeinsam ist allen diesen Empfindungsstörungen nicht nur die Unregelmäßigkeit der Verteilung, sondern auch die Launenhaftigkeit ihres Auftretens und Verschwindens. Es kommt zwar vor, daß Art und Umgrenzung einer Empfindungslähmung, namentlich bei den halbseitigen und örtlich umschriebenen Formen, längere Zeit hindurch annähernd dieselben bleiben. Sehr gewöhnlich aber sieht man bei wiederholten Untersuchungen Verschiebungen, Ausbreitungen und Einengungen, Abschwächungen und Verstärkungen, bisweilen auch Umspringen von einer Seite auf die andere eintreten. Namentlich im Anschlusse an Erregungszustände oder Anfälle pflegen die Störungen am stärksten zu sein, um sich dann vielfach allmählich oder auch rasch wieder zurückzubilden. Am hartnäckigsten sind in der Regel die Empfindungslähmungen, die sich nach traumatischen Einwirkungen ausbilden, ferner diejenigen, die mit Lähmungen oder Kontrakturen verknüpft sind.

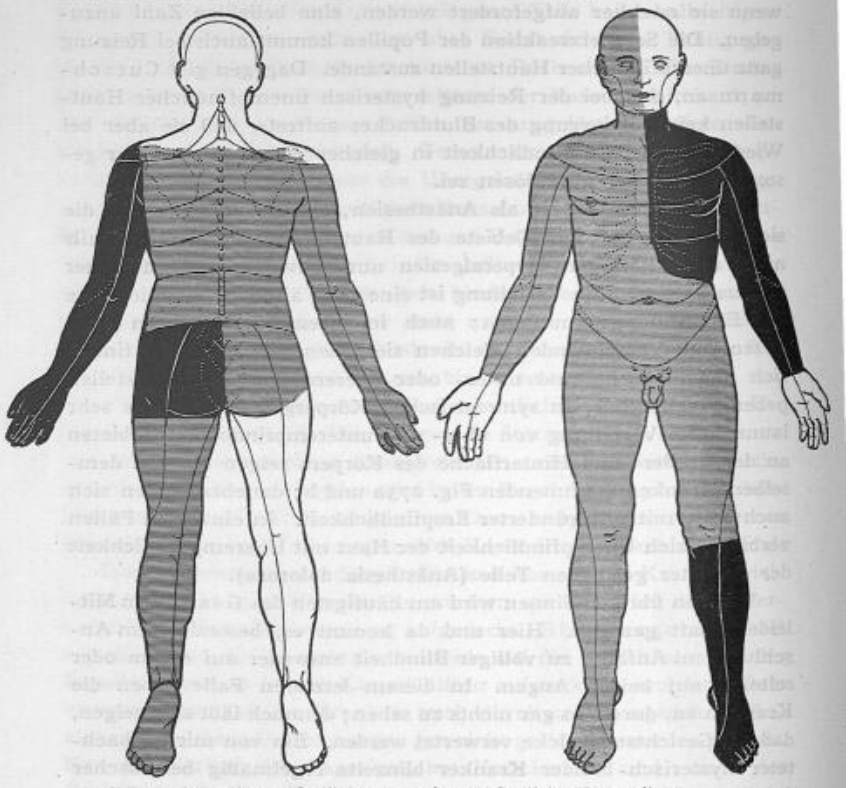
Die Herabsetzung der Empfindlichkeit kommt den Kranken vielfach gar nicht zum Bewußtsein, sondern wird erst bei der Untersuchung zu ihrer Überraschung aufgedeckt. Binswanger berichtet von Kranken, die im elektrischen Bade auf die Verschiedenheit der Empfindungen in beiden Körperhälften aufmerksam wurden. Dem entspricht es, daß die Kranken auch durch sehr ausgedehnte Anästhesien in ihren Verrichtungen gar nicht gestört zu werden pflegen. Nur der Verlust des Lagesinns hat Unsicherheit und, wenn der Ersatz durch den Gesichtssinn abgeschnitten wird, Unmöglichkeit der Ausführung von abgemessenen Bewegungen zur Folge. Durch vielfache Erfahrungen konnte auch festgestellt werden, daß die auf unempfindliche Hautstellen einwirkenden Reize psychische Verwertung finden, obgleich sie nicht bewußt aufgefaßt werden. So berichten Sidis und Prince von einem Kranken, daß er die Zahl der Berührungen seiner unempfindlichen Hand auf dem Rücken

einer vor seinem Auge auftauchenden Hand aufgeschrieben sah. Auch kann man beobachten, daß die Kranken, obgleich sie die Berührungen nicht wahrgenommen haben, doch deren Zahl nennen, wenn sie nachher aufgefordert werden, eine beliebige Zahl anzugeben. Die Schmerzreaktion der Pupillen kommt auch bei Reizung ganz unempfindlicher Hautstellen zustande. Dagegen gibt Curschmann an, daß bei der Reizung hysterisch unempfindlicher Hautstellen keine Steigerung des Blutdruckes auftrete, daß sie aber bei Wiederkehr der Empfindlichkeit in gleicher Weise wie von der gesunden Seite her auszulösen sei.

Wesentlich seltener, als Anästhesien, sind Hyperästhesien, die sich übrigens auf dem Gebiete des Hautsinnes von den ebenfalls nicht allzu häufigen Hyperalgesien nur schwer genügend sicher trennen lassen. Ihre Verteilung ist eine ganz ähnliche wie diejenige der Empfindungslähmungen; auch in ihrem launenhaften Auftreten und Verschwinden gleichen sie jenen. Nicht selten finden sich anästhetische und unter- oder überempfindliche Hautstellen nebeneinander oder in symmetrischen Körpergegenden. Eine sehr launenhafte Verteilung von über- und unterempfindlichen Gebieten an der Vorder- und Hinterfläche des Körpers zeigen die von demselben Kranken stammenden Fig. 273a und b; daneben finden sich auch Teile mit unveränderter Empfindlichkeit. In einzelnen Fällen verbindet sich Unempfindlichkeit der Haut mit Überempfindlichkeit der darunter gelegenen Teile (Anästhesia dolorosa).

Von den übrigen Sinnen wird am häufigsten das Gesicht in Mitleidenschaft gezogen. Hier und da kommt es, besonders im Anschlusse an Anfälle, zu völliger Blindheit entweder auf einem oder seltener auf beiden Augen. In diesem letzteren Falle geben die Kranken an, durchaus gar nichts zu sehen; dennoch läßt sich zeigen, daß die Gesichtseindrücke verwertet werden. Ein von mir beobachteter hysterisch-blinder Kranker blinzelte regelmäßig bei rascher Annäherung eines Fingers gegen das Auge. Bei halbseitiger Blindheit verschmelzen die Kranken stereoskopische Bilder, und sie bekommen Doppelbilder beim Vorsetzen eines Prismas vor das sehende Auge; in einem von Binswanger berichteten Falle bestanden sie fort, auch wenn das blinde Auge verdeckt wurde. Wenn es sich nicht um unrichtige Angaben der Kranken handelt, so kann man an die bei Hysterischen hier und da auftretende monokuläre Diplo-

und Polyopie denken, die man auf astigmatische Verzerrung der Bilder durch Akkomodationskrampf zurückzuführen pflegt. Öfters besteht Asthenopie und Flimmern vor den Augen. In vereinzelten



unempfindliche, überempfindliche Hautstellen.

Fig. 273a u. b. Unregelmäßige Verteilung über- und unterempfindlicher Hautstellen bei Hysterie.

Fällen wird völliger oder teilweiser Verlust der Farbenempfindungen beobachtet; auch hysterisches Farbensehen, namentlich Gelb- oder Rotsehen, kommt vor.

Die bei weitem häufigste und deswegen praktisch bedeutsamste

Störung im Bereiche des Gesichtssinnes ist indessen die konzentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes, die sich besonders gern mit Hemianästhesie und mit einer allgemeinen Herabsetzung der Empfindlichkeit für Licht und Farben verbindet. Die Einschränkung kann die Gesichtsfelder für die einzelnen Farben in entsprechender Weise verengern, so daß sie für Violett und Grün am stärksten ist, doch kommen für Blau und Rot Verschiebungen vor. Die beiden Gesichtsfelder Fig. 274a und b vom rechten und linken Auge desselben Kranken zeigen eine mäßige konzentrische Einschränkung, die, wie sehr häufig, unregelmäßige Begrenzung, auch eine Einziehung, darbietet und auf beiden Augen etwas verschieden ausgefallen ist. Eine stärkere Einengung mit leichter Verschiebung der Grenzen von rot und blau läßt Fig. 274c erkennen. Wesentlich stärker sind die Grenzverschiebungen in Fig. 274d, die zugleich außerordentlich zackige Umrisse erkennen läßt. Derartige, ganz unwahrscheinliche und offenbar durch zufällige Fehler, namentlich Aufmerksamkeitsschwankungen und suggestive Einflüsse, gefälschte Gesichtsfelder erhält man bei Hysterischen nicht ganz selten. Wie rasch und ausgiebig sich das Gesichtsfeld verändern kann, zeigen die von einem 10jährigen Kranken stammenden Fig. 274e, f und g[1]), von denen die zweite am gleichen Tage wie die erste nach Elektrisieren, die dritte 2 Tage später erhalten wurde. Die erste stellt ein höchstgradig verengtes, röhrenförmiges Gesichtsfeld dar.

Auch die Gesichtsfeldeinschränkung wird von den Kranken, selbst wenn sie sehr hochgradig ist, nicht bemerkt, ein Beweis dafür, daß die nicht wahrgenommenen peripheren Reize dennoch verwertet werden. Im Gegensatze zu Kranken mit organisch bedingter Einengung finden sich die Hysterischen ohne Schwierigkeit im Raume zurecht.

Störungen des Geschmacks und Geruchs scheinen nicht sehr häufig zu sein; es wird Über- und Unterempfindlichkeit für alle oder einzelne Arten der Reize beobachtet, auch halbseitig. In der Regel bestehen gleichzeitig entsprechende Störungen der Hautempfindlichkeit. In einzelnen Fällen wird ein fast vollständiges Versagen aller Sinneswahrnehmungen beobachtet, so bei dem berühmten Strümpellschen Kranken, bei dem neben allgemeiner Empfindungslosigkeit Verlust des Muskel- und Lagesinnes, des Geschmacks

[1]) Ich verdanke sie der Freundlichkeit des Herrn Kollegen Salzer.

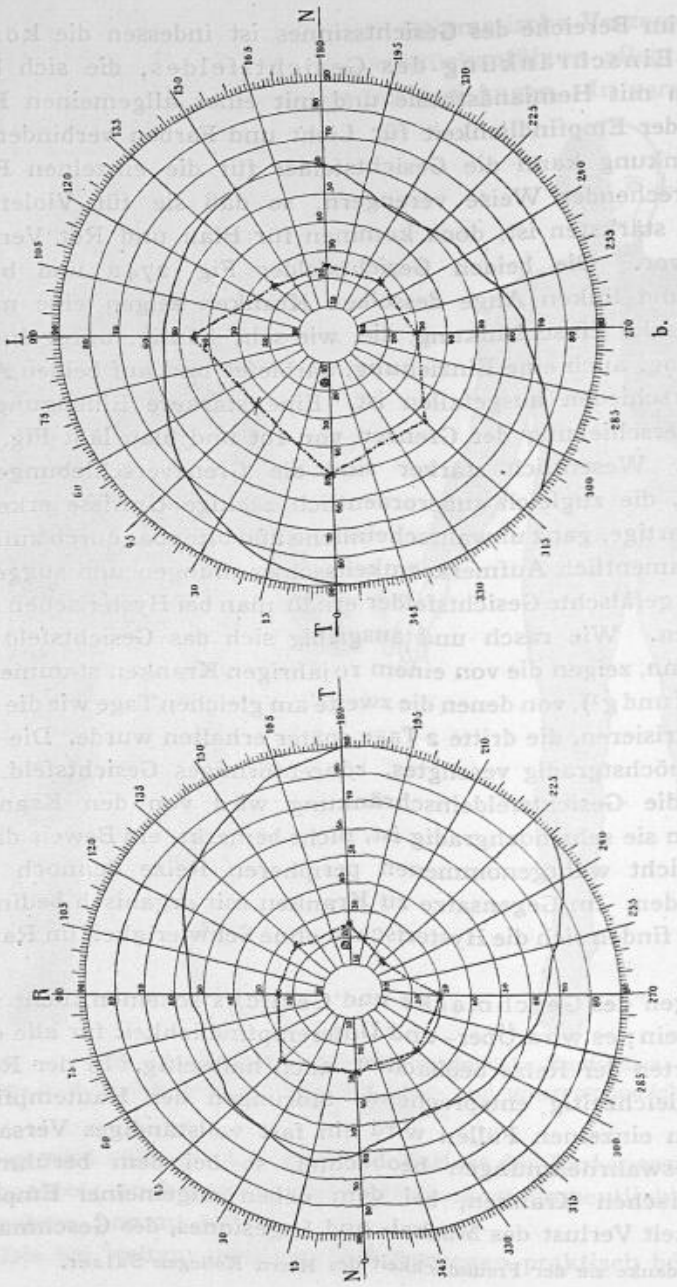
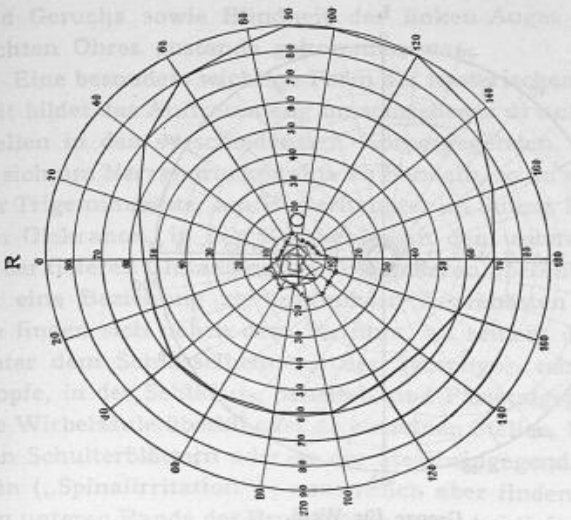
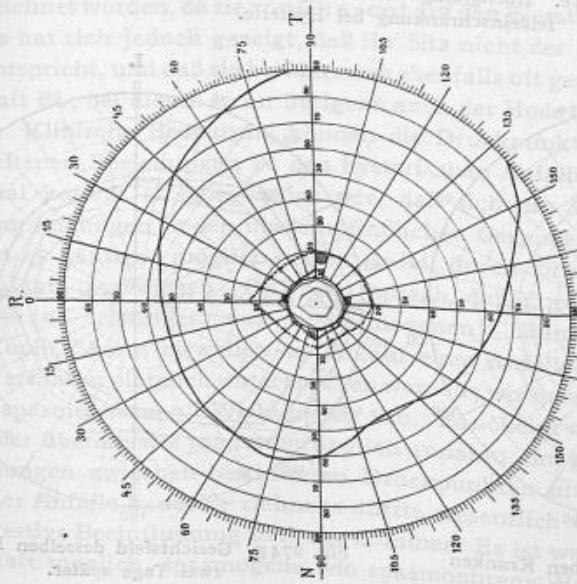


Fig. 274a u. b. Mäßige konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung bei Hysterie (Grenze für Weiß).



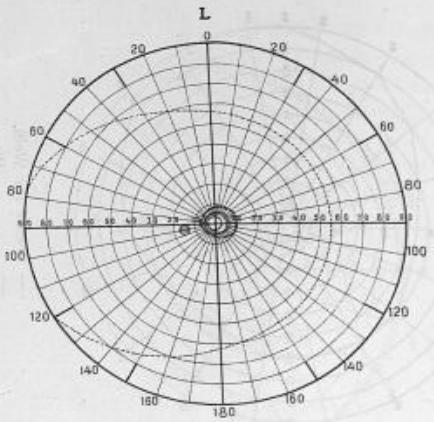
----- Grenze für Weiß.
— — — „ Blau.
— — — „ Rot.
——— „ Grün.

Fig. 274d. Unregelmäßige Gesichtsfeldeinschränkung mit Grenzverschiebungen (Hysterie).



----- Grenze für Weiß.
— — — „ Blau.
— — — „ Rot.
——— „ Grün.

Fig. 274c. Stärkere Gesichtsfeldeinschränkung mit leichten Grenzverschiebungen (Hysterie).



— Grenze für Weiß.
— „ „ Blau.
— „ „ Rot.

Fig. 274e. Hochgradige konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung bei Hysterie.

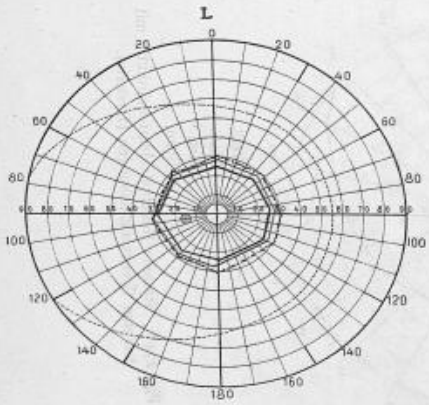


Fig. 274f. Gesichtsfeld desselben Kranken nach Elektrisieren.

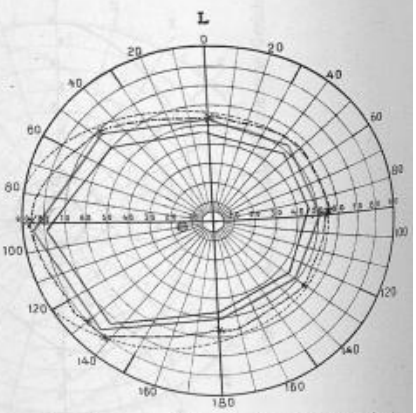


Fig. 274g. Gesichtsfeld desselben Kranken zwei Tage später.

und Geruchs sowie Blindheit des linken Auges und Taubheit des rechten Ohres zustande gekommen war.

Eine besonders wichtige Form der hysterischen Überempfindlichkeit bildet das Auftreten eng umschriebener druckschmerzhafter Stellen in den verschiedensten Körpergegenden. Zum Teil scheint es sich um Nervendruckpunkte zu handeln, so an den Austrittsstellen der Trigeminusäste, am Hinterhaupte, im Sulcus bicipitalis internus, am Olekranon, in der Kniekehle, an den unteren Rippenrändern, in der tieferen Glutäalgegend. Bei anderen überempfindlichen Stellen ist eine Beziehung zu bestimmten Nervenästen nicht auffindbar; sie finden sich neben dem Sternum, an seinem oberen Einschnitte, unter dem Schlüsselbein, an der Symphyse, namentlich auch am Kopfe, in der Schläfen-, Scheitel- und Parietalgegend. Ferner kann die Wirbelsäule überall oder an einzelnen Stellen, besonders zwischen den Schulterblättern oder in der Steißbeingegend, druckempfindlich sein („Spinalirritation"); namentlich aber finden sich Druckpunkte am unteren Rande der Brustdrüsen sowie bei tiefem Druck im Epigastrium und in der Iliakalgegend, öfters auch einseitig, häufiger links. Die Empfindlichkeit der letztgenannten Stelle ist auch als Ovarie bezeichnet worden, da sie von Charcot auf den Eierstock bezogen wurde. Es hat sich jedoch gezeigt, daß ihr Sitz nicht der Lage des Ovariums entspricht, und daß sie bei Männern ebenfalls oft genug druckschmerzhaft ist; bei diesen kann übrigens auch der Hode hyperalgetisch sein.

Klinische Bedeutung können die Druckpunkte durch ihre nicht seltenen Beziehungen zu den hysterischen Anfällen gewinnen. Einmal kommt es gelegentlich vor, daß sich die Anfälle durch Mißempfindungen in den überempfindlichen Gegenden einleiten. Ferner ist es häufiger möglich, einen Anfall durch Druck auf einen jener Punkte auszulösen; Charcot sprach daher von „hysterogenen", Pitres richtiger von „spasmogenen" Punkten oder Zonen. Endlich kann bisweilen der Ablauf eines Anfalles durch das gleiche Verfahren plötzlich unterbrochen werden; wir haben es dann mit einer „spasmophrenen" Wirkung zu tun. Es scheint nicht, als ob es sich hier überall, wie man ursprünglich annahm, um gesetzmäßige Beziehungen zwischen bestimmten Druckpunkten und der Entwicklung der Anfälle handelt; vielmehr dürfte wesentlich die psychische, suggestive Beeinflussung in Frage kommen. Es ist wenigstens unzweifelhaft möglich, spasmogene wie spasmophrene Wirkungen durch ge-

eignete Suggestionen zu züchten, auch ohne Rücksicht auf die bekannten Druckpunkte.

Eine sehr bedeutende Rolle pflegen im hysterischen Krankheitsbilde die Mißempfindungen und namentlich die Schmerzen zu spielen. Sie sind nach Art und Sitz von einer so unübersehbaren Mannigfaltigkeit, daß eine eingehende Schilderung kaum durchführbar ist. Auf der einen Seite begegnen uns Vertaubungsempfindungen, Kribbeln, Jucken, Rieseln, Schaudern, Klopfen, Zucken, Wärme- und Kältegefühl, auf der anderen drückende, brennende, beißende, dann wieder bohrende, stechende, schießende, ziehende Schmerzen. Sehr häufig sind Kopfschmerzen, bald in Form des Bohrens auf der Scheitelhöhe („Clavus"), bald als dumpfer innerer oder äußerer Druck, als Schmerzhaftigkeit umschriebener Bezirke, als Migräne mit Stirn- oder Hinterkopfschmerz. Auch die Zähne können der Sitz hysterischer Schmerzen sein; Binswanger erwähnt einen Fall, in dem deswegen vergeblich sämtliche Zähne des Oberkiefers entfernt worden waren. Besonders häufig nisten sich Schmerzen in den verschiedenen Gegenden des Unterleibes ein. Dahin gehören vor allem krampfartiges Zusammenziehen in der Magengegend, oft mit Übelkeit und Erbrechen verbunden, ferner Brennen, Pressen, Drücken, Bohren, Schneiden in der Gegend der Leber, der Nieren, des Kolons, der Blase, bald andauernd, bald mehr anfallsweise; auch dysmenorrhoische Schmerzen können hysterischen Ursprunges sein. In anderen Fällen ist hauptsächlich die Herzgegend beteiligt; es kommt zu Gefühlen des Zusammenschnürens, der Beklemmung, bisweilen mit Ohnmachtsanwandlungen („Herzkrämpfe").

Einen breiten Raum nehmen endlich die vielfach an traumatische Einwirkungen sich anschließenden Gelenkschmerzen ein, die bald Teile der Wirbelsäule, namentlich aber das Knie und die Hüfte, seltener andere, kleinere Gelenke befallen. Sie verknüpfen sich gewöhnlich mit Spannungen der umliegenden Muskeln und Überempfindlichkeit der Haut in näherem oder weiterem Umkreise. Seltener sind Schmerzen in einzelnen Nerven- oder Muskelgebieten; sie lassen sich ebenfalls in der Regel auf bestimmte äußere Einwirkungen zurückführen.

Die praktische Wichtigkeit der hysterischen Schmerzen und ihrer Folgeerscheinungen liegt, abgesehen von den oft sehr quälenden Krankheitszuständen selbst, in dem Umstande, daß sie nicht selten schwere körperliche Leiden vortäuschen und unter Um-

ständen auch zu eingreifenden ärztlichen Maßnahmen verführen. Ich sah noch kürzlich einen Kranken mit hysterischen Hodenschmerzen, der nicht ruhte, bis er, freilich ohne Erfolg, kastriert worden war. So gibt es eine hysterische Pseudomeningitis, eine Pseudoangina pectoris, eine Pseudocoxalgie, eine Pseudoappendicitis usf., deren richtige Erkennung unter Umständen recht schwierig sein kann. Abgesehen von den besonderen Kennzeichen der einzelnen, in Frage kommenden Leiden, die von der Hysterie doch immer nur annähernd nachgeahmt werden, ist für die zutreffende Beurteilung einmal der nicht seltene Wechsel der Krankheitserscheinungen und ihre Beeinflußbarkeit, sodann aber namentlich auch der Nachweis andersartiger hysterischer Störungen von Bedeutung. Ferner wird das Mißverhältnis zwischen der außerordentlichen Stärke der Beschwerden und der Geringfügigkeit des nachweisbaren Befundes den Verdacht einer hysterischen Grundlage des Leidens erwecken müssen. Zu berücksichtigen bleibt jedoch dabei immer, daß öfters wirkliche krankhafte Veränderungen den Anstoß zur Entwicklung hysterischer Störungen geben. Man wird demnach aus dem Nachweise der Hysterie im einzelnen Falle nicht ohne weiteres den Schluß auf die Grundlosigkeit der vorgebrachten Klagen ziehen können; ebensowenig aber wird die Feststellung einer nachweisbaren Erkrankung an sich schon gestatten, die hysterische Natur der vorhandenen Beschwerden auszuschließen, wenn sonstige Gründe für eine solche sprechen.

Noch reichhaltiger, als auf sensorischem und sensiblem, ist die Fülle der hysterischen Störungen auf psycho-motorischem Gebiete. Zunächst beobachten wir nicht selten Lähmungen, die von einfachen Schwächegefühlen bis zu völliger Bewegungsunfähigkeit fortschreiten können. Gemeinsam ist allen hysterischen Lähmungen die aus ihrer Entstehungsgeschichte verständliche Eigentümlichkeit, daß sie Bewegungen und nicht Muskeln oder Nerven betreffen; es ist stets eine bestimmte motorische Gesamtleistung, die erschwert oder unmöglich wird, nicht die Arbeit eines einzelnen Werkzeugs. Am deutlichsten wird das in denjenigen Fällen, in denen nur gewisse Verwendungsarten der betroffenen Teile beeinträchtigt werden, während andere Verrichtungen ungestört vonstatten gehen.

Die häufigste Form der hysterischen Lähmung ist die Hemiplegie, meist ohne Beteiligung des Gesichtes. Briquet, der unter 430 Fäl-

len von Hysterie in 28% mehr oder weniger ausgesprochene Lähmungserscheinungen feststellen konnte, sah in der Hälfte dieser Fälle Hemiplegien. Ähnliche Angaben macht v. Voß aus Petersburg, während Löwenfeld und Binswanger die Häufigkeit der Lähmungen in Deutschland wesentlich geringer fanden. Auch unter meinen Kranken, die freilich in erster Linie wegen psychischer Störungen zur Beobachtung gelangten, fanden sich Lähmungen nur in kleiner Zahl. Die von der Lähmung betroffene Seite scheint weit häufiger die linke, als die rechte Seite zu sein, doch fand Jones umgekehrt unter 277 Fällen von Hemiplegie 150 mal die rechte Seite befallen. Nach ihrer Häufigkeit stehen an zweiter Stelle die Paraplegien, besonders der Beine, an dritter die Monoplegien einzelner Glieder. Außerdem kommen dann noch Triplegien, Verbindungen von Hemiplegie mit Monoplegie und allgemeine Lähmungen, doppelseitige Hemiplegien, zur Beobachtung.

Die Lähmungen können ganz schlaffe sein, so daß die betroffenen Glieder wie tote Massen herabhängen oder -fallen. So wird das gelähmte Bein schleifend oder in Beugestellung nachgeschleppt, nicht, wie bei einer organischen Hirnlähmung, im Bogen herumgezogen. Dazu gesellt sich dann in der Regel eine völlige Empfindungslosigkeit, so daß die gelähmten Teile aus dem Bewußtsein des Kranken gewissermaßen völlig ausgeschaltet sind. Er erhält weder irgendwelche Nachricht von ihrem Zustande und den auf sie einwirkenden Reizen noch vermag er ihnen Willensantriebe zuzuführen. Dem entspricht die von Lhermitte betonte Erfahrung, daß hier die Gegenbewegungen fehlen, die beim Versuche, organisch gelähmte Glieder zu bewegen, in den entsprechenden gesunden Gliedern aufzutreten pflegen; so wird das gesunde Bein gegen die Unterlage gepreßt, wenn das gelähmte gehoben werden soll, und umgekehrt. Das Unterbleiben dieser „oppositionellen Synergien" würde etwa darauf hindeuten, daß nicht nur die Bewegung, sondern schon die Innervation des gelähmten Gliedes unmöglich geworden ist. Dennoch aber zeigt sich öfters, daß die gänzlich gelähmten Glieder unter Umständen noch unwillkürliche Bewegungen auszuführen imstande sind, namentlich solche, die durch gemütliche Vorgänge ausgelöst werden, Ausdrucksbewegungen, unwillkürliche Schutz-, Stütz-, Abwehrbewegungen. So kommt es, daß die Kranken durch ihre Lähmungen niemals in ernstere Gefahren geraten, bei

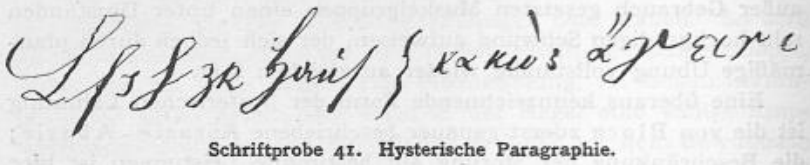
Versagen der Beine immer noch rechtzeitig irgendeinen Stützpunkt gewinnen oder doch vorsichtig zu Boden gleiten.

Ein weiterer Beweis dafür, daß die gelähmten Glieder zwar für bewußte Willkürantriebe, nicht aber für andersartige Erregungen unzugänglich sind, liegt in der Erfahrung, daß in ihnen sehr häufig Spannungen und selbst starre Kontrakturen auftreten, bisweilen von vornherein, bisweilen erst im weiteren Verlaufe. Nach einer von v. Krafft-Ebing geäußerten, ansprechenden Ansicht könnte man die häufige Verbindung von Spannung und Lähmung darauf zurückführen, daß den dem Willkürgebrauche entrückten Gliedern auf anderen Wegen Erregungen zuströmen, die mindestens zum Teil ihre Quelle in dem Bestreben haben, unwillkürliche Behinderungen und Störungen irgendwie auszugleichen. In der Entstehungsgeschichte der hysterischen Lähmungen liegt es begründet, daß sie weder von kennzeichnenden Veränderungen der Reflexe noch von Entartungsreaktion begleitet sind; dagegen können die längere Zeit hindurch außer Gebrauch gesetzten Muskelgruppen einen unter Umständen sehr hochgradigen Schwund aufweisen, der sich jedoch durch planmäßige Übung vollständig wieder ausgleichen läßt.

Eine überaus kennzeichnende Form der hysterischen Lähmung ist die von Blocq zuerst genauer beschriebene Astasie-Abasie; die Beschränkung der Störung auf bestimmte Leistungen ist hier am augenfälligsten. In den reinen Fällen sind Beweglichkeit und Kraft der Beine vollständig ungestört; die Kranken vermögen im Liegen alle Bewegungen, auch diejenigen des Gehens, kräftig und richtig auszuführen. Dagegen knicken sie bei dem Versuche, sich auf die Füße zu stellen, sofort hilflos zusammen und sind natürlich noch viel weniger imstande, auch nur einen Schritt zu machen; sucht man sie zu stützen, so hängen sie sich ein und ziehen die Beine in die Höhe. Bei leichteren Graden der Störung sind die Kranken nur sehr unsicher auf den Beinen, schwanken, taumeln, greifen nach einer Stütze, sobald man sie losläßt. Sie machen einzelne tappende oder trippelnde Schritte oder schieben sich durch Drehbewegungen des Körpers schurrend ein wenig vorwärts, immer darauf bedacht, den nächsten Stützpunkt zu erreichen, den sie aus möglichst weitem Abstande, halb zusammenfallend, ergreifen. In manchen Fällen stehen gewisse Formen der Fortbewegung den Kranken noch zu Gebote, und nur das gewöhnliche Gehen ist unmöglich.

Eine Kranke Thyssens konnte noch mit sehr großen Schritten, „dramatisch", gehen; andere vermögen rückwärts zu marschieren, sogar Treppen zu steigen; viele können noch klettern, schwimmen oder wenigstens rutschen oder kriechen.

Auch die Sprache kann ähnliche Störungen erleiden. Einzelne Kranke verstummen völlig, bringen keinen artikulierten Laut hervor, machen vielleicht beim Versuche, zu sprechen, allerlei unzweckmäßige Zungen- und Mundbewegungen, schnauben, hauchen, räuspern sich. Manchmal können sie noch singen. Jahnel berichtet von einem Kranken, der nur zu bestimmten Stunden des Tages die Sprache verlor. Hier und da gesellt sich zur Stummheit noch Taubheit. Weit häufiger ist die hysterische Aphonie, bei der die Kranken nicht klangvoll, wohl aber flüsternd oder heiser sprechen, bisweilen auch ungestört singen können. Einer meiner Kranken, der 6—7 Wochen lang ganz stumm erschien, nachdem ihm ein Balken auf die Schulter gefallen war, sprach später in Fistelstimme.



Schriftprobe 41. Hysterische Paragraphie.

Auf dem Gebiete der Schriftsprache findet sich öfters eine Art von Agraphie. Die Kranken vermögen, obgleich sie keinerlei Bewegungsstörungen darbieten, sich schriftlich nicht verständlich zu äußern. Manche Kranke schreiben noch Buchstaben, Silben oder selbst Wörter, aber ohne Sinn und Zusammenhang. Ein Beispiel dafür gibt die Schriftprobe 41. Der besonnene, wenn auch leicht benommene, sich mündlich ohne Schwierigkeit ausdrückende Kranke sollte niederschreiben „München, 1907" und bemühte sich auch sichtlich, der Aufforderung zu entsprechen, brachte aber nur einzelne unvollkommene Buchstaben, ein Wortbruchstück (den Anfang seines Namens) und einige griechische Silben zusammen, alles ohne die geringste Beziehung zu der gestellten Aufgabe. Der Übergang zur griechischen Schrift, wo er Zahlen schreiben sollte, ist vielleicht nicht zufällig, sondern durch die Vorstellung beeinflußt, daß nun etwas anderes kommen müsse. Die in vielen Versuchen ganz gleichmäßig wiederkehrende Störung dauerte nur wenige Tage an.

Von den mehr umschriebenen Lähmungen sollen hier nur kurz die hysterische Ptosis, die immer nur die unteren Äste betreffenden Lähmungen des Facialis und die Augenmuskellähmungen erwähnt werden, die regelmäßig Blicklähmungen zu sein scheinen. Bei allen diesen Formen pflegt der genaue Einblick in den Sitz und die Ausdehnung der Lähmung durch ihre Verbindung mit spastischen Erscheinungen in den benachbarten und mitwirkenden Muskeln sehr erschwert zu sein. Seyffert hat anfallsweise auftretendes Versagen der Kaumuskeln und Herabsinken des Kopfes beschrieben.

Mit den Lähmungen verbinden sich sehr häufig Spannungen, die, wie schon erwähnt, unter Umständen die allerhöchsten Grade erreichen können. Sie erstrecken sich dann gewöhnlich auf einen Gliedabschnitt und führen zur Feststellung eines oder einiger Gelenke. Bei solchen Kontrakturen befindet sich regelmäßig die ganze, den betreffenden Gliedabschnitt versorgende Muskulatur in starrer Spannung; zugleich treten bei jedem Dehnungsversuche sehr starke Schmerzen auf, so daß es meist nur in der Narkose möglich ist, die Widerstände zu überwinden. Haut und Muskeln sind in der Regel hyperalgetisch. Die Stellungen der betroffenen Glieder können sehr verschiedene sein, bald äußerste Streckung oder Beugung, bald Mittelstellung. Auch ganz absonderliche Stellungen kommen vor; einmal sah ich einzelne Finger in äußerster Streckstellung festgehalten. Manchmal können größere Körperabschnitte von der Kontraktur befallen werden, öfters durch Ausbreitung der Störung von einem Gelenke auf die benachbarten. Es kommt dann zu hemiplegischen oder paraplegischen Kontrakturen. Bisweilen findet man ganz merkwürdige Verbindungen von Lähmung und Kontraktur an demselben Gliede; bei einem Kranken, der nach einer Kopfverletzung eine Trepanation durchgemacht hatte, befanden sich die Finger der rechten Hand in starrer Streckstellung, während alle übrigen Muskeln des Armes schlaff gelähmt waren.

Unter Umständen kann sich die Störung auf ganz umschriebene Muskelgruppen beschränken, wie beim hysterischen Blepharospasmus, beim Facialiskrampf, Stimmritzenkrampf, Akkommodationskrampf, beim Strabismus (am häufigsten Strabismus convergens oder einseitige Blickrichtung), beim Hemispasmus glossolabialis, Trismus, Torticollis, bei der hysterischen Skoliose. Hierher werden wir ferner den Krampf des Blasenschließmuskels zu rechnen haben,

der bisweilen zu fortgesetzter künstlicher Entleerung der Blase zwingt, in einem von Oekonomakis berichteten Falle vier Jahre hindurch. Vielleicht beruht auch die hartnäckige Verstopfung mancher Hysterischen, die zu starker Auftreibung einzelner Darmschlingen oder des ganzen Leibes führt, auf krampfartiger Zusammenschnürung gewisser Darmabschnitte. Ähnliche Störungen können die Kranken zur fälschlichen Annahme einer Schwangerschaft veranlassen.



Fig. 275. Pendelnde Fingerbewegungen bei Hysterie (langsam).

Der Ablauf der Willkürbewegungen selbst kann bei Hysterischen in mannigfaltiger Weise gestört sein. Bald beobachten wir triebartige Heftigkeit der Entladungen, dann wieder weichliche Schlaffheit der Antriebe, zugleich aber Ungleichmäßigkeit und Unberechenbarkeit der Willensspannung. Mit überraschender Deutlichkeit treten diese Eigentümlichkeiten schon bei der Ausführung einfacher, taktmäßiger Beuge- und Streckbewegungen des Zeigefingers hervor. Die Fig. 275 und 276 geben derartige Kurven wieder, die in derselben Weise gewonnen wurden, wie die früheren, von Katatonikern und Traumatikern gelieferten Figuren, und ihnen ohne weiteres vergleichbar sind. Wir sehen hier in Fig. 275 langsame und kraftlose, in Fig. 276 sehr schnelle und ausgiebige Fingerbewegungen von zwei verschiedenen Kranken. Bei beiden fällt gegenüber dem normalen Verhalten die große Unregelmäßigkeit der Antriebe auf, die

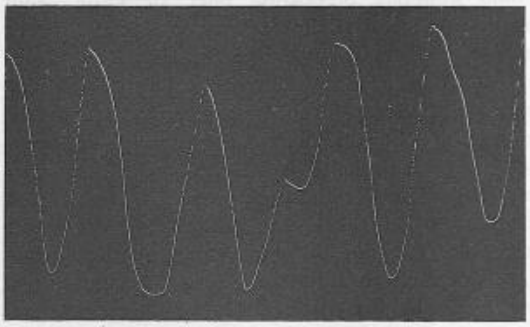
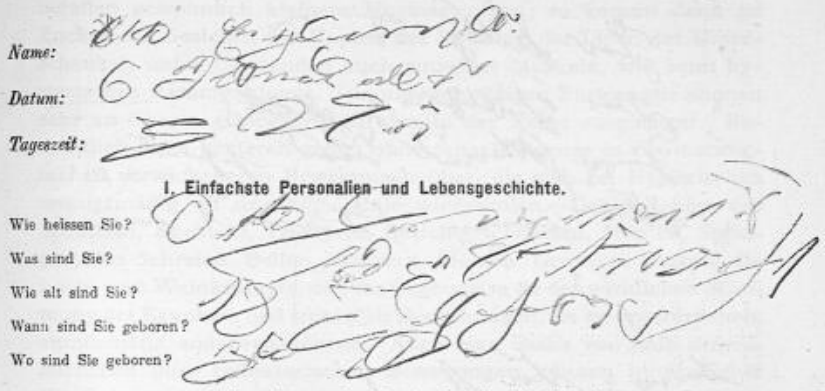


Fig. 276. Pendelnde Fingerbewegungen bei Hysterie (schnell).

dazwischen auch einmal plötzlich stocken, um dann einen neuen Anlauf zu nehmen.

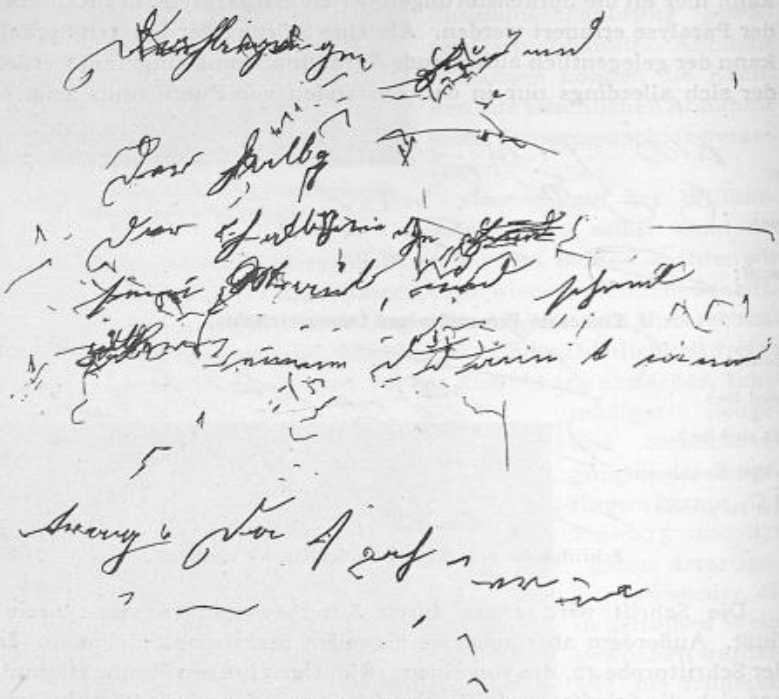
Sehr häufig sind krankhafte Veränderungen der Sprache, der Schrift und des Gehens. In das erstere Gebiet gehört das hysterische Stottern, die verwaschene Sprache, das Stammeln und das Lallen; auch Silbenstolpern habe ich bei einer Kranken beobachtet. Man kann hier an die Sprachstörungen der Bulbärparalyse, des Rausches, der Paralyse erinnert werden. Als eine Störung der inneren Sprache kann der gelegentlich auftretende Agrammatismus aufgefaßt werden, der sich allerdings nur in den Zuständen von Puerilismus zeigt.



Schriftprobe 42. Ataktische Schrift bei Hysterie.

Die Schrift wird öfters durch Zitterbewegungen stark beeinflußt. Außerdem aber zeigt sie bisweilen ataktische Störungen. In der Schriftprobe 42, die von einem 18jährigen jungen Manne stammt, hat sich die Schrift in ein Gewirr fahriger Striche aufgelöst, in dem kaum noch Andeutungen von Buchstaben zu erkennen sind. Nur aus den ersten, allerdings auch schon sehr undeutlichen Angaben („Otto Englmeier", „6. Januar", „9 Uhr") geht hervor, daß der Kranke wirklich bestimmte Worte zu schreiben versuchte. Ein etwas anderes Gepräge trägt die folgende, von einem jungen Mädchen gelieferte Probe 43, in der das Abschreiben der Geschichte „vom habgierigen Hunde" versucht wurde. Hier sind einzelne Buchstaben ganz deutlich und selbst zierlich herausgekommen; dazwischen

aber schiebt sich ein wirres Gekritzel. Außerdem erkennt man, daß die Kranke wiederholt Ansätze gemacht hat, dieselben Worte („der habgierige Hund") zu schreiben, dann aber abbrach, um Bruchstücke später kommender Wörter („sein", „Maul", „schritt", „damit", „über", „einen", „trug", „da sah") ganz ohne Zusammenhang hinzuzufügen. Zu der Ataxie gesellt sich demnach hier, wie



Schriftprobe 43. Ataxie mit Akatagraphie bei Hysterie.

vielleicht auch im vorigen Falle, noch die Unfähigkeit, Worte und Sätze richtig zusammenzufügen („Akatagraphie").

Der Gang ist bisweilen ataktisch, taumelnd, stampfend, schlenkernd, zusammenknickend, tänzelnd, trippelnd, hinkend, federnd und kann an diese oder jene Form organisch bedingter Gehstörungen erinnern. So kann durch Ataxie mit entsprechenden Empfindungsstörungen und Schmerzen der Anschein einer Tabes („hysterische

Pseudotabes") erweckt werden, um so leichter, als die Kranken häufig beim Rombergschen Versuche schwanken und zu fallen drohen, freilich meist viel stärker, als bei wirklicher Tabes. Auch cerebellare Gangstörungen können vorgetäuscht werden; ich sah das in einem Falle, in dem vor Jahren nach einer Verletzung des Hinterhauptes wahrscheinlich wirklich Kleinhirnerscheinungen bestanden hatten.

Eine weitere große Gruppe von Bewegungsstörungen, die bei der Hysterie außerordentlich verbreitet sind, bilden die Zuckungen, das „Nervenzupfen", wie eine Kranke sagte. Sie treten vielfach rhythmisch auf, können aber auch ganz unregelmäßig sein. Die ersteren befallen gewöhnlich kleinere Muskelgruppen; es kommt dann zu Zucken des Gesichts, des Kopfes, der Schulter, der Lider, der Unterschenkel, unter Umständen auch einzelner Muskeln, wie beim hysterischen Paramyoklonus. Die unregelmäßigen Zuckungen können sehr an Chorea erinnern, sind aber in der Regel ausgiebiger. Namentlich diese letzteren gehen ohne scharfe Grenze in die mannigfachen verwickelteren Bewegungen über, die sich bei Hysterischen zwangsmäßig oft unzählige Male wiederholen. Dahin gehört das Schütteln, Fuchteln, Trampeln, Gesichterschneiden, Hüpfen, Springen, das Schreien, Bellen, Wiehern, Miauen, Grunzen, Blöken, die Lach- und Weinkrämpfe, die, im Gegensatze zu der wirklichen Stimmung des Kranken, und trotz aller Bemühungen, sie zu unterdrücken, stundenlang andauern können. Auch eine Reihe von halb unwillkürlichen oder reflektorischen Bewegungen können in ähnlicher Weise krampfartige Ausdehnung gewinnen, so das Husten, Schnüffeln, Schnauben, Räuspern, das Aufstoßen, das Gähnen und Niesen. Alle diese Erscheinungen können für kürzere oder längere Zeit, unter Umständen jahrelang, das Krankheitsbild beherrschen, um dann allmählich oder unter Umständen auch plötzlich wieder zu verschwinden.

Endlich aber haben wir auch allerlei krampfartige Störungen von seiten der inneren Organe zu erwähnen. Eines der bekanntesten hysterischen Zeichen ist der Globus, das Gefühl einer im Schlunde aufsteigenden Kugel, das wohl mit dem die Angst begleitenden Zusammenschnüren der Kehle verwandt ist und mit mehr oder weniger deutlichen Schlundkrämpfen in Beziehung stehen dürfte. Davon zu unterscheiden ist der Ösophagismus, das Auftreten von Schlundkrämpfen bei Berührung und namentlich bei Nahrungsaufnahme. Er kann so stark werden, daß, wie ich in einem

Falle beobachtete, jedes Schlucken, auch von Flüssigkeit, unmöglich wird und selbst die Sonde nur unter den größten Schwierigkeiten eingeführt werden kann. Der Sitz ähnlicher Krämpfe kann auch der Magen werden, namentlich der Pförtner; es entwickelt sich dann leicht das ebenso unerfreuliche wie häufige hysterische Erbrechen. Sofort nach der Nahrungsaufnahme, bisweilen auch erst einige Zeit nachher, wird der Mageninhalt rasch und leicht, ohne Übelkeit, wieder hinausbefördert. Gewöhnlich handelt es sich nur um einen Teil der zugeführten Speisen, so daß die Kranken oft trotz regelmäßigen Erbrechens in gutem Ernährungsstande bleiben. Hier und da aber, bei großer Hartnäckigkeit des Leidens, kann dadurch der Kräftezustand in bedrohlicher Weise gefährdet werden.

Viele Hysterische haben die Neigung, gewohnheitsmäßig Luft zu schlucken, die sich dann im Magen ansammelt und ihn aufbläht, um stoßweise wieder nach oben zu entweichen. Zwerchfellkrämpfe erzeugen die äußerst lästige Erscheinung des Singultus; ich sah eine Kranke, die durch ihren jahrelang fast unaufhörlich andauernden, mit lauter, tönender Inspiration einhergehenden Singultus zur Qual für ihre Umgebung geworden war und nirgends mehr Unterkunft finden konnte. Krampfartige Bewegungen des Darms führen zur Entstehung lauter gurrender Geräusche und auch zu plötzlichen Entleerungen; in einzelnen Fällen soll rückläufige Beförderung des Darminhaltes und selbst Kotbrechen vorkommen. Häufige Zusammenziehungen der Blase zwingen zu immer wiederholter Entleerung kleiner Harnmengen. Von seiten des Herzens gehört wohl hierher das mit heftigen Beklemmungsgefühlen einhergehende Herzklopfen, von seiten der Atmung die unter Umständen sehr starke Tachypnoe, bis zu 80, 120 und mehr Atemzügen in der Minute, der jedoch keine wirkliche Atemnot entspricht, da sie nicht durch Sauerstoffmangel hervorgerufen ist.

Als letzte, aber sehr verbreitete hysterische Störung auf motorischem Gebiete haben wir noch das Zittern anzuführen. Es ist bald feinschlägig (vibratorisch), bald gröber (oscillatorisch), kann unter Umständen auch geradezu in Schütteln übergehen. Seine Geschwindigkeit ist sehr verschieden, beträgt meist etwa 5—8 Schwingungen in der Sekunde, pflegt aber bei demselben Kranken ziemlich gleich zu bleiben. Dagegen ist die Ausgiebigkeit der Schwingungen oft großen Schwankungen unterworfen. Meist nimmt sie bedeutend

zu, wenn der Kranke in Erregung gerät, wenn man sich mit ihm beschäftigt, wenn seine Aufmerksamkeit auf die Störung gelenkt wird. Manchmal bedingt jede Bewegung eine erhebliche Zunahme des Zitterns, ähnlich dem Intentionszittern; in anderen Fällen ist der Tremor in der Ruhe am stärksten, verschwindet aber fast ganz, sobald der Kranke sich unbefangen beschäftigt, schreibt, Handarbeiten macht. Am häufigsten tritt das Zittern an den Händen hervor, bisweilen einseitig. Es kann aber auch die Beine allein, eine ganze Seite, den Kopf betreffen. Gerade eine solche Beschränkung auf einzelne Körpergebiete, ferner das Kommen und Schwinden bei bestimmten Anlässen werden für die hysterische Natur des Zitterns sprechen; sonst wird man immer mit der Möglichkeit zu rechnen haben, daß es sich auch aus einer Reihe von anderen Ursachen herleiten kann.

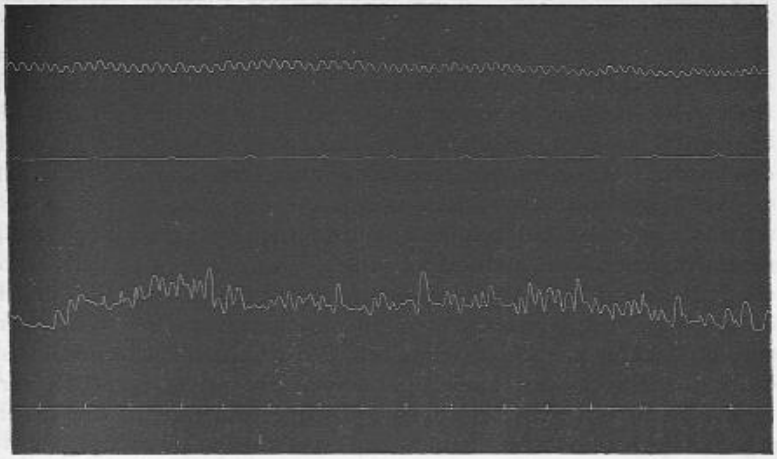


Fig. 277. Organisch bedingter und hysterischer Fußklonus (nach Weiler).

Die Reflexe erleiden bei der Hysterie nur verhältnismäßig geringe Störungen. Die Hautreflexe sind meist normal, auch bei Anästhesie, doch konnten die Bauchdeckenreflexe öfters nicht nachgewiesen werden. Dagegen sind die weit verwickelteren Schleimhautreflexe (Lidschluß-, Würg-, Niesreflex) bei Unempfindlichkeit der entsprechenden Schleimhäute abgeschwächt oder aufgehoben,

bei Überempfindlichkeit gesteigert. Die Sehnenreflexe sind häufig sehr lebhaft; vielfach beobachtet man bei Beklopfen der Patellarsehne Nachzittern, Nachzucken, Übergreifen auf das andere Bein, schüttelndes Zusammenfahren des ganzen Körpers. Auch Fußklonus kommt öfters vor, nach Binswangers Angaben in 20% der Fälle. Meist handelt es sich nur um einige wenige, rasch sich erschöpfende Stöße, seltener um länger fortgesetztes Zucken. Wie Weiler durch Aufzeichnung feststellen konnte, finden dabei gewöhnlich ganz unregelmäßige Muskelzusammenziehungen statt, im Gegensatze zu den durchaus regelmäßig ablaufenden Zuckungen des organisch bedingten Fußklonus. Die Figur 277 zeigt diesen Unterschied, doch scheint es, daß auch bei Hysterischen die regelmäßigen Zuckungen gelegentlich vorkommen können. Babinskis Reflex findet sich bei reiner Hysterie niemals. Ebenso muß Fehlen der Sehnenreflexe, wenn es nicht durch Spannungen vorgetäuscht wird, den Verdacht einer organischen Erkrankung erwecken. Nonne sah es vorübergehend in Verbindung mit Astasie-Abasie. Starke Abschwächung wird bei schlaffer, durch Nichtgebrauch hochgradig geschwundener Muskulatur beobachtet. Unterschiede in der Stärke der Reflexe auf beiden Seiten kommen hier und da vor; sie dürften in der Regel mit verschiedenen Spannungszuständen der Muskeln zusammenhängen. Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln ist öfters gesteigert; auch Facialisphänomen kommt gelegentlich vor.

Die Pupillen sind im allgemeinen über mittelweit. Sie zeigen sehr ausgiebige und rasch erfolgende Reaktionen auf die verschiedenartigen Reize sowie eine starke Pupillenunruhe. Bei einzelnen Kranken können die später zu besprechenden, im hysterischen Anfall auftretenden Pupillenstörungen auch nachher noch kürzere oder längere Zeit hindurch nachweisbar sein.

Ein vielfach umstrittenes Gebiet sind die Beziehungen der Hysterie zu vasomotorischen, sekretorischen und „trophischen" Vorgängen. Daß die Herztätigkeit, wie durch Gemütsbewegungen, so auch durch die hysterischen Krankheitszustände sehr erheblich beeinflußt werden kann, ist nicht zweifelhaft. Ungemein häufig beobachten wir anfallsweise oder für längere Zeit Beschleunigung, seltener Verlangsamung des Herzschlags, außerdem aber alle möglichen Mißempfindungen in der Herzgegend, die wenigstens zum Teil wohl auf Veränderungen der Herztätigkeit zurückgeführt wer-

den dürfen, Klopfen, Vibrieren, Flattern, Druck, Beklemmungsgefühle, die sich bis zu lebhafter Angst steigern können.

Die Beteiligung der Gefäßnerven an dem Leiden zeigt sich in den häufigen Störungen der Blutverteilung. In kleineren oder größeren Abschnitten des Körpers stellen sich Wallungen, Rötung, Hitzegefühl, Pulsieren oder Blässe, Kälte, Cyanose mit Vertaubungsempfindungen ein. Auch örtliche oder allgemeine Schweißausbrüche sind nicht selten. Aus den durch Gefäßkrampf blutleer gewordenen und oft auch unempfindlichen Hautstellen fließt beim Einstechen wenig oder kein Blut, eine Eigentümlichkeit, die der Kennzeichnung der Stigmata diaboli bei Hexen diente; auch die Rötung durch Senfteige kann ausbleiben. Andererseits findet sich bei Hysterischen sehr oft ausgeprägte Dermatographie, vom einfachen Nachröten bis zur Bildung von erhabenen Leisten und Quaddeln. Aber auch anscheinend von selbst können sich flüchtige, umschriebene Schwellungen bilden, auch jene an Ödeme erinnernden Formen, die man nach Charcots Vorgang als „oedème bleu" und „blanc" zu bezeichnen pflegt, je nachdem dabei die Erscheinungen einer venösen Stauung mit Herabsetzung der örtlichen Temperatur oder diejenigen des Gefäßkrampfes hervortreten. In der Regel finden sich dabei Empfindungsstörungen, oft auch Lähmungen.

Daß die Menses durch die gemütlichen Schwankungen bei der Hysterie beeinflußt und namentlich zum Aufhören gebracht werden können, wird uns nicht wundernehmen. Dagegen wird man die Berichte über das Auftreten von Haut- und Schleimhautblutungen, Stigmatisierungen, über blutige Tränen und Schweiße jedenfalls mit größter Vorsicht aufzunehmen haben. Es scheint ja, daß einzelne derartige Erscheinungen hier und da wenigstens andeutungsweise in der Hypnose erzeugt werden können, und daß Schleimhautblutungen unter Umständen in Form von vikariierenden Menses auftreten. Indessen jene Vorgänge sind in so hohem Grade geeignet, die krankhaft gesteigerte Einbildungskraft der Hysterischen anzuregen, daß für einzelne, zur Täuschung geneigte Kranke die Verführung außerordentlich nahe liegt, sie künstlich zu erzeugen. Das wird um so leichter, als die unbedingt zuverlässige Ausschließung dieser Fehlerquelle recht schwierig ist. Die Seltenheit der Beobachtungen ist daher wohl kein Zufall; zudem hat sich in einer größeren Reihe von Fällen eine Täuschung sicher nachweisen lassen.

Nicht genügend geklärt ist auch noch immer die Frage des hysterischen Fiebers, dessen Vorkommen von manchen Seiten ebenso entschieden behauptet wie von anderen bestritten wird. Daß die stellenweise über 42, ja über 45 Grad hinausgehenden Temperaturen, die bei Hysterischen berichtet werden, sehr ernste Zweifel an ihrer hysterischen Entstehung, ja an der Zuverlässigkeit der Beobachtung selbst erwecken müssen, bedarf kaum der Begründung, zumal dabei Störungen des Allgemeinbefindens meist fehlen oder doch sehr geringfügig sein sollen. Andererseits wird man die Möglichkeit, daß durch nervöse Einflüsse einmal eine Temperaturerhöhung zustande kommen könne, kaum von vornherein abweisen können. Dagegen sind die in der Natur der Sache liegenden Fehlerquellen der Beurteilung, auch wenn man absichtliche Täuschung sicher ausschließen kann, immer noch so groß, daß eine endgültige Entscheidung der Frage schwer möglich erscheint. Kauffmann sah nach Arbeit am Ergostaten Temperaturerhöhung, auch halbseitig, auftreten; er denkt an verminderte Wärmeabgabe durch die Hautdrüsen.

Von sekretorischen Störungen wären den Anomalien der Schweißabsonderung zunächst etwa diejenigen der Tränen-, Speichel- und Milchausscheidung hinzuzufügen, wie sie hier und da beobachtet worden sind, entsprechend den durch Gemütsbewegungen auf die Drüsenleistungen ausgeübten Einflüssen. Kauffmann berichtet über starke Schwankungen des Wasserhaushaltes, die er auf Störungen der Nieren- und Muskelinnervation zurückführt. Die Harnmenge kann stark vermehrt sein, meist im Zusammenhange mit krankhaftem Durste. Auch über erhebliche Abnahme der Harnmenge, ja vollständige Anurie ist öfters berichtet worden; zugleich soll im Schweiße und durch Erbrechen Harnstoff ausgeschieden worden sein. Man wird gut tun, auch diesen Erfahrungen das äußerste Mißtrauen entgegenzubringen, zumal sich dabei wiederholt Betrügereien (Trinken und dann Erbrechen des Harnes) haben feststellen lassen. Marinesco sah in einem Falle bei sorgfältigster Überwachung zweimal je 48 und einmal 36 Stunden jede Harnabsonderung aussetzen; die Blase erwies sich beim Katheterisieren als leer. Zugleich bestand Kopfschmerz, Übelkeit und Erbrechen. Vielleicht spielen Störungen in der Absonderung der Verdauungssäfte eine gewisse Rolle bei der Entstehung und namentlich bei dem

Einwurzeln der hysterischen Nahrungsverweigerung, deren Entwicklung jedoch vor allem durch die früher besprochene Erschütterung der natürlichen Triebe begünstigt wird.

Die Ernährung der Hysterischen hat vielfach mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen. Es gibt zwar Kranke genug, deren Nahrungsaufnahme und Kräftezustand nichts zu wünschen übrig lassen, doch kann einerseits die Neigung zum Erbrechen, sodann die hysterische Launenhaftigkeit in der Auswahl und Ablehnung der Speisen, endlich aber ein triebartiges, eigensinniges, mitunter auch auf hypochondrische Vorstellungen oder Mißempfindungen sich stützendes Widerstreben gegen die Nahrungsaufnahme überhaupt Zustände allerhochgradigster Entkräftung herbeiführen. Es gibt Kranke, die viele Monate und selbst Jahre hindurch nur soviel Nahrung, gewöhnlich in flüssiger Form, zu sich nehmen, daß ihr Lebensflämmchen gerade noch glimmend erhalten bleibt. Auch der Schlaf ist in der Hysterie sehr häufig schwer gestört. Außerordentlich verbreitet ist die Unfähigkeit, einschlafen zu können, die einerseits zu immer längerem Aufbleiben und allerlei nächtlicher Tätigkeit, Musizieren, Aufsuchen von Zerstreuungen, Schreiben, Lesen im Bett, verführt, andererseits aus diesen Verkehrtheiten der Lebensführung neue Nahrung zieht. Die Kranken entschließen sich erst spät in der Nacht, die Ruhe aufzusuchen, und bringen dafür den halben nächsten Tag im Bette zu. Oft wird der Schlaf durch innere Unruhe, Beängstigungen, Herzklopfen und schwere Träume gestört; die Kranken sprechen im Schlafe, knirschen mit den Zähnen, schrecken plötzlich auf, schreien. Manchmal kommt es, wie früher erwähnt, zu nächtlichen deliriösen Sinnestäuschungen im Halbschlummer, vorzugsweise bei jugendlichen Kranken auch zum Nachtwandeln. —

Auf der Grundlage der allgemeinen hysterischen Krankheitserscheinungen können sich jederzeit jene rasch sich entwickelnden und nach kürzerer oder längerer Frist wieder schwindenden Störungen einstellen, die man als „Anfälle“ zu bezeichnen pflegt. Eine scharfe Abtrennung von den dauernden hysterischen Krankheitszeichen ist allerdings nicht durchführbar. Sehr viele der bisher besprochenen Abweichungen können ebenfalls nach Art der Anfälle kommen und gehen; sie schließen sich auch tatsächlich vielfach an Anfälle an oder hören mit ihnen auf. Dennoch pflegen sie

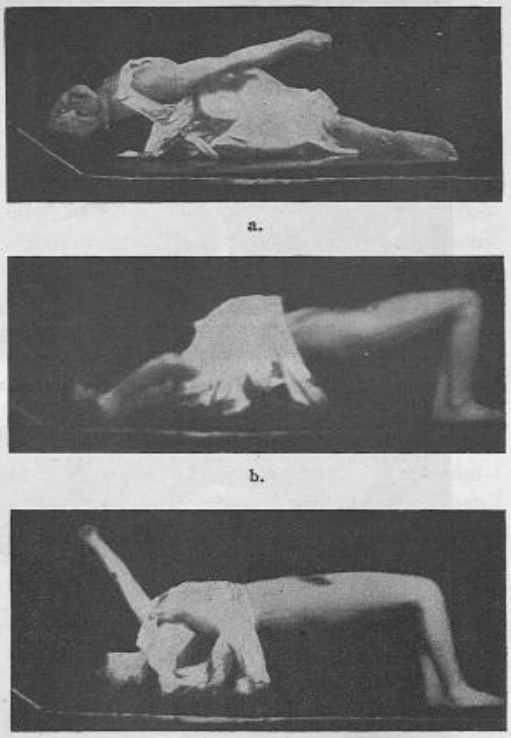
im allgemeinen weit länger und anhaltender das Krankheitsbild zu begleiten, als die Anfälle. Was dagegen diese letzteren einigermaßen kennzeichnet, ist, wie wir mit Binswanger annehmen können, der sie begleitende veränderte Bewußtseinszustand, der von leichtester Umnebelung bis zu völliger Bewußtlosigkeit alle Grade der Trübung aufweisen kann. Auch hier könnte noch der Einwand erhoben werden, daß namentlich einige der früher erwähnten krampfartigen Bewegungen und Triebhandlungen ebenfalls häufig mit Bewußtseinstrübung einhergehen. Wo das nachweisbar ist, werden wir in der Tat von Anfällen sprechen dürfen, und wir werden dabei die angeführten Störungen in enger umgrenzte Zeitabschnitte sich zusammendrängen sehen. Nur wird man im Auge behalten müssen, daß dieselben Krankheitserscheinungen ein anderes Mal ohne anfallsartige Anordnung dauernd das Krankheitsbild begleiten können.

Die Gruppierung der hysterischen Anfälle stößt wegen der großen Mannigfaltigkeit ihrer Gestaltung auf sehr erhebliche Schwierigkeiten. Dennoch werden wir zunächst diejenigen Formen abtrennen können, bei denen unter mehr oder weniger tiefer Bewußtseinstrübung körperliche Reizungs- oder Lähmungserscheinungen das Krankheitsbild beherrschen; eine zweite Hauptgruppe wäre dann durch das Auftreten ausgeprägter psychischer Störungen gekennzeichnet. Die Schilderung der ersteren Gruppe wird am zweckmäßigsten an die Betrachtung des gewöhnlichen hysterischen Krampfanfalles anknüpfen, der wohl so ziemlich die häufigste aller hysterischen Anfallsformen überhaupt darstellt.

Dem Auftreten des Anfalls gehen bisweilen allerlei Vorboten schon einige Zeit voraus, Unbehagen, innere Unruhe, auffallende Lustigkeit oder Verstimmung, gesteigerte Reizbarkeit, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Beklemmungsgefühle. Der Anfall selbst kann mit einer Aura beginnen, die meist in Mißempfindungen besteht, Kitzelgefühl, Pelzigsein in den Händen, Kriebeln in den Beinen, wie von einem elektrischen Strome, Stechen in der Seite, Zusammenziehen und Drücken in der Magengegend, aufsteigender Hitze „wie zum Ersticken"; ferner können sich Angst, Schwächegefühl, Schwindel, Übelkeit, Doppelsehen einstellen. Ein Kranker hatte das Gefühl, wie wenn er „aus Wachs" sei, eine Kranke, „wie wenn ein Hammer auf sie niederdrücke". Alles dreht sich; dem

Kranken wird schwarz vor den Augen; das Bewußtsein trübt sich, und er sinkt zu Boden, in der Regel, ohne sich dabei zu verletzen.

Der weitere Verlauf des Anfalles kann sich nunmehr sehr verschieden gestalten. Meist liegen die Kranken zunächst 1—2 Minuten still; dabei bestehen Spannungen im ganzen Körper oder in einzelnen Muskelgruppen, Streckkrämpfe, starre, absonderliche Haltungen der Glieder. Sodann beginnen gewöhnlich leichte, sich rasch verstärkende Zuckungen im Gesicht, am Kopfe, den Armen und Beinen, Schüttelbewegungen, Schleudern, Umsichschlagen und vielfach eine wirre, abwechselungsreiche Folge der wildesten motorischen Entladungen. Die Kranken verdrehen und verrenken die Glieder (Fig. 278a) zu den absonderlichsten Stellungen, strekken sich, krümmen sich nach hinten oder vorn zusammen, werfen, wälzen und rollen sich herum, strampeln, stampfen, stoßen, schlagen um sich; sie schnellen sich in die Höhe, wippen mit dem Becken, bäumen sich auf, so daß sie schließlich nur noch mit Fußsohlen und Hinterhaupt den Boden berühren („arc de cercle", Fig. 278b und c), schlagen Purzelbäume. Die Augen sind dabei geschlossen oder weit aufgerissen, starr in die



a.

b.

Fig. 278a—c. Stellungen im hysterischen Anfall.

Ferne gerichtet (Fig. 279), in äußerster Konvergenzstellung, oder nach oben, in eine Ecke der Lidspalte geflohen; sie werden herumgerollt, verdreht. Die Gesichtszüge sind gespannt; die Zunge wird

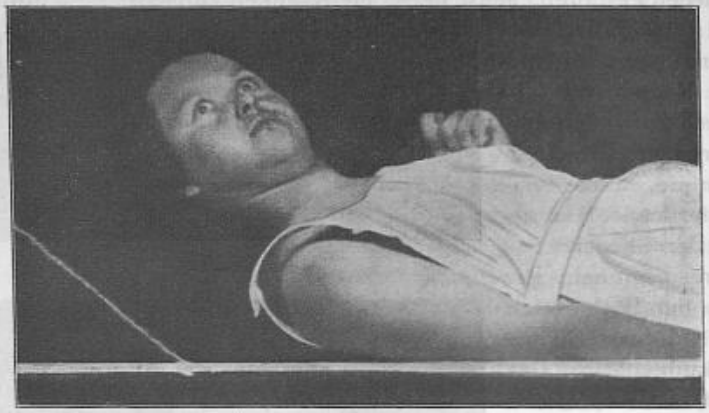


Fig. 279. Gesichtsausdruck im hysterischen Anfalle.



Fig. 280. Ausstrecken der Zunge im hysterischen Anfalle.

bisweilen weit vorgestreckt (Fig. 280). Die Atmung ist beschleunigt, krampfhaft, öfters durch Stillstände in äußerster Exspirationsstellung unterbrochen; die Kranken stöhnen, ächzen, keuchen, röcheln, stoßen unartikulierte Laute oder durchdringende Schreie

aus, schäumen auch bisweilen, schlucken Luft. Hier und da beißen sie sich in Zunge oder Lippen. Der Puls pflegt beschleunigt zu sein. Die Pupillenreaktionen können im Anfall erhalten sein. Nicht selten aber erscheinen die Pupillen starr; sie sind dann in der Regel sehr weit. Es handelt sich dabei nach Bumkes Darlegungen um eine krampfartige Steigerung der Hemmungen des Sphinkterentonus, wie sie der Erweiterung der Pupille durch psychische Reize zugrunde liegen. Seltener sind die Pupillen bei mittlerer oder sehr geringer Weite lichtstarr. Da zugleich Akkommodationskrampf und in der Regel auch Strabismus convergens besteht, muß hier ein Sphinkterenkrampf angenommen werden. Die Empfindlichkeit für Sinnesreize kann erloschen sein. Häufiger jedoch macht man die Beobachtung, daß die Kranken bei kräftigen Eingriffen zusammenzucken, ausweichen, sich herumwälzen. Hier und da geht Harn ab.

Zwischen die angeführten, sinn- und ziellosen Entladungen schieben sich im Verlaufe des Anfalles sehr gewöhnlich noch andere ein, die Ausdrucksbewegungen darstellen oder in einer gewissen Beziehung zur Umgebung stehen. Die Kranken schneiden Gesichter, fahren schreckhaft zusammen, zeigen einen zornigen, ängstlichen, verzückten Gesichtsausdruck; sie springen auf, reißen sich Haare aus, beißen sich, weinen, stoßen Wutschreie, Schimpfworte, Hilferufe, Verwünschungen aus; sie blicken starr um sich, drängen blind fort, klammern sich an, kratzen, schlagen zu, greifen an, klettern, nesteln, suchen herum, haschen, greifen. Man kann sich dabei meist leicht überzeugen, daß die Kranken, wenn auch unklar und bruchstückweise, äußere Eindrücke wahrzunehmen und zu verarbeiten vermögen. Bei einem Kranken, der sich mit größter Gewalt im Polsterbette in die Höhe schnellte, wurden die Anstrengungen sofort erheblich verstärkt, als ich versuchte, durch Überspannen einer Wolldecke die Gefahr des Hinausschleuderns zu verringern, und sie ließen nach, sobald auf dieses Hilfsmittel verzichtet wurde. Äußerungen der Umgebung können bisweilen das Verhalten der Kranken deutlich beeinflussen. Oft genug ist es auch möglich, durch bestimmte Eingriffe, Anspritzen oder Übergießen mit kaltem Wasser, ein kühles Bad, den faradischen Pinsel, Druck auf einen krampfhemmenden, „spasmophrenen" Punkt, den Anfall plötzlich zu beenden oder doch erheblich abzukürzen. Weiterhin ist bemerkenswert, daß sich die Kranken trotz der oft außer-

ordentlichen Heftigkeit ihrer Bewegungsäußerungen doch nur sehr selten ernstere Verletzungen zuziehen. Wir können aus diesen und ähnlichen Beobachtungen den Schluß ziehen, daß im hysterischen Anfalle das Bewußtsein vielfach nur getrübt, aber nicht erloschen ist; wahrscheinlich ist seine Helligkeit vielfachen Schwankungen unterworfen.

Die Dauer des Anfalls zeigt sehr große Verschiedenheiten. In der Regel erstreckt sich die einzelne Gruppe von Störungen etwa über 10—15 Minuten. Dagegen pflegt der Anfall ganz gewöhnlich nach kurzer Ruhepause mit oder ohne Klärung des Bewußtseins in gleicher oder abgeänderter Form von neuem zu beginnen, ein Vorgang, der sich noch eine Reihe von Malen wiederholen kann. Auf diese Weise verlängert sich der Anfall sehr häufig auf $^1/_2$ bis 1 Stunde, öfters auch auf 2—3, ja hier und da auf 5—6 Stunden; eine meiner Kranken lag 29 Stunden im Anfall. In solchen Fällen kann man, wenn man will, von einem Status hystericus sprechen, dem indessen durchaus nicht die gefahrdrohende Bedeutung zukommt, wie dem Status epilepticus. Da die Anfälle sich unter Einschiebung kurzer freier Zwischenzeiten ganz außerordentlich oft wiederholen können, ist eine scharfe Grenze zwischen Anfallsreihen und gehäuften Einzelanfällen kaum zu ziehen; solche Häufungen können wochenlang fortdauern.

Die Lösung der Anfallserscheinungen geschieht in der Regel allmählich. Die Entladungen werden schwächer; die Spannungen lassen nach; die Atmung beruhigt sich; der Kranke reckt sich, öffnet die Augen, blickt um sich, beginnt deutlicher auf äußere Eindrücke zu reagieren. Bisweilen besteht noch eine gewisse Unbesinnlichkeit und Verwirrtheit; meist sind die Kranken müde, abgeschlagen, schwerfällig, öfters mürrisch, ablehnend oder gereizt, verkriechen sich, geben keine Antwort, um erst allmählich ihr natürliches Verhalten wiederzugewinnen. Die Erinnerung an den Anfall und oft auch an die ihm kurz vorhergehenden Vorfälle ist vielfach ganz ausgelöscht oder doch unklar und lückenhaft.

Eine weit reichere Ausgestaltung, als dieses, dem gewöhnlichen hysterischen Anfalle entsprechende Bild, zeigt der „große" Anfall, wie er von Charcot und seinen Schülern, namentlich Richer und Gilles de la Tourette, geschildert worden ist. Er beginnt nach Vorläufern und Aura mit einem ersten, „epileptoiden" Ab-

schnitte, der sich wieder in einen tonischen und einen klonischen Unterabschnitt gliedert. Im ersteren treten zunächst noch einzelne langsame Bewegungen in den erstarrenden Gliedern auf, Beugungen, Streckungen, Drehungen; dann folgt eine allgemeine starre Spannung, die plötzlich in rasche Zuckungen des ganzen Körpers oder einzelner Körperabschnitte übergeht, dann aber zur Erschlaffung führt. Nunmehr beginnt der zweite Hauptabschnitt, derjenige des „Clownismus". Er ist gekennzeichnet durch Verdrehungen und Verkrümmungen des gespannten Körpers und durch sinnlose Stellungen, die er einnimmt („attitudes illogiques"). Ihm folgen die großen Bewegungen („grands mouvements"). Die Kranken beugen und strecken sich, wälzen sich herum, treten, schlagen und schleudern mit den Armen, alles mit großer Gewalt und Schnelligkeit, öfters in vielfacher Wiederholung. Der dritte Abschnitt ist erfüllt von leidenschaftlichen Körperhaltungen und Gebärden („attitudes passionelles"). Hier bieten die Kranken Ausdrucksbewegungen dar, in denen sich das halluzinatorische Erleben aufregender Vorgänge widerspiegelt, vielfach derjenigen, die den Anlaß zum ersten Ausbruche des Leidens gegeben haben. Sie fliehen, verteidigen sich, wehren ab, sind in Verzweiflung, können im Eingange auch heitere Erlebnisse, Liebesabenteuer durchmachen. Den Abschluß bildet endlich ein unter Umständen Stunden und Tage dauernder deliranter Zustand, in dem die Kranken bei etwas sich aufhellendem Bewußtsein die Umgebung illusionär verkennen und unter lebhafter, meist auch sprachlicher Erregung allerlei wechselnde Bilder, namentlich Tiere, vor sich sehen, ihre Vergangenheit an sich vorüberziehen lassen, sich mit sich selbst beschäftigen. Zugleich pflegen allgemeine oder örtliche Kontrakturen zu bestehen.

Dieser große hysterische Anfall hat durch die meisterhaften, bis in die feinsten Einzelheiten gehenden Beschreibungen der französischen Forscher eine gewisse Berühmtheit erlangt. Man nahm einmal an, daß sein Ablauf und das Auftreten der einzelnen körperlichen und psychischen Krankheitserscheinungen durch eine innere Gesetzmäßigkeit beherrscht sei, sodann, daß diese vollkommene Form des hysterischen Anfalles das Vorbild für alle übrigen Gestaltungen darstelle, die sich aus ihm durch Abkürzung, Abschwächung und Unterdrückung dieser oder jener Abschnitte ableiten ließen. Beide Annahmen dürfen heute als überwunden gelten.

Die großen Anfälle, die zu Charcots Zeit in der Salpétrière häufig und in vollkommenster Ausbildung beobachtet werden konnten, gehören außerhalb jener Umgebung zu den größten Seltenheiten; sie verschwinden vollständig gegenüber der ungeheuren Zahl „gewöhnlicher" Hysterien, und sie sind zudem weit davon entfernt, mit der geschilderten Regelmäßigkeit abzulaufen, wenn auch bald diese, bald jene einzelnen Bestandteile wiederkehren, die unverkennbar jenem Bilde entsprechen. Es ist in der Tat längst erkannt worden, daß der vorbildliche große hysterische Anfall das Ergebnis einer Züchtung gewesen ist, wie sie sich auf dem empfänglichen Boden der Hysterie unter dem Einflusse der eifrigen ärztlichen Beobachtung nach einzelnen, besonders ausgezeichneten Mustern entwickelte. Gerade darum werden wir ihn auch nicht als das Urbild, sondern eher als eine monströse Form des hysterischen Anfalles betrachten dürfen.

Dennoch dürfen wir vielleicht ganz allgemein an der Vorstellung festhalten, daß die verschiedenen Gestaltungen des hysterischen Anfalles, ähnlich wie wir es bei der Epilepsie annahmen, gewissermaßen Abwandlungen eines und desselben Vorganges darstellen. Versuchen wir unter diesem Gesichtspunkte die weitere Gruppierung, so können wir zunächst Formen von Anfällen auffinden, in denen die Bewußtseinstrübung eine verhältnismäßig geringe ist. Die Krampferscheinungen können dabei denjenigen des voll entwickelten Anfalles gleichen oder mildere Formen annehmen. Im ersteren Falle fallen die Kranken zu Boden, krampfen die Hände ein, drücken sie gegen den Leib, ziehen die Beine an, verdrehen die Augen, werden starr am ganzen Körper, zucken mit den Gliedern, nehmen aber wahr, was um sie herum vorgeht, verstehen das Gesprochene, vermögen sich jedoch nicht zu regen und nicht zu antworten, so daß Zustände von „Starrkrampf" mit geringer Bewußtseinstrübung entstehen. Andere Kranke schimpfen dabei, lachen, schlagen um sich, wälzen sich herum. Bisweilen entwickelt sich auch ausgeprägte Befehlsautomatie mit wächserner Biegsamkeit und Echopraxie. Weiterhin können sich die Krampferscheinungen auf einfaches Starrwerden des Körpers und des Blickes mit Zähneknirschen, auf tetanieartiges Zusammenziehen der Arme ohne Umfallen beschränken, oder es stellt sich ein allmählich sich ausbreitendes Zittern mit oder ohne Atmungsbehinderung und Beklemmungsgefühl

ein. Ein Kranker wurde plötzlich von einem „toten Gefühl" befallen und konnte dann die Glieder nicht regen; einem anderen wurde es heiß, und er schlug dann um sich, ohne das Bewußtsein zu verlieren. Hierhin wären auch die nicht seltenen „Herzkrämpfe" zu rechnen, die Anfälle von Atemnot und Herzklopfen mit Todesangst, ferner die Magenkrämpfe, das Gefühl von Übelkeit mit Brechneigung.

Auf der anderen Seite stehen diejenigen Anfälle, in denen die krampfartigen Störungen gänzlich hinter der Bewußtseinstrübung zurücktreten. Das Musterbeispiel dafür ist die bei Hysterischen so außerordentlich häufige Ohnmacht, der „synkopale" Anfall. Die Kranken erblassen und sinken unter Erschlaffung aller Glieder zu Boden, liegen einige Zeit hindurch mit geschlossenen Augen ruhig und unempfindlich gegen äußere Einwirkungen da, um dann rasch wieder zu sich zu kommen. Den Übergang zu den Krampfanfällen bilden diejenigen Beobachtungen, in denen die Kranken bei der Ohnmacht steif werden oder ein wenig um sich schlagen. Als eine Art verlängerter Ohnmacht lassen sich die „lethargischen" Anfälle ansehen, in denen wir es mit schlafähnlichen Bewußtseinstrübungen zu tun haben. Bei den einfachsten Formen nehmen die Gesichtszüge der Kranken plötzlich den Ausdruck der Ermüdung an; die Augen schließen sich; der Kopf sinkt herab; die Glieder werden schlaff, und die Kranken scheinen mit tiefen, regelmäßigen Atemzügen zu schlafen. Meist erwachen sie nach kurzer Zeit von selbst wieder, oder es gelingt, sie durch kräftige Reize zu erwecken. Sie sind dann zunächst noch schlaftrunken, blicken beim Erwachen verstört um sich, geben verwirrte Antworten und wissen gar nicht, wie alles gekommen. Manchmal werden die Kranken irgendwo, auf dem Speicher, im Abort, schlafend aufgefunden. Derartige Beobachtungen erinnern an die Fälle mit weitgehender hysterischer Einschränkung aller Sinneswahrnehmungen, in denen oft schon die einfache Absperrung der noch gebrauchsfähigen Sinneswerkzeuge das Versinken in stundenlangen Schlaf herbeiführt. Hier und da spielen sich solche Schlafanfälle auch im Stehen ab; die Kranken stehen plötzlich starr da und schlafen für wenige Minuten ein. Auch in den natürlichen Schlaf können sie sich einschieben und werden dann von den Kranken an der ihnen folgenden Benommenheit und Abgeschlagenheit erkannt. Einer meiner Kranken

war bisweilen morgens ganz steif und konnte nicht erweckt werden. Die Schlafanfälle sind meist von kurzer Dauer, können sich aber sehr häufig wiederholen. Donath sah 207 Anfälle in 109 Tagen auftreten.

Eine weitere Ausbildung erfahren die lethargischen Zufälle dadurch, daß die Kranken längere Zeit hindurch wie in tiefster Ohnmacht daliegen, auf keine Weise zu erwecken sind, auf keine Reize reagieren, keine Nahrung zu sich nehmen und unter sich gehen lassen. Die Haut ist dabei kühl und blaß, bisweilen auch etwas cyanotisch. Puls und Atmung sind verlangsamt und abgeschwächt; sie können in einzelnen Fällen derart darniederliegen, daß der Anschein des Scheintodes entsteht. Die Pupillen sind weit. Ein leises Vibrieren in den Augenlidern, manchmal auch Spannungszustände in einzelnen Muskelgruppen können als Andeutung von Krampfzuständen betrachtet werden. Hier und da schieben sich auch wirkliche Krampfanfälle in den Stuporzustand ein oder bringen ihn zum Abschlusse. Die Dauer dieser Lethargie kann sich über Wochen und selbst Monate erstrecken; ist sie noch länger, so wird man mit der Wahrscheinlichkeit eines katatonischen Stupors zu rechnen haben. Das Bewußtsein ist traumhaft getrübt, doch sind manche Kranke imstande, äußere Eindrücke aufzufassen. Eine Kranke berichtete, sie sei „wie tot" gewesen; sie war matt, hatte kein Gefühl, erkannte niemanden, lag wie im Traum, konnte nicht sprechen. Hier bestehen Übergänge zu den Starrkrämpfen mit leichterer Bewußtseinstrübung. Vorübergehend können die Kranken etwas klarer erscheinen; sie legen sich zurecht, richten sich auf, gehen auch wohl aus dem Bette, weinen, murmeln einige unverständliche Worte, um bald wieder in den früheren stuporösen Zustand zurückzuverfallen. Die Erinnerung an die Zeit des Anfalls ist meist vollständig erloschen, oder es haften nur noch einzelne verworrene Traumbilder, hier und da auch wirkliche Wahrnehmungen.

In den leichtesten, sehr häufigen Formen der Anfälle kann sich die Bewußtseinstrübung auf eine rasch vorübergehende Benommenheit beschränken. Den Kranken schwimmt es vor den Augen; sie haben ein ohnmachtartiges Gefühl; sie werden blaß oder sie merken, wie ihnen das Blut in den Kopf steigt, fühlen sich schwindlig, hinfällig, unbesinnlich, unklar. Nach einer oder wenigen Minuten ist jedoch alles wieder vorüber. Bisweilen gesellen sich Andeutungen

von motorischen Störungen hinzu, Schwäche in den Knien, Zusammenbeißen der Zähne, Beschleunigung der Atmung, Herzklopfen.

Die zweite große Hauptgruppe der hysterischen Anfälle wird von den Dämmerzuständen gebildet. Es handelt sich hier um Zustände von Bewußtseinstrübung mit deliranten Störungen der Wahrnehmung und des Handelns. Ihre Betrachtung wird am besten anknüpfen an die bei Hysterischen nicht seltenen Erscheinungen des Nachtwandelns oder Somnambulismus Als Vorstufen desselben können wir die unruhigen Träume, das Zähneknirschen, Sprechen und Aufschreien im Schlafe betrachten. Ein Kranker träumte häufig, daß er sich in fremden Ländern, in Afrika, befinde, von Wilden überfallen werde, schwere Kämpfe bestehe. Beim ausgeprägten Nachtwandeln erheben sich die Kranken aus ihrem Bette, kramen mit den Bettstücken herum, raufen mit ihnen, öffnen das Fenster, sehen hinaus, machen Licht, gehen mit geschlossenen oder halbgeöffneten Augen im Zimmer oder selbst im ganzen Hause herum, rütteln an der Türe, verrichten allerlei, oft ganz geordnete, bisweilen aber auch unsinnige Handlungen (Zerreißen von Kleidern, Zertrümmern des Nachtgeschirrs, Verstecken oder Hinauswerfen von Gegenständen). Eine Kranke weckte die Kinder; eine andere nahm einen Stuhl mit ins Bett. Nach einiger Zeit legen sich die Kranken wieder nieder, um am anderen Morgen mit dumpfem Kopfe und meist ohne Erinnerung an das Geschehene zu erwachen. Nicht selten ist es möglich, sie durch Anreden oder doch durch stärkere Reize (Kälte, Stechen, Kneifen) aus ihrem Zustande zu erwecken.

Manchmal stellen sich schon beim Einschlafen Verwirrtheitszustände ein; die Kranken reden verkehrt, lachen „komisch", phantasieren. Auch Erregungen können in der Nacht auftreten. Die Kranken werden unruhig, schwatzen, deklamieren, fallen aus dem Bette, tanzen, springen herum, klatschen in die Hände, schreien, lachen. Endlich wären unter den nächtlichen Anfällen noch die schon früher erwähnten, halb traumhaften, deliriösen Erlebnisse anzuführen. Die Kranken sehen ihre Mutter an das Bett treten, den Verführer, der sie auffordert, mit ihm zu gehen, da sie ihm gehören. Männer mit Schlapphüten und blutroten Mänteln wollen sie mit Ketten in ein öffentliches Haus schaffen, wie sie es verdienen.

Das verstorbene Kind liegt im Bett; der Geist des Vaters zeigt sich am Fenster, erscheint als Mephistopheles; ein Männergesicht an der Decke befiehlt ihnen, aus dem Hause zu gehen, weil es verflucht sei. Der Teufel mit Hundsschnauze taucht auf; weißgekleidete Männer ohne Köpfe steigen ins Fenster.

Die in das wache Leben sich einschiebenden Dämmerzustände zeigen eine noch weit größere Mannigfaltigkeit, so daß es schwer ist, eine befriedigende Darstellung von ihnen zu geben, um so mehr, als die einzelnen Formen vielfach ineinander übergehen. Eine erste Gruppe ist durch ihre Verbindung mit lebhaften Erregungszuständen gekennzeichnet, sie stellt gewissermaßen eine zum hysterischen Dämmerzustande verzerrte Gemütsbewegung dar. Die Kranken fassen Einzelheiten ziemlich gut auf, sind aber unklar über ihre Umgebung, verkennen die Personen, haben keine rechte Vorstellung von ihrer Lage. Illusionäre Wahrnehmungsverfälschungen scheinen häufig zu sein. Öfters werden von den Kranken einzelne Wahnvorstellungen geäußert, man wolle sie vergiften, jemand sei ihnen mit dem Revolver nachgelaufen, die Mitkranken haben sie geschimpft. Die Färbung der Stimmung ist sehr wechselnd. Die Kranken sind bald mürrisch, gereizt, unzugänglich, bald heiter, verzückt, erotisch. Regelmäßig aber besteht eine außerordentliche Erregbarkeit. Mit oder ohne äußeren Anstoß entwickeln sich unversehens die heftigsten Ausbrüche. Die Kranken weinen, schreien, brüllen, reißen Bilder von der Wand, zerstören, schlagen Scheiben ein, werfen mit Gegenständen, donnern an die Türe, drängen hinaus, werden gewalttätig; sie schimpfen und drohen, singen mit verklärtem Ausdrucke, schneiden Gesichter, tanzen herum, wälzen sich im Bette, lassen sich hinausfallen, schlagen mit dem Kopfe auf den Boden. Zeitweise äußern sie lebhafte Angst, klagen über Beklemmungsgefühle, rufen nach der verstorbenen Mutter. In der Regel dauern die Erregungszustände nur kurze Zeit, höchstens einige Stunden, aber sie wiederholen sich sehr häufig, selbst viele Male im Verlaufe von Tag und Nacht. In den Zwischenzeiten sind die Kranken ruhiger, etwas klarer, aber schwerfällig, unbesinnlich, bald zugänglich, bald ablehnend, gespannt, um beim geringsten Anlasse plötzlich wieder loszubrechen. Derartige Erregungszustände können sich im Anschlusse an einen bestimmten Anlaß entwickeln und schon am nächsten oder übernächsten Tage wieder schwinden.

Der unberechenbare Wechsel zwischen ruhigeren Zeiten und unbändigen Ausbrüchen kann sich aber auch über viele Wochen, ja Monate erstrecken, bis endlich eine dauernde Abnahme der Reizbarkeit und Rückkehr der Klarheit und Ordnung im Denken und Handeln eintritt.

Sehr nahe verwandt mit der geschilderten, ungemein häufigen Form sind die vorzugsweise bei jugendlichen Kranken beobachteten Dämmerzustände mit läppischer Färbung[1]). Die Kranken sind unklar über ihre Umgebung, halb träumerisch, halb neugierig und sehr ablenkbar, verkennen die Personen. Ihre Stimmung ist ausgelassen heiter, oft erotisch; sie lachen viel und laut, spielen auf ihre Liebesabenteuer an, singen, tanzen herum, scherzen; eine Kranke behauptete, himmelblaue Hunde, fliegende Schneebälle, rote Mäuse und gelbe Krebse zu sehen. Dazwischen aber werden sie auch leicht gereizt, schimpfen, kratzen, beißen, schlagen die Mitkranken. Sie zeigen eine lebhafte Unruhe, suchen davon zu laufen, verkriechen sich, schlagen Purzelbäume, machen sonderbare Bewegungen mit den Händen, suchen in die Höhe zu klettern, tollen herum „aus Viehcherei", wie eine Kranke sagte. Sie duzen alle Welt, geben verkehrte, schnippische Antworten, machen Witze. Oft begehen sie allerlei törichte und mutwillige Streiche, werfen alles in die Ecke, legen sich in fremde Betten, schütten Wasser in die Schuhe, zeigen die Zunge, schmücken sich aus. Eine Kranke, deren Anfälle durch den Schreck vor einer Katze ausgelöst worden waren, miaute wie eine Katze; andere krähen, bellen, laufen auf allen Vieren. Eine Kranke hätschelte ihr Kopfkissen wie ein Wickelkind; eine andere streichelte und fütterte ihren in ein Tuch eingewickelten Pantoffel und pflückte Blumen auf den Betten; eine dritte rief immer: „Zu meiner Mutter möcht' ich!"

Das Benehmen der Kranken erinnert daher vielfach an dasjenige eines ungezogenen, albernen Kindes. Dem entspricht es, daß sie behaupten, ihren Namen nicht zu wissen, noch nicht schreiben zu können, ein kindliches Alter angeben, eine unbeholfene Sprache reden, auch die einfachsten Rechnungen ganz falsch ausführen. Dadurch entsteht jenes Zustandsbild, das man als „Puerilismus" bezeichnet hat, und das in ganz ähnlicher Weise durch die Hypnose erzeugt werden kann. Eine Vorstellung von diesem kindischen Gebahren

[1]) Sträussler, Jahrb. f. Psychiatrie XXXII, 1.

mag die Fig. 281 geben. Die Kranke hat sich mit Hilfe von Bettlaken, Taschentüchern, Handtüchern und Zeitungspapier in abenteuerlichster Weise herausstaffiert; zwei Schuhe sind seitlich am Kopfe festgebunden. Die Dauer solcher Zustände beträgt in der Regel nur einige Stunden oder höchstens Tage; sie können durch



Fig. 281. Kranke im hysterischen Dämmerzustande.

einen Krampfanfall eingeleitet oder abgeschlossen werden. Auch diese Anfälle pflegen sich jedoch häufig zu wiederholen. In den Zwischenzeiten sind dann die Kranken oft völlig umgewandelt, still, gedrückt, wortkarg; sie haben meist gar keine oder nur eine sehr dunkle Erinnerung an den Dämmerzustand.

Eine weitere Form von Dämmerzuständen verläuft als ein-

fache, rasch vorübergehende Bewußtseinstrübung mit Verwirrtheit, ohne sonstige auffallendere Erscheinungen. Meist im Anschlusse an eine Gemütsbewegung werden die Kranken unklar, verlieren das Verständnis für ihre Umgebung und führen auch vielfach Handlungen aus, über die sie sich nachher keine Rechenschaft zu geben vermögen. Sie verrichten ihre Obliegenheiten verkehrt, machen grobe Fehler beim Kochen, verirren sich auf dem gewohnten Wege, gehen eine falsche Treppe, laufen planlos herum, stoßen mit den Leuten auf der Straße zusammen, sitzen wie abwesend da, starren vor sich hin, begeben sich eine Nacht nicht ins Bett. Ein Kranker gab an, er sei manchmal irgendwo, ohne zu wissen, wie er dahin gekommen sei; ein anderer wurde nackt und bewußtlos auf der Straße aufgefunden; ein dritter lag in den Anlagen auf dem Bauche und gab einen ganz verkehrten Namen an. Eine Kranke fuhr im Faschingskostüm von Regensburg nach München, ohne es zu wissen; eine andere wurde auf dem Friedhofe angetroffen, im Begriffe, ein Grab zu graben; sie behauptete, ein ihr bekannter Arzt liege dort begraben. Gar nicht selten werden in solchen Zuständen auch unüberlegte Selbstmordversuche begangen. Die Kranken sind dabei in der Regel verwirrt, können auf die einfachsten Fragen keine Antwort geben, wissen ihren Namen nicht, reden überhaupt nicht. Die Dauer solcher Zustände ist gewöhnlich eine kurze; die Kranken kommen nach einigen Minuten, längstens nach Stunden, wieder zu sich. Meist handelt es sich um gelegentliche und vereinzelte Vorkommnisse, die keine besondere Neigung zu gehäuftem Auftreten erkennen lassen.

Ganz ähnliche, aber leichtere und länger andauernde Bewußtseinstrübungen dürften dem hysterischen Wandertriebe zugrunde liegen. Die Kranken unternehmen mit oder ohne Anlaß abenteuerliche und zwecklose Reisen, treten unter falschem Namen auf, verbrauchen viel Geld, spielen sich auf und führen allerlei unbegreifliche Streiche aus. Ein Kranker stellte sich als Polizeibeamter vor und begann Nachforschungen nach einem angeblichen „Müller"; andere geben sich den Anschein von Ärzten, Offizieren, Staatsanwälten, begehen Zechprellereien und Schwindeleien. Da es sich hier regelmäßig um krankhaft minderwertige Persönlichkeiten handelt, werden wir dieser Störungen später eingehender zu gedenken haben.

Dem Nachtwandeln verwandt sind die nunmehr zu besprechenden

Dämmerzustände mit traumhafter Benommenheit. Die Kranken sind ganz unklar, versunken, fassen nicht auf, was um sie herum vorgeht, werden anscheinend von einzelnen Sinnestäuschungen und verworrenen Wahnvorstellungen beherrscht, soweit man das aus ihrem Benehmen und ihren abgerissenen Äußerungen entnehmen kann. Sie haben keine Ahnung, wo sie sich befinden, glauben sich in ihrer Wohnung, im Himmel, in der Hölle, im Gefängnis, fahren im Automobil, zu beiden Seiten den Satan. Sie sehen Gespenster, Gesichter, eine kleine schwarze, zusammengekauerte Gestalt, schwarze Kisten mit vielen schwarzen Schlössern, Flammen. Das Bett versinkt; sie stehen bis an den Hals im Wasser; alles kocht. Draußen wird gesprochen, ihr Name gerufen; man lacht sie aus, schimpft sie, will sie erwürgen; Gott und die verstorbene Mutter reden. Die Kranken sind ratlos, ängstlich, schrecken zusammen, fahren plötzlich auf, seufzen, sprechen leise, undeutlich vor sich hin; eine Kranke bat, man solle ihr die heißen Tücher fortnehmen; es sei aus, vorbei. Dazwischen schiebt sich hier und da krampfhaftes Weinen oder Lachen.

Haltung und Benehmen zeigen in der Regel eine gewisse Gebundenheit. Die Kranken starren mit finsterem oder ängstlichem Ausdrucke vor sich hin, gehen mit verschränkten Armen oder gestikulierend langsam auf und ab; sie beachten ihre Umgebung nicht, lassen sich auch durch äußere Störungen nicht beirren, geben keine Antwort, befolgen keine Aufforderung, blicken höchstens einmal erstaunt auf. Öfters besteht ausgesprochene wächserne Biegsamkeit. Bisweilen ergreifen die Kranken, was ihnen gerade in die Augen fällt, das Stethoskop des Arztes, Badetücher, Strümpfe, Kleidungsstücke, um sie in irgendeinem Winkel oder in ihrem Bette zu verstecken. Auch Brandstiftungen kommen vor; eine meiner Kranken sah ganze Berge von Papier vor sich, durch deren Anbrennen sie die Vernichtung ihres Anwesens und ihres Wohlstandes herbeiführte. In einzelnen Fällen werden die Kranken lebhafter, rutschen auf dem Boden herum, kriechen unter das Bett, suchen nach ihren Kindern, reden die Personen der Umgebung mit verkehrten Namen an, werden gereizt und ablehnend. Hier finden sich fließende Übergänge zur nächsten Form.

Die Dauer dieser Dämmerzustände pflegt sich nur über wenige Stunden, höchstens über 1—2 Tage zu erstrecken; je länger sie sich

hinziehen, desto mehr treten neben der traumhaften Benommenheit delirante Züge hervor, desto mehr stellen sich Beziehungen zwischen den Kranken und den Eindrücken der Umgebung her. Während es bei den rasch verlaufenden Anfällen bisweilen auch durch die stärksten Reize nicht möglich ist, die Kranken aus ihrer Versunkenheit abzulenken oder gar zu erwecken, werden diese bei längerer Dauer zugänglicher und geordneter. Das Erwachen geschieht dort immer ziemlich plötzlich, öfters unter leichten Krampferscheinungen, hier vielfach unter allmählicher Aufhellung des Bewußtseins. Die Erinnerung an den Anfall ist dort völlig erloschen, kann hier teilweise erhalten sein.

Eine gewisse Sonderstellung nehmen diejenigen Dämmerzustände ein, in denen ganz bestimmte, mit starker gemütlicher Erregung einhergehende Ereignisse bei getrübtem Bewußtsein immer in der gleichen Weise von den Kranken durchlebt werden. Es handelt sich dabei um Überfälle, Lebensgefahren und Schreckensszenen aller Art, sehr häufig auch um geschlechtliche Angriffe. Vielfach sind es wirkliche Vorkommnisse, die sich mit allen Einzelheiten in der Einbildung des Kranken wiederholen; gewöhnlich haben sie dann auch den ersten Anlaß zum Auftreten hysterischer Zufälle gebildet. Eine Kranke, die Gegenstand von Zudringlichkeiten geworden war, „sah immer den Menschen vor sich"; ein Kranker, dessen Vetter durch Sturz von einem Baume tödlich verunglückt war, durchlebte diesen Vorfall in den Dämmerzuständen immer wieder, rief jenem zu, er solle nicht hinaufsteigen, erinnerte ihn an seine Mutter, sprach vom Sarge und geriet dabei ganz außer sich. Eine Kranke kämpfte jedesmal mit einem Arzte, der ihr, nach ihren abgerissenen Äußerungen zu schließen, Gewalt antun wollte. Giannuli[1]) hat unter anderen hierher gehörenden Beispielen den Fall eines Zollbeamten berichtet, der unter großer Lebensgefahr eine Frau aus einer wildgewordenen Rinderherde errettet hatte. Als er einige Monate später zufällig die gerettete Frau getroffen hatte und von ihr mit Danksagungen überhäuft worden war, erkrankte er an hysterischen Dämmerzuständen, in denen er jenes aufregende Ereignis immer wieder durchlebte. Bisweilen ist jedoch der Inhalt der Delirien auch ein rein erdichteter oder doch stark ausgeschmückter.

[1]) Giannuli, Monatsschr. f. Psychiatrie IX, 107.

Außerordentlich packend pflegt die Lebendigkeit zu sein, mit der das erschütternde Erlebnis in dem ganzen Verhalten der Kranken zum Ausdrucke kommt. Ihr wechselndes Mienenspiel zeigt auf das deutlichste die einzelnen Abschnitte des Vorganges bis zum schrecklichen Höhepunkte; sie suchen zu fliehen, brechen zusammen, flehen um Gnade, wehren sich verzweifelt, geraten in Wut, werden überwältigt, alles mit größter Naturwahrheit. „Geh' weg! Du sollst mir nichts tun!" rief eine Kranke; „jetzt hat er mir ein Messer in die Brust gestoßen!" Ihrer wirklichen Umgebung sind sie dabei vollkommen entrückt, lassen sich durch äußere Einwirkungen gar nicht beirren. Die Anfälle dauern immer nur kurze Zeit, $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde; ihren Abschluß bildet ein ziemlich plötzliches Erwachen ohne Erinnerung an das Vorgefallene. Sie pflegen sich öfters, bisweilen sogar sehr häufig, zu wiederholen und dann jedesmal in fast genau gleicher Form abzulaufen.

Diese „pathetischen" Dämmerzustände bilden eine Art Übergang von den traumhaften zu den deliranten Formen, die durch eine weit geringere Trübung des Bewußtseins und das Auftreten lebhafter Sinnestäuschungen mit abenteuerlichen Wahnbildungen gekennzeichnet sind. Die Kranken machen einen leicht benommenen und unbesinnlichen, ratlosen Eindruck, fassen mangelhaft auf und sind unklar über Ort und Zeit wie über ihre Lage. Sie verkennen ihre Umgebung, reden den Arzt mit falschem Namen an, bezeichnen ihn als Graf, glauben, in einer anderen Stadt, in Petersburg, in einem anderen Lande zu sein; sie befinden sich auf einem Maskenballe, in einem Schlosse, im Zuchthause. Alles ist blau; an den Wänden sitzen grüne Raupen, Schlangen; wilde Tiere, Löwen, Pudel, Pferde tauchen auf; Köpfe wachsen aus der Wand heraus; schwarze Vögel fliegen herum; in den Betten sind „Schlangenketten", Ungeziefer. Eine Dame steigt zum Fenster herein; Engel, Hexen und Teufel erscheinen, schwarze Männer, Schutzleute, Kapuziner, drei Kinder in weißen Kleidern, Christus am Bett, die Jungfrau Maria auf einer Wolke mit dem Rosenkranz. Die Glocken läuten; Verwandte schimpfen; die verstorbene Geliebte ruft; eine Frau droht. Der Liebhaber kommt mit dem Revolver, schreit: „Dich krieg' ich schon; du kommst mir nicht mehr aus!" Es heißt: „Hallunke!" „Schwindlerin, Betrügerin"; der Name des Kranken wird gerufen. Es riecht nach Tod; im Essen ist Gift; der Kranke fühlt sich gezupft, an den

Haaren gezogen; er spürt eine Nadel, ein Messer im Bein. Ihm werden Knochen aus dem Arm genommen; er hat kein Hirn mehr, weiße Mäuse im Kopfe, wird wahnsinnig; man hat ihm den Krebs eingeimpft. Aus Mund, After und Nase kommen Mäuse; ein Kran-

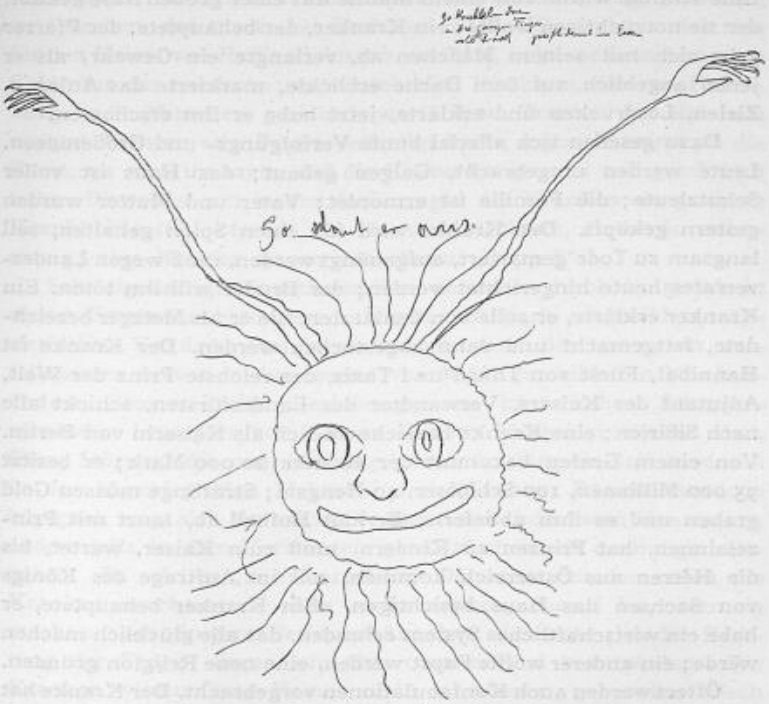


Fig. 282. Zeichnung einer hysterischen Vision.

ker zog sie heraus und warf sie fort. Eine Kranke meinte, sie sei im Feuer und müsse verbrennen.

Die Sinnestäuschungen der Kranken beschränken sich vielfach nicht auf einzelne Trugwahrnehmungen, sondern tragen ein erlebnisartiges Gepräge. Die Mutter des Kranken erscheint nachts und verkündet ihm den Tod; eine Gestalt mit langem grauem Haare befiehlt ihm, sich umzubringen; die Schwester sitzt in einem Käfig

und schreit um Hilfe. Ein Kranker sah sich von einem Kopfe mit „lauter Haxen" verfolgt, der ihm Tag und Nacht keine Ruhe lasse, ihn auslache, mit schmutzigen Fingern in sein Essen greife; er entwarf davon die umstehende, stark verkleinerte Zeichnung (Fig. 282). Eine Kranke wurde von einem Manne mit einer großen Nase geküßt, der sie notzüchtigen wollte; ein Kranker, der behauptete, der Pfarrer gebe sich mit seinem Mädchen ab, verlangte ein Gewehr, als er jenen angeblich auf dem Dache erblickte, markierte das Anlegen, Zielen, Losdrücken und erklärte, jetzt habe er ihn erschossen.

Dazu gesellen sich allerlei bunte Verfolgungs- und Größenideen. Leute werden umgebracht, Galgen gebaut; das Haus ist voller Schutzleute; die Familie ist ermordet; Vater und Mutter wurden gestern geköpft. Der Kranke wird für einen Spion gehalten, soll langsam zu Tode gemartert, aufgehängt werden, muß wegen Landesverrates heute hingerichtet werden; der Bruder will ihn töten. Ein Kranker erklärte, er solle von den Ärzten, die er als Metzger bezeichnete, fettgemacht und dann abgestochen werden. Der Kranke ist Hannibal, Fürst von Thurn und Taxis, der reichste Prinz der Welt, Adjutant des Kaisers, Verwandter des Landesfürsten, schickt alle nach Sibirien; eine Kranke bezeichnete sich als Kaiserin von Berlin. Von einem Grafen bekommt der Kranke 20 000 Mark; er besitzt 95 000 Millionen, 100 Schlösser, 40 Hengste; Sträflinge müssen Gold graben und es ihm abliefern. Er hält Hofball ab, tanzt mit Prinzessinnen, hat Prinzen zu Kindern, muß zum Kaiser, wartet, bis die Herren aus Österreich kommen, soll im Auftrage des Königs von Sachsen das Haus besichtigen. Ein Kranker behauptete, er habe ein wirtschaftliches System erfunden, das alle glücklich machen werde; ein anderer wollte Papst werden, eine neue Religion gründen.

Öfters werden auch Konfabulationen vorgebracht. Der Kranke hat seine Schwester erstochen, sein Mädchen schwer verletzt; er wurde vom Scharfrichter verhört, zum Tode verurteilt, schon einmal geköpft, der Kopf aber mit Gummi wieder angeleimt; die Engländer haben ihm Kugeln in den Kopf geschossen. Er wurde durchgeprügelt und überfahren, mußte mit Riesen kämpfen, war beim Prinzregenten, in Paris, fuhr mit dem Blitzzuge; man hat ihn in den Reichstag gewählt. Den Arzt sah er schon früher bei Hofe.

Während dieses Deliriums sind die Kranken meist zugänglich, wenn auch oft etwas schläfrig und träumerisch, einsilbig. Sie geben

Antwort, gehen auf Anregungen und Einwände ein, bleiben aber dabei im Rahmen ihrer kindlich-spielerischen Erdichtungen. Ein Kranker, der sich Ito, Kaiser bald von Japan, bald von China nannte und behauptete, er regiere seit 3 Jahren, wolle jetzt den König von Bayern besuchen, erwiderte auf die Aufforderung, japanisch zu sprechen, das tue er bei Barbaren nicht. Ein anderer, der sich für den Kaiser von Rußland ausgab, erklärte, er kenne kein deutsches Geld, nur das russische; er schrieb eine Postkarte, die von Petersburg nach München gerichtet war. Eine Kranke, die sich aus einigen Tüchern eine Puppe verfertigt hatte, legte sie sofort an die Brust, als man ihr sagte, daß die Kleine hungrig sei und geschrieen habe. Bisweilen tritt in den Äußerungen der Kranken ein gewisses Krankheitsgefühl hervor; ein Kranker fürchtete, er werde wahnsinnig; eine Kranke sprach von ihrem „Rappel".

Sehr eigenartige Krankheitsbilder entstehen durch die gerade in diesen Zuständen besonders häufigen und stark ausgebildeten hysterischen Verdrängungserscheinungen. Sie treten am auffallendsten hervor in dem zuerst von Möli geschilderten Vorbeireden, dessen innige Beziehungen zu hysterischen Dämmerzuständen besonders von Ganser[1]) 1897 klargelegt worden sind. Diese Störung, die uns vorübergehend oder längere Zeit hindurch in der überwiegenden Mehrzahl der deliranten Dämmerzustände begegnet, zeigt sich einmal im Versagen der einfachsten Kenntnisse, andererseits in dem Vorbringen ganz falscher, oft unsinniger Angaben. In solchen „Ganserschen" Dämmerzuständen reden die Kranken anscheinend, ohne nachzudenken, darauf los, oder sie machen nach einigem Besinnen Angaben, die wohl „in der Richtung der Frage" liegen, sie aber unzutreffend beantworten. Die Kranken wissen ihren Namen nicht zu nennen, geben ihn falsch an, ebenso Alter und Geburtsjahr, jetzige Jahreszahl oder Datum, vielleicht nicht einmal die Tageszeit; sie rechnen ganz verkehrt (1 + 1 = 200), vermögen Farben und Münzen nicht zu bezeichnen, die Zahl ihrer Augen, Füße, Finger nicht anzugeben. Ein Kranker begann bei solchen Fragen umständlich und unbeholfen an Nase, Ohren usf. herumzuzählen, ohne jedoch zum richtigen Ziele zu

[1]) Ganser, Archiv f. Psychiatrie XXX, 633; Ebenda XXXVIII, 34; Henneberg, Allgemeine Zeitschr. f. Psych. LXI, 479; Lücke, ebenda 1903, 1; Vorster, Monatsschr. f. Psychiatrie XV, 160; Hey, Das Gansersche Symptom, seine klinische und forense Bedeutung, 1904.

kommen. Auf die einfachsten Fragen erhält man ganz sinnlose Antworten. Die Woche hat 31 Tage, der Goldfisch 4 Beine; die Hauptstadt von Deutschland ist Europa; der Himmel ist weiß; die Blätter sind gelb. Gegenstände werden unrichtig, aber im Sinne einer gewissen Anknüpfung an die Wirklichkeit benannt, bisweilen mit Umschreibungen, ein Markstück als 5 Pfennige, rotes Papier als weiß, ein Taschentuch als Hemd, Geld als Papier.

Auch über ihre persönlichen Verhältnisse geben die Kranken die albernsten Auskünfte. Ein Kranker bezeichnete sich als „Mister Smoking"; eine Kranke gab an, ihre Mutter nicht zu kennen; ein lediger Kranker erklärte, er habe eine Frau und vier Kinder; eine Frau behauptete, ihr Mann sei tot; ihre Wohnung wisse sie nicht. Ebenso ist es unmöglich, über frühere Erlebnisse klare und richtige Angaben zu erhalten, namentlich, wo es sich um Straftaten handelt. Die Kranken wissen nicht, was sie angestellt haben, weswegen sie in die Klinik gekommen sind, wer sie gebracht hat, wo sie vorher waren, ob sie schon bestraft wurden. Bisweilen bringen sie erdichtete Erzählungen vor; sie waren früh in einem entfernten Orte bei der Mutter, sind schon ein halbes Jahr da, haben gerade Tee getrunken; es war Besuch da.

Manche Kranke können auch nicht schreiben, bringen, wie früher geschildert, nur unverständliche Schnörkel auf das Papier, lassen Buchstaben und Worte aus. Ein Kranker vermochte seinen Namen nur zu schreiben, wenn man ihm jeden einzelnen Buchstaben vorsagte; als man ihn aufforderte, seinen Vornamen hinzuzusetzen, schrieb er „Vorname". Vielfach weichen die Kranken den Fragen aus, besonders, wenn sie etwas verfänglicher Art sind; sie sprechen von etwas ganz anderem, antworten überhaupt nicht, oder sie bringen auch wohl dieselbe Redensart immer wieder vor. Eine Kranke erwiderte tagelang auf alle Fragen: „Ist ausgeschlossen!"; ein Russe, der das Deutsche sehr gut beherrschte, ließ alle deutschen Anreden völlig unbeachtet. Manche Kranke lesen zusammenhanglos, unter Auslassungen. Die Stimmung der Kranken ist in der Regel wechselnd. Zeitweise erscheinen sie ängstlich, weinerlich, jammern; dann wieder zeigen sie eine läppisch-übermütige Heiterkeit, oder sie machen den Eindruck schläfriger Gleichgültigkeit. Hier und da kommt es zu Selbstmordversuchen, die aber regelmäßig mit geringer Überlegung und Tatkraft ins Werk gesetzt werden.

Das Benehmen der Kranken ist öfters nicht besonders auffällig. Manche Kranke kümmern sich wenig um ihre Umgebung, liegen teilnahmlos da; andere sind kindisch eigensinnig, widerstrebend, verstecken sich unter der Decke, lehnen jede Unterhaltung ab; wieder andere sind neugierig, fassen alles an, gehen dem Arzte

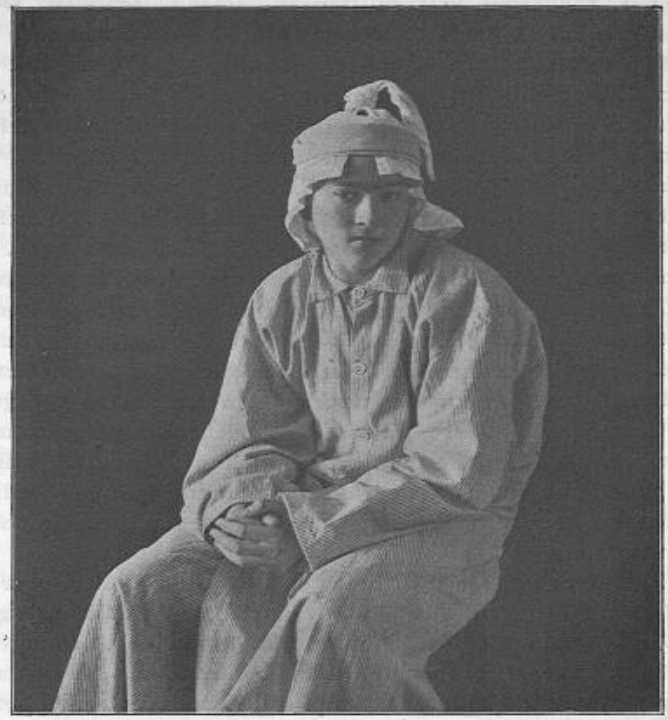


Fig. 283. Hysterischer Kranker in spielerischer Verkleidung (Ganserscher Dämmerzustand).

nach, treiben allerlei Possen, verstecken Gegenstände im Bett. Eine Kranke faltete sich aus einem Tuche ein Schiff zusammen, mit dem sie nach Amerika fahren wollte. Der obenerwähnte angebliche Kaiser von Japan klebte sich eine Marke auf die Stirn, verfertigte sich Papiermanschetten und eine eigenartige Kopfbedeckung aus einigen Tüchern, wie sie Fig. 283 zeigt; ein anderer

Kranker streute nachts in seinem Zimmer Brot, um Tauben zu füttern. Nicht selten beobachtet man theatralische Gebärden und Stellungen.

Hier und da zeigt sich Unruhe, namentlich nachts, seltener stärkere Erregung. Die Kranken gehen aus dem Bette, drängen fort, schimpfen, schneiden Fratzen, tanzen, singen, schreien, werfen Gegenstände ins Zimmer, wälzen sich am Boden, werden auch wohl einmal gewalttätig; ein Kranker bedrohte seine Frau mit dem Messer. Die sprachlichen Äußerungen sind in der Regel verständlich, wenn auch oft etwas zusammenhanglos; einzelne Kranke gefallen sich in gezierter Sprechweise, in verworrenen Reimereien oder schreiben „Gedichte" nieder. Meist sind die Kranken beeinflußbar, schrecken bei unerwarteten Reizen zusammen, beruhigen sich auf Zuspruch, werden ängstlich oder aufgeregt bei Bedrohungen. Der Kranke, von dem die Zeichnung Fig. 282 stammt, lief laut schreiend davon, als ihm plötzlich zugerufen wurde, sein Verfolger komme. Das gesamte klinische Bild ist vielfachen Schwankungen unterworfen. Zeitweise können die Kranken leidlich klar erscheinen, um bald darauf von neuem die unsinnigsten Antworten zu geben. Öfters lassen sich äußere Anlässe für solche Verschlechterungen nachweisen, ein Brief, Besuch, eine Zustellung, eine Äußerung des Arztes; hier und da gelingt es auch durch kräftiges Zureden, den Kranken zu vernünftigem Eingehen auf die an ihn gerichteten Fragen zu bringen.

Auf körperlichem Gebiete finden sich fast immer diese oder jene hysterischen Störungen. Am häufigsten ist Unempfindlichkeit gegen Nadelstiche, bald am ganzen Körper, bald auf einzelne Hautgebiete beschränkt. Ferner beobachtet man konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung, Strabismus, Doppelsehen, Zittern, Geh- und Sprachstörungen, ataktische Schrift, Anfälle, Zuckungen, Fehlen des Konjunktival- und Würgreflexes, übermäßige Steigerung der Sehnenreflexe; hier und da besteht wächserne Biegsamkeit. Der Schlaf ist oft sehr gestört.

Die Dauer dieser deliranten Dämmerzustände beträgt meist einige Tage oder Wochen, kann sich aber gelegentlich auch über Monate, in einzelnen Fällen mit vielen Schwankungen über Jahr und Tag erstrecken. Man hat dabei den Eindruck, daß es sich um eine ganze Kette von Einzelanfällen handelt, die sich mit

kurzen, klareren Zwischenzeiten aneinander schließen. Die Kranken sind jeweils einige Tage hindurch ablehnend, finster, unbesinnlich, delirant, plötzlich gereizt, sinnlos gewalttätig, dann wieder besonnen, erotisch, scherzhaft, anspruchsvoll, putzen sich heraus, kennen den ganzen Hausklatsch, wissen aber nichts von den Vorgängen während der stärkeren Bewußtseinstrübung. Nach wenigen Tagen, bevor sie noch völlig frei geworden sind, setzt schon wieder ein neuer Dämmerzustand ein. Auch in den Pausen bestehen Stigmata fort, namentlich Empfindungsstörungen; hier und da schieben sich Krampfanfälle ein. Die Lösung des Krankheitszustandes pflegt allmählich zu erfolgen; die Erinnerung ist aufgehoben oder doch stark beeinträchtigt. Manchmal reicht die Erinnerungslücke über den Beginn des Dämmerzustandes zurück, läßt sich aber meist in der Hypnose aufhellen. Die Anfälle zeigen nicht die Neigung, sich häufig zu wiederholen.

Die hier geschilderten deliranten Dämmerzustände, namentlich in der von Ganser umschriebenen Form, finden sich ganz auffallend häufig bei Untersuchungs- und Strafgefangenen, wenn sie auch keineswegs auf diese beschränkt sind. Besonders gern setzen sie bald nach der Verhaftung oder nach einem Verhöre ein, in dem der Kranke sich des Ernstes seiner Lage recht deutlich bewußt wurde. Eine meiner Kranken wurde in einem Warenhause, wo sie Diebstähle verübt hatte, festgenommen und verfiel sofort in lebhafte Aufregung, die ihre Verbringung in die Klinik veranlaßte; bei der Aufnahme war der Gansersche Dämmerzustand bereits voll ausgebildet und dauerte eine Reihe von Tagen an. Derartige Beobachtungen zeigen uns, daß den Ausgangspunkt der Erkrankung eine heftige Gemütserregung bilden kann; sie läßt sich auch fast immer nachweisen. Wir dürfen uns wohl vorstellen, daß bei geeigneter Veranlagung oder auf sonstwie vorbereitetem Boden die gewöhnliche, durch gemütliche Erschütterungen erzeugte Verwirrung sich zu einem krankhaften Dämmerzustande fortbilden kann.

Dabei werden, entsprechend der allgemeinen Neigung der Hysterischen, die Vorstellungen und Gefühle, durch die der Krankheitszustand ausgelöst wurde, aus dem Bewußtsein verdrängt. Die Kranken geraten in eine Traumwelt, in deren beängstigenden Erlebnissen zum Teil noch die Gemütserschütterung unmittelbar nachwirkt, während auf der anderen Seite freundlichere Bilder das

Denken und Fühlen in ganz anderen Bahnen halten. Es läßt sich nicht verkennen, daß dieser Vorgang die größte Ähnlichkeit mit dem so oft auch vom Gesunden betätigten, bewußten Bestreben aufweist, unangenehme Eindrücke und Erlebnisse durch geflissentliche Ablenkung und Zerstreuung in den Hintergrund zu drängen, das mahnende Gewissen „zu betäuben". Ja, man darf vielleicht annehmen, daß diese Selbstbefreiung, wie sie einerseits willkürlich geübt werden kann, andererseits durch stammesgeschichtlich erworbene Einrichtungen begünstigt wird, die eben bei Hysterischen in breiterem Umfange benutzt werden. So würde es verständlich werden, daß sich hier krankhafte Verdrängung und bewußte Verstellung vielfach so eng zu berühren, ja miteinander zu verbinden scheinen. Es ist indessen zu betonen, daß bei unseren Kranken die Häufigkeit sonstiger hysterischer Störungen ohne weiteres auf die krankhafte Grundlage des klinischen Krankheitsbildes hinweist. Auch bei der erwähnten Warenhausdiebin hatten schon lange vorher die Zeichen einer schweren Hysterie bestanden.

Nahe verwandt mit dem Ganserschen Dämmerzustande und ebenfalls den Erscheinungsformen der Hysterie zuzurechnen ist der von Räcke beschriebene Haftstupor. Es handelt sich dabei um einfache, mehr oder weniger tiefe Bewußtseinstrübungen mit hysterischen Verdrängungserscheinungen. Wie es scheint, entwickeln sich diese Bilder ausschließlich unter dem Einflusse der Gefangenschaft, besonders in der Untersuchungshaft. Vielleicht sind hier die Bedingungen für das Auftreten lähmender Bewußtseinstrübung mit starker Neigung zur Verdrängung besonders günstige, da die Lage einerseits einen überaus heftigen gemütlichen Druck ausübt, andererseits der tatkräftigen Willensbetätigung nicht den geringsten Spielraum läßt.

Die Einleitung bildet ein verstörtes, ablehnendes, mürrisches oder ängstliches Wesen, bisweilen auch eine heftige tobsüchtige Erregung. Die Kranken erscheinen benommen, unklar, unzugänglich, kümmern sich nicht um die Vorgänge in der Umgebung, setzen sich mit niemandem in Beziehung, beschäftigen sich nicht, reagieren kaum oder gar nicht auf Anreden, Einwirkungen und Aufforderungen. Hier und da kann eine sinngemäße Handlung zeigen, daß sie doch aufgefaßt haben, was um sie geschieht. Meist sind sie ganz stumm, oder sie geben einsilbige, unzulängliche

oder unsinnige Antworten, bringen auch wohl immer die gleichen Worte vor: „ich weiß nicht"; ein Kranker erwiderte regelmäßig: „Bier, Bier!" Hier und da kann man aus abgerissenen Äußerungen entnehmen, daß die Kranken beschimpfende oder drohende Stimmen hören, namentlich nachts; sie müssen ihr Leben lassen, werden erschossen; der Teufel will ihnen etwas tun. Manche Kranke sehen schwarze Gestalten, Feuergarben, brennende Lichter; ein Kranker rief plötzlich aus: „Ich bin der König!" und verlangte ein Messer, um die Schwarzen zusammenzustechen und sich den Hals abzuschneiden; ein anderer fragte nach der Hinrichtung. Nicht selten bestehen auch Vergiftungsideen mit Nahrungsverweigerung.

Der Stimmungshintergrund ist bisweilen von einer dumpfen Teilnahmlosigkeit beherrscht; häufiger sind die Kranken düster, reizbar, gespannt oder ängstlich, mißtrauisch. Der Gesichtsausdruck ist starr, niedergeschlagen oder verdrießlich, ihr Benehmen steif, gebunden. Gegen Eingriffe widerstreben die Kranken, lassen sich aber manchmal widerstandslos stechen, erscheinen unempfindlich. Öfters begehen sie allerlei unsinnige Handlungen. Sie entkleiden sich, zerreißen ihre Kleider, werfen sie in den Abort, verstecken sich, legen sich nackt unter das Bett, schleppen die Matratze herum, binden sich eine Schnur um den Hals, machen Fluchtversuche. Mitunter werden sie plötzlich erregt, schimpfen, weinen, machen ironische Bemerkungen, drohen; ein Kranker rief aus: „Ihr seid Massenmörder!" Auf körperlichem Gebiete werden ganz ähnliche hysterische Störungen beobachtet wie bei der vorigen Form.

Die Dauer solcher Stuporzustände pflegt sich über einige Wochen oder Monate zu erstrecken. Das klinische Bild kann dabei, wie schon angedeutet, allerlei Schwankungen darbieten. Nicht selten schieben sich Zeiten ein, in denen die deliranten Störungen stärker hervortreten oder auch ein Ganserscher Dämmerzustand sich ausbildet. Wenn die Kranken auch im allgemeinen unzugänglich erscheinen, so läßt sich doch in der Regel nachweisen, daß sie durch äußere Vorgänge recht erheblich beeinflußbar sind. Besonders deutlich wird das dann, wenn die Kranken, die bis dahin völlig stuporös waren, sich nach einem gelungenen Fluchtversuche in der Freiheit durchaus unauffällig bewegen und ihrem Erwerbe nachgehen. Auch sonst kommen gelegentlich solche unvermittelten Zustandsänderungen nach einem Verhör, einer Zustellung, einem

Besuche, einem eindringlichen Zuspruche vor. Meist allerdings pflegt sich der Stupor allmählich zu verlieren. Die Erinnerung an die durchlebte Krankheitszeit ist gewöhnlich sehr unklar oder ganz aufgehoben; auch von den unmittelbar vorhergehenden Ereignissen wissen die Kranken oft nur sehr wenig.

In einer kleinen Gruppe von Fällen, die im übrigen offenbar den deliranten Formen zuzurechnen sind, kann die Bewußtseinstrübung so gering sein, daß sie nur bei längerer Beobachtung und beim Vergleich mit gesunden Tagen deutlich wird. Die Kranken können daher unter Umständen einige Zeit unauffällig bleiben, bis sie durch irgendeine absonderliche Handlung die Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Bei diesen besonnenen Delirien zeigt die Auffassung keine stärkere Störung; auch Sinnestäuschungen scheinen keine Rolle zu spielen; höchstens hören die Kranken einmal ihren Namen, die Stimme der Mutter, das Geschrei eines Kindes. Dagegen besteht eine gewisse Einengung des Bewußtseins, welche die Kranken verhindert, sich ein klares Bild von ihrer Lage und den sich abspielenden Ereignissen zu machen. Außerdem sind sie vergeßlich und zerstreut, vermögen sich keine Rechenschaft über die Folge und den Zusammenhang ihrer Erlebnisse zu geben. Zugleich sind sie von wahnhaften Vorstellungskreisen beherrscht, die ihr Denken und Handeln in maßgebender Weise beeinflussen. Der Untersuchungsrichter will sie vergiften, hält es mit ihrer Geliebten; der Arzt steckt mit jenem unter einer Decke.

Bisweilen kommt es zu merkwürdigen Konfabulationen. Die Kranken behaupten, Besuche zu empfangen, berichten mit allen Einzelheiten über den Inhalt ihrer Unterredungen. Ein Kranker erzählte bei jeder Visite, daß Richter und Staatsanwalt gerade dagewesen seien und ihn verhört hätten, daß er mit seinem Anwalt stundenlange Besprechungen gehabt habe. Ein anderer gab an, daß seine Braut täglich zu ihm komme, sich an sein Bett setze, ihn tröste und Zukunftspläne mit ihm erörtere; einmal waren auch die beiden Hauptbelastungszeugen da, zeigten mit den Fingern auf ihn und äußerten, ihm gehöre nichts, als Wasser und Brot oder der Tod. Auch hier sind Verdrängungserscheinungen nicht selten, gelegentliches Vorbeireden, Unschulds- und Begnadigungsideen. Ein Kranker versicherte immer von neuem, daß ihm die Wiederaufnahme des Verfahrens mit Bestimmtheit zugesichert worden, die Begnadigung

schon unterwegs sei; ein anderer, der nur eine kurze Strafe zu erwarten hatte, erklärte umgekehrt, er sei bereits zu 18 Monaten Gefängnis verurteilt.

Manche Kranke werden irgendwo aufgegriffen, machen wechselnde und widerspruchsvolle Angaben über ihre Persönlichkeit, ihre Verhältnisse, ihre Schicksale, so daß sie zunächst für Schwindler gehalten werden. Ein Kranker telegraphierte plötzlich an seine Verwandten, seine Frau sei tot; ein anderer kam auf die Polizei, um dort den Revolver abzuholen, den sein Bruder für ihn hinterlegt habe; ein dritter suchte in München ziellos nach seinem in Wien befindlichen Bruder, fragte die Vorübergehenden nach ihm. Ein vierter kam aus Italien zugereist, gab an, er habe keinen Namen, aber Spinngewebe im Gehirn, einen Schleier, der erst weggezogen werden müsse; er könne hypnotisieren, Teslaströme mit Millionen von Unterbrechungen herstellen. Ein jüdischer Student aus Galizien ersuchte einen Schutzmann in München, ihn nach der „Heilgasse" in Genezaret zu bringen; er sei Johannes, der Sohn des Zebedäus aus Genezaret, geboren im Jahre 15, jetzt 45 (in Wirklichkeit 25!) Jahre alt, müsse dem Meister Jesus folgen, sei sein liebster Jünger; seine Mutter sei Johanna.

An solchen deliranten Vorstellungen halten die Kranken in der Regel lange Zeit hindurch fest, gehen auf Einwände nicht weiter ein, zeigen auch wenig Neigung, sich Klarheit zu verschaffen. Ja, man hat öfters den Eindruck, daß sie auch dann noch nicht die Unsinnigkeit ihrer Angaben eingestehen, wenn sie innerlich schon von ihnen zurückgekommen sind. Ihr Benehmen bietet außer einer gewissen Reizbarkeit oder auch Schlaffheit und Willensschwäche meist nichts Besonderes. Gelegentlich kommt es zu Erregungen oder spielerischen Selbstmordversuchen. Ein Kranker zerschlug vier Fensterscheiben und warf mit einem Schemel, angeblich, um den Untersuchungsrichter zu treffen; ein anderer versuchte, sich mit den Nägeln das Blut auszulassen. Manche Kranke entwerfen Rechtfertigungsschriften und Entlassungsgesuche; ein Kranker zeichnete einen Galgen, an dem die gegen ihn auftretenden Zeuginnen hingen. Ganz allmählich beginnen die Kranken dann, sich mit der Umgebung in Beziehung zu setzen und sich zu beschäftigen, um schließlich meist auch zögernd ihre krankhaften Ideen zu berichtigen; das kann Wochen und Monate dauern. Nicht selten gibt

auch hier eine drohende Untersuchung den Anlaß zur Entwicklung des krankhaften Zustandes; in anderen Fällen ist davon keine Rede, doch mögen unter Umständen andersartige innere Kämpfe als auslösende Ursachen in Betracht kommen.

Die zuletzt geschilderten Fälle bilden einen Übergang zu jenen seltenen Beobachtungen, in denen man von einem „second état", von einer Verdoppelung der Persönlichkeit gesprochen hat. Es handelt sich dabei um das Auftreten von Zuständen mit sehr weitgehender retrograder Amnesie. Hier kann für längere Zeit die Erinnerung an das frühere Dasein mehr oder weniger vollständig verloren gehen, so daß die Kranken gewissermaßen andere Menschen geworden sind. Andeutungen davon haben wir schon beim Puerilismus vor uns, insofern bisweilen die Kranken auf eine frühere Altersstufe zurückversetzt erscheinen und alles aus dem Bewußtsein ausgelöscht sein kann, was später erlebt wurde. Dabei ist jedoch zu betonen, daß die Kranken nicht etwa wirklich geistig in den kindlichen Zustand zurückversinken, sondern ihn nur unwillkürlich nachahmen, so wie sie ihn sich vorstellen. Durch hypnotische Versuche läßt sich zeigen, daß es sich hier um Autosuggestionen handelt. Als Sidis und Prince eine Kranke in die Zeit ein Jahr vor ihrer Erkrankung versetzten, schwand sofort die später entstandene Anästhesie; sobald ihr eingegeben wurde, daß sie sich am Tage des auslösenden Ereignisses befinde, setzte ein Anfall ein.

Weit merkwürdiger noch sind die Fälle, in denen Personen aufgegriffen werden, die jede Erinnerung an ihr vergangenes Leben verloren haben, weder ihren Namen noch ihr Alter oder ihre Heimat kennen und nicht das geringste über ihr vergangenes Leben aussagen können, auch binnen Jahren diese Kenntnisse nicht zurückgewinnen. Öfters lassen sich in der Hypnose die Erinnerungen wieder erwecken. Einen hierhergehörigen Fall hat Matthies beschrieben. Nach einem Selbstmordversuche wegen außerehelicher Schwängerung waren bei einer geschiedenen Frau alle Erinnerungen an die Vergangenheit ausgelöscht; nur ganz langsam tauchten alte Erinnerungen wieder auf, die nach etwa 5 Jahren zur Aufklärung der Vorgeschichte führten. Man gewann dabei schließlich den Eindruck, daß die Kranke über die Aufhellung ihrer Vergangenheit nicht besonders erfreut war. In einem anderen Falle waren, anders als hier, auch die früher erworbenen Kenntnisse verloren gegangen.

Die seltsamsten Krankheitsbilder aber ergeben sich, wenn die verschiedenartigen Bewußtseinszustände mehrfach miteinander abwechseln. Dabei kann in jedem, oder nur in einem Zustande die Erinnerung an den anderen völlig aufgehoben sein. Auf diese Weise entstehen gewissermaßen mehrere ungleiche, bis zu einem gewissen Grade voneinander unabhängige psychische Persönlichkeiten mit ganz verschiedenen Eigenschaften und Fähigkeiten. Das Musterbeispiel dafür ist die von Azam beschriebene Felida, die für gewöhnlich still, mürrisch, eigensinnig, hypochondrisch war, im zweiten Zustande aber lebhaft, fröhlich, leistungsfähig wurde und ihre Beschwerden verlor. Eine ähnliche Kranke beobachtete Lemaitre. Hier trat die Spaltung mit 21 Jahren nach einer starken Gemütsbewegung ein. In dem einen Zustande war die Kranke als „Jenny" schwach, schwermütig, leidend, im anderen als „Azaila" glücklich, heiter, musikalisch, mit besonderen Fähigkeiten begabt; sie kannte alle Erlebnisse von Jenny; diese wußte nichts von Azaila. Die Spaltung der Persönlichkeit kann aber noch weiter gehen, so daß schließlich eine ganze Reihe verschiedenartiger Zustände miteinander abwechseln, von denen die gleichartigen immer einen engeren Zusammenhang untereinander darbieten. Es ist wohl unzweifelhaft, daß es sich dabei immer um die Wirkungen einer Züchtung durch die Umgebung handelt. —

Die Gestaltung der hysterischen Krankheitsbilder im einzelnen ist eine sehr mannigfaltige. Verhältnismäßig recht selten nur begegnen uns eng umgrenzte Störungen; in der Regel haben wir es mit der Verbindung einer ganzen Reihe von dauernden und anfallsartigen Krankheitserscheinungen zu tun, die wiederum vielfachem Wechsel unterworfen sein können. Zumeist setzen auf der allgemeinen hysterischen Grundlage bei irgendeinem Anlasse zunächst Anfälle dieser oder jener Art ein, an die sich dann die Entwicklung von Dauerstörungen in Form der Stigmata anschließt. Die Verteilung der Anfälle im Leben pflegt höchst unregelmäßig zu sein. Sehr gewöhnlich kommt es nach dem ersten Auftreten sehr rasch zu einer Häufung, so daß sich die Anfälle nicht nur jeden Tag, sondern 3, 4, 6, ja 20 und 25 mal am Tage einstellen, unter Umständen sogar Schlag auf Schlag in fast ununterbrochener Reihe einander folgen. Nicht selten bevorzugen sie dabei bestimmte Stunden, etwa die Zeit vor dem Zubettgehen oder kurz nach dem Aufstehen,

seltener die Nacht; ein Kranker bekam die Anfälle regelmäßig zwischen 6 und 8 Uhr früh.

Nach einigen Tagen oder Wochen nimmt dann die Zahl der Anfälle wieder ab; sie stellen sich etwa nur noch jede Woche oder alle 3—4 Wochen, vielleicht nur einige Male im Jahre oder auch in ganz unregelmäßigen Pausen ein. Öfters hören sie auch für längere Zeit, $^1/_2$, 1 oder einige Jahre, ganz auf, um sich dann bei irgendeinem Anlasse von neuem zu zeigen und nun vielleicht wiederum eine starke Häufung zu erfahren. Einer meiner Kranken hatte nach einer an Ärger sich anschließenden Ohnmacht 25 Jahre lang keine auffallenden hysterischen Krankheitserscheinungen mehr dargeboten, um dann, wieder nach psychischem Anlaß, einen deliranten Dämmerzustand durchzumachen. Wie schon dieses Beispiel zeigt, kann die Art der einzelnen Anfälle im gleichen Falle sehr verschieden sein; Schwindelanfälle, Ohnmachten, Krämpfe und Dämmerzustände aller Art können miteinander abwechseln, wenn auch meist die Anfälle desselben Kranken eine gewisse Ähnlichkeit untereinander aufweisen.

Auch die nicht anfallsartigen Krankheitserscheinungen können vielfachem Wechsel unterworfen sein. Öfters läßt sich schon bei zwei, nur wenige Tage auseinanderliegenden Untersuchungen feststellen, daß der Befund sich nach dieser oder jener Richtung hin verschoben hat. Namentlich nach Anfällen sieht man neue Zeichen hervortreten, die sich dann festsetzen, aber auch allmählich wieder zurückbilden können; umgekehrt wieder sind nach einem Anfalle bisweilen früher vorhandene Störungen plötzlich verschwunden. Auf der anderen Seite können sich aber auch einzelne Krankheitserscheinungen mit außerordentlicher Hartnäckigkeit jahrelang erhalten, namentlich solche, welche die Einbildungskraft der Kranken lebhaft beschäftigen, Lähmungen, Gangstörungen, schmerzhafte Kontrakturen, Erbrechen, örtliche Krämpfe.

Die Reichhaltigkeit der Krankheitsbilder ist daher eine sehr verschiedene. Als Beispiele führe ich folgende Fälle an. Eine Kranke hatte als Kind $^3/_4$ Jahre lang eine Geh- und Sprachstörung, konnte auch nicht ordentlich essen; dasselbe wiederholte sich in abgeschwächtem Maße einige Jahre später. Im 18. Jahre setzte eine linksseitige Lähmung mit Unempfindlichkeit der gleichen Seite ein. Seit dem 16. Jahre traten Anfälle mit Bewußtseinsverlust und Umsichschlagen,

zeitweise auch delirante Zustände auf; alle diese Störungen schlossen sich an Aufregungen an. Bei einer zweiten Kranken zeigten sich nach dem Tode der Schwester mit 22 Jahren Anfälle, anfangs Ohnmachten, später Krämpfe mit Bewußtlosigkeit, etwa alle 3 bis 6 Wochen; dazwischen schoben sich Schwindelanfälle, Lach- und Weinkrämpfe, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Globusgefühl ein. Ein Jahr später trat Aphonie und monokuläres Doppelsehen auf, wieder ein Jahr nachher Astasie-Abasie; es bestanden eine Reihe von Stigmen. Bei einer dritten Kranken endlich stellten sich im 14. Lebensjahre Ohnmachten mit nachfolgender Verstimmung und gelegentlichem Zungenbiß ein. Mit 17 Jahren zeigten sich nach Schreck gehäufte Krämpfe mit Dämmerzuständen, zunächst Überempfindlichkeit, späterhin Unempfindlichkeit der rechten Seite. Ein Jahr später entwickelte sich unter Fortdauer der meist durch Gemütsbewegungen ausgelösten Anfälle eine linksseitige spastische Lähmung mit Stummheit und Strabismus, die sich rasch besserte, aber andeutungsweise wiederkehrte. Im weiteren Verlaufe wurden neben den Anfällen mehrfach traumhafte Dämmerzustände mit Selbstmordneigung beobachtet, zeitweise mit linksseitiger Analgesie.

Der psychische Zustand der Kranken unterliegt natürlich im Verlaufe des Leidens vielfachen Schwankungen. Zumeist pflegt sich jedoch nach dem Abschlusse der Anfälle jeweils wieder ein gewisses Gleichgewicht herzustellen, das nur durch die dauernden Eigentümlichkeiten der hysterischen Persönlichkeit in krankhaftem Sinne beeinflußt erscheint. In einzelnen Fällen kann, wie schon früher angedeutet, längere Zeit hindurch ein abnormer seelischer Zustand fortbestehen, der durch eine außerordentlich starke Neigung zu leichteren und schwereren Bewußtseinstrübungen und oft auch Erregungszuständen gekennzeichnet ist. Es scheint sich hier um ein Gegenstück zu der Erfahrung zu handeln, daß auch die Krampfanfälle sich unter Umständen einige Zeit lang sehr stark häufen können. Wir müssen wohl annehmen, daß sich in beiden Fällen eine akute oder subakute Steigerung des hysterischen Krankheitszustandes herausbildet. Bei den Fällen von Verdoppelung der Persönlichkeit kann sie anscheinend sehr lange andauern.

Eine gemeinsame Eigentümlichkeit aller hysterischen Krankheitserscheinungen ist ihre außerordentliche Beeinflußbarkeit durch psychische Einwirkungen, vor allem durch Gemüts-

bewegungen. Babinski hat den Satz aufgestellt, daß eine Reihe von hysterischen Zeichen, vor allem die Empfindungsstörungen, die konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung, die Herabsetzung des Bindehaut- und Würgreflexes, wesentlich den Einflüssen des ärztlichen Untersuchungsverfahrens ihre Entstehung verdanken. Er betont, daß er sie bei noch nicht anderweitig untersuchten Fällen nicht mehr nachweisen könne, seitdem er durch gewisse Vorsichtsmaßregeln jeder suggestiven Einwirkung vorbeuge. Mir scheint diese Auffassung, die mit Babinskis allgemeiner Anschauung über das Wesen der Hysterie in enger Beziehung steht, etwas über das Ziel hinauszuschießen. Der Umstand, daß Empfindungsstörungen öfters ganz zufällig aufgefunden werden und den Kranken selbst überraschen, daß sie gelegentlich in unverkennbarer Beziehung zu gemütlichen Erschütterungen stehen, ihre merkwürdige und bisweilen lange Zeit hindurch von verschiedenen Untersuchern und zu verschiedenen Zeiten gleichartig feststellbare Umgrenzung, ihr Fehlen bei nichthysterischen, aber beeinflußbaren Personen dürften ebenso gegen die Annahme einer regelmäßig künstlichen Entstehung („origine médicale") der angeführten Stigmata sprechen wie gewisse Erwägungen allgemeinerer Art, die wir späterhin anzustellen haben werden. Es muß jedoch ohne weiteres zugegeben werden, daß jene Störungen, wie viele andere hysterische Krankheitserscheinungen, ganz gewiß durch das Eingreifen des Arztes beeinflußt, unter Umständen auch hervorgerufen oder beseitigt werden können.

Außerordentlich lehrreich ist die Durchmusterung einer größeren Reihe von Beobachtungen hinsichtlich der Anlässe, die zur Auslösung hysterischer Krankheitserscheinungen geführt haben. Unter etwa 150 Beobachtungen, in denen mir genauere Angaben über die Entstehungsgeschichte von Anfällen zur Verfügung standen, waren diesen in fast der Hälfte der Fälle aufregende Erlebnisse der verschiedensten Art voraufgegangen. Am häufigsten waren Todesfälle und schwere Erkrankungen in der Familie, Enttäuschungen und Gemütsbewegungen durch Liebesverhältnisse, Auflösung von Beziehungen, Streitigkeiten mit Geliebten, Begegnungen mit ungetreuen Schätzen, einmal der erste Geschlechtsverkehr, ein anderes Mal Verstoßung durch die Mutter wegen außerehelicher Schwangerschaft. In zweiter Linie kamen Ereignisse in Betracht, die mit heftigem Schreck verbunden waren, Sturz oder Fall, leichtere

Verletzungen, Hundebiß, Verhaftung, Schüsse, Feuersbrunst. Ein Mädchen erkrankte, als es beinahe ins Wasser gefallen wäre, ein anderes, als es durch eine Maske erschreckt wurde, ein drittes, als es in der Wohnung eines Arztes unvermutet ein Gerippe sah; ein junger Bursche erschrak über einen geisteskranken Bauern.

In etwa 30% der Fälle ließen sich die hysterischen Zufälle auf ernstere Unfälle zurückführen, auch wenn man die traumatische Neurose, wie hier geschehen, ganz abtrennt. Bei einem Kranken, der einen Eisenbahnunfall erlitten und danach delirante Dämmerzustände durchgemacht hatte, trat, auch nach Monaten noch, sofort lebhafteste ängstliche Erregung mit Verwirrtheit auf, sobald man ihm eine als Kinderspielzeug dienende Lokomotive oder die Abbildung eines Eisenbahnzuges zeigte oder auch nur von einer Eisenbahn sprach. Hierher wären wohl auch die Fälle zu rechnen, in denen die Anfälle nach einem heftigen Gewitter, nach Erleiden eines elektrischen Schlages, eines Blitzschlages auftraten.

Kaum weniger häufig wurde Ärger über unliebsame Erlebnisse als Ursache der Anfälle angegeben. Streitigkeiten in der Familie, mit der Herrschaft, den Kameraden, Kündigung des Dienstverhältnisses, der Wohnung, Tadel durch die Lehrerin, Spott, Verpassen des Zuges, Verlust eines Geldtäschchens, der Uhr, Ausbleiben des erwarteten Geldes wären hier zu verzeichnen. Ein junges Mädchen verfiel in Krämpfe, als der Arzt, nach ihrer Meinung wegwerfend, gesagt hatte: „Was machen wir denn mit der da?“. Eine andere erkrankte, als sie jemand geküßt hatte, ein Kranker, als er durch falsches Spiel betrogen worden war, ein anderer, als er von den Beeinträchtigungen erzählte, die er durch seine Eltern zu erdulden habe. Ein junger Bursche verlor die Sprache, als er am Tage nach seiner Verurteilung wegen Wilddieberei von neuem im Walde wildernd betroffen wurde. Eine weit geringere Rolle spielten die gemütlichen Erregungen anderer Art. Spannung, ängstliche Erwartung lagen den Fällen zugrunde, in denen die Kranken vor und nach unbedeutenden Operationen, bei ärztlichen Untersuchungen, beim Verbinden, bei der Visite, beim Zahnarzt, bei der klinischen Vorstellung, beim Examen, bei einer Gerichtsverhandlung von Anfällen ergriffen wurden.

Eine besondere Gruppe bilden die hysterischen Zufälle in der Untersuchungshaft, die meist die Form von Dämmerzuständen oder

Stupor mit Verdrängungserscheinungen annehmen. Auch die durch spiritistische Sitzungen ausgelösten Anfälle wären hier zu erwähnen; ein junges Mädchen verfiel in einen Dämmerzustand, nachdem sie von einem Glasergesellen hypnotisiert worden war. Ein junger Mann bekam einen Anfall nach Erzählen einer Raubmordgeschichte, ein anderer, als er in einem Boot auf den See hinausgefahren war, um sich zu ertränken. Weiterhin wäre der häufigen Erfahrung zu gedenken, daß Anfälle von der feierlichen Stimmung des Gottesdienstes begünstigt werden; ein Kranker verfiel beim Firmungsessen in eine vierstündige Ohnmacht.

In einzelnen Fällen wirkt auch die Erinnerung an frühere Anfälle oder aufregende Erlebnisse auslösend. Eine Kranke bekam ihre Anfälle immer in der Jahreszeit, in der ihr vor Jahren ein schwerer Unfall begegnet war, eine andere am Sterbetage ihres Vaters. Ein junger Mensch fühlte sich vor einem Anfalle immer zu der Stelle hingezogen, an der er den ersten Anfall gehabt hatte; eine Kranke verfiel in Anfälle, wenn man ihr von früheren erzählte. Ein Kranker, der die Stimme durch den Fall eines Balkens auf seine Schulter verloren hatte, wurde jedesmal aphonisch, sobald er eine Last auf der Schulter trug. Vielleicht sind auch die Fälle, in denen der Geruch von Kohlen, von Äther auslösend wirkte, auf Erinnerungen zurückzuführen, die sich damit verknüpften. Mehrfach wurden die Anfälle durch den Anblick fremder Anfälle hervorgerufen. Ganz vereinzelt stehen die Angaben, daß die Anfälle durch festes Schnüren, durch Anstrengungen erzeugt wurden. Ein Junge hatte Anfälle, „wenn er seinen Willen nicht durchsetzen konnte"; andere sagten den Eintritt der Anfälle voraus; ein Kranker erklärte zutreffend: „Dies war der letzte; nun kommt keiner mehr."

Die zeitliche Verbindung zwischen auslösender Ursache und Anfall ist oft eine ganz enge, so daß die Kranken bei dem erregenden Ereignisse sofort zusammenbrechen oder verwirrt werden, davonlaufen, beginnen zu delirieren. In anderen Fällen ist die Wirkung eine weniger stürmische; es folgt zunächst eine kürzere oder längere Zeit der Vorbereitung, der „méditation" nach französischer Bezeichnung, die einige Stunden, Tage oder, seltener, Wochen dauern kann. In dieser erscheinen die Kranken nur etwas gedrückt, verstört; dann bricht ziemlich plötzlich der Anfall los. Bisweilen zeigen sich zunächst geringfügigere Störungen, Herzklopfen, leichte Zuk-

kungen, denen sich dann erst im weiteren Verlaufe schwerere Krankheitserscheinungen anschließen.

Schon ein Rückblick auf die hier gegebene Übersicht, die sich leicht noch erheblich erweitern ließe, zeigt auf das deutlichste, daß in der Entstehungsgeschichte der hysterischen Krankheitserscheinungen Gemütsbewegungen eine durchaus maßgebende Rolle spielen. Allerdings läßt sich auch nicht im entferntesten etwa für jede hysterische Störung eine bestimmte gemütliche Erregung als auslösende Ursache nachweisen. Dennoch wird man in gut beobachteten Fällen von Hysterie kaum jemals die Angabe vermissen, daß die Anfälle vorzugsweise nach Aufregungen eintreten. Auch die eigentümlich launenhafte Verteilung der Anfälle im Leben spricht für ihre Abhängigkeit von äußeren Anlässen. Dazu kommt die Erfahrung, daß vielfach Anfälle geradezu künstlich erzeugt werden können, sei es durch Reizung „spasmogener" Punkte, sei es, was offenbar auf dasselbe hinausläuft, durch irgendwelche anderen Maßnahmen, die in den Kranken die bestimmte Erwartung wecken, daß der Anfall kommen werde, entsprechend der obenerwähnten Anknüpfung an bestimmte Örtlichkeiten, Gedenktage, Jahres- und Tageszeiten.

Angesichts aller dieser Tatsachen wird der Schluß nicht unberechtigt sein, daß die Entstehung hysterischer Störungen, die wir hier überall so klar vor Augen sehen, auch dort eine ähnliche sein wird, wo uns ein genauerer Einblick nicht möglich ist. Da gemütliche Erregungen aus greifbarem Anlasse besonders beim ersten Auftreten hysterischer Zufälle nachweisbar zu sein pflegen, liegt die Annahme nahe, daß unter ihrem Einflusse Wege gebahnt, Reaktionsformen geschaffen werden, die späterhin auch ohne besonderen äußeren Anstoß leicht gangbar sind. So würde es sich erklären, daß sich in ihnen dann auch die geringfügigeren Schwankungen des gemütlichen Gleichgewichtes aus inneren Ursachen gewohnheitsmäßig entladen.

Die klinische Gestaltung der hysterischen Krankheitserscheinungen entspricht im allgemeinen den Ausdrucksformen der Gemütsbewegungen, wenn auch in krankhafter Ausbildung. Am deutlichsten ist das für die Aufregungszustände, die oft einfach als Übertreibungen gewöhnlicher Affekte erscheinen. Die Dämmerzustände dürfen wir vielleicht als eine Fortentwicklung der Bewußt-

seinstrübung auffassen, die durch heftige gemütliche Erregungen erzeugt wird. Auch das Versinken in eine Traumwelt, in die öfters noch die Erinnerung an die auslösenden Ereignisse hineinragt, erscheint gelegentlich bei sehr stürmischen Gemütsbewegungen angedeutet; jedenfalls finden wir es bei den durch gewaltige Katastrophen hervorgerufenen Erkrankungen wieder. Andererseits zeigen die mehr spielerischen, abenteuerlichen Träumereien Anklänge an die Einbildungen, in denen sich die unklaren Stimmungen und der sehnsüchtige Tatendrang der Entwicklungsjahre gefallen.

Das Schwindelgefühl und die Ohnmachten, das Versagen der Glieder, der Sprache erinnern uns an die ähnlichen Begleiterscheinungen lähmender Affekte, während die Kontrakturen etwa den Wirkungen ängstlicher Erwartung, die krampfartigen Störungen dem wilden Herumarbeiten des Rasenden und Verzweifelten, die Gesichtsfeldeinschränkung der Blindheit des Erregten, die Empfindungsstörungen seiner Unempfindlichkeit verglichen werden können. Dem Herzklopfen und der Atmungsbeschleunigung, den Durchfällen, den Schlundkrämpfen, dem Schwitzen begegnen wir bei der Angst, der Übelkeit und dem Erbrechen beim Ekel. Kurz, es dürfte kaum eine gesicherte hysterische Störung geben, die nicht gewisse Beziehungen zu den Ausdrucksformen der Gemütsbewegungen aufzuweisen hätte. Freilich handelt es sich dabei, soweit sich das bei unserer sehr mangelhaften Kenntnis der normalen Gemütsbewegungen beurteilen läßt, nicht um glatte Übereinstimmungen; vielmehr lassen sich nur ganz allgemeine Ähnlichkeiten feststellen. Sie scheinen mir aber immerhin so weitgehende und namentlich so umfassende zu sein, daß sie geeignet sind, den Gedanken einer tieferen inneren Beziehung zwischen hysterischen Krankheitszeichen und den körperlichen Begleiterscheinungen der Gemütsbewegungen weiter zu stützen, den schon die Häufigkeit des ursächlichen Zusammenhanges so nahelegt.

In manchen Fällen besteht aber nun auch noch eine weit engere inhaltliche Verwandtschaft zwischen auslösendem Anlaß und hysterischer Reaktionsform. So entspricht die Art der hysterischen Erregung, die sinnlose Wut mit rücksichtslosem Zerstören, die ängstliche Verwirrung mit Fortlaufen und triebartigen Selbstmordversuchen, die allgemeine Schrecklähmung, das Zusammenbrechen, oft genug völlig der auslösenden Gemütsbewegung. Andererseits

kommen freilich auch widersinnige Reaktionen vor, wie das Auftreten von Lachkrämpfen bei traurigem Anlasse. Die Freudsche Schule hat über eine Menge näherer Beziehungen zwischen Ursache und klinischen Einzelheiten des hysterischen Krankheitsbildes berichtet, leider vielfach mit wenig überzeugender Begründung. Sehr klar läßt sich der Zusammenhang oft in denjenigen Fällen erkennen, in denen nicht allgemeine gemütliche Erregungen, sondern Schädigungen mit bestimmtem Angriffspunkte auslösend gewirkt haben. In der Regel wird dann dieser auch zum Sitze hysterischer Störungen, die sich allerdings auch noch auf andere Gebiete ausbreiten können, entsprechend der ebenfalls weit allgemeineren Wirkung der auslösenden Ursache. Eine Dienstmagd wurde von andauerndem Erbrechen mit daran sich anschließendem Singultus befallen, als sie gesehen hatte, daß die Köchin sich in den Küchentüchern die Nase schneuzte. Unempfindlichkeit und Schmerzen, Krampf und Lähmung finden wir bei der traumatischen Hysterie vor allem in den verletzten Körperteilen; bei allgemeineren Störungen treten vorzugsweise dort die einleitenden Anzeichen auf. Ein Kranker, der vom Gerüst fiel, blieb mit dem rechten Arm hängen; er bekam eine schmerzhafte Kontraktur im rechten Brustmuskel; ein anderer bot nach Prellung der rechten Hand Zittern und Schwäche derselben dar; ein dritter, der bei einem Brande aus dem Fenster gesprungen und auf die linke Seite gefallen war, zeigte jahrelang eine spastische Lähmung und Analgesie des Armes. Ein Schiffer, der sich beim Fall vom Maste die rechte Brustseite gequetscht hatte, litt an Anfällen, die durch Schmerzen an der verletzten Stelle eingeleitet wurden. Das sind alltägliche Beispiele.

Das Gegenstück zu der Auslösbarkeit der hysterischen Krankheitserscheinungen durch äußere Eingriffe bildet ihre Beeinflußbarkeit. Zunächst bewirkt schon die Versetzung der Kranken in eine neue Umgebung ganz gewöhnlich eine wesentliche Besserung, ja ein plötzliches Aufhören wenigstens der stürmischeren Störungen. Wie die Hinlenkung der Aufmerksamkeit den Zustand verschlechtert, kann die Nichtbeachtung allein schon einen günstigen Einfluß ausüben; freilich wird sie unter Umständen auch eine Verschlimmerung herbeiführen, wenn die Kranken über die vermeintliche Unterschätzung ihres Leidens in Erregung geraten. Weiterhin zeigt sich,

daß durch Maßregeln, die dem Kranken unangenehm oder schmerzhaft sind, durch faradische Pinselung, kalte Bäder, Übergießungen, öfters Krankheitserscheinungen beseitigt, Anfälle abgekürzt werden können. Endlich aber haben alle Mittel und Eingriffe Erfolg, zu denen der Kranke Vertrauen hat, deren Wirkung er zuversichtlich erwartet. Darauf dürfte in erster Linie die Bedeutung der krampfhemmenden Zonen beruhen, deren eindrucksvolle Reizung in dem Kranken die Überzeugung von der günstigen Wirksamkeit erweckt. Allgemein lehrt die Erfahrung, daß man auch durch die sinnlosesten Maßregeln imstande ist, Hysterischen zu helfen, sobald sie selbst fest an die Hilfe glauben. Was sie heilt, ist die innere Beruhigung und die freudige Gehobenheit, welche die Hoffnung mit sich bringt. —

Die Frage nach der Prognose der Hysterie ist eine sehr verwickelte. Zunächst kann gesagt werden, daß die einzelnen Krankheitserscheinungen im allgemeinen die Neigung zeigen, nach einiger Zeit wieder zu verschwinden; allerdings können sie unter Umständen recht hartnäckig sein. Besonders gilt das von den Lähmungen und Kontrakturen sowie von den umschriebenen rhythmischen Krämpfen, während die Sprach- und Gehstörungen und namentlich die Anfälle aller Art günstigere Aussichten bieten. Man muß aber, wie schon einige früher angeführte Beispiele lehrten, auch beim Schwinden eines Krankheitszeichens darauf gefaßt sein, daß es früher oder später einmal wieder auftaucht oder auch durch irgendein anderes ersetzt wird.

Der Grund dafür ist in der von jeher viel betonten Tatsache zu suchen, daß auch nach Beseitigung der einzelnen Störung doch deren allgemeiner Nährboden, die hysterische Veränderung des Seelenlebens, fortbesteht. Die Prognose eines gegebenen Falles wird also davon abhängen, ob Aussicht vorhanden ist, daß jene grundlegende Veränderung sich wieder verlieren kann. Um diese Frage zu beantworten, müssen wir vor allem die Ursachen und das Wesen der hysterischen Veränderung aufzuklären suchen; erst dann wird sich ermessen lassen, ob und wie weit sie eine bleibende Eigentümlichkeit des Einzelnen darstellt. Indem wir dieser Erörterung einigermaßen vorgreifen, können wir schon hier soviel sagen, daß die Hysterie unter diesem Gesichtspunkte keine einheitliche Krankheitsform darstellt, sondern daß sich mehrere

Gruppen von Beobachtungen auseinanderhalten lassen, deren Prognose sehr verschieden zu stellen ist.

Eine erste große Gruppe ist die Hysterie der Kinder und der Entwicklungsjahre, die ich die Entwicklungshysterie nennen möchte. Sie entspricht der „vulgären" Hysterie der Autoren und bildet die Hauptmasse der Hysterischen, die einem frei geöffneten Krankenhause zuströmen. Die zweite, viel kleinere Gruppe wird von solchen Fällen gebildet, die in ausgeprägter Weise die Züge psychopathischer Minderwertigkeit tragen; es ist die Entartungshysterie. In einer dritten, wieder umfangreicheren Zahl von Beobachtungen läßt sich als die wesentliche auslösende Schädlichkeit der hysterischen Störungen der Alkoholmißbrauch nachweisen; wir dürfen somit von einer Alkoholhysterie, der „toxischen Hysterie" der Autoren, sprechen. Weiterhin scheint es, daß auch die verhältnismäßig nicht allzu häufigen, nach Unfällen sich entwickelnden Formen, die wir als „Unfallshysterien" abgrenzen können, eine gewisse Sonderstellung beanspruchen dürfen, insofern sie Beziehungen zur traumatischen Neurose aufweisen. Endlich wäre noch die oben bereits eingehend geschilderte Hafthysterie anzuführen.

Es ist wohl nicht notwendig, besonders zu betonen, daß die hier umschriebenen Gruppen sich nicht haarscharf voneinander scheiden lassen, sondern daß es Übergangs- und Mischformen geben muß. Dennoch wird man in der großen Mehrzahl der Fälle kaum erhebliche Schwierigkeiten finden, die Einordnung vorzunehmen. Damit ist aber auch die Prognose ziemlich genau umschrieben. Die Entwicklungshysterie darf als eine im allgemeinen durchweg günstig verlaufende Krankheit angesehen werden, während die Entartungshysterie einer wirklichen Heilung nicht zugänglich zu sein scheint. Die Alkoholhysterie ist heilbar, sobald es gelingt, die Kranken vom Alkohol zu befreien, und das Schicksal der traumatischen Hysterie hängt wesentlich davon ab, ob Lebensverhältnisse und Willensanlage des Kranken die baldige Wiederaufnahme einer geregelten Tätigkeit ermöglichen; hier werden somit ähnliche Gesichtspunkte heranzuziehen sein wie bei der traumatischen Neurose. Entsprechendes gilt von der Hafthysterie.

Aus diesen Erfahrungssätzen ergibt sich, daß im allgemeinen die Aussichten auf ein Schwinden der hysterischen Krankheits-

erscheinungen, namentlich bei jugendlicheren Kranken, verhältnismäßig recht gute sind. Dieser Schluß steht einigermaßen im Widerspruche zu der landläufigen Anschauung, daß zwar die Äußerungen der hysterischen Anlage wechseln können, diese selbst aber im wesentlichen unverändert fortbestehe und daher immer von neuem wieder Störungen erzeuge. Diese Meinung, die ich lange geteilt habe, hält der Prüfung an größeren Beobachtungsreihen nicht Stand; sie ist offenbar wesentlich aus dem Verlaufe der allerdings vorzugsweise die Aufmerksamkeit auf sich ziehenden Fälle von Entartungshysterie abgeleitet worden. Diese spielen jedoch gegenüber der großen Zahl der sich weit günstiger gestaltenden Erkrankungsfälle mit hysterischen Störungen nur eine verhältnismäßig geringe Rolle. Bei der genannten kleinen Gruppe haben wir in der Tat zumeist mit der Entwicklung eines dauernden psychischen Siechtums zu rechnen, insofern auch nach Beseitigung der einzelnen, in wechselnder Form sehr leicht wiederkehrenden Störungen die krankhafte hysterische Persönlichkeit mit ihrer gemütlichen Unausgeglichenheit, ihrer weitgehenden körperlichen und seelischen Beeinflußbarkeit, ihrer mangelnden Selbstbeherrschung zurückbleibt und den günstigen Boden für das Wiederauftauchen von Krankheitserscheinungen mit oder ohne Anlaß darstellt. Auch bei den schwersten Formen hysterischer Entartung kommt es übrigens niemals zu einer Verblödung; die Verstandesleistungen werden immer nur mittelbar, soweit die krankhaften gemütlichen Einflüsse reichen, in Mitleidenschaft gezogen. Wo sich im Verlaufe des Leidens ein deutlicher Schwachsinn erst entwickelt, handelt es sich ausnahmslos um die Verbindung einzelner hysterischer Erscheinungen mit andersartigen, ihrerseits zur Verblödung führenden Krankheitsvorgängen.

Daß die Prognose der Hysterie sehr verschieden beurteilt werden muß, ist schon vielfach betont worden. Namentlich die „monosymptomatische" Hysterie hat man von jeher als eine verhältnismäßig günstige Form angesehen. Meyer stellt sie neben die ebenfalls im ganzen gutartige „Organhysterie". Als ungünstigere Gestaltungen grenzt er die „Hysterie mit Allgemeinerscheinungen" ab, der wieder die „Anfallshysterie" sich angliedert; ihnen steht als schwerste Form die „Hysterie mit Veränderung des Bewußtseinslebens" gegenüber. Im allgemeinen dürften sich die hier aus der symptomatologischen Einteilung abgeleiteten prognostischen Ge-

sichtspunkte mit denen decken, die sich uns aus der ätiologischen Gruppierung ergeben haben.

Das Leben wird durch die hysterische Erkrankung an sich nicht gefährdet. Die vereinzelten, früher als „akute tödliche Hysterie" beschriebenen Krankheitsfälle sind ohne Zweifel in anderem Sinne zu deuten. Immerhin können manche hysterische Störungen unter Umständen schwere Gefahren für die Kranken heraufführen. Das gilt namentlich von den durchaus nicht immer harmlosen Selbstverletzungen und Selbstmordversuchen, ferner von den eingreifenden Operationen, die durch Vortäuschung körperlicher Leiden veranlaßt werden. Der Mißbrauch von Arzneien, unsinnige Kuren, unvernünftige Lebensweise werden unter Umständen verderblich; ebenso können die mannigfachen Störungen der Ernährung, wie sie durch Appetitmangel, launenhafte Beschränkung in der Auswahl der Speisen, Erbrechen bedingt werden, die Widerstandsfähigkeit gegen zufällige körperliche Erkrankungen in verhängnisvollster Weise schwächen. Über verwertbare Leichenbefunde bei Hysterie verfügen wir noch nicht; sie sind bei der Eigenart des Leidens auch in absehbarer Zeit schwerlich zu erwarten. —

Bei der Betrachtung der Ursachen der Hysterie wird zunächst die Beteiligung der beiden Geschlechter zu erörtern sein. Wie der Name andeutet (*ὑστέρα*, die Gebärmutter), betrachtet man die Hysterie so sehr als eine Krankheit des weiblichen Geschlechts, daß man sogar zweifelhaft gewesen ist, ob man überhaupt ein Recht hat, ähnliche Erkrankungen bei Männern mit derselben Bezeichnung zu belegen. Indessen die „männliche Hysterie"[1]) ist heute keine seltene Krankheit mehr. Während noch Briquet annahm, daß die Hysterie bei Frauen etwa 20mal so häufig sei wie bei Männern, schwanken die neueren Angaben über das Verhältnis von Männern zu Frauen etwa zwischen 1 : 11,7 (Eulenburg), 1 : 10 (Oppenheim), 1 : 9 (Bodenstein), 1 : 7 (Berlin), bzw. 1 : 17 (München) (Löwenfeld), 1 : 6,5 (Leuch), 1 : 5 (Jolly, Holst), 1 : 3,5 (Brunner), 1 : 2—3 (Gilles de la Tourette), 1 : 2 (Pitres). Marie und Souques fanden in den unteren Ständen von Paris die Hysterie sogar nicht unwesentlich häufiger beim männlichen Geschlecht. Möbius denkt daran, daß in jenen Schichten vielleicht die Unterschiede in der psychischen Eigenart der beiden

[1]) Brunner, Über Hysteria virilis. Diss. Zürich 1903.

Geschlechter noch weniger ausgebildet seien; ich glaube vielmehr, daß hier der Alkoholismus des Mannes die Hauptschuld trägt. Raimann fand unter den in die Wiener psychiatrische Klinik aufgenommenen Kranken ein Verhältnis von 1 : 3,8. Meine eigene, 498 Fälle der Münchener Klinik umfassende Zusammenstellung ergibt das Verhältnis 1 : 1,9; in Heidelberg war es 1 : 2,3.

Es ist nicht wahrscheinlich, daß diese großen Unterschiede, obgleich sie sich auch in den unter verschiedenen Bedingungen von demselben Beobachter gewonnenen Zahlen wiederfinden, wirklich eine wechselnde Beteiligung der beiden Geschlechter bedeuten. Daß freilich solche Unterschiede bestehen müssen, wird sich aus unseren weiteren Betrachtungen ergeben. Daneben aber spielen sicher die Bedingungen, unter denen die Kranken zuflossen, ob es sich um klinische oder poliklinische Beobachtungen, um Irrenabteilungen oder allgemeine Krankenhäuser, Sanatorien, geschlossene Anstalten handelte, eine wesentliche Rolle. Auch die weitere oder engere Fassung des Krankheitsbegriffes wird die Zahlen beeinflussen müssen. So weist die Statistik des Deutschen Heeres nach Boldts Angaben für das Jahr 1896/97 0,23%, für 1903/04 dagegen 0,58% Hysterischer auf, ein Anwachsen, das sicherlich nicht durch eine Vermehrung der Krankheitsfälle, sondern wesentlich durch Fortschritte in der richtigen Erkenntnis des Leidens bedingt ist.

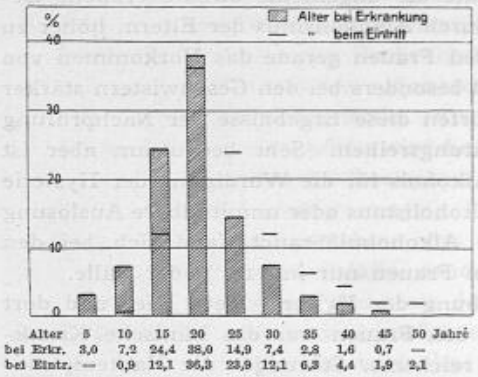
Die im allgemeinen zweifellos stärkere Beteiligung des weiblichen Geschlechtes an der Hysterie wird ohne weiteres verständlich, wenn wir die innigen Beziehungen des Leidens zu den Gemütsbewegungen berücksichtigen. Offenbar bestehen hier ähnliche Zusammenhänge zwischen der Eigenart der Erkrankung und der stärkeren gemütlichen Erregbarkeit des weiblichen Geschlechtes wie beim manisch-depressiven Irresein. Ein Leiden, das sich wesentlich in einer krankhaften Veränderung der gemütlichen Reaktionsweise äußert, muß dort einen besonders günstigen Boden finden, wo die Gefühlsregungen von vornherein eine beherrschende Stellung im Seelenleben einnehmen. Francotte bezeichnete die Hysterie als eine „amplification de la mentalité féminine habituelle".

Bei näherer Betrachtung zeigt sich, daß die Hysterie der beiden Geschlechter trotz allgemeiner Wesensgleichheit doch nach manchen Richtungen Verschiedenheiten aufweist. In der Vorgeschichte der Frauen waren vorwiegend diejenigen Eigenschaften vermerkt, die

dem weiblichen Geschlechte besonders eigentümlich sind, namentlich erhöhte gemütliche Erregbarkeit und kindlich zutunliches Wesen. Dagegen fanden sich unter den erkrankten Männern mehr schwächliche und kränkliche Personen, mehr solche, die an Zahnkrämpfen und Bettnässen gelitten, die sich durch hervorragend gute oder sehr geringe Begabung aus dem Durchschnitte herausgehoben hatten. Es scheint demnach, daß die Hysterie der Frauen im allgemeinen mehr einer natürlichen Entwicklungsrichtung entspricht, unter Umständen auch einem Zurückbleiben auf kindlicher Stufe, während das Leiden bei den Männern vorzugsweise auf der Grundlage psychopathischer Minderwertigkeit erwächst. Dem könnte es auch entsprechen, daß beim männlichen Geschlechte die allgemeine direkte erbliche Belastung, namentlich auch durch Alkoholismus der Eltern, höher zu sein schien, während bei den Frauen gerade das Vorkommen von Hysterie bei den Eltern und besonders bei den Geschwistern stärker hervortrat. Allerdings bedürfen diese Ergebnisse der Nachprüfung an weit größeren Beobachtungsreihen. Sehr bedeutsam aber ist ferner noch die Rolle des Alkohols für die Würdigung der Hysterie der beiden Geschlechter. Alkoholismus oder unmittelbare Auslösung hysterischer Zufälle durch Alkoholmißbrauch fand sich bei den Männern in 46,6%, bei den Frauen nur in 11,4% der Fälle.

Auch die klinische Färbung der Hysterie bietet hier und dort gewisse Unterschiede. Bei den Frauen war das klinische Krankheitsbild durchweg ein viel reicheres. Störungen der Hautempfindlichkeit, der Hautreflexe, des Gehens, Lähmungen, Kontrakturen, Lach- und Weinkrämpfe, also diejenigen Erscheinungen, die sich in nähere Beziehungen zu den Wirkungen von Gemütsbewegungen bringen lassen, waren bei den Frauen häufiger, während bei den Männern verhältnismäßig etwas mehr Krampfanfälle beobachtet wurden; sie traten namentlich auch nachts auf und scheinen vielfach schwerer gewesen zu sein, da öfters Nässen im Anfalle verzeichnet wurde. Auch Brunner fand bei Männern besonders viel Krämpfe. Zittern ließ sich bei ihnen wesentlich häufiger feststellen. Es liegt wohl nahe, in den genannten Zügen eine gewisse Beeinflussung des Krankheitsbildes durch den Alkohol zu vermuten. Bei den Frauen zeigte sich ferner mehr Neigung zu ausgeprägteren Dämmerzuständen, namentlich zu den deliranten, mit lebhaften Sinnestäuschungen einhergehenden und zu den durch läppische

Erregung gekennzeichneten, an Kinderart erinnernden Formen, während bei den Männern auffallend oft über Nachtwandeln berichtet wurde. Endlich ist zu erwähnen, daß bei den Frauen der Einfluß gemütlicher Auslösungen und auch der Nachahmung stärker hervortrat, als bei den Männern. Insbesondere wurden Druckpunkte in der Bauchgegend viel öfter aufgefunden, sei es, weil mehr nach ihnen gesucht wurde, sei es, weil der erregende Einfluß des untersuchenden Arztes ihre Auffindung erleichterte. Sollten sich die hier kurz angedeuteten Unterschiede auch bei genauerer Nachprüfung wiederfinden, so würde man etwa sagen können, daß die Hysterie der Frauen enge Beziehungen zu den natürlichen, dauernden Eigentümlichkeiten des weiblichen Geschlechtes aufweist, während bei derjenigen der Männer neben der persönlichen, angeborenen oder erworbenen Minderwertigkeit namentlich die Vergiftung mit Alkohol eine Rolle spielt. Das Krankheitsbild gewinnt unter diesen Umständen eine gewisse Ähnlichkeit mit den ebenfalls durch den Alkohol zur Entwicklung gebrachten Formen der Epilepsie.



Alter	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50 Jahre
bei Erkr.	3,0	7,2	24,4	38,0	14,9	7,4	2,8	1,6	0,7	—
bei Eintr.	—	0,9	12,1	36,3	23,9	12,1	6,3	4,4	1,9	2,1

Fig. 284. Prozentische Verteilung der hysterischen Erkrankungen auf die einzelnen Altersstufen (430 Fälle).

Über die Verteilung der hysterischen Erkrankungen auf die einzelnen Altersstufen gibt die nebenstehende Darstellung Fig. 284 Aufschluß, in der 430 Fälle prozentisch nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen gruppiert wurden. Man erkennt hier ohne weiteres, daß die Hysterie ganz vorzugsweise eine Erkrankungsform der jugendlichen Altersklassen ist; Bruns sah ein Kind schon mit 3 Jahren erkranken. In mehr als einem Drittel der Fälle setzte das Leiden vor dem 15., in fast drei Viertel vor dem 20. Lebensjahre ein. Dieses Ergebnis stimmt fast genau mit demjenigen von Pitres überein, von dessen 80 Kranken 71,5% vor dem 20. Jahre erkrankt waren. Nach dem 30. Jahre erkranken nur noch etwa 5%.

Eine besondere Beleuchtung erfährt diese Beziehung der Hysterie zum Jugendalter durch die in unserer Darstellung angedeutete Verteilung der Fälle nach ihrem Alter beim Eintritt in die Klinik. Wenn hier einerseits naturgemäß die ganz kleinen Kinder fehlen, die man nur ausnahmsweise in psychiatrische Kliniken zu bringen pflegt, so sehen wir andererseits die Behandlungsbedürftigkeit der Kranken das Alter ihrer Erkrankung merkwürdig wenig überdauern. Der Höhepunkt fällt hier ebenfalls in die Zeit zwischen dem 15. und 20. Jahre; auch bis zum 25. Jahre werden noch viele Hysterische hilfsbedürftig. Von da ab jedoch zeigt sich für das Eintrittsalter ebenfalls ein rasches Sinken, so daß nach dem 30. oder gar 40. Jahre nur noch eine sehr kleine Zahl von Hysterischen der klinischen Behandlung bedarf. Da bestimmt nur ein geringer Bruchteil der Kranken dauernd in geschlossenen Anstalten verwahrt wird und der Tod unter ihnen keine erhebliche Ernte hält, so läßt die hier wiedergegebene Erfahrung keinen anderen Schluß zu, als daß sich die hysterischen Krankheitserscheinungen in der großen Mehrzahl der Fälle mit zunehmendem Alter wieder verlieren; jedenfalls treten sie meist so sehr in den Hintergrund, daß sie keinen Anlaß zum Aufsuchen des Krankenhauses mehr bieten. Diese Folgerung wird auch durch die Erwägung kaum wesentlich erschüttert werden, daß ältere Personen leichter in ihrer Häuslichkeit die nötige Fürsorge finden, da sich dasselbe für die ganz jugendlichen Altersstufen sagen ließe, die dennoch bei weitem die größte Hilfsbedürftigkeit aufweisen.

Man wird aber auch nach einer Erklärung für diese wichtigen Tatsachen nicht lange zu suchen brauchen. Die gleichen Gründe, die eine stärkere Beteiligung des weiblichen Geschlechtes bedingen, treffen in noch erhöhtem Maße für die Jugend zu. Auch hier haben wir es mit einer größeren Beweglichkeit des Gefühlslebens und namentlich auch mit einer besonderen Lebhaftigkeit der willkürlichen und unwillkürlichen Ausdrucksformen von Gemütsbewegungen zu tun, die erst allmählich durch die Erziehung zur Selbstbeherrschung und durch die Entwicklung der geistigen Persönlichkeit gedämpft wird. Die Ähnlichkeit mancher hysterischer Krankheitsäußerungen, der krampfartigen Zornausbrüche, der läppischen Dämmerzustände, des Wachträumens, mit entsprechenden Erscheinungen bei Kindern ist wohl eine mehr als äußerliche. Auch die Eindrucksfähigkeit, die Neugierde, die Oberflächlichkeit der Gefühlsregungen, die Selbstsucht,

die Begehrlichkeit, die Beeinflußbarkeit, der Eigensinn der Hysterischen sind Eigenschaften, die ihr Gegenstück und vielleicht ihre Wurzel in Eigentümlichkeiten der Kinderseele besitzen.

Die hier angeführten Erfahrungen sind es, die vor allem die Unterscheidung zwischen einer Entwicklungs- und Entartungshysterie nahe legen, wie sie auch von Schnyder gefordert worden ist. Wir erkennen deutlich, daß es nur ein kleiner Bruchteil von Kranken ist, der auch in reiferem Alter noch ausgeprägtere hysterische Störungen darbietet. Soweit hier nicht, wie bei den alkoholischen und traumatischen Formen, äußere Einflüsse maßgebend sind, werden wir berechtigt sein, eine besondere Veranlagung der Persönlichkeit anzunehmen, die eben bewirkt, daß die sonst sich wieder ausgleichenden hysterischen Störungen dauernd fortbestehen. Wir werden auch späterhin noch eine besondere Gruppe von psychopathisch minderwertigen Persönlichkeiten kennen lernen, bei denen sich einzelne hysterische Züge durch das ganze Leben hindurch erhalten. Dem gegenüber werden wir die Entwicklungshysterie namentlich in eine gewisse Beziehung zu den Umwälzungen bringen dürfen, welche die Geschlechtsreife mit sich bringt. Wenn auch schon das kindliche Alter mit seinen lebhaften, sich rücksichtslos entladenden Gemütsbewegungen das Auftreten hysterischer Störungen begünstigt, so wird der Boden dafür offenbar noch weit geeigneter, sobald die inneren Stürme und Spannungen, die sehnsüchtigen Regungen und Überschwänglichkeiten der Entwicklungszeit herannahen und das gemütliche Gleichgewicht den stärksten Erschütterungen aussetzen.

Die Häufigkeit der Hysterie im Kindesalter[1]) ist schon lange bekannt, ebenso gewisse Abweichungen, die sie gegenüber dem Bilde der Hysterie der Erwachsenen darbietet. Als solche pflegt einerseits vor allem die „massive" Ausprägung der Krankheitserscheinungen, sodann deren „monosymptomatisches" Auftreten bezeichnet zu werden. Der erstere Umstand könnte damit zusammenhängen, daß die Störungen unter den einfacheren Bedingungen des kindlichen Seelenlebens mit ihrer ganzen ursprünglichen Naivität zur Entwicklung kommen, ohne durch die Einflüsse einer verwickelteren Persönlichkeit abgeschliffen und verändert zu werden. Dem entspricht

[1]) Bruns, Die Hysterie im Kindesalter, 2. Aufl. 1906; Sänger, Monatsschr. f. Psychiatrie IX, 321; Bézy, Hystérie infantile et juvénile. 1900.

es, wenn Bruns berichtet, daß jene „massiven" Fälle namentlich von der Landbevölkerung geliefert werden. Daß die kindliche Hysterie vorzugsweise monosymptomatisch ist, muß zugegeben werden. Ähnliches gilt jedoch wohl für die Entwicklungshysterie überhaupt. Ferner aber pflegt auch die Entartungshysterie mit mehr umgrenzten Krankheitserscheinungen zu beginnen, so daß wir auch aus diesem Grunde bei Kindern eine größere Einseitigkeit des klinischen Bildes erwarten dürften. Es scheint jedoch endlich, daß der starke Nachahmungstrieb des Kindes besonders gern zur hysterischen Wiedergabe bestimmter, an anderen gesehener oder früher selbst erfahrener Krankheitserscheinungen führt, ein Umstand, der ebenfalls die Entstehung monosymptomatischer Krankheitsbilder begünstigen muß. Im einzelnen führt Bruns an, daß Astasie-Abasie, Aphonie, Lidkrampf, choreatische Krämpfe, Kontrakturen, delirante Dämmerzustände und Nachtwandeln bei Kindern häufig seien, während die eigentlichen Stigmata, namentlich Empfindungsstörungen, seltener beobachtet werden.

Versucht man, die vor und die nach dem 15. Lebensjahre beginnenden Fälle von Hysterie miteinander zu vergleichen, so ergibt sich zunächst, daß unter den ersteren die schwächlichen, kränklichen, körperlich und geistig spät entwickelten, aber auch die besonders begabten Kinder verhältnismäßig stark vertreten sind, ferner diejenigen, die an Zahnkrämpfen und Bettnässen gelitten haben. Auffallend oft finden sich bei ihnen besondere Eigentümlichkeiten des Wesens, Stimmungswechsel, Eigensinn, Unlenksamkeit, Schüchternheit, Lebhaftigkeit der Einbildungskraft, Kindlichkeit, hie und da auch verbrecherische Neigungen. Diese Erfahrungen würden dafür sprechen, daß gerade auch die Entartungshysterie schon früh einzusetzen pflegt, ein Satz, der nichts Überraschendes hat. Hinsichtlich des klinischen Bildes läßt sich sagen, daß bei den früh Erkrankenden namentlich Sprach- und Gehstörungen, Lähmungen, Ohnmachten und Nachtwandeln häufiger zu verzeichnen waren, ferner läppische und delirante Dämmerzustände mit Sinnestäuschungen. Unter den nach dem 15. Jahre Erkrankten befanden sich viele schlecht Begabte; im klinischen Bilde war bemerkenswert die Häufigkeit von Lach- und Weinkrämpfen sowie von ängstlichen und hypochondrischen Stimmungen. Vor allem aber trat hier die Bedeutung des Alkoholmißbrauchs sehr stark hervor.

Die Verteilung der hysterischen Erkrankungen auf die einzelnen Altersstufen gibt die Fig. 285 für Männer und Frauen gesondert in absoluten Zahlen wieder. Hier zeigt sich, daß die im Verhältnisse zum männlichen Geschlechte wesentlich stärkere Neigung der Frauen zur Hysterie gewissen Schwankungen unterliegt. Auf den jugendlichen Stufen, namentlich zwischen dem 5. und 10. Jahre, ist das Überwiegen der weiblichen Kranken stark; es wird etwas schwächer bis zum 15. und auch 20. Jahre. Von da bis zum 25. Jahre erkranken die Frauen auffallend häufig, vielleicht im Zusammenhange mit den hier in ihr Leben vielfach erschütternd eingreifenden geschlechtlichen Beziehungen. Umgekehrt wächst der Anteil der Männer zwischen dem 25. und 30. Jahre, um bis zum 35. sogar denjenigen der Frauen zu übertreffen. Die Ursache dafür ist ohne Zweifel im Alkoholmißbrauche zu suchen; er konnte bei den vor dem 20. Jahre erkrankten Männern in 39%, bei den später Erkrankten in 85% der Fälle ermittelt werden, während die entsprechenden Zahlen für Frauen 10,2% und 14,3% betragen.

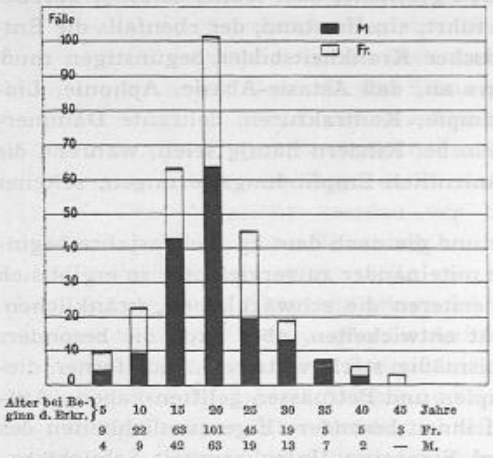


Fig. 285. Verteilung der hysterischen Erkrankungen auf die einzelnen Altersstufen (159 M., 272 Fr.).

Unter den von mir beobachteten männlichen Kranken waren 82,9% ledig, 15,9% verheiratet und 1,2% verwitwet oder geschieden. Die entsprechenden Sätze für die Frauen betrugen 83,8%, 10,9% und 5,3%. Hier fällt zunächst der verhältnismäßig hohe Prozentsatz der ledigen Frauen auf. Er erklärt sich zum Teil vielleicht aus dem stärkeren Überwiegen des weiblichen Geschlechtes bei den früh Erkrankten; dennoch aber sollte man, da Frauen wesentlich früher heiraten, von vornherein den Anteil der Verheirateten an der Hysterie bei ihnen höher erwarten, als bei den Männern, während das Gegen-

teil sehr ausgesprochen ist. Man wird daher an Umstände denken müssen, die der verheirateten Frau einen gewissen Schutz gewähren. Die größere Sicherheit vor gemütlichen Stürmen, die das Eheleben der Frau gewährt, könnte hier in Frage kommen. Weiter aber ist natürlich auch daran zu denken, daß die Hysterie eine Verheiratung erschwert, was freilich auch bei den Männern zum Ausdrucke kommen sollte. Noch einen anderen Umstand, der hier in Betracht kommt, werden wir bald kennen lernen. Der unverhältnismäßig hohe Prozentsatz der Verwitweten und Geschiedenen unter den Frauen scheint ebenfalls auf die erhöhte Gefährdung hinzuweisen, denen das ehelose Leben die Frau aussetzt; man müßte denn etwa die Hysterie hier vielfach als die Ursache der Scheidung betrachten, was bei den Männern wieder kaum in Betracht kommen dürfte. Der Mangel geschlechtlicher Befriedigung nach vorheriger Gewöhnung an sie könnte eine Rolle spielen, doch warnt vor dieser Annahme die Tatsache, daß nahezu 6% unserer weiblichen Hysterischen Prostituierte waren, und daß auch sonst gechlechtliche Enthaltsamkeit keineswegs besonders verbreitet zu sein schien.

Über die Beteiligung der einzelnen Berufe an der Hysterie ist bei den Männern nicht viel Sicheres festzustellen. Die zu Gebote stehenden Zahlen müßten dafür viel größere sein und dann der Vergleich mit der Verteilung der Berufe in den betreffenden Altersklassen durchgeführt werden. Immerhin fiel mir auf, daß Fabrikarbeiter und Landarbeiter ganz unverhältnismäßig wenig vertreten zu sein schienen. Auch unter den Frauen befanden sich ländliche Arbeiterinnen nur in verschwindend kleiner Zahl. Dagegen war in höchstem Maße auffallend der große Anteil der Dienstmädchen und Köchinnen, der nicht weniger als 45,1% aller weiblichen Hysterischen betrug. Zur weiteren Klärung dieser Tatsache ist es wichtig, auf die Herkunft unserer Kranken etwas einzugehen. Ich konnte feststellen, daß von den Männern 42% aus München, 21,3% aus anderen größeren und mittleren Städten und 36,7% vom Lande oder aus kleinen Städten stammten. Für die Frauen betrugen die entsprechenden Zahlen 26,6%, 20% und 53,4%.

Es stellt sich also die merkwürdige Tatsache heraus, daß sich unter den weiblichen Hysterischen ein ganz unverhältnismäßig hoher Prozentsatz von Mädchen befindet, die vom Lande oder aus kleinen Städten in die Großstadt eingewandert sind.

Offenbar handelt es sich gerade hier wesentlich um die oben erwähnten weiblichen Hausbediensteten, die in jugendlichem Alter, als unreife Persönlichkeiten, ohne Lebenserfahrung, aus einfachen Verhältnissen unter äußerst schwierige und darum für ihr seelisches Gleichgewicht gefahrdrohende Bedingungen versetzt werden. Die ununterbrochene Abhängigkeit vom fremden, nicht immer gütigen Willen, die gemütliche Vereinsamung, der Mangel an geeignetem Verkehr, vernünftigen Erholungsmöglichkeiten und an Überwachung, die Einsperrung in die Mauern der Großstadt müssen an sich schon sehr ungünstig auf das von den unklaren und mächtigen Regungen der Entwicklungsjahre bewegte Gemütsleben wirken und leicht zu triebartigen Entladungen der inneren Spannung führen. Dazu kommen aber vielfach noch Mangel an ausreichendem Schlafe, Chlorose, geschlechtliche Verführungen und Enttäuschungen, Alkoholmißbrauch, namentlich bei den Kellnerinnen, die unter unseren Kranken ebenfalls ziemlich reichlich vertreten sind. Diese Hysterie der weiblichen Dienstboten, bei deren Entstehung die Einwirkung gemütlich schädigender Lebensbedingungen auf kindlich unentwickelte, wehr- und haltlose Persönlichkeiten die Hauptrolle spielt, dürfte vor allem als Musterbeispiel der Entwicklungshysterie anzusehen sein; sie verschwindet, sobald eine günstigere Lebenslage erreicht oder die Anpassung an die neuen Lebensverhältnisse vollzogen ist.

Die Entstehung der Hysterie im jugendlichen Alter, ebenso der Umstand, daß über die Hälfte unserer hysterischen weiblichen Dienstboten aus ländlichen Verhältnissen stammten, weisen darauf hin, daß die Hysterie zunächst eine Erkrankungsform des unentwickelten, naiven Seelenlebens darstellt; auch die starke Beteiligung des weiblichen Geschlechtes, in dem das natürliche Triebleben seine Ursprünglichkeit weit mehr bewahrt hat, als beim Manne, könnte in demselben Sinne gedeutet werden. Man darf vielleicht vermuten, daß der züchtende Einfluß des Daseinskampfes, der dazu zwingt, starke Gemütsbewegungen und deren Äußerungen zu unterdrücken, sie in Willensspannung und zielbewußtes Streben und Handeln umzusetzen, allmählich die Vorbedingungen für die triebartigen, hysterischen Entladungsformen der Affekte beseitigt. Ist diese Auffassung richtig, so werden wir einerseits erwarten dürfen, daß jugendliche Völker wie jugendliche Menschen besonders zur Hysterie geneigt sind,

andererseits, daß sich ihre Häufigkeit mit fortschreitender Kulturentwicklung verringert.

Leider fehlt es zurzeit durchaus an sicheren Grundlagen für die Beantwortung dieser Fragen. Es darf indessen wohl darauf hingewiesen werden, daß hysterische Epidemien in früheren Jahrhunderten und namentlich im Mittelalter sicher häufiger und ausgebreiteter waren, als jetzt, und daß die reichsten Erfahrungen darüber in heutiger Zeit an der in einfachsten Lebensverhältnissen und Anschauungen lebenden russischen Bauernbevölkerung gesammelt wurden. Ferner wäre auf die große Rolle hinzuweisen, welche die Hysterie anscheinend im Hexenaberglauben gespielt hat. Endlich ist zu betonen, daß bei Naturvölkern nicht selten hysterische Störungen vorkommen, wenn wir auch über ihre wirkliche Häufigkeit nichts wissen. So sind das bei den Malayen verbreitete Latah, das Jumping der Indianer, das Meriatschenje der Sibirier und das von Sakaki genauer geschilderte Imubacco der Ainos wohl zweifellos Erscheinungsformen der Hysterie. Überall handelt es sich um durch Erschrecken auslösbare Anfälle von leichter Verwirrung und Erregung mit Befehlsautomatie, auch negativer, nebst triebartiger Ausführung unsinniger Handlungen. Auch bei Tieren sind vereinzelte hysterische Störungen beschrieben worden, doch ist die Deutung derartiger Beobachtungen einstweilen wohl sehr unsicher.

Gegen die Annahme, daß die Häufigkeit der Hysterie mit der Entwicklung eines Volkes abnehme, scheint der Umstand zu sprechen, daß wir das Leiden gerade in der Großstadt so häufig beobachten, und daß ein altes Kulturvolk, wie das französische, die klassische Stätte der Hysterieforschung geworden ist. In ersterer Hinsicht ist zunächst zu bemerken, daß, wie unsere früheren Darlegungen zeigen, eben nicht die in der Großstadt geborenen, sondern in weit höherem Maße die erst in sie verpflanzten Personen hysterisch werden. Auch Bruns fand unter seinen hysterischen Kindern 40%, die vom Lande stammten, und ebenso gibt Schnyder an, daß die Hysterie bei der Landbevölkerung und beim Arbeiterproletariat besonders häufig sei. Sodann aber ist zu berücksichtigen, daß die seelische Unreife wohl nur den günstigen Boden für die Entstehung der Hysterie abgibt, daß aber ihre wirkliche Ausbildung fernerhin durch gemütliche Erregungen bewirkt wird, zu denen die verwickelteren Daseinsbedin-

gungen unseres Großstadtlebens sicherlich mehr Anlässe bieten, als die einfachen Verhältnisse des Landlebens oder vergangener Jahrhunderte. Gerade das Beispiel der vom Lande in die Stadt verschlagenen weiblichen Dienstboten ist für diese Frage ungemein lehrreich. Endlich muß noch betont werden, daß unsere Bemerkungen natürlich nur für die Entwicklungshysterie gelten, während die anderen Formen eine wesentlich andere Bedeutung haben. Daß namentlich die alkoholische und traumatische Hysterie durch unsere Lebenseinrichtungen besonders gezüchtet werden, ist schwerlich zu bezweifeln.

Ob die Hysterie in den einzelnen Kulturländern eine verschiedene Verbreitung besitzt, läßt sich heute nicht entscheiden. Immerhin wird vielfach behauptet, daß romanische und namentlich slavische Völker eine stärkere Neigung zu hysterischen Erkrankungen aufweisen, als germanische. Berücksichtigt man die größere Erregbarkeit und Leidenschaftlichkeit der Romanen und die ausgeprägte gemütliche Weichheit der Slawen gegenüber der ruhigeren und nüchterneren Veranlagung der Germanen, so würde jene Annahme nichts Unwahrscheinliches haben. Auch die Juden mit ihrer Belastung durch lange Inzucht sollen leichter hysterisch werden. Es wäre aber auch denkbar, daß nur die Ausdrucksformen des Leidens oder doch diese ebenfalls je nach der Volksart verschieden sind. So scheinen die besonders schweren und klinisch reich entwickelten Fälle bei den genannten Völkern häufiger zu sein, als bei uns; es würde sich dabei vorzugsweise um Entartungshysterie handeln. Vorsicht in der Beurteilung ist jedoch auch hier geboten. Die persönliche Erfahrung des Einzelnen kann in solchen Fragen immer nur unzureichend sein, zumal ihm aus fremden Ländern namentlich schwerere Fälle zu Gesicht kommen werden. Der Inhalt der Literatur aber ist in viel zu hohem Maße von dem Einflusse bestimmter Forschungsrichtungen und Persönlichkeiten abhängig. Die ärztlich, wenn auch unabsichtlich, gezüchtete „Hysterie der Salpétrière" kann uns so wenig ein zuverlässiges Bild von der hysterischen Veranlagung der Franzosen oder gar der Romanen geben, wie etwa die Hysterieerzeugnisse der Freudschen Schule für das Seelenleben der Wiener Bevölkerung kennzeichnend sind.

Schon oben hatten wir festgestellt, daß sich ein besonders frühes Auftreten hysterischer Störungen vorzugsweise bei Kindern findet,

die allerlei Entwicklungsschädigungen aufweisen. Hier und da sieht man auch deren greifbare körperliche Überreste, sogenannte Entartungszeichen, steilen, sehr schmalen Gaumen, Gaumenspalte, Zwischenkiefer, geriefte Zähne, Hypertrichosis, Schädelverbildungen. Mehrfach bestand abnorme Empfindlichkeit gegen Alkohol. Weiterhin aber scheint die erbliche Veranlagung von erheblicher Bedeutung für die Entwicklung des Leidens werden zu können. Schon Briquet fand, daß etwa ein Drittel der an Hysterie erkrankten Kinder von hysterischen Eltern stammte. Batault fand 77% der von ihm untersuchten männlichen Hysterischen erblich belastet; Ziehen gibt für Kinder 80%, Hammond im allgemeinen 62% an.

Meine eigenen Erhebungen zeigten, daß in Heidelberg bei 70—80% der Fälle belastende Umstände nachweisbar waren. Leider sind derartige Untersuchungen bei meinen Münchener Beobachtungen dadurch sehr erschwert, daß zahlreiche Kranke wegen flüchtiger und geringfügiger Störungen aufgenommen werden und nach wenigen oft Tagen gebessert austreten, ohne daß es möglich wäre, ihre Vorgeschichte genügend aufzuklären. Es ist unter diesen Umständen bemerkenswert, daß dennoch in 47,1% der Fälle erbliche Belastung im weitesten Sinne nachgewiesen werden konnte. Wichtiger jedoch scheint mir die Erfahrung, daß in 33,4% Belastung von seiten eines der Eltern vorlag, darunter in 14,5% Alkoholismus. Wir werden somit der keimschädigenden Wirkung des Alkohols auch hier eine gewisse Bedeutung zuschreiben müssen, wenn sie auch schwächer ist, als bei der Epilepsie. Sonst lag die Belastung durch die Eltern vorwiegend in psychopathischen Zuständen, die, teilweise mit Alkoholismus verbunden, in 22,2% der Fälle nachweisbar waren; die eigentlichen Geisteskrankheiten traten dagegen völlig zurück. Die Häufigkeit kennzeichnender hysterischer Störungen gerade bei den Eltern habe ich nicht bestätigen können, wenn man den Begriff nicht ungebührlich ausdehnen will. Dagegen wurde in 11,7% der Fälle über deutliche hysterische Krankheitserscheinungen bei den Geschwistern berichtet. Gilles de la Tourette sah 4, Landouzy 5 und Bernutz gar 6 hysterische Schwestern. Allerdings wird in derartigen Fällen, wie Binswanger zutreffend betont, der Einfluß besonderer Lebensverhältnisse und gegenseitiger Einwirkungen immer mit zu berücksichtigen sein. Aschaffenburg hat darauf hingewiesen, daß Hysterische oft einzige Kinder, Spät-

linge oder die einzigen ihres Geschlechtes unter den Geschwistern sind.

Die hier angeführten Erfahrungen gewähren uns einen Einblick in die Rolle, die der Entartung in der Entstehungsgeschichte der Hysterie zukommt. Wir dürfen uns wohl vorstellen, daß sie zunächst die Widerstandsfähigkeit des Kindes gegen gemütliche Erschütterungen vermindert und dadurch die Häufigkeit heftiger Gemütsbewegungen und innerer Spannungen auch aus geringfügigen Anlässen steigert. Weiterhin aber ist daran zu denken, daß unter dem Einflusse der Entartung jene Entwicklung beeinträchtigt wird, die darauf hinausläuft, die Heftigkeit der gemütlichen Stürme zu dämpfen und die innere Erregung der geistigen Verarbeitung wie der Umsetzung in dauernde, zweckmäßige Willensrichtungen zuzuführen. Die Entladung der nicht von einer fest gefügten Persönlichkeit beherrschten Affekte geschieht daher stürmisch, aber ohne Nachhaltigkeit. Stellt dieses Verhalten einen häufigen Ausdruck der psychopathischen Veranlagung im allgemeinen dar, so gewinnt es die besondere „hysterische Färbung" dann, wenn die gemütliche Spannung sich triebartig in urwüchsige körperliche und seelische Reaktionsformen umsetzt.

Man darf vielleicht vermuten, daß unter Umständen die stammesgeschichtlich alte Neigung zu unmittelbarem Ausstrahlen der Gemütsbewegungen auf die verschiedensten Gebiete körperlicher und seelischer Leistungen infolge von Entwicklungshemmungen besonders stark erhalten bleibt und krankhaft ausgestaltet wird. Damit wäre dann eine Brücke von der Entwicklungshysterie zur Entartungshysterie geschlagen. Was bei jener ersteren eine bald überwundene Entwicklungsstufe darstellt, auf der sich, namentlich unter ungünstigen Lebensbedingungen, hysterische Reaktionsformen ausbilden können, wäre hier eine dauernde, sich nicht mehr ausgleichende Minderwertigkeit der Anlage. Wir werden später einem ganz ähnlichen Verhältnisse zwischen den vorübergehenden verbrecherischen Neigungen der Kinder und der eigentlichen Verbrechernatur begegnen. Zu beachten ist jedoch einmal, daß die das ganze Leben begleitende Entartungshysterie im weiteren Verlaufe naturgemäß die gesamte Entwicklung der Persönlichkeit und alle ihre Lebensbeziehungen beeinflußt, andererseits, daß die Entartung neben der Hysterie auch noch eine Reihe von anderen krankhaften Zügen hervorbringen kann, die sich mit dieser verbinden, ohne ihr anzugehören. So kann es hier

zu jener eigentümlichen Mischung von kindlichen mit degenerativen Zügen kommen, der wir bei der Entartungshysterie begegnen. Auf der einen Seite finden wir, wenn wir von den eigentlichen hysterischen Störungen ganz absehen, die rege Einbildungskraft, die Lebhaftigkeit, Triebartigkeit und Unbeständigkeit der gemütlichen Regungen, die Oberflächlichkeit, Begehrlichkeit und Selbstsucht, die Beeinflußbarkeit und den Eigensinn des Kindes; auf der anderen aber wären außer dem Schwachsinn namentlich die Neigung zum Lügen und Schwindeln und zu geschlechtlichen Verirrungen, ferner die Zwangsvorstellungen und bis zu einem gewissen Grade wohl auch die Abschwächung und Bestimmbarkeit der natürlichen Triebe zu nennen.

Von den äußeren Schädlichkeiten, die für die Verursachung von hysterischen Krankheitserscheinungen in Betracht kommen, sind weitaus die wichtigsten die Gemütsbewegungen. Wir haben ihre Bedeutung für die Auslösung von Anfällen früher schon ausführlich besprochen. Hier soll nur noch darauf hingewiesen werden, daß dauernder gemütlicher Druck wohl auch geradezu die Entwicklung der hysterischen Veränderung fördern kann. Mir scheinen wenigstens die früher angeführten Erfahrungen über das Erkranken der jungen, vom Lande kommenden weiblichen Dienstboten wie der verwitweten und geschiedenen Frauen nach dieser Richtung zu deuten; man müßte denn annehmen, daß hier überall nur bestimmte Einzelerlebnisse für die Entstehung der hysterischen Störungen verantwortlich zu machen wären.

An zweiter Stelle ist der Alkohol zu nennen, der bei Männern die nach dem 15. Lebensjahre beginnende, nicht traumatische Hysterie fast vollkommen beherrscht. Einmal kommt es bei Gewohnheitstrinkern gar nicht selten zur Entwicklung von hysterischen Zufällen; sodann aber werden auch durch einen Rausch öfters hysterische Krankheitserscheinungen bei Personen ausgelöst, die sonst davon völlig frei sind. Als Bindeglied werden wir an die Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit denken dürfen, die schon im gewöhnlichen Rausche so häufig zu krampfartigen Ausbrüchen von läppischer Heiterkeit, sinnloser Wut oder tränenreicher Verzweiflung führt, ferner an den Fortfall von Hemmungen und die erhöhte Beeinflußbarkeit, die den Angetrunkenen äußeren Anregungen so willenlos zugänglich machen. Unter den klinischen Erscheinungsformen der Alkoholhysterie sind vor allem komplizierte Rauschzu-

stände mit Bewußtseinstrübung, heftiger Erregung, Schreien, Brüllen, Weinen, Herumwälzen, Umsichschlagen zu erwähnen; öfters gesellen sich auch Zuckungen, Verdrehen der Augen, Steifwerden, Atemkrämpfe hinzu. Weiterhin kommen Krampfanfälle und Dämmerzustände zur Beobachtung, die bei Trinkern durch die Beimischung kennzeichnender Gesichtstäuschungen (abgezehrte Hunde und Katzen, bunte Tiere, wimmelnde Mäuse) gelegentlich eine unverkennbar alkoholische Färbung erhalten.

Gewisse Eigentümlichkeiten zeigen endlich auch diejenigen Fälle von Hysterie, die sich an Unfälle und Verletzungen anschließen. Wenn dabei in der Regel auch die rasche Entwicklung der Störungen und ihre Begrenzung auf die betroffenen Gebiete dem Verhalten sonstiger hysterischer Erkrankungen entspricht, so finden sich doch Züge im klinischen Bilde, die eine gewisse Verwandtschaft mit der traumatischen Neurose andeuten. Auf der einen Seite wird durch die Häufigkeit von Ohnmachten, Krampfanfällen, Dämmerzuständen die Zugehörigkeit zur Hysterie dargetan; auf der anderen Seite aber begegnen uns vielfach Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Spasmen, Zittern, Gehstörungen, namentlich aber Verstimmungen, wie sie besonders der traumatischen Neurose eigentümlich sind. Man wird vermuten dürfen, daß dieselben Ursachen, die bei letzterer die Entwicklung des Krankheitsbildes bestimmen, die Sorge wegen des Verlustes der Arbeitsfähigkeit und die durch unsere Gesetzgebung geförderte Entwöhnung von der Arbeit, auch bei der Ausgestaltung der hysterisch-traumatischen Erscheinungen mitwirken. Leider standen mir nur 28 Fälle zu Gebote, die hierher gerechnet werden konnten; sie sind bei unseren bisherigen Darlegungen außer Betracht geblieben. Nicht unerwähnt soll jedoch bleiben, daß sich in 40% der Fälle von traumatischer Hysterie Alkoholmißbrauch nachweisen ließ. Über 80% der Kranken waren Männer; ebensoviele hatten das 20. Lebensjahr überschritten, 30% das 40., so daß in diesen Beziehungen starke Abweichungen von den früher besprochenen Verhältnissen bestehen. Mehr als die Hälfte der Kranken war verheiratet; vom Lande oder aus kleinen Städten stammten 80%, auch bei den Männern.

Endlich ist hier noch der Tatsache zu gedenken, daß in der Haft, namentlich im Beginne, unter dem Drucke eines schwebenden Verfahrens, einer unerwartet harten Verurteilung, nicht ganz selten

hysterische Krankheitsbilder zur Entwicklung gelangen. Wir stehen hier vor der Frage, ob die Freiheitsentziehung in solchen Fällen die einzige und wahre Ursache der Krankheitserscheinungen darstellt, oder ob dabei noch andere Umstände eine wesentliche Rolle spielen. Die Zahl der mir zu Gebote stehenden, einigermaßen vollständigen Beobachtungen reicht nicht aus, um diese Frage mit Sicherheit zu beantworten, doch will ich wenigstens einige Erfahrungen kurz anführen. Unter meinen hierher gehörigen Kranken war das Verhältnis der Frauen zu den Männern wie 1 : 3; die Frauen waren somit gegenüber ihrer allgemeinen Beteiligung am Verbrechen (1 : 4—5) etwas stärker vertreten, entsprechend ihrer besonderen Neigung zu hysterischen Störungen. Das Erkrankungsalter lag bei 28% der Kranken unter dem 25., bei 62% unter dem 30. Jahre, ebenfalls in Übereinstimmung mit der Erfahrung, daß die Hysterie vorzugsweise bei jugendlicheren Personen beobachtet wird. Mehr als ein Drittel meiner Kranken waren Trinker, unter den Fällen mit Haftstupor sogar die Hälfte; hier zeigen sich somit wieder die nahen Beziehungen des Alkoholismus zur Hysterie. Fast alle Kranke waren von Jugend auf abnorme Persönlichkeiten, Sonderlinge, reizbar, phantastisch veranlagt und dergleichen, hatten schlecht gelernt, an Bettnässen gelitten, waren früh mit dem Strafgesetze in Berührung gekommen. Mehr als die Hälfte hatten schon vor der Erkrankung an Anfällen oder sonstigen unzweideutigen hysterischen Störungen gelitten. Die Angaben über Erblichkeit, die freilich gerade bei diesen Kranken ungemein lückenhafte sind, zeigten, daß etwa 60% belastet waren, davon 35% von Seite der Eltern und etwa 20% mit Trunksucht der Erzeuger.

Aus diesen Erfahrungen läßt sich wohl schließen, daß ein gewisser Bruchteil der hier berücksichtigten Beobachtungen der Entwicklungshysterie, ein weiterer, erheblicherer, der Alkoholhysterie, die Hauptmasse aber der Entartungshysterie zugerechnet werden kann. Ob dann noch ein Rest von Fällen übrig bleibt, der eine besondere „Hafthysterie" darstellen würde, wage ich zurzeit nicht zu entscheiden. Ich möchte jedoch andeuten, daß einzelne Kranke, wenn sie auch entartete Menschen waren, doch anscheinend weder vor noch nach der Erkrankung an einer hysterischen Haftpsychose sonstige deutliche hysterische Krankheitserscheinungen dargeboten haben. Ferner möchte ich daran erinnern, daß wir bei

der Entwicklungshysterie gerade das Gefühl der Hilflosigkeit und Verlassenheit bei willensschwachen, geistig unentwickelten Persönlichkeiten als eine wichtige Ursache für die Ausbildung hysterischer Krankheitserscheinungen kennen gelernt haben. Es wäre daher nicht undenkbar, daß namentlich bei jüngeren, haltlosen, psychopathisch veranlagten Personen die seelischen Eindrücke der Haft in ähnlicher Weise hysterieerzeugend wirkten, wie wir es früher bei der Vereinsamung jugendlicher, ländlicher, weiblicher Dienstboten in der Großstadt gesehen haben. Jedenfalls vermag die Haft den klinischen Bildern eine besondere Färbung zu geben.

Ob auch körperliche Erkrankungen in ursächliche Beziehungen zur Hysterie zu bringen sind, ist sehr zweifelhaft. Hier und da schließen sich allerdings hysterische Störungen an eine Infektionskrankheit, den Erwerb der Syphilis oder eine Malaria an. In solchen vereinzelten Erfahrungen ist aber nicht nur der ursächliche Zusammenhang, sondern oft auch die klinische Natur der auftretenden Erscheinungen kaum sicher festzustellen. Eine Anzahl meiner Kranken litt an Chlorose, ohne daß ich es im Hinblicke auf das Gesamtbild, das wir von den Entstehungsbedingungen der Hysterie gewonnen haben, wagen würde, daraus irgendwelche weitere Schlüsse zu ziehen. Eine Reihe von Forschern haben Stoffwechselstörungen für die Entstehung der Hysterie verantwortlich gemacht. So hat Biernacki aus seinen Erfahrungen über das Verhalten des Blutes der Hysterischen die Meinung abgeleitet, daß hier, wie bei der „Neurasthenie", primäre Oxydationsstörungen vorliegen, die erst weiterhin die übrigen Krankheitszeichen erzeugen. Ähnlich betrachtet Vigouroux als Grundlage der Hysterie die gichtische Stoffwechselstörung, die ja auch zur Erklärung der Epilepsie wie des manisch-depressiven Irreseins schon hat herhalten müssen. Jakowenko endlich bezeichnet als Ursache des Leidens aus dem Stoffwechsel stammende Toxine. Alle derartigen, durch nichts gestützten Anschauungen sind mit unseren sonstigen klinischen und ätiologischen Erfahrungen unvereinbar, da sie die innigen Beziehungen der Hysterie zu anderen Formen der psychopathischen Entartung, die Eigenart der erkrankenden Persönlichkeit und die psychische Entstehungsweise der einzelnen Krankheitszeichen gänzlich außer acht lassen.

Zum Schlusse haben wir noch kurz der alten und auch heute nicht ganz ausgestorbenen Anschauung zu gedenken, daß als die

Ursache der Hysterie Erkrankungen der Geschlechtsorgane[1]) anzusehen seien. Freund hat insbesondere eine Parametritis chronica atrophicans für die Hysterie verantwortlich gemacht, der eine atrophische Nebenhodenentzündung bei den Männern entsprechen soll. Es bleibt gänzlich unbegreiflich, wie sich derartige Anschauungen mit der Fülle von Tatsachen abfinden wollen, die bereits über die Entstehungsbedingungen, die klinischen Erscheinungsformen, die Prognose und die Behandlung der Hysterie zur Verfügung stehen. Überhaupt muß uns der Umstand, daß gerade eine Reihe sehr tiefgreifender Erkrankungen der Geschlechtsorgane zwar recht schwere körperliche und bisweilen auch psychische Störungen zu erzeugen vermögen, ohne doch dabei die Erscheinungen der Hysterie auszulösen, gegen die Annahme einer maßgebenden Bedeutung der Sexualerkrankungen von vornherein mißtrauisch machen. Dazu kommt dann weiter noch das nicht ganz seltene Auftreten der Hysterie lange Jahre vor der Geschlechtsentwicklung, die Gleichheit der Störungen bei den beiden, so verschieden gearteten Geschlechtern und das Fehlen jeder Sexualerkrankung in der übergroßen Mehrzahl der Fälle.

Damit soll nicht geleugnet werden, daß öfters bei Hysterischen der Untersuchungsbefund oder doch die Beschwerden auf das Geschlechtsleben als auf den Ausgangspunkt der Neurose hindeuten, und daß die Beseitigung kleiner Störungen auf diesem Gebiete unter Umständen eine erhebliche Besserung der hysterischen Leiden herbeizuführen vermag. Solche Erfahrungen sind jedoch nur der einfache Ausdruck der Tatsache, daß wenigstens beim Weibe das Geschlechtsleben eine der ergiebigsten Quellen für jene Reize und Schädlichkeiten bildet, die auf dem vorbereiteten Boden hysterische Erscheinungen auszulösen vermögen. So erklärt es sich, daß dieselbe Genitalerkrankung in einem Falle fast spurlos verläuft, im zweiten leichte nervöse Beschwerden, im dritten aber die ganze Mannigfaltigkeit der hysterischen Erscheinungen zu erzeugen imstande ist. —

Suchen wir uns nunmehr auf Grund der im Vorstehenden berichteten Erfahrungen eine Vorstellung vom Wesen der Hysterie[2]) zu bilden, so ist zunächst festzustellen, daß die hysterischen Erschei-

---

[1]) Meyer, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XIII, 1.

[2]) Janet, Hallion, Claude, Dupré, Revue neurologique XVII, 24 (Diskussion der neurolog. u. psychiatr. Gesellschaften in Paris). 1902; Babinski, Revue neurologique, 1901, 1074; démembrement de l'hystérie traditionelle 1909, 1;

nungen ihre Wurzel in psychischen Vorgängen haben. Wir verdanken diese Erkenntnis vor allem den Forschungen der Franzosen; ihre wichtigste Stütze ist neben der klinischen Beobachtung die Tatsache, daß sich mindestens ein großer Teil der hysterischen Störungen künstlich, in der Hypnose, erzeugen läßt, Empfindungslosigkeit, Lähmungen, Kontrakturen, Sinnestäuschungen, Beeinflussung vasomotorischer Erscheinungen. Möbius hat die Eigentümlichkeit der Hysterie darin gesucht, daß bei ihr krankhafte Veränderungen des Körpers „durch Vorstellungen" hervorgerufen werden, und Babinski umschreibt einen ähnlichen Gedanken dahin, daß die hysterischen Krankheitszeichen „durch Suggestion" hervorgerufen und wieder zum Verschwinden gebracht werden können. Er bezeichnet sie daher auch mit einem neuen Namen als „pithiatische", durch Überredung heilbare, und trennt sie scharf ab von den Wirkungen der Gemütsbewegungen.

Wir werden uns späterhin mit den Anschauungen Babinskis noch eingehender zu beschäftigen haben. Mir scheint es jedoch durch die tägliche Erfahrung vollkommen sichergestellt, daß Gemütsbewegungen als die eigentliche Quelle der hysterischen Störungen angesehen werden müssen, eine Ansicht, der sich auch Möbius späterhin genähert hat. Es ist daher kein Zufall, daß wir bei Hysterischen so häufig eine besondere Lebhaftigkeit der gemütlichen Regungen vorfinden. Wichtiger aber, als die Stärke der Gefühle, ist ihre Flüssigkeit, die Leichtigkeit, mit der sie kommen, anwachsen und wieder verschwinden. Darin ist die Grundlage der Launenhaftigkeit und Unstetigkeit, aber auch der Beeinflußbarkeit der Kranken und ihrer Abhängigkeit von äußeren Einwirkungen gegeben.

Diese leichte Beweglichkeit des Innenlebens der Hysterischen, das nicht durch einen festen, zielbewußten Willen gelenkt, sondern von Gefühlen und Stimmungen umhergeworfen wird, ist von jeher betont worden. Hellpach[1]) spricht von der „Lenksamkeit" als einer Grundeigenschaft der Hysterischen, Gaupp von einer mangelhaften Entwicklung des Regulierungssystems, Raymond von einem Fehlen der

---

Babinski et Dagnan-Bouveret, Journal de psychol. normale et patholog. IX, 2; Morselli, Rivista sperimentale di freniatria XXXVIII, 1; Skliar, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie X, 325.

[1]) Hellpach, Grundlinien einer Psychologie der Hysterie. 1904.

Korrektionsempfindungen, Eulenburg von erhöhter Impressionabilität und abulischer Insuffizienz. Orschansky meint, daß der normale Parallelismus zwischen Erregungen und Hemmungen gestört sei, daß eine „Dysrhythmie" im Nervensystem bestehe, und Knothe vertritt die Ansicht, daß eine Lähmung des Mechanismus eintrete, der die Erregbarkeit des Hirns regelt. Auf die Unberechenbarkeit der Hysterischen bezieht sich wohl auch die Äußerung von Aschaffenburg, daß bei ihnen ein Mißverhältnis zwischen Reiz und Reaktion bestehe, so daß diese entweder zu stark oder zu schwach ausfalle, sowie die ganz ähnliche Meinung von Ziehen, daß die Wirksamkeit gefühlsbetonter Vorstellungen diejenige bei Gesunden überschreite, während gefühlsarme Vorstellungen abnorm schwach wirksam seien. Poire spricht von einer ungleichen Verteilung der Energie im Nervensystem; vielleicht meint Binswanger etwas ähnliches, wenn er den Satz aufstellt, daß bei Hysterischen der Parallelismus zwischen Reizgröße und Empfindung gestört, die Reizschwelle für die Umsetzung körperlicher Vorgänge in seelische verändert sei. Taalman Kip denkt an eine erhöhte Erregbarkeit des „Organzentrums", die ein stärkeres Hervortreten der Organempfindungen und dadurch bedingte gesteigerte gemütliche Reizbarkeit bedingen soll. Binet kleidet seine Ansicht in die Formel, daß die Hysterie ein Spiegel der Zeit sei und nach Epoche und Arzt wechsele: Charcot sah eine „plastische", Janet eine „romantische", Babinski eine „negative" Hysterie.

Die hier in den verschiedensten Umschreibungen ausgedrückte Störung, die wir in der Hauptsache wohl als Unausgeglichenheit der gemütlichen Vorgänge und dadurch bedingte innere Unfreiheit bezeichnen können, ist zwar eine ganz gewöhnliche Begleiterscheinung, vielleicht sogar eine Vorbedingung der Hysterie, aber sie ist nicht ihr eigentliches Kennzeichen. Die gleichen oder doch ganz ähnliche Abweichungen finden wir auch bei anderen Formen der psychopathischen Minderwertigkeit. Was einem Krankheitsbilde den Stempel des Hysterischen aufdrückt, das ist, wie schon früher angedeutet, weiterhin die Ausstrahlung der Gemütsbewegungen auf andere Gebiete des körperlichen und geistigen Lebens und ihre Umsetzung in Krankheitserscheinungen, die der Hauptsache nach übertriebenen und verzerrten Ausdrucksformen seelischer Erregungen entsprechen.

Auch diese Erkenntnis ist alt und ungezählte Male ausgesprochen worden. Sie stützt sich zunächst auf den Umstand, daß eine ganze Reihe von hysterischen Störungen in Entstehung und Gestaltung ohne weiteres auf diese Deutung hinweisen, so die Aphonie nach einem Schreck, die Ohnmacht beim Erhalten einer Trauernachricht, das Sichherumwälzen und Umsichschlagen nach einem Streite, die Lähmung nach einem Überfalle, der Lidkrampf nach leichter Bindehautentzündung, der Krampfhusten nach einem Kehlkopfkatarrh. Weitere Überlegungen machen es jedoch wahrscheinlich, daß diese und viele ähnliche Erfahrungen auf das Bestehen umfassender und verwickelter, stammesgeschichtlich uralter Schutzeinrichtungen hinweisen, die ohne weiteres in Wirksamkeit treten, sobald der Selbsterhaltungstrieb durch Gemütsbewegungen angestachelt wird. Wir dürfen uns wohl vorstellen, daß diese ursprünglichsten, triebartig entstandenen Verteidigungsmittel im Laufe der Entwicklung mehr und mehr durch andere, vom Verstande geschmiedete und vom zielbewußten Willen gehandhabte Schutz- und Trutzwaffen ersetzt wurden, die sich vollkommener den wechselnden Anforderungen des Daseinskampfes anzupassen vermochten. So verkümmerten sie, wurden bis zur Unkenntlichkeit umgewandelt und ihrer ursprünglichen Bestimmung entfremdet. Zum Teil haben sie sich, wie namentlich Darwin dargetan hat, noch als einfache Ausdrucksformen von Gemütsbewegungen erhalten, wie die Gänsehaut beim Gruseln als schwacher Versuch, die Haare zu sträuben und dadurch furchtbarer zu erscheinen, wie das Weinen beim Schmerze, um gleichsam einen reizenden Fremdkörper fortzuspülen, das Heben der Oberlippe beim Hohn, um den drohenden Eckzahn zu zeigen usf. Obgleich die ursprüngliche Bedeutung dieser Vorgänge längst verloren gegangen ist, lassen sich doch die Zusammenhänge zwischen der Gefahr ankündenden Gemütsbewegung und der Andeutung der Verteidigungsmaßregel noch immer nachweisen.

Im Laufe der fortschreitenden Entwicklung werden die unter veränderten Lebensbedingungen überflüssig oder unzweckmäßig gewordenen Hilfsmittel des Selbstschutzes allmählich zugunsten vollkommenerer Einrichtungen unterdrückt. So kommt es, daß ein erheblicher Teil derselben dem Bereiche der Willküreinwirkung mehr oder weniger vollständig entzogen wird. Unser Wille ist nicht mehr imstande, unmittelbar die Hautgefäße zu erweitern oder

zu verengern, wie es Scham, Schreck, Zorn vermögen, unsere Haare zu sträuben, unsern Herzschlag zu beschleunigen oder zu verlangsamen, Tränen fließen zu lassen. Nur auf einem Umwege, durch Wachrufen entsprechender Vorstellungen und der daran sich knüpfenden Gefühle, gelingen uns derartige Beeinflussungen. Hier zeigt es sich also deutlich, daß es vom Seelenleben aus Zugänge zu körperlichen Vorgängen gibt, die nur den Gemütsbewegungen, nicht aber dem bewußten Willen offen stehen. Auch die hypnotische Suggestion vermag unter Umständen diese Wege aufzufinden und einzuschlagen. So dürfte es sich erklären, daß zwar ein Teil der hysterischen Störungen willkürlich nachgeahmt werden kann, daß daneben aber auch Krankheitserscheinungen vorkommen, die außer jedem Zusammenhange mit dem bewußten Wollen stehen. Ja, der Spielraum dieser letzteren scheint nicht unerheblich größer zu sein, als derjenige des Ausdrucks von Gemütsbewegungen; wir dürfen wohl annehmen, daß eben diese ungewöhnliche Ausdehnung alter, durch die fortschreitende Entwicklung unwegsam gewordener Zusammenhänge die kennzeichnende Eigentümlichkeit der Hysterie darstellt.

Es ist natürlich heute kaum möglich, sich von der ursprünglichen Bedeutung der hysterischen gemütlichen Reaktionsformen eine zutreffende Vorstellung zu machen, da sie in Gestaltung, Ausdehnung und Zusammenhängen durch die verschiedenartigsten stammesgeschichtlichen, persönlichen und krankhaften Einflüsse gewiß vielfach bis zur Unkenntlichkeit entstellt sind. Nur soviel läßt sich vielleicht sagen, daß ein Teil jener Vorgänge darauf hinauszulaufen scheint, Leib und Seele drohenden Schädigungen zu entziehen, wie die Gesichtsfeldeinschränkung, die Blindheit und Taubheit, die Unempfindlichkeit, die Bewußtseinstrübung, die Verdrängungserscheinungen, die an die Kataplexie der Tiere erinnernden Lähmungen. Ein anderer Teil wäre möglicherweise als Versuch äußerster Anspannung aller Kräfte aufzufassen, so die Kontrakturen, die Krämpfe und Zuckungen, die Atmungsbeschleunigung, das Herzklopfen. Wieder andere Störungen könnten als Warnungssignale, wie die Schmerzen, die Überempfindlichkeit, oder endlich als Hilfsmittel zur Beseitigung von Schädigungen gedeutet werden, der Husten, das Niesen und Räuspern, der Lidkrampf, das Erbrechen, die Durchfälle, die Schweiße.

Leichte Andeutungen derartiger, im allgemeinen früheren Ent-

wicklungsstufen angehörenden Entladungsformen gemütlicher Spannungen kommen gelegentlich auch beim Gesunden zur Beobachtung, namentlich bei sehr plötzlich und übermächtig hereinbrechender, Überlegung und Selbstbeherrschung überwältigender Gefahr. Offenbar aber sind die uns beherrschenden Züchtungseinflüsse darauf gerichtet, die hier sich vordrängenden Triebhandlungen nach Möglichkeit zu unterdrücken und die inneren Spannungen zur Verwirklichung weiter reichender Zwecke der Leitung des Willens unterzuordnen. Am seltensten wird man daher jenen hysterieähnlichen Gefühlsausbrüchen beim erwachsenen, kaltblütigen Manne begegnen; dagegen bewegt sich der Ausdruck der Gemütsbewegungen bei Frauen und namentlich bei Kindern vielfach in Formen, die unverkennbare Ähnlichkeiten mit hysterischen Erscheinungen aufweisen. Auch bei Naturvölkern scheinen die triebartigen Verteidigungsmaßregeln des Körpers gegenüber der überlegten, zielbewußten Abwehr noch eine verhältnismäßig große Bedeutung zu besitzen.

Wir kämen somit zu dem Schlusse, daß wir es bei der Hysterie in gewissem Sinne mit einer Entwicklungshemmung zu tun haben. Ursprünglich zweckmäßige, aber veraltete Schutzeinrichtungen haben sich hier in ungewöhnlichem Umfange erhalten, zum Teil in krankhaft veränderten Formen, während auf der anderen Seite jene Eigenschaften unentwickelt geblieben sind, die sie ersetzen sollten, die Fähigkeit, Gemütsbewegungen zu beherrschen und in planmäßig geleitete Willensarbeit umzusetzen. Wir begreifen unter diesem Gesichtspunkte, warum hysterische Störungen einmal als mehr vorübergehende Erscheinung bei jugendlichen, unfertigen Persönlichkeiten, namentlich unter schwierigen Lebensbedingungen, auftreten, warum sie beim weiblichen Geschlechte mit seinem reicher ausgebildeten Triebleben besonders häufig sind, auch bei Naturvölkern wie in geistig wenig entwickelten Massen verhältnismäßig leicht Boden gewinnen, und warum sie andererseits als dauernde Eigentümlichkeiten den Ausdruck der Entartung bilden können. Ferner verstehen wir, daß ihr Auftreten begünstigt wird, wo die Klarheit der Überlegung und die Fähigkeit zur Selbstbeherrschung durch die Einwirkung des Alkohols beeinträchtigt wird, endlich, daß heftige und plötzliche Gemütserschütterungen, wie sie bei schweren Unfällen und in der Haft einwirken, ganz besonders geeignet sind, hysterische Reaktionsformen zu erzeugen.

Aus den hier angeführten Überlegungen wird es auch erklärlich, daß die hysterischen Störungen von den Kranken selbst bisweilen gar nicht bemerkt werden. Handelte es sich bei der Hysterie lediglich um eine erhöhte Zugänglichkeit für Eingebungen, so wäre diese Erfahrung unverständlich, und Babinski ist daher auch geneigt, sie mit Mißtrauen zu betrachten. Dagegen brauchen die unwillkürlichen Wirkungen gemütlicher Erregungen durchaus nicht ins Bewußtsein zu gelangen; man kann vor Angst schwitzen, im Zorn oder in der Verzweiflung für Schmerz unempfindlich werden, ohne es zu bemerken, gerade wie die Hysterischen.

Gegen die Annahme innerer Beziehungen zwischen Gemütsbewegungen und hysterischen Krankheitserscheinungen kann jedoch der Einwand erhoben werden, daß der Zusammenhang in zahlreichen Fällen nichts weniger als durchsichtig ist. Vielfach bleibt es uns gänzlich unklar, warum etwa eine hysterische Ptosis, ein Torticollis, eine Gesichtsfeldeinschränkung oder Dermatographie entsteht; wir begreifen auch nicht, warum eine Todesnachricht das eine Mal einen Krampfanfall, das andere Mal einen Mutismus, hier eine Paraplegie, dort einen deliriösen Dämmerzustand erzeugt. Dazu ist zu bemerken, daß natürlich auf der einen Seite die persönliche Verarbeitung der Lebensreize eine ganz verschiedene sein kann, und daß andererseits die Pfade, in denen sich die Ausstrahlung der gemütlichen Erregung bewegt, möglicherweise sehr verschlungene sind. Schließlich ist uns die innere Beziehung zwischen Trauer und Tränen, Witz und Lachen nicht verständlicher, als diejenige etwa zwischen Ärger und Hemianästhesie. Dennoch aber ist die allgemeine Verwandtschaft der hysterischen Krankheitserscheinungen mit den Ausdrucksformen der Gemütsbewegungen in Entstehung und Erscheinungsweise eine so ausgesprochene, daß wir wohl eine gewisse Berechtigung haben, sie auch dort für wahrscheinlich zu halten, wo sie zurzeit durchaus noch nicht nachweisbar ist.

Wie ich denke, wirft die Ableitung der hysterischen Störungen aus Vorgängen, die ursprünglich dem Selbsterhaltungstriebe dienten und daher durchaus zweckmäßig waren, ein gewisses Licht auf die eigentümliche, sonst recht unverständliche Tatsache, daß Hysterische ihren Krankheitserscheinungen regelmäßig ganz anders gegenüberstehen, als andere Kranke mit äußerlich ähnlichen Störungen. Selbst die schwersten Beeinträchtigungen der Bewegungsfreiheit und des

Lebensgenusses werden von ihnen mit überraschendem Gleichmute ertragen. Ja wir stoßen gar nicht selten auf zähen, triebartigen Widerstand, wenn wir ernsthaft daran gehen, die Krankheitsäußerungen zu beseitigen. Mag dabei auch zum Teil der Wunsch mitspielen, die angenehme Stellung des bemitleideten und verwöhnten Kranken nicht zu verlieren, so müssen doch offenbar noch andere Einflüsse maßgebend sein; wir würden ja sonst ähnliches auch bei allen möglichen anderen körperlichen Leiden beobachten. Was hier den natürlichen Wunsch, gesund und leistungsfähig zu werden, zugunsten der Fortdauer hysterischer Krankheitserscheinungen zurückdrängt, dürfte neben anderen Einflüssen gewiß auch der alte Zusammenhang dieser letzteren mit dem Selbsterhaltungstriebe sein, der sie dem Kranken, wenn auch nur dunkel bewußt, nicht als quälende Leiden, sondern als nächstliegende Verteidigungsmittel erscheinen läßt. Verstärkt wird diese Bewertung dann durch den Umstand, daß sie tatsächlich oft auch jetzt noch, freilich in anderem Sinne, den Kranken den Unbilden des Lebenskampfes bis zu einem gewissen Grade entziehen. Vielleicht läßt sich mit der ursprünglichen Zweckmäßigkeit der hysterischen Krankheitserscheinungen auch die seltsame Neigung der Kranken zur hartnäckigen Vortäuschung von Störungen in Beziehung setzen; man könnte sie als eine Verirrung eines alten, lebenswichtigen Triebes ansehen, ähnlich den sinnlosen, krankhaften Abwandlungen des Geschlechtstriebes.

Wenn bis hierhin die Anknüpfungen an die Erfahrungen des gesunden Lebens noch verhältnismäßig nahe liegen, so werden wir als einen entschieden krankhaften und somit für die Hysterie besonders kennzeichnenden Zug die Erfahrung zu betrachten haben, daß die an eine gemütliche Erschütterung sich anschließenden Reaktionen hier nicht alsbald wieder verschwinden, sondern unbestimmte Zeit hindurch fortbestehen können. Während sich beim Gesunden die Nachwirkungen auch der heftigsten Gemütsbewegungen allmählich abschwächen und durch andersartige Regungen in den Hintergrund gedrängt werden, können sich bei der Hysterie, wie Krehl es genannt hat, „Dauerformen" unbewußter Fortwirkungen der Affekte entwickeln. Allerdings beobachten wir vielfach Zufälle, die ohne Überbleibsel binnen kurzem wieder verschwinden, Aufregungen, Ohnmachten, Anfälle, Dämmerzustände. Ein anderes Mal aber

bleiben nach derartigen Entladungen noch allerlei hartnäckige, wenn auch langsam sich zurückbildende Krankheitserscheinungen zurück, Empfindungsstörungen, Gesichtsfeldeinschränkung, Sprach- und Gehstörungen, Lähmungen. Oder endlich es entwickeln sich mit oder ohne erkennbaren Anlaß hysterische Leiden, die Jahre, selbst viele Jahre hindurch fortbestehen können. Wie mir scheint, vollzieht sich dieser Vorgang ganz besonders bei der traumatischen und bei der Entartungshysterie, während die Entwicklungshysterie und ebenso die alkoholische Form weit weniger Neigung zur Ausbildung von Dauerformen erkennen läßt.

Die Erklärung dieses höchst eigentümlichen Verhaltens ist in der verschiedensten Weise versucht worden. In sehr eingehender Weise hat sich Janet mit dieser Frage beschäftigt. Er zeigte vor allem durch vielseitige und geistreiche Versuche, daß es sich bei den hysterischen Dauerstörungen um die Abspaltung sonst bewußter Vorgänge aus dem Zusammenhange mit dem bewußten Seelenleben handle. Jene Vorgänge verlaufen an sich wie früher, aber ohne Verbindung mit dem Bewußtseinsinhalt. Die Erregungen aus hysterisch unempfindlichen Sinnesgebieten werden nicht wahrgenommen, wohl aber unbewußt weiter verwertet; daraus erklärt sich das stereoskopische Sehen bei einseitiger Blindheit, das Fehlen der Unsicherheit im Raume trotz hochgradiger Gesichtsfeldeinschränkung, die vollkommene Sicherheit der Bewegung trotz Unempfindlichkeit der Glieder. Am überzeugendsten für diese Anschauung sind vielleicht die in ganz ähnlicher Weise auf hypnotischem Wege erzeugbaren negativen Halluzinationen, die Ausschaltung ganz bestimmter Wahrnehmungen aus dem Gesichtsfelde ohne bemerkbare Lücke. Die hysterischen Wahrnehmungsstörungen sind somit offenbar dem Übersehen, Nichtbeachten, Überhören, ja dem Nichtsehen- oder Nichthörenwollen der Gesunden einigermaßen vergleichbar.

Ganz ähnlich verhalten sich die Lähmungen und Spannungen. Auch hier zeigt vielleicht die Beschränkung der Störung auf bestimmte Leistungen am besten den Weg zum Verständnisse, die Aphonie mit Erhaltung der Singstimme, die Abasie ohne Lähmung und ohne Störung des Rückwärtsgehens, die Ausführung von Abwehr- und Schutzbewegungen mit gelähmten Gliedern. Wir erkennen daraus, daß nur der Wille den Zugang zu den gelähmten oder steifen Gliedern nicht zu finden vermag, vielleicht ähnlich, wie auch der Gesunde

bisweilen im Halbschlafe oder im Traume das Gefühl hat, als ob sich unüberwindliche Hindernisse dem Versuche einer Bewegung entgegenstellen.

Alle diese und andere Beobachtungen haben Janet zu der Auffassung geführt, daß es sich bei Hysterischen allgemein um eine Spaltung des Bewußtseins handle, um ein Auseinanderfallen der einzelnen, sich sonst zu einer Einheit zusammenfügenden Bewußtseinsereignisse, deren gesundes Gegenstück die Zerstreutheit bildet. Auch der Zerstreute faßt viele sich ihm darbietende Reize nicht auf, obgleich er sie unbewußt verwertet; auch er findet oft im Augenblick nicht den richtigen Weg zur Ausführung zweckmäßiger Handlungen. Es handelt sich demnach bei den Hysterischen nach Janets Darlegungen um eine angeborene Schwäche der psychischen Synthese, um die Unfähigkeit zur Vereinigung der Vorstellungsmassen und Leistungen, welche die psychische Persönlichkeit bilden, zu einem festen, innerlich zusammenhängenden Kern. Die Wahrnehmungen werden nicht an diesen Kern angegliedert; es fehlt die „perception personnelle". Das Handeln verliert ebenfalls die feste Verbindung mit ihm; das Bewußtsein schränkt sich auf einen engeren Kreis ein, ähnlich dem Gesichtsfelde. So kann es kommen, daß sich ganze große Gebiete des Seelenlebens seinem Bereiche für kürzere oder längere Zeit entziehen und eine Art Sonderdasein führen, das der Einwirkung der psychischen Persönlichkeit nicht zugänglich ist. Die merkwürdigen Fälle von Verdoppelung der Persönlichkeit erscheinen unter diesem Gesichtspunkte nur als besonders weitgehende Abspaltungen, bei denen bald das eine, bald das andere Teilgebiet des Seelenlebens in die helle Beleuchtung des Bewußtseins rückt.

Es kann nicht bestritten werden, daß die von Janet vorgetragenen und sorgfältig begründeten Anschauungen eine sehr bestechende Zusammenfassung der Ergebnisse liefern, die sich aus seinen Beobachtungen an Hysterischen ableiten lassen. Sicherlich ist die Vorstellung richtig, daß die hysterischen Störungen im wesentlichen durch eine Abspaltung gewisser seelischer Gebiete aus dem Persönlichkeitsbewußtsein zustande kommen; vielleicht wäre es zweckmäßiger, von einer Unterbrechung der Beziehungen zwischen ihnen und dem Persönlichkeitsbewußtsein zu sprechen.

Weniger einleuchtend scheint mir die Ansicht, daß es sich bei der hysterischen Anlage um eine angeborene Schwäche der psychi-

schen Synthese handle, wenigstens, wenn man darunter das Fehlen der „perception personnelle", der Verknüpfung der Wahrnehmungen mit dem Persönlichkeitsbewußtsein, verstehen soll, wie es den Anschein hat. Ich möchte meinen, daß die Neigung zur „perception personnelle" das ursprüngliche, natürliche Verhalten ist, und daß sie erst mit der höheren geistigen Entwicklung allmählich zurückgedrängt wird. Naturvölker, Kinder, Frauen haben in weit höherem Grade die Gewohnheit, die Eindrücke der Außenwelt sofort in enge Beziehungen zur eigenen Person zu bringen, als etwa der forschende Gelehrte, dessen Streben auf möglichste Objektivität gerichtet ist. Auch die Einengung des Bewußtseins, die starke Beleuchtung einzelner Vorstellungen unter Vernachlässigung der übrigen, ist eine Leistung, die erst durch geistige Schulung erreicht wird. Offenbar aber soll es sich, wie der Vergleich mit der Zerstreutheit zeigt, bei den Hysterischen um ganz andere Erscheinungen handeln, um Aufmerksamkeitsstörungen, die mit Unklarheit und Verschwommenheit aller oder einzelner Wahrnehmungsgebiete einhergehen. Solchen Störungen begegnen wir einmal in Traumzuständen, sodann unter dem Einflusse von Gemütsbewegungen. Aufregende Ereignisse durchleben wir „wie im Traum"; die Angst verwirrt unsere Gedanken; im Zorn sind wir „nicht mehr bei Sinnen".

Es liegt unter diesen Umständen wohl am nächsten, die Ursache für die Abspaltung einzelner Bewußtseinsgebiete nicht in der Unfähigkeit zur psychischen Synthese, sondern in der Wirkung von Gemütsbewegungen zu suchen, die eben erfahrungsgemäß die Beziehungen zwischen Bewußtsein und Außenwelt zu lockern vermögen. Auch das gelegentliche plötzliche Schwinden von hysterischen Krankheitserscheinungen unter dem Einflusse von Gemütsbewegungen würde dieser Anschauung zur Stütze dienen können. Jedenfalls haben wir die kennzeichnende Störung nicht im Bereiche der Verstandesleistungen zu suchen, da wir einerseits Hysterische mit ausgezeichneter Begabung, andererseits geistige Schwächezustände aller Art ohne hysterische Erscheinungen kennen. Vielmehr werden wir an Vorgänge denken dürfen, die mit der von v. Monakow näher geschilderten „Diaschisis" bei Hirnerkrankungen eine gewisse Ähnlichkeit haben. Bei einer Hirnblutung oder Embolie treten regelmäßig allerlei Störungen auf, die zu dem Krankheitsherde selbst in keiner unmittelbaren Beziehung mehr stehen, sondern auf aus-

strahlende Fernwirkungen zurückzuführen sind, entsprechend dem „Shock" bei schweren chirurgischen Eingriffen. Nach einiger Zeit pflegen sich diese mittelbaren Krankheitsfolgen allmählich wieder zu verlieren. Daß Entstehungsgeschichte und Verlauf vieler hysterischer Zufälle solchen Diaschisiswirkungen vollkommen entspricht, bedarf keiner weiteren Darlegung. Wollte man die Erklärung verallgemeinern, so wäre etwa die wohl nicht allzu unwahrscheinliche Annahme zu machen, daß sich die psychische Diaschisis durch Gemütsbewegungen nicht nur plötzlich, sondern auch langsam herausbilden kann.

Wenn wir somit als Ursache der Störungen nicht mit Janet eine dauernde Eigentümlichkeit der Hysterischen, sondern Gemütsbewegungen betrachten, so bleibt nur dunkel, warum sich die Krankheitserscheinungen unter Umständen so lange Zeit festsetzen können. Einen Fingerzeig für das Verständnis dieses Verhaltens können uns vielleicht die bei der traumatischen Neurose gesammelten Erfahrungen geben, denen sich manche Beobachtungen bei der Hysterie, namentlich bei den traumatischen Formen, an die Seite stellen lassen. Wir sehen hier deutlich, daß Krankheitserscheinungen sich verstärken und befestigen, so lange sie Gegenstand der Aufmerksamkeit und namentlich der Sorge sind. So wenig wir annehmen dürfen, daß etwa die ursprünglich ursächliche Gemütsbewegung als solche dauernd ihren Fortbestand bedingt, so verständlich ist es doch, daß die Störung aus den an sie selbst sich knüpfenden gemütlichen Erregungen immer neue Nahrung zieht. Wir sehen daher vor allem solche Krankheitsäußerungen sich festsetzen, die durch schwere Behinderung der Lebensführung dauernd das Denken und Fühlen der Kranken beschäftigen, die Geh- und Sprachstörungen, die Kontrakturen, Lähmungen, Schmerzen. Andererseits sehen wir sie oft genug sich abschwächen, so lange die Aufmerksamkeit der Kranken von ihnen abgelenkt wird, während sie sofort in alter Stärke hervortreten, wenn man sich mit ihnen beschäftigt. Allerdings können anscheinend einzelne Störungen lange Zeit fortbestehen, die der Kranke selbst gar nicht beachtet, die Abschwächung der Hautempfindlichkeit, die Gesichtsfeldeinschränkung. Hier wird man an die von Babinski nachdrücklich betonte Möglichkeit denken müssen, daß die einmal vom Arzte aufgedeckten und so dem Kranken bekannt gewordenen Störungen nicht als solche dauernd vorhanden sind,

sondern durch die Untersuchung immer nur wieder wachgerufen werden. Endlich ist noch darauf hinzuweisen, daß namentlich bei der Entartungshysterie nicht selten in der früher geschilderten Weise eine Hilfsbedürftigkeit gezüchtet wird, die den Kranken geradezu veranlaßt, sich an seine Krankheitserscheinungen anzuklammern und ihnen seine Aufmerksamkeit und seine Sorge in immer wachsendem Maße zuzuwenden.

Wir kämen somit zu der Auffassung, daß sich die Abtrennung einzelner Bewußtseinsgebiete bei der Hysterie durch Beeinflussungen vollzieht, die aus den unwillkürlichen körperlichen Ausstrahlungen von Gemütsbewegungen entspringen, und daß diese Wirkungen so lange andauern, wie sie durch entsprechende gemütliche Spannungen genährt werden. Damit steht die Erfahrung im Einklange, daß die hysterischen Störungen, ganz ähnlich wie die Folgen der Diaschisis, tatsächlich sehr häufig nach einiger Zeit von selbst verschwinden; am augenfälligsten ist das bei den zunächst sich außerordentlich häufenden und dann „von selbst" wieder seltener werdenden Anfällen. Bisweilen, wenn eben nicht Sorge oder Hilfsbedürftigkeit das Krankheitszeichen verstärken, gelingt es dem Kranken, durch eine selbständige oder von außen angeregte Willensanstrengung seiner Herr zu werden; die verwaschene Sprache wird auf Zureden deutlicher, der taumelnde Gang sicherer. Man erkennt hier, daß es Kleinmut und Mangel an Selbstvertrauen war, was den Ausgleich der einmal entstandenen Störung verhindert hat; sobald der Wille diese Hemmung durchbricht, ist sie verschwunden.

Den Beziehungen der hysterischen Störungen zu den Beobachtungen, die uns die Hypnose ermöglicht, ist besonders Vogt[1]) nachgegangen. Er vertritt die gewiß richtige Ansicht, daß die hysterischen Krankheitserscheinungen regelmäßig durch suggestive oder gemütliche Einflüsse verursacht seien, auch wenn die Kranken selbst sich darüber keine Rechenschaft zu geben vermögen. Klarheit darüber läßt sich durch Befragung im Zustande eingeengten Bewußtseins gewinnen, wie er in der Hypnose hergestellt werden kann. Man erhält dann von den Kranken Auskünfte über die wahren Beweggründe ihres Tuns, die ihnen sonst selber verborgen sind, ähnlich wie bei der Befolgung posthypnotischer Suggestionen die wirkliche Triebfeder des Handelns sich hinter Scheingründen versteckt. Diese auf ein-

[1]) Vogt, Zeitschr. f. Hypnotismus V, 7; VIII, 10; 342.

gehende Versuche sich stützenden Anschauungen stehen einerseits mit der Lehre Janets von der Abtrennung einzelner Gebiete des Seelenlebens vom Inhalte des Bewußtseins in guter Übereinstimmung, und sie enthalten andererseits wohl den Kern dessen, was an den später zu erörternden Aufstellungen Freuds als richtig anerkannt werden muß. Sie würden sich auch mit der hier vertretenen Auffassung von der Hysterie insofern gut in Einklang bringen lassen, als wir die der bewußten Überlegung entrückte Triebhaftigkeit der hysterischen Reaktionen betont haben. Schon oben wurde darauf hingewiesen, daß im hypnotischen Zustande so manche Verbindungen zugänglich zu sein scheinen, die dem bewußten Willen verschlossen sind, aber gerade bei der Entstehung hysterischer Krankheitserscheinungen eine wichtige Rolle spielen.

Eine an Janets Anschauungen sich anlehnende Deutung der hysterischen Krankheitserscheinungen hat auch Sollier versucht, indem er die Abspaltung einzelner Bewußtseinsgebiete auf einen teilweisen Schlafzustand, einen Vigilambulismus der Hysterischen zurückführt. Ähnlich wie im Schlafe mannigfache Eindrücke wohl unsere Träume und unsere Bewegungen beeinflussen, ohne doch bewußte Empfindungen und Vorstellungen zu erwecken, so fallen auch für das hysterische Bewußtsein gewisse Gebiete der Sinneserfahrung aus, weil die Hirnteile schlafen, denen die Reize zufließen; entsprechendes gilt für die Lähmungen. Die hartnäckige Schlaflosigkeit mancher Hysterischen soll sich eben daraus erklären, daß sie sich dauernd im Halbschlafe befinden. Ich glaube nicht, daß bei dem gewöhnlichen Zustande der Hysterischen von einer Ähnlichkeit mit dem Schlafe die Rede sein kann, wenn man darunter mehr versteht, als nur die Verdunkelung einzelner Bewußtseinsgebiete. Die Abspaltung kommt, wie ich annehme, nicht durch Erschlaffung oder Erschöpfung, sondern durch affektive Hemmungen zustande, die durch gemütliche Erregungen wieder durchbrochen werden können, wenn sie sich nicht allmählich von selbst lösen. Knothe hat, teilweise im Anschlusse an Solliers Auffassung, die Vorstellung entwickelt, daß durch die bei der Hysterie stattfindende Ausstrahlung der Erregung auf ferner gelegene Hirngebiete in diesen Gegenwirkungen angeregt würden, die dann hemmende Einflüsse entfalten und umschriebenen Ausfall von Leistungen bedingen sollen.

Kohnstamm sucht das Wesen der Hysterie in der Abspaltung einzelner Teilseelen (einer Genital-Magen-Darmseele usf.), die ihren Zusammenhang mit dem übrigen Seelenleben deswegen verlieren, weil das „Gesundheitsgewissen" gelitten hat, das sonst die Aufgabe erfüllt, den Ablauf aller Leistungen des Körpers zu überwachen. Wie mir scheint, ist hier eine Teilerscheinung der Hysterie viel zu sehr in den Vordergrund gerückt; überdies ist der Begriff des „Gesundheitsgewissens" kaum geeignet, die Sachlage zu klären. Wieder eine andere Auffassung hat Aronsohn entwickelt, der die Hysterie in schwerlich gerechtfertigter Weise als ein Kulturerzeugnis betrachtet. Er meint, daß sie ihren Ursprung nehme aus dem Kampfe des Eigenwillens gegen seine fortschreitende Einengung durch die Anforderungen der Gesittung. Sie sei daher eine „Dulderneurose", deren Erscheinungen wesentlich der Ausdruck des Bestrebens seien, das eigene Dulden ins rechte Licht zu setzen, „Dulderbeweise" herbeizuschaffen. Es liegt auf der Hand, daß hier der Ausgangspunkt lediglich von einzelnen, gezüchteten Fällen der Entartungshysterie genommen wird.

Eine höchst eigentümliche Gestaltung hat die Lehre von der Umsetzung gemütlicher Erregungen in hysterische Krankheitserscheinungen durch Breuer und späterhin namentlich durch Freud[1]) und seine Schüler erfahren. Breuer machte bei einer Kranken die Beobachtung, daß sich durch Aufdeckung der Entstehungsgeschichte eines Krankheitszeichens, die in der Hypnose erreicht werden konnte, dieses selbst beseitigen ließ. Es zeigte sich aber weiter, daß bei dem Eindringen in die Vorgeschichte öfters starke Widerstände zu überwinden waren, bis unter lebhafter gemütlicher Erregung weit zurückliegende Erlebnisse zutage gefördert wurden, an die eine klar bewußte Erinnerung nicht bestand. Aus derartigen Erfahrungen entwickelte sich die Anschauung, daß als die Ursache der hysterischen Störungen unliebsame und deswegen

[1]) Freud, Monatsschr. f. Psychiatrie XVIII, 285; Über Psychoanalyse, 1910; Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre, 1. und 2. Reihe; Hitschmann, Freuds Neurosenlehre. 1911; Schultz, Zeitschr. f. angewandte Psychologie II, 440; Bleuler, Jahrbuch f. psychoanalytische u. psychopathologische Forschungen II; Isserlin, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie I, 52; Ergebnisse der Neurologie und Psychiatrie I, 1; Hoche, Medizinische Klinik 1910, 26; Kronfeld, Über die psychologischen Theorien Freuds und verwandte Anschauungen. 1912; Mittenzwey, Zeitschr. f. Pathopsychologie I u. II. Der Verbreitung Freudscher Lehren dienen bereits mehrere Zeitschriften.

„verdrängte" persönliche Erlebnisse anzusehen seien, die gerade wegen ihrer Abtrennung aus dem Bewußtsein eine besondere, krankmachende Macht gewonnen hätten. Zur Erklärung dieses Vorganges wurde auf die befreiende Wirkung hingewiesen, die der Aussprache nach einem gemütlich erregenden Erlebnisse, der Entlastung der Seele durch die Beichte zukomme. Jede gemütliche Spannung muß sich nach dieser Anschauung in irgendeiner Form entladen. Den verdrängten Gemütsbewegungen fehlt jedoch dieses „Abreagieren"; sie wirken unbewußt weiter auf die Stimmung, auch wenn man sich des Ereignisses selbst nicht mehr erinnert. Die Verdrängung geschieht dann, wenn der Mensch den inneren Zwiespalt, der durch den erregenden Vorgang erzeugt wurde, nicht lösen, nicht mit der Sache fertig werden kann.

Diese Ausmerzung des Affektes aus dem Bewußtsein hat nun aber die Schattenseite, daß er dadurch gewissermaßen unsterblich wird. Wenn die „affektbesetzten Vorstellungen" aus dem „usurierenden" Assoziationsverkehr herausgezogen werden, verblassen sie nicht, sondern sie behalten dauernd ihre ursprüngliche Stärke. Auf diese Weise entsteht ein verdrängter „Komplex", eine stark gefühlsbetonte Vorstellungsgruppe, die ihrerseits jeder Einwirkung durch das bewußte Denken entzogen ist, aber auf dieses die nachhaltigsten Wirkungen auszuüben vermag. Dieser Komplex gewinnt dadurch Selbständigkeit und nach Jungs Ausdruck „die Neigung, sich schrankenlos auszuleben"; er wird, wie Ricklin meint, „eine kleine Seele in der großen, wobei die kleine, wenn sie wach wird, die große vergiftet".

Wenn die mißlungene Verdrängung zu diesem Erfolge geführt hat, so kommt es weiterhin zur „Konversion". Der im Unbewußten weiter wirkende Komplex macht sich durch „unlustbetonte Ersatzbildungen" bemerkbar, die zutage tretenden Krankheitserscheinungen. Sein Wirken äußert sich ferner in den Träumen, freilich nur in Verhüllungen, die ihn unkenntlich machen; Verschiebungen, Sinnbilder der verschiedensten Art, Gegensätze dienen dazu, ihn zu verschleiern. Auch in unbewußten „Symptomhandlungen", im Vergreifen, Versprechen, in nichtssagenden „Deckassoziationen" an Stelle der geforderten sinnvollen Anknüpfungen, in anscheinend ganz zufälligen Einfällen macht sich sein Einfluß für denjenigen geltend, der die Zeichen richtig zu deuten weiß. Freilich ist das,

nach den bisher veröffentlichten Beispielen zu schließen, eine recht schwierige Sache, die eine große Beweglichkeit der Einbildungskraft und besondere Freiheit von wissenschaftlicher Bedenklichkeit erfordert.

Die hier in aller Kürze wiedergegebene Auffassung von dem Wesen der hysterischen Krankheitserscheinungen, der wir späterhin bei anderer Gelegenheit noch wieder begegnen werden, zeichnet sich mehr durch eine gewisse derbe Anschaulichkeit, als durch die Zuverlässigkeit ihrer psychologischen Grundlagen aus. Vor der „offiziellen Universitätspsychologie" hat die hier zur Anwendung gelangte „Tiefenpsychologie" wohl nur die Kühnheit ihrer Annahmen voraus. Daß eine „Verdrängung" unliebsamer Erinnerungen möglich ist und tatsächlich in weitem Umfange geübt wird, ist freilich nicht zu bezweifeln. Gänzlich unbewiesen aber ist es, daß verdrängte Erinnerungen Krankheitserscheinungen bewirken können. Im Gegenteil spricht die tagtägliche Erfahrung in so hohem Grade gegen eine solche Möglichkeit, daß man außerordentlich zwingende Beweise zu ihrer Widerlegung fordern müßte. Jedermann weiß, daß ein Zorn hinuntergewürgt, ein Groll verhalten werden kann, und daß diese gewaltsam niedergehaltenen Regungen noch nach längerer Zeit zu entsprechenden Taten führen können. Natürlich ist hier von einer eigentlichen Verdrängung nicht die Rede, da ja der Träger der genannten Affekte sich ihrer vollständig bewußt ist, sie durch allerlei neue Erwägungen, durch Aufrühren der alten Erinnerungen geflissentlich nährt und sich in seinem Handeln von ihnen leiten läßt. Trotz alledem erleben wir es immerfort, daß derartige Regungen, auch wenn ihnen zum „Abreagieren" durchaus gar keine Gelegenheit gegeben wurde, mit ganz vereinzelten, besonders gelagerten Ausnahmen, im Laufe der Zeit allmählich dennoch verblassen und sich schließlich zu einfachen Erinnerungen ohne irgendwelche Stoßkraft abschwächen. Auch Gewissensbisse können den Sünder lange quälen und ihn auf dem Totenbette noch zum Geständnisse treiben, aber nur, solange er seiner Taten noch gedenkt, und selbst dann wird er sich, wenn es nicht besonders schreckliche Dinge sind, oder wenn er nicht ungewöhnlich schwerblütig ist, endlich mit ihnen abfinden. Jedenfalls ist in der Psychiatrie nichts davon bekannt, daß verbissener Groll und Haß oder der Gedanke an alte Sünden die Menschen krank machen; wo es so

scheint, lehrt eine fortgeschrittene Erfahrung regelmäßig, daß der Zusammenhang ein ganz anderer ist.

An diesem Punkte setzt die Tiefenpsychologie mit der Behauptung ein, daß zwar die bewußten Erinnerungen und deren Gefühlstöne allmählich verblassen, daß aber die wirklich „verdrängten" Seelenvorgänge sich in dieser Hinsicht durchaus anders verhalten. Es ist mir völlig unbegreiflich, woher die Kenntnis dieser doch ungemein verblüffenden Tatsache stammt. Jedermann weiß genau, daß man für diejenigen Dinge, die man vergessen will, ein besonders schlechtes Gedächtnis hat, und ferner, daß alle Kenntnisse, Fertigkeiten, Leistungen, welcher Art sie sein mögen, geübt werden müssen, damit sie uns nicht verloren gehen. Demgegenüber treffen wir hier auf die allerdings aller offiziellen Universitätspsychologie Hohn sprechende Erfahrung, daß „Komplexe" gerade deswegen nicht nur stärker haften, weil sie niemals aufgefrischt wurden, sondern sogar eine Macht gewinnen, die völlig an die Besessenheit früherer Jahrhunderte erinnert. Als Beweis für diese Behauptung dienen lediglich die Aussagen einer Anzahl von hysterischen Kranken, die nach allereindringlichster, durch Monate und Jahre fortgesetzter, peinlicher Befragung aus der Tiefe ihrer Jugenderinnerungen diesen oder jenen Vorfall herauskramten und sich nach der Aussprache wesentlich erleichtert fühlten!

Dabei ist noch zu beachten, daß die „pathogenen Komplexe" in der Regel erst durch die verwickeltsten Deutungskünste aus Träumen, Einfällen, Assoziationen und Symptomhandlungen erschlossen werden müssen, und daß die Kranken trotz oder gerade wegen ihres Widerstrebens immer und immer wieder zum Grübeln veranlaßt wurden, bis sich eine Erinnerung fand, die den Komplexsucher befriedigte. Auf diese Weise wurden die „Tiefenmechanismen" aufgedeckt, denen man die Fähigkeit beilegt, des offenbar mit den Grundlagen unseres Lebens verknüpften psychologischen Gesetzes spotten zu dürfen, daß alle Spuren allmählich verblassen, die nicht wieder erneuert werden. Man wird allerdings diesem Einwande entgegenhalten, daß ja auch der Komplex nicht ruht, vielmehr immerfort regsam ist und sich erneut. Die Sachlage wird dadurch nicht klarer, da es gänzlich unverständlich bleibt, woher denn der verdrängte und dem Bewußtsein unzugängliche Komplex seine Lebensfähigkeit eigentlich schöpft. Jedenfalls genügen die

Aussagen einer Reihe auf das stärkste suggestiv beeinflußter Personen nicht entfernt, um auch nur die bescheidensten Anforderungen an die wissenschaftliche Begründung derartig erstaunlicher Annahmen zu erfüllen.

Ganz besonders bedenklich erscheint mir die Lehre von den Ersatzbildungen, die der verdrängte Komplex erzeugen soll. Über die Art solcher „Ersatzbildungen", ja über deren Möglichkeit überhaupt können wir gar keine begründete Kenntnis haben, da wir ja erst aus den dafür gehaltenen Zeichen überhaupt auf das Vorhandensein eines Komplexes schließen. So ist denn bei der Deutung der Komplexsymptome dem wildesten Rätselraten Türe und Tor geöffnet, und die Tiefenpsychologie hat die ihr hier gebotene Gelegenheit zur Betätigung wahrlich in ausgiebigster Weise benutzt. Ihren Leitstern bildete dabei die besonders von Freud mit großer Lebhaftigkeit vorgetragene Anschauung, daß die verdrängten Erinnerungen zumeist, wenn nicht ausschließlich, dem geschlechtlichen Gebiete angehören. Diese, noch auf eine Reihe weiterer Krankheiten übertragene Ansicht gewann für die Hysterie die besondere Gestalt, daß es sich um in der Jugend erduldete geschlechtliche Angriffe handle, deren nachträgliche Lustbetonung sich dann mit dem Erwachen der geschlechtlichen Regungen einstelle, aber durch die anerzogenen Hemmungen verdrängt werde. Die hysterischen Störungen sind demnach Sinnbilder der verdrängten Erinnerungen, der Krampfanfall ein verschleierter Koitus; das Erbrechen, der Globus, die Störungen des Essens hängen mit autoerotischen Betätigungen durch Daumenlutschen zusammen; der kontrakturierte Arm vertritt das erigierte Glied usf. Die allgemeine Grundlage der Hysterie soll nach dieser Auffassung der mit übermäßiger Kraft geführte Kampf gegen ein abnorm starkes Triebleben sein; der Hysteriker erfüllt mit seiner Krankheit sich selbst einen unbewußten Wunsch, der ihn der Lösung seiner momentanen erotischen Konflikte überheben soll.

Zur Begründung dieser ins Abenteuerliche streifenden Behauptungen wird zunächst auf den Nachweis geschlechtlicher Erlebnisse der angeführten Art in der Vorgeschichte Hysterischer verwiesen. Da unter unseren Erziehungsverhältnissen kaum ein Mensch dem Schicksal entgehen wird, in der Jugend einmal sehr unliebsame geschlechtliche Erlebnisse durchzumachen, so wird man

sich nicht wundern dürfen, daß es durch angestrengtes Fragen gelingt, bei Hysterischen derartige Erinnerungen regelmäßig aufzufinden. Es muß jedoch auch darauf hingewiesen werden, daß gerade bei ihnen die Wahrscheinlichkeit einer Aufbauschung, Umdeutung oder unter Umständen auch Erfindung von Erlebnissen ungemein nahe liegt, sobald sie wissen, daß danach mit so großer Hartnäckigkeit gefahndet wird. Nimmt man dann noch die „Deutungskünste" hinzu, so kann ja der Versuch eigentlich nicht mehr mißlingen. Wenn das Sitzen am gleichen Tisch, als Übertragung vom Liegen auf das Sitzen, vom Bett auf den Tisch, im Traum eigentlich den Beischlaf, das gemeinsame Essen als Verschiebung von unten nach oben ebendasselbe bedeutet, weil auch hier etwas in eine Öffnung „hineingesteckt" wird, wenn jeder Besenstiel, jeder Bleistift, jeder Kirchturm den Penis, jede Tasche, jede Zwetschge, jeder mit Nymphen bevölkerte Wald die weiblichen Genitalien bedeutet, so wird sich allerdings die unheimliche Macht des Komplexes, der die ganze Seele des Kranken mit unzüchtigen Gedanken erfüllt, leicht erweisen lassen. Auch die Hysterie der Kinder bildet keinen Damm für diese sexuellen Hirngespinste. Im Gegenteil hat Freud gezeigt, daß die Kinder an Reichhaltigkeit und Verstiegenheit der geschlechtlichen Neigungen die Erwachsenen noch weit übertreffen; es macht daher keine Schwierigkeiten, auch bei ihnen mit der Wirkung verdrängter Sexualerinnerungen zu rechnen.

Wenn man die Widerlegung der Lehre von den verdrängten, aber das Seelenleben unbegrenzte Zeit hindurch beherrschenden und vergiftenden Komplexen ruhig der Fortentwicklung unserer Wissenschaft überlassen darf, so ist es zweifelhaft, ob eine derartige Haltung gegenüber der Behauptung von der sexualpathologischen Grundlage der Hysterie noch gestattet ist. Hier handelt es sich nicht mehr lediglich um rein wissenschaftliche Streitfragen, sondern um Folgerungen, die tief in die Behandlung und damit in das Wohl und Wehe unserer Kranken eingreifen. Ich kann leider nicht mehr daran zweifeln, daß die Sexualtheorie nach dieser Richtung ernste Gefahren in sich birgt, auf die späterhin noch näher einzugehen sein wird. Es ist gewiß zuzugeben, daß die Einflüsse unseres Kulturlebens eine gewisse Zurückdrängung der geschlechtlichen Regungen bedingen, einmal durch die Forderungen der Sitte, ferner aber durch die Ablenkung des menschlichen Betätigungs-

dranges auf höhere und namentlich geistige Aufgaben, durch jenen Vorgang also, den Freud als „Sublimierung" bezeichnet hat. Auch daß die Unterdrückung und Beherrschung des Geschlechtstriebes kein gleichgültiger Vorgang ist, dürfen wir wohl annehmen; vielleicht trägt sie neben manchen anderen Ursachen mit dazu bei, die Abnahme der Fruchtbarkeit zu bewirken und damit die Ausdehnungskraft der Kulturvölker herabzusetzen. Jedenfalls lehrt die Erfahrung, daß eine Verdrängung der geschlechtlichen Regungen zwar zunächst eine Steigerung, späterhin aber eine allmähliche Abnahme des Triebes herbeiführt. Da die Zurückhaltung auf geschlechtlichem Gebiete ganz vorzugsweise dem weiblichen Geschlechte auferlegt ist, würde sich also die Annahme Freuds mit der größeren Häufigkeit der Hysterie bei diesem gut in Einklang bringen lassen.

Es kann aber nicht scharf genug betont werden, daß die Entwicklung hysterischer Krankheitserscheinungen mit dem Kampfe gegen geschlechtliche Gelüste an sich in gar keiner Beziehung steht. Wie will man mit einer solchen Annahme die Hysterie der Naturvölker, die traumatische und alkoholische Hysterie, die besondere Gefährdung der Dienstmädchen vom Lande erklären, die doch sicher auf geschlechtlichem Gebiete weniger gebunden und gewissenhaft sind, als die Töchter der besseren Stände! Abgesehen ferner von der Tatsache, daß sich unter den Hysterischen zahlreiche Personen finden, die geschlechtlich sehr ausreichend befriedigt werden, auch Prostituierte, ist namentlich darauf hinzuweisen, daß hysterische Störungen dort, wo tatsächlich die geschlechtlichen Regungen unterdrückt werden müssen, wie bei Seeleuten, Soldaten im Kriege, bei katholischen Geistlichen, Krankenschwestern, durchaus nicht häufig sind. Begünstigt wird durch die hier gegebenen Bedingungen nur die Onanie und unter Umständen die Neigung zu gleichgeschlechtlicher Befriedigung. Von irgendeinem auch nur einigermaßen einleuchtenden Beweise für die Behauptung, daß die Verdrängung geschlechtlicher Gelüste imstande sei, Hysterie zu erzeugen, oder gar, daß sie die einzige und wesentliche Grundlage jener Krankheit darstelle, kann somit gar keine Rede sein. Noch haltloser ist demnach natürlich die Annahme, daß die nachträgliche Lustbetonung eines verdrängten, weit zurückliegenden geschlechtlichen Kindheitserlebnisses die krankmachenden Seelenkämpfe bedingen soll.

Andererseits ist die unmittelbare Auslösung hysterischer Krankheitserscheinungen durch die verschiedenartigsten Gemütserschütterungen eine ganz alltägliche Erfahrung und die entscheidende Bedeutung der Veranlagung für die Entwicklung der Hysterie durchaus unbestreitbar. Es müßten daher wahrlich schon sehr zwingende Gründe vorliegen, um uns zur Annahme ganz andersartiger Ursachen zu veranlassen, zumal, wenn diese sich, wie angedeutet, so wenig in den Rahmen unserer gesicherten Erfahrungen einpassen lassen wie die Anschauungen Freuds. Man wende hier nicht ein, daß die landläufige Ansicht von den Entstehungsbedingungen der Hysterie, wie sie hier vertreten wird, eben in die wahren, in der Tiefe des Unbewußten sich abspielenden ursächlichen Vorgänge nicht eindringe, sondern am oberflächlichen Augenschein kleben bleibe. Sicherlich sind unsere Vorstellungen von dem Zustandekommen der hysterischen Erscheinungen noch sehr rohe; nicht minder sicher ist es aber, daß die Verfahren, welche die Grundlage der Psychoanalyse bilden, nicht die mindeste Gewähr für die Gewinnung wirklich zuverlässiger Einblicke in die Wirrnisse des Unbewußten bieten. Gerade die maßlose Übertreibung der Rolle, die geschlechtlichen Kindheitserlebnissen in der Verursachung der Hysterie zukommen soll, ist nicht geeignet, das Vertrauen in die Zuverlässigkeit der psychoanalytischen Ergebnisse zu stärken. —

Die Umgrenzung der Hysterie ist von jeher strittig gewesen. Man ist hier, wie auf anderen klinischen Gebieten, der Gefahr nicht immer entgangen, einzelnen, besonders auffallenden Krankheitserscheinungen eine zu große kennzeichnende Bedeutung beizulegen. So haben die erhöhte Beeinflußbarkeit, das aufgebauschte, anspruchsvolle Benehmen mancher Hysterischer, die Neigung zum Schwindeln, die erotischen Züge, wie man sie bei einzelnen Hysterischen sehr stark ausgeprägt sieht, den Anlaß dazu gegeben, allerlei psychopathische, depressive, paranoide Zustände als hysterisch zu bezeichnen, die nach der hier vertretenen Auffassung ganz anders zu deuten sind. Im allgemeinen hat sich jedoch heute wohl die von Möbius im Anschlusse an Charcots Forschungen aufgestellte Anschauung Geltung verschafft, daß als hysterisch diejenigen Krankheitserscheinungen anzusehen sind, die durch gefühlsbetonte Vorstellungen erzeugt werden.

Der Hauptgegner dieser Lehre ist Babinski, der mit größtem

Nachdrucke an dem „démembrement" der Hysterie, an der Zerlegung des Krankheitsbildes in seine verschiedenartigen Bestandteile, gearbeitet hat. Er ist zu dem Schlusse gelangt, daß die durch Gemütsbewegungen bewirkten Störungen aus dem Rahmen der Hysterie völlig ausgeschieden werden sollten, ebenso manche andere Erscheinungen, die überhaupt nicht psychisch bedingt seien, wie die Steigerung der Reflexe, die Dermatographie. Hysterisch ist nach seiner Begriffsbestimmung alles, was man durch Suggestion erzeugen und durch „Persuasion", die Suggestion vernünftiger Dinge, wieder beseitigen kann. Die Stigmata der Hysterischen entstehen nach seiner Ansicht lediglich durch äußere Beeinflussung, sei es durch Nachahmung oder durch die Maßnahmen des Arztes bei der Untersuchung. Kranke, die niemals mit anderen Hysterischen in Berührung gewesen und auch nicht ärztlich untersucht worden sind, bieten nach seiner Erfahrung bei vorsichtiger, jede Suggestion vermeidender Prüfung weder Gesichtsfeldeinschränkung noch umschriebene Anästhesien noch Fehlen des Rachen- oder Kornealreflexes noch Ovarie dar. Gemütsbewegungen spielen weder bei der Suggestion noch bei der „persuasion" eine Rolle; wo sie als Ursachen in Betracht kommen, handelt es sich nicht um Hysterie.

Wenn man Babinski darin Recht geben kann, daß die suggestive Beeinflussung zum Schlimmen und zum Guten für das Auftreten, die Gestaltung und den Verlauf hysterischer Störungen von allergrößter Bedeutung ist, so wird man doch schwerlich der grundsätzlichen Scheidung von suggestiver und gemütlicher Beeinflussung zustimmen können. Ich möchte im Gegenteil den Standpunkt vertreten, daß Suggestion und Persuasion stets auf das innigste mit Gemütsbewegungen verknüpft sind, ja daß mit größter Wahrscheinlichkeit erst diese letzteren der angeregten Vorstellung die Triebkraft verleihen, die ihr eine Einwirkung auf andere Seelengebiete ermöglicht. Mag auch bei sehr einfachen Beispielen, beim Gähnen durch Nachahmung, bei der Beseitigung einer Anästhesie oder einer Stimmbandlähmung durch den faradischen Strom, das Hineinspielen gemütlicher Einflüsse nicht sehr deutlich sein, so wird man doch auch hier bei genauerer Beobachtung die Beunruhigung, die Entstehung einer gemütlichen Spannung nicht übersehen können, die den Eintritt der Suggestivwirkung vorbereitet. Ganz unmöglich aber scheint es mir, alle die zahllosen

Beobachtungen, in denen Lähmungen, Kontrakturen, Empfindungslosigkeit, Krampfanfälle, Dämmerzustände unmittelbar und unverkennbar durch heftige Gemütserschütterungen hervorgerufen werden, aus dem Krankheitsbilde der Hysterie auszuscheiden. Wir sehen mit solcher Regelmäßigkeit bei denselben Kranken Suggestionswirkungen im Sinne Babinskis und die Auslösung hysterischer Störungen durch Gemütserschütterungen nebeneinander, daß mir die Zuteilung dieser verschiedenen Erscheinungen an zwei Krankheiten undurchführbar erscheint. Vielmehr glaube ich, daß wir in der Suggestion Babinskis und in der Wirkung von Gemütsbewegungen nur Abstufungen eines und desselben Vorganges vor uns haben, bei denen dort mehr der Inhalt, hier mehr die Triebfeder der Beeinflussung im Vordergrunde des Bewußtseins steht. Wir werden ja auch niemals die Tatsache aus den Augen verlieren dürfen, daß Vorstellungen und Gemütsbewegungen von uns nur in der Theorie auseinandergehalten werden, daß sie sich aber tatsächlich immer untrennbar miteinander verknüpfen.

Babinski hat nun allerdings darauf hingewiesen, daß bei dem Erdbeben von Messina trotz der ungeheuren gemütlichen Erschütterungen, die es hervorrief, doch keine eigentlich hysterischen Störungen, keine Lähmungen und Kontrakturen, beobachtet worden seien. Er hat ferner eine Rundfrage bei den Aufsehern der Leichenausstellungssäle in Paris angestellt und erfahren, daß sie bei den Besuchern zwar hier und da Ohnmachten, aber fast niemals kennzeichnende hysterische Anfälle gesehen haben. Mir scheinen diese Feststellungen gegenüber dem überwältigenden Eindrucke der täglichen Erfahrung nicht allzu schwer ins Gewicht zu fallen. Daß bei der Entstehung umschriebener hysterischer Krankheitszeichen in der Regel noch irgendeine richtunggebende Wahrnehmung oder Vorstellung eine Rolle spielen wird, kann man ohne weiteres zugeben; die Todesangst der Opfer von Messina wird sich daher, soweit überhaupt hysterische Erscheinungen erzeugt wurden, mehr in allgemeineren Störungen entladen haben. Hinsichtlich der angeführten Rundfrage sind schon von Déjerine und Janet allerlei Einwendungen erhoben worden. Abgesehen von der Frage nach der Zuverlässigkeit der Auskünfte, wurde darauf hingewiesen, daß einerseits die Besucher der Leichensäle schon einigermaßen darauf vorbereitet sind, dort einen Angehörigen wiederzufinden, und daß

sich andererseits gerade die hysterischen Krankheitserscheinungen vielfach nicht sofort, sondern erst nach einer gewissen Zwischenzeit entwickeln.

Obgleich wir somit die von Babinski versuchte Zerlegung der Hysterie nicht für glücklich halten können, wird doch soviel zuzugeben sein, daß nicht alle durch Gemütsbewegungen bewirkten psychischen Störungen der Hysterie angehören. Es leuchtet ja auch ein, daß z. B. die Verzweiflung über einen Todesfall, auch wenn sie das gesunde Maß überschreitet, ebensowenig ohne weiteres als hysterisch angesprochen werden kann, wie etwa die Übertragung querulatorischer Wahnbildungen von einer Person auf eine andere. Die Grenze, die hier zwischen psychogener Beeinflussung im weiteren und hysterischer im engeren Sinne gezogen werden muß, ist, wie ich glaube, zweckmäßig an den Punkt zu verlegen, an dem die wirksamen Gemütsbewegungen bestimmte, kennzeichnende körperliche und psychische Störungen erzeugen. Ganz scharf wird sie sich freilich nicht ziehen lassen, weil schließlich jede Gemütsbewegung einen gewissen Einfluß auf die körperlichen Verrichtungen, namentlich auf Eßlust und Schlaf, gewinnt. Einerseits wird hier die übertriebene, die Gesundheitsbreite überschreitende Stärke der körperlichen Begleiterscheinungen einen Maßstab für die Kennzeichnung des Hysterischen abgeben können, andererseits aber das Auftreten von Wirkungen, die ihrer Art nach beim Gesunden entweder überhaupt nicht oder doch nur in den leichtesten Andeutungen zur Beobachtung kommen. Außer den körperlichen Störungen ist dann weiter noch die allgemeine Trübung des Bewußtseins in Betracht zu ziehen, wie sie die Form von Verwirrtheits- und Dämmerzuständen oder Ohnmachten annimmt. Die innere Zusammengehörigkeit der so umschriebenen hysterischen Erscheinungen wird dadurch dargetan, daß sie sich bei den schulmäßig entwickelten Fällen von Hysterie immer wieder neben- und nacheinander vorfinden. Wir werden durch diese Erfahrung in den Stand gesetzt, auch solche Fälle richtig zu deuten, deren hysterische Grundlage nur in Einzelzügen angedeutet ist.

An dieser Stelle tritt uns eine Schwierigkeit entgegen, der wir in ähnlicher Weise auch sonst schon öfters begegnet sind. Wir machen nämlich die Erfahrung, daß „hysterische" Störungen in dem engeren, hier umschriebenen Sinne nicht nur bei der eigent-

lichen Hysterie, sondern nicht ganz selten auch bei völlig andersartigen Erkrankungen zur Beobachtung gelangen. Mit anderen Worten, wir haben zwischen der Krankheit Hysterie und den hysterischen Begleiterscheinungen anderer Formen des Irreseins zu unterscheiden, ähnlich wie wir katatonische Krankheitszeichen nicht nur bei der Katatonie, die Korssakowschen Störungen nicht nur bei der Korssakowschen Krankheit vorfinden. Am einleuchtendsten wird dieser Unterschied vielleicht, wenn wir sehen, daß bei groben Hirnerkrankungen, bei Geschwülsten, Erweichungen, multipler Sklerose, hysterische Krankheitszeichen auftreten können, die unter Umständen die wahre Natur des vorliegenden Leidens ganz verdecken. Aber auch bei der Dementia praecox und noch häufiger beim manisch-depressiven Irresein beobachten wir hysterische Störungen, die wir wohl nicht als den Ausdruck der Krankheit Hysterie ansehen dürfen, da sie beim Eintritte der Genesung oder beim Fortschreiten des Leidens wieder völlig verschwinden können.

Am ungezwungensten erscheint mir die Auffassung, daß die hysterischen Krankheitszeichen in den angeführten Fällen auf ähnliche Weise durch besondere gemütliche Umwälzungen ausgelöst werden wie bei der Hysterie nach Unfällen oder bei Alkoholmißbrauch. Wir erinnern uns hier daran, daß unser landläufiges Krankheitsbild der Hysterie in Wirklichkeit keine Einheit darstellt, sondern eine Reihe ganz verschiedenartiger Bestandteile in sich schließt. Streng genommen sollte die Entartungshysterie als besondere Krankheitsform abgegrenzt werden, wenn sie auch fließende Übergänge mit der Entwicklungshysterie verbinden. Letztere wäre vielleicht besser den psychischen Entwicklungsstörungen zuzurechnen, wie wir sie späterhin noch näher zu betrachten haben werden. Die alkoholische und traumatische Hysterie dagegen und ebenso die gelegentlichen Beobachtungen, in denen bei Lues oder nach schweren körperlichen Krankheiten hysterische Störungen hervortreten, wären am besten grundsätzlich als „symptomatische" Hysterie abzutrennen.

Besondere Schwierigkeiten hat von jeher die Abgrenzung der Hysterie von der Epilepsie gemacht. Die nach meiner Ansicht hier in Betracht kommenden Gesichtspunkte sind schon in dem Abschnitte über Epilepsie ausführlich erörtert worden. Hier sei nur soviel

wiederholt, daß beide Krankheiten grundsätzlich durchaus verschieden sind, aber in gewissem Sinne Mischformen darbieten. Einmal beobachten wir bei der Epilepsie, ebenso wie bei den oben angeführten Leiden, öfters einzelne hysterische Krankheitszeichen, namentlich allgemeine Unempfindlichkeit für Schmerz. Andererseits aber müssen wir uns wohl an die Anschauung gewöhnen, daß unter Umständen bei Hysterischen einmal ein Anfall vorkommen kann, der völlig die Züge des epileptischen trägt. Derartige Beobachtungen haben ungemein viel Verwirrung in die Lehre von den Beziehungen beider Krankheiten zueinander gebracht, da die unbedingt kennzeichnende Bedeutung des epileptischen Anfalles über allem Zweifel festzustehen schien. Bedenkt man, daß epileptische oder besser epileptiforme Anfälle bei einer großen Zahl andersartiger Krankheiten auftreten können, ja daß sie ohne besondere Schwierigkeit vorgetäuscht, nachgeahmt werden können, so wird man zu dem Schlusse gedrängt, daß ihre Entstehung und ihr Ablauf wesentlich durch vorgebildete Einrichtungen unseres Hirns bestimmt wird, die auf sehr verschiedenen Wegen in Gang gesetzt werden können, unter Umständen wohl auch einmal durch heftige Gemütsbewegungen. Da wir ferner Epilepsien kennen, bei denen die großen Krampfanfälle ganz fehlen oder doch äußerst selten sind, werden wir gut tun, die Grenzlinie zwischen Hysterie und Epilepsie nicht mehr ausschließlich nach der Art der beobachteten Anfälle zu bestimmen, sondern daneben vor allem auch den psychischen Gesamtzustand unserer Kranken zu berücksichtigen. Unter diesem Gesichtspunkte bin ich geneigt, namentlich die von Bratz als Affektepilepsie bezeichneten Beobachtungen von der Epilepsie loszulösen und in nähere Verbindung mit der Hysterie zu bringen. Es muß allerdings zweifelhaft bleiben, ob jene Form ohne weiteres der Hysterie zugerechnet werden darf, da sie eine Reihe von sehr auffallenden Zügen aufweist, die diesem Leiden nicht eigentümlich sind. Am richtigsten ist es vielleicht, die Affektepilepsie als eine Mischung von schwerer und eigenartiger psychopathischer Veranlagung mit hysterischen Krankheitserscheinungen aufzufassen.

Eine gewisse Stütze findet diese Deutung in der Erfahrung, daß uns auch bei anderen Formen der Psychopathie nicht selten mehr oder weniger starke hysterische Beimischungen begegnen. Vor allem sind es die krankhaften Lügner und Schwindler, die fast niemals

einzelne hysterische Krankheitszeichen vermissen lassen. Aber auch bei den Nervösen, Erregbaren, Haltlosen, seltener bei der Erwartungsneurose und beim Zwangsirresein, treffen wir gelegentlich auf Züge, die wir als hysterische ansprechen dürfen. Wir werden das erklärlich finden, wenn wir bedenken, daß die eigentliche Hysterie eine Erscheinungsform der Entartung ist und sich daher leicht mit anderen Gestaltungen der Entartung verbinden kann. Es kann somit für die Einreihung des einzelnen Falles unter Umständen zweifelhaft werden, ob den psychopathischen oder den besonderen hysterischen Bestandteilen des klinischen Bildes mehr Gewicht beigelegt werden soll. Die Unterscheidungsmerkmale werden späterhin genauer zu erörtern sein.

Noch nach einigen anderen Richtungen hin treffen wir auf ähnlich fließende Übergänge. Im Anschlusse an Unfälle entwickeln sich Störungen, die bald das Gepräge der Hysterie, bald dasjenige der traumatischen Neurose tragen. Kennzeichnend für die erstere Gruppe ist der unmittelbare Anschluß an den Unfall, das Auftreten von Krampfanfällen, Ohnmachten, Dämmerzuständen, die Häufigkeit von hysterischen Stigmen und Charaktereigentümlichkeiten. Dem gegenüber entwickelt sich die traumatische Neurose regelmäßig erst nach einer Wochen, Monate und selbst über ein Jahr dauernden Zwischenzeit, während derer zunächst keine oder nur geringfügige Störungen bestehen. Ihr klinisches Bild wird beherrscht durch eine Veränderung der Gemütslage, düstere, ängstliche, verzagte Stimmung, zu der sich einerseits Gedächtnis- und Schlafstörung, Wehleidigkeit und Willensschwäche, andererseits Kopfweh, Schwindelgefühle, Mißempfindungen und örtliche Schmerzen, Zittern, Muskelspannungen, Geh- und Sprachstörungen hinzugesellen können. Diese letzteren Krankheitszeichen werden in ähnlicher Form auch bei der traumatischen Hysterie beobachtet, wenn sie hier auch weniger hervorzutreten pflegen. Beide Krankheiten besitzen somit eine Reihe von gemeinsamen Zügen; ihre klinischen Bilder weichen aber darin auseinander, daß im einen Falle die allgemeine Beeinflussung des Stimmungshintergrundes sehr stark ausgeprägt ist, während im anderen die kennzeichnenden hysterischen Störungen ohne dauernd einseitige Färbung der Gemütslage die besondere Natur der Erkrankung verraten. Diesem Unterschiede entspricht die viel größere Einförmigkeit des Krankheitsbildes, die weit geringere Beeinflußbarkeit durch

suggestive Maßregeln, das Fehlen des Stimmungswechsels, der Launenhaftigkeit und Sprunghaftigkeit, der Unternehmungslust, wie wir sie bei Hysterischen so häufig beobachten. Es gibt indessen auch Mischformen zwischen beiden Erkrankungen, in denen sich zu den Erscheinungen der einen einzelne Züge der anderen hinzugesellen.

Auf die Unterschiede zwischen der hysterischen und der durch Angst bedingten Unfähigkeit zu gewissen einfachen Handlungen, insbesondere zum Gehen und Stehen, hat Möbius hingewiesen. Während wir es dort mit der Unmöglichkeit zu tun haben, den Willensanstoß zum Muskel gelangen zu lassen, erzeugt hier die Vorstellung der zu lösenden Aufgabe heftige gemütliche Erregung, die nun entweder zu unangenehmen, selbst schmerzhaften Empfindungen oder zu einem ganz unzweckmäßigen und störenden Eingreifen des Willens in die sonst unwillkürlich ablaufenden Vorgänge führt. Dort sind also die Kranken gar nicht imstande, auch nur den Versuch zur Ausführung der verlangten Handlung zu machen, so daß ihr Zustand völlig demjenigen wirklich Gelähmter ähnelt; hier dagegen scheitert der Versuch an den sofort auftretenden krankhaften Begleiterscheinungen; erst infolge dieser Erfahrungen wird er dann abgelehnt. Diese Unterschiede grenzen einerseits die Hysterie von gewissen, äußerlich ähnlichen Formen der Phobien ab; sodann aber begründen sie auch die Sonderstellung, die wir der Erwartungsneurose gegeben haben, bei der wir es ebenfalls mit Behinderungen ängstlichen Ursprunges zu tun haben. Zudem pflegen diese sich hier immer nur auf ein einzelnes, bestimmtes Gebiet zu erstrecken, ohne den mannigfaltigen Wechsel der Erscheinungen, wie er der Hysterie eigentümlich ist. Auch die Unfallsneurose bietet eine viel einförmigere Entwicklung, doch ähneln die ungünstig ausgehenden Fälle sehr den schweren, fortschreitenden Formen der Hysterie.

Das Vorbeireden der Hysterischen, wie es namentlich beim Ganserschen Dämmerzustande beobachtet wird, kann unter Umständen mit dem negativistischen Ausweichen bei der Dementia praecox verwechselt werden, namentlich wenn die Abwehr auf Nadelstiche ausbleibt, was durch Analgesie oder ebenfalls durch Negativismus bedingt sein kann. Bei der Hysterie ist regelmäßig noch die Beziehung zwischen Frage und dem Inhalte der unpassenden Antwort erkennbar, während es sich bei der Dementia praecox vielfach um

ein gänzlich beziehungsloses, bisweilen echolalisches Vorbeireden handelt. Wesentlich ist ferner für die Annahme einer Hysterie der Nachweis einer, wenn auch leichten, Bewußtseinstrübung, erschwerte Auffassung, Unbesinnlichkeit, eine gewisse Unklarheit über Zeit, Ort, Umgebung.

Die Gefangenschaft erzeugt neben unverkennbar hysterischen Krankeitsbildern auch solche, die wir aus dem Rahmen der Hysterie auszuscheiden haben, namentlich den querulatorischen Verfolgungswahn, den Unschulds- und Begnadigungswahn. Ihnen fehlen im allgemeinen durchaus die hysterischen Krankheitszeichen, die Dämmer- und Stuporzustände, die starken gemütlichen Schwankungen, die Beeinflußbarkeit, die Krämpfe und Ohnmachten, die Stigmata. Dennoch können bisweilen nächtliche, aufregend gefärbte delirante Erlebnisse, läppische oder zornige Erregungen, zielbewußte Erfindungen sehr an die hysterischen Formen erinnern. Man wird auch hier vielleicht an die Beimischung von hysterischen Zügen zu Krankheitsbildern denken dürfen, die sonst ihrem Wesen nach anderen Ursprungs sind.

Wir haben endlich noch kurz der Erfahrung zu gedenken, daß die Hysterie, die „grande simulatrice" nach der Bezeichnung der Franzosen, unter Umständen eine große Reihe von körperlichen Erkrankungen vorzutäuschen vermag. In erster Linie kommen hier organische Hirn- und Rückenmarksleiden in Betracht, deren Bestehen durch Lähmungen, Spasmen, Ataxie, Empfindungsstörungen, Krämpfe wahrscheinlich gemacht werden kann. Die richtige Deutung wird hier wesentlich nach neurologischen Gesichtspunkten zu erreichen sein. Da die hysterischen Störungen wegen ihrer psychischen Entstehung sich nicht an die anatomischen Ausbreitungsbezirke der Hirn- und Rückenmarksbahnen halten, sondern durch die Vorstellungen beeinflußt werden, die der Kranke von den Teilgebieten seines Körpers hegt, werden sich bei sorgfältiger Untersuchung die so entstehenden Widersprüche unschwer ergeben. Außerdem wird das Fehlen oder Vorhandensein unzweifelhafter Zeichen organischer Erkrankungen (Erloschensein der Kniesehnenreflexe, Babinskis Zeichen, Entartungsreaktion) wichtige Fingerzeige liefern. So konnte ich in einem Falle stärksten Muskelschwundes mit völliger Lähmung und Unempfindlichkeit der Beine die Annahme einer durch Wirbelkaries bedingten Myelitis leicht dadurch wider-

legen, daß die Reflexe, wenn auch schwach, erhalten waren, keine Entartungsreaktion bestand und die Unempfindlichkeit Strumpfform aufwies; dazu kam das Fehlen von Blasen- und Mastdarmstörungen. In einem anderen Falle war bei einem von seinem Lehrer geohrfeigten Knaben, der danach in einen hysterischen, halb stuporösen, halb deliranten Dämmerzustand verfallen war, eitrige Meningitis mit voraussichtlich tödlichem Ausgange angenommen worden, so daß der Lehrer in Anklagezustand versetzt wurde. Die Beeinflußbarkeit des Zustandes und das gänzliche Fehlen organischer Krankheitszeichen ermöglichten rasch die richtige Auffassung.

Diese wenigen Andeutungen mögen genügen, um zu zeigen, wie man die durch die Hysterie bedingten diagnostischen Schwierigkeiten zu überwinden vermag. Da natürlich jeder einzelne Fall seine besonderen Aufgaben stellt, ist es unmöglich und an dieser Stelle auch unnötig, auf die Einzelheiten dieser Unterscheidungskunst näher einzugehen. Nur das sei noch betont, daß der Nachweis hysterischer Störungen die Möglichkeit eines daneben bestehenden organischen Leidens keineswegs ausschließt, daß sich vielmehr beide nicht so ganz selten miteinander verbinden.

Ganz ähnliche Gesichtspunkte gelten für die Beziehungen zwischen Hysterie und anderen körperlichen Erkrankungen. Namentlich Lungenblutungen, Magen- und Darmerkrankungen (Geschwüre, Appendicitis), Herzerkrankungen, Genitalleiden, Knochen- und Gelenkleiden werden oft bei Hysterischen fälschlich vermutet und auch gefunden und führen dann bisweilen zu sehr heroischen Eingriffen, da alle milderen Behandlungsverfahren naturgemäß wirkungslos bleiben und der „furor operatorius passivus“ der Hysterischen zu außerordentlichen Maßnahmen drängt. Sander hat über zwei Hysterische berichtet, bei denen mehrfach Bauchschnitte gemacht worden waren, um vermeintliche Erkrankungen des Wurmfortsatzes zu beseitigen; einen ähnlichen Fall habe ich vor kurzem erlebt. Vor derartigen Mißgriffen kann neben sorgsamster Feststellung des körperlichen Befundes nur eine genaue Vertrautheit mit den Tücken der Hysterie schützen. Wo das psychische Gesamtverhalten oder gar das Bestehen einzelner kennzeichnender Störungen die Möglichkeit einer Hysterie nahelegt, wird man gut tun, nur dann zu ernsteren Eingriffen zu schreiten, wenn deren Notwendigkeit, durch den körperlichen Befund unzweifelhaft dargetan ist. —

Eine vorbeugende Bekämpfung der Hysterie[1]) hätte mit einer gesundheitsgemäßen, auf die körperliche Ausbildung gerichteten, einfachen Erziehung einzusetzen. Sehr häufig sind gerade die Eltern gefährdeter Kinder aus naheliegenden Gründen am wenigsten geeignet, die schlummernden Krankheitskeime an weiterer Entwicklung zu verhindern. Verweichlichung und Verzärtelung, namentlich einziger oder jüngster Kinder, Ungleichmäßigkeit und Launenhaftigkeit oder übermäßige Strenge der Erziehung können hier sehr viel Unheil anrichten. In solchen Fällen wird man geradezu die Entfernung der Kinder aus dem Einflußbereiche ihrer Angehörigen durchzusetzen suchen. Auch die Einflüsse des Großstadtlebens, die Abschließung von der Natur, die Begünstigung geistiger Frühreife, die Anregung der Einbildungskraft und der Begehrlichkeit, können auf die Entwicklung hysterisch veranlagter Kinder ungünstig einwirken; weit zweckmäßiger ist für sie das Aufwachsen auf dem Lande (Landerziehungsheime). Besonderes Gewicht ist auf die körperliche Entwicklung zu legen, die durch reichlichen Aufenthalt im Freien, Leibesübungen, einfache, gesunde Ernährungsweise und Sorge für reichlichen Schlaf angestrebt werden soll.

Bei der großen Bedeutung, welche der Nachahmung für die Auslösung hysterischer Störungen zukommt, wird auch der Schutz vor Ansteckung durch psychopathische oder bereits hysterische Personen zu berücksichtigen sein; solche üble Vorbilder müssen sofort aus Schulen und Pensionaten ausgemerzt werden. Das Erwachen geschlechtlicher Regungen ist durch Vermeidung äußerer Anlässe dazu nach Möglichkeit hinauszuschieben, die Entwicklung sinnlich gefärbter Freundschaften und onanistischer Neigungen entschieden zu bekämpfen. Wichtig ist ferner die Überwachung des Lesestoffes, da hysterisch veranlagte Kinder gern zu unpassender, ihre Einbildungskraft erhitzender und irreleitender Lektüre greifen. Die Verstandesentwicklung soll nicht überstürzt, eher zurückgehalten werden. Dagegen ist vor allem die Ausbildung der Selbstbeherrschung und des Willens anzustreben. Das kameradschaftliche Beispiel, der Wetteifer und die Abhärtung, die Gewöhnung an das Ertragen von Unbequemlichkeiten und Beschwerden sind die dafür geeigneten Hilfsmittel. Mit unbeugsamer Festigkeit muß das Einwurzeln von Bindungen und Einschrän-

[1]) Strümpell, Behandlung der allgemeinen Neurosen, Penzoldt u. Stintzing, Handbuch der speziellen Therapie V.

kungen des Willens bekämpft werden, zu denen Hysterische sehr neigen. Es darf für gefährdete Kinder innerhalb vernünftiger Grenzen nichts geben, was sie nicht ohne weiteres zu tun oder auf sich zu nehmen vermöchten, und ebenso wenig dürfen sich bei ihnen Sonderbedürfnisse herausbilden, auf deren Befriedigung sie nicht jederzeit mit Leichtigkeit zu verzichten imstande wären.

Die Erfahrungen über die Häufigkeit der Erkrankung bei jugendlichen weiblichen Dienstboten, die vom Lande unvermittelt in die schwierigen Lebensverhältnisse der Großstadt hineingeworfen werden, legen die Notwendigkeit nahe, einmal den Zuzug solcher Personen in die Stadt erst in reiferem und gefestigterem Alter zu gestatten, andererseits, Maßregeln zu treffen, um ihnen durch eine zweckmäßige Fürsorgetätigkeit Rat, Halt und Schutz vor Gefahren und Verführungen zu gewähren. Daß für die Verhütung der männlichen Hysterie der Kampf gegen den Alkoholmißbrauch eine wesentliche Bedeutung gewinnen kann, bedarf nach unseren ursächlichen Feststellungen keiner weiteren Ausführung.

Da man im einzelnen Falle mit mehr oder weniger Recht allerlei körperliche Störungen als auslösende Ursachen der hysterischen Krankheitserscheinungen zu betrachten pflegt, wird man sich unter Umständen von deren Beseitigung einen günstigen Einfluß auf das Leiden versprechen dürfen. Ohne weiteres einleuchtend ist die Heilung der Alkoholhysterie durch die Enthaltung von geistigen Getränken. Aber auch sonst kann man es erleben, daß gelegentlich durch die Behandlung eines Magenleidens, eines Stirnhöhlenkatarrhs, die Beseitigung hartnäckiger Verdauungsstörungen hysterische Krankheitserscheinungen vorübergehend, vielleicht sogar dauernd zum Schwinden gebracht werden. Die noch immer sehr verbreitete und durch Freuds Bestrebungen neu belebte Ansicht, daß ein engerer Zusammenhang zwischen Hysterie und Geschlechtsleben bestehe, hat namentlich die weiblichen Geschlechtswerkzeuge von jeher zum Hauptangriffspunkt derartiger Heilbestrebungen gemacht. Die Beseitigung greifbarer, quälender Veränderungen an den Genitalien übt auch wirklich bisweilen einen sehr günstigen Einfluß auf die Krankheitserscheinungen aus, weil dadurch eine Quelle gemütlicher Beunruhigung verstopft wird. Auch die Behandlung ganz geringfügiger, von ihren Trägerinnen bis dahin gar nicht bemerkter Abweichungen, allerlei gleichgültige kleine Eingriffe können von Erfolg

begleitet sein, wenn die Kranken durch sie die beruhigende Gewißheit gewinnen, daß ihnen gründlich und wirkungsvoll geholfen wird; in solchen Fällen ist der wesentliche Umstand das Vertrauen zum Arzte und nicht die Art der von ihm getroffenen Maßnahmen. Wo dieses Vertrauen erschüttert ist, oder die Behandlung sonst erhebliche Unzuträglichkeiten mit sich bringt, kann eine übereifrige Beunruhigung der weiblichen Geschlechtswerkzeuge auch entschiedene Verschlechterungen des psychischen Zustandes zur Folge haben.

In neuerer Zeit ist man auch vor sehr eingreifenden Operationen, bis zur Kastration, nicht zurückgeschreckt, um auf diese Weise den Hysterischen Hilfe zu bringen. Wie es scheint, hat dieses schneidige Vorgehen, welches selbst zur Entfernung ganz gesunder Eierstöcke fortgeschritten ist, in einzelnen Fällen etwas geholfen, namentlich dann, wenn die Störungen einen gewissen Zusammenhang mit der Menstruation darboten, oder wenn der psychische Eindruck ein besonders wirksamer war. Es hat sich jedoch gezeigt, daß nur allzu häufig die zunächst erzielte Besserung keinen Bestand hatte, oder daß die Verstümmelung sogar schwere Depressionszustände nach sich zog. Ich habe Gelegenheit gehabt, eine ganze Reihe von Hysterischen zu behandeln, welche von der Keilexcision bis zur Kastration und selbst zur Uterusamputation die ganze Stufenleiter der gynäkologischen Eingriffe überwunden hatten. Nur in einem einzigen Falle schien mir durch das Wegbleiben der sonst immer mit starken Beschwerden verbundenen Menses eine länger anhaltende Erleichterung des Leidens erreicht worden zu sein. Meist blieb der Eingriff für die Dauer völlig wirkungslos; einige Male sah ich sehr bedeutende Verschlechterungen. Angelucci und Pieracini[1]) haben festgestellt, daß unter 116 chirurgisch behandelten Fällen von Hysterie nur 17 gebessert oder geheilt wurden, während sich nach Totalexstirpation das Leiden zehnmal verschlimmerte und siebzehnmal geistige Störungen auftraten. Glücklicherweise scheint die Messerfreudigkeit auf der ganzen Linie bedeutend nachgelassen zu haben.

Um dem vermeintlich unbefriedigten Geschlechtstriebe der Hysterischen zu seinem Rechte zu verhelfen und damit ihr Leiden zu heilen, wird nicht selten die Ehe oder doch der Geschlechtsverkehr ins Auge gefaßt. Nun ist daran zu erinnern, daß in Wirklichkeit die

[1]) Angelucci e Pieracini, Rivista sperimentale di freniatria XXIII, 290.

geschlechtlichen Bedürfnisse der Hysterischen keineswegs besonders starke sind, ja, daß oft genug geradezu geschlechtliche Kälte besteht. Jedenfalls aber kann von einer geschlechtlichen Betätigung kein günstiger Einfluß auf die Hysterie erwartet werden; hier und da löst sie sogar Anfälle aus. Die Entwicklungshysterie pflegt sich allerdings in der Ehe, wenn auch nicht infolge derselben, zu verlieren. Bei der Entartungshysterie aber müssen gegen eine Eheschließung die schwersten Bedenken geltend gemacht werden. Abgesehen davon, daß die geschlechtlichen Beziehungen der Hysterischen vielen tiefgreifenden und einschneidenden Störungen ausgesetzt sind (Frigidität, Vaginismus, triebartige Abneigungen und Verirrungen), machen schwerere Formen des Leidens ein dauerndes Zusammenleben fast unmöglich; dazu kommt aber noch die hier besonders große Gefahr der Vererbung.

Wo bei Hysterischen, wie so häufig, allgemeinere Störungen auf körperlichem Gebiete bestehen, namentlich Abmagerung, Erbrechen, Verdauungsstörungen, Schlaflosigkeit, wird man mit gutem Nutzen zunächst für einige Zeit zur Bettbehandlung greifen, die man bei heruntergekommenen Kranken zweckmäßig mit einer Mastkur nach Weir-Mitchells[1]) Vorschrift verbindet. Die Erfolge dieses Verfahrens, das sich allerdings nur für eine gewisse Gruppe durch den Versuch zu erprobender Fälle eignet, sind im allgemeinen recht gute; selbst nach langjähriger Dauer schwerer Erscheinungen gelingt es bisweilen, eine durchgreifende Besserung herbeizuführen.

Leider ist jedoch die Zahl jener Fälle nur allzu groß, in denen die Mastkur nichts erreicht oder undurchführbar ist. Dahin gehören namentlich die Formen mit sehr ausgeprägten psychischen Störungen, mit denen es der Irrenarzt vor allem zu tun hat. Auch hier wird man freilich sein Augenmerk zunächst auf eine Verbesserung des körperlichen Allgemeinzustandes durch die Sorge für zweckmäßige Ernährung, Regelung der Darmtätigkeit, für ausreichende Bewegung in frischer Luft und genügenden Schlaf zu richten haben. Demselben Zwecke dienen ferner Bäder mit kühlen Überrieselungen, Massage, Gymnastik, allgemeine Faradisation, von Arzneimitteln Eisen- und Arsenpräparate.

Die Bekämpfung der oft sehr hartnäckigen Schlaflosigkeit geschieht einmal durch ausgedehnte Bettruhe, sodann durch ver-

[1]) Burkart, Volkmanns Klinische Vorträge 245.

längerte warme Bäder und Packungen, um die den Schlaf störende innere Erregung nach Möglichkeit herabzusetzen. Mit Schlafmitteln sei man äußerst sparsam, da die Kranken oft die bei der langen Dauer ihres Leidens besonders gefährliche Neigung haben, Arzneien zu mißbrauchen. Man beschränke sich daher, wo lebhafte innere Unruhe besteht, auf die Darreichung abendlicher kleiner Bromgaben (1—2 g); höchstens kann man hier und da einmal etwas Adalin, Veronal oder Luminal geben. Unbedenklicher sind Aqua Laurocerasi und die mannigfachen Valerianapräparate, die den Kranken oft augenblickliche Beruhigung verschaffen und ihnen auch über allerlei kleine „Anfälle", Schwindel, Beklemmungen, Herzklopfen, Schwächeanwandlungen, hinweghelfen. Die Schmerzen der Kranken kann man je nachdem durch Einreibungen, kalte oder warme Umschläge, vorsichtiges Streichen und Kneten, Heißluftduschen, Elektrisieren behandeln. Unter keinen Umständen aber lasse man sich dazu verleiten, zum Morphium zu greifen, da die Gefahr der Gewöhnung an das Mittel bei der Wehleidigkeit und Willensschwäche der Kranken eine außerordentlich große ist. Eine meiner Kranken hatte sich daran gewöhnt, regelmäßig Chloroform einzuatmen.

Lähmungen und Kontrakturen wird man durch planmäßige Übung, durch passive Bewegungen, Massage und Faradisation zu beseitigen suchen. Nicht selten zeigt es sich, daß durch Wiedererweckung der meist gleichzeitig verloren gegangenen Empfindlichkeit in den unbrauchbar gewordenen Gliedern auch die Beweglichkeit wiederkehrt. Diesem Zwecke dienen starke Hautreizungen mit dem faradischen Pinsel. Das Erbrechen kann man durch Sondierungen, Magenausspülungen, Bettruhe, heiße Umschläge, Schlucken von Eisstückchen oder einige Tropfen der obenerwähnten Nervenmittel zu beseitigen suchen. Kommt man auf diese Weise nicht rasch zum Ziele, so verzichtet man besser auf diese Sonderbehandlung, da sie die Gedanken der Kranken immer wieder auf ihre Beschwerden hinlenkt. Man wird dann in der Regel sehen, daß die Störung mit der Besserung des psychischen Gesamtzustandes von selbst verschwindet. Erfahrungsgemäß wird selbst lange fortgesetztes und regelmäßiges Erbrechen von Hysterischen meist ohne schwerere Schädigung ertragen, da sie doch immer noch ausreichende Nahrungsmengen zurückzuhalten pflegen. Erregungszustände werden durch

Bettlagerung, Dauerbäder oder Wicklungen bekämpft; in schweren Fällen kann auch einmal eine Hyoscingabe notwendig werden. Von manchen Seiten wird empfohlen, durch Apomorphin Übelkeit und Brechneigung zu erzeugen, die der Erregung rasch ein Ende zu machen pflegen. Krampfanfälle und Dämmerzustände lassen sich durch kalte Übergießungen oder durch den faradischen Pinsel nicht selten wesentlich abkürzen.

Den bei weitem wichtigsten Teil der Behandlung Hysterischer bildet indessen die psychische Einwirkung, ja, wir können kaum daran zweifeln, daß der Heilerfolg der meisten bisher aufgeführten Maßnahmen zu einem erheblichen Teile einer Beeinflussung des Seelenlebens unserer Kranken zuzuschreiben ist. Dafür sprechen unter anderem namentlich auch die bisweilen nach Scheinoperationen beobachteten Besserungen, wo die Kranken die Überzeugung haben, daß sie nur durch einen bestimmten chirurgischen Eingriff Genesung finden können. Sehr häufig liegen in der Umgebung der Kranken, wie sie sich von selber oder unter deren Einflusse gestaltet hat, oder in der ganzen Lebensführung Schädlichkeiten, die immer von neuem das Entstehen der krankhaften Erscheinungen begünstigen. In allen schwereren Fällen läßt sich daher eine Kur Hysterischer erfolgreich nur dann durchführen, wenn sie vollständig aus ihren bisherigen Verhältnissen entfernt und bedingungslos in die Hände des Arztes gegeben werden. Nichterfüllung dieser wichtigen Voraussetzung führt fast regelmäßig zu Mißerfolgen, während man sonst unter Umständen glänzende Heilungen in kürzester Frist erleben kann. Namentlich bei Kindern schwinden oft die aufregendsten Störungen mit einem Schlage, sobald sie der ängstlich-verständnislosen Fürsorge ihrer Angehörigen entzogen werden. Déjerine hat diese Abschließung durch Verhängen der Betten, Schweigegebot und gelegentliche Anwendung der Verdunkelung geradezu planmäßig ausgebildet und mit reichlicher Milchdiät verbunden. Erst ganz allmählich wird dann den Kranken, die zunächst nur mit Arzt und Pflegepersonal in Berührung kommen, gestattet, die Beziehungen mit Angehörigen, Mitkranken und der Außenwelt wieder aufzunehmen.

Unter dem Gesichtspunkte, daß als die Grundursache der hysterischen Krankheitserscheinungen der Schlaf einzelner Hirnabschnitte anzusehen sei, hat Sollier versucht, eine „résensibilisation“ der-

selben zu erreichen. Zu diesem Zwecke wird zunächst die Empfindlichkeit in den unempfindlichen, den schlafenden Hirnteilen entsprechenden Sinnesgebieten durch kräftige Reize wiederhergestellt. Sodann werden die aus dem Bewußtseinsverbande ausgeschalteten Körperabschnitte durch Suggestion in der Hypnose wieder mit dem bewußten Fühlen und Handeln in Zusammenhang gebracht. Endlich kann, gleichfalls in der Hypnose, durch den entschiedenen Befehl, ganz zu erwachen, der dauernde Halbwachzustand der Hysterischen, unter Umständen mit einem Male, beseitigt werden; es kommt dabei vor, daß die Kranken sich nunmehr plötzlich in einem Zustande befinden, wie er unmittelbar vor dem Beginne ihres Leidens bestand. Offenbar kommen die auf diese Weise erzielten Erfolge, die so ganz den Anschauungen des behandelnden Arztes entsprechen, durch die den Kranken eingepflanzte Überzeugung zustande, daß sie so Genesung finden werden.

Die Auffassung, daß als letzte Ursache der Hysterie verdrängte geschlechtliche Jugenderlebnisse anzusehen seien, ist, wie früher erwähnt, zunächst aus der Erfahrung herausgewachsen, daß in einzelnen Fällen die Aufdeckung derartiger Zusammenhänge den Kranken eine große Erleichterung brachte. Breuer und Freud schrieben diesen Erfolg dem „Abreagieren" des bis dahin „eingeklemmten" Affektes zu, mit anderen Worten der beruhigenden Aussprache über heimlich nagende, freilich unbewußte Erinnerungen. Daß in diesen Erfahrungen ein richtiger Kern steckt,wird nicht zu bestreiten sein. Wenn man, namentlich in forensischen Fällen, allerdings nicht nur bei Hysterischen, oft sehr deutlich sieht, wie die Kranken ihre peinliche Vergangenheit nach Möglichkeit aus ihrer Erinnerung zu verdrängen oder sie doch wesentlich umzuformen suchen, dürfen wir vielleicht annehmen, daß auch bei Hysterischen häufiger, als es zunächst scheint, stark unlustbetonte Erlebnisse den Stimmungshintergrund beeinflussen, obgleich die Kranken mit Erfolg bemüht sind, ihr deutliches Wiederauftauchen zu verhindern. Man könnte sogar zugeben, daß die so erzeugte gemütliche Spannung bei hysterischer Veranlagung die entsprechenden Krankheitszeichen auszulösen imstande wäre. Wirklich nachweisbar scheint mir allerdings ein solcher Zusammenhang bisher nur für innere Spannungen, deren Ursachen nicht zum Abschlusse gekommen sind, sondern noch die Zukunft bedrohen.

Daß man durch Aussprache über verborgenen Kummer sein Herz erleichtern kann, ist eine alltägliche Erfahrung. Ebenso bekannt ist es aber auch, daß ein Aufwühlen vergangener Seelenschmerzen neue Beunruhigung bringen kann. Die Verschiedenheit solcher Wirkungen wird wohl hauptsächlich davon abhängen, ob durch die Mitteilung und Erörterung noch fortbestehende Zweifel, Befürchtungen, Selbstvorwürfe beseitigt oder ob einfach peinliche, längst begrabene Erinnerungen neu belebt werden. Es erscheint unter diesen Gesichtspunkten gewiß möglich, daß bei Hysterischen das Wachrufen „verdrängter" Erinnerungen und die sachliche Ausgleichung durch sie bedingter innerer Spannungen günstige Wirkungen und vielleicht auch die dauernde Beseitigung von Krankheitserscheinungen erzielen kann. Leider scheinen jedoch die tatsächlichen Erfolge dieses Verfahrens weit hinter den von Freud und seinen Anhängern gehegten Erwartungen zurückzubleiben. Soweit es sich nach den vorliegenden Veröffentlichungen und nach den gelegentlichen Erfahrungen an derart behandelten Kranken beurteilen läßt, wird schwerlich mehr erreicht, als auch sonst durch eine verständige psychische Behandlung Hysterischer mit sorgfältiger Berücksichtigung des Einzelfalles möglich ist. Der Grund dafür liegt nach meiner Überzeugung in dem Umstande, daß eben in der Regel die angenommenen ursächlichen Beziehungen der hysterischen Krankheitszeichen zu verdrängten Erinnerungen, insbesondere geschlechtlichen Inhalts, gar nicht bestehen. Auch dort, wo ein Behandlungserfolg jene Annahme zu bestätigen scheint, darf nicht vergessen werden, daß ja den Kranken durch das ganze Verfahren vorher mit größtem Nachdrucke die Überzeugung von dem Bestehen eines derartigen Zusammenhanges und von der sicheren Aussicht auf Genesung durch Aufdeckung desselben aufgedrängt wurde. Andererseits muß aber auf das eindringlichste vor den leider in größtem Maßstabe geübten, nach meiner Auffassung geradezu ungeheuerlichen Bestrebungen gewarnt werden, um jeden Preis alle möglichen geschlechtlichen Erinnerungen ans Licht zu ziehen und gar aus harmlosen Regungen und Erlebnissen der Vergangenheit die scheußlichsten geschlechtlichen Verirrungen herauszulesen. Wem die Schädlichkeit und Verwerflichkeit dieses Treibens beim Lesen des von Freud veröffentlichten „Bruchstückes einer Hysterieanalyse" nicht klar wird, dem ist freilich nicht zu helfen.

Da mir weder die wissenschaftlichen Grundlagen der Freudschen Lehren noch deren Heilerfolge überzeugend erscheinen, sehe ich keinen Anlaß, in der psychischen Behandlung der Hysterie von den allgemein geübten und vielfach bewährten Verfahren abzugehen. Freilich führen auch sie, namentlich bei der Entartungshysterie, nicht immer und nicht dauernd zum Ziele; bei der Entwicklungshysterie, die ja ohnedies günstige Heilungsaussichten bietet, wird man in der Regel gute Erfolge haben. Das Ziel, dem zugesteuert werden muß, ist eine Art Erziehung; es gilt, dem Kranken die Herrschaft über sein Gefühlsleben und dessen bewußte und unbewußte Äußerungen zu verschaffen. Für die Lösung dieser Aufgabe lassen sich allgemeine Vorschriften kaum entwerfen, da sich die Behandlung der besonderen Eigentümlichkeit des einzelnen Kranken anzupassen hat. Unter allen Umständen wird daher der Arzt die ganze psychische Persönlichkeit zu berücksichtigen haben, mit der er es zu tun hat, wenn er die Krankheitserscheinungen bekämpfen will. Ohne jeden Zweifel beruhen die Erfolge, welche hier durch die verschiedensten Heilverfahren, durch elektrische und diätetische Kuren, durch Hydro-, Metallo-, Klimatotherapie, durch die Psychoanalyse, von Naturärzten, Homöopathen und Magnetiseuren, von Gesundbetern und in Wallfahrtsorten erzielt werden, wesentlich oder vollständig auf dem Glauben der Kranken.

Diese Erfahrung muß die Richtschnur des gesamten ärztlichen Handelns bei Hysterischen bilden. Es ist daher für den Arzt vor allem notwendig, sich das unerschütterliche Vertrauen und damit die unerläßliche Macht über die Kranken zu verschaffen. Ihre feste Überzeugung, daß ihnen geholfen werden wird, ist das mächtigste Behandlungsmittel in der Hand des Arztes und läßt ihn oft genug durch ganz unbedeutende, ja scheinbar unsinnige Eingriffe weittragende Erfolge erringen. Seiner Menschenkenntnis und seiner persönlichen Gewandtheit ist somit hier ein Spielraum überlassen wie bei keiner anderen Form psychischer Erkrankungen.

Im einzelnen kann sich das Vorgehen sehr verschiedenartig gestalten. Bei Kindern und geistig unentwickelten Personen, über die der Arzt von vornherein eine große Überlegenheit besitzt, ist es öfters möglich, durch rücksichtslose Überwältigung aller inneren und äußeren Widerstände sofort die vorliegenden Störungen zu beseitigen („Überrumpelungsverfahren"). Die starre Beugung des

Arms wird einfach mit rascher Gewalt gelockert, der gelähmte Kranke ohne weiteres auf die Füße gestellt und unter steter, kräftiger Nachhilfe zum Gehen und Stehen gebracht, ein Lach- oder Schreikrampf durch plötzliches Übergießen mit kaltem Wasser unterdrückt. Leider sind die so erreichten Erfolge nicht immer von Bestand, und ein zweites Mal pflegt die Überrumpelung zu versagen. Außerdem läuft man Gefahr, beim Ausbleiben sofortiger Wirkung einen guten Teil des notwendigen Vertrauens zu verlieren, das man vielleicht nur schwer oder gar nicht zurückerobern kann. Man tut daher gut, die Überrumpelung nur dort anzuwenden, wo man seiner Sache durchaus sicher zu sein glaubt.

Bei Kranken, deren Störungen durch übermäßige Besorgtheit von ihrer Umgebung hochgezüchtet wurden, und deren Klagen sich durch die Beachtung steigern, empfiehlt sich das Verfahren der „zielbewußten Vernachlässigung". Man geht über ihre Beschwerden mit wenigen Worten hinweg, kümmert sich auch wohl scheinbar gar nicht weiter um sie, behandelt die aufregendsten Krankheitserscheinungen als ganz unwesentliche Kleinigkeiten. Selbstverständlich muß man aber dabei jederzeit über den psychischen Zustand der Kranken genau im klaren sein, um im rechten Augenblicke, wenn das krankhafte Bedürfnis, Aufsehen und Mitleid zu erregen, zurücktritt, sofort mit ihnen Fühlung zu gewinnen.

Nunmehr ist der Zeitpunkt gekommen, an dem die tätige Einwirkung auf das Seelenleben der Kranken beginnen kann. Zunächst wird es sich empfehlen, sie ruhig und sachlich über Wesen und Bedeutung ihrer Krankheitserscheinungen aufzuklären. Man wird ihnen deren psychische Entstehungsweise sowie deren Ungefährlichkeit klar machen und ihnen versichern, daß zu ihrer Bekämpfung nur Gemütsruhe und ein fester, zielbewußter Wille notwendig sei, deren Wirkung jedoch durch die übrigen, noch anzuwendenden Behandlungshilfsmittel kräftig unterstützt werden könne. Die Mithilfe des Arztes und damit die Erreichung der Genesung wird man an die Bedingung knüpfen, daß der Kranke sich ernstlich bestrebe, an der Wiedererwerbung seiner Gesundheit zu arbeiten und den ihm erteilten Ratschlägen widerspruchslos zu folgen. Besonders wichtig ist es, alle aufkeimenden Widerstände, alle kleinen Eigenmächtigkeiten, Unterlassungen und Schrullen in der Lebensführung rechtzeitig zu erkennen und sofort gründ-

lich zu bekämpfen, ebenso Nebeneinflüsse aller Art unerbittlich abzuschneiden und sich so die unbedingte Herrschaft über das Gemüt der Kranken zu sichern. Dieses letztere Ziel kann, namentlich gegenüber weiblichen Kranken, unter Umständen durch schroffes, herrisches Auftreten erreicht werden, so daß sie aus Angst alles tun, was man von ihnen verlangt. Auf die Dauer aber weit wirksamer und vielfach allein erfolgreich ist ernste, geduldige und wohlwollende, aber unbeugsame Festigkeit, die sich jedoch von kleinlicher Rechthaberei weit entfernt halten muß. Der Kranke soll die sichere Überzeugung gewinnen, daß der Arzt mit allen seinen Maßnahmen und Ratschlägen nur sein Bestes im Auge hat; er soll wissen, daß seine Wünsche und Bedürfnisse im Rahmen des Vernünftigen und Zulässigen gern berücksichtigt werden, aber auf unüberwindlichen Widerstand stoßen, sobald sie mit dem Heilplane unvereinbar sind. Aus diesen Erfahrungen wird sich dann, vielleicht erst nach manchen Kämpfen, der Wunsch entwickeln, sich vom Arzte leiten zu lassen und die Hindernisse im eigenen Innern mit seiner Unterstützung zu überwinden.

Es kostet oft viel Mühe, Geduld und Zeit, bis man zu diesem Punkte gelangt. Worte und Auseinandersetzungen vermögen ja nicht ohne weiteres, krankhafte Willensrichtungen zu beseitigen; dazu gehören gemütliche Einflüsse, die nur auf dem Wege persönlicher Beziehungen wirksam werden können. Die Behandlung schwererer Hysterien ist daher ohne die Gewinnung eines gewissen Freundschaftsverhältnisses zum Kranken unmöglich. Man muß ihm nicht nur als der ordinierende Arzt, sondern als verständiger Berater in allen möglichen Fragen zur Seite stehen, die ihn beunruhigen und damit seinen Krankheitszustand unterhalten.

Ist einmal das volle Vertrauen des Kranken zu seinem Arzte und damit jene innere Beruhigung und Hingabe erreicht, welche die Grundlage für die Genesung bilden muß, so wird es notwendig sein, seine seelischen Kräfte schrittweise und planmäßig zu üben. Zunächst unter unmittelbarer Beihilfe des Arztes, dann nach seiner Vorschrift müssen die durch das Leiden gestörten Leistungen wieder versucht und allmählich zur normalen Höhe gesteigert werden. Abgesehen von solchen besonderen Aufgaben, ist die regelmäßige Beschäftigung mit anregender und nützlicher Arbeit das wichtigste Heilmittel, unter dessen Einfluß die meisten Beschwerden ganz von

selbst zu schwinden pflegen. Freilich ist hier oft noch Nachhilfe, ermunternder Zuspruch, Wechsel der Tätigkeit, Beseitigung von äußeren und inneren Hindernissen nötig. Behält man dabei das Ziel, die freie Herrschaft des Kranken über seinen Willen, unverrückbar im Auge, so wird man immer wieder Mittel und Wege finden, auftauchende Schwierigkeiten zu überwinden.

Sehr wesentlich ist es, mit fortschreitender Besserung dem Kranken nicht nur gegenüber seinem Leiden, sondern auch gegenüber dem Arzte seine Unabhängigkeit wiederzugeben. Im gleichen Maßstabe, wie der Kranke seine Selbstbeherrschung wiedergewinnt, muß die Bevormundung durch den Arzt zurücktreten. Nur dann wird dieser noch eingreifen, wenn der Kranke irgendwo zu straucheln beginnt; im übrigen soll er bemüht sein, das Gefühl der Freiheit und Verantwortlichkeit und damit das Vertrauen zur eigenen Kraft in ihm nach Möglichkeit zu pflegen.

Da den Grundzug des hier angedeuteten Behandlungsverfahrens die psychische Beeinflussung bildet, liegt der Gedanke nahe, zu diesem Zwecke auch die hypnotische Suggestion mit heranzuziehen. Die Erfahrung hat indessen gezeigt, daß die Zugänglichkeit der Hysterischen für die Hypnose vielfach in krankhafter Weise verändert ist. Bei den schweren Formen, für die uns jenes Behandlungsmittel am meisten erwünscht wäre, pflegt die hypnotische Beeinflußbarkeit äußerst gering zu sein oder ganz zu fehlen, wohl infolge von entgegenstehenden Eigensuggestionen. Auf der anderen Seite wieder begegnet uns häufig eine sehr starke Beeinflußbarkeit, die zwar die rasche Annahme von Suggestionen, aber auch geringe Nachhaltigkeit ihrer Wirkungen mit sich bringt. Nicht selten verbindet sich damit die Neigung, während der Hypnose in Krämpfe oder Dämmerzustände zu verfallen, die dann auch autohypnotisch auftreten und damit erhebliche Gefahren nach sich ziehen können. Ich glaube zwar, daß durch sehr sorgfältiges und vorsichtiges, sachgemäßes Vorgehen diese Übelstände fast ganz vermieden werden können, sehe aber von der hypnotischen Behandlung keine wesentlichen Vorteile gegenüber der Wachsuggestion. Zu berücksichtigen ist auch noch, daß sich bei längerer hypnotischer Behandlung eine höchst unerwünschte Abhängigkeit des Kranken vom Arzte herausbilden kann, die eine wirksame Erziehung des eigenen Willens zum Kampfe gegen die krankhaften Störungen sehr erschwert. Das günstigste Feld bietet

für die hypnotische Suggestion, wie ich gegenüber den Angaben anderer Fachgenossen betonen muß, die Hysterie der Kinder, namentlich, wenn sich die Krankheitserscheinungen auf ein bestimmtes Gebiet beschränken. Ich habe eine ganze Reihe von derartigen Kranken, die zum Teil mit allen möglichen Verfahren monatelang vergeblich behandelt worden waren, durch wenige hypnotische Sitzungen dauernd von ihren Störungen befreien können. Freilich wird man hier in der Regel auch auf anderen Wegen zum Ziele gelangen, wenn man dabei nur zum Kerne des Krankheitsvorganges, zur psychischen Ursache der Störungen, vordringt.

XIV. Die Verrücktheit (Paranoia)[1].

Die Geschichte des Paranoiabegriffes ist auf das engste mit der gesamten Entwicklung unserer psychiatrisch-klinischen Anschauungen verknüpft. Die zuerst von Kahlbaum 1863 in besonderem Sinne, dann von v. Krafft-Ebing und Mendel gebrauchte Bezeichnung Paranoia trat an die Stelle des älteren Namens „Verrücktheit", mit dem man eine wesentlich auf dem Gebiete der Verstandestätigkeit sich abspielende Form des Irreseins belegte. Nach der älteren Lehre Griesingers, die in der Hauptsache eine einzige, in verschiedenen Abschnitten gesetzmäßig ablaufende Art psychischer Erkrankung annahm, war die Verrücktheit stets der Ausgang einer voraufgegangenen Störung des Gemütslebens. Jede Psychose sollte mit einem melancholischen Abschnitte beginnen, dem, wenn nicht an irgendeinem Punkte Heilung eintrat, nacheinander eine Zeit der manischen Erregung, dann der Verrücktheit, der Verwirrtheit und endlich des Blödsinns folgen konnte. Man sprach daher damals ausschließlich von einer „sekundären" Verrücktheit als dem unglücklichen Ausgange einer nicht zur Heilung gelangten Geistesstörung. Da ferner die Verwirrtheit auch als „allgemeine Verrücktheit" bezeichnet wurde, die man als eine Ausbreitung der ursprünglich mehr umgrenzten Störung auf das gesamte Seelenleben auf-

[1]) Snell, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie XXII, 368; Griesinger, Archiv f. Psychiatrie I, 148; Sander, ebenda 387; Westphal, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie XXXIV, 252; Mercklin, Studien über primäre Verrücktheit. 1879; Neurolog. Zentralbl. 1909, 846; Amadei e Tonnini, Archivio italiano per le malattie nervose, 1884, 1, 2; Werner, Die Paranoia. 1891; Schüle, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie L, 1 u. 2; Cramer, ebenda LI, 2; Sandberg, ebenda LII, 619; Smith, Journal of mental science 1904, Okt.; Pastore, Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale XXXV, 3; Sérieux et Capgras, Les folies raisonnantes. 1909; L'année psychologique XVII, 251; Binet et Simon, ebenda XVI, 215; Sommer, Leydens Deutsche Klinik 297. 1906; Alberti, Note e riviste di psichiatria, 1908; Wilmanns, Zentralbl. f. Nervenheilk. 1910, 204.

faßte, so wurde ihr wohl auch die zusammenhängende, auf einzelne Gebiete beschränkte Wahnbildung als „partielle Verrücktheit" gegenübergestellt.

Erst die Untersuchungen von Snell, Westphal, Sander haben in den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts dazu geführt, daß man auch eine „primäre" Entstehungsweise der Verrücktheit allgemein anerkannte. Unter dem Eindrucke dieses unleugbaren Fortschrittes kam man dazu, die neugewonnene Krankheitsform als primäre Erkrankung des Verstandes in Gegensatz zu der Manie und Melancholie zu stellen, bei denen man die maßgebenden Störungen auf dem Gebiete des Gefühlslebens erblickte. Die bei der ersteren Form gelegentlich beobachteten Gemütsbewegungen sollten ausschließlich „sekundär", durch Vermittlung von Wahnbildungen oder Sinnestäuschungen, zustande kommen, gerade so, wie man das Auftauchen von Verstandesstörungen bei den „Gemütskrankheiten" erst als Folgeerscheinung aus der primären heiteren oder traurigen Verstimmung ableiten zu können glaubte. Es war daher für die Diagnose von größter Bedeutung, im einzelnen Falle zu wissen, ob die Störungen der Stimmung oder diejenigen des Verstandes den Ausgangspunkt der Krankheitserscheinungen gebildet hatten.

Besonders verhängnisvoll für die weitere Entwicklung der Paranoiafrage wurde der von Westphal zuerst kurz angedeutete Begriff einer akuten Paranoia, der sich späterhin noch die „periodische" Paranoia anschloß[1]). Durch die Verschiebung des ursprünglichen Begriffes, der nur mit chronischen, unheilbaren Zuständen rechnete, wurde die Umgrenzung des Krankheitsbildes nach der äußerlichen Erscheinungsform sehr begünstigt. Wenn der Verlauf und Ausgang der Krankheit nicht mehr maßgebend war, blieb die Verstandesstörung, das Auftreten von Wahnideen oder Sinnestäuschungen, als das einzig greifbare Kennzeichen der Verrücktheit übrig. So kam es, daß ihr nun eine Reihe von Krankheitsbildern eingegliedert wurden, die, klinisch genommen, nicht mehr die geringste Gemeinschaft mit der ursprünglichen Verrücktheit darboten, so die Amentia, der Alkoholwahnsinn und zahlreiche

[1]) Köppen, Neurolog. Zentralbl. XVIII, 434; Thomsen, Archiv f. Psychiatrie XLV, 803; LV, 3; Böge, ebenda XLIII, 299; Kleist, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie V, 366.

Zustandsbilder, die unzweifelhaft der Dementia praecox oder dem manisch-depressiven Irresein angehören.

Daß an sich eine Krankheit akute und chronische Verlaufsformen aufweisen kann, lehrt uns die Paralyse, die Dementia praecox und in gewissem Sinne auch das manisch-depressive Irresein. Überall jedoch sind hier die akuten Zufälle nur Abschnitte eines im Grunde chronischen Verlaufes; die Prognose hinsichtlich des Endzustandes bleibt darum grundsätzlich für jeden Krankheitsvorgang die gleiche. Gerade dieses Kennzeichen trifft aber für die Fälle von sogenannter akuter Paranoia nicht zu. Die Sichtung der diesem Bilde entsprechenden Krankheitsfälle nach genügend langer Beobachtungszeit lehrt unweigerlich, daß von Jahr zu Jahr eine immer größere Zahl derselben ganz andersartigen, bekannten Erkrankungen zufällt. Jedenfalls weist die Hauptmasse der Fälle von sogenannter akuter Paranoia weder eine eigenartige Ursache noch einen besonderen Verlauf und Ausgang noch sonstige klinische Kennzeichen auf, die gestatten würden, sie von anderen Zustandsbildern abzutrennen. Ich persönlich bezweifle sogar, daß bei genauer Prüfung irgendein klinisch verwertbarer Rest von Beobachtungen übrig bleibt. Will man aber dennoch daran festhalten, so ist es jedenfalls zweckmäßiger, dem Krankheitsbilde nicht den Namen der Paranoia zu geben, weil dadurch wesentliche Merkmale der allgemein anerkannten Formen dieser Krankheit verwischt werden, der schleichende Verlauf, die ungünstigen Heilungsaussichten, das dauernde Fortbestehen der auftretenden Wahnbildungen.

Es gab eine Zeit, in der die Zahl der Paranoiker in unseren Irrenanstalten auf 70—80% aller Fälle angewachsen war. Der Nachweis einiger Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen genügte für die klinische Kennzeichnung. Man ging dabei von der Vorstellung aus, daß jeder Paranoiker eigentlich einen geistig verarbeiteten Wahn, ein „System" habe, das auch als die Grundlage seiner Verstimmungen und Erregungen wie seines krankhaften Handelns betrachtet wurde. Allerdings zeigte die Beobachtung selbst, daß in sehr vielen Fällen von einem Wahnsystem nicht recht etwas nachzuweisen war, sondern daß nur einzelne, dürftige, zusammenhangslose oder verworrene Wahnvorstellungen geäußert wurden. Um den Widerspruch zwischen Voraussetzung und Befund zu erklären, pflegte man zu der Annahme zu greifen, entweder, daß der Kranke

zwar ein Wahnsystem besitze, aber aus irgendwelchen Gründen davon keine Mitteilung mache, oder, daß ein System zwar früher bei ihm bestanden habe, daß es jedoch bereits „zerfallen" sei. In diesem Falle handelte es sich um einen „alten Paranoiker", der freilich an Jahren noch sehr jung sein konnte. Die weitere Erfahrung hat gelehrt, daß beide Annahmen, wenn sie auch in einem einzelnen Falle einmal zutreffen mochten, das Fehlen eines systematisierten Wahnes bei der ungeheuren Zahl der vermeintlichen Paranoiker nicht erklären konnten. Vielmehr stellte sich klar heraus, daß es sich hier um Krankheitsbilder handelte, die ihrem Wesen nach in der Regel nicht von systematisierten, sondern von zerfahrenen, widerspruchsvollen, wechselnden, ärmlichen Wahnbildungen begleitet waren. Der Hauptsache nach handelte es sich um diejenigen Formen, die wir heute unter dem Namen der Dementia praecox zusammenfassen. Daneben kamen vielleicht noch einzelne Fälle von senilen, epileptischen, syphilitischen Erkrankungen in Betracht.

Wenn man nun aber auch für die Diagnose der Paranoia auf die Forderung eines einigermaßen feststehenden, geistig verarbeiteten Wahnes zurückkam, zeigte es sich, daß die noch immer recht große Gruppe derartiger Fälle keineswegs klinisch einheitlich erschien. Vor allem trat die Tatsache hervor, daß die Entwicklung der Krankheit zumeist von mehr oder weniger lebhaften und ausgebreiteten Sinnestäuschungen begleitet war, während sich in einer kleineren Zahl von Fällen die Ausbildung des Wahnes dauernd oder doch lange Jahre hindurch lediglich mittels krankhafter Deutung wirklicher Vorkommnisse oder durch Erinnerungsfälschungen vollzog. Diesem Unterschiede suchte man durch die Aufstellung einer halluzinatorischen und einer kombinatorischen oder einfachen Paranoia gerecht zu werden. Ferner zeigte es sich, daß manche Fälle, und zwar vorzugsweise die mit lebhaften Sinnestäuschungen einhergehenden Formen, die Neigung zu verhältnismäßig raschem Übergange in geistige Schwächezustände darboten, die sich in Abenteuerlichkeit der Wahnvorstellungen, Urteilslosigkeit, Zerfahrenheit und gemütlicher Stumpfheit kundgab. Demgegenüber sah man andere Kranke, namentlich solche mit rein kombinatorischer Wahnbildung, bisweilen Jahrzehnte hindurch ohne wesentliche Einbuße ihrer psychischen Leistungsfähigkeit unverändert bleiben.

Diese Erfahrungen mußten die Annahme nahelegen, daß der Verschiedenheit des Verlaufes und Ausganges auch eine solche im Wesen des Krankheitsvorganges entsprechen werde. Deswegen habe ich mich entschlossen, zunächst die sich ganz schleichend entwickelnden und nicht zu ausgesprochenen psychischen Schwächezuständen führenden Formen als Paranoia im engeren Sinne von den übrigen abzutrennen. Der dabei verbleibende, weit umfangreichere Rest stellte die „paranoiden" Erkrankungen dar, eine in sich noch keineswegs einheitliche, sondern aus recht verschiedenen Bestandteilen zusammengesetzte Gruppe. Da ihre Hauptmasse immerhin von Fällen gebildet wurde, die in vielen klinischen Einzelzügen wie in Verlauf und Ausgang unverkennbare Übereinstimmungen mit der Dementia praecox aufwiesen, glaubte ich sie zunächst, bis zur weiteren Klärung dieser Fragen, als paranoide Formen der genannten Krankheit angliedern zu sollen. Die weitere Erfahrung hat mich aber dazu veranlaßt, wie früher ausführlich dargelegt, einige kleinere Gruppen wegen der abweichenden Gestaltung ihrer Endzustände unter der Bezeichnung der Paraphrenien wieder von den paranoiden Verlaufsformen der Dementia praecox abzutrennen.

Die Betrachtung der Ursachen und der Entwicklungsgeschichte paranoischer und paranoider Erkrankungen lehrt, daß in dieser Richtung eine große Mannigfaltigkeit herrscht. Man pflegte früher, wo die Zustandsbilder in erster Linie als Richtschnur für die Abgrenzung von Krankheitsbildern dienten, auf diesen Umstand kein besonderes Gewicht zu legen. Mir scheint jedoch, daß mit fortschreitender Erkenntnis der wahren Ursachen des Irreseins die Abhängigkeit des klinischen Bildes von seinen Entstehungsbedingungen deutlicher hervortritt, mag auch unsere Einsicht in diese Verhältnisse bisher noch eine beklagenswert unzulängliche sein. Versucht man, nach diesem Gesichtspunkte zu gruppieren, so stellt sich heraus, daß sich sowohl unter den paranoiden wie unter den paranoischen Erkrankungen im oben umschriebenen Sinne eine gewisse Zahl von Beobachtungen findet, die sicher oder doch mit größter Wahrscheinlichkeit auf bestimmte äußere Ursachen zurückzuführen sind. Dahin gehören einerseits manche alkoholische und syphilitische Psychosen, sodann aber namentlich auch eine Reihe von psychogenen Irreseinsformen. Es empfiehlt sich daher, wie es

auch in unserer Darstellung geschehen ist, derartige Beobachtungen von vornherein auszuscheiden und zu besonderen Gruppen zu vereinigen. Wir behalten dann für die uns hier allein beschäftigende „echte" Paranoia nur solche Fälle übrig, die sich rein aus inneren Ursachen heraus entwickeln.

Eigentümliche Schwierigkeiten entstehen dabei, wie schon früher angedeutet, für die Einordnung des Querulantenwahns. Er galt lange Zeit als die am besten gekennzeichnete Form der Paranoia, bei der namentlich die Systematisierung des Wahns, seine Einförmigkeit und Unerschütterlichkeit, weiterhin die Beschränkung des Krankheitsvorganges auf gewisse Vorstellungskreise, die dauernde Erhaltung der psychischen Persönlichkeit, das Ausbleiben von Verblödungserscheinungen deutlich ist. Auch mir haben diese Eigentümlichkeiten des Querulantenwahns als Vorbild für die Umgrenzung des Paranoiabegriffes gedient. Es ist jedoch unverkennbar, daß in einer Hinsicht ein auffallender Unterschied zwischen dem Querulantenwahne und den ihm sonst nach allen aufgeführten Richtungen hin ähnlichen Paranoiaformen besteht, in der Anknüpfung der Wahnbildung an einen bestimmten äußeren Anlaß, an die gemütlich stark erregende, wirkliche oder vermeintliche rechtliche Benachteiligung. In dieser Beziehung läßt sich vielmehr eine Übereinstimmung mit anderen, psychogenen Erkrankungen feststellen, namentlich mit manchen Formen der Gefängnispsychosen und der Unfallsneurose. Man wird daher die Frage zu prüfen haben, ob nicht die Verwandtschaft des Querulantenwahns mit den genannten klinischen Formen eine engere ist, als mit den paranoischen Erkrankungen. Auf Grund der mir vorliegenden Erfahrungen habe ich geglaubt, diese Frage bejahen zu sollen, und deswegen den Querulantenwahn, der früher als eine Unterform der Paranoia aufgefaßt worden war, in die Gruppe der psychogenen Psychosen eingereiht, in die Nähe jener anderen, ebenfalls querulatorische Züge annehmenden Krankheitsformen.

Es soll jedoch betont werden, daß dieser Verschiebung nur eine verhältnismäßig untergeordnete Bedeutung zukommt. In gewissem Sinne darf auch der Paranoia eine psychogene Entstehungsweise zugeschrieben werden; auch bei ihr können bestimmte Lebenserfahrungen einen maßgebenden Einfluß auf die Gestaltung des Wahnsystems gewinnen. Der Unterschied liegt nur darin, daß hier die

eigentlich treibenden Kräfte für die krankhafte Verarbeitung der Lebensereignisse lediglich im Kranken selbst gelegen sind, während bei den verschiedenen Querulanten der äußere Anlaß die maßgebende Voraussetzung für die Entstehung des Krankheitsbildes liefert. Allerdings ist darauf hinzuweisen, daß auch im letzteren Falle wieder eine eigenartige Veranlagung die allgemeine Grundlage für die Entwicklung querulatorischer Erscheinungen bilden muß, da eben unter den gleichen äußeren Bedingungen nur ein Bruchteil der Erkrankungen gerade diese Richtung nimmt. Die Unterschiede in der Entstehungsgeschichte des Querulantenwahns und der Paranoia laufen somit nur auf eine gewisse Verschiebung des Verhältnisses zwischen äußeren, psychogenen Einflüssen und inneren Krankheitsursachen hinaus. Dazu kommt aber weiterhin noch die besondere, auf den Kampf mit der Rechtsordnung gestimmte Eigenart der Querulanten, die dann durch den äußeren Anlaß in eine ganz bestimmte, von dem Verhalten der Paranoiker vielfach abweichende Entwicklungsrichtung hineingetrieben wird.

Suchen wir an der Hand dieser Erörterungen den Begriff der Paranoia zu bestimmen, wie er unserer folgenden Darstellung zugrunde liegt, so würde es sich bei ihr um die aus inneren Ursachen erfolgende, schleichende Entwicklung eines dauernden, unerschütterlichen Wahnsystems handeln, das mit vollkommener Erhaltung der Klarheit und Ordnung im Denken, Wollen und Handeln einhergeht. Hierbei pflegt sich jene tiefgreifende Umwandlung der gesamten Lebensanschauung, jene „Verrückung" des Standpunktes gegenüber der Umwelt zu vollziehen, die man mit dem Namen der „Verrücktheit" zu kennzeichnen wünschte.

Die Entwicklung des hier besprochenen Krankheitsbegriffes hat sich in der französischen Psychiatrie wesentlich anders vollzogen. Während es sich in Deutschland hauptsächlich um Fragen der Einteilung und Gruppierung der Geistesstörungen handelte, waren die französischen Forscher weit mehr bemüht, klinische Einzelformen in möglichst lebendiger Darstellung zu schildern. Der mannigfaltige Inhalt der Wahnvorstellungen, des „délire", wurde berücksichtigt, seine Entstehung aus Sinnestäuschungen oder wahnhaften Deutungen, „interprétations delirantes", seine Verarbeitung (délire systématisé), der psychische Allgemeinzustand der Kranken (folie

lucide, raisonnante"). Von besonderer Bedeutung für die hier besprochene Frage wurden die Arbeiten von Falret und Lasègue. Ersterer beschrieb die fortschreitende Entwicklung der Wahnbildung, von einer Vorbereitungszeit zu derjenigen des systematischen Aufbaues und endlich der gleichförmigen Fixierung des Wahnes, und kennzeichnete damit eine Eigentümlichkeit des Verlaufes, der wir vielfach bei der echten Paranoia, aber auch bei der Dementia paranoides und bei paraphrenischen Erkrankungen begegnen. Lasègue stellte das Krankheitsbild der verfolgten Verfolger, der „persécuteurs persécutés" auf, das namentlich die Querulanten, aber auch andere Formen des Verfolgungswahns umfaßt, bei denen die Kranken schließlich zu gefährlichen Angriffen gegen ihre vermeintlichen Feinde schreiten.

Von einem wesentlich anderen Standpunkte aus trat Magnan der Lösung der Paranoiafrage näher. Seine klinischen Anschauungen sind von dem Bestreben beherrscht, die Geistesstörungen der Entarteten von den auf gesunder Grundlage erwachsenden Formen abzugrenzen. Die kennzeichnende paranoide Erkrankung der letzteren Gruppe ist das früher von uns besprochene „délire chronique à évolution systématique", während der ersteren einmal die verfolgten Verfolger und die Querulanten, sodann diejenigen wahnbildenden Krankheitsformen angehören, die sich durch ihre „atypische" Gestaltung mehr oder weniger weit von dem Vorbilde des „délire chronique" entfernen, durch Plötzlichkeit der Entwicklung, die Verbindung verschiedener Richtungen der Wahnbildung, Abweichungen im Verlaufe. Wenn der für Magnan maßgebende Einteilungsgrund heute auch kaum mehr als berechtigt anerkannt werden kann, so bedeutete doch seine Einteilung, die Querulanten und echte Paranoiker einigermaßen von anderen, paranoiden Erkrankungen abtrennte, einen entschiedenen Fortschritt.

Die jüngste Entwicklung der französischen Psychiatrie hat Auffassungen der Paranoialehre gebracht, die sich, ungeachtet mancher Abweichungen im einzelnen, doch so ziemlich in den gleichen Bahnen bewegen wie die hier versuchte Darstellung. Régis hat eine „psychose systematisée progressive" aufgestellt, die mit ihrer chronischen Entwicklung eines Wahnsystems ohne Sinnestäuschungen in der Hauptsache der „echten" Paranoia entsprechen dürfte. Sérieux, der diesen Fragen zahlreiche Arbeiten gewidmet

hat, trennt scharf voneinander das „délire d'interprétation" und das „délire de révendication"; ersteres umfaßt genau unsere Paranoia, letzteres den Querulantenwahn. Daß und warum ich diese Abgrenzung für begründet halte, wurde bereits erörtert. Von verschiedenen Forschern, namentlich von Dupré, ist endlich noch ein „délire d'imagination" beschrieben worden, bei dem reine Einbildungen beziehungsweise Erinnerungsfälschungen, ohne Anknüpfung an wirkliche Wahrnehmungen, die treibende Kraft der Wahnbildung sein sollen. Auch Neisser hat von einer „konfabulierenden Paranoia" gesprochen. Wenn ich von der früher beschriebenen konfabulierenden Paraphrenie absehe, scheint mir kein eigentlich paranoisches Krankheitsbild unter dem angeführten Gesichtspunkte abgrenzbar zu sein. Allerdings spielen phantastische Erfindungen und Erinnerungsfälschungen in der Entstehungsgeschichte des Wahnes vielfach eine erhebliche Rolle, aber doch immer nur neben anderen wahnbildenden Vorgängen. Wo jene ersteren ausschließlich das Feld beherrschen, dürfte es sich mehr um krankhafte Lügner und Schwindler handeln, um „Mythomanen" nach Duprés Bezeichnung. —

Das Krankheitsbild der Paranoia ist verhältnismäßig arm an Einzelzügen, da sich die auffallenderen Störungen nur über enge Gebiete des Seelenlebens erstrecken, andere aber ganz oder nahezu unberührt lassen. Wahrnehmung und Auffassung gehen im allgemeinen unbehindert vonstatten, wenn auch die Eindrücke vielfach in krankhafter Weise gedeutet werden. Die Kranken bleiben dauernd besonnen, klar und geordnet. Eigentliche Sinnestäuschungen sind, wie ich nach neueren Erfahrungen und in Übereinstimmung mit Sérieux annehmen muß, dem Krankheitsbilde fremd; in einem meiner Fälle, in dem sich nach langjähriger Krankheit zahlreiche Gehörstäuschungen entwickelten, stellte sich später heraus, daß wahrscheinlich eine syphilitische Hirnerkrankung bestand.

Dagegen berichten die Kranken nicht selten über vereinzelte oder häufigere visionäre Erlebnisse, die meist in die Nacht verlegt werden, bisweilen aber auch bei irgendeinem besonderen Anlasse am Tage aufgetreten sein sollen. Sie sehen Sterne, glänzende Figuren, göttliche Erscheinungen. Es ist möglich, daß es sich hierbei öfters um traumartige Verzückungen handelt. In anderen Fällen werden natürliche Vorkommnisse umgedeutet; im Vollmonde wird Gott-

vater sichtbar; eine Wolke nimmt die Gestalt eines apokalyptischen Tieres an. Manchmal aber erwecken die Schilderungen der Kranken, die sich meist auf weit zurückliegende Vorkommnisse beziehen, den Verdacht auf Erinnerungsfälschungen; so sah eine Kranke angeblich schon mit 4 Jahren den Himmel offen. Bisweilen erhalten die Kranken bei solchen Anlässen auch Aufträge oder Verheißungen von Gott; einem Kranken wurde der Segen Esaus auf die linke, der Segen Jakobs auf die rechte Schulter verliehen. Andere werden vom Teufel bedroht, gewürgt, bestehen Kämpfe. Solche Erlebnisse werden von den Kranken stets als übernatürliche, aus dem Rahmen der gewöhnlichen Erfahrung herausfallende Vorkommnisse aufgefaßt. Einzelne Kranke behaupten auch wohl, dauernd mit Gott in Verbindung zu stehen, von ihm Eingebungen zu erhalten, aber es handelt sich dabei niemals um wirkliche Gehörstäuschungen, sondern immer nur um das Auftauchen mahnender, warnender, verheißender Gedanken, die nach Art der „Stimme des Gewissens" auf übersinnliche Einflüsse zurückgeführt werden.

Das Gedächtnis und die Merkfähigkeit der Kranken zeigt auf Gebieten, die außerhalb ihres Wahnes liegen, keine Störung. Überaus häufig sind jedoch Erinnerungsfälschungen, die in engster Beziehung zu den krankhaften Vorstellungskreisen zu stehen pflegen. Bald handelt es sich nur um die nachträgliche Umwertung und Umwandlung von Erlebnissen, bald um das Auftauchen völlig erfundener Äußerungen oder Vorkommnisse in der Form von Erinnerungsbildern. Der Kranke berichtet über Mitteilungen, die ihm in geheimnisvoller Weise gemacht wurden, über Begegnungen, die er mit hervorragenden Personen hatte, über seltsame Angriffe, denen er ausgesetzt war. Sehr bemerkenswert ist dabei immer das unbedingte, blinde Zutrauen, das den angeblichen Äußerungen beliebiger Personen über die wichtigsten Geheimnisse geschenkt wird. Öfters sind es ganz verwickelte Erlebnisse, die mit allen Einzelheiten wiedergegeben werden. Der Eifersüchtige sah und hörte seine Frau sich in der schamlosesten Weise mit seinem Nebenbuhler vergehen; auf den Kranken fiel ein Schuß, der ihm den Hut herunterriß und ihn zu Boden streckte; zugleich erschien jemand mit einem Messer, um sein Gesicht zur Unkenntlichkeit zu zerschneiden.

Bisweilen kann man es unmittelbar verfolgen, wie derartige Erinnerungen in dem Kranken auftauchen und sich festsetzen. Einzelne

Kranke geben an, das Eintreten dieses oder jenes Ereignisses, so ihre Verbringung in die Irrenanstalt, schon vorher gewußt zu haben; es sei ihnen sofort wieder eingefallen. Ein Kranker meinte, schon früher sei alles wahr geworden, was er sich dachte; andere behaupten, sie könnten prophezeien. Die Abenteuerlichkeit und offenkundige Unwahrscheinlichkeit der vorgebrachten Erzählungen macht es öfters leicht, sie als Erinnerungsfälschungen zu erkennen. Dahin gehören die Angaben der Thronanwärter über die Aufklärungen, die sie schon in der Jugend über ihre Geburt und über ihre Ansprüche erhalten haben. In anderen Fällen, wo mit großer Bestimmtheit über Wahrnehmungen berichtet wird, die im Rahmen des Möglichen oder sogar Wahrscheinlichen liegen, kann es außerordentlich schwierig werden, die krankhafte Entstehungsgeschichte der Fehlerinnerungen aufzudecken. So wird man beim Eifersuchtswahn öfters im Zweifel darüber sein, wie weit den Berichten der Kranken über angebliche verdächtige Wahrnehmungen, ja über scheinbare Zugeständnisse des Ehegatten wirkliche Vorgänge oder wahnhafte Erfindungen zugrunde liegen. Die letztere Annahme wird, abgesehen von allgemeinen Wahrscheinlichkeitsgründen, berechtigt sein, wenn die Kranken ihre Erzählung mit sehr genauen, sich bei Wiederholungen noch häufenden Einzelheiten ausschmücken, wenn sie ihre angeblichen Beobachtungen erst lange Zeit nachher vorbringen, sowie wenn ihr Verhalten bei und nach den geschilderten Erlebnissen durchaus nicht demjenigen entsprach, was man in Wirklichkeit hätte erwarten müssen.

Es ist mir nicht zweifelhaft, daß die Rolle der Erinnerungsfälschungen in der Paranoia vielfach unterschätzt worden ist. Man findet nicht selten die Angabe, daß die Wahnbildung hier bis in die frühe Kindheit zurückgehen könne, ein Umstand, der als besonders beweisend für den Ursprung des Leidens aus einer krankhaften Anlage betrachtet worden ist. Wenn auch die Richtigkeit dieser letzteren Anschauung rückhaltslos anerkannt werden kann, halte ich doch ihre Begründung durch Aussagen der Kranken über wahnhafte Erlebnisse in der Kindheit nicht für stichhaltig. Offenbar sind sie ebenso der Ausdruck von Erinnerungsfälschungen wie die entsprechenden Erzählungen bei der Dementia praecox und der Paraphrenie.

In noch ungleich höherem Grade, als das Bild der Vergangen-

heit, wird die psychische Verwertung der gegenwärtigen Erlebnisse durch die wahnbildenden Vorgänge beeinflußt. Die hier das Krankheitsbild beherrschende Störung läßt sich vielleicht am besten mit dem Ausdrucke Beziehungswahn kennzeichnen. Zahlreiche Eindrücke und Vorkommnisse werden nicht in ihrer nüchternen Alltäglichkeit hingenommen, sondern sie treten in irgendeine Beziehung zum eigenen Wohl und Wehe. Vor allem ist es das Tun und Treiben der Menschen, das diese vorurteilsvolle Deutung erfährt. Die Mienen und Blicke der Vorübergehenden, eine Handbewegung, ein Achselzucken haben für den Kranken einen geheimnisvollen, bald quälenden und peinigenden, bald erhebenden und beglückenden Sinn. Man will ihn damit beleidigen, tadeln, verächtlich machen, warnen, aufmuntern, ihm irgendeine wichtige Mitteilung zukommen lassen. Ein zufällig aufgefangenes Wort, eine Bemerkung am Nebentische enthält eine versteckte Anspielung; es ist „die gewohnte Bildersprache"; „sie haben gemeint, ich versteh's nicht", meinte ein Kranker. Die Gespräche der Tischgesellschaft deuten halbverhüllt auf ein geheimes Einverständnis hin; der Kranke „merkt, daß etwas da ist, weiß aber nicht, was es ist".

Die gleichen Redewendungen werden mit auffallender Absichtlichkeit bei ganz bestimmten Gelegenheiten zu Tode gehetzt; man pfeift in bemerkenswerter Weise gewisse Lieder, um damit auf kleine Erlebnisse in der Vergangenheit des Kranken hinzuweisen, ihm Winke für sein Handeln zu geben. In Theaterstücken, im neuesten Zeitungsroman finden sich Beziehungen auf sein Tun und Treiben; der Geistliche auf der Kanzel, ein Wahlredner macht nicht mißzuverstehende Anspielungen über seine Person. Er begegnet plötzlich immerfort denselben Menschen, die ihn anscheinend beobachten, ihm wie zufällig folgen; man fixiert ihn, räuspert sich, hustet um seinetwillen, spuckt vor ihn hin oder weicht ihm aus. In öffentlichen Lokalen rückt man von ihm fort oder steht auf, sobald er erscheint, wirft ihm verstohlene Blicke zu und kritisiert ihn. Die Droschkenkutscher, Eisenbahnschaffner, Arbeiter unterhalten sich über ihn. Überall ist die Aufmerksamkeit auf ihn gerichtet; seine Kleidung wird trotz ihrer Ungewöhnlichkeit von zahlreichen Unbekannten nachgeahmt. Einzelne Bemerkungen, die er hat fallen lassen, werden sofort zur öffentlichen Parole. Einer meiner Kranken hatte gelb als die Farbe des Verstandes bezeichnet; am nächsten

Tage trug alle Welt gelbe Rosen, um ihm, da die Rose das Symbol des Schweigens ist, anzudeuten, daß er klug sein und schweigen solle. „Wer will all das aufzählen, was hier zu mir spricht!"

Alle diese Erfahrungen sind an sich ganz gleichgültigen Inhalts; sie erscheinen „jedem nicht Eingeweihten ganz natürlich", als Zufälligkeiten, aber der Kranke merkt nur zu deutlich, daß alles mit der ausgesuchtesten Schlauheit „gemacht" wird, daß es sich um die „künstliche Erzeugung von Zufällen" handelt, hinter der sich irgendein niederträchtiger Anschlag, eine wichtige Staatsaktion verbirgt. Allerdings wird das ganze Spiel äußerst geschickt eingefädelt, um ihn zu täuschen, oder um nicht vorzeitig große Zukunftspläne zu enthüllen. So oft er jemanden offen zu Rede stellt und zu erkennen gibt, daß er alles durchschaut, tut man ganz unschuldig und erfindet allerlei Ausflüchte; man steuert nicht geradezu, sondern auf Umwegen dem Ziele zu, indem die wirklichen Zwecke nur in verschleierten Andeutungen berührt werden. Man kommt ihm freundlich entgegen, um seine Wachsamkeit zu täuschen, verwickelt ihn in eigentümliche Gespräche, macht ihm allerlei Vorspiegelungen mit Hintergedanken, deren wahren Sinn er freilich sofort erkennt.

Von der ganz eigentümlichen Verschiebung, die sich in dem Verhältnisse des Kranken zur Außenwelt vollzieht, gibt vielleicht eine Vorstellung die folgende Stelle aus dem Tagebuche eines Kranken, der sich von einem Geheimbunde zur Beförderung der Päderastie aufs Korn genommen glaubte:

„Daß eine Verbindung mit Zwecken, wie sie aus diesen Zeilen ersichtlich sind, alles aufbietet, um dieselben nicht in die Öffentlichkeit kommen zu lassen, und daher in versteckter oder symbolischer Form Propaganda zu machen sucht, ist einleuchtend. Da sie nun nicht sicher sein kann, welche Stellung der von ihr Beeinflußte der Sache gegenüber einnehmen wird, so sucht sie durch allerlei mit der Hauptbestrebung gleichsam parallel laufende, aber in sich unschuldige Kunstgriffe denselben zu verwirren bzw. sich vor unliebsamen Enthüllungen zu schützen. So z. B. hatte ich mir damals, wie dies ja bei fast allen Menschen der Fall ist, einige stereotype Redensarten angewöhnt, unter anderem: „Gewiß!" und „Kaum zu glauben", und siehe da, ich fand diese beiden Sentenzen und noch manches andere in rascher Aufeinanderfolge als Überschrift einer Reklame fett gedruckt im Generalanzeiger. Daraus mußte ich natürlich schließen, daß das Zufall und mein Leben also tagtäglich aus lauter Zufällen zusammengesetzt sei, so daß es schließlich das reinste phantastische Doppelleben geworden wäre. — Das ist allerdings kaum zu glauben! —"

Sehr häufig werden innere Zusammenhänge zwischen zwei zufällig aufeinander folgenden Ereignissen angenommen. Ein Kranker unterbreitete dem badischen Ministerpräsidenten eine Karte, auf der die noch nicht besetzten Gebietsteile der Erde angezeichnet waren; unmittelbar darauf begann die deutsche Kolonialpolitik.

Bisweilen gewinnen auch Naturereignisse für den Kranken eine besondere Bedeutung. Das eigentümliche Blinken der Sterne, die Änderung des Wetters, der Flug der Vögel, der Klang der Glocken versinnbildlichen nach irgendeiner Richtung hin Lebensereignisse oder Zukunft des Kranken. Sie erschrecken oder ermutigen ihn, enthalten Drohungen oder Verheißungen. Gewöhnlich handelt es sich um vereinzelte Vorkommnisse, bei denen sich der Kranke in besonders empfänglicher Stimmung befindet. Hier finden sich Berührungspunkte mit dem gewöhnlichen Aberglauben, der ebenfalls den zufälligen Vorkommnissen in der Außenwelt tiefe Beziehungen zum eigenen Schicksal zuschreibt; man denke an die Beweggründe, die den einzelnen veranlassen können, gerade mit dieser oder jener Nummer sein Glück in der Lotterie zu versuchen!

Die wahnhaften Deutungen führen gelegentlich zu eigentümlichen Personenverkennungen, bei denen äußere Ähnlichkeiten durchaus gar keine Rolle spielen. Ein vorbeireitender Offizier ist der Landesfürst oder doch sein Adjutant, der dem Kranken so ein Zeichen geben will; eine Dame im Wagen ist eine Prinzessin, die sich mit ihm in Beziehung zu setzen sucht. Seine Verfolger, die überall auftauchen, erkennt der Kranke trotz ihrer Vermummungen und äußeren Veränderungen unfehlbar sofort wieder; auch die geheimnisvolle Geliebte kann unter Umständen die mannigfaltigsten Gestalten annehmen.

Als gemeinsame Quelle der Erinnerungsfälschungen wie der wahnhaften Deutungen dürfen wir wohl die Neigung zu krankhaften Einbildungen ansehen, wie sie von Dupré und Logre[1]) als „délire d'imagination" beschrieben worden ist. Vor dem geistigen Auge der Kranken tauchen Vorstellungsreihen auf, die ihnen bald ein Netz geheimer Machenschaften vorspiegeln, in dessen Maschen sie sich rettungslos verstricken, bald beglückende Zukunftshoffnungen, deren Erfüllung sie zuversichtlich entgegen-

[1]) Dupré et Logre, L'Encéphale 1911, 209.

sehen. Auch dem Gesunden können sich mit oder ohne äußeren Anlaß unheimliche Ahnungen aufdrängen; er kann Luftschlösser bauen, sich mit der Ausmalung lockender Glücksmöglichkeiten beschäftigen und heilverheißende Zeichen mit Befriedigung aufnehmen. Während er sich aber doch stets der Unwirklichkeit seiner Gedankenspiele bewußt bleibt und sie durch Überlegung berichtigt, erscheinen sie dem Kranken als der zuverlässige Ausdruck der Wirklichkeit. Sie gewinnen einen maßgebenden Einfluß auf sein gesamtes Denken und Handeln und werden durch Nachdenken und Erfahrungen nicht verscheucht, sondern sie wandeln ihrerseits Erinnerungsschatz, geistige Verarbeitung der Lebensereignisse und Weltanschauung in entscheidender Weise um.

Die Verstandesstörung, die das Krankheitsbild der Paranoia beherrscht, läßt sich somit nach zwei Richtungen hin kennzeichnen. Einmal trägt die gesamte Denkarbeit ein krankhaft persönliches Gepräge. Der Kranke ist der Mittelpunkt einer Umgebung, die sich in der mannigfaltigsten Weise nur mit ihm und seinem Schicksale beschäftigt; was um ihn herum geschieht, ist nicht gleichgültig oder zufällig, sondern hat eine tiefere Beziehung zu ihm selbst. Weiterhin aber fehlt ihm die Fähigkeit, die Erzeugnisse seiner Einbildungskraft mit dem Maßstabe nüchterner Erfahrung zu messen. Sie haben für ihn jene unmittelbare Gewißheit des Glaubens, die dem Zweifel überhaupt keinen Raum läßt.

Das Ergebnis dieser Störungen ist die der Paranoia eigentümliche Wahnbildung, die sich nach den beiden Grundrichtungen des Beeinträchtigungs- und des Größenwahns hin entwickeln kann. Der Wahn pflegt hier ganz langsam, binnen vieler Jahre, zu reifen. Zunächst hält er sich im Rahmen mißtrauischer Vermutungen, hochmütiger Selbstüberschätzung, geheimer Hoffnungen, die aber aus der vorurteilsvollen Verwertung der Lebenserfahrungen immer neue Nahrung ziehen und sich mehr und mehr befestigen. Gelegentlich, unter dem Einflusse besonderer Lebenslagen oder innerer Zustände, scheint es zu mehr schubähnlichem Fortschreiten des Wahns zu kommen, wenn nicht die Schilderungen der Kranken über solche Vorkommnisse nachträglich durch Erinnerungsfälschungen gefärbt sind. Bei irgendeinem Anlasse fällt es ihnen wie Schuppen von den Augen; blitzartig erhellen sich ihnen geheime Zusammenhänge; Erleuchtungen enthüllen ihnen Gegenwart und

Zukunft. Zu anderen Zeiten kann die Wahnbildung anscheinend viele Jahre lang stillstehen; die gleichen Vorstellungen werden, höchstens durch einige Erinnerungsfälschungen ausgeschmückt, in unveränderter Weise vorgebracht, ohne durch neue wahnhafte Erlebnisse bereichert zu werden.

Der Wahn der Paranoiker ist regelmäßig „systematisiert", geistig verarbeitet und einheitlich zusammenhängend, ohne gröbere innere Widersprüche. Die Kranken bemühen sich, ein freilich arg egozentrisch verzerrtes Bild von ihrer Stellung im Getriebe des Lebens, eine Art Weltanschauung zu gewinnen. Sie bringen ihre Erfahrungen miteinander in Verbindung, suchen nach Ursache und Wirkung, nach Beweggründen und Zusammenhängen. Unklarheiten und Widersprüche werden durch ausgleichende Gedankenarbeit nach Möglichkeit beseitigt, so daß ein Wahngebäude entsteht, das bei aller Unwahrscheinlichkeit und Unsicherheit der Grundlagen doch keine augenscheinlichen und unbedingten Unmöglichkeiten zu enthalten pflegt. Selbst für Einwände sind die Kranken bis zu einem gewissen Grade zugänglich. Sie wissen sie zwar durch den Hinweis auf ihre besonderen inneren und äußeren Erfahrungen sofort zu widerlegen, erkennen aber doch wenigstens die Notwendigkeit an, ihre Behauptungen zu begründen und gegen Zweifel zu verteidigen.

Gerade diese innerliche Verarbeitung des Wahnes führt dazu, daß er ein Bestandteil der geistigen Persönlichkeit wird, den Kranken in Fleisch und Blut übergeht. Damit hängt seine Unerschütterlichkeit zusammen. Obgleich die Kranken vielleicht selbst zugeben, daß sie selten oder nie einen wirklich zwingenden Beweis für die Richtigkeit ihrer Auffassung erbringen können, prallt doch jeder Versuch, sie von der Wahnhaftigkeit ihrer Ideen zu überzeugen, wie an einer Mauer ab. Höchstens räumen sie ein, daß sich die Erkenntnis des inneren Zusammenhanges aller der scheinbaren Zufälligkeiten nur vom Standpunkte jener persönlichen Überzeugung aus gewinnen läßt, „die einmal unerschütterlich bestand und bestehen wird", wie ein Kranker sagte. „Ich lebe in der Einbildung, daß das keine Einbildung ist." Der Kranke fühlt daher auch bisweilen, daß ein Uneingeweihter seinen Gedankengängen nicht überall folgen kann, und fürchtet dann, daß seine Verfolger sich diese Sachlage zunutze machen möchten, um ihn für einen mit Ver-

folgungswahn Behafteten zu erklären. Von einer Krankheitseinsicht ist niemals die Rede; ein Kranker meinte zwar, er wisse jetzt selbst, daß er geisteskrank sei, denn

„so lange sich ein Mensch von dem heiligen lebendigen Gott, seinem Schöpfer und Erhalter, noch durch Sünde und Schuld oder seinen eigenen inneren bösen Geist, welcher von Fressen und Saufen lebt, noch geschieden weiß, also sich mit Gott im Geiste noch nicht eins weiß und in seinem Gewissen darum noch nicht durch den heiligen Geist gerechtfertigt fühlt, ist es selbstverständlich, daß er sich geisteskrank fühlen muß."

Das ist natürlich keine Krankheitseinsicht, sondern eine verrückte Begriffsauslegung, hinter der deutlich die Anmaßung einer besonders strengen und rechtgläubigen Auffassung des Verhältnisses zu Gott erkennbar ist. Der Kranke fügte denn auch hinzu: „Dem heiligen, dreieinigen Gott gegenüber sind alle Menschen geisteskrank."

Die grundsätzliche Unwandelbarkeit der Wahnvorstellungen gilt mit einem gewissen Recht als ein Hauptkennzeichen der Paranoia. Erst in neuester Zeit sind Zweifel darüber aufgetaucht, ob eine allzu schroffe Fassung dieses Satzes der Erfahrung entspricht. Einerseits sind von Friedmann[1]) „milde Paranoiaformen" beschrieben worden, bei denen nach einigen Jahren der Wahn allmählich wieder zurücktritt. Andererseits hat Gaupp auf Fälle von „abortiver Paranoia" hingewiesen, in denen sich unter dem Einflusse unliebsamer Lebensschicksale weniger starre Wahnsysteme herausbilden, die ohne eigentliche Berichtigung wieder verblassen können. Wir werden späterhin zu prüfen haben, wie weit es angängig scheint, die genannten Beobachtungen dem Krankheitsbegriffe der Paranoia einzuordnen. In Betracht zu ziehen ist jedoch wohl auch, daß die Unbeeinflußbarkeit des paranoischen Wahns schwerlich von vornherein vorhanden sein kann. Vielmehr dürfen wir annehmen, daß der Wahn in den langen Jahren der Vorbereitung erst ganz allmählich heranwächst, daß die Kranken den sich ihnen aufdrängenden Vermutungen Widerstand leisten, sie zunächst zurückweisen, um dann nach langen inneren Kämpfen endgültig überwältigt zu werden. Man wird daher grundsätzlich die Möglichkeit kaum bestreiten können, daß die Entwicklung des Leidens einmal nicht über eine solche Vorbereitungszeit mit schwankenden Wahnbildungen hinausgedeiht.

[1]) Friedmann, Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. XVII, 467.

Die Stimmung der Kranken entspricht durchgängig dem Inhalte der von ihnen geäußerten Wahnvorstellungen. Manche Kranke sind scheu, argwöhnisch, mißmutig, gereizt, andere selbstbewußt und zuversichtlich. Vielfach ist für gewöhnlich überhaupt keine auffallendere Färbung der Stimmungslage erkennbar, tritt aber vielleicht bei der Erörterung über die Wahnideen deutlicher hervor. Stärkere Schwankungen des gemütlichen Gleichgewichtes gehören, wie ich gegenüber den Darlegungen Spechts betonen möchte, nicht zum Krankheitsbilde. Dennoch wird man mit Bleuler[1]) und Specht annehmen dürfen, daß in der Entstehungsgeschichte des paranoischen Wahns gemütliche Spannungen eine erhebliche Rolle spielen, wenn ich auch Bleulers Neigung, bestimmte „affektbetonte Komplexe" als den Ausgangspunkt der paranoiden Wahnbildung zu betrachten, für zu weitgehend halte. Die beiden, sich häufig miteinander verbindenden, entgegengesetzten Richtungen der Wahnvorstellungen scheinen jedoch auf eine enge Beziehung zu Gemütsbewegungen hinzuweisen; wir haben es, wie Maier[2]) es ausgedrückt hat, mit „katathymen" Wahnbildungen zu tun. Ihr Inhalt zeigt, wenn auch in krankhaft entwickelter Form, eine so bemerkenswerte Übereinstimmung mit jenen Befürchtungen, Wünschen und Hoffnungen, die auch beim Gesunden aus dem Gefühle der Unsicherheit und dem Streben nach Glück hervorgehen, daß man versucht ist, hier an eine ähnliche Grundlage zu glauben. Auf der einen Seite begegnen wir der Furcht, verachtet, verhöhnt, von einer planmäßigen Verfolgung bedroht, in der Ehe betrogen zu werden, auf der anderen Seite der beglückenden Überzeugung, vornehmer Abstammung, der Erkorene einer hohen Persönlichkeit, Erfinder und Volksbeglücker, Auserwählter Gottes zu sein.

Das Handeln und Benehmen der Kranken bleibt vielfach ohne deutlichere Störung. Meist sind sie imstande, dauernd selbst ihren Lebensunterhalt zu erwerben, ohne ihrer Umgebung sonderlich aufzufallen. Allerdings treten öfters allerlei Eigentümlichkeiten in ihrer Lebensführung hervor. Ein Kranker äußerte sich,

[1]) Bleuler, Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. 1906; Specht, Über den pathologischen Affekt in der chronischen Paranoia. 1901; Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie, 1908, 817.

[2]) Maier, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie XIII, 555.

soweit möglich, nur schriftlich, weil er der Ruhe und der Gemeinschaft mit Gott bedürfe; er schob häufiger mehrtägige Fasten ein und erklärte:

„Fasten und Beten schwächt den Menschen keineswegs, sondern das gerade Gegenteil; es stärkt den Geist, reinigt das Herz und macht den Menschen frei von seiner sündhaften Natur."

Manche Kranke ziehen sich zurück, vergraben sich in Büchern, verfassen umfangreiche Schriften; andere ziehen unstet umher, wechseln häufig ihre Stellungen, tauchen bald da, bald dort auf. Zu regelmäßiger, ausdauernder Beschäftigung besteht wenig Neigung. Ein Kaufmann, der sich in Amerika ein kleines Vermögen erworben hatte und krank von dort zurückgekehrt war, verzehrte allmählich sein Geld, bis er der Armenpflege anheimfiel, zu stolz, um eine seiner hohen Selbstschätzung nicht angemessene Arbeit zu übernehmen. Nun erst stellte sich heraus, daß er seit fast 20 Jahren an ausgeprägten Verfolgungs- und Größenideen litt. Vielfach bringen die Kranken trotz guter Anlagen doch nichts Rechtes fertig, sondern haben überall Mißerfolge, machen Ausgaben, die weit über ihre Verhältnisse hinausgehen, beschäftigen sich ohne genügendes Verständnis und ohne Kenntnisse mit den schwierigsten Fragen. Dennoch sind sie nicht selten imstande, auf ihre Umgebung einen bedeutenden Einfluß auszuüben, sich ein gewisses Ansehen zu verschaffen, einzelne Personen von der Richtigkeit ihrer Wahnvorstellungen zu überzeugen und sie auch wohl zu begeisterten Anhängern zu machen, wie wir es im Abschnitte über das induzierte Irresein näher geschildert haben.

Mit dem Irrenarzte kommen die Kranken, falls überhaupt, regelmäßig erst spät und auch dann meist nur vorübergehend in Berührung, wenn sie durch irgendeine in der Richtung ihres Wahns liegende Handlung Aufsehen oder Anstoß erregt haben. Sie pflegen soviel Selbstbeherrschung zu besitzen, daß sie für gewöhnlich jedem Widerstreite mit den Gesetzen aus dem Wege gehen. Zudem sind sie niemals so gequält, daß sie durch übermächtige innere Spannungen zu rücksichtslosen Gewalttaten getrieben würden. Darum bleibt es meist bei verhältnismäßig harmlosen Handlungen, Schimpfereien, Drohungen, Zeitungsanzeigen, Beschwerden bei der Polizei, Versuchen, zu hochgestellten Personen vorzudringen, unbefugten Religionsübungen, Ausbeutung von Personen auf Grund

wahnhafter Ansprüche. Hier und da kommt wohl auch einmal ein Selbstmordversuch vor.

Auf körperlichem Gebiete bestehen keine greifbaren Abweichungen; Eßlust und Schlaf sind in der Regel ungestört. Manche Kranke bringen allerlei hypochondrische Beschwerden vor; sie klagen über Nervosität, Kopfdruck, Verdauungsschwäche, für die gern die ärztliche Behandlung verantwortlich gemacht wird. Sie nehmen dabei wohl auch zu allerlei absonderlichen, zum Teil selbsterfundenen Kuren ihre Zuflucht. —

Die klinische Gruppierung der paranoischen Krankheitsbilder bietet deswegen besondere Schwierigkeiten, weil es, wie man es wohl ausgedrückt hat, soviel Formen wie einzelne Kranke gibt. In der Tat übt hier die durch das Leiden verhältnismäßig wenig berührte persönliche Eigenart einen weitgehenden Einfluß auf die Ausgestaltung der Krankheitserscheinungen aus. Die Mannigfaltigkeit der Einzelzüge wird daher eine viel größere, als etwa bei dem grob zerstörenden Krankheitsvorgange der Paralyse oder auch der Dementia praecox. Dennoch wiederholen sich wenigstens gewisse allgemeine Richtungen der Wahnbildung so regelmäßig, daß sie wohl als Anhaltspunkt für eine Zerlegung des Beobachtungsstoffes in einige kleinere Untergruppen dienen können. Wir werden dabei zunächst vielleicht am besten die Krankheitsbilder mit vorwiegendem Beeinträchtigungswahn und diejenigen mit Größenideen auseinanderhalten; nach beiden Richtungen hin werden sich dann noch einige besondere Spielarten abtrennen lassen.

Am häufigsten nimmt die Paranoia die Form des Verfolgungswahnes an. Der Kranke, der sich vielleicht schon lange zurückgesetzt, ungerecht behandelt, unterdrückt, nicht genügend geschätzt fühlt, macht die Beobachtung, daß man ihm bei dieser oder jener Gelegenheit nicht mehr so freundlich entgegenkommt wie früher, daß man zurückhaltender gegen ihn ist, ihm aus dem Wege geht und trotz manchen, wie er meint, heuchlerischen Freundschaftsbeweises nichts mehr mit ihm zu tun haben will. Infolgedessen steigert sich seine Empfindlichkeit und sein Mißtrauen; er wird aufmerksam auf das Verhalten seiner Umgebung und findet allmählich zahlreiche Anzeichen dafür, daß man planmäßig darauf ausgeht, ihn auf alle Weise zu schädigen, seine Stellung zu untergraben, ihn unmöglich zu machen. „Ich lese jedem Menschen die

Meinung aus dem Gesicht und höre gut", erklärte ein Kranker. Man überwacht und belauert ihn, schickt ihm Detektivs nach, die ihn beobachten und Material gegen ihn sammeln sollen. Auf der Straße hat er das Gefühl, als ob er Spießruten laufen müsse. Die Leute werfen ihm verächtliche Blicke zu, pfeifen und lachen hinter ihm her, fordern ihn heraus, suchen ihn zu reizen. Harmlose Bemerkungen enthalten versteckte Bosheiten; allerdings spricht man sich nicht aus, sagt nichts Bestimmtes. In den „Fliegenden Blättern" finden sich anzügliche Verhöhnungen; überall wird gehetzt und verleumdet, gestichelt und schikaniert. „Alles ist Lug und Trug, Heuchelei; ich traue keinem Menschen mehr; niemand meint es gut mit mir", sagte ein Kranker. Man behandelt ihn in der wegwerfendsten Weise, äfft seine Stimme nach, gibt ihm Spottnamen, pfeift ihm wie einem Hunde, wirft ihm Schneeballen und Steine nach. Es ist ein abgekartetes Spiel; alle stoßen in dasselbe Horn; „manus manum lavat", meinte ein Kranker. Hier und da wird die Wahnbildung auch durch Erinnerungsfälschungen unterstützt; die Ärzte hätten ihr ganz recht gegeben in ihren Ideen, erklärte eine Kranke.

Art und Umfang der unaufhörlichen Schikanen sind sehr mannigfaltig. Die Zimmerherren geben falsche Namen an, zahlen nicht, stellen Bierflaschen vor die Türe, werfen sie auf die Straße, damit man glauben soll, der Kranke sei ein Trinker. Die an ihn gerichteten Briefe werden geöffnet und gelesen, unterschlagen; eine Kranke erhielt auf Betreiben ihres Gegners vom Bezirksamte einen gefälschten, abschlägigen Bescheid. Die für Kunden bestimmten Sendungen werden verdorben und beschmutzt, so daß fortwährend Beschwerden einlaufen. Man verstopft das Ofenrohr, beschädigt die Stiefel, ruiniert Kleider und Wäsche. In Prozessen zettelt man feindselige Machenschaften an, so daß sie verloren werden; die Anwälte werden bestochen; es finden Geldintriguen, Schwindeleien und Betrügereien statt; der Pächter wird angestiftet, keine Pacht mehr zu zahlen. Verleumdungen werden über den Kranken ausgestreut, als habe er sich durch Ausschweifungen ein Nervenleiden zugezogen, sei syphilitisch, der Päderastie ergeben. Man hat seine Photographie in Bordells gesandt, um ihn dort als Stammgast hinzustellen; es wurden gefälschte Rechnungen veröffentlicht, als ob er täglich unsinnige Mengen Alkohol trinke. Durch solche Mittel

vertreibt man ihn aus seinen Stellungen, bringt ihn um sein Hab und Gut, um sein Erbteil, und legt es schließlich darauf an, ihn zu geschlechtlichen Ungeheuerlichkeiten, zur Onanie zu verführen, närrisch zu machen oder gar aus dem Wege zu räumen. Die Ärzte sind bestochen, geben bedenkliche Arzneien; im Bier ist Gift; das Essen schmeckt höchst verdächtig und macht Leibschmerzen, Schwindelgefühl und Ohrensausen; „ich weiß schon, was das ist", erklärte ein Kranker. Der Tischnachbar erkrankt, nachdem er zufällig aus dem für den Kranken bestimmten Glase getrunken hat.

So dehnt sich der Kreis der Verfolger allmählich mehr und mehr aus. Wechselt der Kranke seinen Aufenthalt, so hat er zunächst vielleicht für einige Zeit Ruhe, bemerkt aber sehr bald, daß man ihm wie einer bereits angemeldeten Persönlichkeit begegnet, über ihn und sein gesamtes Vorleben vollständig unterrichtet ist. In allerlei Andeutungen spinnen sich geheime Fäden aus seiner früheren in die jetzige Umgebung hinein. Man spioniert ihm überall nach; einzelne Personen, die er trotz vermeintlicher Verkleidung, falscher Bärte, gefärbter Haare überall wiedererkennt, folgen ihm auf Schritt und Tritt, so daß seine Lage oft „schlimmer ist, als die eines steckbrieflich Verfolgten"; es ist ein „Boykott und Fehmgericht".

Im Zusammenhange mit derartigen Wahrnehmungen pflegt sich der Kranke höchst merkwürdige Vorstellungen von den Urhebern und der Ausdehnung der gegen ihn gerichteten Verfolgungen zu machen. Als eigentlich treibende Kraft wird bisweilen eine bestimmte Person betrachtet, ein untreuer Geliebter, die ehemalige Braut, die Schwägerin, ein Kollege, der Bürgermeister. Oder aber es stecken die Freimaurer, die Sozialdemokraten, irgendeine geheime Gesellschaft dahinter. Natürlich verfügen sie über ungeheure Machtmittel, haben überall Helfershelfer; nicht nur alle möglichen Privatpersonen, sondern auch Beamte, Gerichte, die Polizei, Geistliche, Ärzte, Zeitungsschreiber, Schriftsteller sind mit an der allgemeinen Verschwörung beteiligt. Einen Einblick in diese Vorstellungskreise gewähren die nachstehenden Ausschnitte aus dem Briefe einer Kranken:

„Seit 14 Jahren, daß ich hier wohne, habe ich ein Märtyrerleben durchgemacht, was aller Vergleiche spottet. Es handelt sich eben wegen Unterschlagungen von Erbgeldern, und wegen dem wurde alles erdenkliche Schlechte und Raffinierte aufgeboten, um mich für irrsinnig usw. auszugeben oder zu

machen und mir den nötigen Lebensunterhalt, Kredit und Ehre zu nehmen. Dieses unverantwortliche Treiben Tag und Nacht wird ausgeführt von der Geheimpolizei und ihren Helfershelfern, weiblich und männlich, jung oder alt, arm oder reich — alles muß beistehen; ist es doch für die Polizei! Die Hetzereien wurden in allen Häusern und Stadtvierteln befohlen und wurde keine Rücksicht auf eine alte, bejahrte Witfrau gehalten. Seit ich in München bin, wurden mir sämtliche Briefe hinterhalten, geöffnet und ohne Stempel eingehändigt; Briefe von Erbangelegenheiten wurden mir einfach unterschlagen, so daß ich mich nie bei einer Verteilung wie die andern Erben einfinden konnte; wird doch alles aufgeboten, um daß man mich nicht sieht und ich mit Niemandem in Berührung kommen sollte, ja es ist schrecklich und unglaublich, daß solche abscheuliche Vorkommnisse sich abspielen können, ausgeführt durch gewisse Advokaten, wo meine Gelder unterschlagen haben; natürlich zu dem haben sie eine gewisse Polizei, Gericht an der Hand, die ihnen ihr infernales Treiben erleichtert, um daß es nicht an den Tag kommen soll; zudem sind sie reich, mit was man manchem Verbrechen den Mund schließen kann.. Angekommen in München fand ich meine Wohnung in größter Unordnung, obschon ich, bevor ich verreist bin, alles peinlich tadellos verlassen habe. Die Möbel waren mit einer Schicht Schmutz und Staub bedeckt, mein Bett durchwühlt, sämtliche Möbel geöffnet, obschon ich doch genau alles abschloß, den Schlüsselkasten absperrte und mit mir nahm, in der Küche den netten Spiegel in Trümmern. Es ist soweit gekommen, daß ich Bedenken haben mußte, etwas zu essen, denn nach diesen Schurkenstreichen ist man zu allem fähig, was es nur schreckliches und gemeines zu denken giebt.."

Neben dem Verfolgungswahne treten regelmäßig noch allerlei andere, weniger im Vordergrunde stehende Wahnbildungen auf. Häufig begegnen uns hypochondrische Befürchtungen. Der Kranke merkt, daß sein Gedächtnis nachläßt, fürchtet Gehirnerweichung; er klagt über Kopf- und Kreuzschmerzen, Brustbeschwerden, Magenkrämpfe, Blutspucken; seine Gesundheit ist schwer geschädigt, der ganze Körper kaputt. Hier und da finden sich Eifersuchtsideen. Auf der anderen Seite aber besteht vielfach ein gehobenes Selbstgefühl. Der Kranke ist sehr religiös, gescheidter als alle, versteht alles besser, leistet „buchstäblich das doppelte", wollte etwas recht Großes werden, geachtet, geehrt sein, eine höhere Stellung einnehmen. Eine Kranke hatte die Überzeugung, daß „Geld irgendwo hängen müsse"; andere behaupten, daß sie große Summen als Entschädigung, als Erbteil, von dem Vater ihres unehelichen Kindes zu fordern hätten.

Die Stimmung der Kranken ist meist eine aufgeregte, gereizte und verbitterte. „Mir hat die Sonne nicht gestrahlt und wird mir

auch nicht mehr scheinen", erklärte ein Kranker; „das Leben ist abscheulich; für mich bleibt es liebeleer. Die Menschen sind schlecht; schon im Kind steckt Bosheit und Falsch, Verachtung und Spott! Warum spricht man stets von mir und spuckt vor mir aus? Man kann mich nicht sehen und will mich nicht sehen — so ist es."

Selbstverständlich sucht sich der Kranke auf alle Weise den Verfolgungen zu entziehen, wechselt Wohnort und Stellung, erhebt Beleidigungsklagen, schafft Waffen und Hunde zu seinem Schutze an. Er richtet querulierende Eingaben an die Behörden, die Minister, an Großherzog und Kaiser, in denen er gewöhnlich eine sehr heftige Sprache führt, von „Sauregierung und Raubmörderstaat" spricht, die Absetzung und Bestrafung seiner Gegner verlangt und hohe Entschädigungsforderungen stellt. Weiterhin sucht er durch die Zeitung oder durch Flugblätter das schändliche Spiel seiner Feinde öffentlich zu brandmarken und sich gegen die versteckten Anschuldigungen zu verteidigen. Er schreitet auch wohl zu irgendeiner aufsehenerregenden Handlung, um die allgemeine Aufmerksamkeit auf seine gefährdete Lage zu lenken, führt einen Straßenauflauf herbei, wirft eine Bittschrift unter die versammelten Volksvertreter, oder er sucht zum Landesfürsten vorzudringen. Einzelne Kranke machen Selbstmordversuche; andere stellen ihre vermeintlichen Widersacher öffentlich zur Rede, beschimpfen sie, bedrohen sie mit Gewalttaten, so daß ein Einschreiten der Polizei notwendig wird. Unter Umständen erfolgen jetzt, da die krankhafte Grundlage des Handelns nicht immer leicht erkennbar ist, zunächst Maßregelungen, die den Kranken noch mehr verbittern. „Zuerst schikaniert so ein Kerl einen fleißigen, tüchtigen Menschen jahrelang, und wenn dieser, zum äußersten gebracht, ohne Aussicht auf Stütze, zur Selbsthilfe greift, dann — Strafe, strenge Strafe!" schrieb ein Kranker.

Da sich die Kranken, abgesehen von den angeführten, aus ihrem Wahne hervorgehenden Handlungen, dauernd geordnet benehmen und ernstere Gewalttaten nicht zu unternehmen pflegen, verlieren sie ihre Freiheit in der Regel nur vorübergehend. In ihrem Benehmen sind sie bald leidenschaftlich, lebhaft, redselig, gewandt, bald verschlossen, mürrisch, ablehnend. An ihren Wahnvorstellungen halten sie unerschütterlich fest, wenn sie auch zeitweise nicht mehr darüber sprechen. Er wolle das böse Gewissen seiner

Gegner bleiben, erklärte ein Kranker. Erst nach jahrzehntelanger Dauer der Krankheitserscheinungen läßt vielleicht die innere Spannung und die Lebhaftigkeit der Wahnbildung allmählich nach, ohne daß jedoch eine Berichtigung der paranoischen Lebensauffassung zustande käme.

Der bisher geschilderten Form in vieler Beziehung verwandt ist der paranoische Eifersuchtswahn[1]). Der Kranke wird ganz allmählich von dem Argwohn erfaßt, daß seine Frau ihn hintergehe, und macht nun allerlei Beobachtungen, die ihn darin immer mehr bestärken. Die Frau erscheint ihm kälter, abweisend, streitet und schimpft; sie geht aus, wann sie will, ins Kaffeehaus und ins Theater, besucht auffallend oft einen Verwandten oder Nachbarn, auch zu ungewöhnlicher Stunde und übermäßig lange. Bei ihrer Heimkehr ist sie verlegen, bringt allerlei Ausflüchte vor. Die Leute machen Anspielungen, sprechen durch die Blume, so daß er Verdacht schöpfen muß; es sind „geistige Beweise". „Es sind viele Dinge, die zusammengenommen eine volle Beweiskette bilden", erklärte ein Kranker. Ein anderer, der seinen Bruder für seinen Nebenbuhler hielt, bekam Schmerzen beim Beischlafe, als jener angesteckt war; „ich kann mir den ganzen Gedankengang erklären", meinte er.

Eine erhebliche Rolle spielen hier öfters Erinnerungsfälschungen. Der Kranke berichtet über schwerbelastende Äußerungen der Frau, über Geständnisse, die sie ihm gemacht habe. Er erinnert sich daran, daß allerlei verdächtige Männer ins Haus kamen, die unter verschiedenen Vorwänden nach seiner Frau fragten und nichts zu sagen wußten, wenn sie nur ihn antrafen. Bisweilen wird ihm nachträglich klar, daß es gerade diejenigen Personen waren, die er jetzt im Verdacht hat, daß sie also offenbar schon seit langer Zeit mit der Frau in Beziehungen standen. Ein Kranker erzählte mit allen Einzelheiten, daß seine Frau sich zu wiederholten Malen mit ihrem Liebhaber im Abort eingeschlossen habe. Er habe letzteren dann schnell aufsuchen wollen und gedroht, die verschlossene Türe aufzusprengen; darauf sei dann der Liebhaber schnell an ihm vorbei hinausgehuscht, ein Vorgang, der sich nach wenigen Wochen nochmals in genau gleicher Weise abgespielt habe. Er sah auch einmal durch die Stubentüre, wie sein Schwager die Frau von hinten benutzte. Ein anderer, von Jaspers beschriebener und auch von mir

[1]) Jaspers, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie I, 567.

beobachteter Kranker merkte, wie ihm nachts ein Tuch über das Gesicht gelegt wurde, wie die Frau im Bette neben ihm mit seinem Nebenbuhler den Beischlaf vollzog, wie beide zusammen wisperten, und wie jener dann das Haus verließ. Die übergenaue Schilderung der Vorgänge, im ersten Falle auch die gleichartige Wiederholung, endlich das angeblich rein zuwartende Benehmen der Kranken in solcher Lage machen das Vorliegen von Erinnerungsfälschungen unzweifelhaft.

Im Anschlusse an seine wahnhaften Erfahrungen erhebt der Kranke gegen seine Frau die schwersten Anschuldigungen. Sie führt ihn von jeher an der Nase, hält sich eine ganze Reihe von Liebhabern, verkehrt wahllos mit Hausierern und Zimmerherren. Ein Kranker behauptete, sein Bruder treibe fortgesetzt Blutschande mit seiner Mutter und Ehebruch mit seiner Frau. Ein anderer beschuldigte seine Frau des Verkehrs mit ihren Söhnen; eine Kranke gab an, ihr Mann vergehe sich mit ihrer kleinen Tochter schon seit deren frühester Kindheit. Der Kranke erkennt seine Kinder nicht mehr an, weil sie nicht von ihm seien, ihm nicht ähnlich sähen; er bemerkt bei ihnen unverkennbare Züge von Nebenbuhlern. Es sind Hurenkinder, für die er jede Verantwortung ablehnt. Öfters bringt er auch noch andere Vorwürfe gegen seine Frau vor. Sie ist grob, verschwenderisch, will ihn vernichten, ins Zuchthaus oder ins Irrenhaus bringen, aus der Welt schaffen; der Liebhaber hilft dazu. Ein Kranker erklärte, seine Frau sei „geistig minderwertig, sittlich-moralisch verkommen und von gemein, schlecht, frech und dummer Herkunft"; sie tauge zu Wasser und zu Land nichts. Manche Kranke äußern allerlei Verfolgungsideen. Sie werden von der Gemeinde verfolgt, von Spitzeln beobachtet; man kundschaftet alles aus, öffnet die Briefe, erzählt überall Einzelheiten aus ihrem Leben; der Arzt ist mit der Frau im Komplott. Der schon oben erwähnte, von Jaspers beschriebene Kranke behauptete im Anschlusse an eine ärztliche Untersuchung dauernd, er sei amtlich für närrisch erklärt worden, und führte trotz immer wiederholter, wohlwollendster Belehrung über die Grundlosigkeit dieser Meinung viele Jahre hindurch einen erbitterten Kampf, um die Aufhebung dieser vermeintlichen „Närrischerklärung" zu erreichen.

Daneben besteht vielfach ein stark gehobenes Selbstgefühl. Der Kranke rühmt seinen „Rechtssinn und unermüdeten Fleiß",

ist ein anständiger Staatsbürger, will nur, was recht ist, hilft jedem Menschen, wenn er kann und wenn er recht ist. „Ich war stets bestrebt, meinen Standpunkt zu erhöhen", erklärte ein Kranker. Der Kranke von Jaspers, der ein recht geschickter Uhrmacher war und eine große Kunstuhr verfertigt hatte, sprach von dem Undanke, mit dem das Vaterland seinen großen Söhnen lohne. Andere wiederum machen den Eindruck von gutmütigen, willensschwachen Persönlichkeiten. Ein Verständnis für die Krankhaftigkeit der Eifersuchtsideen fehlt gänzlich; immerhin äußerte mir ein Kranker, er habe immer das Angstgefühl gehabt, sein Wahn möchte doch auf Richtigkeit beruhen. Anscheinend war demnach bei dem durchaus einsichtslosen Kranken eine Zeit des Zweifels voraufgegangen; er bohrte auch Löcher in die Türe, um sich durch Beobachtung der Frau Gewißheit zu verschaffen.

Im Zusammenhange mit den Wahnvorstellungen entwickelt sich regelmäßig eine starke Gereiztheit gegen den vermeintlich schuldigen Ehegatten. Es kommt zu heftigen Vorwürfen und Streitigkeiten. Der Kranke beschimpft seine Frau, sucht ihr ein Geständnis abzuringen, bedroht und mißhandelt sie. Ein Kranker trug einen Revolver mit sich herum und legte ihn nachts unter das Kopfkissen, weil er seine Frau erschießen oder erstechen müsse; ein anderer sprach davon, seiner Frau den Bauch aufzuschlitzen. Er meinte dann allerdings, das sei „nur ein Mundausdruck"; „das ist ja etwas, was man nicht tut; das sagt man nur, daß das Maul eine Arbeit hat". Dennoch wurde er später sehr gewalttätig gegen die Frau. Auch die Kinder werden geschimpft und geschlagen. Eine Kranke bedrohte Mädchen, mit denen sie ihren Mann hatte gehen sehen; eine andere brachte ihren Mann wegen angeblicher Blutschande zur Anzeige. Ein Kranker strengte einen Prozeß gegen seinen vermeintlichen Nebenbuhler an; ein anderer verklagte drei seiner Kollegen gleichzeitig wegen Ehebruchs mit seiner Frau. Gewöhnlich kommt es zur Scheidung oder doch zur Trennung der Ehegatten. Die Kranken pflegen sich dann allmählich zu beruhigen, ohne doch ihren Wahn zu berichtigen.

Als eine weitere Spielart paranoischer Wahnbildung mit depressiver Färbung wird vielfach eine hypochondrische Form beschrieben. Es ist auch sicher, daß hypochondrische Wahnvorstellungen häufig von Paranoikern geäußert werden. Dennoch ist

es mir bei sorgfältiger Sichtung meiner Erfahrungen nicht möglich gewesen, einen unzweifelhaften Fall von Paranoia aufzufinden, der allein oder doch ganz überwiegend durch diese Richtung des Wahns gekennzeichnet gewesen wäre. Ich glaube daher, auf die Abgrenzung einer hypochondrischen Paranoia einstweilen verzichten zu sollen.

In den verschiedenen klinischen Gestaltungen des paranoischen Größenwahns kommen die Hauptrichtungen menschlichen Strebens zum Ausdrucke. Eine erste Gruppe bilden die wahnhaften Erfinder. Die Kranken fühlen sich von ihrer gewöhnlichen Berufstätigkeit nicht befriedigt und beschäftigen sich nebenher mit allerlei weitausschauenden, hochfliegenden Plänen, die allmählich ihr eigentlicher Lebensinhalt werden. Ihnen schwebt vor, durch aufsehenerregende Erfindungen mit einem Schlage weltberühmt zu werden und ungemessene Reichtümer zu erwerben. Ohne Vorkenntnisse, mit gänzlich unzulänglichen Hilfsmitteln machen sie sich daran, die ihnen auftauchenden Ideen zu verwirklichen. Sie entwerfen Zeichnungen, bauen Modelle, suchen Geldgeber und bemühen sich um Patente. Bisweilen handelt es sich um Pläne für bestimmte praktische Maschinen oder Gebrauchsgegenstände, für eine Eisenbahnschienenverbindung, eine Stiefelsohle mit Gelenk, einen elektrischen Bierdruckregler, einen Eismaschinenkompressor, eine Luftheizungsklappe, einen Automobilpflug, einen Aluminiumsarg. Unter Umständen liegt solchen Erfindungen auch ein allenfalls verwertbarer Gedanke zugrunde, aber es fehlt den Kranken durchaus die Fähigkeit, ihn in eine brauchbare Form zu bringen, da sie weder mit den technischen, noch mit den kaufmännischen Vorbedingungen irgendwie vertraut sind. Bei ihrer laienhaften Unkenntnis der wirklichen Verhältnisse beschäftigen sie sich auch vielfach mit Fragen, die längst von anderen in befriedigender Weise gelöst sind.

Gerade diese naive Unwissenheit veranlaßt sie aber ganz gewöhnlich, sich alsbald den allerschwierigsten, ja gänzlich unlösbaren Aufgaben zuzuwenden. Besonders beliebt sind die Luftschiffahrt, die Ausbeutung der Sonnenwärme und der Elektrizität in der Natur, namentlich aber das Perpetuum mobile, eine „billige Kraftausbeutungsmaschine ohne jegliche Nahrungskraft." Mit unermüdlichem Eifer werden trotz aller Abmahnungen und Verspot-

tungen immer neue, immer abenteuerlichere Zeichnungen angefertigt, mit denen der Kranke seinem Ziele näher zu kommen glaubt. Jahrelang baut er an einem ungefügen Modell herum, hier ein Zahnrad, dort ein Gewicht oder eine Strebe einfügend oder ersetzend, so daß die merkwürdigsten Ungetüme aus Holz, Draht, Bleiklötzen, Gasröhren, alten Messingteilen entstehen, deren Ausbau der Kranke jede freie Stunde und jeden ersparten Pfennig opfert.

Die gemeinsame Eigentümlichkeit aller dieser Erfinder ist der unerschütterliche Glaube an ihren Stern, an ihre große, einzigartige Begabung und ihre aussichtsreiche Zukunft. Er komme zu seinen Erfindungen, deren er noch viele plane, durch seine angeborene Anlage, erklärte ein Kranker. Wie man nicht singen könne ohne Stimme, könne man auch keine Erfindung machen, wenn man kein Organ dazu habe. Ein anderer, sehr schwach veranlagter Kranker verglich sich mit einem bekannten Erfinder, der denselben Namen trug wie seine Mutter; er besuchte in weihevoller Stimmung dessen Grab und entwickelte die feste Überzeugung, daß jener ihm ein Erbteil hinterlassen haben werde. Die Wichtigkeit und namentlich auch der wirtschaftliche Wert der eigenen Erfindungen wird maßlos überschätzt; regelmäßig handelt es sich nach Meinung der Kranken mindestens um Millionen. Sie tun daher auch meist sehr geheimnisvoll damit, fürchten, daß man ihnen ihre Ideen, ihren geistigen Schatz stehlen könne. Ihre Aufgabe betrachten sie als vollkommen erledigt, wenn sie irgendeine Idee ausgesprochen und allenfalls ein paar stümperhafte Zeichnungen dazu geliefert haben; von einer wirklichen Durchbildung ihrer Pläne mit genauerem Eingehen in die Einzelheiten ist gar keine Rede. Von ihren Modellen sind sie stets hochbefriedigt, sehen über alle Schwierigkeiten und Fehler harmlos hinweg und erklären trotz der handgreiflichsten Mißerfolge immer wieder zuversichtlich, daß nur noch eine ganz unbedeutende Verbesserung nötig sei, um binnen kurzem das erstrebte Ziel zu erreichen.

Auch auf anderen Gebieten zeigt sich öfters diese Selbstüberschätzung. Die Kranken machen große Heiratspläne, belästigen unbekannte oder entschieden ablehnende Damen mit ihren Anträgen und sind äußerst erstaunt, daß man sie nicht mit offenen Armen aufnimmt. Ein Kranker meinte: „Ein Rockefeller hätte vielleicht zu mir gesagt: ‚Gut, mein Freund; alle Achtung vor dir! Hier hast du meine Toch-

ter; ich bin dein Helfer.'" Sie erheben unbegründete Geldansprüche, fordern vom Staate Unterstützung für ihre Bestrebungen, erwarten bestimmt, in hervorragenden Stellungen beschäftigt zu werden, da sie sich den höchsten Anforderungen gewachsen fühlen. Auch Erinnerungsfälschungen können durch die Größenideen gefärbt werden; ein Kranker erzählte, der Minister habe ihm versichert, daß Geld für die Ausbeutung seiner Erfindungen bereit liege. In ihrem Benehmen zeigen die Kranken öfters eine gewisse zurückhaltende Würde; ein Kranker ließ sich lange Künstlerhaare wachsen.

Natürlich entsprechen die tatsächlichen Erfolge den hochgespannten Hoffnungen durchaus nicht. Vor allem scheitern die Bemühungen, die vermeintlich so aussichtsreichen Erfindungen praktisch zu verwerten, sie zu verkaufen, Patente zu erlangen. Vielleicht glückt es dem Kranken einmal, irgendeine Kleinigkeit anzubringen, aber der erhoffte Millionensegen bleibt aus. Schuld daran trägt nach seiner Meinung nicht nur seine Mittellosigkeit, die ihm nicht gestattet, selber die Verwirklichung seiner Pläne in die Hand zu nehmen, sondern auch der Unverstand der Menschen, die seine Bedeutung nicht zu schätzen wissen.

Vielfach sind es aber auch feindselige Machenschaften, die ihn um die wohlverdienten Früchte seiner Arbeit bringen. Man hänselt ihn, schickt ihm zur Verhöhnung seiner Armut Weinpreislisten zu, arbeitet ihm überall entgegen, verhindert sein Emporkommen, stiehlt ihm seine Erfindungen und verwertet sie. Ein Kranker, dem plötzlich der nach seiner Meinung völlig neue Gedanke gekommen war, einen Automobilpflug zu bauen, und der kurze Zeit nachher in den Zeitungen einen solchen angezeigt fand, war sogleich darüber im klaren, daß man ihm seine kindlichen Zeichnungen entwendet und schleunigst benutzt habe; er bezeichnete sich daher immer als den „bestohlenen Erfinder". Er meinte, er stehe nun durch seine Schicksalsarmut als „Spottsubjekt", als Bestohlener, Betrogener, vielleicht vor aller Welt als Lächerlicher und noch dazu Verachteter da. Als Vermittlerin jenes Diebstahls hatte er ein junges Mädchen in Verdacht, das seine Heiratsanträge abgewiesen hatte. Ein anderer Kranker schrieb Drohbriefe an einen Verwaltungsbeamten, den er dafür verantwortlich machte, daß er eine von ihm geforderte größere Summe aus Staatsmitteln nicht erhielt.

In der Regel führen die Kranken ein unscheinbares, gedrücktes, aber von der unbesieglichen Hoffnung auf endlichen Erfolg erhelltes Dasein. Durch keinen Mißerfolg dauernd entmutigt, arbeiten sie unentwegt an ihren Plänen weiter. Da sie sich meist daneben ihren Lebensunterhalt noch auf andere Weise verdienen, geben sie zu Schwierigkeiten keinen Anlaß, wenn sie nicht einmal der Kampf gegen ihre Widersacher oder der Versuch, sich größere Mittel zu verschaffen, zu ungewöhnlichen Schritten treibt.

Eine weitere, aus dem Wunsche nach Macht und Reichtum hervorwachsende Form der Paranoia wird durch den Wahn hoher Abstammung beherrscht. Die Franzosen sprechen von „Genealogen", „interprétateurs filiaux"[1]). Bei dem Kranken schießt, vielleicht nach jahrelangem Grübeln und Träumen, siegreich die Ahnung auf, daß er nicht das rechte Kind seiner Eltern, sondern viel höherer und herrlicherer Abstammung sei. Den äußeren Anlaß zur Entstehung dieser Wahnidee, die für ihn sofort unzweifelhafte Gewißheit erlangt, gibt oft eine ganz gleichgültige Begebenheit. In einem Streite gebraucht der Vater einen heftigen Ausdruck, den er seinem wirklichen Kinde gegenüber niemals anwenden würde. Der Kranke merkt, daß seine Eltern im Nebenzimmer flüstern, bei seinem Eintritte erblassen, ihn mit besonderem Ernste begrüßen; in seiner Gegenwart wird „bedeutungsvoll" der Name einer hochgestellten Persönlichkeit genannt. Auf der Straße, im Theater blickt ihn irgendeine vornehme Dame außergewöhnlich freundlich an; beim Beschauen des Bildes eines Grafen oder Fürsten, der Büste Napoleons fällt ihm plötzlich eine überraschende Ähnlichkeit zwischen sich und jenem auf, oder endlich es wird ihm ein Brief in die Hände gespielt, zwischen dessen Zeilen er die bedeutungsvolle Kunde ohne Mühe herausliest. Ein Kranker sprach von geheimnisvollen Offenbarungen, von denen er niemandem Mitteilung machen dürfe.

Mit besonderer Genugtuung erkennt der Kranke, daß auch von seiner näheren und ferneren Umgebung die Überlegenheit seiner Person und seiner Stellung mehr oder weniger offen anerkannt wird. Man behandelt ihn, wohin er kommt, mit unverkennbarer Ehrerbietung; fremde Personen ziehen tief den Hut vor ihm; die königliche Familie sucht ihm möglichst oft zu begegnen; die Musik auf

[1]) Sérieux et Capgras, L'encéphale 1, 113, 1910.

der Parade oder im Theater beginnt zu spielen, sobald er erscheint. In den Zeitungen, die ihm vom Kellner vorgelegt werden, in den Büchern, die ihm der Buchhändler zuschickt, findet er mehr oder weniger verblümte Anspielungen auf sein Schicksal; die Vorübergehenden auf der Straße begleiten ihn mit beifälligen und beziehungsreichen Bemerkungen.

Auch dieser Wahn geht vielfach mit Erinnerungsfälschungen einher. Namentlich eine Reihe der angeblichen Kindheitserlebnisse verraten diesen Ursprung. Der Kranke erinnert sich, wie er als kleines Kind seinen wirklichen Eltern aus einem schönen Schlosse geraubt, in der Welt herumgeschleppt und schließlich bei seinen falschen Eltern untergebracht wurde. Er vermag vielleicht noch die prächtige Ausstattung der Zimmer, den schönen Park zu schildern, in dem er seine Kindheit verlebte. Vielfache Äußerungen und Handlungen der Pflegeeltern, der Zuschnitt und die Farbe seiner Kleidung, die Behandlung in der Schule, prophetische Träume, alle kleinen und großen Ereignisse seines Lebensganges haben von seiner frühesten Jugend an auf seine Abstammung, seinen zukünftigen hohen Beruf hingewiesen. Von verschiedenen Seiten wurden ihm unverblümte Mitteilungen über seine Herkunft und über seine Abstammung gemacht; Unterhändler waren beauftragt, ihm ansehnliche Abfindungssummen anzubieten, die er jedoch nicht annahm.

Im weiteren Verlaufe versucht dann der Kranke allmählich, seine vermeintlichen Rechte geltend zu machen. Er entdeckt sich einem Vertrauten, wendet sich an die Behörden, schreibt Briefe an seine hohen Eltern. Meist ist er in dem Gefühle, daß er schwerlich volle Anerkennung finden wird, bestrebt, wenigstens eine möglichst große Abfindungssumme herauszuschlagen. Er hält sich für berechtigt, besondere Ansprüche an seine Lebenshaltung zu stellen, legt Wert auf sein Äußeres und hat zugleich meist wenig Neigung, sich durch regelmäßige Berufsarbeit zu erniedrigen. So sieht er sich denn dazu genötigt, sich Geldmittel durch den Hinweis auf die sicher in Aussicht stehende Erledigung seiner bedeutenden Forderungen zu verschaffen. Da er mit großer Zuversichtlichkeit auftritt, sein Benehmen seiner vornehmen Abstammung anzupassen bemüht ist und wirklich Schritte tut, um seine Sache zu fördern, gelingt es ihm häufig, Gläubige zu finden, die ihn in Erwartung späterer hoher Entschädigungen unterstützen.

Allerdings stellen sich ihm harte Widerstände entgegen. Vornehme Verwandte suchen in ihrem eigenen Interesse seine Anerkennung zu hintertreiben; man trachtet ihm nach dem Leben, sucht ihn auf alle Weise unschädlich zu machen. Auch die Verbringung in die Irrenanstalt, die dann erfolgt, wenn der Kranke durch seine immer dringenderen Schritte zur Geltendmachung seiner Rechte oder durch die Ausbeutung seiner Anhänger unbequem geworden ist, betrachtet er als einen besonders hinterlistigen Streich seiner Gegner, die ihm schon längst angedeutet haben, daß er mit Wahnsinn endigen müsse. Zunächst fügt er sich, da er sicher ist, daß man seine geistige Gesundheit bald erkennen werde. In allen seinen Äußerungen hält er sich sehr zurück, weicht eindringlicheren Fragen aus und verbirgt seine Wahnideen hinter einem tadellosen Benehmen, bis sie ihm ein besonderer Anlaß, eine gemütliche Erregung herauslockt.

Allmählich wird ihm klar, daß die Ärzte gedungen sind, ihn unschädlich und womöglich wirklich geisteskrank zu machen, da man ihm auf andere Weise nicht beizukommen vermochte. Kleine Reibereien und Unannehmlichkeiten, Änderungen im Befinden, gelegentliche Bemerkungen zeigen ihm, daß die Anfechtungen und Einschüchterungen auch von der neuen Umgebung ins Werk gesetzt werden. Seine Mitpatienten sind gar nicht krank, sondern bestochene Simulanten oder Polizeispione, die ihn durch ihr Verhalten, ihre unsinnigen Streiche „prüfen“ sollen.

Oder aber der Kranke erkennt, daß der Aufenthalt in der Anstalt nur ein notwendiges Glied in der Kette der Proben darstellt, die er bestehen muß, um am Ende zu seinem hohen Ziele zu gelangen. Ja, bei genauerem Nachdenken ergibt sich ihm klar, daß schon in seiner Vergangenheit vielfache Hinweise auf dieses Fegefeuer der Irrenanstalt enthalten waren. Weit entfernt daher von Mutlosigkeit und Verzweiflung, schöpft er aus dem pünktlichen Eintreffen alles dessen, was das Schicksal vorher mit ihm bestimmt hatte, neue Hoffnung auf die Erreichung auch seiner letzten und höchsten Ziele. Eine besondere Bestätigung findet diese seine Auffassung nicht selten in der alsbald von ihm gemachten Wahrnehmung, daß auch in der Anstalt die geheimnisvollen Andeutungen über seine glänzende Zukunft nicht ausbleiben. Er wird mit besonderer Aufmerksamkeit behandelt; man gießt ihm Rosenöl in

sein Badewasser, sagt ihm verblümte Schmeicheleien, spielt ihm Zeitungen und Bücher in die Hand, deren Inhalt sich auf ihn bezieht. Es kann ihm daher nicht entgehen, daß die Ärzte ihn nur „auf höheren Befehl" zurückhalten und gar nicht daran denken, ihn wirklich für krank anzusehen. Unter seinen Mitkranken entdeckt er sehr hochgestellte Persönlichkeiten, die man unter falschem Namen zu seiner Gesellschaft mit in die Anstalt versetzt hat. Manchmal führen die Kranken lange und abenteuerliche Kämpfe für ihre Befreiung und Anerkennung; andere fügen sich würdevoll in ihr Schicksal, in der sicheren Erwartung, daß ihre Stunde dereinst kommen wird. Sérieux und Capgras haben eine ganze Reihe geschichtlicher Thronanwärter angeführt, von denen manche vielleicht Kranke der hier beschriebenen Art gewesen sind.

Auf die Beziehungen zur übersinnlichen Welt richtet sich der Wahn einer weiteren Gruppe von Paranoikern, der Propheten und Heiligen, der „Mystiker", wie man sie wohl auch zu nennen pflegt. Über die erste Entwicklung des Leidens berichtete ein Kranker wie folgt:

„Ich bin in der Fremde vom Jahre 66—73 durch meine Reisen bei meiner Arbeit als Zimmermann oder Zeichner in Ländern und unter Völkern mit verschiedenen Religionsbekenntnissen nach und nach selbst ganz religionslos geworden, so daß ich in dieser Beziehung zuletzt dachte, was der Mensch zu thun und zu lassen hat, das sagt mir mein Gewissen, und wenn ich danach thue, brauche ich mich auch nicht vor dem Tode zu fürchten. Leider aber spürte ich trotzdem je länger je mehr Tag und Nacht eine unbeschreibliche Unruhe in mir, von welcher mich Gott durch seine Gnade auf Veranlassung eines Briefes meiner Mutter nach Wien im Frühjahr 73 endlich erlöste, so daß ich danach in mir Ruhe und Frieden hatte und deshalb zum Dank dafür Gott dem Herrn zugleich auch gelobte, für sein heiliges Wort zu leben und zu sterben. Auf Grund dessen bin ich nach Sachsen zurückgekehrt und habe im August 73 in Leipzig durch einige Plakate, welche ich in der Nacht ankleben wollte, jedoch von der Polizei verhindert worden bin, Störung verursacht, so daß ich deshalb einige Tage eingesteckt wurde.. In diesen Plakaten hatte ich ausgesprochen, daß ich glaube, daß Gott, welcher in der Bibel zu uns redet, unser alleiniger Herr ist, was ich auf Grund der heiligen Taufe auf den dreieinigen Gott auch unbedingt zu glauben verpflichtet bin, und mich nebenbei in verächtlicher und verletzender Weise gegen Kaiser Wilhelm geäußert.. Bis Pfingsten 75 habe ich meinem Berufe nach wieder praktisch und theoretisch gearbeitet; mein Verhältnis zu den Eltern wurde zuletzt aber ein völlig fremdartiges, so daß ich sie sogar auf Grund meines Glaubens an das Wort Gottes völlig verleugnete und das kindliche Verhältnis zu denselben sogar zerschnitt und sie mit Herr und Frau F. anredete .."

Vielfach beschäftigen sich die Kranken mit religiösen Grübeleien aller Art, Theosophie, Spiritismus, Sektenwesen. Eine entscheidende Bedeutung gewinnen dann gewöhnlich visionäre oder ekstatische Erlebnisse. Der Kranke sieht in der Nacht göttliche Erscheinungen und empfindet dabei eine unbeschreibliche Glückseligkeit; er hört Gottes Stimme, bekommt von ihm Aufträge; auch der Teufel zeigt sich ihm. Christus erscheint; zugleich ertönt eine Stimme: „Weide meine Schafe!" Gott ruft ihm zu: „Du bist der einzige!" Eine Kranke erblickte die heilige Magdalene, die ihr verkündete: „Du bist nicht als Bettlerin geboren; du bist zu etwas Höherem auserkoren." „Mit diesem Traum begann das Geistige", erklärte sie.

Hier und da werden auch bei Tage ähnliche Wahrnehmungen gemacht. Ein Kranker schaute Gott in dem Augenblicke, als er betete: „erlöse uns von dem Übel"; es ging ihm durch und durch wie eine höhere, unsichtbare Kraft, wie wenn die Luft in ihn hineinhauche, Feuer durch Fleisch und Knochen fahre, als ob die Seele den Körper verlasse. Ein anderer hörte plötzlich eine Stimme von oben: „Du mußt fort!" und fühlte sich seitdem durch eine höhere Macht gelenkt; ein anderes Mal empfand er beim Dreischlagen der Uhr die Dreifaltigkeit in der Brust, die ihm verkündete: „Du bist das Salz der Welt." Er sah auch einmal die Sonne wie ein Ei aufgehen, merkte, daß eine Gloriole ihn umgebe; eine Kranke fühlte, wie sie in der Kirche über dem Boden hinschwebte. Man wird freilich bei allen derartigen Erzählungen mit der Möglichkeit von Erinnerungsfälschungen rechnen müssen. Regelmäßig bleiben solche Erlebnisse, die sehr genau geschildert und auf einen bestimmten Tag verlegt zu werden pflegen, vereinzelt, wenn sie sich auch hier und da einmal in ähnlicher Weise wiederholen.

Gewöhnlich entwickelt sich auch eine höchst persönliche, selbstsichere Verarbeitung der Lebenserfahrungen. Der Kranke wächst immer mehr in die Wahrheit hinein, „sieht alle Zusammenhänge in seinem Kopfe", braucht keine Zeitungen zu lesen, um zu wissen, was in der Welt vorgeht. Bei seinen Besuchern fühlt er sofort, ob sie den rechten Glauben haben, bekommt Zeichen, ob man mit ihm zufrieden ist. Er macht „ständige Beobachtungen", bemerkt, daß seine Ansichten weiter getragen, seine Gespräche ausgenutzt werden. Hat er etwas Schönes gesagt, so begegnet ihm ein schöner Mann mit einer lilafarbenen Krawatte, sonst ein häßlicher mit einer un-

angenehmen Farbe. Ein Kranker legte dem Aussehen der ihm auf der Straße begegnenden Hunde geheime Bedeutung bei: „schwarzer Hund mit rotem Bande um den Hals — Reaktionär, der sich mit fortschrittlichen Federn schmückt; weißer Hund mit blauer Schleife — süßliche Handlungsweise, die auf Beschränktheit schließen läßt; weißer Hund mit rotem Bande — süßliches Verhalten mit radikalen Äußerungen".

Mehr und mehr befestigt sich nun in dem Kranken die anscheinend bisweilen blitzartig aufleuchtende Überzeugung, daß er ein Erwählter Gottes ist. Er fühlt sich als Prophet, als „Elias redivivus", als Erlöser, Gottes Sohn, als „himmlischer Hochzeitsmahlgeber", der das Gleichnis von der zweimaligen Einladung zum Hochzeitsmahle erfüllen, die große Schlacht mit dem Antichristen schlagen und das tausendjährige Reich heraufführen soll. Er ist der einzige, der Gott erkannt hat, „alles wissend, er allein nur wissend", die oberste richterliche Gewalt in kirchlichen und weltlichen Sachen, vom Vater gesendet, zur Erlösung der ganzen Menschheit berufen; er muß die Gesetzgeber warnen, wartet, was Gott mit ihm vorhat. Ein Kranker erklärte, der himmlische Vater sende alle 200 Jahre einen Mann, der dem Judenvolke 1. den Untergang, 2. den rechten Glauben bekannt geben solle. Ein anderer merkte, daß von seinen Brüdern eine umfassende Organisation „mit maßgebender Spitze, zentraler Persönlichkeit, ausgleichendem Mittelpunkte" zustande gebracht worden sei, und fügte hinzu: „Ich leide an dem Größenwahn, daß ich dieses Zentrum sein sollte; das ist meine Krankheit." Die Entstehung dieses Wahns schilderte er folgendermaßen:

„Daß meine Brüder die Organisation durchgeführt haben, kann ich sehr schwer bestimmen, denn ich glaube, das ist in mir mehr eine Gefühlssache. Aber ich will es versuchen, zu erklären, wie ich zu dieser Anschauung komme. Obwohl ich es nicht beweisen kann, trage ich in mir den festen Glauben, daß es tatsächlich so ist. Ein ganz winziger Vorfall gab dazu Veranlassung: gelegentlich einer Pflichterfüllung im Geschäfte hat ein Arbeiter den Ausdruck fallen lassen: das ist einer von den A. W. (Anfangsbuchstaben aller drei Brüder). Dieser Ausspruch des Arbeiters bestätigte in mir fest, was ich längst vermutete."

Es wird dem Kranken klar, daß die Menschheit in schrecklicher Verwirrung ist. Die Menschen schauen nicht auf Gott; was Astronomen und Gesetzgeber sagen, ist unwahr. Der Papst ist der Anti-

christ; Auferstehung und jüngstes Gericht stehen vor der Türe. Jesus war die Schlange aus der Wüste, ein Zauberer, Faulenzer, Dieb, Mörder, Lügner und Betrüger; Paulus, Petrus und Jakobus waren falsche Propheten. Der Kaiser ist Saturn oder Satan, dessen Sohn die Schlange, die Eva verführte; der Landesfürst ist sehr geneigt zum Satan. Bisweilen tauchen auch „genealogische" Wahnbildungen auf. Ein Kranker meinte, sein wahrer geistiger Vater sei Kaiser Franz Joseph; vorher war ihm sein angeblicher Vater im Traume erschienen, auf blutigen Knien vor ihm herumgerutscht, und hatte ihn um Verzeihung gebeten, weil er nicht gewußt habe, was sein Sohn eigentlich sei. Andere Kranke haben wichtige Erfindungen gemacht. Hier und da kommen Verfolgungsideen vor; die Geistlichkeit will den Kranken unterdrücken; der Kaiser macht ihm die größten Qualen; im Brot könnte etwas Unrechtes sein.

Große Bedeutung für die Wahnbildung scheinen gerade hier wiederum vielfach Erinnerungsfälschungen zu gewinnen. Der Kranke erzählt, daß alle über seine Schönheit staunten, als er auf die Welt kam; eine Nachbarin sagte: „Das gibt noch einen Erlöser." Später äußerte jemand: „Ein Messias muß her." Ein Kranker sah mit 4 Jahren den Himmel offen; eine Kranke hatte schon mit 5 Jahren einen Traum, der in Erfüllung ging, was ihr dann später einfiel. Wenn die Stiefmutter sie züchtigen wollte, träumte sie es jedesmal schon vorher, ebenso, als ihr Geliebter 15 000 Mark veruntreute. Manche Kranke schreiben sich die Gabe der Weissagung zu. Ein Kranker behauptete, er habe ein Erdbeben vorhergesagt; eine Kranke prophezeite angeblich Feuersbrünste, die letzten Kriege, die Cholera, den Tod ihrer Schwester, ihre Verbringung in die Klinik. Sie sah eine Frau in Italien, die man krank glaubte, richtig gesund vor ihrem Hause stehen und sich kämmen. Infolgedessen hatte sie großen Zulauf von Gläubigen und behauptete, ein Glaubenskrieg werde kommen, nach dem König Otto Kaiser des Heiligen Römischen Reiches werde. Auch andere Konfabulationen werden vorgebracht. Ein Kranker hatte Paulus in der Herberge zur Heimat getroffen, wie ihm eine innere Stimme verriet; ein anderer war von Judas im Kartenspiel um drei Silberlinge betrogen worden; ein dritter gab an, er sei nicht zum ersten Male auf der Welt.

Einzelne Kranke besitzen anscheinend die Fähigkeit, sich in ekstatische Zustände zu versetzen. Ein Kranker sprach davon,

daß die theosophische Schulung im Menschen Sinnesorgane und höhere Bewußtseinszustände entwickeln könne, von denen der gewöhnliche Durchschnittseuropäer nichts wisse; dadurch nehme er Tatsachen und Phänomene in der Natur wahr, die er vorher nicht bemerkte. Eine Kranke machte nächtliche Reisen, die sie von ihren Träumen unterschied. Sie befand sich dann nach ihrer Schilderung im Astralleibe, brauchte den Körper nicht mitzuschleppen, war von einem Engel und einer Heiligen begleitet. Bei ihrer Rückkehr „sickerte ihr Geist in den Körper wie Öl in Fließpapier"; zugleich kündigte ihr eine dumpfe Stimme das Ziel der nächsten Reise („Unterwelt") an. Da die Kranke auch einmal ein halbes Jahr hindurch mit täglichen kurzen Unterbrechungen schlief, handelte es sich wahrscheinlich um hysterische Erscheinungen.

Nach längerer Vorbereitungszeit gehen die Kranken daran, ihre vermeintliche Sendung zu erfüllen. Sie suchen durch Unterredungen, Sendschreiben, Predigten Anhänger zu werben. Gewöhnlich gelingt ihnen das. Die Sicherheit ihres Auftretens, ihre Überzeugungstreue und Bibelfestigkeit pflegen ihre Wirkung nicht zu verfehlen. Dazu kommt, daß, wie ein Kranker sagte, „in Glaubenssachen einen niemand widerlegen kann"; „in Glaubens- und Gewissenssachen kann nur Gott selbst Richter sein", erklärte ein anderer. Die Nachbarn versammeln sich zunächst aus Neugier bei dem Kranken, bestaunen seine angebliche Fähigkeit, zu weissagen, seine mit Bibelsprüchen reich gespickten Reden; sie beschenken ihn, halten mit ihm Andachten ab, erhoffen von ihm besondere Gnaden.

Der schon oben erwähnte „himmlische Hochzeitsmahlgeber", ein Schuhmachermeister, hatte eine kleine Gemeinde von 17 Personen um sich versammelt, die zumeist seine Weissagungen von dem Anbrechen des 1000jährigen Reiches nach der großen Entscheidungsschlacht gegen den Antichristen sehr wörtlich aufnahmen. Bei ihm fanden sich, von einem seiner Anhänger höchst sauber und eingehend ausgearbeitet, Adelsstatuten, Rangklasseneinteilung sowie Vorschriften für die verschiedensten Hofbediensteten (Leibjäger, Kammerlakai, Leibkleiderbewahrer, Zeremonienmeister, Offizier in unmittelbarem Dienst für Privatangelegenheiten) „Sr. Allh. Kgl. Majestät des Königs des ewigen Jerusalems des Reiches Gottes auf Erden, des Königs über alle Völker des Erdkreises, regiert durch das Szepter Seines Vaters des Weltschöpfers, angestammt durch den Zeichen-

diener König David". Nachfolgende kurze Ausschnitte mögen einen Begriff von diesen merkwürdigen Schriftstücken geben:

„Die allernächsten Umgebungsbeamten des Königs bilden: 1. der Trongeneral, 2. der Generalhofmarschall, 3. der Generalhofmeister, 4. Die Offiziere vom unmittelbaren Dienste des Königs, 5. der Generaladjutant, Flügeladjutant und die übrigen Adjutanten, 6. der Generalzeremonienmeister mit den übrigen Zeremonienmeistern, 7. der Fourier des Königs, 8. der Oberstleibdiener des Königs, 9. die Leibjäger des Königs wie die Generalbeamten der Allh. kgl. Kabinetskanzleien. . Das Amt eines Allh. kgl. Kammerlakaien 1. Klasse sei nach der vom 11. Mai 1898 zu Würzburg vollzogenen Bestimmung des Königs der Allh. kgl. 2. Hofrangklasse der Herrlichkeitsbeamten zugeteilt, für den Beamten mit einem definitiv festgesetzten Jahresgehalte von 16 000 fl. (zehn und sechstausend Gulden), welcher in Monatsraten zu 1333 fl. zu erheben sei. Desgleichen wird dem Kammerlakai 1. Cl. eine Kleidungszulage von 960 fl. zugeteilt, welche ebenso wie das Jahresgehalt in Monatsraten pro Monat zu 80 fl. zu erheben sei. . Die Umkleidung des Königs geschieht nach jeder hohen Dienstzeit u. zwar morgens 4 Uhr, 6 Uhr und Mittags $^1/_4$ auf 1 Uhr, nachmittags bis $^1/_2$4, und sei eine Ausfahrt mit betreffendem Tage verbunden, so geschieht die Umkleidung 20 Minuten vor der Abfahrtszeit. . Das Bier des Königs geht auf Rechnung aus der Restauration der Herrlichkeitsbeamten, wozu in der Kanzlei des Oberstleibdieners das Bierkontobuch aufliegt. . In sämmtlichen Allh. kgl. Appartements werden Wachslichter während der Nachtzeit bis an das Ende der Welt unterhalten, welche aus den Wachslichtern der Riesenlüsters und der Wandarmlüsters der Säle und Zimmer bestehen. . Hat den König ein Kammerlakai während des Spazierganges zu begleiten, so hat er an der linken Seite des Königs zu gehen, doch hat der Kammerlakai Stillschweigen zu beobachten, wenn der König ihn nicht zum Gespräche auffordert. Denn wie immer so hat auch in solchen Spaziergangsfällen der König seinem Geiste die tätige Audienz zu geben, worüber der König ungestört sein will. . Der Leibjäger hat in streng vorgeschriebener Dienstesklеidung zu erscheinen, welche aus Rock, Beinkleid, Dienstesbeschuhung, Leibjägerhut, Handschuhen, Degen, Sporen und der üblichen Dienstleibwäsche besteht. Zum Dienste hat sich der hohe Beamte durch seinen Friseur frisieren zu lassen, sowie auch jeden Tag zu rasieren, wenn starker Bartwuchs vorhanden ist. Vollbart sei gestattet . . Schlag 6 Uhr morgens empfangen der Generaladjutant und der Generalzeremonienmeister nebst zwei Zeremonienmeistern den König im Kabinette, worauf sich dann das übrige diensthabende Kortege zu beteiligen hat. Das übrige Kortege schließt vom Spiegelsaale aus dem umgebenden Kortege sich an zur Begleitung und der weiteren Bedienung des Königs an der Tafel. Die beiden Leibjäger, an der Tafel angekommen, haben dem König den Sessel an der Tafel zurecht zu richten und die aufliegende Speisekarte vorzulegen, worauf dann durch die Leibjäger die Umschürzung des Königs sowie die Serviettenbedienung zu geschehen hat; desgleichen haben auch die Leibjäger den König mit den an der Tafel aufliegenden Journalen zu bedienen, d. h. der

Leibjäger hat den König zu fragen, ob ein und welches Journal gefällig sei. . Alle während der Dienstzeit im Tafelsaale nicht am Platze gehörigen Annäherungen an Damen, welche die Art einer Liebschaft oder Liebesanbahnung erkennen lassen, sind strengstens verboten, indem es ein grober Verstoß gegen die gute Sitte des Hofes wäre."

Weiterhin ist von dem „Orden der beiden himmlischen Bräute" die Rede, durch den ein Ritter des Reiches unter prunkvollen Zeremonien zur ersten Rangstufe des Adels erhoben wird, von dem Viergespann mit silbernem Zaumzeug, das der Ritter halten, von dem Ahnensaal, den er sich einrichten muß, von den Dienstkleidern, die nicht abgewetzt und verschwitzt sein dürfen, von der Notwendigkeit für die Hofbeamten, „öfters ein Bad zu nehmen" und sich mittels Bartbürste den Schnurrbart von Tabaksbesudelung zu reinigen. Die Einkleidung sämtlicher Herrlichkeitsbeamten findet „am Tage der Erhebung des Königs über alle Völker des Erdkreises" statt; dem Regierungssitze werden die Reiche Judäa, Samaria, Galiläa, Idumäa und Peräa einverleibt. Als Kleider des Königs werden aufgeführt: „Ornate des Dienstes der Lösegewalt", oberhirtliche Dienstesornate, Lehramtskleider, Regierungsornate, Kirchenfestornate, weltliche Festesornate, Hauskleider, die alle genau beschrieben werden. Die Zahl der Hofbeamten beläuft sich auf 157, vom ersten Thronbischof Primas, Generalthronmeister, Throngeneral, Generalschatzmeister, Generalarchivar, einer Menge von Generaldirektoren (u. a. der Kabinetstapezierschule, Hutmachereischule, Harnischbrüsteschneidereischule, der Leibjournale) zum Generalhofmarschall, Generalstallmeister, Generalzeremonienmeister, Leibarzt, Barbier, Friseur, Mundkoch, Generalfischamtsmeister, Thronnotar, Stempelbeamten usf. Die in diesen Aufzeichnungen hervortretende naive Auffassung der zukünftigen Herrlichkeiten kehrt bei der Sektenbildung und Religionsstiftung vielfach wieder. Es läßt sich auch unschwer verfolgen, daß paranoische Kranke der hier geschilderten Art nicht selten die Begründer von großen Gemeinden geworden sind.

Weitere Schritte des Kranken bestehen darin, daß er Briefe an die geistlichen und weltlichen Machthaber richtet und sie über seine Sendung aufklärt oder ihnen Fehde ansagt. Eine Probe davon gibt der folgende Ausschnitt:

„Die Stunde sei nämlich jetzt gekommen, wo ihr kathl. Pfaffenbrut das Spiel mit Eurem Spott gegen Mich und Meine heil. Schriften zu Ende ge-

spielt habt! Jetzt folgt nämlich die Abrechnung für eure Missetaten! d. h. Ich fordere euch mitsamt euren antichristlichen Halunken am hl. Stuhle zu Rom jetzt selbst auf, daß ihr Mir und Meiner hl. Schrift da mit euren bekannten Spott und euren sonstigen gemeinen Verdächtigungen nochmal entgegentreten sollet und dies also, auf daß laut Offbg. Joh. die Einleitung zur Abrechnung für eure Missetaten gegen Mich getroffen werden kann. Die Einleitung hiezu wird nämlich nicht nur durch derartige Erdbeben und Vulkanausbrüche getroffen, daß es ein allgemeines Weheklagen geben wird! es würde auch die weitere Einleitung hiezu noch durch derartige Krankheiten, Hungersnot und Elend getroffen werden, daß die Kathl. Christenheit bereits gänzlich vom Erdboden vertilgt würde, sobald sie sich auf die Erdbeben und Vulkanausbrüche hin auch noch nicht von euch lumpigen kathl. Pfaffen trennen würde."

Andere schicken sich an, ein Buch über die wichtigsten Wahrheiten zu schreiben; vielleicht das dritte Testament, meinte ein Kranker. Der „himmlische Hochzeitsmahlgeber" erfüllte das Gleichnis dadurch, daß er zweimal die Einladung in Form von umfangreichen Sendschreiben über das herannahende 1000jährige Reich ergehen ließ. Der Erzbischof erhielt ein Buch im Gewichte von $2^1/_2$ Zentnern. Als darauf nichts außer einer Anklage wegen Religionsstörung erfolgte, erklärte der Kranke, nun habe er seine Aufgabe erfüllt, bescheide sich und werde dem Verderben seinen Lauf lassen. Ein anderer Kranker erschien auf den Straßen Münchens, mit Silbergaze geschmückt und mit einer Tafel um den Hals, auf der folgende Ankündigung stand:

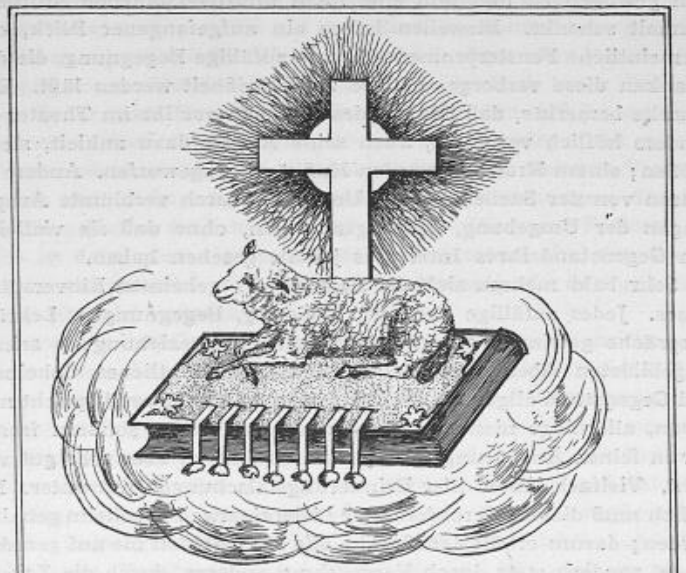
„Hierher und nicht weiter geht das Wort Gottes. Tut Buße, denn das Ende von Europa ist nahe. Zehn Jahre habt Ihr noch Zeit, Buße zu thun, und dann wird im ganzen Europa kein Mensch mehr sein."

Auch er wurde festgenommen und begab sich ruhig wieder in seine Heimat, da er nun seine Pflicht getan habe. Ein anderer Kranker reiste durch die Welt, überquerte 12 mal den Ozean, fühlte sich getrieben, zu den Juden zu gehen, die das Gesetz halten; eine Kranke fuhr mit Unterstützung ihrer Anhänger nach Wien, um dort durch ihre Buße, die sie in zahlreichen Kirchen tat, die Pest zu bannen. Manche Kranke fühlen in sich den Beruf, die Welt zu verbessern, das Volk zu beglücken. Ein israelitischer Kranker betrieb mit größter Hartnäckigkeit und in immer wiederholten Eingaben an die Volksvertretungen die Heilighaltung des Sabbats und die Entrichtung des Zehnten durch die Juden sowie die täglich zweimalige unentgeltliche Verteilung von Brot. Er verlangte auch

die Fütterung der Fische im Meere und schrieb Schiffsunfälle dieser Unterlassungssünde zu. In einer Eingabe an den Gastwirtetag regte er die allgemeine Aufhängung von Tafeln mit Gesundheitsvorschriften an: „Man atme nie durch den Mund — man spucke nie auf den Fußboden, nicht auf die Straße, nur ins Taschentuch." Auf der Straße machte er die Leute darauf aufmerksam, daß sie sich nicht auf die Steine setzen sollten, um sich nicht zu erkälten, riet den Schutzleuten, sich mit ihren Helmen nicht zu sehr der heißen Sonne auszusetzen, sondern lieber in den Schatten zu gehen.

Das äußere Verhalten der Kranken pflegt im allgemeinen völlig geordnet zu sein. Sie üben gewöhnlich einen Beruf aus und erscheinen ihrer Umgebung vielfach als geistig besonders hochstehend. Meist haben sie eine große Sprachgewandtheit, vermögen in salbungsvollem Predigertone lange, bilderreiche, tiefsinnig klingende, wenn auch recht unklare Reden zu halten. Ein schon oben mehrfach erwähnter Kranker gab für seine Anhänger regelmäßig eine hektographierte Zeitschrift „Aus der Schule des Lichts" heraus, in der er sich über die verschiedensten religiösen Fragen, namentlich aber auch über die Vorgänge bei der Schöpfung, die Entdeckung des Feuers, das Leben der vorsintflutlichen Menschen ausführlich verbreitete. Zu seinem Geburtstage erschien jedesmal eine Festschrift, von deren einer Nummer ich den Titel abbilde (Fig. 287). Bei Sterbefällen in der „Gemeinde" wurden Todesanzeigen herausgegeben, in denen dem Dahingeschiedenen, der an allen Ereignissen der heiligen Sache innigen Anteil genommen und Gott schwere Opfer an irdischem Besitze gebracht habe, die Freuden des ewigen Lebens verheißen wurden, die ihr „geistiges Gottmenschwesen" bis zum jüngsten Tage genießen solle, um dann als edler Diener Gottes, im Leibe neu erstanden, des Grußes „Meiner Allerhöchst Königlichen Majestät des Königssohnes" sicher zu sein. Stets tragen die Kranken ein großes, bisweilen nur durch gesuchte Bescheidenheit verhülltes Selbstgefühl zur Schau. Manche suchen schon in ihrem Äußeren ihre heilige Sendung zum Ausdrucke zu bringen, lassen sich Haare und Bart lang wachsen, legen eine Art Christusgewand an.

Als eine letzte Form des paranoischen Größenwahns wäre noch die erotische Verrücktheit zu erwähnen. Der Kranke macht die Bemerkung, daß eine wirklich oder vermeintlich durch hervorragende Stellung ausgezeichnete Person des anderen Geschlechts



Festschrift!

Zur Feier des 61. Geburstags unseres
Herrn u. Meisters sowie zur Feier
des 25. Jubiläums Seiner hohen
Missionsthätigkeit als ewig kgl.
Hochzeitmahlgeber!

19.11.05.

Fig. 287. Paranoischer Festschrifttitel.

ihm gewogen ist und ihm eine nicht mißzuverstehende Aufmerksamkeit schenkt. Bisweilen ist es ein aufgefangener Blick, eine vermeintliche Fensterpromenade, eine zufällige Begegnung, die dem Kranken diese verborgene Liebe zur Gewißheit werden läßt. Eine Kranke bemerkte, daß der Landesfürst sich vor ihr im Theater besonders höflich verneigte, auch seine Kinder dazu anhielt, sie zu grüßen; einem Kranken wurden Kußhände zugeworfen. Andere erfahren von der Sache nur auf Umwegen durch verblümte Anspielungen der Umgebung, Zeitungsanzeigen, ohne daß sie vielleicht den Gegenstand ihres Interesses jemals gesehen haben.

Sehr bald mehren sich die Zeichen des geheimen Einverständnisses. Jedes zufällige Erlebnis, Kleidung, Begegnungen, Lektüre, Gespräche gewinnen für den Kranken eine Beziehung zu seinem eingebildeten Abenteuer. Seine Liebe ist öffentliches Geheimnis und Gegenstand allgemeinster Aufmerksamkeit; überall spricht man davon, allerdings niemals mit klaren Ausdrücken, sondern immer nur in feinen Andeutungen, deren tiefen Sinn er aber sehr gut versteht. Vielfach laufen hier Erinnerungsfälschungen mit unter. Natürlich muß diese außerordentliche Liebe einstweilen geheim gehalten werden; darum erhält der Kranke alle Nachrichten nie auf geradem Wege, sondern stets durch Vermittlung anderer, durch die Zeitung und in Form versteckter Bemerkungen. Auf dieselbe Weise weiß er sich durch gelegentliches Fallenlassen von Anspielungen mit dem Gegenstande seiner Liebe in Verbindung zu setzen. Der Flug der Tauben, die symbolisch ihn und die Geliebte darstellen, zeigt ihm, daß man ihn verstanden hat, daß er nach langen Kämpfen endlich sein Ziel erreichen wird; irgendeine Person, mit der er in Berührung tritt, erscheint ihm als die Erkorene, die sich verkleidet hat, um ihre Zuneigung der Welt zu verbergen, ja, eine geheime Ahnung vermag ihn bei einer derartigen Erkennungsszene über die handgreiflichsten Unähnlichkeiten, sogar über die Geschlechtsverschiedenheit hinwegzusetzen. Ein Kranker, der nach zweimaliger flüchtiger Begegnung ein reiches Fräulein mit Heiratsanträgen bestürmte, sah sie später unter anderem Namen wieder; sie warf ihm Blicke zu. Sodann traf er sie, ganz verändert und unter anderem Namen, als Kranke in einer, als Pflegerin in einer anderen Irrenanstalt; Mitkranke und der Pfarrer sprachen mit versteckten Worten über seine Angelegenheit. Nachdem er weiterhin einen Brief an sie mit dem Vermerk

ihres Todes — von ihr selbst geschrieben, wie er wahrnahm — erhalten hatte, suchte er sie auf und fand sie nunmehr verheiratet.

Dieser eigentümliche Wahn kann sich, besonders durch Vermittlung von verblümten Zeitungsanzeigen genährt, lange Zeit hindurch in der geschilderten Weise fortspinnen, ohne daß im sonstigen Tun und Treiben des Kranken, der ja seine Angelegenheit geheim zu halten sucht, etwas Verkehrtes hervortritt. Im weiteren Verlaufe gesellen sich nicht selten traumhafte Sinnestäuschungen, das Gefühl eines Kusses im Schlafe u. dgl., hinzu. Die ganze Färbung der Liebe ist dabei stets eine schwärmerische, romanhafte, der eigentliche Geschlechtstrieb bei dem Kranken oft wenig oder in ungesunder Weise (Onanie) entwickelt.

Endlich entschließt sich der Kranke zu weiteren Schritten. Er macht seiner Angebeteten Fensterpromenaden, richtet einen Brief an sie oder übermittelt ihr einen regelrechten Heiratsantrag. Die nunmehr erfolgenden Abweisungen kränken ihn vielleicht zunächst tief, erscheinen ihm aber dann nur als Mittel, ihn auf die Probe zu stellen. Bestärkt wird er in dieser Ansicht durch die Erfahrung, daß die früheren geheimnisvollen Verbindungen fortbestehen. Durch Zeitungsanzeigen wird er zum Stelldichein geladen; Äußerungen Vorübergehender weisen darauf hin, daß er zu der Geliebten gehen soll; er hat das Gefühl, als versäume er etwas, wenn er es nicht tut. Eine Kranke erhielt im Feuilleton der Zeitung mehrere Jahrzehnte hindurch Nachrichten von ihrem hohen Geliebten, dem sie dann brieflich zu antworten pflegte. So erfuhr sie, daß er einen Ehevertrag an sie abgesandt, ein Haus für sie gekauft und eine Jahresrente von 30 000 Franken für sie ausgesetzt habe.

Indessen die Dinge gestalten sich nicht günstig. In dem erwähnten Falle wurde der Geliebte untreu, da ihn eine Hauptmannswitwe für 15 Jahre in Liebesfesseln geschlagen hatte. Der Ehevertrag wurde unterschlagen; man wollte die Ehe verhindern. Üble Gerüchte wurden ausgestreut; eine Hofdame schickte sich an, die Kranke öffentlich zu ohrfeigen und dadurch unmöglich zu machen; die Köchin wurde von einer eifersüchtigen Prinzessin angestiftet, sie zu vergiften. Man streute Morphium in die Betten; im Nachtlicht war Gift; Gas stieg von unten auf. So kann die Geliebte zum Feinde und Verfolger des Kranken werden, oder sie will doch wenigstens seinen Hochmut brechen, um ihn dann zu heiraten. Sie schickt ihm

überall Spione nach, läßt heimlich seine Sachen durchsuchen, verhindert, daß er eine gute Stellung bekommt. Auf Briefen wird sein Name falsch geschrieben, bei der Unterschrift das „hochachtungsvoll" weggelassen; man rempelt ihn auf der Straße an, zeigt ihm die Zunge, spuckt vor ihm aus. Die Speisen machen ihm, offenbar infolge von gesundheitsschädlichen Beimengungen, Magen- und Verdauungsbeschwerden, so daß er selbst für sich kochen muß; er schreibt deswegen Drohbriefe, wendet sich um Schutz an die Polizei.

Wie schon die gegebenen Schilderungen erkennen lassen, sind die hier auseinandergehaltenen Spielarten der Paranoia keineswegs scharf abgegrenzte Krankheitsformen. Vielmehr verbinden sich die einzelnen Gestaltungen des Wahns ganz gewöhnlich miteinander, aber in unregelmäßiger Weise. Zumeist wird man jedoch keine erheblichen Schwierigkeiten finden, die einzelnen Beobachtungen in die verschiedenen Gruppen einzureihen, wenn man die Hauptrichtung der Krankheitsentwicklung berücksichtigt. Hier und da finden sich freilich Fälle, deren Zuteilung zu der einen oder anderen Form einigermaßen willkürlich ist. Von den einzelnen Gestaltungen des Wahns schienen mir der Verfolgungswahn, der Eifersuchtswahn und der religiöse Wahn am häufigsten zu sein; es kann aber sein, daß diese Krankheitsbilder nur besonders leicht die Notwendigkeit psychiatrischer Beobachtung bedingen. —

Der allgemeine Verlauf des Leidens ist in unserer Darstellung wiederholt angedeutet worden. Die Entwicklung vollzieht sich immer ganz allmählich, so daß sich der Beginn der Krankheitserscheinungen in der Regel kaum annähernd festlegen läßt. Man spricht daher von einer Vorbereitungszeit, in der als Vorläufer der eigentlichen Wahnbildung Ahnungen, Vermutungen auftauchen, die wieder zurücktreten, vergessen, auch wohl berichtigt werden. Manche Kranke drücken sich auch dann noch in sehr vorsichtigen Wendungen über ihre Ideen aus, wenn man aus ihrem ganzen Verhalten schon die Überzeugung schöpfen muß, daß ihr System vollkommen festwurzelt; ein derartiger Kranker kam, um zu fragen, ob seine Vorstellungen Wahnwitz oder Wirklichkeit seien.

Die beiden entgegengesetzten Richtungen der Wahnbildung können von vornherein nebeneinander erkennbar sein. Der Kranke glaubt sich vielleicht schon von seinen Eltern und Geschwistern nicht mit der rechten Liebe behandelt, sondern vielfach verkannt;

man hat für seine Eigenart kein Verständnis. So entwickelt sich ein geheimer, allmählich wachsender Gegensatz zwischen ihm und seiner Umgebung. Er steht seinen Angehörigen wie ein Fremder, als Mensch aus einer anderen Welt gegenüber; sein Verhältnis zu ihnen ist ein kaltes, äußerliches, unnatürliches, selbst feindliches. „Gott ist mein Vater und die Kirche meine Mutter", sagte ein Kranker, der durch häufiges Fasten das Irdische in sich abtöten und dadurch in ein inniges Verhältnis zu Gott kommen wollte. Der Kranke zieht sich daher von seinen Angehörigen zurück, begegnet ihnen schroff, abweisend, sucht die Einsamkeit auf, um ungestört seinen Gedanken nachhängen zu können, beschäftigt sich mit unpassender und unverstandener Lektüre. Zugleich aber regt sich in seinem Innern eine tiefe Sehnsucht nach etwas Großem und Hohem, ein geheimes Drängen nach kühner Betätigung, die stille Hoffnung auf ein unfaßbares Glück. Mehr und mehr befestigt sich in ihm die Überzeugung, zu etwas „Besonderem" geboren zu sein. Er glaubt an seine „Bestimmung", an seine Mission, die er zu erfüllen hat.

Den letzten, entscheidenden Anstoß zur Anerkennung des Wahns scheint nicht selten ein an sich ganz unbedeutender Vorgang zu bilden, wie es in der oben wiedergegebenen Darstellung gerade des an der Tatsächlichkeit seines Wahnes zweifelnden Kranken geschildert wurde; auch dort, wo die Wahnbildung an Visionen oder ekstatische Zustände anknüpft, kann man ein plötzliches Auftauchen des Wahnes annehmen. In anderen Fällen setzt die wahnhafte Erleuchtung bei den Kranken angeblich mit Erlebnissen ein, die sich unzweifelhaft als Erinnerungsfälschungen kennzeichnen.

Auch die weitere Entwicklung des Wahns vollzieht sich in der Regel äußerst langsam. In einzelnen Fällen können sich, wie Jaspers gezeigt hat, die wahnhaften Erlebnisse auf eine ganz kurze Zeitspanne zusammendrängen, so daß weiterhin wesentlich nur noch deren Verarbeitung durch Schlußfolgerungen und konfabulierende Ausschmückung erfolgt. Daß sich in den Verlauf gelegentlich auch hysterische oder doch psychogene Bewußtseinsveränderungen einschieben können, wurde bereits erwähnt; sie haben anscheinend eine gewisse Verwandtschaft mit Beobachtungen, die wir beim Verfolgungswahn der Gefangenen und beim induzierten Irresein machen. Meist jedoch schreitet die Wahnbildung nur ganz

allmählich fort, auch wohl in kleineren oder größeren Schüben; die alten Gedankenkreise erweitern und bereichern sich; neue treten hinzu und beeinflussen Wahrnehmung, Deutung, Erinnerung und Einbildungskraft in ihrem Sinne.

Man wird aber gewöhnlich einen Abschnitt der Krankheit unterscheiden können, nach dessen Ablauf die Wahnbildung in der Hauptsache abgeschlossen ist und sich wohl in Einzelheiten, nicht aber in ihren Grundzügen ausbreitet. Den natürlichen Ausgang der Paranoia bildet demnach wahrscheinlich regelmäßig ein Residualwahn. Die Erzeugung neuer Wahnvorstellungen läßt, bisweilen früher, bisweilen später, allmählich nach, aber das einmal aufgebaute Wahnsystem pflegt in der Hauptsache unverändert fortzubestehen. Kleine Erweiterungen sind wohl noch möglich, und nebensächliche Züge können in Vergessenheit geraten oder auch gewisse Wandlungen erfahren, namentlich durch Erinnerungsfälschungen, aber der wesentliche Wahninhalt bleibt der gleiche. Im Laufe der Zeit pflegt aber die Stärke der gemütlichen Betonung des Wahns und damit die treibende Kraft für seine Entwicklung langsam abzunehmen. Der Kranke bringt zwar seine Wahnideen noch in alter Weise vor und gerät dabei auch vielleicht noch in ein gewisses Feuer, aber sie beschäftigen ihn doch nicht mehr dauernd so stark wie früher. Damit verlieren sie auch mehr und mehr ihren Einfluß auf sein Handeln. Der Kranke lehnt sich nicht mehr mit der alten Tatkraft gegen die Verfolgungen auf, strebt nicht mehr leidenschaftlich seinen hohen Zielen zu, sondern er fügt sich in sein Schicksal und sucht sich, so gut es geht, mit den Verhältnissen abzufinden. Ein Kranker richtete an mich folgendes Schreiben:

„Wenn ich jetzt auch schweige auf alle Insulten, so kommt doch der Tag noch, wo das alles ans Tageslicht kommt, was man mit mir für ein gemeines Spiel treibt. In München allein sind es Tausende, die wissen, daß ich nicht irrsinnig bin, daß ich nur irrsinnig sein muß, um um meine Erbschaft zu kommen. Da dürfen diese renitenten Herren noch lange warten, bis ich zur Gewalt gegen meine Bedränger schreite. O nein, solches tue ich in meinen alten Tagen nicht und warte ruhig den Ausgang ab, was da kommen mag . ."

Auch ein schon oben erwähnter Kranker, der Fasten, Beten und Stillschweigen aus religiösen Gründen für notwendig hielt, schrieb:

„Da ich von Seiten des Gerichts entmündigt und für geisteskrank erklärt worden bin, ist es vollständig gerechtfertigt, wenn ich mich schriftlich äußere; das Recht steht auf Grund dessen vollständig auf meiner Seite. Da

sich dieses aber im praktischen Leben nicht gut durchführen läßt, mache ich davon nur in dem Falle Gebrauch, wenn mich die Gewissenhaftigkeit dazu zwingt, was namentlich denen gegenüber gerechtfertigt ist, welche meine traurigen Verhältnisse kennen."

Ein eigentlicher Schwachsinn scheint sich auch nach sehr langer Dauer der Krankheit nicht zu entwickeln, wenn auch öfters die Wahnvorstellungen und ihre Begründung ziemlich unklar und unsinnig sind. Ich konnte eine Kranke bis über das 90. Lebensjahr hinaus beobachten, die mit 43 Jahren erkrankt war. Außer einer gewissen senilen Vergeßlichkeit hatte sich kein Zeichen geistiger Schwäche eingestellt; auch in Haltung und Benehmen zeigte die Kranke keinerlei Störung, während sie an ihren alten Wahnvorstellungen durchaus festhielt.

Es bedarf wohl nur eines kurzen Hinweises auf die Tatsache, daß die hier geschilderte Entwicklung der paranoischen Persönlichkeit lediglich ein krankhaft verzerrtes Abbild der allgemeinen Wandlungen darstellt, die menschliches Denken und Streben im Laufe des Lebens zu erfahren pflegen. Der zu großen Taten und Erlebnissen drängende Überschwang der Jugend verebbt allmählich an den Widerständen des Lebens, oder er wird durch die Reifung des zielbewußten Willens in geregelte Bahnen gelenkt. Enttäuschungen und Hindernisse führen zur Verbitterung, zu leidenschaftlichen Kämpfen oder zur Entsagung, die ihre Zuflucht zu kleinen Liebhabereien und tröstenden Zukunftsplänen nimmt. Allmählich aber schwindet die Spannkraft; Denken und Wollen erstarren im engen Kreise des Alltäglichen, nur hier und da noch von der Erinnerung an die einstigen Hoffnungen und Niederlagen belebt. —

Die Häufigkeit der Paranoia erreicht nach meinen Erfahrungen lange nicht 1% der Aufnahmen, namentlich wohl deswegen, weil die Mehrzahl der Kranken nicht oder nur vorübergehend anstaltsbedürftig wird. Mercklin sah in Treptow auf etwa 200 Aufnahmen einen Paranoiker. Zur Beleuchtung dieser Tatsachen gebe ich nachstehend eine Übersicht über die Dauer der Krankheit bis zum Eintritte in die Anstalt für die kleine Zahl von Fällen, in denen sich darüber ein einigermaßen sicheres Urteil gewinnen ließ.

Dauer (Jahre)	3	4	5	6	7	9	10	12	14	17	21	26	41	44
Fälle	6	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1

Man erkennt hieraus, daß die Hälfte der Kranken mehr als

9 Jahre ungestört in der Freiheit lebten, bevor sie in die Hände des Irrenarztes gelangten; nicht ganz selten verflossen bis dahin über 20, hie und da über 40 Jahre. Auch dann dauerte der Anstaltsaufenthalt in der Regel nur verhältnismäßig kurze Zeit, da die Kranken bereit und imstande waren, sich den Forderungen des Gemeinschaftslebens zu fügen. Nur die Thronanwärter und ähnliche Kranke, die hohe Personen und Behörden querulatorisch zu belästigen pflegen oder andere ausbeuten, verfallen dem Schicksale längerer Freiheitsentziehung. Aus diesen Gründen ist es dem einzelnen Irrenarzte nur schwer möglich, selbst in größerem Umfange Erfahrungen über paranoische Kranke zu sammeln, ein Umstand, der gewiß für unsere mangelhafte Kenntnis dieses Gebietes und für die großen Meinungsverschiedenheiten mit verantwortlich zu machen ist.

Soweit die kleine, mir zur Verfügung stehende Beobachtungsreihe ein Urteil erlaubt, scheint das männliche Geschlecht erheblich stärker an der Paranoia beteiligt zu sein; fast 70% meiner Kranken waren Männer. Sie überwiegen begreiflicherweise besonders unter den Erfindern und Religionsstiftern, während beim erotischen und Verfolgungswahn auch die Frauen ziemlich stark vertreten sind. Das Lebensalter bei Beginn der Erkrankung lag in $^2/_3$ der Fälle jenseit des 30. Jahres, verhältnismäßig am häufigsten zwischen dem 30. und 40 Jahre. In vereinzelten Fällen ließen sich die Spuren der Krankheit bis ins 16. und 18. Jahr zurückverfolgen. Dagegen habe ich mich niemals von einer wirklich „originären", bis in die frühe Kindheit reichenden Entstehung der Wahnvorstellungen überzeugen können, wie sie Sander bei der Aufstellung seiner „originären Paranoia" im Auge hatte. Vielmehr handelt es sich bei solchen Erzählungen der Kranken regelmäßig um Erinnerungsfälschungen. Die merkwürdigen, mit auffallend genauen Einzelzügen berichteten Äußerungen und Erlebnisse fallen dem Kranken nachträglich wieder ein, wenn er sein ganzes Leben wie ein aufgeschlagenes Buch durchmustert; sie haben vorher gar keinen Eindruck auf ihn gemacht und waren ganz vergessen. Nicht selten gehören übrigens die in diesem Sinne originären Fälle der Dementia praecox an und verblöden rasch; andere zeigen das Bild der konfabulierenden Paraphrenie.

Über die Erblichkeitsverhältnisse unserer Kranken wage ich kaum etwas zu sagen, nicht nur wegen der geringen Zahl der Be-

obachtungen, sondern namentlich auch deswegen, weil die Nachrichten über die Familiengeschichte bei diesen, zu $^2/_3$ erst nach dem 40. Jahre in die Klinik eingetretenen Kranken viel zu unsicher sind. Eine ganze Reihe von ihnen hatte ein so unstetes Leben geführt, daß man lediglich auf ihre eigenen, naturgemäß sehr unzuverlässigen Angaben angewiesen war. Ich lege unter solchen Umständen auf die Erfahrung, daß in etwas mehr als $^1/_4$ der Fälle Geisteskrankheit bei einem der Eltern angegeben wurde, keinerlei Wert. Wichtiger ist es wohl, daß uns in mehr als der Hälfte der Fälle über persönliche Eigentümlichkeiten berichtet wurde, die auf eine psychopathische Veranlagung schließen ließen. Am häufigsten schien ein reizbares, aufgeregtes, bisweilen rohes, gewalttätiges Wesen zu sein. Andere Kranke waren mißtrauisch, eigenwillig, abergläubisch oder ehrgeizig, streberisch, unstet, unwahrhaftig, noch andere willensschwach und unbegabt. Mehrere Kranke zeigten gleichgeschlechtliche Neigungen; einige waren lange Bettnässer gewesen. Wenn demnach vorderhand auch von einer einheitlichen paranoischen Veranlagung nicht die Rede sein kann, läßt sich doch soviel sagen, daß die Kranken vielfach von vornherein deutlich persönliche Eigentümlichkeiten darboten, die ihnen die Einfügung in das Gemeinschaftsleben wesentlich erschweren mußten.

Äußere Anlässe spielen bei der Entstehungsgeschichte gar keine oder doch nur eine ganz untergeordnete Rolle. Auch die hier und da berichteten unliebsamen Lebenserfahrungen schienen mir höchstens für den Inhalt, nicht aber für den Ursprung des Wahnes von Bedeutung zu sein; öfters waren sie offenbar erst die Folge krankhaften Verhaltens. Schon die schleichende Entwicklung des Leidens dürfte dafür sprechen, daß der Krankheitsvorgang durch innere Ursachen erzeugt wird, und die allgemeine Meinung neigt zu der Annahme, daß wir in der Paranoia eine Ausdrucksform der Entartung vor uns haben. Stimmen wir dieser Ansicht im Hinblicke auf die Eigenart des Leidens und auf die Häufigkeit vorbereitender psychopathischer Züge bei unseren Kranken zu, so stehen wir weiterhin vor der besonders von Jaspers scharf umrissenen Frage, ob die Paranoia als die folgerichtige Entwicklung einer abnorm veranlagten Persönlichkeit oder als ein Vorgang aufzufassen sei, der von einem gegebenen Zeitpunkte an eine krankhafte Umwälzung in dem bis dahin gesunden Menschen herbeiführt.

Die erstere, wohl mehr den Anschauungen der französischen Forscher entsprechende Auffassung ist neuerdings bei uns namentlich von Mercklin und Gaupp vertreten worden; ersterer spricht geradezu von „paranoischen Keimen", die späterhin in der Krankheit zur Entwicklung kommen sollen. Zur Stütze dieser Meinung könnte zunächst die Mannigfaltigkeit der Wahnsysteme herangezogen werden, die trotz Wiederkehr gewisser Grundzüge doch jedem einzelnen Falle sein ganz persönliches Gepräge verleiht. Einwenden läßt sich dagegen, daß auch ein Krankheitsvorgang, der etwa nur gewisse geistige Höchstleistungen in Mitleidenschaft zöge, der Beeinflussung des klinischen Bildes durch die persönlichen Eigentümlichkeiten des Erkrankten einen weiten Spielraum lassen würde. Weiterhin aber ist es vielleicht beachtenswert, daß die verschiedenen Wahnrichtungen bei der Paranoia ungefähr den allgemeinen Befürchtungen und Hoffnungen des gesunden Menschen entsprechen. Sie erscheinen daher gewissermaßen als der krankhaft umgeformte Ausdruck der natürlichen Regungen des menschlichen Herzens. Indessen begegnen uns ähnliche Beziehungen auch bei schweren, zerstörenden Hirnerkrankungen, wie bei der Paralyse und der Dementia praecox, ein Zeichen dafür, daß eben der Inhalt der Wahnvorstellungen überall durch die allgemeinen Gemütsbedürfnisse mitbestimmt wird. Es wäre ja auch in der Tat schwer einzusehen, woher denn sonst der Wahn seine Gestaltung nehmen sollte.

Man wird aber dennoch wohl den Standpunkt vertreten dürfen, daß der Zusammenhang des Wahns mit der persönlichen Eigenart bei der Paranoia ein wesentlich innigerer ist, als bei den genannten Krankheitsformen. Ganz abgesehen davon, daß sich die Millionenglückseligkeit des Paralytikers, der telepathische Beeinflussungswahn des Frühdementen weit einförmiger wiederholt, lassen sich doch bei der Paranoia die Wurzeln des später hervortretenden Wahns gar nicht selten in bestimmten, vorbereitenden Wesenszügen aufdecken. Ganz allgemein scheint mir dabei einmal die starke gemütliche Betonung der Lebenserfahrungen und die damit zusammenhängende persönliche Färbung der Beziehungen zur Außenwelt im feindlichen und freundlichen Sinne in Betracht zu kommen. Sodann spielt eine Rolle das mit Mißtrauen gepaarte Gefühl der eigenen Unsicherheit sowie das ehrgeizige, leidenschaftliche Streben

nach Anerkennung, Reichtum, Macht nebst maßloser Selbstüberschätzung. Hier haben wir gewissermaßen die Bestandteile vor uns, aus denen sich die Entwicklung einer paranoischen Lebens- und Weltanschauung einigermaßen erklären ließe. Sie tragen in sich die Vorbedingungen nicht nur für ein dauerndes Mißverhältnis zwischen Wunsch und Wirklichkeit, sondern auch für eine Beeinflussung der gesamten Lebensauffassung durch diesen inneren Zwiespalt. Specht hat die Meinung ausgesprochen, daß Lebensverhältnisse, die eine Verbindung von hoher Spannung des Selbstgefühls mit ungenügender äußerer Anerkennung herbeiführen, die Entstehung der Paranoia begünstigen; als Beispiel gelten ihm die Volksschullehrer.

Suchen wir nunmehr der Frage näher zu treten, unter welchen Voraussetzungen sich aus der paranoiden Stimmungslage hier der Verfolgungs-, dort der Größenwahn entwickelt, so ließe sich vielleicht daran denken, daß die ursprüngliche Gemütsart, die Neigung zu rosiger oder düsterer Färbung der Lebenserfahrungen, die Wahnbildung bald in diese, bald in jene Richtung lenkte. Durchmustert man die Vorgeschichte unserer Kranken, so wird man dieser Annahme eine gewisse Berechtigung nicht absprechen können; eine verbitterte, gallige Lebensauffassung scheint in der Tat oft die Entwicklung des Verfolgungswahns, zuversichtliches Selbstvertrauen diejenige des Größenwahns vorzubereiten.

Gegen eine so einfache Annahme spricht indessen einigermaßen die Erfahrung, daß wir ungemein häufig beide Wahnrichtungen nebeneinander vorfinden. Man hat diese Verbindung gewöhnlich durch eine Art mehr oder weniger klar bewußter Überlegung zu erklären gesucht. Der von Größenideen erfüllte Kranke soll durch den Widerstand, auf den er bei der Verwirklichung seiner Pläne stößt, zu der Annahme feindseliger Machenschaften gedrängt werden. Dagegen läßt sich einwenden, daß man unter diesen Gesichtspunkten auch bei anderen wahnbildenden Krankheiten regelmäßig eine derartige Entwicklung erwarten sollte, was doch nur in ziemlich beschränktem Maße zutrifft. Immerhin läßt sich die Annahme verteidigen, daß die Kämpfe und Schwierigkeiten, in die der Kranke teils durch seinen Wahn, teils aus anderen Gründen verwickelt wird, für die Ausbildung des Verfolgungswahns von erheblicher Bedeutung sind. Abgesehen davon, daß wir bei

den Haftpsychosen die Entstehung von Verfolgungsideen unter dem Drucke widriger Lebensschicksale mit der Klarheit des Versuches verfolgen können, beobachten wir auch nicht selten, daß sich dem Größenwahn Beeinträchtigungsvorstellungen dann hinzugesellen, wenn die Kranken in mißliche Lebenslagen geraten und auf ernste Widerstände stoßen.

Man darf aber vielleicht noch weiter gehen und annehmen, daß unter Umständen schon ihre aus mangelhafter Veranlagung entspringende Unzulänglichkeit für den Kampf mit dem Leben als die Wurzel ihrer Verfolgungsideen anzusehen ist. Wer von dem geheimen Gefühle der Unsicherheit beherrscht wird und sich durch seine Schwächen in der Erfüllung seiner Lebenswünsche behindert sieht, ist nur zu leicht geneigt, Gefahren zu wittern und die Schuld an seinen Mißerfolgen auf äußere Einflüsse zu schieben. Nicht selten begegnet es uns, daß sich Paranoiker, wenn es ihnen möglich ist, im Gefühle ihrer Verwundbarkeit von vornherein dem ernsthaften Lebenskampfe zu entziehen suchen, keine feste Stellung einnehmen, sondern unstet umherziehen, sich nur mit Liebhabereien beschäftigen, die Berührung mit dem Leben meiden.

Wäre die unvollkommene Ausrüstung für die Überwindung der Lebensschwierigkeiten und der aus ihr sich entwickelnde Gegensatz zur Umgebung eine wesentliche Grundlage für den Verfolgungswahn, so würde sich auch seine Unheilbarkeit begreifen lassen. Denn dieses Mißverhältnis besteht dauernd fort. Während bei den Haftpsychosen die Triebfedern der Wahnbildung durch die Entlassung des Kranken in die Freiheit entspannt werden, erneuert hier jeder Tag das Gefühl der Schutzlosigkeit gegenüber den feindseligen Mächten des Lebens. Daß trotzdem die Wahnbildung erst im dritten oder vierten Lebensjahrzehnt zu beginnen pflegt, könnte in dem allmählichen Verluste der jugendlichen Spannkraft begründet sein, die zunächst noch jeden Mißerfolg durch Erweckung neuer Zukunftshoffnungen ausgleicht.

Es ist jedoch nicht zu verkennen, daß bei der paranoischen Gestaltung des Wahnes noch ein weiterer Umstand mitspielen muß. Uns begegnen zahlreiche Psychopathen, die dem Lebenskampfe nicht gewachsen sind und ihm ausweichen, ohne Verfolgungsideen zu entwickeln. Was den Paranoiker kennzeichnet, ist sein Widerstand, sein leidenschaftlicher Kampf gegen die Unbilden des Le-

bens, in denen er feindselige Einflüsse erkennt. Gerade darin zeigt es sich, daß der Wahn hier einen Bestandteil der Persönlichkeit bildet. Mißerfolge sind dem Kranken nicht zufällige oder selbstverschuldete Ereignisse, sondern ein ihm angetanes Unrecht, gegen das er sich auflehnt. Diese Reaktionsweise scheint mir darauf hinzudeuten, daß bei ihm auch da, wo er dauernd die innere Unsicherheit empfindet, zugleich ein gesteigertes Selbstgefühl vorhanden ist; dies eben bedingt seine besondere Empfindlichkeit. Dürften wir das annehmen, so würde sich auch einigermaßen die Häufigkeit von Größenideen neben dem Verfolgungswahne verstehen lassen.

Den paranoischen Größenwahn hat man öfters aus der verstandesmäßigen Würdigung der ungeheuerlichen Machtmittel abgeleitet, die von den Verfolgern aufgeboten werden; dadurch soll in dem Kranken die Vorstellung von einer ganz besonderen Bedeutung seiner Person erweckt werden. Mir scheint das eine gekünstelte Annahme. Wir müßten dann doch Ähnliches bei melancholischen Kranken beobachten; das trifft aber, wenn keine manischen Beimischungen vorhanden sind, nicht zu. Egozentrische Richtung des Denkens kann jedenfalls nicht ohne weiteres mit dem Größenwahn zusammengeworfen werden. Dagegen läßt sich außer dem Hinüberspinnen hochfliegender Jugendpläne in das reifere Leben noch eine andere Quelle paranoischer Größenideen denken, die wohl nicht weit von jener ersten entspringt. Der Kampf mit dem Leben kann auf doppelte Weise diese Gedankenrichtung begünstigen. Demütigungen können zu trotziger Selbstüberhebung aufrütteln, die in der starken Betonung des eigenen Wertes ein Gegengewicht gegen die Mißachtung von außen schafft, oder aber die Niederlagen und Enttäuschungen führen zum Versenken in eine freundlichere Scheinwelt, wie wir das beim präsenilen Begnadigungswahn kennen gelernt haben. Wenn sich der hoffnungsfreudige Größenwahn der Jugend an seinem Kraftgefühle berauscht, weil er den Ernst des Lebens und seine Widerstände nicht kennt, werden hier die niederdrückenden Erfahrungen des Lebenskampfes verdrängt, weil sie nicht überwunden werden können. Namentlich da, wo die Waffen versagen, die zur Überwindung und Niederwerfung der entgegenstehenden Hindernisse notwendig sind, Zähigkeit und Nachhaltigkeit des Willens, wird die Selbstbehauptung auf einen dieser Wege gedrängt, die beide zum Größenwahn führen, sei es durch hochfahrende Auf-

lehnung gegen fremdes Urteil, sei es durch Ausweichen in Zukunftshoffnungen, die kein Mißgeschick zu zerstören vermag.

Vielleicht wird es einmal möglich sein, die verschiedenen Entstehungsmöglichkeiten des paranoischen Größenwahns auch klinisch zu verfolgen. Dort, wo er von Jugend auf das Krankheitsbild beherrscht, werden wir mehr an seinen Ursprung aus selbstgefälligen Träumereien denken dürfen. Wo er sich aber im Anschlusse an Verfolgungsideen und erst in reiferem Alter entwickelt, haben wir es wohl mehr mit einer Abwehrmaßregel gegen die niederdrückenden Einflüsse des Lebens zu tun. Während der Wahn im ersteren Falle seine Entstehungsgeschichte in der romantischen Färbung, in dem Reichtum an Erinnerungsfälschungen und wahnhaften Erfindungen verrät, beschränkt er sich im letzteren inhaltlich auf eine maßlose Überschätzung der eigenen Fähigkeiten. Endlich kann, ebenfalls im späteren Leben, mit oder ohne Anschluß an Verfolgungsideen, namentlich bei willensschwachen oder sonstwie unzulänglich ausgerüsteten Naturen, ein Größenwahn zur Entwicklung gelangen, der ähnliche Züge trägt wie im ersten Falle, und eine Art psychologischen Ersatzes für die Enttäuschungen des Lebens bildet. Es muß der Zukunft überlassen werden, zu prüfen, ob sich diese, zunächst aus gewissen Voraussetzungen abgeleiteten Formen in der Erfahrung tatsächlich wiederfinden lassen; vermutlich werden sie vielfach ineinander verschwimmen.

Die im vorstehenden geschilderten gemütlichen Voraussetzungen können nun wohl die Entstehung von Wahnvorstellungen erklären, nicht aber ihre besondere, paranoische Gestaltung. Jedenfalls wird durchaus nicht jeder paranoisch, der die angeführten Eigentümlichkeiten aufweist. Es müssen also noch Umstände hinzukommen, die das Einnisten und die geistige Verarbeitung des Wahnes vermitteln. Hier ist vielfach auf das überraschende Versagen der Kritik gegenüber den auftauchenden Wahnvorstellungen hingewiesen worden, das den Kranken deren Einflusse widerstandslos anheimfallen läßt. Zumeist wurde diese Urteilslosigkeit als das Anzeichen einer gewissen geistigen Schwäche aufgefaßt. Dazu ist zunächst zu bemerken, daß die Wahnbildungen der Paranoiker nach den soeben angestellten Erörterungen ihre Wurzel doch wohl in gemütlichen Spannungen haben, wie sie auch beim Gesunden die Fähigkeit zu sachlichem Abwägen stark zu beeinträchtigen pflegen.

Bezeichnend dafür ist bekanntlich das feste Haften von politischen und religiösen Überzeugungen, die in der Regel nicht durch eigene geistige Arbeit erworben, sondern durch die gemütlichen Einflüsse der Erziehung und des Beispiels eingeimpft werden und dadurch „ans Herz wachsen"; auch ihnen gegenüber versagt vielfach in sonst unbegreiflicher Weise die rein verstandesmäßige Überlegung.

Indessen auch abgesehen von der gemütlichen Verankerung des paranoischen Wahns, dürften noch gewisse Unvollkommenheiten der Verstandesarbeit bei unseren Kranken wesentlich mit dazu beitragen, ihre Widerstandsfähigkeit gegen das Auftauchen und Einmischen wahnhafter Vorstellungen zu verringern. Wie mir scheint, zeigt die Wahnbildung der Paranoiker manche bemerkenswerten Übereinstimmungen mit dem unentwickelten Denken. Zunächst begegnen wir der schwärmerischen, durch nüchterne Erwägungen nicht abgekühlten Sehnsucht nach überspannten Zielen, Idealen, wie sie anscheinend vielfach die Grundlage des paranoischen Größenwahns bildet, in ähnlicher Weise bei der Jugend. Späterhin, mit Reifung des Urteils, führen die Lebenserfahrungen allerdings unwiderstehlich zu einer Einschränkung der Hoffnungen auf das Erreichbare, während sich im Paranoiker gerade dann die Überzeugung befestigt, der Erfüllung seiner Träume nahe zu sein. Auch die eigentümlich romantische Färbung der paranoischen Wahngebilde, die Ausmalung der Prinzen- und Königsherrlichkeit, das still beglückende, süße Geheimnis des erotischen Wahns, die Neigung zu Wachträumerei und zur Umgestaltung der Welt nach den eigenen unreifen Wünschen erinnern uns sehr an die ähnlichen Schöpfungen der jugendlichen Einbildungskraft. Das gleiche gilt für die Stümpereien der Erfinder, die wir in den unbeholfenen Basteleien unserer für die Wunderwerke der Technik begeisterten Kinder wiederfinden.

Weiterhin ist darauf aufmerksam zu machen, daß die egozentrische Richtung des Denkens, die Belebung der Außenwelt mit freundlichen und feindlichen Mächten, die abergläubische Deutung der Ereignisse, kurz die gesamte Grundlage des Beziehungswahns, eine allgemeine Eigentümlichkeit geistig unentwickelter Völker und Menschen darstellt. Dromard[1]) spricht in diesem Sinne von infantilen Zügen im Denken der Paranoiker. Je weiter sich das Denken von der Stufe rein sinnlicher Erfahrung entfernt, je mehr sich be-

[1]) Dromard, Journ. de psychologie norm. et pathol. VIII, 406.

griffliche Allgemeinvorstellungen ausbilden, um so mehr verblaßt die persönliche Färbung der Verstandesarbeit, und um so sachlicher wird das Urteil. Endlich aber wäre noch zu betonen, daß auch das Aufschießen unmittelbar gewisser, dem Zweifel unzugänglicher Überzeugungen ein Vorgang ist, den wir in derselben Weise auf niederen Entwicklungsstufen des Denkens wiederfinden. Die Sicherheit ist das Natürliche, Selbstverständliche, der Zweifel die bittere Frucht einer gereiften Erfahrung.

Wir kommen somit zu dem Schlusse, daß dem paranoischen Denken eine Reihe von Eigentümlichkeiten anhaften, die wir als Zeichen von Entwicklungshemmungen aufzufassen berechtigt sind. Sie können dazu führen, daß Denkgewohnheiten, die sonst mit der Reifung der geistigen Persönlichkeit mehr und mehr überwunden werden, hier dauernd fortbestehen und bei entsprechender gemütlicher Veranlagung allmählich jene Verfälschung der Lebensanschauungen bedingen, die unsere Krankheit kennzeichnet. Wenn man will, könnte man sagen, daß sich die Vorstellungswelt eines Wilden, der sich überall von Dämonen umlauert sieht und eine Menge Unheil oder Glück verkündender Zeichen wahrnimmt, oder des Medizinmannes, der die Zauberkräfte des Fetischs beherrscht und durch seine Beschwörungen übernatürliche Wirkungen herbeiführt, grundsätzlich nicht allzusehr von paranoischen Wahnsystemen unterscheide. Nur handelt es sich dort um allgemeine Kulturstufen, hier um rein persönliche, krankhafte Entwicklungen.

Zu beachten bleibt ferner, daß wir den Paranoiker natürlich nicht einfach als ein großes Kind auffassen dürfen. Vielmehr wäre etwa anzunehmen, daß sich bei ihm eine ungleichmäßige Ausbildung der psychischen Persönlichkeit vollzogen habe, daß also nur gewisse Gebiete des Seelenlebens unreif geblieben seien. Es würde sich demnach um eine Art Verzerrung des seelischen Bildes handeln, bei der die verschiedenartig ausgebildeten Einzelzüge einander gegenseitig beeinflussen und stören. So könnte sich auch die Unerschütterlichkeit des paranoischen Wahnsystems erklären, die zunächst in Widerspruch zu der Beeinflußbarkeit der jugendlichen Einbildungen zu stehen scheint. Die spielerischen Träumereien der unentwickelten Persönlichkeit vollziehen sich in einem leichtbeweglichen Seelenleben, mit dessen Reifung und Festigung sie ihren Boden verlieren. Bei der Paranoia aber bestehen die geschilderten Unzulänglichkeiten

der Verstandesarbeit in einer schon erstarrenden Persönlichkeit fort; sie werden daher auch eine wesentlich abweichende, andauerndere Wirkung entfalten. Zu vergessen ist endlich nicht, daß auch der Kampf ums Dasein unter den verwickelten Kulturbedingungen, die stete Erregung durch die gesteigerten Schwierigkeiten des Lebens, zu der besonderen Gestaltung des Bildes beitragen muß, das unter den geschilderten Voraussetzungen zustande kommt. Wenn wir demnach auch anerkennen, daß gewisse Eigentümlichkeiten der paranoischen Wahnbildung sich aus umschriebenen Entwicklungshemmungen herleiten lassen und deswegen Übereinstimmungen mit dem Verhalten unreifer Menschen und Völker darbieten, so bestehen doch nach anderen Richtungen hin tiefgreifende Unterschiede.

Eigenartige Denkstörungen hat auch Berze[1]) als den Ausgangspunkt der paranoischen Wahnbildung bezeichnet. Er meint, daß bei den Paranoikern eine Apperzeptionsstörung vorliege, die ihnen die Erhebung eines psychischen Inhalts in den Blickpunkt des Bewußtseins erschwere. Aus diesem Fortfallen der „aktiven Apperzeption" soll sich ein Gefühl des „Erleidens" entwickeln, das dann wohl der Ausbildung des Verfolgungswahns die Wege ebne. Der Beweis für diese Aufstellungen dürfte sich kaum erbringen lassen. Auf der einen Seite beobachten wir Erschwerung oder Aufhebung der aktiven Apperzeption in zahlreichen Krankheitszuständen, die gar nicht oder nur vorübergehend von Wahnbildungen begleitet sind (Manie, Delirien, Paralyse, Idiotie); andererseits kann bei der Paranoia von einer allgemeinen Verbreitung der genannten Störung gar keine Rede sein; setzt doch gerade die systematische Ausbildung des Wahnes hier die Festhaltung leitender Gedankengänge und die auswählende Bevorzugung bestimmter Eindrücke und Vorstellungen entschieden voraus.

Fassen wir alle diese Erörterungen noch einmal kurz zusammen, so wäre also etwa zu sagen, daß mir eine wesentliche Grundlage der Paranoia das erhöhte Selbstgefühl zu sein scheint. Aus ihm gehen einmal die hochfliegenden Pläne, andererseits die gesteigerte Empfindlichkeit für die besonders dem Psychopathen sich entgegentürmenden Schwierigkeiten des Daseinskampfes hervor. Zugleich wird durch die starke Gefühlsbetonung der Lebenserfahrungen deren

[1]) Berze, Über das Primärsymptom der Paranoia. 1893.

persönliche Deutung und Wertung begünstigt. So sind die Vorbedingungen für die Entwicklung von Größenideen und Verfolgungsideen gegeben. Daß es aber zur Wahnbildung im paranoischen Sinne kommt, beruht auf Unzulänglichkeiten der Verstandesarbeit infolge von teilweisen Entwicklungshemmungen, die gewisse ursprüngliche Denkgewohnheiten dauernd fortbestehen lassen. Dahin gehört die Neigung zu Wachträumereien, zu egozentrischer Lebensauffassung und zu urteilsloser Hingabe an auftauchende Ideen. Durch diese Auffassung würde die Paranoia, wie es auch unter klinischen Gesichtspunkten wohl angängig ist, in die Nähe der Entartungshysterie gerückt werden, bei der wir es ebenfalls mit der Fortdauer überwundener Entwicklungsstufen auf einzelnen Seelengebieten zu tun haben.

Haben wir uns bisher bemüht, die Gesichtspunkte zu erörtern, unter denen die Entwicklung einer Paranoia aus einer eigenartigen Veranlagung verständlich gemacht werden könnte, so fehlt es doch auch nicht an Gründen, die für das Vorliegen eines wirklichen, von einem bestimmten Zeitpunkte an die Persönlichkeit umwandelnden Krankheitsvorganges geltend gemacht werden können. Da greifbare äußere Ursachen in der Regel nicht nachweisbar sind, müßte man an Leiden denken, die sich aus inneren Gründen entwickeln. Im Hinblicke auf die unzweifelhaften Beziehungen der Paranoia zur Entartung könnten Krankheitskeime in Betracht kommen, die schon in der Anlage vorhanden waren, sich aber erst späterhin in selbständiger Weise fortentwickeln, wie bei gewissen familiären Nervenkrankheiten, z. B. der Huntingtonschen Chorea. Von Bedeutung ist für diese Frage zunächst der Umstand, daß sich die Wurzeln des paranoischen Wahns durchaus nicht immer bis in eine ferne Vergangenheit zurückverfolgen lassen; öfters treten die Ideen, wenigstens nach der Darstellung der Kranken, ziemlich unvermittelt hervor. Dabei ist freilich zu berücksichtigen, daß uns die Kranken regelmäßig erst lange Jahre nach dem Beginne des Leidens zu Gesicht kommen, und daß ihre Angaben sehr gewöhnlich durch Erinnerungsfälschungen mehr oder weniger stark entstellt sind.

Weiterhin könnte für die Annahme eines Krankheitsvorganges der nicht selten beobachtete Verlauf in Schüben angeführt werden, das Zusammendrängen der Wahnbildung auf verhältnismäßig kurze Zeitabschnitte, ihr jahrelanger Stillstand dazwischen. Es liegt auf

der Hand, daß dieser Beweisgrund nur dann Bedeutung hätte, wenn die früher angenommene paranoische Persönlichkeitsentwicklung als gänzlich unabhängig von äußeren Einflüssen gedacht wäre. Erkennt man aber an, wie wir es taten, daß für das Zustandekommen des paranoischen Wahns der Kampf mit dem Leben von maßgebender Bedeutung ist, so könnte ein Verlauf in Schüben recht wohl auch durch äußere Einflüsse zustande kommen. Leider liegen über diese Frage bisher keine zureichenden Untersuchungen vor; sie dürften auch auf kaum überwindliche Schwierigkeiten stoßen. Angedeutet werden soll jedoch, daß sich in die Entwicklung einer Persönlichkeit wohl auch aus inneren Gründen einmal raschere Umwälzungen und ebenso Stillstände einschieben können; die Erfahrungen des gesunden Lebens scheinen dafür zu sprechen.

Sehr beachtenswert ist der Umstand, daß sich der Inhalt der Wahnvorstellungen bisweilen außerordentlich weit vom gesunden Denken entfernt. Es fällt daher zunächst schwer, hier eine einfache Entwicklung aus der Gesundheitsbreite heraus anzunehmen. Einen Anhaltspunkt für unser Urteil geben uns jedoch vielleicht die Haftpsychosen, bei denen wir ganz ähnliche, unter Umständen niemals wieder verschwindende Wahnbildungen unter dem Drucke psychischer Schädigungen entstehen sehen. Demnach wird sich auch die Möglichkeit nicht in Abrede stellen lassen, daß ein paranoischer Wahn trotz seiner Unsinnigkeit lediglich durch ungünstige gemütliche Einwirkungen zustande kommen kann. Allerdings werden wir dabei unter allen Umständen eine ausgeprägte paranoische Veranlagung voraussetzen müssen, da wir es ja nicht, wie bei den Gefangenen, mit ungewöhnlichen Lebensschicksalen, sondern mit der Wirkung der alltäglichen Schwierigkeiten des Daseinskampfes zu tun haben, die nur hier besonders drückend empfunden werden.

Wir kommen somit zu dem Schlusse, daß sich zurzeit ein ausschlaggebender Grund für die Annahme eines Krankheitsvorganges als Ursache der Paranoia nicht auffinden läßt, daß wir aber mit krankhaften Vorbedingungen in Form von ganz bestimmten Unzulänglichkeiten der Veranlagung zu rechnen haben. Insofern wären Berührungspunkte mit der zuletzt besprochenen Anschauung vorhanden. Nur würde es sich nicht um die Fortentwicklung von Krankheitskeimen zu selbständigen, in das psychische Leben zerstörend und verzerrend eingreifenden Krankheitsvorgängen han-

deln, sondern um die natürlichen Umwandlungen, denen eine psychische Mißbildung unter dem Einflusse der Lebensreize unterliegt.

Es hat nicht fehlen können, daß sich auch die Freudschen Lehren der Paranoiafrage bemächtigt haben. Nach den Ergebnissen der Psychoanalyse bildet den Ausgangspunkt der Paranoia der Autoerotismus, Narzismus, die Homosexualität. Die Krankheit errichtet das Abwehrsymptom des Mißtrauens gegen andere zur Bewältigung ihrer unbewußt verstärkten Homosexualität; ihre Wahnbildung ist in Wirklichkeit der Heilungsversuch nach der Katastrophe. Da diesen Behauptungen weder eine klare Begriffsbestimmung der Paranoia noch eine nur irgend annehmbare Beweisführung zugrunde liegt, dürfte es unnötig sein, sich weiter mit ihnen zu befassen. —

Nicht weniger schwierig, als das Eindringen in das Wesen der Paranoia, ist ihre Umgrenzung. Wir haben schon in der Einleitung die Wandlungen erwähnt, die der Umfang des Paranoiabegriffes im Laufe der letzten Jahrzehnte durchgemacht hat. Wenn man, wie es hier geschehen, die Dementia paranoides, die Paraphrenien und eine Reihe von anderen paranoiden Erkrankungen ausscheidet, bleiben noch nach zwei Richtungen wichtige Umgrenzungsfragen zu lösen. Einmal handelt es sich um die Entscheidung darüber, ob es abortiv verlaufende, heilbare Paranoiaformen gibt. Zwar werden wir der Ansicht von Westphal, der seinerzeit Fälle von Zwangsirresein als abortive Paranoia auffaßte, heute nicht mehr zustimmen können, aber es bleibt doch zu untersuchen, ob die paranoische Wahnbildung unter allen Umständen dauernd fortbestehen muß. Die Franzosen haben „bouffées délirantes" beschrieben, die sie in Beziehung zu den paranoischen Erkrankungen zu setzen geneigt sind, und auch bei uns spricht man von Wahnbildungen bei Degenerierten, denen man nach ihrer Entstehungsgeschichte wohl eine Verwandtschaft mit denjenigen der Paranoiker einzuräumen hätte. Unter Hinweis auf die Wernickesche Annahme einer „überwertigen Idee", die den Kranken kürzere oder längere Zeit beherrschen kann, hat Friedmann, wie oben erwähnt, Beobachtungen über „milde Wahnformen" veröffentlicht. Hier trat im Anschlusse an äußere, gemütlich erschütternde Lebensereignisse (getäuschte Heiratshoffnungen) ein

systematisierter, aber umschriebener Wahn auf, namentlich Beachtungswahn, der nach 2—3 Jahren ohne eigentliche Berichtigung allmählich wieder verblaßte; es handelte sich meist um Frauen zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre. Endlich hat Gaupp Fälle von gebildeten Männern mit „depressiv-paranoider" Veranlagung erwähnt, bei denen sich unter dem Drucke peinlicher Lebensereignisse schleichend ein mißtrauischer Beziehungswahn mit halber Einsicht und schwankendem Verlaufe entwickelte, ohne zu starrer Systematisierung zu führen.

Es ist nicht leicht, zu allen diesen Erfahrungen Stellung zu nehmen. Eine Hauptschwierigkeit liegt zurzeit nach meiner Meinung noch in der Diagnostik. Namentlich habe ich mich davon überzeugt, daß es Anfälle des manisch-depressiven Irreseins gibt, die wegen des starken Hervortretens der Wahnvorstellungen und der unscheinbaren Färbung des Stimmungshintergrundes ungemein leicht für abortive Paranoiafälle gehalten werden können. Mir selbst ist es trotz besonders darauf gerichteter Aufmerksamkeit bis in die jüngste Zeit hinein begegnet, daß ich derartige Anfälle als paranoische Schübe aufgefaßt habe. Man wird daher immer mit der Möglichkeit rechnen müssen, daß der eine oder andere günstig, wenn auch ohne Gewinnung voller Krankheitseinsicht, auslaufende paranoide Krankheitsfall in dem angeführten Sinne zu deuten ist. Wir werden auf diese Frage noch zurückzukommen haben.

Die Wahnbildungen der Entarteten sind, soweit heute bekannt, regelmäßig psychogenen Ursprungs und knüpfen sich an einen bestimmten, greifbaren Anlaß an, soweit sie überhaupt eine gewisse Ähnlichkeit mit der Paranoia erkennen lassen. In diesem Punkte unterscheiden sie sich also durchaus von der schleichenden Entwicklung der paranoischen Wahnbildung. Mir scheint es daher zweckmäßig, sie von ihr abzutrennen. Es wird aber zuzugeben sein, daß es hier Übergänge geben kann, je nachdem der persönlichen Eigenart einerseits, dem äußeren Anstoße andererseits eine größere oder geringere Rolle in der Entstehungsgeschichte der Krankheitserscheinungen zukommt. Die Paranoia und die psychogene Wahnbildung darf man sich vielleicht als die Endglieder einer Kette vorstellen, in der alle möglichen Zwischenglieder vertreten sind.

Von diesem Standpunkte aus wäre grundsätzlich gegen das Vorkommen „milder", psychogener, in Heilung ausgehender Paranoia-

formen keine Einwendung zu erheben. Man würde nur annehmen müssen, daß hier dauernd eine „latente" Paranoia besteht, die nicht unter allen Umständen, sondern nur bei besonderem Anlasse zur Wahnbildung führt; so wäre es auch verständlich, daß die Wahnbildung wieder zum Stillstande käme, wenn der Anlaß beseitigt oder seine Wirkungen ausgeglichen wären. Irgendein anderes Lebensereignis könnte dann später in ähnlicher Weise krankmachend wirken. Wir hätten es also mehr mit der dauernden Neigung zur Wahnbildung, mit einzelnen Wahnschüben zu tun, nicht, wie bei der ausgebildeten Paranoia, mit einer unerbittlich fortschreitenden wahnhaften Umwandlung der gesamten Lebensanschauungen in einer bestimmten Richtung.

Es läßt sich zurzeit nicht mit Sicherheit sagen, ob und wie weit sich die hier entwickelten Anschauungen mit den klinischen Erfahrungen zur Deckung bringen lassen. Immerhin scheint es mir, daß es Veranlagungen gibt, die zwar den Keim zu einer Fortbildung in paranoischer Richtung in sich tragen, diesen aber nur zu einer vorübergehenden und verschwommenen Wahnbildung weiterentwickeln. Mercklin spricht von Persönlichkeiten, die sich ihr ganzes Leben hindurch auf dem Wege zur Paranoia befinden. Man wird auch unter den ausgesprocheneren Paranoiafällen manche finden, bei denen das Wahnsystem eine weniger starre und geschlossene Form darbietet, als man schulmäßig anzunehmen pflegt. Mir ist unter den unserer Klinik zuströmenden Psychopathen eine gewisse, allerdings nicht sehr große, Zahl von Persönlichkeiten aufgestoßen, die ich als „paranoide" bezeichnen möchte, insofern sie mir wesentliche Vorbedingungen für die Entwicklung einer Paranoia darzubieten schienen, zum Teil auch Ansätze dazu zeigten, ohne daß doch ein wirkliches Wahnsystem zur Ausbildung gelangt wäre. Ich will versuchen, soweit das nach den mir vorliegenden beschränkten Erfahrungen möglich ist, eine kurze Schilderung dieser Gruppe von paranoiden Persönlichkeiten zu geben.

Bei der Mehrzahl der Kranken standen Verfolgungsideen im Vordergrunde des klinischen Bildes, wohl deswegen, weil sie am häufigsten Anlaß zur Befragung des Irrenarztes geben. Der hervorstechendste gemeinsame Zug war das Gefühl der Unsicherheit und des Mißtrauens gegen die Umgebung, das sich in den verschiedensten Formen äußerte. Der Kranke fühlt sich bei jeder Ge-

legenheit ungerecht behandelt, angefeindet, beeinträchtigt, unterdrückt. Die Seinigen handeln schlecht an ihm; die Arbeitsgenossen mögen ihn nicht; sie hänseln ihn, machen Bemerkungen über ihn, sehen ihn spöttisch, wie einen Geisteskranken, an, lachen ihn aus. Alles drängt auf ihn ein; er hat ein Martyrium zu erdulden, klagt über sein „zertretenes Leben". Ein Kranker sprach von „jahrelanger pekuniärer Mißhandlung", als sein Vormund im Hinblicke auf seine geringen Mittel nicht alle seine übertriebenen Geldansprüche zu befriedigen vermochte. Man will den Kranken aus seiner Stelle vertreiben; der Arbeitgeber hat es auf ihn abgesehen. In unbestimmten Andeutungen spricht er von geheimen Zusammenhängen, von der Wühlarbeit gewisser Leute. Es geht nicht mit rechten Dingen zu; er wittert überall unlautere Beweggründe, Unterschlagungen, Durchstechereien; die Drahtzieher der Benachteiligungen, die er erfährt, sind ihm bekannt, aber er will sich nicht aussprechen. Ein Kranker konnte den Leuten das Böse vom Gesicht ablesen. Die Ärzte, die ihn untersuchen sollen, urteilen nach Gunst; die Behörden sind parteiisch. Ein Kranker, der meinte, seine Frau habe ihm Trippergift in die Suppe getan, behauptete, die Polizei habe die Sache deswegen nicht untersuchen lassen, weil er kein Geld gehabt habe, zu zahlen. Ein anderer beschwerte sich, weil er zu Unrecht für geisteskrank erklärt worden sei, während das Gutachten sich gerade für seine geistige Gesundheit ausgesprochen hatte. Einige Kranke äußerten Eifersuchtsideen; ein Kranker merkte, daß seine Frau sich nichts aus ihm mache; sie zeigte ihm durch ihr Verhalten zu anderen, „daß sie ihm vielleicht untreu war". Er wollte sie los werden, bekam aber bei ihrer Abwesenheit starke Sehnsucht nach ihr, um sofort wieder die alten Vorwürfe zu beginnen, als sie zurückkehrte.

Hand in Hand mit solchen, bald bei dieser, bald bei jener Gelegenheit auftauchenden Wahnvorstellungen geht eine starke gemütliche Reizbarkeit und eine unzufriedene, mißmutige Stimmung. Der Kranke ist unverträglich, nörgelig, macht überall Schwierigkeiten, lebt dauernd in Mißhelligkeiten mit seinen Arbeitsgenossen, gerät bei unbedeutenden Anlässen in maßlose Erregung, schimpft, tobt und flucht. Er verfaßt langatmige Beschwerdeschriften, bedroht die Frau, mißhandelt die Kinder, reicht Scheidungsklage ein, spricht davon, den Arbeitgeber zu erschießen. Andere ziehen sich zurück, lehnen alle Beziehungen zur Umgebung ab. Ein Kranker

verkehrte mit seiner Frau nur schriftlich; ein anderer weigerte sich hartnäckig, gerichtlichen Vorladungen Folge zu leisten.

Ein Verständnis für die in ihrem ganzen Verhalten hervortretenden Unzulänglichkeiten ihrer Persönlichkeit besitzen die Kranken nicht. Sie sind unduldsam und eigensinnig, glauben sich vollständig in ihrem Rechte, finden ihre auffallenden Handlungen ganz in der Ordnung, halten hartnäckig an ihren Ideen fest. Auf der anderen Seite sind sie oft äußerst leichtgläubig für Mitteilungen, die in ihrer Gedankenrichtung liegen; sie nehmen jeden Klatsch ohne weiteres als Wahrheit hin, lassen sich etwas weiß machen, verrennen sich.

In der Regel läßt sich deutlich ein gesteigertes Selbstgefühl nachweisen. Die Kranken rühmen ihre Leistungen, halten sich für ihrer Umgebung überlegen, machen besondere Ansprüche, schieben ihre Mißerfolge lediglich auf äußere Behinderungen, ohne die sie zweifellos in der Lage gewesen sein würden, „Nützliches und Ersprießliches zu leisten". Einzelne Fälle sind mir auch vorgekommen, die man als Vorstufen des paranoischen Größenwahns in seinen verschiedenen Gestaltungen auffassen könnte. Ich sah einige Erfinder, die sich mit dem Perpetuum mobile beschäftigten und durch ihre zukünftigen Erfolge Geld und Ehre in bedeutendem Maßstabe zu gewinnen hofften; einer erwartete Großes von Rabattsparmarken mit Geschäftsreklamen. Andere Kranke fielen durch hochfliegende Pläne und Weltbeglückungsideen auf, die außer jedem Verhältnisse zu ihrem Wissen und Können standen; sie hatten sich in eine Art Mission hineingedacht, die sie zu erfüllen hätten, obgleich sie nicht den gewöhnlichsten Anforderungen des Lebens zu entsprechen vermochten. Auch Andeutungen erotischen Wahns bin ich begegnet, Kranken, die trotz unzweideutigster Abweisung doch immer wieder der vermeintlichen Geliebten nachstellten und sie durch Bitten und Drohungen gefügig zu machen suchten.

Die Verstandesbegabung war bei den hier besprochenen Kranken durchschnittlich ziemlich gut; um so auffallender war das Versagen des Urteils gegenüber ihren Wahnvorstellungen. Vielfach wurde ein launenhaftes Wesen mit häufigem Stimmungswechsel beobachtet, dessen Einfluß sich auch in einer unsteten, abenteuerlichen Lebensführung erkennen ließ. Gelegentlich wurden hypochondrische Beschwerden geäußert, ziehende Schmerzen im Rücken, Zusammen-

schnüren auf der Brust. Mehrfach wurde über starke geschlechtliche Erregbarkeit berichtet. Einige Kranke machten Selbstmordversuche, zum Teil wiederholt. In einzelnen Fällen traten hysterische Störungen auf, Weinkrämpfe, Ohnmachten, Herabsetzung des Würgreflexes, konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung. Manche Kranke trieben zeitweise Alkoholmißbrauch. Fast alle lebten dauernd in der Freiheit, meist ohne besondere Schwierigkeit; sie wurden nur aus besonderem Anlasse einmal vorübergehend der Klinik zugeführt.

Was die Wahnbildungen dieser Kranken von denjenigen der ausgesprochenen Paranoia unterschied, war ihre Verschwommenheit und das Fehlen einer systematischen Verarbeitung. Ihre Befürchtungen und Hoffnungen waren mehr unbestimmter Art, wurden als Andeutungen und Vermutungen vorgebracht, oder sie bestanden in einer stark persönlichen Wertung tatsächlicher Vorkommnisse, die sich nicht allzu weit von den Einseitigkeiten Gesunder entfernte. Soweit es sich erkennen ließ, hatte keine innere Verknüpfung der einzelnen Wahnbestandteile zu einer paranoischen Lebensauffassung stattgefunden. Sie schienen auch den Kranken nicht eigentlich in Fleisch und Blut übergegangen zu sein, tauchten auf, um wieder mehr zurückzutreten, ohne doch ganz zu verschwinden. Man kann natürlich einwenden, daß die Kranken ihre innersten Gedankengänge vielleicht geheimgehalten haben, oder daß sich die Ausbildung eines Wahnsystems späterhin noch vollziehen wird. Die weitere Erfahrung muß über diese Möglichkeiten entscheiden. Zurzeit scheint mir die Annahme begründet, daß Fälle von unausgebildeter, „rudimentärer" Paranoia sich nicht nur in den Rahmen unserer Auffassung vom Wesen der Krankheit einfügen würden, sondern auch tatsächlich zur Beobachtung kommen.

Es wird freilich im einzelnen Falle vielfach strittig sein können, ob und wann wir das Recht haben, eine krankhafte Persönlichkeit in dem hier umgrenzten Sinne als „paranoid" zu bezeichnen. Wesentlich scheint mir eine Verbindung von Unsicherheit mit übertriebener Einschätzung der eigenen Person zu sein, die eben dazu führt, daß der Kranke in einen feindseligen Gegensatz zu den Einflüssen des Lebenskampfes gedrängt wird und sich ihnen durch innere Erhebung zu entziehen sucht. Weiterhin dürften stark persönliche Färbung des Denkens durch lebhafte Gefühlstöne, Reg-

samkeit der Einbildungskraft und Selbstsicherheit von Bedeutung sein. Führen diese Eigentümlichkeiten zu einzelnen oder allgemeinen Wahnbildungen ohne Systematisierung, so wäre damit etwa der paranoide Psychopath gekennzeichnet.

Die starke Einschränkung, die der Paranoiabegriff im Laufe der letzten Jahrzehnte erfahren hat, führte vielfach zu der Prophezeiung, daß er alsbald gänzlich verschwinden werde. Einen Versuch, das ganze Krankheitsbild der Paranoia aufzulösen, hat in der Tat Specht unternommen. Er fand, daß zunächst der Querulantenwahn, dann aber auch die Paranoia „das ganze Inventarium der Manie" in sich schließe, den Rede- und Schreibdrang, die Ruhelosigkeit, das Abschweifen, die Schlagfertigkeit. Ihm bedeutet die Krankheit demnach nur die Reaktion eines manisch-depressiv Veranlagten auf ein gemütlich erregendes Ereignis. Zuzugeben ist, daß sich einzelne der angeführten Züge hier und da bei Paranoikern finden, ferner, daß es manische Kranke mit reichlichen, geistig verarbeiteten Wahnbildungen gibt, die wegen der Geringfügigkeit ihrer Erregung längere Zeit für Paranoiker gehalten werden können. Dagegen scheint mir die Anschauung Spechts weit über das Ziel hinauszuschießen. Es gibt zahlreiche Paranoiker, denen die an manische Kranke erinnernden Eigentümlichkeiten durchaus fehlen. Wo sie aber vorhanden sind, haben sie regelmäßig eine ganz andere Entstehungsgeschichte und Bedeutung, als die ähnlichen manischen Krankheitserscheinungen. Rede- und Schreibdrang erklären sich aus dem lebhaften Bestreben, sich gegen Verfolgungen zu verteidigen oder die eigenen hohen Ansprüche zu vertreten, die Ruhelosigkeit aus der Unfähigkeit zu ausdauernder, nutzbringender Arbeit infolge der wahnhaften Störungen, das Abschweifen aus der erhöhten Regsamkeit der Einbildungskraft, die Schlagfertigkeit aus dem gesteigerten Selbstgefühl und aus der geistigen Verarbeitung des Wahninhaltes, die alle Einwände längst erledigt hat, wenn auch oft in höchst unzulänglicher Weise.

Die Erkennung der Paranoia hat bei aufmerksamer Beachtung der langsamen Entwicklung, der eigentümlichen, zusammenhängenden Wahnbildung, der ausgezeichneten Erhaltung des Verstandes sowie der Ordnung in Gedankengang, Benehmen und Handeln kaum irgendwelche Schwierigkeiten. Allerdings können vorübergehend eine Reihe von Erkrankungen ein ähnliches Bild

darbieten. Der Abgrenzung des Leidens von den verschiedenartigen „paranoiden" Geistesstörungen haben wir früher bereits gedacht. Daß von Übergängen zwischen der Paranoia in dem hier umgrenzten Sinne und der Dementia praecox, wie sie von einigen Beobachtern angenommen werden, nicht die Rede sein kann, bedarf keiner besonderen Ausführung.

Dagegen ist an dieser Stelle noch kurz der Möglichkeit zu gedenken, daß manche Fälle anscheinender Paranoia in Wirklichkeit unvollkommen entwickelte Schizophrenien sein könnten. Es ist im einzelnen Falle nicht immer leicht, diese Frage zu entscheiden. Das Wahnsystem des Paranoikers ist innerlich geschlossener, abgerundeter, durchdachter; es berücksichtigt bis zu einem gewissen Grade Einwände, sucht Schwierigkeiten zu erklären, gegenüber den unvermittelt, oft widerspruchsvoll nebeneinanderstehenden, auch vielfach wechselnden Wahnvorstellungen der paranoiden Schizophrenen. Bei diesen wird man ferner nicht die Anzeichen gemütlicher Verödung vermissen, die geringe innere Anteilnahme nicht nur an der Umgebung, sondern auch am eigenen Wahne, der höchstens zu gelegentlichen Ausbrüchen führt, aber keine dauernden Beweggründe für das Handeln liefert. Auch beim Paranoiker begegnen uns mitunter ein verschlossenes, ablehnendes Wesen und mancherlei Absonderlichkeiten in der Lebensführung. Sein Verhalten ist aber regelmäßig weit mehr durch Überlegungen oder gemütliche Vorgänge begründet, als die triebartigen Eigentümlichkeiten der Schizophrenen. Die ganze Persönlichkeit erscheint trotz ihrer krankhaften Züge verständlicher, natürlicher, beeinflußbarer. Es gelingt durch verständnisvolle Behandlung weit leichter, innere Beziehungen zu ihr herzustellen, als bei dem schrullenhaft unzugänglichen Schizophrenen. Schneider hat einen Fall, den ich für eine echte Paranoia halte, als paranoiden Endzustand einer Dementia praecox beschrieben, wie ich glaube, ohne genügende Begründung.

Weiterhin haben wir noch die Unterscheidung der Paranoia von den paraphrenischen Erkrankungen, namentlich von der systematischen Form, zu erörtern. In den ersten Abschnitten des Leidens kann die Ähnlichkeit der klinischen Bilder eine so große sein, daß es recht schwierig wird, sie auseinanderzuhalten. Von Bedeutung scheint mir der Umstand zu sein, daß bei der Paranoia

von vornherein das gehobene Selbstgefühl stärker hervortritt; beherrscht der Größenwahn von Anfang an oder doch sehr bald das Krankheitsbild, so handelt es sich wahrscheinlich um Paranoia. Mit diesem Unterschiede hängt es vielleicht auch zusammen, daß der Paranoiker durch seine Verfolgungsideen lange nicht so gequält und weiterhin auch in seinem Handeln nicht so stark beeinflußt zu werden pflegt wie der paraphrenische Kranke. Dieser geht weit rücksichtsloser gegen seine vermeintlichen Verfolger vor, schreitet bald und mit allen Mitteln zur Selbsthilfe, so daß er regelmäßig verhältnismäßig früh in die Irrenanstalt gelangt und oft auch dauernd dort festgehalten werden muß. Dabei führt er den Kampf mit größter Erbitterung weiter. Demgegenüber besitzt der Paranoiker weit mehr Selbstbeherrschung, beschränkt sich auf die gesetzlichen Kampfmittel, fügt sich der offenbaren Übermacht und versteht es, die dauernde Freiheitsentziehung durch vorsichtiges Benehmen und Zugeständnisse zu vermeiden. Der Zwang der krankhaften Veränderung unterjocht die Persönlichkeit lange nicht in dem Maße wie bei der Paraphrenie. Ferner haben wir bei dieser letzteren einen stetig, wenn auch langsam, fortschreitenden Verlauf vor uns, während der Paranoiker jahrzehntelang ein ziemlich gleichförmiges Bild darbieten kann, vielfach auch lernt, sich mit den aus seinem Wahne fließenden Schwierigkeiten praktisch leidlich abzufinden. Zudem gestaltet sich der Wahn bei der Paraphrenie allmählich immer abenteuerlicher; Sinnestäuschungen und üppige Größenideen treten hinzu, und die Kranken zeigen sich in ihrem Gesamtverhalten so stark von den Krankheitserscheinungen beherrscht, daß sie nunmehr mit den geordneten, umgänglichen, meist sogar erwerbsfähigen Paranoikern kaum mehr verwechselt werden können.

Zur konfabulierenden Paraphrenie gehören wohl manche Fälle des „délire d'imagination" oder „rétrospectif", die von den Franzosen mit dem „délire d'interprétation", unserer Paranoia, zusammengefaßt werden. Bei ihr ist die außerordentliche Fülle der Erinnerungsfälschungen bemerkenswert; sie dienen durchaus nicht lediglich der Ausbildung eines bestimmten Wahns, wie bei der Paranoia, sondern fördern alle möglichen, vielfach ganz belanglosen Einzelzüge zutage. Die wahnhafte Deutung, die Vermutung und Ahnung, die bei der Paranoia immer im Vordergrunde stehen und

durch Erinnerungsfälschungen nur ergänzt und bestätigt werden, treten hier ganz zurück hinter dem wahllosen Fabulieren. Die Entwicklung des Leidens pflegt sich wesentlich schneller zu vollziehen, als bei der Paranoia; zugleich stellen sich meist schon ziemlich bald unverkennbar die Anzeichen geistiger Schwäche heraus, auffallende Urteilslosigkeit, gemütliche Stumpfheit, Zerfahrenheit.

Wesentliche Schwierigkeiten können, wie unter anderen Lähr[1]) gezeigt hat, gelegentlich bei der Unterscheidung der Paranoia von wahnbildenden Krankheitsbildern des manisch-depressiven Irreseins entstehen, da gerade derartige Anfälle bisweilen einen sehr „gestreckten" Verlauf und verhältnismäßig wenig auffallende gemütliche Störungen zeigen. Dazu kann noch Auslösung durch einen äußeren Anlaß, Wechsel oder Mischung verschiedenartiger Krankheitserscheinungen und zögernde Genesung ohne rechte Einsicht kommen. Im einzelnen ist zu bemerken, daß bei den depressiv gefärbten Formen die genauere Beobachtung doch deutlich die dauernd gedrückte oder ängstliche Stimmung erkennen läßt, die derartige Zustände kennzeichnet. Demgegenüber erscheint der Paranoiker im allgemeinen gemütlich freier; er wird nur gereizt und erbittert, wenn er von den Beeinträchtigungen berichtet. Unvermittelte Schwankungen der Stimmung, namentlich plötzliches Hervorbrechen scherzhafter Laune, Unternehmungslust, Andeutungen von Ideenflucht, ebenso das Auftreten von Versündigungsideen, Hoffnungslosigkeit, Verzagtheit sprechen für manisch-depressives Irresein.

Bei hypomanischen Kranken wird man namentlich auf ihre Willensunruhe zu achten haben, die sich in immer neuen Plänen gefällt, im Gegensatze zu der stetigen, einförmigen Verfolgung eines bestimmten Zieles durch den Paranoiker. Ferner ist der Nachweis erhöhter Ablenkbarkeit und Beeinflußbarkeit durch die Umgebung von Bedeutung. Die Wahnbildung läßt meist einen spielerischen, prahlerischen Zug nicht verkennen, wechselt auch wohl ihren Inhalt, während der Paranoiker überzeugungstreu an den einmal entwickelten Ideen festhält. Endlich ist die manische, zu Zornausbrüchen oder zur Selbstverspottung neigende Stimmung kennzeichnend, die sich von der würdevollen Zurückhaltung oder der naiven Zuversicht des Paranoikers wesentlich abhebt.

[1]) Lähr, Schweizerhof, 3. Bericht, 59. 1903.

Besonders ins Gewicht fällt für die Annahme eines manisch-depressiven Irreseins, unabhängig von der Färbung des vorliegenden klinischen Bildes, das Voraufgehen früherer, günstig verlaufener Krankheitsanfälle. Dagegen läßt sich das Fehlen weiterer Anfälle vorher und nachher nicht für die Diagnose Paranoia verwerten, auch wenn das Schicksal der Kranken, wie es Thomsen getan hat, längere Jahre hindurch verfolgt wird. Wir haben ja früher gesehen, daß sich die freien Zwischenzeiten beim manisch-depressiven Irresein über 3—4 Jahrzehnte erstrecken können, vor allem aber, daß gut gekennzeichnete Beobachtungen mit nur einem Anfalle im Leben durchaus keine Seltenheiten sind. Das ist auch der Grund, warum ich den geheilten, „akuten" Formen der Paranoia, soweit sie nicht in den Rahmen der oben geschilderten „abortiven" Paranoia fallen, mit Kleist die stärksten Zweifel entgegenbringen muß.

Mit den paranoiden Persönlichkeiten, soweit sie Größenideen darbieten, können die krankhaften Lügner und Schwindler eine gewisse äußerliche Ähnlichkeit haben. Allein bei diesen handelt es sich nicht um eigentliche Wahnvorstellungen, sondern um „wahnhafte Einbildungen", um Einfälle, die in mehr spielerischer Weise vorgebracht werden, kommen und gehen, ohne maßgebenden Einfluß auf die innere Gestaltung der Persönlichkeit zu gewinnen. Der Inhalt dieser Erfindungen pflegt auch ein weit bunterer und abenteuerlicherer zu sein, als die einförmigen und sich mehr den tatsächlichen Lebensverhältnissen anschmiegenden Wahnbildungen der Paranoiker. Bei den falschen Thronanwärtern, Geldforderern und Volksbeglückern wird bisweilen die Frage auftauchen, wie weit es sich um Paranoiker oder um bewußte Schwindler handelt. Maßgebend ist hier der Umstand, ob die betreffenden Personen selbst an die Berechtigung ihrer Ansprüche, an ihre Mission glauben oder nicht. Bei längerer Beobachtung wird sich meist feststellen lassen, ob sie ihr Vorgehen lediglich zur Erreichung eigennütziger Ziele benutzen, oder ob ihnen wirklich die Sache selbst am Herzen liegt, ob sie also auch dann an ihr festhalten, wenn sie darunter lediglich leiden müssen. —

Von einer eigentlichen Behandlung der Paranoiker kann nach der Natur der Sache kaum die Rede sein. Selbstverständlich wird man hoffen dürfen, daß ein Leben ohne stärkere gemütliche Erschütterungen und Spannungen, geschützt vor Ausschweifungen

und ausgefüllt mit geregelter Tätigkeit, dazu beitragen kann, die Entwicklung der schlummernden paranoischen Keime hintanzuhalten und etwa auftretende Schübe des Leidens abortiv verlaufen zu lassen. Heilung einer ausgesprochenen Paranoia durch unmittelbare psychische Beeinflussung wird wohl nur ein Psychoanalytiker erwarten können. Bjerre hat einen derartigen Fall veröffentlicht, in dem er, allerdings ohne eigentliche Psychoanalyse, durch eine Art vorsichtiger Überredungskunst einen mehr als ein Jahrzehnt bestehenden Verfolgungswahn heilte. Leider läßt die Diagnose Paranoia starke Zweifel zu. So werden wir uns also einstweilen darauf beschränken müssen, unsere Kranken durch Ablenkung und Beschäftigung möglichst von der Versenkung in ihre Wahnvorstellungen abzuhalten. Vielfach gelingt das unter günstigen Verhältnissen jahrzehntelang so gut, daß die Kranken trotz der ausgeprägtesten Wahnbildungen doch imstande sind, ohne allzu große Schwierigkeit in der Freiheit zu leben. Die Zurückhaltung in der Anstalt wird man daher bestrebt sein, ihnen, soweit es irgend angeht, zu ersparen.

XV. Die originären Krankheitszustände.

Schon mit der Betrachtung der Hysterie und der Paranoia haben wir ein Gebiet der Psychiatrie betreten, auf dem wir es nicht mehr, wie bis dahin, mit eigentlichen Krankheitsvorgängen von bestimmtem Verlaufe zu tun haben, sondern mit andauernden abnormen Zuständen, deren Wandlungen in erster Linie durch den Einfluß seelischer Erlebnisse mitbestimmt werden. Die Grundlage der krankhaften Störungen hatten wir daher in Eigentümlichkeiten der psychischen Persönlichkeit gesucht, die sich je nachdem als Unzulänglichkeit der Veranlagung oder als eine sich späterhin ausgleichende Unreife des Seelenlebens auffassen ließen. Ganz ähnliche Gesichtspunkte dürften sich nun auch für die allgemeine Würdigung derjenigen psychischen Erkrankungsformen als fruchtbar erweisen, mit denen wir uns in den folgenden, letzten Abschnitten unserer Darstellung zu beschäftigen haben werden.

In der Tat handelt es sich in der Hauptsache überall um dauernde oder vorübergehende Unzulänglichkeiten der psychischen Persönlichkeit, denen sich allerdings gelegentlich auch im engeren Sinne krankhafte Züge beimischen können. Wenn es heute schon möglich wäre, die ursächliche Gruppierung dieser Zustände einigermaßen scharf durchzuführen, so würden wir hier lediglich die Entwicklungsstörungen durch erbliche Entartung oder Keimschädigung zusammenfassen, die auch ohne Zweifel die Hauptmasse der klinischen Beobachtungen bilden. Dagegen würden die Folgezustände krankhafter Zerstörungen, die natürlich ebenfalls Unvollkommenheiten der psychischen Entwicklung bedingen können, für die wissenschaftliche Betrachtung an dieser Stelle auszuscheiden sein; sie wären den Krankheitsvorgängen anzugliedern, durch die sie verursacht werden, wie wir es zum Teil beim Kretinismus, bei den Jugendformen der Dementia praecox, den Äußerungen der Erbsyphilis bereits versucht haben. Leider erscheint jedoch die weitergreifende ursächliche Abgrenzung der klinischen Erfahrungen zurzeit noch unmöglich, so daß wir uns

auf großen Gebieten mit einer Gruppierung nach den äußerlichen Krankheitszeichen begnügen müssen. Immerhin werden wir festhalten dürfen, daß es sich auch dort, wo wir etwa die Folgen von wirklichen Krankheitsvorgängen und nicht einfache Entwicklungsstörungen vor uns haben, um längst abgelaufene Umwälzungen handelt, deren krankhafte Wirkungen auf das Seelenleben im wesentlichen unveränderlich sind.

Es steht wohl zu hoffen, daß die Scheidung der Entwicklungsstörungen von den Krankheitsvorgängen allmählich in vollkommenerer Weise sich wird durchführen lassen, wenn auch gewisse grundsätzliche, später zu besprechende Schwierigkeiten nicht zu verkennen sind. Für die weitere Gruppierung der Entwicklungsstörungen würde dann namentlich die Ausdehnung und der Grad der hervortretenden psychischen Unzulänglichkeiten heranzuziehen sein. In ersterer Richtung pflegt man seit jeher diejenigen Krankheitszustände, bei denen das gesamte Seelenleben in seiner Entwicklung zurückgeblieben ist, von denjenigen zu trennen, die ganz vorzugsweise oder ausschließlich eine Minderwertigkeit im Gemütsleben oder in der Willensausbildung aufweisen. Während man die ersteren unter dem Namen der angeborenen geistigen Schwächezustände mit verschiedenen Unterformen zusammenfaßt, freilich vereint mit Formen ganz anderer Entstehungsart, bezeichnet man die zweite große Gruppe zumeist mit dem Sammelnamen der Psychopathien. Grundsätzlich könnte man vielleicht daran denken, auch solche Zustände abzugrenzen, bei denen lediglich die Verstandesleistungen geschädigt wären. Eine erheblichere Entwicklungshemmung des Verstandes scheint jedoch ohne eine gewisse Einbuße des Gemütslebens und des Wollens kaum jemals vorzukommen; auch haben die nicht seltenen Fälle, in denen wenigstens ein verhältnismäßig stärkerer Ausfall auf jenem ersteren Gebiet besteht, keine selbständige psychiatrische Bedeutung.

Zu den Psychopathen im weitesten Sinne gehören auch die Hysterischen und die Paranoiker, ferner die verschiedenen Veranlagungsformen, die wir als Vorstufen des manisch-depressiven Irreseins kennen gelernt haben. Weiterhin aber können wir vielleicht zweckmäßig zwei Hauptgruppen auseinanderhalten, je nachdem die Störungen deutlich das Gepräge des Krankhaften oder dasjenige einer persönlichen Eigentümlichkeit tragen, die

nur unter besonderen Umständen einmal der psychiatrischen Beurteilung zugeführt wird, für gewöhnlich aber sich ohne weiteres in die unübersehbare Mannigfaltigkeit der menschlichen Charaktere einordnet. Natürlich führen fließende Übergänge von jenen ersteren zu diesen letzteren Formen und weiter zu den Durchschnittsgestaltungen der Gesundheitsbreite. Zur Erleichterung der Übersicht aber sollen in diesem Abschnitte zunächst nur die ausgesprochen krankhaften Abweichungen als „originäre Krankheitszustände" betrachtet werden, denen wir dann im nächsten die Besprechung der „psychopathischen Persönlichkeiten" in dem soeben angedeuteten Sinne folgen lassen wollen, um danach zu einer Darstellung der allgemeinen psychischen Entwicklungshemmungen überzugehen.

Den Ausgangspunkt unserer Betrachtungen bildet am zweckmäßigsten jene Form der psychopathischen Unzulänglichkeit, die wir mit dem volkstümlichen Namen der „Nervosität" belegen. Wir fassen unter dieser Bezeichnung eine Reihe von Störungen des Gemütes und des Willens zusammen, die in peinlicher Weise eine Durchsetzung der Persönlichkeit im Lebenskampfe erschweren. Sie bildet den günstigen Boden für die Entwicklung einer weiteren, umfangreichen Gruppe von Krankheitszuständen, die wir als „Zwangsneurose" bezeichnen wollen, weil sie besonders durch das Gefühl des Unterliegens im Kampfe gegen die sich aufdrängenden Störungen gekennzeichnet ist. In dritter Linie werden wir einer zwar nur kleinen, aber wichtigen Reihe von Beobachtungen zu gedenken haben, in denen unbeherrschte, krankhaft entwickelte Triebe zu folgenschweren Handlungen führen; wir sprechen hier von einem impulsiven Irresein. Nahe verwandt damit sind die verschiedenen Verirrungen des Geschlechtstriebes, die wegen ihrer besonderen Eigentümlichkeit in einem eigenen Abschnitte behandelt werden sollen.

A. Die Nervosität.

Die gemeinsame Eigentümlichkeit derjenigen psychopathischen Zustände, die wir als Nervosität[1]) bezeichnen, ist die dauernde

[1]) Saury, étude clinique sur la folie héréditaire (les dégénérés). 1886; Koch, Die psychopathischen Minderwertigkeiten. 1893; Binswanger, Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. 1896; v. Krafft-Ebing, Nervosität und neurasthe-

Beeinträchtigung der Lebensarbeit durch unzulängliche Veranlagung auf dem Gebiete der gemütlichen und namentlich der Willensleistungen. In der Hauptsache handelt es sich um eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit gegen gemütliche Einflüsse einerseits, um ungenügende Spannkraft des Willens andererseits. Damit verbindet sich in der Regel ein Mangel an Ebenmaß in der Ausbildung der gesamten psychischen Persönlichkeit. Auf einzelnen Gebieten finden sich hervorragende Eigenschaften neben ganz auffallenden Unvollkommenheiten auf anderen. So entsteht der Eindruck des Unausgeglichenen, Widerspruchsvollen, Unberechenbaren im Denken, Fühlen und Handeln, der den nervösen Menschen ihren eigenartigen Stempel aufdrückt.

Die verstandesmäßige Begabung kann eine gute, gelegentlich, bei den „Dégénérés supérieurs", sogar eine bedeutende und selbst geniale sein. Von meinen Kranken, bei denen darüber Nachrichten vorlagen, waren über 70% gute oder sehr gute Schüler gewesen; etwa 8% hatten schlecht gelernt. Verhältnismäßig häufig scheint sprachliche, dichterische, schriftstellerische und überhaupt künstlerische Veranlagung zu sein, während die Befähigung zur Mathematik und zu naturwissenschaftlicher Beobachtung bei Nervösen weit seltener stark entwickelt sein dürfte. Oft sind gewisse, ganz umschriebene Fähigkeiten in besonderer Weise ausgebildet, Formensinn, Farben-, Zahlengedächtnis, oder die ganze Richtung der geistigen Entwicklung ist eine auffallend einseitige; es findet sich großer Scharfsinn ohne Menschenkenntnis, weites Wissen ohne praktischen Blick, glänzende formale Begabung bei Unklarheit und Verschwommenheit der Begriffe. Sehr häufig begegnet uns geistige Frühreife; pflegen doch gerade die sogenannten Wunderkinder das Ergebnis krankhafter Veranlagung zu sein und sich in diesem Sinne weiter zu entwickeln.

---

nische Zustände, 2. Auflage. 1900; Gilles de la Tourette, Les états neurasthéniques. 1898; Möbius, Die Nervosität, 3. Auflage. 1906; Wollenberg, Die Hypochondrie, Notnagels Handbuch der inneren Medizin. 1904; Cramer, Die Nervosität, ihre Ursachen, Erscheinungen und ihre Behandlung. 1906; Bernheim, Neurasthénie et psychonévroses. 1908; Hartenberg, Psychologie des neurasthéniques. 1908; Trömner, Die Neurasthenie. 1907; Dubois, Die Psychoneurosen und ihre psychische Behandlung, deutsch von Ringier, 2. Auflage. 1910; Dornblüth, Psychoneurosen. 1911; Déjerine et Gauckler, Les manifestations fonctionelles des psychonévroses. 1911; Heilbronner, Psychoneurosen, Handbuch der inneren Medizin von Mohr und Stähelin. 1912.

Eine sehr gewöhnliche Begleiterscheinung der Nervosität ist die gesteigerte Ermüdbarkeit. Der psychologische Versuch hat uns gelehrt, daß hohe Übungsfähigkeit sich anscheinend regelmäßig mit großer Ermüdbarkeit verbindet, vielleicht deswegen, weil beide nur der gemeinsame Ausdruck einer erhöhten Beeinflußbarkeit unseres Nervengewebes sind. Wir verstehen es daher, wenn der spielenden Leichtigkeit, mit der wir bisweilen nervöse Menschen sich Kenntnisse und Fertigkeiten aneignen sehen, auch eine bedeutende Ermüdbarkeit entspricht. Damit hängt zum Teil wohl auch das rasche Erlahmen der Kranken, ihre geringe Ausdauer bei langwierigen Aufgaben zusammen, die auf den ersten Blick in auffallendem Gegensatze zu ihren Augenblicksleistungen zu stehen scheint. Die Ermüdungshemmung wächst bei ihnen unverhältnismäßig rasch an, so daß sie bald eines großen Aufwandes von Willensspannung bedürfen. Sie greifen wohl mit einer gewissen Lebhaftigkeit und erfolgreich die Arbeit an, lassen aber schon nach kurzer Zeit erheblich nach und fühlen sich veranlaßt, ihre Tätigkeit immer wieder durch kürzere oder längere Pausen zu unterbrechen.

Dazu kommt aber regelmäßig auch noch die Entwicklung von Abspannung und Ermattung ohne wirkliche Ermüdung infolge von Willenshemmungen durch Angst- und Unlustgefühle, die unter Umständen binnen kürzester Frist hochgradige Arbeitsunfähigkeit herbeiführen. Ein Kranker geriet bei jeder Arbeit in heftiges Schwitzen und hörte dann auf; ein anderer meinte immer im Laufe des Arbeitstages, er erlebe den Feierabend nicht mehr, weil er sich so elend und angegriffen fühlte. So gewinnen die Lehrer schon von den Schulkindern vielfach das Urteil, daß sie bei ihrer Begabung weit mehr leisten könnten, wenn sie sich nur gehörig zusammennehmen wollten.

Verstärkt wird dieser Eindruck durch die erhöhte Ablenkbarkeit, die wohl nur ein Ausdruck des raschen Erlahmens der inneren Willensspannung ist, aber gewöhnlich der Unlust zu nachhaltiger Einstellung der Aufmerksamkeit auf die vorliegende Aufgabe zugeschrieben wird. Hier und da hört man, daß die Kinder außerordentlich ungleich in ihren Leistungen sind, zeitweise vortrefflich auffassen und lernen, dann aber auch wieder eine Zeitlang vollständig versagen. Die Kranken sind oft sehr empfindlich gegen

äußere Störungen und Unterbrechungen, gewöhnen sich schwer an veränderte Arbeitsbedingungen, werden durch neue Anregungen leicht von ihren früheren Gedankenkreisen und Plänen abgezogen. In einem gewissen Zusammenhange mit der erhöhten allgemeinen Beweglichkeit der Seelenvorgänge steht wohl die Herabsetzung der Übungsfestigkeit, die vielfach die Nervosität begleitet. Die Kranken lernen zwar öfters leicht, vergessen aber auch ungemein rasch wieder.

Noch häufiger ist allerdings schon die Einprägung neuer Eindrücke erschwert. Die Kranken können sich nichts merken und behalten nur wirre, unscharfe Bilder ihrer Erlebnisse. Wie mir scheint, spielt dabei regelmäßig eine dauernde Erhöhung der gemütlichen Spannung mit, die eine unbefangene Eingliederung der Wahrnehmungen in den bestehenden Vorstellungsschatz stört und ihre klare, gegenständliche Auffassung beeinträchtigt. Janet spricht demgegenüber von einer Herabsetzung der „tension psychique". Diese psychische Spannung bedeutet aber natürlich etwas ganz anderes, eben die Fähigkeit zu klarer und scharfer Einstellung der Aufmerksamkeit, wie sie durch die gemütliche Spannung gestört wird. Eine Wirkung der ungenauen Auffassung und Einprägung ist die Unzuverlässigkeit des Gedächtnisses. Die Erinnerungsbilder verfälschen sich leicht durch persönliche Zutaten, ohne daß der Kranke sich dessen recht bewußt wird. Weiterhin aber machen auch Gefühle und Stimmungen ihren Einfluß auf die Färbung und Gestaltung des Gedächtnisinhaltes in besonderem Maße geltend. Die große Lebhaftigkeit der Abneigungen und Befürchtungen, Wünsche und Hoffnungen verführt den Kranken vielfach zu erheblichen Wandlungen und Ausschmückungen der Erinnerung. Infolge aller dieser Einflüsse entwickelt sich eine gewisse Flüchtigkeit und Oberflächlichkeit der zunächst vielleicht blendenden, aber rasch versagenden und abspringenden Verstandesarbeit.

Daneben findet sich nicht selten eine besondere Beweglichkeit der Einbildungskraft. Die Vorstellungen besitzen große sinnliche Lebendigkeit und knüpfen sich leicht aneinander. Infolgedessen kann sich eine starke Neigung zu Träumereien entwickeln, die noch durch die Ablenkbarkeit der Kranken begünstigt wird. Manche lieben es, sich unwirkliche Lebenslagen und Abenteuer mit der größten Ausführlichkeit auszumalen und sich ganz in sie

hineinzuleben; sie gefallen sich in der Rolle von großen Herren und kühnen Helden in einem Lebensalter, in dem diese kindliche Neigung sonst längst verschwunden ist. Ich erinnere mich des entarteten Sprößlings einer alten Familie, der sich mit 21 Jahren in den Besitz unermeßlicher Reichtümer hineinträumte, große Schloßpläne zeichnete, genaue Budgets für die vornehmen Hofhaltungen aufstellte, die er sich in Gedanken an den verschiedensten schönen Punkten eingerichtet hatte. Auch die Ernennung zum Fürsten, die Beleihung mit hohen Orden und schließlich die Krönung zum Könige fehlten in diesen Aufzeichnungen nicht.

Wie diese Gedankenspielereien vermuten lassen, entwickelt sich häufig eine sehr bedeutende Selbstüberschätzung, die sich in guten Vorsätzen aller Art, verlockenden Zukunftsplänen und Anläufen zu weit über die eigenen Fähigkeiten hinausgehenden Arbeiten kundgibt. Der Beruf des Dichters, Schriftstellers, Künstlers, Philosophen pflegt für die Kranken besondere Anziehungskraft zu haben, wohl mit deswegen, weil dabei das Maß der Betätigung ganz dem eigenen Ermessen überlassen bleibt. Die Lehre vom Übermenschen hat nirgends so begeisterte Anhänger und so viele überzeugte Vertreter jener Zukunftsrasse gefunden wie in den Reihen der Nervösen. Der Mangel an geistiger und sittlicher Selbstzucht erhält in dieser Beleuchtung das Gepräge der persönlichen Eigenart, die sich ausleben muß; die nüchterne und ausdauernde Arbeit tritt zurück hinter dem Genießen und dem gelegentlichen Einfalle. Ein Kranker, der über seinen „geistigen Stumpfsinn" klagte, schilderte dabei gleichzeitig seine „heiße Sehnsucht nach Lebensgenuß, Ehre, Ruhm". Manche Kranke sind bei äußerlicher Demut innerlich hochmütig, tun sich, wie Koch bemerkt, heimlich etwas auf ihre eigenen Ansichten und Grundsätze zugute, haben die Neigung zur Weltverbesserung. Dennoch kommt es nicht etwa zu Wahnbildungen; auch die oben erwähnten Luftschlösser pflegen nur als solche betrachtet zu werden und sind in der Regel nicht, wie ich früher annahm, die erste Entwicklungsstufe eines paranoischen Größenwahns. Bei der Mehrzahl der Kranken stoßen wir übrigens vielmehr auf mangelndes Selbstvertrauen und Unterschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit. Es fehlt den Kranken also insgemein das richtige Augenmaß für die Beurteilung des Verhältnisses zwischen der eigenen Person und der Umgebung.

Auf eine sehr eigentümliche, bei Nervösen nicht seltene Störung hat nachdrücklich Janet hingewiesen, dem wir eine feinfühlige und in der Hauptsache sicherlich zutreffende Zergliederung dieser Zustände verdanken. Den Kranken kann das Wirklichkeitsbewußtsein („sentiment du réel") bis zu einem gewissen Grade verloren gehen. Die alltäglichen, unmittelbaren Beziehungen zur Umgebung erscheinen ihnen merkwürdig fremd und verändert; beim Blick in den Spiegel ist ihnen, als sähen sie sich zum ersten Male; sie überkommt der Gedanke, als ob das alles gar nicht Wirklichkeit sei, sie gar nichts angehe, als ob sie selbst nicht lebten, „getrennt von der Welt", längst gestorben seien. Einer meiner Kranken hatte dieses Gefühl des „Fremdseins" anfangs nur kürzere Zeit, späterhin fast dauernd; er meinte, wenn er seine Mutter sehe, so wisse er gar nicht, wer das eigentlich sei; auch wenn er selbst spreche, sei ihm unklar, wer das sage. Die Störung habe begonnen, als er sich selbst in einem Spiegel von hinten sah. Die Deutung dieser Erscheinung ist schwierig. Wir wollen hier nur darauf hinweisen, daß uns in epileptischen Zuständen und namentlich beim manisch-depressiven Irresein ähnliche Äußerungen gemacht werden; auch bei starker Ermüdung scheint derartiges vorzukommen. Anscheinend begünstigen denn auch leichte Bewußtseinstrübungen, wie sie hier überall vorhanden sind, das Auftreten der Störung. Fauser spricht von einer Insufficienz der aktiven Apperzeption. Es handelt sich wohl um ein Versagen jener Associationshilfen, die beim Gesunden sofort die Anknüpfung der äußeren Eindrücke an früher gewonnene Erinnerungsbilder vermitteln und ihnen dadurch die Eigenschaft der „Bekanntheit" verleihen. Dadurch kommt es dann zu einer Art innerer Abschließung von der Außenwelt, zu einer Einschränkung der lebhaften natürlichen Wechselbeziehungen zwischen Eindrücken, Bewußtseinszuständen und Willenshandlungen. Die Grundlage der Störung dürfte hier, wie schon angedeutet, eine Erhöhung der gemütlichen Spannung bilden, von der wir ja wissen, daß sie die Ansprechbarkeit für äußere Eindrücke herabsetzt.

Das Denken und Urteilen der Kranken kann im einzelnen überraschend scharf und geistreich sein. Es pflegt jedoch in besonderem Maße dem Einflusse gemütlicher Regungen unterworfen zu sein. Den Kranken geht daher nur allzu leicht die ruhige, sorgfältig abwägende Sachlichkeit verloren. Neigungen und Abneigungen,

Stimmungen verleiten sie vielfach auch in reinen Verstandesfragen zu gefühlsmäßiger Stellungnahme und zu leidenschaftlicher Unbelehrbarkeit selbst gegenüber den triftigsten Gründen. Daraus entspringt ganz gewöhnlich ein gewisser Mangel an richtigem Augenmaß bei der Abschätzung von Lebenswerten. Manchen Kleinigkeiten wird eine ungebührliche Wichtigkeit beigelegt, Wesentliches dagegen übersehen oder mißachtet. Ferner begegnen wir öfters einer eigentümlichen Verbindung von Leichtgläubigkeit mit übertriebenstem Skeptizismus; diese oder jene Ideen werden mit bedingungsloser Zustimmung aufgenommen, während andere ohne verständige Begründung schroff abgelehnt werden. Auf dieser Grundlage vollziehen sich dann nicht selten unvermittelte Wandlungen in den Überzeugungen, jäher Übergang von einer Schule, einer Richtung zur anderen, Wechsel des religiösen Bekenntnisses, der politischen Stellungnahme, bei dem die bisherige Begeisterung in eine nicht minder rückhaltlose Ablehnung umzuschlagen pflegt.

Sehr tiefgreifende Störungen bietet, wie schon angedeutet, das Gemütsleben dar. Zunächst besteht vielfach eine übergroße gemütliche Beeinflußbarkeit. Die Kranken nehmen sich alles sehr zu Herzen; es geht ihnen auf die Nerven, aufs Gemüt; sie empfinden jedes Mißgeschick „wie einen Hammerschlag". Sie sind schreckhaft, wehleidig, rührselig, zimperlich, „wie ein Lamm", haben übertriebenes Mitleid, können kein Blut, keine Operation sehen, laufen bei jeder Rauferei davon, verlieren bei Gefahren sofort den Kopf. Frank betont eindringlich die besondere Feinfühligkeit und Gemütszartheit der Psychopathen. Sie führt leicht zu einseitigem, verstiegenem Ästhetentum. Vielfach fehlt ihnen nach Breuers Ausdruck die Fähigkeit, „abzureagieren", sich rasch und endgültig mit dem Vergangenen und Unabänderlichen abzufinden. Es wurmt sie; sie kommen nicht darüber hinweg, quälen sich lange damit herum, fressen es in sich hinein. So erklärt sich das Einnisten von Angstzuständen, das Kleben an trüben Erinnerungen, die kleinliche Unversöhnlichkeit gegenüber längst verjährten Kränkungen.

Sehr verbreitet ist eine große Reizbarkeit, die unter Umständen das Zusammenleben mit den Kranken recht erschwert und bei unbedeutenden Anlässen zu unvermutet heftigen Ausbrüchen führen kann. Dabei überrascht uns vielfach das Mißverhältnis zwischen der augenblicklichen Stärke der Gefühlswallungen und ihrer ge-

ringen Nachhaltigkeit. Die Kranken brausen heftig auf, beruhigen sich aber ebenso rasch wieder; sie geraten bei diesem oder jenem Anlasse ganz außer sich, um doch kurz nachher verblüffend leicht über die schwersten Verluste hinwegzukommen. Da ihren Gemütsbewegungen die richtige Dämpfung abgeht, sind sie gewöhnlich launenhaft, wetterwendisch, ungleichmäßig, raschem Stimmungswechsel unterworfen, zeitweise unvermittelt ausgelassen, übersprudelnd lustig, um ebenso plötzlich wieder in verzagte, ja verzweifelte Stimmungen oder maßlose Wutausbrüche zu verfallen. Man vermißt an ihnen den rechten Ernst und die Tiefe; sie scheinen oft mit ihren schillernden Gefühlen zu spielen.

Die allgemeine Färbung der Stimmung pflegt vorwiegend eine trübe zu sein. Manche Kranke sind zwar selbstbewußt, gelegentlich patzig und anmaßend oder ausgelassen und übermütig. In der Regel aber haben wir es mit weichlichen, wehleidigen, empfindlichen Naturen zu tun, für die ihre innere Unzulänglichkeit wie die Berührung mit der rauhen Außenwelt eine Quelle dauernder Unlustgefühle wird. Sie nehmen alles schwer, fühlen sich nie so recht frei, „seit je nicht wohl auf der Erde", werden ihres Lebens nicht froh, haben kein Glück auf der Welt. Bei irgendeiner Gelegenheit oder auch unter dem Einflusse weltschmerzlicher Stimmungen brechen sie in heftiges Weinen aus. Er lächle wider Willen, meinte ein Kranker, und ein anderer erklärte, er sehe die Welt mit trüben Gläsern an, verliere leicht allen Lebensmut. Sehr verbreitet sind unbestimmte Angstzustände, innere Spannungen und Beklemmungen, besonders in der Nacht, in der Einsamkeit; die Kranken machen sich über alles mögliche Sorgen, werden quälende Gedanken nicht los, fühlen sich in ihrem Gemüte zerrüttet.

Nicht selten beobachtet man vorübergehende reizbare oder traurige Verstimmungen ohne erkennbaren Anlaß, bei Frauen namentlich zur Zeit der Menses. Das Gefühl der Vereinsamung und der Unsicherheit im Verkehr mit den Menschen kann sich den Kranken zeitweise mit großer Gewalt aufdrängen. Gelegentlich kommt es zu förmlichen Verzweiflungsausbrüchen, die allerdings leicht einen übertriebenen Eindruck machen. Hie und da werden Selbstvorwürfe geäußert; ein Kranker erklärte, er sei immer ein böser, tyrannischer Vater gewesen; ein anderer meinte, er bringe seiner Mutter nicht genug Liebe entgegen. Manche Kranke quälen sich mit grund-

losen Befürchtungen, wie wir ihnen später in stärkster Entwicklung begegnen werden; es könne plötzlich jemand in die Türe kommen, ihnen auf der Treppe nachgehen, sie beobachten; in der Dunkelheit, auf der Straße, wenn sie allein seien, könne ihnen etwas Schlimmes zustoßen. Sehr bemerkenswert ist es, daß es meist gelingt, die Kranken aus ihren Verstimmungen durch äußere Anregungen herauszureißen; sie sind in angenehmer Gesellschaft, bei Unterhaltungen lebhaft und selbst auffallend vergnügt, um alsbald wieder in ihre alte Trübsal zu versinken.

Sehr nahe liegt den Nervösen vielfach der Gedanke, das Leben von sich zu werfen; von meinen Kranken hatte fast die Hälfte derartige Neigungen gezeigt; sie stellen freilich insofern eine Auswahl dar, als sie oft nur deswegen in die Klinik gekommen waren. Das Leben erscheint ihnen verpfuscht; ihnen ist alles gleich; sie sehen keinen anderen Ausweg, als den Selbstmord, um nicht wahnsinnig zu werden. Manche Kranke weisen solche Gedanken aus religiösen oder sittlichen Gründen ab; andere spielen damit und machen wohl auch einige schwächliche Anläufe, um sie zu verwirklichen, tragen lange einen Revolver bei sich, schreiben Abschiedsbriefe, die rechtzeitig in die Hände ihrer Angehörigen gelangen. Ein Kranker begann in Gegenwart seines Freundes an seinem Halse herumzuschnitzeln; ein anderer ging in die Donau, kam selbst wieder heraus, wollte sich dann auf die Schienen legen, begab sich aber, als kein Zug kam, erleichtert auf die Polizei. Ein dritter schüttete Salzsäure in seinen Morgenkaffee und trank einen Schluck davon, hatte aber schon vorher die Sanitätswache benachrichtigt, die ihn in die Klinik brachte. Manche Kranke wählen von vornherein sonderbare und unzulängliche Mittel zu ihren Selbstmordversuchen. Ein Forstwart suchte sich dadurch zu töten, daß er nachts wiederholt, stark schwitzend, unbekleidet in den Winterfrost hinauslief; ein anderer brachte sich zu demselben Zwecke einige kleine Ätzwunden mit Salpetersäure bei. Man hat in solchen schwächlichen Anläufen wohl nicht immer spielerische Schaustellungen, sonders öfters auch den Ausdruck der Unfähigkeit zu sehen, die trüben Stimmungen in entschlossene Tat umzusetzen. Immerhin kommt es nur allzuoft auch zu ernsthaften Selbstmordversuchen, gewöhnlich im Anschluß an irgendeine Aufregung, einen Streit, an Kündigung, Geschäftsverluste. Ein-

zelne Kranke gehen auch ganz planmäßig vor; ein Kranker hatte sich schon im Frühling vorgenommen, sich im August zu vergiften, und führte sein Vorhaben aus, indem er in seinem Zimmer den Leuchtgashahn öffnete.

Eine sehr ergiebige Quelle des Unbehagens liefert dem Kranken sein eigener Zustand. Im Vordergrunde steht gewöhnlich das „Insufficienzgefühl", die Unsicherheit und Verzagtheit gegenüber den Anforderungen des Lebens, die Neigung, vor den andrängenden Aufgaben zurückzuweichen. Adler hat aus diesem Insufficienzgefühl, das sich besonders auf bestimmte Gebiete erstrecken kann, die Richtlinien für die ganze spätere Entwicklung der Kranken abzuleiten versucht. Sie sollen in der „Gier nach Triumph", um ein hochgespanntes Persönlichkeitsideal zu erreichen, ihre Schwächen zum Machtmittel auszubilden suchen, um ihre Umgebung zu beherrschen, oder sie durch starke Betonung der entgegengesetzten, erstrebten Eigenschaften verdecken. Wenn ich auch Adlers Ausführungen für viel zu weitgehend halte, so ist doch zuzugeben, daß manche Psychopathen ihre Schwächen mit einem gewissen, hysterisch gefärbten Stolze zur Schau tragen und mit ihrer Empfindsamkeit, ihrem Weltschmerze Eindruck zu machen suchen. Ebenso ist es richtig, daß sich hinter verblüffender Frechheit gelegentlich ängstliche Schüchternheit, hinter sinnlosem Trotze Schwäche und Haltlosigkeit, hinter barschem, widerborstigem Wesen gemütliche Weichheit verbirgt.

Die Kranken empfinden in der Regel peinlich ihre Abhängigkeit von Stimmungen und Befinden, den Mangel an innerer Freiheit und Beweglichkeit. Die Schwierigkeiten, die ihnen die Klarheit des Denkens, die unbekümmerte Hingabe an die Eindrücke des Lebens, die Leichtigkeit des Entschließens so oft behindern, richten ihre Aufmerksamkeit auf das eigene Innenleben. So entsteht die bei Nervösen so überaus häufige Neigung zu grüblerischer Selbstbetrachtung und Selbstzergliederung. Die Beschäftigung mit den eigenen Zuständen nimmt in ihrem Interessenkreise einen unverhältnismäßig großen Raum ein und beeinträchtigt naturgemäß die Anteilnahme an den Dingen der Außenwelt. Sie erscheinen daher vielfach in sich gekehrt, weltabgewandt, grüblerisch, versenken sich in psychologische und psychiatrische Fragen, zu denen sie sich durch ihre inneren Kämpfe öfters besonders angeregt fühlen.

Die dauernde Neigung zur Selbstbeobachtung pflegt weiterhin auch die körperlichen Vorgänge in ihren Bereich zu ziehen. Die ängstlich-mißtrauische Beachtung aller inneren Wahrnehmungen, die Spannung, mit der sie verfolgt werden, ist wohl die wesentliche Grundlage für das Auftreten von allerlei Mißempfindungen, die zu ausgiebiger hypochondrischer Verwertung zu gelangen pflegen. Besonders häufig sind Kopfschmerzen, dumpfer Druck, Spannung, Empfindlichkeit im Hinterkopf, Zusammenpressen an den Schläfen, Migräne. Ferner klagen die Kranken über Herzklopfen, Beklemmungsgefühle, Stechen und Brennen, krampfartiges Zusammenziehen in der Herzgegend, Bohren in der Brust, unangenehme Empfindungen, Druck, Schmerzhaftigkeit in der Magengegend, Übelkeit, Heißhunger, Rücken- und Kreuzschmerzen, Vertauben der Glieder, Hautjucken, Frost- und Schwächegefühl in den Beinen, Kratzen im Halse, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen, Empfindlichkeit gegen Geräusche. Alle diese und viele ähnliche Beschwerden stellen sich ein oder verstärken sich besonders dann, wenn der Kranke gemütlich erregt oder angespannt ist, so ganz gewöhnlich beim Versuche zu arbeiten. Sie führen ihn mehr und mehr zu der Ansicht, daß er an irgendeinem schweren, verhängnisvollen Leiden erkrankt sei. Ihm droht ein Schlaganfall; er leidet an den Folgen eines ungenügend behandelten Trippers, an Syphilis und Gehirnerweichung; seine Nerven sind vollständig ruiniert durch das Laster der Onanie.

Das ängstliche Mißtrauen, mit dem der Kranke nunmehr seinen Zustand betrachtet, läßt ihn immer beunruhigendere Beobachtungen machen. Der Harn fließt zu langsam, scheint Blut zu enthalten; der Leib ist wie eine Tonne; der Boden schwankt unter den Füßen; die Schmerzen werden unerträglich. Beim Harnlassen brennt es; die Wäsche hat einen eigentümlichen Geruch; in den Gelenken kracht es. Der Kranke fürchtet den Verstand zu verlieren, wird bald unheilbar sein, sucht sich in Büchern über die Bedeutung seiner Krankheitserscheinungen zu belehren, geht zum Arzte, um von ihm die schreckliche Wahrheit zu hören. Nicht immer schafft ihm die Versicherung, daß er nichts zu fürchten habe, wirkliche Beruhigung. Ein Fall wie der seine war ja noch nicht da, und niemand kann in ihn hineinsehen. Er meint daher, daß man ihn vielleicht nicht aufmerksam genug angehört, seine Klagen nicht

genügend beachtet, ihn nicht sorgfältig untersucht oder ihm aus Schonung den Ernst der Lage verschwiegen habe, und sieht sich deswegen veranlaßt, immer neue Ärzte zu befragen. Ein Kranker hatte sich im Laufe von 6 Jahren an 36 Ärzte gewendet; ein anderer war nach Lourdes gefahren. Manche Kranke versagen sich, um ihre vermeintlich schwer gefährdete Gesundheit nicht zu schädigen, jeden Lebensgenuß, vermeiden Alkohol, Tabak, Kaffee, Tee, leben von Pflanzenkost, verzichten auf Geschlechtsverkehr, besuchen weder Theater noch Konzerte, bewegen sich mit peinlicher Regelmäßigkeit in einem eng umgrenzten Kreise einförmiger Lebensgewohnheiten.

Das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit ist es wohl vor allem, das den Kranken veranlaßt, sich von der Berührung mit der Umgebung nach Möglichkeit zurückzuziehen. Er ist schüchtern, unbeholfen, fühlt sich in Gesellschaft überflüssig, da er nicht plaudern kann wie die andern, an der allgemeinen Fröhlichkeit nicht innerlich teilnimmt. Bei seiner Empfindlichkeit hat er den Eindruck, schlecht behandelt, nicht ernst genommen zu werden; die Leute ziehen ihn auf, setzen ihn zurück, zum Teil mit Recht, weil er sich in seiner Unsicherheit täppisch und ungeschickt benimmt. Für ihn ist kein Platz da draußen unter den gesunden, lebenslustigen Menschen. Das Gefühl der Verlassenheit, des Verstoßenseins bemächtigt sich seiner, die unerfüllbare Sehnsucht nach guten Freunden und Bekannten, das Heimweh nach den Eltern und nach der Kindheit. Ein Kranker, der nach auswärts in eine Stellung gereist war, kehrte schon am gleichen Tage zurück, weil er sich in der Fremde zu einsam fühlte. Nicht selten führt der Mangel an Selbstvertrauen den Kranken dazu, sich möglichst von der Welt abzuschließen, ein stilles, einsames Leben zu führen, vielleicht ins Kloster zu gehen. So hatte sich bei Ascona die von Grohmann[1]) vortrefflich geschilderte Gruppe von Psychopathen einen Zufluchtsort geschaffen, an dem jeder ohne Pflichten unbehelligt ganz seinen eigenen Neigungen leben und dem bei ihnen weit verbreiteten Hange nachgehen konnte, an Stelle tatkräftigen Schaffens die spintisierende Beschaulichkeit zu setzen. Auch von den nächsten Angehörigen zieht sich der Kranke vielleicht zurück, weil sie ihn nicht verstehen,

[1]) Grohmann, Die Vegetarieransiedlung in Ascona und die sog. Naturmenschen im Tessin. 1904.

ihn nicht mögen und ihn seine Unzulänglichkeit fühlen lassen, sei es durch Rücksichtslosigkeit, sei es durch geflissentliche Schonung. Er wird daher nörgelig und ungerecht, muß behandelt werden wie ein rohes Ei. Manche Kranke sind bestrebt, durch gesuchte Grobheit und Rauheit des Benehmens die Umgebung abzuschrecken und so die Weichheit ihres Innenlebens zu verbergen. Janet macht die treffende Bemerkung, daß gerade die Familientyrannen oft im Grunde haltlose und willensschwache Menschen sind.

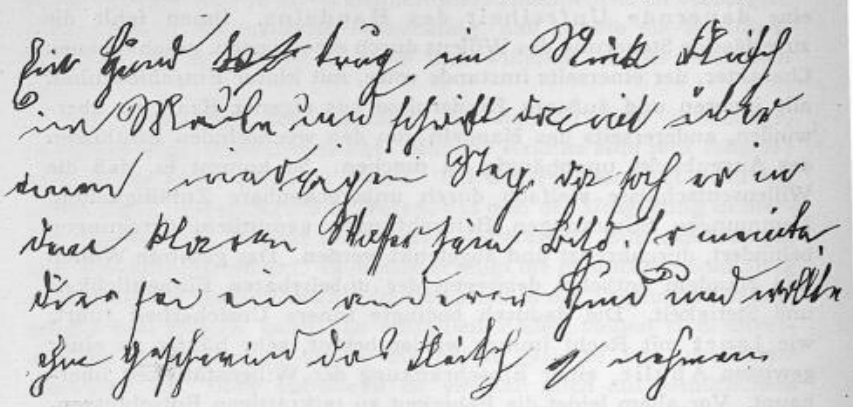
Die Gemütsart der Kranken ist vielfach eine gutherzige, liebenswürdige, schwärmerische. Manche Kranke sind sehr religiös; viele haben große Liebe zu Tieren. Bei andern überwiegt mehr ein mißmutiges, unverträgliches Wesen, das von der Umgebung immerfort Rücksichten heischt und überall unverdiente Zurücksetzungen und Kränkungen wittert. Bisweilen erzeugt die gemütliche Spannung eine dauernde innere Unruhe, die sich auch in der Neigung zu Selbstgesprächen äußern kann. In einzelnen Fällen stellen sich unvermittelte Abneigungen gegen bis dahin geliebte und geschätzte Personen ein. Sehr auffallend ist vielfach auch auf gemütlichem Gebiete eine ungleichmäßige Ausbildung der verschiedenen Gefühlsrichtungen. Große Feinfühligkeit, Geschmack, überschwängliche Begeisterungsfähigkeit kann sich mit Verkümmerung der grundlegenden natürlichen Regungen verbinden. Neben übermäßiger Empfindsamkeit besteht vielleicht eine unbegreifliche Gemütsroheit, neben zartem künstlerischem Verständnisse Mangel an Takt oder sittliche Stumpfheit. Manche Kranke sind feig und tollkühn zugleich, andere geizig und verschwenderisch oder schüchtern und eingebildet, gemütvoll und daneben von rücksichtsloser Grausamkeit (Robespierre). Auf dem Boden dieser gemütlichen Unausgeglichenheit gedeihen dann gern einzelne triebartige Regungen von unüberwindlicher Heftigkeit. Dahin gehört die abgöttische Verehrung bestimmter Personen, die „tolle", plötzlich auftauchende, alle Rücksichten über den Haufen werfende, den Willen vollständig unterjochende Liebe, die „Fascination", die willenlose Unterwerfung unter fremden Einfluß. Ferner sind hier zu erwähnen die zahlreichen „Idiosynkrasien", der sinnlose Abscheu oder die Furcht vor bestimmten Personen, Tieren (Spinnen, Fröschen, Mäusen), Gegenständen, Erlebnissen, Krankheitserschei-

nungen, die allerdings zum Teil schon in das Gebiet der Phobien hineinreichen. Daneben bestehen vielfach gewisse auffallende Eigentümlichkeiten der Gemütslage, krankhafte Weichmütigkeit, Überschwänglichkeit, leichtherzige Hoffnungsfreudigkeit oder dauernde Gedrücktheit und Verzagtheit.

Die folgenschwerste Krankheitserscheinung ist bei den Nervösen eine dauernde Unfreiheit des Handelns. Ihnen fehlt die zuverlässige Steuerung des Willens durch einen festen, geschlossenen Charakter, der einerseits imstande wäre, mit klarer Entschiedenheit alle inneren und äußeren Hindernisse aus eigener Kraft zu überwinden, andererseits das Handeln von den wechselnden Einflüssen des Augenblicks unabhängig zu machen. So kommt es, daß die Willensentschlüsse vielfach durch unberechenbare Zufälligkeiten, Hemmungen, Stimmungen, Befürchtungen, gemütliche Erregungen behindert, durchkreuzt und abgelenkt werden. Das gesamte Wollen und Handeln entbehrt deswegen der unbeirrbaren Einheitlichkeit und Stetigkeit. Die dadurch bedingte innere Unsicherheit führt, wie Janet mit Recht immer wieder betont, sehr häufig zu einer gewissen Abulie, einer Einschränkung der Willenstätigkeit überhaupt. Vor allem leidet die Fähigkeit zu tatkräftigen Entschlüssen. Die Kranken können, wie Janet es ausdrückt, in keinem Punkte bis an das Ende gehen, schrecken überall vor dem Abschlusse, der Entscheidung zurück, lassen sich durch geringfügige Hindernisse entmutigen, bleiben in Anläufen stecken, bringen nicht die Kraft auf, einem weitgesteckten Ziele planmäßig zuzustreben. So manche hochbegabte Naturen, die schon in jungen Jahren eine große Zukunft „hinter sich" haben, gehören hierher. Immer wieder, wenn es gälte, mit Entschiedenheit drauf loszugehen, stellen sich hemmende Zweifel, Einwände und Bedenken ein; die frische Farbe des Entschlusses wird, wie es Shakespeare so treffend geschildert hat, „von des Gedankens Blässe angekränkelt".

Die Kranken sind zaghaft und unsicher in ihren Handlungen und in ihrem Auftreten, werden leicht verlegen und verwirrt, wenn sie die Aufmerksamkeit auf sich gerichtet wissen. Eine nicht seltene Folge davon sind linkische, ungeschickte Bewegungen, Neigung zum Stolpern, zum Stottern, namentlich beim Spontansprechen, Erschwerungen beim Harnlassen, alles besonders stark oder nur dann auftretend, sobald die Gegenwart Fremder den

Kranken befangen macht. Auch das Schreiben kann bis zur krampfhaften Unfähigkeit gestört sein, oder die Schriftzüge werden unsicher und ausfahrend. Eine derartige Schriftprobe von einer Psychopathin gebe ich beistehend wieder. Sie erinnert auf den ersten Blick ganz an ein paralytisches Schriftstück, doch fehlen die dort so kennzeichnenden Auslassungen, Verdoppelungen, Ein-



Schriftprobe 44. Ataktische Schrift einer Psychopathin.

schiebungen und Verwechselungen von Buchstaben; nur einige verkehrte Ansätze sind zu verzeichnen.

Andererseits führt eine hemmungslose Abhängigkeit von zufälligen Einflüssen leicht zu plötzlichen, unüberlegten Handlungen, übereilten Unternehmungen und Absagen, Wechsel der Stellung und des Berufes, planlosen Reisen, überstürzten Verlobungen, überraschenden Selbstmordversuchen. Vielfach kommen die Kranken auch dazu, sich mit vollen Segeln irgendeiner auffallenden Bewegung anzuschließen und nun eine Zeitlang mit ihr durch dick und dünn zu gehen. Die Gefühlsmäßigkeit ihres Denkens trägt sie dabei leicht über Zweifel und Bedenken hinweg. So werden sie leidenschaftliche Spiritisten und Mystiker, Impfgegner, Rohköstler, Anhänger irgendeiner gesundheitsgemäßen Lebensweise, Antivivisektionisten, Frauenrechtler; auch die alkoholgegnerische Bewegung hat unter ihrer Beteiligung zu leiden gehabt. Einzelne Kranke begehen, wenn sie sich arbeitsunfähig fühlen, kleine Schwindeleien und Gelegenheitsdiebstähle.

Die Arbeitsfähigkeit der Nervösen ist stets auf das empfindlichste beeinträchtigt. Unangenehme Ermüdungsgefühle lassen sie nach kurzer Zeit erlahmen. Es stellen sich die mannigfachsten Beschwerden ein, Abspannung, Kopfdruck, innere Erregung, Schlaflosigkeit. Sie sind daher vielleicht imstande, eine Arbeit mit Scharfsinn und Geschick anzugreifen, müssen aber aussetzen, wenn sie nicht rasch ans Ziel kommen, sondern eine längere, unbefriedigende Anstrengung vor sich sehen. Darum arbeiten sie mit vielen Unterbrechungen, schützen sich durch besondere Vorsichtsmaßregeln, teilen ihr Leben peinlich regelmäßig ein und vermögen auf diese Weise bisweilen trotz aller inneren Hindernisse auch auf geistigem Gebiete Genügendes und selbst Bedeutendes zu leisten. Namentlich der Zwang der Verhältnisse kann die sonst unfehlbar auftretenden Hemmungen durchbrechen. Ich kannte einen geistig sehr hochstehenden Gelehrten, der schon nach wenigen Minuten Lesens oder gleichgültigen Gespräches von den quälendsten Empfindungen im Kopfe befallen wurde, aber recht wohl imstande war, seine Vorlesung zu halten oder sonstige, wirklich notwendige geistige Arbeit zu leisten.

Natürlich kommen die Kranken immer mehr dazu, ihre Betätigungen einzuschränken, um sich zu schonen. Sie arbeiten schließlich vielleicht nur noch eine oder zwei Stunden am Tage, nehmen längeren Urlaub, suchen immer leichtere, weniger anstrengende Beschäftigung. Bei ihren vielfach schwankenden Stimmungen vermögen sie sich nicht in den Zwang geregelter Betriebe einzufügen, setzen plötzlich aus, lassen wichtige Dinge unerledigt, versagen, wenn man sie am notwendigsten braucht. Manchmal sind sie imstande, sich zu einmaliger, vorübergehender Anstrengung aufzuraffen, und vermögen dabei vielleicht recht Brauchbares zu leisten. Sie sind aber zu allen Arbeiten unfähig, die Geduld, Hingabe und Ausdauer erfordern, lassen sie nach kurzer Zeit liegen oder lehnen sie von vornherein unter allerlei Vorwänden ab, finden sie langweilig, aussichtslos, überflüssig. Besondere Schwierigkeiten pflegen ihnen die Prüfungen zu bereiten, die nicht nur eine planmäßige Vorbereitung, sondern auch Sammlung und Geistesgegenwart erfordern. Immer von neuem schieben sie den Zeitpunkt hinaus, treten im letzten Augenblicke zurück, sind derart aufgeregt und verwirrt, daß sie auch nicht den mildesten Anforderungen

zu genügen vermögen. Nicht wenige scheitern dauernd an der Unmöglichkeit, die Klippe der vorgeschriebenen staatlichen Prüfungen zu überwinden. Einzelne verzichten schließlich auf jede ernsthafte Tätigkeit, leben wunschlos und tatenlos dahin, werden zur Plage ihrer Familie, die für sie sorgen muß, lassen alles gehen, wie es geht.

Es kann nicht fehlen, daß die Erschwerung und Zerfahrenheit des psychopathischen Handelns die gesamte Lebensführung der Kranken in entscheidender Weise beeinflußt. Die steten Hemmungen, die Sprunghaftigkeit und Unberechenbarkeit der Entschlüsse durchbrechen fortwährend die sachliche und selbstverständliche Abwicklung der Tagesgeschäfte; überall entstehen Schwierigkeiten und unerwartete Verwicklungen. Gerade darin zeigt sich eben die Entartung, die Unzweckmäßigkeit der psychopathischen Veranlagung. Sie hindert den glatten Ablauf der Lebensarbeit durch gänzlich unnötige Reibungen und bewirkt eine Verzettelung geistiger wie gemütlicher Kräfte in kleinlichen Nebendingen, so daß für die wirklich großen Kämpfe nichts mehr übrigbleibt. Klare und einfache Verhältnisse werden schwierig und verworren, sobald die nervöse Hand des Psychopathen in sie hineingreift.

Die mangelhafte Entwicklung eines zielbewußten, selbstsicheren Willens gewährt dem Triebleben bei unseren Kranken gewöhnlich einen weiten Spielraum. Unklare Gefühlsregungen überwältigen vielfach ohne weiteres die verstandesmäßige Überlegung. Triebartige Neigungen und Abneigungen, Sammelwut, grundlose Befürchtungen erzwingen sich rücksichtslose Beachtung; Ahnungen, abergläubische Zusammenhänge, Deutungen werden oft genug auch dort eine Macht, wo ihre Unsinnigkeit vollkommen klar erkannt wird. Sehr leicht entwickeln sich bestimmte gewohnheitsmäßige Willensrichtungen, deren wachsende Herrschaft späterhin kaum mehr durchbrochen werden kann. Manche Kranke müssen ihre Verrichtungen immer in ganz derselben Weise, unter den gleichen äußeren Bedingungen erledigen, fühlen sich behindert, unter Umständen sogar völlig unfähig, sobald irgendeine kleine Änderung eintritt. Sie fallen daher auch sehr leicht der Verführung zum Mißbrauche von Genußmitteln und Arzneien zum Opfer, werden Trinker, übermäßige Raucher, Morphinisten, gewöhnen sich an unsinnig starken Tee oder Kaffee, nehmen dauernd Schlafmittel.

Die hypochondrische Neigung zu Quacksalbereien wird dabei oft verhängnisvoll.

Eine ganz besondere Rolle spielt bei der nervösen Veranlagung regelmäßig das Geschlechtsleben; es tritt weit stärker in den Vordergrund der Lebensvorgänge, als beim Gesunden. Gewöhnlich erwacht der Geschlechtstrieb auffallend früh und mit großer Lebhaftigkeit. Er führt sehr häufig von selbst oder unter freundschaftlicher Anleitung zur Masturbation, die dann ungemein hartnäckig zu wurzeln pflegt und unter Umständen selbst neben dem regelrechten Geschlechtsverkehr fortgesetzt wird.

In nicht ganz seltenen Fällen wird hier der Geschlechtstrieb zum Mittelpunkte des gesamten Seelenlebens. So entsteht das formenreiche Bild der „sexuellen Neurasthenie", die, wie allmählich immer klarer erkannt wird, nicht etwa die Folge von Ausschweifungen, sondern eine einfache Begleiterscheinung der angeborenen Nervosität darstellt. Das Anwachsen der geschlechtlichen Spannung kann, wie es scheint, in manchen Fällen von äußerst lebhaften Unlustgefühlen, innerer Erregung bis zur Arbeitsunfähigkeit begleitet sein, die erst mit der Entladung schwinden. Umgekehrt können sich an den Geschlechtsakt lebhafte Angstgefühle knüpfen, die sein Gelingen vereiteln und zur psychischen Impotenz führen. Die erhöhte geschlechtliche Erregbarkeit verleitet, namentlich bei starken inneren Hindernissen gegen eine natürliche Befriedigung, zum Versenken in geschlechtliche Träumereien (psychische Onanie), oft auch zu rücksichtsloser Masturbation mit der Folge dauernder Überreizung, vorzeitiger Ejakulation, Spermatorrhöe und den an sie sich anschließenden Empfindungen und hypochondrischen Befürchtungen. Alle möglichen krankhaften Empfindungen und Vorstellungen können sich um diesen Mittelpunkt herumgruppieren und dadurch das Gewicht noch verstärken, das ihm ohnehin schon im Seelenleben zukommt. Vielleicht ist, wie von manchen Beobachtern angegeben wird, der zur Vermeidung von Nachkommenschaft betriebene Coitus interruptus geeignet, die Entwicklung nervöser Beschwerden besonders zu fördern.

Recht verhängnisvoll kann namentlich auch der Umstand werden, daß sich an das Erwachen der geschlechtlichen Regungen vielfach die Entwicklung jener Verschrobenheiten der geschlechtlichen Befriedigung knüpft, in deren Aufdeckung unser Zeitalter so frucht-

bar gewesen ist. Die Erinnerung an bestimmte Anlässe, bei denen der Geschlechtstrieb sich zuerst deutlicher regte, verbindet sich so innig mit dem Geschlechtsbedürfnisse, daß eine Befriedigung desselben schließlich nur noch unter ähnlichen Bedingungen möglich wird. Einer meiner Kranken, dem die Erzieherin in der Jugend gesagt hatte, sie werde ihm die Augen verbinden, wenn er immer so nach den kleinen Mädchen hinüberschaue, vermochte den Beischlaf später nur mit solchen Weibern auszuführen, denen die Augen verbunden waren. Wir werden derartige Erfahrungen später noch eingehend zu würdigen haben.

Auf körperlichem Gebiete begegnen uns bei den Nervösen vielfach Störungen, wie wir sie bei der Hysterie kennen gelernt haben, wenn auch meist nur in Andeutungen. Am häufigsten sind Steigerung der Sehnenreflexe, Zittern der Hände, besonders bei Aufregungen, Schwindelanfälle, auch gelegentliche Ohnmachten. Hie und da beobachtet man Herabsetzung des Konjunktival- oder Würgreflexes, konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung, Hypalgesien oder Hyperalgesien, umschriebene Zuckungen, Dermatographie. Der Ausdruck der Gemütsbewegungen kann gelegentlich die hysterische Maßlosigkeit zeigen; die Kranken verfallen in Weinkrämpfe, sinken vor Schreck zusammen, schlottern am ganzen Körper, wälzen sich am Boden, schlagen um sich, schreien, raufen sich die Haare. Bei anderen finden sich schwer ausrottbare üble Angewohnheiten, Nägelkauen, Neigung zum Kratzen, Hautzupfen, Haarebeißen, oder einförmige, gewohnheitsmäßige Bewegungen („Tics“[1]), Gesichterschneiden, choreaartige Zuckungen, Kopfschütteln, Blinzeln, Schnüffeln oder Gautzen, Schnalzen mit der Zunge, Räuspern, Spucken, Leckbewegungen, Achselzucken, Aufspringen. In der Regel handelt es sich um die erstarrten Reste von Ausdrucks- oder Verlegenheitsbewegungen, in denen sich die innere Unruhe und Spannung entlädt; eine etwas andere Entstehungsweise werden wir später kennen lernen.

Weiterhin beobachten wir oft die allgemeinen Zeichen einer erhöhten nervösen Erregbarkeit, auffallende Empfindlichkeit gegen Alkohol, auch wohl gegen Tee oder Kaffee, rasches Zusammenbrechen bei länger dauernden Anstrengungen, Unfähigkeit, Hunger

[1]) Meige und Feindel, Der Tic, sein Wesen und seine Behandlung, deutsch von Giese. 1903.

und Durst lange Zeit zu ertragen, große Abhängigkeit von Witterung und Temperaturen, starkes Fiebern und Delirieren bei leichten Erkrankungen. Auch die krankhafte Empfindlichkeit gegen manche Geräusche (Reiben des Schieferstiftes, der Kreide auf der Tafel) oder Hautempfindungen (Berührung mit Samt) sind hier vielleicht zu erwähnen. Dagegen ist es mir sehr zweifelhaft, ob das gelegentlich in diesem Zusammenhange mit angeführte Auftreten von Verdauungsstörungen oder Hautausschlägen nach dem Genusse von Erdbeeren, Krebsen, Eiern, Mandeln in irgendeiner Beziehung zur nervösen Veranlagung steht.

Der Puls wird leicht unregelmäßig, besonders wenn sich die Aufmerksamkeit auf die Schlagfolge richtet. Nicht selten findet man eine peinliche Neigung zum Schwitzen oder Erröten bei gemütlicher Erregung, Störungen in der Blutverteilung, Wallungen zum Kopfe, Kälte der Hände und Füße. Rohde spricht von einer „vasomotorischen Diathese" der Psychastheniker. Die Pupillen sind wegen Hemmung des Sphinkterentonus öfters auffallend weit; ihre Reaktion pflegt sehr ausgiebig, die Pupillenunruhe verstärkt zu sein.

Ziemlich häufig ist lange fortgesetztes Bettnässen. Wir haben darin wohl nicht den Ausdruck einer durch Rückenmarksstörungen bedingten Schwäche des Blasenschließmuskels und auch nicht das Zeichen nächtlicher epileptischer Anfälle zu sehen, sondern die Folge einer ungenügenden Herrschaft des Willens über die Harnentleerung. Trömner spricht von einem „Reflexinfantilismus". Das Austreiben des Harns aus der Blase geschieht beim Tiere wie auch beim Säugling im allgemeinen ohne weiteres selbsttätig. Erst durch eine gewisse planmäßige Einübung gelingt es dem entwickelten Willen, diese wie so viele andere Verrichtungen des Körpers bis zu einem gewissen Grade zu beherrschen, so daß Entleerung und Zurückhaltung willkürlich erfolgen können. Es dürfte sich um ein ganz ähnliches Verhältnis handeln wie bei der Regelung unserer Gliederbewegungen, die auch vom Säugling zunächst planlos und ohne bestimmte Ordnung ausgeführt werden, bis sich allmählich der zielbewußte Wille ihrer bemächtigt. Daß auch hier der Erfolg sehr verschieden ist und manche Kinder lange Zeit oder selbst ihr Leben hindurch ungeschickt und unsicher in ihren Bewegungen bleiben, ist bekannt genug. So gibt es erfahrungsgemäß auch zahlreiche Menschen, die dem Harndrange nur verhältnismäßig kurze Zeit

widerstehen oder die Blase nur unter gewissen Vorbedingungen willkürlich entleeren können. Im Wachen wird hier ein vollständiges Versagen des Willens nur ganz ausnahmsweise, etwa bei heftigen Gemütserschütterungen, eintreten. Im Schlafe dagegen, wo ohnedies der Einfluß des Willens auf den Körper stark abgeschwächt ist, wird sich die Harnentleerung verhältnismäßig leicht von ihm unabhängig machen können. Besonders begünstigt wird das durch große Tiefe des Schlafes, die einerseits die Willenseinflüsse vollkommener ausschaltet, andererseits den Harndrang weniger leicht zum Bewußtsein gelangen läßt. Am Tage beobachtet man bei unseren Kranken öfters Pollakiurie, sehr häufig wiederkehrenden Harndrang, der durch die allzu ängstlich auf die Blasenentleerung gerichtete Aufmerksamkeit bedingt wird.

Auch die Nahrungsaufnahme nimmt vielfach an der allgemeinen Störung teil. Heißhunger wechselt mit Appetitlosigkeit; gar nicht selten entwickelt sich das launenhafte Krankheitsbild der nervösen Dyspepsie, die Empfindung von Druck und Völle in der Magengegend, Würgen, Aufstoßen, Erbrechen, gelegentlich selbst Wiederkäuen, Verstopfung, psychisch ausgelöste Durchfälle. Manche Kranke zeigen starke Abmagerung. Der Schlaf ist ungemein häufig gestört. In einzelnen Fällen besteht ein ganz außerordentliches Schlafbedürfnis, so daß die Kranken nach 8—9stündigem Schlafe noch kaum zu erwecken sind. Wir haben wohl anzunehmen, daß dabei in der Regel die Tiefe des Schlafes ungenügend ist. Durch die Messungen der Schlaftiefe ist es wahrscheinlich geworden, daß Steigerung der nervösen Erregung den Schlaf oberflächlicher macht und die Erreichung einer größeren Tiefe verzögert. Ich habe auch immer den Eindruck gehabt, daß unter den nervösen Menschen die Abendarbeiter verhältnismäßig häufiger sind, als die Morgenarbeiter; ihr Nervengewebe kommt nach der Arbeit langsamer zur Ruhe. Dementsprechend leiden viele unserer Kranken an großer Müdigkeit beim Erwachen, während ihnen das Einschlafen oft sehr schwer wird und der Schlaf selbst durch lebhafte und unruhige Träume gestört ist.

Eine weitere Gruppe von körperlichen Störungen ist deswegen von Bedeutung, weil sie zwar nicht der Ausdruck des nervösen Leidens selbst sind, wohl aber Hinweise auf ursächlich wichtige Schädigungen enthalten. Dahin gehören zunächst die sogenannten Ent-

artungszeichen, aus denen wir auf ungünstige erbliche oder keimschädigende Einflüsse zu schließen pflegen. Wir finden Zurückbleiben der gesamten Körperentwicklung auf kindlicher Stufe, auffallend jugendliches oder frühzeitig gealtertes Aussehen, örtliche und allgemeine Wachstumshemmungen des Gehirns und Schädels, schiefes Gesicht, abnorme Zahn- und Kieferstellung, Fistelstimme, Mißbildungen aller Art an Ohren, Gaumen, Geschlechtsteilen (Kryptorchismus, Epi- oder Hypospadie), Händen (Syndaktylie), Behaarung. Hie und da treffen wir ferner auf die Überbleibsel früherer Hirnkrankheiten, halbseitige Schwäche, Lähmungen, Atrophien, Babinskis Zeichen, Spasmen. Öfters wird über Zahnkrämpfe berichtet. Auch die Spuren der Rachitis und adenoide Wucherungen sind als Hinweis auf allgemeine Ernährungsstörungen wohl nicht ganz ohne Belang; einige Male bestanden Andeutungen von Basedowscher Krankheit. Manche Kranke sind von Jugend auf schwächlich und zart, wenig widerstandsfähig gegen krankmachende Einflüsse; einzelne sind Frühgeburten. —

Da die Nervosität nach unserer Begriffsbestimmung ein angeborener krankhafter Zustand ist, kann von einem eigentlichen Verlaufe des Leidens nicht wohl die Rede sein. Gewöhnlich zeigt sich die krankhafte Anlage schon in früher Jugend. Manche Kinder sind übertrieben brav, still, scheu, ängstlich, wehleidig, ziehen sich zurück, haben wenig Geschick und Neigung zu körperlicher Betätigung. Bei anderen tritt mehr ein reizbares, empfindliches, unzufriedenes, unverträgliches Wesen in den Vordergrund, oft gepaart mit weinerlichem Eigensinn. Die gesteigerte Erregbarkeit kann sich in nächtlichem Aufschrecken, ängstlichen Träumen, Nachtwandeln bemerkbar machen.

In der Schule kündigt sich die Nervosität namentlich durch erhöhte Ablenkbarkeit, Zerstreutheit, Neigung zur Träumerei, Schlaffheit, Unruhe, rasches Versagen an. Gleichwohl werden manche Kinder, weil sie ängstlich allen Anforderungen nachzukommen suchen, keine Nebenbeschäftigungen treiben, sich in den Büchern vergraben, gute Schüler. Andere, bei denen die Erregbarkeit und Unstetigkeit überwiegt, kommen trotz allen Nachdrängens nicht recht vorwärts und erwerben sich nur ein oberflächliches, lückenhaftes Wissen. Häufig sind einseitige Begabungen und Mängel, geistige Frühreife, sprachliche Gewandtheit, musikalisches, zeichnerisches

Talent, Unfähigkeit zu rechnen, auswendig zu lernen, Fehlen des Ortssinnes, Zeitsinnes.

Eine stärkere Ausprägung der Störungen pflegen die Umwälzungen der Entwicklungsjahre zu bringen. Binswanger berichtet, daß die Krankheit in 46 unter 131 von ihm beobachteten Fällen im zweiten Lebensjahrzehnt begann. Ein nicht unerheblicher Teil der krankhaften Erscheinungen bewegt sich ja in derselben Richtung wie die inneren Vorgänge, von denen die Geschlechtsreifung begleitet ist. Die gemütliche Erregbarkeit wächst; die Neigung zum Grübeln und Träumen, zu Wertherstimmungen und triebartigen Entgleisungen nimmt zu. Weiterhin aber machen sich nunmehr auch noch eine Reihe von anderen Einflüssen geltend, die geeignet erscheinen, den Keim der Nervosität zu vollerer Entwicklung zu bringen. Die Anforderungen an Willensstärke und Selbstbeherrschung erhöhen sich mit dem Eintritte in selbständigere und verantwortungsvollere Betätigungen. Damit steigen für den Kranken die Schwierigkeiten, sich zu behaupten, und die Reibungsflächen gegenüber der Umgebung vergrößern sich. Verführungen treten an ihn heran, unter denen diejenigen zur Onanie, zum Alkoholmißbrauche, unter Umständen auch zum Morphium, für ihn besonders verhängnisvoll werden können. Die Erregungen und Enttäuschungen, die mit dem Liebesleben verbunden sind, tragen dazu bei, die Bewahrung des inneren Gleichgewichts zu erschweren. Beim Weibe mögen auch die Chlorose und die körperlichen Schädigungen durch das Fortpflanzungsgeschäft öfters eine Rolle spielen.

Im späteren Leben pflegt sich der Zustand der Nervösen lange Zeit hindurch nur wenig zu ändern. Selbstverständlich gibt es erhebliche Schwankungen, wenn sich die äußeren Lebensbedingungen besonders günstig oder ungünstig gestalten. Immerhin zeigt es sich, daß von unseren Kranken mehr als $^2/_3$ vor dem 35. Lebensjahre in die Klinik kamen. Daraus scheint hervorzugehen, daß wenigstens die auffallenderen Störungen, Selbstmordversuche, Erregungszustände, überwiegend in die ersten Lebensjahrzehnte fallen. Da aber die einfache Nervosität, abgesehen von den hie und da glückenden Selbstmordversuchen, das Leben nicht bedroht und auch nicht zur dauernden Abschließung in Anstalten zu führen pflegt, so ist die Annahme berechtigt, daß in den späteren Lebensjahrzehnten die Krankheitsäußerungen im allgemeinen mehr zurücktreten. Zum

Teil mag das dadurch bedingt sein, daß eine erhebliche Zahl von Kranken dann bereits irgendwie ein Plätzchen im Leben gefunden hat, dessen Anforderungen sie ihre Kräfte haben anpassen können.

Koch berichtet auch über periodische Verlaufsformen, die ich jedoch geneigt bin, als den Ausdruck manisch-depressiver Erkrankungen anzusehen. Allerdings werden öfters Besserungen oder Verschlimmerungen des Zustandes auch ohne erkennbaren äußeren Anlaß beobachtet.

Auf dem allgemeinen Boden der Nervosität können sich aber weiterhin auch noch andersartige Störungen entwickeln. Sehr häufig ist, wie schon angedeutet, das Auftreten einzelner hysterischer Krankheitserscheinungen. Bisweilen, namentlich unter dem Einflusse gemütlicher Erregungen, kann es vorübergehend zu Sinnestäuschungen und nächtlichen deliranten Zuständen kommen. Die Kranken hören Geräusche, Glocken, Frauenzimmerstimmen, Schreien ihrer Kinder, sehen farblose Gestalten, Telephonstangen, Gespenster. Sodann können sich die Angstzustände im Sinne von Phobien ausbilden, das Grübeln in der Richtung der Grübel- und Fragesucht; die sexuelle Neurasthenie kann die Vorstufe mannigfaltiger Verirrungen des Geschlechtstriebes abgeben. Endlich finden sich im Bilde der Nervosität allerlei Züge, von denen uns bald dieser, bald jener in schärferer Ausprägung bei der Betrachtung der späterhin zu schildernden Spielarten psychopathischer Persönlichkeiten wieder begegnen werden. —

Die allgemeine Prognose des Leidens ist in den vorstehenden Erfahrungen bereits angedeutet. Da es sich um eine Form der angeborenen Veranlagung handelt, wird eine grundsätzliche Umwandlung der krankhaften Persönlichkeit im Laufe des Lebens nicht erwartet werden können. Man wird jedoch die Möglichkeit offen lassen müssen, daß sich bei jugendlichen Kranken manche Eigentümlichkeiten mit fortschreitender Reifung noch bis zu einem gewissen Grade wieder ausgleichen. Eine ganze Reihe der geschilderten krankhaften Züge, die Erregbarkeit, die Ängstlichkeit, die Ablenkbarkeit, die Neigung zum Träumen, der Mangel an Selbstbeherrschung, die Bestimmbarkeit, haben ihre Wurzel im seelischen Gefüge der unreifen Persönlichkeit. Wir dürfen daher erwarten und finden es auch durch die Erfahrung bestätigt, daß derartige Störungen unter Umständen nur als vorübergehende Entwicklungs-

hemmungen stärker hervortreten, um späterhin ganz oder doch zum größten Teile wieder zu verschwinden. Nur bei einer gewissen Zahl der Fälle, bei denen wir die Erscheinungen der nervösen Veranlagung in der Jugend antreffen, werden wir mit deren dauerndem Fortbestehen, vielleicht auch noch mit einer Verschlechterung im Lebenskampfe zu rechnen haben. Leider sind die Anhaltspunkte für die Beantwortung der Frage, ob wir es mit einer vorübergehenden „Entwicklungs"- oder mit einer dauernden „Entartungsnervosität" zu tun haben, zurzeit noch ganz unsichere. Bei sehr jugendlichem Alter, vielleicht bis zur Mitte der 20er Jahre, wird man die erstere Möglichkeit noch im Auge behalten dürfen. Man kann wohl auch annehmen, daß diejenigen Züge des Krankheitsbildes, die wir ähnlich auf jugendlicheren Altersstufen wiederfinden, einen weniger ungünstigen Ausblick auf die Zukunft eröffnen, als solche, die dem gesunden Leben mehr oder weniger fremd sind, wie die umschriebenen Angstzustände, das Fremdheitsgefühl, die kleinliche Bindung des Willens.

Römer hat bei einer größeren Zahl von Nervenkranken durchschnittlich 6—7 Jahre nach Abschluß einer bei ihm durchgeführten Kur Nachforschungen über ihr Befinden angestellt. Unter ihnen befanden sich 184 Fälle von „konstitutioneller Neurasthenie", die wohl in der Hauptsache dem hier geschilderten Krankheitsbilde zuzurechnen wären. Er kommt zu dem Schluß, daß, im Gegensatze zu der immer gutartig verlaufenden nervösen Erschöpfung (erworbenen Neurasthenie), hier wohl in 70% der Fälle ein günstiger Einfluß der Behandlung andauerte, daß aber doch nur etwa 20% der Kranken als annähernd genesen zu bezeichnen waren. Immerhin waren unter den Männern 70, unter den Frauen 73% wieder voll und dauernd arbeitsfähig geworden, während dort 7%, hier 13% arbeitsunfähig blieben und der Rest wenigstens teilweise imstande war, seinen Pflichten zu genügen. Bratz fand bei den allerdings viele schwerere Formen der Entartung in sich schließenden und nach jeder Richtung weit ungünstiger gestellten psychopatischen Zwangszöglingen noch bei $^1/_{10}$ bis $^1/_8$ einen erheblichen Einfluß der Erziehung. Er weist, ganz im Einklange mit unseren früheren Erörterungen, darauf hin, daß man vor Mitte der 20er Jahre die Hoffnung auf einen Erfolg nicht ganz aufzugeben brauche. —

Die Ursachen der Nervosität sind, wie schon wiederholt an-

gedeutet, vor allem in der angeborenen psychopathischen Veranlagung zu suchen. In ganz besonderem Maße scheint die erbliche Entartung in Betracht zu kommen. Leider sind die Bedingungen für eine genauere Feststellung dieser Zusammenhänge bei den meist nur flüchtig durch unsere Klinik hindurchgehenden Psychopathen recht ungünstig, so daß die gewonnenen Zahlen zweifellos weit hinter den wirklichen Verhältnissen zurückbleiben. Dennoch wird man vielleicht den Vergleich mit anderen ähnlichen Krankheitsgruppen wagen dürfen. Dabei zeigt sich, daß eine unmittelbare Belastung seitens der Eltern, genau wie bei der Hysterie, in $^1/_3$ der Fälle angegeben wurde. Wie dort trat auch hier die Bedeutung der eigentlichen Geisteskrankheiten bei den Eltern sehr zurück, noch mehr aber, im Gegensatze zur Hysterie, der Einfluß des elterlichen Alkoholismus. Dagegen fand sich in 27,5% Belastung durch psychopathische Zustände der Eltern. Wenn diese Erfahrungen, was mir aus verschiedenen Gründen wahrscheinlich ist, mehr als Zufälligkeiten wiedergeben, so würden sie wohl für eine starke Neigung zu gleichartiger Vererbung sprechen, während Keimschädigungen hier weniger eine Rolle spielen dürften. Bei diesem Anlasse ist vielleicht darauf hinzuweisen, daß die Hysterie auch unmittelbar durch Alkoholmißbrauch erzeugt werden kann; von unseren Kranken pflegten dagegen nur etwa 5% reichlichere Alkoholmengen zu sich zu nehmen.

Vielleicht gewinnt, wie Möbius angedeutet hat, unter Umständen auch die Keimfeindschaft, das Zusammentreffen von Keimen, die nur mangelhaft miteinander verschmelzen, eine gewisse Bedeutung für die Entstehung psychopathischer Veranlagung. Wir wissen durch Darwin, daß die Vereinigung sehr weit auseinanderstehender Rassen leicht zu Rückschlägen in weit zurückliegende Entwicklungsstufen führt; gerade ein solcher Vorgang würde aber wohl das Auftreten umschriebener oder allgemeinerer Entwicklungshemmungen besonders begünstigen. Endlich kann wohl auch ein starker Altersunterschied zwischen den Eltern, hohes Alter eines Teiles oder Erschöpfung der Mutter durch eine lange Kinderreihe eine Unzulänglichkeit der nervösen Veranlagung bewirken, wenn auch über alle diese Fragen noch sehr eingehende Untersuchungen notwendig sind. Ebenso fehlt es noch an genügend sicheren Beobachtungsreihen darüber, wieweit Schädigungen der Mutter während der Schwangerschaft, körperliche Krankheiten, Ernährungsstörungen, gemütliche

Erschütterungen, zur Entwicklung der Nervosität beim Kinde beitragen können.

Daß sich die Anfänge des Leidens in der Regel bis in die Kindheit, mindestens bis in die Entwicklungsjahre zurückverfolgen lassen, wurde bereits näher erörtert. Die Beteiligung der Geschlechter stellte sich so, daß etwa 65% meiner Kranken Männer waren. Das kann zum Teil damit zusammenhängen, daß die krankhaften Störungen im männlichen Erwerbsleben weit stärker ins Gewicht fallen und daher häufiger zum Aufsuchen ärztlicher Hilfe Anlaß geben. Man wird aber wohl auch daran denken dürfen, daß beim weiblichen Geschlechte in höherem Maße die Neigung zur Umsetzung gemütlicher Spannungen in hysterische Ausdrucksformen besteht, die dann für die klinische Einordnung maßgebend werden. Römer fand unter seinen „konstitutionell Neurasthenischen" 88 Männer und 46 Frauen, also fast genau das gleiche Verhältnis der Geschlechter (65,7% Männer). Fast $^2/_3$ meiner Kranken waren ledig, zum Teil wohl, weil sie sich mangels einer Familienpflege leichter zum Aufsuchen der Klinik entschlossen, vielleicht aber auch wegen der Abneigung vieler Psychopathen gegen die Ehe und wegen der Schwierigkeiten, die sich ihrer Verheiratung entgegenstellen. Unter den Frauen fanden sich, möglicherweise zufällig, eine Anzahl Verwitweter und Geschiedener. Nach ihrer Herkunft waren nur etwa $^1/_3$ der Kranken Münchener, bei den Männern etwas mehr. Dabei mag die größere Hilfsbedürftigkeit der Zugewanderten im Erkrankungsfalle eine Rolle spielen. Da aber ferner die Zahl der vom Lande oder aus kleinen Städten stammenden Kranken verhältnismäßig groß war, ist es vielleicht auch hier, wie wir es bei der Hysterie versucht haben, gestattet, die Annahme zur Erklärung mit heranzuziehen, daß die Versetzung aus kleinen, einfachen Verhältnissen in das Erwerbsgetriebe der Großstadt vielfach einen ungünstigen Einfluß auf die Entwicklung nervöser Anlagen ausübt. Hinsichtlich des Anteils der Berufe fiel mir, abgesehen von der stärkeren Vertretung der vieldeutigen Gruppe der „Kaufleute", bei den Männern auf, daß eine Anzahl Studenten zu verzeichnen waren. Eine besondere Beteiligung der gebildeteren Stände ließ sich sonst nicht erkennen. Unter den Frauen erschienen auch hier in größerer Anzahl die in abhängiger häuslicher Stellung sich befindenden Dienstmägde, Köchinnen, Kinderfräulein, Stützen, teils wohl aus äußeren, teils wohl auch aus inneren Gründen.

Wenn wir auch die wesentlichen Ursachen der Nervosität in der persönlichen Veranlagung zu suchen haben, so sind doch, wie wir schon andeuteten, die weiteren Lebensschicksale des Kranken keineswegs ohne Bedeutung für die Gestaltung seines Zustandes. Ganz auffallend häufig fanden sich in der Vorgeschichte unserer Kranken Angaben einmal über mißliche wirtschaftliche Verhältnisse, sodann über Zwistigkeiten und Zerwürfnisse mit den nächsten Angehörigen. Es liegt auf der Hand, daß man hier zunächst an Folgen der psychopathischen Veranlagung zu denken hat. Die Kranken haben eine geringe und namentlich sehr ungleichmäßige Arbeitskraft, und sie verstehen es schlecht, ihre Lebenspläne sicher und zielbewußt durchzuführen. Daraus ergibt sich ihre Minderwertigkeit im Erwerbsleben, die sie im Wettbewerbe leicht erliegen läßt. Weiterhin sind sie reizbar, empfindlich und geben ihrer Umgebung wegen ihrer Entschlußunfähigkeit und Planlosigkeit vielen gerechten Anlaß zum Tadel.

Es ist aber doch wohl nicht zu bezweifeln, daß die gemütlichen Erregungen, die sich aus diesen Verhältnissen mit einer gewissen Notwendigkeit ergeben, ihrerseits wieder geeignet sind, die nervösen Störungen erheblich zu verstärken. Sobald sich aus irgendeinem Grunde die Daseinsbedingungen günstiger gestalten, pflegen auch die krankhaften Erscheinungen mehr in den Hintergrund zu treten. Umgekehrt zeigt sich oft eine deutliche Steigerung unter dem Einflusse von Schädigungen, die ganz außer Zusammenhang mit den nervösen Unzulänglichkeiten stehen, bei Erkrankungen der Angehörigen, Unglücksfällen, unverschuldeten Verlusten. Eine Kranke geriet in die größte Erregung, als ihr durch fremdes Versehen 10 Mark verloren gegangen waren; sie konnte sich aber auch lange nicht beruhigen, nachdem ihr der Verlust ersetzt worden war. Eine starke Verschlimmerung des Zustandes bringen hie und da bevorstehende Gerichtsverhandlungen; alljährlich pflegen uns einige Fälle von schwerer depressiver Verstimmung zuzugehen, bei denen sich dann herausstellt, daß es sich um eine schwebende Untersuchung handelt.

Vielfach ist die Ansicht vertreten worden, daß die Großstadt die Entwicklung der Nervosität besonders begünstige; Trömner bezeichnet sie als das „Treibhaus neurasthenischer Schößlinge". Es erscheint mir nicht leicht, ein zuverlässiges Urteil über diese Frage

zu gewinnen. Wenn es richtig ist, daß in der Entstehungsgeschichte der Nervosität vor allem die angeborene Anlage, und zwar mehr die ererbte Unzulänglichkeit, als die Keimschädigung, in Betracht kommt, so läge eine erhebliche ursächliche Bedeutung des Großstadtlebens nicht ohne weiteres auf der Hand. Man wird aber daran denken dürfen, daß die Verführungen und Erregungen, denen der einzelne in den Brennpunkten menschlichen Verkehrs ausgesetzt ist, die weitere Entwicklung einer mangelhaften Anlage sehr ungünstig beeinflussen können. Lähr hat hier besonders auf das Wohnungselend, gesundheitswidrige Einflüsse im Fabrikbetriebe, die Schädigung durch aufreibende Akkord- und Nachtarbeit, die Unsicherheit der wirtschaftlichen Lage, die aufreizenden Wirkungen des Klassenkampfes hingewiesen. Freilich können dabei manche Störungen, so etwa wirkliche nervöse Erschöpfung oder die Folgen des Alkoholmißbrauches, hinzutreten, die an sich mit der Nervosität nichts zu tun haben. Weiterhin aber werden sich bei den erhöhten Anforderungen, welche die Großstadt an Selbstbeherrschung und Leistungsfähigkeit stellt, hier nicht wenige Personen als unzulänglich erweisen und so in die Hände des Arztes gelangen, die unter einfacheren Lebensbedingungen ihren bescheidenen Platz ohne Schwierigkeiten hätten ausfüllen können. Auf welche der erörterten beiden Möglichkeiten es vorzugsweise zu beziehen ist, daß die vom Lande oder aus kleinen Städten stammenden Großstadtbewohner unter den Nervösen stärker vertreten sind, muß vorderhand dahingestellt bleiben.

Suchen wir den wesentlichen Inhalt der vorstehenden Darlegungen noch einmal kurz zusammenzufassen, so haben wir es bei der Nervosität mit einer bestimmten Form unzulänglicher Veranlagung zu tun, die zum mindesten recht häufig in gleicher oder ähnlicher Form von den Eltern ererbt wird. Die Störungen liegen vor allem in einer ungenügenden Ausbildung jener dauernden Gefühls- und Willensrichtungen, die uns einerseits eine gewisse Unabhängigkeit unserer Stimmungen und unseres Wollens von äußeren Einwirkungen, andererseits die Fähigkeit zu selbständigem, tatkräftigem Handeln aus inneren Beweggründen gewährleisten. Dieses Verhalten kann als eine Entwicklungshemmung im Aufbau der Persönlichkeit aufgefaßt werden, als das Ausbleiben eines der Abstraktion der Vorstellungen entsprechenden Vorganges in der Ausbildung des

Willens. Wie dort die Erhebung der sinnlichen Einzelvorstellungen zu Allgemeinvorstellungen, Begriffen, Denkrichtungen unentwickelt bleiben kann, so sehen wir hier die Augenblicksantriebe nicht zu festen, das Handeln dauernd in bestimmten Bahnen haltenden, bald hemmenden, bald treibenden Charakterzügen werden. Eine solche Entwicklung kann dauernd ausbleiben oder nur verspätet und vielleicht unvollkommen eintreten. Daneben finden sich in der Regel auf den verschiedensten Seelengebieten noch andere Zeichen ungleichmäßiger Ausbildung der Persönlichkeit.

Ihre besondere Färbung erhält die Nervosität durch die häufige Beimischung von Behinderungen des Denkens und Wollens durch Ängstlichkeit. Man könnte meinen, daß die ängstliche, unter Umständen bis zur völligen Willenlosigkeit gehende Zurückhaltung eine natürliche Folge des Gefühls der eigenen Unzulänglichkeit darstelle. Es mag innerhalb gewisser Grenzen zutreffen, daß die Wahrnehmung der eigenen Unsicherheit diese wiederum verstärkt. Da es aber, wie wir späterhin sehen werden, Zustände mit mangelhafter Ausbildung des Willens gibt, denen die ängstlichen Willenshemmungen nahezu oder gänzlich fehlen, werden wir zu der Annahme genötigt, daß wir es hier mit einer besonderen Form der Entwicklungsstörung zu tun haben. Man könnte sogar an die Möglichkeit denken, daß die angeborene Neigung zu trüben, verzagten Stimmungen, zu Zweifeln und Bedenken ihrerseits die Ausbildung des Willens hindert, der natürlich, ebenso wie alle anderen seelischen Leistungen, geübt werden muß, um sich zu entwickeln. —

Aus der Mannigfaltigkeit der Krankheitserscheinungen und den klinischen Beziehungen zu anderen Formen des Entartungsirreseins darf man vielleicht den Schluß ziehen, daß die Nervosität in dem hier umschriebenen Sinne ein Sammelbegriff für eine Reihe von Zuständen ist, die wohl gewisse gemeinsame Züge aufweisen, nach anderen Richtungen aber auseinanderweichen und gewissermaßen verschiedenartige Entwicklungsmöglichkeiten in sich schließen. Hartenberg hat den Versuch gemacht, eine Reihe von Unterformen zu kennzeichnen; er unterscheidet eine depressive, eine ängstliche, eine erregte, eine reizbare und eine weichmütig-resignierte Form. Unsere Darstellung, die als kennzeichnendes Merkmal die Bindung des Willens durch Mangel des Selbstvertrauens betrachtet, würde wesentlich die letztgenannte und diejenigen Fälle der beiden ersten

Formen umfassen, die nicht den Grundzuständen des manisch-depressiven Irreseins oder der Zwangsneurose angehören. Die erregte Form dürfte zum größten Teile der manischen Veranlagung entsprechen, während wir die reizbare Form später bei der Besprechung der psychopatischen Persönlichkeiten näher zu würdigen haben werden. Scholz hält Indolente, Depressive, Manische, Periodische, Affektmenschen, Triebhafte, Haltlose, Verschrobene, Phantasten, Zwangskranke, sittlich Minderwertige und geschlechtlich Abnorme auseinander. Den meisten dieser Formen werden wir bei der Besprechung der krankhaften Persönlichkeiten begegnen; andere haben wir schon bei der Schilderung des manisch-depressiven Irreseins erwähnt.

Vielfach ist die Nervosität im hier umgrenzten Sinne mit anderen verwandten oder ähnlichen Krankheitszuständen verschmolzen worden. So hat Koch die hier geschilderten Zustände unter den „angeborenen psychopathischen Minderwertigkeiten" beschrieben, wobei sie mit einer ganzen Reihe verwandter Krankheitsformen zusammengefaßt wurden. Auch Janet hat in seiner weit ausgreifenden Bearbeitung des ganzen Gebietes in dem Ausdrucke „Psychasthenie" eine gemeinsame Bezeichnung geschaffen, die neben der Nervosität namentlich noch die Zwangsneurose, aber wohl auch noch andersartige Krankheitsbilder in sich schließt. Er nimmt an, daß die allgemeine Grundstörung überall in einer Herabsetzung der „psychischen Spannung" zu suchen sei, eine Vorstellung, auf die wir späterhin noch zurückzukommen haben werden. Ich halte es vorderhand für zweckmäßig, die Nervosität von den Zwangszuständen abzutrennen. Sie scheint zwar vielfach die Vorbedingung für deren Entstehung aufzuweisen, bietet aber doch ein wesentlich anderes klinisches Gesamtbild dar.

Sehr gewöhnlich wird die Nervosität mit der erworbenen nervösen Erschöpfung unter dem gemeinsamen Namen der „Neurasthenie" vereinigt. Die Gesichtspunkte, die mich veranlassen, diese beiden Krankheitsformen durchaus voneinander zu trennen, sind früher dargelegt worden. Hier soll nur nochmals betont werden, daß wir es bei der Neurasthenie immer mit einer körperlich begründeten, hier aber mit einer psychisch, durch mangelndes Selbstvertrauen bedingten Arbeitsbehinderung zu tun haben, mögen auch die klinischen Erscheinungen einander noch so ähnlich sein. Es handelt sich also um eine ganz verschiedene Entstehungsgeschichte. Zu-

gegeben werden muß jedoch, wie oben ausgeführt, daß wenigstens bei manchen Nervösen auch wirklich eine Steigerung der Ermüdbarkeit besteht, die dann ihrerseits wieder das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit empfindlich beeinträchtigen kann.

Eine scharfe Scheidung der Nervosität von der Hysterie erscheint angesichts der Häufigkeit einzelner hysterischer Krankheitszeichen kaum durchführbar. Dennoch wird man sich auf den Standpunkt stellen dürfen, daß die hysterischen Störungen hier, wie bei so vielen anderen Krankheitsformen, nur eine Begleiterscheinung darstellen, neben der die gesamte Eigenart des Seelenzustandes als die wesentliche Veränderung erscheint. Sie unterscheidet sich von derjenigen der Hysterischen eben durch die weitgehende allgemeine Bindung des Willens; dazu kommt die immerhin geringe Ausdehnung und nebensächliche Stellung, die hier den hysterischen Zeichen im Krankheitsbilde zukommt. Freilich wird man nicht in Abrede stellen können, daß es sich nur um Gradunterschiede handelt, und daß die Seelenzustände der Hysterischen wie der Nervösen eine Breite der Gestaltungen zeigen, die vielfache Berührungen ermöglicht.

Die Häufigkeit, mit der sich traurige Verstimmungen und Angstzustände bei Nervösen finden, kann es schwer machen, ihr Leiden von der depressiven Veranlagung zu unterscheiden, die wir früher als Vorstufe des manisch-depressiven Irreseins kennen gelernt haben. Bei manchen Fällen von „psychogener" Depression bei Psychopathen sind wir in der Tat, bevor wir die uns geflissentlich verschwiegene, auslösende Ursache kannten, zu der Auffassung einer manisch-depressiven Erkrankung gekommen. Im allgemeinen läßt sich sagen, daß die Verstimmungen der Nervösen in weit höherem Grade von äußeren Verhältnissen abhängig sind, als diejenigen der depressiv Veranlagten. Sie knüpfen sich an ganz bestimmte Einwirkungen an und schwinden mit ihnen. Aus den grundlos auftretenden Verstimmungen aber kann man die Kranken in der Regel sehr rasch durch einen Scherz, ein anregendes Gespräch, eine Zerstreuung herausreißen; sie fühlen sich in angenehmer Gesellschaft, im Theater, auf Reisen vollkommen wohl, während die depressiv Verstimmten den trüben Grundton ihres Wesens kaum jemals loswerden. Die Verbringung in die Klinik und beruhigender Zuspruch pflegt bei den Nervösen auch die heftigsten Angstzustände und Verstimmungen außerordentlich schnell zum Verschwinden zu bringen. Von einer

gewissen kennzeichnenden Bedeutung für die depressive Veranlagung im Sinne des manisch-depressiven Irreseins ist wohl auch eine regelmäßige, deutliche Besserung des Zustandes gegen Abend nach sehr trüben Morgenstunden.

Es ist indessen zu betonen, daß es Fälle genug gibt, in denen sich diese Unterscheidungsmerkmale mehr oder weniger verwischen; es ist ja auch nicht immer möglich, zu erkennen, ob eine hartnäckige Verstimmung durch irgendeinen geheimen Kummer oder durch Krankheitsvorgänge bedingt ist, ob eine Aufhellung der Stimmung als zufällige Schwankung oder als Vorläufer des Überganges in einen hypomanischen Zustand aufgefaßt werden muß. Im ganzen kann ich mich des Eindrucks kaum erwehren, als ob zwischen den Verstimmungen der Nervösen und der depressiven Veranlagung eine gewisse tiefere Verwandtschaft bestände. Wir werden späterhin noch andere Tatsachen kennen lernen, die in derselben Richtung zu deuten scheinen. Natürlich soll aber damit nicht etwa von einer Zugehörigkeit der Nervosität zum manisch-depressiven Irresein gesprochen werden. Vielmehr könnte man sich das Verhältnis vielleicht ähnlich vorstellen wie dasjenige zwischen Nervosität und Hysterie; gewisse Krankheitserscheinungen, die wir anderwärts zu ausgeprägten klinischen Bildern sich entwickeln sehen, gesellen sich in leichtesten Andeutungen zu anderen Krankheitszuständen hinzu, die ebenfalls aus dem Grunde der Entartung hervorwachsen.

Das scheue, zurückgezogene Wesen der Nervösen kann unter Umständen mit der negativistischen Abschließung schizophrener Kranker verwechselt werden. Indessen das Verhalten der Nervösen entspringt einer gesteigerten Verwundbarkeit und Empfindlichkeit, dasjenige der Schizophrenen einer feindseligen Ablehnung. Dort haben wir es mit einem angeregten, unter Umständen reichen Innenleben zu tun, das sich mitfühlender Teilnahme zugänglich erweist, mit einem mehr oder weniger weiten, wenn auch nur in der Stille gepflegten Interessenkreise, hier mit innerer Verödung und starrer Unzugänglichkeit. Zudem läßt sich hier meist ein deutlicher, wenn auch schleichender Beginn und auch ein gewisses Fortschreiten der Veränderung nachweisen, im Gegensatze zu dem mehr gleichmäßigen, wesentlich nur durch äußere Bedingungen beeinflußten Zustande des Nervösen. Man trifft aber doch gelegentlich Fälle,

in denen sich erst nach längerer Beobachtung entscheiden läßt, ob man es mit einer schleichenden, mäßig entwickelten Schizophrenie oder mit einer Psychopathie bei geringer geistiger Begabung und minderwertiger gemütlicher Veranlagung zu tun hat.

Nach der Gesundheitsbreite führen überall fließende Übergänge hinüber. Es gibt selbstverständlich keinen Menschen, bei dem alle Fähigkeiten des Gemütes und des Willens vollkommen gleichmäßig ausgebildet sind. Kleinere oder größere Unzulänglichkeiten auf diesem oder jenem Gebiete wird man daher überall entdecken können; sie treten dann am stärksten hervor, wenn die Sachlage besonders hohe Anforderungen stellt, oder wenn durch ungünstige Einwirkungen die allgemeine Leistungs-, Widerstands- und Anpassungsfähigkeit herabgesetzt wurde. So kommt es, daß sich vorübergehende Zeichen der Nervosität unter Umständen auch bei Menschen bemerkbar machen können, die sonst keinerlei Abweichungen darbieten. Hier liegen die Berührungspunkte mit der Neurasthenie, insofern sich eben unter dem Einflusse erschöpfender Schädigungen die kleinen Unzulänglichkeiten der Veranlagung deutlicher geltend machen können. —

Die Bekämpfung der Nervosität wird hauptsächlich in der Vorbeugung zu bestehen haben, gerade darum aber wenig Aussicht auf raschen Erfolg bieten. Heiraten belasteter Personen untereinander werden entschieden zu widerraten sein, während man bei der Mischung mit gesundem Blute immerhin auf eine allmähliche Überwindung der krankhaften Veranlagung bei der Nachkommenschaft hoffen darf. Besonders ungünstig wirkt der Umstand, daß psychopathische Persönlichkeiten sich vielfach zueinander hingezogen fühlen, wohl weil sie einander besser verstehen. Von sonstigen Schädigungen, die wir zu bekämpfen vermögen, wären etwa der Alkoholmißbrauch und die Lues zu nennen, ohne daß wir ihnen gerade hier eine besondere Bedeutung beimessen könnten.

Bei den Kindern selbst ist vor allem Nachdruck auf eine Erziehung zu legen, die den Körper kräftigt und die Entwicklung derjenigen Gehirnleistungen fördert, die hier Not zu leiden scheinen. Die geistige Ausbildung soll eher zurückgehalten werden, namentlich dann, wenn sich eine ungesunde Frühreife ankündigt. Die Neigung zum Grübeln und Wachträumen, ebenso zu aufregender und abenteuerlicher Lektüre ist durch Ablenkung auf praktische Be-

tätigungen, Spaziergänge, Beschäftigung mit der Natur, Arbeiten im Freien zu bekämpfen. Ferner muß mit Nachdruck der Verweichlichung und Verzärtelung entgegengearbeitet werden, da sie besonders geeignet ist, das Selbstvertrauen herabzusetzen und die Einschränkung der Willensbetätigungen zu fördern. Die Kinder müssen die Scheu vor den Unbilden der Witterung verlieren, dürfen sich nicht an künstlich angezüchtete „Bedürfnisse" gewöhnen, sollen lernen, Entbehrungen leichten Herzens zu ertragen. Ganz allgemein empfiehlt sich für nervöse Kinder eine ländliche Erziehung in kleinerem Kreise, um den Körper nach Möglichkeit zu entwickeln, die Sitzzeit in der Schule abzukürzen, eine zuverlässige Überwachung zu erreichen und den hier ganz besonders verderblichen Einfluß ungeeigneter Gesellschaft abzuschneiden. Namentlich sehr ängstliche und unselbständige Kinder, die unter den Schulsorgen wie unter den Neckereien rücksichtsloser Kameraden zu stark leiden, wird man zweckmäßig zunächst gesondert unterrichten lassen, bis sie eine größere Sicherheit erreicht haben.

Das Schlafbedürfnis muß ausreichende Befriedigung finden. Das Erwachen der geschlechtlichen Regungen soll genau beachtet und durch vernünftige Belehrung in die richtigen Bahnen gelenkt werden. Ungesund sich entwickelnde Freundschaften müssen durch rechtzeitige Trennung abgeschnitten werden. Übermäßige Zärtlichkeit und Liebkosungen sollen vermieden werden, namentlich bei Andeutungen frühzeitiger geschlechtlicher Erregbarkeit.

Der Hauptnachdruck ist auf die Erziehung des Willens zu legen. Auf alle Weise muß das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit gehoben werden, was durch Spiel und Sport, Turnen und Wandern, namentlich aber auch durch körperliche Arbeit aller Art erreicht werden kann. Einerseits das Beispiel gleichstrebender Kameraden, andererseits eine Leitung, die sich unter wohlwollender Berücksichtigung der persönlichen Eigenart an die allgemeinen Grundsätze der militärischen Schulung anlehnt, wird in leichteren Fällen am Platze sein. Gewöhnung an Ordnung, Pünktlichkeit, Gehorsam, Einfügung in eine Arbeitsgemeinschaft, Übertragung eigener, den Kräften angemessener Verantwortung, Lösung gestellter wie selbstgewählter körperlicher Aufgaben sind die Mittel, die uns zu Gebote stehen, um Entschlußfähigkeit, Tatkraft und Selbstbeherrschung nach Möglichkeit zu entwickeln. Die Bestrebungen der Land-

erziehungsheime einerseits, der Wehrkraft-, Wandervogel-, Pfadfindervereinigungen andererseits scheinen durchaus geeignet, der Verkümmerung des Willens entgegenzuwirken.

Bei stärker ausgeprägten Störungen kann eine Erziehung zur Arbeit unter ärztlicher Aufsicht notwendig werden, wie sie namentlich von Grohmann mit viel Verständnis durchgeführt worden ist. Psychopathische Kinder vertragen wegen ihrer zweckwidrigen Anlagen die schablonenmäßige Behandlung in der Regel schlecht und verlangen ein ganz besonderes Eingehen auf ihre persönliche Eigenart. Auch bei der Berufswahl muß auf die Unvollkommenheiten der Veranlagung Rücksicht genommen werden. Aufreibende und sehr verantwortungsvolle Tätigkeit pflegt die Störungen zu verschlimmern, während eine einfache, regelmäßige, gleichförmige Arbeit im Gegenteil oft sehr günstig wirkt. Von mehr als liebhabermäßiger Beschäftigung mit Musik, Malerei, Schriftstellerei muß durchaus abgeraten werden, weil sonst eine ungesunde Abkehr von praktischer Tätigkeit und ein Entschlüpfen aus dem Zwange der Tagespflichten begünstigt wird, deren unerbittlich wiederkehrende Forderungen sonst dem Willen festen Halt geben.

Für die Behandlung der Nervösen gelten im allgemeinen dieselben Grundsätze wie für die vorbeugende Erziehung. Man wird zunächst nach Möglichkeit diejenigen Schädlichkeiten zu beseitigen suchen, die etwa in den Verhältnissen oder in der Lebensweise der Kranken liegen. Unter Umständen wird eine vorübergehende oder dauernde Entfernung aus einer unzweckmäßigen und erregenden Umgebung, selbst ein Stellen- oder Berufswechsel anzuraten sein. In der Lebensweise ist auf Regelmäßigkeit, richtige Verteilung von Arbeit und Erholung, reichlichen Schlaf und genügende Bewegung im Freien besonderes Gewicht zu legen. Selbstverständlich sind bei Nervösen alle Ausschweifungen besonders bedenklich. Enthaltsamkeit vom Alkohol ist durchaus notwendig, aber auch hinsichtlich des Tabaks, Kaffees, Tees wird man wegen der mangelnden Selbstbeherrschung vieler Kranker vorsichtig sein müssen. Ganz besonders gilt das noch vom Morphium und den Schlafmitteln; das erstere sollte aus der Behandlung Nervöser unbedingt verbannt werden, wie ich im Gegensatze zu Jendrassik mit größtem Nachdrucke betonen möchte. Die Kost soll einfach, ausreichend, aber nicht üppig oder verkünstelt sein; zumeist wird sich eine mehr pflanzliche Ernährungsweise als

zweckmäßig erweisen. Auf besondere Nährpräparate wird man, wenn sie nicht der körperliche Zustand angezeigt erscheinen läßt, verzichten können, ebenso auf „stärkende" Arzneimittel, da sie geeignet sind, die hypochondrischen Neigungen der Kranken zu unterstützen.

Aus demselben Grunde wird man, wo nicht ganz bestimmter Anlaß dazu gegeben ist, auf eine Behandlung der von den Kranken vorgebrachten nervösen Beschwerden im einzelnen am besten verzichten. Das lästige Bettnässen scheint, wo es nicht den gewöhnlichen Maßnahmen (Vermeidung abendlicher Flüssigkeitszufuhr, regelmäßiges Aufwecken) zugänglich ist, vielfach einer hypnotischen Behandlung zu weichen. Trömner berichtet über 48% Heilungen und 25% Besserungen. Daß man auch versucht hat, es durch epidurale Kochsalzeinspritzungen sowie durch tägliche Darreichung von frischer Schafsniere zu bekämpfen, soll nur als Wunderlichkeit erwähnt werden. Die Tics behandelt man nach den Ratschlägen von Brissaud, Meige und Feindel durch Übungen in planmäßiger Unterdrückung oder in langsamer, willkürlicher Ausführung der unwillkürlichen Bewegungen, beides vor dem Spiegel. Dadurch wird allmählich die Herrschaft über die Bewegungen selbst wie über ihre Hemmungen wiedergewonnen.

Ungünstig pflegen länger fortgesetzte Kuren zu wirken, namentlich solche in Anstalten, bei denen das ganze Rüstzeug der ärztlichen Behandlung, das in Form von elektrischen Strömen aller Art, Massage, Wasseranwendungen, Zanderübungen auf den Kranken einwirkt, ihm nur zu leicht noch den Rest seines Selbstvertrauens nimmt. Man schreite dazu also nur bei ganz bestimmten Anlässen und für kürzere Zeit, höchstens 1—2 Monate. Im allgemeinen wird man mit kleinen Ablenkungen und Zerstreuungen, die bei zweckmäßiger Auswahl recht günstig zu wirken pflegen, vollständig auskommen, wenn nicht in den Lebensverhältnissen des Kranken unbesiegbare Hindernisse seiner Besserung liegen. Dabei wird man namentlich der Neigung des Kranken, sich zurückzuziehen und einzuspinnen, entgegenarbeiten müssen. Ich kann hier Hartenberg nicht zustimmen, der im Hinblicke auf die „Kräfteökonomie" ein freiwilliges Sichzurückziehen befürwortet, wie es nur etwa bei der depressiven Veranlagung am Platze wäre. Die Kräfte wachsen bei unseren Kranken, wie überall, nur

durch Übung, nicht durch Schonung. Freundschaftlicher Verkehr im kleinen Kreise, gelegentlicher Besuch von Theater und Konzert, verständige Pflege künstlerischer und sonstiger Liebhabereien werden anzuempfehlen sein. Dazu sollen hie und da kleine Ausflüge, eine behagliche Reise, ein Aufenthalt an der See oder im Gebirge kommen. Auch längere Seefahrten in günstiger Jahreszeit mit ihrem zugleich anregenden, erholenden und beruhigenden Einflusse können recht wohltätig wirken, namentlich wo lebhafte Gemütserregungen voraufgegangen sind und bei sonstiger körperlicher Gesundheit die Ernährung gelitten hat. Beachtung verdient, daß die Nervösen im allgemeinen ein Ausspannen verhältnismäßig oft nötig haben, wenn auch nur auf kurze Zeit.

Den bei weitem wesentlichsten Teil der Behandlung bildet aber die psychische Beeinflussung der Kranken, der schon eine Reihe der angeführten Maßnahmen zu dienen bestimmt sind. Der Arzt wird hier bis zu einem gewissen Grade Erzieher sein müssen. Für die vielfach unselbständigen und ratlosen Kranken ist es schon eine Wohltat, sich öfters mit einem teilnehmenden, verständnisvollen Berater aussprechen zu können. Dabei bietet sich Gelegenheit, dem Kranken ein klares Verständnis für seinen Zustand und für die Hilfsmittel zu verschaffen, die ihm zur Bekämpfung seiner Unzulänglichkeiten zu Gebote stehen. Es ist allerdings zweifellos unrichtig, mit Dubois die Schwächen der Psychastheniker gerade in einem geistigen Mangel, einem „Illogismus", zu suchen und sich der Erwartung hinzugeben, daß man durch scharfsinnige Beweisführungen und Aufdeckung der krankhaften Trugschlüsse das Leiden heilen könne. Wirksam ist in erster Linie die gemütliche Beruhigung, die in der Unterstützung durch den Arzt liegt, dem Kranken das Gefühl der Geborgenheit gewährt und sein Selbstvertrauen stärkt. Es wird aber natürlich sehr wesentlich zur inneren Festigung des Kranken beitragen, wenn ihm mit dem Gewichte der Sachkenntnis die Grundlosigkeit seiner hypochondrischen Befürchtungen dargelegt wird, wenn man sein Mißtrauen bekämpft, und namentlich, wenn man ihn zu Leistungen ermutigt, auf die er schweren Herzens verzichtet hatte. Weiterhin wird durch verständigen Zuspruch die Reizbarkeit und Empfindlichkeit vermindert, die Fähigkeit zur Selbstbeherrschung gestärkt werden können; man wird schiefe Urteile berichtigen, Einseitigkeiten mildern und unüberlegte Handlungen verhindern können.

Dubois, der offenbar das Verfahren psychischer Beeinflussung und Erziehung mit großer Kunst handhabt, hat sehr beachtenswerte Winke für die Durchführung seiner „moralischen Orthopädie" gegeben. Er verdankt seine Erfolge seiner „unverwüstlichen Logik", seiner milden, aber äußerst gewandten Überredungsgabe, deren Wirkung offenbar auf jener persönlichen Zuversichtlichkeit und Hoffnungsfreudigkeit beruht, ohne die niemand ein großer Heilkünstler sein kann. Sehr wesentlich ist es auch, daß er seinen Kranken viel Zeit widmet, immer für sie zu haben ist und stundenlang mit ihnen über ärztliche und nichtärztliche Dinge plaudert, um so ihre Eigenart kennen zu lernen und von den verschiedensten Seiten her unvermerkt seinen Beeinflussungsversuchen die Wege zu ebnen. Auf diese Weise gelingt es ihm, dort, wo wirklich rein „nervöse" Störungen vorliegen, die überraschendsten Erfolge zu erzielen. Appetitlosigkeit, Erbrechen, Diarrhöen, Harndrang, Stuhlverstopfung, Schlaflosigkeit verschwinden, teils durch die allmählich sich einstellende psychische Beruhigung, teils durch allerlei kleine Kunstgriffe, die darauf hinauslaufen, die körperlichen Verrichtungen von den störenden Einflüssen der gemütlichen Erregung unabhängig zu machen und selbsttätig ablaufen zu lassen (Ablenkung, genaue zeitliche Regelmäßigkeit mit vorbereitenden suggestiven Maßnahmen). Dubois spricht von einem „munteren Stoizismus", den man den Kranken einpflanzen müsse; in der Tat verschwindet ein großer Teil ihrer Beschwerden, sobald man sie dahin bringen kann, sie nicht mehr zu beachten. Wesentlich unterstützt wird das ganze Verfahren durch eine einleitende Liege- und Mastkur, die den Kranken beruhigt und für die ärztliche Einwirkung empfänglich macht.

Bei allen diesen Bestrebungen wird man das Ziel im Auge behalten müssen, den Kranken nicht in eine hilflose Abhängigkeit vom Arzte zu bringen, sondern ihn im Gegenteil nach Möglichkeit selbst, durch eigene Anstrengung, seine innere Freiheit erringen zu lassen. Der Kranke muß es lernen, daß sein schwacher Wille nur durch Übung erstarken kann, und daß es für ihn keine Heilung bedeutet, wenn er dauernd der Stütze des Arztes bedarf. Deswegen halte ich hier im allgemeinen auch die Anwendung der Hypnose[1])

[1]) Monnier, Zeitschr. f. Hypnotismus, VII, 3. 1898; Thulié, Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédie. 1900; Vogt, Wiener Klin. Rundschau 1900, 2; Payot, Die Erziehung des Willens; Eschle, Zeitschr. f. Psychotherapie u. medizinische Psychologie, I, 1.

nicht für zweckmäßig; man wird mit vernünftiger und wohlwollender persönlicher Beeinflussung wohl regelmäßig erreichen, was überhaupt zu erreichen ist. Bérillon hat ein zunächst etwas sonderbar anmutendes, aber hie und da doch vielleicht nützliches Verfahren der „graphischen Psychotherapie", eine Art Selbsterziehung, vorgeschlagen, indem er die Kranken regelmäßig ihre Beschwerden und Sorgen aufschreiben, dann aber zuversichtliche Hoffnungen und erbauliche Vorsätze am Schlusse hinzufügen läßt.

Eines der allerwichtigsten Hilfsmittel der psychischen Behandlung ist die Arbeit. Sie widerspricht zwar vielfach den Neigungen des Kranken, der sich überanstrengt und erholungsbedürftig fühlt und von seiner Umgebung oft zu immer neuen Ausspannungen gedrängt wird. Man kann sich jedoch leicht davon überzeugen, daß ein längeres tatenloses Bummeln, zumal wenn es noch von vielfach wechselnden, umständlichen Kuren begleitet wird, einen äußerst ungünstigen Einfluß auf den Zustand der Kranken ausübt und die Gefahr dauernden Versinkens in völlige Willenlosigkeit mit sich bringt. Veraguth hat die verschiedenartigen Beschäftigungsmöglichkeiten, die für die Behandlung in Betracht kommen, nach ihrer psychologischen Bedeutung gekennzeichnet. Die erste Form, die handwerksmäßig schaffende, körperliche Arbeit, hat wohl die größten Vorzüge, auch für geistige Arbeiter, ja vielleicht gerade für diese. Sie ist aber in größerem Umfange fast nur in Anstalten durchzuführen und setzt ein gewisses Maß körperlicher Rüstigkeit und Gewandtheit voraus. Ihr nahe steht die sportliche Betätigung, bei der allerdings die eigentliche Schaffensfreude fortfällt und nur die Befriedigung über die vollbrachte Leistung übrigbleibt. Sie kann wohl das Selbstvertrauen der Kranken heben, gibt aber ihrem Leben keinen eigentlichen Inhalt und birgt zudem die Gefahr der Übertreibung in sich. Man wird sie daher immer nur als Nebenbeschäftigung empfehlen können. Unter allen Umständen ist sie der vielfach geübten, stumpfsinnigen Tätigkeit an Ergostaten und ähnlichen Apparaten, die nur zum Messen der Leistungsfähigkeit, nicht aber zu einer Beschäftigung der Kranken benutzt werden sollten, unendlich überlegen. Sehr häufig wird man sich genötigt sehen, auf Arbeiten mit mehr geistigem Inhalt zurückzukommen, von denen Zeichnen und Modellieren wohl am anregendsten sind; sie gehen unmerklich in leichtere Handfertigkeitsbetätigungen über.

Natürlich wird hier weniger die Tatkraft, Entschlossenheit und Ausdauer, als die Geduld und Geschicklichkeit geübt. Es empfiehlt sich daher, neben ihnen noch körperliche Übungen durchzuführen. Da es in der Regel hauptsächlich darauf ankommt, dem Kranken die Angst vor der Tätigkeit zu benehmen und ihn an regelmäßige Überwindung der inneren Widerstände zu gewöhnen, so genügt oft irgendeine Art der planmäßigen Pflichterfüllung, deren gewissenhafte Durchführung vom Arzte gefordert und überwacht wird.

Überall, wo die häuslichen oder beruflichen Verhältnisse eine Loslösung des Kranken erforderlich erscheinen lassen, oder wo seine sachgemäße Behandlung daheim nicht durchgeführt werden kann, wird man ihn am besten einer Nervenheilanstalt, nicht einem hotelmäßigen „Sanatorium" übergeben[1]). Hier findet er zunächst den sachverständigen Arzt, der eine zweckmäßige psychische Beeinflussung ausüben kann. Sodann wird auf die etwa vorhandenen körperlichen Leiden und Beschwerden eingegangen werden können. Vor allem aber läßt sich hier eine Erziehung zur Arbeit ohne den drückenden Zwang und die Hast des Erwerbslebens und damit eine Kräftigung des Willens durchführen. In erster Linie pflegen es Gartenarbeiten zu sein, die eine befriedigende Betätigung mit Bewegung im Freien verbinden. Sodann aber hat man in den Nervenheilstätten allmählich noch eine ganze Reihe von Arbeitsbetrieben geschaffen, in denen jeder nach seinen Neigungen, Kräften und Befähigungen eingestellt werden kann, Tischlerei, Holzschnitzen, Papparbeit, Photographieren, Bürstenbinden, Zeichnen, für die Frauen weibliche Haus- und Handarbeiten. Die Arbeitsgemeinschaft und das gegenseitige Beispiel, endlich die wichtige Persönlichkeit eines verständnisvollen Arbeitsleiters, der in jedem die schlummernden Kräfte zu wecken weiß, bilden hier die Grundlagen des Erfolges. Götze weist darauf hin, daß in den Anstalten eine ausschließliche Anhäufung Nervöser unzweckmäßig sei. Vielmehr erscheint eine starke Mischung mit psychisch gesunden Nervenkranken durchaus erforderlich.

Ein wesentliches Hindernis für die Ausnutzung der so erreichten Besserungen liegt in der Schwierigkeit, die Kranken wieder in das Erwerbsleben zurückzubringen. Der Gegensatz zwischen dem Schutze der Anstalt und der Rücksichtslosigkeit des Daseinskampfes ist zu schroff, als daß er immer ohne Schädigung ertragen würde.

[1]) Götze, Über Nervenkranke und Nervenheilstätten. 1907.

Lähr hat daher vorgeschlagen, Arbeitsstätten als Zwischenstufen zu schaffen, in denen die Gebesserten zunächst berufsmäßig und gegen ausreichende Vergütung durch Arbeit wieder an die Arbeit des Erwerbslebens gewöhnt werden könnten. Zugleich empfiehlt er Arbeitsnachweise, die es ermöglichen würden, den Arbeitsfähigen einen Wirkungskreis zu suchen, der nicht sogleich durch übermäßige Anforderungen das Erreichte wieder in Frage stellt und dem Kranken die Möglichkeit gewährt, sich allmählich an schwierigere Verhältnisse anzupassen. Lähr spricht davon, daß man die Kranken auch „wirtschaftlich heilen" müsse; jedenfalls ist es sehr wichtig, die bei den Psychopathen so reichlich fließende und zugleich für ihren Zustand so verhängnisvolle Quelle der wirtschaftlichen Schwierigkeiten nach Möglichkeit zu verstopfen, wenn ihnen über den Anstaltsaufenthalt hinaus geholfen werden soll.

B. Die Zwangsneurose.

Unter der Bezeichnung der Zwangsneurose[1]) fassen wir eine Reihe von Krankheitszuständen zusammen, deren gemeinsames Kennzeichen das lebhafte Gefühl der Überwältigung durch

[1]) Morel, Archives générales de médecine 1866, 385; v. Krafft-Ebing, Allgem. Zeitschr. f. Psych. XXXV, 303; Arbeiten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie u. Neuropathol. IV, 21; Westphal, Archiv f. Psychiatrie, VIII, 737; Wille, ebenda XII, 1; Thomsen, ebenda XXVII, 319; XLIV, 1; Pitres et Régis, Archives de Neurologie, 1879, 13; 1902, 177; Verhandlungen des Intern. mediz. Congresses in Moskau 1897; Tamburini, Rivista sperim. di freniatria IX, 75; Raymond et Arnaud, Annales médico-psycholog. 1892, 2, 67; v. Kaan, Der neurasthenische Angstaffekt bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang. 1893; Gadelius, Om Tvängstankar och dermed beslägtede Fenomen. 1896; Mercklin, Allgem. Zeitschr. f. Psych. XLVII, 628; Vallon et Marie, Verhandlungen des Intern. mediz. Congresses in Moskau, 1897; Janet, Névroses et idées fixes. 1898; Tuczek, Berl. klin. Wochenschr. 1899, 6; Magnan, Psychiatrische Vorlesungen, deutsch v. Möbius, Heft IV u. V; Heilbronner, Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 1899, 410; Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie IX, 301; Friedmann, Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. 1901, 40; Centralbl. f. Nervenheilk. 1905, 409; Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie XXI, 383; Rosenbach, Nervöse Angstzustände und ihre psychische Behandlung, 2. Auflage. 1903; Majano, Rivista di patologia nervosa e mentale, Aug. 1903; Raymond et Janet, Les obsessions et la psychasthénie. 1903; Löwenfeld, Die psychischen Zwangserscheinungen. 1904; Warda, Archiv f. Psychiatrie XXXIX, 239; Gélineau, Des peurs maladives ou phobies. 1904; Hartenberg, Archives de neurol., Sept. 1904; Annales médico-psychol. 1907, 401; Bumke, Was sind Zwangsvorgänge? 1906; Skliar Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie I, 469; Stöcker, ebenda XXIII, 121.

sich aufdrängende Vorstellungen oder Befürchtungen bildet. In der deutschen Psychiatrie ist der Ausdruck Zwangsvorstellung zuerst 1867 von Krafft-Ebing gebraucht worden, allerdings in einem etwas anderen Sinne, als wir ihm heute beilegen. Es handelte sich für ihn um Vorstellungen, die sich dem Kranken auf dem Boden einer depressiven Verstimmung mit Unwiderstehlichkeit aufdrängen. Auf ganz andersartige Formen von zwangsmäßig auftretenden Vorstellungen, auf die krankhafte Grübel- und Fragesucht, machte dann im nächsten Jahre Griesinger aufmerksam. Maßgebend für die weitere Entwicklung wurde aber ein Vortrag Westphals aus dem Jahre 1877, der eine noch heute vielfach aufrechterhaltene Begriffsbestimmung enthielt. Zwangsvorstellungen sind nach seiner Darlegung solche, die bei übrigens intakter Intelligenz und, ohne durch einen gefühls- oder affektartigen Zustand bedingt zu sein, gegen den Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewußtseins treten, sich nicht verscheuchen lassen, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, welche der Befallene stets als abnorm, ihm fremdartig anerkennt, und denen er mit seinem gesunden Bewußtsein gegenübersteht.

Wenn diese Begriffsbestimmung auch, wie wir später sehen werden, in verschiedenen Punkten anfechtbar ist, so hat sie doch den Ausgangspunkt zahlreicher weiterer Erörterungen gebildet. Allmählich stellte sich immer klarer heraus, daß die Zwangsvorstellungen nicht das Kennzeichen eines einzelnen, bestimmten Krankheitszustandes bilden, sondern daß sie bei einer Reihe verschiedener Erkrankungen vorkommen können, ganz ähnlich wie die hysterischen, katatonischen, Korssakowschen Krankheitserscheinungen. Ebenso wie bei den genannten Beispielen ließ sich aber doch wieder ein eigenartiges klinisches Bild herausheben, bei dem die Zwangsvorstellungen eine ganz besondere Rolle spielen, so daß man von einer „Zwangsvorstellungskrankheit" zu sprechen berechtigt war. Dieses Leiden aber erwies sich als eine Unterform jener psychopathischen Zustände, die man auf dem Boden der Entartung sich entwickeln sieht. Insbesondere zeigte es sich, daß es auf das engste mit den durch Zwangsbefürchtungen gekennzeichneten klinischen Bildern verwandt war, ja daß beide Gestaltungen bei demselben Kranken vielfach neben- und nacheinander

zur Beobachtung kamen. Da sich die Trennung somit höchstens vom psychologischen, nicht aber vom klinischen Standpunkte aus durchführen läßt, sind dann von den neueren Bearbeitern des Gebietes, so von v. Kaan, Friedmann, Löwenfeld, gewöhnlich beide Spielarten psychopathischer Zustände zusammengefaßt worden. Ich bin diesem Beispiele gefolgt.

In der französischen Psychiatrie waren schon eine Reihe vereinzelter, in dieses Gebiet gehörender Beobachtungen beschrieben worden, bis Morel 1866 unter der Bezeichnung des „délire émotif" die erste ausführlichere und in allen wesentlichen Punkten zutreffende Darstellung des Leidens gab. Baillarger zog den Namen „monomanie avec conscience" vor; Falret sprach von einer „folie du doute"; freilich hatten beide nur gewisse besondere Formen der Krankheit im Auge. Legrand du Saulle fügte dann der folie du doute noch das „délire du toucher" hinzu, das er gewissermaßen als eine weitere klinische Entwicklungsstufe darstellte. Ganz besonders eingehend hat sich dann später Magnan mit der Zwangsneurose beschäftigt. Er erkannte vor allem ihre Beziehungen zur Entartung und ordnete sie in die große Gruppe nahe miteinander verwandter Krankheitszustände ein, die nach seiner Anschauung auf demselben Boden erwachsen. Außer den eigentlichen Zwangsvorstellungen und Zwangsbefürchtungen, die als „obsessions" zusammengefaßt werden, beschreibt er noch Zwangsantriebe, „impulsions", die indessen nur zum kleinsten Teile der Zwangsneurose im hier umschriebenen Sinne angehören. Auch sonst sind durch die engen Beziehungen, in die Magnan die verschiedenen Formen des Irreseins der Entarteten zueinander gebracht hat, die besonderen Züge der Zwangsneurose etwas verwischt worden. Ähnliches gilt von der neuesten, umfassenden französischen Bearbeitung des Gebietes durch Janet und Raymond, die sich zwar durch einen großen Reichtum an feinen psychologischen Beobachtungen auszeichnet, aber eine schärfere klinische Umgrenzung vielfach vermissen läßt. Jedenfalls sind unter den dort verwerteten Beobachtungen manche, die wir nicht der Zwangsneurose zurechnen würden.

Wenn auch die Zwangserscheinungen vielfach die Kranken nur anfallsweise oder bei besonderen Anlässen überfallen, so bestehen bei diesen doch, wie besonders die französischen Forscher klargelegt haben, regelmäßig gewisse dauernde persönliche Eigen-

tümlichkeiten, die man den Stigmata der Hysterischen vergleichen kann; sie liegen fast ausschließlich auf psychischem Gebiete. Die Verstandesbegabung der Kranken ist ganz überwiegend gut, nicht selten sogar vortrefflich; hie und da findet sich hervorragende sprachliche, künstlerische, psychologische Veranlagung. Auffassung und Gedächtnis bieten meist keine Störung; einzelne Kranke klagen über Vergeßlichkeit. Auch die Urteilsfähigkeit ist in der Regel vollkommen erhalten; manchmal beobachtet man jedoch eine gewisse Verschwommenheit und Unklarheit des Denkens, die wohl wesentlich durch den Einfluß gemütlicher Erregungen bedingt wird. Für die Krankhaftigkeit und die Eigenart ihres Leidens haben die Kranken gewöhnlich volles Verständnis; nur auf der Höhe der zwangsneurotischen Anfälle und bei den schweren Formen mit fortschreitendem Verlaufe kann die Einsicht in die Bedeutung der Störungen und die Fähigkeit zu ihrer Berichtigung mehr oder weniger verloren gehen. Die Kranken pflegen sich gut zu beobachten und dem Arzte genau über ihre inneren Erlebnisse zu berichten, haben auch meist ein lebhaftes Bedürfnis danach, sich auszusprechen.

Durchaus im Vordergrunde stehen unter den dauernden Krankheitszeichen die gemütlichen Störungen. Die Stimmungslage der Kranken ist ungemein häufig gedrückt, zur Schwermut geneigt, schwarzseherisch. Sie sind wehleidig, empfindlich, schreckhaft, weinen leicht, geraten bei jeder Gelegenheit in Verzweiflung. Vielfach äußern sie Lebensüberdruß und Selbstmordgedanken, allerdings meistens, ohne sie ernsthaft in die Tat umzusetzen. Vor allem aber werden sie fast dauernd von einer gewissen Ängstlichkeit beherrscht, die sich für gewöhnlich nur in einem Gefühle inneren Unbehagens, in Unsicherheit und Spannung äußern kann, zeitweise aber zu den heftigsten Erregungen führt. Damit verbindet sich sehr oft eine starke Reizbarkeit, bisweilen auch unvermittelter Stimmungswechsel. Ihre Ausdrucksformen nehmen dabei leicht ein übertriebenes, theatralisches Gepräge an (Weinkrämpfe, Schreien, Zusammenbrechen, Sichherumwälzen, Umsichschlagen). Das Bewußtsein der eigenen Unzulänglichkeit macht die Kranken manchmal mißtrauisch, störrisch, eigensinnig; einzelne sind ehrgeizig, suchen durch besondere Anstrengungen die Schwächen ihrer Veranlagung zu überwinden. Ihre Gemütsart ist in der Regel weich und gutherzig.

Hand in Hand mit den Eigentümlichkeiten der gemütlichen Ver-

anlagung gehen diejenigen des Willens. Hier begegnet uns regelmäßig eine ausgesprochene Gebundenheit und Unfreiheit, die sich freilich je nach der Stimmungslage stärker oder schwächer bemerkbar machen kann. Infolge vielfacher innerer Hemmungen erscheinen die Kranken schwerfällig, entschlußunfähig, lassen sich treiben, vermögen sich nicht zu tatkräftigem Handeln aufzuraffen. Sie bescheiden sich daher in ihren Lebensplänen, schränken die Gebiete ihrer Betätigung ein, ziehen sich überall zurück und neigen zu einer maschinenmäßigen Regelmäßigkeit der Lebensführung, die rasche Anpassung an wechselnde Anforderungen und die Notwendigkeit häufiger Willensentscheidungen nach Möglichkeit ausschließt. In ihren Verrichtungen sind sie oft von peinlicher Genauigkeit und Gewissenhaftigkeit; sie können mit größtem Aufwande von Fleiß an der Erledigung kleinlicher Aufgaben arbeiten. In ganz besonderem Maße fehlt ihnen die Fähigkeit, in ihrer Willensbetätigung den Kraftaufwand nach der Wichtigkeit des Tuns abzustufen, das Unwesentliche großzügig zu vernachlässigen. Ihre Ängstlichkeit verleiht auch den Nebendingen ein Gewicht, das die ganze Anspannung ihrer Kraft herausfordert, so daß sie sich nur allzuleicht in fruchtlosem Kampfe mit Nichtigkeiten aufreiben. Sie werden niemals Lebenskünstler, da jede Note in der Melodie des Lebens für sie die gleiche Betonung hat.

Von körperlichen Störungen begegnen uns bei unseren Kranken hauptsächlich die Ausdrucksformen gesteigerter nervöser Erregbarkeit, wie sie schon im vorigen Abschnitte aufgezählt wurden, lebhafte Sehnenreflexe, Andeutung von Fußklonus, Beschleunigung und gelegentliche Unregelmäßigkeit des Pulses, Wallungen, Zittern, Schwindelanfälle, Ohnmachten nach Aufregungen, Schmerzen und Mißempfindungen verschiedener Art, Alkoholintoleranz, lebhafte Träume und namentlich oft Schlafstörungen. Hie und da beobachtet man, worauf besonders Thomsen aufmerksam gemacht hat, auch ausgesprochene hysterische Erscheinungen, Krampfanfälle, Lähmungen, Aphonie, Empfindungsstörungen, Fehlen der Schleimhautreflexe, Nachtwandeln.

Auf der hier geschilderten Grundlage, deren Zeichen man nach meinen Erfahrungen niemals ganz vermißt, wenn sie auch natürlich bald stärker, bald schwächer ausgeprägt sind, entwickeln sich nun die eigentlichen Zwangserscheinungen. Ihre Gestaltung im ein-

zelnen zeigt eine außerordentliche Mannigfaltigkeit, so daß es kaum möglich ist, sie erschöpfend darzustellen; das nach dieser Richtung Erreichbare hat Janet geleistet. Versuche zu einer übersichtlichen Gruppierung sind in großer Zahl gemacht worden. Koch unterscheidet im allgemeinen Zwangsempfindungen, Zwangsgefühle und -affekte, Zwangsantriebe und Zwangshandlungen, Zwangshemmungen und -unterlassungen, Zwangsvorstellungen. Dazu ist zu bemerken, daß man von Zwangsempfindungen wohl eigentlich nicht sprechen kann, da Empfindungen an sich schon unserem Willen nicht unterworfen sind und daher ihr Auftauchen, auch wenn es lästig und peinlich erscheint, doch nicht mit dem sonst die Zwangsvorgänge begleitenden Gefühle der Überwältigung des Willens einhergeht. Höchstens könnte man von einer unwillkürlichen Fesselung der Aufmerksamkeit sprechen, wie sie aber genau in derselben Weise durch jeden sehr starken oder erregenden äußeren Eindruck stattfindet. Tatsächlich bilden auch die sogenannten Zwangsempfindungen nur ganz nebensächliche Begleiterscheinungen, wenn sie nicht geradezu ein halluzinatorischer Ausdruck von Zwangsbefürchtungen sind. Auch die Zwangsantriebe, ebenso die Zwangshemmungen sind, soweit sie überhaupt der Zwangsneurose angehören, nach meiner Auffassung keine selbständigen Störungen, sondern lediglich Folgeerscheinungen von Zwangsbefürchtungen.

Friedmann, der nur die zwangsmäßig sich aufdrängenden Vorstellungen ins Auge faßt, trennt sie nach ihren Beziehungen zum Gedankengange in ein geordnetes, aber wider Willen erfolgendes Zwangsdenken, in isoliert auftauchende, meist unangenehme Vorstellungen und in assoziativ in den Gedankengang sich eindrängende Vorstellungen oder Vorstellungsreihen. Mir erscheint diese Einteilung mehr logisch, als klinisch. Das geordnete Zwangsdenken hat, wie ich glaube, doch eine wesentlich andere Bedeutung, als die übrigen Formen. Ihm fehlt vor allem das peinliche Gefühl des Fremdartigen, des Gegensatzes zu den Denkgewohnheiten und Neigungen der gesunden Persönlichkeit, das die übrigen Zwangsvorgänge auszeichnet und das Bewußtsein der hilflosen Ohnmacht so wesentlich verstärkt. Es gibt Menschen genug, die nach dem abendlichen Genusse starken Kaffees oder Tees oder nach einer anregenden Unterhaltung die auftauchenden Gedanken wider Willen stundenlang fortspinnen müssen und vergeb-

lich zur Ruhe zu kommen suchen. Ihre Gemütslage, mag sie dabei auch ärgerlich und beunruhigt sein, bleibt doch ganz frei von der ängstlich verzweifelten Spannung, die den Kampf mit den Zwangsvorgängen begleitet. Sie pflegen auch dem Arzte wohl über Schlafstörungen, aber nicht über Zwangsdenken zu klagen. Weiterhin scheint mir der Umstand, ob die Vorstellungen isoliert bleiben oder sich assoziativ anknüpfen und untereinander verbinden, klinisch von untergeordneter Bedeutung zu sein.

Eine sehr eingehende Gruppierung der Zwangsvorgänge gibt Löwenfeld. Er unterscheidet zunächst nach psychologischen Gesichtspunkten Zwangserscheinungen der intellektuellen, der emotionellen und der motorischen Sphäre, von denen ich, wie schon angedeutet, die letzteren im Rahmen der Zwangsneurose nicht für selbständige Störungen, sondern für Ausdrucksformen namentlich der zweitgenannten Gruppe von Krankheitsvorgängen halte. Die erste Hauptform wird dann von Löwenfeld nach logischer Richtschnur in selbständige Zwangsvorstellungen und assoziative Zwangstendenzen gegliedert, eine Unterscheidung, die hier auch eine gewisse klinische Berechtigung hat, insofern im zweiten Falle bestimmte Denkgewohnheiten längere Zeit das Krankheitsbild zu beherrschen pflegen. Zu den Zwangsvorstellungen werden dann noch die Zwangsempfindungen und Zwangshalluzinationen gestellt, deren selbständige klinische Bedeutung mir fraglich erscheint. Den assoziativen Zwangstendenzen gehören die Grübel- und Fragesucht, die Zweifelsucht, die Zwangsskrupel und Selbstvorwürfe, der Beachtungszwang, Erinnerungszwang und das Zwangsdenken an. Daß letzteres für die klinische Betrachtung wohl am besten ausscheidet, wurde bereits erörtert. Ob die übrigen Formen alle mit Recht den Zwangserscheinungen „der intellektuellen Sphäre“ zugerechnet werden, ist mir einigermaßen zweifelhaft. Zum mindesten für den Erinnerungs- und Beachtungszwang, die Zwangsskrupel und -vorwürfe, wohl auch für die Zweifelsucht scheint mir der Zusammenhang mit Zwangsbefürchtungen ein so unmittelbarer zu sein, daß ich sie wiederum nicht als selbständige Störungen, sondern als den Ausfluß auftauchender Befürchtungen betrachten möchte.

Unter den Zwangserscheinungen auf gemütlichem Gebiete hält Löwenfeld Angszustände und andersartige Zwangsaffekte und -stimmungen auseinander. Als Beispiele letzterer sind Zwangsver-

stimmungen, Wutanfälle und die Zwangsliebe aufgeführt. Auch hier scheinen mir mehr psychologische, als klinische Erwägungen maßgebend gewesen zu sein. Jene gemütlichen Regungen können zwar auch eine zwingende Gewalt gewinnen und die Selbstbeherrschung über den Haufen werfen, aber sie haben gar keine näheren Beziehungen zu den früher besprochenen Zwangsvorgängen. Sie wachsen ja auch immerhin mit einer gewissen Folgerichtigkeit aus dem eigenen Denken und Fühlen heraus und erscheinen dem Kranken nicht als durchaus fremdartige Eindringlinge. Zum Teil liegt das vielleicht daran, daß wir für die Berechtigung der Gemütsbewegungen überhaupt keinen so festen Maßstab besitzen wie für diejenige des Gedankeninhaltes. Die Unvereinbarkeit einer auftauchenden Vorstellung mit unserer Denkrichtung, die Unsinnigkeit einer Befürchtung ist ohne weiteres einleuchtend, während Gemütsbewegungen, auch wenn sie an sich unbegründet sind, einer Berichtigung durch Überlegungen wenig oder gar nicht zugänglich erscheinen. Aus den hier erörterten Gründen glaube ich auch die „primär inhaltslosen Angstzustände", die Löwenfeld neben den Zwangsbefürchtungen, den „Phobien", unter den zwangsmäßigen Angstzuständen nennt, hier ausscheiden zu sollen. Da unsere Gemütsbewegungen nicht in ähnlicher Weise dem Willen gehorchen wie unser Denken, bedeutet das Auftauchen einer inhaltslosen Beängstigung für unser eigenes Innere wie für die klinische Betrachtung etwas ganz anderes, als das Versagen der Herrschaft über unseren Vorstellungsverlauf.

Von den französischen Forschern hat sich Magnan mit einer allgemeinen Unterscheidung der „obsessions", der Zwangsvorstellungen und -befürchtungen, und der „impulsions", der Zwangsantriebe, begnügt, außerdem aber eine Aufzählung zahlreicher einzelner klinischer Gestaltungen des Leidens gegeben. Pitres und Régis halten Phobien und Obsessions auseinander. Erstere werden in Pantophobien und Monophobien, Furcht vor Gegenständen, Elementen, lebenden Wesen, vor Krankheit und Tod, Furcht an bestimmten Orten, eingeteilt, während bei den „obsessions" hauptsächlich Zwangsvorstellungen, Zwangsantriebe und Zwangshalluzinationen unterschieden werden. Vallon und Marie rechnen auch die Zwangsbefürchtungen („obsessions émotionelles") zu den obsessions.

Eine ganz andere, wesentlich verwickeltere Einteilung gibt Janet in seinem großen Werke. Er hält zunächst „idées obsédantes',

und „agitations forcées“ auseinander. Zu den ersteren gehören die gotteslästerlichen, verbrecherischen und hypochondrischen Zwangsvorstellungen, ferner die Vorstellung, sich schämen zu müssen, etwas Widerliches oder Lächerliches an sich zu haben. Die große Gruppe der „agitations forcées“ zerfällt wieder in eine Reihe von Untergruppen, die als „agitations mentales, motrices“ und „émotionelles“ gekennzeichnet werden. In der ersten Untergruppe finden wir die Zweifelsucht (manies de l'oscillation) mit verschiedenen Sonderformen, sodann die „manies de l'au delà“, die krankhafte Genauigkeit, die Zahlensucht, die krankhafte Vorsicht, die Wiederholungssucht, die Erklärungssucht, das Grübeln über Zukunft und Vergangenheit und verschiedene andere Spielarten. In dieselbe Hauptgruppe gehören noch die „manies de la réparation“, die Sucht, sich durch allerlei Maßregeln vor vermeintlichen üblen Folgen zu schützen, und die „agitations mentales diffuses“, unter denen sich das geistige Wiederkäuen und die zwangsmäßigen Träumereien aufgeführt finden. Die zweite motorische Untergruppe enthält einmal die „tics“ und dann die Erregungszustände, die Störungen des Ganges, der Sprache. Endlich umfaßt die letzte Untergruppe die Zwangsbefürchtungen (Phobien) und die diffusen, unbestimmten Angstzustände.

Der Hauptmangel dieser, bis in die kleinsten Einzelformen sich verzweigenden Einteilung ist ihr rein psychologischer Aufbau. Überall sind hier Krankheitserscheinungen auseinandergerissen und zu besonderen Einheiten gemacht worden, die Teile eines und desselben klinischen Bildes darstellen und sich auseinander entwickeln. Diese Trennung, die für die psychologische Zergliederung vielleicht bis zu einem gewissen Grade berechtigt ist, entspricht den Anforderungen der Klinik ebensowenig, als wenn man etwa aus einem melancholischen Krankheitsbilde einmal die Versündigungs- und Kleinheitsideen, sodann die Angst- und Verstimmungszustände, endlich die Entschlußunfähigkeit, den Stupor, die ängstliche Unruhe, den Selbstvernichtungsdrang gesondert beschreiben wollte. Ich glaube daher, daß die Störungen des Denkens, Fühlens und Wollens, soweit sie überhaupt einem einheitlichen Krankheitsvorgange angehören, miteinander in diejenige Verbindung gebracht werden müssen, in der sie tatsächlich beobachtet werden.

Mit wenigen Worten sei endlich noch der Gruppierung von

Tamburini gedacht, die sich in ihrer Einfachheit den klinischen Bedürfnissen anpaßt. Er unterscheidet intellektuelle Zwangsvorstellungen, die eigentlichen Zwangsgedanken nebst Grübelsucht, Fragesucht, Zweifelsucht, ferner die von Angst begleiteten Zwangsbefürchtungen, endlich die Vorstellungen mit Zwangsantrieben.

Wenden wir uns nunmehr der Aufgabe zu, unter möglichster Anlehnung an die klinische Beobachtung zu einem Überblicke über das Gebiet der Zwangsneurose zu gelangen, so fällt uns zunächst der von allen Forschern bemerkte und verwertete Unterschied ins Auge, daß wir es einerseits mit Vorstellungen zu tun haben, die in gar keiner näheren Beziehung zum eigenen Ich stehen und daher nur wegen ihrer Aufdringlichkeit, unter Umständen auch wegen ihres unangenehmen Inhaltes, peinlich empfunden werden, ohne jedoch das Wohl und Wehe des Kranken irgendwie zu berühren. Das wären in erster Linie die eigentlichen Zwangsvorstellungen, das unwiderstehliche Eindringen gleichgültiger oder unlustbetonter Vorstellungen in den Gedankengang, die sich nicht durch eine Willensanstrengung verscheuchen lassen und dadurch das Gefühl der Ohnmacht hervorrufen. Es kann sich auch um einzelne Bilder handeln, die mit sehr großer Deutlichkeit erscheinen; von wirklichen Sinnestäuschungen ist aber dabei keine Rede. In derselben Hauptgruppe wäre dann wohl auch die zwangsmäßige Neigung zu gewissen allgemeinen Denkrichtungen unterzubringen, der Zwang, über nichtige Dinge zu grübeln und zu forschen, zwecklose Fragen aufzuwerfen, mit Zahlen zu spielen.

Allen diesen, gewissermaßen unpersönlichen Formen des Zwangsdenkens steht die Hauptmasse der Beobachtungen gegenüber, bei der es sich unmittelbar um die Beziehungen des Kranken zum Leben und zu seiner Umgebung handelt. Wir können sie unter dem gemeinsamen Namen der Zwangsbefürchtungen oder Phobien zusammenfassen. Ihr Bereich erstreckt sich auf alle die verschiedenen Richtungen, in denen sich menschliche Beängstigungen bewegen können. Ganz allgemein kann man sie etwa in drei große Gruppen ordnen, wobei sich allerdings naturgemäß manche Berührungspunkte zwischen den einzelnen Formen finden. Bei der ersten Gruppe handelt es sich um die Befürchtung irgendeines Unglücks, das dem Kranken begegnen könnte, sei es durch Krankheiten, Unfälle, andere Menschen, Tiere, Gifte oder durch sonstige, nicht näher bestimmte

Ursachen. Wir können hier von „Unglücksangst" oder, in Anlehnung an die früher geschilderten Symbantopathien, von „Symbantophobien" sprechen. Sie knüpfen an die allgemeine Unsicherheit des menschlichen Schicksals, an die steten, unberechenbaren Gefahren an, die über Gesundheit und Leben jedes einzelnen durch alle möglichen unvorhergesehenen Zufälle hereinbrechen können. Das Krankhafte liegt lediglich darin, daß die allerentferntesten Möglichkeiten, ja Ereignisse, die praktisch unmöglich sind, dem Kranken in greifbare Nähe gerückt erscheinen. Wir haben es also nur mit einer krankhaften Steigerung einer Erscheinung zu tun, die wir bei ängstlichen Menschen beobachten können, denen sich in jeder Lebenslage die ungünstigen Möglichkeiten mit besonderer Deutlichkeit vor Augen stellen.

Die zweite große Gruppe der Zwangsbefürchtungen entspringt aus dem Verantwortlichkeitsgefühle des Menschen. Sie bezieht sich auf die Möglichkeit irgendeiner Pflichtverletzung durch eigenes Tun und Lassen. Alle die verwickelten Beziehungen des Menschen zu Gott, zu seinen Mitmenschen, zum Staate, zu seinem Berufe können von dieser „Verantwortungsangst" ergriffen werden. Was hier den Kranken quält, ist das krankhaft empfindliche Gewissen, das ihn nicht nur zwingt, jede Handlung, jedes Wort, ja jeden Gedanken mit größter Sorgfalt auf ihre Tadellosigkeit zu prüfen, sondern ihm auch allerlei schreckliche Möglichkeiten vorspiegelt, wie er sich mit Schuld beladen haben könnte. Auch hier haben wir es demnach mit Regungen zu tun, deren Wurzeln in gesundem Boden liegen, in den Pflichten, die dem einzelnen seine Abhängigkeit von Gott und von der menschlichen Gemeinschaft auferlegt. Wir alle müssen unser Handeln nach den hier an uns herantretenden Anforderungen regeln und einschränken; wir sind genötigt, uns immer wieder zu prüfen, ob wir auch im Rahmen unserer Rechte geblieben sind, unsere Pflichten erfüllt haben. Dennoch bleibt unserem Denken und Wollen ein weiter Spielraum innerer und äußerer Freiheit. Er engt sich ein beim Ängstlichen, dem übertriebene Gewissenhaftigkeit den Willen weit über das notwendige Maß hinaus bindet, und er schrumpft ganz zusammen, wo die krankhafte Verantwortungsangst auf Schritt und Tritt das Schreckgespenst der Pflichtverletzung heraufbeschwört.

Ebenfalls mit den Beziehungen der Menschen zueinander steht

die dritte große Gruppe der Zwangsbefürchtungen im Zusammenhang. Allein es handelt sich hier nicht um Gewissensangelegenheiten, sondern um die Aufrechterhaltung der persönlichen Würde. Unsere Stellung in der Welt, insbesondere unseren Mitmenschen gegenüber, ist nicht nur von unserem sittlichen Verhalten, sondern bis zu einem gewissen Grade auch von unserem Benehmen und unseren äußeren Eigenschaften abhängig, ja diese erscheinen zunächst vielfach maßgebend, weil die Würdigung des inneren Menschen engere persönliche Beziehungen voraussetzt. Die Äußerlichkeiten des Menschen spielen daher in den Verkehrsbeziehungen eine große Rolle. Ihre Unzulänglichkeiten geben den Anlaß zu Beschämungen und Verlegenheiten, zu deren humorvoller Überwindung unter Umständen schon ein erhebliches Maß von innerer Freiheit und Unabhängigkeit gehört. Bei ängstlichen und unselbständigen Naturen erschüttern sie nicht nur das ohnehin geringe Selbstvertrauen, sondern sie führen auch durch die Verstärkung der Unsicherheit die Gefahr immer neuer gesellschaftlicher Erniedrigungen herauf. So kann sich eine krankhafte „Verkehrsangst", eine „Homilophobie", aus der selbstquälerischen Überschätzung wirklicher oder der Einbildung vermeintlicher persönlicher Mängel entwickeln.

Wie aus den oben besprochenen Einteilungen der Zwangsvorgänge erhellt, sind von allen Forschern den Zwangsvorstellungen und Zwangsbefürchtungen auch „Zwangsantriebe" an die Seite gestellt worden. Es kann nicht bezweifelt werden, daß Antriebe, die den Willen zwangsmäßig zu irgendeiner nicht gewollten Handlung führen, tatsächlich vorkommen. Wir sind ihnen in reicher Entwicklung bei der Dementia praecox begegnet. Sodann werden wir im nächsten Abschnitte Handlungen kennen lernen, die zwar willkürlich ausgeführt werden, aber ebenfalls aus krankhaften, sich mit Gewalt den Weg bahnenden Antrieben hervorgehen. Auch unsere Kranken sprechen sehr häufig davon, daß sie sich dazu getrieben fühlen, Dinge zu tun, die ihnen schrecklich sind, die sie verabscheuen; sie fürchten, dem Drange eines Tages nicht mehr widerstehen zu können.

Unter diesen Umständen erscheint es höchst auffallend, daß nach den übereinstimmenden Erfahrungen aller Beobachter von diesen Kranken tatsächlich doch niemals die Schandtaten begangen werden, die ihnen vorschweben. Man hat diese geringe Triebkraft

des gemeingefährlichen Dranges hier wohl auf den Umstand zurückgeführt, daß es sich um sittlich hochstehende Menschen mit reichlichen Hemmungen handle, die sich auf alle Fälle noch einen Rest von Selbstbeherrschung zu bewahren vermöchten. Es würde demnach mehr eine Art von glücklichem Zusammentreffen sein, wenn es nicht wirklich zu so folgenschweren Handlungen kommt, wie bisweilen in den anderen erwähnten Fällen. Mir erscheint diese Erklärung wenig einleuchtend; vielmehr glaube ich, aus dem angeführten, tiefgreifenden Unterschiede im Verhalten der Kranken schließen zu dürfen, daß die Verhältnisse dort und hier verschieden gelagert sind. In der Tat läßt sich bei genauerer Prüfung zum mindesten in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle von Zwangsneurose leicht feststellen, daß es sich gar nicht um wirkliche Zwangsantriebe, sondern lediglich um die Befürchtung handelt, daß der Kranke einmal die von ihm mit Entsetzen abgelehnte Tat begehen könne. Nur etwa in dem Sinne, wie das Verbotene reizt und anzieht, kann von einem Antriebe die Rede sein. Auch die bisweilen vorkommenden einleitenden oder sinnbildlichen Handlungen, das Hinstarren nach dem als Mordwerkzeug gedachten Messer, zuckende Handbewegungen, sind weit davon entfernt, Ansätze zu wirklichem, nur mit Mühe unterdrücktem Handeln zu sein; sie bedeuten Ausdrucksbewegungen, die durch lebhafte, gefühlsstarke Vorstellungen in ähnlicher Weise ausgelöst werden wie die manchen Kranken bei gleichem Anlasse vorschwebenden erschreckenden Gesichtsbilder.

Die hier dargelegte Auffassung trifft nach meinen Erfahrungen in so weitem Umfange zu, daß wir für die vereinzelten Fälle, in denen doch Antriebe vorkommen, die sich in Handeln umzusetzen streben, nach einer anderen Erklärung suchen müssen. Indem ich späteren Erörterungen vorgreife, möchte ich daran erinnern, daß Zwangsvorgänge gar nicht selten beim manisch-depressiven Irresein zur Beobachtung kommen. Dort aber können in der Tat Antriebe auftauchen, namentlich im Sinne der Selbstvernichtung oder der Familientötung, die eine sehr bedeutende Triebkraft besitzen. Es ist nicht immer leicht, solche Fälle richtig zu erkennen; grundsätzlich sind sie aber natürlich von der Zwangsneurose abzutrennen.

Unter den Zwangsantrieben, namentlich unter den „agitations motrices“ von Janet, finden sich aber weiterhin auch eine Reihe

von Vorgängen angeführt, die offenkundig wiederum eine andere Bedeutung haben, so die Tics, die Erregungszustände, die krampfhaften Anstrengungen. Es handelt sich hier nicht in dem Sinne um Zwangsantriebe, daß sie den widerstrebenden Willen rücksichtslos überwältigen, sondern entweder um die Ausdrucksformen ängstlicher Spannungen oder um Willensäußerungen, die unmittelbar oder mittelbar durch Zwangsbefürchtungen veranlaßt werden, also einer, wenn auch krankhaften, Begründung nicht entbehren. Eine große Rolle spielen dabei Schutzhandlungen verschiedenster Art, als deren durch Gewohnheit erstarrte Überreste die Tics vielfach anzusehen sind.

Aus den hier dargelegten Gründen glaube ich bei der Gruppierung der Zwangsvorgänge von der Aufstellung einer besonderen, durch Zwangsantriebe gekennzeichneten Form zurzeit absehen zu dürfen. Es soll damit nicht geleugnet werden, daß gelegentlich einmal auftauchende Vorstellungen zu Handlungen einfacher und harmloser Art drängen können. Weiterreichende klinische und praktische Bedeutung gewinnen aber die Antriebe im Rahmen der Zwangsneurose, wie ich glaube, höchstens dann, wenn sie in irgendeiner Weise durch krankhafte Vorstellungen oder Befürchtungen begründet sind. —

Bei der Darstellung der hauptsächlichsten klinischen Erscheinungsformen des Zwangsirreseins werden wir am zweckmäßigsten von den einfachen Zwangsvorstellungen ausgehen, die sich dem Kranken gegen seinen Willen aufdrängen und auf diese Weise die freie Beweglichkeit seines Gedankenverlaufes beeinträchtigen. Bisweilen sind sie an sich ganz gleichgültiger oder wenigstens nicht besonders aufregender Art, so daß nur in der häufigen Wiederholung das Peinigende des Vorganges liegt. Dahin gehören namentlich die gelegentlich auftretenden musikalischen Zwangsvorstellungen, die dem gesunden Leben ja auch nicht fremd sind. Bisweilen gewinnen die auftauchenden Vorstellungen eine beunruhigende, an Sinnestäuschungen erinnernde Deutlichkeit. Einem meiner Kranken drängten sich auffallend lebhafte Bilder von Gegenständen auf, die er gesehen hatte; ein anderer sah Fratzen. Löwenfeld berichtet von einer Kranken, die immer eine riesige Gespensterhand vor sich sah, von der sie in einem Romane gelesen hatte. Andere sahen ein blankes, spitzes Messer, eine nackte Frauengestalt, sich bewegende Funken, Papiere, oder sie hörten Stimmen;

eine Kranke wurde von einem süßlichen Geruche verfolgt. Ob auch die von Koch und Löwenfeld besonders beschriebenen Zwangsempfindungen von Vergrößerung der Hände, Anwachsen oder Veränderung des Kopfes, Einschrumpfen des Körpers, Ferner- und Näherrücken der Gegenstände, Verengerung des Zimmers, Schwellung oder Schiefheit einzelner Körperteile in näherer Verwandtschaft mit den Zwangsvorstellungen stehen, ist mir einstweilen sehr zweifelhaft; jedenfalls fehlt ihnen das Gefühl einer beängstigenden Überwältigung des dem Eindringling widerstrebenden Bewußtseins, schon deswegen, weil Empfindungen überhaupt nicht unserer Willkür unterworfen sind, wie Bumke zutreffend betont hat.

Bei weitem am häufigsten sind Zwangsvorstellungen unangenehmen Inhalts. Die Kranken müssen sich ekelhafte Dinge vorstellen, Menschen mit Tieren vergleichen; ein Arzt mußte immer an einen Abtritt denken. Andere müssen sich mit dem Gesäß oder den Geschlechtsteilen ihrer Umgebung beschäftigen. Sie fühlen sich gedrungen, sich die Begegnenden nackt, in geschlechtlichem Verkehr vorzustellen, ihre Geschlechtsgegend zu mustern, sich allerhand häßliche, unkeusche Vorgänge, gotteslästerliche Bilder auszumalen. Der Anblick von Wunden und Geschwüren fordert sie zum Berühren, eine Kotmasse zum Herumwühlen auf; ein Kranker fühlte, wie sich seine Arme und Hände verlängerten, um in einen fernen Schmutzhaufen hineinzugreifen. Hier, wo den Inhalt der Zwangsvorstellung eine Handlung bildet, bestehen offenbar schon nahe Beziehungen zu den Zwangsbefürchtungen, etwas Unsittliches oder Ungehöriges tun zu müssen oder getan zu haben.

In einer zweiten Gruppe von Fällen handelt es sich nicht um bestimmte, immer wiederkehrende Zwangsvorstellungen, sondern um zwangsmäßige Denkgewohnheiten, bei denen gewisse formale Gedankenrichtungen den Vorstellungsverlauf vollkommen beherrschen. Eine häufige Form ist das Zwangsdenken in Zahlen („Arithmomanie"). Die Kranken müssen sich mit der Nummer ihrer Droschke, ihres Gastzimmers beschäftigen, prüfen, ob und durch welche Zahlen sie teilbar ist; sie zählen zwangsmäßig die Personen einer Tafelrunde, die Messer, Teller, Gläser auf dem Tische, die Bretter auf einer Brücke, die Pflastersteine, die Wiederholungen des Tapetenmusters. Auch von großen Rechenkünstlern

(Dahse) wissen wir, daß sie zwangsmäßig alle ihnen aufstoßenden Gegenstände, die Worte eines Trauerspiels, die Buchstaben eines gehörten Gedichtes zählen, mit allen ihnen vorkommenden Zahlen umfangreiche Rechnungen ausführen mußten, ohne sich davon losmachen zu können. Magnan erzählt von einem Kranken, der 20 Kirschen gegessen hatte, aber nur 19 Kerne auffand, und nun in der größten Aufregung alles, auch seine eigenen Ausleerungen durchsuchte, bis er in letzteren endlich den fehlenden Kern gefunden hatte und damit beruhigt war. Der Ursprung dieser sonderbaren Denkgewohnheit ist vielleicht in einem übertriebenen Streben nach Genauigkeit zu suchen, wie wir ihm späterhin noch wieder begegnen werden. Dazu kommt dann die kindlich schulmäßige Neigung, überall Aufgaben zu sehen, die gelöst werden müssen. Manche Kranke fühlen sich genötigt, die ihnen vorkommenden Wörter durchzudeklinieren, als ständen sie noch unter der Botmäßigkeit des Lehrers. Die Freiheit der Gedankenbewegung wird also dem Kranken durch das Gefühl behindert, daß er in Anknüpfung an bestimmte Vorstellungen gewisse, vor allem geistige Arbeiten möglichst sorgfältig erledigen müsse.

Ein ganz ähnlicher Zwang liegt offenbar der krankhaften Grübel- und Fragesucht[1]) zugrunde. Die gesunden Gegenstücke dieser Störungen bilden die Wißbegierde und die Neugier, der Drang, sich von den Vorgängen im Leben und in der Welt eine möglichst genaue Kenntnis zu verschaffen. Im Anschlusse an irgend ein an sich ganz gleichgültiges Vorkommnis fühlt sich der Kranke gedrungen, um jeden Preis gewisse belanglose Einzelheiten genau festzustellen. Er muß darüber nachgrübeln, in welchem Verhältnisse etwa zwei ihm begegnende Menschen zueinander stehen, wie die Möbel eines von ihm gesehenen Zimmers angeordnet waren, welches Datum eine auf der Straße liegende Zeitung hatte. Baillarger berichtet von einem Kranken, der sich bei jeder Frauensperson zwangsmäßig darüber Rechenschaft geben mußte, ob sie hübsch oder häßlich sei, und selbst Reisen machte, um ein Versäumnis in dieser Beziehung nachzuholen. Einer meiner Kranken fing an, über die Herkunft einer Neujahrskarte nachzudenken; dann waren es gleichgültige Zeitungsnachrichten, denen er „auf den Grund gehen" mußte, was dies und jenes zu bedeuten habe, woran dieser

[1]) Griesinger, Archiv f. Psychiatrie I, 626; Berger, ebenda VI, 217.

und jener gestorben sei; ihm war, „als müsse er alles wissen". Ein Kranker Magnans setzte alle Hebel in Bewegung, um den Namen eines Mädchens zu erfahren, von dessen Verunglückung er in der Zeitung gelesen hatte.

Bezieht sich hier die krankhafte Neugier auf bestimmte äußere Erlebnisse, so können bei anderen Kranken in förmlichen „Anfällen" massenhafte, zwecklose, unlösbare, ja gänzlich alberne Fragen auftauchen, die sie sich vergeblich zu unterdrücken bemühen. Der Inhalt dieser Fragen nimmt gewöhnlich eine allgemeine, metaphysische Richtung und beschäftigt sich namentlich gern mit der Entstehung und Entwicklung der Dinge (Schöpfungsfragen, Zeugungsfragen), indem sich immer eine ganze Kette aneinander knüpft: Was ist Gott? Wie ist er? Woher ist er gekommen? Gibt es überhaupt einen Gott? Wie ist die Welt, der Mensch entstanden? Wozu ist er da? Welchen Sinn hat das Leben? Eine Kranke mußte darüber nachdenken, was man tun solle, da geschlechtliche Enthaltsamkeit schwer, Vorbeugungsmaßregeln aber verboten seien, und suchte durch reichliche theologische Lektüre vergebens zur Klarheit zu kommen. Einer meiner Kranken empfand namentlich, wenn er von Hause fort war, das Bedürfnis, „über die Unendlichkeit" nachzudenken, „weil alles so auf ihn drückte". Bisweilen bilden Gegenstände der zufälligen Umgebung, auf die der Blick gerade fällt, den Anknüpfungspunkt für die Zwangsfragen: Warum steht dieser Stuhl so und nicht so? Warum nennt man ihn gerade Stuhl? Warum hat er vier Beine, nicht mehr, nicht weniger? Warum ist er braun, warum nicht höher, nicht niedriger? Grashey hat daran erinnert, daß ein ähnlicher Fragedrang auf gewissen Entwicklungsstufen des kindlichen Seelenlebens als Ausdruck der ungesättigten Wißbegierde aufzutreten pflegt. Wir können weiter darauf hinweisen, daß der Wunsch, über das Wesen der Dinge ins klare zu kommen, an sich die letzte Triebfeder aller geistigen Arbeit ist. Was ihm hier den Stempel des Krankhaften aufdrückt, ist die Unmöglichkeit, zu irgendeinem Abschlusse zu gelangen. Diese ist nicht nur durch den vielfach unsinnigen Inhalt der Fragen selbst bedingt, sondern vor allem durch das dauernd fortbestehende Gefühl der ängstlichen Spannung, das beharrlich wiederkehrt und, da der Stoff unerschöpflich ist, immer neue und dringendere Fragen aufwirft, mag es durch ungezählte Feststellungen oder Abfertigungen

noch so oft bekämpft worden sein. Auch hier haben wir es demnach mit einer über jedes vernünftige Maß hinaus getriebenen Verfolgung an sich berechtigter und notwendiger Gedankenrichtungen zu tun.

Die bei weitem wichtigste und folgenschwerste Erscheinungsform der Zwangsneurose bilden die krankhaften Befürchtungen, von denen wir zunächst die Unglücksangst ins Auge fassen wollen. So vielgestaltig die Möglichkeiten sind, die Gesundheit und Leben der Menschen bedrohen können, so mannigfaltig ist der Inhalt der Befürchtungen. Dem gesunden Verständnisse am nächsten steht vielleicht die Angst vor den Naturgewalten, namentlich die Befürchtung, vom Blitze erschlagen zu werden („Keraunophobie"), die in Reuters „Dörchläuchting" eine so ergötzliche Schilderung erfahren hat. Andere Kranke müssen immer an das Ertrinken, die Möglichkeit einer Feuersbrunst denken; sie vermögen daher kein Licht anzuzünden oder auszulöschen. Ein Kranker fürchtete sich vor dem Regenbogen.

Sehr verbreitet und bis zu einem gewissen Grade berechtigt erscheint ferner die Angst vor Tieren und Menschen. Die Kranken laufen trotz aller vernünftigen Überlegung vor Spinnen, Fröschen, Mäusen, harmlosen Schlangen davon, fürchten sich maßlos vor Hunden oder Katzen, werden den Gedanken nicht los, daß ein Stier sie angreifen, ein Pferd hinter ihnen her kommen, eine Ratte auf sie zuspringen, ein Käfer ihnen ins Ohr kriechen könne. Ein Betrunkener könnte ihnen begegnen und mit ihnen anbinden; sie könnten bestohlen, im Dunkeln, bei der Befriedigung eines Bedürfnisses von hinten angepackt, niedergestochen werden; jemand könnte ihnen folgen, plötzlich ein Messer werfen; sie könnten irgendwie einen Stich ins Auge, ins Herz erhalten. Man könnte sie im Schlafe überfallen, operieren, ermorden. Manche Kranke können es daher nicht ertragen, daß jemand hinter ihnen steht. Andere verbarrikadieren sich nachts, suchen sich möglichst lange wach zu erhalten, schlafen erst gegen Morgen ein; eine meiner Kranken war nicht ruhig, wenn sie nicht ein Messer unter ihrem Kopfkissen hatte. Hie und da können auch sehr harmlose Gegenstände heftige Beunruhigung auslösen. Ich kannte einen Kranken, der um keinen Preis dazu zu bewegen war, in einen Spiegel zu blicken; Koch erwähnt die Angst, daß aus dem Spiegel plötzlich eine Teufelsfratze herausgrinsen könne. Ein sehr gebildeter Kranker

geriet in Aufregung, wenn er einen Fingerhut sah. Offenbar liegen hier unklare Vorstellungen von irgendwelchen drohenden Unbehaglichkeiten zugrunde.

Ebenfalls sehr häufig ist die Furcht vor Unfällen aller Art. Die Fuhrwerke, die Straßenbahnen, die Automobile, die Eisenbahnzüge erfüllen den Kranken mit Schrecken. Er ist nicht imstande, die Straße, namentlich aber die Geleise zu überqueren, weil sich ihm mit peinlichster Gewalt die Idee aufdrängt, überfahren zu werden. Ein Kranker mußte beim Überschreiten der Trambahnschienen jedesmal denken, daß er mit einem Stelzfuß werde herumhumpeln müssen. Alle hängenden und hochragenden Gegenstände sind dem Kranken äußerst unheimlich. Der Kronleuchter, ein Spiegel kann sich lockern, ein Stein von einem Neubau ihn treffen; ein Mensch kann vom Dache fallen; ob es wohl ein Mann oder eine Frau sein wird? Ein Kranker wurde das Gefühl nicht los, daß Wolken und Himmelsdecke auf ihn herabstürzen könnten. Auch spitze und scharfe Dinge beunruhigen den Kranken auf das höchste („Aichmophobie"). Er kann kein Rasiermesser in die Hand nehmen, kann nicht schlafen, weil im Bett oder im Zimmer eine Nadel sein könnte, auf die er sich legen oder in die er treten werde. Er fürchtet, daß Nadeln sich an seinen Kleidern festspießen, um dann irgenwo hineinzufallen. Namentlich könnten sich in den Speisen Nadeln oder Glasscherben befinden. Der Kranke, der sich trotz vielfacher, genauester Untersuchung darüber keine volle Gewißheit zu verschaffen vermag, schlürft die verdächtige Milch durch die geschlossenen Zähne, läßt einen Rest im Glase zurück, oder er verzichtet nach Möglichkeit auf alle Speisen, die nach seiner Meinung keine genügende Sicherheit gewähren. Eine Kranke Gélineaus betrachtete schließlich auch die Eier mit Mißtrauen; die Hühner könnten doch vielleicht Nadeln verschluckt haben, die dann in die Eier geraten wären. Manche Kranke fürchten nicht nur für sich, sondern auch für andere allerlei Unglücksfälle, daß jemand von einer Mauer fallen, daß ein Kind auf dem Fußboden Nadeln finden und verschlucken könne. Wie mir scheint, besteht hier regelmäßig ein gewisses Verantwortlichkeitsgefühl für die befürchteten Ereignisse.

Der zuletzt besprochenen Form nahe verwandt ist die Furcht vor Vergiftung und Ansteckung, vor Schmutz und Unrat („Myso-

phobie"), die das Leben der Kranken oft in tiefgreifender Weise beeinflußt. Es ist irgendwo Sublimat gebraucht worden; davon könnte etwas ausgestreut worden sein und nun an die Hände, in die Kleider, ins Essen gelangen. Eine Kranke Thomsens glaubte dann überall rote Flecke von der gefärbten Sublimatlösung zu sehen; auch alle Flüssigkeiten sahen rot aus. An den Türklinken und sonstigen Metallflächen, namentlich auch am Kupfergeld, kann sich Grünspan ansetzen („Metallophobie") und mit der anstreifenden Hand oder den Kleidern weiter verschleppt werden. Alle möglichen Gegenstände im Zimmer können irgendwie mit Ansteckungsstoffen in Berührung gekommen sein, die nun an ihnen haften und nach allen Richtungen übertragen werden; namentlich Bücher erscheinen in dieser Beziehung gefährlich. Auf der Straße kann man Krankheitserreger von Menschen auffangen, die krank waren oder kranke Angehörige haben. Der Staub ist in höchstem Maße verdächtig; eine Kranke fühlte sich veranlaßt, überall Staub zu wischen. Die Luft ist schlecht, so daß beständig alle Fenster aufgesperrt werden müssen; von der Wand können sich Teilchen ablösen und ins Essen fallen; schädliche Stoffe können in die Kochtöpfe gelangen; überall hängen sich Fäden an die Kleider, die dann anderswo Unheil anrichten können. Eine Kranke hatte eine starke Abneigung gegen alle Gegenstände, die mit dem Bett oder mit einem ungewaschenen Körper in Berührung gewesen waren.

Es ist verständlich, daß die Angst vor Unfällen besonders in gewissen gefährlichen Lebenslagen auftritt. Man spricht hier von „Situationsphobien". Dahin gehört die Höhenangst beim Stehen auf Türmen, an Abgründen, die auch dann eintreten kann, wenn ein wirkliches Hinabfallen ganz ausgeschlossen erscheint. Manche Kranke werden ängstlich beim Gehen über Brücken, beim Kahnfahren, beim Schwimmen in tieferem Wasser, auch wenn sie genügend schwimmen können. Bemerkenswerterweise nimmt gerade in diesen Fällen die Angst oft mehr oder weniger deutlich die Form eines Antriebes an; der Kranke hat das Gefühl, als müsse er sich hinab oder ins Wasser stürzen, als ziehe es ihn; „halb zog sie ihn, halb sank er hin", wie es Goethe ausdrückt. Mir scheinen diese, auch dem Gesunden zugänglichen Selbstwahrnehmungen von großer Wichtigkeit für die Frage der Zwangsantriebe zu sein. Offenbar handelt es sich nur um jene schwachen Ausstrahlungen auf

das Willensgebiet, wie sie jede lebhafte Vorstellung mit Bewegungsinhalt begleiten. Da in unsere Vorstellungen neben den Erinnerungsbildern auch sinnliche Bestandteile eingehen, die aus Bewegungswahrnehmungen stammen, können bei kräftiger Anregung bestimmter Gedanken einmal, wie bereits erwähnt, Sinnesbilder von großer Deutlichkeit auftauchen, andererseits aber auch Bewegungsbilder, ja Ansätze zu wirklichen Bewegungen geweckt werden. Es ist wohl ähnlich, wie wenn bei lebhafter Schilderung eines bewegten Ereignisses nicht nur der Sprecher selbst, sondern auch die Zuhörer die einzelnen Abschnitte der Erzählung andeutungsweise mit entsprechenden Stellungen und Gebärden begleiten. Mir scheint, daß die stark gefühlsbetonte Vorstellung des Hinunterfallens, wie sie uns etwa das Gesichtsbild des Stürzenden vor das Auge führt, zugleich leise Bewegungsantriebe auslöst, die ihren psychomotorischen Bestandteilen entstammen. Für das wirkliche Handeln haben sie jedoch, wie auch die Erfahrung dartut, kein größeres Gewicht, als etwa die Gebärden. Janet hat mit Recht darauf hingewiesen, daß der Inhalt der anscheinenden Zwangsantriebe sehr gewöhnlich durch den Kontrast zu der eigentlichen Denkweise des Kranken bestimmt wird. Gerade diejenigen Gedanken tauchen in ihm auf und quälen ihn, die ihm besonders schrecklich sind. Der streng Religiöse muß Gotteslästerungen ausstoßen; der Gewissenhafte fühlt sich als Dieb und Falschmünzer; der Weichherzige befürchtet Mordtaten zu begehen, die Mutter, ihren Kindern Nadeln in den Kopf bohren oder den Hals abschneiden zu müssen. Diese Erfahrungen sprechen dafür, daß es die Angst ist, die den Inhalt der auftauchenden Vorstellungen färbt, wie sie auch dem Gesunden diejenigen Schreckbilder vor Augen stellt, die ihn am meisten beunruhigen.

Es zeigt sich nun weiter, daß die Zwangsbefürchtungen auch bei Anlässen auftreten können, die für den Gesunden kaum die leiseste Andeutung einer Gefahr enthalten. Das bekannteste Beispiel dafür ist die Platzangst[1]) („Agoraphobie"). Es handelt sich hier um die Unfähigkeit, allein über einen großen, menschenleeren Platz oder durch eine lange, weite Straße zu schreiten. Dieses Hinaustreten ist, wie Janet bemerkt, gewissermaßen ein aufdringliches Sinnbild für das Verlassen des häuslichen Schutzes.

[1]) Westphal, Archiv f. Psychiatrie III, 138; Cordes, ebenda III, 521; X, 48.

Bei jedem Versuche dazu überfällt den Kranken eine namenlose Angst vor irgendeinem unglücklichen Zufall, ein Gefühl der Hilflosigkeit, das es ihm unmöglich macht, weiter zu gehen; er wird schwindlig; die Beine versagen den Dienst. Die Begleitung eines Knaben, das Hinterhergehen hinter einem anderen Menschen oder einem Wagen, das Festhalten an den Häusern genügt oft schon, um die lähmende Angst vollständig zu überwinden. Manche Kranke können, wie Löwenfeld angibt, ohne Schwierigkeit über weite Wiesenflächen gehen, sinken aber zusammen, sobald sie über einen städtischen Platz schreiten sollen; andere werden von der Angst befallen, wenn sie sich auf freiem Felde sehen. Bisweilen sind es bestimmte Richtungen, die dem Kranken Schwierigkeiten machen; dann ist es wieder die Größe der Entfernung von Hause, die ihn beunruhigt. Ein Kranker vermochte nur so weit zu gehen, daß er die Haustüre, die er im Rücken haben mußte, noch rasch erreichen konnte. In den höheren Graden ist der Kranke überhaupt nicht imstande, sich von Hause zu entfernen, teils deswegen, weil ihm die Benutzung der Verkehrsmittel unmöglich ist, teils darum, weil ihn auf Schritt und Tritt die Angst verfolgt, daß ihm in der Ferne irgend etwas zustoßen könnte. Sobald er sein Heim wieder erreicht hat, ist sofort alle Beunruhigung verschwunden. Schließlich kann er aber vielleicht auch das Zimmer nicht mehr verlassen, ja es kann so weit kommen, daß er sich kaum oder doch nur mit größtem Unbehagen aus dem Schutze seines Bettes hinauswagt. Bisweilen lernen es die Kranken, mit Hilfe gewisser Kunstgriffe einige Bewegungsfreiheit wiederzugewinnen. So konnte einer meiner Kranken seinen Angstzuständen dadurch vorbeugen, daß er sich bei seinen Ausgängen stets mit einem Prießnitzschen Umschlage und einem Fläschchen Valerianatinktur versah. Obgleich er von beiden Mitteln nie Gebrauch machte und sich der Unsinnigkeit seiner Maßregel bewußt war, genügte sie doch, das sonst unfehlbare Auftreten der Angst zu verhindern.

Weitere Situationsphobien sind die Angst vor dem Alleinsein und vor dem Aufenthalt in großer Menschenmenge. Im ersteren Falle spricht man von einer Klaustrophobie. Die Kranken fühlen sich äußerst unbehaglich, wenn niemand in Sehweite ist; anscheinend quält sie die dunkle Vorstellung, daß ihnen irgend etwas zustoßen könnte, ohne daß man ihnen zu helfen vermöchte. Infolgedessen

muß immer jemand um sie sein, unter Umständen Tag und Nacht. Die Türe darf nicht abgeschlossen werden, damit sie jederzeit hinausstürzen, Hilfe herbeirufen können. Andere schließen sich im Gegenteil immer ein (Klaustrophilie), um vor Überrumpelungen, plötzlichen Angriffen sicher zu sein. Aus ganz ähnlichen Befürchtungen geht offenbar die Angst vor dem Zwielicht, namentlich aber vor Nacht und Dunkelheit (Nyktophobie) hervor, die ja bei Kindern so verbreitet ist. Eine meiner Kranken konnte nur bei Tageshelligkeit schlafen. Manche Kranke fürchten sich, zu Bett zu gehen und einzuschlafen, weil sie vielleicht nicht wieder aufwachen könnten. Andere können sich nicht in weiten, menschenerfüllten Räumen, Kirchen, Theatern, oder in sehr belebten Straßen, im Gedränge, in Volksversammlungen, bei öffentlichen Aufzügen und Schaustellungen aufhalten, weil sie das Gefühl haben, sich nicht in jedem Augenblicke zurückziehen zu können, wenn ihnen irgend etwas zustoßen sollte. Sie sind daher außerstande, Vergnügungen, Gesellschaften, den Gottesdienst zu besuchen, oder sie müssen sich wenigstens ein Plätzchen an der Ecke, nahe bei der Türe sichern, um sich durch die Möglichkeit einer schleunigen Flucht zu beruhigen.

In diesem Zusammenhange ist auch die nicht seltene Reiseangst zu erwähnen, die den Kranken in der Eisenbahn bei dem Gedanken erfaßt, daß er nunmehr nicht ohne weiteres aussteigen und sich Hilfe suchen kann. Namentlich die Tunnels pflegen ihn zu beunruhigen. Manche Kranke haben das Gefühl des Geschaukeltwerdens. Er sei erschrocken wie ein kleines Kind, meinte ein Kranker; er mußte sich während der Fahrt fortwährend anhalten. Die Eisenbahnangst kann dazu führen, daß die Kranken auch sehr weite, notwendige Reisen im Wagen oder zu Fuß machen und unter Umständen gezwungen sind, ihren Beruf aufzugeben, wenn er das Bahnfahren durchaus erfordert. Verwandt ist vielleicht auch die Unfähigkeit, längere Zeit zu sitzen („Akathisie"), die innere Unruhe, die den Kranken nach kurzer Zeit zwingt, wieder vom Stuhle aufzustehen und herumzugehen, weil er sich nicht behaglich fühlt.

In der Regel vermögen sich die Kranken bei den Situationsphobien nur ziemlich unklar darüber Rechenschaft zu geben, was ihnen eigentlich etwa zustoßen sollte. Meist ist es nur die ganz

allgemeine Befürchtung, daß nun irgendein Unheil kommen könne, vor dem sie sich nicht zu retten vermöchten. Derartige peinigende Ahnungen können den Kranken aber auch gelegentlich ohne greifbaren Anlaß überfallen; so hatte einer meiner Kranken „Furcht vor der Zukunft". Sehr gewöhnlich knüpfen sie sich an irgendwelche, an sich ganz gleichgültige, aber von dem Kranken mit kommendem Unheil in Beziehung gebrachte Umstände, an bestimmte Wörter, Buchstaben, Farben, Zahlen (7, 13), Wochentage, und verraten so einen gewissen Zusammenhang mit uralten abergläubischen Denkgewohnheiten. Eine von Thomsen beobachtete Kranke hatte Angst vor der schwarzen Farbe, weil ihr verstorbenes Kind in die schwarze Erde gebettet worden war; sie zeigte Abscheu vor allen Wörtern, die mit „d" anfingen („décéder"). Magnan berichtet von einer Kranken, die eine Reihe von unheilvollen Wörtern (Sarg, Tod, Begräbnis, schwarz) wie eine Beschmutzung empfand und die Kleider verschenken mußte, die sie trug, während sie eines derselben las. Manche Kranke können nicht in einem Straßen- oder Eisenbahnwagen mit ungerader Nummer fahren. Auch die eigenen Handlungen können in ganz unverständlicher Weise abergläubische Bedeutung gewinnen. Ein Kranker meinte, er könne bei der Arbeit seine Gedanken eingraben; es geschehe etwas, wenn er weiter gehe; er gebe damit etwas her, sich selber; wenn er irgendwohin greife, fahre das Angstgefühl in ihn hinein. Ein anderer fürchtete, der Blitz werde einschlagen, wenn er sich wasche. Hier liegen Berührungspunkte mit den Verantwortungsphobien.

Vielleicht die reichste Quelle ängstlicher Beunruhigungen entspringt, wie leicht begreiflich, aus der Sorge um die eigene Gesundheit. Hypochondrische Zwangsbefürchtungen gehören daher zu den allerhäufigsten. Schon die früher aufgeführte Vergiftungs- und Ansteckungsangst gehört in gewissem Sinne hierher. Die Kranken fürchten, auf irgendeine Weise Gift in sich aufzunehmen, durch Personen angesteckt zu werden, die etwa mit einer gefährlichen Seuche in Berührung gekommen sein könnten. Eine russische Dame lebte dauernd fern von ihrer Heimat und vermied streng jede Beziehung zu russisch sprechenden Menschen, um nicht an der Cholera zu erkranken, die vor längerer Zeit daheim vorgekommen war. Eine Kranke Thomsens fürchtete, durch Berührung

von mit Sperma beschmierten Gegenständen schwanger zu werden. Sehr verbreitet ist auch die Angst vor Hundswut und Syphilis. Ein Kranker, der seit längerer Zeit von der Vorstellung geplagt wurde, ein Hund, mit dem er in Berührung gekommen war, könne toll gewesen sein und ihn angesteckt haben, bat mich umgehend um Nachricht, ob nicht ein Mann, dessen Namen er in der Klinik gehört hatte, einmal von einem Hunde gebissen worden sei; sein ganzes Lebensglück hänge an dieser Auskunft. Andere fürchten, sich auf dem Abort eine Syphilis geholt zu haben; sie werden an Paralyse, an Apoplexie, Aphasie, Ataxie, an „Vaguslähmung" und Rückenmarksleiden zugrunde gehen. Oder sie bekommen den Krebs, ein Herzleiden, Krampfadern, einen Plattfuß. Ein Kranker lebte in der größten Angst, solange die Wartezeit bei seiner Lebensversicherung nicht abgelaufen war; ein anderer telegraphierte plötzlich an seine Angehörigen, daß er am Herzschlag sterbe. Gelegentlich gesellen sich dazu allerlei beunruhigende Empfindungen, das unangenehme Gefühl des Harnträufelns, oder als wenn Käfer aus den Körperöffnungen herauskröchen, als wenn der Körper schief wäre. Fast alle unsere Kranken aber werden durch den Gedanken beunruhigt, daß sie früher oder später wahnsinnig werden könnten. Ein Kranker meinte, er müsse alles machen, was ihm einfalle, werde daher auch so gewalttätig werden wie die anderen Kranken, sich die Zunge abbeißen; eine Kranke fürchtete sich, allein in den Wald zu gehen, da sie meinte, sie werde sich dann etwas antun.

Die stete Besorgnis um ihre Gesundheit treibt die Kranken immer und immer wieder zum Arzte. Obgleich sie es gewöhnlich lernen, sich einigermaßen mit ihren krankhaften Befürchtungen abzufinden, haben sie doch das dringende Bedürfnis, hie und da sich einmal darüber auszusprechen, und fühlen sich jedesmal für einige Zeit wesentlich beruhigt. Da sie etwas zu vergessen fürchten, so erscheinen sie beim Arzte mit einer Menge von Aufzeichnungen, mit einem Fragebogen; sie überreichen ihre schriftliche Krankengeschichte, weil sie zweifeln, ob sie bei der mündlichen Erzählung alles in rechter Ordnung und im Zusammenhange würden vorbringen können. Vielfach fallen sie Quacksalbern in die Hände. Ein Schuhmachergeselle kaufte sich für 10 Mark ein Elektrophor, um seine Nervenkraft zu regenerieren. Andere wägen auf das

genaueste ihre Speisen ab, sind bemüht, sich in der verzwicktesten Weise vor Zugluft zu schützen, versuchen sich in den verschiedenartigsten Kuren.

An die hypochondrischen Befürchtungen reiht sich die Angst, scheintot begraben zu werden („Tafephobie"). Die Kranken suchen daher alle möglichen Vorsichtsmaßregeln zu treffen, damit sie sicher sterben, hinterlegen überall genaue Bestimmungen über die Behandlung ihrer Leiche.

Die zweite große Gruppe von Zwangsbefürchtungen beleuchtet das eigene Tun und Lassen unter dem Gesichtspunkte der Verantwortlichkeit. Zunächst knüpft sie sich an den Kreislauf der Tagesbeschäftigungen und besonders an die Berufsarbeit in Formen, die andeutungsweise auch dem gesunden Leben nicht fremd sind. Bei seinen Verrichtungen wird der Kranke ständig von der Besorgnis begleitet, ob wohl auch alles vollkommen in Ordnung sei. „Alles muß akurat sein; ich kann nichts stehen lassen, wenn es nicht aufs kleinste klappt", erklärte ein Kranker. Er muß sich immer wieder darüber Rechenschaft geben, ob er einen Brief richtig abgefaßt, unterschrieben, adressiert, geschlossen und abgesandt hat, ob er das Licht zuverlässig löschte, ob das Streichholz gänzlich ausgebrannt war und nicht achtlos fortgeworfen wurde, ob die Türe zum Geldschrank, zum Schreibtisch, zum Hause sicher geschlossen ist. Immer von neuem muß er sich vergewissern, ob ein Auftrag richtig ausgeführt wurde, ob er seine Schlüssel eingesteckt, keine Verabredung vergessen, keine Akten verlegt, nichts verloren hat, nichts im Zimmer oder auf dem Abort liegen ließ. Bei der Arbeit könnte ein Versehen, Rechenfehler untergelaufen, irgendein wichtiger Punkt unbeachtet geblieben sein; ein Rezept kann einen verhängnisvollen Irrtum enthalten haben.

Auf diese Weise entwickelt sich die von Legrand du Saulle so genannte Zweifelsucht[1]) („folie du doute"), die ängstliche Unsicherheit im täglichen Handeln. Sie führt notwendig zu einer immer wachsenden Peinlichkeit in allen Verrichtungen, zu endlosen Überprüfungen und Wiederholungen, die doch niemals völlige Beruhigung bringen, da sich der Zweifel, ob nicht trotz alledem doch ein Versehen stattgefunden habe, doch sogleich wieder erhebt. Immer von neuem muß der Kranke „grübeln,

[1]) Legrand du Saulle, La folie du doute. 1875.

ob wirklich alles so ist, wie es sein sollte". Durch allerlei Merkzeichen, abschließende Gebärden, schriftliche Buchung und ähnliche Kunstgriffe sucht er sich dauernd die Möglichkeit einer rückschauenden Prüfung aller irgend wichtigen Handlungen zu erhalten, ohne doch dabei wirkliche Beruhigung zu finden, da er sich ja auch geirrt haben könnte. Beim Schließen jedes Schlosses versichert er sich wiederholt, daß es wirklich zugesperrt ist, reißt den Umschlag wieder auf, um zu sehen, ob der richtige Brief hineingelegt, ob nicht Unterschrift oder Datum vergessen wurde, zählt jede Summe zehn-, zwanzigmal, bevor er sie abgibt, macht nächtliche Runden durchs Haus, um sich zu überzeugen, daß nirgends mehr ein Funke glimmt, daß sich kein Dieb eingeschlichen hat. Manchmal müssen alle Sicherungsmaßregeln zwangsmäßig mehrfach wiederholt werden, bevor der Kranke zur Ruhe kommt. Auch bei körperlichen Verrichtungen, beim Stuhlgang oder Harnlassen, kann die Befriedigung der vollkommenen Erledigung ausbleiben und den Kranken zwingen, ihr immer von neuem nachzustreben, freilich fruchtlos.

Nach jeder Unterredung, namentlich bei wichtigeren Anlässen, taucht dem Kranken der Gedanke auf, daß er sich vielleicht nicht ganz klar ausgedrückt habe, mißverstanden sein könne. Er setzt sich dann hin, um schriftlich noch diese oder jene seiner Äußerungen genauer zu erläutern; kaum aber ist der Brief abgesandt, so erhebt sich von neuem der Zweifel, ob nunmehr auch jedes Mißverständnis ausgeschlossen sei. Dabei entwickelt sich eine peinliche Aufrichtigkeit, die den Kranken zwingt, unter allen Umständen durchaus die Wahrheit zu sagen und auch auf die kleinen gesellschaftlichen Lügen zu verzichten. Jedes Wort wird so lange herumgedreht, bis keine Möglichkeit einer falschen Auslegung mehr vorhanden ist und ihm die Absicht einer Zweideutigkeit nicht mehr untergeschoben werden kann. Freilich entdeckt der Kranke nachträglich immer noch Punkte, an denen man ihm den Vorwurf der Ungenauigkeit und Unzuverlässigkeit machen könnte. Er ist unsicher, ob er nicht doch einen beleidigenden Ausdruck gebraucht, etwas Anstößiges oder Zweideutiges gesagt hat, läßt daher seine Briefe stets erst von anderen durchlesen, zieht zu jeder Unterredung Zeugen herbei, die er nachher befragen kann. Schließlich ist er überhaupt nicht mehr imstande, ohne beständige Nachhilfe zu

schreiben, und fragt: „Darf ich es auch so schreiben? Ist es kein Fehler? Macht es etwas, wenn ich das auslasse?“ Ein Kranker Skliars gab an, er empfinde den Zwang, immer das Gegenteil von dem auszusagen, was er eigentlich wolle. Mir scheint darin, ähnlich wie bei den früher besprochenen Antrieben, nur die Befürchtung zum Ausdrucke zu kommen, daß er etwas Unrichtiges, das Gegenteil, sagen werde.

Jede verantwortliche Unterschrift, jede wichtige Aussage wird für den Kranken zu einer Quelle der peinigendsten Selbstquälereien. Besonders die Berührung mit den Gerichten bringt eine starke Steigerung der Beschwerden. Ich kannte einen Kranken, der im Anschlusse an eine Vernehmung als Zeuge von einem länger dauernden, schweren Depressionszustande befallen wurde; er versicherte mir, daß er sich lieber einsperren lassen werde, als noch einmal diese Qualen zu überstehen. Ein anderer konnte vor Gericht nicht vereidigt werden, weil er im Hinblicke auf die Tragweite seiner Aussage in die größte Aufregung geriet. Ein Richter wurde dauernd von der Befürchtung verfolgt, daß vielleicht ein Haftbefehl aus Versehen nicht aufgehoben worden sei. Immer wieder mußte er sich persönlich davon überzeugen, daß die betreffenden Gefangenen wirklich entlassen seien. Nahe verwandt ist die bisweilen auftauchende Vorstellung, irgend etwas versprochen zu haben, was nun geschehen müsse. Eine meiner Kranken war genötigt, in ihrer Arbeit fortwährend „abzusagen“, daß sie nicht versprochen habe, dies oder jenes auszuführen. Andere fühlen sich gedrungen, ihre zukünftigen alltäglichen Handlungen durch Schwüre und Anknüpfung an Vorzeichen festzulegen und zu verschränken.

Bisweilen spiegelt die Angst dem Kranken die Möglichkeit fahrlässiger Unterlassungen vor („Paralipophobie“). Er könnte ein wichtiges Papier, eine Banknote, die auf der Straße lag, nicht beachtet, einen Hilferuf überhört haben. Eine dunkle Masse, die im Wasser schwamm, könnte ein ertrinkender Mensch gewesen sein. Ein Kranker, der von der Vorstellung gequält wurde, den ihm begegnenden Menschen könne irgend etwas zustoßen, mußte ihnen folgen, unter Umständen stundenlang, bis er über ihr Schicksal beruhigt war.

Die stete Unsicherheit führt den Kranken zu dem krampfhaften Bemühen, alle Erlebnisse möglichst scharf aufzufassen und sich

fest einzuprägen; so entwickelt sich der Beachtungszwang und der Erinnerungszwang. Der Kranke muß auf alles hören, sich Aufzeichnungen machen; er versucht, sich mit größter Anstrengung alte, ganz gleichgültige Erinnerungen, Gesichtseindrücke, Gerüche genau vorzustellen. Alles muß er sich wieder ausdenken, grübeln, „bis es hinausgeht". Einer meiner Kranken zweifelte immerfort an der Treue seines Gedächtnisses, nachdem ihm einmal der Vorwurf gemacht worden war, er habe gelogen. Infolgedessen mußte er beim Lesen unausgesetzt bemüht sein, sich alles sorgfältig einzuprägen, kam nicht über die erste Seite hinaus, klebte die halben Nächte hindurch an der Arbeit, weil er alles endlos wiederholen mußte. Bei Begegnungen mit Bekannten kam ihm die Angst, sie etwa nicht richtig wiederzuerkennen, nicht mehr zu wissen, wann und wo er sie zuletzt gesehen, was er damals mit ihnen gesprochen habe. Er wich ihnen daher aus, suchte Gruß und Anrede zu vermeiden, wurde nun aber von dem Gedanken gequält, daß er überall Verstöße mache, daß man ihn für dumm und unbeholfen halte, ihn deswegen schlecht behandle, nicht einlade.

Eine besondere Klippe bilden für manchen Kranken die Personennamen, die schon dem gesunden Gedächtnisse häufig genug Schwierigkeiten bereiten („Onomatomanie"). Er fühlt sich genötigt, sich einen beliebigen Namen, den er in der Zeitung, auf einem Schilde gelesen, zufällig gehört hat, ins Gedächtnis zurückzurufen. Sobald er sich seiner nicht zu entsinnen vermag, grübelt er tagelang, wird schlaflos und macht die verzweifeltsten Anstrengungen, um auf irgendeine Weise zum Ziele zu kommen. Die unerträgliche Spannung weicht erst dann, und zwar ganz plötzlich, wenn ihm der Name wieder einfällt. Schließlich fängt er an, sich alle Namen, die ihm vorkommen, aufzuschreiben. So bekritzelte eine meiner Kranken die ganzen Wände der Abteilung mit den Namen ihr ganz fernstehender Personen, um sie in ihrer Not jederzeit leicht wiederfinden zu können. Manche Kranke fühlen sich gezwungen, sich nach den Namen der Leute zu erkundigen, die ihnen begegnen, an ihnen vorüberfahren, um sie ihren Heften einzuverleiben; andere gehen im Gegenteil mit gesenktem Blicke durch die Straßen, um nicht die Firmenschilder ansehen und die Namen sich merken zu müssen, ziehen sich ganz aus dem Verkehr mit anderen Menschen zurück. Auch der Zwang, sich die Gesichter,

Tracht und Haarfarbe fremder Personen, bestimmte Bilder einzuprägen, wird beobachtet.

In schwerster Weise wird durch die Zwangsbefürchtungen natürlich die Berufstätigkeit in Mitleidenschaft gezogen. Der hoffnungslose Kampf mit den fortwährenden inneren Behinderungen führt zu der von Janet so genannten „aboulie professionnelle", zu der Unfähigkeit, sich zu einem Entschlusse aufzuraffen, frisch ans Werk zu gehen. Die Kranken zögern den Beginn ihrer Tätigkeit unter immer neuen Vorwänden hinaus, kommen nicht über umständliche Vorbereitungen hinweg, benutzen erleichtert jeden Anlaß, der sie ihrer Pflichten enthebt. Nicht selten werden sie bei der Nötigung, ihre Tagesarbeit zu erledigen, von einer förmlichen „phobie du métier" ergriffen. Den Schneider erfaßt die Angst beim Anblicke der Schere, den Barbier beim Erblicken des Rasiermessers, den Telegraphisten an seinem Apparate, den Geistlichen am Altar und beim Sakramenttragen, den Schauspieler auf der Bühne, den Anwalt bei der Verteidigungsrede, den Richter bei der Urteilsverkündigung, den Zugführer auf der Lokomotive. Man spricht hier von „Funktionsphobien", unter die allerdings auch noch einige später zu besprechende Formen zu rechnen wären. Auch der Wandertrieb und das Schulschwänzen soll nach Janets Meinung bisweilen auf die Angst vor geregelter Tätigkeit zurückzuführen sein; mir scheint indessen, daß dabei von einer Angst im Sinne der Zwangsneurose keine Rede sein kann. Die Kehrseite der „Furcht vor dem Anfangen" ist die „Furcht, aufzuhören", wie sie durch die ängstliche Besorgnis ungenügender und fehlerhafter Leistung bedingt wird. Die Kranken arbeiten nicht nur mit äußerster Langsamkeit und kleinlichster Sorgfalt, sondern sie kommen auch niemals zu einem Abschlusse, weil sie immer noch etwas nachzuprüfen, zu verbessern und zu feilen finden.

Äußerst quälende Formen können die Zwangsbefürchtungen dadurch annehmen, daß sich in ihnen der Gedanke an eine Verschuldung stärker ausprägt. Zunächst können es Kleinigkeiten sein, die den Kranken beunruhigen. Eine Kranke fürchtete, durch ihre Unachtsamkeit an einem Nagel hängen zu bleiben und sich das Kleid zu zerreißen; eine andere glaubte alle Sachen zu zerstören, die sie berühre; sie zerbeiße Löffel und Gläser, zerreibe das Handtuch beim Waschen, lasse beim Zuziehen der Vorhänge die Knöpfe

der Schnüre gegen ein Bild springen, beschädige die Politur der Möbel, den Glanz des Fußbodens; sie ging daher stets in weichen Schuhen herum. Eine dritte besorgte, sie werde Spiegel, Lampen, Fenster zerschlagen, einen Hundertmarkschein zerreißen müssen. Bei jungen Bräuten führt die krankhafte Angst, den Mann nicht glücklich machen zu können, ihn nicht recht zu lieben, nicht selten zum Verzichte auf die Ehe.

Besonders verhängnisvoll ist der Umstand, daß solche Befürchtungen nicht nur in die Zukunft zielen, sondern sich auch auf die Vergangenheit erstrecken können, ja daß die Kranken wenigstens zeitweise mehr oder weniger fest die Überzeugung gewinnen, sie hätten die befürchteten und regelmäßig tief verabscheuten Handlungen wirklich begangen. „Mir fehlt die Unterscheidungsgabe für das Geschehene und das Nichtgeschehene", erklärte ein Kranker. So kommen die Kranken zu dem Gedanken, daß sie einen Käfer, eine Blindschleiche, eine Schnecke zertreten, unehrerbietige oder ehrenrührige Gedanken ausgesprochen, Jemanden umgestoßen, ein Kind durch einen Lufthieb verletzt haben könnten. Eine Kranke meinte, sie könne durch unwillkürliche Bewegungen mit der Feder eine Aufforderung, ihre Angehörigen zu töten, niedergeschrieben haben. Andere glauben, sie könnten Nadeln, Glasscherben, einen Obstrest, Giftstoffe, Phosphor unachtsam verstreut haben, so daß Personen dadurch zu Schaden gekommen seien; eine Kranke erklärte geradezu, sie habe Nadeln in das Kochgeschirr, in die Sonde getan, mit der eben eine Mitkranke gefüttert wurde. Eine andere mußte immer, wenn sie etwas Zerrissenes oder Zerbrochenes sah, denken, daß sie die Dinge zerstört habe. Der Kranke kann die Blattern übertragen, alles mit Urin oder Sperma besudelt haben; er hat vielleicht einen Meineid geschworen, jemanden von einem Aussichtspunkte, von einer Brücke hinabgestoßen; er wird Menschen anpacken, mit einer Hacke erschlagen, die Kinder umbringen. Eine Kranke sprach von ihrer „Deckelfurcht"; sie meinte, daß sie Leute in geöffnete Kellerluken hinuntergestürzt habe.

Daß es sich bei den von den Kranken geschilderten Antrieben eigentlich nur um lebhafte Vorstellungen handelt, wird durch die Angabe einer Kranken wahrscheinlich gemacht, die das „Gelüste" hatte, ihren Säugling im Bade unterzutauchen. Sie erzählte, daß sie sich ausgemalt habe, wie es denn wäre, wenn

sie derartiges tun würde. Dem entsprechen vollkommen die Erfahrungen bei den hie und da auch im Gesunden auftauchenden Gedanken: „Was würde geschehen, wenn du dem dich trauenden Geistlichen plötzlich eine Ohrfeige geben, im Theater auf die Bühne springen, während einer feierlichen Rede ein Lied anstimmen würdest?“ Sie sind höchstens von einer Art „Kitzel“ begleitet, der von wirklichen Antrieben sehr weit entfernt ist. Auch hier können die lebhaften ängstlichen Vorstellungen dem Kranken deutliche Gesichtsbilder der gefürchteten Handlungen vor das Auge rufen. Eine Kranke Janets, die jemanden umbringen zu müssen glaubte, sah vor sich in Augenhöhe ein quer von einem Küchenmesser durchbohrtes Gesicht; sie fügte jedoch hinzu, daß dieses Bild mehr geahnt, als gesehen worden sei.

Sehr häufig richten sich die Zwangsbefürchtungen auch auf die Selbstvernichtung. Der Kranke meint, er müsse sich selbst etwas antun, sich von einer Brücke hinunterstürzen, sich auf die Straßenbahnschienen legen; er wird sich die Pulsadern durchschneiden, sich am Kleiderhaken aufhängen, sich aus dem Fenster stürzen, in die Abortgrube springen, fürchtet, derartigen Gedanken nachgeben zu müssen. Eine Kranke ließ deswegen einen Haken entfernen. Ihre zahlreichen „Selbstmordversuche“ waren wenig ernst. Einmal setzte sie sich ein spitzes Stück Holz an den Hals; ein anderes Mal irrte sie längere Zeit am Wasser umher; dann trank sie auch einmal einen Schluck Lysol, den sie rasch wieder ausspie.

Starke gemütliche Stürme pflegen alle Berührungen mit fremdem Eigentume hervorzurufen. Der Kranke versieht seine Schirme, Hüte, Überröcke mit möglichst auffallenden Kennzeichen, um sich nicht achtlos an fremden Sachen zu vergreifen, fürchtet aber auch dann noch, daß doch vielleicht irgend jemand auf ähnliche Bezeichnungen habe verfallen können. Er zittert, wenn er irgendwo einen Schlüssel stecken sieht, weil er vielleicht aufschließen und stehlen könne, traut sich nicht, an Auslagen vorüberzugehen, Läden zu betreten, aus Angst, er könne dabei irgend etwas einstecken. Ein Kranker Thomsens meinte, er müsse die Taschen seiner Kollegen untersuchen; einer meiner Kranken, der immer von der Befürchtung gequält wurde, er könne einen Diebstahl begehen, erklärte, er sei nur beim 7. Gebote unsicher; sonst könne er es

unterscheiden, was er getan habe und was nicht. Er war auch nie gewiß, ob er seine Zeche berichtigt habe; Papierstückchen auf der Straße erschienen ihm als Banknoten, die er gestohlen haben könnte. Beim Bezahlen wird jedes Geldstück erst auf das genaueste geprüft, ob es nicht etwa falsch oder minderwertig ist; zudem erhebt sich nachher der Zweifel, ob nicht der Verkäufer zu viel herausgegeben habe und so geschädigt worden sein könne. Vielleicht war überhaupt das Geld nicht auf ganz ehrliche Weise erworben. Der Kranke ist daher öfters gar nicht imstande, zu bezahlen, muß dem Verkäufer sein Geldtäschchen übergeben, damit jener selbst sich die geforderte Summe entnimmt. Stets ist für den Kranken nur der Gedanke an die mögliche Übervorteilung anderer quälend, während er den eigenen Schaden mit Gleichmut erträgt, ja ihn geflissentlich herbeizuführen sucht, um die stillen Selbstvorwürfe im Entstehen zu unterdrücken. Einer meiner Kranken verlor einige Geldstücke aus seiner Tasche. Nach dem Aufsammeln kam ihm der Gedanke, daß möglicherweise auch schon ein anderer dort Geld verloren haben könne, das er sich jetzt widerrechtlich aneigne. Er wurde nicht eher ruhig, bis er die ganze Summe an die Armen gegeben hatte.

Nicht selten beobachtet man auch die Befürchtung, irgend etwas Wertvolles zu vernichten oder zu verschleppen. Ein Kranker hatte bemerkt, daß im Gottesdienst ein kleines Blättchen aus seinem Gebetbuche herausgefallen war, das er aufhob und in die Tasche steckte. Alsbald beschäftigte ihn die Möglichkeit, daß er aus Versehen ein kleines Stück Hostie mitgegriffen haben könne. Diese Vorstellung wurde durch das Tragen des damals benutzten Rockes immer wieder wachgerufen, späterhin auch durch andere Röcke, die mit jenem ersteren im gleichen Schranke gehangen hatten. Es hätte möglich sein können, daß feine Teile des Hostienstückchens beim Umkehren und Ausstauben der Taschen auch in die anderen Röcke gelangt wären. Selbst der geistliche Zuspruch vermochte nur für kurze Zeit Beruhigung zu bringen. Andere fürchten, in ihren Haaren, mit dem Staube in ihren Kleidern, mit dem Schmutze an ihren Absätzen irgend etwas Wertvolles zu verschleppen und zu veruntreuen. Eine meiner Kranken wurde von der Angst verfolgt, möglicherweise wichtige Briefe, namentlich Testamente, ins Feuer zu werfen oder auszukehren, ja sie glaubte, das schon ungezählte Male getan zu haben. Infolgedessen hatte sie eine un-

überwindliche Scheu vor allem Papier, schließlich sogar vor gedruckten Büchern. Einen Einblick in diese Störungen gibt die folgende Schilderung einer Verwandten, die zugleich die Gesamtpersönlichkeit der Kranken beleuchtet:

„Sie hat die Idee, sie habe ein Testament durchgebracht, damit verbunden eine Furcht vor allem Papier, vor allem Geschriebenen; dabei ein Argusauge für jeden Papierfetzen. Nie liest sie ein Buch; nie schreibt sie einen Brief; überhaupt hat diese Manie die unglaublichsten Konsequenzen. Überall erblickt sie den Buchstaben V und das Wort machen, macht, gemacht, die Zusammensetzungen vermachen, vermacht. Jeder Brief, jedes, auch das kleinste Stückchen Papier, erweckt in ihr die Vorstellung, sie habe ein Schriftstück durchgebracht, zerrissen usf. Sie hat eine Furcht vor allen Steinen und verschiedenen anderen Gegenständen, auf denen sie ebenfalls Buchstaben zu sehen glaubt. Sieht sie solche Gegenstände, so sammelt sie dieselben, ist voll Unruhe, irren Blicks, wie abwesend, für nichts Interesse zeigend, wenn solch eine Idee sie quält, bis sie die verschiedensten Personen, denen dieselben gehören könnten, denen sie sie folglich gestohlen, um Verzeihung gebeten .. Sie bezeichnet sich als eine Nervenkranke, da sie häufig an Schlaflosigkeit, Beängstigungen und anderen nervösen Erscheinungen leidet. Doch fühlt sie instinktiv, daß ihr etwas zu tragen auferlegt, das schwerer ist, als Körperleiden, um dessentwillen sie nie dauernd froh sein dürfe, obgleich sie oft ganz munter, auch Sinn für Humor zeigt. Sie bezeichnet dieses gewisse etwas als ihre ‚Schlechtigkeit' .. Mit jedem Jahre werde sie schlechter; daher sei es nicht gut, wenn sie lange lebe. Oft macht sie Andeutungen über Selbstmordgedanken und bekundet doch eine große Furcht vor dem Tode .. Abends liegt sie oft stundenlang vor ihrem Bette auf den Knien und hält laute Gebete, angstvoll stets dasselbe in einförmigem Tonfalle wiederholend, am ganzen Körper zitternd und bebend, sich hin und her werfend, verzweifelte Bewegungen machend, eine Art Selbstkasteiung. Sie betet wie ein Kind; der Inhalt der Gebete ist sehr öde, der Refrain: ‚Bewahre mich vor allem Geschriebenen; nimm das Schreckliche fort!' Sie fürchtet die Dunkelheit, hört im Dunkeln allerlei Geräusche, sieht Gestalten huschen .. Vor manchen Personen hat sie vom ersten Augenblicke an eine unbegrenzte Furcht .. zu einzelnen dagegen hat sie eine glühende, nur zu leicht krankhaft ausartende Liebe, mit Eifersucht und unnützen Selbstquälereien verbunden .. Bei Körperleiden anderer bildet sie sich leicht ein, dasselbe Übel zu haben, grübelt fortwährend über ihren Zustand, beobachtet alles an sich, hält manches ihrer kleinen Leiden für höchst gefährlich .. Von Natur ist sie wenig begabt, in allem wie ein Kind, trotz ihrer 31 Jahre, aber wie ein eigensinniges, störrisches Kind, amüsiert sich gern, freut sich an Geschenken .. Fürs Leben ist sie sehr unbrauchbar .. Ihre große Langsamkeit reizt zur Ungeduld. Sie arbeitet nicht gern, ist ganz ohne Energie, kann nichts aushalten, hat Sinn für Ordnung und Sauberkeit .. Ein arges Mißtrauen verursacht ihr viele Qualen."

Man erkennt, daß die Zwangsbefürchtungen hier nur eine Teilerscheinung einer allgemeinen psychopathischen Unzulänglichkeit bilden, die unverkennbar die Züge des Infantilismus trägt. Deutlich tritt ferner das Schuldgefühl hervor, das bisweilen geradezu an die Versündigungsideen manisch-depressiver Kranker erinnern kann. So meinte die geschilderte Kranke, sie sei so schlecht, daß Gott ihr nicht vergeben könne. Andere äußern, sie kommen in die Hölle, seien verdammt; noch andere sprechen von der schweren Schuld, die sie auf sich geladen haben. Bisweilen klagen sich die Kranken an, daß sie anderen Menschen Unglück und Krankheit anwünschen, sich über fremdes Unglück freuen, die Sucht hätten, den Leuten Böses zu tun. In Wirklichkeit handelt es sich dabei nur um die Befürchtung, daß sie derartiges tun könnten, und die sich daran knüpfende Meinung, sie hätten es wohl auch schon getan. Ein Kranker, der vergebens um die Gunst eines Mädchens geworben und ihr gewünscht hatte, sie möge ihre Schönheit verlieren, um dann seiner Liebe froh zu sein, meinte, er sei schuld, als sie später geisteskrank wurde.

Vielfach machen sich die Kranken daher wegen ihres Handelns Selbstvorwürfe. Sie hätten lieber das Glas Wasser nicht trinken sollen, haben sich möglicherweise durch das Essen jener Speise geschadet oder durch das Einnehmen dieser Arznei ihre Genesung vereitelt. Wären sie nicht von Hause gereist, so wäre es besser gewesen; so ist vielleicht dort ein Unglück geschehen, jemand krank geworden, Feuer ausgebrochen. Sie hätten auf einen glänzenden Punkt im Essen aufmerksam machen sollen, der möglicherweise eine Stecknadel war und nun vielleicht einem Menschen den Tod gebracht hat. Derartige Gewissensbisse können dann zu nachträglichen Versuchen führen, sich Klarheit über die Unterlassungssünde zu verschaffen. Koch bemerkt dazu, daß der Kranke durch die Ergebnislosigkeit seiner Nachforschungen auch dann beruhigt zu werden pflege, wenn dadurch eigentlich gar nichts mehr festgestellt werden könne.

Es ist verständlich, daß bei derartigen Kranken das religiöse Gebiet ein äußerst empfindliches ist. Sie quälen sich mit dem Gedanken, nicht ausreichend gebeichtet, nicht mit ganz reinem Herzen das Abendmahl genommen zu haben, religiös nicht eifrig gewesen zu sein. Ein Kranker mußte sich fragen, ob seine Taufe die richtige

sei und noch gelte, oder ob er sie etwa begraben, durch seine Bosheit unwirksam gemacht habe. Dazu gesellt sich noch die Angst, beim Gebete gotteslästerliche Worte auszustoßen, das Allerheiligste zu verfluchen, unzüchtige Gedanken und Bilder an die heiligen Personen zu knüpfen, die Vorstellung, die Hostie besudeln, sie mit den Genitalien in Berührung bringen zu müssen. Eine Kranke befürchtete, daß sie aus Wut über Gottes Grausamkeit ihm etwas Böses antun könne. „Wer weiß, was unser Herrgott schon alles Schlechtes gemacht hat!" mußte eine andere denken. Janet berichtet über Kranke, denen jeder Speiklumpen an der Erde eine Hostie zu sein schien; eine Kranke sah männliche Genitalien, die eine Hostie besudelten. In der ängstlichen Spannung, die sich der Kranken bei derartigen Vorstellungen bemächtigt, pflegen dann gerade die verabscheuten Worte und Bilder aufzutauchen, da sich die Aufmerksamkeit mit aller Schärfe auf sie einstellt. Dadurch wächst dann wieder die Erregung.

In manchen Fällen nehmen die Befürchtungen einen ziemlich unsinnigen Inhalt an. Die Kranken können sich trotz besseren Wissens des Gedankens nicht erwehren, daß sie an irgendeinem Unglücke, einem Todesfalle, ja einer Mißernte schuld seien, irgendein Verbrechen begangen, Häuser angezündet, zusammengerissen hätten. Sie könnten doch jemanden ermordet, den Lehrer erstochen haben. Eine Kranke erzählte mir, sie habe Leute vergiftet, in den Brunnen geworfen; eine andere äußerte, sie habe einen Brand angelegt, ihrem Großvater Gift gereicht, nicht recht gebeichtet, das Versprechen gegeben, ihre zukünftigen Kinder sollten ins Kloster gehen. Sie wisse nicht recht, ob das alles wirklich sei, aber es könnte doch möglich sein, daß so etwas geschehen wäre. Eine dritte mußte mehrfach ohnmächtig die Kirche verlassen, weil sie von dem Gedanken überwältigt wurde, sie mit den Altarlichtern anzuzünden. Ein Offizier meinte immer, er mache seinen Leuten unsittliche Anträge, und probierte den ganzen Tag, ob es wohl möglich sei, daß die in ihm aufsteigenden peinlichen Gedanken von jemandem gehört werden könnten, ob er sie nicht unwillkürlich laut ausspreche. Eine Kranke Donaths konnte die Befürchtung nicht loswerden, sich möglicherweise mit irgendeinem fremden Menschen geschlechtlich zu vergehen, und trug daher eine eng anliegende, mit einem Schloß versehene Leinwandhose,

die ihr nicht einmal die Entleerung des Harnes gestattete, so daß sie denselben eigens mit einem Tuche auffangen mußte.

Wie schon aus diesen Beispielen hervorgeht, ist die Gewalt, mit der solche Zwangsgedanken die vernünftige Überlegung unterjochen, eine ganz außerordentliche. Einer meiner Kranken wurde von der Vorstellung geplagt, daß er jemanden gewürgt, Steine auf Schienen gewälzt, Weichen verstellt und so einen Zug zum Entgleisen gebracht habe; auch meinte er, durch achtlos verstreutes Sperma möglicherweise eine Frauensperson geschwängert zu haben. Bei körperlichem Unwohlsein, das ihm sogleich das Herannahen des Todes zu verkünden schien, fühlte er das zwingende Bedürfnis, alle seine Verbrechen einzugestehen. Damit verband sich die Erwartung, daß nunmehr alle über ihn herfallen würden, und daß er, um dem zuvorzukommen, wüten und würgen werde, da nun doch alles aus sei. Trotz ausgeprägten Krankheitsgefühls vermochte er doch nicht in jedem Augenblicke, die unsinnigen Gedanken zu berichtigen, da man doch seinen eigenen Augen und Erinnerungen glauben müsse. Er sammelte daher schriftliche Versicherungen von verschiedenen Leuten, daß er kein Verbrechen begangen habe, las sie in der Angst und lernte sie auswendig.

In der fast unabsehbaren Reihe von Zwangsbefürchtungen haben wir nunmehr noch derjenigen zu gedenken, die unmittelbar aus dem Verkehr mit Menschen entspringen. In gewissem Sinne trifft das freilich auch für die Verantwortungsphobien zu. Hier aber fühlt sich der Kranke nicht in seinem sittlichen Verhalten unsicher, sondern er sieht sein Ansehen, seine persönliche Würde bedroht durch das Gefühl der Erniedrigung. Der gesunden Erfahrung begreiflich erscheinen die Angstzustände, die sich dann einstellen, wenn die Kranken die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich gerichtet wissen, besonders auf der Bühne, bei öffentlichen Reden, Gerichtsverhandlungen, beim Messelesen, bei Musikvorträgen, militärischen Meldungen. Sie fürchten, sich zu blamieren, etwas recht Dummes zu sagen, steckenzubleiben, sich unpassend zu benehmen, in der Kirche laut aufzuschreien, ohnmächtig zu werden. Diesen Zuständen entspricht der behindernde Einfluß, den überall die „Befangenheit" auf die Sicherheit von Leistungen auszuüben pflegt, die sonst mit der größten Leichtigkeit vonstatten gehen, jenes Gefühl völligen Schwindens aller Gedanken,

das den ungeübten Redner bisweilen plötzlich auf das peinlichste in dem Flusse seines Trinkspruches unterbricht.

Solche Kranke werden unsicher und linkisch im Verkehr, stolpern, versprechen sich, stottern, weil sie innerlich unfrei sind und immer daran denken müssen, welchen Eindruck sie wohl machen. Sie haben namentlich mit den allergrößten Schwierigkeiten zu kämpfen, um Prüfungen zu bestehen. Obgleich sie vielleicht den Stoff längst vollkommen beherrschen, zwingt sie das Examensfieber, vorher in der unsinnigsten Weise Tage und Nächte zur letzten Vorbereitung zu benutzen; sobald aber der entscheidende Augenblick gekommen ist, wird die Angst so stark, daß sie alle anderen Rücksichten vergessen und plötzlich noch zurücktreten, auch wohl ohne weiteres davonreisen. So mancher sonst gut begabte, derart veranlagte junge Mann scheitert in anscheinend unbegreiflicher Weise an der Klippe krankhafter Examensangst. Ich habe wiederholt Gelegenheit gehabt, mittelst Zureden oder hypnotischer Beeinflussung solche Kranke durch die Fährnisse der hochnotpeinlichen Prüfung in das ruhigere Fahrwasser einer geregelten Berufstätigkeit hinüberzuretten. In den höchsten Graden des Leidens sind die Kranken nicht imstande, zu schreiben, zu gehen, zu essen, Urin zu lassen, den Abort aufzusuchen, sobald sie sich beobachtet wissen, während sie sonst keinerlei Störungen des Handelns darbieten. Ein Postbeamter lebte in beständiger Furcht, seine Stellung zu verlieren, weil er nicht einmal seinen Namen zu schreiben vermöge, wenn man ihm zusehe; sonst könnte er eigentlich so recht glücklich und sorgenfrei sein.

Die Berührung mit fremden Menschen wird unter diesen Umständen zur Qual („Anthropophobie"). Den Kranken ist es in hohem Grade unangenehm, angeredet, in ein Gespräch verwickelt zu werden. Sie geraten in Unruhe, wenn sie bemerken, daß jemand den Blick auf sie richtet („Phobie du regard"), namentlich bei engem Gegenübersitzen, wie in der Straßenbahn. Wir werden hier an die volkstümliche Scheu vor dem bösen Blicke sowie an die Erfahrung erinnert, daß auch Tiere vielfach scharfes Ansehen unbehaglich empfinden. Manche Kranke sind namentlich im Verkehr mit Frauen unsicher, sei es, weil sie große Ehrerbietung vor ihnen fühlen und daher besonderen Wert auf ihre Hochschätzung legen, sei es, weil sich ihnen bei ihrem Anblicke peinliche geschlechtliche Vor-

stellungen aufdrängen. Diese Unfreiheit und Verlegenheit kann den Geschlechtsverkehr allgemein oder mit bestimmten Frauen unmöglich machen. Bisweilen steigert sich die Unsicherheit der Kranken bis zu einer gewissen Beachtungsfurcht. Sie fühlen auf der Straße, beim Eintreten in einen Raum alle Blicke auf sich gerichtet, meinen Spießruten zu laufen, glauben lächelnde Mienen, belanglose Bemerkungen auf sich beziehen zu müssen. Es kommt indessen dabei niemals zu wirklichen Wahnbildungen; sobald die Kranken der Öffentlichkeit entronnen sind und sich wieder beruhigt haben, verschwinden auch die Beziehungsideen.

Manche Kranke werden den Gedanken nicht los, irgend etwas Auffallendes oder Lächerliches an sich zu tragen, durch eine merkwürdig geformte Nase, krumme Beine, einen widerlichen Geruch die Aufmerksamkeit und den Spott der Begegnenden hervorzurufen, ihrer Umgebung unangenehm zu sein („Dysmorphophobie"). Ein Arzt wurde in seiner Untersuchung auf das empfindlichste durch die Vermutung gestört, daß es den Kranken zuwider sei, wenn er sie ansehe. Einem meiner Kranken war der Gedanke durch den Kopf geschossen, daß man ihn möglicherweise einmal beim Onanieren von einem gegenüberliegenden Hause bemerkt habe; er konnte nun auch in ganz anderen Gegenden die Befürchtung nicht los werden, daß man ihn deswegen ansehe, Bemerkungen über ihn mache, obgleich er sich der Sinnlosigkeit dieser Vorstellung vollkommen bewußt war. Einzelnen erscheint schon der Stuhlgang an sich als etwas so Beschämendes, daß er ihnen Beklemmungen verursacht; sie suchen ihn daher nach Möglichkeit zu vermeiden und schränken ihr Nahrungsbedürfnis ein.

Ebenfalls in diese Gruppe von Störungen gehört die hie und da beobachtete Kleiderangst. Manche Kranke werden von dem Gefühle geplagt, daß an ihrer Kleidung etwas nicht in Ordnung sei, daß irgendwo etwas zerrissen oder beschmutzt, der Hosenlatz nicht geschlossen sein könne. Sie müssen sich daher immer wieder vergewissern, daß ihre Befürchtung unbegründet ist. Weiterhin aber kann, namentlich beim erstmaligen Tragen eines Kleidungsstückes, ein sehr lebhaftes Unbehagen entstehen, das sich mit bestimmten körperlichen Empfindungen verbindet, ähnlich wie auch der Gesunde sich bisweilen in einem neuen Anzuge zunächst nicht recht wohl fühlt. Die Kranken merken deutlich, daß die Ärmel

drücken, die Taille nicht ganz gerade sitzt, der Schuh zu kurz ist — aber trotz zahlloser Änderungen bleibt alles beim Alten, so daß die Kranken schließlich überhaupt neue Kleidungsstücke nicht mehr ertragen können, immerfort an sie denken müssen und erst dann aufatmen, wenn sie die gewohnten Kleider wieder haben. In einzelnen Fällen kann es dahin kommen, daß die Kranken, wenn ihre Kleider zu sehr verschlissen sind, allen Ernstes dauerndes Bettliegen als einzigen Ausweg ins Auge fassen, obgleich sie über die Lächerlichkeit dieses Auskunftsmittels völlig im klaren sind.

Besonders verhängnisvoll werden manche Zwangsbefürchtungen dadurch, daß sie gerade das gefürchtete Ereignis hervorrufen. Dies kann bei jenen unwillkürlichen Wirkungen der Gemütsbewegungen auf körperliche Vorgänge geschehen, die wir früher bei der Besprechung der hysterischen Störungen eingehend kennen gelernt haben. Nicht nur die gefürchteten Behinderungen willkürlicher Handlungen, des Gehens, Sprechens, Schreibens, Harnlassens, treten dadurch ein, daß sich die ängstliche Aufmerksamkeit des Kranken auf diese Möglichkeit richtet, sondern auch eine Reihe von höchst unliebsamen unwillkürlichen Entladungsformen gemütlicher Spannungen können dadurch heraufbeschworen werden, daß sie dem Kranken überhaupt oder im gegebenen Augenblicke ganz besonders unerwünscht sind. Eine derartige Anknüpfung begegnet uns zunächst bei der Zwangsbefürchtung des Errötens[1]) („Ereuthophobie"). Die Kranken, die vielleicht von Hause aus sehr erregbare Gefäßnerven besitzen, erröten ungemein leicht und geraten gerade dadurch in eine Verlegenheit, die ihr Leiden immer mehr steigert. Bei jedem beliebigen Anlasse, wenn jemand ins Zimmer tritt, wenn ihr Name genannt, wenn von peinlichen Vorkommnissen gesprochen wird, tritt ihnen das Blut ins Gesicht. Daran knüpft sich die Befürchtung, daß man wegen ihres Errötens glauben könnte, sie hätten sich etwas zuschulden kommen lassen, seien an dem Diebstahl, dem Sittlichkeitsvergehen, von dem gerade gesprochen wurde, irgendwie beteiligt, hätten überhaupt kein gutes Gewissen. Ihre Unsicherheit im Verkehr mit der Umgebung steigert sich dadurch nicht selten bis zur vollkommenen Menschenscheu und zum Lebensüberdrusse. Die Kranken drücken sich in dunkle

[1]) Friedländer, Neurol. Centralbl. 1900, 848; Régnier, De l'ereuthophobie, Thèse. 1896.

Ecken, suchen sich durch Schleier, Schirme, Verdecken des Gesichts mit der Hand, große schwarze Brillen dem Einflusse der Aufmerksamkeit zu entziehen. Im Dunkeln und nahen Bekannten oder eingeweihten Personen gegenüber bleibt das Erröten aus.

Noch eine ganze Reihe ähnlicher Formen sind beschrieben worden, namentlich von Bechterew. Äußerst lästig kann der Drang zum Harnlassen oder zum Stuhlgang werden, der sich gerade dann einstellt, wenn die Befriedigung des Bedürfnisses nur mit den größten Schwierigkeiten und Unannehmlichkeiten möglich ist. In großer Gesellschaft, an feierlicher Tafel, im Augenblicke der Abreise, mitten in der Theatervorstellung meldet sich der Drang und heischt gebieterisch Befriedigung. Bechterew berichtet über eine Kranke, die bei solchen Gelegenheiten 5—10 Stühle hintereinander hatte und sogar beim Ausbruche eines Brandes zunächst den Abort aufsuchen mußte. Bei anderen Kranken stellen sich in Gesellschaft laute, knurrende Darmgeräusche und Blähungen ein, oder sie werden bei möglichst unpassender Gelegenheit von Brechneigung überfallen. Einer meiner Kranken, der sich durch diese lächerliche Schwäche sehr herabgedrückt fühlte, suchte die aufsteigende Übelkeit vergeblich durch Kauen von Zucker und Fruchtbonbons zu bekämpfen. Hierhin gehört auch das von Bechterew erwähnte Zwangsschwitzen der Hände, das den Kranken dann befällt, wenn er einen Bekannten nahen sieht, dem er die Hand reichen muß. Selbstverständlich bedeuten alle diese Störungen schwere Behinderungen der Lebensführung und zwingen die Kranken, sich mehr oder weniger vollständig aus dem Verkehre zurückzuziehen.

Als eine besondere Form der Homilophobien läßt sich endlich vielleicht auch die zwangsmäßige Eifersucht auffassen, insofern sie die Befürchtung einer Verletzung der persönlichen Würde bedeutet. Der Kranke fühlt sich hier veranlaßt, gegen seine Überzeugung immer wieder nach neuer Sicherheit für die Treue seiner Gattin zu suchen. Im Gegensatze zum Eifersuchtswahne wünscht und erwartet der Kranke hier jedoch, nicht ihre Untreue, sondern ihre Zuverlässigkeit nachzuweisen, um den quälenden Zweifel immer von neuem zu entwaffnen.

Als die gemeinsame Störung, die allen ausgesprochenen Zwangsvorgängen zugrunde liegt, können wir, wie ich annehme, die Angst

betrachten, wenn sie auch durch Neben- und Folgeerscheinungen bisweilen etwas verdeckt wird. Ohne weiteres einleuchtend ist das für die Zwangsbefürchtungen. Dagegen ist für die „reinen" Zwangsvorstellungen vielfach, vor allem von Westphal und seinen Anhängern, der Ursprung aus gemütlichen Spannungen abgelehnt worden. Dazu ist zu bemerken, daß einfache Zwangsvorstellungen an sich wohl sicherlich auch ohne ängstlichen Hintergrund entstehen können. Ein Beispiel dafür bilden die musikalischen Zwangsvorstellungen, die aufdringliche Nachwirkung einer gehörten Melodie, die uns tagelang verfolgen kann. Es muß aber doch wohl sehr bezweifelt werden, ob der sich hier abspielende Vorgang mit demjenigen der krankhaften Zwangsvorstellungen wirklich wesensgleich ist. Was ihm fehlt, das ist eben die innere Beunruhigung, die den Zwangsvorgang begleitet, die Vorstellung einer schweren Störung erweckt und den Kranken zum Arzte treibt.

Bei Prüfung der klinischen Erfahrungen stellt sich auch heraus, daß einfache, inhaltlich gleichgültige Zwangsvorstellungen so gut wie gar keine Rolle spielen. Die einzige Ausnahme könnte auf den ersten Blick der Zahlen- und Fragezwang bilden, wenn man den Namen-, Beachtungs- und Erinnerungszwang, wie es hier geschehen ist, aus dem krankhaft gesteigerten Verantwortlichkeitsgefühle ableitet. Es gibt nun eine Reihe von auffallenden Denkgewohnheiten, die an sich gewiß ebenso zwingend sind wie die angeführten Formen, aber einfach als persönliche Eigentümlichkeiten hingenommen werden, so die Neigung, überall Wortwitze zu machen, zu kritisieren, zu vergleichen, Nutzanwendungen zu ziehen. Gleiches gilt von der dem Fragezwang äußerlich ähnlichen Neugier. Die Gewohnheit, zu zählen und zu rechnen, erhält erst dann das Gepräge des Zwangsmäßigen, wenn ihr Träger sie nicht mehr als den Ausfluß seiner Persönlichkeit, sondern als eine seinen Willen überwältigende und deswegen beunruhigende Erscheinung betrachtet. Gerade dieses begleitende Unbehagen aber ist es, aus dem der Vorgang neue Nahrung schöpft. Die Aufmerksamkeit wird auf ihn eingestellt, so daß er nunmehr dauernd dem Blickpunkte des Bewußtseins nahe bleibt. Erst dadurch, daß die ängstliche Spannung sich seiner bemächtigt, erhält er jene Triebkraft, die ihm eine längere Herrschaft über das Denken und Fühlen ermöglicht. Darum sehen wir die musikalischen und die ihnen

ähnlichen, inhaltlich belanglosen Zwangsvorstellungen nach kurzer Zeit ganz von selbst wieder in den Hintergrund treten. Sobald sie aber durch ihre Form oder ihren Inhalt Gegenstand der Besorgnis geworden sind, haften sie so lange, bis gemütliche Beruhigung eingetreten ist. Ich bin daher der Meinung, daß Zwangsvorstellungen erst dann zu krankhaften Erscheinungen und damit zu Zeichen der Zwangsneurose werden, wenn sie Bestandteile einer Zwangsbefürchtung werden, wenn sich die Angst einstellt, sie möchten wiederkehren.

Für die herrschende Stellung der Angst im Bilde der Zwangsneurose spricht wohl auch der Umstand, daß der ursprüngliche Inhalt der quälenden Vorstellungen im Verlaufe des Leidens an Bedeutung wesentlich zurücktreten kann hinter der „Angst vor der Angst" (Phobophobie). Das, was er zunächst fürchtete, kann für den Kranken seine Schrecken ganz oder zum größten Teile verloren haben, sei es, weil er die Grundlosigkeit seiner Besorgnis klar erkennt, sei es, daß er ihr gleichgültiger gegenübersteht. Dennoch kann ihn mit voller Schärfe die Angst beherrschen, daß die inneren Stürme wiederkehren, aus denen jene Vorstellungen hervorgegangen waren. Daß wir es bei der Zwangsneurose nicht mit Störungen des Vorstellens, sondern des Gemütslebens zu tun haben, zeigt sich ferner, wie ich meine, in dem Umstande, daß diese letzteren alle Abschnitte des Krankheitsverlaufes gleichmäßig begleiten, während Art und Inhalt der Zwangsgedanken vielfach wechseln können. Überaus häufig, ja regelmäßig sehen wir bei denselben Kranken gleichzeitig oder nacheinander bald Zwangsvorstellungen, bald Zwangsbefürchtungen auftreten. Fragesucht oder Zahlenzwang erweisen sich durchaus als Äquivalente der Phobien.

Die klinische Beobachtung lehrt aber nicht nur, daß die an Zwangsvorstellungen Leidenden allgemein ängstliche Menschen mit geringem Selbstvertrauen sind, sondern daß auch tatsächlich das Auftreten der Störung regelmäßig mindestens von einem Gefühle ängstlicher Unsicherheit begleitet wird. Am stärksten ist sie natürlich bei den ausgesprochenen Zwangsbefürchtungen, die ja eben nichts anderes sind, als der Ausdruck gemütlicher Einwirkungen auf den Vorstellungsinhalt. Die Zeichen dieser Angst sind, auch wenn sie der Kranke zu verbergen sucht, meist in den

gespannten Zügen, in der Pulsbeschleunigung, in der Atmungsbehinderung, der leichten Unruhe deutlich zu erkennen. Sie steigern sich aber rasch zu außerordentlicher Höhe in den sogenannten „Krisen". Man versteht darunter heftige Angstanfälle, die sich bei besonderen Anlässen einstellen, namentlich dann, wenn die Forderung an die Kranken herantritt, gegen den inneren Zwang anzukämpfen. Hier treten dann dieselben körperlichen Erscheinungen auf, wie beim Gesunden in einer peinlichen Lage oder ernsten Gefahr, heftiges Herzklopfen, Blässe, Beklemmungsgefühle, Zittern, kalter Schweiß, Übelkeit, Meteorismus, Durchfälle, Polyurie, Schwäche in den Beinen, Ohnmachtsanwandlungen, so daß der Kranke vollständig die Herrschaft über seine Glieder verliert und unter Umständen einfach zusammenbricht. Bisweilen geraten die Kranken in geradezu verzweifelte Erregung, schreien, springen herum und suchen sich auf alle Weise der sie beängstigenden Lage zu entziehen, sei es durch die Flucht, sei es durch Ausbrüche rücksichtsloser Empörung gegen jeden Versuch, sie zur Überwindung ihrer krankhaften Willensstörungen zu veranlassen. Es ist oft ganz erstaunlich, wie der bis dahin einsichtige und selbst die Befreiung von seinem Leiden herbeisehnende Kranke plötzlich vollkommen umgewandelt erscheint und sich auf das leidenschaftlichste gegen den Helfer auflehnt, sobald dieser daran geht, wirklich den Kampf mit dem inneren Zwange aufzunehmen. Gelingt es trotzdem, den Widerstand des Kranken zu überwinden und ihn zur steten Auflehnung gegen seine krankhaften Neigungen zu zwingen, so bemächtigt sich seiner oft eine tiefe, andauernde Depression, ein Druck, der erst dann dem Gefühle der Erleichterung weicht, wenn der Kranke imstande war, sich nach seiner eigenen Art Ruhe zu verschaffen.

Wie schon bei verschiedenen Gelegenheiten erwähnt wurde, wird das Wollen und Handeln der Kranken durch ihre inneren Nöte nach den verschiedensten Richtungen hin stark beeinflußt. Wenn sie es auch in nicht allzu schweren Fällen einigermaßen lernen, sich mit den Störungen derart abzufinden, daß sie den Anforderungen des Lebens ungefähr noch genügen können, so ist das doch nur möglich durch eine ganze Reihe von Zugeständnissen, die sie dem sie knechtenden Zwange machen. Zunächst kommt es regelmäßig zu einer Einschränkung des Willens. Die Kranken vermeiden planmäßig alle Anlässe, die irgendwie das

Auftreten ihrer Beängstigungen begünstigen könnten. Die Reiseangst fesselt sie an ihren Wohnort, die Platzangst an die nächste Umgebung ihres Hauses, die Furcht vor dem Alleinsein an die Personen ihrer Umgebung, die Kleiderangst unter Umständen ans Bett. Die Besorgnis, jemandem etwas anzutun oder anzuwünschen, sich zu beschmutzen, Krankheitskeime zu verschleppen, etwas zu stehlen, schließt sie ebenso vom Verkehr ab wie eine der Homilophobien, die Angst zu erröten, den Abort aufsuchen zu müssen, die Scheu vor fremdem Blicke oder das peinliche Gefühl persönlicher Unzulänglichkeiten. Die Kranken sind daher fast immer scheu, schließen sich ab, führen ein einsames Leben, verzichten auf alle Betätigungen und Vergnügungen, die sie mit dem öffentlichen Leben in Berührung bringen würden. Vielfach entwickelt sich eine wachsende Abneigung gegen jede selbständige Betätigung („aboulie" Janets), die zu einer Quelle des Unbehagens wird. Die Kranken sind nur mit ihren krankhaften Gedankengängen beschäftigt, unternehmen nichts, widerstreben allen Änderungen („Misoneismus"), lassen sich verwahrlosen und verkommen in Schmutz und Unordnung. Häufig fassen sie den Selbstmord ins Auge, kommen aber selten dazu, ihn auszuführen. Nur bei der Errötungsangst scheint dieser Ausgang verhältnismäßig sehr nahezuliegen.

In ihrem täglichen Tun und Treiben sind die Kranken vielfach sehr behindert. Schon das Aufstehen, Waschen und Ankleiden kann die größten Schwierigkeiten mit sich bringen. An jeden Abschnitt dieser Verrichtungen können sich Befürchtungen und störende Gedankenreihen knüpfen, deren hemmender Einfluß sich nur durch besondere, öfters sehr zeitraubende Kunstgriffe überwinden läßt. Einer meiner Kranken mußte beim Erblicken jedes Körperteils, den er bekleiden oder waschen wollte, an alle möglichen Beschädigungen und Erkrankungen denken, die ihn befallen könnten, und vermochte nicht fortzufahren, bevor er nicht diese Vorstellungen wieder verscheucht hatte. Um dem vorzubeugen, fuhr er mit plötzlichen, ruckartigen Bewegungen in die einzelnen Kleidungsstücke, mußte aber doch vielfach wieder innehalten, da die hindernden Befürchtungen Zeit gefunden hatten, dazwischen zu fahren. Das Waschen kann Stunden in Anspruch nehmen, bevor der Kranke einigermaßen die Beruhigung gewonnen hat, daß er nunmehr sauber ist. Ebenso kann die Auswahl der

Kleider für den Tag, die Feststellung, daß sie fleckenlos, frei von Ansteckungsstoffen und sonstigen Mängeln sind, sehr zeitraubend werden.

Auch bei allen möglichen sonstigen Verrichtungen können sich ernste Hindernisse einschieben. Das Essen wird durch das Suchen nach Nadeln und Glassplittern erschwert, ebenso das Kochen. Einkäufe können durch die Geld- und Stehlangst unmöglich werden, Handarbeiten durch die Berührungsfurcht, schriftliche Arbeiten durch die Angst vor Fehlern oder vor Papier. Ein Kranker hielt den Harn zurück, weil er das Nachtgeschirr nicht anfassen konnte; er sprang nach einem Anlaufe mit einem Satze durch die Türen, die er zu passieren hatte, weil er fürchtete, sonst vom Blitze erschlagen zu werden; dazwischen mußte er vielfach wieder zurückweichen, wenn es ihm nicht gelungen war, die Befürchtung durch rasches Handeln gewissermaßen zu überrumpeln. Manche Kranke müssen in ihrer Tätigkeit plötzlich innehalten, auf der Straße stillstehen, wenn sich ihnen Gedanken aufdrängen, die zunächst erledigt werden müssen. Andere finden Schwierigkeiten, die Spalten zwischen den Steinplatten zu überschreiten.

Eigenartige Formen der Erschwerung des Handelns entspringen aus dem Bestreben, das Gefühl der Unsicherheit durch immer wachsende Willensanstrengungen zu überwinden. So entwickelt sich zunächst eine übertriebene Sorgfalt in allen Verrichtungen. Die Kranken zeigen eine peinliche Neigung zur Ordnung und Gleichförmigkeit. Die Bücher auf dem Tische müssen rechtwinklig liegen, die Möbel und Bilder genau ausgerichtet sein; alles muß in einer ganz bestimmten Reihenfolge geschehen. Strohmeyer berichtet von einem Kranken, bei dem nicht nur die Tischordnung, sondern auch die Speisenfolge nach dem Alphabet aufgestellt war. Jede einzelne, auch die nichtigste Arbeit wird ohne Rücksicht auf den Aufwand von Zeit und Mühe mit der kleinlichsten Genauigkeit durchgeführt. Janet spricht hier von einer „manie de l' au delà", die sich niemals genugtun kann, niemals zu einem wirklich befriedigenden Abschlusse gelangt. Aus einer Verbindung dieser krankhaften Pedanterie mit hypochondrischen Befürchtungen geht vielleicht die hie und da bei den Kranken beobachtete sonderbare Gewohnheit hervor, die Abfälle ihres Körpers, Nägel, Haare, Hautschüppchen, Ohrenschmalz, sorgsam zu sammeln, zu bezeichnen und aufzubewahren.

Die Unfähigkeit, sich am Ende einer Arbeit bei dem Ergebnisse zu beruhigen, führt zu dem Bedürfnisse sorgfältigster Nachprüfung. Die Kranken nehmen ihre Aufgabe immer von neuem auf, gehen die Geschäftsbücher noch einmal durch, rechnen alles wieder und wieder nach, feilen, ändern, verbessern, fangen noch einmal von vorn an, ohne je ein Ende finden zu können. Sie geraten in Erregung, wenn man sie zu einem Abschlusse drängt, werden immer ängstlicher, je näher der Zeitpunkt rückt, an dem sie endgültig fertig sein müssen. Die Befürchtung, irgend etwas versäumt oder begangen zu haben, veranlaßt die Kranken, sich immer wieder darüber zu vergewissern, ob wirklich nichts geschehen ist. Sie suchen endlos herum, ob auch alle Akten noch an ihrem Platze sind, kehren auf der Straße um und machen lange Wege, um sich zu überzeugen, daß sie nirgends ein Haus angesteckt oder jemanden in ein Kellerloch gestoßen haben, daß ein Stückchen Papier am Wege keine Banknote war. Ein Kranker Kochs mußte sich nach seiner Abreise telegraphisch erkundigen, ob nicht ein Mensch verunglückt sei, den er übersehen zu haben befürchtete. Bisweilen müssen diese Nachprüfungen mehrmals geschehen, da der Kranke nicht die Sicherheit gewinnt, daß ein Irrtum wirklich ausgeschlossen ist. Vielfach suchen die Kranken sich durch stete Heranziehung von Zeugen Beruhigung über ihr eigenes Handeln zu verschaffen. Sie unternehmen nichts ohne Begleitung, die ihnen dann versichern, unter Umständen schriftlich bezeugen muß, daß sie nichts gestohlen oder zerstört, niemanden verletzt oder umgebracht haben. Eine meiner Kranken ließ sich unausgesetzt durch ihre Kinder überwachen und hinderte sie selbst bei einer fieberhaften Krankheit am Einschlafen, um nicht ohne Zeugen zu sein. Eine andere Kranke schrieb jedesmal, wenn sie ausging, vorher genau nieder, welche Geldstücke sie in der Tasche hatte, um dann an der Hand ihrer Einkäufe nachweisen zu können, daß sie niemanden bestohlen oder übervorteilt habe. Viele Kranke senden keinen Brief ab, der nicht von einer Vertrauensperson durchgesehen wurde.

In der hier erörterten „manie de vérification" liegen zum Teil die Wurzeln des weit verbreiteten „Wiederholungszwanges". Die Kranken fühlen sich gedrungen, alle Handlungen mehrfach hintereinander vorzunehmen, um ihnen dadurch gewissermaßen mehr Nachdruck zu geben. Wir sind dieser Neigung zu endloser Fort-

setzung einer Tätigkeit schon beim Waschzwange begegnet, bei dem die Kranken niemals die Befürchtung loswerden können, daß doch vielleicht noch eine Spur von Schmutz oder Ansteckungsstoff zurückgeblieben sein könnte. Aber auch alle möglichen anderen, bisweilen ganz gleichgültigen Verrichtungen können dem Wiederholungszwange unterliegen. Einer meiner Kranken mußte dieselbe Stelle 73 mal hintereinander mähen; ein anderer mußte zufällige Berührungen sofort noch einmal machen; noch andere müssen Wörter, die sie gehört haben, nachsprechen, Bewegungen, die sie sehen, schnell einmal nachahmen. Oder sie können erst dann durch die Türe gehen, wenn sie sie einige Male auf- und zugemacht haben, ziehen den Rock mehrere Male an und aus, stoßen wiederholt gegen einen Stein am Wege.

Wie es scheint, wird das Wiederholen nicht selten dadurch bedingt, daß die Kranken sich in der Ausführung einer Absicht durch irgendeinen inneren Zwischenfall behindert fühlen und nun von vorn anfangen müssen, obgleich äußerlich alles glatt abzulaufen schien. Die Kranken müssen dabei gewissermaßen wieder auf einen früheren Standpunkt zurückkehren („manie du retour en arrière"), einen neuen Anlauf nehmen, wie es oben bei den Behinderungen des Anziehens und des Durchschreitens einer Türe geschildert wurde. Manche Kranke müssen umkehren, sobald eine bestimmte Vorstellung in ihnen auftaucht, Worte, die sie gesprochen haben, Gedanken, die ihnen aufgestoßen sind, zurücknehmen, etwas anderes tun, als was sie sich vorgenommen hatten. Eine Kranke Thomsens mußte in ihren Wiederholungen von vorn beginnen, wenn sich eine Störung, z. B. das Bellen eines Hundes, eingeschoben hatte. Für die Zahl der Wiederholungen sind oft abergläubische Zahlenbeziehungen von Bedeutung. Die erwähnte Kranke Thomsens mußte alles zuerst 3 mal, dann 9 mal und zuletzt 27 mal wiederholen. Ich kannte einen Kranken, der 3—9 mal auf den Hackklotz schlagen, alles 3, 4, 7, 9, 13, 25, 35, 53, 73 oder 103 mal sagen mußte.

Auch in den Gedankengängen der Kranken finden wir den Wiederholungszwang oft sehr deutlich ausgesprochen. Es ist die Erscheinung, die Janet sehr treffend als psychisches Wiederkäuen („rumination") bezeichnet hat. Wie schon der Gesunde durch Angst und Sorge innerlich an bestimmte Gedankengänge gefesselt wird, von denen er sich nicht losmachen kann, so pflegen auch

unsere Kranken sich in endlosen Grübeleien immerfort mit denselben Vorstellungen zu beschäftigen, aus denen sie keinen Ausweg finden. Er müsse grübeln, bis er sich auskenne („Gedankensuchen"), sich die Sachen zurechtdenken, bis es hinausgehe, erklärte mir ein Kranker. Sobald die Kranken sich selbst überlassen sind, kehren die gleichen Ideen zurück. Bei jeder Unterredung werden sie vorgebracht, nachdem sie schon vorher schriftlich aufgezeichnet wurden, ja sie tauchen von neuem auf, wenn man gerade mit ihnen fertig zu sein glaubt. So kann sich eine Besprechung stundenlang hinziehen, weil der Kranke immer meint, seine inneren Vorgänge noch nicht erschöpfend und deutlich genug geschildert zu haben. Der Zwang zum Grübeln kann die Kranken auch ganz unvermittelt in ihrer Beschäftigung, auf der Straße überfallen. Sie müssen einhalten, stillstehen, bis die Gedankenreihe abgelaufen und alles wieder in Ordnung ist.

Sehr gewöhnlich werden die Kranken durch ihre ängstlichen Befürchtungen zu bestimmten Handlungen veranlaßt, die ihnen Schutz gewähren sollen. Aus der Besorgnis, etwas zu verschleppen, sich zu verunreinigen, entspringt die Berührungsfurcht, das „délire du toucher". Alle Nadeln werden aus dem Hause verbannt; es darf nicht mehr genäht werden; niemand darf die Wäsche anrühren; die Fenster werden nicht mehr geputzt, da sie sonst zerbrechen und zum Ausstreuen von Splittern Veranlassung geben könnten. Der Kranke entwickelt eine peinliche, alle anderen Rücksichten in den Hintergrund drängende Reinlichkeitsliebe, die sich im Anfange vielleicht noch innerhalb der hier sehr dehnbaren Gesundheitsgrenzen hält, später aber nicht selten eine derartige Ausdehnung annimmt, daß sie ihm selbst und noch mehr seiner Umgebung das Leben aufs äußerste verbittert. Mit der größten Sorgfalt sucht er alle Berührungen, namentlich die unmittelbaren, zu vermeiden, gibt nicht die Hand, öffnet die Klinken mit dem Ellenbogen, faßt alles mit Papierläppchen an, trägt möglichst Handschuhe. Hat aber doch eine Berührung stattgefunden, so werden sofort nach einem oft sehr durchdachten Plane die umfangreichsten Waschungen vorgenommen, die sich nicht nur auf die Hände, sondern auf den ganzen Körper, sogar auf Möbel, Bücher und Kleidungsstücke erstrecken können. Bisweilen sind es nur Berührungen bestimmter Art, die solche Handlungen hervorrufen, während andere den Kranken

gleichgültig lassen. Ich kannte eine Kranke, die aus Furcht vor Beschmutzung keinen Gegenstand in ihrer Wohnung anzurühren vermochte, als den in der Mitte des Wohnzimmers stehenden Tisch und die um ihn gruppierten Stühle; hier empfand sie keinerlei Schwierigkeiten. Oft sind die Kranken trotz ihrer Angst vor dem Schmutze sogar sehr unsauber, da sie in ihren verzweifelten Anstrengungen, alles zu waschen, überall stecken bleiben, nirgends fertig werden, alles verschmieren. Ihre Wäsche, die sie selber reinigen, tragen sie bis zum äußersten, und Janet bemerkt sehr treffend, daß es kein schmutzigeres Zimmer gebe, als dasjenige einer Frau, die an Reinlichkeitsmanie leide. Natürlich wird durch die ganz ins Ungeheuerliche gehenden Waschungen mehr und mehr die gesamte Zeit des Kranken in Anspruch genommen, so daß er schließlich zur Erfüllung seiner sonstigen Pflichten völlig unfähig wird. Eine Kranke Tamburinis bedurfte täglich je 3—4 Stunden zum Aus- und Ankleiden, verbrauchte beim Waschen 20 Handtücher und mußte sich schon waschen, wenn sie nur die Verkäufer auf der Straße ihre schmutzigen Waren ausrufen hörte. Ein wenigstens ungefähres Verständnis für die Unsinnigkeit dieses Treibens ist trotz der Unmöglichkeit, davon abzulassen, regelmäßig vorhanden.

Eine ganze Reihe weiterer Schutzhandlungen wurden bereits erwähnt. Dahin gehört das Nachprüfen, das Beten und Beichten, das Sammeln von vermeintlichen Wertgegenständen. Manche Kranken fliehen vor allen stechenden oder schneidenden Gegenständen, weichen Arbeitern, die Äxte oder Sägen tragen, straßenweit aus, um sich nicht zu verletzen; andere lassen sich anbinden oder einschließen, weil sie fürchten, ihren mörderischen Antrieben nicht widerstehen zu können. Eine Kranke, die glaubte, sie stoße nachts Aufforderungen zum Morde aus, pflegte sich den Mund mit Heftpflaster zu verkleben. Weiterhin aber pflegen die Kranken, namentlich in ihren Erregungszuständen, vielfach Ausrufe hervorzubringen, durch die sie die quälenden Gedanken zu vertreiben oder unschädlich zu machen suchen. Ein Kranker rief dann plötzlich laut aus: „Schluß! Ungültig!“ Da er immer mit der Furcht vor Krankheiten und Verletzungen zu kämpfen hatte, schrie er bei solchen Anwandlungen: „Ewig gesund! Unverletzt!“, bisweilen mitten im Gespräche. Ein anderer mußte ausrufen: „Ja, ja, nein, nein, nichts, nichts, gut, gut!“ Kranke, die meinen, anderen etwas Böses anzu-

wünschen oder etwas zu versprechen, haben keine Ruhe, wenn sie nicht sofort „Gegensprüche" machen, die leise oder laute Versicherung geben, daß ihre Gedanken keine Wirkung haben sollen.

Derartige Schutzhandlungen und Schutzsprüche können dadurch sehr eigentümliche Formen annehmen, daß der Kranke irgendwelche, an sich sinnlose Betätigungen, Geberden und Formeln in abergläubische Beziehungen zur Verhütung des gefürchteten Unheils setzt. Gerade so, wie für ihn gewisse Wörter, Farben, Eindrücke, auftauchende Vorstellungen Böses bedeuten, gewinnen andere, namentlich auch bestimmte Handlungen oder Bewegungen, für ihn die Kraft, ihm Beruhigung zu verschaffen. Wir haben es offenbar mit Gedankengängen zu tun, ganz ähnlich denen, die den bösen Blick durch gewisse Handgeberden, drohendes Unglück durch Ausspeien, Kreuzschlagen, Klopfen unter den Tisch bekämpfen; auch die Zahl drei begegnet uns dort wie hier. Einigermaßen verständlich erscheint uns noch, wenn der oben angeführte Kranke seiner Angst durch Zählen Herr zu werden suchte, aber dabei von sehr hohen Zahlen, über 300, ausgehen mußte, da es sonst bedeutete: so und so viel Jahre Krebs oder Stelzfuß. Auch die Notwendigkeit, zu einem guten Erfolge immer den rechten Fuß voranzusetzen, könnte man vielleicht noch verstehen. Der Kranke kann sich aber auch durch Betätigungen Beruhigung verschaffen, deren Zusammenhang mit seinen Befürchtungen ganz unverständlich bleibt. Bisweilen mögen hier ursprünglich Anknüpfungen bestanden haben, die sich späterhin verwischen.

Es scheint aber, daß die Kranken öfters auch ganz willkürliche Verbindungen zwischen ihren Schutzmaßregeln und dem Inhalte ihrer Befürchtungen herstellen. Es kommt so gewissermaßen zu einem „Paktieren" zwischen dem Kranken und den ihn unterjochenden Mächten; er vermag sich durch bestimmte Leistungen wenigstens zeitweise aus ihrer Gewalt zu befreien. So kann der Kranke eine Zahl, ein sinnloses Wort ausrufen, Schimpfworte, eine Drohung ausstoßen, winseln, die gleichen Worte oder Sätze eine bestimmte Anzahl von Malen vor sich hin sprechen. Sodann sind hier die vielen Sonderbarkeiten des Benehmens zu erwähnen, die man wohl zu den Tics zu rechnen pflegt. Die Kranken knien, kriechen am Boden, hüpfen, stampfen oder scharren mit dem Fuße, fuchteln mit den Armen, schlagen sich vor den Kopf, greifen sich in das Gesicht,

machen tiefe Verbeugungen, nicken, winden die Glieder, gehen in auffallender Haltung, mit ausgestreckten Armen herum. Andere müssen auf der Straße mit dem Fuße an Steine stoßen, Papier und Holzstückchen aufnehmen, eine bestimmte Stelle der Wand ansehen, haben sonst keine Ruhe.

Endlich haben wir noch kurz jener spärlichen Handlungen zu gedenken, die in der Richtung der Zwangsbefürchtungen liegen und daher nach der Bezeichnung Löwenfelds auf „primäre" Zwangsantriebe zurückgeführt werden können, im Gegensatze zu den Schutzhandlungen, die wir als „sekundäre" Folgen der krankhaften Befürchtungen kennen gelernt haben. Wie schon erwähnt, beschränken sich derartige primäre Zwangshandlungen regelmäßig auf sehr harmlose Äußerungen. Es kommt vor, daß die Kranken einmal bei feierlicher Gelegenheit fluchen oder im Gebete anstatt der beabsichtigten Worte gotteslästerliche oder unanständige Wendungen nicht nur denken, sondern wirklich aussprechen („Koprolalie"). Eine meiner Kranken, die fürchtete, Gegenstände durch Anfassen zu verderben, konnte sich nicht enthalten, mit ihrem Finger wirklich die angeblich gefährdeten Möbel zu berühren, allerdings ohne sie irgendwie zu beschädigen. Einzelne Kranke werfen auch wohl einmal einen Gegenstand auf die Erde oder zerschlagen ein Fenster. Weitergehende Zwangshandlungen habe ich bei dieser Erkrankungsform nicht beobachtet.

Viel umstritten ist die Frage nach der Einsicht der Kranken in die Unsinnigkeit ihrer Gedankengänge und Befürchtungen. Nach Westphals Ansicht sollen sie diesen stets mit gesundem Bewußtsein gegenüberstehen und sie als abnorm und fremdartig erkennen. Auch Koch betont, daß durch die Zwangsvorgänge „das intimste Denken des Menschen nicht regiert und verfälscht" wird. Demgegenüber spricht Janet von einem „état intermédiaire de croyance, rempli de contradictions", und auch von verschiedenen anderen Forschern ist behauptet worden, daß die Kranken durchaus nicht immer über die wahre Bedeutung ihrer Störungen im klaren seien.

Man wird, wie ich glaube, sagen dürfen, daß im allgemeinen nicht nur Krankheitsgefühl, sondern auch eine gewisse Einsicht vorhanden ist. Die Kranken wissen, daß der Zwang, dem sie sich unterworfen fühlen, krankhaften Ursprungs ist, und daß ihre

Befürchtungen in Wirklichkeit unbegründet sind, selbst wenn sie sich ihrer Gewalt nicht zu erwehren vermögen. Auch der Lächerlichkeit und Abgeschmacktheit ihres durch jene bedingten Handelns sind sie sich in der Regel bewußt; sie sind nur außerstande, davon abzulassen, weil sie sonst keine Ruhe finden. Gerade so jedoch, wie dem Gesunden lebhafte Gemütsbewegungen die Besonnenheit des Urteils rauben und ihn die Welt in ganz anderem Lichte sehen lassen, als in ruhigen Stunden, kann auch die Einsicht der Kranken der Macht ihrer ängstlichen Erregungen erliegen. Auf der Höhe der gemütlichen Stürme fehlt ihnen sehr häufig das klare Unterscheidungsvermögen, ob die sich ihnen aufdrängenden Vorstellungen nicht doch ganz oder teilweise der Wahrheit entsprechen. Ich habe schon oben Aussprüche von Kranken angeführt, in denen sie diese ihre Unsicherheit zum Ausdrucke brachten. „Habe ich wirklich ruiniert?" fragte die Kranke, die immer alles zu zerstören fürchtete, und eine Kranke Magnans, die von der Befürchtung gequält wurde, es könne ein Kind oder ein Fötus in den Aborteimer gefallen sein, meinte sehr bezeichnend: „Sicher, es ist nicht möglich, — aber wenn es doch möglich wäre!" Aus diesen wie vielen ähnlichen Äußerungen der Kranken geht klar hervor, daß die Kennzeichnung Janets im wesentlichen zutreffend sein dürfte. Allerdings pflegen die Kranken in freieren Zeiten, namentlich auch unter dem Einflusse des Arztes, zumeist ohne weiteres ihre unsinnigen Vorstellungen zu berichtigen. Es gibt indessen schwere Fälle, in denen solche freien Zeiten allmählich mehr und mehr verschwinden, so daß die Kranken dauernd, freilich in wechselndem Grade, von den Zwangsvorgängen beherrscht werden. Sie machen wohl das allgemeine Zugeständnis, daß sie krank, nervös seien, erscheinen aber derart in das Netz ihrer Zwangsgedanken verstrickt, daß sie zu einer wirklich klaren Beurteilung ihres Zustandes nicht mehr fähig sind, noch weniger sich von der Handhabung der hier gewöhnlich besonders reich entwickelten Schutzmaßregeln abhalten lassen, deren Ungeheuerlichkeit sie nicht mehr recht zu würdigen verstehen. —

Der Verlauf des hier beschriebenen Leidens ist regelmäßig ein langwieriger, schleppender. Der Beginn fällt bisweilen schon in die Kindheit, häufig in die Entwicklungsjahre. Mehr als $^1/_3$ meiner Kranken war vor dem 20., etwa die Hälfte vor dem 25. Lebensjahre

erkrankt. Pitres und Régis geben an, daß sich die Anfänge des Leidens in 50% der Fälle zwischen dem 11. bis 15. Jahre, in mehr als 75% vor dem 30. Jahre zeigten. Janet setzt sie am häufigsten zwischen das 16. und 20. Jahr. Gewöhnlich machen sich zunächst nur leichtere Andeutungen der Störungen bemerkbar, die nach einiger Zeit wieder verschwinden, um später gelegentlich in verstärktem Maße zurückzukehren. Als einleitende Erscheinungen sind Mangel an Selbstvertrauen, Schüchternheit, ängstliche Unruhe, Neigung zu religiösen Grübeleien und Selbstvorwürfen zu nennen.

Es gibt aber auch Fälle genug, in denen über ein mehr oder weniger plötzliches Auftreten der Zwangserscheinungen berichtet wird, oft im Anschlusse an irgendeinen äußeren Anlaß, eine Gemütsbewegung, ein hingeworfenes Wort, eine auffallende Lebenserfahrung. Bei einer meiner Kranken begann die „Waschmanie" nach dem Samariterunterricht, bei dem eindringlich die Gefahren der Wundansteckung besprochen worden waren. Ein Kranker mit Furcht vor tollen Hunden war in seiner Jugend einmal von einem Hunde angefallen worden. Auch späterhin kann man sehr vielfach die Anknüpfung der Zwangsbefürchtungen an bestimmte Erlebnisse beobachten. Eine Kranke Thomsens wurde von Angst vor der Cholera befallen, als ihr Bruder aus einer Stadt eingetroffen war, in der die Cholera herrschte. Eine meiner Kranken fürchtete, Phosphor zu verstreuen, als wirklich solcher zur Vertilgung von Mäusen ausgelegt worden war; einer anderen kam der Gedanke an Vergiftung, als sie Zuckersäure auf dem Tische stehen sah; bei einem Kranken schloß sich zwangsmäßiges Erbrechen an einen starken Rachenkatarrh an. Besonders gern werden Zwangsbefürchtungen durch die Zeitungsnachrichten über Mordtaten, Unglücksfälle und Krankheiten geweckt. Manche Kranke müssen sich sofort alles das einbilden, wovon sie lesen, und verzichten darum ganz auf die Durchsicht derartiger Mitteilungen. Solche Erfahrungen geben aber nur einen gewissen Anstoß zur Entwicklung der Zwangsvorgänge; die weitere Ausbildung kann sich unabhängig davon vollziehen, indem sich der Inhalt über ganz andere Gebiete ausbreitet.

Alle die verschiedenen, oben von uns geschilderten Erscheinungsformen der Zwangsneurose können sich, wie bereits angedeutet, im gleichen Krankheitsfalle miteinander verbinden oder abwechseln.

Es kommt zwar nicht selten vor, daß ein Kranker dauernd nur eine ganz umgrenzte Störung darbietet; andererseits kann man aber auch Kranke sehen, die eine förmliche Musterkarte der mannigfaltigsten Krankheitserscheinungen aufweisen, ganz ähnlich, wie wir es bei der Hysterie beobachten. Einer meiner Kranken gab an, daß seine Vorstellungen nach Inhalt und Heftigkeit alle Tage wechselten. Höchst merkwürdig ist es dabei öfters, wie manche früher in höchstem Grade aufregende Gedanken dem Kranken gleichgültig werden können, während an ihre Stelle andere, neue treten, die ihm bis dahin völlig fern lagen. Die einzelnen Anfälle dauern meist nur kurze Zeit, vielleicht nur einige Minuten, „aber die Ängstlichkeit ist nachher noch da".

Schwankungen und Wandlungen im Krankheitsbilde sind überhaupt ungemein häufig. Während der Menses beobachtet man oft Verschlimmerung; dagegen sah Janet in der Schwangerschaft Besserung. Das Wochenbett scheint bisweilen ungünstig zu wirken. Verhältnismäßig selten bleibt der Zustand längere Jahre hindurch einförmig derselbe; auch ohne erkennbare Ursache pflegen sich freiere Tage oder Wochen einzuschieben. Im Anschlusse an ungünstige Lebensumstände, Sorgen, Verluste, Mißerfolge, schwächende Krankheiten verschlechtert sich der Zustand in der Regel. Nach einigen Jahren kann sich dann das Leiden wieder bessern, so daß unter Umständen die Beschwerden lange Zeit hindurch vollständig oder bis auf unbedeutende Reste zurücktreten. Bei neuerlichen Verschlimmerungen können dann ganz andere Störungen auftauchen, als früher. Alle diese Schwankungen pflegen sich allmählich zu vollziehen; gewisse allgemeine Eigentümlichkeiten, Ängstlichkeit und Weichheit, Mangel an Selbstvertrauen und Tatkraft bleiben auch in den besseren Zeiten deutlich erkennbar. Wo das Leiden ausgesprochen in Anfällen verläuft und die Krankheitserscheinungen sich auffallend rasch entwickeln, um restlos wieder zu verschwinden, wird man mit der Wahrscheinlichkeit einer manisch-depressiven Erkrankung rechnen müssen, die sich dann öfters auch in besonders gehobenen, unternehmungslustigen Stimmungen kundgeben wird.

Bei einzelnen Kranken haben wir einen besonders schweren, langsam fortschreitenden Verlauf zu verzeichnen. Namentlich die Fälle mit stark entwickelter Schmutzangst und Berührungsfurcht

scheinen dazu zu neigen. Die Kranken geraten allmählich mehr und mehr in einen unentwirrbaren Wust von verzwickten Zwangsbefürchtungen und Schutzmaßregeln hinein, so daß ihr ganzes Denken und Handeln dadurch völlig unterjocht wird. Für irgendeine selbständige Betätigung bleibt kein Raum mehr; vielmehr wird der ganze Tag durch die Bemühungen ausgefüllt, den immer wachsenden Anforderungen gerecht zu werden, welche die Beschwichtigung der inneren Beunruhigungen stellt. Gewöhnlich kommt es dabei auch zur Entwicklung eines umfangreichen Systems von abergläubischen Beziehungen, Beschwörungsformeln und sinnbildlichen Handlungen, deren stetes Ineinandergreifen die Aufmerksamkeit der Kranken ganz in Anspruch nimmt.

Ihr Verhalten kann auf diese Weise im höchsten Maße absonderlich und unverständlich werden. Sie waschen ihre Kleider täglich, wickeln sich in Papier, können nichts mit den Händen berühren, die Füße nicht auf den Boden bringen, müssen fortgesetzt alles nach Nadeln durchsuchen, verkleben nachts die Türe, damit sie nicht hinausgehen und Unrecht begehen können, binden sich im Bett fest; sie schließen sich ab, verlassen das Zimmer nicht, vielleicht nicht einmal das Bett, machen die größten Schwierigkeiten in der Ernährung, verkommen in Schmutz, suchen sich durch allerlei Talismane, merkwürdige Gebärden und Gewohnheiten zu schützen und geraten in verzweifelte Erregung, sobald man ihrem Treiben entgegenzutreten sucht. Von einer wirklichen Einsicht in die Krankhaftigkeit der einzelnen Störungen ist hier nicht mehr die Rede. Gleichwohl können die Kranken sich bei bestimmten Anlässen oder im Verkehr mit einzelnen Personen überraschend geordnet benehmen, ja unter Umständen längere Zeit hindurch äußerlich unauffällig erscheinen, freilich ohne dabei aus der inneren Wirrnis herauszukommen. Einen Einblick in den Tageslauf einer solchen, hochgebildeten und gut veranlagten Kranken mag die folgende Schilderung ihrer Pflegerin gewähren, in der die Bindung aller kleinsten Verrichtungen des Tages deutlich hervortritt:

„Früh $^1/_2$7 Uhr muß ich Frau A. bitten, daß ich aufstehen darf; dann muß ich sagen: Jetzt ziehe ich mich an, später: Jetzt bin ich fertig. Dann sagt Frau A., ich soll bis zum Bett vorgehen. Sie sucht nun ihre sämtlichen Papiere zusammen und fragt: ‚Sehen Sie, an diesem ersten Papierchen ist nichts dran; fest ist es, wirklich fest, ganz fest.' Dann muß ich dreimal dasselbe nachsagen. Jetzt kommt das zweite Papierchen: ‚Ist nichts dran;

fest ist es, wirklich fest, ganz fest.' Ich muß es wieder dreimal nachsagen, und so geht es fort, bis alles, was im Bett ist, durchgesucht ist. Ist das alles geschehen, so darf ich zur Türe hingehen. Nun sagt Frau A.: ‚Die Türe ist noch fest; rütteln Sie mal', und ich muß an der Türklinke fest rütteln. Dann kommt: ‚Die Füße sind noch fest.' Das muß ich wieder nachsagen. Darauf sagt Frau A.: ‚Sehen Sie mich an, ob von mir nichts an Sie hingekommen ist.' Also schau' ich mich an: Es ist nichts dran. ‚Jetzt rütteln Sie noch einmal!' Ich rüttle noch einmal und darf dann rasch hinausgehen. Vor der Türe muß ich noch dreimal rütteln, bis ich weggehen darf; es ist meist $^1/_4$ nach 7 Uhr. Um $^1/_2$8 Uhr gehe ich wieder hin, klopfe leise, rüttle wieder fest, sperre auf, gehe hinein, sperre wieder zu, rüttle wieder fest. Jetzt muß ich das Nachtgeschirr herausnehmen, muß es anschauen und sagen: Es ist innen, rechts, links, hinten und unten sauber. Ich stelle es wieder unter das Bett, muß wieder an die Türe gehen und meine Hand auf die Klinke legen, und jetzt sucht Frau A. wieder alle ihre Papiere durch, genau so, wie ich es oben beschrieben habe. Dann werden die Füße losgebunden und wieder alles durchsucht. Frau A. setzt sich auf und fragt, ob ich wirklich immer bei ihr war, ob niemand hereingekommen ist, auf welcher Seite sie gelegen hat, als sie sich die Füße losband, ob sie nirgends hingekommen ist; ich gebe ihr darauf Antwort. Jetzt reibt sie ihre Füße aneinander und sagt immer: ‚Nichts, nichts, nichts, gelt?' Dann wieder: ‚Am Boden kann nichts sein, am Nachtgeschirr auch nicht.' Endlich geht Frau A. heraus. Wenn sie wieder ins Bett geht, macht sie es genau wieder so wie beim Herausgehen und bindet sich wieder fest ins Bett. Jetzt muß ich sämtliche Haare, die ihr ausgegangen sind, suchen, Kopfhaare, Augenbrauen, Wimpern usf., alle Brosamen, kurz alles, was im Bett ist. Ich muß es in die Hand nehmen, die Länge und Größe genau beschreiben und darf es hinaustragen. Dann muß ich wieder hineingehen und den Wasserkrug holen, muß ihn genau ansehen, ob nichts dran ist, muß Wasser bringen, ihn wieder ansehen, aufs Bett stellen und wieder die Türe zuhalten. Frau A. fängt an, sich zu waschen. Sie hält alle Papiere in der Hand und wäscht sich mit zwei Fingern. So oft sie in den Krug hineinlangt und die Hand wieder heraustut, fragt sie, ob nirgends, nirgends etwas dran ist; dann darf ich das Wasser wieder wegtragen. Inzwischen hat sich Frau A. die Zähne mit dem Bleistift und die Nägel geputzt. Ich muß alles nehmen, beschreiben, wie es aussieht, und hinaustragen. Jetzt macht sie wieder alles genau so, wie ich es beschrieben habe; es wird wieder alles durchsucht, die Füße losgebunden. Dann geht sie aus dem Bett, stellt ihren Fuß an den Tischfuß und frisiert sich mit einem Steckkamm. Dann muß ich die Haare wieder alle suchen, wenn sie sich wieder ins Bett gebunden hat, und muß sie anschauen und hinaustragen. Nun darf ich Eimer und Besen bringen, muß ihn aber so tragen, daß ihn Frau A. nicht sieht, muß ihn ans Fenster stellen, muß Wolle suchen und die Türe zubinden, dann das Sofa abstreichen und muß dabei zählen. So oft ich zu wischen anfange, muß ich sagen: Jetzt komm' ich vorbei. Dann wird alles durchgesucht, ob noch alles an seinem Platze ist, ob vom Besen nichts weg ist. Sieht sie eine Borste vom Besen,

so muß ich ein Kuvert suchen, die Borste hineintun, fest zukleben und in die Garderobe legen. Beim Essen muß ich der Frau A. alles zudecken und sagen: Niemand hat mich gesehen; ich hab's angerichtet." —

Die Prognose der Zwangsneurose kann im allgemeinen nicht als günstig bezeichnet werden. Es scheint allerdings, als ob leichtere Anwandlungen, namentlich in der Jugend, nicht selten vorkommen, um späterhin wieder zu verschwinden. Auch können sich selbst ausgesprochenere Erscheinungen nach einiger Zeit bis auf geringe Reste wieder verlieren. Man muß aber immer auf gelegentliche Verschlimmerungen des Zustandes gefaßt sein. Koch spricht die Ansicht aus, daß die Zwangserscheinungen sich von der Mitte der 40er Jahre ab zu verlieren oder abzuschwächen pflegen; auch Janet findet eine Besserung im 5. Lebensjahrzehnt. Ich kann wenigstens soviel bestätigen, daß bei keinem meiner Kranken das Leiden nach dem 40. Jahre begonnen hat. In der Mehrzahl der Fälle mit einigermaßen entwickelten Störungen pflegt sich der Zustand im Laufe der Jahre nicht sehr wesentlich zu verändern, wenn es die Kranken auch oft lernen, sich durch vorsichtige Lebensführung und allerlei kleine Kunstgriffe mit den Störungen derart abzufinden, daß sie praktisch nicht allzusehr durch sie beeinflußt werden.

Es bleibt aber dann noch ein Rest von Fällen übrig, in dem entweder eine von vornherein sehr unzulängliche Veranlagung oder besonders ungünstige äußere Bedingungen einem stärkeren Einwurzeln der Zwangserscheinungen Vorschub leisten und damit die geistige Freiheit der Kranken dauernd auf das schwerste beeinträchtigen. Die allerschlimmsten, in ihrer Entwicklung stetig fortschreitenden Fälle erwachsen wohl ausschließlich auf dem Boden tiefgreifender Entartung. Der sich in solchen Fällen entwickelnde trostlose Endzustand ist jedoch nach meinen Erfahrungen für die Zwangsneurose durchaus kennzeichnend. Ein Übergang in andere Erkrankungen, namentlich in Paranoia, wie früher gelegentlich angenommen wurde, scheint nicht vorzukommen. Koch hat demnach in gewissem Sinne Recht, wenn er meint, daß die Zwangsneurose geradezu vor schwererer geistiger Erkrankung schütze, und man wird die Kranken, die wahnsinnig zu werden fürchten, vollkommen beruhigen können. Es muß jedoch auch hier auf die nahen Beziehungen des Leidens zur Hysterie und zum

manisch-depressiven Irresein hingewiesen werden, durch die einerseits in gewissen Fällen ein rasches Verschwinden der Krankheitserscheinungen, sodann aber auch das Auftreten andersartiger, unter Umständen recht schwerer Krankheitszustände bedingt werden kann. Janet, der freilich von einem wesentlich weiteren Krankheitsbegriffe ausgeht, als es hier geschehen ist, beobachtete unter 325 Fällen 23 mal den Übergang in ausgesprochene Geisteskrankheit. —

Daß die Ursachen der Zwangsneurose in einer psychopathischen Veranlagung zu suchen sind, bedarf nach unseren früheren Erörterungen keiner weiteren Darlegung. In erster Linie werden wir die Bedeutung erblicher Belastung zu betonen haben, die hier gegenüber den Keimschädigungen stark hervorzutreten scheint. Gerade das Vorkommen gleichartiger Störungen in der Familie läßt sich verhältnismäßig häufig nachweisen. Janet fand gleichartige Vererbung in 28%, Soukhanoff in 32% der Fälle, während Pitres und Régis 39% angeben. Unter meinen eigenen, allerdings in dieser Richtung öfters nur recht unvollkommen aufgeklärten Fällen fand sich Nervosität bei den Eltern in 30%. Erbliche Belastung im allgemeinen konnten Janet in 92%, Pitres und Régis in 80% der Fälle feststellen; auch Thomsen gibt an, daß fast alle seine Kranken erblich belastet waren. Von den beiden Geschlechtern fand Janet das weibliche mit 71% beteiligt; Pitres und Régis geben 62% an, Löwenfeld 41%; auch bei mir betrugen die Frauen nur 40%. Der Anteil der Verheirateten war unter meinen Kranken hier verhältnismäßig viel größer, als bei irgendeiner anderen Erscheinungsform der psychopathischen Entartung, wohl ein Zeichen dafür, daß die Kranken meist die Fähigkeit zu geordneter Lebenstätigkeit behalten; vielleicht spricht auch ihr starkes Anlehnungsbedürfnis dabei mit. Bei den gebildeten Ständen mit erhöhtem Verantwortungsgefühl und stärkerer gemütlicher Empfindlichkeit scheinen Zwangsvorgänge etwas häufiger zu sein; sie fehlen aber auch bei einfachen Landarbeitern nicht. Äußeren Ursachen kommt im allgemeinen wohl nur eine auslösende Wirkung zu, so namentlich heftigen Gemütsbewegungen, die Löwenfeld in fast $^3/_4$ seiner Fälle der Entwicklung des Leidens vorausgehen sah; sie scheinen namentlich zur Zeit der Menses verhängnisvoll werden zu können. Janet spricht auch der ersten Kommunion mit ihrer Begünstigung religiöser Skrupel eine gewisse Bedeutung zu, ferner

dem Heiratsentschlusse, der ebenfalls zur Selbstprüfung anregt. Auch nach körperlichen Erkrankungen, nach einer Entfettungskur, im Wochenbett, während der Säugezeit sieht man manchmal die ersten Krankheitserscheinungen auftreten.

Ganz besonderes Gewicht ist vielfach, in neuerer Zeit namentlich unter dem Gesichtswinkel der Freudschen Lehren, auf die ursächliche Bedeutung geschlechtlicher Vorgänge gelegt worden. Einerseits ist die Onanie und der Congressus interruptus beschuldigt worden, andererseits namentlich der Mangel geschlechtlicher Befriedigung. Löwenfeld nimmt eine geschlechtliche Verursachung für die Angstzustände in nahezu 75% der Fälle an; Frank hält die Errötungsangst für meist geschlechtlich begründet. Ich bin nicht in der Lage, zur Entscheidung dieser Fragen hinlängliche Erfahrungen beibringen zu können. Es wird aber gewiß nicht zu bezweifeln sein, daß auch aus dem so empfindlichen geschlechtlichen Gebiete vielfach gemütliche Erregungen entspringen, die imstande sind, ängstliche Befürchtungen zu erzeugen. Allerdings dürfte es im einzelnen Falle äußerst schwierig sein, sich über einen derartigen Zusammenhang Gewißheit zu verschaffen. Geschlechtliche Unregelmäßigkeiten und Verirrungen allerart sind so häufig, daß es durchaus nicht angeht, sie überall dort, wo man sie nachweisen kann, ohne weiteres als die Ursache der beobachteten Störungen anzusehen. Es müßte jedenfalls noch wieder besondere, eben in der persönlichen Veranlagung beruhende Gründe haben, warum dieselben Vorgänge, die sonst wirkungslos bleiben oder von ganz andersartigen Krankheitserscheinungen begleitet sind, in einem bestimmten Falle das klinische Bild der Zwangsneurose hervorbringen. Man wird auch leicht begreifen, daß die kleinmütigen, ängstlichen, zur Selbstbeobachtung und zu hypochondrischen Sorgen geneigten Persönlichkeiten, die wir an Zwangsneurose erkranken sehen, sich über Abweichungen auf geschlechtlichem Gebiete leicht beunruhigen werden. Zudem sind sie wegen ihrer Schüchternheit und Unsicherheit, wenn es ihnen nicht gelingt, zu heiraten, verhältnismäßig stark der Gefahr der Onanie ausgesetzt. Man wird also wohl im allgemeinen annehmen dürfen, daß bei unseren Kranken einerseits das Geschlechtsleben durch ihr Leiden vielfach ungünstig beeinflußt wird, und daß andererseits aus ihm die Anlässe zur Entwicklung von Zwangsbefürchtungen hervorgehen können.

Es muß indessen betont werden, daß der Inhalt der krankhaften Gedankengänge keineswegs häufig auf einen solchen Zusammenhang hindeutet. Man kann hier etwa die Neigung anführen, sich unzüchtige Bilder auszumalen, geschlechtliche Worte auszustoßen, die Furcht, geschwängert worden zu sein oder Samen verstreut zu haben, die Vorstellung, die merkbaren Zeichen der Onanie an sich zu tragen. Die Freudsche Lehre, die auf den verschiedensten Gebieten der Psychiatrie mit ganz ähnlichen Voraussetzungen arbeitet, wie wir sie früher bei der Hysterie kennen gelernt haben, hat sich durch die angeführte Erfahrung nicht abhalten lassen, auch hier in weitestem Umfange eine geschlechtliche Verursachung anzunehmen. Die Zwangsvorstellung kommt nach Freuds Anschauung dadurch zustande, daß zur Abwehr einer dem Bewußtsein unerträglichen Vorstellung ihre Trennung von dem begleitenden Affekt vorgenommen wird. Die Vorstellung bleibt nun abseits von aller Assoziation im Bewußtsein übrig, ist also verdrängt, der willkürlichen Erinnerung entzogen. Der „freigewordene" Affekt aber, der noch im Bewußtsein zurückgeblieben ist, hängt sich nunmehr an andere, an sich nicht unerträgliche Vorstellungen an, die durch diese falsche Verknüpfung zu Zwangsvorstellungen werden. Der Inhalt der verdrängten Vorstellungen soll dabei regelmäßig aus lustbetonten geschlechtlichen Erlebnissen mit den an sie sich knüpfenden Selbstvorwürfen und Phantasien stammen, wobei Vorgänge aus den Entwicklungsjahren sich mit solchen aus der Kinderzeit in Beziehung setzen. Aus dem Bestreben, die Zwangsvorstellungen zurückzudrängen, gehen Schutzmaßregeln hervor, deren Eigentümlichkeiten zum Teil noch auf ihren besonderen Ursprung hinweisen. Die Neigung, sich mit übersinnlichen Fragen zu beschäftigen, soll aus dem Gegensatze zu dem „sinnlichen" Inhalte der verdrängten Vorstellungen entspringen, der Erinnerungszwang aus dem Bestreben, die bewußten Erinnerungen gegen die unbewußten aufzubieten; die Sammelsucht soll die Wahrnehmung gegenüber der Erinnerung unterstützen. Das zwangsmäßige Zählen wird als eine Maßregel der Buße, das Papiersammeln als ein Schutz gegen Verrat angesehen.

Man wird die Kühnheit der hier vorgebrachten Gedankengänge bewundern können. Darüber darf aber nicht vergessen werden, daß es sich fast durchweg um völlig willkürliche Annahmen

handelt, die zum guten Teil in höchstem Maße unwahrscheinlich sind. Vorstellung und Gefühlsbetonung sind wir bisher gewohnt gewesen als eine Einheit zu betrachten, deren Bestandteile nur unser einteilendes Denken auseinanderlegt. Wir müssen uns doch wohl vorstellen, daß sie ursprünglich nur zwei verschiedene Seiten desselben Vorganges bilden, die erst durch die höhere seelische Entwicklung eine größere Selbständigkeit gewinnen. Freilich kann die Gefühlsbetonung verblassen, während der Vorstellungsinhalt lebendig bleibt. Man wird ferner zugeben können, daß in unserem Bewußtsein eine Stimmung zurückbleiben kann, auch wenn die Erinnerung an ihren Anlaß in den Hintergrund getreten ist. Endlich gibt es sehr allgemeine Vorstellungen, bei denen die Gefühlsbetonung nur schwach angedeutet ist, und gemütliche Schwankungen mit äußerst unklarem Gedankeninhalt. Nie und nimmer aber ist der Nachweis dafür erbracht worden, daß Vorstellungen und begleitende Gefühle, noch dazu durch eine irgendwie geartete Willensanstrengung, wie siamesische Zwillinge voneinander getrennt werden und nunmehr selbständig, jedes für sich, weiter leben und wirken können. Was von der „Verdrängung" im Freudschen Sinne zu halten ist, wurde schon bei Besprechung der Hysterie erörtert. Nun soll sich aber der freigewordene Affekt auch noch an andere, bald inhaltlich verwandte, bald ganz gleichgültige Vorstellungen anhängen und diese zu Zwangsvorstellungen umwandeln können. Gewiß ist es, daß unser gesamter Denkinhalt durch die uns gerade beherrschenden Stimmungen in bestimmtem Sinne gefärbt werden kann. Gänzlich unbewiesen aber und zugleich äußerst unwahrscheinlich ist es, daß ein „frei flottierender" Affekt sich wie eine Art Klette hier oder dort einhaken kann; man müßte doch wohl annehmen, daß die von ihm neu „besetzten" Vorstellungen durch irgendein Mißgeschick vorher ihren zugehörigen Affekt verloren haben, dessen Stelle er einnehmen könnte. Er soll sie aber außerdem noch zu Zwangsvorstellungen werden lassen. Wie das geschieht, vermag ich nicht zu begreifen, doch ist es, wenn man nicht ängstlich ist, natürlich möglich, auch diese Schwierigkeit durch allerlei weitere Annahmen, ähnlich den oben angedeuteten, zu lösen.

Die Gedankenspielereien Freuds haben eine Anzahl von Nachahmern gefunden, die zum Teil auf recht bedenklichen Pfaden wandeln. So betrachtet Warda die Zwangsvorgänge als den Aus-

druck eines versteckten, wesentlich geschlechtlichen Schuldbewußtseins. Man kann davon nur in dem Sinne sprechen, daß die Kranken vielfach überaus ängstlich in Gewissensfragen und daher geneigt sind, ihre Handlungen immer wieder mit dem strengsten sittlichen Maßstabe nachzuprüfen. Ihre tatsächlichen Verfehlungen, die sie etwa vorbringen, pflegen ganz alltägliche Vorkommnisse zu sein. Sobald nun als Grundlage des Schuldbewußtseins wirkliche oder Gedankensünden angenommen werden, kann diese Auffassung nicht scharf genug zurückgewiesen werden, da sie Beurteilung und Behandlung der Kranken in der unheilvollsten Weise beeinflussen muß. Ähnliches gilt von der ebenfalls aus der Freudschen Schule hervorgegangenen und vielfach vertretenen Anschauung, daß die Zwangsvorgänge auf eine „Sexualverdrängung", eine mangelnde geschlechtliche Befriedigung zurückzuführen seien. Einer eigentlichen Widerlegung bedarf es hier, wo jeder Beweis fehlt, wohl nicht. Ich habe schon darauf hingewiesen, daß auffallend viele von meinen Kranken verheiratet waren, und daß die geschlechtliche Enthaltsamkeit hier, wo sie vorkommt, die Folge, nicht die Ursache der Ängstlichkeit bildet. Endlich wäre zu erwähnen, daß die geschlechtlich unbefriedigten Bevölkerungskreise, die Töchter unserer gebildeten Stände, die katholischen Geistlichen, die Sträflinge, weit davon entfernt sind, besonders viele Zwangsneurosen zu liefern. Daß diese Frage leider keine rein wissenschaftliche ist, sondern sehr praktische Seiten hat, werden wir späterhin zu besprechen haben.

An die ursprünglichen Breuer-Freudschen Anschauungen knüpft die Auffassung an, die sich Frank[1]) von der Entstehung der „Affekt"-Neurosen gebildet hat, zu denen wohl die Zwangsneurose in unserem Sinne mit zu rechnen ist. Auch er legt verdrängten Affekten eine weitgehende ursächliche Bedeutung für die Entstehung der angeführten Neurosen bei. Durch die gemütliche Erschütterung soll, wie Breuer-Freud unter Benutzung Charcotscher Gedanken lehrten, ein „hypnoider" Zustand entstehen, mit Bewußtseinseinengung und der Unmöglichkeit, das Erlebnis assoziativ zu verknüpfen, innerlich zu verarbeiten. Dadurch geschieht die Verdrängung des Affektes, der aber später durch andere ähnliche Vorgänge immer wieder angeregt und ver-

[1]) Frank, Affektstörungen, Studium über ihre Ätiologie und Therapie. 1913.

stärkt wird, sich „anstaut" und auf andere Vorstellungen übertragen wird. So kann sich ein „Determinantenaufbau" von Hunderten, ja Tausenden von Erlebnissen bilden, die alle zusammen die Entwicklung der krankhaften Affektstörungen in wachsender Stärke bedingen. Frank spricht von Angstneurosen, Ärgerneurosen, Wutneurosen, Eifersuchtsneurosen, Schmerzneurosen, allerdings ohne sie genauer zu kennzeichnen. Ähnliche Vorstellungen hat Bezzola entwickelt. Für ihn leiten sich die Krankheitserscheinungen aus den Bestandteilen unvollständiger psychischer Erlebnisse ab, die wegen „Dissoziation der Hirntätigkeit" zur Zeit ihrer Entstehung unvollkommen erfaßt oder verarbeitet wurden.

Man wird auch diesen Anschauungen entgegenhalten müssen, daß sie mit einer Reihe von verwickelten und unbewiesenen Voraussetzungen arbeiten und zugleich die Eigenart der krankhaften Persönlichkeit gegenüber den angeblich „pathogenen" Erlebnissen nicht genügend berücksichtigen. Es wird wohl keinen Menschen geben, der nicht in seinem Leben eine große Zahl von aufregenden und erschütternden Ereignissen durchgemacht hat. Wenn er wirklich dadurch krank würde, so könnte das nur geschehen infolge einer äußerst unvollkommenen Veranlagung, die es ihm unmöglich machte, mit den Eindrücken fertigzuwerden. Die unzweckmäßige Art der Verarbeitung wäre dann aber nicht die Ursache, sondern die Folge der krankhaften Unzulänglichkeit. Wir kämen damit zu der weit einfacheren, gewiß unbestreitbaren Auffassung, daß bei den „Affektneurosen" eine gesteigerte Empfindlichkeit gegen die Lebensreize besteht, die sich in außergewöhnlich ungünstiger und nachhaltiger Beeinflussung der Stimmung und des Handelns durch unangenehme Lebenserfahrungen kundgibt.

Über das Wesen der Zwangsvorgänge gehen die Meinungen, auch wenn wir von den Anschauungen der Freudschen Schule nunmehr absehen, ziemlich weit auseinander. Dubois vertritt mit Nachdruck den Standpunkt, daß bei den „Psychoneurosen", die er in dieser Beziehung nicht scharf auseinander hält, die Störung allgemein auf dem Gebiete des Verstandes, in Unklarheit und mangelhafter Folgerichtigkeit des Denkens liege. Man wird die Tatsache zugeben müssen, daß es den Kranken gemeiniglich in den angeführten Punkten fehlt. Die Frage ist nur, ob diese Mängel als solche angeborene persönliche Eigentümlichkeiten darstellen, oder wie sie

sonst zustande kommen. Wäre ersteres der Fall, so wären die Erfolge unbegreiflich, die Dubois nach seiner Meinung durch einfache logische Auseinandersetzungen erzielt; die Unzulänglichkeiten der Verstandesarbeit könnten dadurch höchstens für eine einzelne Frage, nicht aber auf die Dauer unschädlich gemacht werden und müßten bei nächster Gelegenheit zu ähnlichen Folgen führen. Überdies kennen wir unzählige Menschen, die weit mangelhafter und unklarer denken, als unsere Kranken, ohne deswegen an Zwangsvorstellungen zu erkranken. Es müssen somit noch besondere Umstände hinzukommen.

Auch Janet geht von der Annahme einer ursprünglichen seelischen Unzulänglichkeit aus. Er knüpft seine Auffassung an die allgemeine Erklärung der Psychasthenie durch Herabsetzung der psychischen Spannung mit daraus sich ergebender Unfähigkeit zu den höchsten seelischen Leistungen. Wie er meint, finden infolgedessen die vorhandenen Kräfte keine richtige Verwertung, sondern werden gewissermaßen auf andere Gebiete des Seelenlebens abgelenkt und erzeugen so allgemeine „psycholeptische" Krisen. Wenn sie sich hier auf einzelne Bezirke beschränken, so entstehen die verschiedenartigen, mehr umgrenzten Störungen. Man wird diesen Anschauungen nicht besonders große Überzeugungskraft beimessen können, wenn man bedenkt, wie viele Menschen mit äußerst geringer seelischer Spannung und ausgesprochener Unfähigkeit zu höheren Leistungen es gibt, die ihre psychischen Kräfte den verschiedensten niederen Bedürfnissen nutzbar machen, ohne jemals Zwangserscheinungen darzubieten.

Ähnliche Einwände stehen allen jenen Ansichten gegenüber, die als eigentliche Grundlage der Zwangsvorgänge Verstandesstörungen betrachten. Zugleich ist darauf hinzuweisen, daß gerade die Verstandesleistungen bei unseren Kranken keine erkennbaren Abweichungen aufzuweisen pflegen, sondern sogar meist recht gute sind. Westphals Begriffsbestimmung war sehr geeignet, Erklärungen in der angedeuteten Richtung Vorschub zu leisten. Tatsächlich haben sich auch Thomsen, Cramer und Bumke ganz auf den Standpunkt gestellt, daß wir es mit einer krankhaften Störung des Vorstellungsverlaufes zu tun haben, die erst ihrerseits die gemütliche Beunruhigung erzeuge; Cramer spricht von einer „Assoziationsschwäche". Bezeichnenderweise verbindet sich mit

diesen Anschauungen immer die Forderung, den Begriff der Zwangsvorstellung möglichst eng zu fassen, weil sie bei den Zwangsbefürchtungen sofort auf große Bedenken stoßen.

Auch Friedmann betont in erster Linie die „Schwäche der apperzeptiven Funktionen", den „Mangel an regulativen geistigen Kräften", die besonders gegenüber den „unabgeschlossenen" Vorstellungen des Zweifels, der Sorge, Befürchtung, Erwartung versagen; hier bleibt das Gefühl der Lösung aus, das sonst die Spannung zum Abschlusse bringt. Friedmann weist aber außerdem auch auf die große Bedeutung der Angst und der Willensschwäche für die Entstehung der Zwangsvorgänge hin. Kaan vertritt ähnliche Anschauungen, indem er außer einer Schwäche der Hemmungstätigkeit im Assoziationsorgan auch unvermittelten Angstzuständen eine Rolle zuschreibt, die er sich im Anschlusse an gewisse Meynertsche Ideen durch Störungen in der Blutversorgung der einzelnen Hirnteile hervorgerufen denkt.

Deutlich ausgesprochen war die Meinung, daß der Zwangsneurose ein krankhafter Gemütszustand zugrunde liege, bereits in der Morelschen Bezeichnung des „délire émotif". Auch Jastrowitz hat seinerzeit Westphal gegenüber die Bedeutung der gemütlichen Erregung bei der Entstehung von Zwangsvorstellungen betont. Ähnliche Meinungen haben Ganuschkin, Soukhanoff, Aschaffenburg, Störring, Pitres und Régis vertreten. Wie schon aus meinen früheren Darlegungen hervorgeht, bin ich nicht darüber im Zweifel, daß als eigentliche Wurzel der Zwangsvorgänge die Angst in den verschiedensten Abstufungen angesehen werden muß. Ich schließe das einmal aus der Tatsache, daß die in dieser Weise erkrankenden Menschen durchweg dauernd ängstliche, empfindliche, gemütlich leicht erregbare, innerlich unfreie Persönlichkeiten sind, wie ich hier noch einmal zusammenfassen will. Oppenheim meint, daß bei ihnen eine „größere Erregbarkeit des vasomotorischen, kardiovasculären, visceralen und secretorischen Nervensystems" bestehe.

Sodann ist darauf hinzuweisen, daß die Störungen nicht nur in ihrem ersten Auftreten, sondern auch weiterhin eine unverkennbare Abhängigkeit von gemütlichen Einflüssen aufweisen. Erschütternde, spannende, niederdrückende Lebensereignisse begünstigen ihre Entwicklung, während beruhigender Zuspruch,

angenehme Eindrücke, glückliche Schicksalswendungen ihnen entgegenwirken. Weiterhin wird man bei genauer Untersuchung wenigstens in frischen Erkrankungen trotz aller äußerlichen Selbstbeherrschung niemals die Anzeichen einer ängstlichen, gespannten, innerlich beunruhigten Stimmung vermissen. Sehr häufig steigert sich diese gemütliche Spannung zu heftigen Ausbrüchen. Allerdings kann bei veralteten Fällen mit fest eingewurzelten Zwangsgewohnheiten, wie natürlich, die ursprüngliche innere Erregung mehr und mehr abnehmen. Endlich ist darauf hinzuweisen, daß auch der Inhalt der Gedankengänge unserer Kranken in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle deutlich eine ängstliche Stimmung widerspiegelt. Meist sind es zunächst Befürchtungen ziemlich alltäglicher Art, die sie beunruhigen; erst späterhin gewinnen sie abenteuerlicheren Inhalt. Nur bei einzelnen Formen, so etwa beim Fragezwang, Zahlenzwang, Namenzwang, beim Beachtungs- und Erinnerungszwang, erscheint das nicht ohne weiteres einleuchtend. Man erkennt jedoch nicht allzu schwer, daß auch hier die Triebkraft durch gewisse Gemütsbedürfnisse gebildet wird, deren Nichtbefriedigung der Kranke wie eine Pflichtverletzung empfindet. Die Zwangserscheinungen sind dabei der Ausdruck des ängstlichen Bestrebens, die sich darbietenden Aufgaben zu lösen, um dem sonst drohenden Verluste der inneren Beruhigung zu entgehen.

Beachtenswert ist, wie mir scheint, ferner der Umstand, daß sich aus der Annahme einer dauernden ängstlichen Spannung ohne Schwierigkeit alle jene Störungen ableiten lassen, die man als ursprüngliche Mängel der Verstandesleistungen aufzufassen pflegt. Es ist ja bekannt genug, daß die Angst die Klarheit und Folgerichtigkeit des Denkens beeinträchtigt. Man wird sie gewiß auch für eine assoziative oder apperzeptive Schwäche des Denkens verantwortlich machen können, ebenso wie für die Unfähigkeit zu höheren geistigen Leistungen, die Janet auf die Abnahme der psychischen Spannung zurückführt. Das Auftreten der „agitations forcées" und die Entwicklung umgrenzter Befürchtungen und Schutzhandlungen wird, wie mir scheint, auf diesem Wege verständlicher. Vor allem aber begreift man nur so die raschen Schwankungen des Zustandes und das krankhafte Handeln gegen bessere Einsicht. Daß Gemütsbewegungen rasch kommen und gehen können, wissen wir; wie

das bei ursprünglichen Mängeln des Verstandes möglich sein sollte, bleibt unklar. Auch das ist uns geläufig, daß uns Gründe des Herzens, also gemütliche Regungen, zu Handlungen veranlassen können, die unser Verstand nicht billigt.

Wir werden uns von dem hier eingenommenen Standpunkte aus nicht wundern, wenn Zwangsvorgänge auch bei anderen mit Angst einhergehenden psychischen Erkrankungen gelegentlich zur Beobachtung gelangen, so namentlich beim manisch-depressiven Irresein, bei der Dementia praecox, bei der Hysterie. Die hier behandelten Störungen sind ebensowenig das Kennzeichen einer einzelnen, bestimmten klinischen Krankheitsform wie die hysterischen Erscheinungen, wenn sie auch bei der Zwangsneurose in besonders starker und mannigfaltiger Ausprägung zur Beobachtung kommen. Was hier noch als eigenartige Begleiterscheinung hinzukommt, das sind die dauernden Unzulänglichkeiten der seelischen Persönlichkeit, die eben die Entwicklung der Zwangsvorgänge begünstigen. Die Ängstlichkeit der Kranken beruht hier nicht, wie in den angeführten Fällen, auf vorübergehenden gemütlichen Störungen, sondern sie ist eine dauernde persönliche Eigenschaft, die natürlich auf die ganze Ausbildung des Willens einen nachhaltigen, ungünstigen Einfluß ausübt. Es ist gewiß richtig, daß die Weichheit und Unselbständigkeit des Willens, wie sie regelmäßig bei unseren Kranken erkennbar ist, eine wesentliche Vorbedingung für die Unterjochung durch die aus der Ängstlichkeit geborenen Zwangsvorgänge bildet. Da den Kranken das zuversichtliche Vertrauen auf die Kraft ihres Willens und damit auf das siegreiche Überwinden der Lebensschwierigkeiten fehlt, fühlen sie sich überall durch die ihrer harrenden Aufgaben und drohenden Gefahren beunruhigt, denen sie ratlos gegenüberstehen. Von den Möglichkeiten, sich mit dem Leben abzufinden, liegt ihnen diejenige des Ausweichens und Nachgebens, auch gegenüber den eigenen Beängstigungen, am nächsten.

Durch dieses fortgesetzte Unterliegen kommt es dann zu einer Art Züchtung der Zwangserscheinungen, ähnlich wie wir es bei den hysterischen Störungen kennen gelernt haben. Sie werden um so rascher zu einem fest wurzelnden Bestandteile der Persönlichkeit, je weniger gesunde Widerstände deren unzulängliche Veranlagung gegen diese ungünstige Entwicklung auf-

zubringen vermag. Die fortlaufende Befriedigung der Anforderungen, die von der Zwangsneurose an die Selbstverteidigung gestellt werden, wird, wie bei der Hysterie, mehr und mehr zu einer Lebensaufgabe, an der die Kranken mit jenem leidenschaftlichen Trotze arbeiten, der die letzte Zuflucht schwacher Naturen bildet. Auch hier dürfte die Hartnäckigkeit der Krankheitserscheinungen zum guten Teile auf ihren innigen Beziehungen zum Selbsterhaltungstriebe beruhen.

Da wir es bei der Zwangsneurose mit einer Unzulänglichkeit der Veranlagung zu tun haben, ist es zum Schlusse vielleicht gestattet, zu prüfen, ob und wie weit uns die Entwicklung des gesunden Kindes ein Verständnis für die Störungen eröffnen kann. Allerlei Zwangserscheinungen, die Neigung zu rechnen, zu zählen, Wörter umzudrehen, sich bestimmte Dinge zu merken, beim Gehen gewisse Regeln einzuhalten, abergläubische Beziehungen zwischen äußeren Vorgängen und dem eigenen Handeln herzustellen, und manche andere sind sicherlich bei Kindern ziemlich häufig, um sich später ganz zu verlieren; sie erinnern an entsprechende Beobachtungen bei Naturvölkern. Sodann aber scheint es mir, daß sich zwischen die naive Furchtlosigkeit des Kindes und die selbstbewußte Zuversicht der entwickelten Persönlichkeit vielfach Zeiten einschieben, in denen die Anforderungen wie die Gefahren des Lebens besonders schwer empfunden werden, namentlich, wenn schützende und führende Hände fehlen, oder wenn die Willensbildung durch Verzärtelung unvollkommen geblieben war. Stilles, verschüchtertes, ängstliches Wesen, verbunden mit übertriebener Gewissenhaftigkeit, kann sich unter solchen Umständen herausbilden. Wer es noch nicht gelernt hat, sich im Strome des Lebens aufrechtzuerhalten und die Gefahren durch Kraft und Geschick zu überwinden, wird zunächst leicht unsicher und ratlos sein, jeden seiner Schritte sorgsam prüfen und vor schlimmen Möglichkeiten zittern. Wenn man will, kann man somit bei der Zwangsneurose an das Fortbestehen einer Entwicklungsstufe denken, auf der das Kraftbewußtsein mit dem reifenden Verständnisse für den Ernst des Lebens nicht Schritt gehalten hat. Die Festigkeit und Sicherheit des Wollens, in die der Daseinskampf die kindliche Ängstlichkeit und Weichheit umwandeln sollte, ist ausgeblieben. Wir hätten es demnach auch hier mit einer umschriebenen Entwicklungshemmung, mit einem Infantilismus des Charakters zu tun, der eben die ängstliche Unsicher-

heit gegenüber den Einwirkungen des Lebens bedingen würde. Mag auch diese Auffassung nur in den gröbsten Umrissen zutreffend erscheinen, so habe ich doch in einer Reihe von Fällen der Zwangsneurose den bestimmten Eindruck kindlich unentwickelter Persönlichkeiten gehabt, auch wenn die Verstandesbegabung ausgezeichnet war. Die besonders von Thomsen betonte Häufigkeit der Verbindung mit hysterischen Störungen würde diesen Eindruck nur verstärken können. —

Die Umgrenzung der Zwangsneurose ist in sehr verschiedenartiger Weise versucht worden. Auf die Bemühungen der Freudschen Schule, neben anderem Zwangs- und Abwehrneurosen auseinanderzuhalten, soll hier nicht weiter eingegangen werden, da sie sich nicht auf klinische Erfahrungen, sondern auf unbewiesene Voraussetzungen stützen, die einer naturwissenschaftlichen Prüfung nicht zugänglich sind. Janet und auch Löwenfeld haben die Grenzen sehr weit gesteckt. Bei ersterem ist die gesamte Psychasthenie mit den Zwangsvorgängen zu einer Einheit zusammengefaßt; letzterer rechnet zu diesen auch die verschiedenartigen Triebhandlungen, die, wie ich glaube, auf anderem Boden entspringen. Auf der anderen Seite hat man sich vielfach bemüht, die „echten" Zwangsvorstellungen von den Phobien zu scheiden. Das ist nach meiner Ansicht nur für die psychologische, nicht aber für die klinische Betrachtung durchführbar. In den Krankheitsbildern selbst mischen sich die Störungen unentwirrbar miteinander. Ja, ich glaube, wie früher erörtert, daß die eigentliche Macht auch der reinen Zwangsvorstellungen, wenn man von einigen wenigen, später zu berücksichtigenden Fällen absieht, eben in Befürchtungen liegt, sei es, daß die Kranken in der peinlichen Erwartung ihrer Wiederkehr leben und sie gerade dadurch heraufbeschwören, sei es, daß ihr Denken durch die Besorgnis beherrscht wird, sie könnten vielleicht etwas Notwendiges unterlassen. Tatsächlich ist die Aufstellung gesonderter klinischer Krankheitsformen, je nach dem Auftreten von echten Zwangsvorstellungen oder Phobien, niemals in befriedigender Weise gelungen. Selbst Westphal, von dem man diese Scheidung vor allem hätte erwarten sollen, führt in seinem Vortrage über Zwangsvorstellungen einen Fall von Errötungsfurcht an.

Mit der Hysterie verbinden die Zwangsneurose vielfache Beziehungen. Beiden ist gemeinsam die erhöhte gemütliche Erregbar-

keit, vielfach auch die Entladung der Gemütsbewegungen in übertriebenen Ausdrucksformen und körperlichen Ausstrahlungen, wie namentlich beim zwangsmäßigen Erröten und Schwitzen, bei Durchfällen und Erbrechen. Auch der Widerstand, den beide Gruppen von Kranken so oft der ärztlichen Einwirkung entgegensetzen, ihr zähes Festhalten an den von ihnen ausgebildeten Selbstverteidigungsmitteln, bietet gemeinsame Züge. Dennoch ist der allgemeine Zustand des Seelenlebens hier und dort ein wesentlich verschiedener, und auch die klinischen Erscheinungen weichen dementsprechend auseinander. Janet hat mit Recht darauf hingewiesen, daß bei der Hysterie die krankhaften Störungen wesentlich durch äußere Einflüsse hervorgerufen werden, während sie bei der Psychasthenie aus inneren Ursachen hervorgehen. Die Hysterie ist nach meiner Auffassung in erster Linie eine besondere, urwüchsige Form, in der sich leicht erregbare Menschen mit den in ihnen durch die Lebensereignisse erzeugten Gemütsbewegungen abfinden. Bei der Zwangsneurose dagegen haben wir es mit einer inneren Hilflosigkeit zu tun, die das ganze Tun und Treiben des Kranken mit dem Warnungszeichen der Angst und den entsprechenden Schutzmaßregeln umgibt. Mögen daher auch die Entladungsformen der inneren Spannung in beiden Fällen öfters übereinstimmen, so ist doch deren Entstehungsgeschichte eine wesentlich verschiedene. Dagegen kann die Ähnlichkeit der klinischen Bilder dadurch stärker hervortreten, daß sich ihnen Züge der Entartung beimischen, die an sich nicht für sie kennzeichnend sind: rücksichtslose Selbstsucht, unbändiger Eigensinn, Unwahrhaftigkeit.

Im einzelnen sind neben den schon angeführten Störungen, ferner den gelegentlich beobachteten Ohnmachten und Krampfanfällen, namentlich gewisse Formen von Sinnestäuschungen bei der Zwangsneurose als hysterische Beimischungen zu betrachten. Ich denke hier an alle jene Erfahrungen, bei denen sich der Inhalt der Zwangsbefürchtungen in Trugwahrnehmungen von dem Gepräge lebhafter Einbildungsvorstellungen umsetzt; sie können bald selbständig, bald als Verfälschung wirklicher Eindrücke auftreten. Janet hat eine große Zahl von solchen Beispielen gesammelt. Sie entsprechen vollkommen den gemütlich ausgelösten Sinnestäuschungen der Hysterischen und treten auch, wie diese, vielfach nachts auf. Weiterhin aber könnte man versucht sein, gerade

auch die anscheinenden Antriebe der Kranken unter die hysterischen Erscheinungen einzureihen. Wenn unsere früher dargelegte Auffassung dieser Antriebe richtig ist, wäre in ihnen nur der Ausdruck der Erregung zu sehen, die aus der lebhaften Vorstellung einer Handlung fließt, nicht ein aus den Gesamttriebkräften der Seele entspringender Antrieb. Die Leichtigkeit, mit der sich innere Erregungen in verschiedenartige Ausdrucksformen umsetzen, haben wir früher als eine Eigentümlichkeit der Hysterie kennen gelernt. Vielleicht kann man hier an die spielerische Art erinnern, in der manche Hysterische ihre Einbildungen zu Schaustellungen gestalten. Bei der Zwangsneurose mögen ähnliche Neigungen aus den lebhaften Vorstellungen entspringen und so den Kranken die Gefahr des Handelns vorspiegeln, aber sie werden bis auf harmlose Ansätze leicht unterdrückt, weil es sich eben nur um Ausdrucksformen der ängstlichen Vorstellungen handelt.

Auch mit der Erwartungsneurose zeigt die Zwangsneurose eine gewisse Verwandtschaft. Die übereinstimmenden wie die unterscheidenden Merkmale sind früher eingehend erörtert worden. Wir können uns daher mit dem Satze begnügen, daß die Erwartungsneurose sich zur Zwangsneurose ähnlich verhält wie die nervöse Erschöpfung zur Nervosität. Im einen Falle haben wir es mit Störungen zu tun, die durch bestimmte äußere Anlässe hervorgerufen wurden, daher auch oft scharf umgrenzt sind und einer zweckmäßigen Behandlung dauernd und vollständig weichen. Dagegen handelt es sich im anderen Falle um eine ursprüngliche Unzulänglichkeit der Veranlagung, auf deren Boden sich leicht eine Reihe miteinander verwandter, häufig wechselnder Krankheitserscheinungen entwickeln, die allerdings auch durch äußere Anstöße ausgelöst werden können. Da der Grundzustand im wesentlichen unverändert ist, können sich wohl die einzelnen Störungen bessern oder verschwinden, doch wird immer die Gefahr von Rückfällen in gleicher oder ähnlicher Form gegeben sein. Da das Verhältnis zwischen Anlage und äußerer Schädlichkeit alle möglichen Abstufungen darbieten kann, müssen die hier gegebenen Unterscheidungsmerkmale fließende sein.

Sehr große Schwierigkeiten bietet die Abgrenzung der Zwangsneurose vom manisch-depressiven Irresein. Wie schon die Verstimmungen der Nervösen unmerklich in die depressive Veranlagung

oder leichteste periodische Depressionen überzugehen scheinen, so begegnen uns neben den Fällen von Zwangsneurose mit ganz einförmiger Fortdauer der Krankheitserscheinungen oder gar fortschreitendem Verlaufe solche, in denen mehr oder weniger regelmäßige Schwankungen bald nur angedeutet, bald entschieden ausgesprochen sind. Wo wir es mit wirklichen „Anfällen" zu tun haben, bei denen die Störungen sich ohne Anlaß zu einem bestimmten Zeitpunkte einstellen, anwachsen und dann wieder vollständig verschwinden, oft mit überraschender Schnelligkeit, werden wir über die Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein nicht im Zweifel sein, um so weniger, wenn sich die Anfälle in gleicher Form wiederholen, wenn neben den Zwangserscheinungen noch andere Zeichen der Depression (Versündigungsideen, Denk- und Willenshemmung, starke Selbstmordneigung) hervortreten, namentlich aber, wenn sich auch manische Zeiten nachweisen lassen. Auch das Auftauchen von sinnlich deutlichen Trugwahrnehmungen, besonders von Gehörstäuschungen, ferner von Verfolgungsideen und wirklichen Antrieben zur Selbstvernichtung oder Familientötung, die dann durch verzweiflungsvolle Erwägungen begründet werden, weisen nach meiner Erfahrung mit Bestimmtheit auf das manisch-depressive Irresein hin. Ich zweifle nicht, daß so mancher beglückende Heilerfolg bei vermeintlicher Zwangsneurose einer Fehldiagnose in der hier erörterten Richtung zuzuschreiben ist.

Sehr häufig ist aber die Entscheidung weit weniger leicht zu treffen. Auch die anscheinend ganz unverdächtigen Fälle können Schwankungen und, im Anschlusse an äußere Anlässe, tiefere Verstimmungen zeigen. Man wird bei solchen Beobachtungen, wo nicht bestimmte Gründe für die dauernde Niedergeschlagenheit vorliegen, mit seinem Urteil immer sehr vorsichtig sein müssen. Zwangskranke erscheinen, wenn man sie beruhigt oder ablenkt, in der Regel ganz frei und fühlen dann auch gar nichts von der inneren Spannung, die aber bei gegebenem Anlasse ungemein rasch zu höchster Stärke anwachsen kann. Depressive Kranke verlieren das Gefühl des inneren Druckes auch dann nicht völlig, wenn es gelingt, sie ein wenig herauszureißen; in unbewachten Augenblicken kehrt sofort der müde, niedergeschlagene Gesichtsausdruck wieder. Schlaf und Appetit pflegen stärker gestört zu sein; der Lebensüberdruß tritt in der Regel mehr hervor. Mir scheint

auch, daß ein auffallender Wechsel des Zustandes zwischen Morgen und Abend im Sinne einer manisch-depressiven Erkrankung zu verwerten ist. Unter Umständen wird ferner das Vorkommen ausgesprochener manisch-depressiver Erkrankungen bei nahen Blutsverwandten für die Entscheidung mit berücksichtigt werden können. Dubois hat einen Fall von sehr lange dauernder Berührungsfurcht mitgeteilt, die ebenso durch Überredung geheilt wurde, wie die sich anschließende, angeblich durch die Furcht vor der Rückkehr in die Welt verursachte „Melancholie". Die Kranke hatte in der Jugend mehrfach delirante Zustände durchgemacht; ihr Vater litt an zirkulärem Irresein. Die Annahme, daß es sich bei der Tochter um das gleiche Leiden gehandelt haben wird, liegt hier sehr nahe.

Bonhöffer hat mit Recht darauf aufmerksam gemacht, daß man gelegentlich bei Zwangskranken manische Züge beobachten könne, namentlich erhöhte Ablenkbarkeit und innere Ideenflucht. Es ist nicht zu leugnen, daß gerade der Fragezwang und die Grübelsucht mit ihrem abschweifenden, in ganz äußerlicher Anknüpfung immer neue Vorstellungen heraufbefördernden Gedankengange, besonders auch die Anregung durch beliebige äußere Eindrücke, sehr an die Erfahrungen bei Manischen erinnern. Auch die musikalischen Zwangsvorstellungen, namentlich wenn sich mit ihnen der Antrieb zum Mitsummen oder Singen verbindet, könnten gelegentlich in diesem Sinne zu deuten sein, zumal sie mit den übrigen Zwangserscheinungen offenbar nur wenig Berührungspunkte haben. Es erscheint zurzeit noch nicht möglich, die Ausdehnung und Art der Beziehungen zwischen Zwangsneurose und manisch-depressivem Irresein genügend zu übersehen. Stöcker ist geneigt, den eigentümlichen seelischen Tatbestand bei der Zwangsneurose, den Widerstreit zwischen den ängstlichen Anwandlungen und den sich dagegen auflehnenden gesunden Regungen, nach Art der Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins zu deuten. Mir scheint nicht, daß die klinische Beobachtung eine derartige Auffassung rechtfertigt; es gibt doch zweifellos eine große Zahl von Zwangskranken, bei denen für die Annahme einer manisch-depressiven Veranlagung gar keine Anhaltspunkte vorliegen. Überdies finden die Zwangsvorgänge überall Anknüpfungen an Erscheinungen des gesunden Lebens, und auch der Widerstand gegen ihre aufdringliche Gewalt läßt sich ohne weiteres aus gesunden Strebungen verstehen, ohne

daß man dazu manische Zustände heranzuziehen brauchte. Immerhin wird man wohl dahin kommen, manche Fälle dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen, die man heute noch zur Zwangsneurose zählt. Wir dürfen hoffen, daß durch derartige Grenzberichtigungen und auch durch eine zutreffendere Beurteilung hysterischer Beimischungen das buntscheckige Krankheitsbild der Zwangsneurose an innerer Einheitlichkeit gewinnen wird.

Mit wenigen Worten sei zum Schlusse noch der Abgrenzung der Zwangsneurose von der Dementia praecox gedacht. Das scheue, zurückgezogene Wesen unserer Kranken, ihre Absonderlichkeiten im Benehmen, namentlich auch die unaufhörlichen Wiederholungen derselben Handlungen und Bewegungen, können mit der „autistischen" Abschließung und den Manieren der Schizophrenen verwechselt werden, wenn natürlich auch zwischen den Krankheitsformen selbst durchaus keine Gemeinschaft besteht; haben wir es doch im einen Falle mit einem zerstörenden Vorgange, im anderen mit einer Entwicklungshemmung zu tun. Die Entscheidung wird nicht schwer fallen, wenn es gelingt, einen Einblick in das Innere des Kranken zu gewinnen, was jenachdem durch Negativismus oder durch ängstliches Mißtrauen erschwert werden kann. Das ganze Verhalten bei der Zwangsneurose findet seine Begründung in ängstlichen Befürchtungen, die freilich sehr unsinnig anmuten können. Der Kranke wird zugänglich und natürlich, sobald man sein Vertrauen gewinnt, und zeigt dann in der Regel ein wenigstens allgemeines Verständnis für seine Lage, die ihn quält und bedrückt. Demgegenüber sind die Manieren der Schizophrenen rein triebartige Entladungen, gemeinhin ohne Zusammenhang mit bestimmten Absichten. Der Kranke klärt uns nicht über ihre Bedeutung auf, vermag es wohl meist auch nicht. Gelingt es, sich mit ihm in Beziehung zu setzen, so ist man überrascht über das Fehlen innerer seelischer Zusammenhänge und über die Gleichgültigkeit, mit der er seinen Krankheitsäußerungen gegenübersteht. Nach diesen Gesichtspunkten wird man in der Regel auch dort zu einer Entscheidung kommen, wo sie durch Minderwertigkeit der geistigen und gemütlichen Anlage oder durch Beimischung ausgesprochenerer Entartungsmerkmale erschwert wird. —

Die Bekämpfung der Zwangsneurose wird im allgemeinen nach denselben Gesichtspunkten zu verfahren haben, wie wir sie

im vorigen Abschnitte aufgestellt haben; wir können also hier darauf zurückverweisen. Gegen die besonderen Krankheitserscheinungen hilft, soviel ich sehe, nur eine ausdauernde, geduldige Erziehung, die allmählich das stark gesunkene Selbstvertrauen wieder zu heben und den Kranken Schritt für Schritt zum Siege über den krankhaften Zwang zu führen sucht. Es ist nützlich, ihn über die Eigenart seines Leidens und die Bedeutung der einzelnen Störungen möglichst sachlich aufzuklären. Man wird ihn dabei vor allem darüber beruhigen, daß er sich nicht im Beginne einer schwereren Geistesstörung befindet, wie er fast immer annimmt, sondern daß es sich um eine ängstliche Veranlagung und um Mangel an Selbstvertrauen handelt, die bis zu einem gewissen Grade durch Übung und Stählung des Willens überwunden werden können. Die eigentlichen Zwangsvorgänge wird man als verhältnismäßig harmlose Störungen darstellen, deren gelegentliches Wiederauftreten keine ernstere Bedeutung habe. Dabei muß man sich aber sehr davor hüten, in dem Kranken den Eindruck entstehen zu lassen, daß man die Schwere seines Leidens unterschätze, ihn für einen eingebildeten Kranken halte oder ihm nicht die volle Wahrheit sage, da er sich sonst noch mehr beunruhigen und zudem einfach einen anderen, nicht immer besseren Arzt aufsuchen wird.

Man wird ferner dem Kranken den Rat geben, dem Auftauchen der Zwangserscheinungen nicht durch besondere Willensanspannung, die seine Ängstlichkeit nur zu vergrößern pflegt, sondern durch Ablenkung zu begegnen. Ausgezeichnete Dienste pflegen neben der in erster Linie stehenden regelmäßigen Berufstätigkeit ein zwangloser Verkehr mit verständigen Freunden, der Besuch von anspruchslosen Vergnügungen, kleine und größere Ausflüge, behagliche Reisen mit längerem Aufenthalte in interessanten Gegenden zu leisten. Auch die Beschäftigung mit Liebhabereien, kleinen Künsten und Handfertigkeiten, ferner eine nicht zu weit getriebene künstlerische Betätigung wird anzuraten sein, weil sie das Selbstvertrauen und die Schaffensfreudigkeit beleben. Wenn es der körperliche Zustand irgend zuläßt, wird man zur Kräftigung des Willens und der Entschlossenheit die Ausübung des Sports in irgendeiner zusagenden Form und möglichst in Gemeinschaft mit anderen dringend empfehlen. Um dem Kranken die planmäßige Durchführung aller dieser Maßnahmen zu ermög-

lichen, ihm seine Zweifel zu benehmen, ihn zu beruhigen und seinen Mut zu beleben, wird eine gewisse Führung durch einen verständnisvollen Arzt erforderlich, der in häufigen und eingehenden, später selteneren Besprechungen überall den Anfängen der sich einnistenden Zwangserscheinungen entgegenarbeitet, ohne doch den Kranken von sich abhängig zu machen. Dubois hat für diese von ihm mit großer Kunst geübte Behandlungsart eingehende Vorschriften gegeben; freilich kann sie nur derjenige erlernen, der dafür geboren ist. Als Einleitung schickt Dubois hier, wie in der Regel, eine Zeit der Isolierung mit Bettruhe, reichlicher Ernährung und leichter Massage voraus. Bei schwereren Krisen kann die hypnotische Eingebung öfters fast plötzlich Beruhigung bringen. Da sie aber nicht für die Dauer hilft, wird man sie nur vorübergehend und sparsam anwenden, um den Kranken nicht zu unselbständig werden zu lassen.

Oppenheim hat den Versuch gemacht, durch besondere Übungen, eine Art Gedankenturnen, die Kranken zur besseren Beherrschung ihrer Gedankengänge zu erziehen. Sie sollen dabei lernen, mit einer gewissen Macht auftauchende Vorstellungen willkürlich zu unterdrücken. Zu diesem Zwecke läßt er sie geläufige Vorstellungsreihen, Gedichte, Zahlenreihen, Wochentage, Monate, innerlich aufsagen und auf ein bestimmtes Zeichen abbrechen, ferner die Fortsetzung solcher vom Arzte angeregter Reihen willkürlich unterdrücken. Es muß wohl bezweifelt werden, ob derartige Übungen unmittelbar die Widerstandsfähigkeit des Kranken gegenüber der Triebkraft ängstlicher Vorstellungen zu erhöhen vermögen; die Bedingungen sind doch in beiden Fällen durchaus verschieden. Immerhin kann auf diese Weise das Selbstvertrauen des Kranken gestärkt werden, so daß er den drohenden Anfällen seines Leidens mit größerer Sicherheit entgegensieht und ihnen damit einen Teil ihrer Macht nimmt.

Die Anschauung, daß die Zwangsvorgänge durch alte, verdrängte Erlebnisse hervorgerufen würden, hat auch hier zur Anwendung von Verfahren geführt, durch die solche Erlebnisse nicht nur aufgedeckt, sondern eben dadurch unschädlich gemacht werden sollen. Vor allem wurden der Psychoanalyse durch ihre Anhänger hier große Behandlungserfolge prophezeit. Es scheint nicht, daß sich diese Erwartungen erfüllt haben. Warda, der auf dem Boden

der Freudschen Lehre steht, hat durch die psychoanalytische Aufklärung keine Wirkung zu verzeichnen gehabt, und Strohmeyer, der ebenfalls die Angst als eine „von ihrer Verwendung abgelenkte Libido" betrachtet, stellt fest, daß die Behandlung nicht immer ohne weiteres den Satz von dem Verschwinden der Wirkung nach Beseitigung der Ursache bestätige. Er sah im Gegenteil einen erstaunlich geringen Einfluß der Psychoanalyse auf das Grundgefüge der Psychoneurose. Ich kann nicht sagen, daß mich diese Feststellungen besonders überrascht hätten. Auch ich hatte Gelegenheit, Fälle zu sehen, die psychoanalytisch behandelt waren, freilich nicht von mir, und ich konnte nicht bemerken, daß die „frei flottierende Angst" durch den auch älteren Leuten gegebenen Rat zur Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs beseitigt worden wäre. Im Gegenteil kam es mir vor, daß dann von den entsetzten Kranken Geschlechtskrankheiten erworben wurden, was ihren Gemütszustand nicht gerade verbesserte. Ich meine, jeder gewissenhafte Arzt sollte sich mit Empörung von der Behandlung nervöser Leiden durch Empfehlung außerehelicher geschlechtlicher Betätigung abwenden, wie sie von manchen Jüngern Freuds geübt wird!

Auch Frank hat aus seinen Anschauungen über die Ursachen der „Affektneurosen" ein Heilverfahren abgeleitet, das in der Hauptsache auf ein „Abreagieren" in der Hypnose hinausläuft. Er schildert, wie bei diesem Verfahren, in dem der Kranke die „pathogenen" Erlebnisse in mehr oder weniger langer Reihe aufrollt, deren Bild mit größter Lebhaftigkeit und unter starker gemütlicher Erregung auftaucht; durch diese Wiederbelebung, unter Umständen nach häufiger Wiederholung, soll dann Beruhigung und Heilung eintreten. Das ist die „Psychokatharsis". Bezzola, der sich ebenfalls bemüht, in der Hypnose die Erinnerungsbruchstücke zu ergänzen, spricht von einer „Psychosynthese". Daß diese Maßregeln, bei denen sich der Arzt täglich stundenlang mit dem Kranken beschäftigt und ihm die Überzeugung einpflanzt, er werde so Beruhigung finden, helfen können, ist nicht zu bezweifeln, namentlich, wenn sie von überzeugten Therapeuten gehandhabt werden. Ob die Wirkungen gerade auf dem angenommenen Wege zustande kommen und somit geeignet sind, die Voraussetzungen zu stützen, von denen das Verfahren ausgeht, möchte ich dahingestellt sein lassen. Wir sehen ja, daß ähnliche Erfolge auch durch

die einfache Überredungskunst Dubois' ohne Erweckung pathogener Erinnerungen und auch noch auf manche andere Weise erzielt werden können, wenn nur der Arzt die Fähigkeit hat, sich das Vertrauen des Kranken zu erwerben und sein Selbstvertrauen zu heben.

Von den gewöhnlichen Nervenkuren, namentlich in Anstalten, möchte ich nach meinen Erfahrungen im allgemeinen abraten. Die dabei zur Anwendung gebrachten Mittel, Massage, Gymnastik, Wasserbehandlung, Elektrizität usw., sind in diesen Fällen nutzlos und bestärken den Kranken nur in seinem Gefühle der Unsicherheit und Hilfsbedürftigkeit. Ganz besonders ist vor längeren Beurlaubungen aus der Berufstätigkeit „zur Erholung" zu warnen. Sie können für den Kranken geradezu verhängnisvoll werden, weil sie ihm die äußere Stütze der regelmäßigen Pflichterfüllung nehmen, an die sich sein Selbstvertrauen klammerte. Nach wenigen Wochen sollte unter allen Umständen die Rückkehr in irgendeine planmäßige Tätigkeit erfolgen, die meist wieder überraschend gut bewältigt werden kann. Die Anwendung stark wirkender Arzneimittel, ganz besonders des Morphiums, ist wegen der Gefahr der Gewöhnung durchaus zu vermeiden; ich halte daher die von Dornblüth empfohlene planmäßige Opiumbehandlung für außerordentlich bedenklich. Auch mit dem Alkohol sei man aus diesem Grunde vorsichtig, obgleich kleine Gaben öfters dem Auftreten der Angst in unverkennbarer Weise vorbeugen.

C. Das impulsive Irresein.

Unter der vorläufigen Bezeichnung des impulsiven Irreseins wollen wir alle diejenigen Formen des Entartungsirreseins zusammenfassen, denen die Entwicklung einzelner krankhafter Neigungen und Triebe eigentümlich ist. Dabei sollen die Verirrungen des Geschlechtstriebes wegen ihrer Häufigkeit und Wichtigkeit in einem besonderen Abschnitte behandelt werden. Wir betreten hier ein noch sehr wenig erforschtes Gebiet der Psychiatrie, dessen innere Einheitlichkeit ebenso zweifelhaft ist wie seine Umgrenzung.

Das allgemeine Kennzeichen der das klinische Bild beherrschenden Triebhandlungen liegt darin, daß sie nicht aus vor-

bereitenden Überlegungen und klaren Beweggründen hervorgehen, sondern ausgeführt werden, weil der Kranke sich einfach zu ihnen gedrungen fühlt. Es kommt über ihn, so daß er handeln muß, unter Umständen sehr gegen seine bessere Überzeugung. In der Regel trägt sein Tun daher den Stempel des Unvermittelten, Unvorbedachten, Zwecklosen, ja des Widersinnigen, weil es eben nicht durch einen zielbewußten Plan, sondern durch einen plötzlich auftauchenden und sofort zur Ausführung drängenden, häufig sehr unklaren Antrieb hervorgerufen wird. Im Gegensatz zu den Zwangsbefürchtungen erscheint dem Kranken sein Handeln im allgemeinen nicht als unnatürlich und aufgezwungen, sondern als der Ausdruck des eigenen Willens. Das ihm vorschwebende Ziel hat für ihn etwas Lockendes, Verführerisches, ja, der Drang, es zu erreichen, kann, namentlich dort, wo er mit einer geschlechtlichen Unterströmung einhergeht, zur unbezähmbaren Gier werden, die für die Ausführung volle und ausgiebige Befriedigung verspricht. Wenn der Kranke dem Antriebe folgt, empfindet er zumeist unmittelbar eine tiefe Genugtuung. Jeder Behinderung sucht er sich zu entziehen; Mißlingen erzeugt Bedauern. Allerdings kann es vor der Ausführung bedenklicher oder gefährlicher Handlungen zu einem inneren Kampfe kommen, insofern gegen sie die erworbenen, anerzogenen Hemmungen ihren Einfluß geltend machen. Oft genug aber werden selbst die schlimmsten Handlungen ohne Zaudern, mit ruhiger Selbstverständlichkeit ausgeführt. Von wirklicher Reue ist nicht selten gar keine Rede, und die Wahrnehmung der üblen Folgen für die eigene Person oder für andere pflegt zu einer Unterdrückung späterer ähnlicher Antriebe nicht im mindesten auszureichen.

Der Inhalt der Triebhandlungen ist vielfach ein gleichgültiger, und zahlreiche Menschen mit „absonderlichen Einfällen", unvermittelt hervortretenden und ebenso rasch wieder verschwindenden Antrieben bilden die Übergänge von den schweren, unzweifelhaft krankhaften Formen des impulsiven Irreseins zum gesunden Verhalten. Wir werden ihnen späterhin bei den „Triebmenschen" mit starker Entwicklung niederer Willensformen in verschiedenen Gestaltungen begegnen. An dieser Stelle sollen indessen nur diejenigen Triebhandlungen besprochen werden, die stark aus dem Rahmen des Gesunden herausfallen und ohne weiteres ihren krankhaften Ursprung verraten.

Dahin gehört in erster Linie die Neigung zur Brandstiftung („Pyromanie"). Die bei weitem größte Zahl der triebhaften Brandstifter entfällt auf das weibliche Geschlecht. Meist handelt es sich um jugendliche Personen unmittelbar vor oder in den Entwicklungsjahren, die zur Zeit der Menses besonders gefährdet sind. Eine sehr wesentliche Rolle in der Entstehungsgeschichte dieser Triebhandlungen scheint das Gefühl der Vereinsamung und Verlassenheit[1]) zu spielen, das die jungen Mädchen befällt, wenn sie, unreif und unerfahren, in fremde, ungewohnte Abhängigkeitsverhältnisse versetzt werden. Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Verstimmungen, Angstzustände, unbezwingliches Heimweh erzeugen den brennenden Wunsch, auf irgendeine Weise den immer unerträglicher werdenden Verhältnissen zu entfliehen. Daraus entwickelt sich dann der Antrieb, irgend etwas zu tun, was die Sachlage rasch und vollständig ändert. In anderen Fällen fehlen solche Überlegungen, und es taucht nur bei irgendeinem Anlasse plötzlich der Drang auf, anzuzünden.

Bisweilen geht die krankhafte Freude am flackernden Feuer und der unbezähmbare Wunsch, sich diesen Anblick zu verschaffen, bis in die Kindheit zurück. Meist folgen dann die Brandstiftungen in kurzen Zwischenräumen reihenweise aufeinander. Nach der Tat erscheinen die Kranken unauffällig, leugnen vielleicht zunächst, gestehen aber dann in der Regel bald ein, ohne jedoch einen verständlichen Beweggrund für ihre Handlungsweise angeben zu können. Eine Frau, die wegen immer wiederholter, sinnloser Brandstiftungen fast ihr ganzes Leben im Zuchthause zugebracht und auch dort angezündet hatte, konnte nur sagen, daß es sie einfach dazu getrieben habe. Bisweilen scheint der Alkohol eine auslösende Rolle zu spielen, so in einem berühmt gewordenen Falle, in welchem ein Student zahllose Brände in immer genau derselben Weise angelegt hatte. Die klinische Deutung des Falles ist jedoch nicht ganz sicher.

Die triebhaften Brandstifter erscheinen häufig körperlich und seelisch kindlich, unentwickelt. Einige Male wurde mir über elterlichen Alkoholismus, Krämpfe in der Kindheit, langes Bettnässen berichtet. Ihre Verstandesbegabung ist meist gering. Manche werden als schüchtern, sanft, folgsam, unselbständig, andere als erregbar, jähzornig, lügenhaft geschildert. Hie und da begegnen

[1]) Jaspers, Heimweh und Verbrechen, Diss. 1909.

uns Andeutungen hysterischer Störungen. Ein tieferes Verständnis für die Tragweite ihres Handelns geht den Kranken meist ab; sie haben sich nichts Besonderes dabei gedacht; es kam so über sie; sie konnten sich nicht mehr helfen. Wie es scheint, verliert sich die Neigung zur Brandstiftung späterhin gewöhnlich ganz; nur in einzelnen Fällen, wie bei der obenerwähnten Frau, überdauert sie die Entwicklungszeit. —

In naher klinischer Verwandtschaft zu den triebhaften Brandstiftern steht offenbar eine Gruppe jugendlicher Personen, die ohne rechte Begründung schwere Angriffe auf das Leben der ihrer Obhut übergebenen Kinder machen. Es scheint sich ausschließlich um Mädchen zu handeln, was sich aber möglicherweise nur aus ihrer Verwendung als Kinderpflegerinnen erklärt. Auch hier haben wir es regelmäßig mit geistig und meist auch körperlich zurückgebliebenen Geschöpfen in kindlichem Alter oder in den Entwicklungsjahren zu tun, die viel sich selbst überlassen sind, sich in ihrem Dienste unglücklich fühlen und vom Heimweh gequält werden. Da das Kind ihnen als die Fessel erscheint, die sie in ihrer drückenden Lage festhält, empfinden sie einen starken Widerwillen gegen die unschuldige Ursache ihrer seelischen Bedrängnis und schreiten ohne weitere Überlegung dazu, sie aus dem Wege zu räumen. Die schon im allgemeinen Teile von mir angeführte Kranke, die mit 13—14 Jahren nacheinander sechs ihr anvertraute Kinder durch Einstechen einer Hutnadel in die Fontanelle tötete, kam darauf, weil sie früher einmal davon gehört hatte; sie dachte sich, das könne sie auch machen, wenn ihr das Kind lästig werde. Wenn die Kinder viel schrien, griff sie zu ihrem Auskunftsmittel; sie konnte sie nicht leiden, hatte einen Zorn auf sie, wollte sie weg haben. Nachher war es ihr schon leid, und sie wünschte, daß sie es nicht getan hätte, schritt aber doch wieder dazu, weil sie meinte, es komme nicht ans Licht. Von wirklicher Reue oder tieferem Verständnis für die Bedeutung ihrer Tat war nicht die Rede. In anderen Fällen fehlt überhaupt jede faßbare Begründung. Ein von Emminghaus erwähntes und auch von mir beobachtetes 13jähriges Mädchen, das zwei ihrer Pflege anvertraute Kinder, darunter ihr eigenes Brüderchen, einfach erstickte, konnte keinen anderen Beweggrund angeben, als den, daß „ihr die Lust dazu kam". Sie hatte übrigens auch eine Brandstiftung

verübt, ein Zeichen dafür, daß diese Triebhandlungen, die auf die Beseitigung einer beengenden Fessel hinauslaufen, auf demselben Boden erwachsen. Sehr bemerkenswert ist die gleichförmige Wiederholung desselben Vorganges bis zur Entdeckung. Sie ist allen Triebhandlungen gemeinsam und zeigt uns, daß sie aus Regungen hervorgehen, die durch die Wahrnehmung der Folgen, durch Reue, Überlegungen, gute Vorsätze kaum beeinflußt werden.

Mit der Reifung der Persönlichkeit, die allerdings öfters unvollkommen bleibt, scheint sich auch hier die Neigung zu Triebhandlungen zu verlieren; natürlich werden zugleich die sonstigen Bedingungen fortfallen, unter denen sie zustande kamen. Die anscheinend gänzlich gefühllosen Kindsmörderinnen können sich dann als stille, sanfte, arbeitsame, im Handeln und Benehmen unauffällige Geschöpfe erweisen, deren Gesichtskreis allerdings eng, deren geistige Regsamkeit gering und deren Vorstellungsschatz ärmlich zu bleiben pflegt. —

Ein wesentlich anderes Bild bieten die triebhaften Giftmischer dar. Selbstverständlich kann der Giftmord zu rein selbstsüchtigen Zwecken geübt werden, um eine unbequeme Person oder einen Feind aus dem Wege zu räumen oder den Anfall einer Lebensversicherung zu beschleunigen. Alles das trifft für die hier zu besprechenden Fälle nicht zu. Vielmehr handelt es sich um jene glücklicherweise seltenen Persönlichkeiten, die ohne erkennbaren Grund eine mehr oder minder lange Reihe ihnen gleichgültiger oder nahestehender, selbst geliebter Personen aus dem Leben schaffen, bei ihrer Erkrankung lebhafte Teilnahme zeigen und ihren Tod aufrichtig betrauern. In der Hauptsache, nach Charpentiers[1]) Angaben 7 mal unter 10 Fällen, handelt es sich um Frauen; die entsetzlichen Gestalten einer Lukrezia Borgia, Marquise de Brinvilliers, Gesche Gottfried, Margarete Zwanziger, Geheimrätin Ursinus sind durch ihre Taten bekannt genug geworden. Im gewöhnlichen Leben brauchen diese Geschöpfe gar keine auffallenderen Züge aufzuweisen. Sie können persönlich liebenswürdig, freigebig, hilfsbereit, salbungsvoll, bigott, geistig begabt sein. Ihr Gefühlsleben ist aber regelmäßig ein oberflächliches, selbstsüchtiges; sie pflegen eitel und ehrgeizig zu sein, neigen zu Unaufrichtigkeit, Lügenhaftigkeit, Phantasterei und Heimtücke.

[1]) Charpentier, Les empoisonneuses. 1906.

Die Giftmischerei ist die furchtbare, verborgene Waffe der Schwachen. Wie bei der Brandstiftung lassen sich hier durch unscheinbare Handlungen die allergrößten Wirkungen erzielen. Das schließt an sich schon einen starken Anreiz für denjenigen in sich, der weder Mut noch Kraft zu großen Taten besitzt, aber doch vom Machtkitzel gestachelt wird. Wenn die jungen Brandstifterinnen und Kindsmörderinnen Befreiung aus einer für sie unerträglichen Lebenslage suchen und in irgendeiner Weise ihrer inneren Spannung Luft machen müssen, so entspringt hier das Handeln anscheinend aus der brennenden Begierde, Herr über Leben und Tod zu sein, gewissermaßen wie ein Gott zu schalten. Als freundliches Geschenk wird das tödliche Gift übersandt, den Speisen des gemeinsamen Mahles beigegeben, in Süßigkeiten den spielenden Kindern dargereicht. Auch hier scheint die Macht des Antriebes eine sehr große zu sein, da das Treiben trotz seiner erschütternden Folgen, trotz der Gefahren der Entdeckung bis zum gewaltsamen Ende, bisweilen Jahrzehnte hindurch, fortgesetzt zu werden pflegt. Dem oberflächlichen Bedauern über das angerichtete Unglück und der Furcht vor dem drohenden Strafgericht gesellt sich dann in der Regel eine heimliche Genugtuung über die rasch erlangte Berühmtheit hinzu. —

Eine kurze Erwähnung verdienen an dieser Stelle vielleicht auch die gewohnheitsmäßigen anonymen Briefschreiber, deren Gesinnung und Beweggründe eine gewisse Verwandtschaft mit denjenigen der Giftmischer aufweisen. Alle möglichen gehässigen Erfindungen und Entstellungen, wie sie der geschäftige Klatsch zu erzeugen pflegt, werden ohne ersichtlichen Zweck in gesucht hämischer oder unflätiger Darstellung an die verschiedensten Personen des Bekanntenkreises gesendet, um überall Ärger, Verdruß und Feindschaft zu säen. Der Reiz dieser heimlichen Bosheiten und der durch sie bewirkten Verwirrung kann dazu führen, daß die Briefschreiberei zu einer Art Lebensaufgabe wird, die viele Jahre hindurch die ganze Arbeitskraft in Anspruch nimmt. Fast immer ist es das schwächere Geschlecht, das sich der Waffe der Heimtücke bedient, um der unter den Reibungen des Gemeinschaftslebens angesammelten Gehässigkeit Luft zu machen und ohne Aufwand von Mut und Tatkraft das Gefühl der Macht zu genießen. Regelmäßigkeit handelt es sich um oberflächliche, kleinliche,

eitle, gemütsarme Persönlichkeiten, die in solchem Treiben ihre Befriedigung finden. —

Wenn die triebhafte Mordlust der Giftmischer dem gesunden Empfinden vollkommen unbegreiflich erscheint, führen von dem nunmehr zu betrachtenden krankhaften Stehltriebe („Kleptomanie") unverkennbare Beziehungen zu den gewöhnlichen Triebfedern der Begehrlichkeit und der Habsucht hinüber. Ganz besonders gilt das von einer ersten Gruppe, den „Warenhausdiebinnen". Es handelt sich hier um Frauen, die der ungeheuren Verführung nicht widerstehen können, wie sie die lockenden, gleichsam zum Zugreifen hergerichteten Auslagen unserer großen Warenhäuser darstellen. Unter solchen Umständen kann bei Personen, die sonst jeden Eingriff in fremdes Eigentum weit von sich weisen würden, ein Zustand von aufgeregter Begehrlichkeit erzeugt werden, so daß sie ohne Rücksicht auf ihre Bedürfnisse, die Möglichkeit der Verwertung, die Folgen ihres Tuns einstecken, was ihnen in die Hand fällt. Bei der Entdeckung erklären sie dann, sie könnten sich nicht erklären, wie sie dazu gekommen seien; es habe sie zu ihrer Tat getrieben. Derartige Aussagen sind naturgemäß mit größter Vorsicht aufzunehmen. Dennoch sprechen die Tatumstände wie das Verhalten der Täterinnen vielfach dafür, daß sie in einer gewissen Verwirrung gehandelt haben, daß Überlegung und Selbstbeherrschung durch triebhafte, mit lebhafter innerer Erregung einhergehende Anreize über den Haufen geworfen wurden. Im gleichen Sinne läßt sich die Begünstigung solcher Diebstähle durch die Menstrualzeit wie die Häufigkeit hysterischer Begleiterscheinungen deuten; eine meiner Kranken, die auch sonst schon an Krämpfen gelitten hatte, verfiel nach der Verhaftung in einen Ganserschen Dämmerzustand. Bei bis dahin unbescholtenen Täterinnen wird die Annahme einer Triebhandlung selbstverständlich näher liegen, als bei Gewohnheitsdiebinnen.

Es läßt sich jedoch die Erfahrung nicht von der Hand weisen, daß auch unter diesen letzteren Fälle vorkommen, bei denen ebenso die ungeheuerliche Ausdehnung und die Sinnlosigkeit des Stehlens wie die Angaben der Täter selbst eine triebhafte Unwiderstehlichkeit des Dranges nahelegen. Auch hier überwiegt bei weitem das weibliche Geschlecht, das namentlich in der Zeit geschlechtlicher Umwälzungen, während der Menses, in der Schwangerschaft, ver-

hältnismäßig leicht derartigen Regungen unterliegt. Bisweilen geht der Stehltrieb schon bis in die Jugend zurück. Eine Kranke hatte von jeher die Neigung, sich Eßwaren und Süßigkeiten anzueignen, kämpfte viel dagegen, preßte bei verführerischen Gelegenheiten die Hände zusammen, um dem Anreiz nicht nachgeben zu müssen; eine andere schnitt sich die Taschen aus den Kleidern, um nichts einstecken zu können. Eine in sehr guten Vermögensumständen aufgewachsene Dame „stibitzte" seit ihrem 11. Jahre bei Verwandten und Bekannten, späterhin auch bei Fremden, was ihr nur immer zugänglich war. Sie betrat in den Pensionen, in denen sie wohnte, ohne weiteres fremde Zimmer, öffnete Schränke und Kasten, durchwühlte Schubladen, nahm an sich, was ihr in die Hände fiel, las Briefe, zerriß Papiere. Manchmal steckte sie Gegenstände vor den Augen der Besitzer zu sich, behielt sie und behauptete später, sie gekauft zu haben. In der Regel aber werden die Diebstähle nur bei besonderem Anlasse, bei günstiger Gelegenheit ausgeführt; die Kranken nehmen einen herumliegenden Gegenstand an sich, tun unbemerkt einen Griff in die offenstehende Ladenkasse, lassen bei Einkäufen noch andere Waren mitgehen. Große Dreistigkeit wie überlegte Schlauheit des Vorgehens spricht dabei durchaus nicht ohne weiteres gegen die Triebhaftigkeit.

Am einleuchtendsten ist diese offenbar dort, wo die Diebstähle ganz unsinnig und zwecklos erscheinen. Wenn die gestohlenen Gegenstände vom Täter in irgendeiner Weise gebraucht oder verwertet werden können oder gar wirklich verwendet werden, wird man natürlich an eigennützige Beweggründe zu denken haben. Anders liegt die Sache indessen, wenn derartige Möglichkeiten ausgeschlossen sind, wenn der Wert des Gestohlenen außer jedem Verhältnisse zu der Größe der Entdeckungsgefahr und zu der wirtschaftlichen Lage des Täters steht, sodann, wenn die Handlung nach Familiengeschichte und Erziehung ganz fremdartig in das Leben hineinragt. Noch deutlicher wird die triebhafte Grundlage des Handelns, wenn der Täter dem Bestohlenen regelmäßig alsbald sein Eigentum wieder zustellt, wie es öfters, auch durch Vermittlung der mit der Sachlage bekannten Angehörigen, geschieht. Allerdings sind die hier angedeuteten Unterschiede in der Wirklichkeit nicht immer so scharf zu fassen. Eine Frau, die sich gedrungen fühlte, auf der Straße Holzstückchen an sich zu nehmen, dann Reißnägel,

ein anderes Mal Bartwichse entwendete und von „Diebesträumen" heimgesucht wurde, machte später auch einmal den Versuch, Geld zu stehlen, und verschaffte sich auf gleiche Weise Fleisch und Wurstwaren. Die schon obenerwähnte wohlhabende Massendiebin eignete sich neben Stoffresten, Goldborten und Modebildern Klosetkörbchen, Fingerhüte, Scheren, Kleiderhaken, Geduldspiele, Tennisbälle, Zigarren, Stahlfedern, Seifenschachteln, Photographierahmen an und schnitt Bilder aus Büchern heraus; sie stahl aber auch einen Pelz, obgleich sie deren schon zwei besaß, ferner Geld, einen wertvollen Ring, Brillanten, die sie wie zufällig auf der Straße verlor und dann wieder fand, um sie nun für sich zurechtmachen zu lassen.

Hie und da bestehen bei den Diebstählen Beziehungen zu geschlechtlicher Erregung. Das gilt namentlich für die Entwendung von Gegenständen, die, wie wir später zu besprechen haben werden, als Fetisch für die Erzeugung von Geschlechtslust dienen, Schuhe, Blusen, Schürzen, Unterröcke, Taschentücher u. dgl.; sie werden dann ohne zunächst erkennbaren Zweck in großen Mengen zusammengestohlen. Aber auch der Vorgang des Stehlens selbst kann mit geschlechtlichen Empfindungen einhergehen. Das Bindeglied ist anscheinend in der heimlichen Erwartung und Spannung zu suchen. Försterling berichtet von einer Kranken, die schon als Schulkind unter den Erscheinungen von Angst, Beklemmung, Schweißausbruch stahl. Im Anschlusse an eine Züchtigung, die Orgasmus ausgelöst hatte, gewann dieser ängstliche Spannungszustand eine sexuelle Färbung. Noch später, als die Kranke für einen Diebstahl mit einer ebenfalls geschlechtlich erregend wirkenden Ohrfeige bestraft worden war, schlossen sich bei ihr auch an die Entdeckung von Diebstählen sexuelle Gefühle an.

Triebhafte, gehäufte und unüberlegte Diebstähle sind bei Kindern nicht allzu selten. Mit der Reifung und Festigung der Gesamtpersönlichkeit pflegt sich die Neigung dazu in der Regel zu verlieren. Wo sie in der hier geschilderten Form auch beim Erwachsenen fortbesteht, wird man die Zeichen minderwertiger Veranlagung niemals vermissen. In meinen Fällen bestand überall erbliche Belastung, einmal neben anderem durch Sammelwut des Vaters. Einige Kranke waren bei leidlicher Verstandesbegabung ernst, still, verschlossen, leicht erregbar, dabei sehr sparsam und fleißig; andere

zeigten auffallenden Stimmungswechsel. Die oben mehrfach erwähnte Massendiebin wurde als eigensinnig, schwer erziehbar, lügnerisch, neugierig, unstet geschildert. Sie erklärte, sie könne ihren Geist nicht zusammennehmen, fühle sich nirgends wohl, habe keinen Frieden in sich; alles gehe ihr auf die Nerven, langweile sie; das Leben sei so lang und so ermüdend. Ihre Bildung war eine ganz oberflächliche; sie vermochte und liebte durchaus nicht, sich zu beschäftigen, quälte Katzen und Hunde, zerstörte ohne Anlaß, hatte, obgleich sie verheiratet war, eine entschiedene Abneigung gegen den Geschlechtsverkehr und zog es vor, sich durch Onanie, auch mit Frauen, zu befriedigen. Regelmäßig konnte ich einzelne, mehr oder weniger ausgesprochene hysterische Krankheitszeichen beobachten, Stimmungswechsel, Angstzustände, Lebensüberdruß, Selbstmordneigung, Schwindelanfälle, Lach- und Weinkrämpfe, Globus, konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung, Nachtwandeln, Schlafstörungen.

Die Stellung der Kranken zu ihren Triebhandlungen war verschieden. Einige erklärten, daß sie bei den Diebstählen überhaupt nichts dächten, wie im Traume handelten, es gar nicht begreifen könnten, während andere einen gewissen Reiz im Verbotenen finden, sich an dem ohnmächtigen Ärger der Bestohlenen freuen. Eine Kranke, die auch unsinnig viel Spielsachen einkaufte, erklärte, sie habe geradezu „eine Sucht" gehabt, zu stehlen. Ihr gefiel alles so, was sie sah. „Andere können vorbeigehen, wenn sie etwas sehen — ich nicht." Sie habe keine Ruhe, bis sie nicht das habe, was ihr gefalle; nachher möge sie es nicht mehr. Wenn sie die Sachen habe, höre das unangenehme Gefühl auf. Auch ein 15jähriger Junge gab an, er habe ein Gefühl, das ihn zwinge, sich fremde Sachen anzueignen. Er sehe ein, daß er nicht recht tue, könne es sich aber nicht abgewöhnen und empfinde hinterher weder Reue noch Ärger darüber.

Eine befriedigende Abtrennung des krankhaften Stehltriebes von anderen Formen des gewohnheitsmäßigen Diebstahls läßt sich schwer durchführen. Abgesehen von den schon erörterten Schwierigkeiten ist darauf hinzuweisen, daß es in großer Zahl Menschen mit unausrottbarem Hange zum Stehlen gibt, die den Diebstahl durchaus als Erwerbsquelle, als Lebensberuf betrachten, den sie planmäßig möglichst einträglich zu gestalten suchen. Diese

werden wir ebenso von den Kleptomanen in unserem Sinne zu unterscheiden haben wie die willensschwachen, erwerbsunfähigen seelischen Krüppel, denen das Eigentumsvergehen neben dem Bettel das einzige Mittel ist, sich den Lebensunterhalt zu verschaffen. —

Eine merkwürdige kleine Gruppe von Entarteten, die sich den Kleptomanen vielleicht anschließen läßt, sind die Kaufsüchtigen und triebhaften Schuldenmacher; meine eigenen Fälle betrafen sämtlich Frauen. Die Kranken haben die Neigung, weit über ihre Mittel und namentlich auch ohne jeden Zweck alle möglichen Dinge einzukaufen, mit denen sie dann oft gar nichts anzufangen wissen. Da sie naturgemäß rasch in Zahlungsschwierigkeiten geraten, pflegen sie alsbald die erworbenen Gegenstände wieder zu versetzen oder zu verkaufen, selbstverständlich mit Schaden. Der Erlös wird dann zu neuen Einkäufen verwendet, die dasselbe Schicksal erleiden. Auf diese Weise entwickelt sich eine lawinenartig anwachsende Schuldenlast, deren Druck die meist gänzlich geschäftsunkundigen und verständnislosen Frauen zu höchst bedenklichen Auskunftsmitteln greifen läßt. Zunächst suchen sie Geld zu leihen, was ihnen nur unter immer härteren Bedingungen gelingt. Sie fallen Wucherern in die Hände und werden von allerlei Gesindel in der schamlosesten Weise ausgebeutet, so daß ihre Not immer höher steigt. Schließlich kaufen sie Waren auf Abzahlung oder gegen Wechsel und verschleudern sie sofort wieder, oft ohne sie überhaupt gesehen zu haben, nur um die drängenden Gläubiger befriedigen zu können; manchmal kommt es auch zur Fälschung von Unterschriften. Nunmehr, wenn nicht schon früher, bricht das Verhängnis über sie herein. Die Gläubiger drohen mit Strafanzeige und benachrichtigen die Angehörigen, oder die Kranken selber suchen sich durch ein Geständnis zu retten. Ganz regelmäßig aber beichten sie nur einen Teil ihrer oft ungemein verwickelten Verbindlichkeiten, so sehr man auch in sie dringt, so daß der Ausgangspunkt für einen neuen, schlimmeren Abschnitt ihres Leidens bereits wieder vorhanden ist. Genau derselbe Vorgang mit raschem Anschwellen der heimlichen Schulden, mit Hetzjagd und Ausbeutung durch Wucherer, unvollständigem Geständnis kann sich mehrmals wiederholen, bis dem Kreislaufe endlich durch Entmündigung oder Verbringung in eine Anstalt

ein Ende gemacht wird. Eine meiner Kranken hatte auf diese Weise 170 000 Mark verloren; in einem anderen Falle opferten die Kinder ihr ganzes Vermögen von 20 000 Mark.

Was die hier geschilderten Kranken von den gewöhnlichen Verschwendern unterscheidet, ist vor allem der Umstand, daß sie von ihren unzähligen Einkäufen nicht den geringsten Genuß ziehen. Sie haben durchaus keine Neigung, etwas für sich zu verbrauchen, pflegen im Gegenteil, da sie bald mit größter Geldnot zu kämpfen haben, äußerst sparsam zu leben, wenn sie auch vielleicht dazwischen einmal irgendeinen Luxusgegenstand für sich oder die Ihrigen kaufen. Ihr Dasein wird mehr und mehr ausgefüllt von dem hoffnungslosen Kampfe gegen Verhältnisse, die sie selbst mit einer gewissen Verbissenheit immer wieder heraufbeschwören, soviel man sich auch bemüht, ihnen zu helfen. Sie werden dabei ganz von der blinden Überzeugung beherrscht, daß sich das Blatt doch endlich einmal wenden und es ihnen bestimmt möglich sein werde, in Zukunft alles ins reine zu bringen, wenn es ihnen nur noch gelinge, die gerade vorliegende Schwierigkeit zu beseitigen. Alle vernünftigen Vorstellungen über die Sinnlosigkeit ihres Treibens prallen an ihnen ab oder haben doch nur eine ganz vorübergehende Wirkung. Die Vorhaltungen, die man ihnen macht, die einengenden Maßregeln erscheinen ihnen ungerecht, da sie doch nichts für sich verbraucht haben, immer den besten Willen hatten, ihre Verhältnisse zu ordnen, und damit auch sicher fertig geworden wären, wenn man sie nur hätte gewähren lassen.

Alle diese Kranken stammten aus entarteten Familien. Ihre Verstandesbegabung war mäßig. Ein wirkliches Verständnis für die Ungeheuerlichkeit des Handelns fehlte; höchstens wurde zugegeben, daß manche „Dummheiten" vorgekommen seien. Stets bestand eine starke gemütliche Erregbarkeit. Die Stimmung war wechselnd, bald vorwiegend ängstlich und gedrückt, bald heiter und zuversichtlich; mehrfach wurde Selbstmord in Aussicht gestellt oder versucht. Eine Kranke machte in ihrer Erregbarkeit, Unbekümmertheit, Redseligkeit und Geschäftigkeit den Eindruck manischer Veranlagung. Meist sind die Kranken bestimmbar und vertrauensselig; sie fassen gute Vorsätze, geben die heiligsten Versprechungen, geraten aber unverzüglich in die alten Schwierigkeiten, da sie mit irgendeinem kleinen Rest, den sie aus Scham

verschweigen, doch allein fertig zu werden hoffen. Auch hier fanden sich gewöhnlich einzelne hysterische Krankheitserscheinungen. Eine Kranke hatte als Kind Ohnmachten, fiel hin und schlug um sich; eine andere, die ebenfalls in der Jugend Ohnmachten gehabt hatte, litt an Meteorismus, hatte nächtliche Erscheinungen, täuschte mit Hilfe von Hühnerblut Blutspeien vor. Eine dritte sah nachts Fratzen; eine vierte hatte Lach- und Weinkrämpfe. Mehrere Kranke neigten zum Alkohol. —

Die gemeinsame Eigentümlichkeit der hier versuchsweise zusammengefaßten Beobachtungen liegt offenbar in einem Mißverhältnisse zwischen den verschiedenen Quellen, aus denen Willenshandlungen fließen. Bei jedem Menschen können wir mindestens zwei große Gebiete auseinanderhalten, denen die Antriebe seines Tuns entspringen. Einerseits verfügen wir über eine Reihe von angeborenen, stammesgeschichtlich erworbenen Einrichtungen, die es in urwüchsiger, zwingender Weise bewirken, daß die Grundlagen unseres Daseins wie der Arterhaltung gegen drohende Gefahren gesichert werden. Das ist die reich gegliederte Schutzwehr der niederen und höheren Triebe, von denen die ersteren den unmittelbaren Notwendigkeiten der Selbsterhaltung und Fortpflanzung, die letzteren den weiter reichenden Bedürfnissen der Selbstbehauptung im Wettbewerbe mit den Artgenossen dienen. Jene ersteren führen ohne weiteres zur Befriedigung des Nahrungs- und Schlafbedürfnisses, der geschlechtlichen Begierden, zur Ausübung der Brutpflege; sie lösen die Abwehr-, Flucht- und Schutzhandlungen gegenüber feindlichen Einwirkungen aus. Zur zweiten, einer höheren Entwicklungsstufe entsprechenden Gruppe von Trieben gehört unter anderem der Freiheitsdrang, der Wunsch nach Macht und Besitz, der Ehrgeiz, der Neid, die Eifersucht, die Rachsucht, weiterhin der Herden- und Nachahmungstrieb.

Endlich baut sich über diesen, in uns allen vorgebildeten und das Kind zunächst beherrschenden Strebungen unter dem Einflusse der Erziehung und der Lebenserfahrungen eine weitere Gruppe von Triebfedern unseres Handelns auf, deren Wirkung es ist, uns die Einfügung in das Gemeinschaftsleben zu ermöglichen. Sie bedingen auf der einen Seite sittliche Hemmungen, die uns an der rücksichtslosen Verfolgung kurzsichtiger, selbstsüchtiger Bestrebungen hindern, wie sie aus dem Triebleben hervorwachsen; andererseits stecken sie

uns auf Grund einer höheren Lebensanschauung Ziele, die weit über die persönliche Selbstbehauptung hinausgehen.

Das gegenseitige Verhältnis aller dieser Bausteine der Willensbildung kann naturgemäß ein sehr wechselndes sein. Während beim voll entwickelten Menschen im allgemeinen die höchsten, sozialen Triebfedern das Handeln beherrschen und die Macht der niederen Regungen nach ihren Bedürfnissen hemmen oder verwerten, muß die unvollkommene Ausbildung der sittlichen Persönlichkeit eine größere Selbständigkeit der natürlichen Triebe bestehen lassen. Daraus ergeben sich dann Unzulänglichkeiten gegenüber den Anforderungen des Lebens, Verletzungen fremder Rechte, Kämpfe und Niederlagen, wie wir sie bei Entarteten in endloser Reihe beobachten können. Ist dabei der eine oder andere Trieb noch von vorn herein besonders stark oder in krankhafter Richtung entwickelt, oder wird er durch die Einflüsse des Lebens in verkehrte Bahnen gelenkt, so könnten damit wohl die Vorbedingungen für das Entstehen der geschilderten Triebhandlungen gegeben sein. Wir haben gesehen, daß sich die Brandstiftungen und zum Teil auch die Kindstötungen aus dem dunklen Drange nach Selbstbehauptung, aus dem triebhaften Streben erklären lassen, einem unerträglichen Drucke zu entfliehen, ein lästiges Hemmnis zu beseitigen. Bei den Giftmischerinnen spielen Machtkitzel, Herrschsucht und Eitelkeit eine maßgebende Rolle; sie schwelgen in dem Gefühle, das Schicksal der Menschen in der Hand zu haben. Der Stehl- und Kauftrieb endlich entspringt wesentlich aus der Begehrlichkeit. Selbstverständlich können die Verhältnisse im einzelnen Falle sehr viel verwickelter liegen, da die verschiedensten sonstigen Eigenschaften der Kranken ihren Einfluß auf das klinische Bild geltend machen werden. Dennoch aber wird man im großen ganzen wohl berechtigt sein, das impulsive Irresein als den Ausdruck einer Verschiebung im gegenseitigen Verhältnisse der willenbildenden Triebfedern zu betrachten, wie sie durch Entwicklungshemmungen im Bereiche der sittlichen Persönlichkeit zustande kommt.

Eine wichtige Stütze findet diese Auffassung zunächst in der Erfahrung, daß ganz vorzugsweise das weibliche Geschlecht die geschilderten Störungen zeigt. Wir wissen ja, daß beim Weibe mit seinen für die Arterhaltung grundlegenden Aufgaben das Trieb-

leben dauernd eine ungleich größere Macht behält, als bei dem vorzugsweise an der Weiterentwicklung der Lebensgemeinschaft arbeitenden Manne. Dem entspricht es, daß die Zeiten, in denen sich die dem Weibe eigentümlichen Triebregungen besonders lebhaft äußern, das Zustandekommen impulsiver Handlungen begünstigen. Noch bedeutsamer jedoch ist wohl der Umstand, daß die Triebhandlungen ihre bei weitem größte Ausdehnung im jugendlichen Alter, namentlich in den Entwicklungsjahren, zeigen, wo einerseits die Ausbildung der sittlichen Persönlichkeit noch unvollkommen ist, andererseits das Auftauchen des Geschlechtstriebes stürmische innere Umwälzungen hervorruft. Nur diejenigen Formen der Triebhandlungen, die entweder eine gewisse wirtschaftliche Selbständigkeit voraussetzen, wie die Kaufwut, oder Erfahrung und sorgsame Überlegung erfordern, wie die Giftmischerei, sind höheren Altersstufen vorbehalten; sie gehören zugleich zu den großen Seltenheiten.

Allerdings kann sich in einzelnen Fällen die Neigung zu gewissen Triebhandlungen, wie sie sonst der Jugend eigentümlich sind, auch noch bis in spätere Lebensjahre erhalten. Wie mir scheint, haben wir hier dasselbe Verhältnis vor uns wie bei manchen anderen Resten urwüchsiger Anlagen, wie namentlich bei der Hysterie und wie wohl auch bei den später zu besprechenden Entartungsformen der Homosexualität und der Gesellschaftsfeindschaft. Es ist daher wohl kein Zufall, wenn wir bei unseren Kranken so häufig auch einzelne hysterische Krankheitszeichen feststellen konnten. Das impulsive Irresein entspricht in dieser Hinsicht ganz den bald hier, bald dort sich erhaltenden Überbleibseln früherer Entwicklungsstufen, wie sie durch die dunklen Wirkungen der Entartung bedingt werden. Begünstigt wird das Hervortreten und krankhafte Anwachsen solcher überwundener Einrichtungen durch die unvollkommene Entwicklung der höheren Leistungen, die sie beherrschen, verdrängen und ersetzen sollten. Daß bei unseren Kranken solche Unzulänglichkeiten wirklich regelmäßig vorhanden sind, kann nicht bezweifelt werden. Damit fällt jene alte Lehre von den „Monomanien", an die sich noch heute die Bezeichnungen der Kleptomanie, Pyromanie usw. anlehnen. Nach ihr sollte es sich hier überall um ganz umschriebene Störungen handeln, die nur einzelne seelische Leistungen verändern. In Wirklichkeit haben wir es

mit natürlichen Regungen zu tun, die nur deswegen krankhafte Form und Ausdehnung gewinnen, weil ihnen die hemmenden und umwandelnden Gegenkräfte fehlen, wie sie aus der Entwicklung der höheren seelischen Leistungen entspringen. —

Von einer Behandlung des impulsiven Irreseins kann nur in dem Sinne die Rede sein, daß durch eine auf die Ausbildung der sittlichen Persönlichkeit gerichtete Erziehung der sich meist von selbst anbahnende Ausgleich der Störungen gefördert wird. Die Aufnahme in eine Lebensgemeinschaft, die jedes Glied in den Dienst des Ganzen stellt, ist vor allem notwendig; man kann ja deutlich verfolgen, daß die innere Vereinsamung Triebhandlungen besonders begünstigt. Wo die Familie nicht imstande ist, die angedeutete Aufgabe zu erfüllen, müssen andere Einrichtungen an ihre Stelle treten; dahin würde in erster Linie eine von psychiatrischer Einsicht geleitete Fürsorgeerziehung gehören. Natürlich werden derartige Einflüsse nur für die jugendlichen Altersstufen in Betracht kommen, bei denen noch Entwicklungsmöglichkeiten gegeben sind. Nach Abschluß dieser Zeit haben wir es mit seelischen Verkrüppelungen zu tun, die vielleicht noch einer gewissen Abrichtung zugänglich, aber keiner wirklichen Wandlung mehr fähig sind. Die meisten Vertreter dieser glücklicherweise kleinen Gruppe wird man, soweit ihre Neigungen gefährlich sind, einfach in schonender Weise aus dem Gemeinschaftsleben auszuschließen haben. Daß der Alkohol, der die sittliche Selbstbestimmung allgemein zugunsten des Triebelebens schädigt, für alle unsere Kranken gänzlich fortfallen muß, bedarf wohl kaum der Erwähnung.

D. Die geschlechtlichen Verirrungen[1]).

Die psychopathische Entartung bildet aus naheliegenden Gründen einen ungemein fruchtbaren Boden für die Entwicklung geschlechtlicher Verirrungen. Die Unvollkommenheiten der persönlichen Veranlagung, namentlich die ungenügende Entwicklung des

[1]) Garnier, anomalies sexuelles. 1898; Bloch, Beiträge zur Ätiologie der Psychopathia sexualis. 1902; Das Sexualleben unserer Zeit; Rohleder, Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen. 1907; Havelock Ellis, Die krankhaften Geschlechtsempfindungen auf dissociativer Grundlage, deutsch von Jentsch. 1907; Merzbach, Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtsinnes. 1909; Havelock Ellis und Moll, Handbuch der Sexualwissenschaften, VI. 1912.

Willens, lassen naturgemäß das Triebleben eine unverhältnismäßig große Bedeutung für das Denken und Handeln gewinnen. Unter den Trieben ist es aber wieder der Geschlechtstrieb, von dem die Einbildungskraft ihre stärksten und mannigfaltigsten Anregungen empfängt. Die Wege, die das vielfach mächtig ausgebildete, nicht durch Selbstzucht gezügelte geschlechtliche Bedürfnis zu seiner Befriedigung einschlägt, sind daher sehr verschiedene und nicht selten recht verworrene. Allen gemeinsam ist das Abweichen von dem eigentlichen Ziele, das entweder überhaupt nicht oder doch nur auf merkwürdigen Umwegen erreicht wird.

Den Ausgangspunkt der geschlechtlichen Verirrungen bildet fast immer die Onanie[1]), die meist mit dem frühen Erwachen der geschlechtlichen Regungen einsetzt und leidenschaftlich fortgeführt zu werden pflegt. Delmas beschreibt ein Mädchen, das seit dem 7. Jahre 12—15mal täglich onanierte, und Fuchs hat eine kleine Kranke beobachtet, die schon seit dem 2. Jahre von ihrer Pflegerin zur gegenseitigen Manustupration abgerichtet worden war und mit 5 Jahren nicht nur ohne Scheu öffentlich onanierte, sondern auch ihren Gespielinnen nach den Geschlechtsteilen griff. Während gesund angelegte, zur Selbstbefriedigung verführte Kinder bei größerer Reife leicht davon ablassen, kann diese Verirrung bei Psychopathen derart einwurzeln, daß sie auch dann andauert, wenn inzwischen noch andere Formen der Befriedigung gefunden wurden. Besonders verhängnisvoll aber wird sie dadurch, daß sie nur allzu leicht die natürliche Richtung der geschlechtlichen Begierden vollkommen beiseite drängt. Da ein Geschlechtsziel in der eigenen Person gefunden ist, knüpft sich an dieses die Befriedigung, und der Drang, die gesunde geschlechtliche Betätigung anzustreben, verliert allmählich mehr und mehr seine Triebkraft. Ist aber einmal die ursprüngliche Beziehung zwischen Geschlechtslust und Fortpflanzungsgeschäft gelöst, so erhält der ziellose Trieb seine Richtung vielfach durch irgendwelche eindrucksvolle Lebenserfahrungen oder durch unklare Gedankengänge und Gefühle, die sich gelegentlich mit einer gewissen Macht aufdrängen.

Eine fast regelmäßige Begleiterscheinung der Onanie ist das Herbeirufen wollüstiger Vorstellungen, die den Akt einleiten und die Erregung nähren. Ihr Inhalt kann ein äußerst verschiedener

[1]) Rohleder, Die Masturbation. 1899.

sein und alle möglichen Richtungen geschlechtlicher Neigungen widerspiegeln. In manchen Fällen führt das Lesen unzüchtiger Schilderungen, der Anblick geschlechtlich erregender Bilder oder Vorgänge oder selbst die lebhafte Beschäftigung der Einbildungskraft mit solchen Dingen allein, ohne masturbatorische Handlungen zu geschlechtlicher Erhitzung und Befriedigung. Man spricht dann von psychischer Onanie. Hoche hat einen Frauenarzt beschrieben, der in größtem Maßstabe heimlich photographische Aufnahmen von seinen narkotisierten Kranken in unzüchtigen Stellungen machte, beim Entwickeln der Platten geschlechtlich erregt wurde und vor den im Kreise aufgestellten Bildern onanierte.

Während sich die Begleitvorstellungen bei der Onanie gewöhnlich auf äußere Geschlechtsziele natürlicher oder krankhafter Art beziehen, kann die ausschließliche masturbatorische Beschäftigung mit der eigenen Person unter Umständen diese selbst ganz zum Mittelpunkte des geschlechtlichen Begehrens werden lassen. Die Kranken erregen sich dann lediglich durch Betrachten und Betasten ihres Körpers, bisweilen unter Bevorzugung bestimmter Teile. Ein von Marcuse beschriebener Kranker vollzog gewissermaßen mit seinem eigenen Spiegelbilde den Koitus. Man bezeichnet diese „autoerotische" Abart der Onanie als „Narzismus".

Es ist nicht meine Absicht, hier eine Einzelschilderung aller Verirrungen des Geschlechtstriebes zu geben, die in neuerer Zeit die Aufmerksamkeit in so hohem Maße auf sich gezogen und eine sehr umfangreiche Literatur hervorgebracht haben. Sie besitzen zumeist ein mehr allgemein-pathologisches, als besonderes klinisches Interesse und sind an anderer Stelle bereits besprochen worden. Wir dürfen uns daher mit einigen kurzen Andeutungen begnügen.

Als einfache Abart der Onanie haben wir wohl den Exhibitionismus aufzufassen, die in der Regel häufiger wiederkehrende Neigung, die eigenen Geschlechtsteile vor Personen des anderen Geschlechtes zu entblößen; es handelt sich fast ausschließlich um Männer. Die Kranken suchen gern bestimmte Orte immer wieder auf, an denen sich Frauen oder Kinder aufhalten, namentlich Spielplätze, decken bei Annäherung einer jener Personen ihre gewöhnlich schon vorher entblößten, aber hinter einem Zeitungsblatte oder unter den Rockschößen verborgenen Geschlechtsteile auf und suchen die Aufmerksamkeit durch Gebärden oder leise Zeichen auf sich zu lenken. Meist erfolgt dann

Samenerguß und Schwinden der vorherigen Spannung. Andere bleiben auf der Straße vor jungen Frauenspersonen plötzlich stehen, schlagen die Rockzipfel von den heraushängenden Genitalien zurück; ein von Hoche erwähnter Student beleuchtete sie noch mit einem Streichholze. Einer meiner Kranken erschien regelmäßig gegen Mitternacht vor einem erleuchteten Küchenfenster, um sich dem dortigen weiblichen Personale zu zeigen; ein anderer legte kleine Münzen auf sein Glied und veranlaßte Mädchen, sie von da fortzunehmen.

Den ersten Anstoß zum Exhibieren scheint vielfach ein Zufall zu geben, wenn die Kranken sich einmal bei der Befriedigung ihres Bedürfnisses beobachtet sahen und dadurch erregt wurden; sie suchen dann ähnliche Gelegenheiten auf. Einer meiner Kranken erklärte allerdings, es sei ganz plötzlich über ihn gekommen, und er habe dann seinem Triebe nachgegeben, so oft es ihm möglich war. Ein anderer, der bei einer Bahnfahrt seine Geschlechtsteile vor einigen ihm gegenüber sitzenden jungen Mädchen entblößt hatte, gab an, er habe „aus altruistischen Beweggründen" gehandelt, um jenen ein Vergnügen zu machen. Sehr bemerkenswert ist die schon von Ladame betonte Erfahrung, daß fast alle meine Kranken unter dem unmittelbaren Einflusse oder unter der Nachwirkung des Alkohols handelten. Die geschlechtlich erregende und zugleich die Selbstbeherrschung beeinträchtigende Wirkung des Giftes scheint demnach hier eine große Rolle zu spielen. Von einer ausgesprocheneren Bewußtseinstrübung war indessen keine Rede. Die Kranken erinnerten sich der Vorgänge ganz gut, vermochten sich aber nicht zurückzuhalten. Ein Lehrer, der in der Stunde vor den Schülern wiederholt masturbiert, aber nicht exhibiert hatte, gab an, daß er ein Mädchen, dem er niemals näher gestanden hatte, dessen Bild aber auch beim Geschlechtsverkehr mit seiner Frau vor ihm auftauchte, auf sich zukommen und sich entblößen sehe; dann müsse er onanieren.

Die Exhibitionisten sind regelmäßig eigentümliche Menschen. Ihre Verstandesbegabung pflegt eher gut, als schlecht zu sein. Einer meiner Kranken erklärte, er habe eine rege Einbildungskraft und verliere leicht den Boden der Wirklichkeit. Ihre Stimmung ist vorwiegend gedrückt, ängstlich, wehleidig, empfindlich, weinerlich, bisweilen reizbar, ihr Wesen gutmütig; manche sind sehr religiös. Ein

Kranker gab an, er könne nicht sehen, wenn ein Tier geschlachtet werde. Fast allen gemeinsam ist Weichheit und Schwäche des Willens. Sie lassen sich treiben, zeigen keine Tatkraft und Selbständigkeit, werden öfters unstet in der Welt herumgeworfen, führen dabei ein einsames, zurückgezogenes Dasein. In ihrem Geschlechtsleben herrscht gewöhnlich seit den Entwicklungsjahren oder gar seit der Kindheit die Onanie. Meist kommen die Kranken aber auch kürzere oder längere Zeit zum normalen Geschlechtsverkehr, bisweilen allerdings nach lange dauernder Scheu davor, die sich bis zu psychischer Unfähigkeit steigern kann. Ein Kranker, der wegen Schüchternheit niemals geschlechtlich verkehrt hatte, erklärte, er werde ganz rasend, wenn er weibliche Körperteile sehe, die gewöhnlich bedeckt sind, und müsse dann vieles tun, was er nicht wolle; er griff auch kleinen Mädchen unter die Röcke. Mehrere meiner Kranken waren verheiratet.

Die Hälfte der von mir untersuchten Fälle kam vor dem 30. Jahre zur Beobachtung. Der Beginn ihrer Verirrungen lag allerdings meist schon einige Zeit zurück, einmal bereits in der Kindheit. Nach ihren Berufen gehörten sie mehr den mittleren Ständen an; es waren zwar einige Tagelöhner und ein Hausdiener dabei, andererseits aber auch ein Rechtsanwalt und ein Lehrer. Bei über 70% der Kranken konnte ich Belastung seitens der Eltern nachweisen, meist durch nervöse Krankheitszustände und Schlaganfälle; es ist das die stärkste unmittelbare Belastung, die bei unserem Krankenmaterial je festzustellen war. Auch die Kranken selbst boten nicht selten allerlei nervöse Störungen dar, Ohnmachten, Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Stottern, Zittern, Bettnässen in der Jugend. Einige waren schwächlich; andere hatten Kopfverletzungen erlitten.

Das Exhibieren ist selbstverständlich kein eindeutiges Krankheitszeichen; es kommt vielmehr bei verschiedenen Formen des Irreseins gelegentlich zur Beobachtung, von denen hier nur die Epilepsie, die Paralyse, der arteriosklerotische und senile Schwachsinn, die Idiotie und die Imbezillität genannt werden sollen. Zur Imbezillität führen von unseren willensschwachen Psychopathen fließende Übergänge hinüber; von einigen Kranken wurde berichtet, daß sie schlechte Schüler waren. Die anderen angeführten Krankheiten sind an ihren besonderen Merkmalen meist leicht zu erkennen. Schwierig kann es bisweilen sein, die Epilepsie auszuschließen. Wenn

die Kranken etwa früher einmal eine schwere Hirnerschütterung erlitten haben, an Ohnmachten oder Schwindelanfällen leiden und dann noch angeben, von dem Vorfalle nichts zu wissen, wird man diese Möglichkeit erwägen müssen, zumal beim Zusammentreffen mit Alkoholeinfluß. Es ist aber wichtig, sich vor Augen zu halten, daß die aufgeführten Umstände durchaus nicht beweisend sind, und daß der Erinnerungsverlust vorgetäuscht werden kann. Lassen sich andere, zuverlässigere Zeichen der Epilepsie nicht nachweisen, spricht nicht das ganze Verhalten des Kranken vor, bei und nach dem exhibitionistischen Vorgange für eine tiefere Bewußtseinstrübung, und findet sich bei ihm das eigentümlich weichliche, willensschwache Wesen, das diese Kranken auszuzeichnen pflegt, so wird man das Vorliegen einer einfach psychopathischen Persönlichkeit für wahrscheinlich halten dürfen.

Die Prognose des Exhibitionismus ist insofern eine zweifelhafte, als die Kranken wegen ihrer Willensschwäche ungemein leicht rückfällig zu werden pflegen, auch wenn sie wiederholt empfindlich bestraft worden sind. Daß auch die Ehe sie nicht sicher zu schützen vermag, wurde schon angedeutet. Außer einer gewissen Willenserziehung durch regelmäßige Arbeit und reichliche körperliche Betätigung, die auch die geschlechtliche Erregbarkeit herabsetzt, wird man für die Behandlung der Kranken kaum viel tun können. Frank ist es allerdings gelungen, in einem Falle durch „psychokathartische" Aufdeckung exhibitionistischer Kindheitserlebnisse die krankhafte Neigung zum Schwinden zu bringen. Natürlich wird man dem Kranken dringend raten, Spaziergänge in Parks, öffentlichen Anlagen, in der Nähe von Kinderspielplätzen niemals ohne Begleitung zu unternehmen. Außerdem wird uns die große ursächliche Bedeutung, die gerade hier der Alkoholwirkung zukommt, veranlassen, ihm völlige, dauernde Enthaltung von geistigen Getränken zu empfehlen. —

Als eine Art von psychischem Exhibitionismus kann man vielleicht die gelegentlich auch bei sehr gebildeten Personen auftretende Neigung zu zweideutigen und unzüchtigen Reden in Gegenwart des anderen Geschlechtes auffassen. Daß diese Neigung durch Alkoholgenuß erheblich verstärkt, oft erst geweckt wird, ist bekannt genug. Schon in den Bereich des Krankhaften aber reichen wohl jene absonderlichen Fälle hinein, in denen geschlechtliche Befrie-

digung im Schreiben unflätiger Briefe an anständige, vielleicht sogar ganz unbekannte Personen des anderen Geschlechtes gefunden wird. Fleischmann hat einen derartigen, von mir beobachteten Kranken beschrieben. Es handelte sich um einen scheuen, gedankenarmen, von beiden Eltern schwer belasteten Menschen, der seit der Kindheit sehr stark onaniert, zeitweise auch normal geschlechtlich verkehrt und seine Einbildungskraft durch eifrige Lektüre abenteuerlicher, unzüchtiger Schriften lebhaft erregt hatte. Er verfiel allmählich auf den Gedanken, die Stellengesuche von Mädchen in den Zeitungen durch Briefe von ausgesuchter Unflätigkeit zu beantworten, und erbot sich, sie „mit Worten und Taten im Raffinement der Wollust, in den Exzessen der Unzucht zu unterrichten". Eine Probe davon gibt folgendes, in den Einzelheiten gemilderte Bruchstück:

„Wollust! Wollust!! Wollust!!! Dieses göttliche Privileg sei das herrlichste und erhabenste, das erste Bedürfnis unseres Lebens, der einzige Zweck unseres Daseins.. Für Dich, herzig-geile Leserin, noch einen guten Rat: Wenn Du diese Lektüre zur Hand nimmst, so tue dies stets nur abends im Bettlein. Vergiß aber ja nicht, ein sehr wasserdichtes Gewebe unter Deine Geschlechtsgegend zu legen, denn es wird zwischen Deinen molligen Schenkeln immer gewaltiger und wohliger kitzeln, Deine Hand sachte unten an Dein Bäuchlein greifen; Deine Fingerchen werden bis tief hinein in dem schlüpfrig-geilen Fleische wühlen.. bis Deine wild erregte Natur sich ergießt und ihre heißen Säfte in unaufhaltsam quellender Gischt aus Deinem kitzelsüchtigen Bäuchlein sprudeln läßt.."

Er schildert dann weiter die wüstesten Unzuchtsorgien, erzählt von seiner „schamlos, raffiniertesten, exquisit unzüchtigen, in allen Stellungen und auf alle Arten, unter Anwendung aller nur erdenklichen künstlichen Mittel betriebenen" Onanie und bittet, „sein Vertrauen mit gleichem Vertrauen aufzuwiegen", d. h. ebenfalls genaue Mitteilungen über die eigenen geschlechtlichen Erlebnisse zu machen. „Wie gefällt Ihnen das?" fügt er hinzu. Beim Abfassen derartiger Briefe empfand er im Gedanken an die Gefühle der Empfängerinnen starke geschlechtliche Erregung mit Samenerguß. Havelock Ellis spricht in solchen Fällen von „psychischer Defloration". Merkwürdigerweise besaß der Schreiber eine Braut, die von seiner Gedankenunzucht gar keine Ahnung hatte, da er sie sorgfältig vor ihr verbarg.

Die Entwicklung, die hier die psychische Onanie genommen hat, bildet den Übergang zu einer weiteren Reihe geschlechtlicher Ver-

irrungen, die man unter dem Namen des Fetischismus zusammenzufassen pflegt. Die geschlechtliche Erregung knüpft sich hier an irgendwelche Umstände, die in näherer oder entfernterer Beziehung zum Geschlechtsziele stehen. Zunächst lehnen sich diese Verirrungen noch einigermaßen an gesunde Regungen an, insofern auch schon normalerweise die Gefühle der Zuneigung sich weit über das geschlechtliche Gebiet im engsten Sinne hinaus nicht nur auf die Gesamteigenschaften der geliebten Person, sondern auf alles erstrecken können, was mit ihr irgendwie zusammenhängt. So kann die geschlechtliche Erregung durch bestimmte Körperteile hervorgerufen werden, durch die den Geschlechtsteilen benachbarten Gebiete, etwa die Schamhaare, die Nates oder Schenkel, weiterhin durch die sekundären Geschlechtszeichen, die Brüste, die Zöpfe, die Hüften, endlich auch durch Augen, Lippen, Ohren, Hände und namentlich Füße. Merkwürdigerweise können gelegentlich auch grobe körperliche Mängel den geschlechtlichen Anreiz bedingen. Reynolds berichtet von einem Manne, der im Anschlusse an eine Jugendliebe zu einem halbseitig amputierten Mädchen späterhin nur gegenüber einbeinigen Frauenzimmern geschlechtlich völlig leistungsfähig war. Fuchs erzählt von einem Kranken, der nur von Frauen mit Klumpfuß oder ähnlicher Mißbildung geschlechtlich erregt wurde. Derartige Fälle sind für die Entstehungsgeschichte der fetischistischen Verirrungen von besonderer Wichtigkeit.

Die Rolle der körperlichen Fetische macht sich in den Geschlechtsbeziehungen zunächst dahin geltend, daß sich die Aufmerksamkeit bei der Werbung wie beim Verkehr ausschließlich den bevorzugten Teilen zuwendet, und daß schon die Auswahl lediglich durch die Rücksicht auf sie bestimmt wird. Soweit bewegen wir uns noch im Bereiche des gesunden Lebens. Eine krankhafte Richtung aber schlägt der Trieb ein, wenn die Erregung durch den Fetisch nicht mehr der Vorbereitung und Unterstützung des wirklichen Geschlechtsverkehrs dient, sondern geradezu an seine Stelle tritt. Das Mittel wird damit zum Selbstzweck, und die Erreichung des Hauptzieles ist vereitelt. Man kann hierher wohl schon diejenigen Fälle rechnen, in denen nur die Besichtigung oder Betastung der Geschlechtsteile oder die Beobachtung des Koitus („voyeurs"), selbst bei Tieren, die geschlechtliche Befriedigung herbeiführt. Auch bei den übrigen Körperfetischen kann die Onanie unter Berühren oder Anschauen

des betreffenden Gebietes den Geschlechtsverkehr vollständig ersetzen. Dabei bilden sich öfters eigentümliche Gewohnheiten heraus. Gewisse Kranke befriedigen sich dadurch, daß sie im Gedränge ihre Geschlechtsteile am Hinterteil von Frauen zu reiben suchen („frotteurs"), oder daß sie jungen Mädchen die Zöpfe abschneiden, die sie ansammeln und als Anreiz beim Onanieren benutzen.

In manchen Fällen werden die Ausdünstungen und selbst die Ausscheidungen oder der Vorgang der Ausscheidung selbst zum geschlechtlich erregenden Fetisch. Daß den Gerüchen im Geschlechtsleben eine erhebliche Rolle zukommt, ist bekannt. Der Geruch des Schweißes, des Vaginalsekrets kann nicht nur die Geschlechtslust unterstützen, sondern gelegentlich zum eigentlichen Geschlechtsziel werden. Ähnliches gilt für das tierische Belecken der Genitalien. Eine erhebliche geschlechtliche Bedeutung kann ferner der Harn gewinnen. Tardieu hat als „Schnüffler" („renifleurs") Leute beschrieben, die in der Nähe der Bedürfnisorte dem Geruche frisch gelassenen Frauenharns nachgingen. Andere saugen ihn, wie Taxil schildert, mit Schwämmen auf („épongeurs"); Moraglia hat eine Frau beschrieben, die durch den Geruch faulenden Männerharns geschlechtlich stark erregt wurde und unter seiner Einwirkung onanierte. Die „Urolagnie", die geschlechtliche Erregung durch den Harn, kann aber auch so weit fortschreiten, daß die Kranken ihn zu diesem Zwecke trinken. Soukhanoff erzählt von einem jungen Manne, der die höchste Befriedigung empfand, wenn er es erreichen konnte, daß ein Weib in seinen Mund urinierte. Einer meiner Kranken leckte den Schnee auf, der durch Knabenharn besudelt war.

In die „skatologische", mit den Abfällen des Körpers sich beschäftigende Gruppe gehören weiterhin noch die Kranken, deren geschlechtliche Gefühle durch den Kot erregt werden („Koprolagnie"). Moll hat einen Fall beschrieben, in dem bei Fehlen eigentlich geschlechtlicher Regungen Erektionen und Samenerguß durch die begeisterte Beschäftigung mit der Darmtätigkeit und ihrem Erzeugnisse zustande kamen. Als Ersatz für den Geschlechtsverkehr schwebte dem Kranken der gemeinsame Stuhlgang vor. Ich besitze die Briefe eines Kaufmanns an eine Prostituierte, in denen er sich für seine Besuche jeweils unter unverfänglichen Umschreibungen („hausgemachte Wurst", „selbstgezogener Wein") deren Entleerungen („in Schaumrollen!") zum Genusse im voraus bestellt und die

genauesten Anweisungen über die Befriedigung seiner ekelhaften Gelüste gibt. Bisweilen wird die geschlechtliche Erregung nicht durch die Ausscheidungen selbst, sondern durch die, womöglich heimliche, Beobachtung der Blasen- oder Darmentleerung hervorgerufen. Die Kranken suchen sich diesen Genuß durch Herumlauern an verschwiegenen Orten, unter Umständen durch Verkriechen in Abtritten zu verschaffen.

Eine zweite Gruppe von Fetischen liefern die Bekleidungsstücke. Wie dem Liebenden eine Schleife oder ein Handschuh der Geliebten Gegenstand der Verehrung werden kann, so entzücken den Fetischisten Schürzen, Unterröcke, Beinkleider, Blusen, Strümpfe, mit am häufigsten aber Schuhe, namentlich, wenn sie aus feinem Leder und gut gearbeitet sind. Einer meiner Kranken wurde besonders durch Mädchenhöschen angezogen, deren Spitzenbesatz unter den Kleidern hervorlugen mußte; ihm war, nach seinem Ausdrucke, als sei das „der Inhalt des Lebens". Auch gewisse Stoffe, namentlich Seide, Sammet, Pelz, können als Fetisch dienen. Die Kranken suchen sich die von ihnen hochgeschätzten Kleidungsstücke oder -stoffe auf alle mögliche Weise zu verschaffen, sei es durch Kauf, sei es durch Diebstahl. Letzterer scheint vielfach allein in Betracht zu kommen, da sich der geschlechtliche Reiz meist an Gegenstände knüpft, die schon im Gebrauche waren; manche Kranke bevorzugen geradezu schmutzige, die Spuren des Körpers an sich tragende Stücke. Man findet dann bei ihnen große Sammlungen der allmählich hier und dort zusammengebrachten Fetische, die sie abwechselnd am Leibe tragen und mit ihren Geschlechtsteilen in Berührung bringen. Dadurch erreichen sie geschlechtliche Erregung und Befriedigung.

In einer kleinen Zahl von Fällen stehen die geschlechtlich erregenden Fetische gar nicht mehr in Beziehung zu dem eigentlichen Geschlechtsziel, sondern gewinnen ihre eigentümliche Bedeutung auf sonderbaren Umwegen. Für einen meiner Kranken war die Klysopompe zum Fetisch geworden, dessen Anblick ihn sinnlich reizte, und dessen Berührung mit den Genitalien Samenerguß und Befriedigung hervorrief. Die Erklärung für diese Wirkungen lag in dem Umstande, daß er als Kind viel an Verstopfung gelitten hatte und durch die Anwendung der Darmpumpe offenbar seine ersten geschlechtlichen Regungen geweckt worden waren. Auch dieses Beispiel zeigt klar den großen Einfluß, den sexuelle Kindheitserlebnisse

bei Psychopathen auf die Entwicklungsrichtung des Geschlechtstriebes ausüben können.

Hirschfeld hat darauf aufmerksam gemacht, daß es neben fetischistischen Neigungen auch entsprechende Abneigungen gibt; er spricht von einem „Horror sexualis partialis". Die Wahrnehmung bestimmter Teile, Eigenschaften, Begleitumstände kann hier die Geschlechtslust sofort zum Verschwinden bringen. Dahin gehören Verunstaltungen, Gerüche, Kleidungsstücke, Haartrachten, Krankheitszustände, widerliches Benehmen, wobei natürlich der persönliche Geschmack durchaus maßgebend ist. Eine weiter reichende klinische Bedeutung dürfte solchen Abneigungen, auch wenn sie an sich sehr ungewöhnlich sind, kaum zukommen.

Die psychische Persönlichkeit der Fetischisten scheint im allgemeinen ähnliche Züge darzubieten wie diejenige der Exhibitionisten. Es handelt sich vielfach um schlaffe, willensschwache, scheue Menschen, die sich viel mit sich selbst beschäftigen und zu hypochondrischen Grübeleien geneigt sind. Öfters führen sie ein unstetes, planloses Leben. Hie und da finden sich nervöse Störungen, Bettnässen in der Jugend, Nachtwandeln, Schwindel, Kopfschmerzen, Empfindlichkeit gegen Alkohol. Erbliche Belastung ist häufig, wenn ich auch bei der geringen Zahl der selbstbeobachteten Fälle von genaueren Angaben absehen muß. In ihrem geschlechtlichen Leben überwiegt die Onanie, mit oder ohne fetischistische Beihilfen, doch üben manche Kranken daneben auch normalen Geschlechtsverkehr; einzelne sind verheiratet.

Die Entstehung der fetischistischen Regungen läßt sich öfters ganz gut verfolgen. In einer großen Zahl von Fällen scheint es sich ursprünglich nur um die stärkere Betonung solcher nebensächlicher Geschlechtsreize zu handeln, die an sich auch im gesunden Leben eine gewisse Rolle spielen. Wir hätten es also gewissermaßen nur mit besonderen Richtungen, unter Umständen Verirrungen des persönlichen Geschmacks zu tun. Die Krankhaftigkeit der Entwicklung macht sich erst darin geltend, daß jene Reize nicht nur ein maßloses Übergewicht über die sonst wirksamsten, dem Geschlechtsziel näher liegenden Erregungsmittel gewinnen, sondern daß sie das geschlechtliche Begehren vollständig von dem Zwecke des Triebes ablenken. In diesem Punkte, in der Leichtigkeit, mit der ein sonst so zielsicherer Trieb auf sinnlose Betätigungen abgleitet, liegt offen-

bar das Wesen der Störung. Wir haben darin ohne Zweifel ein Zeichen der Entartung zu sehen. Die Naturtriebe, die in unendlicher Geschlechterfolge erworbenen, zuverlässigen Hüter der Selbsterhaltung und der Fortpflanzung, sind die Grundlagen unseres Daseins. Wenn sie auch im menschlichen Gemeinschaftsleben durch den überlegten Willen beherrscht werden müssen, so bedeutet doch ihre Abschwächung wie ihre Ablenkbarkeit naturgemäß schwere Gefahren für das Dasein des Menschengeschlechtes.

In einer zweiten Gruppe von Fällen wird die Bestimmbarkeit des Geschlechtstriebes dadurch deutlich, daß zufällige Lebenserfahrungen, deren Einfluß beim Gesunden durch die Macht des Naturtriebes bald wieder in den Hintergrund gedrängt wird, die Richtung der geschlechtlichen Neigungen für das ganze Leben in höchst unzweckmäßiger Weise festlegen. Schon bei den Exhibitionisten war uns derartiges begegnet. Weitere Beispiele sind die oben berichtete geschlechtliche Beschränkung auf einbeinige Mädchen und die onanistische Befriedigung durch Berührung der Darmpumpe. Einer meiner Kranken wurde zum ersten Male geschlechtlich erregt, als er die Unterwäsche eines Mädchens an seinen Genitalien fühlte; seitdem entwickelte sich bei ihm die Befriedigung durch Reiben an Wäsche, die er zu diesem Zwecke stahl. Moll berichtet, daß sich eine „Koprolagnie" an die angenehmen Empfindungen anknüpfte, die der Kranke als Kind bei Berührung mit dem Gesäß der Dienstmädchen hatte, wenn er unter deren Kleider schlüpfte. Ähnliche Beobachtungen, die den bestimmenden Einfluß zufälliger Ereignisse auf das Geschlechtsleben der Psychopathen dartun, sind in großer Zahl bekannt; namentlich der Kleiderfetischismus scheint regelmäßig derart zustande zu kommen. So hat man, wohl nicht mit Unrecht, die Häufigkeit des Schuh- und Fußfetischismus mit dem Umstande in Beziehung gebracht, daß Kinder vielfach auf dem Boden und unter den Tischen herumkriechen und dabei Gelegenheit finden, ihre ersten geschlechtlichen Regungen mit dem Betrachten und Betasten der Schuhe und Beine zu verknüpfen. Havelock Ellis weist jedoch darauf hin, daß der Fuß überhaupt in der Erotik eine erhebliche Rolle spielt und noch heute in China Gegenstand der geschlechtlichen Schamhaftigkeit ist. Ein ausgesprochener Schuhfetischist war der französische Dichter Restif de la Bretonne, dessen Werke sich vielfach mit der wollüstig erregenden Wirkung der Schuhe beschäftigen.

In manchen Fällen beschränkt sich der Fetischismus darauf, daß der Geschlechtsverkehr nur in bestimmten Stellungen oder bei bestimmter Bekleidung des Partners ausgeübt werden kann, der etwa Schuhe, Sporenstiefel oder ein Ballkleid tragen muß. Auch hier bestehen regelmäßig Beziehungen zu früheren, geschlechtlich betonten Erlebnissen, wie bei dem berühmten Kranken Magnans, der nur mit Frauenzimmern verkehren konnte, die sich eine Nachtmütze aufsetzten, weil ein entsprechender Eindruck in der Jugend seine geschlechtlichen Regungen in diese bestimmte Richtung gelenkt hatte.

Derartige Beobachtungen führen uns zu jener weiteren großen Gruppe geschlechtlicher Verirrungen hinüber, die man nach v. Krafft-Ebings Vorgang als Masochismus und Sadismus[1]) zu bezeichnen pflegt. Es handelt sich dabei um die Entstehung geschlechtlicher Befriedigung durch Erdulden oder Erzeugen von Schmerzen und Qualen. Daß Geschlechtslust und Grausamkeit in gewissen inneren Beziehungen stehen müssen, lehren vielfache Erfahrungen. Beim Manne verbindet sich die Geschlechtsleidenschaft vielfach mit dem Antriebe, das widerstrebende Weib zu unterwerfen und zu überwältigen, wie man es in den Liebeskämpfen der Tiere beobachten kann. In der Erregung kann es dann nicht nur zu rücksichtslosem Pressen und Kneifen, sondern unter Umständen auch zu dem Anreize kommen, mit den Zähnen zuzupacken. Diese Andeutungen können sich in der Weise weiter entwickeln, daß Handlungen der Grausamkeit wesentliche Bedingungen für die geschlechtliche Befriedigung werden, entweder als Vorbereitung des Geschlechtsverkehrs oder, den Erfahrungen beim Fetischismus entsprechend, für sich allein. Es kommt auf diese Weise zum Beißen, zu Stichverletzungen, zum Drosseln, Geißeln, Schlagen und Treten.

Große Beunruhigung verbreiten jene immer wieder von Zeit zu Zeit auftauchenden Sadisten, die sich auf der Straße an junge Mädchen herandrängen und sie zu ihrer geschlechtlichen Befriedigung entweder durch Messerstiche verletzen oder ihre Kleider mit Urin, Tinte, ätzenden Säuren beschmutzen. Andere suchen sich durch sadistische Handlungen an Tieren wollüstige Erregungen zu verschaffen, durch Mißhandeln von Pferden und Hunden, Köpfen von Hühnern, Martern von Katzen. Einer meiner Kranken hatte sich

[1]) Eulenburg, Sadismus und Masochismus, 2. Auflage. 1911.

mit 9 Jahren eine Guillotine für Fliegen gebaut, deren Gebrauch ihn geschlechtlich erregte. Auf dem Lande sieht man gelegentlich rohe Verletzungen des Viehes, die auf ähnliche Beweggründe zurückzuführen sind. v. Krafft-Ebing führt an, daß sich Sadisten in Schlachthäusern einfinden, um sich an den Todesqualen der Tiere zu weiden. Krainsky berichtet von einem Schulleiter, der bei der Nachricht von Schülerselbstmorden Wollust empfand. Aus der Zeit der französischen Revolution wird erzählt, daß der Anblick grausamer Hinrichtungen bei manchen Personen Geschlechtslust auslöste. Auch Zuschauen bei Kämpfen und Balgereien, selbst von Tieren, kann gelegentlich diese Wirkung haben.

In den schwersten Formen des Sadismus kann es zu lebenbedrohenden Angriffen, ja zum Lustmorde mit Zerstückeln der Opfer und selbst Kannibalismus kommen. Wenn es sich auch in den letztangeführten, entsetzlichsten Auswüchsen des Geschlechtstriebes häufig um Zustände von Bewußtseinstrübung auf dem Boden der Epilepsie handelt, so sind uns doch auch eine ganze Reihe von Beobachtungen bekannt, in denen planmäßig und bei klarem Bewußtsein solche Scheußlichkeiten begangen wurden. Der furchtbarste Fall derart ist derjenige des französischen Marschalls Gilles de Rays, der im 15. Jahrhundert auf seinem Schlosse etwa 140 Kinder grausam abschlachtete und mit seinen sterbenden Opfern Unzucht trieb. Unter Umständen kann auch die Herbeiführung von Unglücksfällen, Entgleisungen oder der lebhafte Gedanke daran geschlechtliche Erregung verursachen.

Es ist selbstverständlich, daß die Befriedigung sadistischer Neigungen im Leben erhebliche Schwierigkeiten bietet. Wenn man den Schilderungen Eingeweihter glauben darf, so sollen erfahrene Bordellwirtinnen auf derartige wie auf andere Liebhabereien ihrer Gäste sich einrichten, so daß gegen entsprechende Entschädigung innerhalb gewisser Grenzen allerlei Peinigungen vorgenommen werden können. Die sadistischen Handlungen pflegen sich dabei auf Stechen mit Nadeln, oberflächliche Hautritze, Prügeln mit Schweinsblasen, Beschmieren mit Speichel, Urin, Sperma, Ruß oder Öl, auch Zwicken, Betropfen mit heißem Siegellack zu beschränken. Einer meiner Kranken wollte seine Frau mit Kot besudeln und setzte ihr ein Messer auf die Brust. Einzelne Kranke, die bei dem Gedanken an Leichen Wollust empfinden, veranlassen ihre Geliebten, sich weiß

zu pudern, ein Leichengewand anzulegen und sich regungslos zu verhalten. Hier wird also in harmloserer Form das grausige Schauspiel nachgeahmt, das uns die glücklicherweise vereinzelten Fälle von Leichenschändung darbieten.

Daß die Neigung zum Schlagen mit einem Stocke vielfach einen sadistischen Hintergrund hat, macht so manche gewohnheitsmäßige Überschreitung des Züchtigungsrechtes durch Lehrer erklärlich. Als ein erschütterndes Beispiel derart ist der bekannte Fall des Erziehers Dieppold zu nennen, der seinen Zögling aus geschlechtlichen Beweggründen durch die ausgesuchtesten Martern langsam zu Tode quälte. Einer meiner Kranken prügelte schon auf der Schule seine Kameraden, um sich so geschlechtlich zu erregen. Ein anderer bestellte sich einen Jungen auf sein Zimmer, hängte ihn mit auf dem Rücken zusammengebundenen Händen auf und mißhandelte ihn durch Stockhiebe, für die er ihn bezahlte.

In Ermanglung anderer Angriffspunkte für die sadistische Betätigung kann auch der eigene Leib gemißhandelt werden, so daß Erzeugen und Erdulden von Schmerz zusammenfällt. Marcuse hat einen Kranken beschrieben, der sich dadurch geschlechtlich befriedigte, daß er sich selbst auf das grausamste geißelte. Da er zugleich Gesäßfetischist war, pflegte er danach seine mit blauroten Striemen bedeckten Hinterbacken voll wollüstiger Gefühle im Spiegel zu betrachten. Einer meiner Kranken wußte mit 17 Jahren einen Schulkameraden zu gegenseitiger Züchtigung zu gewinnen; ein anderer kitzelte sich schon mit 8 Jahren auf dem Aborte mit einem Messer, um sich sinnliche Befriedigung zu erzeugen. Ich gebe in Figur 287 das Bild eines Kranken, der sich dadurch geschlechtlich erregte, daß er sich mit heißen Eisenplättchen oberflächliche Brandwunden auf der Brust zufügte, deren Spuren noch erkennbar sind.

Seine ungeheuerlichsten Ausschweifungen feiert aber der Sadismus in der Einbildung. Sehr viele Kranke gefallen sich darin, sich alle möglichen, ihren Neigungen entsprechenden Bilder mit erregenden Einzelheiten auf das lebhafteste auszumalen. Gerade die Schriften des Marquis de Sade, dessen Namen die Störung trägt, wimmeln von erfundenen, blutrünstigen geschlechtlichen Ungeheuerlichkeiten aller Art. Ein schon erwähnter Kranker stellte sich gern seine Schulkameraden nackt vor, verübte mit ihnen in Gedanken allerlei Unzucht und unterwarf sie 36 verschiedenen, ausgesuchten Martern,

die er in bestimmte Formeln gebracht hatte und jeweils durch Würfel festsetzte. So konnte er sich Jahre hindurch stundenlang vergnügen. Ein anderer mißhandelte sich selbst in der Phantasie mit Gummi-

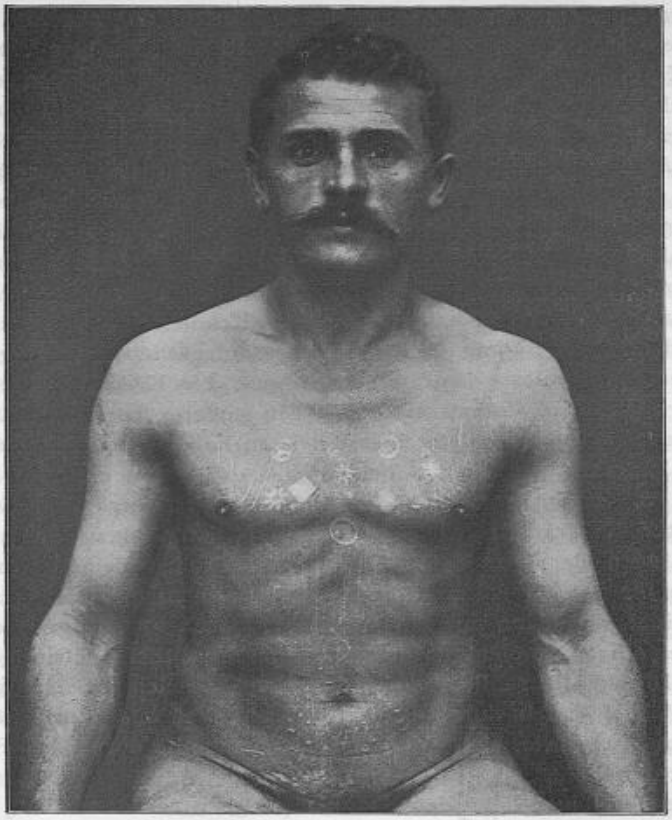


Fig. 287. Selbstbeschädigungen eines sadistisch-masochistischen Kranken.

strängen, Ruten, Reitpeitschen, machte Zeichnungen von Folterungen, dachte sich in die Rolle eines Nero oder Haremsbesitzers hinein, der einer Ehebrecherin flüssiges Blei in die Scheide gießen ließ. Er stellte sich vor, daß er auf einsamer Insel eine Schule von Artisten, alle in Trikots, leite, die er nach Belieben peitschen könne. Andere

geraten in geschlechtliche Erregung, wenn sie von Unglücksfällen, Auspeitschungen, Foltern lesen oder hören.

Sein psychologisches Gegenstück findet der Sadismus im Masochismus. Dieselben Martern und Erniedrigungen, die dort den Opfern zur Erreichung geschlechtlicher Befriedigung zugefügt werden, erwecken hier in dem Betroffenen selbst die höchste Wollust. Die Kranken lassen sich binden, knebeln, schlagen, mit Brennesseln peitschen, mit Füßen treten, in der ekelhaftesten Weise besudeln, auch hier bald als Vorbereitung für den Geschlechtsverkehr, bald, nach Art des Fetischmus, als Ersatz für ihn. Natürlich ist der Spielraum für die Grausamkeiten, die ihre Grenzen in den anwachsenden körperlichen Schmerzen finden, nur ein beschränkter. Dafür ist aber die Einbildungskraft eifrigst bemüht, alle möglichen Formen zu finden, in denen das Verlangen nach Mißhandlung befriedigt werden kann. Schon als Knaben suchen die Kranken, die bei einer gelegentlichen Züchtigung auf das Gesäß geschlechtliche Erregung verspürten, neue Anlässe dazu herbeizuführen. Ein Kranker bat seinen Vater schriftlich, ihn zu schlagen; ein anderer begründete seine Bitte damit, daß er ein unreines Gewissen habe. Maier beschreibt einen Kranken, der nach seiner Angabe exhibierte, um dann verhöhnt zu werden; erst dadurch fühlte er sich befriedigt. Öfters schreiten die Kranken, wie schon oben angedeutet, dazu, sich selbst zu schlagen oder in anderer Weise zu quälen; einer meiner Kranken suchte für sich Kreuzigungsszenen nachzuahmen und hängte sich, entkleidet, die Beine mit Gewichten beschwert, an den gefesselten Händen auf; er empfand dabei lebhafte geschlechtliche Befriedigung. Havelock Ellis schildert einen Kranken, der sich zur Erzeugung von Wollust Nadeln durch die Brustwarzen stieß und sie mit Fäden zusammenschnürte, sich auch einmal einen Stift durch den Penis hindurchtrieb.

Die Einbildungskraft der Kranken pflegt in der Ausmalung von Erlebnissen zu schwelgen, bei denen sie geschlagen und auf alle Weise schlecht behandelt werden. Ein schon wiederholt erwähnter Kranker träumte sich als Junge in die Lage des Hauptmanns Dreyfus hinein und wünschte sehnlichst, ähnliches zu erleben. Ein anderer bekam Samenergüsse bei dem Gedanken, geprügelt zu werden. Er stellte sich vor, daß eine Frau ihn auffordere, die Stube aufzuwischen, daß er sich weigere, und daß er dann dafür gezüchtigt werde. Be-

sonderen Reiz hat für die Kranken die Rolle eines hündischen Sklaven, der von einer grausamen Herrin rücksichtslos gemißhandelt wird. Diese muß in ihrer Einbildung den Fuß auf ihren Nacken setzen, sie treten, auf ihnen reiten, sie mit Sporen stacheln, während sie ihr die Fußsohlen oder die Absätze lecken. Der letzterwähnte Kranke schrieb „Sklavenbriefe" an bestimmte „Herrinnen", in denen er solche Vorgänge schilderte; er empfand Wollust bei dem Gedanken, daß jene die Briefe lesen.

Eine sehr merkwürdige Tatsache ist die gelegentliche Verbindung wollüstiger Erregungen mit dem Auftreten von Angst. So wird über Schüler berichtet, die Samenergüsse hatten, wenn sie vor einem Strafgerichte in der Schule standen. Man wird daran denken dürfen, daß unter Umständen dieser Zusammenhang unwillkürlich benutzt wird, um geschlechtliche Befriedigung herbeizuführen. Vielleicht ist so ein von Zingerle beobachteter Fall zu deuten. Hier wurden bei einer Frau geradezu durch das Ausführen triebartiger Diebstähle, ohne jede Beziehung zu der Art und dem Werte des Gestohlenen, wollüstige Erregungen ausgelöst. Dieselbe Kranke empfand beim Verkehr mit ihrem Manne erst dann geschlechtliche Befriedigung, als dieser sie auf den Rat des Arztes rauh und abstoßend behandelte, so daß sie seine Liebe „erkämpfen" mußte.

Auch den masochistischen Bedürfnissen pflegt das Prostitutionsgewerbe entgegenzukommen, indem es für Peitschen, Fesseln und ähnliche harmlose Marterwerkzeuge Sorge trägt. Manche Kranke verstehen es, nach ihren Wünschen ganz verwickelte Vorgänge aufführen zu lassen, in denen sie eine möglichst erniedrigende Rolle spielen. Einer meiner Kranken bezahlte eine Frau, die ihm befehlen mußte, Kot zu essen, den Abort zu scheuern, den Kopf so lange ins Abortbecken zu stecken, bis sie 200 gezählt hatte; dabei erfolgte dann der Samenerguß. v. Krafft-Ebing berichtet von einem Kranken, der mit einem selbst verfaßten Schreiben erschien, in dem der Empfänger ersucht wurde, den Ankömmling mit den ausgesuchtesten, genau angeführten Peinigungen zu quälen. Sehr merkwürdig ist ein von Pascal beschriebener Fall, in dem ein Kranker regelmäßig als Graf bei einer als Marquise auftretenden Prostituierten erschien, die ihn durch einen dafür gemieteten Diener hinauswerfen lassen mußte, nachdem er sich kleine Zudringlichkeiten erlaubt hatte; damit war sein Geschlechtsbedürfnis befriedigt.

Die ekelhaftesten Formen nimmt der Masochismus in seinen „skatologischen" Gestaltungen an, bei denen die Beschäftigung mit Ausscheidungen zum Geschlechtsziel wird. Mein zuletzt erwähnter Kranker fand geschlechtlichen Genuß darin, das Klosett auszulecken, frischen Kot von Mädchen zu verzehren und deren Harn zu trinken, ja er genoß sogar seine eigenen Ausleerungen in dem Gedanken, daß sie von Mädchen stammten, die ihm das beföhlen. Darkschewitsch beobachtete einen Kranken, der sich zu seiner Befriedigung von Schulkindern oder jungen Männern in den Mund speien ließ; auch die Besudelung des Gesichtes mit Harn oder Kot wird zuweilen als Geschlechtsgenuß erstrebt.

Die Gesamtpersönlichkeit der Kranken zeigt regelmäßig die Züge der psychopathischen Veranlagung. Manche sind begabt, aber lügenhaft, unaufrichtig, besitzen eine lebhafte Einbildungskraft, haben die Neigung, sich mit Schriftstellerei, Schauspielerei, dem Flugproblem, dem Perpetuum mobile zu beschäftigen, ohne wegen Mangels an Ausdauer irgendwo über oberflächlichste Anläufe hinauszukommen. Andere erscheinen beschränkt, zerstreut, still, zurückgezogen, ohne Streben, ängstlich, unsicher, wankelmütig. Viele Kranke lieben es, sich in ihre Seelenzustände zu versenken, mit ihren Gedanken zu spielen, sich phantastischen Träumereien hinzugeben. Häufig sind große Reizbarkeit, Stimmungswechsel, Verstimmungen bis zum Lebensüberdruß; daneben besteht öfters erhöhtes Selbstgefühl und Großmannssucht. Eifersüchtige Regungen zeigen sich nicht selten. Die Willensanlage ist in der Regel schwächlich, weichlich, haltlos. Die männlichen Charakterzüge sind vielfach gerade bei den Sadisten wenig entwickelt. Die Lebensführung zeigt als Folgen davon Arbeitsunlust, Verschwendungssucht, Stellenwechsel, Planlosigkeit. An nervösen Störungen begegnen uns Ohnmachten, Stottern, Empfindlichkeit gegen Alkohol, Schlafstörungen, Nägelkauen. Erbliche Belastung, besonders durch psychopathische Zustände, scheint fast immer vorhanden zu sein.

Der Beginn der Störungen geht gewöhnlich bis in die Jugend zurück. Geschlechtliche Regungen, Neigung zur Grausamkeit oder zu Selbstpeinigungen können schon zu ungewöhnlich früher Zeit auftreten. In der Regel ist es irgendein bestimmter Anlaß, bei dem sie sich zuerst bemerkbar machen, und dieser pflegt dann, wie beim Fetischismus, leicht entscheidenden Einfluß auf die weitere Ent-

wicklung zu gewinnen. Die sadistischen Neigungen eines meiner Kranken knüpften sich an ein Bild mit einer Prügelszene an, das er mit 10 Jahren sah. Gilles de Rays soll zu seinen Scheußlichkeiten durch die Lektüre Suetons angeregt worden sein. Sehr häufig bilden die durch Schläge auf das Gesäß ausgelösten geschlechtlichen Regungen den Ausgangspunkt für masochistische Neigungen. Ein von Havelock Ellis geschilderter Kranker wurde zum Stiefelfetischisten durch ein zufälliges Erlebnis, bei dem ein junges Mädchen mit dem Fuße auf seinen Unterleib trat; er behielt die durch diesen Vorgang festgelegte Form der geschlechtlichen Befriedigung sein ganzes Leben hindurch bei. Ähnliche Beispiele gibt es in großer Zahl.

Man wird aber darum natürlich doch nicht annehmen dürfen, daß ein gelegentliches Lebensereignis überall genügt, um solche geschlechtlichen Verirrungen hervorzurufen. Sie müssen einmal irgendwelche tieferen Beziehungen zu den gesunden Geschlechtsregungen haben, andererseits bei den Kranken einen besonders günstigen Boden für ihre eigenartige Weiterentwicklung finden. In ersterer Beziehung ist wohl, wie schon angedeutet, an die Liebeskämpfe der Tiere zu erinnern, an die vielleicht noch die uralte Sitte des Brautraubes erinnert. Vielfach ist auch auf die Verbindung von Notzucht mit Mord und Zerstörung bei Krieg und Aufruhr hingewiesen worden. Weiterhin aber sind unsere Kranken zweifellos Entartete, bei denen die selbstverständliche Zuverlässigkeit der Triebe erschüttert und zugleich die Herrschaft über das Triebleben unvollkommen ist. Damit mag es zusammenhängen, daß bei ihnen das geschlechtliche Begehren so leicht von seinem natürlichen Ziele abgelenkt werden kann, und daß ferner stammesgeschichtlich alte, sonst längst überwundene Regungen, ungezügelt durch die Hemmungen höherer Entwicklung, eine unheimliche Macht über das Geschlechtsleben gewinnen können. Begünstigend wirkt dabei, wie v. Krafft-Ebing andeutet, vielleicht der Umstand, daß im Entwicklungsalter, beim Auftauchen lebhafterer geschlechtlicher Gefühle, an sich die Einbildungskraft für die Vorstellung von abenteuerlichen Gewalttaten besonders empfänglich ist.

Die hier in ihren Umrissen geschilderten Verirrungen sind keine selbständigen Krankheitsformen, sondern Teilerscheinungen einer krankhaft minderwertigen Veranlagung. Sie verknüpfen sich außer-

ordentlich häufig miteinander, so daß es oft schwierig erscheint, einen gegebenen Fall einem bestimmten Gebiete zuzuweisen. Namentlich Sadismus und Masochismus finden sich ganz gewöhnlich miteinander vereint. Der angeführte „skatologische Masochist" hatte öfters auch den Drang, kleine Mädchen zu schlagen, und die Sadisten finden, wie schon angeführt, nicht selten ihre Befriedigung in Selbstmißhandlung, so daß sich handelnde und duldende Schmerzwollust miteinander mischen. Sehr innig sind auch die Beziehungen zur Onanie und zum Fetischismus. Fast alle Kranken onanieren, allein oder mit anderen. Daneben üben sie freilich vielfach auch Geschlechtsverkehr, bisweilen sogar reichlich. Dabei kann ihnen die Befriedigung ihrer eigenartigen Gelüste als Vorbereitung und Unterstützung der geschlechtlichen Erregung dienen. Außerdem jedoch treten die sadistischen oder masochistischen Vorgänge auch als selbständiger, fetischistischer Ersatz für den Geschlechtsverkehr auf, in manchen Fällen ausschließlich. Das Geschlechtsleben kann dabei, wie schon in einigen der angeführten Beispiele, sehr sonderbare Formen annehmen. v. Krafft-Ebing erzählt von einem jungen Ehemanne, der sich in der Hochzeitsnacht lediglich dadurch befriedigte, daß er sich von seiner Frau das Gesicht einseifen ließ, und Pascal erwähnt einen Herrn, dessen geschlechtliches Begehren gestillt war, wenn er einmal im Monate seiner Geliebten die Stirnlöckchen abgeschnitten hatte. v. Krafft-Ebing nimmt nähere Beziehungen zwischen Stiefelfetischismus und Masochismus an, insofern sich an den Schuh die Vorstellung des Getretenwerdens und der Unterwerfung knüpft. Es gibt aber auf den verschlungenen Pfaden der geschlechtlichen Gedankenverbindungen wohl auch noch andersartige Zusammenhänge, wie Havelock Ellis ausgeführt hat. Dagegen wird man den skatologischen Fetischismus wohl unbedenklich dem Masochismus angliedern dürfen. —

Neben der Onanie wohl das am meisten verbreitete Zerrbild des gesunden Geschlechtstriebes ist jene eigenartige Umwandlung der geschlechtlichen Neigungen, die Westphal nach ihrem wichtigsten Zeichen „conträre Sexualempfindung" genannt hat. Es handelt sich hier um die dauernde geschlechtliche Zuneigung zu Personen desselben Geschlechts („Homosexualität"). Die Aufmerksamkeit der Irrenärzte wurde auf diese wahrscheinlich uralte und weit verbreitete Verirrung bei uns zuerst 1860 durch Casper

gelenkt; später haben namentlich Westphal und v. Krafft-Ebing unser Wissen über diesen Gegenstand gefördert, denen in neuester Zeit Eulenburg, Moll, Bloch, Näcke, Dessoir, Hirschfeld, v. Schrenck-Notzing, ferner Magnan, Havelock Ellis, Raffalowich gefolgt sind[1]). Die Beachtung weitester Kreise hat dieses Gebiet durch die Tätigkeit des „wissenschaftlich-humanitären Komitees" gefunden, das sich die Beseitigung der Strafbestimmungen gegen die gleichgeschlechtliche Liebesbetätigung zum Ziele gesetzt hat.

Den Ausgangspunkt der Homosexualität bildet, wie bei den übrigen Verirrungen des Geschlechtstriebes, gewöhnlich die Onanie, die in der Jugend oft mit großer Leidenschaftlichkeit betrieben wird. Fleischmann fand unter 60 Fällen von Homosexualität 33 mal starke Onanie, während Havelock Ellis bei 23 Kranken 18 mal Onanie feststellte, die er allerdings geneigt ist, aus der Schwierigkeit zusagender Geschlechtsbetätigung herzuleiten. Gegen diese Ansicht scheint mir vor allem der Umstand zu sprechen, daß bei den Homosexuellen, wie ja auch sonst, die Onanie regelmäßig in einem Alter beginnt, in dem auch der Gesunde nur ausnahmsweise zum Geschlechtsverkehr gelangt, ohne doch darum zur Selbstbefriedigung zu schreiten, öfters schon vor dem Einsetzen der geschlechtlichen Entwicklung. Fleischmann stellte fest, daß von 24 Kranken 18 vor dem 15. Jahre, 5 sogar schon vor dem 10. Jahre angefangen hatten, zu masturbieren. Von einem Ersatze der unzulänglichen homosexuellen Befriedigung durch die Onanie kann hier natürlich keine Rede sein. Wir dürfen daher wohl annehmen, daß die Onanie zunächst ein Zeichen für frühes Erwachen der geschlechtlichen Regungen darstellt. Wahrscheinlich läßt sich diese Erscheinung als der Ausdruck einer Entwicklungshemmung auffassen. Unter normalen Ver-

[1]) Westphal, Archiv f. Psychiatrie II, 1; v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis. 14. Auflage. 1912; Moll, Die conträre Sexualempfindung, 3. Auflage. 1899; v. Schrenk-Notzing, Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. 1892; Havelock Ellis, Das conträre Geschlechtsgefühl. 1892; Fuchs, Wiener klinische Rundschau 1900, 18; Näcke, Allgemeine Zeitschr. f. Psych. LXV, 109; Deutsche med. Wochenschr. 1909, 34; Fleischmann, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie VII, 262; Stier, Monatsschr. f. Psychiatrie XXXII, 549; Laupts, l'homosexualité et les types homosexuels. 1910; Hirschfeld, Die Homosexualität des Mannes und des Weibes, Handbuch der Sexualwissensch. III. 1914. Seit 1899 erschien ein Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität, das jetzt durch die Vierteljahrsberichte des wissenschaftlich-humanitären Komitees abgelöst worden ist.

hältnissen wird das Triebleben beim Menschen durch die gleichzeitig sich ausbildende überlegte, zielbewußte und tatkräftige psychische Persönlichkeit in Schranken gehalten und zurückgedrängt. Wo aber die höhere seelische Entwicklung, namentlich des Willens, Unzulänglichkeiten zeigt, vermögen sich die Triebe schon frühzeitig kräftig zu regen. Bekannt ist ja das Auftreten geschlechtlicher Begierden bei Idioten in den ersten Lebensjahren, ähnlich wie bei Tieren.

Die durch frühes Erwachen des Geschlechtstriebes mächtig geförderte Onanie erscheint nun geeignet, das geschlechtliche Begehren von vornherein dem gesunden Geschlechtsziele zu entfremden und die Einbildungskraft mit Bildern gleichgeschlechtlicher Liebesbetätigung zu erfüllen. Endlich bedingt die Selbstbefleckung, deren Ausübung keinerlei Schranken entgegenstehen, früh eine Überreizung der Sinnlichkeit und damit leicht auch eine Abnahme des geschlechtlichen Vermögens, die in der Entwicklungsgeschichte der Homosexualität eine bedeutende Rolle spielt.

Das Auftreten der ersten homosexuellen Regungen macht sich vielfach schon sehr früh bemerkbar. Unter 21 Kranken Fleischmanns verlegten 5 diesen Zeitpunkt vor das 9. Lebensjahr, 8 zwischen das 10. und 15. Jahr. Auch diese Erfahrung spricht für ein ungewöhnlich zeitiges Erwachen der Sinnlichkeit. Daß sie sich zunächst in gleichgeschlechtlicher Richtung bewegt, wird man nicht besonders auffallend finden, da auch bei normaler geschlechtlicher Entwicklung die ersten, unklaren sinnlichen Regungen ganz gewöhnlich demjenigen Geschlechte gelten, mit dem die innigsten seelischen und körperlichen Berührungen stattfinden. Erst späterhin bahnt sich der immer stärker hervortretende natürliche Trieb den richtigen Weg. Bis dahin aber sind allerlei Hindernisse zu überwinden, die vor allem aus der Fremdartigkeit und Unverständlichkeit des anderen, nach der Kindheitsstufe sich rasch aus der Gemeinschaft entfernenden Geschlechtes entspringen. Es ist ja bekannt, daß den ersten Liebeleien eine Zeit der halb trotzigen, halb scheuen Ablehnung des anderen Geschlechtes vorangeht, die eben aus dem erwachenden Bewußtsein der sich herausbildenden Unterschiede hervorgeht. Wenn wir daher vielfach aus der Vorgeschichte der Homosexuellen hören, daß sich mit der sinnlichen Zuneigung zum eigenen Geschlechte von vornherein Gleichgültigkeit oder Abscheu vor dem anderen verknüpft habe, so entspricht auch dieses Verhalten zu-

nächst noch dem gewöhnlichen Laufe der Dinge, wenn es auch verhältnismäßig stark ausgesprochen sein mag, weil die Sinnlichkeit durch die Onanie früh auf das eigene Geschlecht abgelenkt wurde.

Nicht selten wird uns berichtet, daß eine einzelne, bestimmte Lebenserfahrung für die geschlechtliche Richtung maßgebend geworden sei. Ein Kranker, Offizier, erfuhr nach reichlichem Sektgenusse bei einem „Liebesmahle" zum ersten Male eine homosexuelle Liebkosung und hatte sofort das Gefühl: „Nun bin ich glücklich!" Zufällige Berührungen, verfängliche Lebenslagen, gemeinsames Übernachten, der Anblick sich entkleidender oder badender Kameraden, namentlich aber auch die bewußte Verführung durch Leidensgenossen spielen dabei eine Rolle.

Die bei unseren Kranken meist sehr regsame Einbildungskraft beginnt sich nun vielfach mit wollüstigen Bildern zu beschäftigen, die das gleiche Geschlecht zum Inhalte haben. Einer meiner Kranken sah am Tage dem Spielen der Knaben zu und onanierte dann abends, indem er sich das Gesehene lebhaft vorstellte. Auch in den Träumen kehren diese Beziehungen wieder. Der weitere Verlauf führt regelmäßig früher oder später zu lebhaft sinnlich gefärbten, gleichgeschlechtlichen Freundschaften. Auch dieser Zug wird nicht selten als Zwischenstufe einer ganz normalen Entwicklung beobachtet, die sich vorübergehend im Geschlechtsziele vergreift. Sehr häufig setzt nunmehr die Verführung durch einen fortgeschritteneren Genossen ein, der durch seine Annäherungsversuche die Sinnlichkeit zielbewußt stark erregt und das geschlechtliche Fühlen mit Macht in die homosexuellen Bahnen steuert. Ein erheblicher Einfluß scheint auch der geschlechtlich erregenden, die Selbstbeherrschung schwächenden Wirkung des Alkohols zuzukommen, ähnlich wie bei der geschlechtlichen Verführung überhaupt. Unter Fleischmanns 30 Kranken kamen 6 im Rausche zum ersten gleichgeschlechtlichen Verkehr.

Indem auf diese Weise die Triebrichtung allmählich mehr und mehr ins falsche Fahrwasser gedrängt wird, schließt sich der Kranke mit leidenschaftlicher Zärtlichkeit an einen Kameraden an, dessen körperliche und seelische Vorzüge ihm in glänzendstem Lichte erscheinen und dessen Nähe ihn beglückt. Es kommt zu einem „idealen Freundschaftsbündnisse" mit allen Überschwänglichkeiten eines Liebesspiels, schwärmerischen Briefen, Blumensendungen, Geschenken, Eifersuchtsausbrüchen, brünstigen Küssen und Händedrücken.

Die eigentliche geschlechtliche Befriedigung wird am häufigsten in wollüstigen Umarmungen, gegenseitiger Onanie oder Coitus inter femora, gelegentlich auch in os gesucht. Seltener sind wirklich päderastische Handlungen, die vielfach verabscheut werden. Näcke gibt ihre Häufigkeit auf 8% an, doch konnte Fleischmann sie immerhin 18 mal unter 30 Fällen feststellen. Einer der Kranken hatte sich eine besonders für diesen Zweck geeignete Hose beschafft, die hinten mit einem Schlitze versehen war. Bei Frauen scheint neben gegenseitiger Onanie vielfach Cunnilingus geübt zu werden.

Da die Kranken inzwischen selbstverständlich über die natürlichen Geschlechtsbeziehungen ins klare gekommen sind, versuchen sie es meist, auch diese Neigungen in sich zu wecken. Von den 30 Kranken Fleischmanns hatten nur 12 niemals normalen Geschlechtsverkehr ausgeübt; 6 hatten dazu gar keine Neigung, 2 sogar ein Grauen davor. Öfters suchen die Kranken Prostituierte auf, machen aber dabei die Erfahrung, daß sie zum Geschlechtsverkehr unfähig sind oder doch dabei keine Befriedigung finden. Andere unterhalten längere Zeit normale, wenn auch spärliche Geschlechtsbeziehungen, um sich dann immer mehr der homosexuellen Betätigung zuzuwenden. Vielfach helfen sich die Kranken beim normalen Geschlechtsverkehr dadurch, daß sie sich recht lebhaft eine Person gleichen Geschlechtes vorstellen; ein Kranker, der erregt wurde, als er dem Geschlechtsverkehr eines Freundes zusah, vermochte es jenem nachzutun, indem er ihn dabei anblickte. Zwei meiner Kranken lebten in glücklicher Ehe und konnten ihre geschlechtlichen Pflichten erfüllen, wenn sie auch größere Befriedigung aus gleichgeschlechtlichen Verhältnissen zogen. Wenn man will, kann man in den Fällen doppelseitiger geschlechtlicher Betätigung von Bisexualität oder „psychischer Hermaphrodisie" sprechen. Man wird sich aber daran erinnern müssen, daß auch zahlreiche gesunde Menschen eine „bisexuelle" Entwicklungsstufe, freilich in umgekehrter Richtung, überwunden haben. Es handelt sich, wie ich denke, einfach um die verschiedenen Abschnitte des Weges, den die Abirrung des Triebes von seinen natürlichen Zielen zurücklegt.

Ist die krankhafte Richtung des Geschlechtstriebes durch das Ausbleiben oder Versiegen der natürlichen Regungen endgültig festgelegt, so pflegt die Anknüpfung und Unterhaltung gleichgeschlecht-

licher Beziehungen im Leben einen ziemlich breiten Raum einzunehmen. Ganz wie im normalen Liebesverkehr können die sich entwickelnden „Verhältnisse" längere Zeit, selbst viele Jahre hindurch fortbestehen. Weit häufiger ist jedoch ein Wechsel der Neigungen oder sogar große Unbeständigkeit. Meist sind beide Teile homosexual, doch gibt es manche Kranke, die gerade nur mit gesund fühlenden oder doch die Eigenschaften ihres Geschlechtes nicht verleugnenden Personen geschlechtlich zu verkehren lieben. Standesunterschiede scheinen, genau wie im gewöhnlichen Geschlechtsleben, hier eine weit geringere Rolle zu spielen, als etwa beim rein gesellschaftlichen Verkehr. Einzelne Kranke der besseren Stände fühlen sich sogar am meisten zu Fabrikarbeitern, Kutschern, Lastträgern u. dgl. hingezogen. Einer meiner Kranken hatte seine erste homosexuelle Erregung mit Samenerguß, als er beim Nachtlager auf einer Pritsche mit der Lederhose eines neben ihm liegenden „widerlichen Kerls" in Berührung kam. Einer besonderen Beliebtheit erfreuen sich auch hier die Soldaten. Einer meiner Kranken stellte besonders „Athletenklubmitgliedern" nach. Äußerst bedenklich ist es, daß nicht wenige Homosexuelle jugendliche Personen in den Entwicklungsjahren, bisweilen sogar unreife Kinder bevorzugen. Ein Kranker, der sich Knaben einlud, um mit ihnen zu baden, sie zu küssen und zu betasten, meinte naiv, bei älteren fange es an, unanständig zu werden.

In größeren Städten pflegt gewöhnlich auch eine männliche Prostitution mit allem Zubehör zu bestehen, die sich nicht nur aus homosexualen, sondern auch aus geschlechtlich normalen, auf diese Weise ihren Verdienst suchenden Personen zusammensetzt. Für die Aufrechterhaltung länger dauernder Beziehungen werden aber auch von den Homosexuellen neben den körperlichen Reizen zusagende Eigenschaften des Gemüts und des Verstandes gefordert. Die Einbildungskraft pflegt indessen den Gegenstand ihrer Liebe damit ebenso freigebig auszustatten wie der gewöhnliche Liebesrausch. Der Unbefangene begegnet in seinem ganzen Leben nicht einer solchen Schar von „genialen", „hochgebildeten", „edeldenkenden", „charaktervollen" Männern, wie wir sie in der Schilderung eines einzigen Freundeskreises solcher Kranker anzutreffen pflegen.

Aus dieser allgemeinen Geschlechtsüberschätzung, die von den Darstellungen der Kranken in diejenigen der Beobachter übergeht, stammt ohne Zweifel die sich vielfach breit machende Ansicht, daß

sich die Homosexuellen durch besondere Vorzüge des Geistes und Gemütes auszeichnen. In gewissen buchhändlerischen Unternehmungen werden sie gleichsam als die feinste Blüte unserer Entwicklung gepriesen, und auch Näcke glaubt, ihre Bedeutung für unsere Gesittung so hoch einschätzen zu sollen, daß er die Meinung ausspricht, ihr Verschwinden werde vielleicht mehr Nachteile als Vorteile nach sich ziehen. Dem muß auf das entschiedenste widersprochen werden. Gewiß gibt es in großer Zahl Homosexuelle, die sehr schätzenswerte, bisweilen sogar hervorragende Eigenschaften besitzen, aber von einer durchschnittlichen Überlegenheit gegenüber ihrer Umgebung kann auch nicht entfernt die Rede sein. Im Gegenteil begegnet man bei ihnen, wie wir noch näher sehen werden, regelmäßig in schärferer oder schwächerer Ausprägung denjenigen Zügen, die für psychopathische Persönlichkeiten kennzeichnend sind.

Die Homosexualität steht offenbar mit den übrigen, bisher geschilderten geschlechtlichen Verirrungen in nahen klinischen Verwandtschaftsbeziehungen. Außer den Gemeinsamkeiten in Grundlagen und Entstehungsgeschichte, auf die wir noch zurückzukommen haben werden, spricht dafür namentlich der Umstand, daß uns bei unseren Kranken gar nicht selten auch mehr oder weniger ausgesprochene Andeutungen anderer krankhafter Neigungen begegnen. Einer meiner Kranken exhibierte; ein anderer hegte schon mit 6 bis 7 Jahren den Wunsch, seine Mitschüler nackt zu prügeln; ein dritter küßte seinen Kameraden die Füße; ein vierter, der oben schon erwähnt wurde, fühlte geschlechtliche Erregung beim Anblicke von spitzenbesetzten Höschen. Eine Kranke liebte, von Herren recht grob und roh behandelt zu werden. Gar nicht selten mischen sich die Zeichen der verschiedenen Verirrungen derart miteinander und mit den Spuren normaler geschlechtlicher Regungen, daß es mehr oder weniger willkürlich erscheint, ob man den einzelnen Fall dieser oder jener Gruppe zurechnen will. Diese Feststellung ist deswegen von Wichtigkeit, weil von verschiedenen Seiten der Versuch gemacht worden ist, der Homosexualität eine ganz andere Bedeutung beizulegen, als den übrigen abnormen geschlechtlichen Triebrichtungen.

Natürlich bleibt die überwiegende Mehrzahl der Homosexualen unvermählt. Dennoch gehen einzelne Kranke trotz ihres Widerwillens gegen das andere Geschlecht die Ehe ein, teils in der Hoff-

nung, sich dadurch von ihrem ungesunden Triebe zu heilen, teils in dem Wunsche, Kinder zu besitzen. Nicht immer sind diese Ehen unglücklich, da die Kranken bisweilen, abgesehen vom geschlechtlichen Verkehre, mit großer Pflichttreue ihre eigentümliche Stellung auszufüllen verstehen. Ja, es gelingt ihnen sogar, Nachkommenschaft zu erzeugen, allerdings meist nur, wenn sie sich während des Geschlechtsaktes mit Aufbietung ihrer Einbildungskraft in die Arme einer jungen und schönen Person gleichen Geschlechtes zu versetzen vermögen. Daneben unterhalten sie vielfach noch gelegentlichen oder regelmäßigen homosexualen Verkehr.

Die allgemeinen persönlichen Eigentümlichkeiten der Homosexuellen können sehr verschiedene sein. Dennoch läßt sich wenigstens in den gröbsten Umrissen ein Bild ihres Wesens entwerfen, das im einzelnen vielfach nicht zutreffen wird, aber etwa dem Durchschnitte entsprechen dürfte. Die Verstandesbegabung der Kranken ist etwa ebenso oft gut wie mäßig. Havelock Ellis fand allerdings unter 35 Homosexuellen 22 Hochbegabte, doch ist zu berücksichtigen, daß im allgemeinen nur die geistig höher stehenden Kranken zum Arzte kommen. Jedenfalls beobachtet man auch nicht ganz selten ausgesprochene geistige Schwäche. Häufig macht sich neben rascher Auffassung große Ermüdbarkeit, geringe Ausdauer bei geistiger Arbeit und Neigung zu Träumereien geltend. Die Einbildungskraft pflegt stark über die Fähigkeit zu rein verstandesmäßiger Tätigkeit zu überwiegen. Öfters beobachtet man stark persönliche Färbung des Urteils und der Erinnerung, Mangel an Wahrheitsliebe und Sachlichkeit, Neigung, sich aufzuspielen, zu prahlen. Eine ganze Reihe meiner Kranken zeigte eine erhebliche Eitelkeit und Selbstüberschätzung, gefiel sich in großen Plänen und Zukunftsträumereien. Einer dachte sich in den Besitz unendlicher Reichtümer hinein, errichtete in Gedanken große Schlösser, Rennbahnen, legte Parke an; ein anderer baute ein „Volkswohlluftschloß". Vielfach finden sich schöngeistige und künstlerische, besonders musikalische Anlagen, Freude am Theater, an guter Lektüre.

Weit stärker pflegen die Abweichungen im Gemütsleben hervorzutreten. Die Kranken sind empfindlich, reizbar, wechselnden Stimmungen unterworfen, bald zuversichtlich, selbstgefällig, anspruchsvoll, bald ängstlich, weinerlich, weltschmerzlich gedrückt, mißtrauisch. Eine Anzahl meiner Kranken hatte mehr oder weniger ernsthafte

Selbstmordversuche gemacht, zum Teil aus unbedeutendem Anlasse; eine Kranke ging ins Wasser, weil ein erhoffter Brief ihrer Freundin ausblieb. Nicht selten trifft man schwärmerische Überspanntheit, Neigung zu Gefühlsüberschwang und weichlicher Empfindsamkeit. „Trübe wie ein grauer Novemberhimmel schaut es für mein ferneres Leben aus," schrieb ein Kranker, „und man ist voll Dank erfüllt, wenn nur ab und zu die Sonne der Liebe (charitas) unser trauriges Erdenleben bescheint." Manche Kranke sind sehr religiös. Aus ihrer schwierigen Lage mag es sich zum Teil erklären, daß ein menschenscheues, stilles, zurückgezogenes, verschlossenes Wesen sehr verbreitet ist. Ein Kranker klagte über „tiefe Schwermut", das Gefühl des Verlassenseins; er „möchte sich recht ausweinen auf einsamen Waldpfaden". Die Gemütsart der Homosexuellen ist meist gutartig und verträglich. Ihre Willensanlage ist überwiegend weich, schlaff, ohne Tatkraft, inneren Halt und Selbständigkeit. Eine Kranke bezeichnete sich selbst als „Waschlappen"; eine andere meinte: „Eine Ermahnung hilft bei mir immer nur für einen ganz kurzen Moment."

Die Stellung, welche die Kranken gegenüber ihrer abnormen Neigung einnehmen, ist eine sehr verschiedene. Da sie sehr bald mit den Schwierigkeiten und Gefahren ihrer Lage bekannt werden, fühlen sie sich meist unglücklich und tragen als „Stiefkinder des Schicksals" schwer an dem Drucke, der sie zwingt, ihre geschlechtlichen Regungen zu bekämpfen und zu verbergen; es sei „eine Strafe der Natur", meinte ein Kranker. Krankheitsgefühl ist dabei, wie Fleischmann berichtet, in etwas mehr als der Hälfte der Fälle vorhanden. Viele Kranke jedoch empfinden ihren Trieb, der ja auch ursprünglich in normalen Bedürfnissen wurzelt, als eine ganz natürliche Erscheinung. Gleichwohl haben sie oft den lebhaften Wunsch, von ihrer Neigung befreit zu werden, suchen den Arzt auf, bemühen sich, Fühlung mit dem anderen Geschlechte zu gewinnen. Nicht selten werden sie verbittert, betrachten sich als Märtyrer, denen schweres Unrecht geschieht, und klagen die Gesellschaft an, die ihre Eigenart nicht gelten lassen will. Aus derartigen, vielfach etwas stark aufgetragenen Stimmungen hervor entwickelt sich dann leicht eine ausgleichende Selbstüberhebung, die dem Drucke von außen die Behauptung des verkannten eigenen Wertes entgegensetzt. So erklären sich die immer wieder hervortretenden und mit leidenschaftlichem

Schwunge verfochtenen Bestrebungen der Homosexuellen, nicht nur Duldung, sondern auch staatliche Anerkennung ihres Treibens zu erreichen und für ihre abnorme Anlage die Rechte eines „dritten Geschlechtes" in Anspruch zu nehmen.

Das Benehmen der Homosexuellen läßt bisweilen eine gewisse weibische Zimperlichkeit erkennen, zeigt hie und da läppische, kindische Züge mit aufdringlicher Redseligkeit. Viele Kranke sind im Gegenteil ernst, in sich gekehrt, nach außen gänzlich unauffällig. Sie leben still dahin, erfüllen gewissenhaft ihre Pflichten, neigen nicht zum Alkohol, treten in allen ihren Betätigungen aus einem engen Rahmen nicht heraus. Andererseits gibt es auch eine Reihe von haltlosen, unsteten Naturen, die nirgends gut tun und zu keiner geregelten Tätigkeit zu erziehen sind. Sie verschwenden, machen Schulden, wechseln die Berufe, trinken, verbummeln und können je nachdem als Abenteurer, Bettler und Landstreicher oder als männliche Prostituierte enden. Sehr auffallend ist vielfach die, namentlich für Männer, ganz merkwürdig wichtige und entscheidende Rolle, die den geschlechtlichen Beziehungen im Leben eingeräumt wird. Sie können die Kranken längere Zeit vollkommen in Anspruch nehmen, an jeder geregelten Tätigkeit hindern, ihre Schicksale in durchaus maßgebender Weise beeinflussen. Man hat aus solchen Erfahrungen wie aus den Schilderungen der Kranken über die Unwiderstehlichkeit ihrer Triebe öfters den Schluß gezogen, daß die treibende Gewalt der geschlechtlichen Regungen bei ihnen weit über das gewöhnliche Maß hinausgehe. Näher liegt es wohl, darin den Ausdruck der geringen Widerstandsfähigkeit ihres Willens zu sehen, dessen unzulängliche Entwicklung, wie oben ausgeführt, auch die Vorbedingung für das frühe Auftreten der Onanie bildet.

Eine regelmäßige Begleiterscheinung der homosexuellen Veranlagung bilden endlich allerlei nervöse Störungen, wie sie uns bei Psychopathen geläufig sind. Dahin gehören Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Ohnmachten, Zittern, Empfindlichkeit gegen Alkohol, Schlafstörungen, gelegentlich auch hysterische Anfälle, Herz- oder Weinkrämpfe, Nachtwandeln. Ferner sind als Anzeichen von Entwicklungshemmungen hie und da Bettnässen, verspätetes Erlernen des Gehens oder Sprechens, Fistelstimme, Mißbildungen zu verzeichnen; einzelne Kranke haben an Kinderkrämpfen gelitten.

Bei ausgeprägter Homosexualität zeigt sich öfters eine Ver-

änderung der ganzen Lebensführung im Sinne des entgegengesetzten Geschlechtes. Der Mann wird weibisch in seinen Bewegungen, seinem Gange, seiner Haltung, seiner Geschmacksrichtung. Er zeigt ein süßliches, geziertes Wesen, wird eitel, gefallsüchtig, legt großen Wert auf sein Äußeres, kleidet sich mit besonderer Sorgfalt nach der Mode, trägt Ringe, Blumen im Knopfloch, parfümiert, schminkt sich, brennt sich die Haare, läßt sich frisieren, schreibt zierliche Briefe auf duftendem Papier, schmückt sein Zimmer nach Art der weiblichen Boudoirs aus; er liebt Süßigkeiten, besucht Konditoreien, unterhält zarte Freundschaftsbeziehungen mit Damen, schwärmt für die schönen Künste, für verfeinerte Lebenskultur, verabscheut Derbheiten und Geschmackssünden. Manchmal besteht die Neigung, sich mit weiblichen Handarbeiten, Stricken, Nähen, Kochen, zu beschäftigen, weibliche Kleidung (Korsett!) zu tragen, Busen und Hüften auszustopfen, in Fistelstimme zu sprechen, kurz sich in allen Stücken auch äußerlich möglichst der erwünschten geschlechtlichen Stellung zu nähern; ein Kranker erklärte, er wäre am liebsten „in der Hoffnung". Manche Kranke erwählen weibliche Berufe, soweit es ihnen möglich ist. Namentlich die Damenkomiker sind hier zu erwähnen; auch die männliche Prostitution läßt sich vielfach in diesem Sinne auffassen, wenn sie auch mitunter des Erwerbs willen von Heterosexuellen ausgeübt wird. Ein Kranker, der nach seiner Angabe Kasernen und Offizierskasinos besuchte, nannte sich Marie, zierte sich bei der körperlichen Untersuchung, benahm sich ganz wie ein Mädchen. Die beiden eingefügten Bilder Fig. 288a und b geben denselben gleichgeschlechtlichen Prostituierten in männlicher und weiblicher Tracht wieder, wie er in Doppelaufnahme dem Verbrecheralbum einverleibt wurde. Homosexuale Frauen sehen wir durch ihre Neigung zu männlichem Auftreten, zum Rauchen und Trinken, zu übermütigen Streichen, zu männlicher Kleidung und Haartracht, zu männlichem Sport und männlichen Berufsarten auffallen.

Die geschilderten Veränderungen in Wesen und Lebensführung bezeichnet v. Krafft-Ebing als Effeminatio und Viraginität. Nicht selten gehen sie schon bis in die Kinderjahre zurück. Die Knaben spielen gern mit Puppen, tragen lange Haare, gefallen sich in den Kleidern ihrer Schwestern, halten sich zu den Mädchen, interessieren sich für Küche und Haushalt; die Mädchen sind wild, verachten weibliche Zimperlichkeit, tollen und raufen mit den Buben

um die Wette, suchen es ihnen in allen Stücken gleich zu tun. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß derartige, aus dem Rahmen der gewöhnlichen Geschlechtsveranlagung herausfallende Eigentümlichkeiten der Entwicklung gleichgeschlechtlicher Neigungen Vorschub leisten. Wenn sie aber vielfach als der schon in der Jugend hervortretende Ausdruck einer angeborenen Verkehrung des geschlechtlichen Fühlens bezeichnet worden sind, so ist dem die Tatsache ent-



Fig. 288a.



Fig. 288b.

Männlicher Prostituierter in weiblicher und männlicher Tracht.

gegenzuhalten, daß es zahlreiche weibische Männer und Mannweiber gibt, deren geschlechtliche Neigungen sich durchaus in gesunden Bahnen bewegen.

Es gibt endlich eine kleine Gruppe von homosexual veranlagten Personen, bei denen auch der körperliche Bau gewisse Abweichungen vom Geschlechtstypus in der Richtung des anderen Geschlechtes aufweist. Dahin gehören die bartlosen Männer mit weiblicher, hoher Stimme, glatter, weißer Haut, stärkerem Fettpolster, entwickelten Brustdrüsen, schlanker Taille und breiten Hüften, die Frauen mit Bartanflug, grobem Knochenbau, tiefer, rauher Stimme, männlichem Becken, erstere von v. Krafft-Ebing als Androgyne, letztere als Gynandrier bezeichnet. Auch hier ist die Einschränkung zu machen, daß Annäherung an die körperlichen Eigenschaften des anderen Geschlechtes durchaus nicht immer mit Verkehrung des

geschlechtlichen Fühlens einhergeht; oft genug finden sich normale, wenn auch vielleicht nur schwach entwickelte geschlechtliche Neigungen. Wirkliche Zwitterbildung ist bei conträrer Sexualempfindung bisher niemals beobachtet worden.

Es ist wohl nicht ohne Bedeutung für das Verständnis der geschlechtlichen Verirrungen, daß sie nicht selten mit den Zeichen schwerer seelischer Entartung einhergehen. Einmal finden wir gelegentlich Persönlichkeiten von außerordentlicher Willensschwäche, die nach allerlei vergeblichen Anläufen zur Gewinnung einer Berufsstellung tatenlos dahinleben und sich treiben lassen, immer wieder gute Vorsätze fassen und sich mit unbestimmten Zukunftsplänen über ihre gänzliche Unfähigkeit zu kräftiger Willensanspannung hinwegzutäuschen verstehen. Meist sind es stille, gedrückte Menschen, die voll Weltschmerz ihr trübes Geschick beklagen, dabei aber in den kleinen Beziehungen des Alltagslebens ihren selbstsüchtigen Wünschen bisweilen vortrefflich Geltung zu verschaffen wissen. Bei anderen Kranken tritt mehr die Haltlosigkeit hervor, der Mangel an Ausdauer und Selbstbeherrschung, die Zugänglichkeit für Verführungen. Sie sind reizbar, unbotmäßig, unzuverlässig, vernachlässigen ihre Obliegenheiten, um sich mit Liebhabereien zu beschäftigen, prahlen, haben große Ideen, beschäftigen sich mit Erfindungen und Schriftstellerei, wechseln häufig die Stellen. Durch Betrügereien und Diebstähle können sie mit dem Strafgesetze in Berührung kommen; auch Selbstmordversuche sind nicht selten.

Weiterhin begegnen uns unter den Homosexuellen erregbare Menschen mit erhöhter Empfindlichkeit gegen den Alkohol, schwachsinnige Schwindler und Großsprecher, paranoische Sonderlinge. Einer dieser letzteren, der trotz ausgezeichneter Bildung und Erziehung zum Bettler und Landstreicher wurde, suchte auf das eifrigste, aber in ganz abenteuerlichen Formen, für die „erhabene Größe der päderastischen Weltanschauung“ Stimmung zu machen. Er versandte massenhaft päderastische Schriften an Schüler, verlangte, daß auf Staatskosten für die Päderastie gewirkt, der Verkehr mit Frauen verboten werden solle, da die Homosexualität zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Übervölkerung dringend zu empfehlen sei. „Es liegt etwas Erhabenes im Kult jugendlich schöner Körper,“ schrieb er, „in der Pflege intimer, hingebungsvoller Beziehungen zu schönen Jünglingen; man muß die für gefühllos, böswillig oder

krankhaft veranlagt halten, die in frevelhafter oder verbrecherischer Verachtung, Tieren gleich, an den Reizen wunderbar schöner Jünglinge vorübergehen.“ Er betrachtete sich als den „sittlichen Reformator der Menschheit“, der „die kostbarsten Perlen“ streue, meinte, daß durch Heiraten männlicher Personen „die Zeugung auf andere Grundlagen gestellt“ werden könne, indem das männliche Geschlecht sich so entwickle, „daß die Frauen gänzlich überflüssig werden.“ —

Die Homosexualität ist nach den Versicherungen aller derartiger Kranker keineswegs selten[1]). Aus älterer Zeit besitzen wir die Angabe von Ulrichs, der in einer Reihe von Schriften diesen Zustand aus eigener Erfahrung behandelt hat; er nimmt auf 200 Männer je einen „Urning“ an, wie er die geschilderten Kranken nennt (weiblich „Urninde“). Auf Grund dieser Zahl verlangt er sogar die staatliche Anerkennung der konträren Sexualempfindung und namentlich die Gestattung dauernder, förmlicher Ehebündnisse. Neuerdings hat Hirschfeld eine Umfrage in verschiedenen Kreisen angestellt, die sehr merkwürdige Ergebnisse geliefert hat. Unter 30 Gruppen, von denen er 6611 Antworten erhielt, fanden sich 132 Homosexuelle = 1,99%. Die Studenten der Charlottenburger Hochschule ergaben 5%; unter 50 Bankbeamten befanden sich 2, unter 35 Korpsstudenten ebenfalls 2 Homosexuelle. Havelock Ellis gibt an, daß die Zahl der Urninge unter den Gebildeten Englands 5%, unter den Frauen sogar das Doppelte betragen dürfte. In den Schilderungen der Urninge selbst begegnet man sehr häufig der Angabe, daß sie überall Leidensgenossen in großer Anzahl angetroffen hätten.

Es muß indessen darauf hingewiesen werden, daß alle solche Angaben mit größter Vorsicht aufzunehmen sind, da sie durch leicht verständliche Fehlerquellen beeinflußt werden. Zunächst ist jeder Urning unwillkürlich, hie und da auch wohl absichtlich, bestrebt, sich zu seinem eigenen Schutze als Glied einer großen, umfassenden Gemeinde hinzustellen. Die Schätzungen werden daher reichlich bemessen, zumal bei der allgemeinen Neigung der Urninge zu Übertreibungen. Aber auch bei den Umfragen ist, wenn man von Täu-

[1]) Ulrichs, Forschungen über das Rätsel der mannmännlichen Liebe (12 Schriften: Ara spei, Gladius furens, Vindex, Memnon, Formatrix, Inclusa, Kritische Pfeile, Argonauticus, Prometheus, Vindicta, Incubus, Araxes); Hirschfeld, Das Ergebnis der statistischen Untersuchungen über den Prozentsatz der Homosexuellen. 1904.

schungen ganz absieht, gewiß anzunehmen, daß vor allem diejenigen sich melden werden, die das greifbare Interesse daran haben, die Strafbestimmungen gegen urnische Betätigung aufgehoben zu sehen. Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß sich in den großen Städten, dem Sitze der Geschlechtsforscher und der männlichen Prostitution, naturgemäß die Homosexuellen ansammeln, da sie dort mehr Sicherheit und mehr Gelegenheit zur Befriedigung ihrer Neigungen finden. Gerade darum aber fließen hier die Quellen der Verführung ganz besonders reichlich, die den bestimmbaren Psychopathen zur Entgleisung bringen. Auch das muß berüchsichtigt werden, daß sich unter den „Urningen" auch viele „Bisexuelle" befinden, bei denen es sich unter Umständen nur um eine gelegentliche Verirrung handelt.

Wenn also Hirschfeld auf Grund seiner Erfahrungen davon spricht, daß in Berlin 56 000, in ganz Deutschland 1 200 000 Homosexuelle vorhanden seien, so wird man diese Angabe mit einem sehr großen Fragezeichen versehen dürfen. Jedenfalls wird man es, wie hervorgehoben worden ist, merkwürdig finden, wenn die Urninge unter solchen Umständen darüber klagen, daß sie einsam und unverstanden durch das Leben gehen. Stier untersuchte 3000 Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 16—18 Jahren aus der Poliklinik der Berliner Charité und fand unter ihnen keinen einzigen Fall von Homosexualität, dagegen in reichlicher Zahl sexuelle Störungen und Verirrungen anderer Art. Diese Erfahrung ist nicht nur wegen der Abweichung von Hirschfelds Angaben, sondern auch deswegen wichtig, weil sie gegen die von den Urningen immer mit Nachdruck verfochtene Entstehung der Homosexualität in frühester Jugend spricht. Späterhin finden sich Homosexuelle besonders häufig in gewissen Ständen, namentlich bei den mehr weiblichen Berufsarten, unter den Dekorateuren, Tapezierern, Kellnern, Damenschneidern; auch unter den Schauspielern scheinen sie viel vertreten zu sein. Meistens wird wohl die Berufswahl schon durch die ursprüngliche, zum Weiblichen neigende Veranlagung beeinflußt werden.

Mit großem Eifer ist von den Vorkämpfern homosexueller Bestrebungen der Nachweis versucht worden, daß eine Reihe hervorragender Gestalten der Geschichte, Kunst und Wissenschaft Urninge gewesen seien. So bezeichnet Moll als wahrscheinlich oder sicher homosexuell Sokrates, Trajan, Hadrian, Heliogabal, mehrere Päpste,

Augustinus, Eduard II. und Jakob I. von England, Christian VII., Heinrich III., Rudolf II., Friedrich den Großen, Ludwig II., ferner Platen, Andersen, Wilde, Michelangelo, Leonardo, Cellini; von Frauen Sappho, Christine von Schweden, Marie Antoinette, George Sand. Diese Reihe ist von anderen Seiten noch sehr, sehr weit ausgedehnt worden, wie ich einer Zusammenstellung v. Notthaffts entnehme. In einzelnen Fällen liegen tatsächlich Anhaltspunkte für die Annahme homosexueller Neigungen vor, wenn diese auch, wenigstens bei den Alten, wesentlich anders zu bewerten sind, als bei unseren heutigen Urningen. Bei anderen handelt es sich nur um höchst unzuverlässige Schlüsse aus einzelnen Nachrichten oder Äußerungen, die auf Abneigung gegen das andere oder Zuneigung zum eigenen Geschlechte hindeuten können. In der Mehrzahl der Fälle aber, in denen der Verdacht des Urningtums vorgebracht wurde, ist von einer auch nur halbwegs triftigen Begründung gar keine Rede; es zeigt sich nur deutlich, welche Rolle urteilslose Voreingenommenheit oder zielbewußte Verdrehung bei solchen Behauptungen spielt. Jedenfalls ist es ganz und gar unbewiesen, daß unter den großen Förderern der Menschheit den Urningen eine besondere Bedeutung zukomme, wenn auch gelegentlich einmal unter den hervorragend Begabten sich ein Urning befunden haben wird.

Daß die allgemeinen geschlechtlichen Volkssitten für die Verbreitung homosexueller Gepflogenheiten von größter Wichtigkeit sind, ist unbestreitbar. Im Altertum war die Knabenliebe offenbar sehr häufig, und noch heute dürfte sie in südlichen und östlichen Ländern mit ihren wesentlich anderen sittlichen Anschauungen weit größere Ausdehnung haben, als bei uns. Schon der Umstand, daß unsere Gesetzgebung sie strenge bestraft, ist wohl ein Zeichen dafür, daß uns die homosexuellen Verirrungen viel ferner liegen und darum abstoßender erscheinen. Bei Naturvölkern scheinen gleichgeschlechtliche Betätigungen häufiger vorzukommen und nicht als besonders auffallend empfunden zu werden. Ob auch Tiere zielbewußt gleichgeschlechtlichen Verkehr suchen, ist wohl zum mindesten sehr zweifelhaft. Die häufig vorkommenden derartigen Versuche dürften wohl lediglich als Betätigungen am untauglichen Objekt, nicht aber als Abkehr vom natürlichen Triebe aufzufassen sein. Auch in den übrigen angeführten, durch die Volkssitte gedeckten Fällen handelt es sich wohl in der Regel nicht um eine Wandlung

der geschlechtlichen Neigungen, sondern um ein gelegentliches Abgleiten der Triebbetätigung auf ein anderes Gebiet, eine Art Bereicherung der möglichen Genüsse. Nach einer verbreiteten Meinung soll auch die geschlechtliche Übersättigung und der daraus entspringende Reizhunger zu einer Quelle homosexueller Neigungen werden können. Es ist klar, daß alle derartigen Erfahrungen mit der hier besprochenen Richtungsänderung des Geschlechtstriebes vom fremden auf das eigene Geschlecht unter Verlust der natürlichen Regungen nicht ohne weiteres verglichen werden dürfen.

Unter den Ursachen der Homosexualität ist gewiß in erster Linie eine krankhafte Anlage zu nennen. Hirschfeld gibt an, daß Urninge in 8% der Fälle urnische Geschwister haben. Römer behauptet sogar, daß die Homosexualität in 35% der Fälle familiär sei. Meine eigenen, freilich für derartige Feststellungen nicht genügend ausgedehnten Erfahrungen haben mir kein besonders häufiges Vorkommen homosexueller Neigungen bei Familienmitgliedern der Kranken gezeigt. Dagegen ist die allgemeine erbliche Belastung auffallend hoch, 70—80%; selbst die direkte Belastung von seiten der Eltern betrug noch 50—60%. Ganz überwiegend waren es abnorme persönliche Eigenschaften, die sich bei den Vorfahren wie in den Seitenlinien fanden, große Erregbarkeit, Jähzorn, Nervosität, Selbstmordneigung; auch elterlicher Alkoholismus war in mehr als 20% zu verzeichnen. Es kann somit keinem Zweifel unterliegen, daß wir es bei unseren Homosexuellen in der Hauptsache mit Entarteten zu tun haben; auch die Erfahrungen der ärztlichen Sprechstunde lehren dasselbe. Römer meint, daß die Homosexualität namentlich bei großem Altersunterschiede der Eltern oder bei den letzten Kindern einer längeren Reihe entstehe. Allerdings erklärt Näcke, alle Kenner seien darüber einig, daß die Homosexualität wahrscheinlich keine Entartungserscheinung, noch weniger eine Krankheit darstelle. Höchstens handle es sich um eine Abnormität, und die beobachteten nervösen Störungen seien sekundären Ursprungs. Er betont dabei namentlich auch, daß die große Masse der Urninge ein ganz unauffälliges Leben führe und keinerlei krankhafte Abweichungen darbiete. Offenbar kommt es hier zunächst auf die Fassung des Entartungsbegriffes an. Versteht man unter Entartung, wie gewöhnlich, das Auftreten vererbbarer Eigenschaften, die der Erreichung der allgemeinen Lebensziele hinderlich sind, so

wird diese Kennzeichnung der Homosexualität dort nicht zweifelhaft sein können, wo sie eine im Wesen der Persönlichkeit wurzelnde, nicht rein zufällig erworbene Eigentümlichkeit darstellt; gerade das aber pflegt von den „Kennern" mit besonderem Nachdrucke behauptet zu werden. Es lassen sich doch wohl nicht viele persönliche Eigenschaften denken, die den Fortbestand der Art schwerer gefährden, als die Homosexualität.

Suchen wir uns darüber Rechenschaft zu geben, wieso die Entartung das Auftreten der Homosexualität begünstigen kann, so ist vor allem auf die starke Abschwächung hinzuweisen, die der Geschlechtstrieb, wie alle natürlichen Triebe, unter dem Einflusse der Gesittung erfährt. Unsere ganze Erziehung läuft darauf hinaus, ihn, im Gegensatze zu der überwältigenden Rücksichtslosigkeit, mit der er sich beim Tiere äußert, mit Heimlichkeit und den Hemmungen der Schamhaftigkeit zu umgeben und nicht übermächtig werden zu lassen. Gewisse religiöse Anschauungen bringen ihn in Beziehung zur Erbsünde, betrachten seine vollkommene Unterdrückung als ein besonderes Verdienst und verlangen sie von den Dienern der Kirche. Weiterhin verliert die geschlechtliche Betätigung durch die Ausbildung höherer geistiger Interessen jene beherrschende Wichtigkeit, die ihr etwa noch im Leben des Orientalen zukommt; die Unrast des Daseinskampfes, die wachsende Fülle persönlicher Anforderungen aller Art läßt ihren Spielraum im Tageslaufe des erwerbstätigen Kulturmenschen stark zusammenschrumpfen, ähnlich wie es mit der Befriedigung des Nahrungs- und Schlafbedürfnisses geschieht. Die von den Geschlechtskrankheiten drohende Gefahr, die Abneigung gegen die Belastung durch Nachkommenschaft tragen mit dazu bei, den Reiz des Geschlechtsverkehrs zu mindern. Die geschlechtliche Zuchtwahl wird, wie Bleuler betont hat, nicht mehr durch den natürlichen Trieb, sondern durch alle möglichen Nebenrücksichten beeinflußt, ein Umstand, der ebenfalls geeignet ist, dessen Bedeutung im Leben abzuschwächen.

Auf der anderen Seite ist die Stillung der rein sinnlichen Begierden ungemein erleichtert. Das Tier muß unter Umständen Kämpfe auf Leben und Tod durchfechten, um das Geschlechtsziel zu erreichen, das dadurch natürlich an Wert gewaltig steigt und mit allen Kräften erstrebt wird. Dagegen kann die geschlechtliche Befriedigung für den Menschen durch die überall in den verschiedensten

Formen zu Gebote stehende käufliche Liebe zu einer ganz nebensächlichen Angelegenheit werden. Alle diese Umstände müssen zu einer Abschwächung des Arterhaltungstriebes führen, um so stärker, je mehr sie für den einzelnen wirksam sind. Das ist aber einmal namentlich bei dem geistig höher entwickelten Großstädter, sodann bei dem Entarteten der Fall, bei dem das Grundgefüge des Trieblebens durch Unzulänglichkeiten der Veranlagung erschüttert ist.

Von den beiden Geschlechtern scheint vorzugsweise das männliche der Homosexualität zu verfallen. Es ist freilich nicht möglich, darüber bestimmte Zahlenangaben zu machen. Männer, die ja durch das Strafgesetz bedroht sind, werden sich häufiger veranlaßt sehen, sich dem Arzte zu offenbaren. Ihr Leben spielt sich mehr in der Öffentlichkeit ab, so daß intime Freundschaften eher auffallen, als bei Frauen. Die mit der Homosexualität bei ihnen meist verbundene Unfähigkeit zum natürlichen Geschlechtsverkehr bleibt weniger leicht verborgen. Der große Unterschied in der Zahl der bekannt gewordenen Urninge und „Urninden" könnte daher allenfalls nur ein scheinbarer sein, wenn auch vieles dagegen spricht. Man wird doch wohl daran denken dürfen, daß die Geschlechtsnatur des Weibes aus natürlichen Gründen ungleich tiefer in ihrer ganzen Persönlichkeit wurzelt, als beim Manne, und daher auch nicht so leicht von ihren eigentlichen Zielen abgelenkt werden kann. Bezeichnenderweise scheinen besonders Prostituierte neben ihrem Gewerbe der gleichgeschlechtlichen Liebe zu huldigen, ein neuer Beweis für die Bedeutung, die hier der Entartung zukommt. Sichel fand unter 152 Prostituierten 28, die gleichgeschlechtliche Neigungen zeigten, meist aber daneben auch heterosexuelle Befriedigung fanden; 16 davon waren ausgesprochen psychopathisch.

Die gebildeten Stände sind unter den Homosexuellen entschieden stärker vertreten. Unter meinen Fällen bildeten Handwerker und Tagelöhner nur eine kleine Minderzahl; dagegen waren Schauspieler, Schriftsteller, Kunsthändler, Maler, Bildhauer, Studenten, Journalisten, Pfarrer, Offiziere, Bankbeamte, Kaufleute, Reisende vertreten. Zum Teil mag hier die Berührung mit dem Großstadtleben und seinen Verführungen mitspielen, aber auch der Umstand könnte in Betracht kommen, daß in einem reicher entwickelten Seelenleben die Wirksamkeit der natürlichen Triebe weit mannigfaltigeren und empfindlicheren Beeinflussungen ausgesetzt

ist, als in dem einfachen inneren Getriebe urwüchsiger Persönlichkeiten.

Heiß umstritten ist die Frage, ob die gleichgeschlechtliche Betätigung als solche den Ausfluß einer eigenartigen persönlichen Veranlagung bildet. Daß diese Frage nicht ohne weiteres allgemein bejaht werden darf, geht schon aus der außerordentlichen Bedeutung hervor, die äußeren Bedingungen für die Verbreitung der Homosexualität zukommt. Die offenkundigen, gewaltigen Unterschiede in der Beurteilung und Ausübung gleichgeschlechtlicher Liebe zu verschiedenen Zeiten und bei verschiedenen Völkern zeigen unzweideutig, wie sehr in diesem Punkte Sitte und Beispiel das Tun und Treiben der Menschen beeinflußt haben. Es bleibt daher unverständlich, warum die Vorkämpfer der Urninge, wenn sie auf der einen Seite die weite Verbreitung der Homosexualität in anderen Ländern wie im Altertum betonen, gleichwohl den Einfluß der Verführung auf die Entstehung gleichgeschlechtlicher Neigungen schroff ablehnen und höchstens als auslösenden Anlaß bei schon vorgebildeter urnischer Veranlagung gelten lassen. Tatsächlich lehrt die Erfahrung, daß sich die homosexuelle Richtung des Geschlechtstriebes in einer erheblichen Zahl von Fällen unmittelbar an die Verführung durch einen verständnisvollen Freund anschließt. Fleischmann konnte diese Rolle der Verführung in 16 unter 30 Fällen nachweisen. Demgegenüber weist Näcke auf die Tatsache hin, daß männliche Prostituierte, die doch der Verführung reichlich ausgesetzt sind, dauernd normale geschlechtliche Neigungen behalten können.

Es ist in der Tat zuzugeben, daß, namentlich unter der Herrschaft unserer heutigen Sitten, der Einfluß der Verführung allein schwerlich ausreichen kann, um den gesunden Geschlechtstrieb dauernd auf Abwege zu leiten. Offenbar muß für eine derartige Wirkung der Boden schon vorbereitet sein. Das ist aber auch in Wirklichkeit der Fall, da wir es wesentlich mit Entarteten zu tun haben, deren Triebleben ja ganz gewöhnlich eine große Unzuverlässigkeit und Bestimmbarkeit zeigt. Bedenkt man, wie häufig bei Entarteten der die Grundlage unseres Daseins bildende Selbsterhaltungstrieb durch die unbedeutendsten Anlässe überwunden wird, wie oft die Befriedigung des Nahrungs- und Schlafbedürfnisses bei ihnen in verhängnisvolle Unordnung gerät, so wird man sich nicht wundern dürfen, daß auch der Arterhaltungstrieb hier unverhältnismäßig leicht zum

Entgleisen gebracht wird. Man wird auch weiterhin anzunehmen haben, daß nicht alle Entarteten, sondern nur gewisse Gruppen dazu geneigt sind, auf homosexuelle Bahnen abzuirren.

Eine wichtige Stütze erhält diese Auffassung von der Entstehung der Homosexualität durch die Beobachtungen, die über die Entwicklung anderer geschlechtlicher Verirrungen vorliegen. Besonders lehrreich ist vielfach namentlich der Ursprung fetischistischer Neigungen. Hier zeigt sich deutlich, daß diejenigen Umstände, unter denen zum ersten Male oder mit besonderer Stärke geschlechtliche Erregungen auftraten, auch späterhin eine erhebliche Bedeutung für die Geschlechtslust behalten, Vorbedingung für deren Zustandekommen, schließlich sogar einziges Geschlechtsziel werden können. Die Ähnlichkeit mit den Beziehungen zwischen Verführung und Homosexualität liegt auf der Hand. Wie in einem Falle etwa der Schuh, der Zopf, ein Kleidungsstück zum Verankerungspunkte für die Geschlechtslust wird, so bildet im anderen das die Sinnlichkeit erregende gleiche Geschlecht den Fetisch, der vom natürlichen Geschlechtsziele abdrängt. Daß diese Richtung auf das eigene Geschlecht sehr häufig durch die Onanie vorbereitet wird, haben wir früher schon erwähnt. Außerdem ist aber beim Fetischisten wie beim Urning noch jene den Entarteten eigentümliche Beeinflußbarkeit des Geschlechtstriebes vorauszusetzen, ohne die eine Entgleisung aus den vorgezeichneten Bahnen höchstens vorübergehend erfolgen, nicht aber zur dauernden persönlichen Eigentümlichkeit werden kann.

Es ist nicht schwer, entsprechende Überlegungen auch für den Sadismus und Masochismus anzustellen. Wenn sich deren Entwicklung vielleicht auch auf alten Grundlagen aus der Zeit der Geschlechtskämpfe aufbaut, so ist es doch sicher, daß die Schmerzwollust durch bestimmte Lebenserfahrungen, namentlich bei Gelegenheit von Züchtigungen, geweckt zu werden pflegt. Daß sie aber schließlich zu einer das Geschlechtsleben beherrschenden Macht wird, dürfte seinen Grund in Entwicklungsstörungen haben, die einerseits alte Triebreste in ungewöhnlicher Stärke fortbestehen lassen, andererseits die Ausbildung der höheren, regelnden und hemmenden Eigenschaften der Persönlichkeit behindern. Wo aber die Schmerzwollust nicht Begleiterscheinung des natürlichen Geschlechtsverkehrs bleibt, sondern zum fetischistischen Geschlechtsziele wird, da kommt, ebenso

wie in den oben besprochenen Fällen, noch die Bestimmbarkeit des Arterhaltungstriebes hinzu.

Die Festlegung natürlicher Triebe durch äußere Einflüsse in bestimmter Richtung ist übrigens auch auf anderen Gebieten eine ganz gewöhnliche Erfahrung. Die Lieblingsspeisen entstammen gewöhnlich den zufälligen Gewohnheiten des Elternhauses und können das ganze Leben hindurch die Geschmacksrichtung beherrschen. Auch die Art, wie wir das Schlafbedürfnis befriedigen, wird in hohem Maße durch die züchtenden Einwirkungen des Lebens beeinflußt. Unsere gesamte Lebensführung, die Lust an körperlicher Betätigung, die Freude an der Natur, ist zum guten Teile abhängig von den Bedingungen, unter denen wir aufwachsen; natürliche und zweckmäßige Neigungen können durch verkehrte Erziehung und ungünstige Umgebung verkümmern und in falsche Bahnen geleitet werden. Auch hier sehen wir, daß gesunde und kräftige Naturen in ihrer weiteren Entwicklung sich von den unzweckmäßigen oder schädlichen Bindungen frei machen können, sobald sie die Möglichkeit haben, ihren eigenen Trieben zu folgen. Dagegen ist es ein Kennzeichen der Entarteten, daß ihre inneren Kräfte vielfach nicht ausreichen, um Verkrüppelungen und Verbildungen ihrer Seele wieder auszugleichen, die einmal durch ungünstige Lebenserfahrungen eingeleitet wurden.

Sehr bemerkenswert ist die Rolle, die der Alkoholeinfluß in der Entstehungsgeschichte der Homosexualität spielt. Außer den früher berichteten Erfahrungen sind mir mehrere Fälle bekannt, in denen Männer mit sonst gesundem Geschlechtstriebe im Rausche sich zu homosexueller Betätigung hinreißen ließen, ohne sich selbst über die Gründe Rechenschaft geben zu können. Man wird hier an die Tatsache denken müssen, daß der Alkohol die geschlechtliche Erregung wachruft und jede Bedenklichkeit hinsichtlich des Geschlechtsziels beseitigt, wie wir es so oft bei der berauschten Jugend erleben, die auch durch die ekelhaftesten Begleitumstände nicht abgeschreckt wird. Weiterhin aber konnte Fleischmann nachweisen, daß von seinen Kranken 65% gewohnheitsmäßig Alkoholmißbrauch trieben. Wenn sie auch meinten, durch ihr Unglück dazu veranlaßt zu sein, wissen wir zur Genüge, daß der wirkliche Grund wohl zumeist in einer gewissen Haltlosigkeit zu suchen ist, die natürlich durch den Alkohol wieder noch verstärkt wird. Gerade die Willensschwäche,

wie sie den Trinker gelegentlich zu geschlechtlichen Angriffen auf Minderjährige veranlaßt, erschwert entschieden die Erreichung des natürlichen Geschlechtszieles und begünstigt damit das Abgleiten auf Abwege. Dazu mag dann noch kommen, daß der Alkohol Stimmungen erzeugt, in denen die Gründe schweigen, die sonst einer rückhaltslosen Betätigung abnormer Triebe entgegenstehen.

Die Anschauung, die wir uns nach diesen Überlegungen von dem Wesen der Homosexualität und zugleich von den übrigen, hier betrachteten geschlechtlichen Verirrungen bilden können, geht, wie wir noch einmal zusammenfassen wollen, dahin, daß wir es mit Entgleisungen des Geschlechtstriebes zu tun haben, die bei Entarteten wesentlich durch den Einfluss ungünstiger Lebensumstände bewirkt werden.

Bei gesunden Personen sind die Nebenumstände, unter denen die ersten sinnlichen Gefühle auftauchen, für die spätere Richtung des Geschlechtstriebes nebensächlich. Dagegen können sie bei krankhafter Veranlagung, bei der ohnedies das Erwachen des Triebes nicht durch die machtvolle Entwicklung einer auf höhere Ziele gerichteten Persönlichkeit verzögert und gedämpft wird, von großer Bedeutung werden. Wie der Fetischist nur unter ganz bestimmten Umständen geschlechtlichen Genuß findet, so scheint sich beim Urning die Geschlechtslust an die Wiederkehr jener frühen Eindrücke zu knüpfen, die ihn zum ersten Male oder in besonders eindrucksvoller Weise sinnlich erregten; das würden hier die Kennzeichen des gleichen Geschlechts sein, die entweder durch fremde Berührung oder durch vorbereitende Onanie ihre maßgebende Bedeutung gewinnen. Daß dieser ursprüngliche Zusammenhang später häufig vergessen wird und nur das anscheinend rätselhafte Endergebnis zutage liegt, kann in beiden Fällen geschehen.

Ein zweiter Weg zur Homosexualität führt durch eine Zeit der Bisexualität hindurch. Die Verirrung wird hier nicht vom ersten Auftreten des Geschlechtstriebes an durch richtunggebende Einflüsse festgelegt, sondern sie entsteht durch allmähliche Verdrängung der natürlichen Regungen. Auch hier spielt die Onanie eine wichtige Rolle, indem sie die Triebkraft der gesunden Sinnlichkeit abschwächt. Weiterhin aber kommen alle Umstände in Betracht, die eine Erreichung des natürlichen Geschlechtszieles erschweren und das Abirren begünstigen. In ersterer Richtung ist vor allem die Impotenz

entscheidend, sei sie durch übermäßige Onanie oder durch Mangel an Selbstvertrauen, Ekelgefühle unter entwürdigenden Bedingungen, Furcht vor Ansteckung oder Schwängerung bedingt; oft wirken mehrere derartige Gründe zusammen. Ein Mißerfolg beim geschlechtlichen Verkehr pflegt eine niederschmetternde Wirkung auszuüben und in wirksamster Weise von der Wiederholung des Versuches abzuschrecken. Tritt nunmehr die Verführung an den Entmutigten heran, so hat sie ein leichtes Spiel. Die aufgespeicherte geschlechtliche Erregung gewinnt durch sie einen Ausweg, und die Überzeugung von der eigenen homosexuellen Veranlagung beginnt sich zu befestigen. Sie findet neue, ergiebige Nahrung, wenn der Kranke, den sein Zustand natürlich lebhaft beschäftigt, aus den ihm überall zugänglichen Büchern über das Wesen der Homosexualität im Sinne einer angeborenen, unentrinnbaren Veranlagung aufgeklärt wird.

In einer Reihe von Fällen werden die Versuche natürlichen Geschlechtsverkehrs noch kürzere oder längere Zeit hindurch fortgesetzt. Mitunter gelingen sie unter besonders günstigen Bedingungen, führen aber dann wieder zu beschämenden Mißerfolgen, die den Kranken je nachdem zur Onanie, zu homosexueller Befriedigung, unter Umständen auch zu unzüchtigen Handlungen an Kindern treiben. Einer meiner Kranken konnte nach manchen vergeblichen Versuchen ein dauerndes geschlechtliches Verhältnis mit einem jungen Mädchen eingehen, obgleich er vorher ausgesprochene gleichgeschlechtliche Neigungen mit sadistischen Andeutungen gezeigt hatte. Als seine Geliebte starb, verging er sich an einem kleinen Mädchen, was er auch als Knabe schon einmal getan hatte. So können verschiedene Richtungen geschlechtlicher Gelüste miteinander abwechseln, indem Gelegenheit und zufällige Einflüsse bald die eine, bald die andere begünstigen. Ob eine bestimmte Neigung dabei schließlich die Oberhand behält, und welche, wird von der persönlichen Veranlagung, der Vorgeschichte wie von den besonderen Schicksalen abhängen. Tatsächlich kommen alle möglichen Verbindungen von homo- und heterosexuellen Betätigungen neben- und nacheinander zur Beobachtung.

Die hier vertretene, in ihren Grundzügen zuerst von Schrenk-Notzing dargelegte Auffassung der Homosexualität steht in entschiedenem Widerspruch zu der schon von Ulrichs mit Leidenschaft vertretenen und später durch das Ansehen v. Krafft-Ebings

wesentlich gestützten Annahme, daß die Verkehrung des Geschlechtstriebes als solche bereits angeboren sei. Ulrichs hatte geradezu von einer „anima muliebris in corpore virili inclusa" gesprochen und angenommen, daß bei den Urningen die seelische Entwicklung im Widerspruch zur körperlichen erfolgt sei, während sich beim Gesunden beide im Einklang miteinander vollziehen. Die in manchen Fällen beobachteten Andeutungen einer auch körperlichen Annäherung an das andere Geschlecht schienen derartige Anschauungen einigermaßen zu stützen. Dazu kam der Umstand, daß viele Urninge mit größter Bestimmtheit das Auftauchen ihrer eigenartigen geschlechtlichen Neigungen in die frühe Kindheit verlegen und sie demgemäß als angeboren betrachten.

Es lag unter diesen Umständen nahe, wie es v. Krafft-Ebing getan hat, an die bisexuelle körperliche Anlage des Menschen anzuknüpfen. Wie die Geschlechtseigenschaft eines Menschen durch Verkümmerung der ebenfalls mitangelegten Organe des anderen Geschlechtes zustande kommt, so wird nach v. Krafft-Ebings Annahme auch die seelische Persönlichkeit ihre Geschlechtsprägung dadurch erhalten, daß von den ursprünglich vorhandenen männlichen und weiblichen Gehirnteilen, die ihre Grundlage bilden, nur derjenige eine Fortentwicklung erfährt, der dem körperlichen Geschlechte entspricht. Er denkt weiter an die Möglichkeit, daß die so gewährleistete Übereinstimmung zwischen Körperbau und geschlechtlichem Triebleben unter Umständen durch Entwicklungsfehler gestört werden könne und damit die Homosexualität entstehe. Noch weiter wurden diese Gedankengänge von Näcke ausgesponnen, der in ihnen „die zurzeit bestbegründete Theorie der Homosexualität" erblickt. Er verlegt die Gehirnzentren für Hoden und Eierstock, die zunächst beide vorhanden sein sollen, in die Gegend hinter der Zentralfurche und erhofft von einer histologischen Untersuchung dieser Teile weitere Aufklärung. Bisexualität soll durch das Fortbestehen aller angelegten Zentren zustande kommen.

Gegen diese Anschauungen müssen eine Reihe von schwerwiegenden Einwendungen erhoben werden. Abgesehen davon, daß die Annahme getrennt angelegter Hirnrindenzentren für beide Arten von Keimdrüsen durchaus in der Luft steht und bei der unvollkommenen Hirnentwicklung zur Zeit der Geschlechterscheidung auch recht wenig wahrscheinlich ist, können zunächst die Angaben der Urninge

über die frühe Entstehung ihrer Homosexualität durchaus nicht als Beweis dafür angesehen werden, daß diese als solche angeboren sei. v. Schrenk-Notzing hat mit Recht darauf hingewiesen, daß bei unseren gesellschaftlichen Einrichtungen die meist lange vor dem eigentlichen Entwicklungsalter sich einstellenden ersten geschlechtlichen Regungen sich fast mit Notwendigkeit an Erlebnisse mit dem eigenen Geschlechte anknüpfen müssen (nackte Knaben beim Baden, Ringen, Verführung durch Mitschüler). Tatsächlich sind ja lebhaft sinnlich betonte Freundschaften zwischen Schulkindern des gleichen Geschlechts, die noch nichts von den Geschlechtsunterschieden wissen, ganz ungemein häufig. Was also feststeht, ist lediglich, daß bei den Urningen die ersten geschlechtlichen Erfahrungen in ungewöhnlicher Weise für die weitere Entwicklung ihrer sinnlichen Neigungen maßgebend werden, während sich bei Gesunden die natürliche Triebrichtung mächtiger erweist, als alle zufälligen Einflüsse.

Weiterhin darf zugegeben werden, daß sich die geschlechtlichen Regungen bei den Homosexuellen öfters besonders frühzeitig zeigen und große Macht gewinnen. Alle diese Eigentümlichkeiten dürften sich aber, wie früher ausgeführt, ungezwungen aus der Tatsache erklären, daß wir es mit Entarteten zu tun haben, bei denen das Triebleben vielfach unzuverlässig und die Selbstbeherrschung unzulänglich ist. Nicht die gleichgeschlechtliche Richtung des sexuellen Begehrens wäre danach angeboren, sondern nur seine Beeinflußbarkeit durch äußere Anstöße, seine Ablenkbarkeit auf falsche Bahnen. Die Homosexualität stellt somit nur einen Einzelfall unter den zahlreichen Entartungsformen des Geschlechtstriebes dar. Wenn die Selbstbefriedigung ohne jeden Partner, wenn die geschlechtliche Erregung durch leblose Gegenstände, durch Ausübung und Erduldung von Mißhandlungen möglich ist, so erscheint es nicht berechtigt, der gleichgeschlechtlichen Liebe eine Sonderstellung einzuräumen, die zur Annahme eines Widerstreites zwischen seelischer und körperlicher Veranlagung zwingen würde. Von jenen anderen Störungen wissen wir, daß sie auf dem allgemeinen Boden der psychopathischen Veranlagung durch ganz bestimmte Lebenserfahrungen zustande kommen. Es liegt daher um so weniger ein Grund vor, für die Homosexualität eine andere Entstehungsart anzunehmen, als sich jene Formen mit dieser häufig genug in mannigfaltigster Weise verbinden.

Allerdings scheint für die Möglichkeit ursprünglicher Entwicklungsstörungen im Sinne eines Widerspruches zwischen körperlicher und seelischer Geschlechtsanlage die Erfahrung zu sprechen, daß Körperbau, Haltung und Bewegungen der Urninge öfters an das Verhalten des anderen Geschlechtes erinnern, namentlich aber, daß in der Tat ihre ganze seelische Verfassung, ihr Charakter, ihre Neigungen und Lebensgewohnheiten vielfach dem eigenen Geschlechte nicht entsprechen. Hinsichtlich des ersteren Punktes ist zunächst zu sagen, daß die Häufigkeit einer körperlichen Annäherung an das andere Geschlecht unter dem Einflusse der oben dargelegten Auffassungen ohne Zweifel wesentlich überschätzt worden ist. Die große Mehrzahl der Urninge läßt gar nichts davon erkennen. Fleischmann fand nur bei 24% seiner männlichen Homosexuellen Andeutungen weiblicher Körperformen. Weiterhin ist aber zu betonen, daß derartige, zudem meist ganz geringfügige Abweichungen durchaus nicht etwa für Urninge kennzeichnend sind. Sie finden sich ebenso bei Entarteten mit natürlicher Richtung des Geschlechtstriebes, hie und da auch bei Menschen, deren Seelenleben überhaupt keine Abweichungen erkennen läßt. Ob sie bei Urningen irgendwie häufiger sind, als sonst, ist bisher keineswegs erwiesen, läßt sich auch bei der Verschwommenheit der in Betracht kommenden Zeichen kaum zuverlässig feststellen. Bei körperlichem Hermaphroditismus pflegt das geschlechtliche Fühlen im allgemeinen der Art der Keimdrüsen zu entsprechen, kann aber bei Geschlechtsirrtümern schwanken, ein Beweis dafür, daß es durch Lebenseindrücke beeinflußbar ist.

Ein gewisser Teil der Eigentümlichkeiten, die als Andeutungen des anderen Geschlechtes erscheinen, muß endlich als die Folge, nicht als eine Voraussetzung der Homosexualität angesehen werden. Abgesehen davon, daß manche Urninge durch allerlei Kunstgriffe geradezu die Körperformen des anderen Geschlechtes nachzuahmen suchen, drückt sich die eigentümliche Stellung, in der sie sich fühlen, vielfach unwillkürlich in ihrer ganzen äußeren Erscheinung aus. Ihre Körperhaltung, ihre Bewegungen, ihre Stimme werden dadurch im Sinne desjenigen Geschlechtes beeinflußt, dem ihre Neigungen entsprechen. Der Eindruck eines Gegensatzes zwischen dem persönlichen Gesamteindrucke und den äußeren Geschlechtsmerkmalen kann dadurch wesentlich verstärkt werden.

Ganz ähnliche Erwägungen gelten für die seelische Verfassung der Urninge, die ja zum Teil schon in ihrer äußeren Erscheinung hervortritt. Es ist zunächst nicht richtig, daß die Homosexualität regelmäßig zu einer psychischen Umwandlung in der Richtung des anderen Geschlechtes führt. Vielmehr gibt es zahlreiche Urninge, deren Seelenleben sich im übrigen gar nicht von demjenigen ihrer Geschlechtsgenossen unterscheidet. Immerhin läßt sich nicht verkennen, daß sich bei Homosexuellen häufiger eine Reihe von seelischen Unzulänglichkeiten finden, wie wir sie früher in großen Umrissen zu schildern versucht haben. Das Bild, das sich uns hier bietet, trägt jedoch die nämlichen Züge, die wir auch sonst bei den verschiedensten Gestaltungsformen der Entartung vorfinden, namentlich bei den Hysterischen, Nervösen, Haltlosen, Willensschwachen, ganz besonders aber auch bei den Onanisten, Exhibitionisten, Fetischisten, Sadisten und Masochisten. Es geht daher nicht an, hier von einer Umkehrung der seelischen Geschlechtseigenschaften zu reden.

Weit beweiskräftiger erscheint auf den ersten Blick die nicht seltene Annäherung der persönlichen Neigungen und Lebensgewohnheiten an Sinnesart und Gepflogenheiten des anderen Geschlechtes. Allein hier ist zu berücksichtigen, daß sich die Kranken vielfach geflissentlich in die ihnen zusagende Geschlechtsrolle hineinleben, zum Teil geradezu, um durch Nachahmung des anderen Geschlechtes leichter ihr Ziel erreichen zu können. Sodann aber wird es wohl zutreffen, daß Kinder, deren Sinnesart ihrem Geschlechte nicht recht entspricht, mehr in Gefahr sind, auf Abwege zu geraten. Insbesondere wird ein unmännlicher Junge weit leichter jenen Mißerfolgen auf geschlechtlichem Gebiete ausgesetzt sein, die wir früher als wichtige Anlässe für die Abkehr vom natürlichen Geschlechtsziele kennen gelernt haben.

Man wird aber niemals vergessen dürfen, daß wohl nahezu alle Kinder Zeiten durchleben, in denen sie auch an den Vergnügungen des anderen Geschlechtes Gefallen finden. Erst von einem gewissen Alter an, das für den einen früher, für den andern später einsetzt, beginnt eine schärfere Trennung der Neigungen. Knaben, die mit Puppen gespielt, sich in weiblichen Arbeiten versucht und sich verkleidet haben, sind ebenso häufig wie Mädchen, die sich herumbalgen und mit Begeisterung an Räuberspielen teilnehmen, ohne

daß daraus irgendwelche Schlüsse für ihre spätere geschlechtliche Entwicklung abzuleiten wären. Der Einfluß der Umgebung, namentlich der Geschwister, mit ihren Anregungen und Verführungen spielt dabei offenbar die Hauptrolle. Möglicherweise könnte etwa langes Haften geschlechtswidriger Neigungen über die Entwicklungsjahre hinaus auf eine homosexuelle Anlage hinweisen, doch kann sich natürlich die gleichgeschlechtliche Neigung inzwischen auch auf anderem Wege entwickelt haben und ihrerseits die Fortdauer oder Ausbildung geschlechtswidriger Lebensführung bewirken. Daß übrigens auch ausgesprochen weibliche Gewohnheiten keineswegs immer den Schluß auf entsprechendes geschlechtliches Fühlen gestatten, lehrt das Beispiel der von Hirschfeld beschriebenen „Transvestiten", der Männer, die sich vollständig als Weiber kleiden und benehmen, Schmuck tragen, den Busen ausstopfen, sich parfümieren, aber geschlechtlich durchaus männlich fühlen. Laurent berichtet, daß auf Madagaskar Männer („Sharimbavy") leben, die von ihren Müttern in Ermangelung von Töchtern ganz als Weiber erzogen werden, dabei jedoch ihre natürlichen geschlechtlichen Neigungen behalten. Das gesamte Gebaren eines Menschen kann somit im Sinne des anderen Geschlechtes umgewandelt sein, ohne daß sein Trieb selbst dadurch berührt wird. Es gibt ja auch tatsächlich zahlreiche, sexuell völlig gesund veranlagte Männer, die außer jeder Beziehung zu ihrem Berufe eine überraschende Kenntnis der weiblichen Kleidung, der Küche, ja sogar große Fertigkeit in weiblichen Arbeiten besitzen, während andererseits unsere „emanzipierten", rauchenden, reitenden, schriftstellernden, studierenden Damen keineswegs die Männerliebe zu verschmähen pflegen.

Eine erhebliche Bedeutung für die Frage nach dem Ursprunge der Homosexualität scheint mir endlich der Häufigkeit bisexueller Betätigung zuzukommen. Man wird daraus schließen können, daß bei den Urningen das Geschlechtsziel vielfach durchaus nicht so eindeutig festgelegt ist wie beim Gesunden. Handelte es sich wirklich um durch Abirrungen der Gehirnentwicklung bedingte, grundlegende Eigentümlichkeiten der seelischen Persönlichkeit, so wäre das Schwanken zwischen urnischer und natürlicher Liebe, ja ihre zeitliche Verbindung, kaum verständlich. Auch die kühne Annahme Näckes von dem Fortbestehen doppeltgeschlechtlicher Hirnzentren kann keine befriedigende Erklärung liefern, selbst wenn man sich

über das Fehlen jeder Begründung hinwegsetzen wollte. Bedenkt man, wie außerordentlich selten hermaphroditische Bildungen sind, ferner, wie innig die Entstehung aller Hirnteile ineinandergreift, so wird man die Möglichkeit entschieden ablehnen müssen, daß auch nur entfernt in dem Umfange, wie es die Verbreitung der Bisexualität erfordern würde, derartig schwerwiegende Störungen der Hirnentwicklung sollten auftreten können, ohne daß sich zugleich tiefgreifende Schädigungen des gesamten Seelenlebens geltend machten.

Es ist ja aber auch klar, daß die Bisexualität in Wirklichkeit gewissermaßen eine regelmäßige Entwicklungsstufe des geschlechtlichen Trieblebens darstellt, die vom Gesunden rasch, vom Entarteten unter Umständen weit schwieriger überwunden wird. Die Zeit der schwärmerischen, sinnlich gefärbten, vielleicht selbst bis zur mutuellen Onanie fortschreitenden Freundschaften kann, wie früher dargelegt, vorerst noch mit entschiedener Ablehnung des anderen Geschlechtes einhergehen, ganz ähnlich, wie es bei manchen Urningen das ganze Leben hindurch bleibt. Auch Tiere dulden geschlechtliche Annäherungen oft zunächst nur widerwillig, und die Schmerzwollust könnte mit der gewalttätigen Überwindung dieses Sträubens in einer gewissen Beziehung stehen. Erst späterhin kann sich daneben allmählich die Sehnsucht nach dem natürlichen Geschlechtsziel entwickeln, auf das mehr und mehr die sinnliche Neigung übertragen wird, bis sie aus den Freundschaftsbeziehungen gänzlich schwindet. Man wird sich dem Eindrucke kaum verschließen können, daß uns die hier vom Gesunden in den Entwicklungsjahren durchlaufenen Stufen als dauernde Gestaltungen bei den Urningen wieder begegnen. Es liegt daher nahe, sie als Infantilismen, Anzeichen unvollkommener Persönlichkeitsentwicklung auf einem bestimmten Gebiete, aufzufassen, ähnlich wie etwa die Entartungshysterie, die Paranoia und manche andere Formen minderwertiger Veranlagung. Dazu würde die Häufigkeit sonstiger seelischer Unzulänglichkeiten bei den Urningen vortrefflich stimmen. —

Die Umgrenzung der Homosexualität wird von ihr zunächst die gleichgeschlechtliche Betätigung ohne entsprechendes geschlechtliches Fühlen abzutrennen haben. In allen Großstädten gibt es männliche Prostituierte, die nur des Erwerbs wegen, nicht aus innerem Triebe, ihre Dienste anbieten. Andererseits scheinen weibliche Prostituierte öfters den Männern gegenüber kalt zu sein, aber der les-

bischen Liebe zu fröhnen. Aber auch nach Ausscheidung dieser „Pseudohomosexualität" zeigen sich auf unserem Gebiete noch große Verschiedenheiten. Man wird, wie es gewöhnlich geschieht, namentlich diejenigen Fälle, in denen sich das Begehren grundsätzlich auf das eigene Geschlecht richtet, von denen zu unterscheiden haben, bei denen der gleichgeschlechtliche Verkehr mehr durch zufällige Einflüsse zustande kommt. Dahin gehören namentlich die homosexuellen Handlungen, die durch Mangel natürlicher Geschlechtsziele hervorgerufen werden, bei Matrosen auf Schiffen, in Gefängnissen, Klöstern, bei Soldaten im Kriege (Ziehens „kompensatorische Parhedonie"). Ihnen nahe stehen diejenigen, die ihre Entstehung besonders günstigen Gelegenheiten verdanken, bei gemeinsamem Schlafen in Erziehungsanstalten, Kasernen. Auch die gelegentlichen Entgleisungen unter Alkoholgenuß wären etwa hier einzuordnen, ebenso die aus „Übersättigung" entspringenden Fälle, bei denen jedoch sicher die Entartung mitspielen dürfte. Endlich wäre zu der „Surrogatperversion", wie sie Näcke nennt, wohl auch die durch Volkssitten begünstigte Homosexualität zu rechnen, insofern auch hier nicht eine eigentliche Umwandlung des Geschlechtstriebes, sondern nur eine Nachahmung fremden Beispiels vorliegt („implantierte Parhedonie").

Von allen diesen Formen soll die „echte", in ursprünglicher Veranlagung wurzelnde Homosexualität („konstitutionelle Parhedonie") „durch eine tiefe Kluft getrennt" sein. Schon die letztangeführten Fälle weisen darauf hin, daß diese Ansicht schwerlich richtig sein kann. Auch die echte Homosexualität wird irgendwie einmal „geweckt", sei es durch einen erregenden Anblick, Bilder, Lektüre, sei es durch unmittelbare Verführung. Dennoch ist zuzugeben, daß die Stellung der Homosexualität im Seelenleben eine wesentlich andere ist, wo sie sich trotz aller Bedenken und Kämpfe durchsetzt, als dort, wo sie nur unter besonderen Bedingungen hervortritt; freilich bestehen fließende Übergänge. Endlich wäre vielleicht noch zwischen Bisexuellen und einseitig Homosexuellen zu unterscheiden, auf die man auch den Begriff der „echten" Homosexualität einschränken kann. Auch hier haben wir es indessen gewiß nicht mit scharfen Abgrenzungen zu tun; der natürliche Verkehr wird neben dem gleichgeschlechtlichen bald seltener, bald häufiger, bald mit, bald ohne Befriedigung, bald mit, bald ohne Beihilfe homosexueller

Vorstellungen ausgeübt. Immerhin wird die Abtrennung der mit entschiedener sexueller Abneigung gegen das andere Geschlecht verbundenen Formen ihren Wert haben, insofern sie nach den oben gegebenen Darlegungen gegenüber dem Bisexualismus vielleicht als die niederere Stufe der Infantilität anzusehen sind, auf der die auftauchenden sinnlichen Regungen die ursprünglichen Hemmungen des natürlichen Geschlechtsverkehrs noch nicht zu überwinden vermögen.

Nach dem Entstehungsalter unterscheidet Näcke infantile, puberale und tardive Formen der Homosexualität. Von ihnen ist die infantile Gruppe recht zweifelhaft, da leidenschaftliche gleichgeschlechtliche Liebe eines Kindes ganz in den Bereich des Normalen fallen kann, auch wenn sich späterhin Homosexualität entwickelt. Urninge pflegen eine starke Neigung zu haben, an sich unverfängliche Jugenderlebnisse als das Zeichen ihrer „angeborenen" Veranlagung aufzufassen und darzustellen. Die puberale und die tardive Gruppe dürften im großen ganzen den beiden oben gekennzeichneten Stufen des geschlechtlichen Infantilismus entsprechen; bei ersterer wird es sich meist um „echte" Homosexualität, bei letzterer mehr um Bisexualität handeln.

Eine kurze Erwähnung verdienen zum Schlusse noch die vereinzelten Fälle, in denen periodisch homosexuelle Neigungen beobachtet werden, mit oder ohne Verbindung mit Erregungszuständen. Anscheinend handelt es sich dabei um epileptische oder manisch-depressive Erkrankungen. —

Die Erkennung der Homosexualität ist in den Fällen mit starker Umwandlung der geistigen oder gar körperlichen Persönlichkeit vielfach sehr leicht, obgleich auch trotz jener Umwandlung völlig gesunde geschlechtliche Neigungen vorhanden sein können. Sonst ist die ärztliche Diagnose nur aus den eigenen Mitteilungen des Kranken möglich. Die gewöhnlichen Angaben der Urninge über die Schnelligkeit und Unfehlbarkeit ihres Erkennens sind Übertreibungen. Als besonders feines Kennzeichen für die Aufdeckung der echten Homosexualität hat Näcke die sexuellen Träume bezeichnet, die hier nur gleichgeschlechtlichen Inhalt haben sollen; namentlich Reihen solcher Träume haben nach seiner Angabe volle Beweiskraft. Einzelne homosexuelle Träume können ohne Zweifel auch bei normaler geschlechtlicher Veranlagung vorkommen. —

Die Prognose der Homosexualität scheint wenigstens in ausgeprägten Fällen nicht günstig zu sein. Es ist allerdings wahrscheinlich, daß gelegentliche und vorübergehende homosexuelle Verirrungen gar nicht so selten sind, aber nur ausnahmsweise zur Kenntnis des Arztes gelangen. Wo aber einmal die gleichgeschlechtlichen Neigungen durch viele Jahre hindurch eingewurzelt sind und vielleicht auch noch durch den Verkehr mit Gesinnungsgenossen gefördert werden, sind die Aussichten auf das Einlenken in gesunde Bahnen offenbar recht geringe. Selbst der regelmäßige Geschlechtsverkehr in der Ehe vermag in der Regel die homosexuellen Gelüste nicht ganz zu beseitigen. Das ist um so auffallender, als ja die gesetzlichen Strafandrohungen wenigstens den männlichen Urningen die Selbstbeherrschung sehr erleichtern sollten. Die Homosexualität verhält sich in dieser Beziehung nicht anders wie die ganze Reihe der übrigen geschlechtlichen Verirrungen. Die sieghafte Triebkraft der geschlechtlichen Regungen überträgt sich anscheinend auch auf ihre ungesunden Gestaltungen und führt mit einer gewissen Zwangsläufigkeit immer wieder auf die einmal eingeschlagenen Bahnen zurück, sobald der natürliche Weg verfehlt wurde.

Eine erhebliche Rolle spielt dabei sicherlich die psychopathische Anlage mit ihrer Willensschwäche, auf deren Boden wir auch sonst schädliche Gewohnheiten sich wider bessere Überzeugung unausrottbar einnisten sehen. Man denke an unsinnige, die Gesundheit untergrabende Lebensführung, an den Mißbrauch der verschiedensten Genußmittel, schrullige Ernährungsweise. Ungünstig wirkt zweifellos auch auf die Homosexuellen die feste Überzeugung, mit einer angeborenen, unentrinnbaren Anomalie behaftet zu sein, die sie aus den von ihnen meist eifrigst gelesenen, aufklärenden Büchern schöpfen. Manchmal spielt bei der Befestigung ihrer Neigung auch ein wenig Märtyrerstimmung mit, ähnlich wie bei manchen Hysterischen, die ihr Zustand nach ihrer Meinung aus der großen Masse heraushebt. Die Ausnahmestellung, in der sie sich befinden, weckt in ihnen das Bestreben, aus der Not eine Tugend zu machen und sich der verständnislosen Menge als Vertreter einer besonderen Weltauffassung gegenüberzustellen. Derartige Bestrebungen, die das Urningtum geradezu verherrlichen und seine Vertreter als eine Art von Auslese hinstellen, sind öfters in höchst unliebsamer Weise hervorgetreten. Man kann sie sich vielleicht erklären aus dem unwillkürlichen Ver-

langen psychopathischer Persönlichkeiten, sich gegen die Unzulänglichkeiten ihrer Veranlagung und deren Folgen zu verteidigen, aber es ist klar, daß diese Stellungnahme von vornherein alle Bemühungen lähmt, in die natürlichen Bahnen zurückzukehren. Man wird hier etwas an die Alkoholisten erinnert, die nicht nur ihre Trinkgewohnheiten völlig harmlos finden, sondern sich vielfach geradezu als die wahren Lebenskünstler fühlen!

Die Überwindung homosexueller Neigungen wird für das männliche Geschlecht noch durch den Umstand besonders erschwert, daß die Fähigkeit zum natürlichen Geschlechtsverkehr vom Willen unabhängig ist und demnach nicht erzwungen werden kann. Das Gespenst der psychischen Impotenz verwehrt es dem Kranken, ruhig und geduldig an der Erziehung seines Geschlechtstriebes zu gesunder Betätigung zu arbeiten. Die spärlichen, unter ungünstigen Bedingungen und in größter Spannung unternommenen Versuche zu normalem Geschlechtsverkehr führen aus naheliegenden Gründen entweder überhaupt nicht zum Ziele, oder sie erzeugen keine Befriedigung, so daß der Kranke in der Überzeugung von seiner Unheilbarkeit nur bestärkt wird, weitere Bemühungen als aussichtslos aufgibt und zu seinen früheren Gewohnheiten, zur Onanie und zum homosexuellen Verkehr, zurückgreift. Trotz aller dieser Erschwerungen scheint es doch in einer Anzahl von Fällen zu gelingen, die homosexuellen Neigungen durch eine zweckmäßige Behandlung wieder in den Hintergrund zu drängen. Die Verfechter der Ansicht, daß es sich um eine unausrottbare, angeborene Eigenschaft der Persönlichkeit handle, sprechen hier freilich nur von einer „Dressur", die übrigens immerhin schon ein erfreuliches Ergebnis sein würde. Wer aber in der Homosexualität den Ausdruck einer unzweckmäßigen Züchtung auf dem Boden unzulänglicher Anlage erblickt, wird von vornherein nichts anderes anstreben, als die Umzüchtung zur Rückkehr in gesunde Bahnen, und darin einen vollen Erfolg erblicken dürfen.

Die inneren und äußeren Schwierigkeiten, die durch das Ankämpfen gegen die vielleicht selbst als widerwärtig empfundenen Neigungen und durch die drohenden Strafbestimmungen erzeugt werden, sind, namentlich bei zarter angelegten Naturen, wohl geeignet, eine dauernde Beunruhigung und Trübung der Stimmung herbeizuführen, die unter Umständen einen hohen Grad erreichen kann, namentlich

unter dem Drucke der Erpressung. Ich sah zweimal akute Verfolgungsideen bei ganz besonnenen Kranken auftreten. Sie fürchteten, entdeckt, belauscht zu werden, hörten über sich sprechen, waren äußerst ängstlich und nur teilweise und vorübergehend einsichtig. Leider habe ich den weiteren Verlauf nicht beobachten können, doch schien es mir, als ob unter dem Drucke drohender Entdeckung psychogene Störungen wie bei Untersuchungsgefangenen zur Entwicklung gelangt wären. Gar nicht selten kommt es zu Selbstmordversuchen, zumal wir es meist mit leicht erregbaren Personen zu tun haben. Von den Kranken Fleischmanns hatten 60% Schritte getan, um sich das Leben zu nehmen. —

Die Behandlung der Homosexualität hat vor allem mit der Vorbeugung zu beginnen. Außer den allgemeinen Grundsätzen für die Erziehung psychopathischer Kinder, Förderung der körperlichen, Zurückhalten der geistigen Entwicklung, Vermeidung der Verweichlichung, Kräftigung des Willens durch Arbeit, Spiel und Sport, ist natürlich ganz besonders alles zu vermeiden, was die geschlechtlichen Regungen frühzeitig wecken und beeinflussen könnte. Namentlich muß der Entstehung der Onanie durch reichliche körperliche Betätigung, einfache Ernährung, hartes Lager, Vermeidung müßiger Bettruhe, vorsichtige Belehrung vorgebeugt werden. Bei der Auswahl der Spielgenossen sind sinnlich veranlagte Kinder auszuscheiden; die Möglichkeit geheimer Annäherung muß sorgsam verhütet werden. Zärtlichkeiten, enge körperliche Berührungen sollen nach Möglichkeit unterbleiben. Ungesunde Lektüre, geschlechtlich aufregende Bilder und Schaustellungen sind zu meiden. Dagegen dürfte eine gemeinsame, kameradschaftliche Erziehung der beiden Geschlechter unter gebührender Berücksichtigung ihrer Verschiedenheiten dazu beitragen, ein natürliches, von Scheu und Abneigung freies Verhältnis anzubahnen, wie es die Grundlage gesunder Geschlechtsbeziehungen bildet.

In und zunächst auch nach den Entwicklungsjahren scheint mir Enthaltung von jeder geschlechtlichen Betätigung bei weitem am richtigsten, weil dadurch die Gelegenheit zur Einstellung des Geschlechtstriebes auf falsche Ziele wesentlich eingeschränkt wird. Besonders warnen möchte ich, abgesehen von der Onanie und selbstverständlich auch von homosexuellen Handlungen, vor den Versuchen, die geschlechtliche Leistungsfähigkeit mit Hilfe der käuf-

lichen Liebe zu erproben, da die hier so natürlichen Mißerfolge für die weitere Entwicklung verhängnisvoll werden können. Werden sie vermieden, so ist mit fortschreitender Reifung der Persönlichkeit immer noch Aussicht, daß der nicht endgültig entgleiste Trieb sich wieder zurechtfindet. Sollte sich diese Hoffnung als trügerisch herausstellen, so ist durch das Hinausschieben der geschlechtlichen Betätigung jedenfalls nichts geschadet. Allerdings wird man vielfach Schwierigkeiten finden, erregbaren Psychopathen die Notwendigkeit der Selbstbeherrschung einleuchtend zu machen; man darf dann wohl auf das Beispiel der katholischen Geistlichkeit und zahlreicher ehrenhafter Ehemänner verweisen, die durch irgendwelche Umstände dauernd zur Schonung ihrer Frauen gezwungen sind.

Besondere Aufmerksamkeit erfordert ohne Zweifel der Schutz wankender Naturen vor der Verführung zur Homosexualität. Die Ausbreitung dieser Verirrung dort, wo ihr nicht die Volkssitte entschieden widerstrebt, weist darauf ebenso hin wie die Anhäufung der Urninge in den von Verführern wimmelnden Großstädten. Mit größtem Nachdrucke ist daher die sich in Wort und Schrift, zum Teil unter dem Anschein der Wissenschaftlichkeit, geübte Verherrlichung der Homosexualität zu bekämpfen. Niemand wird dem einzelnen Homosexuellen, der unter Umständen schwer unter seiner Verirrung leidet, das tiefste Mitgefühl versagen. Dennoch muß durchaus daran festgehalten werden, daß er eine Gefahr für andere, unzulänglich veranlagte Menschen bedeutet, sobald er seinen Neigungen folgt, und daß jedem Versuche dazu kräftig entgegengetreten werden muß. Gerade die Beunruhigung der breiten Öffentlichkeit im letzten Jahrzehnt hat deutlich gezeigt, welche Folgen die Nachgiebigkeit gegen die homosexuellen Bestrebungen zeitigen würde. Mit größter Strenge zu bekämpfen ist natürlich die Neigung mancher Urninge, Jugendliche und gar Kinder zu verführen.

Es kann nicht zweifelhaft sein, daß die homosexuelle Strömung in neuerer Zeit durch die aller Welt zugänglichen, zahlreichen Schriften über geschlechtliche Verirrungen, durch gewisse Prozeßverhandlungen wie durch die Erörterungen in Vorträgen und Tageszeitungen bei uns erheblich erstarkt ist. Sicherlich wird es im Interesse der Volksgesundheit liegen, wenn die Behandlung dieser Fragen dem großen Publikum vorenthalten und auf diejenigen Stätten beschränkt

bleibt, wohin sie gehört, auf die Sprechzimmer der Ärzte und auf jene Hörsäle, in denen Ärzte, Erzieher und Richter ausgebildet werden.

Die Behandlung des gegebenen Falles wird vor allem mit vernünftiger Belehrung, zweckmäßiger Regelung der gesamten Lebensweise und ernster Mahnung zum Zurückdrängen der abnormen Betätigungen einsetzen. Moll empfiehlt eine „Associationstherapie", eine Art Selbsterziehung durch planmäßiges Üben der gesunden, Unterdrückung der krankhaften Regungen; sorgfältige Auswahl der Lektüre, der Kunstgenüsse, des Verkehrs kann die Erreichung dieses Zieles fördern. Weiterhin aber steht uns noch das Verfahren der hypnotischen Suggestion zu Gebote, die bei diesen Kranken zweifellose Heilerfolge zu erzielen vermag. Die Suggestion richtet sich zuerst gegen die Masturbation und die gesteigerte geschlechtliche Erregbarkeit überhaupt. In zweiter Linie wird Unempfindlichkeit gegen das eigene Geschlecht, Verblassen der betreffenden Vorstellungen und Bilder, in dritter Anregung durch das andere Geschlecht, Neigung zum natürlichen Verkehr vorgeschrieben. Meist gestaltet sich diese hypnotische Erziehung äußerst mühsam und langwierig; gelegentliche Rückfälle sind nicht selten. Den größten Wert legt v. Schrenk-Notzing auf regelmäßigen natürlichen Geschlechtsverkehr, der zwar bei Männern verhältnismäßig leicht zu beschaffen ist, aber, wie seine Fälle zeigen, auch manche Gefahren mit sich bringt. Ein Glück, daß für Mädchen die Behandlungsfrage weniger brennend ist! Vor übereilten Koitusversuchen muß aus den früher dargelegten Gründen gewarnt werden. Andererseits kann ein Erfolg in dieser Richtung anscheinend raschen Umschlag der Stimmung und sogar die freilich öfters trügerische Überzeugung völliger und endgültiger Heilung bewirken. Unterstützt wird die Behandlung durch Maßnahmen, die sich gegen den allgemeinen nervösen Zustand des Kranken richten, Brom, diätetische Vorschriften, gymnastische Übungen und ähnliches. Fuchs sah unter 42 Fällen 14 mal die gleichgeschlechtlichen Neigungen wiederkehren, während 8 seiner Kranken „neutral" wurden. Mehrere der so geheilten Kranken haben geheiratet.

XVI. Die psychopathischen Persönlichkeiten[1]).

Die unsichere und schwankende Umgrenzung des Begriffes der Entartung bringt es mit sich, daß wir bei denjenigen Formen des Irreseins, die aus krankhafter Veranlagung hervorgehen, auf ein breites Zwischengebiet zwischen ausgesprochen krankhaften Zuständen und jenen persönlichen Eigentümlichkeiten stoßen, die wir noch dem Bereiche des Gesunden zuweisen. Würden wir in strengstem Sinne alle diejenigen angeborenen Eigenschaften als Ausfluß der Entartung betrachten, die der Erreichung allgemeiner Lebenszwecke hinderlich sind, so würden wir deren Spuren nirgends vermissen. Die Bedeutung des Krankhaften können wir aber den persönlichen Abweichungen von der vorgezeichneten Entwicklungsrichtung erst dann zuschreiben, wenn sie eine erhebliche Bedeutung für das körperliche oder psychische Leben gewinnen; die Abgrenzung ist also eine rein gradweise und deswegen in gewissem Spielraume willkürliche.

Seitdem, besonders durch das Verdienst französischer Irrenärzte, unser Blick für das Verständnis krankhafter Veranlagungen geschärft worden ist, haben wir an vielen Punkten dieses Zwischengebietes die Kennzeichen der Entartung besser würdigen gelernt. Wir sind heute geneigt, den Maßstab der psychiatrischen Beurteilung an eine Reihe von Menschengruppen zu legen, die man früher unter wesentlich anderen Gesichtspunkten zu betrachten gewöhnt war. Es handelt sich dabei gewissermaßen um psychische Mißbildungen, deren Krankhaftigkeit nicht aus der Veränderung gegen

[1]) Demoor, Die anormalen Kinder und ihre erziehliche Behandlung in Haus und Schule. 1901; Weygandt, Leicht abnorme Kinder. 1905; Birnbaum, Über psychopathische Persönlichkeiten. 1909; Pelman, Psychische Grenzzustände, 2. Auflage. 1910; Ziehen, Charitéannalen, XXIX; Stelzner, Die psychopathischen Konstitutionen und ihre soziologische Bedeutung. 1911; Wilmanns, Die Psychopathien, Handbuch der Neurologie von Lewandowsky, V., 513; Strohmayer, Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters. 1910; Scholz, Anomale Kinder. 1912.

frühere, gesunde Zeiten, sondern nur aus ihrer allgemeinen Abweichung von der Gesundheitsbreite erkennbar ist. Selbstverständlich bildet die Aufdeckung und Verfolgung der krankhaften Spielarten des Menschengeschlechtes bis in ihre ersten, leisesten Andeutungen hinein eine Aufgabe von allergrößter Wichtigkeit. Wie schon heute die Psychiatrie in vielen Erscheinungen des gesunden Lebens den Schlüssel zum Verständnisse krankhafter Störungen findet, so würde umgekehrt unsere Kenntnis des Menschen eine außerordentliche Vertiefung erfahren, wenn wir die feinen Wurzeln des Krankhaften in der Einzelpersönlichkeit überall klarzulegen vermöchten. Hier liegt ein Gebiet der psychiatrischen Forschung, das weit über rein ärztliche Fragen hinaus in die Lehre vom innersten Wesen des Menschen hineinreicht.

Machen wir den Versuch, die bunte Mannigfaltigkeit psychopathischer Persönlichkeiten zu überblicken, so zeigt sich zunächst, daß eine ganze Reihe von ihnen in engen Beziehungen zu früher eingehend behandelten Krankheitsformen steht. Bald stellen sie gewissermaßen Vorstufen dar, deren Entwicklung nicht zur Ausbildung ernsterer Störungen fortgeschritten ist, bald leichteste, die Grenzen des Krankhaften kaum überschreitende Andeutungen ausgesprochener Psychosen, bald einfache, unscheinbare Dauerzustände, auf deren Boden wir sonst stärkere, anfallsartige Störungen beobachten. So läßt sich unter diesem Gesichtspunkte die manische, depressive, reizbare und zyklothyme Veranlagung betrachten. Sie begegnet uns einmal als persönliche Eigentümlichkeit manisch-depressiver Kranker vor dem Ausbruche oder in den freien Zwischenzeiten ihres Leidens; wir treffen sie aber oft genug auch an, ohne daß es zu einer wirklichen Erkrankung käme. Das richtige Verständnis solcher psychopathischen Persönlichkeiten kann dann dadurch erleichtert werden, daß bei ihren nächsten Blutsverwandten unverkennbare manisch-depressive Erkrankungen auftreten. Ähnlich liegen die Dinge vielleicht bei manchen Mitgliedern solcher Familien, in denen die Neigung zu schizophrenen Erkrankungen besteht. Wie es scheint, können die auffallenden Züge, die uns so oft aus der Vorgeschichte der Dementia praecox berichtet werden, und die wir ähnlich bei den gebesserten oder unvollständig geheilten Kranken wiederfinden, unter Umständen auch dort als leichte persönliche Absonderlichkeiten vorhanden sein, wo es niemals zu einer eigentlich

krankhaften Fortentwicklung kommt. Es wird sich dabei hauptsächlich um gemütsstumpfe Schwächlinge oder um scheue Sonderlinge mit allerlei Verschrobenheiten des Denkens und der Lebensführung handeln. Daß wahrscheinlich auch die paranoische Veranlagung häufig genug vorhanden ist, ohne zur Ausbildung einer wahnhaften Weltanschauung fortzuschreiten, wurde bereits dargelegt; wir haben auch die paranoiden Persönlichkeiten geschildert, die wir in diesem Sinne deuten zu können glauben.

Sehr viel schwieriger zu beurteilen ist die Frage, ob nicht auch auf dem Gebiete der Epilepsie ohne die sonstigen Zeichen des Leidens einfache seelische Unzulänglichkeiten entstehen können, deren klinische Gestaltung etwa in abgeschwächter Form der dauernden epileptischen Verkümmerung entspräche. Lombroso hat, wie wir später sehen werden, namentlich für gewisse Formen der verbrecherischen Veranlagung eine epileptische Grundlage angenommen. Die sehr verschiedene Ausdehnung, die den anfallsartigen Störungen im Bilde der Epilepsie zukommt, und die ausgesprochene seelische Umwandlung, die das Leiden begleitet, läßt von vornherein die Möglichkeit nicht ausgeschlossen erscheinen, daß es als leichteste Gestaltungen der Epilepsie psychopathische Persönlichkeiten geben könne, die nur die dauernden, nicht aber die vorübergehenden Züge des Leidens tragen. Allerdings ist das augenblicklich die Epilepsieforschung beherrschende Bedürfnis nach Zerlegung des Sammelbegriffes in seine Bestandteile derartigen, nach der entgegengesetzten Richtung zielenden Annahmen nicht günstig. Gerade die Erfahrungen über „Affektepilepsie" haben gezeigt, daß es Verbindungen von psychopathischer Anlage mit epileptischen Erscheinungen gibt, die höchst wahrscheinlich mit der eigentlichen Epilepsie gar nichts zu tun haben. Trotz alledem läßt sich nicht in Abrede stellen, daß wir krankhafte Persönlichkeiten kennen, deren Eigentümlichkeiten den Gedanken an Verwandtschaftsbeziehungen zur epileptischen Entartung nahe legen. Es sind das einmal gewisse reizbare, kleinliche, frömmelnde Pedanten, dann aber manche beschränkte, jähzornige, gemütsstumpfe Rohlinge. Die weitere klinische Erfahrung muß lehren, ob und wieweit es berechtigt ist, in solchen Fällen von „epileptoiden" Psychopathen zu sprechen.

Sehr innig sind die Beziehungen zwischen Hysterie und Psychopathie, ja wir können sagen, daß die Hysterischen nur eine Unter-

gruppe der krankhaften Persönlichkeiten bilden, bei der eben die urwüchsigen Entladungsformen der Gemütsbewegungen besonders stark und eigenartig entwickelt sind. Wir begegnen daher auch hysterischen Krankheitserscheinungen gelegentlich bei den verschiedensten Spielarten der Psychopathie, so daß es öfters willkürlich erscheint, ob man den einzelnen Fall hier oder dort einordnen will. Je stärker in dem Bilde der Entartungshysterie die dauernden seelischen Abweichungen gegenüber den anfallsartigen Störungen hervortreten, desto mehr nähert es sich demjenigen gewisser psychopathischer Persönlichkeiten.

Die von uns aufgestellte Gruppe der originären Krankheitszustände umfaßt ebenfalls allerlei krankhafte Persönlichkeiten, die wir nur deswegen einstweilen abgetrennt haben, weil bei ihnen die Abweichungen besonders augenfällig aus der Gesundheitsbreite herausragen. Konnten wir bei den Vorstufen des manisch-depressiven Irreseins, ferner bei den als Ausdruck schwächster schizophrener, vielleicht auch epileptischer Veränderungen gedeuteten Formen an die Keime gewisser Krankheitsvorgänge denken, so scheint mir für das ganze übrige Gebiet der psychopathischen Persönlichkeiten die Annahme umschriebener Entwicklungshemmungen eine brauchbare Richtschnur weiterer Forschungen abzugeben. Schon bei der Darstellung der Hysterie und der Paranoia konnte ich darauf hinweisen, daß uns ihre Erscheinungen verständlicher werden, wenn wir sie mit den Eigentümlichkeiten des kindlichen, unentwickelten Seelenlebens in Beziehung bringen; dort wäre ein Infantilismus der gemütlichen Entladungsformen, hier ein solcher der höheren Verstandesleistungen zu vermuten. Ganz ähnliche Erwägungen haben wir bei der Schilderung der Nervosität, der Zwangsneurose, des impulsiven Irreseins, der geschlechtlichen Verirrungen angestellt. Hatten wir es bei den ersteren in der Hauptsache mit unzulänglicher Willensentwicklung zu tun, die ein Zurückweichen vor den Schwierigkeiten des Lebens und die Ausbildung absonderlicher Schutzmaßregeln bedingt, so waren in den letzteren Fällen gewisse Triebe entgleist, weil sie nicht durch die Ausbildung höherer Willensrichtungen beherrscht und in die richtigen Bahnen geleitet wurden. Man könnte somit etwa von einem Infantilismus des Willens und des Trieblebens sprechen.

Selbstverständlich ist das nur eine ganz rohe Formel, um mit einem Schlagworte den Gedanken anzudeuten, der unserer Auffas-

sung zugrunde liegt. In Wirklichkeit sind die Verhältnisse sehr viel verwickelter. Zunächst ist schon der Ausdruck Infantilismus nichts weniger als eindeutig. Die persönliche wie stammesgeschichtliche seelische Entwicklung vollzieht sich in so vielen Stufen, auf deren jeder sie haltmachen kann, daß dem Zurückbleiben auf einem Teilgebiete sehr verschiedenartige Zustände entsprechen können. Sodann wird die Gestaltung der klinischen Bilder wesentlich davon abhängig sein, ob nur die höchsten oder zugleich auch die niederen Leistungen eines Gebietes verkümmert sind. Da vielfach ein gewisser Gegensatz zwischen beiden besteht, können unter Umständen niedere und urwüchsige seelische Regungen deswegen besonders früh und stark hervortreten, weil das Gleichgewicht der Entwicklung durch die Unzulänglichkeit der entsprechenden höheren Eigenschaften gestört ist. Endlich ist noch der modelnde Einfluß der Lebenserfahrungen zu berücksichtigen. Die schwachen Punkte der Anlage bieten mangelhaft verteidigte Angriffspunkte für die Schädigungen des Daseinskampfes. Die hier sich häufenden Niederlagen führen zu weiteren Verkümmerungen, vielleicht zur Entstehung ungewöhnlicher Abwehrhilfsmittel, bisweilen endlich auch zu besonderer Einstellung und Verzerrung der seelischen Gesamtpersönlichkeit. Aus allen diesen verschiedenen Vorgängen in mannigfaltigster Ausdehnung und Verbindung setzt sich das Ergebnis zusammen, das wir in der einzelnen psychopathischen Persönlichkeit vor uns haben.

Die hier angestellten Überlegungen haben vorerst nur die Bedeutung von Denkmöglichkeiten. Mir scheint jedoch, daß sich auch für die meisten der nunmehr zu besprechenden psychopathischen Persönlichkeiten ein gewisses Verständnis durch die Annahme umschriebener seelischer Entwicklungshemmungen gewinnen läßt. Man kann sie, zusammen mit den schon erwähnten Formen, als umgrenzte Infantilismen dem mehr oder weniger hochgradigen allgemeinen Infantilismus der Imbezillität und der Idiotie gegenüberstellen, den wir im letzten Abschnitte zu behandeln haben werden. Dadurch wird auch für die wissenschaftliche Betrachtungsweise eine Brücke zwischen beiden Gruppen geschlagen, wie sie für die klinische Beobachtung bereits vorhanden ist, die uns alle möglichen Verbindungen von psychopathischer Anlage mit Schwachsinn zeigt. Allerdings erfahren wir dabei über die letzten Ursachen der Entwicklungshemmungen zunächst noch nichts. Sie können, wie

es scheint, einmal in erblicher Entartung und dann in Keimschädigungen, vielleicht auch gelegentlich in mehr umschriebenen fötalen Erkrankungen liegen.

Die Gruppierung der psychopathischen Persönlichkeiten in dem hier dargelegten, die leichteren Formen krankhafter Veranlagung umfassenden Sinne stößt auf die allergrößten Schwierigkeiten. Die Mischungen von gesunden und krankhaften Zügen aller Arten und Abstufungen bieten eine noch weit größere Mannigfaltigkeit, als schon die gesunden Persönlichkeiten. Überdies ist von schärferen Abgrenzungen keine Rede. Irgendwie kennzeichnende Krankheitserscheinungen gibt es nirgends. Alle die verschiedenen Einzelstörungen finden sich immer wieder, nur hier stärker, dort schwächer ausgeprägt. Somit handelt es sich zumeist lediglich um Verschiebungen im gegenseitigen Verhältnisse der gleichen Krankheitserscheinungen, von denen bald diese, bald jene im klinischen Bilde stärker hervortritt.

Wenn wir also der Übersichtlichkeit halber das Gebiet in einzelne Abschnitte zerlegen, so erhalten wir dabei Formenkreise, die einander vielfach schneiden. Andererseits erscheint es unmöglich, eine wirklich vollständige Aufzählung aller Spielarten von psychopathischen Persönlichkeiten zu geben. Jede einzelne seelische Unzulänglichkeit kann einmal im Vordergrunde des klinischen Bildes stehen, während andere schwächer angedeutet sind oder fehlen, so daß sich eine unabsehbare Zahl von umschriebenen Verkümmerungszuständen ergeben würde, die dann noch alle möglichen Abstufungen zeigen können. Fernere Unterschiede ergeben sich nach der Art der Wirkungen, die eine Entwicklungshemmung auf dem betroffenen Seelengebiete ausübt. Bald haben wir es mit einer allgemeinen Dürftigkeit dieser oder jener seelischen Leistungen, dann wieder mit einer Einengung auf bestimmte Richtungen, oder aber mit Flüchtigkeit und Verschwommenheit der Einzelvorgänge zu tun. Dazu kommen dann noch, wie oben angedeutet, Verschiebungen im seelischen Gefüge durch ungehemmtes Wuchern untergeordneter Gebiete oder durch Ausgleichsbestrebungen, endlich die unter dem Drucke der Lebenserfahrungen eintretenden Folgewirkungen.

Aus dieser Mannigfaltigkeit von Zuständen greifen wir vorläufig nur einige wenige heraus. Für die Auswahl maßgebend ist dabei lediglich ihre psychiatrische Wichtigkeit. Nur solche Formen sollen

berücksichtigt werden, die tatsächlich mit einer gewissen Häufigkeit der irrenärztlichen Beurteilung zugeführt werden, während zahlreiche andere, an sich vielleicht nicht minder interessante, aber für uns weniger belangreiche Spielarten der Psychopathen zunächst vernachlässigt werden, so die Wirrköpfe, die Ästheten, die Schwärmer und Fanatiker, die Überspannten und viele andere. Ein allgemeines Verständnis für alle diese Formen wird sich immerhin auch schon aus der Betrachtung der übrigen klinischen Bilder gewinnen lassen. Beginnen wollen wir unsere Darstellung mit den beiden großen Gruppen der Erregbaren und der Haltlosen, denen sich die Triebmenschen und die Verschrobenen anschließen mögen. Sodann sollen die mehr einseitig entwickelten Formen der Lügner und Schwindler, der Gesellschaftsfeinde und der Streitsüchtigen besprochen werden.

A. Die Erregbaren.

Eine umfangreiche Gruppe psychopathischer Persönlichkeiten läßt sich unter dem gemeinsamen Gesichtspunkte zusammenfassen, daß sie alle wegen heftiger Erregungszustände unserer Klinik zugeführt wurden, die durch einen äußeren Anlaß hervorgerufen worden waren. In der Regel war es dabei zu Handlungen gekommen, durch die Leben und Gesundheit der Kranken selbst oder fremder Personen bedroht oder sonstwie die öffentliche Ordnung und Sicherheit gefährdet wurde. Nach dem Schwinden der Aufregung im Schutze und unter der Behandlung der Klinik war dann Gelegenheit geboten, einen Einblick in die persönlichen Eigenschaften der aus solchen Anlässen in die Hände des Irrenarztes gelangenden Kranken zu gewinnen.

Die Verstandesbegabung der Kranken lag im allgemeinen über dem Durchschnitt; mehr als die Hälfte waren gute, weniger als ein Viertel schlechte Schüler gewesen. Überwiegend handelte es sich um Persönlichkeiten mit guter Auffassungsfähigkeit und leidlichem Urteilsvermögen, wenn auch geistig Minderwertige nicht ganz fehlten. Einige Kranke klagten über Gedächtnisschwäche, Zerstreutheit, andere über gesteigerte Ermüdbarkeit. Meist bestand eine gewisse geistige Regsamkeit. Ein Kranker liebte es, sich seine Zukunft in glänzenden Farben auszumalen; ein anderer war für das Theater begeistert. Eine Kranke schwärmte für Musik und Gesang, eine andere

für Spiritismus; mehrere Kranke lasen leidenschaftlich, allerdings zum Teil Schauerromane. Hie und da wurden depressive Vorstellungen geäußert; die Kranken klagten, daß ihre Nerven zerrüttet seien, daß sie nirgends Rast oder Ruhe fänden, nicht mehr glauben oder beten könnten, daß niemand sie leiden könne.

Die hervorstechendste Eigenschaft war natürlich eine starke gemütliche Erregbarkeit. Die Kranken gerieten sehr leicht in Zorn, machten bei unbedeutenden Anlässen „Krach", bekamen maßlose Wutanfälle mit Gewalttätigkeit gegen sich oder die Umgebung. „Er läßt sich nichts gefallen", hieß es von ihnen; „er verträgt keinen Widerspruch", „muß sehr zart behandelt werden." „Wenn er sich sehr erregt, geht es mit ihm durch"; „er sagt in der Aufregung manchmal Sachen, die ihm nachher leid tun"; „Kleinigkeiten können ihn außer Fassung bringen". Von einer Kranken wurde berichtet, sie zerschlage Scheiben, wenn ihr Wille nicht geschehe. Aber auch andere Gemütsbewegungen nahmen rasch diese leidenschaftlichen Formen an, Verzweiflungsausbrüche oder Angstzustände, nörgelige Gereiztheit oder trotzige Unzugänglichkeit. Infolge der leichten Beweglichkeit des Gefühlslebens war regelmäßig ein häufiger Wechsel der Stimmung aus äußeren oder inneren Gründen zu beobachten, ein empfindliches, wetterwendisches, launenhaftes, ungleichmäßiges Wesen. Die allgemeine Färbung der Stimmung war vorwiegend gedrückt und weinerlich. Zum Teil war das durch die Vorgänge der jüngsten Zeit bedingt, doch klagten manche Kranke darüber, daß sie geneigt seien, alles schwer zu nehmen, daß ihnen alles „ins Gemüt gehe", daß sie nichts mehr freue, das Dasein keinen Zweck habe. Einige Kranke wurden von Beklemmungsgefühlen gequält; eine Kranke fürchtete, daß sie die Wohnung noch einmal in Brand stecken müsse. Eine Reihe weiterer Kranker zeigte im Gegenteil eine heitere, selbst übermütige Gemütslage; sie lachten viel, gefielen sich in kindischen Neckereien, waren erotisch. Vielfach wurden ohne erkennbaren Anlaß traurige oder reizbare Verstimmungen beobachtet, Heimweh, Weltschmerz, Menschenhaß, namentlich zur Zeit der Menses; Lebensüberdruß und Selbstmordgedanken waren häufig.

Die Gemütsart der Kranken war im allgemeinen freundlich, zugänglich, gutmütig, lenksam, öfters religiös, weich, empfindsam; ein Kranker erklärte, er könne nicht sehen, wenn Pferde geschlagen

würden. Vielfach wurden sie als fleißig, beliebt, brav, solide und ordentlich geschildert; einzelne zeigten ein schüchternes, schreckhaftes, grüblerisches, in sich gekehrtes Wesen. Andere traten selbstbewußt auf, waren anmaßend, herrschsüchtig, grob, unverträglich, streitsüchtig, unbotmäßig; er sei „wie in den Flegeljahren", „wie ein Bub", meinten die Angehörigen eines Kranken. Noch andere sind kindisch, läppisch oder schwärmerisch, überspannt, geziert, verlogen. Manche Kranke fielen durch eine gewisse Unruhe, Unstetigkeit und Vielgeschäftigkeit auf; sie entwarfen allerlei Pläne, waren hastig, geschwätzig, klatschsüchtig, gefielen sich in auffallenden, gespreizten Ausdrucksbewegungen, neigten dazu, in der Aufregung sogleich davonzulaufen, wechselten häufig ihre Stellen. In einer kleinen Zahl von Fällen bestand große Abneigung gegen geregelte Arbeit; die Kranken vernachlässigten ihr Hauswesen, bummelten herum, ließen sich von ihren Angehörigen ernähren.

Von größter Wichtigkeit für die Kennzeichnung dieser Persönlichkeiten sind die Anlässe, die zu ihrer Verbringung in die Klinik geführt hatten. Bei weitem am häufigsten, in 62% der Fälle, waren es Selbstmordversuche. Dabei zeigt sich der sehr bemerkenswerte Unterschied der beiden Geschlechter, daß die Frauen in 71%, die Männer nur in knapp 50% der Fälle zu diesem letzten Auskunftsmittel in schwierigen Lebenslagen gegriffen hatten. Die häufigsten Beweggründe zu diesem Schritte waren bei den Männern Zwistigkeiten mit der Frau oder der Geliebten, unglückliche Liebe, Untreue, Ärger und Streit aller Art; seltener kamen Arbeitslosigkeit, Verlust der Stelle, Vorwürfe, Anschuldigungen, bevorstehende Strafe in Betracht, ganz vereinzelt Tod des Kindes oder der Braut, Pfändung, Aufgabe des Geschäftes, geschäftliche Schwierigkeiten. In einer ganzen Reihe von Fällen erfolgte der Selbstmordversuch im Rausche; auch die veranlassenden Streitigkeiten, Kündigungen, Bestrafungen hatten vielfach Beziehung zu Alkoholwirkungen. Bei den Frauen standen durchaus im Vordergrunde Streitigkeiten mit Angehörigen, Dienstherrschaften oder Nachbarn, Zwist mit dem Manne oder dem Geliebten, Untreue, Eifersucht und Liebeskummer. Außerdem fanden sich in einzelnen Fällen Anschuldigungen, Furcht vor Strafe, vor einer Operation, Tod von Angehörigen, Erkrankung des Geliebten, wirtschaftliche Notlage, Entlassung aus der Stelle u. dgl. Man erkennt leicht, daß die Selbstmordneigung der Frauen

einerseits durch ihre allgemeine gemütliche Erregbarkeit beherrscht wurde, die in ihrer Maßlosigkeit sofort dazu drängte, den Widerständen des Lebens durch die Flucht in die Selbstvernichtung auszuweichen. Weiterhin aber spielen hier noch weit mehr, als bei den Männern, die unmittelbar aus dem Liebesleben entspringenden Aufregungen eine maßgebende Rolle. Während wir bei den Männern hierhin höchstens 46% rechnen können, bei denen öfters auch noch die Alkoholwirkungen mit in Betracht zu ziehen sind (eheliche Zwistigkeiten!), kommen wir bei den Frauen auf 58% der Fälle.

Auch die Art der geplanten Selbstmorde bietet die bekannten Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern. Bei den Männern ist das Ertränken, Erschießen und Erhängen etwa gleich häufig (je 20—23%); etwas seltener sind Verletzungen mit dem Messer und Sturz aus dem Fenster, noch seltener die Verwendung von Gift. Demgegenüber gingen nahezu 44% der weiblichen Selbstmörder ins Wasser, während fast 30% zum Gift griffen. Offenbar erscheint dieses Mittel wegen seiner mühelosen Verwendbarkeit und seiner schleichenden Wirkung, wie wir es früher bei den Giftmischerinnen gesehen haben, dem schwachen Geschlechte besonders willkommen. Die benutzten Gifte waren vor allem Lysol und Veronal, dann Leuchtgas, Sublimat und Salzsäure, hie und da Morphium, Strychnin, Chloroform, Kohlenoxydgas, Digalen, Bromkalium, Kleesalz, Holzessig und Arsen. Fast 12% der Frauen suchten sich aus dem Fenster zu stürzen; einige wenige gingen daran, sich zu erhängen, zu erschießen, sich die Pulsadern aufzuschneiden oder sich überfahren zu lassen. Bemerkenswert ist es, daß 4 Frauen und 1 Mann die Absicht zeigten, sich von einer etwas entfernten, sehr hohen Brücke herunterzustürzen, die durch eine Reihe von aufregenden Selbstmorden eine gewisse Berühmtheit erlangt hat.

Tritt schon in dieser Erfahrung die Neigung hervor, Aufsehen zu erregen, so tragen die Selbstmordversuche in manchen Fällen ein ausgesprochen spielerisches Gepräge. Eine Kranke verschaffte sich Pilze und verzehrte sie in der unsicheren Annahme, daß sie vielleicht giftig seien; eine andere suchte sich selbst die Kehle zuzudrücken; manche bringen sich unbedeutende Hautritze bei, schreiben rührende Abschiedsbriefe, sind bei jedem Anlasse sofort mit Selbstmorddrohungen bei der Hand. In der Regel pflegen sich die Kranken hinterher rasch zu beruhigen und sind dann fast

immer froh, daß die Sache gut ausgegangen ist. Meist bezeichnen sie ihren Selbstmordversuch als Unsinn, Dummheit, lachen auch wohl darüber, erklären, sich in Zukunft hüten zu wollen. Eine Kranke hob dabei mit Stolz hervor, daß sie so viel Mut gezeigt und fest zugeschnitten habe.

Nächst den Selbstmordversuchen waren es meist Wutanfälle, Angriffe oder Verzweiflungsausbrüche, die zur Einlieferung der Kranken führten. Das männliche Geschlecht, das in den Daseinskämpfen mehr zur Gewaltanwendung geneigt ist, überwiegt hier bei weitem, namentlich auch wegen der den Willen erregenden Wirkungen des Alkohols. In irgendeinem Streite, im Ärger über ein unliebsames Vorkommnis beginnen die Kranken leidenschaftlich zu schimpfen, zu schreien, zu brüllen, wälzen sich am Boden herum, schäumen vor Zorn, schlagen mit dem Kopfe an die Wand, reißen sich die Kleider vom Leibe, raufen sich die Haare, packen sich an den Ohren, hauen mit der Faust auf den Tisch, stoßen ihn um, donnern an die Türen, suchen sich einzusperren, rufen um Hilfe. Sie prügeln blind um sich, fuchteln mit dem Messer herum, zerschlagen Geschirr, zertrümmern Fensterscheiben, werfen Teller auf den Boden, eine Tasse aus dem Fenster, zerbrechen einen Stuhl, schleudern die Lampe fort; ein Kranker warf den Säbel in die Ecke; ein anderer schoß mit dem Revolver auf eine Hutschachtel; ein dritter trat im Papierkorbe herum. Manche Kranke drängen triebartig fort, laufen, unvollkommen bekleidet, planlos herum, bisweilen die ganze Nacht, suchen das Grab verstorbener Angehörigen auf, um dort einen Selbstmordversuch zu machen, führen verworrene Reden.

An Stelle der früher geschilderten Selbstbeschädigungen und Selbstmordversuche kann sich die Erregung nun weiterhin gegen die Personen der Umgebung wenden. Die Kranken kratzen und beißen, drohen mit Halsabschneiden und Erschießen, verlangen nach einem Revolver, prügeln die Kinder, gehen mit dem Stuhle auf die Mutter los, stürzen sich auf Bruder und Vater, würgen die Frau am Halse, greifen mit dem Messer an, werfen mit dem Beil. Ein Kranker bedrohte die herbeigerufene Rettungswache mit einem Hammer; eine Frau wollte ihr Kind zum Fenster hinauswerfen.

Sehr auffallend ist oft die Geringfügigkeit der Anlässe, die zu solchen maßlosen Ausbrüchen führen. Eine einfache Zurechtweisung, das Versagen eines Wunsches, irgendeine Klatschgeschichte,

eine unwillkommene Anordnung des Arztes im Krankenhause, die Verbringung in die Arrestzelle können genügen, um den sich durch die Heftigkeit der Ausdrucksformen selbst rasch immer mehr steigernden Wutanfall auszulösen. Freilich hilft dabei häufig der Alkohol mit, den die Kranken vorher „aus Liebeskummer" oder, um sich Mut zu machen, getrunken haben.

Das Bewußtsein ist während der Erregungszustände offenbar vielfach getrübt. Die Kranken geben später an, daß sie verwirrt, „ganz weg", nicht bei sich, wie geistesabwesend gewesen seien; es war wie im Traum; sie wußten selbst nicht, wie sie dazu kamen. Mehrere Kranke erklärten, sie wüßten in der Erregung nicht, was sie täten und sagten; andere sprachen davon, daß sie gefürchtet hätten, geisteskrank, wahnsinnig zu werden. Ein Kranker glaubte sich in Gefahr und sah schon einen Dolch in seinem Herzen stecken; ein anderer schrie laut: „Wo ist er? Ich muß ihn haben!"

Die Dauer der Erregung ist regelmäßig eine kurze und pflegt einige Stunden nicht zu überschreiten. Sobald die Kranken sich „ausgetobt" haben oder aus ihrer Umgebung entfernt wurden, kehrt die Besonnenheit und Klarheit rasch zurück. Zwar sind sie zunächst oft noch etwas unwirsch und gereizt, wollen nicht essen, keine Auskunft geben, finden sich aber gewöhnlich bald in ihre Lage und suchen die Beziehungen mit der Außenwelt wieder anzuknüpfen. Die Erinnerung an die ganzen Vorkommnisse ist vielfach sehr verschwommen; manche Kranke sind ungläubig, wenn man ihnen davon erzählt, bestreiten, daß es möglich sei, suchen ihr Verhalten zu beschönigen, geben der Umgebung, ihren Angehörigen die Schuld; man habe sie soweit gebracht.

Zur weiteren Kennzeichnung der hier geschilderten Kranken ist es zweckmäßig, noch ihre Kriminalität etwas näher ins Auge zu fassen. Bestraft waren von den Männern 32%, von den Frauen nicht ganz 10%. Unter den Straftaten der Männer standen obenan Bedrohung, Hausfriedensbruch und Körperverletzung. Dazu gesellten sich einige Fälle von Totschlag oder Versuch dazu, ferner Ruhestörung und grober Unfug, Unbotmäßigkeit im Dienst, Gehorsamsverweigerung, Angriff auf einen Vorgesetzten, Wachvergehen. Endlich waren noch wenige Male Unterschlagung, Betrug, Diebstahl, Untreue und Bettel zu verzeichnen. Diese Erfahrungen wür-

den auch dann keinen Zweifel darüber lassen, daß die strafbaren Handlungen unserer Kranken nach Art und Häufigkeit wesentlich durch Alkoholwirkungen beherrscht wurden, wenn nicht die klinische Einzelbeobachtung das gleiche lehrte. Ein wesentlich anderes Bild bietet das Verhalten der Frauen. Gewerbsunzucht, Bedrohung und Diebstahl stehen hier im Vordergrunde des nicht sehr ausgedehnten strafbaren Tuns; dazu kommen vereinzelte Fälle von Beleidigung, Körperverletzung, Wechselfälschung und Unterschlagung. Außer den Zeichen erhöhter Reizbarkeit und einer gewissen sittlichen Minderwertigkeit sind hier besondere Züge nicht zu erkennen.

Die Beziehungen unserer Kranken zum anderen Geschlechte gewinnen, wie wir gesehen haben, für ihr Handeln eine erhebliche Bedeutung. Sie sind gekennzeichnet durch die Häufigkeit der Eifersucht und der Zerwürfnisse. Bei den Männern kam zweimal Totschlag aus Eifersucht vor. Die leicht erregbaren Kranken gerieten bei dem mehr oder weniger berechtigten Verdachte der Untreue in derartige Gereiztheit, daß sie ohne viel Besinnen zu den schwersten Gewalttaten schritten. „Der Verstand und die Liebe gehen leider ganz verschiedene Wege", erklärte ein Kranker. Auch die Absage der Geliebten führte ähnliche Ausbrüche herbei. Die Leidenschaftlichkeit der Kranken machte es ihnen unmöglich, den Bruch einfach hinzunehmen, sondern veranlaßte sie, mit allen Mitteln die Wiederaussöhnung zu erreichen, selbst mit gefährlichen Drohungen und Angriffen, wenn sie nicht zum Selbstmordversuche schritten. In einer Reihe anderer Fälle handelte es sich um eheliche Zwistigkeiten, die wesentlich durch den Alkoholmißbrauch hervorgerufen waren. Bei den Frauen führte ebenfalls die Eifersucht öfters Erregungszustände herbei, ferner die Absage des Geliebten, die Befürchtung der Schwangerschaft, Zwist mit dem Manne, der einige Male dem Trunke ergeben war. Von einer Kranken hieß es, daß sie „immer wütig und unvernünftig" wurde, wenn der Schatz sich von ihr trennen wollte; eine andere kaufte sich vor einer Auseinandersetzung mit ihrem Liebhaber einen Revolver zum eigenen Schutze, schoß aber dann in der Erregung selbst auf ihn.

In einer ganzen Reihe von Fällen lassen sich bei den Kranken einzelne hysterische Krankheitserscheinungen feststellen. Einige Kranke hatten gelegentlich Visionen, sahen nachts eine schwarze Katze, einen Totenkopf, in einer dunklen Ecke ein Gerippe. Eine

Kranke erklärte, sie habe manchmal das Gefühl, als sei sie gar nicht da, als rutsche sie auf Wolken fort. Gelegentlich zeigte sich die Neigung, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, sich aufzuspielen, interessant zu machen; eine Kranke sprach von Verzückungen in der Kirche. Auch eine gewisse Arztbedürftigkeit und die Freude an Wunderkuren, die Neigung, viel über die eigenen Leiden zu sprechen, sie zu übertreiben, die in einzelnen Fällen hervortraten, läßt sich in gleichem Sinne deuten. Weit wichtiger aber ist die Erfahrung, daß bei einem erheblichen Bruchteile der Kranken gelegentlich Anfälle von hysterischer Färbung vorkamen, Ohnmachten, Schwindelanfälle, Lach- und Weinkrämpfe, Herumwälzen am Boden mit Verdrehen der Augen, Lallen oder Verlust der Sprache in der Erregung. Einige Kranke hatten an Nachtwandeln gelitten. Andere zeigten Steigerung oder, häufiger, Herabsetzung der Hautempfindlichkeit, manche auch Abnahme des Würg- oder Konjunktivalreflexes, konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung, allerlei Mißempfindungen; ein Kranker hatte eine halbseitige Lähmung nach Aufregung.

Auch sonst bestanden allerlei nervöse Krankheitszeichen, wie wir sie ähnlich bei den verschiedensten Formen des Entartungsirreseins wiederfinden, namentlich Steigerung der Sehnenreflexe, Zittern, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, unruhige Träume, seltener Fußklonus, Herzklopfen, nervöse Magenbeschwerden, Tics. Bemerkenswert ist besonders auch die in einer ganzen Reihe von Fällen angegebene erhöhte Empfindlichkeit gegen Alkohol. Sie wird uns verständlich, wenn wir bedenken, daß die willenerregende Wirkung des Alkohols hier naturgemäß einen sehr günstigen Boden finden muß, und sie erklärt auf der anderen Seite auch die große Bedeutung, die dem Alkoholmißbrauche bei unseren Kranken tatsächlich zukommt.

Die Prognose der hier besprochenen Form der Psychopathie ist im ganzen als eine verhältnismäßig günstige zu bezeichnen. Immerhin führen die oft durchaus ernst gemeinten Selbstmordversuche in einer Reihe von Fällen zum Ziele oder doch zu erheblichen Verletzungen. Manche Kranke haben schwer unter den Folgen ihrer leidenschaftlichen Gewalttaten zu leiden; andere schädigen sich durch Alkoholmißbrauch. Selbstverständlich können sich die Erregungszustände je nach der Veranlagung und den Lebensverhältnissen häufiger wiederholen, doch pflegt sich die Neigung dazu, wie

wir noch näher erörtern werden, von der Mitte der 20er Jahre an wesentlich abzuschwächen. —

Der Gruppe der Erregbaren gehört fast ein Drittel der Psychopathen im engeren Sinne an, die unserer Klinik zugeführt werden. Sie geben wegen der Heftigkeit ihrer Gefühlsausbrüche natürlich verhältnismäßig häufig den Anlaß dazu. Von den beiden Geschlechtern ist das weibliche mit nahezu 60% beteiligt, entsprechend der leidenschaftlicheren, erregbareren Veranlagung des Weibes. Über den Altersaufbau der Kranken für beide Geschlechter gibt die beigefügte Zusammenstellung (Figur 289) Aufschluß. Man erkennt daraus

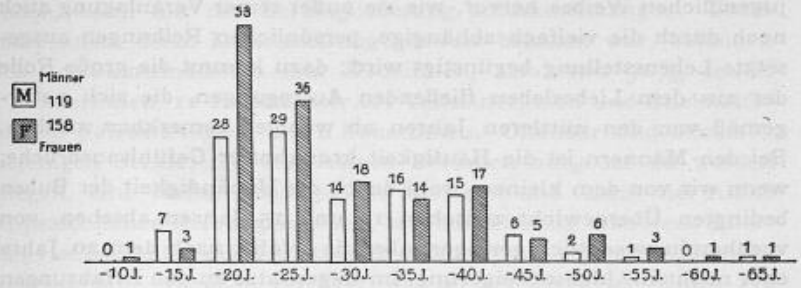


Fig. 289. Altersaufbau der „Erregbaren".

zunächst, daß die kindlichen Altersstufen aus naheliegenden Gründen nicht in die Klinik gelangen; ihre gemütlichen Stürme pflegen in Haus und Schule ihre Erledigung zu finden. Die überwiegende Mehrzahl der Kranken stand im Alter zwischen 15 und 25 Jahren, zum Teil deswegen, weil zu dieser Zeit die Stärke der gemütlichen Entladungen überhaupt am größten ist, dann aber auch, weil sich die Kranken in diesem Alter vielfach noch in Lebensstellungen befinden, die zur sofortigen Verbringung in den Schutz des Krankenhauses zwingen, während die Erregungen später, wie früher, unter Umständen auch im Schoße der Familie zum Abschlusse kommen können. Nach dem 40. und noch mehr nach dem 50. Jahre vermindert sich die Zahl der in Erregungszuständen eingelieferten Kranken rasch, ein Zeichen dafür, daß nunmehr die stürmischen Entäußerungen gemütlicher Spannungen mehr und mehr zurücktreten. Wir werden uns hier an die Erfahrung erinnern, daß auch die Häufigkeit der manischen Erregungen in dieser Zeit gegenüber den jüngeren Jahren erheblich abnimmt.

Das Verhalten der beiden Geschlechter auf den einzelnen Altersstufen bietet bemerkenswerte Verschiedenheiten dar. Beim Weibe ist der Einfluß des Alters am deutlichsten ausgesprochen. Zwischen dem 15. und 20. Jahre liegt die Hauptmasse der gemütlichen Stürme, um im folgenden Jahrfünft, noch mehr nach diesem, rasch abzunehmen. Um das 40. Jahr herum findet sich noch eine kleine, vielleicht zufällige Steigerung, dann eine sehr entschiedene Abnahme, doch scheint sich auch im 6. Jahrzehnte das durchschnittliche Übergewicht des weiblichen Geschlechtes noch einigermaßen zu erhalten. In diesen Tatsachen tritt ohne weiteres die starke Erregbarkeit des jugendlichen Weibes hervor, wie sie außer seiner Veranlagung auch noch durch die vielfach abhängige, persönlichen Reibungen ausgesetzte Lebensstellung begünstigt wird; dazu kommt die große Rolle der aus dem Liebesleben fließenden Aufregungen, die sich naturgemäß von den mittleren Jahren ab weniger bemerkbar machen. Bei den Männern ist die Häufigkeit krankhafter Gefühlsausbrüche, wenn wir von dem kleinen, wohl durch die Unbändigkeit der Buben bedingten Übergewicht zwischen 10 und 15 Jahren absehen, von vornherein wesentlich geringer, aber sie erfährt nach dem 20. Jahre eher noch eine kleine Steigerung, im Gegensatze zu den Erfahrungen beim weiblichen Geschlechte. Späterhin verwischen sich die Unterschiede derart, daß die Zahl der Männer gelegentlich sogar überwiegt, allerdings nicht mehr in den höheren Altersstufen. Im ganzen dürfte sich hier zeigen, daß gewisse Quellen der Erregung bei den Männern spärlicher und später fließen; wir haben wohl einmal an die geringere Bedeutung und die spätere Entwicklung der Liebesbeziehungen, sodann an die größere Unabhängigkeit und Selbständigkeit des jungen Mannes zu denken, die ihm einen besseren Schutz vor persönlichen Schwierigkeiten gewährt. Auf der anderen Seite ist er in weit höherem Grade dem ungünstigen Einflusse des Alkohols ausgesetzt, was in den verhältnismäßig hohen Zahlen der Männer für die Zeit zwischen dem 20. und 45. Jahre mit zum Ausdrucke kommen dürfte.

Einen weiteren Einblick in diese Verhältnisse gewährt die Betrachtung des Zivilstandes, der Berufe und der Herkunft unserer Kranken. Aus der folgenden Übersicht über 276 Fälle geht

	ledig	verheiratet	verw. od. gesch.
Männer	82	32	2
Frauen	111	40	9

hervor, daß die große Mehrzahl der Kranken ledig war, wie nach dem Lebensalter erwartet werden konnte. Die Beteiligung der Frauen betrug bei den Ledigen 57, bei den Verheirateten 55 und bei den Verwitweten und Geschiedenen 82%. Wenn diese letztere Zahl auch wenig zuverlässig erscheint, deutet sie doch vielleicht auf eine stärkere Gefährdung der dritten Gruppe hin, sei es, daß die erregbaren Psychopathen leichter in der Ehe Schiffbruch leiden, sei es, daß die geschiedenen oder verwitweten Frauen mehr den Anlässen zu gemütlichen Stürmen ausgesetzt sind.

Daß sich unter den Ledigen verhältnismäßig mehr Frauen befinden, kann mit der Berufsgliederung zusammenhängen. Unter 162 Frauen, deren Lebensstellung genauer bekannt war, befanden sich 49 Dienstmädchen und Köchinnen, also etwa 30%, ferner 9 Kellnerinnen, 11 Haustöchter, 21 Verkäuferinnen und Buchhalterinnen, 9 Arbeiterinnen und 8 Näherinnen. Offenbar sind demnach diejenigen Berufe, die von ledigen Personen ausgeübt zu werden pflegen, eine starke Abhängigkeit bedingen und damit viel Anlaß zu persönlichen Reibungen geben, besonders häufig vertreten. Allerdings ist der Anteil der Dienstboten, entsprechend dem abweichenden Altersaufbau, erheblich geringer, als bei der Hysterie. Unter 114 Männern waren 38 Handwerker, 15 Tagelöhner, 19 „Kaufleute", 5 Künstler, 4 Schüler, während sich der Rest auf verschiedene Berufe verteilte. Vom Lande oder aus kleinen Städten stammten von unseren männlichen Kranken 44%, aus München 36%, aus anderen Großstädten 20%. Für die weiblichen Kranken erhielt ich die entsprechenden Werte von 60%, 24% und 16%. Vergleichen wir diese Zahlen mit den früher für die Hysterischen gefundenen, so zeigt sich zunächst, daß hier beim männlichen Geschlechte der Anteil der Nichtgroßstädter höher ist. In weit stärkerem Maße trifft das aber bei den Frauen zu, deren vorwiegend ländliche Abstammung wir schon dort dartun konnten. Man wird daran denken können, daß der Mangel an näheren Angehörigen in den schwierigeren Verhältnissen der Großstadt einerseits erregbare Menschen leichter zu triebartigen Entladungen bringt, sodann aber natürlich auch in solchen Fällen rascher zum Aufsuchen des Krankenhauses führt.

Über die erbliche Veranlagung der Kranken habe ich nur sehr unvollständige Erhebungen anstellen können, da diese in der Regel nur wenige Tage lang in Beobachtung standen, so daß in

dieser Zeit Angehörige vielfach nicht erreichbar waren. Die gewonnenen Angaben dürften demnach sehr erheblich hinter der Wirklichkeit zurückbleiben. Ich fand allgemeine familiäre Belastung in 47,7% der Fälle, unmittelbare Belastung von seiten der Eltern in 40%. Ganz vorzugsweise, in 29%, handelte es sich dabei um psychisch-nervöse Erkrankungen; Geisteskrankheiten der Eltern wurden nur in 4% der Fälle angegeben. Dagegen ließ sich in 15% elterlicher Alkoholismus nachweisen. Vergleicht man diese Zahlen mit den für die Hysterie gefundenen, so zeigt sich, daß die unmittelbare Belastung hier anscheinend noch etwas stärker ist. Vielleicht dürfen wir uns vorstellen, daß der gesteigerten gemütlichen Erregbarkeit in ausgesprochenerem Grade die Bedeutung einer psychopathischen Veranlagung zukommt, als der die Hauptmasse unserer hysterischen Erkrankungen bildenden Entwicklungshysterie.

Für das Eingreifen schädigender Einflüsse in die Entwicklung unserer Kranken spricht der Umstand, daß wir öfters schwächliche, in ihrer körperlichen Ausbildung zurückgebliebene Personen vor uns haben. Einige Kranke hatten Turmschädel; eine Kranke war mikrocephal. Nicht selten wurde über spätes Erlernen des Laufens und Sprechens berichtet; eine Anzahl der Kranken litt lange Zeit an Bettnässen. Einige Male waren Krämpfe in der Kindheit beobachtet worden; hie und da fanden sich die Spuren der Rachitis. Von äußeren Ursachen, die für das Auftreten der Krankheitserscheinungen Bedeutung gewannen, ist außer den schon besprochenen psychischen Anlässen lediglich der Alkoholmißbrauch zu erwähnen; er ließ sich bei den Männern in 50%, bei den Frauen in 7,4% der Fälle nachweisen. Seine Wirkungen lagen einmal darin, daß er, wenigstens bei den Männern, vielfach den Ausgangspunkt für die Zerwürfnisse, die Arbeitslosigkeit, die Straftaten bildete, aus denen die Erregungszustände hervorwuchsen. Ferner aber trug die Berauschtheit wesentlich dazu bei, daß die Gemütsbewegungen sich in maßloser Gewalttätigkeit entluden. Daß die Mitwirkung des Alkohols die Kriminalität unserer männlichen Kranken, ihren Altersaufbau, die Beweggründe ihrer Selbstmordversuche stark beeinflußt, wurde früher schon erörtert. Könnten wir diesen Umstand ausschließen, so würde zweifellos der Anteil der Männer an der hier besprochenen Gruppe wesentlich sinken. Man wird daher sagen dürfen, daß die Erregungszustände der Männer vielfach anders zu beurteilen sind, als diejenigen

der Frauen. Haben wir es bei diesen letzteren in der Hauptsache mit dem unmittelbaren Ausdrucke ihrer natürlichen, durch psychopathische Veranlagung gesteigerten, gemütlichen Erregbarkeit zu tun, so kommt ein nicht unerheblicher Teil der männlichen Affektausbrüche erst durch Giftwirkungen zustande, allerdings ebenfalls auf dem Boden einer gesteigerten Empfindlichkeit gegen diese wie gegen gemütliche Einflüsse.

Für das klinische Verständnis der erregbaren Psychopathen dürften sich ähnliche Gesichtspunkte nützlich erweisen, wie wir sie schon wiederholt auf dem Gebiete des Entartungsirreseins angewendet haben. Beweglichkeit des Stimmungshintergrundes, Mangel an Selbstbeherrschung, Maßlosigkeit der Gefühlsausbrüche und rascher Ausgleich der heftigsten gemütlichen Stürme sind Eigentümlichkeiten der kindlichen, unentwickelten Persönlichkeit. Erst allmählich erwerben wir in immer höherem Maße die Fähigkeit der gemütlichen Dämpfung. Die innere Erregung wird dann nicht mehr ohne weiteres in Ausdrucks-, Abwehr-, Angriffs- oder Fluchtbewegungen umgesetzt, sondern sie dient als Triebfeder für überlegtes, weitausschauendes Handeln; alle anderen Entladungsformen werden bis auf unscheinbare Andeutungen unterdrückt. Diese Wandlung, welche die gemütlichen Wirkungen zwar an augenblicklicher Heftigkeit verlieren, an Nachhaltigkeit aber gewinnen läßt, vollzieht sich wesentlich durch die Ausbildung fester Grundstimmungen, die ausgleichend und dämpfend auf die zufälligen gemütlichen Schwankungen wirken, zugleich aber dauernd die persönliche Stellungnahme gegenüber den Einflüssen der Außenwelt regeln. Es liegt nahe, anzunehmen, daß eine unzulängliche oder verspätete Entwicklung jener höheren seelischen Eigenschaften, die eine solche Festigung des Gemütslebens bedingen, die Grundlage für die dauernde Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit bei unseren Kranken bildet. Zunächst spricht schon der Altersaufbau dafür, insofern er uns zeigt, daß, namentlich beim weiblichen Geschlechte, wo die Verhältnisse am klarsten zu übersehen sind, die hier betrachtete Störung ganz vorzugsweise dem jugendlichen Alter angehört und sich späterhin wesentlich abschwächt. Ganz ähnlich wie die Hysterie, nur weniger ausgeprägt, stellt die krankhafte gemütliche Erregbarkeit in einer großen Zahl von Fällen eine Durchgangsstufe der Persönlichkeitsentwicklung dar. Daneben erhält sie sich allerdings, entsprechend dem hier stär-

keren Einflusse erblicher Belastung, verhältnismäßig häufig als dauernde Eigenschaft, bis die zunehmende Erstarrung des inneren Lebens im Alter ihr entgegenwirkt.

Diese Erwägungen finden eine Stütze in der größeren Beteiligung des weiblichen Geschlechtes an unserer Gruppe. Das Handeln des Weibes wird dauernd in höherem Grade durch gefühlsmäßige Regungen beeinflußt, als beim Manne, offenbar im Zusammenhange mit der stärkeren Entwicklung des Trieblebens gegenüber der verstandesmäßig geleiteten Willenstätigkeit. Ein gewisser Rest der ursprünglichen, durch die Entwicklung allgemeinerer Grundstimmungen und Willensrichtungen allmählich zurückgedrängten Anlage erhält sich bei ihm. Dem entspricht die dauernd größere Beweglichkeit des Stimmungshintergrundes, die Lebhaftigkeit und Unmittelbarkeit der Ausdrucksformen gemütlicher Erregungen und die Häufigkeit hysterischer Erscheinungen.

Wiederholt haben wir Anlaß gehabt, auf die nahen Beziehungen der erregbaren Veranlagung zur Hysterie hinzuweisen. Abgesehen von den soeben erörterten allgemeinen Gesichtspunkten, den Ähnlichkeiten im Altersaufbau, in der Zusammensetzung des Krankenmaterials, in Art und Umfang der erblichen Belastung, finden sich namentlich auch im klinischen Bilde so viele gemeinsame Züge, daß es in nicht wenigen Fällen ziemlich willkürlich erscheint, ob man von Hysterischen oder erregbaren Psychopathen sprechen will. Diesen oder jenen, mehr oder weniger kennzeichnenden hysterischen Krankheitserscheinungen begegnen wir häufig genug. Es würde, wie ich meine, verwunderlich sein, wenn sich das nicht so verhielte. Beiden Formen des Entartungsirreseins gemeinsam ist die urwüchsige Gewalt und die Unausgeglichenheit der gemütlichen Regungen, wie sie auf unzulänglicher Entwicklung von Gefühlsdämpfungen beruhen. Verschieden ist in beiden Fällen nur die Art und Weise, wie die Gemütsbewegungen sich entladen.

Was die Hysterie kennzeichnet, ist das Ausstrahlen der inneren Erregung in die ältesten Bahnen, die der triebartigen Abwehr äußerer Schädigungen zu Gebote stehen; sie werden sonst nur noch andeutungsweise in den Ausdrucksformen der Gemütsbewegungen beschritten, treten allenfalls auch bei plötzlichen, übermächtig erschütternden Einwirkungen zunächst in die Bresche, solange das zweckmäßige Handeln versagt. Bei den erregbaren Psychopathen dagegen

entladet sich die innere Spannung vor allem in Willkürhandlungen, wenn sie auch oft unüberlegt und sinnlos sind. Daneben finden sich vielfach auch Triebhandlungen, wie das Schreien, Sichherumwälzen, Umsichschlagen, Zerstören, Fortlaufen, die schon den Übergang zu den unwillkürlichen Verteidigungsmaßregeln früherer Entwicklungsstufen bilden. Derartige, an sich überflüssige und zwecklose Entladungen können bekanntlich auch beim Gesunden stattfinden, wenn die Heftigkeit der Gemütsbewegung die Dämme der Selbstbeherrschung durchbricht und sich nun auf alle Weise Luft zu machen sucht. Wächst sie bei unseren Kranken noch mehr an, so können sich gelegentlich auch die eigentlich hysterischen Ausdrucksformen der gemütlichen Stürme geltend machen, Bewußtseinstrübung, Ohnmachten, Krampfanfälle. Das wird um so leichter geschehen, wenn schon vorher eine gewisse hysterische Veranlagung besteht, wie sie als Entwicklungsstufe und ebenso als dauernde Eigenschaft der hier besprochenen Gestaltung des Entartungsirreseins ja so nahe verwandt ist. Es muß demnach ein Grenzgebiet geben, in dem die klinische Scheidung lediglich nach der stärkeren oder schwächeren Ausbildung der eigentlich hysterischen Entladungsformen gegenüber den gewöhnlichen, mehr willkürlichen Äußerungen der gemütlichen Erregung durchgeführt werden kann.

Auch zu gewissen Grundzuständen des manisch-depressiven Irreseins scheinen Beziehungen hinüberzuführen. Wir haben früher gesehen, daß sich in der Vorgeschichte und ebenso in den freien Zwischenzeiten manisch-depressiver Kranker recht häufig eine gesteigerte gemütliche Reizbarkeit findet, die zu heftigen Ausbrüchen führen kann. Es ist daher nicht unwahrscheinlich, daß eine reizbare Veranlagung bisweilen auch dann als Vorstufe eines manisch-depressiven Irreseins angesehen werden darf, wenn es niemals zu ausgebildeten Krankheitsanfällen kommt, ähnlich wie wir die manische und depressive Veranlagung als einfache persönliche Eigentümlichkeit in manisch-depressiven Familien kennen. Man wird die Möglichkeit offen lassen müssen, daß sich unter den Fällen von erhöhter psychopathischer Erregbarkeit Fälle dieser Art befinden könnten. Die heitere Stimmungslage, die Herrschsucht, Vielgeschäftigkeit, Unstetigkeit und Redseligkeit mancher Kranker, ebenso das schwerblütige, gedrückte, weinerliche Wesen, dem wir bei anderen begegnen, läßt sich vielleicht in diesem Sinne deuten. Jedenfalls

wird man im Auge behalten müssen, daß die hier versuchte Zusammenfassung der „Erregbaren" zu einer klinischen Gruppe sich zunächst nur an ein einzelnes Merkmal hält, und daß sich bei fortschreitender Erkenntnis möglicherweise noch manche Untergruppen von verschiedener Bedeutung werden auseinanderhalten lassen.

Die Abgrenzung der Erregbaren von den übrigen Gestaltungen psychopathischer Persönlichkeiten läßt sich aus naheliegenden Gründen nur unvollkommen durchführen. Auch die Haltlosen sind vielfach leicht erregbar. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes steht aber bei ihnen die Bestimmbarkeit des Willens durch alle möglichen Einflüsse. Die gemütlichen Vorgänge brauchen dabei gar keine besondere Gewalt zu haben, sind vielmehr oft genug schwächlich, flüchtig, rasch verpuffend. Indessen sieht man bei ihnen schon ganz unbedeutende Stimmungsschwankungen einschneidende und verhängnisvolle Änderungen in den Entschlüssen herbeiführen. Die Erregbaren können, wenn keine äußeren Reize an sie herantreten, ihre Ziele durchaus planmäßig und ausdauernd verfolgen; ihre Gefühlsausbrüche führen nur vorübergehende Entgleisungen herbei, nach denen sie sich in der Regel rasch wieder zurechtfinden. Freilich fehlt es auch unter ihnen nicht an unsteten, ruhelosen Naturen, die durch ihre Stimmungsschwankungen immer wieder aus der Bahn gedrängt werden. Hier sind es aber nicht, wie bei den Haltlosen, äußere, sondern weit mehr innere Einflüsse, die der Lebensführung den Stempel des Planlosen aufdrücken.

Enger ist wohl die Verwandtschaft mit den Triebmenschen. Der gemeinsame Zug liegt in dem Versagen der Selbstbeherrschung gegenüber drängenden, gefühlsstarken Antrieben. So kommt es hier wie dort zu heftigen Ausbrüchen, unüberlegten, gewalttätigen Handlungen, Selbstmordversuchen, daneben auch zu hysterischen Entladungen. Indessen bei den Erregbaren sind derartige Stürme durchaus an bestimmte äußere Anlässe gebunden, mögen sie an sich auch unbegreiflich nichtig sein. Bei den Triebmenschen dagegen wird das Handeln vielfach in unberechenbarer Weise von Regungen beherrscht, die ohne erkennbaren Anlaß auftauchen und jeder verstandesmäßigen Begründung entbehren, ja ihr geradeswegs zuwiderlaufen. Ihre gesamten Lebensschicksale werden daher in viel höherem Grade von unvermittelten Entschlüssen, triebartigen Neigungen und Abneigungen beeinflußt, während wir es bei den Erregbaren

gemeinhin nur mit einzelnen übereilten und unüberlegten Leidenschaftshandlungen zu tun haben, die nach dem Abklingen der auslösenden Erregung jeweils möglichst bald wieder berichtigt werden.

Gegenüber den Streitsüchtigen endlich ist darauf hinzuweisen, daß sich die gemütliche Erregbarkeit bei den Kranken unserer Gruppe im allgemeinen mehr in vorübergehenden, maßlos heftigen Entladungen, als in dauernder Gereiztheit äußert. Die Kranken können im Gegenteil für gewöhnlich durchaus friedfertig und verträglich sein, bis ein besonderer Anlaß sie ganz aus dem Häuschen bringt. Aber auch dann, wenn sie mit ihrer Umgebung leicht in Streit geraten, lassen sie sich doch besänftigen und pflegen sich rasch wieder zu beruhigen; ihnen fehlt ganz jene hartnäckige Verbissenheit, die zur Verewigung jeder einmal entstandenen Gegnerschaft führt.

Zur Behandlung der Erregungszustände unserer Kranken genügt in der Regel die einfache Bettruhe oder ein verlängertes warmes Bad; nur ganz ausnahmsweise wird einmal die Einspritzung eines Beruhigungsmittels, etwa einer kleinen Hyoscingabe, erforderlich sein, um die Verbringung in ein Krankenhaus zu erleichtern. Bei sehr erregbaren Kindern sorge man für kräftige Förderung der leiblichen Entwicklung durch Erziehung auf dem Lande, Aufenthalt an der See oder im Waldgebirge, körperliche Übungen, Zurückdrängen der Lerndressur. Aufregende äußere Anlässe sollen durch ein freundliches, ruhiges, aber festes Erziehungsverfahren möglichst ferngehalten werden; dazu wird unter Umständen die Entfernung aus der Familie erforderlich sein, wenn in ihr schädigende Einflüsse vorhanden sind. Andererseits ist durch ein gut geleitetes Gemeinschaftsleben und entsprechende psychische Einwirkung die Kräftigung der Selbstbeherrschung anzustreben. Der Alkoholgenuß wird selbstverständlich ärztlicherseits dauernd zu untersagen sein.

B. Die Haltlosen.

Eine weitere große Gruppe psychopathischer Persönlichkeiten bilden die Haltlosen oder, wie die Franzosen sie nennen, die „Instablen". Sie sind gekennzeichnet durch eine die gesamte Lebensführung beherrschende Bestimmbarkeit des Willens. Die Verstandesbegabung ist hier fast in der Hälfte der Fälle ganz gut, seltener mittelmäßig oder schlecht. Einzelne Kranke blenden durch die Schnellig-

keit ihrer Auffassung, die Leichtigkeit, mit der sie sich neue Dinge einprägen, die Gewandtheit, mit der sie wiederzugeben und sich auszudrücken verstehen. Vielfach besitzen die Kranken eine scharfe Beobachtungsgabe, erkennen rasch die Schwächen und Eigenheiten ihrer Umgebung, zeigen Regsamkeit und Beweglichkeit des Geistes, verstehen es vortrefflich, ihr Wissen an den Mann zu bringen. Da sie jedoch eine sehr geringe Ausdauer besitzen, gar keine Neigung haben, sich anzustrengen, zerstreut, leicht ermüdbar und ablenkbar sind, gelingt es ihnen vielfach nicht, einen regelrechten Bildungsgang planmäßig zum Abschlusse zu bringen. Nirgends dringen sie in die Tiefe; ihr Wissen bleibt überall oberflächlich und lückenhaft, bisweilen ärmselig; es wird oft leicht erworben, aber nicht geistig verarbeitet, und deswegen ebenso schnell wieder vergessen. Das Gedächtnis ist vielfach schwach und unzuverlässig.

Eine große Lebhaftigkeit zeigt gewöhnlich die Einbildungskraft. Die Kranken haben die Neigung, zu übertreiben, auszuschmücken, sich in unwirkliche Lagen hineinzuträumen, Geschichten zu erfinden. Ein Kranker stellte sich im Geiste fremde Gegenden vor und empfand dann den Drang, dorthin zu gehen; ein anderer malte sich „unausführbare Sachen“ aus, so etwa, wie es wäre, wenn er Baron würde. Aus dieser Eigentümlichkeit entwickelt sich der hier sehr verbreitete Hang zum Prahlen, Aufschneiden und Lügen. Ein Kranker behauptete, in Kamerun und Argentinien gewesen zu sein; ein anderer sprach davon, daß er 6 Millionen in 100-Markscheinen verloren habe, ging deswegen auf die Polizei; ein dritter versicherte fälschlich „auf Ehrenwort und mit Tränen in den Augen“, daß er eine gutbezahlte Stelle habe. Manche Kranke lassen sich zu Schwindeleien hinreißen, bei denen sie sich ganz in eine bestimmte Rolle hineindenken. Ein Kranker gab sich für einen Grafen, ein anderer für den Bräutigam eines reichen Mädchens aus; ein dritter mietete sich eine Kutsche mit zwei Livreebedienten, fuhr bei Geschäften vor und kaufte auf Abzahlung. Dabei scheint ihnen bisweilen das Gefühl für die Wirklichkeit etwas abhanden zu kommen. Ein Kranker meinte, er hypnotisiere sich selbst, dichte sich in seine Zustände hinein; von einem anderen hieß es: „Er leugnet, auch wenn man ihm zusieht.“

Viele Kranke zeigen künstlerische Veranlagung, entwickeln Ideen zu Kinodramen, verfassen schwermütige oder phantastische Ge-

dichte, beschäftigen sich mit literarischen und dramatischen Fragen, lesen viel, Zeitungen, Bücher, Gedichte, Schauspiele, Kriminalromane. Ein unverbesserlicher Landstreicher erklärte, was er vor allem vom Leben verlange, seien die ihm so lange vorenthaltenen geistigen Genüsse. Auch das Theater pflegt für sie große Anziehungskraft zu haben; einige Kranke waren Schauspieler oder Komiker. Manche musizierten, sangen und spielten in Wirtschaften, machten Taschenspielerkunststücke; einer war ein geschickter Zeichner; ein anderer verfertigte Kunstwerke aus gekautem Brot.

Die höhere geistige Ausbildung bleibt regelmäßig mangelhaft. Die Begriffsbildung ist unklar und verschwommen, das Urteil unreif und einseitig, das Verständnis des Lebens unentwickelt und kurzsichtig. Das Interesse richtet sich auf das Spielerische, auf den seichten Lebensgenuß, während weiterreichende Fragen keinen Widerhall finden. In der Schule werden bisweilen an ihre Begabung große Erwartungen geknüpft, die sie dann wegen ihrer Flüchtigkeit und Unzuverlässigkeit nicht erfüllen. Es sind jene Kinder, von denen man annimmt, daß sie weit Besseres leisten könnten, wenn sie nur wollten; leider können sie nicht wollen.

Die Grundstimmung der Kranken pflegt vorwiegend heiter und selbstbewußt zu sein. Sie haben eine hohe Meinung von sich, fühlen sich zu Großem bestimmt, wollen „etwas Besseres" werden, verstehen alles, denken sich ihre Zukunft „gut"; ein Kranker bezeichnete sich als „Atheist, großer Politiker und Kaufmann". Sie entwikkeln hochfliegende Pläne, möchten Geheimpolizist, Offizier, Kapellmeister werden, nächste Woche nach Amerika fahren, Goldminen ausbeuten, ein Lepraspital in Palästina gründen. Mit den Unzulänglichkeiten ihrer Persönlichkeit finden sie sich leichten Herzens ab, spotten über ihre Streiche, lachen vergnügt auf Vorhaltungen, prahlen mit ihrer sittlichen Gleichgültigkeit; ihnen sei „alles Wurst". Für den Ernst ihrer Lage zeigen sie wenig Verständnis; ein Kranker erkundigte sich nach seinem Eintritte eifrig, ob auf der Frauenabteilung auch „schöne Weiber" seien und er sie sich einmal ansehen könne; er meinte nach einem Besuche seiner Eltern: „Die Erzeuger waren da." Auch hinsichtlich ihrer Zukunft legen sie eine merkwürdige Sorglosigkeit an den Tag, die in schärfstem Gegensatze zu den trüben Lebenserfahrungen und dem unaufhaltsamen Hinabsinken steht. Ihre Handlungen wissen sie oft sehr gewandt zu er-

klären und zu beschönigen, schieben die Schuld auf die Angehörigen; man verstehe sie nicht, kujoniere sie überall; die Frau tauge nichts. Ein Kranker meinte, die von ihm verübten Diebstähle seien „nur Lausbuberei" gewesen; übrigens habe er das Gestohlene zurückgeben wollen. Ein anderer sprach von seiner „idealen Weltanschauung"; ein dritter war sehr erstaunt darüber, daß man ihm keinen Abteilungsschlüssel gebe, da er doch vertrauenswürdig sei. Gut beleuchtet wird die nörgelnde Einsichtslosigkeit und das Selbstgefühl eines Kranken durch folgende Bruchstücke aus einer von ihm verfaßten Eingabe:

„Das Leben ist bald nicht mehr wert, gelebt zu werden, denn hier auf der Welt schlägt die begünstigte Beamten-, Klassen-, Regiment-usw.-Wirtschaft jedem rechtdenkenden Menschen ins Gesicht . . Alles kann ich leiden, als wenn ich als Faulenzer oder nicht standhaltender Mensch beurteilt werde. Nun habe ich es Ihnen bewiesen, daß ich gewillt bin, zu arbeiten, aber ein Herrschaftsgaul gehört in keinen Lastwagen . . Fluch den Herren vom grünen Tisch, dem Klassen- und dem Gunstbeamtenregiment! Die Stadt W. hat einem rechtdenkenden Menschen alles entblößt und muß daher zahlen!"

Bei anderen Kranken ist der Stimmungshintergrund mehr trübe gefärbt. Sie fühlen sich unglücklich, verzweifeln an ihrem Schicksal, denken über ihre Lage nach, klagen über ihr verfehltes Leben; sie haben kein Glück, dünken sich einsam und verlassen. Nichts freut sie; alles kommt ihnen schwer vor; niemand meint es gut mit ihnen. Ein Kranker bezeichnete sich als „einen Mischmasch von sklavischer Demütigkeit, von Furcht, Scham, Angst, Kleinmutskrämerei und Menschenscheu". Zeitweise können Angstanfälle, Beklemmungsgefühle, Furcht vor dem Alleinsein, vor geistiger Erkrankung, vor dem Selbstmorde auftreten; alles „schlägt ihnen aufs Gemüt". Ein Kranker litt an Platzangst, konnte die Trambahnschienen nicht überschreiten; ein anderer fürchtete, an Hirnerweichung zu erkranken. Sehr häufig äußern die Kranken auch Lebensüberdruß, verlangen vom Arzte einen Revolver, ein Stilet, Cyankali. Das Leben hat für sie keinen Zweck mehr; sie wollen aus Gram über die Vergangenheit ins Wasser gehen, planen Doppelselbstmord mit einem Freunde, legen einen Revolver unter das Kopfkissen, finden aber vielfach nicht den Mut, sich etwas Ernsthaftes anzutun. In der Regel scheint auch die mit reuiger Selbstkritik verbundene trübselige Stimmung nicht sehr tief zu gehen. Es gelingt meist, die Kranken rasch abzulenken und aufzuheitern.

Überhaupt ist die Gemütslage der Kranken meist starkem Wechsel unterworfen. Siegesgewisse Zuversicht wird durch schwärmerische Empfindsamkeit, Weltschmerz, weinerliche Ängstlichkeit oder mürrischen Trotz abgelöst. Regelmäßig besteht große gemütliche Reizbarkeit, die sich in heftigen Zornausbrüchen entladen kann. Die Kranken sind empfindlich, wehleidig, fühlen sich leicht gekränkt und zurückgesetzt, werden mißtrauisch und ungerecht, lassen sich aber auch rasch wieder umstimmen. Das gehobene Selbstgefühl in Verbindung mit ihrer Reizbarkeit macht sie streitsüchtig, unverträglich, launenhaft; manchmal nörgeln, schimpfen, drohen und zerstören sie bei jeder Gelegenheit. Nicht selten beobachtet man rasch vorübergehende Verstimmungen ohne erkennbaren Anlaß, die zu unliebsamen Reibungen mit der Umgebung und zu plötzlichen Triebhandlungen, Davonlaufen, Selbstmordversuchen führen können.

Einen wesentlichen Grundzug im Verhalten der Kranken bildet ferner ihre ausgeprägte Selbstsucht. Sie sind zwar im allgemeinen gutmütig, zugänglich und selbst liebenswürdig, aber ohne tiefere Anhänglichkeit und ohne Gemeinsinn. Ihr eigenes Wohl und Wehe spielt in ihrem Gesichtskreise eine gewaltige Rolle, während sie für die Interessen ihrer Umgebung geringes Verständnis und noch weniger Teilnahme zeigen. Sich Entbehrungen aufzuerlegen, sind sie nicht geneigt, erheben vielmehr Anspruch auf Behaglichkeit und Befriedigung ihrer nicht immer geringen Bedürfnisse, empfinden jede Einschränkung als unverdiente Kränkung. Den Genüssen des Lebens sind sie sehr zugetan, geben sich ihnen unbedenklich hin und suchen sie bis zur Hefe auszukosten. „Etwas Vergnügen will man doch auch haben, wenn man den ganzen Tag arbeitet", meinte ein Kranker; „auch war eben die Faschingszeit, wo ich doch zu einigen Abenden hingehen mußte und wollte." Auf ihr Äußeres legen sie, solange es sein kann, großen Wert, möchten alles möglichst „elegant" haben, Eindruck machen. Ein Kranker, der in äußerster Not lebte und hungern mußte, konnte sich doch nicht entschließen, seinen wertvollen Hund zu verkaufen. Ihre Eitelkeit kann sich in aufdringlicher Geschwätzigkeit, schwülstiger Ausdrucksweise, gespreiztem oder läppisch-auffallendem Wesen, Neigung zu Großsprecherei kundgeben.

Die bei weitem schwersten Störungen liegen jedoch auf dem Gebiete des Willens. Sie machen sich oft erst dann in ihrer vollen Bedeu-

tung geltend, wenn die Kranken aus dem Schutze der häuslichen Verhältnisse heraustreten. Bis dahin war ihr Verhalten wesentlich von demjenigen ihrer Kameraden abhängig, da sie dem Einflusse des Beispiels und der Überredung in höchstem Maße unterworfen sind. Sie gelten auf der Schule wohl als ablenkbar, flatterhaft, leichtsinnig, aber gutartig, lassen sich leicht zu dummen Streichen hinreißen, können aber unter fester Leitung auch ganz brav und fleißig sein. Immer deutlicher tritt jedoch allmählich ihr weichliches, schlaffes, kraftloses Wesen hervor, das den erzieherischen Einwirkungen zwar keinerlei Widerstand entgegensetzt, aber sich auch von ihnen nicht in feste Formen prägen läßt. Sobald sie dann auf eigene Füße gestellt werden, verlieren sie bald jeden Halt.

Vor allem stellt sich ihre gänzliche Unfähigkeit zu ausdauernder und gründlicher Arbeit heraus. Sie beginnen mit großem Eifer, erlahmen aber nach kurzer Zeit, werden zerstreut, bleiben nicht bei der Sache, verlieren die Lust, lassen sich grobe Fehler und Liederlichkeiten zuschulden kommen. „Er war gut zu gebrauchen, wenn er Lust hatte", hieß es von einem Kranken. Andere machen sich „mit lächerlichem Feuer" an die Arbeit, bringen aber nichts fertig, haben „den Drang zum Arbeiten in sich", können aber keinen Entschluß fassen. Ein Maler fertigte nur Skizzen, ohne sie jemals auszuführen. Offenbar fehlt den Kranken die Fähigkeit zu dauernder, gleichmäßiger Willensspannung, wie sie beim Gesunden die Fortführung einer Tätigkeit auch dann sichert, wenn der „Antrieb", die zur Überwindung der ersten Schwierigkeiten angewendete willkürliche Anstrengung, nachläßt. Nur durch immer wiederholte neue „Antriebe" vermögen sie das Werkzeug ihres Willens in Gang zu halten, was aber jeweils nur für kurze Zeit und unter wachsender Unlust gelingt. Da die Arbeit ihnen nicht zusagt, wechseln sie vielmals ihre Tätigkeit, in der Hoffnung, eine leichtere Beschäftigung zu finden. Sie sind unpünktlich, vernachlässigen ihre Aufgaben, halten die Arbeitsstunden nicht ein, lassen sich durch die geringfügigsten Umstände von der Erfüllung ihrer Pflichten abhalten. Die Schuld für ihre Untätigkeit suchen sie auf alle möglichen Ursachen zurückzuführen. Hier ist die Beschäftigung zu geisttötend, dort zu anstrengend, hier das Arbeitszimmer zu ungesund, dort der Vorgesetzte zu grob. Jede gemütliche Erregung, die durch die lächerlichsten Kleinigkeiten hervorgerufen wird, raubt ihnen die Mög-

lichkeit der Betätigung für einige Zeit; sie können dann unter keinen Umständen weiter arbeiten, müssen sich erst beruhigen, Theater und Konzerte besuchen, um sich wieder zu zerstreuen. Auch hypochondrische Beschwerden beeinträchtigen oft die Arbeitsfähigkeit. Die Kranken sind für ihre Gesundheit ungemein besorgt, fühlen sich sofort angegriffen, schwitzen, bekommen Kopfschmerzen, Ermattungsgefühle, sobald sie kaum ans Werk gegangen sind. Infolgedessen verlaufen alle Anläufe zu ernsthafter Tätigkeit im Sande; sie bestehen Prüfungen spät, schlecht oder gar nicht, werden überall nach kurzer Zeit als unbrauchbar fortgeschickt, höchstens als unbezahlte Mitläufer geduldet, sind gänzlich unfähig, sich irgendeine selbständige Lebensstellung zu erringen.

Besonders verhängnisvoll wird für viele Kranke ihre Unstetigkeit. Sie halten nirgends aus, sind wankelmütig, ändern im Handumdrehen ihre Pläne und Entschlüsse, wechseln unaufhörlich die Stellen; „schnell drin, schnell wieder draußen", meinte ein Kranker, der in ganz kurzer Zeit 22 Stellen gehabt hatte. Schon auf der Schule schwänzen sie gern den Unterricht, zeigen Neigung zu bummeln, sich herumzutreiben. Aus der Arbeit laufen sie ohne weiteres oder bei geringfügigem Anlaß davon, bleiben die Nächte aus, verschwinden für einige Tage; ein 21jähriger Kranker war schon mindestens 20mal von Hause durchgebrannt, streunte, übernachtete in Heustadeln; es habe ihn fortgetrieben, erklärte er. Beim Militär überschreiten sie den Urlaub, entfernen sich von der Truppe, um sich einen guten Tag zu machen. Nicht selten kommt es zu planlosen Reisen, über deren Beweggründe die Kranken später selbst keine genügende Auskunft geben können; ein Kranker wollte zu Fuß nach Rom wandern; ein anderer fuhr plötzlich ohne Geld nach Paris. Ein dritter erklärte, er könne nirgends länger bleiben, als drei Wochen; dann werde es ihm zu eng, und er müsse fort. Ein sehr gut begabter Landstreicher, den ein wohlhabender Gönner in eine geordnete Lebenslage gebracht hatte, brannte nach 6 Monaten ohne jeden Anlaß durch, weil ihm „aller Zwang verhaßt" war. Die Kranken fassen daher nirgends festen Fuß, kommen überall in der Welt herum, geraten schließlich in ein Landstreicherleben oder in die Fremdenlegion. Ihre Laufbahn gestaltet sich auf diese Weise öfters recht bunt und abenteuerlich, da sie alles Mögliche anfangen und wieder aufgeben. Einer meiner Kranken wollte zunächst Priester

werden, wurde dann Kaufmann und beabsichtigte, sich der Schauspielerei zuzuwenden; ein anderer war nacheinander Hauslehrer, Volksschullehrer, Redakteur und Schauspieler.

Die Haltlosigkeit der Kranken bedingt es, daß sie nur allzuleicht der Verführung unterliegen. „Er darf nicht sich selbst überlassen bleiben", hieß es von einem Kranken. Gelingt es, sie unter eine gewisse Bevormundung zu bringen, so sind sie zwar schlaffe, leistungsunfähige, bestimmbare Menschen, aber sie führen ihr tatenloses Leben doch ohne gröbere Störungen, füllen es mit Herumbummeln und nichtigen Liebhabereien, mit Erholung ohne Ermüdung, mit Kuren ohne Erkrankung aus. Sie sind aber ungemein zugänglich für üble Einflüsse, stets geneigt, hinabzusteigen und sich mit schlechter Gesellschaft zu umgeben, von deren Beispiel sie sich ohne weiteres leiten lassen. Dabei bedingt es ihr Mangel an Selbstbeherrschung, daß sie in ihrem Treiben sehr bald ins Maßlose geraten. Sie beginnen leidenschaftlich zu spielen, leben flott, durchschwärmen die Nächte, werfen das Geld mit vollen Händen hinaus. Manche Kranke nehmen in unsinnigen Mengen Arzneien und Genußmittel zu sich; ein Kranker beging nicht nur schwere alkoholische Ausschweifungen, sondern er trank auch viel starken Tee und Kaffee, rauchte den ganzen Tag und gebrauchte daneben Morphium und Veronal.

Eine sehr üble Bedeutung gewinnt hier natürlich der Alkohol. Von meinen männlichen Kranken verfielen 64%, von den Frauen immerhin noch fast 20% dem Alkoholmißbrauche, der die Reizbarkeit steigert, den ohnhin so schwachen Willen noch weiter schädigt und oft genug den letzten Rest der Arbeitsfähigkeit zerstört. Wir werden seinen Wirkungen späterhin noch begegnen. „Wenn er zwei Glas Bier getrunken hat, gehört alles sein", berichteten die Angehörigen eines Kranken; „dann heißt es: Wir sind Leut'; wir haben Geld; 3 Häuser hat mein Vater; ich hab' hundertmarkweise das Geld hinausgeschmissen." „Schnaps ist das Beste, was es gibt", erklärte ein anderer. In einigen Fällen wurden delirante oder alkoholhalluzinatorische Zustände beobachtet. Bisweilen entwickelt sich das Bild der „Pseudodipsomanie". Die Kranken leben vielleicht monatelang völlig enthaltsam, geraten dann aber bei irgendeiner Gelegenheit, die ihren schwachen Willen überwältigt, in ganz unsinniges Trinken hinein, hören nicht eher auf, als bis sie schwer

betrunken oder ihre Mittel versiegt sind. Hier ist es nicht eine Verstimmung, die den Kranken zum Alkohol treibt, sondern ein ganz zufälliger Anlaß, ein guter Freund, ein Abschiedsfest. Darum ist auch von einer periodischen Wiederkehr keine Rede, sondern äußere Umstände sind maßgebend. Der Kranke wird ferner durch den Alkohol meist nicht erregt, sondern einfach betrunken.

Einen breiten Raum pflegen im Leben der Kranken auch die geschlechtlichen Beziehungen einzunehmen. Sie sind meist geschlechtlich sehr erregt und ergeben sich aus natürlicher Neigung sowie unter dem Einflusse der Verführung und des Alkohols den schamlosesten Ausschweifungen. Sie treiben sich in Bordellen herum, knüpfen überall Beziehungen mit ganz unwürdigen Personen an, machen Heiratsversprechungen, erzeugen uneheliche Kinder, brechen die Ehe. Ein junger Mann unterhielt ein Verhältnis mit einer älteren, verwitweten Zirkusdame; ein zweiter, der zwei uneheliche Kinder hatte, hielt sich neben seiner Frau noch drei weitere Geliebte; ein dritter hatte 9 uneheliche Kinder. Häufig erwerben sie dabei die Syphilis; von meinen weiblichen Kranken wurde das in 22% der Fälle berichtet. Hinter der Wirklichkeit bleibt diese Zahl zweifellos weit zurück. Fast die Hälfte der von mir in dieser Gruppe berücksichtigten Frauen unterhielt einen sehr ausgedehnten geschlechtlichen Verkehr; mehr als ein Drittel trieb Gewerbsunzucht. Eine in guten Verhältnissen und glücklicher Ehe lebende Frau, die viele heimliche Schulden gemacht hatte, ließ sich von einer Masseuse verkuppeln, um Geld zu verdienen. Bei einzelnen begann die sexuelle Betätigung schon mit 14 und 13, ja mit 12 und 10 Jahren, offenbar unter dem Einflusse der Verführung, der sie nur allzuleicht erlagen. Mehrere Kranke hatten auch homosexuelle Beziehungen; ein Junge prostituierte sich mit 15 Jahren.

Die Unfähigkeit, den äußeren Verführungen wie den eigenen Gelüsten zu widerstehen, veranlaßt die Kranken regelmäßig, weit über ihre Mittel zu leben. Sie gewöhnen sich kostspielige Bedürfnisse an, trinken Sekt, machen überflüssige Einkäufe, halten ihre Kameraden frei, spenden großartige Geschenke an Frauenzimmer, werden in ausgiebigster Weise von allem möglichem Gesindel ausgebeutet. Auf diese Weise geraten sie bald in Geldnot, verkaufen und versetzen eigene und fremde Wertgegenstände, machen unbedenklich Schulden. Einzelne Kranke beginnen in der Hoffnung auf große

Gewinne, zu spekulieren, und verlieren so ihr Vermögen. Ein Kranker verpfändete sein Erbteil gegen wertlose Wechsel, um sich auf alle Fälle Geld zu verschaffen; ein anderer, der einem Wirte eine größere Summe zum Aufheben gegeben hatte und sie nicht zurückerhielt, vertrank sie mit jenem gemeinsam, um so wenigstens einen Teil zu „retten". Ein rascher Vermögensverfall wird so unabwendbar und bringt die Kranken in immer engere Verbindung mit solchen Personen, die sie in ihrem Treiben auf jede Weise unterstützen und bestärken.

Die gesamte Lebensführung wird dadurch immer unsinniger und planloser. Der Kranke arbeitet überhaupt nicht mehr, bemüht sich auch nicht um Beschäftigung, obgleich ihm alle Mittel ausgehen. Er lumpt herum, liegt bis Mittag im Bett, zieht mit einer Komikertruppe durch die Wirtschaften, sucht sich durch Kartenschlagen, Klavierspielen oder irgendeine Gelegenheitsarbeit etwas Geld zu verschaffen, hält seine Geliebte zur Gewerbsunzucht an, kommt in seinem Äußeren herunter, läßt seine Kinder verwahrlosen, wird obdachlos. Er führt sich anstößig auf, namentlich unter Alkoholeinfluß, macht öffentlich Skandal, wird auf der Straße aufgegriffen; ein Kranker kam maskiert ins Geschäft; ein anderer ohrfeigte seine Partnerin auf der Bühne. Zu Hause prügelt der Kranke seine Frau, bedroht sie mit Erstechen, zertrümmert Haushaltungsgegenstände, bringt Prostituierte mit, vollzieht den Geschlechtsverkehr in Gegenwart der Kinder. Ein Kranker ließ seine Frau an der Mündung eines Gewehres riechen, um sie einzuschüchtern; ein anderer wollte seine Frau in der Wohnung ihres Liebhabers erschießen, söhnte sich aber sogleich wieder mit ihr aus. Manche Frauen prostituieren sich; andere verkuppeln ihre Töchter.

Das Verhältnis der Kranken zu den nächsten Angehörigen gestaltet sich gewöhnlich sehr ungünstig. Da sie meist eine schwere Last für ihre Familie bedeuten, die noch dazu ihre Mängel vom sittlichen Standpunkte aus zu beurteilen pflegt, werden sie auf alle mögliche Weise erzogen, allerdings meist ganz vergebens. Dadurch entwickelt sich bei den einsichtslosen Kranken eine starke Mißstimmung und Verbitterung, deren letzte Ursache sie nicht in ihrem eigenen Verhalten, sondern in der Lieblosigkeit der Ihrigen suchen. Sie fühlen sich zurückgesetzt hinter ihren Geschwistern, haben einen Haß gegen den angeblich bevorzugten Bruder; sie über-

schütten die Familienmitglieder mit Geldforderungen, schreiben Drohbriefe.

Eine große Zahl der Kranken, von den Männern 54%, von den Frauen etwa ein Drittel, geraten bei diesem unaufhaltsamen Herabsinken mit einer gewissen Notwendigkeit in Widerstreit mit den Strafgesetzen. Bei den Männern handelt es sich bei weitem am häufigsten um Diebstahl, in zweiter Linie um Betrug und Unterschlagung, also um Straftaten, die durch Not und Gelegenheit begünstigt werden. Wesentlich seltener sind Bettel, Körperverletzung, Zechprellerei, grober Unfug und Urkundenfälschung, noch seltener Widerstand, Fahnenflucht, Sittlichkeitsverbrechen, Ruhestörung und Landstreicherei, während in vereinzelten Fällen Beleidigung, Zuhälterei, Hehlerei, Totschlag (Doppelselbstmord) und Totschlagsversuch, Raub, Verleitung zum Meineid, Hausfriedensbruch, Münzverbrechen zu verzeichnen waren. Wie man sieht, wird demnach die Kriminalität der Kranken in erster Linie durch ihre wirtschaftliche Unfähigkeit beherrscht. Daneben finden sich in den Roheitsdelikten die deutlichen Anzeichen der Alkoholwirkungen, endlich auch Andeutungen innerer Unstetigkeit (Fahnenflucht, Landstreicherei). Bei den Frauen steht im Vordergrunde die aus Not, Genußsucht und Verführung hervorwachsende Gewerbsunzucht. Fast ebenso häufig aber ist der Diebstahl; dann folgt der Betrug, ganz wie bei den Männern. In kleinerem Maßstabe sind ferner noch Bannbruch, Unterschlagung, Urkundenfälschung, grober Unfug, endlich Konkubinat, Fruchtabtreibung, Kuppelei und Hausfriedensbruch, Sachbeschädigung, Ruhestörung und Meineid aufzuführen. Auch hier ist neben dem sittlichen und wirtschaftlichen Niedergang der Alkoholeinfluß immerhin noch zu erkennen.

Das allmähliche Verkommen im Sumpfe der Not und der Unsittlichkeit pflegt nicht ohne Eindruck auf die Kranken zu bleiben. Manchmal freilich lassen sie mit einer gewissen verzichtenden Gleichgültigkeit alles über sich ergehen, leben gedankenlos in den Tag hinein, machen keinen Versuch, sich aufzuraffen und sich den Einflüssen der Verführung zu entziehen. In der Regel aber empfinden sie wenigstens zeitweise die Gefahr ihrer Lage und zeigen Reue, fassen gute Vorsätze, schmieden Zukunftspläne. Sie nehmen auch wohl einen Anlauf zur Ausführung, sind aber schon nach kurzer Zeit entmutigt, fallen der ersten besten Verlockung zum Opfer, so-

bald sie nicht geschützt und gestützt werden. Ein Kranker bat den lieben Gott, daß er ihn bessern möge; ein anderer meinte, er sehe sein Unrecht immer erst ein, wenn es zu spät sei. „Ich habe das hart verdiente Geld meiner Eltern auf ganz schlechte Weise verbraucht", erklärte ein dritter; „ich habe mir oft den festen Vorsatz genommen, einen anderen Lebenswandel einzuschlagen, doch hat meistenteils die Schlechtigkeit die Oberhand gewonnen, und ich bin wieder in meine alten Sünden zurückgefallen." Manche kommen zu dem Entschlusse, in ein Kloster zu gehen, um dort gesichert zu sein. Andere suchen freiwillig die Klinik auf oder bitten die Polizei um Schutzhaft; ein Kranker bat, nach Ablauf seiner Strafzeit noch im Arbeitshause bleiben und dort das Harmoniumspiel erlernen zu dürfen. „Wenn mir früher das Einsperren grausig erschien, so wurde der Arrest in Zukunft zur Oase meiner unsteten Lebenswüste", schrieb ein anderer.

Ungemein häufig aber greifen die Kranken zum Auskunftsmittel der Willenschwachen, zum Selbstmorde. Bei den Männern war das in 48%, bei den Frauen in 65% der Fall, ein Verhältnis, das bei der sonst so viel geringeren Selbstmordneigung der Frauen sehr bemerkenswert ist. Eine Reihe von Kranken machte sogar mehrmals Selbstmordversuche. Eine genauere Musterung dieser Erfahrungen zeigt nun aber, daß die Beweggründe zum freiwilligen Tode vielfach äußerst nichtige waren, und daß die Versuche sehr häufig in schwächlicher, spielerischer Weise, mit ganz unzulänglichen Mitteln ins Werk gesetzt wurden. Mindestens ein Fünftel der Selbstmordversuche bei den Männern geschah im Rausche. Etwa ebenso oft entsprang der Beweggrund den Beziehungen zum weiblichen Geschlechte, Liebeskummer, Zwist mit der Frau oder der Geliebten, Untreue. Etwas seltener gaben die Kranken an, durch wirtschaftliche Schwierigkeiten oder durch das Eingreifen des Strafgesetzes, Verhaftung, Furcht vor Strafe, Anschuldigungen zu ihrem Schritte gedrängt worden zu sein; ein junger Mensch verschluckte Nägel und Glasscherben, weil er in die Zwangserziehung kommen sollte. Mehrfach handelten die Kranken aus einer Art Katzenjammerstimmung heraus, indem sie an ihr verfehltes, aussichtsloses Leben dachten, einige Male im Anschlusse an einen Ärger oder Streit. Ein Kranker dachte, als ihm der Hausherr die Wohnung kündigte: „Dann ist es schon besser, du machst Schluß"; ein anderer wollte sich umbringen, weil ihm das Geld zu einem neuen Anzuge fehlte. Sehr

kennzeichnend ist es, daß sich ein Kranker zu erhängen suchte, „um seinen Eltern das Schimpfen abzugewöhnen", ein anderer, weil ihm ein Freund nicht glauben wollte, daß er sich von einer hohen Brücke hinunterstürzen werde. Ein dritter machte einen Selbstmordversuch, weil er aus dem Krankenhause noch nicht entlassen wurde, ein vierter, weil er dort nicht das vom Arzte verordnete Bromwasser bekam. Manche Kranke kündigten ihr Vorhaben vorher feierlich an, schrieben gespreizte Abschiedsbriefe, suchten ihr Scheiden aus der Welt möglichst eindrucksvoll zu gestalten. Ein Kranker stürzte sich von der schon früher erwähnten, besonders hohen Brücke hinab; zwei andere wurden daran gehindert; einer verletzte sich dabei noch durch einen Schuß. Ein Kranker erschoß zunächst seine Geliebte und feuerte dann auf sich selbst; ein anderer faßte den Plan, sich neben seiner durchgebrannten Geliebten zu erschießen, und reiste ihr zu diesem Zwecke ins blaue hinein nach; ein dritter wurde mit Schnittwunden an den Armen auf dem Friedhofe gefunden. Hie und da wurde der Alkohol zur Vorbereitung herangezogen; „weil ich gewußt habe, ich werde abends sterben, war ich den ganzen Nachmittag im Hofbräuhaus", erklärte ein Kranker.

Unter den gewählten Selbstmordverfahren steht hier merkwürdigerweise auch bei den Männern das Gift an erster Stelle, offenbar deswegen, weil wir es mit willensschwachen Menschen zu tun haben, die tatkräftigem Handeln abgeneigt sind. Kohlenoxyd, Leuchtgas, Lysol, Morphium, Salzsäure, Sublimat und Kupfersulfat wurden in den einzelnen Fällen in Anwendung gezogen, einmal ein unbekanntes Schlafpulver, einmal Putzpulver. Fast ebenso häufig kamen das vom männlichen Geschlechte allgemein bevorzugte Erhängen und Verletzungen am Handgelenke zur Beobachtung. In der Regel handelte es sich dabei um geringfügige Schnitt-, Kratz- oder Bißwunden ohne ernste Bedeutung. Nächstdem müssen die Versuche, sich zu ertränken, zu erschießen, sich aus dem Fenster zu stürzen, erwähnt werden. Ein Kranker rannte mit dem Kopfe gegen die Wand, „um sich die Hirnschale zu zerschmettern"; ein anderer wollte sich von der Straßenbahn überfahren lassen. Dem oben erwähnten Kranken, der Nägel schluckte, gesellt sich ein zweiter hinzu, der nacheinander Glasscherben, 4 Nägel, 2 Schrauben, eine Börsenschließe und 2 Kieselsteine verschlang; sie mußten ihm durch Bauchschnitt wieder entfernt werden. Endlich ist noch eines Kranken zu geden-

ken, der den albernen Plan faßte, sich vor dem Hause seiner Geliebten erfrieren zu lassen.

Unter den Beweggründen der Frauen steht merkwürdigerweise hier an erster Stelle die Furcht vor Strafe und Vorwürfen sowie die Aufregung bei einer Verhaftung; erst dann kommen die aus dem Liebesleben entspringenden Anlässe. Auch Verstimmungen, trübe Gedanken über das traurige Leben spielen eine Rolle, ferner Verlust der Stelle, Ärger und Streit, vereinzelt ein Rausch. In einigen Fällen handelte es sich um Prostituierte, die sich der Krankenhausordnung nicht fügen wollten, aufgeregt wurden und dann kindische Selbstmordversuche machten, durch Verschlucken einer Nadel, Kratzen und Beißen am Handgelenk, Umschnüren des Halses, Hinstürzen zum Fenster. Den in der Regel sehr harmlosen Versuchen, sich die Pulsader zu verletzen, steht an Häufigkeit die Verwendung von Gift gleich; es handelte sich um Sublimat, Lysol, Salzsäure, Borsäure, Leuchtgas, Formaldehyd, Kleesalz, übermangansaures Kali, Hofmannstropfen, Tinte.

Wie man sieht, entsprechen die Erfahrungen über die Selbstmordversuche im allgemeinen vollkommen dem Bilde, das wir uns sonst von den Kranken machen können. Aus nichtigen, oft läppischen Beweggründen entspringen vielfach Handlungen, die ohne Tatkraft, mit gänzlich unzureichenden Mitteln ausgeführt werden. Es handelt sich zumeist nicht, wie bei den Erregbaren, um die triebartige Entladung einer heftigen Gemütsbewegung, sondern um launische Anwandlungen aus äußeren oder inneren Anlässen, denen die Kranken widerstandslos, aber ohne gemütliche Erschütterung nachgeben. Ein Kranker erklärte, er habe sich „in der Hitze des Gefechts" den Hals abschneiden wollen; ein anderer schoß nach seiner Aussage auf sich „aus Blödsinn". Nur bei den Frauen spielen Gefühlswallungen eine etwas größere Rolle, während bei den Männern die Bestimmbarkeit des Willens wesentlich durch Alkoholwirkungen verstärkt wird. Die Kranken versprechen daher gewöhnlich ohne weiteres, keine solche Dummheiten wieder zu machen, wiederholen sie aber dennoch oft genug schon bei nächster Gelegenheit.

Eine Reihe von Kranken, namentlich Frauen, bot in ihrem seelischen Verhalten Züge dar, wie wir sie bei Hysterischen beobachten. Sie waren arztbedürftig, übertrieben ihre Beschwerden, brachten täglich neue Leiden vor, spielten mit Selbstmordgedanken.

In der Nacht sahen sie den Tod im weißen Hemde, die Mutter im schwarzen Kleide, ein graues Tier, ein Auge in der Luft, Verstorbene; sie hörten Läuten im Kopfe, ihren Namen, eine Stimme, die zum Selbstmorde aufforderte, meinten, es dringe ein Mann ein, um sie zu vergewaltigen. Ein Kranker hörte alljährlich am Todestage seines Vaters dessen Stimme, sah seine Gestalt. Mehrere Kranke bekamen in der Untersuchungshaft psychogene Verwirrtheitszustände. Häufiger wurden Schwindelanfälle, Ohnmachten, gelegentlich auch aus-

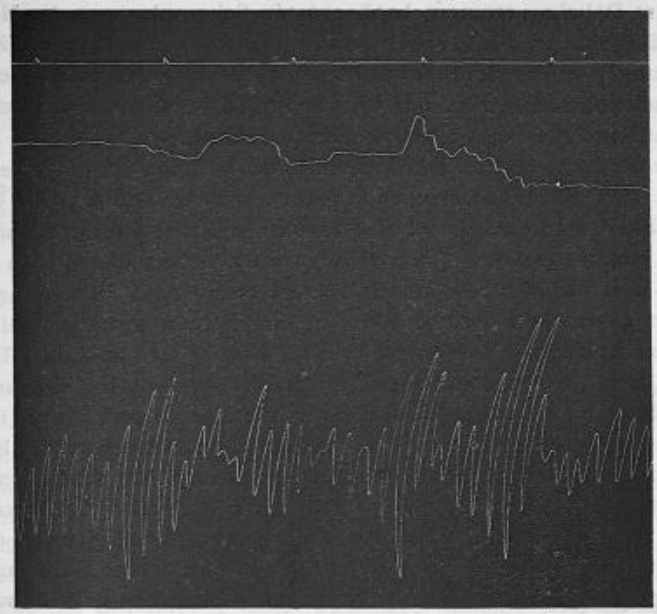


Fig. 290. Zittern bei Psychopathie.

gesprochene hysterische Anfälle, Lach- und Weinkrämpfe beobachtet. Ferner ließen sich öfters Stigmata nachweisen, Herabsetzung der Schleimhautreflexe, Hypalgesie. Außerdem fanden sich in wechselnder Häufigkeit allerlei allgemeine nervöse Störungen, Steigerung der Sehnenreflexe, Kopfschmerzen, Zittern, Schlafstörungen, unruhige Träume, nervöse Magenbeschwerden. In einer Reihe von Fällen wurde über gesteigerte Empfindlichkeit gegen Alkohol geklagt.

Von einem der Kranken wurden Zitterkurven aufgenommen. Ich gebe in Figur 290 eine Probe davon als Beispiel für das Zittern der

Psychopathen überhaupt. Die obere Linie verzeichnet die seitlichen, die untere die senkrechten Ausschläge. Man sieht im Gegensatze zu den früher abgebildeten, unmittelbar vergleichbaren Zitterkurven vom chronischen Alkoholismus, vom Delirium tremens und von der Epilepsie (Figur 20, 24 und 25, 195), daß hier die seitlichen Ausschläge verhältnismäßig sehr geringfügig und zugleich ganz unregelmäßig sind, während die senkrechten Bewegungen große Ausgiebigkeit und Regelmäßigkeit zeigen. Trotz der Größe der Ausschläge fehlen aber die beim Delirium tremens beobachteten Schwankungen der Höhenlage. Dagegen treten deutlich periodische Verstärkungen der Zitterbewegungen in der Senkrechten hervor, die indessen nicht plötzlich und ruckweise einsetzen, wie bei der Epilepsie, sondern ein ziemlich regelmäßiges An- und Abschwellen darbieten. —

Die Prognose der Haltlosigkeit des Willens ist eine ziemlich ernste. Wie wir sehen werden, scheint es zwar, daß sich die Unzulänglichkeit, namentlich bei den Frauen, mit den Jahren allmählich bis zu einem gewissen Grade wieder ausgleichen kann. Ein recht großer Teil der Haltlosen aber steuert stetig dem Untergange zu. Auf der einen Seite werden sie von den Folgen ihres gesundheitswidrigen Lebenswandels bedroht, von Alkoholismus, Lues, Tuberkulose, Ernährungsstörungen aller Art. Weiterhin aber sinken viele in den Sumpf der gewohnheitsmäßigen Verbrecher und Dirnen hinab. Gerade die Haltlosen liefern einen erheblichen Beitrag zu der Klasse der „Asozialen", derjenigen Menschen, die unfähig sind, sich dem Gemeinschaftsleben einzufügen. Allerdings sind ihre Schicksale in hohem Grade von den äußeren Bedingungen abhängig, unter denen sie aufwachsen. Unter sorgsamer Obhut und fester Führung, bei günstiger wirtschaftlicher Lage kann der bestimmbare Wille wenigstens in den ersten Lebensjahrzehnten vor üblen Einflüssen bewahrt bleiben, wo die Verführung am wirksamsten ist. Sobald aber die Kranken mehr oder weniger sich selbst überlassen sind, gewinnt ihre verhängnisvolle Neigung, sich gehen zu lassen und dem Zuge nach abwärts zu folgen, nur allzu leicht die Oberhand. Der Alkoholmißbrauch, der bei ihnen sehr rasch unausrottbar wird, pflegt dann das Schicksal zu besiegeln. —

Die Gruppe der Haltlosen in dem hier umschriebenen Sinne umfaßt etwas mehr als ein Fünftel der unserer Klinik zugeführten eigentlichen Psychopathen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß

die Hauptmasse der Haltlosen unter den Verbummelten und Verkommenen, unter den verlorenen Söhnen und Töchtern, unter den kleinen Gewohnheitsverbrechern, den Dieben, Einmietschwindlern, Zechprellern, Betrügern, Fälschern, den Prostituierten, endlich unter den Bettlern und Landstreichern zu suchen ist, die nur ausnahmsweise einmal in die Hände des Irrenarztes gelangen. Von den beiden Geschlechtern stellten die Frauen etwas mehr als ein Drittel (36%), im Gegensatze zu ihrem Überwiegen unter den Erregbaren, wahrscheinlich wegen ihrer größeren Gebundenheit und Abhängigkeit, die ihnen zugleich einen starken Schutz gewährt, namentlich auch gegen den Alkohol. Den Altersaufbau dieser Gruppe gibt für beide Geschlechter die beigefügte Übersicht Figur 291 wieder. Auch hier ver-

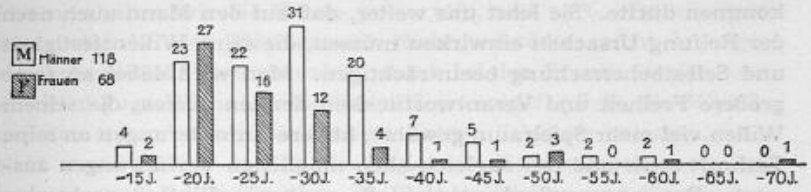


Fig. 291. Altersaufbau der „Haltlosen".

halten sich Männer und Frauen wesentlich verschieden. Bei den Frauen wird die höchste Zahl sofort nach dem Austritte aus dem Schutze erreicht, den Familie und Schule gewähren, zwischen dem 15. und 20. Lebensjahre. Die Verführungen, die hier einerseits aus den ersten geschlechtlichen Regungen, sodann aus den sonstigen Lockungen des Lebens, namentlich der Großstadt, entspringen, finden vor allem bei den unreifen, sittlich wenig gefestigten und unzulänglich veranlagten Geschöpfen einen günstigen Boden. Von da ab sehen wir eine stetige Abnahme des weiblichen Anteils, der nach dem 30. bis 35. Jahre fast ganz verschwindet. Die Erklärung dieses Verhaltens kann zum Teil darin liegen, daß die dauernd untauglichen Persönlichkeiten in der Prostitution oder im kleinen Verbrechertum untergehen und damit für unsere Beobachtung ausscheiden. Sodann darf man annehmen, daß die heiratenden oder sonstwie versorgten Frauen genügenden Schutz finden, um vor schlimmen Entgleisungen bewahrt zu bleiben. Man wird sich aber doch wohl dem Eindrucke nicht verschließen können, daß es sich der Hauptsache nach um einen natürlichen Reifungsvorgang handelt, der bei den Frauen

ungestört durch äußere Einflüsse zum Ausdrucke kommt. Mit der fortschreitenden Festigung der Persönlichkeit, der größeren Lebenserfahrung, selbstverständlich auch mit der Gewinnung einer gesicherten Stellung, nimmt die Zahl derer ab, die sich wegen ihrer Haltlosigkeit für das Gemeinschaftsleben unbrauchbar erweisen.

Bei den Männern ist der Anteil der Haltlosen zwischen dem 15. und 20. Jahre zunächst geringer; er bleibt aber dann, soweit die verwertbaren Zahlen reichen, dauernd größer, als derjenige der Frauen, ja, er erreicht erst zwischen 25 und 30 Jahren seine Höhe. Diese Erfahrung spricht zunächst dafür, daß dem oben erwähnten Ausmerzungsvorgange durch Übergang in das Gewohnheitsverbrechertum für die Deutung unserer Zahlen kein allzugroßes Gewicht zukommen dürfte. Sie lehrt uns weiter, daß auf den Mann auch nach der Reifung Ursachen einwirken müssen, die seine Willensfestigkeit und Selbstbeherrschung beeinträchtigen. Man wird dabei an seine größere Freiheit und Verantwortlichkeit denken dürfen, die seinem Willen viel mehr Spielraum gewährt, höhere Anforderungen an seine Tatkraft stellt und ihn zugleich allen möglichen Verführungen aussetzt. Daneben muß aber jedenfalls noch ein Einfluß vorhanden sein, der dem natürlichen Reifungsvorgange geradezu entgegenwirkt und die Zahl der wegen Haltlosigkeit Entgleisenden in den mittleren Jahren erhöht. Man wird nach unseren klinischen Beobachtungen nicht darüber im Zweifel sein können, daß es der Alkohol ist.

Einen Überblick über den Zivilstand der Kranken geben folgende Zahlen:

	ledig	verheiratet	verw. od. gesch.
Männer	85	28	3
Frauen	60	6	2

Die Verteilung entspricht bei den Männern ziemlich genau derjenigen, die wir bei den Erregbaren gefunden haben. Im Hinblicke auf den Altersaufbau lehrt sie uns, daß die Haltlosen verhältnismäßig häufig ledig bleiben, wie es wegen ihrer Unfähigkeit, sich eine gesicherte Lebensstellung zu schaffen, natürlich erscheint. Besonders beleuchtet wird die Sachlage durch den Umstand, daß von den 28 Verheirateten einer schon dreimal geschieden wurde, während in einem anderen Falle die Ehescheidungsklage schwebte. In einem dritten hatte die Frau die Absicht, die Scheidung zu beantragen, und in einem vierten hatten Frau und Kinder den Kranken wegen fort-

gesetzter Streitigkeiten und Mißhandlungen verlassen. Daraus geht hervor, daß ein Teil der Haltlosen tatsächlich für die Ehe untauglich ist, wobei der Alkohol sicherlich eine Rolle spielt. Sehr auffallend ist das starke Überwiegen der Ledigen bei den Frauen. Es dürfte sich zum Teil aus dem Altersaufbau erklären, nach dem bald die Hälfte der haltlosen Frauen vor dem 20. Jahre stand, doch wird auch hier wohl die geringere Eignung, namentlich der Prostituierten, für die Ehe mitsprechen. Außerdem ist aber gewiß daran zu denken, daß die Frauen in der Ehe stärkeren Schutz finden.

Die Gruppierung nach ihrer Herkunft ergibt, daß von den Männern 37% aus kleinen Städten oder vom Lande, ebensoviele aus München und 26% aus anderen Großstädten stammten. Für die Frauen erhalten wir die Werte 51%, 30% und 19%. Daraus geht hervor, daß bei den Männern die Nichtgroßstädter nicht in ungewöhnlichem Maße vertreten sind. Auch bei den Frauen ist das trotz der vielen Jugendlichen verhältnismäßig wenig der Fall; die Münchnerinnen treten, soweit die kleinen Zahlen Schlüsse zulassen, vielleicht etwas stärker in den Vordergrund. Dem entspricht es, daß unter den weiblichen Kranken die Dienstmädchen und Köchinnen, die vielfach vom Lande stammen, nur etwa ein Drittel ausmachen. Nahezu 20% waren Kellnerinnen, die freilich meist in nahen Beziehungen zur Prostitution standen. Es liegt auf der Hand, daß hier starke Verführung und Alkoholeinfluß zusammengewirkt haben, wie sie den Kellnerinnenberuf gemeinsam bedrohen. Weiterhin sind neben 4 Prostituierten noch 3 Näherinnen, 2 Verkäuferinnen, 1 Lehrmädchen, 3 Zwangszöglinge, 4 Berufslose anzuführen, zum Teil ebenfalls als Prostituierte anzusehen; als Haustöchter wurden nur zwei bezeichnet. Unter den Männern überwogen die Handwerker und die sehr bunte Gruppe der „Kaufleute", der sich zahlreiche entgleiste Persönlichkeiten zuzurechnen pflegen, ferner Tagelöhner, Ausgeher und Kellner, Berufe, in die sich so mancher Untaugliche hineinrettet. Andererseits waren Schauspieler, Kunstmaler, Bildhauer, Kunstschüler, Sänger, Klavierspieler, Artisten als Vertreter der künstlerisch veranlagten Haltlosigkeit zu verzeichnen, endlich Gymnasiasten, Studenten, ein angehender Arzt, ein Hilfslehrer, Ingenieure, Techniker, als Beweis dafür, daß die verstandesmäßige Bildung keine Gewähr für die Leistungsfähigkeit des Willens und die Tüchtigkeit im Lebenskampfe bietet.

Über die erbliche Veranlagung der Kranken sind auch hier unsere Feststellungen durchaus unzureichend. Es fand sich allgemeine Familienbelastung in 49%, unmittelbare elterliche Belastung in 37% der Fälle. In je 18% der Fälle waren Alkoholismus oder Psychopathie bei den Eltern vorhanden, nur in 5% ausgesprochene Geisteskrankheiten. Ebenso oft fanden sich Anzeichen, die auf eine Lues der Eltern hindeuteten, doch müssen derartige Erhebungen selbstverständlich gänzlich ungenügend bleiben. In einer Reihe von Fällen sprachen Krämpfe in der Kindheit, lange fortbestehendes Bettnässen, allgemeine Schwächlichkeit, bisweilen auch verzögertes Erlernen des Laufens und Sprechens und infantiles Aussehen für das Eingreifen schädigender Einflüsse in die Entwicklung.

Von den späteren Lebensschicksalen wird man wohl der Erziehung eine gewisse Bedeutung für das Zustandekommen der Haltlosigkeit einräumen müssen. Uneheliche Geburt mit den an sie sich knüpfenden Folgen, früher Verlust der Eltern, Aufwachsen in Armut und Verkommenheit werden die Entwicklung des Willens in ungünstigem Sinne beeinflussen können. Wer von Jugend auf der unerbittlichen Not des Daseins preisgegeben und zugleich allen Verführungen ausgesetzt ist, wird nur sehr schwer dazu kommen, seine stetig angestachelten Begierden zu zügeln und sich zu dem hohen Standpunkte sittlicher Selbstbehauptung durchzuringen. Auf der anderen Seite kann die Verweichlichung des Willens, die Gewährung jedes Wunsches zu einem ähnlichen Ergebnisse führen. Während im einen Falle der ungeheure Druck des Lebens die höheren Willensrichtungen zugunsten der unmittelbar selbstsüchtigen Regungen verkümmern läßt, erstarken diese im letzteren Falle durch ihre schrankenlose Betätigung, der keinerlei Übung in der Selbstzucht entgegensteht. Es ist indessen sicher, daß nach beiden Richtungen hin vor allem der ursprünglichen Anlage eine weitreichende Bedeutung zukommt. Das wird deutlich einmal bei den zahlreichen tüchtigen und willensstarken Persönlichkeiten, die sich aus den kümmerlichsten Verhältnissen emporgearbeitet haben, sodann bei den Sprößlingen der wohlhabenderen Stände, bei denen alle erzieherischen Bemühungen an der Schlaffheit der Willensanlage zuschanden werden. Daß dabei von äußeren Einflüssen außer der Verführung namentlich der Alkohol, hie und da auch das Morphium mit ihren

willenschwächenden Wirkungen eine äußerst verderbliche Rolle spielen, wurde zur genüge dargelegt.

Das Bild, das wir uns nach den vorgetragenen Erfahrungen von dem Wesen der Haltlosigkeit entwerfen können, wird, wie ich glaube, vor allem wieder die Tatsache zu berücksichtigen haben, daß wir es mit einer Erscheinungsform der seelischen Unreife zu tun haben. Der Altersaufbau beim weiblichen Geschlechte zeigt uns dort, wo der Gang der natürlichen Entwicklung weniger durch äußere Einflüsse verwischt wird, eine stetige Abnahme der Haltlosen mit wachsendem Alter. Es ist ja auch klar, daß der Wille des Haltlosen demjenigen des Kindes ähnelt, das geneigt ist, ohne weiteres seinen eigenen Einfällen wie äußeren Lockungen zu folgen, sich treiben zu lassen und sorglos in den Tag hinein zu leben. Auch der Mangel an Ausdauer, die größere Ermüdbarkeit, die Neigung zum Wachträumen, die hoffnungsfreudige Stimmung, die Ablenkbarkeit und Unstetigkeit sind gemeinsame Züge. Erst Erziehung und Lebenserfahrung geben dem heranwachsenden Menschen die aus der Beachtung der Folgen seines Handelns entspringenden Hemmungen auftauchender Antriebe und zugleich neue, auf höhere Ziele gerichtete Triebfedern. So bilden sich für das Tun wie für das Lassen jene festen, dauernd das Handeln regelnden Willensrichtungen heraus, die wir als Charakter bezeichnen. Dieser ganze Entwicklungsvorgang, so sehr er auch durch äußere Einwirkungen beeinflußt werden mag, ist offenbar in der Anlage ebenso vorbereitet wie etwa das Erlernen des aufrechten Ganges und der Sprache, die fortschreitende Einschränkung der natürlichen Ausdrucksbewegungen, die Fähigkeit zur Bildung von Allgemeinvorstellungen. Er kann aber anscheinend durch ererbte und erworbene Störungen auch in ähnlicher Weise beeinträchtigt werden wie die angeführten Leistungen. Kommt die Ausbildung dauernder Willensrichtungen nicht oder nur unvollkommen zustande, so fehlt es einerseits an Hemmungen, die den auftauchenden Gelüsten wie den äußeren Anregungen zugunsten der höheren Ziele des Gemeinschaftslebens Widerstand entgegenzusetzen vermöchten. Es fehlt aber andererseits auch die Kraftquelle, aus der die dauernde Willensspannung bei fortgesetzter Tätigkeit, die Beharrlichkeit bei der Verfolgung weiterreichender Pläne fließt.

Beim Weibe, dessen Aufgaben eine größere Schmiegsamkeit und Anpassungsfähigkeit der Persönlichkeit, vor allem aber auch eine

höhere Zugänglichkeit für gemütliche Regungen erfordern, ist die zielbewußte Selbstsicherheit des Willens im allgemeinen von vornherein eine geringere. Sie wird ausgeglichen durch den starken Schutz vor Verführungen, mit dem Erziehung und Sitte das weibliche Geschlecht umgeben, ja, man darf wohl vermuten, daß die größere Bestimmbarkeit des Weibes mit den Anlaß für die besondere Sicherung seiner Stellung im Leben gegeben hat. Es ist aber bekannt, daß die Frau an Zügellosigkeit und „sittlicher Fallgeschwindigkeit" den Mann erheblich übertreffen kann, sobald bei vorhandener Anlage die äußeren Schranken ihrer Bewegungsfreiheit gefallen sind. Zeugnis dafür legt die unverbesserliche Rückfälligkeit mancher Prostituierten und Gewohnheitsverbrecherinnen ab, ebenso die widerwärtige Rolle, die Weiber bei großen Volksaufständen zu spielen pflegen. Mörchen hat eine besondere Gruppe „degenerierter Frauen höherer Stände" beschrieben, bei denen sich Kindlichkeit des Seelenlebens mit hysterischen Zügen und sittlicher Verkommenheit verbindet.

Es leuchtet ein, daß die Haltlosigkeit alle möglichen Schattierungen zeigen kann. Leichtere Grade, Weichheit und Beeinflußbarkeit des Willens, Mangel an Widerstandsfähigkeit gegenüber Druck und Lockung, sind natürlich überaus häufig; sie finden sich vielfach vereint mit Lebhaftigkeit der Einbildungskraft, hoher gemütlicher Ansprechbarkeit und künstlerischer Empfänglichkeit („Künstlernaturen"), also mit den Zeichen besonderer Beweglichkeit der seelischen Vorgänge. Als krankhaft können wir die Haltlosigkeit erst dann betrachten, wenn sie die Erfüllung der allgemeinen Lebensaufgaben schwer beeinträchtigt, namentlich dort, wo sie allen erzieherischen Bemühungen Trotz bietet und damit dartut, daß ihre Wurzeln in tiefgreifenden Entwicklungsstörungen liegen.

Daß uns auch hier häufiger hysterische Krankheitszeichen begegnen, wird uns nach unseren früheren Erörterungen nicht überraschen, da wir auch sie als einen Ausdruck unzulänglicher Persönlichkeitsentwicklung kennen gelernt haben. Die Beziehungen zu den Erregbaren wurden bereits besprochen. Zu den Triebmenschen führen allerlei Übergänge hinüber. Was aber jene kennzeichnet, das ist die zwingende Macht der dem eigenen Innern entstammenden Regungen, während wir es hier vorzugsweise mit willenloser Abhängigkeit von äußeren Einflüssen zu tun haben. Die Haltlosen sind

„Milieumenschen", gewissermaßen seelisch wechselwarm, in Denken und Handeln ihrer Umgebung folgend. Allerdings zeigen sie dabei eine starke Neigung, zu sinken, da die Verführungen des Lebens in den niederen Trieben, in der unbekümmerten Genußsucht starken Widerhall finden. Bei den Triebmenschen liegt der Grund für ihre Entgleisungen nicht in zufälligen Einwirkungen, sondern in der ungezügelten Heftigkeit, mit der sich urwüchsige Neigungen und Strebungen der besseren Einsicht und äußeren Widerständen zum Trotz durchzusetzen pflegen.

Auch mit den Schwindlern und Lügnern verbinden die Haltlosen manche gemeinsame Züge, die Lebhaftigkeit der Einbildungskraft, die Neigung zum Wachträumen, die Sorglosigkeit, die Planlosigkeit der Lebensführung. Allein ihnen ist doch die Erfindung, das Hineintragen der Luftschlösser in die Wirklichkeit nicht Selbstzweck; sie benutzen die Schwindeleien nur als letztes Mittel zur Erwerbung ihres Lebensunterhaltes, als die Ausflucht des Schwachen, der sich sonst nicht behaupten kann. Ihnen fehlt auch durchaus die überlegene Sicherheit und Gewandtheit, mit der die geborenen Schwindler ihre Rollen durchführen und aller Schwierigkeiten Herr werden; sie sind auch auf diesem Gebiete ohne Tatkraft und Nachhaltigkeit. Ähnliche Gesichtspunkte gelten für die Abgrenzung gegenüber den eigentlichen Gesellschaftsfeinden, wenn sie sich auch, wie hier überall, nicht mit voller Schärfe durchführen läßt. Gemeinsam ist beiden Gruppen die Zugänglichkeit für Verführungen, die Arbeitsscheu, die Oberflächlichkeit der Verstandesleistungen, der Mangel an Voraussicht, die Selbstsucht, endlich die Häufigkeit und Unverbesserlichkeit verbrecherischen Handelns. Indessen fehlt den Haltlosen durchaus die Hartnäckigkeit und Planmäßigkeit, die den geborenen Verbrecher auszeichnet. Von einem selbständigen verbrecherischen Willen, von einem berufsmäßigen Kampfe gegen Gesetz und Gesellschaftsordnung ist keine Rede. Wo Verbrechen begangen werden, kommen sie durch Gelegenheit, Verführung oder Not zustande, und sie beschränken sich auf Handlungen, die weder Entschlossenheit noch Tatkraft erfordern.

Das allmähliche Versagen der Kranken beim Herantreten an ernstere Lebensaufgaben kann den Erfahrungen ähneln, die wir bei der Dementia praecox gemacht haben. Allein es handelt sich hier ohne Zweifel um gänzlich verschiedene Dinge. Die Haltlosigkeit

führt wohl zum Müßiggange und zum Verzichten auf einen Wirkungskreis, aber niemals zur Verblödung. Die Kranken bleiben im wesentlichen, was sie von Jugend auf waren; sie werden nicht stumpf und teilnahmslos, sondern nur arbeitsscheu, behalten ihre Liebhabereien, haben durchaus das Bedürfnis, ihre Zeit in irgendeiner ihnen angenehmen Weise auszufüllen. Trotz aller schiefen und einseitigen Auffassungen entwickeln sich keinerlei wirkliche Wahnideen, ebenso wenig Sinnestäuschungen, wenn wir von hysterischen oder alkoholischen Beimischungen absehen. Die Kranken bleiben endlich natürlich in ihrem Benehmen; ihr Wollen ist schwach und bestimmbar, aber niemals verschroben. —

Da die krankhafte Haltlosigkeit eine Erscheinungsform der Entartung darstellt, erscheint eine eigentliche Behandlung von vornherein so ziemlich ausgeschlossen. Wie weit die Erziehung im einzelnen Falle durch planmäßiges Anhalten zu regelmäßiger Pflichterfüllung, Weckung des Verantwortlichkeitsgefühls, Förderung der Selbstzucht und Entwicklung der körperlichen Leistungsfähigkeit noch etwas zu erreichen vermag, hängt ganz von der Schwere der Störung ab. Willensschwache Kinder, namentlich einzige Sprößlinge, sollten in Gemeinschaft mit Kameraden aufwachsen, um der Verzärtelung und Nachgiebigkeit gegen die eigenen Launen nach Möglichkeit vorzubeugen. Zur Ausbildung des persönlichen Mutes, der Tatkraft, des Selbstvertrauens wird planmäßige Pflege des Sports erforderlich sein. Der Genußsucht ist durch Einfachheit der Lebensgewohnheiten, Widerstand gegen überflüssige Bedürfnisse und Fernhaltung von Verlockungen entgegenzutreten. Von besonderer Wichtigkeit ist natürlich auch das persönliche Beispiel der Umgebung und sorgfältig ausgewählter, die sittlichen Triebfedern des Handelns anregender Lesestoff. Nach Abschluß der Entwicklung wird eine erhebliche Wandlung im Wesen der Kranken nicht mehr zu erreichen sein. Immerhin kann die Anleitung zu regelmäßiger Arbeit, wie sie die Nervenheilstätten bieten, noch einen gewissen Nutzen bringen, wenn sich die Kranken willig diesen Einflüssen hingeben.

Selbstverständlich ist es von größter Wichtigkeit, sie vor dem Alkohol zu bewahren. Das ist unter unseren heutigen Verhältnissen ungemein schwer, wo die Verführung an allen Wegen wartet und der Spott einer verständnislosen, wenn auch „gebildeten" Umgebung den schwachen Willen fortwährend auf die schwersten Proben stellt.

Wo es aber doch gelingt, pflegt der Erfolg ein sehr erfreulicher zu sein. Allerdings werden die Kranken dadurch keine anderen Menschen, aber es ist doch augenfällig, wie sehr die Fernhaltung jenes gefährlichsten Feindes der Willenskraft imstande ist, schlimmen Entgleisungen vorzubeugen, die allgemeine Lebenshaltung unserer Kranken zu heben und den Rest von Leistungsfähigkeit, der ihnen geblieben ist, noch fruchtbar zu machen.

Wenn die äußeren und inneren Bedingungen ein stetiges Hinabgleiten unvermeidlich erscheinen lassen, pflegt man die Haltlosen in überseeische Länder zu schicken, wo sie dann rasch verkommen. Will man nicht zu diesem Auskunftsmittel greifen und auch sonst die Kranken nicht ihrem Schicksale überlassen, so bleibt nur die Einschränkung der bürgerlichen, nach Umständen auch der persönlichen Freiheit übrig, unter genauer Überwachung der Lebensführung, selbst bis zur Verwahrung in einer Anstalt. Leider sind derartige Maßregeln wegen des Widerstandes der einsichtslosen Kranken nur in den allerschwersten Fällen durchführbar.

C. Die Triebmenschen.

Unter der Bezeichnung der Triebmenschen soll hier versuchsweise eine kleine Gruppe krankhafter Persönlichkeiten zusammengefaßt werden, deren gemeinsame Eigentümlichkeit in der Beherrschung des Handelns durch triebartige Willensregungen liegt. Während die Entschlüsse des Gesunden, namentlich diejenigen, denen eine größere Tragweite zukommt, aus der abwägenden Gegenüberstellung von Gründen und Gegengründen hervorwachsen, wurzelt hier ein ungewöhnlich großer Teil der Willensantriebe in Strebungen, die aus dem Unbewußten und Unterbewußten auftauchen und ohne weiteres zur Ausführung drängen, unter Umständen sogar gegen das überlegte, bewußte Wollen. Wir sind derartigen Triebhandlungen schon bei der Darstellung des impulsiven Irreseins begegnet. In diesem Abschnitte wollen wir jedoch diejenigen Formen schildern, deren Richtung uns von vornherein verständlicher erscheint, so daß die Störung weniger in der Art der Handlung selbst liegt, als in der Sinnlosigkeit und Unwiderstehlichkeit ihrer Beweggründe.

Die Verstandesbegabung der Kranken ist häufiger gut, als schlecht, bisweilen sogar vorzüglich. Öfters bestehen schöngeistige

Neigungen, Freude an der Musik, am Theater, am Lesen, freilich nicht immer mit guter Auswahl. Ein Kranker schrieb, er ahne das geheimnisvolle Walten jener Kraft in sich, die ihm oft schon die beste Beruhigerin gewesen sei, und die man Poesie nenne. Meist zeigen die Kranken eine gewisse geistige Regsamkeit und Beweglichkeit. Sie fassen gut auf, haben Einfälle, drücken sich gewandt aus, sind schlagfertig, machen treffende, witzige Bemerkungen; manche klagen über Zerstreutheit und gesteigerte Ermüdbarkeit.

Regelmäßig legen sie eine hohe Selbsteinschätzung an den Tag. Sie sind sehr eitel, dünkelhaft, meinen, zu Höherem geboren zu sein, halten sich für etwas Besonderes, rechnen sicher auf eine große Zukunft, spielen sich auf, prahlen, entwickeln hochfliegende Pläne. Ein Kranker bezeichnete sich als „hochinteressanten Psychopathen", als „komplizierte Natur"; ein anderer schilderte sein „von hehrem Idealismus begeistertes Gemüt" und sprach davon, daß er sich den „vereinsamten Geistesgrößen" verwandt fühle, sich auf den Schwingen seines Geistes dahin erheben werde, „wo der Markstein der Schöpfung stehe, der Atem Gottes wehe"; er wolle sich gleich Robinson auf einem vom Meer umrauschten Eiland ein Idyll gründen. Ein dritter behauptete, daß er mit seinen Neigungen unmöglich der Sohn eines Feldwebels sein könne, der als sein Vater gelte, sondern von hochgestellten Eltern abstammen müsse. Er fühle und wisse es ganz bestimmt, daß seine Seele früher in einem ganz anderen, mit Macht, Glanz, Reichtum und allem erdenklichen Luxus ausgestatteten Körper gewohnt habe, vielleicht in demjenigen Napoleons I., für den er eine grenzenlose Sympathie fühle.

Mit der Wahrheit pflegen es die Kranken nicht genau zu nehmen. Sie haben oft schon von Jugend auf eine ausgesprochene Neigung, auszuschmücken, sich herauszureden, zu erfinden; „er log gern und handgreiflich", hieß es von einem Kranken. Dieser Hang zur Unwahrhaftigkeit, der fortwährend der unbarmherzigen Wirklichkeit auszuweichen und an ihre Stelle bequemere und erfreulichere Möglichkeiten zu setzen sucht, kann derart einwurzeln, daß die Kranken selbst sich dieser Entgleisungen gar nicht mehr recht bewußt zu werden scheinen, sondern ohne weiteres und ganz unbedenklich zu lügenhaften Erfindungen greifen, auch ohne besondere Nötigung. Ein Kranker sprach davon, daß er sich gern „in das Märchenreich hineinträume".

Die Gemütsart der Kranken ist vielfach gutmütig, zugänglich, leichtlebig; manche sind empfindsam, schwärmerisch, andere eigensinnig, einzelne rücksichtslos, anmaßend, streitsüchtig und bieten der Erziehung erhebliche Schwierigkeiten. Ihre Stimmungslage erscheint gewöhnlich gehoben und zuversichtlich; sie ist aber häufigen und starken Schwankungen unterworfen. Manchmal trifft man die Kranken in gedrückter, trauriger, ja verzweifelter Stimmung an; sie fühlen sich unglücklich, verfluchen ihre Eltern, empfinden das Dasein als eine Qual. Zu anderen Zeiten sind sie verdrießlich, mürrisch, leicht gekränkt, empfindlich, wehleidig. Eine ganze Reihe von Kranken äußerten gelegentlich Lebensüberdruß oder machten wirklich Selbstmordversuche. Ganz allgemein fällt eine große gemütliche Reizbarkeit auf, die zu den heftigsten Zornausbrüchen führen kann. Außerordentlich häufig sind von Zeit zu Zeit ohne äußeren Anlaß auftretende Verstimmungen, in denen die Kranken sich zurückziehen, mit niemandem sprechen mögen, sich von allem angeekelt fühlen. Gerade diese Verstimmungen bilden dann leicht den Ausgangspunkt für allerlei Triebhandlungen. Hie und da werden auch Anfälle von grundloser Angst beobachtet.

Die bei weitem schwersten Störungen machen sich im Handeln und in der Lebensführung der Kranken bemerkbar. Sie werden in hohem Grade beeinflußt, unter Umständen vollkommen beherrscht von triebartigen Willensregungen, die alle vernünftigen Überlegungen und Pläne über den Haufen werfen können. Nach den hervorstechendsten Richtungen, in denen sich erfahrungsgemäß derartige, den Willen unterjochende Neigungen bewegen, kann man etwa drei Hauptformen der Triebmenschen auseinanderhalten, die Verschwender, die Wanderer und die Dipsomanen. Möglicherweise gehören noch eine Reihe von anderen Spielarten psychopathischer Persönlichkeiten hierher; die Hauptmasse der mir zurzeit vorliegenden klinischen Beobachtungen läßt sich jedoch in den genannten Gruppen leidlich unterbringen.

Bei der ersten Gruppe ist die auffallendste Erscheinung der Hang zu maßloser Verschwendung. Die Kranken sind gänzlich unfähig, sich nach ihren wirtschaftlichen Verhältnissen einzurichten, werfen vielmehr das Geld mit vollen Händen um sich. Sie richten sich eine üppige Wohnung ein, leben auf großem Fuße, halten sich Rennpferde, geben Tausende für zwecklose Automobilfahrten aus,

Psychiatrie : ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte / Vol. IV - page 637 sur 989

bewirten Gesellschaften, spenden unsinnige Trinkgelder, alles ohne die mindeste Rücksicht auf die ihnen zur Verfügung stehenden Mittel. Ein jugendlicher Zahntechniker ging auf die Jagd und kaufte sich zwei Automobile. Manche Kranke haben die Sucht, zu spielen, besuchen Ostende und Montecarlo; einer spekulierte in großem Maßstabe an der Börse. Einen breiten Raum pflegen in diesem Treiben die Beziehungen zum anderen Geschlechte einzunehmen. Schon früh beginnen die Kranken, vielleicht nach voraufgegangener Onanie, einen regen Geschlechtsverkehr, geben sich den größten Ausschweifungen hin, lassen sich von Weibern rücksichtslos ausbeuten. Ein Kaufmannslehrling hielt sich eine Mätresse, der er im Monat 700 Mark zahlte. Weibliche Kranke knüpfen wahllos Verhältnisse an. Dazu kommt dann weiter fast regelmäßig der Alkohol. Die Kranken lumpen Nächte lang herum, veranstalten große Sektgelage, greifen aber bald auch zu Rum, Kognak oder Whisky. Bisweilen steigert sich das Trinken besonders zu gewissen Zeiten. Mehrere meiner Kranken rauchten zugleich unsinnig; einige nahmen Opiumzigaretten.

Die natürliche Folge der geschilderten Lebensgewohnheiten ist das rasche Anwachsen einer großen, unter Umständen ungeheuren Schuldenlast. Die Kranken geraten in schlechte Gesellschaft, die ihrer Verschwendungssucht auf alle Weise Vorschub leistet; sie fallen Wucherern in die Hände, denen sie sich unbedenklich ausliefern. So kann in verhältnismäßig kurzer Zeit selbst ein recht großes Vermögen zerrinnen; ein Kranker hatte in etwa 8 Jahren 600 000 Mark durchgebracht. Alle gelegentlichen Ansätze zur Sparsamkeit nützen dabei natürlich nichts. Vielmehr führen die alsbald beginnenden Schwierigkeiten zunächst zum Versetzen und Verkaufen alles zugänglichen eigenen und Familieneigentums; dann folgen allerlei Schwindeleien, Unterschlagungen, bisweilen endlich auch Diebstähle. Kellnern, Handwerkern, Kutschern werden unter täuschenden Vorspiegelungen kleinere und größere Beträge herausgelockt. Ein Kranker veranlaßte seine Frau durch die falsche Angabe, daß er eine Erbschaft gemacht habe, ihr Geschäft zu verkaufen, und vergeudete sofort einen großen Teil des Erlöses. Ein anderer, der bereits 2000 Mark veruntreut hatte, unterschlug dann weiter, weil er doch schon einmal angefangen habe; ein dritter „stahl, was ihm unter die Hände kam". Wenn dann alle Hilfsmittel erschöpft sind, können die Kranken unter Umständen zu Bettlern und Landstreichern herabsinken; einer

meiner Kranken wurde Fremdenlegionär. Sehr ungünstig beeinflußt wird das Schicksal der Kranken durch ihre große Unstetigkeit. Sie halten nirgends lange aus, wechseln häufig ohne Anlaß Stellung und Beruf, ziehen ruhelos von einem Orte zum andern, machen Pläne über Pläne, ohne sie wirklich durchzuführen.

Für die Absonderlichkeiten ihres Verhaltens zeigen die Kranken in der Regel wenig Verständnis. Ein Kranker, der mehrere tausend Mark unterschlagen hatte, meinte: „Ja, wenn ich das gedacht hätte, wäre es nicht so weit gekommen"; er habe Schulden gemacht, um „auch einmal ein Glas Wein trinken zu können"; nun werde er schon wieder ehrlich werden und bleiben. Andere haben gar nicht daran gedacht, daß sie Unrecht tun, wissen nicht, wie sie so haben sein können, oder sie schieben die Schuld auf ihre Angehörigen. Ein Buchhandlungsgehilfe, der ein auch in geschlechtlicher Beziehung sehr „flottes" Leben geführt hatte, erklärte, er habe „aus altruistischen Beweggründen" Unterschlagungen gemacht, um seine Mitmenschen, vorzugsweise junge Damen, unterstützen zu können. Die eigentümliche Stellungnahme der Kranken geht auch aus den folgenden Sätzen eines Schriftstückes hervor, das der oben erwähnte Seelenabkömmling Napoleons I. verfaßte:

„Stets ist mir eine untergeordnete, eingeengte pekuniäre Lebenslage ein Greuel und kann ich mich unmöglich darin halten; jedes Mittel, um darüber hinauszukommen, ist mir recht. Geld und wieder Geld ist das einzige, was einem über mißliche Verhältnisse hinaushilft und über die Menschen erhaben macht; Geld ist mehr, als Wissen; Geld allein ist Macht. Mein Lebensideal ist einzig und allein der Kavallerieoffizier. Ich bin fest überzeugt, daß ich kein Unrecht begehe, wenn ich Schulden mache und mir Geld verschaffe auf jede nur denkbar mögliche Art, um meinen Idealen, Reiten, Fahren und mich in bester Gesellschaft bewegen zu können, andere Menschen auch mit Geld zu beglücken und mich dadurch bei ihnen in Ansehen setzen zu können, huldigen zu können; es wird doch alles wieder einmal bezahlt . . Es ist dies ein Zwang und ein Bedürfnis, dem ich nie und nimmer entgehen kann . . Ich bin nicht verrückt; ich kann nichts dafür; ich bin auch nicht schlecht in des Wortes eigenster Bedeutung, sondern es ist dies ein Zwang, den ich nie loswerde, und wenn ich zeitlebens ins Irrenhaus oder Gefängnis gesperrt werde, und die Zukunft wird's zeigen, daß ich vielleicht doch noch zu etwas Höherem geboren bin."

Die üble Bedeutung des Alkohols für derartige Persönlichkeiten beleuchtet die Angabe der Angehörigen eines anderen Kranken: „Hat er getrunken, so ist er nicht mehr Herr seiner selbst; jeder

Entschluß wird blindlings ausgeführt, jeder Wunsch im Entstehen zur Tat." —

Bei der zweiten Gruppe von Kranken steht die Unstetigkeit, die Neigung zum planlosen Wandern[1]), im Vordergrunde des klinischen Bildes. In einer ersten Reihe von Fällen taucht der Drang, auf und davon zu gehen, ganz unvermittelt auf. Den Kranken kommt plötzlich der Gedanke, nach Triest, Hamburg, Wien, Paris, Genua zu reisen, bisweilen im Anschlusse an eine Verstimmung, die Gefühle mißmutigen Überdrusses und innerer Spannung. Aber auch ein Ärger, eine drohende Unannehmlichkeit, irgendeine günstige Gelegenheit kann den Anstoß geben, etwa die zufällige Verfügung über eine größere Geldsumme, die dann unbedenklich verwendet oder unterschlagen wird. Sobald das Gelüste sich regt, wird es sofort in die Tat umgesetzt. Die Kranken verschwinden, wandern und reisen herum, bald hierhin, bald dorthin, wie es ihnen einfällt, unter Umständen wochen- und monatelang, bis in fremde Länder hinein. Sie sind dabei vollkommen klar und besonnen, lassen sich treiben, suchen sich, so gut es geht, durch Gelegenheitsarbeiten oder Schwindeleien Geld zu verschaffen, wenn ihnen die Mittel versagen; sie begehen Zechprellereien, nehmen falsche Namen an, übernachten im Freien oder in Heuschobern, betteln sich durch, bis sie irgendwo aufgegriffen werden. Vor der Rückkehr nach Hause haben sie meist Scheu wegen der sie erwartenden Vorwürfe und Strafen, entschließen sich aber doch dazu, wenn ihr Landstreicherleben auf allzu große Schwierigkeiten stößt. An ihre Erlebnisse behalten sie eine klare Erinnerung, vermögen jedoch über die Beweggründe ihres Handelns nur ungenügende Auskunft zu geben: es hat sie fortgetrieben; sie konnten nicht mehr dableiben. Bei solchen Reisen denke er an gar nichts, erklärte ein Kranker, habe nur den Wunsch, am Ziel zu sein; die Reue komme dann zu spät. Die Kranken bedauern vielleicht ihr Fortlaufen, fassen gute Vorsätze und geben Versprechungen für die Zukunft. Gewöhnlich handelt es sich um gutmütige, aber etwas verschlossene und störrische, mäßig begabte Menschen, deren eigenartige Veranlagung durch die von Stier betonte Erfahrung dargetan wird, daß es „Fortläuferfamilien" gibt.

In der Regel wiederholen sich die Antriebe früher oder später, unter Umständen alle paar Wochen oder Monate, ohne daß die

[1]) Stier, Wandertrieb und pathologisches Fortlaufen bei Kindern. 1913.

Kranken imstande wären, ihnen zu widerstehen. Manche wählen stets dasselbe Ziel; gewöhnlich aber suchen sie immer neue Wege auf. Bei weitem am häufigsten ist das Fortlaufen im Alter zwischen 10 und 15 Jahren, doch sah Stier es schon im 3. Lebensjahre beginnen. Später wird es seltener, kommt aber auch bei erwachsenen Psychopathen gelegentlich vor. Von 24, allerdings sehr verschiedenen Fällen, deren weitere Schicksale Stier verfolgen konnte, hatten sich 10 gut und 6 leidlich gehalten, während 4 unverändert waren und weitere 4 sich in Anstalten befriedigend führten.

Namentlich das männliche Geschlecht wird von dem Drange in die Ferne befallen. Stier beobachtete auf 68 Knaben nur 19 Mädchen. Als die mildeste und zugleich häufigste Form der hier erörterten Störung ist wohl das Schulschwänzen und das Entlaufen aus der Lehre anzusehen, das vielleicht auch einen Schluß auf die Triebfedern der Erscheinung gestattet. Man wird in erster Linie an die Unlust denken dürfen, die bei gewissen Formen psychopathischer Veranlagung durch die Anforderungen des Lebens erzeugt wird, sei es der Zwang der Schule oder Lehre, des Berufes, seien es sonstige Schwierigkeiten und Quälereien. Unterstützt wird der brennende Wunsch, dem Drucke der Verhältnisse mit einem Schlage zu entfliehen, durch die lockende Schönheit, in der namentlich dem jugendlichen Gemüte die weite, unbekannte Welt vorzuschweben pflegt.

Es scheint jedoch, daß die Ausreißer durchaus keine einheitliche Gruppe bilden. Außer den in Dämmerzuständen handelnden Epileptikern und Hysterischen, sowie den hier geschilderten triebartigen Wanderern sind, wie Schröder feststellen konnte, zunächst die Herumtreiber zu erwähnen, schwer erziehbare, lügenhafte, minderwertige, lebhafte, vorlaute Kinder, die streunen, weil ihnen das Bedürfnis nach Zusammenschluß mit den Angehörigen fehlt. Eine weitere Gruppe bilden die Abenteurer, die sich, wohlausgerüstet und bewaffnet, allein oder mit einem Kameraden aufmachen, um irgendeinen großen Plan auszuführen, womöglich in fernen Weltteilen. Das Hinaustreten in die wirkliche Welt pflegt sie alsbald zu ernüchtern und von weiteren Versuchen abzuhalten. Wieder ein anderes Bild bieten die Ängstlichen, die aus übergroßer Furcht vor einer Strafe kopflos die Flucht ergreifen, und endlich die Haltlosen, Willensschwachen, die durch irgendeinen äußeren An-

stoß, das Zureden eines Kameraden, eine herumreisende Zigeunertruppe, verleitet werden, davonzulaufen. Zu einer ganz ähnlichen Gruppenbildung ist Stier gelangt. Es wird wohl in den meisten Fällen ohne besondere Schwierigkeit gelingen, diese wesentlich abweichenden Fälle von den echt triebhaften Wanderern abzugrenzen, wenn auch hier und da Mischformen vorkommen mögen.

Bei der zweiten Untergruppe der Wanderer, die sich allerdings von den bisher geschilderten Beobachtungen nicht scharf abgrenzen läßt, wird der unstillbare Drang, in die Welt hinauszukommen, zur dauernden persönlichen Eigentümlichkeit. Die Kranken haben nirgends Rast und Ruhe, können keinen festen Fuß fassen, sondern sie geraten in ein planloses Wanderleben, das sie ohne bestimmten Zweck in alle möglichen fremden Länder führt. Überall wird es ihnen bald zu eng; es treibt sie wieder fort. Ein 19jähriger Konditor, der bereits 9 Stellen gehabt hatte, gab an, daß es ihm an einem neuen Orte nur in den ersten Wochen gut gefalle. Dann komme der Drang, fortzugehen; er könne nichts mehr leisten und nichts gehe ihm mehr von der Hand; er werde aufgeregt, reizbar, verstimmt; das Leben freue ihn nicht mehr, und er möchte am liebsten „fort, weit fort". Von einer festen Berufstätigkeit, von dem Erwerbe einer gesicherten Lebensstellung ist unter solchen Umständen natürlich keine Rede. Ein 20jähriger Schneider, der 2 Jahre vorher mit 10 Mark, die er abliefern sollte, plötzlich auf dem Orientexpreßzug zuerst nach Salzburg, dann weiter nach Wien gefahren war, brachte sich bald als Klavierspieler in Kneipen, bald als Schauspieler, als Privatdetektiv und als Medium bei einem Hypnotiseur durch; ein anderer war nach seiner Angabe nacheinander Kommissionär in Hotels, Krankenwärter, Gärtner, Chorist, Bühnenarbeiter, Ausrufer bei einem Kino, Arbeiter bei der internationalen Schlafwagengesellschaft; er war höchstens drei Monate in einer Stellung geblieben, meist nur einige Tage. Einzelne Kranke greifen auch zu kleinen Diebstählen, Unterschlagungen, Betrügereien, um sich durchzubringen.

Auf diese Weise entwickelt sich nicht selten jene eigentümliche Spielart des Landstreichers, die man als „Orientkunden" zu bezeichnen pflegt, weil sie von den Wundern des Morgenlandes angelockt werden und dort ihre günstigsten Daseinsbedingungen finden, wo

weder Polizei noch Arbeitshäuser drohen und die Duldsamkeit der Bevölkerung den Fahrenden leicht Unterschlupf gewährt. Es sind Menschen, denen das geordnete Zusammenleben, die Einfügung in eine feste Gemeinschaft unerträglich erscheint, und die irgendwo ihr Glück, die Befriedigung ihrer unbestimmten Sehnsucht zu finden hoffen. Ein Kranker schrieb:

„Wahrlich, wer fühlte sich nicht berufen zu höherem und sucht loszukommen vom schmutzigen Milieu, in das die Tücke des Schicksals einen hinunterzutauchen droht! Ich liebe die Natur, ihrer Einsamkeit schon halber, die ungetrübt ist vom leidigen Menschen ihrem egoistischen Treiben, denn mich drückt der Knechtschaft Fessel, denn ich fühle, sie ist unwürdig des Menschengeistes! Mein Streben geht dahin, fern aller Kultur, sofern sie auch ihre Vorteile haben mag, doch auch wieder für mich um so größeren Nachteil hat, als sie durch gewisse Gesetzesparagraphen den armen Teufel umschlingt und ihn zum Arbeitstier herabwürdigt!"

Er fühle sich dem Kampf ums Dasein nicht gewachsen und möchte fortträumen „in alle Ewigkeit". Die Poesie sei der „treibende Faktor gewesen, der ihn in die ferne, ferne Welt trieb"; aus Furcht vor den Menschen wünsche er sich Flügel, um „über Berge enteilen und über Wolken hoch sich verlieren zu dürfen". Er frage sich oft, warum er nicht in Verhältnissen geboren sei, die ihn reich und unabhängig machten und ihn seine Lebensträume verwirklichen ließen. „Bei den meisten ist es der unbändige Drang zum Reisen, teils auch die Sucht nach Abenteuern", schrieb ein anderer, der wiederholt zu Fuß den ganzen Orient bis nach Jerusalem bereist hatte und eine Reihe dieser ruhelosen Gestalten schilderte, den „Zinkenfritz", den „Wüstenkönig", den „großen Russen", den „Schnapskapitän", den „Orientexpreß", den „Professor" und andere. Deutsche scheinen unter ihnen besonders stark vertreten zu sein. Ohne einen Pfennig Geld in der Tasche, nur hie und da einige Tage Gelegenheitsarbeit verrichtend, sonst aber Konsulate und als mildtätig bekannte Wohltäter brandschatzend, mit gefälschten, vielfach ausgetauschten Papieren zieht diese Schar jahraus, jahrein von einem Orte zum andern, bald bei Hunger und Durst, in Kälte, Hitze und Nässe, unter den ärgsten Strapazen, bald bei irgendeinem Glückszufall die angefallene Beute schleunigst verjubelnd.

Es scheint, daß es für den echten Orientkunden unmöglich ist, in geordnete Verhältnisse zurückzukehren. Der soeben erwähnte Kranke schrieb allerdings:

„Und doch wäre mir, nach all dem Leid und den Stürmen, ein dauernder Platz so notwendig wie Brot zum Leben. Aus diesem Grund will ich auch in die Heimat zurück, denn ich glaube ganz bestimmt, daß, wenn man mir eine auskömmliche Stellung besorgt, der automatisme ambulatoire besiegt ist und ich in jene Sphäre zurückkehre, aus der mich teils die Umstände, teils Selbstschuld hinausstießen."

Allein die weitere Verfolgung seines Lebenslaufes zeigte, daß diese Erwartung trügerisch war. Es handelt sich um Menschen, die sich durchaus nicht in die Bindungen des Gemeinschaftslebens hineinfinden können, sondern frei herumstreifen müssen wie das Tier. Die Ursache ihrer Anpassungsunfähigkeit pflegen sie, mindestens zum größten Teile, in den Einrichtungen der „menschlichen Gesellschaft" zu suchen, die sie „schnöde abstößt", hartherzig ihrem Schicksal überläßt und sie ungerecht behandelt. Das Bewußtsein, „ausgestoßen" zu sein, zeitigt vielfach in ihnen ein trotziges Selbstgefühl, das sie über das Elend ihres unsteten Wanderlebens und die gelegentlich auftauchende Sehnsucht nach einer „Heimat" hinwegtäuscht. Ein Kranker sprach geheimnisvoll von seiner Erfindung, die er gemacht habe. Manche Kranke zeigen einen gewissen Galgenhumor, verspotten sich selbst. Meist sind es Augenblicksmenschen, die sorglos in den Tag hineinleben und ohne weiteres dem „Zuge ihres Herzens" folgen. Er sei immer „an Führung gewöhnt", schrieb der wiederholt erwähnte Kranke; „viele von diesen Unglücklichen sind aufrichtige Geister, mit einem guten Herzen und einer treuen Seele, was sich am besten im Unglück bewährt". Gar nicht selten trifft man unter ihnen empfindsame, dichterisch veranlagte, für Natur und Kunst begeisterte, schönheitsdurstige Seelen, die mit schwärmerischer Empfänglichkeit die Eindrücke ihrer Reisen in sich aufnehmen. Dem Alkohol, der ihnen Stunden freudigen Kraftgefühls verschafft, aber zugleich ihren Willen untergräbt, sind sie vielfach sehr ergeben. —

Zu einer dritten Gruppe von Triebmenschen sollen diejenigen zusammengefaßt werden, bei denen es anfallsweise zu gierigem Massenverbrauche geistiger Getränke kommt. Das Auftreten solcher Anwandlungen scheint in naher Beziehung zu Verstimmungen zu stehen, die unvermittelt einsetzen, bald alle paar Wochen, bald nur einige Male im Jahre, und mehrere Tage zu dauern pflegen. Die Kranken sind dann reizbar, „stachlig wie ein Igel", bekommen Wutanfälle, „können sich selbst nicht leiden", haben ein Gefühl

innerer Unruhe, „Ekel gegen alles“ und den Drang, sich auf irgendeine Weise aus diesem Zustande zu befreien. Sie verschwinden, laufen oder fahren irgendwohin und beginnen alsbald, sinnlos zu trinken, wenn sie sich nicht, was auch vorkommt, ins Krankenhaus aufnehmen lassen, um nichts anzustellen. „Wenn er wieder Bier zu trinken anfängt, dann weiß ich schon, daß bald wieder so ein Zustand kommt“, meinte die Frau eines Kranken; „wenn er ins Trinken kommt, läßt er sich nichts sagen; dann hilft alles Reden nichts mehr.“ Die Mengen, die von den Kranken heruntergegossen werden, sind in der Regel sehr groß; meist trinken sie Tag und Nacht ununterbrochen weiter; von einem Kranken wurde berichtet, daß er in wenigen Stunden für 7 Mark Schnaps getrunken habe. Eigentlich betrunken pflegen sie nicht zu werden, verlieren aber doch rasch die Selbstbeherrschung, treiben sich planlos herum, nächtigen in Stiegenhäusern, machen Lärm. Sehr häufig sind Selbstmordversuche, gewöhnlich nicht sehr ernster Art; die Kranken schneiden auf der Straße an ihrem Handgelenk herum, wollen sich erstechen, rufen nach einem Revolver, trinken Salzsäure. Öfters gesellt sich zu dem Drange nach Alkohol noch eine starke geschlechtliche Erregung; eine Kranke, die sich in solchen Zeiten wahllos prostituierte, gab an, es sei ihr, als ob sie einer ziehe; der Trieb sei stärker als der Wille.

Außerhalb derartiger Anfälle können die Kranken mäßig oder selbst enthaltsam sein; sie verfallen aber nicht selten dem dauernden Alkoholmißbrauche. In der Regel bieten sie noch allerlei mehr oder weniger ausgesprochene psychopathische Eigentümlichkeiten dar. Häufig sind sie unstet, unberechenbar, fassen unvermittelte Entschlüsse, wechseln plötzlich Stellung und Beruf, führen ein abenteuerliches Leben mit überraschenden Wendungen. Ein Kranker sprach von der „Atemenge“, die ihn überfalle und ihn dazu zwinge, mit einem Male alles aufzugeben und davonzugehen. Mehrere meiner Kranken wurden Landstreicher; einer war in der Fremdenlegion. Einzelne haben die Neigung, sehr stark zu rauchen, zu spielen. Ein Kranker gab an, daß er den Drang fühle, etwas zu zerstören, Blut fließen zu sehen, jemanden zu morden, gerade, als wenn es ihn mit allen Fingern hinziehe; er lockte Kinder mit Zuckersachen an und berauschte sich in dem Gedanken, mit ihnen allein sein und ihnen etwas antun zu können, ohne jedoch irgendeinen derartigen Versuch zu machen. Die wirtschaftliche Lage der Kranken ist natürlich

zumeist keine günstige. Sie finden keinen dauernden Verdienst, machen Schulden und kommen auch wohl zu Zechprellereien, Diebstählen, Urkundenfälschung, Bettel, Gewerbsunzucht.

Da der Verstand der Kranken in der Regel leidlich entwickelt und nicht geschädigt ist, zeigen sie bisweilen eine gute Einsicht in ihre Unzulänglichkeiten. Ein Kranker meinte, den Pflug seines Daseins ziehe ein Zwittergespann, „ein stolzes Roß und ein krankes Kamel". Er entwarf von sich die folgende Schilderung, aus deren gesuchter Selbsterniedrigung die Eitelkeit herausblickt:

„Intelligenter Lump, der das Wohlwollen und die Güte edler Menschen durch gemeines Betragen zu vergelten verstand, jeden Charakters bar, bezog seinen Geist, mit welchem er fürchterlich renommierte, aus Fusel und Alkohol enthaltenden Flaschen, in gemeinen Kneipen und Schnapsdepots als Prahler und gemeiner Schuft bekannt. Macht dem Potatorentum alle Ehre. Zu feige, um zu sterben, schwach bis zur Erbärmlichkeit, lebt dieses Subjekt, als widerliches Specimen der Menschheit sich und andern zur Qual. Nota: Wahnvorstellungen von Dichtkunst und fabelhafter Überschätzung geringen Wissens sind die krankhaften Seiten dieses von Natur sonst nicht schlecht angelegten Wesens, das, den Kampf des Lebens mit lächerlichen Waffen führend, schließlich elendiglich zugrunde geht. Quousque tandem!"

Auch bei den Triebmenschen finden sich vielfach allerlei nervöse, öfters auch ausgesprochene hysterische Krankheitszeichen. Eine Reihe von Kranken litten an Schwindelanfällen, einige an Ohnmachten, Krampfanfällen, Magenkrämpfen, vorübergehendem Schwinden der Gedanken, Nachtwandeln. Ein Kranker berichtete über das nächtliche Erscheinen seiner Mutter; ein anderer hatte unter Alkoholeinfluß einen psychogenen Verwirrtheitszustand, in dem er seinen ehemaligen Arbeitgeber schwer bedrohte. Viele Kranke klagten über Kopfschmerzen, die jedoch möglicherweise zum Teil dem Alkoholmißbrauche entstammten. —

Die Gruppe der Triebmenschen umfaßt in der hier versuchten Umgrenzung nur 2—3% der unserer Klinik zugehenden Psychopathen. Fast alle Kranke waren Männer, ein Umstand, der uns später noch beschäftigen wird. Über den Altersaufbau vermag ich wegen der geringen Zahl der Beobachtungen keine genaueren Angaben zu machen. Der Umstand jedoch, daß 62% der Kranken bei ihrem Eintritte in die Klinik das 25. Lebensjahr bereits überschritten hatten, scheint mir dafür zu sprechen, daß wir es hier nicht, wie bei manchen anderen Formen der Psychopathie, mit einer einfachen

Entwicklungsstufe, sondern mit einer dauernden persönlichen Unzulänglichkeit zu tun haben. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß die jugendlichen Ausreißer nur ausnahmsweise einmal zu uns gebracht werden. Ledig waren von meinen Kranken 76%, im Hinblicke auf das hohe Durchschnittsalter ein Beweis für ihre Unfähigkeit zur Erreichung einer festen Lebensstellung. Aus München stammten nur 10% der Kranken, dagegen 45% aus anderen Großstädten; vielleicht hängt das mit der Unstetigkeit der meist in städtischen Verhältnissen aufgewachsenen Kranken zusammen. Über den Beruf der Kranken läßt sich kaum etwas Sicheres sagen, weil er vielfach wechselte. Im allgemeinen schienen aber Berufe vorzuwiegen, die eine gewisse Bildung voraussetzen. Vertreten waren ein Offizier, ein Bankbeamter, ein Student, ein Sprachlehrer, ein Buchhändler, ein Schriftsteller, ein Photograph, ein Zeichner, ein Zahntechniker, mehrere „Kaufleute" u. a.

Die Kleinheit der zur Verfügung stehenden Zahlen läßt neben den anderen, früher öfters erörterten Fehlerquellen die Ermittlungen über die erbliche Belastung der Kranken wenig zuverlässig erscheinen. Ich erhielt verhältnismäßig hohe Zahlen, in 71% der Fälle allgemeine Familienbelastung, in 57% solche von seiten der Eltern. Alkoholismus bestand bei den Eltern in 19%, während sich Nervosität oder Psychopathie bei ihnen in 43% und Geisteskrankheit nur in einem einzigen Falle nachweisen ließ. Will man diesen Zahlen Beachtung schenken, so würden sie dafür sprechen, daß die erbliche Veranlagung bei den Triebmenschen eine erhebliche Rolle spielt, eine Erfahrung, die, wie unsere Erörterungen über das Alter der Kranken, für eine tiefe Verankerung der krankhaften Störungen sprechen würde. Mehrere der Kranken waren schwächlich; einer zeigte Syndaktylie und Polymastie, ein anderer ausgesprochenen körperlichen Infantilismus. Ein Kranker hatte spät laufen gelernt; einige hatten an Kinderkrämpfen, einer an Veitstanz gelitten; andere hatten lange Zeit das Bett genäßt. Ein Viertel der Kranken war überempfindlich gegen den Alkohol. —

Die kennzeichnende Eigentümlichkeit der hier geschilderten Störungen liegt in der Überwältigung der vom Verstande geleiteten Willensentschließungen durch triebartige Regungen. In dem Zusammenwirken der verschiedenen willenbildenden Strebungen gewinnen diejenigen eine ungewöhnliche Macht, die aus allgemeinen

Stimmungen und Lebenswünschen entspringen, gegenüber den Steuerungen und Hemmungen, die ihnen sonst von seiten der höheren, durch Erziehung und Erfahrung gewonnenen Willensrichtungen auferlegt werden. Es scheint hier demnach eine Verschiebung in dem Verhältnisse zwischen den urwüchsigen Triebkräften des Willens und den sie lenkenden, den Anforderungen des Gemeinschaftslebens anpassenden seelischen Gewalten stattzufinden. Am nächsten liegt es, an eine unzulängliche Ausbildung dieser letzteren zu denken, die demgemäß nicht die ihnen gebührende, herrschende Stellung zu erlangen vermögen. Es ließ sich auch nicht verkennen, daß die hier zusammengefaßten Kranken durchweg einen unausgeglichenen, sprunghaften Charakter aufwiesen, dem die Stetigkeit, die Fähigkeit der Selbstbeherrschung und der Anpassung mangelte.

Unter den Quellen, aus denen die triebartigen Regungen unserer Kranken entspringen, ist zunächst der Drang nach einer rein äußerlichen Überlegenheit über die Umgebung, die „Großmannssucht", zu nennen. Aus ihr geht die Neigung hervor, zu prahlen, zu lügen, ebenso zum Teil die Verschwendungssucht, soweit dadurch Eindruck gemacht und das Ansehen der eigenen Person gehoben werden soll. Sodann aber dient die Verschwendung auch der Erfüllung eines zweiten allgemeinen Lebenswunsches, der Genußsucht, der sie unbedenklich alle Mittel zur Verfügung stellt. Schwieriger zu deuten ist der Ursprung der inneren Unruhe, die dem Wandertriebe und auch wohl den dipsomanischen Anwandlungen zugrunde liegt. Die Schilderungen der Kranken weisen darauf hin, daß in ihnen eine Spannung entsteht, die in irgendeiner Weise zum Handeln drängt. Ihnen wird zu eng; es treibt sie „ins Weite". Auch dem Gesunden sind solche Stimmungen nicht fremd, wenn er sich längere Zeit in einen einförmigen Tageslauf eingezwängt fühlt, der ihm keinen Spielraum zu selbständigen Entschließungen und willkürlichen Abweichungen läßt. Ein guter Teil des „Reizes der Neuheit" beruht doch wohl auf der Anregung, neue Bahnen des Denkens und Handelns einzuschlagen, sich von den Fesseln freizumachen, die von der Gewohnheit geschmiedet werden. Man wird daher die tiefste Wurzel der Unstetigkeit unserer Kranken in einer Art Freiheitsdrang suchen dürfen, der sich dem Joche der Ordnung und Regelmäßigkeit nicht fügen kann, wie es die Bedürfnisse des Gemeinschaftslebens uns auferlegen. Es ist, wie mir scheint, derselbe uralte Trieb, der das Tier veranlaßt,

herumzuschweifen, der ihm die Gefangenschaft in jeder Form so unerträglich macht und nur mühsam durch die Domestikation, beim Menschen durch die Ausbildung des Gemeinsinnes überwunden wird.

Allerdings ist die Unstetigkeit bei unseren Kranken nicht immer eine dauernde Eigenschaft, sondern sie tritt vielfach ausschließlich oder doch vorwiegend im Anschlusse an Verstimmungen hervor. Dazu ist zu bemerken, daß die Verstimmungen an sich einen sehr häufigen Ausdruck gemütlicher Unausgeglichenheit darstellen. Sie können zu den verschiedenartigsten Triebhandlungen führen, in denen sich die innere Spannung entladet, zu hysterischen Krämpfen und Verwirrtheitszuständen, zu unsinnigem Trinken, zum Fortlaufen, zu Selbstmordversuchen, zu Gewaltausbrüchen gegen die Umgebung. Alle diese Begleiterscheinungen der Verstimmungen sind wohl als unwillkürliche Versuche aufzufassen, sich irgendwie dem unerträglichen Zustande zu entziehen, durch die Flucht in die Bewußtlosigkeit, in die alkoholische Betäubung, aus der augenblicklichen Umgebung, ja selbst aus dem Leben, andererseits durch feindselige Abwehr gegenüber der Außenwelt. Auch hier handelt es sich also im wesentlichen um das Bestreben, die bedrängte innere Freiheit wiederzuerlangen.

Man wird es vielleicht auffallend finden, daß die von uns angenommene einseitige Entwicklungshemmung des Willens nicht, wie die früher beschriebenen Formen der Psychopathie, in der Hauptsache eine vorübergehende, mit der seelischen Reifung sich wieder ausgleichende Störung darstellt. Zum Teil handelt es sich hier nur um einen aus äußeren Bedingungen hervorgehenden Beobachtungsfehler. Das Fortlaufen ist in der Tat sehr häufig auf die jugendlichen Altersstufen beschränkt, entzieht sich aber gerade hier in der Regel der psychiatrischen Würdigung. Weiterhin aber ist darauf hinzuweisen, daß sich die ganze Größe des Mißverhältnisses zwischen Trieb und überlegtem Wollen vielfach erst im Reifealter selbst zeigen kann. Beim Kinde sind bis in die Entwicklungsjahre hinein im allgemeinen weder Genußsucht noch Freiheitsdrang so mächtige Triebfedern des Handelns, daß sie nicht durch äußere und innere Einflüsse verhältnismäßig leicht im Zaume gehalten werden könnten. Ihre Macht wächst aber weiterhin erheblich an. Die Gewalt der Begierden wie der Spielraum, sie zu befriedigen, ist im dritten und vierten Jahrzehnt ungleich größer, als im zweiten. Ebenso nimmt der Drang nach Freiheit und Un-

abhängigkeit in diesem Alter zu; die Bereitwilligkeit, sich dem äußeren Zwange zu fügen, wird geringer; die Möglichkeit, sich ihm zu entziehen, steht überall offen. Bleibt gegenüber diesen Entwicklungen das Gegengewicht aus, das der Macht der Triebe die Wage hält, so werden sie allmählich mehr und mehr die Oberhand gewinnen, zumal auch die äußeren Lebensbedingungen der Freiheit des Handelns immer weniger Schranken entgegensetzen. Tatsächlich findet sich in der Vorgeschichte einer ganzen Reihe von Kranken vermerkt, daß sich gegen das Ende der Entwicklungszeit, etwa um das 18. Jahr herum, manchmal etwas früher oder später, eine immer deutlicher werdende Veränderung ihres Wesens durch Überhandnehmen der Triebhandlungen herausgebildet habe. Ohne Zweifel ist aber auch dem in dieser Zeit beginnenden Alkoholmißbrauche ein großer Teil der Schuld beizumessen, insofern er die hier ohnehin geringe Fähigkeit der Selbstbeherrschung auf das schwerste schädigt; von meinen Kranken waren nicht weniger als 76% dem Trunke ergeben. In anderen Fällen ließen sich die Triebhandlungen bis in die Jugend zurückverfolgen; einige Male schienen sie aber auch erst in der zweiten Hälfte der 20er Jahre oder selbst noch später in den Vordergrund zu treten, vielleicht unter dem Einflusse äußerer begünstigender Umstände.

Sehr überraschend erscheint auf den ersten Blick die geringe Vertretung des weiblichen Geschlechtes unter unseren Triebmenschen. Man sollte doch meinen, daß gerade bei ihm, mit seinem so stark entwickeltem Triebleben, die von uns angenommene Überwältigung des vernünftigen Willens durch Gemütsbedürfnisse besonders leicht zustande kommen müsse. Das ist auch innerhalb gewisser Grenzen zweifellos der Fall. Indessen läßt sich doch wohl einigermaßen verstehen, warum die hier geschilderten Triebhandlungen bei den Frauen weit seltener beobachtet werden. Zunächst sind gewisse äußere Hindernisse nicht ohne Bedeutung. Die wirtschaftliche Selbständigkeit auch der alleinstehenden Frau ist weit geringer, so daß schon deswegen der Spielraum ihrer Großmannssucht ein engerer ist. Weibliche Verschwender, die es ja tatsächlich in großer Zahl gibt, sind fast immer Schmarotzer und insofern von männlichen Verschwendern abhängig. Sobald diese versagen, haben sie weit begrenztere Möglichkeiten, ihre Wünsche in die Tat umzusetzen; nur ausnahmsweise vermögen sie sich, etwa als Diebinnen oder ganz besonders als

Schwindlerinnen, die erforderlichen Mittel zu verschaffen, müssen dann aber jene Fähigkeiten besitzen, die sie der Gruppe der geborenen Hochstapler oder Gesellschaftsfeinde einreihen. Dazu kommt aber, daß eine der wichtigsten Triebfedern der Verschwendung, das geschlechtliche Bedürfnis, für sie eher zu einer Erwerbsquelle wird, und daß der große Zerstörer der Selbstbeherrschung, der Alkohol, ihnen in viel geringerem Umfange gefährlich wird, als dem Manne.

Nicht ohne Bedeutung dürfte es ferner sein, daß die eigentümlich triebhafte Unstetigkeit, wie wir sie bei den Wanderern, oft genug aber auch bei den Dipsomanen und Verschwendern finden, offenbar vorwiegend dem Boden des männlichen Seelenlebens entspringt. Mag nun unsere Zurückführung auf einen urwüchsigen Freiheitsdrang berechtigt sein oder nicht, so ist es doch einleuchtend, daß dem Weibe naturgemäß das Herausdrängen aus den gegebenen Verhältnissen viel ferner liegt, als dem „ins feindliche Leben" hinausstürmenden Manne. Damit entfällt aber eine der wichtigsten Quellen für die Entstehung von Triebmenschen.

Es ist indessen zu betonen, daß wir es bei der anscheinenden Seltenheit weiblicher Triebmenschen zum guten Teil einfach mit einer Verschiebung der Betrachtungsweise zu tun haben. Das Trieblеben des Weibes richtet sich auf wesentlich andere Ziele, als dasjenige des Mannes; es umfaßt in erster Linie das gesamte Fortpflanzungsgeschäft, während es den allgemeinen Lebenswünschen des Mannes kühler gegenübersteht. Wir kennen aber beim Weibe sehr wohl übermächtig wuchernde Triebe, die seinem eigensten Gebiete, angehören. Einmal kann das reine Geschlechtsbedürfnis die ganze seelische Persönlichkeit beherrschen, wie es bei den geborenen Prostituierten der Fall ist, die wir in einem anderen Abschnitte zu besprechen haben werden. Sodann kann der Brutpflegetrieb zur krankhaften Affenliebe werden, die jedoch im allgemeinen nur durch ihre ungünstigen Wirkungen auf die Nachkommenschaft psychiatrische Bedeutung zu gewinnen pflegt.

Noch eine andere Verschiebung der klinischen Betrachtungsweise trägt zweifellos dazu bei, das Gebiet der weiblichen Triebmenschen einzuengen. Beim weiblichen Geschlechte geht eine starke Ausprägung des Trieblebens in viel höherem Grade, als schon bei den Männern, mit urwüchsigen, hysterischen Ausdrucksformen der Gemütsbewegungen einher, die bei ihm ja überhaupt besser erhalten

sind. So kommt es, daß eine gewisse Zahl von Fällen, die beim männlichen Geschlechte der hier geschilderten Gruppe eingegliedert sind, beim Weibe der Entartungshysterie zufallen, die wir ja als eine Verbindung von seelischen Entartungserscheinungen mit hysterischen Krankheitszeichen kennen gelernt haben. Bedenken wir endlich, daß uns im Bereiche des früher geschilderten impulsiven Irreseins ein starkes Überwiegen des weiblichen Geschlechtes begegnet ist, so werden wir zu dem Schlusse kommen, daß seine geringe Beteiligung an unserer Gruppe der Triebmenschen nur zum kleineren Teile auf inneren, aus den Verschiedenheiten der Geschlechter hervorgehenden Gründen beruht, in der Hauptsache aber lediglich durch die Art der klinischen Gruppierung bedingt ist. —

Die Umgrenzung der hier geschilderten Gruppe psychopathischer Persönlichkeiten ist nach den verschiedensten Richtungen hin unvollkommen und wird noch vielfache Berichtigungen erfahren müssen. Zunächst ist die Abtrennung vom impulsiven Irresein eine künstliche. Man wird nur geltend machen können, daß die dort besprochenen Triebhandlungen schon ihrer Richtung nach auf krankhafte Abweichungen des Trieblebens selbst hinweisen, während sie sich hier in der Hauptsache aus allgemeinen Lebenswünschen ableiten lassen, die sonst vom vernünftigen Wollen beherrscht werden. Unter diesem Gesichtspunkte ließen sich hier etwa noch die krankhafte Spielwut und Sammelwut anreihen, die beide als Ausdrucksformen des Erwerbssinnes aufgefaßt werden können. Bei der ersteren wirkt als Triebfeder wesentlich mit die Spannung, der Reiz der Gefahr und die Aussicht auf plötzlichen hohen Gewinn. Der Sammler wird besonders angestachelt von dem Ehrgeiz, in irgendeinem Punkte allen Mitbewerbern überlegen zu sein. Eine selbständige psychiatrische Bedeutung pflegen diese Neigungen nicht zu gewinnen; sie finden sich aber öfters mit anderen Auswüchsen des Trieblebens vergesellschaftet.

Außer den bereits erörterten Beziehungen zu den Haltlosen haben die Triebmenschen ferner manche Berührungen mit den Gesellschaftsfeinden aufzuweisen. Da bei diesen jene höheren Strebungen verkümmert sind, die der Einordnung in das gesittete Gemeinschaftsleben dienen, wird auch bei ihnen das Handeln vorzugsweise von den niederen Trieben geleitet. Dabei sind aber infolge ihrer Gemütlosigkeit die Triebfedern der Nächstenliebe und des Gemeinsinns über-

haupt unentwickelt geblieben, so daß es zu einem erbitterten Kampfe gegen die Einrichtungen kommt, die diesen Zwecken dienen. Bei den Triebmenschen ist die Störung eine mehr umgrenzte; nur einzelne Triebrichtungen vermögen sich gegenüber der unvollkommenen Herrschaft des Willens durchzusetzen, während auf anderen Gebieten das vernünftige Wollen die Oberhand behält. Man wird hier jedoch Übergänge erwarten dürfen. Auch die Lügner und Schwindler endlich handeln vielfach triebartig, und wir haben gesehen, daß Andeutungen ihrer Eigentümlichkeiten bei den Triebmenschen nicht selten sind. Die außerordentliche Regsamkeit ihrer Einbildungskraft und die daraus entspringenden Folgen für die gesamte Lebensführung lassen jedoch ihre Zusammenfassung zu einer besonderen Gruppe berechtigt erscheinen, die freilich ebenfalls keine scharfen Umrißlinien aufweisen kann.

Wie mir scheint, stehen die Triebmenschen in den allernächsten Beziehungen zur Affektepilepsie. Der einzige Unterschied liegt eigentlich darin, daß dort regelmäßig, wenn auch vereinzelt, noch schwere epileptiforme Anfälle zu verzeichnen sind, die eben bisher die Einbeziehung der Fälle in den Sammelbegriff der Epilepsie veranlaßt haben. Sobald einmal die Auflösung der heutigen Epilepsie in ihre verschiedenartigen Bestandteile zuverlässiger möglich ist, als zurzeit, dürfte sich die Affektepilepsie der Hauptsache nach als eine Form der psychopathischen Veranlagung erweisen, die der hier besprochenen zum mindesten sehr nahe verwandt, wenn nicht mit ihr wesensgleich ist. Die epileptiformen Anfälle werden sich dann, wie schon früher erwähnt, vielleicht dahin deuten lassen, daß hier eine vorgebildete Einrichtung unseres Gehirns, die sonst wesentlich nur durch chemische Reize in Gang gesetzt zu werden pflegt, ausnahmsweise auch einmal psychischen Auslösungen zugänglich wird.

Auch mit gewissen Erscheinungsformen der Entartungshysterie sind die Triebmenschen, wie schon angeführt, nahe verwandt. Oft genug findet sich, wie gerade auch bei der „Affektepilepsie", ein solches Gemisch von hysterischen Zügen mit Triebhaftigkeit des Wollens, daß die Zuteilung des einzelnen Falles bis zu einem gewissen Grade willkürlich erscheinen kann. Wir werden das begreiflich finden, wenn wir bedenken, daß wir es auch bei der Entartungshysterie mit Unzulänglichkeiten der Entwicklung zu tun haben, infolge deren

alte, überwundene Einrichtungen unseres Seelenlebens nur unvollkommen durch höhere Leistungen verdrängt und beherrscht werden.

Die klinische Deutung des einzelnen Falles kann endlich auch gegenüber der Epilepsie unter Umständen zweifelhaft werden. Insbesondere ist bei der Beurteilung der Verstimmungen, des Wanderns und der dipsomanischen Anfälle Vorsicht geboten. Zunächst wird hier überall das klinische Gesamtbild zu beachten sein, die Regsamkeit, Reizbarkeit und Unstetigkeit der Psychopathen einerseits, die Anfälle aller Art, die Schwerfälligkeit und die seelische Einengung der Epileptiker andererseits. Die Verstimmungen dieser letzteren zeigen in der Art ihres Auftretens, in ihrer Häufigkeit und Dauer eine viel größere Regelmäßigkeit und Einförmigkeit, und sie erscheinen den Kranken selbst als fremdartige, sich ihnen aufdrängende Störungen, anders als die hier beobachteten, zudem vielfach von äußeren Anlässen beeinflußten Schwankungen des gemütlichen Gleichgewichtes, die mehr denjenigen nervöser und hysterischer Personen entsprechen. Das triebartige Wandern unterscheidet sich von demjenigen der Epileptiker vor allem durch das Fehlen der Bewußtseinstrübung, die häufige Auslösung durch einen äußeren Anstoß, die unbegrenzte, wesentlich durch zufällige Bedingungen bestimmte Dauer und die vollkommen erhaltene Erinnerung. Dabei erscheint dem Triebwanderer sein Handeln durchaus nicht als unnatürlich, sondern als die einfache Erfüllung eines übermächtigen Verlangens. Für die dipsomanischen Anfälle der Epileptiker gelten ähnliche Gesichtspunkte wie für die Verstimmungen; sie treten regelmäßiger auf, kommen und endigen unvermittelter, verlaufen gleichartiger, sind unabhängiger von äußeren Einflüssen und gehen häufiger mit Bewußtseinstrübungen und Amnesie einher. —

Die Behandlung der Triebmenschen wird im allgemeinen nur einen geringen Spielraum haben. Soweit es sich um das Ergebnis bereits abgeschlossener Entwicklungen handelt, können wir eine wesentliche Wandlung der Persönlichkeit nicht mehr erwarten. Dennoch läßt sich gerade hier unter Umständen eine wesentliche Milderung der Krankheitserscheinungen durch Ausschließung des Alkohols erreichen, dessen ebenso ungünstigen wie verbreiteten Einfluß wir früher kennen gelernt haben. Allerdings ist die notwendige Erziehung zur völligen Enthaltsamkeit von geistigen Getränken hier sehr schwierig und kann unter unseren heutigen Verhältnissen nur

in vereinzelten Fällen durchgeführt werden. Wo es weder auf diesem Wege noch durch sonstige psychische Einwirkung gelingt, das Handeln der Kranken in erträglichen Bahnen zu halten, wird eine Beschränkung ihrer Freiheit nach dieser oder jener Richtung hin nicht zu umgehen sein.

D. Die Verschrobenen.

Eine kleine Gruppe von Psychopathen, deren klinische Deutung und Umgrenzung noch recht zweifelhaft ist, bilden die Verschrobenen[1]). Sie sind gekennzeichnet durch das Fehlen der inneren Einheitlichkeit und Folgerichtigkeit in ihrem Seelenleben. Die Verstandesbegabung ist in der Regel mäßig, manchmal auch ziemlich gut. Die Kranken sind öfters zerstreut, vergeßlich, zeigen Schwankungen in ihrer geistigen Leistungsfähigkeit; „das Gehirn streikt von Zeit zu Zeit". Einzelne haben künstlerische Interessen, geben sich mit Erfindungen ab; ein Kranker meinte, er leide an „Erfinderitis". Das Urteil wird durch Überwuchern einzelner und Versagen anderer Denkrichtungen schief und einseitig; die Kranken neigen zu Übertreibungen und Verstiegenheiten in ihren Lebensanschauungen, haben eine Vorliebe für überspannte und weltfremde Ideen. Oft sind sie schlagfertig, redegewandt, verfassen lange und reichliche Schriftstücke. Ihre Ausdrucksweise ist vielfach schwülstig, geschraubt, der Inhalt ihrer Reden und Darstellungen weitschweifig, abspringend, zerfahren, voll nichtssagender Redensarten. Manche Kranke zeigen eine gewisse Verschlagenheit und Pfiffigkeit, verstellen sich, verfallen auf allerlei Ausflüchte, wissen ihre auffallenden Handlungen mehr oder weniger einleuchtend zu begründen. Hie und da begegnen uns Andeutungen von wahnhaften Gedankengängen. Die Kranken fühlen sich zu Höherem berufen, werden nicht genug beachtet; man sieht sie auf der Straße sonderbar an; es wird gegen sie gehetzt; die Frau will sie vergiften. Manchmal haben sie ein gewisses Krankheitsgefühl; ein Kranker kam wiederholt in die Klinik, damit man untersuche, ob er „närrisch" sei.

Die Stimmung ist in der Regel gehoben, manchmal auch gedrückt, mißtrauisch, gereizt. Die Kranken zeigen ein starkes Selbstgefühl, wissen alles besser, haben selbst das beste Urteil; sie loben sich, prahlen, fühlen sich als Edelmenschen, messen alle Schuld an

[1]) Birnbaum, Monatsschr. f. Psychiatrie, XXI, 308.

ihren Mißerfolgen der Umgebung und widrigen Zufälligkeiten bei. Regelmäßig besteht eine erhöhte gemütliche Erregbarkeit. Die Kranken sind empfindlich, regen sich über jede Kleinigkeit auf, klagen viel, geraten leicht in maßlose Wut, fluchen, schimpfen, schreien, stoßen wilde Drohungen aus. Andererseits zeigen sie öfters eine weibische Empfindsamkeit, gefallen sich in schwermütigen Träumereien, überspannten Redensarten, suchen den Friedhof, die Einsamkeit auf. Manche Kranke werden von triebartigen Abneigungen gegen bestimmte Personen, den Bruder, die Schwiegermutter, beherrscht, die sie als die Ursache ihres Unglücks ansehen und mit ihrem Hasse verfolgen. Ihre Gemütsart ist vielfach eigensinnig, unverträglich, nörgelig; sie sind schwierig zu behandeln, wenig zu beeinflussen, dabei launenhaft, unzuverlässig und unberechenbar.

Das Handeln und die Lebensführung der Kranken erscheint planlos, widerspruchsvoll, teilweise ganz unbegreiflich. Ihnen fehlt der Sinn für das Wirkliche, die Fähigkeit zu folgerichtiger Würdigung tatsächlicher Verhältnisse. Sie vermögen sich nicht in einen geregelten Arbeitsbetrieb einzufügen, auch wenn sie vielleicht für sich allein nicht ohne Geschick und Ausdauer tätig sind. Darum halten sie es in der Regel nirgends lange aus, versagen plötzlich, wechseln die Stellen aus nichtigen Gründen, wenden sich immer wieder anderen Berufen zu. Sie beginnen alle möglichen Unternehmungen, ohne ein richtiges Verständnis für die tatsächlichen Erfolgsmöglichkeiten und die zu ihnen führenden Mittel und Wege zu besitzen; sie richten sich nicht nach fremden Erfahrungen, sondern suchen ihre eigenen Wege zu gehen, beschäftigen sich mit ganz aussichtslosen und abseits liegenden Plänen. Da sie die Dinge unzweckmäßig, in absonderlicher Weise anzugreifen pflegen, haben sie nirgends Glück, kommen nicht vorwärts. Nicht selten begehen sie auffallende Handlungen, irren nachts umher, sperren sich aus Ärger in den Keller ein, benehmen sich läppisch; ein Kranker, der in ganz guten Verhältnissen lebte, führte zahlreiche kleine Diebstähle aus. Ein 46jähriger Kranker heiratete ein 21jähriges Mädchen und meinte dann, das sei zwangsweise, wider seinen Willen geschehen. Auch in ihren Lebensgewohnheiten zeigen sie oft allerlei schrullige Eigenheiten, ziehen sich zurück, halten sich an eine merkwürdige Ernährungsweise, können nur unter bestimmten Voraussetzungen schlafen.

Am augenfälligsten pflegen sich die Verschrobenheiten der Kranken in ihren Beziehungen zum anderen Geschlechte geltend zu machen. Manche Kranke lehnen sie überhaupt von vornherein ab. Bei den meisten aber entstehen aus ihnen mehr oder weniger schwere Kämpfe, da sie ganz unfähig sind, sich in ein vernünftiges Zusammenleben zu fügen. Sie prügeln die Frau, um sie zu erziehen, stellen ihr allerlei Zumutungen, sie solle nackt vor ihnen tanzen, sich jederzeit unter die Röcke greifen lassen; sie suchen sie zu würgen, werfen mit brennender Lampe nach ihr, wenn sie widerstrebt. Ihnen fehlt ganz das Verständnis für die gegenseitige Gleichberechtigung; sie suchen Zuneigung und Hingebung durch Gewalttätigkeit zu erzwingen. Eine Dienstmagd, die in ihren Herrn verliebt war, schrieb ihm unaufhörlich Drohbriefe für den Fall, daß er sie nicht erhöre. Ein Kranker, der mit seiner Braut in Streit lebte und sie geprügelt hatte, belästigte sie in der kindischsten Weise durch Spottlieder, Steinewerfen, Auflauern, Verhöhnen, um so wieder Zutritt zu ihr zu erhalten; er kam in die Klinik mit dem Ersuchen, daß man sie kommen lasse und eine Aussöhnung vermittle. Ein anderer kam zu seiner wegen Selbstmordversuchs in die Klinik verbrachten Braut mit einem Rasiermesser, um ihr den Hals abzuschneiden, da sie ihm gestanden habe, daß sie auch mit anderen verkehre; er hatte sich auch schon aus dem botanischen Garten Giftblätter geholt, um so das Unrecht zu sühnen, meinte aber zugleich, er werde den Tod des Mädchens nicht überleben, könne ihr jedoch nie mehr von Herzen verzeihen.

Bei einem Kranken waren in der Jugend nach Schreck Krämpfe aufgetreten; ein anderer litt öfters an Schwindelanfällen; auch versagte ihm die Sprache manchmal. Von einem Kranken wurde berichtet, daß er schon in der Schule lachen mußte, wenn er von den Lehrern vorgenommen wurde; es überfalle ihn wie ein Zwang, gab er an. Es handelte sich überwiegend um Männer; die Hälfte der Kranken stand bei ihrer Aufnahme jenseits des 35. Lebensjahres. Fast alle Kranken stammten aus schwer entarteten Familien; ich fand in 70% unmittelbare krankhafte Belastung von seiten der Eltern. Eine Kranke hatte spät laufen und sprechen gelernt.

Die hier versuchsweise abgegrenzte Gruppe umfaßt nur eine kleine Zahl von Fällen. Es gibt zwar eine Menge von verschrobenen Persönlichkeiten; die meisten von ihnen erweisen sich jedoch als

Vorstufen, leichte Fälle oder Endzustände der Dementia praecox. Auch bei den hier verwerteten Fällen ließ sich ein gewisser Verdacht in dieser Richtung nicht immer unterdrücken. Es scheint mir aber doch nicht ausgeschlossen, daß die Verschrobenheit unter Umständen auch einmal eine andere klinische Bedeutung hat, als bei der Schizophrenie. Jedenfalls war bei der Mehrzahl unserer Kranken durchaus kein Zeichen nachzuweisen, das ihre Einordnung in diese Gruppe hätte rechtfertigen können; freilich läßt sich hier schwer eine zuverlässige Richtschnur finden. Bei der Dementia praecox nehmen wir an, daß der Krankheitsvorgang die inneren Abhängigkeitsbeziehungen schädigt, die beim Gesunden zwischen den einzelnen Seelengebieten bestehen. Dadurch soll die eigentümliche Zerfahrenheit im Wesen der Kranken entstehen, die für sie so kennzeichnend ist. Es ist aber gewiß denkbar, daß ein ähnliches Ergebnis auch durch ungleichmäßige Entwicklung der zusammenwirkenden seelischen Leistungen zustande kommen könnte. Auffallendes Versagen an einer Stelle, übermäßige Regsamkeit an einer anderen kann ebenso die innere Einheitlichkeit des Seelenlebens, die Folgerichtigkeit des Denkens, Fühlens und Handelns und damit die zweckmäßige Einpassung in die Lebensverhältnisse gefährden. Neben den klinischen Eindrücken, die bei unseren Kranken namentlich wegen der guten Erhaltung der gemütlichen Ansprechbarkeit nicht die Annahme einer schizophrenen Grundlage unterstützten, möchte ich noch auf die im Vergleiche mit der Dementia praecox ungemein schwere unmittelbare psychopathische Belastung hinweisen. Sie fällt vielleicht um so mehr ins Gewicht, als es sich doch im ganzen um verhältnismäßig geringfügige Krankheitserscheinungen handelte. Vielleicht wird es bei fortschreitender Erfahrung möglich sein, die Eigentümlichkeiten der schizophrenen und der psychopathischen Verschrobenheit genauer zu unterscheiden. Daß dabei dem Verhalten des Gemütslebens besondere Aufmerksamkeit zu schenken sein dürfte, wurde schon angedeutet.

Gewisse Beziehungen dürften zwischen der Verschrobenheit und den unentwickelten Formen der Paranoia bestehen, wie sie früher geschildert wurden. Ja, man könnte meinen, daß die hier dargestellten Personen nichts anderes sind, als derartige, paranoisch veranlagte Psychopathen. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, daß bei den Verschrobenen gerade die Neigung zur Wahnbildung ganz hinter

der Unausgeglichenheit ihres Wesens, der Zerfahrenheit ihres Denkens und der Unberechenbarkeit ihres Handelns zurücktritt. Wenn demnach auch gewisse Übereinstimmungen zwischen beiden Formen der psychopathischen Veranlagung vorhanden sind, so dürften doch Art und Anordnung der sie zusammensetzenden Störungen verschieden sein, ähnlich wie wir auch die übrigen Spielarten krankhafter Persönlichkeiten trotz vieler gemeinsamer Einzelzüge in ihren wesentlichen Entwicklungsrichtungen auseinandergehen sahen. Auch zu den Erregbaren und namentlich zu den Haltlosen führen Übergänge hinüber.

Da die Verschrobenen, wenn sie auch im Leben häufig Schiffbruch leiden, zumeist keine ernsteren gesellschaftsfeindlichen Handlungen begehen, pflegen sie nur gelegentlich und vorübergehend in die Hände des Irrenarztes zu gelangen. Sie stehen dann gewöhnlich schon in einem Alter, in dem an eine wesentliche Änderung ihres Zustandes nicht zu denken ist, die auch schon wegen ihrer schweren Belastung wenig wahrscheinlich wäre. Man wird sich daher im allgemeinen damit begnügen können, sie nach Möglichkeit zu überwachen und vor Entgleisungen zu schützen.

E. Die Lügner und Schwindler[1]).

Das Krankheitsbild der abnormen Lügner und Schwindler, der „Pseudologia phantastica", ist namentlich von Delbrück genauer umgrenzt worden. Wir haben es dabei im wesentlichen mit einer krankhaften Übererregbarkeit der Einbildungskraft, daneben aber auch mit Unstetigkeit und Planlosigkeit des Willens zu tun.

Die Kranken erscheinen auf den ersten Blick oft besonders begabt. Sie sind lebhaft, geistig regsam, fassen ungemein schnell auf, eignen sich spielend alle möglichen Einzelkenntnisse an, verfügen über allerlei geschichtliche, geographische, technische, medizinische Redensarten, die sie hier und dort aufgelesen haben und sehr geschickt wieder zu verwerten wissen; ein Tagelöhner sprach von der analytischen Geometrie, von Newton und dem Gravitationsgesetz. Überall wissen sie Bescheid, haben von allem gehört, vermögen sich über die verschiedensten Gebiete fließend zu unterhalten,

[1]) Risch, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie LXV, 576; Henneberg, Charitéannalen XXVI.

verblüffen durch die Sicherheit ihres Urteils und die Schlagfertigkeit ihrer Antworten. In ihre Reden flechten sie gern Zitate und Fremdwörter ein, gefallen sich in fremdsprachigen Ausdrücken und klingenden Wendungen. Manchmal verfügen sie auch über gute Sprachkenntnisse; ich kannte einen Kranken, der drei Sprachen vollkommen, 6 andere teilweise beherrschte. Ihr Redefluß ist meist sehr gewandt; sie lieben es, sich hören zu lassen, Vorträge zu halten; viele verstehen sich auch schriftlich sehr gut auszudrücken. Oft haben sie ein großes Lesebedürfnis, das sich besonders der „spannenden" Lektüre, den Indianergeschichten, später den Kriminalromanen zuzuwenden pflegt; manche Kranke holen sich ihr Wissen aus dem Konversationslexikon, um es bei nächster Gelegenheit wieder an den Mann zu bringen.

Durch die Ausdehnung ihres Vorstellungsschatzes und die Gewandtheit, mit der sie ihn handhaben, können die Kranken den Anschein umfassender Bildung und Belesenheit erwecken. Bei genauerer Prüfung stellt sich indessen heraus, daß sie überall nur zusammenhangslose Brocken aufgefangen haben, daß ihr Wissen ein ganz oberflächliches ist und in Wirklichkeit nur ein unklares Gemisch gänzlich unverarbeiteter und vielfach unverstandener oder stark verfälschter Einzelheiten darstellt. Manche Kranke besitzen eine ganz armselige Bildung und sehr geringe Kenntnisse. Dagegen wissen sie sich in neue Verhältnisse mit überraschender Leichtigkeit hineinzufinden, kümmern sich um alles, sind im Nu mit Namen, Personen, Beziehungen vertraut; sie verstehen es, die Menschen zu nehmen, sich ihnen anzupassen, ihnen Eindruck zu machen. Ihr selbstgewisses Auftreten, ihr nie versiegender Redestrom, ihre Schlagfertigkeit und Beweglichkeit geben ihnen gegenüber naiveren und schwerfälligeren Naturen eine große geistige Überlegenheit. Sehr häufig haben sie künstlerische, besonders dichterische und schriftstellerische Neigungen. Sie zeichnen, malen, musizieren, besuchen gern das Theater, schauspielern auch wohl selbst; namentlich aber verfassen sie Gedichte, erotische, humoristische, religiöse, schreiben Feuilletons, Räuber- und Detektivgeschichten. Eine Kranke richtete schon mit 8—9 Jahren Liebesgedichte an erfundene Personen; ein Kranker schrieb „über Rechtspflege, über die 4. Dimension und über das Drama am Starnberger See". Manche Kranke lieben es, sich in laienhafter Weise mit medizinischen oder techni-

schen Fragen zu beschäftigen, Kurpfuscherei zu treiben, Erfindungen zu machen; andere befassen sich mit Hypnotismus oder Spiritismus, schließen sich einer religiösen Sekte, der Heilsarmee an.

Schon in der Schule pflegt es sich zu zeigen, daß die Kranken zwar oft leicht lernen, aber weder Fleiß noch Ausdauer besitzen. Sie ermüden rasch, mögen sich nicht anstrengen, sind ablenkbar, bleiben nicht bei der Sache, beschäftigen sich mit Nebendingen, schwänzen. Höhere geistige Aufgaben, die Nachdenken und mühevolle Arbeit erfordern, haben für sie gar keine Anziehungskraft. Sie pflegen daher namentlich dann zu versagen, wenn sie vor Aufgaben gestellt werden, die Vertiefung und Gründlichkeit erfordern, wenn sie ihre Bildung zum Abschlusse bringen sollen; sie scheuen vor einem anstrengenden, verantwortungsvollen Berufe zurück, bestehen die Prüfungen nicht, schwenken vorher ab. So kommt es, daß ihre geistige Ausbildung trotz mancher guter, ja glänzender Anlagen durchaus unzulänglich bleibt. Ihrem Denken fehlt Planmäßigkeit, Ordnung und Zusammenhang, dem Urteil Reife und Sachlichkeit, der gesamten Lebensauffassung Tiefe und Ernst.

Die eigentlich kennzeichnende Störung ist bei den Kranken die außerordentliche Lebhaftigkeit ihrer Einbildungskraft und die Neigung, sich von ihr leiten zu lassen. Sie haben den Hang, ihre Gedanken nach allen möglichen Richtungen herumschweifen zu lassen, sich in unwirkliche Lebenslagen hineinzuträumen, sich Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft so auszumalen, wie es ihren Wünschen entspricht, und sich dann über die Wirklichkeit hinwegzusetzen. „Mir fällt oft ein kolossaler Wirrwarr von dummen und lächerlichen Sachen ein", erklärte eine Kranke, und ein Kranker meinte, „er spreche bisweilen Sachen, die ihm nachher wahnsinnig vorkommen"; „er hat sich immer Sachen eingebildet, die gar nicht existierten, der richtige Größenwahn", sagten seine Angehörigen. Von einem anderen hieß es: „Er ist bisweilen still; dann holt er es wieder nach, aber durch Lügen; da ist jedes Wort, das er sagt, eine Lüge; er bildet sich was ein und behauptet dann, es sei wahr; überhaupt, lügen tut er furchtbar."

Ähnliche Berichte erhält man regelmäßig. Die Kranken lügen von Jugend auf, ohne Veranlassung, „sinnlos", „das Blaue vom Himmel herunter"; sie schwelgen in Einbildungen, erzählen ganze Räubergeschichten in immer wechselnden Formen, bringen Träume als

wirkliche Erlebnisse vor, zeigen „abenteuerliche Anlagen", lieben es, sich zu verkleiden, sich für etwas Besseres auszugeben. Eine Kranke Reinhards gefiel sich darin, ihren Freundinnen Briefe voller Erfindungen zu schreiben, um auf diese Weise die nüchterne Wirklichkeit zu beleben; sie schrieb an andere und an sich selbst anonyme Briefe, um doch auch einmal etwas Anonymes zu haben. Bei ihren Wachträumereien können die Kranken derart in Eifer geraten, daß sie mehr oder weniger vollständig in ihren Erdichtungen aufgehen. „Ich komme so rein, ich denke mich so rein, daß ich faktisch daran glaube", äußerte ein Kranker; er erzählte, daß er in dem Glauben, ein Depot bei der Reichsbank zu haben, tatsächlich hineingegangen sei, um Geld zu erheben, und dann erst plötzlich über die Unsinnigkeit dieses Schrittes klar wurde. Von einem anderen wurde berichtet, er rede sich in seine Geschichten so hinein, daß er selbst daran glaube; er dulde keinen Widerspruch. Eine Kranke erklärte, sie habe sich von jeher als etwas Besseres, Vornehmeres hingestellt, sich in Romane hineingedacht; „mir haben halt die Abenteuer so gefallen; ich weiß selber nicht; ich denke mich oft in etwas hinein; ich weiß nicht, wie ich dazu komme". Ich sah einen Kranken, der rückhaltlos zugab, er lüge und schwindle in der greulichsten Weise, in demselben Satze aber schon wieder neue abenteuerliche Erfindungen vorbrachte. Manche Kranke begeistern sich an ihrer eigenen Gewandtheit im Erdichten und haben eine große Freude daran, bemühen sich, damit Eindruck zu machen, die Leute zu „verkohlen", wie ein Kranker sagte. Er fügte hinzu: „Glauben Sie es mir, Herr Doktor, wenn Sie 10 mal in Ägypten gewesen sind, ich bringe es fertig, Ihnen von Kairo zu erzählen, daß Sie nicht merken, ob ich da war oder nicht." Er verrenne sich so in den Gedanken, daß er Wahrheit und Lüge nicht unterscheiden könne und meine, selbst in Kairo gewesen zu sein.

Die uns in den Äußerungen der Kranken entgegentretende Unfähigkeit, Dichtung und Wahrheit bestimmt auseinanderzuhalten, legt die Vermutung nahe, daß bei ihnen allgemein die Treue der Erinnerung, vielleicht schon die Schärfe der Wahrnehmung, von krankhaften Störungen beeinflußt wird. Die von Horwitz angestellten Untersuchungen über die Auffassungs- und Merkfähigkeit bei derartigen Kranken haben indessen gezeigt, daß Erkennen und Merken von einfachen Reizen, Buchstaben, Wörtern, durchaus nicht immer

schlechter vonstatten geht. Es konnte auch nicht dargetan werden, daß bei den Lügnern und Schwindlern etwa das Gefühl der Sicherheit ihrer Angaben regelmäßig besonders groß und darum trügerischer gewesen wäre. Man wird daher zu dem Schlusse kommen müssen, daß die merkwürdige Verwischung der Grenzen zwischen Einbildungsvorstellungen und Wirklichkeit nicht ohne weiteres auf Fehlervorgänge im Ablaufe der einfachsten seelischen Leistungen zurückgeführt werden kann. Vielmehr wird anzunehmen sein, daß jene Krankheitserscheinung wesentlich erst bei der weiteren Verarbeitung des Erfahrungsstoffes zur Ausbildung kommt. Die Einflüsse, die in diesem Sinne wirksam sind, dürften namentlich auf gemütlichem Gebiete liegen. Dafür würden die Beobachtungen von Horwitz sprechen, daß Störungen der Auffassung und Einprägung sich vorzugsweise bei verstimmten oder leicht erregbaren Psychopathen fanden. Wir wissen aber auch aus dem gesunden Leben, daß Gemütsbedürfnisse aller Art Wahrnehmung und Erinnerung sehr stark zu färben vermögen. Bekannt genug sind ja die ungeheuerlichen Widersprüche zwischen den Aussagen gutgläubiger Zeugen in langen und aufregenden Prozessen, je nach der gemütlichen Stellung, die sie zu der Angelegenheit einnehmen. Die Hoffnung, der Wunsch, die gespannte Erwartung, die Furcht läßt uns sehen, was uns vorschwebt, und auch die Bilder der Vergangenheit erscheinen in der Erinnerung je nach unserer Stimmung in sehr verschiedenem Lichte; sie wandeln sich ferner langsam, aber unaufhaltsam im Sinne unserer allgemeinen Gemütsveranlagung.

Eine wichtige Stütze findet die Ansicht, daß die Erdichtungen unserer Kranken in erster Linie durch gemütliche Regungen beeinflußt werden, in der Erfahrung, daß sie fast ausnahmslos in enger Beziehung zur eigenen Person stehen. Allerdings berichten die Kranken wohl einmal über allerlei spielerische, romanhafte Einbildungen ohne weitere Bedeutung, die ihnen durch den Kopf gehen. Ein Kranker sah plötzlich in den Wolken eine Gesellschaft aus der Zeit Ludwigs XIV., und ein anderer fand sich auf einem Spaziergange in einer märchenhaften Umgebung mit herrlichen Schlößchen und friedlichen Schlangen. Schon hier wird man oft vermuten dürfen, daß sich die Kranken mit solchen Erzählungen aufspielen wollen. Jedenfalls aber läuft die ungeheure Mehrzahl ihrer Erfindungen darauf hinaus, ihre Person mit irgendeinem ganz besonderen Lichte

zu umgeben, zu prahlen, groß dazustehen. Alle möglichen Richtungen der menschlichen Begehrlichkeit können dabei zum Ausdrucke kommen; alle Herzenswünsche werden durch die hilfsbereite Einbildungskraft der Kranken ohne weiteres erfüllt.

Zunächst beziehen sich die Prahlereien auf die Vorzüge der eigenen Person. Der Kranke hat einen Hang „nach oben hinaus"; er ist „gescheiter als alle", ein „Eiferer für Wahrheit und Recht", brav, ehrlich und gottesfürchtig, ein „Genie in den Künsten", im Malen, Modellieren, auf der Violine; er besitzt „große Phantasie und Einbildungskraft wie alle großen Männer und Künstler". Er hat Kurse in Paris, Vorlesungen an der Sorbonne besucht, die Romane von Nic Carter und Rinaldini geschrieben, spricht viele Sprachen, versteht das Torpedowesen, die Nautik, Astronomie, Steuermannskunde, Takelagenkunde, das Artillerie- und Befestigungswesen, kennt den Mobilmachungsplan des Deutschen Reiches. Andere sind ausgezeichnete Radfahrer, besuchen jede Regatta, beschäftigen sich eifrig mit Aviatik, bauen an einem „Zeppelinmodell". Ein 17jähriger Kranker sandte über seine angeblichen „12 wunderbaren Gleitflüge" Berichte an die Zeitungen, in denen die „enorme Sicherheit des wackeren Fliegers" gerühmt wurde, der „einer der besten Flieger Deutschlands" werde, eine Gleitflugschule ins Leben gerufen habe, einen ganzen Tag mit einem Passagier geflogen sei, einen Huldigungsflug für den Prinzregenten plane und schon einen jugendlichen Schüler besitze; auch über einen angeblichen Sturz in den Inn wußte er mit allen Einzelheiten zu berichten. Ein anderer Kranker berauschte sich an dem Gedanken, daß er einem anarchistischen Klub beigetreten war; er hätte am liebsten allen Menschen zugerufen: „Seht her! Ich bin Anarchist!"

Eine Reihe von Kranken prahlen mit schriftstellerischen und wissenschaftlichen Leistungen. Sie behaupten wahrheitswidrig, studiert zu haben, waren Theologen, Mediziner, Mathematiker, Juristen, Chemiker, verkehrten bei einem Korps, hatten eine Assistentenstelle; sie nennen sich Kandidaten, Doktoren, lassen sich entsprechende Visitenkarten drucken. Ein 21jähriger Kranker gab an, er sei an der Frauenklinik angestellt, wo ein venerisches Weib mit 3 Kindern im Leibe operiert werde, und forderte seine Bekannten auf, mitzugehen. Bei anderer Gelegenheit nannte er sich „Ingenieurchemiker" und erzählte, er habe große Erfindungen gemacht, die er mit den

maßgebenden Professoren eingehend durchgesprochen habe, Platinschwamm auszuwaschen, Messing schwarz zu beizen, Leder flüssig zu machen, so daß man es als breiige Masse um den Fuß herumgießen könne. Eine Kranke erfand ein Verfahren, Stiefel schnell anzuziehen; eine andere erhoffte große Vorteile von einem neuen Feuerzeug, das sie zu vertreiben gedachte. Ein Landstreicher stellte psychiatrische Diagnosen („Paralyse, Paranoia hallucinatoria"); ein Schneider wollte „der Welt zeigen, wie ein Fürst regieren soll"; ein Spengler erbot sich, gegen eine Belohnung von 500 Mark darüber Aufschluß zu geben, wie das Defizit im Verkehrsministerium beseitigt werden könne. Er beschäftigte sich, wie viele andere, mit der Abfassung von Gedichten und hatte sich den Dichternamen „Cleo de Merano" beigelegt.

Die gesellschaftliche Stellung der Kranken erfährt in ihrer Einbildung ebenfalls wesentliche Verbesserungen. Der Bürstenmacher tritt als Lehrer, Rendant, Postassistent, Fähnrich auf, geht als Unteroffizier auf einen Maskenball, läßt sich in der Uniform der Braunschweiger Husaren photographieren. Der junge Kaufmann nennt sich Professor; ein anderer spielt sich als Generalvertreter einer großen Fabrik auf. Ein Ägypter erschien als Pascha, Exzellenz, Besitzer hoher Orden, Abgesandter und Vertreter des Sultans, um große Geschäfte abzuschließen. Eine ehemalige Prostituierte gab sich als Mätresse eines regierenden Fürsten, später als Baronesse und Oberstentochter aus. Diesen Rangerhöhungen pflegen auch die angeblich zur Verfügung stehenden Mittel zu entsprechen. Die zuletzt genannte Kranke besaß nach ihrer Versicherung 100 000 Mark Mitgift, gewann in einem Prozesse 44 000 Mark; der Ägypter warf mit Millionen um sich. Andere erklären, von ihren, in Wirklichkeit vermögenslosen, Angehörigen Zehntausende zu bekommen; sie besitzen eine Urkunde, die ihnen eine jährliche Rente von 40 000 Mark einträgt, wollen durch Detektivs 3000 Dollar erheben, haben große Geschäfte abgeschlossen, verdienen auf einer Reise 12 000, ja 72 000 Mark; sie werden Teilhaber an einer einträglichen Fabrik, besitzen ein großes Tuchlager. Ein Kranker, der gänzlich mittellos war, behauptete hartnäckig, er besitze noch 15—20 000 Mark, sage aber nicht, wo sie seien. Eine Näherin prahlte mit ihren großen Mitteln und sprach von dem reichen Amerikaner, der sie mitnehmen wolle; eine herumziehende Bettlerin gab an, sie sei „Dame der großen

Welt" gewesen, habe ein Schloß, kostbare Pariser Toiletten besessen.

Entsprechend ihren hohen Fähigkeiten und Mitteln entwickeln die Kranken allerlei Pläne, machen Andeutungen, daß man noch von ihnen hören werde, daß sie große Unternehmungen ins Leben rufen werden. Eine Kranke wollte einen Orden gründen; eine andere betätigte sich dauernd in allerdings schwindelhaften Gründungen von Fürsorgeheimen, Präparandenschulen, Kinder- und Studentenheimen. Andere wollen auf das Schiff, nach Südwestafrika gehen, zum Theater oder Militär, berühmte Dichter oder Schriftsteller, Detektivs werden. Ein Kranker, der überzeugt war, daß er berufen sei, „auf literarischem Gebiete großes zu leisten", erklärte: „Losgelassen hat mich die Idee nicht mehr; der Glaube an mich selbst wuchs von Tag zu Tag; ich befand mich in einem fortwährenden Glückstaumel und hatte den Kopf stets voll großer Pläne."

Viele Kranke haben auch vornehme Gönner und Bekannte, lernten in Berlin Grafen und Barone kennen, die sich für sie interessierten; sie fragen, ob noch kein Geld vom Prinzen A. angekommen sei, sprechen geheimnisvoll von unbekannten Wohltätern, einem Minister, der ihnen wohl will. Sie verkehren in der besten Gesellschaft, standen mit „Professoren und Doktoren", mit „Grafen und Fürsten" in lebhaften persönlichen Beziehungen. Ein Kranker gab an, er sei der beste Freund des Deutschen Kaisers, nenne ihn „Willy"; ein anderer erzählte, daß er in Algier der intimste Kamerad eines „Albrecht von Hohenzollern" gewesen sei. Eine Kranke schrieb an ihre Gönnerin, die Großherzogin von Baden; eine andere telephonierte angeblich mit einer Prinzessin, die ihr eine Stelle versprach. Der oben genannte Ägypter suchte durch die Angabe Eindruck zu machen, daß er mit König Eduard Karten gespielt, und daß ihm der Deutsche Kaiser Pferde geschenkt habe. Eine Kranke versprach dem Arzte, ihm durch ihre hohen Verbindungen eine Professur zu verschaffen.

In besonderem Maße pflegt die eigene Abstammung die Einbildungskraft zu beschäftigen. Die Familienglieder rücken in angesehene Stellungen vor, werden reiche Gutsbesitzerseheleute, Kommerzienräte. Der Bruder Seeoffizier wird zum Admiral, der Vater, in Wirklichkeit städtischer Arbeiter, wird Architekt, dessen Bruder Arzt; eine Kranke behauptete, die uneheliche Tochter einer Ministersgattin zu sein. Oft aber regt sich der Wunsch und damit auch

die Überzeugung, von hochadligen Eltern abzustammen. Ein Kranker kam schon als Junge zu der Ansicht, sein angeblicher Vater sei nicht sein Erzeuger, und nannte sich deswegen ohne weiteres Freiherr von Wachenfeld; einem anderen erschien seine vor 18 Jahren verstorbene Mutter und teilte ihm mit, daß eine Gräfin H. ihn ihr zur Aufbewahrung übergeben habe. Er meinte, er habe sich schon lange für den Grafen H. gehalten, sich aber geniert, es zu sagen, da er kein Geld hatte. Er glaube schon, daß etwas Richtiges daran sei, da er eine ganz andere Veranlagung und Begabung habe, als die übrige Familie. Ein Landstreicher unterzeichnete seine Briefe als „Philippe d'Anjou".

In einzelnen Fällen gewinnen diese Abstammungsideen einen ganz paranoiden Anstrich. Ein Kranker behauptete, sein Pflegevater habe ihm gesagt, daß er der Sohn Ludwigs II. sei, mit dem er eine auffallende Ähnlichkeit habe; seine Mutter sei Lola Montez. An Stelle des Königs wurde eine Wachsfigur beerdigt; dieser selbst befinde sich in Andorra, wo er ihn habe besuchen wollen, aber nicht hereingelassen worden sei. Ihm wurde eine Grafenkrone für sein Schweigen angeboten. Kainz, der alles wußte, bestätigte ihm die Sache; außerdem erschien ihm eine Gestalt, die ihm sagte: „Es ist so, wie du dir denkst." „Mein Inneres, das Gefühl der Gewißheit sagt mir, daß ich königlicher Abkunft bin", meinte er. Die bunte Abenteuerlichkeit der vielfach wechselnden Erzählungen, der prahlerische Aufputz, die vielfachen hysterischen Störungen und die sonstigen Eigenschaften dieses Diebes und Schwindlers ließen keinen Zweifel darüber, daß es sich hier nicht um ein echtes paranoisches Wahnsystem, sondern um „wahnhafte Einbildungen" im Sinne Birnbaums handelte, wie wir sie früher bei den Haftpsychosen kennen gelernt haben.

Die früheren Lebensschicksale erfahren in den Darstellungen der Kranken sehr gewöhnlich ganz abenteuerliche Ausgestaltungen. Manche Kranke lieben es, freilich oft aus begreiflichen Gründen, ihre Vergangenheit in tiefes Dunkel zu hüllen und womöglich auch ihre Persönlichkeit hinter einem Gewebe von Erfindungen zu verstecken. Vor allem nehmen sie gern fremde Namen an, geben sich für Grafen, Baronessen mit hochklingenden Bezeichnungen aus; eine Kranke nannte sich Vera da Bossina, eine andere „Eugenie, Freifrau von Saint-Sabbal, geb. Edle von Vivremort, mit dem Schrift-

stellernamen Helene Friedenau". In der Regel haben sie die merkwürdigsten Schicksale in unglaublicher Häufung hinter sich, wurden von der Mutter an herumziehende Zigeuner verkauft, verloren ein großes Vermögen, kamen überall herum, wurden mit hervorragenden Persönlichkeiten bekannt, bestanden gefährliche Abenteuer, dienten in der englischen Marine, machten überseeische Reisen, waren in Afrika, Newyork, Tokio, Kamerun, verluden auf den Kapverdischen Inseln Zobelfelle. Ein Kranker war Koch, Dolmetscher und Spion in Algier, spielte eine große Rolle in den Kämpfen gegen Buamema, hatte sich das Gesicht mit Jodtinktur gefärbt, um so die Araber zu täuschen. Ein Sachse, der nie aus Deutschland herausgekommen war, behauptete, in Pretoria geboren zu sein, 42 Schlachten in Transvaal mitgemacht und dafür von Präsident Krüger den Freiherrntitel erhalten zu haben; er zog überall herum, hielt Vorträge über seine kriegerischen Erlebnisse vor Ladysmith und am Spionskop und verkaufte Ansichtskarten mit seinem Bilde in selbsterdachter Uniform, wie es die Figur 292 wiedergibt. Ein schon früher erwähnter, 21jähriger Kranker lebte nach seiner Angabe früher in Sidney, wo ihm seine Frau starb und das Kind aus dem Fenster fiel; er kam dann nach China und Rußland und erhielt vom österreichischen Kaiser für sein schönes Geigenspiel in der Hofburg ein Violine im Werte von 1000 Mark geschenkt. Ein lediger Schauspieler erzählte von seinen Triumphen an ersten Bühnen, von seinen Gastspielreisen in Japan mit Coquelin, der ihn als Kofferträger „entdeckt" hatte, von dem Tode seiner Frau, die ihm mit mehreren Kindern an einem Tage entrissen wurde, von einem Bauchschnitte, dessen Narbe in Wirklichkeit von der Ausschneidung eines Lipoms herrührte. Bei Frauen spielen Verführungsgeschichten, geschlechtliche Angriffe, jäher Tod des edlen und vornehmen Geliebten eine gewisse Rolle.

Bei derartigen Erzählungen kann man nicht selten beobachten, wie die Kranken von ihren eigenen Schilderungen fortgerissen werden, sich in sie hineindenken, wie weiland Don Quichote in seine Rittererzählungen, und sie deswegen mit immer neuen Einzelheiten ausschmücken. So gelangen sie dazu, sich in ein Gewirr von Angaben und Erzählungen zu verstricken, aus dem es keinen anderen Ausweg gibt, als neue, kühne Erfindungen. Dabei wird vielfach die Darstellung geändert, wenn auch gewisse Grundzüge wiederkehren. Der zuletzt erwähnte Kranke tischte uns täglich ein neues Märchen

über seine früheren Schicksale auf, jedesmal in dem Tone aufrichtiger Reue über die bisher vorgebrachten Unwahrheiten und mit der Versicherung, daß er nun endlich sein Herz erleichtern und die volle



Fig. 292. Schwindler in Burenuniform.

Wahrheit sagen wolle, da er Vertrauen gefaßt habe. Die abenteuerlichsten Erlebnisse werden mit vornehmer Selbstverständlichkeit, vorsichtiger Geheimtuerei oder einem entsprechenden Aufwande von Gefühlsausbrüchen zum besten gegeben, ganz wie in Schundromanen; manche Einzelheiten werden auch geradezu dem Lesestoffe entnommen.

Von wirklichen Wahnvorstellungen, an die man erinnert werden kann, ist dabei keine Rede. Die Kranken wissen wohl, daß sie den Boden der Wirklichkeit verlassen, aber aus Lust am Fabulieren spinnen sie ihren Stoff eifrig weiter, ohne sich über ihr Treiben Rechenschaft zu geben. Späterhin werden sie schon durch ihre früheren Aussagen zu neuen Erdichtungen genötigt, aber auch ohne diesen äußeren Grund vermögen sie oft dem inneren Anreize nicht zu widerstehen, bei jedem Anlasse ihrer Einbildungskraft die Zügel schießen zu lassen. Auf Vorhalt schlagender Gegenbeweise zeigen sie sich entweder zerknirscht, geloben Besserung, um durch ein mit feierlichen Versicherungen verbrämtes Lügengewebe ihr Verhalten zu rechtfertigen, oder sie gehen auf die Einwände gar nicht ein, machen Ausflüchte, schweifen ab. Manchmal leugnen sie schlankweg alle ihre früheren Aussagen, werden grob und patzig, nehmen die Miene der gekränkten Unschuld an, lehnen jede weitere Erörterung ab, da sie keine Lust hätten, sich in dieser Weise ausfragen zu lassen. Haben sie auf diese Weise Zeit gewonnen, so pflegen sie sehr bald durch weitere Enthüllungen zu überraschen.

In einer kleinen Gruppe von Fällen werden Selbstbeschuldigungen vorgebracht, die offenbar aus dem Bedürfnisse entspringen, Aufsehen zu erregen und Mittelpunkt eines die Gemüter erregenden Verfahrens zu werden. Die Kranken geben an, auf der Bank gestohlen, eine ganze Familie umgebracht, einen Raubmord begangen zu haben. Ein Kranker behauptete, in päderastischen Beziehungen zu einer großen Zahl hoher und niederer Geistlicher gestanden zu haben. Die Einzelheiten der vorgeblichen Straftaten werden bisweilen ganz genau geschildert, so daß zunächst die krankhafte Natur der Selbstanzeige verkannt und eine Untersuchung eingeleitet werden kann. Ein etwas beschränkter, sehr zu Lügen geneigter Kranker war viele Monate in Untersuchungshaft; er hatte sich als den Urheber eines wirklich begangenen Raubmordes bezeichnet, angeblich um so die dafür ausgesetzte Belohnung zu erhalten. Nach deren Empfang hatte er vor, zu widerrufen, fand aber, als er sich wirklich aus der Schlinge ziehen wollte, zunächst keinen Glauben. Ein anderer Kranker, der anfangs 7 Menschen umgebracht haben wollte, dehnte diese Selbstbeschuldigung dann auf zahlreiche Raubmorde in Italien und Ungarn, endlich auf alle aus, die je begangen wurden; er sei Anarchist und Bombenwerfer.

Die Stimmungslage der Kranken ist vorwiegend rosig und gehoben. Sie „glauben an ihren Stern", sind zuversichtlich, selbstbewußt, manchmal übermütig, zu Scherz und Kurzweil geneigt, oder schwärmerisch, überschwänglich. Sie witzeln, singen, machen sich über ihre Umgebung lustig, verfassen Gedichte und abenteuerliche Lebensläufe. Manchmal liefern sie possenhafte, läppische Streiche. Ein Kranker behauptete, sein Onkel, der Arzt sei, heiße „saccharum purissimum album"; ein anderer erklärte, er werde sich in der nächsten Nacht verpuppen und unter Hinterlassung seines Felles unter Gestank zum Himmel fahren; er begann dann in der Tat an seiner Haut zu zupfen und zu ziehen, als ob er hinausschlüpfen wolle. Andere Kranke erscheinen scheu, niedergeschlagen, weinerlich, ängstlich, schreckhaft, haben schwere Gedanken, klagen über ihr verfehltes Leben, fürchten syphilitisch zu sein, geisteskrank zu werden. „Vorläufig bin ich noch nicht verrückt, werde es aber bald", meinte ein Kranker. Zeitweise sind sie unzugänglich, ablehnend, wortkarg, oder es kommt zu Verzweiflungsausbrüchen, Tränenströmen, Selbstverwünschungen, Selbstmorddrohungen.

Diese Gefühlsäußerungen machen vielfach den Eindruck des Übertriebenen, Gekünstelten, Theatralischen. Eine Kranke, die in der „Tragödie ihres Lebens" schwelgte und sich als ein „elendes, fluchwürdiges Geschöpf", verflucht und verdammt, aus der menschlichen Gemeinschaft ausgeschlossen bezeichnete, schrieb, sie sei verfolgt wie ein wildes Tier und wolle irgendwo der letzte Dienstbote sein; „ich habe ausgelebt, ausgeliebt, ausgedichtet und ausgeträumt — ausgelitten und abgebüßt noch lange nicht!" Dem entsprechend wurden zwar von 43% der Kranken Selbstmordversuche gemacht, aber sie waren fast alle spielerisch oder gar nur vorgetäuscht, mit umständlichen Vorbereitungen und rührenden Abschiedsbriefen. Ein Kranker schrieb, das Todesurteil sei über ihn gefällt; er werde sich selbst dem himmlischen Richter stellen. Ein anderer hatte angekündigt, daß er sich vor der Kirchentüre erschießen werde; er wurde auch dort sitzend angetroffen, aber ohne Waffe; sein Wagen wartete. Bei den Männern war, im Einklang mit der schwächlichen Art der Kranken, die Anwendung von Gift verhältnismäßig häufig. Ein Kranker suchte zu verhungern; ein anderer stach sich mit einer Nadel in die Pulsgegend; ein dritter „schwärmte für Selbstmord" und unternahm mehrere Versuche ohne Erfolg.

Eine weibliche Kranke schluckte einige abgebrochene Kammzähne, eine andere das Quecksilber aus einer zerschlagenen Thermometerkugel und eine Nadel. Beweggrund zum Selbstmordversuch war fast ausschließlich die Haft wegen begangener Straftaten, hie und da auch ein Streit im Krankenhaus, einmal Geldnot, einmal Mißerfolg in einer Prüfung. Es handelte sich demnach offenbar vielfach um den Versuch, in einer schwierigen Lage durch eine anscheinende Verzweiflungstat das Mitleid der Umgebung zu erwecken.

Ganz regelmäßig bot die Stimmungslage der Kranken häufige, unvermittelte Schwankungen dar. Ausgelassene Heiterkeit wurde von traurigen oder ängstlichen Verstimmungen, tiefer Mutlosigkeit unterbrochen, bei Frauen namentlich während der Menses. Fast alle Kranken waren empfindlich, leicht erregbar, zeitweise gereizt, mißmutig, finster, nörgelnd, streitsüchtig. Öfters, namentlich bei unliebsamen Nachrichten und Enthüllungen oder beim Versagen von Wünschen, kam es zu heftigen Ausbrüchen von Wut und Jähzorn, in denen die Kranken unbändig schimpften, tobten, „brüllten wie ein Löwe", gewalttätig wurden, harmlose Selbstmordversuche machten. Meist trat rasche Beruhigung ein.

Die Gemütsart der Kranken ist vielfach gutwillig und umgänglich; ein Kranker wurde als „ganz netter Kerl" bezeichnet. Seltener sind sie roh und hinterlistig, manchmal weichlich empfindsam; ein Kranker saß tagelang auf dem Friedhofe; ein anderer ging sehr viel in die Kirche. Stets aber ist ihr eigentliches Wesen durchaus selbstsüchtig und leichtsinnig, lediglich auf die Befriedigung augenblicklicher Bedürfnisse gerichtet, „ohne Pflicht- und Verantwortlichkeitsgefühl". Sie leben unbekümmert in den Tag hinein, schieben selbstgerecht die Schuld für ihre Mißerfolge im Leben auf widrige Zufälligkeiten, mangelhafte Unterstützung oder Feindseligkeit der Angehörigen, sind überzeugt, daß sie in die Höhe kommen werden. Er gedenke ein tüchtiger, fleißiger, treuer Mensch zu werden, meinte ein Kranker, der seine Eltern jahrelang beschwindelt und aus einer öffentlichen Sammlung, wo man ihn beschäftigte, für mehrere tausend Mark Wertgegenstände entwendet hatte. Ihre Lebensziele sind rein äußerliche, Geld, Genüsse, Beifall; sie möchten beachtet und beneidet werden. Das Streben nach innerer Befriedigung, nach der Lösung hoher, allgemeiner Aufgaben ist ihnen gänzlich fremd.

In ihrem Benehmen sind sie bald freundlich, höflich, unterwürfig,

liebedienerisch, zudringlich, bald hochfahrend, anspruchsvoll, frech, unverschämt, trotzig, widerspenstig, grob. Einzelne Kranke legten eine übertriebene Frömmigkeit an den Tag, bewegten sich in religiösen Redensarten, wollten ins Kloster, nahmen Ordenskleidung an, ließen sich in ihr photographieren. Die Aufmerksamkeit ihrer Umgebung suchen sie durch überspannte Ideen, hochtrabende Redensarten, überschwängliche Gefühlsausbrüche, Heimlichtuerei, gespreiztes oder vorlautes, ungeniertes, schnippisches Wesen auf sich zu ziehen. Über einfache Leute verstehen sie oft in meisterhafter Weise durch ihre selbstbewußte Sicherheit eine gewisse Überlegenheit zu gewinnen. Ein Schwindler, der zur Untersuchung seines Geisteszustandes in die Klinik gebracht worden war und uns im Havelock und Zylinder verließ, wußte durch eine einzige, unnachahmlich würdevolle Handbewegung den abholenden Schutzmann zum Tragen seines Handkoffers zu veranlassen.

Sehr auffallend ist gewöhnlich die **Rastlosigkeit und Unstetigkeit** der Kranken. Sie lieben Abwechslung und Zerstreuung, halten nirgends aus, laufen ohne weiteres davon, reisen herum, fangen alles mögliche an, ohne irgend etwas zu Ende zu führen, stecken voller Pläne und Ideen, die alsbald wieder von anderen abgelöst werden. Sie wechseln daher häufig Stellung und Beruf, lassen sich treiben, fassen unvermittelte Entschlüsse; „was mir einfällt, muß ich tun", erklärte eine Kranke, und eine andere blieb nirgends lange, „weil sie plötzlich keine Menschen mehr sehen konnte". Ein Spengler wurde Akrobat, Jongleur und dann Schauspieler; ein Schreiner war nacheinander Tagelöhner, Maurer, Bankbeamter und ebenfalls Schauspieler; er „vagabondierte am liebsten herum". Viele Kranke durchwandern die Welt kreuz und quer, fassen nirgends festen Fuß, werden nach der Schweiz, Belgien, Italien, Ungarn, Rußland, Frankreich, Algier verschlagen, geraten in die Fremdenlegion, unter die Landstreicher; einzelne ziehen von Krankenhaus zu Krankenhaus. Trotz ihrer Vielgeschäftigkeit und Unternehmungslust haben sie regelmäßig eine starke Abneigung gegen jede regelmäßige und ernste Tätigkeit, vertändeln ihr Leben mit Nichtigkeiten, planlosen Anläufen, prahlerischen Reden. Ein Kranker, der das Gymnasium fast durchlaufen und sich dann als Techniker, Musiker, Tagelöhner, Maurer durchzubringen versucht hatte, meinte selbst, daß er „ein relativ arbeitsfreies Leben" geführt habe.

Andererseits haben sie meist die Gewohnheit, mit dem Gelde sehr sorglos zu wirtschaften. Sie kaufen wahllos, was ihnen gefällt, Mützen, Spazierstöcke, Zigaretten, Schokolade, Wurst, Fahrräder, Ringe, Bücher, Kleiderstoffe, Uhren, machen kostspielige Spazierfahrten und Reisen, besuchen mit Kellnerinnen das Theater, verjubeln ihr Geld im Karneval, nehmen vornehme Gewohnheiten an, verschenken große Summen, um sich aufzuspielen. Eine Kranke, die als Mätresse den Spitznamen „Diamantendame" geführt hatte, erklärte: „Durch diese vornehme Bekanntschaft bin ich so verwöhnt worden, durch diesen hohen Herrn, daß ich, wenn ich einmal Geld habe, alles ausgebe. Wenn ich 3000 Franken hatte, war es soviel wie 2 Gulden. Das ist eine Leidenschaft von mir gewesen; das ist wie eine Krankheit. Ich habe keine Ruhe mit dem Geld; das Geld hat keine Ruhe bei mir." Manche Kranke spielen auch leidenschaftlich; ein Kranker verschenkte viel Geld an Arme. Infolge dieser verschwenderischen Neigungen und ihrer Unfähigkeit zur Erwerbstätigkeit geraten sie rasch in Zahlungsschwierigkeiten, machen überall Schulden, zahlen ihre Miete nicht, entlehnen bei Angehörigen und Bekannten, soviel ihnen möglich ist, versetzen Fahrräder und Anzüge. Ein jugendlicher Kranker ließ abends dringend den Hausarzt der Familie rufen, um von ihm 40 Mark zu borgen.

Das unausgleichbare Mißverhältnis zwischen ihren Lebensansprüchen und ihren Mitteln ist es in erster Linie, das eine erhebliche Zahl der Kranken auf die Bahn des Verbrechens treibt. Die Richtung, die sie dabei einschlagen, wird dann durch ihre eigenartige Veranlagung bestimmt, die sich oft schon sehr früh geltend macht. Eine Kranke lief bereits mit 7 Jahren ihren Eltern fort; ein Junge stahl als Kind mit Kameraden Bleisoldaten und Bücher; ein anderer fälschte die Schulzeugnisse. Ein dritter entwendete mit 14 Jahren einem Freunde 150 Mark und wollte Schiffsjunge werden. Ein 10jähriger Knabe ging eines Tages plötzlich in eine Kaserne, gab sich für den Sohn des Obersten aus und nahm als solcher mehrere Tage lang Reitstunde, anstatt in die Schule zu gehen; ein anderes Mal erzählte er zu Hause fälschlicherweise, daß er ein wertvolles Schmuckstück gefunden und auf die Polizei gebracht habe. Unter meinen männlichen Kranken waren 76%, unter den weiblichen 78% mit dem Strafgesetze in Widerstreit geraten; dabei ist natürlich zu

berücksichtigen, daß gerade dieser Umstand vielfach erst den Anlaß zur irrenärztlichen Untersuchung gab.

Durchaus im Vordergrunde standen, namentlich bei den Männern, Betrügereien und Schwindeleien aller Art; weit seltener waren Diebstähle, noch seltener Unterschlagung und Urkundenfälschung, ganz vereinzelt Meineid, Erpressung, Sittlichkeitsvergehen, Widerstand, Beleidigung, Hausfriedensbruch u. dgl. Bei den Männern sind noch ein bei einem Doppelselbstmordversuche begangener Totschlag, bei den Frauen eine Kindstötung, eine Abtreibung und zwei abenteuerliche Mordversuche zu erwähnen. Außerdem spielte hier die Gewerbsunzucht, bei den Männern Bettel und Landstreicherei eine gewisse Rolle. Es ist also klar, daß im allgemeinen die Eigentumsvergehen, und unter ihnen namentlich die dem Wesen der Kranken so naheliegenden Schwindeleien kennzeichnend waren, während die auf alkoholische Einflüsse hindeutenden Roheitsvergehen vollständig zurücktraten. Sehr bemerkenswert ist die außerordentliche Rückfälligkeit der Kranken, die gewöhnlich mit ganz einförmiger Wiederholung derselben Schwindeleien einherging. Ein Kranker hatte 76 Strafen erlitten; ein anderer beging gegen 500 ganz gleichartige Betrügereien.

Im einzelnen zeigte das Treiben der Kranken eine große Mannigfaltigkeit. Zunächst gefielen sich manche Kranke in kindischen Maskeraden. Sie legten sich falsche Namen bei, liefen in Uniform herum, traten als Beamte auf, ohne dabei andere Zwecke zu verfolgen, als sich aufzuspielen. Ein Kranker nahm als angeblicher Schutzmann eine Verhaftung vor; ein Ausgeher, dem plötzlich der Gedanke kam: „Jetzt ist's alleweil gleich," kaufte sich einen Automobilanzug sowie Stiefel mit Sporen, fuhr nach Salzburg, ging dort ins Theater „auf einen feinen Platz" und nachher ins Kaffeehaus. Die Diebstähle werden meist bei günstiger Gelegenheit begangen. Die Kranken nehmen bei Bekannten herumliegendes Geld, Sparkassenbücher mit, stecken die Wertpapiere ihrer Geliebten, den Ring oder die Börse einer Prostituierten zu sich, packen in Hotels Bestecke und Wäsche ein, lassen beim Einkaufen Sachen mitgehen.

Die bei weitem häufigste Form des Betrugs läuft auf das Einkaufen ohne Bezahlung hinaus. Die Kranken lassen sich in den Geschäften die verschiedensten Waren vorlegen, Schmucksachen, Uhren, Zigarren, Fahrräder, und suchen sie durch irgendwelche Vorspiegelungen ganz oder doch zum Teil an sich zu bringen. Sie treten

sehr sicher auf, nennen vornehm klingende Namen, bezeichnen bekannte Persönlichkeiten als ihre nächsten Verwandten, suchen durch prahlerische Redensarten Eindruck zu machen, bestellen große Warenmengen für erdichtete Adressen, um so das Vertrauen der Verkäufer zu gewinnen. Dann bemerken sie plötzlich, daß sie ihr Geld vergessen oder verloren haben, und bitten, ihnen aus der peinlichen Lage zu helfen, oder sie benutzen die großen Aufträge, um während deren Ausführung unbemerkt etwas einstecken zu können. Andere bezahlen zunächst kleinere Beträge, um dann in großem Maßstabe auf Borg zu kaufen, oder sie lassen die ausgewählten Waren in irgendein fremdes Haus schicken, nehmen sie dort auf der Treppe in Empfang und verschwinden. Noch andere kaufen auf Abzahlung, um die so erlangten Gegenstände sofort zu versetzen oder zu Schleuderpreisen wieder loszuschlagen.

Eine zweite Gruppe bilden die Zechpreller, Mietschwindler und Kautionsschwindler. Die ersteren machen in Wirtschaften eine große Zeche, halten womöglich noch andere frei und verschwinden, sobald es ans Bezahlen geht, oder sie wohnen unter hochtrabendem Namen in einem vornehmen Hotel, lassen sich nichts abgehen, zahlen vielleicht zunächst für einige Tage und sind dann plötzlich fort unter Hinterlassung eines gänzlich wertlosen, leeren, etwa mit Steinen beschwerten Gepäckstückes. Ein Kranker wurde, als man ihm die Rechnung überreichte, sofort schwer krank, legte sich ins Bett, schickte nach dem Arzte, um dann heimlich durchzubrennen. Die Mietschwindler bleiben die Miete schuldig, vertrösten auf das demnächst eintreffende Geld, bitten vielleicht noch um ein Darlehen zur Auslösung des irgendwo lagernden Gepäcks und siedeln dann heimlich in eine andere Wohnung über, wo dasselbe Spiel beginnt. Um Vertrauen zu erwecken, sprechen sie von ihren vornehmen Bekanntschaften, von den einträglichen Stellungen, in denen sie tätig sind oder die ihnen in Aussicht stehen. Ein Kranker, der völlig beschäftigungslos war, ging regelmäßig zur gleichen Zeit von Hause fort und kehrte ebenso pünktlich zurück, um eine dienstliche Tätigkeit vorzutäuschen. Einige Kranke endlich sprachen von großen, gewinnreichen Unternehmungen, suchten unter lockenden Anerbietungen Vertreter und Angestellte gegen Erlegung einer Kaution, die sie dann einfach für ihre persönlichen Zwecke verwendeten.

Durch die Vorspiegelung vornehmer Abkunft und bedeutender

Geldmittel suchten mehrere Kranke ihre Umgebung auszubeuten. Der wiederholt erwähnte Ägypter trat als Vermittler großer Staatsaufträge auf und bemühte sich, daraufhin Geschenke und Darlehen zu erlangen; eine 35jährige Frau beutete als vornehme und reiche Erbin einen Offizier aus, den sie mit schlau ersonnenen Ausflüchten und Kniffen Monate lang an sich zu fesseln vermochte; er glaubte ihrer Versicherung, daß sie noch nicht großjährig sei. Ein von Göring beschriebener Gelegenheitsarbeiter meiner Beobachtung gab sich für einen österreichischen Erzherzog aus, der über Millionen verfüge, aber habe flüchten müssen. Er stellte für alle ihm bereitwilligst von den Bauern überlassenen Darlehen Schuldscheine oder testamentarische Verfügungen in hohen Beträgen aus, veranstaltete auch zur Erhöhung seines Ansehens mit Hilfe seiner Verwandten ein Duell und erbeutete allmählich über 60 000 Mark. Hier befanden sich in der Familie noch mehrere ähnlich veranlagte Persönlichkeiten. Schwere Familienbelastung lag auch bei einem weiteren Kranken vor, der sich in das Amtszimmer eines beurlaubten hohen Beamten eingeschlichen hatte und von da aus telephonisch einen größeren Betrag zu erschwindeln suchte, ein Verfahren, das er in ähnlicher Weise schon früher, allerdings ohne Erfolg, angewendet hatte.

Dieser letzte Kranke betrieb zugleich auch den sehr verbreiteten Heiratsschwindel, von dem oben schon ein Beispiel erwähnt wurde. Unter allerlei prahlerischen Vorspiegelungen entlockte er mehreren Mädchen, denen er die Ehe versprach, ihre Ersparnisse. Das gleiche Verfahren wurde von mehreren anderen geübt. Eine geschiedene Frau wußte einen Mann dadurch anzuziehen, daß sie ihm nicht nur von ihren angeblichen Ersparnissen und wohlhabenden Eltern sprach, sondern auch durch einen Privatdetektiv einen unermeßlich reichen amerikanischen Gönner darstellen ließ, der zunächst bei der persönlichen Unterredung ohne weiteres 100 000 Mark versprach, dann aber auch noch schrieb: „Sollten 100 Millionen nicht genügend sein, so bin ich natürlich zu Doppeltem bereit!“

Sehr merkwürdige Wege schlugen einige weitere Kranke ein, die als Kurpfuscher auftraten. Einer erklärte, er fühle den unwiderstehlichen Drang, sich als Arzt auszugeben. Er trat unter falschem Namen als Frauenarzt auf, untersuchte und behandelte tatsächlich eine Reihe von Frauen. Späterhin erschien ihm angeblich nachts der schon verstorbene Arzt, dessen Namen er angenom-

men hatte, und ermächtigte ihn ausdrücklich zu seinem Treiben. Ein anderer trieb neben der Kurpfuscherei noch allerlei Gaukelei, ließ sich „Planetengeld" geben, um es nach dem Untersberg zu bringen, gab vor, mit dem Erdspiegel Diebe entlarven und Schätze entdecken zu können, sich dem Teufel verschrieben zu haben. Auch ihm flossen die Gelder abergläubischer Bauern reichlich zu. Ähnliche Wege beschreiten die spiritistischen Medien[1]), die durch alle möglichen Kniffe wundersüchtigen Laien und gutgläubigen Forschern alberne Geistererscheinungen und „Materialisationen" vorspiegeln. Hier wäre auch ein von Aschaffenburg angeführter, schon mit Zuchthaus vorbestrafter, ehemaliger Apotheker zu erwähnen, der als „Dr. med. et phil." unter Mitwirkung hochangesehener Gelehrter $1^1/_2$ Jahre lang eine juristische Zeitschrift herausgab.

Eine weitere, armselige Gruppe bilden die Krankenhausschwindler, die lediglich von der Ausbeutung der Wohlfahrtseinrichtungen leben und bald in diesem, bald in jenem Krankenhause auftauchen. Bei der Aufnahme erscheinen sie schwer krank; ein Kranker, der durch Verletzung seiner stark vergrößerten Mandeln Lungenblutungen vorzutäuschen verstand und von seiner Gemeinde als „der größte Vagabund und Taugenichts, der je existiert hat", als „Schwindler erster Größe" bezeichnet wurde, ließ sich zunächst die letzte Ölung geben. Der Zustand bessert sich aber sehr bald, und die Kranken werden nun anspruchsvoll, unbotmäßig, nörgeln und hetzen, bis sie mit Reisegeld entlassen werden, um das alte Spiel an anderem Orte von neuem zu beginnen. Gewöhnlich erwerben sie sich eine genaue Kenntnis des Krankenhauslebens und der Ärzte, werfen mit medizinischen Fachausdrücken um sich, verschaffen sich Arzneien, namentlich Morphium oder Schlafmittel, um sie für ihre Zwecke zu verwerten. Ihnen schließen sich die berufsmäßigen Bettler an, die durch rührende Erzählung ihrer unerhörten Schicksale, gefälschte Empfehlungen, gestohlene Visitenkarten das Mitleid zu erwecken suchen. Ein Schreiber wandte sich berufsmäßig an die Offizierkorps mit der Bitte um Unterstützung als „ehemaliger Offizier". Eine Kranke versandte in großem Maßstabe folgenden Brief:

„Euer Hochgeboren! Talent und Wissen in den Dienst der Menschheit zu stellen, danach strebt wohl jeder edle Mensch. Wie edel müssen Sie aber erst sein, wenn man so oft hört, daß Sie Menschen vor Verzweiflung, ja

[1]) Henneberg, Charitéannalen XXVI.

sogar vom Tode bewahrt haben. Nur diese edlen Eigenschaften und der Rat einer hohen Persönlichkeit geben mir den Mut, mich an Euer Hochgeboren mit der Bitte zu wenden, vorsprechen zu dürfen. Sie werden gewiß sagen: Seit wann besucht der Spatz den Adler? Verzeihen Sie ihm aber, wenn sein kleines Herz ein schöner Traum von einem stolzen Adler durchflog. Verzeihen Sie auch, daß ich Ihre kostbare Zeit mit Lesen dieser Zeilen in Anspruch nehme. Ich vergaß einen Augenblick, daß ich zu einem der edelsten und besten Männer der Stadt spreche, dem die größte Hochachtung und Verehrung entgegenbringt Euer Hochgeboren ergebene . ."

Hierhin gehört auch wohl ein merkwürdiger Fall, in dem ein junger Schreiber einem älteren Herrn, dessen Bekanntschaft er zufällig gemacht hatte, allmählich über 71 000 Mark abschwindelte, indem er ihm kniefällig immer wieder seine „verzweiflungsvolle Lage" schilderte und ihm zugleich von erdichteten reichen Schwiegereltern, die er Briefe schreiben ließ, volle Rückgabe mit reichlichen Zinsen in Aussicht stellte. Er spiegelte ihm vor, daß er ein blühendes Geschäft gekauft habe, „mit dem er verwachsen sei, das ihm eine gute, ja glänzende Zukunft biete", führte jedoch 6 Jahre hindurch ein reines Müßiggängerleben, machte große Reisen, verheiratete sich und erklärte seiner Frau, er sei Privatsekretär. Einzelne Kranke schreiben Erpresserbriefe.

Von den oben erwähnten Verbrechen gegen das Leben stand nur ein Fall in engerer Beziehung zu der besonderen Veranlagung der Kranken. Eine 18jährige Näherin, die schon vor Jahren ihren untreuen Geliebten und sich selbst erschießen, dann mit Kupfervitriol vergiften wollte, versuchte einige Tage vor einer Verhandlung wegen Diebstahls, einer fremden Frau, die sie unter erdichteten Vorwänden fortgelockt hatte, mit dem Rasiermesser den Hals abzuschneiden, und schoß dann noch auf eine andere. Ihr Zweck war angeblich, auf dem Schaffot zu sterben. Sie war zur Zeit der Tat menstruiert und zeigte eine Reihe von hysterischen Störungen.

Auf dem geschlechtlichen Gebiete pflegen sich die Kranken sehr lebhaft zu betätigen, knüpfen zahlreiche Verhältnisse an, verkehren mit Prostituierten, brechen die Ehe, sind aber dabei sehr eifersüchtig. Mehrere der weiblichen Kranken trieben, wie schon erwähnt, Gewerbsunzucht. Eine Kranke träumte sich in ein schwärmerisches Verhältnis zu einem Geistlichen hinein, fühlte seine Nähe; ein Kranker hatte „skatologisch"-fetischistische Neigungen. Eine Kranke Delbrücks war homosexuell.

Die Stellung, die unsere Kranken gegenüber ihren Straftaten einnehmen, ist sehr verschieden. Manche leugnen kurzweg alles; sie erinnern sich nicht, können nichts sagen; ein Kranker sprach von „Vergessenheitsperioden", die er habe. Oder die Kranken suchen doch ihren Handlungen eine ganz unverfängliche Deutung zu geben; sie hätten durchaus keine Betrugsabsicht gehabt; es werde alles bezahlt werden. Öfters machen sie geheimnisvolle Andeutungen von hohen Gönnern, die ihre Angelegenheiten regeln werden. Andere erscheinen tief zerknirscht, klagen sich in übertriebener Weise an; sie seien grundschlecht, Erzlumpen, verdienten kein Mitleid, verlangen eine strenge Strafe. Sie geben ihr Ehrenwort, „nicht wieder solche erbärmliche Sachen zu machen", wollen „ein Mensch werden, vor dem man Respekt hat". Noch andere endlich geben an, sie wüßten selbst nicht, wie sie zu ihren Handlungen gekommen seien. Ein Kranker meinte, er habe „eine krankhafte Manie, in Läden zu gehen, Sachen zu kaufen und sie sofort wieder zu verkaufen oder zu verschenken"; „von dem Hergang meiner Handlungen kann ich keine genaue Beschreibung geben, da ich mich in einem Zustande befinde, den ich selbst nicht beschreiben kann". Einzelne Kranke suchen es so hinzustellen, als ob sie unter einem fremden Einflusse gehandelt hätten. Ein Kranker erzählte, er sei von einem jungen Menschen hypnotisiert und zu Diebstählen verleitet worden; er finde in seinen Taschen immer Sachen, die ihm nicht gehörten. Eine Kranke sprach davon, daß nachts ein großer Mann und eine Frau mit einem Wettermantel vor ihrem Bette erscheine, die sie auffordere, in einen Laden zu gehen und einzukaufen; das Geld werde sie ihr dann schon geben. Wenn sie dann dieser Aufforderung folge, komme die Frau nicht.

Die wechselvollen, vielfach abenteuerlichen und aufreibenden Schicksale führen bei den leicht erregbaren und innerlich haltlosen Kranken nicht selten zu ausgesprochenen psychogenen Geistesstörungen. Am häufigsten sind, wie schon angedeutet, heftige Erregungszustände im Anschlusse an irgendeinen äußeren Anlaß, die mit Bewußtseinstrübung und Verwirrtheit einhergehen können. Sehr viele, namentlich weibliche Kranke haben in schwierigen Lebenslagen gelegentlich nächtliche Sinnestäuschungen schreckhaften oder tröstenden Inhalts. Sie sehen ihre Mutter, eine dunkle Gestalt, die ihnen Vorwürfe macht, eine „bleiche, gebückte, schwarze Frau mit schrecklichem Gesichtsausdruck", einen roten Mann, der ihnen

Drohungen zuruft: „Die wird hingerichtet, hat ihr Kind umgebracht!" Die früher erwähnte Kranke, die den Totschlagsversuch gemacht hatte, hörte die von ihr verletzte Frau schelten, sah den Teufel, vernahm Geräusche, als ob die Toten kämen; ihr erschien aber auch eine weiße Frau, die ihr versicherte: „Der Herrgott hilft dir schon noch." Ein Kranker sah einen Berg Gold vor sich. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß es sich hier überall um hysterische Erscheinungen handelt. Der von Göring beschriebene Kranke hatte Zustände, in denen er durch Visionen aus seiner glanzvollen Vergangenheit entzückt wurde.

Weiterhin werden Stupor und Gansersche Dämmerzustände beobachtet. Ganz gewöhnlich bieten die Kranken beim Eintritte in eine sie beengende Umgebung, nach einem aufregenden Ereignisse ein verändertes Bild dar. Sie sind still, schreckhaft, unbesinnlich, geben keine, ausweichende oder sinnlose und zerfahrene Auskunft, erscheinen stumpf und gedankenarm. So können sie ganz den Eindruck ausgesprochenen Schwachsinns machen, bis sich späterhin das natürliche Verhalten wiederherstellt. Offenbar handelt es sich dabei um die auch bei Hysterischen so häufigen Hemmungswirkungen gemütlicher Erregungen, die sich unter Umständen bis zum Stupor steigern können. Nahe verwandt sind die Dämmerzustände mit Vorbeireden, die namentlich in der Untersuchungshaft aufzutreten pflegen. Eine Kranke behauptete lange Zeit hindurch, sie sei „blind und taub", ging mit geschlossenen Augen herum, antwortete aber auf die an sie gerichteten Fragen, freilich oft in ganz beziehungsloser Weise.

In einer weiteren Reihe von Fällen, die lediglich Gefangene umfaßt, entwickeln sich ausgeprägte Haftpsychosen der früher beschriebenen Art, mit Sinnestäuschungen, Verfolgungs- und Größenideen. Die Kranken hören beschimpfende und bedrohende Stimmen, sehen erschreckende Gestalten mit Dolch und schwarzem Mantel, fürchten vergiftet zu werden, bitten um Schutz. Nachts werden sie hypnotisiert und geprügelt; der Strafanstaltsleiter kommt mit dem Revolver in ihre Zelle, will sie beiseite schaffen, fälscht Schriftstücke, trägt ihnen seine Freundschaft an; der Arzt verbietet ihnen, zu schlafen. Gott spricht zu ihnen; sie haben ein großes Vermögen, Millionen, sind der Kaiser, Adjutant des Königs von Württemberg, verlangen Kapitänsuniform. Das Bewußtsein und das Verständnis

der eigenen Lage sind dabei meist etwas getrübt; die Stimmung ist bald ängstlich, niedergeschlagen, bald gereizt oder gehoben. In der Regel verlieren sich die krankhaften Erscheinungen nach einigen Wochen oder Monaten, wenn auch die wahnhaften Einbildungen nicht immer vollständig berichtigt werden.

Hie und da kommt endlich ein querulatorisches Krankheitsbild zustande, das ganz den auch sonst aus der Strafhaft bekannten Beobachtungen entspricht. Die Kranken legen alle ihnen offen stehenden Rechtsmittel gegen ihre Verurteilung ein, beschuldigen den Gerichtsvorsitzenden der Parteilichkeit, richten zahllose Eingaben an die verschiedensten Behörden, an das Justizministerium und den Bundesrat. Sie sollen unterdrückt, „physisch und moralisch zugrunde gerichtet werden"; die Zeugen wurden „ganz einfach nicht vernommen", Dokumente beiseite geschafft, Beschwerden nicht weiter befördert; der Justizirrtum soll vertuscht werden; die Ärzte stecken mit unter der Decke.

In großem Umfange fanden sich bei unseren Kranken, auch abgesehen von den angeführten psychischen Störungen, hysterische Krankheitserscheinungen. Etwas mehr als die Hälfte hatten zeitweilig hysterische Anfälle, Krämpfe oder Ohnmachten in der kennzeichnenden Form, vielfach ausgelöst durch Gemütsbewegungen. Bei anderen fanden sich Schwindelanfälle, ticartige Zuckungen, Wein- und Magenkrämpfe. Ein Kranker war eines Morgens stumm und schrieb dann auf einen Zettel: „Stimmbandlähmung"; er bekam beim Rechnen eine Kontraktur der drei letzten Finger links. Eine ganze Reihe von Kranken wies Empfindungsstörungen auf, bald halbseitig, bald enger umgrenzt, vorzugsweise Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit. Auch konzentrische Gesichtsfeldeinengung war häufig, ebenso Abstumpfung der Schleimhautreflexe, während die Sehnenreflexe oft gesteigert erschienen, bisweilen mit starken Nachzuckungen. Hie und da kamen Paresen vor, einmal plötzliche Ganglähmung. Bei Görings Kranken wurde längere Zeit eine amyotrophische Spinallähmung angenommen; er wurde im Fahrstuhl gefahren, bis er eines Tages durchbrannte. Einzelne Kranke boten halbseitigen Verlust des Farbensinns, Globus, Erbrechen, Nachtwandeln dar; dazu kamen öfters mehr allgemeine Störungen, Kopfschmerzen, Beklemmungsgefühle, Herzklopfen, Zittern, unruhiger Schlaf, beängstigende Träume. Mehrere Kranke waren überempfindlich gegen Alkohol.

Zur näheren Kennzeichnung der Willensvorgänge bei unseren Kranken gebe ich zum Schlusse noch einige Kurven wieder, von denen die ersten auf der Schriftwage durch fortgesetztes Schreiben des Buchstabens *m*, die letzte nach dem von Isserlin geübten Verfahren durch Aufzeichnung taktmäßiger Fingerbewegungen gewonnen wurden. Die erste Figur 293 ist ohne weiteres der früheren, von

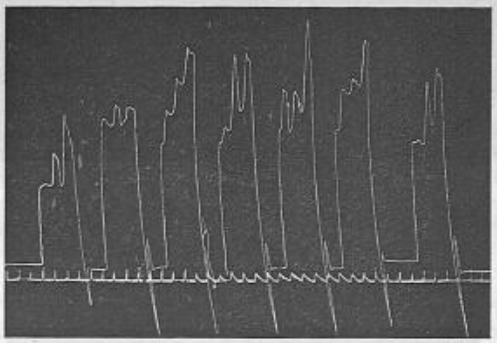


Fig. 293. Schreibdruckkurven (*m*) von einem psychopathischen Schwindler.

einem Gesunden stammenden Figur 263 vergleichbar, insofern Schreibgeschwindigkeit und Schreibdruck dort wie hier fast dieselben sind. Man erkennt indessen bei genauerer Musterung unschwer, daß die von einem jugendlichen Schwindler gelieferte Kurve Fig. 293 sowohl hinsichtlich des Höchst- und Durchschnittsdruckes wie namentlich in den kleinen, durch die Richtungsänderungen der Schreibbewegung bedingten Druckschwankungen nicht im entferntesten die Regelmäßigkeit zeigt, die den Ablauf des Schreibens beim Gesunden kennzeichnet. Vielmehr gleicht keine einzige Kurve vollkommen der andern. Die Willensantriebe weisen somit eine bemerkenswerte Unstetigkeit auf, eine Erfahrung, die mit dem Fehlen einer dauernden, gleichmäßigen Willensspannung bei fortlaufender Arbeit in gutem Einklange steht.

Noch deutlicher vielleicht tritt diese Eigentümlichkeit, die übrigens durchaus nicht bei dieser Gruppe allein, sondern bei allen Psychopathen mit unzulänglicher Willensentwicklung beobachtet wird, in der von einer 23jährigen Betrügerin stammenden Kurve Fig. 294

hervor, der zum Vergleiche eine Kurve Fig. 295 mit ähnlich niederem Schreibdrucke von einer gesunden Person beigegeben wurde. Die außerordentliche Einförmigkeit der nur ganz geringfügige Schwankungen bietenden gesunden Schreibbewegung ist in dieser klar zu erkennen. Demgegenüber sind die 5 von der Kranken gezeichneten

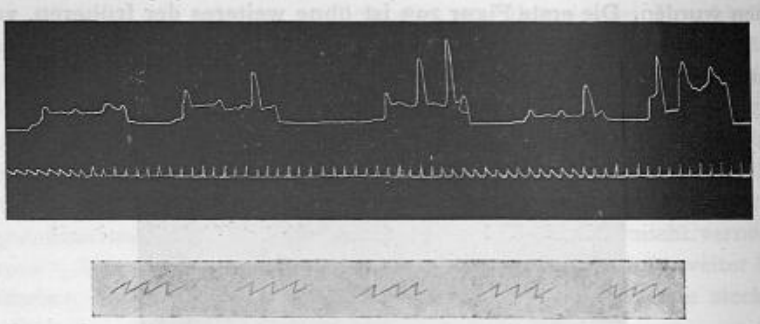


Fig. 294. Schreibkurven (*mc*) von einer psychopathischen Betrügerin.

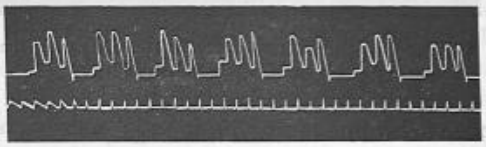


Fig. 295. Schreibkurven (*mc*) von einer Gesunden.

Kurven, denen leicht noch eine Reihe anderer Formen hätte beigefügt werden können, untereinander völlig verschieden. Sowohl der Höchst- und Durchschnittsdruck wie die Form und Anordnung der einzelnen Druckgipfel weichen stark voneinander ab; der kennzeichnende regelmäßige Wechsel zwischen hohem und niederem Drucke, wie er durch die Form des *mc* bedingt wird, ist kaum erkennbar. Das ist um so überraschender, als die hier wirklich von der Kranken gelieferten Schriftzüge, die in genauer Nachbildung wiedergegeben wurden, gar keine Unregelmäßigkeiten erkennen lassen.

Von der gleichen Kranken wurde endlich die Kurve Fig. 296 geliefert, die unmittelbar mit den früheren Figuren 168 und 169, ferner 265 bis 267 verglichen werden kann. Auch hier fällt, im Gegensatz zur Norm, die völlige Ungleichförmigkeit der einzelnen, taktmäßig aufeinander folgenden Bewegungen auf. Nicht nur die Form und Aus-

giebigkeit der einzelnen Bewegungen, sondern auch ihre Dauer und die Länge der Zwischenzeiten weisen die größten Verschiedenheiten auf; zudem gehen sie sehr langsam vonstatten. Wir kommen demnach zu dem Schlusse, daß auch ganz fest eingelernte oder maschinenmäßig ablaufende Willensvorgänge bei diesen Kranken nicht jene

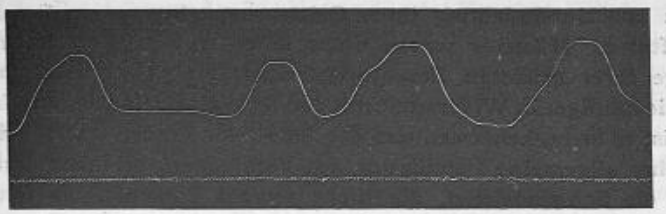


Fig. 296. Taktmäßige Fingerbewegungen von einer psychopathischen Betrügerin.

selbstverständliche, glatte und zuverlässige Abwicklung zeigen, die ihnen beim Gesunden zukommt. Ob das mit einer stärkeren Einmischung gemütlicher Einflüsse oder mit unzulänglicher Ausbildung niederer Willensmaschinen zusammenhängt, wird sich zurzeit nicht entscheiden lassen. —

Über die Prognose der Lügner und Schwindler läßt sich schwer etwas sagen, da die vorliegenden Erfahrungen noch unzulänglich sind. Die später zu erörternden Beobachtungen über den Altersaufbau legen jedoch die Annahme nahe, daß sich die psychopathischen Neigungen wenigstens in einer Anzahl von Fällen mit der Reifung der Persönlichkeit einigermaßen wieder verlieren können. Dafür spricht auch die Tatsache, daß ein gewisser Hang zum Schwindeln und namentlich zum Lügen bei Kindern gar nicht so selten ist, ohne zu einer dauernden Eigenschaft zu werden. Allerdings ist auf der anderen Seite zu berücksichtigen, daß es tatsächlich recht viele berufsmäßige Schwindler und Lügner gibt, deren Leben eine fortlaufende Kette von Betrügereien bildet. Wir werden also zu dem Schlusse kommen, der sich uns schon bei so manchen anderen Formen des Entartungsirreseins aufgedrängt hat, daß wir Fälle mit durchaus schlechter und solche mit weniger ungünstiger Prognose auseinander zu halten haben. Leider fehlen uns einstweilen noch die Anhaltspunkte, die uns eine frühzeitige Unterscheidung ermög-

lichen würden. Man wird vorderhand nur sagen können, daß nach der vollen Ausreifung, etwa von der zweiten Hälfte des dritten Lebensjahrzehntes an, die Aussicht auf eine wesentliche Änderung der krankhaften Persönlichkeit sehr gering sein wird. —

Die Zahl der Lügner und Schwindler beträgt unter den unserer Klinik zugehenden Psychopathen etwa 6—7%. Die große Mehrzahl kam zur Untersuchung ihres Geisteszustandes wegen begangener Straftaten. Männer waren unter ihnen mit 71% vertreten, eine Folge ihrer größeren Bewegungsfreiheit und Unternehmungslust, die sie häufiger in Widerstreit mit den Strafgesetzen bringen. Immerhin ist es bemerkenswert, daß der Anteil der Frauen etwas höher ist, als ihre allgemeine Beteiligung am Verbrechen, offenbar deswegen, weil die Schwindeleien, die nicht sowohl Tatkraft, als Gewandtheit, Redefertigkeit und Schauspielergabe voraussetzen, dem weiblichen Geschlechte verhältnismäßig leicht fallen. Das Alter der Kranken bei der Aufnahme, das selbstverständlich nicht mit der Zeit der ersten auffallenden Handlungen überhaupt zusammentrifft, gibt die folgende Übersicht wieder:

	bis zu 15	20	25	30	35	40	45	50	55 Jahren
Männer:	2	2	13	12	5	3	1	—	1
Frauen:	—	3	6	2	3	—	2	—	—
Zusammen:	2	5	19	14	8	3	3	—	1

Trotz der kleinen Zahl von Beobachtungen ist es klar, daß die uns zugeführten Schwindler vorzugsweise den jüngeren Altersklassen angehörten; nahezu die Hälfte der Kranken hatte das 25. Lebensjahr noch nicht überschritten. Besonders unter den Frauen überwogen die jüngeren; ihre Befähigung zu erfolgreichen Betrügereien wird durch die Vorzüge der Jugend natürlich wesentlich gehoben. Auch abgesehen von der Absterbeordnung könnte hier jedoch die Ausmerzung der gesellschaftsfeindlichen Persönlichkeiten durch die sie bedrohenden Schädigungen wesentlich mitspielen, durch wirtschaftliche Not, ungeordnetes Leben, Ausschweifungen, Hafteinflüsse, Verkommen in fremden Ländern. Dennoch möchte ich auch hier annehmen, daß in dem Altersaufbau eine gewisse Wandlung der Menschen durch die Jahre mit zum Ausdrucke kommt. Wie wir es bei der Hysterie, bei den Haltlosen und Erregbaren, ferner bei den eigentlichen Gesellschaftsfeinden sehen, meist freilich in viel

ausgesprochenerem Maße, so wird wohl auch hier ein gewisser Teil der auffallenden Störungen als vorübergehende Begleiterscheinung der Entwicklung aufgefaßt werden können, während es sich bei dem die Jahre überdauernden Reste um endgültige Unzulänglichkeiten der persönlichen Veranlagung handelt. Sein Anteil dürfte hier verhältnismäßig groß sein.

Bei der Betrachtung des Zivilstandes der Kranken fällt die große Zahl der Ledigen auf, die 80% beträgt. Namentlich im Hinblicke auf den Altersaufbau legt sie ein beredtes Zeugnis ab für die Unstetigkeit der Kranken und für ihre wirtschaftliche Unfähigkeit, die sie nicht zur Gründung einer Familie kommen lassen. Vom Lande oder aus kleinen Städten stammten 56%, aus München 21% und aus anderen Großstädten 23% der Kranken, Zahlen, bei denen die schwache Beteiligung der Einheimischen vielleicht durch die geringe Seßhaftigkeit der Kranken beeinflußt erscheint. Über den Beruf der Kranken läßt sich kaum etwas Sicheres sagen, da es sich sehr häufig um gescheiterte Laufbahnen handelte. Es ist jedoch vielleicht bemerkenswert, daß bei den Männern solche Berufe überwogen, die gewisse geistige Fähigkeiten voraussetzen. Neben einigen wenigen Tagelöhnern und Ausgehern bildeten die Hauptmasse Handwerker und „Kaufleute" in etwa gleicher Zahl. Dann kamen Techniker, Mechaniker, Zeichner, ferner Schreiber, endlich vereinzelt Gewerbeschüler und je ein „Schriftsteller", Schauspieler, Kunstmaler, Buchhändler, Masseur. Für die Frauen gilt ähnliches. Wir finden einige Lehrerinnen und Erzieherinnen, daneben ein paar Dienstboten und Näherinnen, sodann eine Schriftstellerin, eine Sängerin, eine „Directrice" und eine Kellnerin.

Hinsichtlich der familiären Belastung sind die Nachrichten hier besonders unvollkommen, da manche Kranke ihr Vorleben absichtlich in tiefes Dunkel hüllten. Dennoch fand ich in 55% allgemeine und in 42% der Fälle unmittelbare Belastung von seiten der Eltern. In 18% bestand Alkoholismus, in 24% Psychopathie bei den Eltern; Geisteskrankheiten waren bei diesen nur in vereinzelten Fällen zu verzeichnen. Als Andeutungen von Entwicklungsstörungen wurde einige Male über lange andauerndes Bettnässen oder spätes Erlernen des Laufens berichtet; hie und da fand sich auch deutlicher Infantilismus. Endlich waren mehrere Male „Zahnkrämpfe" in der Kindheit beobachtet worden. Der Alkoholmißbrauch spielte bei den

Kranken eine geringe Rolle; er ließ sich nur bei 20% der Männer nachweisen.

Nach den vorliegenden Erfahrungen werden wir wohl nicht fehlgehen, wenn wir auch die Neigung zum Lügen und Schwindeln in eine gewisse Beziehung zu Unzulänglichkeiten in der Entwicklung der seelischen Persönlichkeit zu bringen suchen. Wir erinnern uns dabei, daß die Lust zum Wachträumen, zur Ausmalung unwirklicher Lebenslagen, zu spielerischer Nachahmung eine Eigentümlichkeit der Kinderjahre darstellt. Späterhin wird die herrschende Stellung der Einbildungskraft, in der die Freude am Märchen, an Räuber-, Indianer- und Detektivgeschichten wie an Verkleidungen wurzelt, durch die Beschäftigung mit den Wirklichkeiten des Lebens und die Ausbildung der durch sie herausgeforderten Kräfte des Willens mehr und mehr in den Hintergrund gedrängt. Bei unseren Kranken bleibt diese Entwicklung unvollkommen. Sie lernen es nicht, den Widerständen des Daseins mit den Waffen des Willens und der Arbeit entgegenzutreten, sondern sie weichen ihnen aus, indem sie sich mit einer erdichteten, ihren Wünschen entsprechenden Welt umgeben und sich durch die bequemen Hilfsmittel des Betrugs, des Diebstahls, des Bettels die Güter zu verschaffen suchen, die den wesentlichen Inhalt ihres Strebens bilden. Die höchsten, dem Gemeinwohle dienenden Willensrichtungen fehlen ihnen; nur die kindlichen Wünsche nach äußerer Vornehmheit, nach Reichtum und sinnlichen Genüssen schweben ihnen vor, freilich in sehr vergröberten Formen, und sie suchen deren Erfüllung mit den naiven Verfahren der Lüge und der Verstellung zu erreichen. Natürlich sind sie nur in gewissen Richtungen Kinder geblieben, während sie auf anderen Gebieten die Begierden, Erfahrungen und Anschauungen Erwachsener besitzen. So kommt auch hier, wie bei vielen anderen Formen des Entartungsirreseins, ein seltsames Gemisch von Kindlichkeit und Verderbtheit zustande; die selbstsüchtigen Triebe können sich ungehindert entfalten und ihre häßlichsten Formen annehmen, da eben diejenigen Strebungen, die sie hemmen und beherrschen sollten, auf kindlicher Stufe stehen bleiben.

Es ist natürlich kein Zufall, daß uns bei diesen Kranken so besonders häufig ausgeprägte hysterische Krankheitserscheinungen begegnen. Auch sie zeugen von einer unzulänglichen Entwicklung der im zielbewußten Wollen liegenden Verteidigungs- und Angriffswaffen,

an deren Stelle sie sich erhalten haben. Träumerei, Lüge und Verstellung sind in gewissem Sinne ebenfalls Hilfsmittel, um den harten Notwendigkeiten des Lebens aus dem Wege zu gehen, statt, wie es der tatkräftige Wille tut, ihrer Herr zu werden. Man kann es daher verstehen, wenn alle diese urwüchsigen und unvollkommenen Notbehelfe nebeneinander zur Anwendung kommen, wo die höchsten Leistungen, die der vollentwickelten Persönlichkeit zur Verfügung stehen, in den Keimen steckengeblieben sind. Von Bedeutung ist dabei auch der Umstand, daß die ungenügende Ausbildung des Willens zugleich mit einer unzulänglichen Dämpfung der Gemütsbewegungen einhergeht, die das Auftreten hysterischer Entladungsformen noch besonders begünstigt. —

Die Gruppe der psychopathischen Lügner und Schwindler läßt sich gegen die Gesundheitsbreite natürlich nicht scharf abgrenzen. Lüge und Verstellung werden ja auch hier oft genug benutzt, um Ziele zu erreichen, die sonst nicht oder doch weit schwerer zugänglich erscheinen. Die Grenze des Krankhaften läßt sich etwa dort ansetzen, wo jene Hilfsmittel nicht mehr ausschließlich der Erreichung bestimmter selbstsüchtiger Zwecke dienen, sondern auch ohne äußere Nötigung aus einer Art inneren Bedürfnisses heraus in Bewegung gesetzt werden. Darin zeigt sich eben die Wirkung der krankhaften Veranlagung, die dann auch nicht bloß bei dieser oder jener Gelegenheit, sondern immer wieder, trotz aller guten Vorsätze und ohne Rücksicht auf die verderblichen Folgen, die gleichen Wege einschlägt. Selbstverständlich gibt es aber von jenen geborenen Lügnern und Schwindlern, denen Unwahrhaftigkeit und Schauspielerei zur zweiten Natur geworden sind, alle möglichen Übergänge zu den Gaunern, die schlaue Betrügereien lediglich zu Erwerbszwecken durchführen.

Auch gegenüber der Entartungshysterie wird man nur eine künstliche Grenze ziehen können. Wir haben ja gesehen, daß die hysterischen Erscheinungen einerseits, Lüge und Verstellung andererseits naive Waffen darstellen, die im Lebenskampfe dann gewohnheitsmäßig zur Anwendung kommen, wenn und solange die höheren und vollkommeneren Hilfsmittel unentwickelt geblieben sind. Die hysterischen Verteidigungsformen bezeichnen dabei die niederste, der Willkür nicht mehr zugängliche Stufe, während das Abweichen von Wahrheit und Wirklichkeit schon einer höheren seelischen Aus-

bildung entspricht. Dennoch wird man natürlich beide häufig nebeneinander beobachten können, namentlich in der Jugend. Dem entspricht es, daß bei den Pseudologen über auffälligere hysterische Störungen vorzugsweise aus früheren Lebensjahren berichtet wird, und daß die hysterische Verstellungskunst dort ihre merkwürdigsten Blüten treibt, wo die Unzulänglichkeit der Willensentwicklung die Reifung der Persönlichkeit überdauert, bei der Entartungshysterie.

Der Beziehungen zu den Haltlosen und den Triebmenschen wurde bei der Besprechung dieser Formen gedacht. Auch mit der „Affektepilepsie" finden sich Berührungspunkte, die mich früher veranlaßten, für jene die Bezeichnung „epileptische Schwindler" zu gebrauchen. Abgesehen von den epileptischen Zufällen, auf die ich kein besonderes Gewicht legen möchte, tritt jedoch dort die Lebendigkeit und Beweglichkeit der Einbildungskraft wie die Neigung zur Umdichtung der Wirklichkeit in Wort und Tat wesentlich zurück hinter der Gewaltsamkeit der Gefühlswallungen und der triebartigen Unberechenbarkeit des Handelns. Es wird aber gewiß nicht allzu schwer sein, Übergangsfälle aufzufinden.

Ähnliches gilt von dem Verhältnisse zu den Gesellschaftsfeinden. Auch die Lügner und Schwindler würden sich ja dieser Bezeichnung unterordnen lassen. Indessen ihnen fehlt doch allgemein die rücksichtslose, selbstsüchtige Ablehnung der menschlichen Interessengemeinschaft. Sie stellen sich nicht in trotzigen Gegensatz zur Gesellschaftsordnung, sondern suchen sich ihr nach Möglichkeit einzuschmiegen, wenn auch mit unredlichen Mitteln; sie sind auch in der Regel nicht roh und gemütlos, sondern nur oberflächlich und unbeständig in ihren Gefühlsregungen. Gleichwohl wird es ohne Zweifel Fälle geben, deren Zuteilung zu der einen oder anderen Gruppe bis zu einem gewissen Grade willkürlich erscheint.

Man kann vielleicht darüber im Zweifel sein, ob nicht manche der hier geschilderten Kranken richtiger der früher geschilderten manischen Veranlagung zugerechnet werden sollten. Im allgemeinen wird hier das Hervortreten einer dauernden, wenn auch leichten, psychomotorischen Erregung entscheidend sein, die an sich der Pseudologia phantastica nicht zukommt. Starke Ablenkbarkeit, unverwüstliche Heiterkeit, auffallende Reizbarkeit, Red-

seligkeit und Unternehmungslust, große Rastlosigkeit und Unruhe sprechen für die manische Veranlagung, bei der das Fabulieren zwar eine häufige, aber durchaus nicht notwendige Begleiterscheinung bildet. Umgekehrt dürfte die Neigung zum Wachträumen, eine würdevolle Haltung, Anpassungsfähigkeit, eine reichlich und mühelos fließende Erfindungsgabe, die geschickte Ausnutzung menschlicher Schwächen mehr der Eigenart des geborenen Schwindlers entsprechen. Die Unterscheidung kann dadurch erleichtert werden, daß der Hang zum Schwindeln dort oft erst zu einer gewissen Zeit hervortritt und deutliche Schwankungen zeigt, während er hier eine dauernde persönliche Eigentümlichkeit bildet. Auch häufigere, unvermittelte Stimmungsänderungen, namentlich längere Zeiten grundloser Niedergeschlagenheit und Verzweiflung mit Denkhemmung und Entschlußunfähigkeit, müssen den Verdacht auf das Bestehen einer manischen Veranlagung erwecken. —

Von einer psychiatrischen Behandlung der Lügner und Schwindler wird kaum viel die Rede sein können. Bei Kindern, die derartige Neigungen zeigen, wird man das Wuchern der Einbildungskraft durch sorgfältige Überwachung der Lektüre und der Beschäftigung tunlichst zu bekämpfen suchen. Dem Hange zur Träumerei muß die Erziehung zum Handeln, namentlich zu planvoller und regelmäßiger Arbeit, entgegengesetzt werden, am besten in Gemeinschaft mit Kameraden. Zugleich ist streng auf Einfachheit und Bedürfnislosigkeit in der Lebensführung zu achten. Bei der Berufswahl sind diejenigen Beschäftigungen abzulehnen, die dem Willen zu freien Spielraum lassen und somit dem Arbeitsunlustigen die Möglichkeit geben, unter allen möglichen Vorwänden auf angestrengte, fruchtbare Tätigkeit zu verzichten. Dahin gehören namentlich die künstlerischen Berufe. Auch solche Beschäftigungen, die mit großer Unrast der Lebensführung verbunden sind oder viele Versuchungen für ungefestigte Naturen mit sich bringen, wie diejenigen eines Reisenden oder Bankbeamten, wird man zu vermeiden haben. Im späteren Leben kann unter Umständen der Ernst einer drohenden oder wirklich verhängten Strafe die Widerstandsfähigkeit gegen bedenkliche Neigungen einigermaßen stärken. Wo diese jedoch über die Reifezeit hinaus die Herrschaft behalten und gesellschaftsfeindliche Formen annehmen, wird eine Beschränkung der Freiheit nicht zu umgehen sein.

F. Die Gesellschaftsfeinde (Antisozialen)[1]).

Das Wesen der Entartung läßt es selbstverständlich erscheinen, daß deren Träger das Zusammenleben der Menschen nach den verschiedensten Richtungen hin erschweren und gefährden, da ihre Eigenschaften der Erreichung der gemeinschaftlichen Ziele zuwiderlaufen. Ein großer Teil von ihnen begeht Handlungen, die schädigend in die Rechte ihrer Mitmenschen eingreifen; andere entziehen sich den Aufgaben, die ihnen das Leben stellt, oder sie sind unfähig, für sich selbst zu sorgen, so daß sie als Ballast von ihren gesünderen und leistungsfähigeren Genossen mitgeschleppt werden müssen. Es gibt aber auch eine Gruppe von Psychopathen, deren Veranlagung sie von vornherein in einen entschiedenen Gegensatz zu den Anforderungen des Gemeinschaftslebens bringt; wir wollen sie deswegen unter der Bezeichnung der Gesellschaftsfeinde zusammenfassen. Ihre besondere Stellung wird dadurch begründet, daß bei ihnen eine ausgesprochene sittliche Stumpfheit besteht und die Gemütsbeziehungen zu ihrer Umgebung unentwickelt bleiben. Ihnen fehlen daher alle jene Triebfedern des Handelns, die aus der Zuneigung zu den Mitmenschen und aus dem Bedürfnisse entspringen, ihre Herzen zu gewinnen.

Der Verstand dieser Kranken pflegt höchstens innerhalb der Grenzen des praktischen Lebens leidlich entwickelt zu sein. Von meinen Fällen wurden etwa 40% als gute, ebensoviele als schlechte, 20% als mittelmäßige Schüler bezeichnet. Birkigt teilt mit, daß von 124 straffälligen Schulknaben 67% die höchste Schulklasse nicht erreichten; er bezeichnet 8,9% als gut, 41,9% als mittelmäßig und 49,2% als schlecht begabt. Ähnlich gibt Gruhle, der 105 Zwangszöglinge untersuchte, an, daß von ihnen nur 38,1% alle Klassen

[1]) Lombroso, Der Verbrecher, deutsch von Fränkel. 1887; Neue Verbrecherstudien, deutsch von Jentsch. 1907; Kurella, Naturgeschichte des Verbrechers. 1893; Bär, Der Verbrecher in anthropologischer Beziehung. 1893; Bleuler, Der geborene Verbrecher. 1896; Aschaffenburg, Das Verbrechen und seine Bekämpfung. 1903; Müller, Archiv f. Psychiatrie XXXI, 325; v. Muralt, Über moralisches Irresein. 1903; Haymann, Zur Lehre vom geborenen Verbrecher, Diss. 1907; Longard, Archiv f. Psychiatrie XLIII, 135; Maier, Über moralische Idiotie, Diss. 1908; Anton, Über krankhafte moralische Abartung im Kindesalter. 1910; Hermann, Das moralische Fühlen und Begreifen bei Imbezillen und kriminell Degenerierten. 1912; Gruhle, Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität. 1912; Birnbaum, Die psychopathischen Verbrecher. 1914.

durchmachten. Siefert fand, daß unter 1057 Fürsorgezöglingen nur $^1/_4$—$^1/_3$ eine geistige Durchschnittsbegabung aufwiesen. Freilich bilden hier überall die eigentlichen Gesellschaftsfeinde gegenüber den einfach Verwahrlosten und leichter oder schwerer Schwachsinnigen nur einen Bruchteil.

Die Kranken haben fast immer eine sehr starke Abneigung gegen regelmäßige Arbeit und suchen sich ihr auf alle Weise zu entziehen, müssen zu allem getrieben werden; sie passen nicht auf, versagen nach kurzer Zeit, beschäftigen sich mit Spielereien, kommen zu spät, bleiben fort. „Der könnte, wenn er möchte," hieß es von einem Kranken, „aber er mag sein Talent nicht anwenden." Von mehreren Kranken wurde berichtet, daß sie Schwankungen in ihrem Verhalten darboten, zeitweise ganz fleißig und dann wieder äußerst faul waren. Manchmal erscheinen sie wie auf den Kopf gefallen, zerstreut, unaufmerksam, träumerisch, schläfrig, matt. Auch wenn sie ganz gut auffassen, sind sie doch in der Regel geistig wenig regsam, denkfaul, haben kein ernstes Streben, keine weiter reichenden Interessen; sie lernen vielleicht rasch auswendig, vergessen aber ebenso schnell wieder. Der Schatz ihrer Kenntnisse bleibt daher meist ziemlich dürftig. Dennoch sind sie imstande, eine gewisse Summe von Erfahrungen zu sammeln, die sie, vielfach mit schlauer Berechnung, zu ihrem Vorteil zu verwerten wissen; sie zeigen auch keine Gedächtnislücken und keine groben Verstöße in der Folgerichtigkeit ihres Denkens. Dagegen fehlt ihnen meist die Fähigkeit, den Dingen auf den Grund zu gehen, allgemeine Gesichtspunkte zu gewinnen, höhere Geistesarbeit zu leisten, sich eine zusammenhängende Lebens- und Weltanschauung zu bilden. Sie urteilen schief und einseitig, erhalten keinen Überblick über den Zusammenhang der Lebensereignisse, fassen keine weiten Ziele ins Auge, machen sich keine Gedanken über die Zukunft, sind nur mit Augenblicksfragen beschäftigt. Auf diesen Mangel an Voraussicht haben Kenner der Verbrechernatur von jeher aufmerksam gemacht. Manche Kranke lesen gern, meist minderwertiges Zeug, Indianer- und Räubergeschichten, oder sie haben eine Leidenschaft für das Kino; andere zeigen Begabung für Sprachen, für Zeichnen, Musik oder besitzen großes praktisches Geschick. Ihre Ausdrucksweise ist öfters gewandt und wortreich.

Sehr verbreitet ist bei ihnen der Hang zur Unwahrhaftigkeit.

Sie lügen nicht nur, um sich den an sie gestellten Anforderungen und den unangenehmen Folgen ihrer Handlungen zu entziehen, sondern auch, um andern zu schaden, namentlich aber, um zu prahlen. Ihre üblen Streiche leugnen sie schlankweg, auch wenn sie vollkommen überwiesen sind, oder sie stellen sie in gänzlich veränderter Weise dar. Ein Kranker meinte, den ihm zur Last gelegten Diebstahl müsse ein anderer begangen haben, der ihm ähnlich sehe; ein 16jähriger junger Mensch, der das ihm anvertraute Geld unterschlagen hatte, kam mit einer Schnittwunde auf der linken Wange und einem Stich durch Rock und Weste auf die Polizei und gab an, daß er das Opfer eines Raubanfalles geworden sei. Ihre Erlebnisse schmücken sie in willkürlicher Weise aus, erfinden Geschichten, halten die Leute zum Narren. Sie erzählen von ihren reichen Eltern; sie seien adlig, duzen sich mit allen Prinzen; ihr Vater sei ein Graf, ein reicher Engländer; sie haben eine Rheinreise gemacht, waren in London, 4 Wochen in St. Moritz, unterhalten ein Liebesverhältnis mit der Frau ihres Arbeitgebers. Ein 14jähriger Lehrling, der mit 1100 Mark in Begleitung einer Dirne nach Neapel und Ägypten durchzubrennen versuchte, trat als Freiherr von W. auf und erzählte nach seiner Verhaftung ganz abenteuerliche Geschichten von diesem Freiherrn, der sich an ihm vergangen habe, und den er habe verfolgen wollen. Ein Kranker fuhr ohne ersichtlichen Zweck bei Grundbesitzern vor und gab sich als Ingenieur aus, der Baugründe kaufen wollte, ließ sich in Schliersee als Erbherzog Karl zu Schaumburg-Lippe herumführen. Öfters entwickeln die Kranken prahlerische Pläne; sie wollen weite Reisen unternehmen, Schiffskapitän, Entdecker, etwas ganz Besonderes, große Herren werden; sie träumen von Kämpfen mit Indianern und wilden Tieren, von Goldfeldern und unermeßlichen Reichtümern.

Die Stimmungslage der Kranken ist öfters heiter und selbstbewußt, bisweilen übermütig, ebenso oft aber mürrisch, finster, gereizt, hie und da auch gedrückt, ängstlich oder weinerlich. Sie wechselt nicht selten rasch und unvermittelt; die Kranken sind launenhaft und wetterwendisch; manchmal zeigen sie ausgeprägte Verstimmungen ohne äußeren Anlaß. Sehr häufig besteht eine starke Reizbarkeit, die zu Zornausbrüchen von großer Heftigkeit und Rücksichtslosigkeit führen kann. Die Kranken drohen, zerstören, greifen an, sind unter Umständen sehr schnell mit dem Revolver

oder Messer bei der Hand. Verhältnismäßig selten ist ernsthafter Lebensüberdruß. Nur 18% meiner Kranken hatten Versuche unternommen, sich das Leben zu nehmen. Mindestens in einem Drittel dieser Fälle handelte es sich jedoch nur um Spielereien, mit denen die Umgebung erschreckt werden sollte. Der Beweggrund war fast immer Furcht vor Strafe wegen böser Streiche, bisweilen auch der Wunsch, aus einer nicht zusagenden Umgebung (Krankenhaus, Haft, Zwangserziehung) fortzukommen. Die angewandten Verfahren ließen den geringen Ernst des Vorhabens oft deutlich erkennen. Ein 14jähriger Junge legte sich eine Strickschlinge um den Hals, die er an einem Balken des Heubodens befestigte, und wartete so; ein 17jähriger Mensch brachte sich mit einem zerbrochenen Brillenglase eine kleine Schnittwunde am Handgelenk bei, um aus der Strafhaft in das Krankenhaus zu kommen; ein anderes Mal verletzte er sich mit einem Rasiermesser, um seiner Schwester, während sie zum Arzte lief, 20 Mark entwenden zu können.

Sehr verbreitet ist bei den Kranken eine kindische Eitelkeit und Selbstgefälligkeit, wie sie schon in den angeführten Prahlereien erkennbar ist. Sie spielen sich auf, putzen sich heraus, suchen die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken; sie führen das große Wort, reden vorlaut in alles hinein, wollen alles besser wissen. Oft gefallen sie sich in schwülstigen Redensarten, gewählten Ausdrücken, gezierter Sprechweise, machen große Gebärden, nehmen den Ton selbstverständlicher Überlegenheit an, werden ironisch. Das Gefühl der Unterordnung gegenüber Älteren oder Höhergestellten ist ihnen gänzlich fremd; sie betrachten jeden ohne weiteres als ihresgleichen, treten anmaßend und patzig auf. Bei ihren Streichen kommen sie sich wie Helden vor, rühmen sich ihrer, verfassen auch wohl Gedichte zu ihrer Selbstverherrlichung.

Diejenige Störung, die dem ganzen Wesen der Kranken seine besondere Färbung gibt, ist der Mangel tieferer gemütlicher Regungen. Freude und Leid ihrer Umgebung finden in ihnen ebensowenig einen Widerhall wie die Beweise von Liebe und Freundschaft, die Drohungen und Mahnungen, die Zeichen der Verachtung. Sie sind stumpf, ohne Teilnahme, ohne Anhänglichkeit, „ohne Ehr- und Schamgefühl", „gleichgültig gegen Lob und Tadel", ohne Verantwortlichkeitsgefühl. Durch diese tiefgreifende Unzulänglichkeit ihres Gemütslebens werden ihre gesamten Beziehungen zur Um-

gebung in der entscheidendsten Weise beeinflußt. Sie empfinden von vornherein weder Zuneigung noch Dankbarkeit oder Ehrerbietung gegenüber Eltern und Erziehern, wie sie Grundlage aller persönlichen Einwirkung bildet. Sie sind eigenwillig, unfolgsam, ungebärdig, widerspenstig, lassen sich nichts sagen, folgen durchaus nur ihren eigenen Gelüsten; „ich mag nicht, weil ich nicht mag", erklärte eine Kranke. Sie sind unzugänglich, verschließen sich trotzig gegen jeden Versuch, auf sie Einfluß zu gewinnen, werden frech, grob, lümmelhaft. Ein 15jähriger Junge meinte, seine Eltern und Meister hätten ihm nichts zu sagen; erstere seien nur da, für ihn zu sorgen, zu zahlen, aber das Recht, ihn zurechtzuweisen, stehe ihnen nicht zu; ob sie mit seinen Plänen einverstanden seien oder nicht, sei ihm ganz gleich; er tue, was er wolle. Eine Kranke erklärte, sie sei der Mutter keine Liebe und keinen Dank schuldig. Da ihnen das Gefühl der Unterordnung unter die elterliche Autorität fremd ist, fehlt ihnen oft in erschreckender Weise die Kindlichkeit; sie reden und handeln ohne Bedenken, wie es ihnen einfällt, sprechen ohne Scheu von ihrer Verderbtheit, machen den Eindruck alter, gewiegter Verbrecher.

Eine wichtige Teilerscheinung der krankhaften Gemütlosigkeit ist der Mangel an Mitgefühl. Er zeigt sich oft schon früh in der Grausamkeit gegen Tiere; ein Kranker stach einer Singdrossel die Augen aus. Gegen ihre nächsten Angehörigen, die ihnen naturgemäß oft entgegentreten müssen, sind sie äußerst gehässig und boshaft, leben mit ihnen in stetem Streit. Sie schimpfen in den rohesten Ausdrücken, bedrohen die Mutter, spucken ihr ins Gesicht, stoßen, beißen und schlagen zu, gehen mit dem Messer auf sie los. Sie zertrümmern Geschirr und Fenster, werfen mit Scheren, Gabel und Messer um sich, zerreißen ihre Kleider, um den Eltern Kosten zu verursachen, machen Selbstmordversuche, um sie zu erschrecken. Ein Kranker drang mit dem Beile bei seiner Mutter ein, um Möbel von ihr zu erpressen. „Er ist unerträglich in der Familie," hieß es von einem Kranken; „man muß sehr gut mit ihm umgehen." Manchmal richtet sich ihr Haß besonders gegen einzelne Angehörige, die Schwester, den Vater, die dann mit planmäßiger Rachsucht verfolgt werden.

Selbst die mächtigen Triebfedern der Mutterliebe können hier völlig versagen. Manche Kranke haben gar keine Zuneigung zu

ihren Kindern, vernachlässigen und mißhandeln sie, suchen sie zu beseitigen, wenn sie ihnen unbequem werden. Eine Kranke, die ihr Kind getötet hatte, für das sie nicht mehr zahlen konnte, äußerte, als sie in der Zeitung die Nachricht von der Auffindung der Leiche las: „Einer solchen entmenschten Mutter gehörte es nicht besser, als daß sie selbst umgebracht werde". Bei der Besprechung ihrer Tat war sie ganz heiter, zeigte durchaus keine Reue.

Das Gefühl für Anstand und Reinlichkeit ist bei den Kranken vielfach wenig entwickelt. Sie benehmen sich flegelhaft oder kindisch, läppisch, lassen sich in ihrem Äußeren verwahrlosen, laufen zerlumpt herum, wechseln die Wäsche nicht, beschmieren die Wände. An ihrem Körper sind sie öfters sehr unsauber, waschen sich nicht, bohren sich in die Nase, kauen an den Nägeln, verzehren unappetitliche Dinge. Ein Junge arbeitete mit den Fingern in seinem After herum und beschmierte sich mit seinen Ausscheidungen; vielleicht spielten dabei dunkle geschlechtliche Regungen mit.

In der Schule werden die Kranken der Schrecken der Lehrer. Sie treiben allen möglichen Unfug, stören den Unterricht, führen unflätige Reden, stecken „voll Spitzbüberei"; er brauche sich nicht immer schulmeistern zu lassen, erklärte ein Kranker. Darum lehnen sie sich auf, machen Krach, werden selbst tätlich. Ihre Kameraden hetzen sie auf, prügeln, necken und ärgern sie, spielen ihnen boshaften Schabernack, werfen mit Steinen. Infolgedessen gewinnen sie auch in der Regel keine Freunde, geben sich freilich auch gar keine Mühe und stehen ihrer Umgebung durchaus kalt und gleichgültig gegenüber. Alle Versuche, ihre Erziehung in die richtigen Bahnen zu lenken, bleiben fruchtlos, weil deren wertvollste Hilfsmittel, Liebe und Ehrgeiz, hier keinen Anknüpfungspunkt finden. Nur die einfache Vergewaltigung vermag noch die Äußerungen einer wilden Selbstsucht einigermaßen einzudämmen. Ihr wird aber sehr bald durch Falschheit, schlaue Verschlagenheit, Hinterlist, durch Verstocktheit, unbändigen Trotz, Neigung zu Lug und Trug begegnet. So werden die Kranken denn als „durch und durch boshaft", „verkommen, gemeingefährlich, zu jeder Tat fähig" geschildert; „er ist ein moralisch verkommener und verdorbener Mensch, ohne Achtung vor Gesetz und Autorität, unverbesserlich und weder durch Milde noch durch Strenge zu beeinflussen", hieß es in einem Berichte, und von einem 15jährigen

Jungen wurde gesagt, er sei so gewandt wie ein Erwachsener, habe „Genie zum Verbrechen".

Ein Teil der Kranken gelangt, wenn die häuslichen Verhältnisse ungünstig sind oder sich die Unwirksamkeit der gewöhnlichen Zuchtmittel herausgestellt hat, in eine Fürsorgeerziehungsanstalt. Hier finden sich eine Menge verschiedenartiger, frühzeitig gefährdeter junger Menschen zusammen, über deren Beschaffenheit wir eine Reihe sorgfältiger Untersuchungen[1]), so von Mönkemöller, Tippel, Cramer, Thoma, Snell, Rizor, Gruhle, Hinrichs, Schnitzer, Sieffert, besitzen. Wie es scheint, handelt es sich in mehr als der Hälfte bis zu drei Viertel der Fälle um krankhafte Persönlichkeiten, unter denen allerdings die mehr oder weniger hochgradig Schwachsinnigen über die einfachen Psychopathen überwiegen. Die unerziehbaren Verbrechernaturen waren unter den von Gruhle untersuchten Zwangszöglingen mit etwa 8—10% vertreten; Sieffert fand bei 8% der von ihm beobachteten männlichen, schulpflichtigen Fürsorgezöglinge „schwere kriminelle Verkommenheit".

Die Unfähigkeit der Kranken, sich äußeren Einflüssen zu fügen und sich in Arbeitsgemeinschaften einzugliedern, führt schon früh zu Versuchen, sich dem als unerträglich empfundenen Zwange zu entziehen, den die Erfordernisse des Lebens mit sich bringen. Sie beginnen mit dem Schwänzen der Schule und dem Fortlaufen von Hause. Gruhle fand unter seinen Zwangszöglingen 58,1% Schulschwänzer. Die Kinder entfernen sich heimlich, treiben sich planlos herum, auch nachts, ohne an die Rückkehr zu denken, weil es ihnen in der Schule oder zu Hause nicht mehr gefällt. Ein Junge lief fort, weil er zu Weihnachten nicht bekam, was er wünschte, ein anderer, weil es ihm auf dem Lande besser gefalle; er wollte ins Lager Lechfeld, um Soldaten zu sehen. Ein Mädchen verschwand, weil es einen Maßkrug zerschlagen hatte. Um sich ihrer Umgebung zu entziehen, verstecken sie sich auf dem Speicher, übernachten im Keller, in Wartesälen, Eisenbahnwagen, im Freien, bis sie, unter Um-

[1]) Mönkemöller, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie LVI, 14; Zeitschr. f. d. Erforschung des jugendl. Schwachsinns IV, 128; Isserlin u. Gudden, Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie XII, 465; Schuppius, Deutsche militärärztliche Zeitschr. 40, 866; Pachantoni, Archiv f. Psychiatrie XLVII, 27; Cramer, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie LXVII, 515; Thoma, ebenda LXVIII, 699; Schnitzer, Zeitschr. f. d. Erforschung des jugendl. Schwachsinns V, 97; Sieffert, Psychiatrische Untersuchungen über Fürsorgezöglinge. 1912.

ständen erst nach 8 oder 14 Tagen, aufgegriffen und heimgebracht werden. Andere wollen weiter weg, fahren ohne Fahrkarte in die Welt hinaus, streunen und betteln sich durch. Sie haben den „Drang nach Freiheit", möchten Abenteuer erleben, die Welt kennen lernen, suchen nach Italien, in die nächste Großstadt, zur Kriegsmarine zu kommen; ein Kranker gab an, die Welt sei ihm zu eng, ein anderer, das Reisen sei sein Ideal. Ein junger Mensch, der „schon von Kind auf sehr reiselustig" war, erklärte, er wolle hinaus in die weite Welt; dort sei doch ein ganz anderes Leben. Er sei „ein großer Feind von ganz Bayern und Deutschland und sehne sich darum in das Weite". „Ich habe drüben eben das Glück in der Hand"; er müsse dort immer mit dem Revolver herumgehen wegen großer Lebensgefahr und wolle vor allem gleich reiten lernen. „In dem Augenblicke, wo mein Zug von hier nach Hamburg oder Bremen abfährt, schlägt für mich eine wirklich selige Stunde, wo ich erlöst bin von dem Bande der Ketten, ja von den gräßlichen Löchern." Die kindliche Auffassung von den Herrlichkeiten der Fremde ist sehr bezeichnend.

Auch aus der Lehre brennen die Kranken bei jeder Gelegenheit durch, halten nirgends aus; überall paßt ihnen irgend etwas nicht. Beim Militär überschreiten sie den Urlaub, werden fahnenflüchtig, wenden sich der Fremdenlegion zu. Sie wandern wegen ihrer Streiche von einer Schule zur andern, wechseln ihre Stellen, werden immer wieder anderswo untergebracht, versuchen es bald in diesem, bald in jenem Berufe. Ein Gürtlerlehrling war in kurzem Zeitraum zunächst bei einem Kupferschmied, dann in der forstwirtschaftlichen Lehre, in einer Gärtnerei, sollte endlich Elektrotechniker werden; ein anderer war nacheinander Schuhmacher, Vergolder, Gummiarbeiter, Gärtnerlehrling, dazwischen in mehreren Anstalten. Manche Kranke gehen über See, nach Texas, Argentinien, kehren aber in der Regel nach einigen Monaten abgerissen und verwahrlost zurück. Der ganze Lebenslauf wird auf diese Weise planlos und ungeordnet. Die Kranken kommen zu keiner ernsthaften, ausdauernden Tätigkeit, erhalten keine fachmäßige Ausbildung, verlottern und verbummeln und werden mit ihren sich immer wiederholenden Mißerfolgen eine Quelle steter Beunruhigung und schwerer Sorgen für ihre Familie. Überall erweisen sie sich als unbotmäßig, unzuverlässig und unbrauchbar zu selbständiger Arbeit; sie ver-

säumen den Dienst, führen Aufträge nicht aus, verderben die Arbeit, machen Lumpereien und „Viehchereien".

Dazu kommt, daß sie in der Regel sehr genußsüchtig sind und rücksichtslos ihre Wünsche und Begierden zu befriedigen suchen. Schon als Kinder pflegen sie zu naschen, das ihnen in die Hand fallende Geld für Karusselfahren, den Besuch von Kinos, für Süßigkeiten, Zigaretten, Bier auszugeben. Sie sind anspruchsvoll, wollen überall dabei sein, sich nichts versagen, haben „Lust, mal ein schönes Leben zu führen", wie ein Kranker zur Begründung einer von ihm begangenen Scheckfälschung erklärte. Sie fahren im Auto spazieren, rauchen stark, zechen die Nächte durch, treiben sich in Bordellen herum, halten andere frei, um sich aufzuspielen, machen prahlerische Geschenke, werfen das Geld sinnlos hinaus. Ein Ausgeher verbrauchte in 7 Tagen 300 Mark, die er ergaunert hatte, saß bis nachts 4 Uhr in der Kneipe; er meinte, er könne nicht widerstehen. Ein 16jähriger Kranker, der seinen Angehörigen wiederholt größere Beträge entwendete, fuhr im Expreßzug I. Klasse nach Wien und unternahm von Zürich aus für 110 Franken eine Wagenfahrt nach Luzern und der Axenstraße. Andere Kranke spielen oder lassen sich in schwindelhafte Unternehmungen ein, um rasch Mittel in die Hand zu bekommen. Auf diese Weise zerrinnt ihnen das Geld unter den Händen. Sie beginnen daher, eigenes und fremdes Eigentum zu versetzen und zu verkaufen, machen überall Schulden, pumpen Untergebene, Kellnerinnen, Dienstboten an und schreiten zu verbrecherischen Handlungen. Da sie sich nicht unterordnen und keine Vorwürfe hören, dagegen eine Rolle spielen mögen, haben sie eine verhängnisvolle Neigung, in ihrem Verkehr immer hinabzusteigen, und geraten dadurch rasch in schlechte Gesellschaft, die sie in ihren üblen Lebensgewohnheiten bestärkt; ein Kranker verkehrte bei den „feschen Geistern". Dirnen, Zuhälter, Wucherer und anderes Gesindel hängen sich an sie, beuten sie aus und ziehen sie trotz aller Bemühungen der Angehörigen immer weiter in ihre Kreise hinein.

Die geschlechtlichen Begierden erwachen bei den Kranken meist schon sehr früh. Manche onanieren in der Schule schamlos, verführen auch ihre Kameraden, treiben Schweinereien mit ihren Spielgenossinnen. Sehr bald, bisweilen bereits vor dem 12. oder 10. Jahre und selbst noch früher, beginnt dann ein ausgedehnter und wahlloser

geschlechtlicher Verkehr, der vielfach zum Mittelpunkte der Lebensinteressen wird. So entsteht das Bild der geborenen Prostituierten. Die Mädchen drängen sich schon als Kinder an Knaben heran, betasten sie, machen mit ihnen Koitusversuche; sie brüsten sich mit ihren geschlechtlichen Beziehungen, suchen überall mit Männern zusammenzukommen, treiben sich nachts herum, knüpfen zahllose „Bekanntschaften" an, geben sich unbedenklich jedem hin. Ein 14jähriges Kind ließ sich von Zirkusbediensteten im Freien mißbrauchen. Ein 16jähriges Mädchen hob in der Bahn vor den Mitreisenden die Röcke auf, suchte in der Erziehungsanstalt dem Hausmeister in den Abort zu folgen; sie kam schwanger in die Klinik. Stelzner berichtet von einem 9jährigen Knaben, der kleine Mädchen zwang, sich zu entkleiden. Nicht selten werden auch geschlechtliche Verirrungen beobachtet. Ein Kranker exhibierte; ein 12jähriger Junge verging sich an seiner 11jährigen Schwester. Andere zeigen gleichgeschlechtliche Neigungen; ein Kranker war berufsmäßiger Prostituierter, ohne homosexuell zu sein. Stelzner führt an, daß ein Drittel ihrer weiblichen Psychopathen sich gleichgeschlechtlich betätigte. Ein junges Mädchen führte Kinder in den Wald, entkleidete sie dort und mißhandelte sie; ein Kranker erklärte, daß ihm bei geschlechtlicher Erregung mit größter Deutlichkeit die Bilder nackter Frauenzimmer vorschwebten, die ihn zur Onanie reizten. Dabei stelle er sich vor, wie er sie abschlachte, die Instrumente, das Aufschlitzen des Bauches, das Winden und Jammern seiner Opfer, die Zuckungen der Sterbenden. Vielleicht gehört hierher auch ein Kranker, der Damenbekleidungsstücke stahl und anzog, obgleich er geschlechtliche Beweggründe in Abrede stellte.

Fast alle unsere Kranken waren mit dem Strafgesetze in Widerstreit geraten; nur einige Jugendliche wurden uns lediglich wegen der Erziehungsschwierigkeiten zugeführt. Die bei weitem häufigste, etwa in 70% der Fälle vorkommende Form der verbrecherischen Betätigung war der Diebstahl. Die Kranken begannen damit, ihren Eltern kleine, später größere Beträge zu entwenden, und setzten das fort, wenn ihnen in ihren Stellungen irgendwie Geld in die Hand fiel; „er stiehlt wie eine Dohle", hieß es von einem 12jährigen Knaben. Auch Schmuckgegenstände, Fahrräder, Uhren, Revolver werden mit Vorliebe gestohlen. Ein Kranker nahm dem Lehrer eine Briefmarkensammlung, ein anderer zu Hause eine Münzsammlung fort;

ein dritter verkaufte seinem Vater „die halbe Bibliothek". Das Gestohlene wird sofort versetzt oder verkauft, der Erlös vergeudet. Bisweilen kommt es zur Bildung jugendlicher Verbrecherbanden, an deren Spitze ein besonders tatkräftiger Gesellschaftsfeind steht. Manche Kranke erbrechen Kästen und Schränke oder öffnen sie mit Nachschlüsseln. Ein 22jähriger Kranker beging eine Reihe von schweren Einbruchsdiebstählen, konnte aber wegen Eingreifens der Polizei „das Geschäft nicht in Aufschwung bringen", wie er schrieb; er faßte daher „größere Unternehmungen im Bankfach im Auslande" ins Auge. Auch Diebstähle bei Prostituierten und Taschendiebstähle kommen öfters vor. Der soeben erwähnte Kranke täuschte auf der Straße einen epileptischen Anfall vor, um seinem Genossen Gelegenheit zum Taschendiebstahl zu geben.

Etwa 20% der Kranken hatten Unterschlagungen, etwa 12% Betrügereien oder Fälschungen begangen. Bei Besorgungen, beim Austragen oder Einziehen von Geldern behielten sie die in ihre Hände gelangenden Beträge für sich und suchten deren Fehlen durch alle möglichen Ausflüchte zu verdecken oder fuhren mit dem Gelde einfach davon. Ein Kranker wechselte die Wohnung, um drängenden Zahlungsverpflichtungen zu entgehen. Vielfach suchten die Kranken Fremden durch allerlei Vorspiegelungen, etwa im angeblichen Auftrage des Vaters oder unter falschem Namen, Geld zu entlocken. Ein Techniker entlieh als „Leutnant Graf X" ein Pferd und suchte es sofort zu verkaufen; ein Masseur erschien im Zweispänner mit Kutscher in Livree, trat als Sohn eines sehr angesehenen Fabrikanten gleichen Namens auf, suchte sich ein Automobil aus, „kaufte" dazu Mantel und Mütze und fuhr in Begleitung des Chauffeurs mit zwei „Damen" davon, um sie in einem Hotel ohne einen Pfennig Geld großartig zu bewirten. Andere entwenden Scheckblätter und füllen sie nach ihrem Gutdünken aus; ein Kranker lebte einige Zeit davon, daß er als Kassier einer Schaubude falsch herausgab.

Mehr vereinzelt kommen dann ferner Erpressung, Widerstand, Kuppelei, Falschspiel, Meineid, Brandstiftung, Körperverletzung, Totschlagsversuch, Raubmordversuch, Kindsmord, sodann grober Unfug, Ruhestörung, Meuterei, Hausfriedensbruch zur Beobachtung, letztere als Ausdruck alkoholischer Einflüsse. Ein Kranker verkuppelte seine eigene, verheiratete Schwester an einen verheirateten Mann und berichtete mit Genugtuung darüber. Ein anderer, der

mit einem Genossen eine hysterische Schwindlerin aus der Irrenanstalt entführt hatte, lebte als ihr Zuhälter und setzte das später mit einer anderen Prostituierten fort. „Leider hatte meine Geliebte das Malheur, wegen Geschlechtskrankheit das Krankenhaus aufsuchen zu müssen," schrieb er später, „und so versiegte mir auf wer weiß wie lange meine Einnahmequelle." Bemerkenswert war die große Roheit der Kranken; viele von ihnen trugen immer den Revolver bei sich. Ein 19jähriger Kranker suchte eine Verkäuferin, als sie sich bückte, mit einem bereit gehaltenen Beile zu erschlagen; ein anderer erschoß mit 24 Jahren seine Geliebte und verletzte sich selbst schwer. Mehr als ein Viertel der Frauen trieben Gewerbsunzucht; eine Reihe von Kranken waren wegen Bettelns oder Landstreicherei bestraft.

Verhängnisvoll für das Schicksal der Kranken ist ihre außerordentliche Rückfälligkeit. Da die verbrecherische Betätigung Ausfluß ihres innersten Wesens ist und die sittlichen Hemmungen fehlen, geraten sie mit der größten Selbstverständlichkeit immer wieder auf Abwege. Ermahnungen, die ihnen als kleinliche Schulmeistereien erscheinen, werden ohne weiteres in den Wind geschlagen; Strafen, die sie als ungerechte Vergewaltigungen betrachten, bleiben ohne nachhaltigen Einfluß. So gestaltet sich das weitere Leben dieser sittlich unfähigen Persönlichkeiten zu einem dauernden Kampfe mit der Gesellschaftsordnung. Aus ihren Reihen geht ein großer Teil derjenigen Verbrecher hervor, die Aschaffenburg als „Berufsverbrecher" von den Gewohnheitsverbrechern abgetrennt hat. In ihnen entwickelt sich eine wachsende Freude an dem gefahrvollen Kampfe mit dem Gesetze, ein Stolz über die eigenen Leistungen, ein zielbewußtes Streben nach Ausbildung aller Hilfsmittel, die zum Erfolge führen können. Auf diese Weise kommt es zur Ausbildung der verbrecherischen „Spezialitäten", bei denen uns die Schlauheit des Planes oft in gleicher Weise in Erstaunen setzt wie die in langer, einförmiger Übung erworbene Kühnheit und Gewandtheit der Durchführung. Allerdings darf man nicht außer acht lassen, daß es sich dabei meist um die Wiederholung uralter, von Geschlecht zu Geschlecht überlieferter, nur ein wenig verfeinerter und umgemodelter Kniffe handelt. Andererseits ist oft auch wieder die Unvorsichtigkeit und Kopflosigkeit erstaunlich, mit welcher der Erfolg eines wohldurchdachten verbrecherischen Unternehmens nach-

träglich in Frage gestellt wird. Selbstverständlich spielt sich ein großer Teil des Lebens dieser Verbrecher hinter den Mauern der Gefängnisse und Zuchthäuser ab.

Den Druck der Gefangenschaft ertragen manche von ihnen mit schmiegsamer Gefügigkeit, während andere durch ihre Neigung zu Unbotmäßigkeit, Hinterlist, Nörgeleien, Hetzerei, Komplottiererei auch in der Strafanstalt den Kampf gegen die Ordnung fortsetzen. Dabei sind sie im allgemeinen feig, weniger zu offener Gewalttat, als zu passivem Widerstande und heimlicher Wühlarbeit geneigt. Gelegentlich täuschen sie Geistesstörung, Krampfanfälle, Selbstmordversuche vor. Ihre Empfindlichkeit gegen körperlichen Schmerz ist vielfach auffallend groß; öfters bestehen ausgeprägte hypochondrische Neigungen. Bemerkenswert ist ihre Unzugänglichkeit gegen jedes freundliche Entgegenkommen, dem sie ein unausrottbares, kaltes Mißtrauen entgegenzusetzen pflegen.

Die Stellung der Kranken gegenüber ihren Straftaten ist eine sehr verschiedene. Manche sind einfach verstockt, bockig, zeigen keine Reue, lassen sich auf keine Erörterungen ein, oder sie leugnen und beschönigen, messen anderen alle Schuld bei. Er mache, was er wolle, erklärte ein 17jähriger Junge; es sei ihm einfach zu dumm. Ihm sei alles Wurst; es gehe rasch zu Ende mit ihm; er wolle seine Ruhe haben. Ein anderer behauptete, es sei alles falsch; er wisse von nichts. Die Polizei gebe ihm immer unrecht; es sei alles Denunziererei; die Schutzleute machten andere meineidig. Sie seien falsch und ungerecht behandelt, durch die Schlechtigkeit anderer ins Verderben getrieben worden, heißt es bei anderen; der Vater sei ihnen aufsässig; die Schwester sei schuld. Ein junger Kaufmann, der im Rausche die schwersten Erregungszustände hatte und gegen die Seinen äußerst gewalttätig wurde, meinte, er sei ganz ungefährlich; man müsse ihn nur richtig behandeln.

In solchen Fällen entwickelt sich bei den Kranken vielfach das Gefühl eines trotzigen Gegensatzes zu jener Gesellschaft, die sie ausstößt. Sie sind weit entfernt davon, die Ursache ihres herben Schicksals, das sie verdammt, ihr Leben im Kerker zuzubringen, in ihrem eigenen Handeln zu suchen. Vielfach fühlen sie sich als Märtyrer, die man grausam verfolgt, obgleich sie nur gehandelt haben, wie jeder andere in ihrer Lage es auch getan haben würde, und gewiß nicht schlechter seien, als mancher, der in Ehren und Reich-

tum dahinlebe. Regelmäßig fehlt ihnen auch das Verständnis für die voraussichtliche weitere Entwicklung ihres Lebens. Sie sind überzeugt, daß es ihnen schon gelingen werde, wieder in die Höhe zu kommen, selbst dann, wenn sie entschlossen sind, sofort zu ihrem alten Handwerk zurückzukehren.

Eine zweite Gruppe ist geneigt, die Sache sehr leicht zu nehmen. Sie lachen über ihre Streiche, bezeichnen sie als Dummheiten, Späße, „bessere Witze", haben angenommen, daß ihre Diebstähle nicht an den Tag kommen, meinen, das werde wohl alles mit der Zeit von selbst anders werden. Ein Kranker, dem eine Strafe wegen Unfugs erlassen worden war, meinte, er sei „wegen Jugend, Unschuld und tadellosem Lebenswandel begnadigt," und fügte hinzu: „Das ist ein schöner Zug von diesen Leuten; das zeigt, daß sie etwas Verständnis haben." Einen Selbstmordversuch begründete er damit, daß es „da wieder einmal große Differenzen in den Weltanschauungen zwischen ihm und dem Vater gegeben habe". Daß er von seiner Mutter im Bette der Köchin gefunden wurde, sei „eigentlich nichts"; von seiner Geliebten, auf die er einen Schuß abgefeuert hatte, meinte er, sie habe gewußt: „Er dichtet, malt, sauft, hat immer hübsch viel Geld und tut nichts." Eine Kranke erklärte, die Diebstähle machten nichts aus; eigentlich sollten alle gleich viel haben. Wieder andere reden sich darauf hinaus, daß sie unter einem gewissen Zwange gehandelt haben; sie sind verleitet, verführt worden. Er könne den Antrieben nicht widerstehen, meinte ein Kranker; die Reue komme schon während der Tat, und ein anderer erklärte, er müsse so handeln, habe Zeiten, wo er nicht anders könne. Ein dritter behauptete, er sei getrieben worden, das Geld zu nehmen, im Gewissen sozusagen.

Endlich finden sich aber auch Kranke, die ein gewisses Verständnis für die Verwerflichkeit ihres Treibens haben, sich schämen, Reue empfinden und gute Vorsätze fassen. Sie wollen es wieder gut machen, „von nun an ein sorgenfreies, zufriedenes Leben führen", „ein geordnetes Leben anfangen; es ist die höchste Zeit dazu". Er sei selber viel schuld, gab ein 14jähriger Dieb zu; er wolle nun brav werden und in einer Lehre aushalten. Ein anderer meinte, er finde seine Aufführung selbst nicht richtig; „der Wahn ist kurz, die Reue ist lang", fügte er hinzu. Eine sehr anschauliche Schilderung gab ein 17jähriger Dieb von seinem Zustande, der ich folgende Bruchstücke entnehme:

„Ich war von 5 Jahren an schon ein böser Bube. Was mir in die Hände kam, wie Uhren, Wecker, Spielzeug usw., zerbrach ich. Ich war 2 Jahre lang bei meiner Großmutter; da führte ich allerhand Streiche aus . . Kam dann zu einem Schlosser in die Lehre, wurde aber deswegen fortgeschickt, weil ich alles zertrümmerte. Im Gefängnis zerkratzte ich die Wände, zerbrach die Löffel und was mir in die Hände kam . . Ich dachte nicht, daß ich bei den Straftaten erwischt werden könnte. Wenn ich etwas sehe, was mir gefällt, so höre ich eine innere Stimme, die mir sagt, ich soll es wegnehmen. Ich muß danach handeln; der Gedanke, daß ich es nicht tun dürfe, ist mir noch nie dabei gekommen . . Reue u. dgl. habe ich nie empfunden; daß ich bestraft werden könnte, habe ich nie überlegt, denn die Sachen ziehen mich eben so an . . Ich las gern Räubergeschichten, wollte Seemann werden, möglichst weit hinaus; ich habe Drang nach Freiheit, kann es zu Hause nicht aushalten . . Ich habe leicht begriffen, aber alles vergessen. Werde schwer eine Arbeit bekommen, nachdem ich einmal im Irrenhause war."

Auch bei den Gesellschaftsfeinden kommen gelegentlich, jedoch weit seltener, als bei den meisten anderen Formen der Psychopathie, hysterische Krankheitserscheinungen zur Beobachtung. Die heftigen psychogenen Erregungszustände, in denen die Kranken alles zusammenschlagen, wurden schon erwähnt. Eine Kranke sah ihren Bruder nach dessen Tode mit Gespenstern; er sagte: „Paula, ich hole dich mit dem gleichen Tod." Einzelne Kranke hatten an Nachtwandeln gelitten. Hie und da beobachtet man Neigung zum Querulieren.

Auf körperlichem Gebiete wurde einige Male über Schwindelanfälle, Ohnmachten und namentlich auch über hysterische Krämpfe berichtet. Ferner fanden sich hie und da Empfindungsstörungen, besonders Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit, Abstumpfung der Schleimhautreflexe, Fußklonus, Steigerung der Sehnenreflexe, umschriebene Zuckungen. Manche Kranke klagten über Kopfschmerzen, Schlafstörungen, ängstliche Träume, Aufschrecken. —

Die Prognose der Gesellschaftsfeindlichkeit ist zweifelhaft, aber nicht durchaus ungünstig. Schon Baer hat darauf hingewiesen, daß sich bei verbrecherisch veranlagten Kindern späterhin eine wesentliche Besserung ihrer verhängnisvollen Neigungen einstellen könne. Wie wir sehen werden, spricht der Altersaufbau der Fälle, die dieser Darstellung zugrunde liegen, durchaus in gleichem Sinne. Es scheint sich mindestens bei der Gesellschaftsfeindlichkeit der Kinder zum Teile um ausgleichbare Störungen zu handeln. Häufig genug entwickelt sich allerdings die schlimme Anlage unaufhaltsam weiter,

so daß Eltern und Lehrer, Richter, Gefängnisbeamte und Ärzte dem Versinken des Kranken in den Sumpf des Verbrechertums vollkommen ohnmächtig gegenüberstehen. Ob diese Unterschiede des Verlaufes durch solche in der Schwere oder auch in der Art der grundlegenden Veränderungen bedingt werden, ist zurzeit noch gänzlich unbekannt. Den Darlegungen Meggendorfers, der die Schicksale einer Anzahl derartiger Kranker weiter verfolgt hat, entnehme ich, daß möglicherweise der gesamten Familienanlage eine gewisse Bedeutung zukommen könnte. Es schien ihm wenigstens, daß sich der Lebensgang derjenigen Kranken, in deren Familien Fälle von Dementia praecox vorgekommen waren, im allgemeinen ungünstiger gestaltete, als dort, wo die Belastung mehr durch psychopathische Zustände bedingt wurde. Wenn es sich bei der kleinen Zahl der bisher zur Verfügung stehenden Beobachtungen vorderhand auch nur um unbestimmte Vermutungen handeln kann, so läßt sich doch die Möglichkeit derartiger Zusammenhänge nicht in Abrede stellen.

Von besonderer Bedeutung scheint mir die Erfahrung zu sein, daß eine Anzahl von Verbrechern mit sehr ausgesprochener gesellschaftsfeindlicher Veranlagung späterhin an Geistesstörungen mit mehr oder weniger hochgradiger Verblödung erkrankt, namentlich an paranoiden Formen der Dementia praecox. Hier liegt natürlich die Annahme nahe, daß die sich schon früh zeigende stumpfe Gemütlosigkeit, die sie der Verbrecherlaufbahn zuführt, den Ausdruck schleichender oder zum Stillstande gekommener schizophrener Krankheitsvorgänge bildet. Ich darf dabei erwähnen, daß Nissl in zwei Fällen angeborener sittlicher Stumpfheit, die beide zum Morde führten und unter dem Fallbeil endeten, unzweifelhafte chronische Veränderungen an den Rindenzellen feststellen konnte, ein Beweis dafür, daß auch bei solchen Menschen, die, wie jene beiden, im Leben nicht als eigentlich geisteskrank, sondern als sittlich verkommen angesehen werden mußten, unter Umständen krankhafte Vorgänge im Hirn vorhanden sind. Wir werden somit an die Möglichkeit denken dürfen, daß unser klinisches Bild der Gesellschaftsfeindlichkeit der Ausdruck wesentlich verschiedener Entstehungsbedingungen sein kann, und daß dadurch auch wohl die Prognose des einzelnen Falles beeinflußt wird. Andererseits wird aber die Gestaltung der weiteren Lebensschicksale natürlich auch von der Schwere und Ausdehnung der grundlegenden Veränderungen abhängen.

Über das Verhalten der Fürsorgezöglinge nach ihrer Entlassung, das uns allerdings nur in sehr beschränktem Maße Anhaltspunkte für die Beurteilung der uns hier beschäftigenden Frage geben kann, liegen bereits allerlei Erfahrungen vor. Von 8151 in den Jahren 1904—1909 in Preußen ausgetretenen Zöglingen haben sich gut oder genügend gehalten 69,4%, zweifelhaft 11,3%, ungenügend oder schlecht 19,3%. Kluge nimmt an, daß etwa 75% gerettet werden könnten. Schuppius, der die Fürsorgezöglinge im preußischen Heere untersuchte, fand, daß von 338 im ersten Dienstjahre stehenden derartigen Mannschaften 61,7%, von 222 aus dem zweiten Dienstjahre 24% unbestraft geblieben waren. Natürlich hängen diese verhältnismäßig sehr günstigen Ergebnisse wesentlich von der Zusammensetzung der verwerteten Fälle und von der Länge der Bewährungsfrist ab. Von den badischen Zwangszöglingen, die im allgemeinen schwerer entartete Persönlichkeiten umfassen, hat Wetzel berichtet, daß nach 13 Jahren unter 70 nur 24% straffrei waren; Gruhle schätzt die Zahl derer, die unter günstigen Bedingungen mit großer Wahrscheinlichkeit gerettet werden könnten, auf etwa 40%, während er 13% für durchaus unverbesserlich hält. Pachantoni, der die weiteren Erlebnisse von 27 verbrecherisch angelegten jungen Leuten verfolgte, fand, daß von ihnen 5 späterhin ein einwandfreies Leben führten.

Leider fehlt es uns zurzeit noch fast ganz an Anhaltspunkten für die Beurteilung der Zukunftsaussichten, die ein gegebener Kranker bietet. Zunächst wird sich etwa sagen lassen, daß bei Kindern vielfach ein späterer Ausgleich der Störungen erhofft werden kann, auch wenn ihre Handlungen an sich recht bedenklich erscheinen. Die Neigung zur Lüge und selbst zum Diebstahl muß durchaus nicht immer eine schlimme Bedeutung für das ganze Leben haben. Ähnliches gilt wohl für diejenigen Entgleisungen, die mehr durch triebartige Gelüste oder den Anreiz der Verführung bedingt werden, Durchbrennen, kleine Unterschlagungen. Ungünstiger zu beurteilen sind im ganzen solche Neigungen, die auf einen tiefer greifenden Mangel an Anhänglichkeit und Mitgefühl hinweisen, das planlose Streunen, die trotzige Mißachtung der Familienbande, bösartige Grausamkeit gegen Tiere und Genossen.

Von sehr erheblicher Bedeutung für die Gestaltung der Zukunft scheint ferner die Verstandesentwicklung bei den Kranken zu sein.

Je mehr auch sie zurückgeblieben ist, desto ungünstiger sind im ganzen die Aussichten. Das hängt wohl in erster Linie damit zusammen, daß in solchen Fällen die allgemeine Schädigung der seelischen Persönlichkeit tiefer greift und sich darum schwerer ausgleicht. Man wird aber auch daran denken dürfen, daß die verstandesmäßige Überlegung bis zu einem gewissen Grade die gefühlsmäßigen Triebfedern des Willens ersetzen kann. Wer die Folgen seines Handelns abwägt, wird vielfach auch dann zu einer sittlichen Lebensführung kommen, wenn sie ihm das Herz allein nicht vorschreibt.

Aus der Art, wie die verbrecherischen Neigungen auftreten, lassen sich ebenfalls gewisse Schlüsse ziehen. Siefert betont, daß namentlich die ganz allmähliche Entwicklung gesellschaftsfeindlicher Triebe ungünstig zu beurteilen sei; sie findet sich vielfach bei gleichzeitiger Verstandesschwäche. Die Kinder beginnen unter Umständen schon vom 6.—7. Jahre ab, zu streunen, zu stehlen, Roheiten zu begehen, ein Zeichen dafür, daß hier die sittliche Unzulänglichkeit sehr tief in der Persönlichkeitsanlage wurzelt. Wo dagegen gesellschaftsfeindliche Regungen unvermittelter, vielleicht sogar im Gegensatze zu dem früheren Verhalten, hervortreten, wird immer die Möglichkeit bestehen, daß äußere ungünstige Einflüsse oder die gemütlichen Umwälzungen der Entwicklungsjahre wesentlich mit im Spiele sind, daß also ein Ausgleich weit eher möglich erscheint.

Endlich wird uns auch die Stellung, die der Kranke selbst zu seinen gesellschaftsfeindlichen Handlungen einnimmt, Anhaltspunkte für die Beurteilung der Zukunftsaussichten liefern können, da sie uns anzeigt, ob und wie weit in ihm noch gesunde Regungen vorhanden sind, die sich fortentwickeln und Anknüpfungen für erzieherische Einflüsse bieten können. Verstockte Selbstsicherheit ist durchaus nicht immer von Dauer, sondern sie kann unter günstigen Umständen reuiger Zugänglichkeit weichen. Andererseits geben gute Vorsätze und bewegliche Selbstverdammungen nicht immer eine Gewähr für nachhaltige Änderung des Verhaltens, selbst wenn sie aufrichtig sind. Die schlechtesten Aussichten scheinen diejenigen Kranken zu bieten, die von ihren Straftaten mit vollkommener Gleichgültigkeit sprechen, ihr ganzes Verhalten durchaus in der Ordnung finden und sich nicht die geringste Mühe geben, die verlorenen Beziehungen zu ihren Angehörigen wie zum Gemeinschaftsleben wieder zu gewinnen.

Selbstverständlich nimmt auch mit fortschreitender Reifung der Persönlichkeit die Hoffnung rasch ab, daß die gesellschaftsfeindliche Anlage noch eine günstigere Entwicklung nehmen könne; schon nach dem 20. Jahre wird man nur in Ausnahmefällen noch daran denken dürfen. In der Regel wird nunmehr das Schicksal besiegelt sein. Die Mehrzahl der Kranken wandert mit kurzen Zwischenzeiten der Freiheit und der verbrecherischen Betätigung zwischen Strafanstalt und Irrenanstalt hin und her; einzelne enden als Bettler und Landstreicher oder verkommen in überseeischen Ländern, wohin sie ihr Freiheitsdrang oder die Verzweiflung der Familie führt. Außer den ungünstigen Einflüssen der Freiheitsentziehung und eines ungeordneten, rastlosen, meist armseligen Lebens räumen dann noch die Folgen ihrer ungezügelten Ausschweifungen unter ihnen auf, Alkohol und Lues. —

Die Gruppe der Gesellschaftsfeinde in dem hier umgrenzten Sinne umfaßt nicht ganz 10% der in unsere Klinik eingelieferten Psychopathen. Dem männlichen Geschlechte gehörten nahezu 70% der Kranken an, doch ist zu bemerken, daß unter den Frauen fast die Hälfte als geborene Prostituierte zu bezeichnen waren, also eine gewisse Sonderstellung einnahmen, wenn sie auch vielfach daneben noch verbrecherische Neigungen zeigten, namentlich zum Diebstahl. Im allgemeinen bewegte sich die Kriminalität der Frauen überhaupt fast nur im Rahmen des Diebstahls, der Unterschlagung und der Landstreicherei. Die Verteilung der Kranken auf die einzelnen Altersstufen erhellt aus der folgenden Übersicht:

	bis 10	15	20	25	30	35	40 Jahre
Männer:	1	23	22	6	4	2	1
Frauen:	2	13	7	1	—	3	—
Zusammen:	3	36	29	7	4	5	1

Es zeigt sich somit auch hier, wie bei vielen anderen Formen der psychopathischen Veranlagung, daß die ganz überwiegende Mehrzahl der psychiatrischer Beurteilung zugeführten Gemütlosen den jugendlichen Altersklassen angehört; mehr als 80% der Kranken hatten das 20. Lebensjahr noch nicht überschritten. Daraus läßt sich mit größter Wahrscheinlichkeit schließen, daß auch die verbrecherischen Neigungen zu einem erheblichen Teile mit den Entwicklungsvorgängen der seelischen Persönlichkeit in Beziehung stehen und mit der fortschreitenden Reifung wieder zurücktreten

können. Nur bei einer verhältnismäßig kleinen Zahl jener Kinder, die gesellschaftsfeindliche Anlagen darbieten, beeinflussen sie das Verhalten in auffallenderem Maße noch nach Abschluß des zweiten Lebensjahrzehnts. Wir können also mit Recht „Entwicklungs"- und „Entartungsverbrecher" auseinanderhalten.

Natürlich läßt sich jedoch unseren Zahlen nur dieser allgemeine Gesichtspunkt entnehmen; sie geben uns kein brauchbares Bild von dem wirklichen gegenseitigen Verhältnisse beider Gruppen. Einerseits befindet sich unter den jugendlichen Kranken manche Persönlichkeit, die ihre gesellschaftsfeindlichen Neigungen dauernd behält und somit dem Entartungsverbrechertum zuzuzählen ist. Sodann aber scheiden aus den späteren Altersklassen außer den Gebesserten auch alle diejenigen aus, die frühzeitig zugrunde gehen, auswandern, in Strafanstalten und Irrenhäusern festgehalten werden. Endlich ist zu bedenken, daß ein kindlicher Taugenichts weit eher den Verdacht geistiger Störung erweckt und demnach leichter zur Untersuchung oder Behandlung in die Hände des Irrenarztes gelangt, als ein älterer Berufsverbrecher, wenn dieser nicht gerade das Bestreben hat, für geisteskrank zu gelten. Bemerkenswert ist in dieser Richtung der Umstand, daß uns nach dem 40. Jahre überhaupt keine Beobachtungsfälle dieser Gruppe mehr zugingen; auf welche der angeführten Gründe das vorzugsweise zurückzuführen ist, bleibt zunächst unklar. Trotz aller dieser Fehlerquellen scheint mir, namentlich im Hinblicke auf die ähnlichen Erfahrungen, die wir auf anderen Gebieten des Entartungsirreseins gemacht haben, die Annahme durchaus berechtigt, daß die gesellschaftsfeindlichen Neigungen jugendlicher Personen zum guten Teile auf vorübergehenden Entwicklungsstörungen beruhen. Auch die katamnestische Verfolgung der weiteren Schicksale der Kranken, das einzige Verfahren, über die Größe dieses Anteils Klarheit zu gewinnen, führt zu der gleichen Auffassung.

Das erste Hervortreten verbrecherischer Neigungen geht bisweilen schon bis in die frühe Kindheit zurück. Ich beobachtete ein eigensinniges, unerziehbares 5jähriges Mädchen, das ihr Brüderchen mißhandelte, dann wieder zu ihm ins Bett kroch, log und stahl, als Ausrede allerlei Räubergeschichten erzählte, zerstörte und zerschnitt, was ihr in die Finger kam, ihren Kakao in den Ausguß schüttete, sich die Nägel an Fingern und Zehen abbiß. Auch ein Junge stahl schon mit 5 Jahren; ein anderer nahm mit 6 Jahren der Mutter

Geld und unterschlug kleine Beträge; ein dritter schleppte im gleichen Alter den Eltern Gegenstände fort, verkaufte sie und streunte herum, bis er kein Geld mehr hatte. Ein 8jähriger Knabe entwendete einem Kameraden die Uhr und versteckte sie im Garten; ein Zehnjähriger stahl seiner Schwester 40 Mark.

Sehr bemerkenswert ist die in einer Reihe von Fällen berichtete, auch von Siefert betonte Tatsache, daß sich bei Kindern zu einer bestimmten Zeit eine Veränderung ihres Verhaltens eingestellt habe. Sie waren bis dahin vielleicht fleißig, folgsam, ordentlich, werden dann aber faul, reizbar und leichtsinnig. Der Zeitpunkt dieser Wandlung wird bald in das 10., häufiger ins 12., 13., 14. Jahr verlegt. Schröder weist darauf hin, daß sich bei den jüngeren Kindern mehr ein vorlautes, treuherziges, trotz der Lügenhaftigkeit und rücksichtslosen Selbstsucht „niedliches" Verhalten beobachten lasse, während späterhin ein ablehnendes, verstocktes, boshaftes und tückisches Wesen überwiege. Zum Teil können hier äußere Einflüsse, namentlich die Verführung durch schlechte Gesellschaft und der beginnende Kampf mit den Widerständen des Lebens, eine Rolle spielen. Weiterhin aber dürfte es sich wohl auch um die ersten Regungen der Entwicklungsjahre handeln, in denen allerlei dunkle Antriebe, die Sehnsucht nach Freiheit und Genießen, nach Betätigung und Erlebnissen, das noch ungenügend gefestigte Seelenleben erregen. Wenn hier die Führung durch Überlegung und Selbstbeherrschung fehlt, kann das Handeln leicht auf Abwege geraten. Auch daran muß wohl gedacht werden, daß eine solche Veränderung unter Umständen durch das Einsetzen eines schizophrenen Krankheitsvorganges bewirkt werden kann; die klinische Betrachtung schien mir jedoch in den von mir beobachteten Fällen für eine solche Deutung keine genügenden Anhaltspunkte zu liefern.

Von meinen Kranken waren 96% ledig. Das erklärt sich zum Teil aus dem starken Überwiegen der jugendlichen Lebensalter, wirft aber weiterhin doch auch ein Licht auf die geringe Neigung und Fähigkeit der Kranken, eine Familie zu gründen. Aus München stammten 54%, aus anderen Großstädten 11% und vom Lande oder aus Kleinstädten 35% der Kranken. Wenn diese Zahlen nicht Zufallswerte darstellen, könnte man aus ihnen schließen, daß die heimische Großstadt einerseits die Entwicklung, andererseits die Betätigung solcher Veranlagungen begünstigt. Unter den Berufen überwogen

bei den Männern durchaus die Vertreter des Kaufmannsstandes, offenbar deswegen, weil hier versuchsweise manche sonst sich nicht bewährenden Kräfte einmal untergebracht werden. Ebensooft waren Lehrlinge der verschiedensten Handwerke, weiterhin Schüler vertreten. Vereinzelt waren Ausgeher, Fabrikarbeiter, Taglöhner zu verzeichnen, ferner je ein Student, ein Techniker, ein Kellner, ein Leutnant, letzterer aus vornehmem Hause stammend, aber rasch völlig entgleisend. Bei den Frauen standen in erster Linie Schülerinnen und Zwangszöglinge sowie nahezu ebensoviel Dienstboten; daneben fanden sich zwei Schneiderinnen, eine Kellnerin, eine Ladnerin, eine Taglöhnerin.

Alkoholmißbrauch war bei den Männern in 22%, bei den Frauen in etwa 20% der Fälle nachzuweisen. Die verhältnismäßige Kleinheit dieser Zahlen hängt zum Teil mit dem jugendlichen Alter der meisten Kranken zusammen, doch schienen, soweit die wenigen Fälle ein Urteil erlauben, auch bei den älteren Kranken stärkere Alkoholwirkungen nicht in mehr, als ungefähr einem Drittel der Fälle vorzuliegen. Diese Erfahrungen sprechen dafür, daß hier andere Ursachen weit wichtiger sein müssen; in erster Linie wird man dabei wohl an die krankhafte Veranlagung denken dürfen.

In der Tat sind die Zahlen für erbliche Belastung trotz der vielfach ungenügenden Nachrichten verhältnismäßig recht hoch. Krankhafte Veranlagung fand sich in den Familien bei 71%, von seiten der Eltern in 56% der Fälle. Alkoholismus der Eltern, nicht selten beiderseits, lag in 27% der Fälle, Psychopathie in 31% vor, während Geisteskrankheiten oder Hirnerkrankungen, darunter Paralyse, bei den Erzeugern etwa in 6—8% nachzuweisen waren. Auffallend war mir dabei die Erfahrung, daß sich sehr oft die belastenden Umstände in einer Familie häuften. Anhaltspunkte für die Annahme einer Erbsyphilis waren in 4 Fällen vorhanden; bei einem 15jährigen Mädchen bestand die Wassermannsche Reaktion, obwohl die Erwerbung einer Lues unwahrscheinlich war. Daß die Erbsyphilis unter anderem namentlich auch Entwicklungsstörungen im Bereiche des Gemütes und des Willens bedingen kann, haben wir früher bereits gesehen. Plaut fand unter unseren Paralytikerkindern, die zu einem Drittel noch Spuren der Lues aufwiesen, häufig verbrecherische Anlagen, Neigung zum Diebstahl, zu Schwindeleien, zum Streunen, ferner sehr reizbare, widerspenstige, schwer erziehbare Kinder.

Hartmann[1]), der 214 Sträflinge in Zürich untersuchte, fand ihre unmittelbare Belastung annähernd so groß wie diejenige der Geisteskranken. Alkoholismus der Eltern bestand in 42,4% gegenüber 25—26% bei Gesunden, Belastung durch Verbrechertum oder krankhafte Charaktere in 27,3% gegenüber 7,3—15,4% bei belasteten Gesunden. Bei den Gewohnheitsverbrechern, die unserer Gruppe verwandt sind, fand sich doppelt so oft elterlicher Alkoholismus wie bei den Gelegenheitsverbrechern. Jedenfalls ergibt sich, daß bei einer großen Zahl von Kranken mit erblicher Entartung oder mit der Einwirkung von Keimschädigungen gerechnet werden muß. In manchen Fällen erstrecken sich diese ungünstigen Einflüsse auf eine Reihe von Familienmitgliedern. Gruhle fand, daß 7,6% seiner Zwangszöglinge aus „Verbrecherfamilien" stammten. Häufiger aber noch scheint durch ein Zusammentreffen unglücklicher Umstände ein einzelnes Kind aus der Art zu schlagen, während die Geschwister ganz andere Eigenschaften zeigen.

Mit den angeführten Zahlen stimmen die Ergebnisse der Untersuchungen an Fürsorgezöglingen, unter denen die Gemütlosen regelmäßig in einem gewissen Verhältnisse vertreten sind, gut überein. Nach der von Gruhle gegebenen, umfassenden Zusammenstellung fand er selbst eine unmittelbare Belastung von 47,6%, eine alkoholische von 34,3%; entsprechende Werte haben Mönkemöller mit 68,5% bzw. 42,5%, Rizor mit 55,6% bzw. 43,2%, Cramer mit 49% bzw. 23% festgestellt. Baer führt Zahlen über die unmittelbare Belastung durch Trunksucht der Eltern aus amerikanischen Besserungsanstalten an, die zwischen 23 und 50% schwanken. Schnitzer fand unmittelbare alkoholische Belastung bei 35%, Pohlmann bei 31,9% der von ihm untersuchten Fürsorgezöglinge; Stelzner gibt für die Fürsorgezöglinge 24%, für die poliklinisch beobachteten abnormen Kinder 22% an. Bei den Prostituierten, von denen ein Teil auch in die hier behandelte Gruppe gehört, fand Sichel Trunksucht der Eltern in fast 34%, Bonhöffer in 44,7%. Auch bei den Landstreichern und Gewohnheitsverbrechern spielt dieser Umstand eine wichtige Rolle, wenn auch die Zahlenangaben wegen der Verschiedenheit der Beobachter und ihrer Betrachtungsweise weit auseinandergehen. Nicht ohne Bedeutung ist es dabei aber wohl auch, daß alle

[1]) Hartmann, Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform 1904, 493.

diese Gruppen nichts weniger als einheitliche sind, sondern eine sehr bunte und wechselnde Zusammensetzung aufweisen.

Die Schädigung der Entwicklung trat bei unseren Kranken vielfach schon in ihrem schwächlichen Bau hervor. Mehr als 10% waren körperlich und geistig auf kindlicher Stufe zurückgeblieben; mehr als 20% litten bis in das zweite Lebensjahrzehnt hinein an Bettnässen, ein Zeichen für die mangelhafte Beherrschung niederer nervöser Einrichtungen. Mönkemöller fand unter seinen Zwangszöglingen ebenfalls 22,6%, Gruhle 18,1% Bettnässer. Einige Kranke hatten spät laufen gelernt; ein Kranker machte erst mit 5 Jahren die ersten Sprechversuche und drehte dabei immer die Silben um. Bei mehr als 20% wurde über Krämpfe in der Kindheit berichtet; sie können entweder auf schädigende Krankheitsvorgänge oder auf eine Überempfindlichkeit des kindlichen Gehirns bei unseren Kranken hinweisen. Zwei Kranke hatten an Veitstanz gelitten.

Eine Anzahl von Kranken bieten außer den schon angeführten noch manche andere sogenannte Entartungszeichen dar, platten, sehr breiten oder sonstwie verbildeten Schädel, abstehende Ohren, steilen Gaumen, Stottern, Schielen usw. Cramer fand sie bei Fürsorgezöglingen in 46—74%, Rizor bei 45,9%. Es scheint, daß in der Tat die Zahl und Ausprägung der Entartungszeichen bei Verbrechern im allgemeinen größer ist, als bei der entsprechenden übrigen Bevölkerung; das gleiche gilt jedoch überhaupt für die Psychopathen. Wenn auch die zahlenmäßige Kennzeichnung solcher Unterschiede schwierig und unsicher ist, so hat doch der Ausdruck „Galgenphysiognomie" seine entschiedene Berechtigung. Niemand wird sich dem überwältigenden Eindrucke entziehen können, den der gleichzeitige Anblick einer größeren Anzahl von Zuchthausgefangenen darbietet. Mag auch die Gleichförmigkeit der Kleidung, des Haarschnittes, der Barttracht die Auffälligkeit der Erscheinung steigern, so erkennt man doch, daß man eine Sammlung von Personen vor sich hat, die fast alle in irgendeiner Weise verbildet und mißraten sind. Nicht bestimmte, immer wiederkehrende Abweichungen sind es, die uns dabei ins Auge fallen, sondern es ist die Häufung der verschiedenartigsten Entartungszeichen, die uns unmittelbar klarmacht, daß bei schwereren Verbrechern vielfach auch die körperliche Veranlagung minderwertig ist. Manche ihrer Eigentümlichkeiten, die fliehende Stirn, der abfallende Hinterkopf, die vorsprin-

genden Backenknochen, das massige Kinn, die langen Arme, dienen bekanntlich dem Karikaturenzeichner, um ohne weiteres in uns den Eindruck des „schweren Jungen" zu erwecken. Es darf jedoch nicht übersehen werden, daß zahlreiche Gewohnheits- und Berufsverbrecher keine Spur derartiger Kennzeichen besitzen, sondern ein ganz unauffälliges, ja gewinnendes Äußere besitzen.

Viel umstritten ist seit jeher die Frage, wie weit neben der Veranlagung auch äußere Lebenseinflüsse (das „Milieu") für die Entwicklung gesellschaftsfeindlicher Persönlichkeiten verantwortlich gemacht werden können. In erster Linie wäre hier an die Verwahrlosung durch unzulängliche oder gar schlechte Erziehung zu denken. Es scheint in der Tat, daß Waisen, die von Stiefeltern, Großeltern oder Pflegeeltern aufgezogen werden, stärker gefährdet sind. Namentlich aber gilt das von den unehelich geborenen und später nicht anerkannten Kindern. Unter meinen Kranken gehörten dahin 8%, unter Gruhles Zwangszöglingen 13%. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, daß bei den unehelichen Geburten sehr häufig auch Minderwertigkeit der Eltern und Alkoholeinflüsse mitspielen. Daß ferner die Trunksucht der Eltern nicht nur als keimschädigender Umstand in Betracht kommt, sondern ganz gewiß auch sonst die verhängnisvollsten Wirkungen auf das körperliche, geistige und sittliche Gedeihen der Nachkommen ausübt, bedarf keiner weiteren Erörterung. Ähnliches trifft für die verbrecherische Betätigung der Eltern zu, die ebenfalls unter dem Gesichtspunkte der Veranlagung wie unter demjenigen des üblen Beispiels, der schlechten Erziehung, des wirtschaftlichen Herabsinkens betrachtet werden kann. Gruhle gibt an, daß bei 32% seiner Zwangszöglinge Vater und Mutter, bei 53% einer der Eltern bestraft war; bei 41,8% war der Vater mehr als 2 mal, bei 25,4% mehr als 5 mal mit dem Strafgesetze in Berührung gekommen. Auch körperliches Siechtum der Eltern kann die angeführte doppelte Bedeutung haben, wenn es auch im allgemeinen mehr die Schädigungen der wirtschaftlichen Not mit sich bringen wird. Gruhle teilt mit, daß in 40% seiner Fälle einer der Erzeuger, in 11,4% beide längere Zeit siech waren; ganz überwiegend handelte es sich um Tuberkulose.

Aus diesen Darlegungen geht hervor, daß die aufgeworfene Frage eine äußerst verwickelte ist. In der Hauptmasse der Fälle dürften Veranlagung und äußere Einflüsse zusammenwirken, so daß es un-

möglich erscheint, den Anteil der einen und der anderen genauer zu bestimmen. Daß beide unter Umständen schon für sich allein gesellschaftsfeindliche Persönlichkeiten erzeugen können, ist nicht zu bezweifeln. Auf der einen Seite sehen wir nicht ganz selten Kinder trotz sehr günstiger äußerer Verhältnisse und sorgfältigster Erziehung unaufhaltsam in die Verbrecherlaufbahn hinabgleiten. Wir beobachten ferner oft genug, daß von mehreren, unter denselben Bedingungen aufwachsenden Geschwistern nur eines die verhängnisvolle Entwicklung nimmt, während die andern sich ohne jede Störung dem Gemeinschaftsleben einfügen. Auf der anderen Seite aber ist der ungünstige Einfluß, den die Entlassung der Jugend aus dem Schutze der Familie und der Schule ausübt, ganz unverkennbar. Von allen Beobachtern wird ein starkes Ansteigen der Kriminalität um das 14.—16. Lebensjahr berichtet. Siefert teilt mit, daß 66% der von ihm untersuchten schulentlassenen Fürsorgezöglinge in der Kindheit nicht kriminell gewesen waren. Besonders das weibliche Geschlecht scheint durch die Verminderung der Aufsicht gefährdet zu werden, da sein Anteil an der Kriminalität hier unverhältnismäßig rasch anwächst. Das schlechte Beispiel, die Verführung und der anreizende, die Selbstbeherrschung schwächende Einfluß des Alkohols wirken zusammen, um das Handeln in eine gesellschaftsfeindliche Richtung zu drängen. Allerdings kommt dazu noch die innere Erregung der Entwicklungszeit, die auch unter gleichbleibenden äußeren Bedingungen oft genug wenigstens vorübergehend eine ungünstige Wandlung im Wesen des Menschen herbeiführt.

Unter Würdigung aller Erfahrungen wird man zu dem Schlusse kommen, daß im allgemeinen wohl die Veranlagung für das Zustandekommen gesellschaftsfeindlicher Persönlichkeiten erheblich wichtiger ist, als die Einflüsse der Umwelt. Siefert hat die Meinung ausgesprochen, daß sich die Schädigungen durch äußere Einwirkungen in der Regel nach deren Beseitigung rasch und vollständig wieder ausgleichen; jedenfalls gilt das von Erziehungseinflüssen, die keine Anknüpfung in der persönlichen Veranlagung finden. Dagegen können schon vorhandene ungünstige Eigenschaften durch schädigende Lebensbedingungen in verhängnisvoller Weise weiterentwickelt werden. Gruhle hat die Eindrücke, die er aus seiner Untersuchung der Zwangszöglinge gewann, dahin zusammengefaßt, daß bei ihnen die Ursache der Verwahrlosung in 9,5% lediglich, in 8,6% der Fälle

hauptsächlich den Einflüssen der Umwelt zuzuschreiben sei, während in 41% beide zusammenwirken und in 20% wesentlich, in 21% allein die Anlage die Schuld trage.

Das allgemeine Verständnis der krankhaften Gemütlosigkeit wird von der Tatsache auszugehen haben, daß sie in einer erheblichen Zahl von Fällen nur eine vorübergehende Entwicklungsstufe bildet. Daraus folgt, daß der Ausfall hier höchstwahrscheinlich irgendwie mit umschriebenen Hemmungen der seelischen Ausbildung zusammenhängen muß, deren Wirkungen sich mit der Reifung der Persönlichkeit wieder ausgleichen. Es ist wohl nicht allzu schwer, sich davon eine gewisse Vorstellung zu machen. In der Stammesgeschichte sowohl wie in der Entwicklung des Einzelwesens sind diejenigen gemütlichen Regungen die höchsten, die dem gemeinsamen Zusammenleben dienen und die Beziehungen der Menschen zueinander regeln. Auch der Wille des gesunden Kindes wird zunächst fast ganz von der Selbstsucht beherrscht. Erst verhältnismäßig spät gewinnen die Gefühle des Mitleids, der Kameradschaft und Freundschaft eine erheblichere Bedeutung für das Handeln, noch später die allgemeinen Triebfedern der Menschenliebe und Vaterlandsliebe, das Bewußtsein, im Dienste der Allgemeinheit zu stehen, Pflichten erfüllen, Opfer bringen zu müssen. Wir sehen es täglich, daß diese und ähnliche Willensrichtungen durch eine sorgsame Erziehung, Wort und Beispiel, dem heranwachsenden Kinde besonders eingepflanzt werden müssen, und daß dabei viele, aus der urwüchsigen Selbstsucht entspringende Widerstände zu überwinden sind. Es ist demnach klar, daß die Bedingungen für eine höhere sittliche Entwicklung nicht ohne weiteres vorliegen, sondern mit der fortschreitenden Reifung der Persönlichkeit allmählich zustande kommen. Alle Strafgesetze grenzen daher mit Recht ein Alter der völligen Strafunmündigkeit ab und erkennen weiter durch die Feststellung der bedingten Strafmündigkeit die Tatsache an, daß der sittliche Reifungsvorgang erst im Laufe der Entwicklungsjahre einigermaßen zum Abschlusse gelangt. Allerdings wird hier in der Regel, aber gewiß mit Unrecht, der Schwerpunkt in der wachsenden Verstandesausbildung gesucht; die Erstarkung der sittlichen Willensrichtungen, die allmählich erworbene Fähigkeit der Selbstbeherrschung fallen ohne Zweifel weit mehr ins Gewicht.

Es kann nicht wundernehmen, daß diese Ausbildung höherer

sittlicher Fähigkeiten unter ungünstigen Umständen Hemmungen erfahren kann, von denen die Verstandesleistungen nicht betroffen werden. Die Betrachtung der psychopathischen Entartung zeigt uns allgemein, daß die verschiedensten Gebiete des Seelenlebens mehr oder weniger umschrieben auf einer früheren Entwicklungsstufe stehenbleiben können. Wie sich bei den Hysterischen die urwüchsigen Entladungsformen der Gemütsbewegungen erhalten, bei den Triebmenschen die gefühlsstarken, aber unklaren Triebregungen, bei den Lügnern die Lebhaftigkeit der Einbildungskraft, bei den Erregbaren die stürmische Heftigkeit der Gefühlswallungen, so behält hier die Selbstsucht ihre ursprüngliche, überragende Stellung unter den Triebfedern des Handelns, ohne durch die Ausbildung höherer Willensrichtungen eingeengt zu werden. Tritt späterhin ein Nachreifen der Persönlichkeit auch auf diesem Gebiete ein, so kann dadurch das gesunde Gleichgewicht der willenbildenden Kräfte noch einigermaßen wiederhergestellt werden. Im andern Falle kommt es zu dem einseitigen Zerrbilde des entarteten Gesellschaftsfeindes, bei dem sich sittliche Unzulänglichkeit mit annähernd abgeschlossener Entwicklung der übrigen seelischen Persönlichkeit verbindet. —

Die Gruppe der Gesellschaftsfeinde umfaßt in der hier versuchten Umgrenzung nur einen verhältnismäßig kleinen Teil der Menschen mit verbrecherischen Neigungen. Zunächst begehen ja auch eine große Zahl anderer Psychopathen zeitweise oder selbst gewohnheits- und berufsmäßig alle möglichen gemeingefährlichen Handlungen. Wir erinnern hier an die Triebhandlungen, die Gewalttaten der Erregbaren, die Entgleisungen der Haltlosen, die Betrügereien der geborenen Schwindler. Was unsere Gruppe kennzeichnet, ist die aus einer Verkümmerung des Gemütslebens entspringende allgemeine Unfähigkeit, den sittlichen Anforderungen der menschlichen Gesellschaft zu genügen. Es liegt aber ferner auf der Hand, daß diese Unzulänglichkeit ohne scharfe Grenze in die natürlichen Abstufungen sittlicher Befähigung übergeht, denen wir im Bereiche der Gesundheit begegnen. Von den rohen, kaltherzigen, selbstsüchtigen Menschen, deren Gemütsbeziehungen zur Umgebung zeitlebens sehr oberflächliche bleiben, führen zahllose Übergänge allmählich zu den hier geschilderten Formen hinüber, bei denen die Gemütlosigkeit krankhafte Grade annimmt.

Die Anschauung, daß auch hier die Unzulänglichkeit der Anlage

aus der Gesundheitsbreite herausfällt, sobald sie ein gewisses Maß überschreitet, findet zunächst starken Widerstand in der landläufigen sittlichen Beurteilung, die geneigt ist, auf diesem Gebiete von ganz anderen Gesichtspunkten auszugehen, als bei den Mängeln der Verstandesfähigkeiten. Gerade die nahen Beziehungen der gesellschaftsfeindlichen Veranlagung zu anderen Formen der Entartung, ihre Verknüpfung mit den körperlichen und seelischen Zeichen gehemmter oder krankhaft gestörter Entwicklung, ihr Zusammenhang mit erblicher Belastung und Keimschädigung lassen jedoch keinen Zweifel darüber, daß hier die psychiatrische Betrachtungsweise vollauf berechtigt ist, wenn sich auch deren Grenzen, wie bei allen Erscheinungsformen der Psychopathie, nicht genau abstecken lassen.

Allerdings ist auch von irrenärztlicher Seite gelegentlich, sogar bis in die letzte Zeit, der Standpunkt vertreten worden, daß nur dann von einer krankhaften Störung auf sittlichem Gebiete die Rede sein könne, wenn zugleich auch die Verstandesleistungen krankhaft herabgesetzt seien. Diese Meinung scheint mir mehr den Grundsätzen zu entsprechen, von denen unsere Gesetzgebung beherrscht wird, als den Anforderungen der psychiatrischen Wissenschaft. Die tägliche Erfahrung lehrt zur genüge, daß Verstandesbegabung und sittliche Befähigung schon bei Gesunden in hohem Grade voneinander unabhängig sind, daß sich hohe Verstandesleistungen mit sittlichem Tiefstande verbinden können und umgekehrt. Wir kennen ferner in der Dementia praecox einen Krankheitsvorgang, der zuerst und am stärksten die gemütliche Ansprechbarkeit schädigt, während Auffassung, Gedächtnis und Urteil wenigstens verhältnismäßig gut erhalten bleiben können. Allerdings ist zuzugeben, daß ausgesprochene Gemütlosigkeit, wie früher dargelegt, in der Regel wenigstens mit unvollkommener Entwicklung der höchsten Verstandesleistungen einhergeht, oft genug sogar mit leichterem oder höhergradigem Schwachsinn. Dennoch lehrt die klinische Erfahrung, daß ein ganz augenfälliges Mißverhältnis zwischen der vollkommenen sittlichen Unfähigkeit und den geringen Mängeln des Verstandes bestehen kann. Es liegt kein Grund vor, diese Form der seelischen Mißbildung unter anderem Gesichtspunkte zu beurteilen, als etwa die geistige Schwäche bei guter sittlicher Veranlagung.

Indessen unsere Gesetzgebung zwingt uns zu einer Abgrenzung derjenigen Grade sittlicher Gefühllosigkeit, die aus dem Bereiche

der Gesundheitsbreite in das Gebiet des Krankhaften hineinragen. Unter Umständen kann hier der Nachweis einer starken erblichen Belastung oder Keimschädigung, ferner das Vorhandensein ausgesprochener Entartungszeichen eine gewisse Bedeutung für die Beurteilung gewinnen. Man muß jedoch immer darüber klar sein, daß diese Anhaltspunkte an sich keinerlei Beweiskraft haben, sondern nur die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit krankhafter seelischer Veranlagung lenken und zu genauer Prüfung auffordern sollten. Auch aus einer schwer entarteten Familie kann ein geistig gesunder Sprößling hervorgehen, und ein Mensch kann trotz zahlreicher Entartungszeichen dennoch seelisch durchaus vollwertig sein; sind doch die für uns erkennbaren Abweichungen an sich für das Seelenleben fast alle ganz belanglos. Es wird also unter allen Umständen das klinische Bild selbst maßgebend sein müssen. Zunächst werden diejenigen Anhaltspunkte heranzuziehen sein, die für eine tiefgründige Verankerung der verbrecherischen Neigungen im Wesen der Persönlichkeit sprechen, sehr frühes Auftreten in der Kindheit, Unbeeinflußbarkeit durch erzieherische Maßregeln, hoffnungslose Rückfälligkeit. Sodann aber werden wir die Größe der sittlichen Unfähigkeit selbst abzuschätzen haben, die eben von einem Punkte an krankhaft wird. Die Bestimmung dieser Grenze ist natürlich bis zu einem gewissen Grade willkürlich.

Hermann hat es versucht, hier durch planmäßige Ausgestaltung der Untersuchung vorwärtszukommen. Er bedient sich zur Prüfung der sittlichen Eindrucksfähigkeit solcher Bilder, die irgendeinen gefühlsstarken Vorgang wiedergeben, ein naschendes Kind, sich versöhnende Zweikampfgegner, eine verzweifelnde Schifferfrau, Kinder am Krankenbette der Mutter, einen Flüchtling im Kloster, derbkomische Begebnisse. Aus der Art, wie derartige Darstellungen aufgenommen und verarbeitet werden, ergeben sich Schlüsse auf das Gefühlsleben. Demselben Zwecke dienen Erzählungen mit gemütlich nach irgendeiner Richtung erregendem Inhalte. Außerdem wird man natürlich auch noch alle sonstigen Äußerungen der Kranken, namentlich ihre Briefe und Selbstschilderungen, zur Gewinnung eines Urteils über ihre sittlichen Fähigkeiten heranziehen. Zu beachten ist indessen, daß sich ein wirklich zutreffendes Bild von der sittlichen Leistungsfähigkeit eines Menschen nicht aus seinen Reden und auch kaum aus seinem Verhalten im Gefängnis und in der

Irrenanstalt, sondern nur aus seinem Handeln in der Freiheit ableiten läßt.

Man pflegt die angeborene Gemütlosigkeit vielfach mit dem Namen des moralischen Schwachsinns, des moralischen Irreseins zu bezeichnen. Dieser Ausdruck geht zurück auf die von Prichard im Jahre 1835 aufgestellte „moral insanity". Er verstand darunter solche Geistesstörungen, bei denen lediglich auf dem Gebiete der Gefühle, des Temperaments, der Neigungen, Gewohnheiten oder Handlungen krankhafte Störungen bestehen, während die Verstandesleistungen keine Abweichungen erkennen lassen. Dieser Krankheitsbegriff war also demjenigen der „folie raisonnante" bei den Franzosen ähnlich. Die besondere Bedeutung der sittlichen Unfähigkeit erhielt er erst späterhin durch eine mißverständliche Auslegung des englischen Wortes „moral".

Neue Anregungen hat die Lehre vom moralischen Irresein durch die Bemühungen der italienischen „positiven Schule", insbesondere durch Lombroso, erhalten, der das Bild des „geborenen Verbrechers", des „Delinquente nato" zu zeichnen und genauer zu umgrenzen versuchte. Es sollte sich hier um eine nicht nur durch ihre seelischen, sondern auch durch ihre körperlichen Eigenschaften gekennzeichnete besondere Abart des Menschen handeln. Mit großem Fleiße wurde eine Menge von Zeichen festgestellt, die ihr eigentümlich sein sollten, Abweichungen im Bau des Schädels, auch der Gehirnfurchen, des Gesichts, der Ohren, der Körpermaße, Störungen der Hautempfindlichkeit, Unterschiede im Verhalten des Blutdrucks auf beiden Seiten usw. Auf seelischem Gebiete entsprechen ihnen die bekannten Züge der Verbrechernaturen, Gemütlosigkeit, Roheit, Grausamkeit, Reizbarkeit, Rachsucht, Leichtsinn, Genußsucht, Arbeitsscheu. Nach Lombrosos Angaben sollen etwa 25% der Verbrecher, unter den Mördern noch mehr, den Stempel des „Delinquente nato" tragen. Er ist geneigt, nahe Beziehungen zur Epilepsie anzunehmen, denkt auch an „atavistische" Rückschlagsbildungen.

Daß es „geborene Verbrecher" gibt, die lediglich durch die Art ihrer Veranlagung zu gesellschaftsfeindlichem Handeln getrieben werden, unterliegt, wie schon erörtert, keinem Zweifel. Daran ändert die auch von Lombroso erwähnte Möglichkeit nichts, daß eine verbrecherische Anlage unter Umständen auch einmal in anderen Richtungen sich nützlich betätigen kann, etwa bei einem Eroberer

oder Abenteurer in gefährlichen Unternehmungen. Auch das wird zuzugeben sein, daß ein an sich bestehender Hang zu gesellschaftsfeindlichem Handeln durch andere seelische Fähigkeiten, Selbstbeherrschung, kluge Berechnung, gezügelt werden kann. Endlich spielen für das Zustandekommen der einzelnen verbrecherischen Tat selbstverständlich immer noch eine ganze Reihe von äußeren, mehr zufälligen Bedingungen eine nicht unwesentliche Rolle. Dennoch läßt sich behaupten, daß manche Menschen aus innerer Notwendigkeit von vornherein in den Kampf gegen die Gesellschaftsordnung hineinsteuern. Von einer einheitlichen Kennzeichnung dieser geborenen Verbrecher kann allerdings keine Rede sein. Am allerwenigsten geht es an, wie vielfach versucht wurde, sie nach der Art der begangenen Straftaten als Diebe, Fälscher, Mörder usw. zu gruppieren, da die Beweggründe der einzelnen Tat und damit ihr seelischer Hintergrund trotz mancher Gemeinsamkeiten äußerst verschieden sein können, und da derselbe Täter bald diese, bald jene gesellschaftsfeindlichen Handlungen begehen kann. Auch die von Lombroso und seinen Schülern aufgeführten körperlichen Abweichungen sind weder regelmäßig vorhanden noch den geborenen Verbrechern als solchen eigentümlich; sie finden sich in größerer oder geringerer Ausdehnung bei den verschiedensten Erscheinungsformen der Entartung. Endlich ist zu betonen, daß der geborene Verbrecher mit der eigentlichen, genuinen Epilepsie gar keine Berührungspunkte aufweist, höchstens in gewissem Umfange mit der „Affektepilepsie". Ebensowenig läßt sich die Annahme atavistischer Rückschläge halten; viel näher liegt es jedenfalls, in dem Sinne, wie es hier geschehen ist, an umschriebene Entwicklungshemmungen zu denken.

Wirft man die Frage auf, ob die hier geschilderte Gruppe der gemütsstumpfen Psychopathen als eine klinische Einheit aufzufassen ist, so haben wir natürlich zunächst mit allerlei Abstufungen in der Größe der sittlichen Unzulänglichkeit zu rechnen. Besonders bemerkenswert ist dabei eine kleine Gruppe von menschlichen Ungeheuern, die von jeher die Aufmerksamkeit der Richter, Ärzte und Gefängnisbeamten auf sich gezogen hat. Es handelt sich um Persönlichkeiten, die von vornherein einen völligen Mangel aller sittlichen Regungen zeigen, durchaus arbeitsscheu, verlogen, boshaft und grausam sind, sich keiner Ordnung fügen und einen rücksichtslosen Kampf gegen jedes Hemmnis führen, das sich der Befriedigung

ihrer rohen und schamlosen Gelüste entgegenstellt. Sie lehnen sich gegen ihre Eltern auf, mißhandeln, bestehlen und betrügen sie, suchen sie vielleicht sogar aus dem Wege zu räumen. Hierher gehören jene entsetzlichen Kinder, die schon im zartesten Alter ihre Angehörigen zu ermorden trachten, um deren Kleider zu besitzen, und dann mit stumpfer Selbstverständlichkeit über die Einzelheiten ihres Planes berichten, unter ausdrücklichem Bedauern darüber, daß er mißlungen sei. Später werden sie Einbrecher, Brandstifter, Raubmörder, Lustmörder, begehen die furchtbarsten Taten aus geringfügigen Beweggründen, empfinden keine Reue, prahlen vielmehr noch mit ihrer Gefühllosigkeit. Svenson hat einen derartigen Menschen beschrieben, der 5 Morde beging, dem Staate, den er haßte, Rache geschworen hatte und von dem Ehrgeiz beseelt war, als schlimmster Verbrecher dazustehen; ein ähnliches Geschöpf scheint der vielfache Mörder Sternickel gewesen zu sein. In den Strafanstalten hetzen und meutern diese schrecklichen Menschen, machen verwegene Ausbruchsversuche, gefährliche Angriffe, geraten in sinnlose Wutanfälle, sind weder durch Wohlwollen noch durch strengste Strafen irgendwie zu lenken.

Dieser, glücklicherweise kleinen Gruppe, die nach Longards Mitteilung lange nicht 1% der Strafgefangenen umfaßt, steht die große Masse gegenüber, die einen so „wilden Trieb zum Verbrechen" nicht aufweist, sondern mehr durch das Fehlen der sittlichen Verankerung des Willens zu rücksichtslos selbstsüchtigem, gesellschaftsfeindlichem Handeln gelangt. Ob diese Scheidung in „aktive" und „passive" Verbrechernaturen mehr bedeutet, als eine Schattierung in der Reihe der psychopathischen Erscheinungsformen, steht dahin. Jene ersteren dürften den Triebmenschen, diese letzteren den Haltlosen näher verwandt sein.

Der praktisch so sehr wichtige Unterschied zwischen den sich ausgleichenden und den dauernd fortbestehenden verbrecherischen Neigungen ist für eine wissenschaftliche Abgrenzung wohl nicht ohne weiteres verwertbar. Es liegt ja auf der Hand, daß es Übergänge geben muß, je nachdem die ursprünglichen bedenklichen Eigenschaften mehr oder weniger vollkommen verdrängt werden. Dagegen erscheint es nicht ausgeschlossen, daß es einmal gelingen könnte, klinische Verschiedenheiten aufzufinden, je nach den Ursachen, welche die angeborene sittliche Unfähigkeit erzeugt haben. Man könnte daran

denken, daß die erbliche Entartung in manchen Zügen andere seelische Mißbildungen hervorbringt, als die Keimschädigung, und daß dort wieder die Art der Belastung, hier diejenige des Giftes nicht ohne Bedeutung für das entstehende Krankheitsbild wäre. Leider ist es noch nicht möglich, hier weiter zu gehen, doch könnten die oben erwähnten Vermutungen Meggendorfers über die Unterschiede zwischen schizophrener und psychopathischer Belastung sowie die Untersuchungen Plauts über die Paralytikerkinder immerhin Fingerzeige für die Richtung weiterer Forschungen auf diesem Gebiete geben.

Der Abgrenzung von anderen Erscheinungsformen psychopathischer Entartung haben wir schon bei deren Besprechung gedacht. Hier sei nur noch kurz auf den Umstand hingewiesen, daß uns bei den Gemütlosen zwar hie und da hysterische Störungen begegnen, aber doch wesentlich seltener, als bei den übrigen abnormen Persönlichkeiten. Die erstere Erfahrung werden wir unter dem Gesichtspunkte verstehen, daß wir es auch hier mit Entwicklungshemmungen zu tun haben, die das Fortbestehen urwüchsiger gemütlicher Entladungsformen begünstigen müssen. Andererseits erscheint es begreiflich, daß hysterische Erscheinungen dort keine große Ausdehnung gewinnen, wo keine raschen und lebhaften Schwankungen des gemütlichen Gleichgewichts stattfinden, sondern stumpfe Gemütlosigkeit herrscht, die wohl gelegentlich mit heftigen Ausbrüchen einhergehen kann, meist aber den Lebensereignissen ohne stärkere innere Anteilnahme gegenübersteht. —

Die Behandlung der Gemütlosen muß, soweit sie überhaupt möglich ist, in der Kindheit beginnen und hier den bedenklichen Neigungen durch sorgfältige Überwachung und erziehliche Maßregeln entgegenarbeiten. Bei der Bedeutung, die für einen sehr großen Teil solcher Kinder immerhin die Umgebung besitzt, wird für alle diejenigen, denen in den häuslichen Verhältnissen die Gefahr der Verwilderung droht, das Eingreifen einer psychiatrisch geleiteten Fürsorgeerziehung unerläßlich sein. Jedenfalls wird man dort solche Kinder, bei denen von einer Nachreifung Besserung zu erwarten ist, vor den schlimmsten Entgleisungen bewahren können. Weckung des Kameradschaftsgefühls durch gemeinsame Arbeit, des Ehrgeizes durch kleine Belohnungen, der Anhänglichkeit durch freundliches Wohlwollen scheinen im allgemeinen mehr Erfolg zu haben, als

harte Zucht und strenge Strafen, wenn auch natürlich zielbewußte Festigkeit der Führung und entschiedenes, aber gerechtes Einschreiten gegen Böswilligkeit durchaus notwendig ist. Besonderer Fürsorge bedarf aus früher dargelegten Gründen die schulentlassene Jugend, die nur zu leicht auf Abwege gerät, wenn die eigenen Neigungen der Verführung entgegenkommen. Hier wird durch Veranstaltungen, die ihnen Schutz, Anschluß, Unterhaltung und Belehrung gewähren, der Gefahr vorgebeugt werden müssen. Vereine, die durch geselligen Zusammenschluß, gemeinsame Vergnügungen, Wanderungen, körperliche Übungen der Verführung zu Ausschweifungen, der leichtsinnigen Verschwendung, der Beeinflussung durch üble Genossen, dem Verbummeln entgegenarbeiten, haben ein reiches Feld der Tätigkeit. Vor allem sind dabei natürlich die aus der Fürsorgeerziehung ausscheidenden Zöglinge zu berücksichtigen, die nach ihrer Anlage den Gefährdungen des Lebens am wenigsten gewachsen zu sein pflegen.

Nachhaltige Erfolge wird man von allen aufgeführten Maßregeln nur dort erhoffen können, wo keine ausgesprochene verbrecherische Entartung, sondern nur eine ausgleichbare Entwicklungsstörung oder doch nur ein leichterer, den erzieherischen Maßregeln zugänglicher Grad von Gemütlosigkeit besteht. Im anderen Falle wird sich das Verhängnis unerbittlich erfüllen, und es bleibt lediglich die Frage zu entscheiden, ob der allmählich sich ausbildende Berufsverbrecher in der Strafanstalt oder im Verwahrungshause einer Irrenanstalt seine Tage verbringen soll. Wesentlich ist, daß er auf irgendeine Weise aus dem Gemeinschaftsleben entfernt und auf tunlichst lange Zeit unschädlich gemacht wird. Um solchen geborenen Verbrechern auch die bedenkliche Möglichkeit einer Vererbung ihrer Eigenschaften zu nehmen, ist man seit 1899 in Nordamerika und später auch in der Schweiz dazu übergegangen, mittelst Durchschneidung des Samenstranges wenigstens die Männer zeugungsunfähig zu machen[1]). Sharp hat in einer Strafanstalt in Indiania diesen gewiß wirksamen und verhältnismäßig harmlosen Eingriff zuerst ausgeführt, der natürlich mit den nötigen Rechtssicherheiten umgeben werden muß. Nach den Mitteilungen von Maier war er bis Ende Juli 1911 bereits in 873 Fällen zur Anwendung gelangt.

[1]) Löwenfeld, Sexualprobleme 1910, 4; Maier, Die nordamerikanischen Gesetze gegen die Vererbung von Verbrechen und Geistesstörung. 1911.

G. Die Streitsüchtigen.

Schon bei der Schilderung des Querulantenwahns haben wir darauf hingewiesen, daß es eine Gruppe von krankhaft veranlagten Persönlichkeiten gibt, deren Verhalten eine gewisse Ähnlichkeit mit demjenigen der echten Querulanten darbietet, ohne daß es aber zur Entwicklung eines wirklichen Wahnes kommt. Sie sind gekennzeichnet durch eine maßlose Unverträglichkeit und Streitsucht, die zu dauernden Zwistigkeiten mit ihrer Umgebung führt und jede unbedeutende Reibung zu endlosen, erbitterten Kämpfen auswachsen läßt. Wir wollen sie einfach die „Streitsüchtigen" nennen, nachdem die früher von mir gewählte Bezeichnung der Pseudoquerulanten gewissermaßen nur eine Kehrseite des klinischen Krankheitsbildes berücksichtigte, ihre Abweichung von den wahnbildenden Querulanten.

Die Verstandesbegabung der Kranken ist vielfach mittelmäßig, bisweilen aber auch recht gut. In der Regel zeigen sie eine gewisse Beschränktheit und Enge des Gesichtskreises, besitzen aber dabei eine Art Pfiffigkeit, die sie befähigt, kleine Vorteile auszuspähen und die Schwächen ihrer Gegner richtig zu erfassen; einzelne zeichnen sich durch Spitzfindigkeit, Neigung zu Kleinigkeitskrämerei und Haarspalterei aus. Das Gedächtnis ist im allgemeinen treu, verliert jedoch öfters durch persönliche Färbung der Erinnerungen an Zuverlässigkeit. Frühere Vorgänge verändern sich in der Erinnerung ganz unmerklich im Sinne der eigenen Gemütsbedürfnisse. Auch das Urteil ist einseitig, engherzig, unsachlich, zu Übertreibungen geneigt, in manchen Stücken verschroben, durch lebhafte Gefühle beeinflußt. Personen und Verhältnisse werden daher vielfach schief aufgefaßt und ungerecht beurteilt. Die Kranken sind auf der einen Seite ungemein leichtgläubig; Wahrnehmungen und Mitteilungen, die ihren Neigungen und Anschauungen entsprechen, werden ohne weitere Prüfung als richtig hingenommen. Sobald sie aber mit ihren Wünschen im Widerspruche stehen, begegnen sie dem äußersten, hartnäckigsten Mißtrauen.

Diese stark persönliche Beeinflussung der Auffassung, der Erinnerung und des Urteils beruht auf einer erhöhten gemütlichen Erregbarkeit. Alle diese Kranken sind leidenschaftliche, empfindliche Menschen, die über eine Kleinigkeit in lebhafte Erregung

geraten können. Jede wirkliche oder anscheinende Beeinträchtigung ihrer Rechte empfinden sie als schwere Unbill, gegen die sie sich mit äußerster Schroffheit vorzugehen berechtigt glauben. Sie fassen daher jede Gegnerschaft persönlich auf, sind sofort bereit, dem Widersacher unehrliche Beweggründe, bewußte Parteilichkeit unterzuschieben, den Kampf auf die verschiedensten Lebensbeziehungen zu übertragen. Dabei ist ihre Gereiztheit von größter Nachhaltigkeit. Sie können sich über irgendeine vermeintliche Unbill gar nicht wieder beruhigen, reiten bei jeder Gelegenheit darauf herum, sind äußerst hartnäckig und rachsüchtig in ihrer Feindschaft.

Mit ihrer Leidenschaftlichkeit verbindet sich ein stark erhöhtes Selbstgefühl. Die Kranken halten sich für besonders gescheit, ihrer Umgebung überlegen; sie messen mit zweierlei Maß, berücksichtigen nur ihre persönlichen Interessen, während sie den berechtigten Ansprüchen ihrer Gegner verständnislos gegenüberstehen. Ihre eigenen Verfehlungen betrachten sie als ganz unbedenklich, leugnen sie wohl auch glatt ab, richten aber gegen das Verhalten anderer die gehässigste Kritik. Diese Selbstüberschätzung veranlaßt sie auch, ihren Angelegenheiten eine Art öffentlicher Wichtigkeit beizulegen; sie fühlen sich als Vertreter des höheren Standpunktes, als „Verteidiger des verletzten Rechtes". Gerade darum entwickelt sich bei ihnen aus einer an sich unbedeutenden Angelegenheit sehr leicht ein langwieriger Streit, weil sie sich verpflichtet fühlen, den Kampf ums Recht bis zum Ende durchzukämpfen und auch den Behörden gegenüber die in ihrer Person gefährdeten höchsten Rechtsgüter zu verteidigen.

Es kann nicht fehlen, daß die Verbindung von Empfindlichkeit mit Rücksichtslosigkeit und Anmaßung die Kranken in vielfache Kämpfe und Schwierigkeiten mit ihrer Umgebung verwickelt. Es kommt zu zahlreichen Mißhelligkeiten und Häkeleien, die allmählich einen ganzen Rattenkönig von Weiterungen nach sich ziehen. Die Kranken erstatten Anzeigen wegen geringfügiger Übertretungen, erheben in beleidigender Form schwere, unbeweisbare Anschuldigungen gegen ihre Vorgesetzten, beantragen Disziplinaruntersuchungen, sprechen von „mehrfacher, öffentlicher, bewußter Verletzung der Wahrheit", benehmen sich grob und ungezogen, machen ihrem Groll bei jeder Gelegenheit rücksichtslos Luft. Jede einzelne Angelegenheit verfolgen sie mit der größten Verbissenheit, soweit es ihnen

nur möglich ist, beruhigen sich nicht bei den getroffenen Entscheidungen, legen Beschwerden ein, verweigern jeden gütlichen Ausgleich, setzen alle Instanzen in Bewegung, überschwemmen die höchsten Stellen mit Eingaben, suchen andere Personen und auch die Öffentlichkeit für ihre Streitigkeiten zu interessieren, wenden sich an Abgeordnete. Immerhin geben sie schließlich diesen Kampf auf, wenn jede Möglichkeit des Erfolges abgeschnitten ist, ja, sie verzichten bisweilen auch schon vorher auf die äußersten Schritte, wenn das Mißverhältnis zwischen der Siegesaussicht und den drohenden Kosten gar zu grell ist. Sie suchen sich dann auf andere Art Genugtuung zu verschaffen, durch Meineidsbeschuldigungen gegen die Zeugen, die nicht in ihrem Sinne ausgesagt haben, kleinliche Angebereien, gelegentliche Quertreibereien, Belästigungen, Schimpfereien, Verleumdungen. Dadurch werden dann regelmäßig wieder neue Streitigkeiten herbeigeführt, die ebenfalls nicht zum glatten Abschlusse gelangen, sondern nur die Erbitterung verstärken und auch wohl andere Kreise in den Zwist hineinverwickeln. Dazwischen fallen kleine Vergehen oder Ungehörigkeiten von der einen oder der anderen Seite, die nun in feindseliger Beleuchtung sämtlich zu Ereignissen von größter Bedeutung anwachsen. So regnet es denn Anzeigen, Beleidigungsklagen und Widerklagen, Schadenersatzansprüche, Vorladungen, Zeugenvernehmungen, Verhandlungen, Prozeßkosten, Pfändungen durch den Gerichtsvollzieher ohne Ende, so daß der Kranke dauernd in der einen oder anderen Eigenschaft die Gerichte beschäftigt. Dazu kommen Maßregelungen durch vorgesetzte Behörden, Versetzung, Entlassung, die wiederum eine Flut von Beschwerden, Eingaben, Anträgen, Anschuldigungen nach sich ziehen. Das Erwerbsleben des Kranken gerät dabei immer mehr in Verfall. Neben dem Ärger und der steten Aufregung, die seine Arbeitskraft allmählich untergraben, kehren auch Not und Nahrungssorgen ein, um ihrerseits wieder die Reizbarkeit und Verbitterung des Kranken zu steigern.

Diese Entwicklung der Dinge kann sich über Jahrzehnte hin erstrecken. Dabei ist jedoch von einem Fortschreiten nur insofern die Rede, als die Beziehungen des Kranken zu seiner Umgebung allmählich immer gespanntere werden. Nicht nur er selbst fühlt sich bei jeder Gelegenheit ungerecht und feindselig behandelt, sondern auch seine Nachbarn und Bekannten sind gegen ihn aufgebracht, zahlen

ihm oft mit gleicher Münze, aber es bleibt bei einem fortwährenden Kleinkriege, der bei der gegenseitigen Stimmung durch jeden Quark neue Nahrung erhält. Der Kranke hält selbstverständlich seine Widersacher ohne Ausnahme für Dummköpfe, Lumpen und Schufte, aber in keinem anderen Sinne, als wir es in politischen Parteikämpfen alle Tage erleben. Er kommt kaum jemals dazu, die Unparteilichkeit der Gerichte anzuzweifeln oder sie gar für die Helfershelfer seiner Feinde zu halten und mit Schmähungen zu überschütten. Gar nicht selten erhält er übrigens in manchen Stücken wirklich Recht, sei es, daß eine seiner Anzeigen zur Bestrafung der Missetäter führt, sei es, daß seine Berufung gegen ein Urteil Erfolg hat oder eine gegen ihn gerichtete Klage abgewiesen wird.

Die Gegner, mit denen der Kranke in Zwist lebt, können im Laufe der Zeit vielfach wechseln, wenn sich auch die Feindseligkeit gegen einzelne lange Jahre hindurch erhalten kann. Er gerät bald mit diesem, bald mit jenem aneinander; ein Tierarzt hatte nacheinander Streit mit den Metzgern, mit dem Bürgermeister, dem Magistrat, dem Distriktstierarzt, dem Gestütsvorstand, ein Lehrer mit dem Pfarrer, dem Kaplan, der Schulverweserin, den Bauern. Es ist auch nicht eine und dieselbe Angelegenheit, die den gemeinsamen Ausgangspunkt aller späteren Zwistigkeiten bildet, sondern es handelt sich um zahlreiche einzelne Begebnisse, die sachlich nicht zusammenhängen, obgleich sie vielleicht aus derselben Quelle persönlicher Erbitterung hervorgegangen sind. Es fehlt mit anderen Worten das subjektive Band, das alle die einzelnen Ereignisse zu einer zusammenhängenden Kette aneinanderschließt.

Durch die steten Kämpfe werden die Kranken regelmäßig sehr mitgenommen. Sie sind bisweilen recht unglücklich über die ewigen Reibereien, möchten in Ruhe leben, ohne doch bei ihrer unglücklichen Gemütsart den richtigen Weg dazu finden zu können. Hie und da kann die Beseitigung des hauptsächlichsten Zündstoffes durch irgendeine Änderung der Lebensverhältnisse merkliche Beruhigung bringen, wenn nicht ein neuer Anlaß neue Streitigkeiten heraufführt. Erst mit dem Alter werden die Kranken stumpfer und gleichgültiger, auf der anderen Seite freilich oft auch halsstarriger. —

Die Streitsüchtigen sind fast ausschließlich Männer, wohl deswegen, weil diese mehr in den Kämpfen des Lebens stehen und gewöhnt sind, sie durch Einsetzung ihrer Persönlichkeit auszufechten.

Da sie erst dann in psychiatrische Beobachtung kommen, wenn sie sich durch ihr Gebaren in ihrer Umgebung gänzlich unmöglich gemacht haben, standen meine Kranken alle in mittlerem oder höherem Alter. Über ihre Belastung vermag ich wegen der kleinen Zahl der Fälle keine brauchbaren Angaben zu machen. In hypochondrischen Anwandlungen, gelegentlichen hysterischen Erscheinungen, einer Ohnmacht nach Aufregung, kann sich die Verwandtschaft mit anderen Formen des Entartungsirreseins kundgeben.

Am nächsten scheinen sie auf den ersten Blick den Erregbaren zu stehen. Was sie diesen gegenüber kennzeichnet, ist namentlich die ungewöhnliche Nachhaltigkeit der gemütlichen Spannungen. Während es dort zu sehr heftigen, aber rasch verpuffenden Ausbrüchen kommt, denen ein vollkommener Ausgleich folgt, entwickelt sich hier aus jedem Anlasse eine dauernde Geladenheit, die immer neue Nahrung findet und jahre-, selbst jahrzehntelang das Denken und Handeln beeinflussen kann. Dort haben wir im allgemeinen unüberlegte, gutmütige, beeinflußbare, hier kleinlich beschränkte, rechthaberische, unnachgiebige Persönlichkeiten vor uns.

Die Beziehungen der Streitsucht zum Querulantenwahn sind schon bei der Besprechung dieses letzteren erörtert worden. Beim Querulanten spielt offenbar der bestimmte auslösende Anlaß eine viel größere ursächliche Rolle, als beim Streitsüchtigen, dessen Gehässigkeit sich an die verschiedensten belanglosen Vorkommnisse anknüpft. Es ist ein ähnlicher Unterschied wie zwischen dem Unfallsnervenkranken, bei dem das eine, eindrucksvolle Erlebnis für das ganze zukünftige Leben maßgebend wird, und dem nervösen Hypochonder, dessen Beschwerden durch alle möglichen kleinen Unpäßlichkeiten hervorgerufen und verstärkt werden. Weiterhin aber kommt beim Querulanten die Neigung hinzu, die Ereignisse nicht nur in einseitiger Beleuchtung zu sehen, wie es auch der Streitsüchtige tut, sondern sie miteinander in Beziehung zu setzen, innere Zusammenhänge zu ahnen und diese dann ohne weiteres als erwiesen zu betrachten. Diese paranoiden Denkgewohnheiten fehlen dem Streitsüchtigen. Dem entspricht die Erfahrung, daß er sich nicht zum Querulanten fortzuentwickeln pflegt, daß die Streitsucht nicht etwa eine einfache Vorstufe des Querulantenwahns, sondern eine eigenartige Form der psychopathischen Veranlagung darstellt. Ich habe sogar gesehen, daß ein Mann, obgleich er ganz unter dem Einflusse

seiner Frau stand, die eine ausgesprochene Querulantin war, für sich dennoch dauernd nur die Züge der Streitsucht darbot, freilich in höchstem Grade. Nach der Gesundheitsbreite zu gehen die psychopathisch Streitsüchtigen ohne scharfe Grenze in die alltäglichen Erscheinungen reizbarer, rechthaberischer, schwieriger und unverträglicher Persönlichkeiten über. —

Die Behandlung der Streitsüchtigen bietet aus naheliegenden Gründen wenig Angriffspunkte. Ein vorübergehender Anstaltsaufenthalt, die Versetzung in eine neue, von der früheren Zwietracht unberührte Umgebung kann sehr beruhigend wirken, ebenso die Beseitigung bestimmter Steine des Anstoßes, friedliche Vermittlung durch Vertrauensmänner. Dauernde Entziehung der Freiheit vertragen die Kranken sehr schlecht.

XVII. Die allgemeinen psychischen Entwicklungshemmungen[1]) (Oligophrenien).

Die äußerst buntscheckige Gruppe von Krankheitsformen, die wir in diesem letzten Abschnitte unserer Darstellung zu betrachten haben, weist nur ein einziges gemeinsames Merkmal auf, die frühzeitige Störung der allgemeinen seelischen Entwicklung, die natürlich regelmäßig durch krankhafte Beeinträchtigungen ihrer körperlichen Grundlagen bedingt wird. Ursachen aber und Wesen der schädigenden Einflüsse können ganz verschiedenartige sein, ebenso der Zeitpunkt ihrer Einwirkung, der klinische Verlauf und Ausgang, der Leichenbefund. Wie schon früher angedeutet, haben wir es mit einer Zusammenfassung von Krank-

[1]) Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters, 243. 1887; Berkhan, Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn. 1899; Crailsheimer, Über Idiotie und Imbezillität, Diss. Straßburg. 1896; Sioli, Allg. Zeitschr. f. Psych. LVII, 102; Demoor, Die anormalen Kinder und ihre erziehliche Behandlung in Haus und Schule. 1901; Weygandt, Über Idiotie. 1906; Weygandt, Idiotie und Imbezillität, Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg. 1914; Anton, Krankhafte Störungen und Hemmungen der geistigen Entwicklung, Handbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit von Dittrich. 1908; Anton, Vier Vorträge über Entwicklungsstörungen beim Kinde. 1908; Haymann, Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol., Ref. III, 609 (Sammelref. über Geistesstörungen bei Kindern); Laquer, Über schwachsinnige Schulkinder. 1902; Schlesinger, Schwachbegabte Schulkinder. 1907; Vogt und Weygandt, Handbuch der Erforschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinns. 1912; Hammarberg, Studien über Klinik und Pathologie der Idiotie, deutsch von Berger. 1895; Séguin, Die Idiotie und ihre Behandlung nach physiologischer Methode, herausgegeben von Krenberger (nach dem vor fast 50 Jahren erschienenen Original). 1912; Sollier, Der Idiot und der Imbezille, deutsch von Brie. 1891; Voisin, L'idiotie. 1893; Bourneville, Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Regelmäßige Jahresberichte über die Idiotenabteilung des Bicêtre; Ley, L'arriération mentale. 1904 (Literatur); Ireland, On idiocy and imbecillity. 1877; Shuttleworth, Mental deficient children, their treatment and training. 1893; Ireland, Mental defect children. 1901; Barr, Mental defectives. 1904; Tredgold, Mental deficiency. 1908; Sherlock, The feeble-minded, a guide to study and practice. 1911; Pellizzi, Studi clinici ed anatomo-patologici sull'idiozia. 1891.

heitsvorgängen zu tun, die nur in ihren Erscheinungen eine gewisse oberflächliche Ähnlichkeit miteinander darbieten. Es wird daher Aufgabe der wissenschaftlichen Forschung sein müssen, diese künstliche Vereinigung allmählich in ihre natürlichen Bestandteile aufzulösen. Anfänge dazu liegen bereits vor. Die thyreogenen Entwicklungshemmungen vermögen wir schon ohne besondere Schwierigkeit auszuscheiden; auch die syphilitischen Schwachsinnsformen lassen sich nicht selten als solche erkennen, wenn wir hier auch bestimmt erst am Anfange unseres Wissens stehen. Einzelne Gruppen der Idiotie, namentlich die amaurotischen Formen, heben sich so scharf aus der großen Masse ab, daß sie unschwer als durchaus eigenartige Erkrankungen umgrenzt werden können. Andere Bilder, die sich zunächst dem großen Sammelbegriffe einzuordnen scheinen, haben sich als Ausdrucksformen auch bei Erwachsenen beobachteter Krankheitsvorgänge erwiesen, so die juvenile Paralyse, manche Fälle von „Dementia praecocissima" und von Epilepsie.

Trotz dieser und ähnlicher Abtrennungen, die sich übrigens im einzelnen Falle nicht immer so glatt vollziehen lassen, enthält die Krankheitsgruppe der allgemeinen psychischen Entwicklungshemmungen noch immer eine große Zahl völlig auseinanderweichender Formen. Einzelne von ihnen lassen sich heute schon ungefähr nach ihren klinischen Erscheinungen, öfters auch nach ihren anatomischen Grundlagen kennzeichnen, wenn auch Wesen und Entstehungsgeschichte noch unklar sind; wir werden sie später eingehend zu schildern haben. Der großen Masse der Fälle aber stehen wir noch ziemlich ratlos gegenüber. Gelingt es auch hie und da, gewisse Anhaltspunkte für eine Gruppierung aufzufinden, so verschwimmen doch fast überall die Grenzen, oder es erweist sich, daß anscheinend ähnliche klinische Bilder eine durchaus verschiedene, dagegen ganz voneinander abweichende die nämliche anatomische Grundlage haben können. Man darf sich darüber nicht wundern. Die wissenschaftliche Erforschung der kindlichen Schwachsinnsformen hat erst einsetzen können, seit diese einer irrenärztlichen Fürsorge teilhaftig zu werden beginnen; das ist aber, namentlich in Deutschland, erst seit sehr kurzer Zeit der Fall. Sodann hat das notwendigste Hilfsmittel zur Klärung der hier zu lösenden Fragen, die feinere pathologische Anatomie der Hirnrinde, noch gar nicht lange die-

jenige Entwicklung erreicht, die ihr hier mit Erfolg zu arbeiten ermöglichte.

Wenn unter diesen Umständen auf unserem Gebiete noch alles im Flusse ist und eine befriedigende Aufteilung in ursächlich, klinisch und anatomisch gut gekennzeichnete Gruppen auf später verschoben werden muß, läßt sich doch wohl schon erkennen, daß die Zerlegung voraussichtlich zwei allgemeine Gesichtspunkte zu berücksichtigen haben wird. Auf der einen Seite werden etwa diejenigen Fälle stehen, bei denen wir es von vornherein mit einer krankhaften Anlage des werdenden Menschen zu tun haben. Deren Ursache könnte entweder in einer erblichen Entartung, in der Minderwertigkeit der überkommenen Erbmasse, oder in einer Schädigung der Keimzellen durch ungünstige Einflüsse liegen. Eine ganz andere Entstehungsgeschichte würde den Störungen zukommen, die durch spätere krankhafte Veränderungen des ursprünglich normal angelegten Nervengewebes bedingt sind. Nur im ersteren Falle würde man auch von körperlichen „Entwicklungshemmungen" reden können, während wir es im letzteren mit Krankheitsvorgängen zu tun hätten, die sich nur durch den Zeitpunkt ihres Auftretens von denjenigen der Erwachsenen unterscheiden. Tatsächlich lassen sich ja auch die das werdende Kind befallenden meningitischen und encephalitischen Erkrankungen, die juvenile Paralyse, die kindliche Dementia praecox nicht grundsätzlich von den gleichartigen Erkrankungen Erwachsener abtrennen. Es erschiene demnach richtig, derartige Formen diesen letzteren einfach einzuordnen und sie den Entwicklungshemmungen gegenüberzustellen.

Indessen, so einleuchtend diese Abgrenzung zunächst aussehen mag, stehen ihr doch große, vielleicht unüberwindliche Schwierigkeiten entgegen. Die hier auseinandergehaltenen Einflüsse, die eine Schädigung der werdenden seelischen Persönlichkeit bedingen können, verbinden sich im einzelnen Falle so häufig miteinander, daß eine reinliche Gruppierung unmöglich wird. Selbstverständlich kann eine Keimschädigung oder eine Hirnerkrankung auch ein bereits erblich entartetes Wesen betreffen, ja man kann sogar vermuten, daß hier eine besondere Empfindlichkeit für derartige Einflüsse besteht. Sodann aber zeigt sich, daß Keimschädigungen und frühzeitig einsetzende Krankheitsvorgänge sich in ihren Wirkungen

wenigstens heute kaum auseinanderhalten lassen; auf beiden Wegen können, soweit es sich übersehen läßt, Entwicklungshemmungen und Mißbildungen zustande kommen. Allerdings wird man im zweiten Falle daneben auch noch Zerstörungen erwarten dürfen. Wo diese nachweisbar sind, oder wo krankhafte Wucherungen oder Reste entzündlicher Veränderungen bestehen, wird die Entscheidung nicht zweifelhaft sein. Man findet aber Fälle genug, in denen selbst die anatomische Untersuchung keine volle Klarheit darüber schafft, ob man es mit ursprünglichen Entwicklungsstörungen oder mit den Folgen krankhafter Schädigungen zu tun hat. In einem noch unreifen Nervengewebe erzeugen eben auch Krankheitsvorgänge nicht nur Ausfälle und Wucherungen, sondern sie können die mannigfachsten Bildungsfehler zur Folge haben, ohne sonst deutlich erkennbare Spuren zurückzulassen. Die rein klinische Betrachtung vollends, auf die wir doch zumeist angewiesen sind, steht der Entwirrung dieser Schwierigkeiten nur allzuoft ratlos gegenüber, wenn nicht irgendwelche körperliche Anzeichen den Wahrscheinlichkeitsschluß auf bestimmte ursächliche Krankheitsvorgänge ermöglichen.

Trotz aller dieser Bedenken wird unseren Gruppierungsbestrebungen doch das vielleicht niemals völlig erreichbare Ziel vorschweben müssen, wenigstens grundsätzlich die Entstehungsart der allgemeinen seelischen Entwicklungshemmungen aus den drei Quellen der erblichen Entartung, der Keimschädigung und der Krankheitsvorgänge auseinanderzuhalten. Wo und wieweit einzelne Ansätze zur Annäherung an dieses ferne Ziel vorhanden sind, wird späterhin zu erörtern sein. Vorderhand bleibt nichts übrig, als die große Masse der Fälle zunächst als Einheit zu betrachten und erst dann, soweit möglich, jene Gruppen herauszuheben, die schon heute einen gewissen Anspruch auf klinische Selbständigkeit erheben können. Da eine handliche gemeinsame Bezeichnung für das ganze Gebiet noch fehlt, werde ich die hier besprochenen Krankheitszustände einstweilen als „Oligophrenien“ zusammenfassen. —

Allgemeine Krankheitszeichen. Die allgemeine Schilderung der Störungen, die uns bei den Oligophrenien begegnen, stößt wegen der Weite und Verschwommenheit des Krankheitsbegriffes auf erhebliche Schwierigkeiten. Vor allem umfassen die Mängel, die wir zu betrachten haben, alle Abstufungen von den leichtesten, der Gesundheitsbreite sich annähernden Unzulänglichkeiten bis zur

völligen Vernichtung der seelischen Regungen. Unsere Darstellung wird sich daher notgedrungen zunächst auf die gröbsten Umrisse beschränken müssen, doch soll dann noch der Versuch gemacht werden, eine schärfere Kennzeichnung einzelner klinischer Zustandsbilder zu geben.

Der Wahrnehmungsvorgang ist recht häufig durch allerlei Sinnesmängel beeinträchtigt, Schwachsichtigkeit, Linsen- und Hornhauttrübungen, Brechungsanomalien, Sehnervenschwund, Schwerhörigkeit, Taubheit. Aber auch bei gesunden Sinnen kann die Auffassung äußerer Eindrücke durch Störungen im Verhalten der Aufmerksamkeit auf das schwerste geschädigt sein. Ganz allgemein bedarf es stärkerer, scharf einsetzender und voll ausgeprägter Reize, um überhaupt auf die Kranken einzuwirken; vielfach erscheint die Wahrnehmung auch verlangsamt. Zahlreiche Eindrücke, die der Gesunde ohne weiteres auffaßt und verarbeitet, kommen unseren Kranken gar nicht zum Bewußtsein oder werden doch nicht beachtet und verwertet. Ihre Sinneserfahrung bleibt daher dürftig und inhaltsarm. Auch die äußeren Zeichen der Aufmerksamkeitseinstellung, das Wenden des Blickes und des Kopfes, die Spannung in den Gesichtszügen, die Beeinflussung der Atmung, der Körperhaltung, das Innehalten in der Bewegung, pflegen bei unseren Kranken schwächer ausgeprägt zu sein, so daß sie teilnahmlos und gleichgültig erscheinen, auch wenn sie ganz gut aufgefaßt haben.

Kuhlmann[1]), der allerlei Versuche an Schwachsinnigen durchführte, betont die große Bedeutung, die der Aufmerksamkeitsspannung für den Ausfall der Ergebnisse zukommt. Er beobachtete, daß die erhaltenen Werte allgemein viel unregelmäßiger sind, als bei Gesunden. Die Auffassung und das Haften der dargebotenen Eindrücke wird weit mehr von deren Inhalt beeinflußt; die zufälligen Unterschiede der Reize werden nicht durch eine entsprechende Anpassung ausgeglichen. Eine beträchtliche Steigerung der Leistung durch Willensanspannung ist nicht möglich, ebensowenig eine Überwindung der durch Ermüdung bedingten Erschwerung. Öfters geht die bereits erreichte Höhe der Leistung trotz fortgesetzter Übung allmählich wieder verloren, weil die Willensspannung nachläßt.

Bei tiefem Blödsinn wird es immer schwerer, die Aufmerksamkeit zu erregen. Bisweilen genügen selbst die stärksten Einwir-

[1]) Kuhlmann, American journal of psychology 1894, 391 (Literatur).

kungen, aufflammendes Licht, Glockenzeichen, Händeklatschen, nicht mehr, um irgendein Zeichen der Aufmerksamkeit hervorzurufen, so daß es lange Zeit hindurch unmöglich werden kann, darüber Gewißheit zu erlangen, ob die Sinnesorgane der Kranken überhaupt erregbar sind. Sie greifen nicht nach glänzenden Gegenständen, beachten die brennende Kerze nicht, blinzeln nicht bei Annäherung an das Auge, wenden den Kopf nicht bei starken Geräuschen. Meist gelingt es indessen noch, durch Nadelstiche Zeichen des Mißbehagens zu erzielen, Verziehen des Mundes, Kopfschütteln, Schreien, Hinfassen an die betroffene Stelle; gerade dabei ist dann regelmäßig die lange, bis zu mehreren Sekunden dauernde Zwischenzeit zwischen dem Einsetzen des Reizes und dem Hervortreten seiner Wirkungen bemerkenswert.

Kaum weniger wichtig, als die geringe Ansprechbarkeit, ist das rasche Erlahmen der Aufmerksamkeit. Selbst wenn es gelingt, die Kranken zur Beachtung eines Eindruckes zu veranlassen, vermag dieser sie doch in der Regel nicht weiter zu fesseln; sie haben kein Bedürfnis, sich näher mit ihm zu beschäftigen, eingehendere Beobachtungen zu machen. Sie hören nicht zu, wenn man nicht immer von neuem nachdrücklich ihre Aufmerksamkeit erzwingt; sie legen das Spielzeug, das man ihnen in die Hand gegeben hat, nach kurzer Zeit achtlos wieder beiseite. Manchmal, namentlich bei Kindern, ist die Ablenkbarkeit so groß, daß die Aufmerksamkeit der Kranken unaufhörlich von einem Gegenstande zum andern wandert, ohne irgendwo zu haften. Sie horchen auf jeden Laut, fassen alles an, worauf ihr Blick fällt, um ebenso schnell wieder zu etwas anderem überzugehen, kehren auch aus eigenem Antriebe nicht wieder zu dem verlassenen Eindrucke zurück, wenn sie einmal abgelenkt wurden. Schlesinger gibt an, daß unter den von ihm untersuchten Schwachbegabten 55% teilnahmlos, 35% sehr ablenkbar erschienen, während 10% eine erhöhte Ermüdbarkeit darboten.

Mit den Unzulänglichkeiten der Aufmerksamkeit steht auch wohl die Erfahrung im Zusammenhange, daß Schwachsinnige in der Regel kaum hypnotisiert werden können, obgleich sie sehr beeinflußbar sind. Zum Zustandekommen der Hypnose ist eine dauernde Einstellung der Aufmerksamkeit auf die stattfindenden Einwirkungen erforderlich, die ja eben das Ziel haben, die hypnotische Einengung des Bewußtseins herbeizuführen. Die kraftlose und schwankende

Aufmerksamkeit des Schwachsinnigen vermag jedoch der Führung nicht in genügendem Maße zu folgen.

Die weiteren Abschnitte des Wahrnehmungsvorganges, die Erkennung der Eindrücke, ihre Anknüpfung an frühere Erfahrungen, ihre Gefühlsbetonung, pflegen ebenfalls zu leiden, wenn auch in verschiedenem Grade. Sehr gewöhnlich zeigen sich Erschwerung und Unsicherheit bei der Auffassung von Farben, Formen, Größenverhältnissen. Die Kranken lernen auffallend spät, die einzelnen Farben auseinanderzuhalten, auch wenn sie keineswegs farbenblind sind, beschränken sich auf die Hauptfarben, vernachlässigen die Übergangs- und Mischtöne. Warburg gibt an, daß in der Unterstufe der Normalschule 20% der Schüler die Farben richtig benennen, in der entsprechenden Hilfsklasse nur 3%. Schlesinger spricht von „Farbenblödheit". Die Kranken gewinnen keine klaren Vorstellungen von den Umrissen der Körper, ihrer Oberflächengestaltung, ihren Ausmaßen, ihrer gegenseitigen Lage, und begehen auf allen diesen Gebieten die gröbsten Fehler. Die sichere Unterscheidung der Buchstaben kostet ihnen unendliche Mühe, und sie scheitern dann nicht selten endgültig bei der Aufgabe, aus ihnen Silben oder Wörter zusammenzusetzen, weil es ihnen ebenso unmöglich ist, diese verwickelteren Gebilde einheitlich aufzufassen, wie es uns etwa mit chinesischen Schriftzeichen ergeht. Auf Bildern erkennen sie wohl Einzelheiten, nicht aber deren Zusammenhang; ihnen entgeht daher bei umfassenderen Darstellungen der eigentliche Sinn des Ganzen.

Regelmäßig vermögen sie bei ihren Wahrnehmungen auch nicht das Wesentliche vom Nebensächlichen zu scheiden, sondern sie haften an einer belanglosen Zufälligkeit, ohne die Hauptsache herauszufinden. Damit mag es zusammenhängen, daß vielfach das Verständnis für Abbildungen und Nachbildungen versagt, wenn diesen Farbe, Körperlichkeit, Bewegung fehlt oder die Größenmaße stark verändert sind. Andererseits werden wegen der Verschwommenheit der Wahrnehmung oft bedeutsame Abweichungen gänzlich übersehen und wesentlich verschiedene Dinge ohne weiteres miteinander verwechselt. Mit dem mangelhaften Unterscheidungsvermögen hängt auch wohl in erster Linie das häufige Ausbleiben der Scheu vor Fremden zusammen, die sich bei gesunden Kindern schon nach einigen Monaten einzustellen pflegt. Es bedarf kaum der besonderen

Erwähnung, daß alle diese Unzulänglichkeiten, wie die meisten der bei unseren Kranken beobachteten Störungen, Entwicklungsstufen darstellen, die jedes gesunde Kind durchläuft, aber verhältnismäßig rasch überwindet, während sie hier ungewöhnlich lange oder gar das ganze Leben hindurch fortbestehen.

Die Auffassung von Gehörsreizen, die ebenfalls eine gewisse geistige Verarbeitung erfordert, bietet ganz ähnliche Mängel dar. Die Kranken sind vielfach außerstande, den Ursprung alltäglicher Geräusche zu erkennen. Ley berichtet, daß auch leicht Schwachsinnige zahlreiche Fehler begehen, wenn sie Buchstaben markieren sollen, die ihnen vorgesprochen werden. Einzelne Kranke vermögen dagegen Melodie und Taktfolge auffallend gut aufzufassen, auch wenn sie sonst völlig versagen. Ich sah einen sprachlosen Idioten, der Melodien richtig und kräftig nachsang.

Von größter Bedeutung für die geistige Entwicklung ist natürlich die Verzögerung oder das gänzliche Ausbleiben des Wortverständnisses. Für manche Kranke bleiben Worte nur sinnlose Geräusche, während andere, etwa wie die Hunde, wenigstens aus dem Tonfall entnehmen, ob es sich um Drohung, Aufforderung, Lob oder Schelten handelt, vielleicht auch einzelne Worte in innere Beziehung zu Gegenständen oder Vorgängen bringen. Aber auch bei reicher ausgebildetem Wortverständnis bleibt doch meist eine gewisse Unklarheit gegenüber entlegeneren Ausdrücken und namentlich verwickelteren Satzgliederungen bemerkbar. Der genaue Sinn der Verhältniswörter, die Bedeutung der Zeitwörterformen, der Unterschied ähnlich klingender Wendungen kommt nicht zu scharfer Ausprägung.

Der stammesgeschichtlich uralte, aber wenig fortentwickelte Sinn des Geschmacks und namentlich der einer Rückbildung verfallene Geruch pflegen bei unseren Kranken verhältnismäßig wenig zu leiden. Auch sehr blödsinnige Kinder verziehen meist das Gesicht, wenn man ihnen Chininlösung auf die Zunge bringt. Man sieht indessen gelegentlich Kranke, denen der Geruch des Schweißes, des Harns, des Kotes angenehm ist, oder die ungenießbare oder widerliche Dinge belecken und verzehren, Steine, Würmer, Nasenschleim, ein Zeichen dafür, daß die dem Menschen eigentümlichen Regungen des Ekels unentwickelt geblieben sind. Meist findet man auch eine gewisse Gleichgültigkeit gegen die Art und Zubereitung der Speisen,

auch wo die Freude an der Nahrungsaufnahme sehr ausgesprochen ist. Im Bereiche des Hautsinns sind die Störungen nicht besonders auffallend. Freilich ist die Durchführung feinerer Untersuchungen meist kaum möglich. Ley gibt an, daß von 127 ästhesiometrisch geprüften Hilfsschülern 18 einfach „automatische", d. h. ohne Rücksicht auf die Art des Reizes regelmäßig wechselnde Angaben machten; 48 gaben unsinnige Antworten, und 11 zeigten sich ohne jedes Verständnis für die Aufgabe. Die feinere Verwertung der Tastempfindungen zur Erkennung von Gegenständen, zur Unterscheidung von Oberflächeneigenschaften wird vielfach nur spät und unvollkommen erlernt. Die Schmerzempfindlichkeit scheint nicht selten etwas herabgesetzt zu sein. Manche blödsinnige Kranken fügen sich durch Zupfen, Beißen, Schlagen andauernd Verletzungen zu, ohne entsprechende Schmerzäußerungen.

Daß die Lage- und Innervationsempfindungen bei unseren Kranken vielfach unvollkommen entwickelt sind, darf man wohl mit Wahrscheinlichkeit aus der Ungeschicklichkeit und Plumpheit ihrer Bewegungen schließen. Selbstverständlich spielen dabei auch Mängel der Bewegungswerkzeuge selbst eine wichtige Rolle, aber es liegt doch auf der Hand, daß deren gewandte Beherrschung durchaus abhängig ist von der Mannigfaltigkeit und Klarheit der Empfindungen, die in jedem Augenblicke von den in jenen sich abspielenden Vorgängen Nachricht geben. Die Schätzung von Gewichten und Bewegungsgrößen ist daher oft unzulänglich. Andererseits bleiben wieder gewisse, aus der Verwertung früherer Erfahrungen entspringende Täuschungen aus, denen uns das Zusammenarbeiten verschiedener Sinne zur Lösung von Schätzungsaufgaben aussetzt. Demoor hat darauf aufmerksam gemacht, daß Schwachsinnige von zwei gleichen, aber verschieden umfangreichen Gewichten das größere für schwerer halten, Vollsinnige das kleinere. Der Grund für diesen Unterschied liegt darin, daß die letzteren an die Hebung des kleineren Gewichtes unwillkürlich mit einer schwächeren Innervationsanstrengung herangehen; dadurch erscheint es gegenüber dem größeren, von vornherein zu stärkerer Kraftanspannung herausfordernden Gewichte schwerer. Der Schwachsinnige unterliegt nur der durch die verschiedene Größe bedingten Täuschung, während die verschiedenartige Einstellung des Bewegungsantriebes anscheinend unterbleibt und jedenfalls sein Urteil nicht weiter beeinflußt. Claparède fand

das von Demoor gekennzeichnete Verhalten bei 97 einfach zurückgebliebenen Schülern in 1%, bei 37 leicht Schwachsinnigen in 8%, bei 26 deutlich Schwachsinnigen in 65% der Fälle.

Das Gedächtnis[1]) unserer Kranken bietet regelmäßig erhebliche Störungen dar. Die schwerfällig oder flüchtig, ohne innere Anteilnahme erfaßten Eindrücke finden nur spärliche Anknüpfung an bereitliegende frühere Erfahrungen und werden daher bald wieder vergessen, wenn sie nicht in unmittelbarster Beziehung zum eigenen Wohl und Wehe stehen. Man kann bei blödsinnigen Kindern nicht selten beobachten, daß sie sich unter jämmerlichem Weinen immer von neuem stechen lassen, ohne zu lernen, daß die Annäherung der Nadel eine Bedrohung bedeutet. Dazu kommt, daß die Erinnerungen wegen ihrer Unklarheit und Verschwommenheit in besonderem Grade der Gefahr der Verfälschung ausgesetzt sind und daher in der Regel nur ein äußerst unzuverlässiges Abbild der Wirklichkeit darstellen.

Schon Galton hat versucht, bei Idioten für das Haften von Eindrücken ein Maß in der Zahl von Buchstaben zu gewinnen, die nach einmaligem, langsamem Vorsagen fehlerfrei wiedergegeben werden können. Er fand, daß selbst besser begabte und zu außergewöhnlichen Gedächtnisleistungen befähigte Idioten nur etwa 3—4 Buchstaben richtig wiederholen konnten, während gesunde, gleichaltrige Kinder ohne Schwierigkeit sogar 7—8 Buchstaben nachzusprechen vermochten. Ähnliche Versuche wurden von Johnson an 72 Kranken angestellt; dabei ergab sich, daß 70 Kinder nur drei, 66 nur vier, 51 nur bis zu fünf, 27 bis zu sechs, 14 bis zu sieben und 4 bis zu acht Zahlen richtig wiederholen konnten. Meist, aber nicht immer, entsprach diese Leistung der allgemeinen Höhe der geistigen Ausbildung. Ranschburg, der die Merkfähigkeit von Schwachsinnigen mit dem von ihm ausgebildeten Verfahren untersuchte, gibt an, daß ihre aus eigenem Antriebe gemachten Angaben halb so umfangreich, aber mehr als doppelt so unzuverlässig waren wie diejenigen gleichaltriger Gesunder. Beim Ausfragen erhielt man von ihnen zwar regelmäßig Antworten, aber diese waren in 40% falsch. Ihre starke Beeinflußbarkeit zeigte sich darin, daß sie auf Suggestivfragen in 57,4% der Fälle fehlerhafte, in 8,4% unbestimmte Aussagen mach-

[1]) Ranschburg, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns II, 428; Lobsien, Kinderfehler VIII, 157.

ten, gegenüber den entsprechenden Werten von 25% und 16% bei Gesunden. Die größere Unsicherheit der Gesunden ist ein Zeichen für deren vorsichtige Selbstkritik, die den Schwachsinnigen abgeht. Über ähnliche Erfahrungen berichten Pear und Wyatt Stanley, die einen erlebten Vorgang von Schulkindern zuerst nach $19^1/_2$ Stunden, dann nach 7 Wochen wiedergeben ließen. Bei den abnormen, zum größten Teile wohl leicht schwachsinnigen Kindern war die Hälfte der Angaben falsch gegenüber $^1/_3$ bei den Gesunden; zudem waren die Erzählungen unzusammenhängender und lückenhafter. Müller hat „die Ökonomie des Lernens" bei Schwachsinnigen untersucht, indem er Reihen sinnloser Silben bald durch schrittweises Einprägen kleinerer Teilstücke, bald durch jeweiliges Wiederholen einer ganzen Reihe auswendig lernen ließ. Im Gegensatz zu den Erfahrungen bei Gesunden erwies sich das erstere Verfahren als fruchtbarer, offenbar deswegen, weil den Kranken die Fähigkeit abgeht, eine längere Reihe einheitlich zu überblicken und sich anzueignen.

Eine vergleichende Untersuchung über die Merkfähigkeit gesunder und schwachsinniger, 10—12jähriger Kinder hat auch Lobsien durchgeführt. Als Reize benutzte er das Vorzeigen von Gegenständen, die Erzeugung von Geräuschen, das Zurufen von Zahlen, ferner von Wörtern, die je nachdem Gesichtsbilder, Gehörsvorstellungen, Tastempfindungen oder Gemütsbewegungen anregen sollten, endlich ganz unverständlich waren. Der Prozentsatz der richtigen Wiederholungen war für die einzelnen Reizarten folgender:

	Gegenst.	Geräusche	Zahlen	Gesichtsb.	Gehörsempf. anregend	Tastempf.	Gemütsbew.	Unverst.
Gesunde . .	87	54	64	61	59	61	51	11
Schwachsinnige	71	43	26	39	24	35	31	8

Die geringere Leistungsfähigkeit der Schwachsinnigen zeigt sich hier überall. Sie tritt am wenigsten bei der Einprägung sachlicher Wahrnehmungen hervor, weit stärker bei der Wiederholung von Wörtern. Hier sind die Ergebnisse verhältnismäßig am schlechtesten bei den Zahlen, denen die Schwachsinnigen ziemlich verständnislos gegenüberzustehen pflegen, besser dagegen bei den Gemütsbewegungen und Gesichtsbilder anregenden Reizen, die anscheinend bei ihnen stärkeren Widerhall finden. Bemerkenswerterweise verwischt sich der Unterschied beider Gruppen fast ganz bei den unverständ-

lichen Wörtern, die auch bei den Gesunden keinerlei erleichternde Anknüpfungen zu wecken vermögen.

Gegenüber diesen, bei der überwiegenden Mehrzahl der Kranken bald stärker, bald schwächer hervortretenden Mängeln des Gedächtnisses sind andererseits eine Anzahl von Fällen bekannt, in denen ganz außerordentliche Gedächtnisleistungen[1]) beobachtet wurden, allerdings immer nur auf engumgrenzten Gebieten und ohne vernünftige Verwertung. Manche Idioten haben ein sehr gutes musikalisches Gedächtnis; namentlich aber ist die Fähigkeit, sich Zahlen, Namen, Daten einzuprägen, hie und da in erstaunlicher Weise bei Menschen entwickelt, die sonst eine sehr geringe Verstandesbegabung darbieten oder sogar ausgesprochen blödsinnig sind. Forbes Winslow sah einen Kranken, der aus den letzten 35 Jahren die Begräbnistage aller in seiner Umgebung Verstorbenen, deren Namen und Alter wie die Namen der Leidtragenden anzugeben wußte; v. d. Kolk und Jansens berichten über einen hochgradig schwachsinnigen Menschen, der Vor- und Zunamen, Lebensalter und Geburtstage aller Mitkranken und Beamten in der Anstalt kannte und den Wochentag für jedes Kalenderdatum im laufenden, vergangenen und kommenden Jahre sofort anzugeben vermochte. Letzteres konnte auch ein von mir beobachteter Kranker. Einen ähnlichen Fall beobachtete Witzmann; der Kranke war imstande, sofort für die Jahre 1000—2000 den Wochentag jedes Datums, ferner auch die Lage der wandernden Festtage anzugeben. Andere haben sich die Heiligennamen für jeden Kalendertag eingeprägt, Geschichtszahlen, geographische Daten, oder sie vermögen unverstandene, selbst fremdsprachige Lesestücke, lange Zahlenreihen überraschend schnell wortgetreu wiederzugeben. Manche verstehen es, mit Hilfe ihres ungewöhnlichen Gedächtnisses die verblüffendsten Rechenkunststücke auszuführen, rasch die Minutenzahl eines bestimmten Zeitraumes auszurechnen. So beschrieb Witzel ein allerdings erst nach Typhus schwachsinnig gewordenes Mädchen, das Multiplikationen und Divisionen mit größter Sicherheit und Geschwindigkeit auszuführen vermochte. Zum Teil pflegen sich derartige Fähigkeiten auf einen reichen Schatz fertig eingeprägter Rechenergebnisse, zum Teil auf ein ausgezeichnetes Gedächtnis für die Gesichtsbilder oder

[1]) Berkhan, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns V, 25.

die sprachlichen Bewegungsbilder von Zahlen zu stützen; daneben werden dann meist auch noch diese oder jene Kunstgriffe verwertet.

Die Folgen der Gedächtnismängel für die gesamte geistige Entwicklung der Kranken treten überall in ihrer Unfähigkeit hervor, Erfahrungen zu sammeln und sich Kenntnisse anzueignen. Sie lernen nur sehr langsam, unvollkommen oder gar nicht lesen und rechnen, bleiben in allem Schulwissen zurück und vergessen das wenige, was sie sich einprägen konnten, sehr rasch wieder. Ihre Übungsfähigkeit ist gering; nur durch unendliche Wiederholungen gelingt es, ihnen allmählich eine gewisse Summe festsitzender Vorstellungen zu übermitteln, wenn nicht die Flüchtigkeit ihrer Aufmerksamkeit auch das verhindert. Die Lebensereignisse hinterlassen in ihnen nur schwache Spuren und üben auf sie keinen umwandelnden, erziehenden Einfluß, da sie nur oberflächlich erfaßt werden und nicht dauernder geistiger Besitz werden. Dabei können unwesentliche Einzelheiten leidlich haften, während bedeutungsvolle Grundtatsachen völlig verloren gehen. Die Wiedergabe der eigenen Erlebnisse bleibt unsicher und lückenhaft und wird durch Auslassungen, Verwechslungen, erfundene Zutaten verfälscht. Zeugenaussagen Schwachsinniger sind daher meist unverwertbar, auch wenn absichtliche Unwahrhaftigkeit ausgeschlossen erscheint. Ähnlich wie bei Kindern begünstigt aber die Unbestimmtheit der eigenen Erinnerungen die Neigung, der Einbildungskraft die Zügel schießen zu lassen; manche Schwachsinnige zeigen einen ausgesprochenen Hang zum Lügen.

Der Schatz von Vorstellungen, den die Kranken ansammeln, bleibt unter diesen Umständen ärmlich und minderwertig. Da die Erfahrungen nur sehr unvollkommen haften, geht ihnen alles rasch wieder verloren, was nicht fortwährend aufgefrischt wird. Auch wenn die Kranken mit den Eindrücken und Vorgängen ihrer täglichen Umgebung nach und nach einigermaßen vertraut werden, fehlt ihnen doch die Fähigkeit, ihren Gesichtskreis über die nächstliegenden Gebiete hinaus zu erweitern. An mehr abseits liegenden, ungewöhnlicheren Vorkommnissen gehen sie verständnislos vorüber und vermögen sie nicht zur Bereicherung ihrer Kenntnisse zu verwerten. Ihre Gedankengänge bewegen sich daher in engen, einförmigen Bahnen; sie verfügen nur über diejenigen Vorstellungen, die in unmittelbarem Zusammenhange mit ihrer gewohnten Umgebung, mit

ihrem Wohl und Wehe, ihren wichtigsten Bedürfnissen stehen. Sie kennen etwa ihre Familienmitglieder und Nachbarn, die täglichen Speisen, die gebräuchlichsten Geräte, die Haustiere, wissen vielleicht auch, wieviel sie für Essen und Kleidung zu zahlen haben, zu welchen Jahreszeiten die ihnen geläufigen landwirtschaftlichen Arbeiten ausgeführt werden müssen. Dagegen vermögen sie oft nicht die Reihe der Wochentage und Monate anzugeben, haben keine Ahnung vom Landesfürsten und der Hauptstadt, von Flüssen und Gebirgen oder gar von Erdteilen und Himmelsrichtungen, unterscheiden die Münzen nur nach der Größe, kennen die Farben der Briefmarken nicht, besitzen durchaus keine geschichtlichen Vorstellungen. Um solche Dinge hätten sie sich niemals bekümmert, meinen sie wohl; davon brauchten sie nichts zu wissen.

Ein grundlegendes Hindernis für die höhere geistige Entwicklung ist bei unseren Kranken die ungenügende Ausbildung von Allgemeinvorstellungen und Begriffen. Die Einzelerfahrungen behalten in der Hauptsache das Gepräge sinnlicher Erinnerungsbilder, ohne zu umfassenderen Gesamtvorstellungen zu verschmelzen. Die Kranken sind einerseits nicht imstande, die übereinstimmenden Züge in verschiedenartigen Eindrücken herauszufinden und zur Gewinnung eines übergeordneten Begriffes zu verwerten. Andererseits schälen sich ihnen aus den Einzelbeobachtungen die wesentlichen und kennzeichnenden Merkmale nicht scharf heraus, so daß ganz auseinanderweichende Vorstellungen ohne weiteres miteinander zusammengeworfen werden. So ergibt sich Verschwommenheit der Begriffsbildung und Unfähigkeit zur Erreichung eines allgemeineren Lebens- und Weltverständnisses. Gerade diese Mängel erschweren in besonderem Maße die Angliederung neuer Erfahrungen. Frische Eindrücke finden keine bereitliegenden Allgemeinvorstellungen vor, denen sie sich als willkommene Bereicherung einordnen könnten; sie heben sich aber auch nicht durch scharf erfaßte Unterscheidungsmerkmale als neuer Erwerb von den früheren Erfahrungen ab, sondern sie haben nur die Wirkung, deren Umrisse zu verwischen. Die Kranken besitzen oft nicht einmal die Begriffe des Körperteils, des Kleidungsstücks, des Nahrungsmittels, der Jahreszeit, auch wenn sie deren einzelne Teilvorstellungen ohne Schwierigkeit aufzählen können. Sie vermögen sich über die Unterschiede zwischen Vogel und Schmetterling, Pferd und Kuh, Baum und Strauch

keine Rechenschaft zu geben, obgleich ihnen die Dinge selbst wohlbekannt sind.

Naturgemäß bleiben vielfach auch jene Allgemeinvorstellungen unentwickelt, die uns die übersichtliche Ordnung unserer Erfahrungen ermöglichen, das Gerüst der Zeit-, Wert- und Größenverhältnisse, die Zahlenbegriffe. Die Lebensereignisse fügen sich für die Kranken nicht in eine zusammenhängende Kette gleichmäßig verlaufender Zeitabstände ein, durch die ihre Folge festgelegt wird; sie vermögen sich daher auch keine Rechenschaft über die Zeitrechnung, Jahreszeiten, Monate, Wochen, ja Tagesstunden und deren Verknüpfung mit den eigenen Erlebnissen zu geben, gewinnen keinen Überblick über ihren Ablauf, können sie sich nicht in der richtigen Ordnung vergegenwärtigen. Auch die räumlichen Größenbeziehungen bleiben ihnen vielfach unklar, weil es ihnen unmöglich ist, zur Bildung allgemeiner Maßstäbe zu gelangen; sie begehen daher bei Schätzungsversuchen die gröbsten Fehler. Die Bewertung des Geldes geht oft nicht über die kleinsten Münzsorten hinaus und vermag nicht die Schwierigkeit zu überwinden, daß den einzelnen Stücken ein sehr verschiedener Wert zukommt; die Kranken zählen vielmehr Stück für Stück ohne Rücksicht auf Größe, Gepräge und Metallart zusammen.

Sehr häufig ist endlich mangelhaftes Verständnis für die Zahlenbegriffe. Auch wenn die Bezeichnungen leicht erlernt werden, kann deren Beziehung auf eine Kette gleichartiger Einheiten gänzlich fehlen oder doch verkümmert bleiben. Das zeigt sich zunächst in der Unfähigkeit, zu zählen, gegebene Einheiten fortlaufend mit den Gliedern der Zahlenreihe zu verknüpfen. Die Kranken belegen eine Einheit mit mehreren Zahlen, übergehen andere, zählen nach Abschluß der Reihe ruhig weiter oder hören vorher auf. Sobald sie verhindert werden, die gezählten Gegenstände mit den Fingern zu berühren oder doch an diesen abzuzählen, versagen sie dann ganz und irren hilflos mit den Augen über die Reihe, ohne die Verbindung mit der Zahlenfolge herstellen zu können. Da sie mit den Augen allein nicht zu zählen vermögen, können sie oft auch die Uhr nicht ablesen. Noch größere Schwierigkeiten kann das Rechnen machen, das vielen Kranken nicht über die einfachsten Anfänge hinaus gelingt. Der Angabe, daß die Rechenleistungen unvollkommen waren, begegnen wir in der Vorgeschichte Schwachsinniger häufig genug

auch dort, wo auf anderen Gebieten noch leidliche Fähigkeiten vorhanden sind. Allgemein läßt sich sagen, daß unsere Kranken außerstande sind, ein richtiges Augenmaß für die Beziehungen der Dinge zueinander zu gewinnen. Selbst wenn das Einzelne für sich noch ziemlich gut aufgefaßt wird, fehlen doch die allgemeinen Maßstäbe, die ihm seinen Platz in der Welt der Erfahrungen anweisen.

Der Gedankengang der Kranken ist, wie schon Buccola durch Messungen nachgewiesen hat, im allgemeinen verlangsamt. Ranschburg, der die Rechengeschwindigkeit bei Hilfsschülern untersuchte, fand die Dauer einer Addition ungefähr doppelt so groß wie bei gleichaltrigen vollsinnigen Schülern. Wehrlin berichtet, daß die Assoziationszeiten seiner Kranken durchschnittlich 3,0—3,7 Sek. betrugen gegen 1,8—2,3 Sek. bei ungebildeten Gesunden. Auch immer wiederholtes Anfeuern hat, wie Binet beobachtete, nur geringen beschleunigenden Erfolg. Derselbe Forscher weist ferner darauf hin, daß den Kranken die Fähigkeit abgeht, ihren Gedankengang auf ein bestimmtes Ziel einzustellen, sich neuen Anregungen anzupassen oder ihnen zu widerstehen, wo es nötig ist. Ihre geistige Regsamkeit ist gering; ihnen fällt nichts ein. Schon in den Spielen der Kinder, die sonst auch den unscheinbarsten Gegenstand durch ihre Einbildungskraft zu beleben wissen und in kühnen Erdichtungen schwelgen, pflegt die Ärmlichkeit der Erfindung hervorzutreten. Auch späterhin bewegt sich der Vorstellungsverlauf in einförmigen, ausgefahrenen Bahnen. Das tritt zunächst bei dem von Binet[1]) geübten Verfahren hervor, die Kranken 3 Minuten lang so viele Wörter wie möglich vorbringen zu lassen. Wenn gesunde Kinder es durchschnittlich auf etwa 100 verschiedene Wörter bringen, zeigt sich die Gedankenarmut der Kranken in einem Sinken dieser Zahl bis auf $^1/_4$ und noch weniger; dabei werden vielfach noch die gleichen Wörter wiederholt. Während Gesunde Reihen verwandter Vorstellungen aneinanderzuknüpfen pflegen, erfolgt die Anregung bei Schwachsinnigen mehr durch äußere Eindrücke; sie zählen die Gegenstände auf, die ihr Blick trifft. Abstrakte Begriffe pflegen zu fehlen.

Sehr lehrreiche Einblicke in die Gedankengänge der Schwachsinnigen verdanken wir den Assoziationsversuchen[2]), wie sie eine

[1]) Binet-Simon, L'année psychologique XV, 1.

[2]) Wreschner, Allg. Zeitschr. f. Psych. LVII, 241; Wizel, Arch. f. Psych. XXXVIII, 122; Nathan, Sommers Klinik IV, 320; Wehrlin, Journ. f. Psychol. u. Neurol. IV, 109; Wimmer, Monatsschr. f. Psych. XXXV, 169.

Reihe von Forschern, Wreschner, Sommer, Nathan, Wehrlin, Wimmer, Gött, Binet, durchgeführt haben. Das allgemeine Ergebnis ist außer einer mehr oder weniger stark ausgesprochenen Verlangsamung der Vorstellungsverbindungen eine große Armut und Dürftigkeit ihres Inhalts. Vielfach fehlt den Kranken überhaupt das Verständnis für die gestellte Aufgabe; sie versagen gänzlich, wiederholen einfach das gegebene oder ein früheres Reizwort, oder sie bringen jeweils Worte vor, die zwar untereinander, bisweilen auch mit zufälligen äußeren Eindrücken, aber nicht mit den Reizworten in Beziehung stehen. Auch bei den wirklichen Assoziationen zeigt sich, daß etwas entlegenere Ausdrücke nicht verstanden und darum falsch beantwortet werden. Unverhältnismäßig stark pflegt der Einfluß des Wortklanges hervorzutreten, sei es in wirklichen Klangassoziationen, sei es in sprachlichen Abwandlungen des Reizwortes, Plural-, Verbal- und Komparativbildungen, Anhängung von Verkleinerungssilben, Übersetzung in Dialektausdrücke, Wortergänzungen. Außerdem aber finden sich vielfach mehr schulmäßige Antworten, die Neigung zu ganz allgemeinen Unterordnungen, Erklärungen, Zweckbestimmungen, in deren Fassung sich die Ungewandtheit im Denken wie im sprachlichen Ausdrucke deutlich kundzugeben pflegt; sie nehmen gern Satzform an. Wehrlin führt als Beispiele die Antworten an: Singen — besteht aus Noten und Gesangbüchern, Kirschen — Gartensache, Vater — Mitglied neben der Mutter. Im Gegensatze zu der durch die rasche Sprachbereitschaft bedingten unpersönlichen Färbung der Assoziationen bei Gesunden fällt weiterhin die häufige Beziehung auf eigene Erlebnisse und Zustände sowie die Anknüpfung von Bemerkungen auf. Die Gedankenarmut zeigt sich darin, daß häufig dieselben, meist sehr allgemein gehaltenen Assoziationen bei verschiedenen Reizwörtern wiederkehren. Auf die Schwerbeweglichkeit des Denkens ist endlich wohl die Erfahrung zu beziehen, daß die einmal auftauchende Form der Assoziationen sich oft längere Zeit hindurch in gleichförmiger Weise wiederholt, das Vorbringen von Eigenschaften, Tätigkeiten, Sätzen mit der Erklärung: „ist, wenn". Wreschner konnte feststellen, daß die Fixierung der Assoziationen durch Wiederholung des Versuches, die bei Gesunden sehr stark zu sein pflegt, bei der von ihm untersuchten Idiotin kaum bemerkbar war; immerhin ließ sich eine Besserung der Ergebnisse durch die Übung in einer Verkür-

zung der Zeiten und in einer Abnahme der lautlichen Assoziationen zugunsten der inhaltlichen erkennen.

Noch durch eine Reihe von weiteren Versuchen läßt sich die geistige Schwerfälligkeit unserer Kranken, ihre unvollkommene Herrschaft über ihren Vorstellungsschatz dartun. Sehr gewöhnlich zeigt sich, daß sie die größten Schwierigkeiten haben, Vorstellungsreihen, die sie sich fest eingeprägt haben, in ungewohnter Reihenfolge wiederzugeben, die Monatsnamen, Wochentage, die Zahlen, das Alphabet rückwärts anzuführen. Bei dem bekannten Masselonschen Versuche, aus mehreren gegebenen Worten einen Satz zu bilden, verstehen sie vielleicht nicht einmal die Aufgabe, oder sie liefern ganz sinnlose Erzeugnisse. Noch weniger pflegt es ihnen zu gelingen, bei der Ebbinghausschen Probe die ausgelassenen Wörter oder Silben richtig zu ergänzen. Binet weist darauf hin, daß unseren Kranken auch die Zusammensetzung einer zerschnittenen Karte aus den einzelnen Stücken schwerfällt; sie legen die Stücke teilweise übereinander, lassen Lücken zwischen ihnen, fahren aus den vorgeschriebenen Umrissen des Ganzen heraus. Ihnen schwebt nicht, wie dem Vollsinnigen, das Bild des erstrebten Ziels deutlich vor Augen, das die angeführten Abweichungen von vornherein ausschließt; vielmehr überlassen sie sich mehr oder weniger dem Zufall, der ihnen die richtige Lösung in die Hände spielt oder sie entgleisen läßt, bis sie entmutigt die Bemühungen aufgeben. Besondere Schwierigkeiten bereitet den Kranken, wie schon angedeutet, in der Regel die Erlernung der Rechenverfahren, soweit sie nicht einfach auswendig gelernt werden können. Revesz gibt an, daß sich Schwachbegabte am schnellsten und besten das Multiplizieren aneignen, weit schwerer das Addieren und dann das Subtrahieren, während das Dividieren an sie bei weitem die größten Anforderungen stellt.

Je höher die geistigen Leistungen, desto unerreichbarer sind sie unseren Kranken. Ihre Unfähigkeit tritt daher, auch wo Auffassung und Gedächtnis noch leidlich arbeiten, unfehlbar im Urteilen und Schließen zutage. Das Vergleichen, die Auffindung von Ähnlichkeiten und Unterschieden ist ihnen bisweilen selbst in den einfachsten Formen unmöglich. Bei den von Binet angegebenen Proben, von zwei verschieden langen Linien die größere zu bezeichnen oder gleichartige Kästchen von verschiedenem Gewichte nach

ihrer Schwere zu ordnen, begreifen sie vielleicht zunächst den Sinn der Aufgabe gar nicht, geben ihr Urteil ganz planlos oder nach irgendeinem unsachlichen Merkmal ab. Sollen sie Vorstellungsinhalte miteinander vergleichen, einen Baum und einen Strauch, einen Vogel und einen Schmetterling, so haften sie an nebensächlichen (groß — klein) oder zufälligen (bunt — grau) Einzelheiten, ohne das Wesentliche zu erfassen, eine Folge ihrer unzulänglichen und verschwommenen Begriffsbildung. In gleicher Weise erklärt sich die Unfähigkeit, den Inhalt namentlich abstrakter Vorstellungen zu definieren, zu sagen, was Undankbarkeit, Tugend, Neid, Sparsamkeit ist. Im besten Falle werden hier Beispiele oder Werturteile gegeben; freilich wird die Aufgabe auch von ungeschulten Gesunden oft nur mangelhaft gelöst.

Die Lehre einer Fabel vermögen die Kranken nicht aus der einkleidenden Umhüllung herauszuschälen; witziger Doppelsinn, die Bedeutung der Ironie bleibt ihnen vielfach unverständlich. Ihren eigenen wie fremden Leistungen stehen sie in der Regel ganz kritiklos gegenüber. Sie bemerken die gröbsten Fehler und Entgleisungen nicht, sind leichtgläubig, lassen sich ohne weiteres die unsinnigsten Dinge vormachen, stolpern nicht über Widersprüche und Unmöglichkeiten. Binet berichtet, daß er einigen seiner Kranken einreden konnte, ein Hund springe auf den Stuhl neben ihnen; sie griffen nach ihm und suchten ihn zu streicheln. Ein Kranker führte nach Binets Anleitung eine ganze Szene mit einem aus der Luft gegriffenen „General" auf, begrüßte ihn, erzählte ihm von seinen Angelegenheiten. Allerdings handelte es sich dabei, wie Binet bemerkt, wohl nicht um suggerierte Wahrnehmungen, sondern lediglich um ein willenloses Eingehen der Kranken auf die ihnen aufgedrungene Komödie.

Den Kranken fehlt ferner der Überblick über ihre eigene Lage und deren Bedingtheit durch die Lebensereignisse; Vergangenheit und Gegenwart werden von ihnen nicht geistig verarbeitet. Darum reichen auch ihre Gedanken nicht über die allernächste Zukunft hinaus. Sie sind kurzsichtig für die ferneren Folgen der jetzigen Ereignisse, namentlich ihrer eigenen Handlungen, denken und sorgen nicht voraus, sondern leben für den Augenblick. Ihr Gesichtskreis beschränkt sich auf die unmittelbare Umgebung, das Alltägliche, Nächstliegende. Sie gewinnen kein Bild von ihrer Stellung in der großen Gemeinschaft, keine Weltanschauung.

Endlich aber geht ihnen die Fähigkeit zu künstlerischer Betätigung und zu schöpferischer Geistesarbeit überhaupt ab, deren Quellen ja ebenfalls in der freien, selbständigen Verwertung reicher Erfahrungsschätze liegen. Ihre flügellahme Einbildungskraft gestattet ihnen nicht, die ärmlichen Bestandteile ihres Vorstellungsschatzes in immer wechselnde Verbindungen miteinander zu bringen. Vielleicht hängt damit die von Weygandt betonte Seltenheit des Träumens bei unseren Kranken zusammen. Auch wenn es ihnen gelungen ist, sich durch fleißiges Erlernen eine gewisse Summe von Kenntnissen und Fertigkeiten anzueignen, vermögen sie doch in der Hauptsache nur, das Erlernte immer wieder in gleicher Weise anzuwenden. Sobald sich die Bedingungen ändern, sind sie nicht imstande, sich ihnen anzupassen, durch Abwandlungen und auf Umwegen das erstrebte Ziel zu erreichen. Noch weniger aber sind sie fähig, neue Wege aufzufinden und Gebiete zu betreten, in die sie nicht von anderer Hand eingeführt werden.

Die Schulleistungen der Kranken sind, soweit davon überhaupt die Rede sein kann, naturgemäß sehr geringe. Vielfach fehlt ihnen jeglicher Lerntrieb. Schlesinger bezeichnet unter 286 Schwachbegabten 27% als faul, 4,5% als sehr faul und nur 15% als fleißig. Auch der Ehrgeiz, der Wettbewerb mit den Kameraden, pflegt auf sie keine besonders anfeuernde Wirkung auszuüben. Dazu kommen dann noch Schwierigkeiten in einzelnen Fächern. Schlesinger[1]) gibt an, daß von den Hilfsschülern 9% im Schreiben, 18% im Lesen und 24% im Rechnen zurückblieben; bei 20% war die Gedächtnisschwäche, bei 23% die Unfähigkeit, aufzupassen, bemerkenswert.

Nur in scheinbarem Widerspruche mit dieser Kennzeichnung steht die hie und da berichtete Erfahrung, daß einzelne Schwachsinnige sich durch Leistungen ausgezeichnet haben, die über das Durchschnittsmaß hervorragten. Zunächst sind hier die obenerwähnten Gedächtnis- und Rechenkünstler zu nennen. Binet stellte fest, daß große Rechner und Schachspieler sonst unwissend und ohne Interessen sein können. Andere Kranke haben Sinn für Musik, fertigen hübsche technische Spielereien, Schiffsmodelle an, oder sie liefern saubere, allerdings sich meist einförmig wiederholende Zeichnungen. Einer meiner Kranken, der sonst sehr unbeholfen war,

[1]) Schlesinger, Zeitschr. f. d. ges. Psychiatrie u. Neurol. XV, 564.

schnitt recht geschickt mit der Schere aus und sah gern Bilder von Bauten und Maschinen. Der unter dem Namen des „Katzenraphaels" bekannte Maler Gottfried Mind war geistig zurückgeblieben. Es liegt auf der Hand, daß wir es bei allen derartigen Fertigkeiten mit ganz umschriebenen Begabungen zu tun haben, die mit tiefgreifenden Mängeln auf anderen Gebieten sehr wohl verträglich sind.

Das Gemütsleben der Kranken zeigt ganz allgemein eine geringere Ansprechbarkeit. Wie ihnen die Lebensereignisse keine weiter reichenden geistigen Anregungen bieten, so erwecken sie auch keinen lebhafteren gemütlichen Widerhall. Zwar können die Kranken unmittelbare Freuden und Leiden, sinnliche Genüsse, Unbehagen, Schmerzen, Hunger, stark genug empfinden und ihre innere Erregung in kräftigen Ausdrucksbewegungen äußern, ja die plötzliche, ungehemmte Heftigkeit ihrer Gefühlsausbrüche kann sogar sehr auffallende Formen annehmen. Ihnen fehlt aber jede Nachhaltigkeit; aus geringfügigem Anlaß kann Fröhlichkeit und klägliches Weinen rasch miteinander abwechseln. Das mangelnde Verständnis für drohende Gefahren kann eine naive Furchtlosigkeit bedingen, die keine Scheu vor Fremdem kennt und durch Drohungen nicht erschüttert wird, bis die Erfahrung, manchmal erst nach vielfacher Wiederholung, ihren warnenden Einfluß ausgeübt hat. Das Lampenfieber, die Schüchternheit in ungewohnter Umgebung, die Befangenheit im Verkehr mit hochgestellten Personen fehlt ihnen öfters gänzlich, weil die Gedankenreihen ausbleiben, die den Gesunden in solchen Lagen beunruhigen.

In besonderem Maße kennzeichnend ist aber die Verkümmerung derjenigen gemütlichen Regungen, die den höheren, allgemeineren Richtungen menschlichen Strebens entsprechen. Wenn auch oft eine gewisse kindlich zutunliche Anhänglichkeit an Personen der nächsten Umgebung, auch an Tiere, zu beobachten ist, bleibt doch das allgemeine Mitleid mit fremdem Unglück, die Dankbarkeit, das Gefühl des inneren Zusammenhanges mit dem eigenen Volke, mit dem Vaterlande unentwickelt. Die feineren Anforderungen der Sittlichkeit, künstlerische Bestrebungen, die Freuden der Gedankenarbeit lassen den Kranken kalt, zum Teil schon deswegen, weil sie ihm unverständlich sind. Die Regungen der Ehrliebe, des Pflichtgefühls, der Scham, der Reue, der Ehrfurcht, der Begeisterung, der Wahrheitsliebe,

des Wissensdranges finden bei ihm keinen oder doch nur kümmerlichen Boden. So erscheint der Kreis seiner Gemütsbeziehungen eingeengt auf das Gebiet der nächstliegenden, selbstsüchtigen Interessen, vor allem die Befriedigung seiner persönlichen Bedürfnisse. Sein körperliches Wohl und Wehe, das alltägliche Tun und Treiben, das Essen und Trinken, der Besitz begehrenswert erscheinender Dinge bilden dauernd den Mittelpunkt seiner Wünsche und Befürchtungen. Was nicht augenfällig daran anknüpft, ist für ihn gleichgültig und geht spurlos an ihm vorüber. Nicht selten fehlen ihm sogar die natürlichsten Gefühlsbeziehungen zu den nächsten Angehörigen. Bei einer Trennung von ihnen empfindet er kein Heimweh; ihr Wohlergehen weckt vielleicht nur seinen Neid, und das oberflächliche Bedauern über den Verlust etwa der Eltern wird schon durch den Pomp des Leichenbegängnisses und die Freude über die neuen Trauerkleider rasch ausgelöscht. Der Mangel des Mitgefühls läßt die Kranken öfters grausam und roh erscheinen. Sie können sich über fremdes Leid belustigen, begehen gefühllos Tierquälereien und selbst schwere Verbrechen aus geringfügigen Beweggründen. So versuchte einer meiner Kranken am hellen Tage, seine alte, aufopfernd für ihn sorgende Mutter mit dem Holzbeile zu erschlagen, um in den Besitz ihres Sparkassenbuches zu gelangen.

Die Stimmung der Kranken ist meist gleichmütig, teilnahmlos, bisweilen, namentlich bei Versetzung in eine fremde Umgebung, scheu und ängstlich. Manche fühlen sich durch ihre Unzulänglichkeit bedrückt, schämen sich ihrer Sprachgebrechen oder ihrer Ungeschicklichkeit. Andere dagegen zeigen eine unverwüstliche, leere, kindische Heiterkeit. Sie empfinden den Abstand von ihrer Umgebung, für dessen Größe ihnen jede Schätzung fehlt, nicht schwer, legen vielmehr eine naive Selbstzufriedenheit und plumpe Vertraulichkeit an den Tag. Dazwischen kann es gelegentlich zu maßlosen Gefühlsausbrüchen kommen, zu unbändigem Lachen, Angstanfällen, zorniger Gereiztheit oder kindischer Verzweiflung mit hysterischen Ausdrucksformen, Weinen, Schreien, Umsichschlagen. Meist lassen sich die Kranken leicht wieder beruhigen.

Ihre Gemütsart ist im allgemeinen harmlos, lenksam und guten, aber auch schlechten Einflüssen leicht zugänglich. Öfters sind sie auch launenhaft, eigensinnig, querköpfig, trotzig, ähnlich den Kindern. Von 369 schwachsinnigen Kindern des Kantons Appenzell

schildert Koller 69 als störrisch, 12 als bösartig, 2 als roh, 4 als jähzornig, 11 als lügnerisch und 4 als diebisch. Henneberg[1]), der eine größere Anzahl von Hilfsschülern untersuchte, bezeichnet 33,8% von ihnen als weinerlich, ängstlich, schüchtern, empfindlich, 15,7% als teilnahmslos, träumerisch, langsam, abgeschlossen, 12,6% als ernst, still, gutmütig, gesellig, verträglich, 18,7% als heiter, lebhaft, oberflächlich, spielerisch, schwatzhaft, endlich 19% als roh, heimtückisch, trotzig, reizbar, jähzornig. Mit der Verkümmerung des Verstandes können sich demnach allerlei psychopathische Eigentümlichkeiten des Gemütslebens verbinden. Nicht ohne Einfluß auf die gemütliche Entwicklung ist aber auch das Verhalten der Umgebung. Rohe, lieblose Behandlung kann die Kranken unter Umständen bösartig, tückisch und rachsüchtig machen. Da sie sich in der Regel nicht offen aufzulehnen wagen, nehmen sie ihre Zuflucht zu Handlungen, die keine besondere Tatkraft erfordern, heimlichem Schabernack, Abhauen von Obstbäumen, Mißhandeln von Kindern, namentlich aber zur Brandstiftung. Ein Kranker zündete zweimal im Anwesen seines trunksüchtigen Vaters an, weil dieser ihn geschimpft hatte. Auch schwere Gewalttaten kommen vor. Ein Kranker schoß auf seine Dienstherrin, als sie ihn wegen Unfähigkeit fortschickte.

Das Geschlechtsleben bleibt vielfach ganz unentwickelt, namentlich bei gleichzeitiger Verkümmerung seiner körperlichen Grundlagen. Da der Geisteszustand den Kranken die natürliche Befriedigung des Geschlechtstriebes erschwert, greifen sie nicht selten zur Onanie, auch zur Unzucht mit Tieren. Besonders häufig aber kommt es zu Angriffen auf Kinder, seltener zu täppischen Notzuchtsversuchen. Bei manchen tiefstehenden Idioten meldet sich der Geschlechtstrieb schon in den ersten Lebensjahren und führt zu rücksichtsloser Masturbation; man darf hier wohl daran erinnern, daß sich auch bei Tieren die geschlechtliche Entwicklung so früh vollzieht, während sie beim Menschen bis zur Reifung der seelischen Gesamtpersönlichkeit hintangehalten wird. Der geschlechtlichen Verführung pflegen die Schwachsinnigen widerstandslos zu unterliegen. Weibliche Kranke lassen sich wahllos vom ersten besten schwängern; eine meiner Kranken mußte in

[1]) Henneberg, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns VI, 59.

einer Anstalt untergebracht werden, weil sie bereits ach. uneheliche Kinder in die Welt gesetzt hatte, obgleich sie mit kindlicher Naivität versprach, das solle nun nicht wieder vorkommen. Bonhoeffer stellte fest, daß von 190 Prostituierten 6 idiotisch und 53 schwachsinnig waren.

Die Willensäußerungen der Kranken tragen vielfach noch das Gepräge des Triebhaften. Das auftauchende Begehren drängt auf dem nächsten Wege ohne weiteres nach Befriedigung; hemmende Zurückhaltung kommt daneben ebensowenig zur Geltung wie planvolle Vorbereitung. Tiefstehende Kranke ergreifen, was sie sehen, stecken es in den Mund, beißen daran herum, werfen es zu Boden, zerreißen und zerstören. Sie fahren mit den Fingern in das Essen, schlingen die dargereichte Nahrung gierig hinunter, lassen rücksichtslos unter sich gehen, schmieren. Aber auch bei höherer geistiger Ausbildung sind die Kranken ausgesprochene Augenblicksmenschen. Ihre Wünsche und Befürchtungen reichen nicht über die gerade gegebene Lebenslage hinaus; sie lassen sich von den nächstliegenden Beweggründen treiben ohne Rücksicht auf spätere Folgen und auf fernerliegende Ziele. Sie sind nicht imstande, auf dem Wege der Erfahrung jenes festgefügte Gerüst von Willensrichtungen zu erwerben, das uns zu stetiger Einhaltung bestimmter, vorgezeichneter Bahnen und zur Unterdrückung aller störenden Nebenantriebe befähigt. Dieser Mangel macht sie in der Regel auch widerstandslos gegen zufällige Einflüsse. Sie leben in den Tag hinein, tändeln, verbringen ihre Zeit mit Nichtigkeiten, betreiben jede Beschäftigung spielerisch, ohne Willensanspannung und ohne Nachhaltigkeit; sie mögen sich nicht anstrengen, haben keine Neigung zum Sport, zu freiwilliger Betätigung im Dienste anderer. Zugleich lassen sie sich durch Verführung, Beispiel, Zureden, Versprechungen, Drohungen leicht zu den unzweckmäßigsten Handlungen verleiten. Gelegentlich trifft man Andeutungen von Befehlsautomatie.

Mit der Entwicklungshemmung der höheren Willensleistungen steht anscheinend die sehr häufig beobachtete mangelhafte Beherrschung der Bewegungswerkzeuge in nahem Zusammenhange. Schon die einfachsten Muskelarbeiten, die aufrechte Haltung des Kopfes, die Bewahrung des Gleichgewichtes, das Sitzen, Stehen, Gehen, Greifen werden öfters verspätet und unvollkommen erlernt,

auch wenn sie nicht durch Lähmungen oder Spannungen behindert sind. Ley fand die dynamometrisch gemessene Kraft bei den Hilfsschülern beiderseitig geringer, als bei ihren vollwertigen Kameraden, wohl nicht allein wegen Schwäche der Muskeln, sondern auch wegen der Unfähigkeit, sich anzustrengen. Er konnte ferner feststellen, daß 50,5% Hilfsschüler spät laufen lernten. Ireland berichtet, daß bei 111 Idioten das Gehen durchschnittlich erst mit $2^1/_2$ Jahren und nur bei fünf schon im ersten Jahre begann. Die Bewegungen sind täppisch, plump oder fahrig, ungeschickt, unsicher; die feinere Abmessung des Kraftaufwandes und der Bewegungsgröße erscheint mangelhaft. Die starke, aber unzweckmäßig verausgabte Willensanstrengung kommt in allerlei Mitbewegungen, Verzerrungen des Gesichtes, Herumwälzen der Zunge, Anspannung entlegener Muskelmassen zum Ausdrucke.

Es bedarf oft mühsamer und zeitraubender, planmäßiger Übungen, bis die Kinder sich Fertigkeiten aneignen, die sich bei Gesunden nahezu von selbst einstellen, das Gehen auf einer Linie, das Aufsammeln von kleinen Gegenständen, das Festhalten, das Stoßen, Werfen, Hämmern, Schneiden, Stechen mit einer Nadel, das An- und Auskleiden, Knöpfen, Binden, Sichwaschen, Kämmen, späterhin alle jene kleinen Hantierungen in Haus und Hof, wie sie vom Spiele zur Arbeit überleiten. Auch das Kauen wird bisweilen langsam und unvollkommen erlernt; der Speichel wird öfters dauernd nicht zurückgehalten und geschluckt, sondern fließt aus dem Munde. Man wird sich wohl vorstellen dürfen, daß sich hier die kindliche Unfähigkeit zur Ausführung fein abgemessener Bewegungen mehr oder weniger lange erhält. Dupré spricht von einer „débilité motrice", die durch Erhöhung der Sehnenreflexe, Unfähigkeit zu willkürlicher Erschlaffung der Muskeln („Paratonie"), Änderung der Plantarreflexes (Dorsalflexion der großen Zehe mit Spreizung der übrigen Zehen), konstitutionelle Ungeschicklichkeit und Mitbewegungen gekennzeichnet ist. Die Ursache dieser Störungen sucht Dupré in unvollkommener Entwicklung der Pyramidenbahnen und dadurch bedingter Abschwächung des Einflusses der Hirnrinde auf die tiefer gelegenen Abschnitte des Nervensystems.

Während in der Regel die rasch zur Herrschaft gelangende Oberstufe der Willenswerkzeuge sich bald die niederen Einrichtungen dienstbar zu machen lernt und deren Zusammenspiel mehr und mehr

den neu auftauchenden verwickelten Aufgaben anpaßt, ist bei unseren Kranken die Entwicklung der höheren Leitung verkümmert, so daß die Feineinstellung der urwüchsigen, groben Bewegungshilfsmittel unvollkommen bleibt. Auch späterhin können sich Reste dieser Mängel erhalten. Plumper, schwerfälliger oder schlenkernder, pendelnder Gang, Langsamkeit und Ungeschicklichkeit der Bewegungen, mangelhafte Herrschaft über ihre Glieder kennzeichnen vielfach die Schwachsinnigen und können namentlich in hohem Maße die militärische Ausbildung erschweren. Daneben finden sich, wie schon oben angeführt, gelegentlich einzelne technische Fertigkeiten, ein Zeichen dafür, daß die Entwicklungshemmung eine ungleichmäßige sein kann. Ebenfalls im Sinne einer ungenügenden Herrschaft des Willens über niedere Werkzeuge des Körpers ist wohl, wie schon Merklen im Anschlusse an Duprés Anschauungen betont hat, meist das bei unseren Kranken nicht seltene, unter Umständen das ganze Leben andauernde Bettnässen zu deuten, wo nicht von vornherein jedes Verständnis für Erziehungsmaßnahmen fehlt. Ley beobachtete es bei Hilfsschülern in 22,6%, Schlesinger bei 18% der Fälle.

Bei den höchsten Graden der seelischen Verkümmerung begegnen uns ferner recht häufig Willensäußerungen, die anscheinend dem Spiele ganz ursprünglicher, selbsttätiger Bewegungseinrichtungen ihre Entstehung verdanken, die einförmigen, taktmäßigen Idiotenbewegungen, die bisweilen fast unablässig andauern, weit häufiger aber sich unvermittelt gruppenweise in das Treiben der Kranken einschieben. Die Formen dieser Bewegungen sind sehr mannigfache. Am häufigsten handelt es sich um taktmäßiges Hin- und Herwiegen des Körpers im Stehen oder Sitzen, bald von vorn nach hinten, bald von einer Seite zur anderen. Ferner beobachtet man ruckartiges Aufhüpfen, Händeklatschen, Wedeln mit den Armen, Wischen, Kopfschütteln, Schnalzen, Lecken, Zähneknirschen, Saugen an der Zunge, Fauchen, Blasen. Manche Kinder schlagen sich regelmäßig ins Gesicht, so daß sie Beulen davontragen und kläglich weinen, um doch das Spiel immer von neuem zu wiederholen; andere beißen sich in die Hand. Auch Reste alter Triebbewegungen erhalten sich vielfach. Dahin gehört das hartnäckige Saugen und Knabbern an allen erreichbaren Gegenständen wie an den eigenen Fingern, das Haarezupfen, Zerreißen, Kratzen, Pflücken und namentlich das

Nägelbeißen, das auch bei geistig höher stehenden Personen als Andeutung einer seelischen Entwicklungshemmung dauernd fortbestehen kann. Laser gibt an, daß die Zahl der Nägelbeißer in manchen Hilfsklassen bis zu 40% betrage.

Das allgemeine Verhalten der Willensregungen hat auf unserem Gebiete schon seit langer Zeit zur Unterscheidung von zwei klinischen Hauptgruppen geführt, von erregten (erethischen, versatilen) und stumpfen (anergetischen, apathischen) Schwachsinnsformen. Allerdings lassen sich durchaus nicht alle Fälle etwa einfach in diese beiden Klassen einordnen, und man kann auch gelegentlich einen Wechsel des Zustandsbildes beobachten. In der Jugend sind erregte Formen häufiger, als späterhin. Dennoch finden sich zahlreiche Kranke, die durch jene Gruppierung recht gut gekennzeichnet werden. Schlesinger[1]) gibt an, daß von seinen Hilfsschülern 31% als stumpf, 29% als erregt bezeichnet werden konnten, während 28% einfach schwachsinnig waren und die übrigen gesellschaftsfeindliche Züge aufwiesen.

Bei den stumpfen Formen steht die Schwerflüssigkeit des Seelenlebens im Vordergrunde des Krankheitsbildes. Die Aufmerksamkeit der Kranken ist schwer zu erregen; sie kümmern sich nicht um ihre Umgebung, spielen nicht, erscheinen träge, unbeholfen, denkfaul, gedankenlos, tun nichts aus eigenem Antriebe, müssen zu allem gedrängt werden. Meist sind sie gutmütig, zufrieden, lassen sich zu einfachen Arbeiten abrichten, die sie langsam, aber mit maschinenmäßiger Gleichförmigkeit erledigen. Die leichteren Grade bieten ein schlaffes, willensschwaches, bestimmbares Wesen dar; die Kranken sind schüchtern, willfährig, sorglos.

Demgegenüber zeigen die erethischen Kranken eine ziellose, quecksilbrige Beweglichkeit. Ihre Aufmerksamkeit schweift unaufhörlich von einem Eindrucke zum anderen. Sie können keinen Augenblick stillsitzen, nehmen alles in die Hand, belecken und beknabbern, zerstören, werfen von sich, um sofort wieder etwas anderes zu ergreifen, streuen um sich herum. Sie fahren im Zimmer umher, legen sich an den Boden, rutschen und zappeln, klettern auf Stühle und Tische, reißen irgend etwas herunter, schieben die Möbel durcheinander. Dazwischen rennen, springen

[1]) Schlesinger, Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. XVII, 10.

und hüpfen sie, stecken die Finger in Mund und Ohren, schreien, lachen, quieken, vollführen einige der oben beschriebenen taktmäßigen Bewegungen. In schweren Fällen ist es nur für Augenblicke möglich, diesem rastlosen Treiben Einhalt zu tun; erst das Verfallen in Schlaf macht ihm ein Ende, doch ist bisweilen auch die Nacht mit unstillbarem Schreien ausgefüllt. Leichtere Schattierungen dieses Zustandes begegnen uns in der leeren Geschwätzigkeit und aufdringlichen Vielgeschäftigkeit mancher höher stehender Schwachsinniger. Auch die zappeligen, fahrigen, leicht ermüdbaren und ablenkbaren Kinder, die immer plappern müssen, nicht aufpassen können, nicht behalten, ohne Anlaß lachen, Gesichter schneiden, Nägel und Federhalter zerkauen, dürften meist hierhergehören, ebenso die reizbaren, widersetzlichen, jederzeit zu Unfug und Schabernack geneigten Unruhestifter.

Die mangelhafte Beherrschung der Bewegungswerkzeuge durch den bewußten Willen macht sich am störendsten bei dem äußerst feinen Zusammenspiel der verschiedensten nervösen und muskulären Einrichtungen geltend, wie es die dem Menschen eigentümlichen Ausdrucksformen der Sprache und Schrift[1]) erfordern. Es ist daher erklärlich, daß sich die Entwicklung der Sprache bei unseren Kranken vielfach verzögert, oft genug aber auch dauernd unzulänglich bleibt. Während gesunde Kinder in der Regel um das Ende des ersten Lebensjahres zu sprechen beginnen, berichtet Ireland, daß 103 von ihm beobachtete Schwachsinnige erst im Durchschnittsalter von $4^1/_4$ Jahren anfingen; einzelne kamen nicht vor dem 10.—12. Jahre dazu, und nur vier Kinder hielten den normalen Zeitpunkt ein. Unter den Hilfsschülern Leys verzögerte sich der Beginn des Sprechens in 67,4%, bei denjenigen Hennebergs in 60%. Crailsheimer fand bei 36,3% seiner Kranken völliges Fehlen der Sprache; Schlesinger sah bei 30%, Leubuscher bei 50% der Hilfsschüler Sprachstörungen.

Da die Sprache nur durch Nachahmung erworben werden kann, ist ihre erste Vorbedingung die Auffassung und weiterhin ein gewisses Verständnis der gehörten Sprachlaute. Bekanntlich

[1]) Berkhan, Über die Störungen der Sprache und Schriftsprache. 1889; Liebmann, Die Sprachstörungen geistig zurückgebliebener Kinder. 1901; Liebmann, Archiv f. Psych. XXXIV, 240; Gutzmann, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns I, 1.

zeigen alle Kinder schon lange, bevor sie selbst die ersten Sprechversuche machen, deutlich genug, daß sie einzelnes von dem begreifen, was man ihnen vorsagt. Bisweilen kann dieses Sprachverständnis schon ziemlich entwickelt sein, bis sich die Kinder entschließen, selbst zu sprechen; man ist dann überrascht, von ihnen nicht die gewöhnlichen unvollkommenen, noch kaum verständlichen Laute, sondern sogleich ganze Wörter zu hören. Diese Zwischenstufe des angehenden Sprachverständnisses ohne Sprachfähigkeit kann sich bei unseren Kranken außerordentlich in die Länge ziehen, sogar bis zum 7. Lebensjahre; man spricht dann von einer „Hörstummheit“[1]). Die Kinder fassen die Reden ihrer Umgebung in der Hauptsache richtig auf, vermögen ohne Schwierigkeit benannte Gegenstände herauszusuchen oder auf Abbildungen zu erkennen, befolgen einfache Aufforderungen tadellos, bringen aber keinen verständlichen Laut hervor oder machen nur einige einleitende Mundbewegungen. Äußerlich besteht somit eine gewisse Ähnlichkeit mit der Aphasie. Die Störung hat aber durchaus keine organische Grundlage, sondern stellt, wie erwähnt, lediglich eine Verzögerung der Sprachentwicklung dar, die durch Verstandesmängel, Ungeschick, aber auch durch große Schüchternheit und Willensschwäche begünstigt wird. Bisweilen vermögen die Kranken bei gemütlicher Erregung plötzlich zu sprechen, ein Beweis dafür, daß die wesentlichen Vorbedingungen dafür bereits erfüllt waren. Die Zahl der Hörstummen scheint in Hilfsschulen nicht mehr als 1—2% zu betragen; Knaben sind nach Büttners Angabe etwas stärker beteiligt. Das Leiden soll bisweilen erblich sein. Durch geeignete Übungen gelingt es regelmäßig, die Schwierigkeiten zu überwinden; Erwachsene, die lediglich hörstumm sind, scheinen sehr selten zu sein; Ireland führt einen derartigen Kranken von 20 Jahren an.

Sehr viel häufiger, als die Hörstummheit, und eine regelmäßige Begleiterscheinung schwererer Schwachsinnsformen sind die Unvollkommenheiten der Lautsprache. Ley gibt ihre Häufigkeit bei Hilfsschülern auf etwa 30%, Schlesinger auf 31%, Henneberg auf 15%, Büttner auf 13,7% an. Gelpke fand sie bei Schwachsinnigen in 10,4%, bei Idioten in 58,5%. Hier lassen sich zunächst

[1]) Liebmann, Vorlesungen über Sprachstörungen, Heft 3. 1898; Büttner, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns III, 455.

die Störungen der äußeren von denen der inneren Sprache auseinanderhalten, die freilich auch in der äußeren Sprache zum Ausdrucke kommen. Die ersteren stehen in keiner unmittelbaren Beziehung zu den Verstandesmängeln der Kranken, vertragen sich sogar mit guter geistiger Entwicklung. Sie beruhen auf unvollkommener Beherrschung der eigentlichen Sprachwerkzeuge, sind also artikulatorische Störungen. Das verwickelte Zusammenarbeiten der an der Spracherzeugung beteiligten Muskeln vollzieht sich allgemein oder bei der Hervorbringung einzelner Laute oder Lautgruppen nicht in der dafür erforderlichen Weise. So entsteht die stammelnde Sprache, die bei Kindern etwa bis in das dritte Lebensjahr andauert. Da sich schon ganz geringfügige Abweichungen in der Stellung der Mundteile sehr stark bemerkbar machen, kann die ganze Sprache bei ungenauer Ausführung der Sprechbewegungen unscharf und fremdartig werden, ähnlich wie es diejenige der Taubstummen ist, die ja die Richtigkeit ihrer Aussprache niemals mit dem Ohre überwachen können. In der Regel jedoch sind es besonders gewisse Laute, die dem Kranken Schwierigkeiten machen und deswegen mangelhaft vorgebracht oder durch andere ersetzt werden. Davon können die verschiedensten Lautgruppen betroffen werden, das g und k, das f und w, das ch und g, das s und sch, das l, das r, öfters mehrere zusammen. Es ist klar, daß auch dieses Stammeln nur die Fortdauer einer normalen Entwicklungsstufe der kindlichen Sprache bedeutet. Anders zu beurteilen ist das Poltern, das überstürzte Herausstoßen der Worte, und das Stottern, das krampfhafte Steckenbleiben im Anlaute. Hier handelt es sich in der Hauptsache um Unzweckmäßigkeiten in der Atemverteilung, die in gemütlichen Vorgängen ihre Grundlage haben; sie sind mehr der Ausdruck einer psychopathischen Veranlagung, als einer seelischen Verkümmerung. Ley beobachtete bei den Hilfsschülern Stammeln in 12%, Stottern in 13%, beides zusammen in 5% der Fälle.

Ungleich schwieriger, als das Hervorbringen der einzelnen Sprachlaute, ist ihre Zusammenfügung zu Silben und Wörtern. Der Übergang von einem Laute zum andern stellt unter Umständen hohe Anforderungen an die Geschicklichkeit der Sprachwerkzeuge und setzt deren vollkommene Beherrschung voraus. Dazu kommt, daß alle Lautverbindungen in verschiedener Reihenfolge erlernt

werden müssen; derselbe Konsonant bietet eine andere Aufgabe im Anlaut vor und im Auslaut nach einem Vokal, als in der Stellung zwischen zwei Vokalen. Bei den Versuchen, alle diese Schwierigkeiten zu überwinden, beeinflussen die einzelnen Bewegungsformen einander, so daß Umwandlungen und Angleichungen erfolgen, wie sie uns aus der Geschichte der Sprachen vertraut sind. Unwillkürlich werden schwierige Verbindungen durch einfachere ersetzt, die Übergänge durch Unterdrückung oder verwischte Ausprägung einzelner Laute erleichtert. Da sich aber nicht nur benachbarte, sondern auch fernerliegende Glieder der Lautreihe gegenseitig beeinflussen, kommt es vielfach zu Anklängen an voraufgegangene oder später folgende Laute oder sogar zu Verdrängungen und Einschiebungen, die durch die Nachwirkung früherer oder das vorzeitige Auftauchen künftiger Sprachbewegungen bedingt werden. So entstehen die tastenden Unzulänglichkeiten der Kindersprache mit ihren Verschwommenheiten, Lautverschiebungen und Vereinfachungen, Auslassungen und Umstellungen, die bei den Sprechversuchen aus eigenem Antriebe am stärksten hervortreten und dann durch emsiges Nachahmen der Erwachsenen mehr und mehr berichtigt werden. Sie erhalten sich um so länger, je weniger Verstand und Geschick unsere Kranken dazu befähigen, die ungeheure Aufgabe der Spracherlernung zu bewältigen.

Mit der Formung von Worten verlängert sich die Kette der aneinanderzuknüpfenden Sprachbewegungen. Zu der Schwierigkeit der einfachen Lauterzeugung und der Übergänge von einem Laute zum anderen tritt nunmehr noch die Notwendigkeit, eine ganze Anzahl von Sprechbewegungen rechtzeitig vorzubereiten und dann in der richtigen Folge zum Ablaufe zu bringen. Mag auch beim schulmäßigen Einüben, beim Buchstabieren, der kommende Laut erst dann die Aufmerksamkeit beschäftigen, wenn der vorhergehende bereits ausgesprochen wurde, so bilden doch beim wirklichen Sprechen die Wortsprachvorstellungen Einheiten, deren einzelne Glieder sich in ihrer Entstehung überdecken. Die Erfahrungen beim Versprechen weisen unzweifelhaft darauf hin, daß die später fälligen Sprachbewegungen sich schon in Vorbereitung befinden, während die früheren noch im Gange sind; sie können sich vordrängen und dadurch die gegenwärtig ablaufenden Bewegungen stören. Die Reihenfolge der ein Wort bildenden Sprachlaute wird

somit durch eine Sprachbewegungsformel vorbereitet, die fortschreitend der Aussprache vorauseilt und sie leitet. Die Erwerbung der unzähligen, dem Wortschatze der Sprache entsprechenden Bewegungsformeln kann naturgemäß nur allmählich erfolgen und gibt Anlaß zu vielfachen Unsicherheiten und Fehlern, die niemals völlig ausbleiben, wie das alltägliche Vorkommnis des Versprechens zeigt. Allein während hier Unachtsamkeit, Ablenkungen, Gemütsbewegungen den ordnungsmäßigen Ablauf der sprachlichen Äußerungen stören, ist es beim Kinde und ebenso bei dem längere Zeit auf kindlicher Stufe verharrenden Schwachsinnigen die unvollkommene Kenntnis der sprachlichen Formen und die mangelnde Herrschaft über die Sprachbewegungen. Erstere bedingt Fehler durch Mißverständnisse, falsche Analogien, Verwechselungen, Erfindungen, letztere dagegen Entgleisungen durch Auslassungen, Verdoppelungen, Umstellungen, lautliche Angleichungen. Alle diese Formen sprachlicher Entwicklungshemmung kann man bei unseren Kranken antreffen, bald als Ausdruck übermäßig verzögerten Erlernens, bald als Endergebnis der überhaupt erreichbaren Sprachfertigkeit. Nicht selten haften gerade die Fehler mit außerordentlicher Zähigkeit, können auch plötzlich wieder auftauchen, nachdem sie schon überwunden zu sein schienen.

Die letzte und höchste Aufgabe der Sprache ist die Gedankenübermittlung in der Form der Rede. Die richtig gebildeten und ausgesprochenen Worte müssen zueinander in innere Beziehungen gebracht werden; das wird durch ihre Abwandlungen und durch ihre Stellung zueinander erreicht. Um den sprachlichen Ausdruck sinnvoll zu gestalten, muß somit der vorschwebende Gedankeninhalt Bewegungsformeln höherer Gattung wecken, in denen die entsprechenden Formeln der einzelnen Satzteile und ebenso deren Reihenfolge vorbereitet werden. Sie werden durch die Nachahmung der gehörten Sprache erworben, die anfangs nur unvollkommen und bruchstückweise gelingt, indem nur die Hauptglieder erfaßt und wiedergegeben werden, oder Verwechselungen, Verschiebungen, Haften früherer Wörter, Zutaten das Ergebnis verfälschen. Die Schwierigkeiten, die hierbei zu überwinden sind, geben sich in der oft mühsamen, abgehackten, ruckartigen Sprechweise der Kranken kund, ferner in ihren Vereinfachungsbestrebungen, dem Abstoßen der Endsilben, dem Abändern schwieriger Laute und Lautverbindungen, dem Stottern.

Bleibt die Ausbildung dieser syntaktischen Sprachformeln unvollkommen, so entstehen die einander nahe verwandten Mängel der Rede, die man als Agrammatismus und Akataphasie bezeichnet. Ersterer bedeutet die einfache Aneinanderreihung der Hauptbestandteile des Satzes ohne grammatische Gliederung, das Fehlen der Deklination und Konjugation, der Hilfszeitwörter, Fürwörter und Verhältniswörter, öfters auch der Artikel, letztere den fehlerhaften Ausdruck der gedanklichen Beziehungen zwischen den einzelnen Satzteilen. Beide Störungen, die wir auch beim Erlernen einer fremden Sprache beobachten können, sind regelmäßige Entwicklungsstufen der kindlichen Sprache. Der Agrammatismus verliert sich allmählich mit etwa 2—3 Jahren, indem die Kinder anfangen, kleine Sätze zu formen; akataphasische Entgleisungen kommen gelegentlich auch noch viel später vor. Bei unseren Kranken können sich diese wie die früher besprochenen Unvollkommenheiten weit über das normale Alter hinaus, nicht selten sogar das ganze Leben hindurch erhalten. Ein Beispiel dafür gibt die folgende Nachschrift der Äußerungen eines erwachsenen Schwachsinnigen:

„Mein Leben hat sich aufgehalten; damit hat man sich eine schöne Gruß; mein Leben hat schon gut. Man hat schöne Freud; Mittag passe ich bald wieder auf. Wenn Mittag schon da ist, um 2 Uhr, da fährt um 2, wenn er mich bald sehen soll, da fährt ein Schnellzug, ein Um-2-Uhr-Schnellzug. Um 3 Uhr ist steht er schon in Mosbach, da werd ich bald, bald in Mosbach sein — hast gehört gehabt? Mußt gut aufpassen. Da pfeift der Zug, hörst, dann da kannst sehen, da kann Dich auf, kann Dich aus Anstalt Mosbach, aufpaßt, in Anstalt, da kann ich Anstalt feiern; in Mosbach Weihnachtsfest feiern. Max, der Herr Inspektor, einen schönen Gruß, wenn der ein Jahr es sein, sich bald wieder sehen soll; wenn er mich gern sehen lassen will, mit, ein Doktor hat mich schon aufpassen gelernt . .“

Nur einzelne Bruchstücke stellen richtig gebildete Sätze dar; dazwischen schieben sich akataphasische Wortanhäufungen, die nur ungefähr den beabsichtigten Sinn erraten lassen, daß der Kranke, Max, wieder nach Mosbach fahren und dort das Weihnachtsfest feiern möchte. Dieser Wunsch kleidet sich, wie bei Naturvölkern, in eine lebhafte Aufzählung der Einzelheiten, die sich abspielen sollen, unterbrochen durch vielfache Wiederholung der dem Kranken aus dem Unterricht geläufigen Aufforderungen, „aufzupassen“.

Indessen auch dort, wo größere Sprachmängel nicht hervortreten, wird sich die seelische Verkümmerung unserer Kranken doch gewöhnlich in einer gewissen Dürftigkeit und Unbeholfenheit des sprachlichen Ausdrucks kundgeben. Sie arbeiten mit einem geringen Wortschatze, verzichten auf feinere Schattierungen des Gedankeninhalts, vernachlässigen und verwechseln die Unterschiede bedeutungsähnlicher Wörter. Ihr Satzbau ist kunstlos, kindlich einfach und bewegt sich in den alltäglichsten Wendungen; Unklarheiten und Verkehrtheiten in der Ausdrucksform, Entgleisungen im Satzbau sind häufig. Viele Kranke sind wortkarg, begnügen sich mit einzelnen Worten oder Satzbruchstücken; andere dagegen zeigen eine einförmige Geschwätzigkeit, bringen immer wieder die gleichen, gedankenarmen Wendungen vor, zeigen Neigung zu kindischen Reimereien. In der Regel fehlen den Reden der Schwachsinnigen auch mehr oder weniger die feineren Ausdrucksmittel der sprachlichen Melodie, der Klangstärkenabstufung, der sinnvollen zeitlichen Gliederung. Sie sprechen vielfach ohne Betonung und Nachdruck in gleichmäßigem Flusse fort. Auch die verkehrte Anwendung der Vortragsmittel begegnet uns nicht selten, namentlich bei schulmäßigen Übungen, fragendes Heben der Stimme am Satzende, falsche Betonung, willkürliche Pausen und Überstürzungen, alles Anzeichen für die mangelhafte Anpassung der Ausdrucksformen an den Inhalt der Rede.

Gewissermaßen als Abzweigungen des Wunderbaumes der Sprache können wir das Lesen und das Schreiben betrachten. Diese Fertigkeiten werden von den Kindern in ähnlicher Weise erworben wie die Lautsprache, und sie unterliegen auch bei unseren Kranken entsprechenden Störungen. Für das Lesen ist zunächst die Kenntnis der einzelnen Buchstaben, sodann aber deren Zusammenfügung zu Silben und Wörtern und weiterhin die Herstellung der Beziehung des Wortbildes zu den Sprachbewegungsantrieben und zu den Klangbildern erforderlich. Bei jeder dieser Aufgaben kann die Entwicklung stocken. Die Überwindung der ersten Stufen scheint wesentlich von der Höhe der allgemeinen Verstandesleistungen abhängig zu sein. Dagegen kann in vereinzelten Fällen die letzte Vorbedingung für das Lesen, die Verknüpfung der Gesichtsbilder mit den übrigen Ausdrucksformen der Sprache, insbesondere den Sprachbewegungen, unerfüllbar sein, obgleich die Befähigung

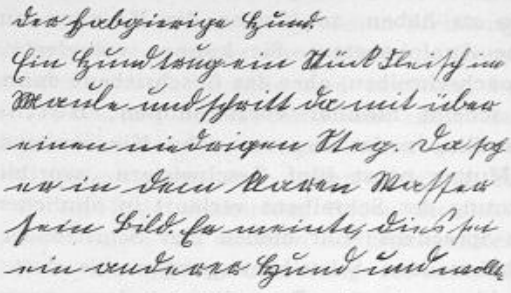
auf anderen Gebieten durchaus genügend erscheint. Man hat hier von „Wortblindheit" gesprochen, doch ist die Störung offenbar von dem Verluste des Wortbildverständnisses insofern verschieden, als es sich um die Unfähigkeit handelt, bestimmte Gesichtseindrücke mit den geläufigen Sprachlauten in Zusammenhang zu bringen. Wie man arabisch oder chinesisch vortrefflich sprechen und verstehen kann, ohne eine Ahnung von der Bedeutung der betreffenden Schriftzeichen zu haben, so bleiben die Kranken auch in ihrer Muttersprache Analphabeten. Sie können vorgelegte Buchstaben und Wörter nachschreiben, aber das Geschriebene dann nicht lesen. Das Leiden scheint familiär vorzukommen; Büttner berichtet von einer Familie, in der vier von zehn Kindern und ebenso die Mutter der Mutter nebst fünf Geschwistern „wortblind" waren.

Die Erlernung des Schreibens verläuft in ähnlicher Weise wie diejenige des Sprechens; nur dienen hier Schriftbilder als Führer für die nachahmenden Schreibbewegungen wie dort Klangbilder für die Sprechbewegungen. Dazu kommt dann noch die bereits durch das Lesen vorbereitete Anknüpfung der neuerworbenen sprachlichen Sinnbilder an das schon bestehende Gerüst der lautlichen und motorischen Sprachvorstellungen. Die „wortblinden" Kinder scheinen auch den Anschluß der Schreibbewegungsvorstellungen an die Lautsprache nicht oder nur sehr unvollkommen zu finden. Aber auch bei Kranken, die tadellos lesen und abschreiben können, bereitet bisweilen die Umsetzung der gehörten Sprachlaute in Schriftzeichen überraschende Schwierigkeiten. Ich gebe umstehend zwei Schriftproben einer Kranken wieder, von denen die erste eine Abschrift vom gedruckten Text, die zweite die Niederschrift der gleichen Sätze nach Diktat darstellt. Man sieht, wie letztere im Gegensatz zu der fehlerlosen Abschrift von Auslassungen, Einschiebungen, Umwandlungen wimmelt und unverständlich geworden ist. Obgleich die Kranke die einzelnen Buchstaben sauber ausführen konnte, vermochte sie doch nicht, die richtige Bewegungsformel für die Reihenfolge der Schriftzeichen mit Hilfe der gehörten Worte aufzufinden.

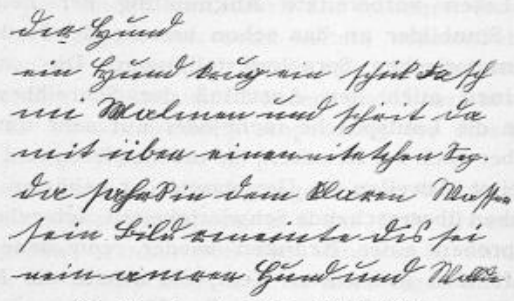
Reichhardt[1]) hat darauf hingewiesen, daß auf dem Gebiete der sprachlichen Ausdrucksformen bei Schwachsinnigen gar nicht

[1]) Reichhardt, Allg. Zeitschr. f. Psych. 1909, 157.

selten derartige mehr umschriebene Mängel nachweisbar sind. Manche Kranke können schreiben, aber nicht lesen, und umgekehrt. Namentlich aber kommt es vor, daß Schriftbilder oder Schreibbewegungen als Ganzes ohne Sonderung der einzelnen Bestandteile erlernt werden; die Kranken können dann Wörter lesen oder schreiben, nicht aber die in ihnen enthaltenen Buchstaben



Imbezillität, Abschrift.



Schriftprobe 45. Imbezillität, Diktat.

für sich. Wir erlernen ja auch die Lautsprache zunächst wortweise, und erst die Schule lehrt uns deren Zusammensetzung aus einzelnen Lauten, die wir dann besonders einüben müssen. Reichardt zieht für das Verständnis der angeführten Störungen zutreffend das Gebiet der musikalischen Ausdrucksformen heran. Auch hier sind die Fähigkeit des absoluten Tongedächtnisses, des musikalischen Gehörs, des Musikverständnisses, des Melodiengedächtnisses, des Partiturenlesens, des Komponierens, der musikalischen Wiedergabe in weitem Umfange voneinander unabhängig. Man wird sich

vorstellen dürfen, daß der feste Zusammenschluß der verschiedenartigen Fertigkeiten, die das Gesamtgebiet der sprachlichen Verständigungsmittel bilden, sich erst auf einer Höhe der geistigen Entwicklung vollzieht, die von manchen Kranken niemals oder sehr verspätet erreicht wird. Daß die Ausbildung der sehr viel unwichtigeren und weniger geübten musikalischen Fähigkeiten allgemein hinter jener höheren Stufe zurückbleibt, erscheint verständlich.

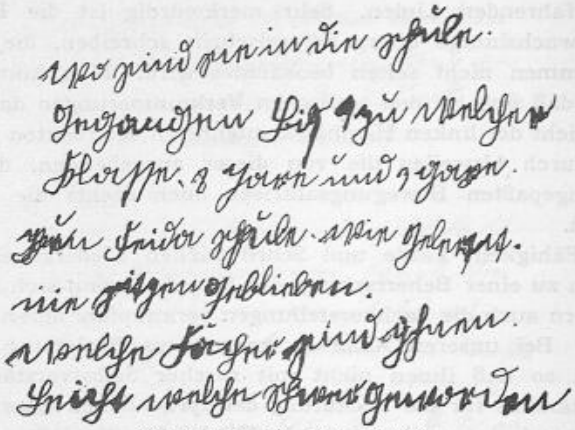
Sehr viele Schwachsinnige lernen nur einzelne Buchstaben oder höchstens ihren Namen schreiben; ihre Schriftzüge bleiben dabei ungelenk und sperrig. Die Rechtschreibung pflegt äußerst mangelhaft zu sein. Manche Kranke vermögen nur buchstabenähnliche Striche hinzumalen, oder sie bedecken das Papier mit sinnlos durcheinanderfahrenden Linien. Sehr merkwürdig ist die Erfahrung, daß Schwachsinnige öfters Spiegelschrift schreiben, die auch bei Taubstummen nicht selten beobachtet wird. Man könnte daran denken, daß sich bei den seelischen Verkümmerungen das normale Übergewicht der linken Hirnhälfte zugunsten der rechten verschiebt und dadurch bisweilen die von dieser ausgehenden, der linken Hand angepaßten Bewegungsantriebe auch rechts die Oberhand gewinnen.

Die Fähigkeit, Laute und Schriftzeichen wiederzugeben, wird erst dann zu einer Beherrschung der Sprache, wenn sich mit jenen Sinnbildern auch die Sachvorstellungen verknüpfen, deren Vertreter sie sind. Bei unseren Kranken kann diese Beziehung mitunter versagen, so daß ihnen nicht mit rascher Selbstverständlichkeit das Verständnis für die Bedeutung der sprachlichen Übermittelung aufgeht, sondern nur der sinnliche Eindruck aufgefaßt wird. Wie wir Kinder vor Erreichung des vollen Sprachverständnisses gedankenlos nachplappern hören, üben auch manche Kranke die Fertigkeit des Sprechens, Lesens oder Schreibens völlig losgelöst vom Inhalt. Daß einzelne sich fremdsprachliche Texte einprägten und sie wörtlich wiederzugeben vermochten, wurde schon erwähnt. Andere hört man Lesestücke oder Gedichte herunterleiern, die ihnen gänzlich unverständlich sind. Die an sie gerichteten Fragen, ihnen gestellten Aufgaben werden bisweilen maschinenmäßig wiederholt, weil sie deren Sinn nicht erfassen. Ich gebe hier ein Stück eines ausgefüllten Fragebogens von einem Kranken wieder, der die vorgedruckten Fragen einfach abschrieb. Nur einmal hat er eine Antwort hinzu-

gefügt (8 Jahre und 3 Jahre zur Feiertagsschule); sonst lieferte er eine Art Echoschrift. Man erkennt hier zugleich die großen, unregelmäßigen, unbeholfenen Schriftzüge, denen man ihre langsame Entstehung ansieht (etwa $^1/_2$ Stunde), ferner die Fehler in der Rechtschreibung, wo ohne Vorlage geschrieben wurde.

Trotz ihrer tiefgreifenden Unzulänglichkeiten bleibt unseren Kranken vielfach doch noch ein gewisses Maß praktischer Lei-

Wo sind Sie in die Schule gegangen?
Bis zu welcher Klasse?
Wie gelernt?
Nie sitzen geblieben?
Welche Fächer sind Ihnen leicht, welche schwer geworden?



Schriftprobe 46. Echoschrift.

stungsfähigkeit. Es kann, wie schon bei früherer Gelegenheit erwähnt wurde, geradezu als kennzeichnend für den oligophrenen Schwachsinn angesehen werden, daß die Kranken verhältnismäßig brauchbarer bleiben, als späterhin Verblödete, daß ihr Können auffallend größer ist, als ihr Wissen. Das hängt einmal damit zusammen, daß jene letzteren zum allergrößten Teile der Dementia praecox angehören und demnach besonders ausgeprägte Willensstörungen aufweisen. Weiterhin aber bestehen bei den früh geschädigten Oligophrenen vielleicht auch noch mehr Ausgleichsmöglichkeiten, die eine Art Anpassung an die Anforderungen des Lebens

begünstigen. Endlich scheinen die hier zugrunde liegenden Krankheitsvorgänge vielfach mehr die höheren, stammesgeschichtlich spät erworbenen Fähigkeiten zu beeinträchtigen, als die einfacheren, urwüchsigen Leistungen, sei es, daß erstere überhaupt leichter verletzlich sind, sei es, daß die Schädigung zu einer Zeit eingreift, wo deren Entwicklung noch verhindert werden kann. Jedenfalls läßt sich erkennen, daß ungemein häufig die untergeordneten seelischen Vorgänge, sinnliche Wahrnehmung, niedere Gefühle, einfache Willensregungen ohne gröbere Störung ablaufen. Verkümmert sind dagegen alle Leistungen, die auf eine Abstraktion, auf die Gewinnung eines festen Gerüstes von allgemeineren seelischen Fähigkeiten abzielen, die Bildung von Begriffen, höheren Gefühlen, dauernden Willensrichtungen.

So kommt es, daß zahlreiche Schwachsinnige in einfachen Lebensverhältnissen noch bescheidene, nutzbringende Arbeit zu leisten vermögen, und daß sie sich ohne erhebliche Schwierigkeiten dem Gemeinschaftsleben einfügen. Namentlich auf dem Lande finden sie mannigfache Möglichkeiten, ihre geringen Kräfte zu verwerten. Allerdings vermögen sie sich immer nur auf einen kleinen Kreis fest eingelernter und stets in gleicher Weise ablaufender Verrichtungen einzustellen; Selbständigkeit, rasche Anpassung an veränderte Bedingungen und Neuerungen, Entschlußfähigkeit in schwierigen Lagen, Erfindungsgabe darf man von ihnen nicht verlangen. Man wird auch immer auf Saumseligkeit, Nachlässigkeit, unberechenbare Entgleisungen gefaßt sein müssen, selbst wenn die Kranken sich unter Aufsicht als willig und maschinenmäßig zuverlässig erwiesen haben.

Von 106 etwas älteren männlichen Kranken meiner Beobachtung waren daher 6 ganz ohne Beruf, 47 Arbeiter und Tagelöhner, 9 ländliche Arbeiter, 4 Ausgeher und Hausburschen, 7 Lehrlinge, 20 einfache Handwerker, und nur 7 hatten eine mehr geistige Beschäftigung, die sie allerdings in sehr mangelhafter Weise ausübten. Unter 46 weiblichen Kranken waren 23 Dienstmägde, 9 ohne Beruf, 5 Arbeiterinnen, 3 Näherinnen, 2 Kellnerinnen. Die Kranken kommen daher auch nur ausnahmsweise in die Lage, eine Familie gründen zu können. Von den Männern waren 6 verheiratet, 1 verwitwet, von den Frauen 2 verheiratet, 1 verwitwet und 1 geschieden. Finden die Kranken

keinen festen Halt in ihrer Umgebung, so verlieren sie rasch den Boden unter den Füßen und gehen in dem wirren Schwarm der Obdachlosen und Landstreicher unter, namentlich unter dem Einflusse des Alkohols, gegen den sie keine Widerstandskraft besitzen. Der notgedrungene Bettel und kleine Diebstähle, bei Frauen die Prostitution bringen sie dann auch vielfach in Berührung mit dem Strafgesetze, während sie in der Obhut der Familie meist leicht vor Abirrungen zu bewahren sind.

Die verschiedenartigen Schädlichkeiten, denen die oligophrene Verkümmerung ihre Entstehung verdanken kann, lassen sehr gewöhnlich auch auf körperlichem Gebiete diese oder jene Spuren zurück. Wir finden demnach einmal die Ausdrucksformen allgemeiner oder umschriebener Entwicklungsstörungen, dann die Überbleibsel abgelaufener oder die Anzeichen noch fortbestehender Krankheitsvorgänge. Endlich können sich dazu noch Befunde gesellen, die durch Begleiterkrankungen oder Folgezustände des Grundleidens bedingt werden. Bei der Zusammensetzung unserer Gruppe aus höchst ungleichartigen Bestandteilen wird eine Aufzählung der häufiger vorkommenden körperlichen Abweichungen natürlich immer nur einzelne Unterformen berücksichtigen können; einige Nachträge werden später zu geben sein.

Die allgemeine Körperentwicklung pflegt bei unseren Kranken hinter dem Durchschnitte ihres Lebensalters zurückzubleiben. So fand Doll, daß die Schüler, die dem gewöhnlichen Unterrichte nicht gewachsen waren, an Brustumfang wie an Körpergewicht und Körpergröße hinter ihren gesunden Kameraden zurückstehen. Schlesinger gibt an, daß von seinen Hilfsschülern 33% gut, 57% mäßig und 8% schlecht entwickelt waren, gegenüber den entsprechenden Zahlen von 56, 36 und 9% bei den Normalschülern. Das Längenwachstum bleibt bei Hilfsschülern, wie Schlesinger berichtet, etwa um ein Jahr, bei Mädchen vom 11. Jahre ab sogar um 2—3 Jahre zurück. Nach Vogts Angabe ist es bei Idioten etwa um 10 cm geringer, gelegentlich bis zum ausgesprochenen Zwergwuchs. Andererseits findet sich in einzelnen Fällen Riesenwuchs. Sklarek stellte fest, daß von 169 schwachsinnigen Kindern 76 größer und 87 kleiner waren, als ihr Altersdurchschnitt. Das Verhältnis der einzelnen Teile des Körpers kann sich verschieben, der Kopf übermäßig groß oder klein, das Maß der Glieder

gegenüber dem Rumpfe zu lang oder zu kurz sein. Aus den von Ley mitgeteilten Messungen an seinen Hilfsschülern ergibt sich, daß bei annähernd gleicher Körpergröße die Länge der Arme und der Abstand der beiden Akromialenden voneinander erheblich geringer war, als bei den gesunden Schülern. Gelegentlich finden sich halbseitige oder doppelseitige Verkümmerungen einzelner Körperteile von größerer oder geringerer Ausdehnung. Das Körpergewicht erweist sich im allgemeinen noch stärker beeinträchtigt, als die Länge. Auch hier gibt es indessen Ausnahmefälle mit starker Fettanhäufung; daher findet sich eine große Streuung der Werte. Vogt hat auch die einzelnen Organgewichte näher untersucht und berichtet, daß außer dem Gehirn besonders Herz und Nieren unterentwickelt erscheinen, in schwächerem Grade auch Lungen, Milz und Leber.

Sehr häufig gibt sich die allgemeine Minderwertigkeit der Anlage in auffallend jugendlichem, kindlichem Aussehen kund. Die Geschlechtsentwicklung verzögert sich vielfach oder bleibt ganz aus. Die Geschlechtsteile sind kümmerlich ausgebildet, selten auffallend groß, die Menses spärlich und verspätet; es werden jedoch einzelne Fälle berichtet, in denen sie schon besonders früh, selbst im 3. Lebensjahre, einsetzten. Die Hoden verhalten sich in der Bauchhöhle oder im Leistenkanale, der weit durchgängig bleibt und leicht zur Bruchpforte wird. Kellner, der 558 Knaben der Landeserziehungsanstalt Chemnitz untersuchte, fand bei ihnen in 29,5% vollkommene oder unvollkommene Hodenverhaltung; Berkhan konnte bei 270 Hilfsschülern 14 mal Kryptorchismus nachweisen. Die sekundären Geschlechtszeichen, Brüste, Bart, Schamhaare, Stimmbruch, können fehlen.

Die Eßlust ist bei den Kranken meist gut; öfters entwickeln sie eine wahllose Gefräßigkeit, verschlingen unverdauliche und ekelhafte Dinge. Hier und da wird Wiederkäuen beobachtet. Auch der Schlaf bietet meist keine Störungen dar, doch zeigen einzelne idiotische Kinder starke nächtliche Unruhe. Der Ernährungszustand ist vielfach mäßig, die Muskulatur schwach; nicht wenige Kranke sind blaß und blutleer. Ley fand in einigen Fällen die Zahl der roten Blutkörperchen, die Dichtigkeit und den Hämoglobingehalt des Blutes vermindert. Die Widerstandskraft gegen Schädlichkeiten ist herabgesetzt, die mittlere Lebensdauer verkürzt; öfters findet sich vorzeitiges Altern. Bourneville hat gelegentlich Schwäche oder

Fehlen des Radialpulses, Mikrosphygmie, gefunden, die er auf dauernden Krampf der Gefäßwand zurückführt. Wulff hat angegeben, daß bei Idioten häufig ein Mißverhältnis zwischen der Größe des Herzens und derjenigen des übrigen Körpers beobachtet wird, was auf eine minderwertige Gefäßanlage hindeuten würde.

Als ein weiterer Hinweis auf die Einflüsse, die in die körperliche Entwicklung eingegriffen haben, treten in größerer oder geringerer Häufigkeit jene Abweichungen auf, die man als Entartungszeichen anzusehen pflegt. Wildermuth konnte sie in 80% seiner Fälle nachweisen. Dahin gehören Verbildungen des Auges (Kolobom, Astigmatismus, Mikrophthalmie), der Ohrmuschel, steiler Gaumen, Gaumenwulst, Hasenscharte, Polymastie, Polydaktylie, Hypospadie, Phimose, Atresien, Kiemenspaltenreste, angeborene Herzfehler, ungewöhnliche Behaarung (Hypertrichosis, zusammengewachsene Brauen, Stirnbehaarung, Bartwuchs bei Frauen), Albinismus, Hämophilie, Situs inversus viscerum, Fehlen einer Niere und vieles andere.

Wesentlich nähere Beziehungen zur Hirnentwicklung haben die Wachstumsstörungen der Schädelknochen. Es kann nicht zweifelhaft sein, daß bei unseren Kranken Schädelverbildungen sehr häufig sind; Wildermuth beobachtete sie in ungefähr der Hälfte der Fälle. Kellner[1]) sah bei 64% seiner männlichen und bei 84% der weiblichen Kranken die Schädelmaße aus dem Bereiche der Gesundheitsbreite herausfallen. Bayerthal hat sich bemüht, bei Schülern die Beziehungen zwischen Begabung und Schädelumfang festzustellen. Er fand, daß sich unter den 7jährigen Knaben mit einem Schädelumfang über 50 cm 8% als „sehr gut" und 9,5% als „ungenügend" bezeichnete Schüler befanden, unter denen mit 50 cm Umfang entsprechend 4% und 15,5%, endlich unter denen mit weniger als 50 cm Umfang 0 bzw. 12%. Auch bei großen Schädeln kann demnach die Begabung ungenügend sein, dagegen bei kleinen nicht sehr gut. Stelzner konnte diese Erfahrungen nicht bestätigen, und auch Henneberg fand bei Hilfsschülern keinen regelmäßigen Zusammenhang zwischen Kopfgröße und Verstandesleistungen. Immerhin zeigte sich, daß die Schädelumfänge seiner Hilfsschüler im Durchschnitte um 1 cm und mehr hinter der Norm

[1]) Kellner, Allg. Zeitschr. f. Psych. LVIII, 61; Büttner, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns V, 165.

zurückblieben. Es ist aber auch darauf hinzuweisen, daß gerade bei Schwachsinnigen solche Regelmäßigkeiten, deren Bestehen innerhalb gewisser Grenzen doch recht wahrscheinlich ist, durch die Häufigkeit schädelvergrößernder Krankheitsvorgänge leicht verwischt werden können. Durchmustert man eine größere Zahl krankhaft veränderter Schädel, so stellt sich in der Tat als besonders auffallend das häufige Vorkommen übermäßig kleiner und übermäßig großer Umfänge heraus; die Abweichungen vom Durchschnitte liegen nach beiden Seiten. Allerdings haben sie eine ganz verschiedene Bedeutung; hier fordert der naheliegende Umstand Berücksichtigung, daß die Art des Schädelinhalts wichtiger ist, als dessen Ausmaß.

Diesen Erfahrungen entsprechen die von Vogt gesammelten Beobachtungen über Hirngewichte[1]). Er fand, daß bei Idioten und Imbezillen die Streuung der Zahlen verhältnismäßig groß ist. Die ganz überwiegende Mehrzahl der Hirngewichte blieb unter dem Durchschnitt, ein Zehntel sogar unter 1000 g, was bei geistig gesunden Erwachsenen niemals vorkommt; eine kleine Zahl hatte auffallend schwere Gehirne.

Außerordentlich häufig sind Asymmetrien des Schädels, sowohl im Gesichtsskelett wie in der Wölbung (Schiefschädel, Plagiocephalie). Sie weisen auf Wachstumsstörungen der Knochen hin, gestatten aber an sich keine Schlüsse auf die Ausbildung des Gehirns. Wenn auch im allgemeinen die Form des Schädels derjenigen der unter ihr liegenden Hirnteile entsprechen dürfte, so bildet doch schon die wechselnde Dicke der Schädelknochen eine gewisse Fehlerquelle für die Beurteilung; Verkümmerung einzelner Hirnteile kann durch ausgleichende Verdickung des Knochens verdeckt werden und umgekehrt. Vor allem aber können sich, wie Gudden gezeigt hat, beim Ausfall an einer Stelle weitgehende Verschiebungen und Formveränderungen des Gehirns vollziehen, die es sehr erschweren, engere Beziehungen zwischen Schädelverbildungen und der Größe bestimmter Hirnabschnitte aufzufinden. Immerhin darf man annehmen, daß der Wachstumsdruck der einzelnen Hirnteile, mag er auch wegen der Nachgiebigkeit der Gewebe und der Einbettung in die ausgleichende Flüssigkeit

[1]) Vogt, Monatsschr. f. Psych. XX, 424.

keine sehr großen örtlichen Unterschiede aufweisen, bis zu einem gewissen Grade die Ausdehnung des Schädels an diesem oder jenem Punkte zu beeinflussen vermag. Namentlich werden umfangreichere Verkümmerungen Abflachung der entsprechenden Schädelgegend nach sich ziehen können.

Allgemeine Abnahme des Druckes im Schädel führt zu frühzeitigem Aufhören des Knochenwachstums. Der Schädel bleibt

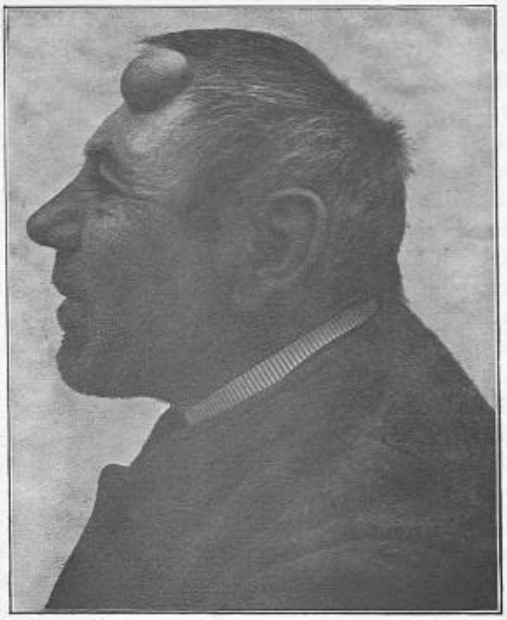


Fig. 297. Mikrocephalie.

klein, mikrocephalisch, wenn das Gehirn klein und unentwickelt ist. Andererseits sehen wir den Schädel sich übermäßig vergrößern, wenn sein wachsender Inhalt ihn auseinanderdrängt. In geringerem Grade geschieht das bei der einfachen Makrocephalie, bei der ein ungewöhnlich großes, krankhaft verändertes Gehirn den Schädel nach allen Seiten gleichmäßig ausdehnt („Kephalonen"). Demgegenüber bewirkt die Flüssigkeitsansammlung bei der Hydro-

cephalie mehr eine Ausbuchtung der oberen Schädelpartien, die ganz ungeheuerliche Grade erreichen kann.

Sehr viel unklarer ist das Zustandekommen der recht häufigen Verschiebungen der Schädelform, bei denen einzelne Teile übermäßig ausgebildet sind, andere ganz zurücktreten. Hierher gehört der Turmschädel (Pyrgocephalie) mit Verkürzung des Längendurchmessers, Erhöhung des Scheitels sowie steilem Abfall der Stirn



Fig. 298. Makrocephalie.

und des Hinterhauptes, der Sattelkopf (Klinocephalie) mit Einziehung der Kranznaht und Vorquellen der Stirn- und Hinterhauptsgegend, der Spitzkopf (Oxycephalie) mit zurückweichender Stirn und starkem Vorspringen der Gegend der großen Fontanelle, der Kielkopf (Skaphocephalie) mit flachen Seitenwandbeinen und dachartig abfallender Scheitelhöhe, endlich die breiten, niedrigen Schädel, die sich besonders häufig bei epileptoider Veranlagung zu finden scheinen. Durch die verschiedene Ausprägung und Ausdeh-

nung dieser und anderer Schädelverbildungen wie durch ihre Verbindung miteinander entsteht eine große Mannigfaltigkeit von Formen, von denen die Figuren 297—302 Beispiele geben mögen. Eine Mikrocephalie mit ganz flachem Hinterhaupt, die noch durch eine Balggeschwulst an der Stirn verziert wird, zeigt Fig. 297, eine Makrocephalie Fig. 298, die hydrocephale Schädelbildung mit



Fig. 299. Hydrocephalie.

Ausbuchtung der Wölbung nach oben und besonders nach der Scheitelgegend Fig. 299; man erkennt hier im Gegensatz zu dem vorigen Bilde das Mißverhältnis zwischen Hirn- und Gesichtsschädel. Fig. 300 gibt einen Turmschädel wieder, Fig. 301 einen Spitzschädel, Fig. 302 einen Kielkopf, dessen Eigentümlichkeit namentlich durch den Vergleich mit den Figuren 298 und 299 deutlich wird; er zeigt zugleich deutliche Schiefheit. Ein Sattelkopf findet sich späterhin in Fig. 358 abgebildet.

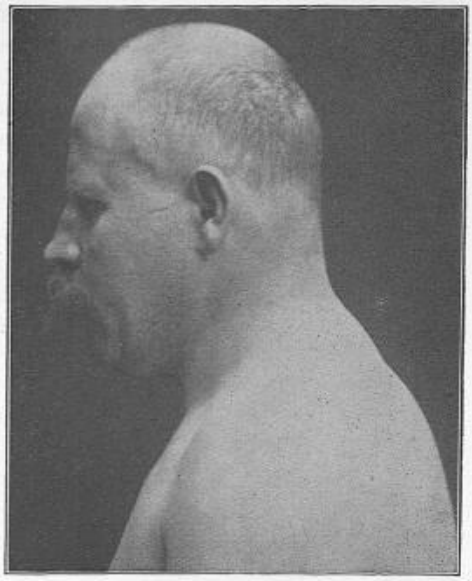


Fig. 300. Turmschädel.

Bei den Schädelverschiebungen haben wir es in der Regel offenbar mit Behinderungen des Wachstums an einer Stelle, mit Ausgleichsvorgängen nach anderen Richtungen zu tun. Es läßt sich aber schwer entscheiden, wie weit dabei umschriebene Entwicklungshemmungen des Gehirns durch örtliche Herabsetzung des Wachstumsdruckes und dadurch bedingten Stillstand der Knochenbildung in Betracht kommen, und wie weit es sich um krankhafte Vorgänge am Knochen selbst handelt, um Anlagefehler, Gefäßerkrankungen, Entzündungen. Wo, wie beim Sattelkopf, die Einengung sich auf den Bereich einer ganz bestimmten Naht beschränkt, und zudem ein starker Ausgleich nach anderer Richtung erkennbar ist, wird die Annahme einer örtlichen Wachstumsstörung am Schädelknochen nahe liegen. Dagegen wird man bei ausgebreiteteren Schädelverschiebungen vielleicht mehr an ursächliche Entwicklungshemmungen entsprechender Hirnteile denken dürfen. Im ersteren Falle lassen sich erheblichere Beeinträchtigungen des Seelenlebens allgemein kaum erwarten, da das wachsende Gehirn in hohem Grade die Fähigkeit besitzt, sich durch Verschiebungen den veränderten Raumverhältnissen anzupassen. Aber auch dort, wo wirk-



Fig. 301. Spitzschädel.

lich Verkümmerungen bestimmter Hirnteile die Schädelverbildungen hervorgerufen haben, müssen sie durchaus nicht immer klinisch nachweisbare Beeinträchtigungen der seelischen Leistungen bedingen. Wenn es sich dabei auch in erster Linie immer um Rindenbezirke handeln wird, so ist doch beim wachsenden Gehirn anscheinend in weitem Umfange ein Ausgleich durch stärkere Entwicklung anderer Partien möglich, denen durch die Ausschaltung jener ersteren freier Raum geschaffen wird. Man wird unter diesen Umständen selbst aus sehr auffallenden Abweichungen der Schädelform nicht ohne weiteres auf eine Beeinträchtigung des Seelenlebens schließen dürfen.



Fig. 302. Kielkopf.

Aus gewissen Verbildungen des Schädels können wir, wie es scheint, Anhaltspunkte für die nähere Bestimmung der ursächlichen Krankheitsvorgänge entnehmen. Die Rachitis erzeugt große, massige, wegen ihrer Weichheit von unten her eingetriebene, hinten abgeflachte Schädel, die mit den breit ausladenden Scheitelhöckern an hydrocephalische Formen erinnern können. Abgesehen indessen davon, daß sich die Vergrößerung immer nur in mäßigen Grenzen hält, fehlt in der Regel die für die Hydrocephalie kennzeichnende Vorwölbung der Stirn. Auch ist die Kopfform nicht rundlich, ballonartig wie dort, sondern mehr eckig oder birnförmig; der Umriß gleicht bei der Ansicht von oben einem Rhombus. Einen solchen rachitischen Schädel zeigt die Fig. 303. Auch der Erbsyphilis schreibt man, wie schon früher erwähnt, die Hervorbringung gewisser Schädelverbildungen zu. Dahin gehört einmal der „natiforme" Schädel mit eingezogener Kranz- und Pfeilnaht, dann aber namentlich die „olympische Stirn", das umschriebene Vorspringen der beiden Stirnhöcker ohne allgemeine Schädelvergrößerung. Diese Schädelformen gestatten, wenn sie sich auch

häufiger bei unseren Kranken finden, natürlich von vornherein ebenfalls keinen Schluß auf deren Geisteszustand.

Noch lockerer, als bei den Verbildungen des Hirnschädels, sind natürlich die Beziehungen zwischen den Wachstumsstörungen am Gesichtsschädel und dem Seelenleben der Kranken. In der Hauptsache dürfte es sich hier um Wirkungen der Rachitis oder der Lues, seltener um Anlagefehler handeln, die unter die Entartungszeichen zu rechnen wären. Die Zahnentwicklung ist nicht selten verspätet, nach Leys Angaben bei 23,2% der Hilfsschüler; die Zahnstellung ist unregelmäßig, nach Hennebergs Beobachtungen bei einem Drittel derartiger Kinder. Vor- oder Zurückstehen des Unterkiefers, Vorspringen der Zähne, schiefer oder offener Biß, die bei Gesunden in etwa 2—3% der Fälle beobachtet werden, sollen, wie Zižka berichtet, bei Schwachsinnigen und Idioten in 23% vorkommen. Schmelzdefekte verschiedenen Grades, Furchen, Grübchen, Rinnen, Verlust der Kronenoberfläche konnte derselbe Beobachter bei geistig Gesunden in 15%, bei Kranken in 47,4% der Fälle nachweisen; Karies fand sich in 98%, stark ausgesprochen in 75%. Auch Henneberg berichtet, daß etwa die Hälfte seiner Hilfsschüler ein schlechtes Gebiß hatten. Die Figuren 304 und 305 geben verschiedene Grade rachitischer Zahnveränderungen wieder, Einschmelzung der Zahnschneiden, zum Teil bis auf kleine, warzenartige Höcker, Zähnelung und Untergang durch Karies. Hier und da begegnen uns auch Hutchinsonsche

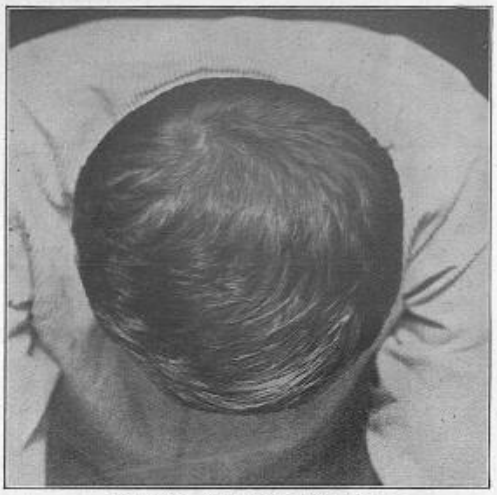


Fig. 303. Rachitischer Schädel.

Zähne, die dann, wie es scheint, ziemlich sicher den Schluß auf Erblues zulassen.

Bei einem großen Bruchteil unserer Kranken finden sich Mängel der Sinnesorgane. Sie sind entweder der Ausdruck von Entwicklungsstörungen oder, weit häufiger, von Krankheitsvorgängen,



Fig. 304. Rachitisches Gebiß I.

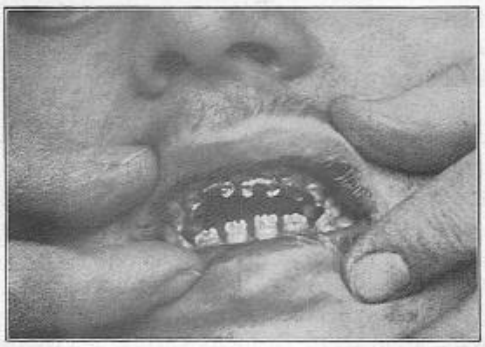


Fig. 305. Rachitisches Gebiß II.

die unter Umständen auch das Gehirn in Mitleidenschaft ziehen. In der Regel aber bedeuten sie außerdem eine höchst ungünstige Vermehrung der Schwierigkeiten, die sich ohnedies den belehrenden und erziehenden Einwirkungen bei mangelhafter Verstandesanlage entgegenstellen. Ulbrich[1]) fand bei 128 Idioten von 6 bis

[1]) Ulbrich, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns II, 345.

18 Jahren 28 mal Bildungsfehler der Augen, besonders Hyperopie, und 56 mal erworbene Veränderungen. Unter den letzteren war 8mal Chorioiditis, ebensooft Hornhauttrübung, ferner 9mal Strabismus und 5mal Nystagmus vertreten. Ebenso beobachtete Schleich bei Idioten in 6,4% Strabismus, in 3,2% Nystagmus, in 5% Hornhauttrübungen; nur 20,7% waren als emmetrop zu beobachten. Ley stellte bei 76 Hilfsschülern in 34,2% Herabsetzung der Sehschärfe fest, bei 38,1% Hypermetropie, bei 2,6% Myopie, bei 11,8% Astigmatismus; dazu kam in 9,2% Hornhauttrübung, in 2,6% Sehnervenschwund, in 10,5% Strabismus, in 5,2% Nystagmus. Schlesinger beobachtete bei 14% der Hilfsschüler Reste von Keratitis und Konjunktivitis, bei 6,5% Schielen und bei 14% erhebliche Herabsetzung der Sehschärfe, während Leubuscher 8,5% hochgradig kurzsichtig, 29,8% schwachsichtig fand. Gelpke berichtet, daß nur 27,5% der von ihm untersuchten Schwachsinnigen tadellose Augen besaßen; Weygandt gibt an, daß 7—8% der Idioten blind seien. Den Farbensinn fand Ley unter 110 Fällen 23mal mangelhaft, Gelpke nur bei 44,5% der Schwachbegabten völlig normal. Es handelt sich jedoch dabei, wie Henneberg und Schlesinger betonen, nicht um wirkliche Farbenblindheit, sondern um die Unfähigkeit, die Farben richtig zu benennen. Schlesinger beobachtete diese bei 52% seiner Hilfsschüler, aber nur bei 5% Farbenblindheit. Schwarz, dann rot wird, wie Ulbrich mitteilt, zuerst richtig bezeichnet.

Sehr zahlreich sind die Mitteilungen über Ohrenleiden bei unseren Kranken. Wanner hat sogar die Ansicht ausgesprochen, daß ein erheblicher Teil der für schwachsinnig gehaltenen Kinder in Wirklichkeit nur schwerhörig sei. Er fand bei 69,1% schwachsinniger Schüler das Gehör beeinträchtigende Störungen, am häufigsten Tubenkatarrh, dann Ohrenschmalzpfröpfe, eitrige Mittelohrentzündungen oder deren Folgen; 35,9% bezeichnet er als hochgradig schwerhörig; davon litten noch über ein Drittel an erheblichen Sehstörungen. Wenn diese Angaben auch von anderen Untersuchern nicht bestätigt werden konnten, so fand doch auch Retjö[1]) das Gehör bei 30% der von ihm untersuchten Hilfsschüler geschwächt, bei 8,5% auf beiden Ohren stark herabgesetzt. Hartmann beob-

[1]) Retjö, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns IV, 200.

achtete, ebenfalls unter Hilfsschülern, 20% Schwerhörige; ähnliche Ergebnisse hatte Nadoleczny. Henneberg fand unter 452 Hilfsschülern 40 Schwerhörige, während Ley unter ähnlichen Verhältnissen in 16% das Gehör als mittelmäßig, in 4% als sehr schlecht bezeichnen mußte. Schlesinger stellte bei einem Viertel der Kinder gegenüber 5% in der Normalklasse Herabsetzung des Hörvermögens fest, die in 3,6% der Taubheit nahe kam; bei 33% bestanden Mittelohrerkrankungen. Leubuscher betrachtet sogar 66% als schwerhörig, Büttner nur 7,7%. Brühl beobachtete bei über 14% der Idioten in Dalldorf Ohreneiterungen oder deren Folgezustände. Marie gibt an, daß bei manchen Kranken Lücken in der Reihe der Tonwahrnehmungen, gewissermaßen Tonskotome, nachweisbar seien. Die große Bedeutung der Gehörsstörungen für die geistige Ausbildung der Kinder liegt auf der Hand. Es ist aber auch daran zu denken, daß die gleiche Ursache sowohl Taubheit wie Schwachsinn erzeugen kann. Treitel erklärt, daß von 43 Taubstummen seiner Beobachtung sieben schwachsinnig waren, und auch nach den Ausweisen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes erwiesen sich über 6% der Taubstummen in Deutschland als schwachsinnig. Koller meint sogar, daß unter den von ihm untersuchten Taubstummen nur die Hälfte nicht schwachsinnig und nur ein Drittel normal begabt sei.

Allgemeine Übereinstimmung herrscht unter den Untersuchern über die Häufigkeit adenoider Wucherungen bei unseren Kranken. Sie können der Ausdruck einer Veranlagung sein, die das Auftreten seelischer Verkümmerungen begünstigt, und sie üben andererseits, besonders durch Vermittlung von Gehörleiden, einen üblen Einfluß auf die geistige Entwicklung aus. Im einzelnen gehen freilich die mitgeteilten Zahlen erheblich auseinander, was angesichts der Verschiedenheit der Kranken wie bei dem Fehlen eines einheitlichen Maßstabes nicht verwunderlich erscheint. Bei Hilfsschülern fanden adenoide Wucherungen Ley in 14—15%, Henneberg in 20%, Wanner in 40,7%, Retjö in 50%, Burger in 63,7%; Brühl sah sie bei Idioten in 75%. Leubuscher beobachtete Nasenrachenerkrankungen bei 37% seiner Hilfsschüler, Schlesinger gestörte Nasenatmung bei 49%, Vergrößerung der Mandeln bei 42%. Sehr bemerkenswert ist die Feststellung von Koller, der unter 427 geistig Gebrechlichen 84 Schwerhörige und 3 Taube auf-

fand, daß von den 119 deutlich sprechenden Kranken nur 21 (18%) den Mund offen hielten, unter 258 undeutlich sprechenden aber 129 (50%). Daraus geht die große Bedeutung der freien Nasenatmung für die Entwicklung der Lautsprache klar hervor.

Eine weitere Gruppe von körperlichen Störungen haben wir als Teilerscheinungen der Krankheitsvorgänge zu betrachten, die auch das Gehirn schädigten und so die seelische Verkümmerung bedingten. Manche derselben, den Strabismus, den Nystagmus, den Sehnervenschwund, haben wir bereits erwähnt. Sie können durch meningitische oder hydrocephalische Erkrankungen bedingt sein; der Strabismus stellt wohl öfters ein Überbleibsel aus der Säuglingszeit dar, in der die Beherrschung der Augenbewegungen noch mangelhaft ist. Auf Herderkrankungen im Gehirn weisen die nicht seltenen Lähmungen hin, die in der Regel spastischer Art sind. Gelpke fand sie bei 17,1% der von ihm untersuchten Idioten, Bourneville bei 228 idiotischen Knaben 38 mal, bei 336 Mädchen 13 mal. Meist handelt es sich um Hemiplegien, seltener um Diplegien. Die Sehnenreflexe pflegen, wenn ihre Auslösung nicht durch starke Spannungen beeinträchtigt wird, gesteigert zu sein; weit seltener sind sie abgeschwächt. Öfters findet sich Fußklonus, gelegentlich auch Babinskis Zeichen. Eine kleine Gruppe von Fällen zeigt brettartige Steifigkeit des ganzen Körpers ohne Lähmung. In anderen Fällen besteht Hypotonie mit auffallender Schlaffheit der Gelenke, so daß man die Finger bis zum Handrücken umbiegen, die Beine in die wunderlichsten Stellungen bringen kann. Bisweilen beobachtet man, besonders in gelähmten Gliedern, Zittern, choreatische, athetotische Bewegungen. Sehr häufig sind epileptiforme Anfälle; Wildermuth beobachtete sie bei etwa 30% der Kranken. Abgesehen davon, daß ein erheblicher Bruchteil der Kranken in den ersten Lebensjahren an „Zahnkrämpfen" leidet, können die Anfälle auch dauernd fortbestehen, sei es als herdartige Rindenepilepsie, sei es in Form von allgemeinen Krämpfen oder von vorübergehendem Bewußtseinsverlust mit oder ohne Reizerscheinungen.

Endlich haben wir noch solcher Krankheitszeichen zu gedenken, die uns allgemeine Fingerzeige für die Beurteilung des Zustandes geben können, obgleich sie in keiner unmittelbaren Beziehung zu dem Hirnleiden stehen. Hier wären zunächst die schon an verschie-

denen Stellen erwähnten Zeichen der Erbsyphilis zu nennen, denen außer Hautnarben, Knochenerkrankungen, Ozäna etwa noch die Wassermannsche Reaktion im Blute, unter Umständen auch in der Spinalflüssigkeit, und die Zellvermehrung in letzterer anzureihen wäre. Recht häufig finden sich rachitische Veränderungen, über deren Beziehungen zur seelischen Verkümmerung sich allerdings noch nicht viel sagen läßt. Außer der schon besprochenen rachitischen Schädelform kommen nach Renoults Ausführungen der eckige Unterkiefer mit steilem Gaumen und gedrängter Zahnreihe, Prognathie der oberen Zahnreihe, Oberbiß und furchenartiger Abgrenzung der Alveolarfortsätze in Betracht, ferner Verkrümmungen der Schlüsselbeine, des Beckens, des Brustbeins, der Röhrenknochen, Auftreibung der Epiphysen und der Rippenenden, genu valgum oder varum, endlich Skoliosen, die Ley bei Hilfsschülern in 3%, Henneberg in 8,6% und Schlesinger in 24% beobachtete, gegenüber 5% bei den übrigen Schülern. Ganz unsicher ist noch die Deutung der von Graves beschriebenen „Scapula scaphoidea", der konkaven Ausbuchtung des inneren Schulterblattrandes, die Kellner bei 126 Idioten 86 mal, Dräseke bei 300 Hilfsschülern in 30% beobachtete. Nach der Meinung von Graves, dem sich Kollert anschließt, soll sie auf eine Lues der Eltern oder Voreltern hindeuten, während Kellner und Dräseke sie als den Ausdruck sehr verschiedenartiger Entwicklungsschädigungen betrachten. Der Nachweis von Neurofibromen wie des Adenoma sebaceum kann das Bestehen verwandter Mißbildungen im Gehirn wahrscheinlich machen; ähnliche Schlüsse lassen sich unter Umständen aus den Anzeichen angeborener Herz- und Nierengeschwülste ziehen. —

Idiotie, Imbezillität, Debilität. Die unübersehbare Mannigfaltigkeit der klinischen Bilder, die sich aus den geschilderten Einzelstörungen zusammensetzen, macht eine Zerlegung der Oligophrenien in einzelne Gruppen notwendig. Die natürlichste und auf die Dauer einzig brauchbare Einteilung würde sich an die verschiedenartigen Krankheitsvorgänge halten müssen, die eine mehr oder weniger hochgradige seelische Verkümmerung erzeugen können. Die Anhaltspunkte, die wir für eine derartige Gruppierung des Stoffes heute schon besitzen, sollen später besprochen werden. Da sie für eine vollständige Aufteilung des ganzen Gebietes längst nicht ausreichen, zwingt uns das praktische Bedürfnis, uns zunächst

mit einer anderen Anordnung der klinischen Erfahrungen zu beschäftigen, die bisher allgemein benutzt zu werden pflegt. Sie berücksichtigt die verschiedenen Grade der Beeinträchtigung, die das Seelenleben aufweist, und kommt so zu einer Reihe von Abstufungen der geistigen Schwäche, die als Idiotie, Imbezillität und Debilität voneinander abgetrennt werden.

Die Grenzbestimmung dieser drei großen, in sich natürlich durchaus nicht einheitlichen Formenkreise ist ganz willkürlich. Als einigermaßen verwertbaren Maßstab hat Wildermuth den Vergleich der krankhaften Zustände mit den kindlichen Entwicklungsstufen vorgeschlagen, die sich nach den einzelnen Lebensjahren leidlich gut kennzeichnen lassen. Allerdings ist ein solcher Vergleich nur mit vielen Vorbehalten durchführbar. Es handelt sich bei den seelischen Verkümmerungen keineswegs einfach um ein allgemeines Zurückbleiben der Entwicklung um so und so viele Altersstufen. Ganz abgesehen davon, daß durch die Krankheitsvorgänge eine Reihe von Störungen hervorgerufen werden können, die dem gesunden Leben völlig fremd sind, ist auch die Entwicklungshemmung oft genug eine ungleichmäßige. Einzelne Fähigkeiten können ungemein schwer, andere wenig oder gar nicht geschädigt sein, so daß nicht nur ein verkleinertes, sondern ein stark verzerrtes Bild des gesunden Seelenlebens auf einer gewissen Altersstufe entsteht. Weiterhin aber können die durch das ursächliche Leiden bedingten Ausfälle auch ausgleichende Verschiebungen im seelischen Getriebe nach sich ziehen. Mängel können durch die Ausbildung sonst unbenutzter Hilfsmittel verdeckt werden; einseitige Begabungen, die gegenüber wertvolleren Entwicklungsmöglichkeiten in den Hintergrund gedrängt worden wären, können wuchern. Endlich darf nicht außer acht gelassen werden, daß ein erwachsener Schwachsinniger, wenn schon ein Kind, so doch ein altes Kind ist. Die natürlichen Wandlungen, die der Lebensfortschritt mit sich bringt, haben sich, bald deutlicher, bald schwächer, auch bei ihm vollzogen und ihn dem Kinde unähnlich gemacht. Namentlich die Einflüsse der Geschlechtsreifung sind hier zu betonen. Dazu kommen aber die in der längeren Lebenszeit gewonnenen Erfahrungen, mögen sie auch noch so dürftig sein. Der Schwachsinnige hat unter allen Umständen in 30 oder 40 Jahren eine große Zahl von inneren und äußeren Erlebnissen durchgemacht, die dem etwa auf gleicher

Verstandesstufe stehenden sieben- oder achtjährigen Kinde noch fremd sind.

Trotz aller dieser Bedenken, die nur vor einer unbekümmerten Gleichstellung des Schwachsinnigen mit dem Kinde warnen sollen, hat sich die Anlehnung an die Altersstufen des Gesunden doch im allgemeinen als brauchbar für die Einteilung der Oligophrenien erwiesen. Freilich wird die Festsetzung der einzelnen Stufen willkürlich sein. Binet und Simon, die dem Auftreten der Sprache besondere Bedeutung beilegen, vergleichen die Idioten den Kindern bis zu zwei Jahren, die Imbezillen denjenigen bis zu sieben Jahren. Weygandt bezeichnet als Idioten die Kranken, bei denen höchstens Anfänge von Sprachbildung und Verständigungsmöglichkeit erreicht werden, aber von einer Unterrichtsfähigkeit nicht die Rede ist. Er stellt sie den Kindern vor dem vollendeten 7. Lebensjahre gleich, unterscheidet dann aber noch eine Gruppe von bildungsunfähigen Idioten, deren Verstandesleistungen nicht über die Säuglingsstufe hinausreichen. Die Imbezillen besitzen zwar eine gewisse Unterrichtsfähigkeit, erreichen aber keine normale Reife und vermögen ihren Unterhalt nicht selbst zu erwerben; sie entsprechen der Stufe zwischen dem 7. und dem 16. Jahre. Endlich vermögen die Debilen sich wohl eine Volksschulbildung anzueignen, bleiben aber unselbständig und unfähig zu richtiger Verwertung des Gelernten. Sie stehen etwa auf der geistigen Höhe der 16—21Jährigen.

Mir scheint die Grenze der Idiotie von Binet zu eng und von Weygandt etwas zu weit gezogen zu sein, wenn man sie mit den geläufigen Diagnosen in Einklang bringen will. Allgemein werden auch noch solche geistig tiefstehende Kranke als Idioten bezeichnet, die über eine gewisse Sprachfähigkeit verfügen. Die entscheidenden Entwicklungsabschnitte scheinen mir neben dem Einsetzen der Sprache der Beginn der Schulfähigkeit, der Anfang und das Ende der Geschlechtsentwicklung zu sein, also etwa die Stufen von 1 Jahre, 6 Jahren, 14 und 18 Jahren. Die ersten beiden wären, ähnlich wie es Weygandt vorschlägt, als schwere und leichte Idiotie, die dritte als Imbezillität und die vierte als Debilität zu bezeichnen. Die Entwicklung vom 18. Jahre bis zur vollen Reife umfaßt, wie mir scheint, schon in der Gesundheitsbreite so große persönliche Unterschiede, daß sie als Maßstab für krankhafte Abweichungen kaum brauchbar ist. Natürlich enthält jede dieser

Hauptgruppen wieder eine lange Reihe von Unterformen und feineren Abstufungen, so daß sich eine einheitliche Darstellung nur unter Vernachlässigung der auseinanderweichenden Einzelfälle geben läßt.

Die niedersten Formen der Idiotie sind durch das völlige Darniederliegen aller geistigen Regungen gekennzeichnet. Die Aufmerksamkeit der Kranken kann gar nicht oder nur ganz vorübergehend erregt werden. Sie blicken nicht nach bewegten Gegenständen, horchen nicht nach dem Ton der Glocke, weichen nicht aus, wenn man sie mit der Nadel bedroht oder ein Streichholz ihrem Gesichte nähert, lassen sich immer wieder stechen, auch wenn sie bei jedem Stiche, nach meßbarer Pause, in klägliches Weinen ausbrechen und die getroffene Stelle reiben. Nach vorgehaltenem Spielzeug greifen sie nicht, lassen es fallen, wenn man es ihnen in die Hand drückt, halten es nicht fest, wenn man es ihnen entzieht. Für die Personen ihrer Umgebung zeigen sie keine Anhänglichkeit, haben auch keine Scheu vor Fremden, verraten überhaupt kaum Gemütsbewegungen, lachen und weinen nicht, melden sich nicht bei Verunreinigungen, doch kommt es gelegentlich zu heftigen Zornanfällen mit sinnlosem Schreien, Umsichschlagen und Beißen. Der Gesichtsausdruck bleibt leer und stumpf. Der bei Kindern sonst so lebhafte Nachahmungstrieb fehlt, ebenso der Spieltrieb. Manchmal läßt sich eine gewisse Freude an der Musik feststellen; die Kranken horchen auf und werden still, wenn man ihnen vorsingt oder vorspielt, suchen auch wohl das Gehörte nachzuahmen, zeigen Ungeduld, wenn die Musik aufhört. Die Kinder können lange Zeit nicht sitzen, den Kopf nicht halten, hängen wie ein schlaffes Bündel vom Arme, wenn sie aufgenommen werden. Das Gehen wird spät und unvollkommen erlernt; die Bewegungen sind ungeschickt, zappelig, fahrig. Fast regelmäßig schieben sich zeitweise in dieser oder jener Form die früher beschriebenen rhythmischen Bewegungsreihen ein. Manche Kranke sind dauernd erregt, zupfen, zappeln, brüllen, stampfen, hüpfen herum, schneiden Gesichter, rutschen durch das Zimmer. Bisweilen zerknabbern und zerzupfen die Kranken, was ihnen in die Hände fällt, auch ihre eigenen Finger; sie sind ständig unrein, schmieren, lassen den Speichel aus dem Munde fließen. Hier und da macht sich schon früh geschlechtliche Erregung in hartnäckigem Herumspielen an den Genitalien geltend.

Das Sprachverständnis fehlt ganz oder ist nur in Andeutungen vorhanden; vielleicht werden manchmal einfache Aufforderungen befolgt. Die Lautsprache verfügt höchstens über einzelne, nur dem Eingeweihten verständliche Wörter. Die Figuren 306 und 307 geben zwei Beispiele solcher tiefstehenden Idioten ohne jede Spur von Sprachverständnis. Der erstere Kranke, der eifrigst auf seinen Fingern saugt, zeigt mikrocephale Schädelbildung, während der zweite, der dauernd erregt war, eher einen zu großen Schädel aufweist.

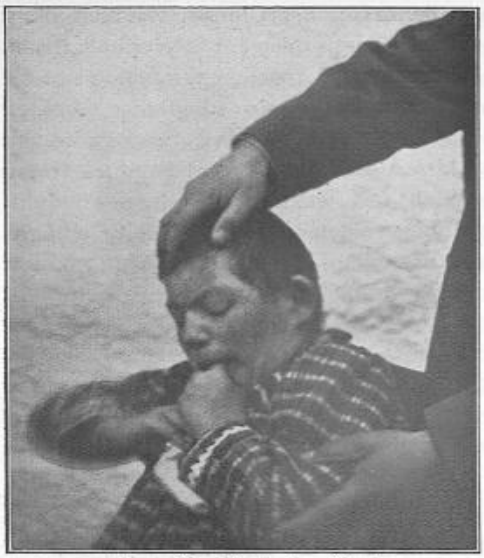


Fig. 306. Idiotisches Kind.

Bei den leichteren Graden der Idiotie bestehen schon etwas ausgedehntere, wenn auch immer noch sehr dürftige geistige Beziehungen zur Außenwelt; dagegen fehlt den Kranken die Fähigkeit zum Erwerben schulmäßiger Kenntnisse. Man kann sich zwar unschwer mit ihnen in Beziehung setzen, aber sie sind unaufmerksam, zerstreut, ablenkbar. Sie fassen einfache Fragen auf, befolgen Aufforderungen, benennen alltägliche Gegenstände richtig, erkennen sie auf Abbildungen wieder, vermögen ihre Körperteile aufzuzeigen, unterscheiden rechts und links. Allein sie wissen ihr Alter nicht, haben keine Kenntnis von Zeitgrößen, der Einteilung des Jahres, können die Uhr nicht ablesen. Von Schulkenntnissen sind ihnen höchstens die ersten Glieder der Zahlenreihe und Bruchstücke von Gebeten oder Verschen geläufig. Beim Rechnen pflegen sie zu versagen, bringen wahllos ganz unsinnige Zahlen vor. Die gebräuchlichsten Geldstücke kennen sie vielleicht, können sie aber nicht zusammenzählen. Im Lesen und Schreiben kommen sie nicht über die

kümmerlichsten Anfänge hinaus, buchstabieren stockend oder malen mit ungeschickter Hand einzelne Buchstaben, allenfalls ihren Namen. Ihr Vorstellungsschatz ist äußerst ärmlich; sie verstehen nur Reden in einfachster Fassung und vermögen längeren Sätzen nicht zu folgen; ihre eigenen Äußerungen sind vielfach unklar und verworren. In der Schule zeigen sie sich gänzlich unfähig, begreifen die Aufgaben nicht, ermüden rasch, wiederholen die an sie gerichteten Fragen, geben immer die gleichen, nichtssagenden Antworten. Ihre Mängel empfinden sie nicht schwer; er sei nicht schwachsinnig, meinte ein Kranker, aber er sei neugierig, ob er nervenkrank sei.

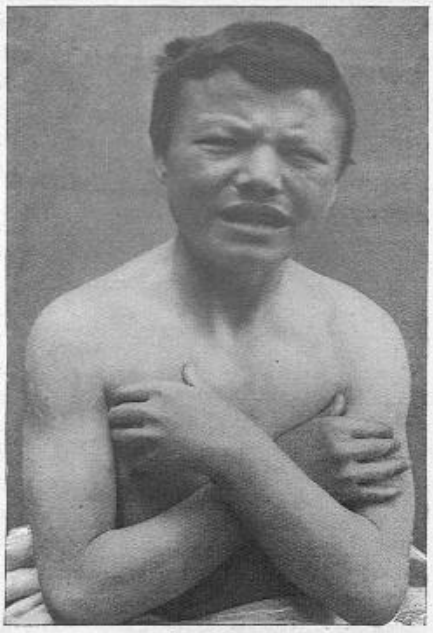


Fig. 307. Tiefstehender Idiot.

Die Stimmungslage der Kranken ist vorwiegend heiter und vergnügt, zum Lachen geneigt, nur vorübergehend ängstlich oder weinerlich. Sie sind meist gutmütig, zutraulich, seltener eigensinnig, ungebärdig, streitsüchtig und reizbar, namentlich unter Alkoholeinfluß. Die gemütlichen Beziehungen zur Umgebung sind oberflächlich; die Kranken werden durch deren Schicksale kaum berührt, machen sich keine Sorgen und keine Vorwürfe. Das Geschlechtsleben ist meist unentwickelt, doch kommt es hier und da zu unsittlichen Betastungen bei Kindern. Ein Kranker, der nach reichlichem Alkoholgenusse bei einem Wallach beischlafähnliche Handlungen ausgeführt hatte, entschuldigte sich damit, daß er keinen Verkehr mit Frauenzimmern habe, weil es ihn nicht freue und die Mutter es nicht haben wolle. Zu aller Arbeit, „wo

Verstand nötig ist", erweisen sich die Kranken unfähig, sind wenig anstellig, langsam, lernen aber mit praktischen Gebrauchsgegenständen umgehen, sind öfters in einfachen Verrichtungen nicht ungeschickt, machen kleine Handarbeiten, helfen in der Landwirtschaft mit. Sie bedürfen indessen überall der Anleitung und Führung, betreiben alles spielerisch, planlos, ohne Ausdauer und Verantwortungsgefühl, lassen sich leicht lenken und verführen, geraten ins Streunen. Die Sprache ist in der Regel undeutlich, stammelnd, mit verstümmelten und selbstgebildeten Wörtern durchsetzt, bewegt sich in Bruchstücken ohne Satzbildung. Meist macht sich der geistige Tiefstand auch schon in dem blöden Gesichtsausdrucke, dem kindischen Benehmen, dem grinsenden Lachen bemerkbar; als Beleg dafür mag die Fig. 308 dienen.



Fig. 308. Idiotie leichteren Grades.

Die zweite große Hauptgruppe der früh erworbenen Schwachsinnszustände, die Imbezillität[1]), umfaßt diejenigen Kranken, die sich wohl ein gewisses Maß von einfachen Kenntnissen anzueignen vermögen, aber wegen ihrer Verstandesmängel unfähig sind, eine selbständige Berufstätigkeit auszuüben. Die Kranken gelangen zwar in die Schule, fallen aber sehr bald durch die Langsamkeit und Schwerfälligkeit ihrer Auffassung, ihr geringes Begriffsvermögen, ihr schwaches Gedächtnis und ihre Gleichgültigkeit auf, so daß sie entweder in Hilfsklassen und Sonderanstalten abgeschoben werden oder ihre Schulzeit auf den untersten Stufen absitzen. Sie können dem Unterrichte nicht folgen, passen nicht auf, begreifen nichts, sind „gedankenschwach", können sich nichts merken und vergessen

[1]) Möli, Deutsche Klinik von Leyden-Klemperer VI, 317.

das Eingedrillte schon nach kurzer Zeit wieder. Oft stören sie auch ihre Mitschüler durch ihre Unruhe, ihr kindisches Lachen und werden zur Zielscheibe des allgemeinen Spottes. Ihr Wissen bleibt daher ganz unzulängliches Stückwerk. Sie kommen nicht über die Anfangsgründe des Rechnens hinaus, versagen namentlich beim Abziehen und Teilen sowie bei eingekleideten Rechnungen, antworten rasch und sicher, aber falsch; nur ganz vereinzelte Kranke machen hier gute Fortschritte. Das Schreiben und Lesen erhebt sich kaum über mühsames, fehlerhaftes Malen und Buchstabieren.

Die Zeitrechnung, der Name des Landesherrn, die einfachsten Einzelheiten der Heimatkunde, die Münzen, die Erdteile, Himmelsrichtungen, die Bedeutung der Kirchenfeste sind den Kranken nur ganz unsicher und lückenhaft bekannt, wenn man auch durch geduldiges Ausfragen öfters noch diesen oder jenen unverdauten Wissensbrocken zutage fördern kann. Was ihnen mit unendlicher Mühe eingetrichtert wurde, blieb ohne innere Verarbeitung und geht daher rasch wieder verloren. Das Jahr hat „40 Monate"; der Großherzog heißt „Erbprinz", der Kaiser „Johann Professor"; ein Kilometer ist „eine Stunde"; die Erdteile sind „Bayern, Mittelfranken, Schwaben und Pfalz" oder „Europa, Deutschland, Budapest, Ungarn"; Bayern „ist eine Stadt"; Weihnachten bedeutet „die letzten Tage des Jahres"; Ostern „gibt's rote Eier". Christus war „der heilige Geist" oder „der heilige Joseph", Luther „einer, der nicht in die Kirche geht".

Die Bedeutung abstrakter Begriffe bleibt den Kranken ganz unklar; sie sind nicht imstande, darüber Rechenschaft zu geben, was man unter Dankbarkeit, Treue, Neid, Tugend versteht, bringen höchstens nichtssagende oder schiefe Umschreibungen vor: „wenn einer dankbar ist", „daß man treu bleibt"; Undankbarkeit ist „Unzufriedenheit". Infolgedessen bleibt der Vorstellungsschatz überaus armselig; die Begriffe sind unklar und verworren, das Urteil und das Weltverständnis oberflächlich. Ihre Reden sind inhaltleer, bewegen sich vielfach in eingelernten, stehenden Wendungen, Kraftworten, Bibelsprüchen. Sie antworten aufs Geratewohl, was ihnen in den Sinn kommt; ihre Äußerungen enthalten daher zahlreiche Mißverständnisse, verfehlen den Kern der Frage, haften an Äußerlichkeiten, zeugen von naiver Unkenntnis der Lebensverhältnisse. Die Häuser sind in der Stadt höher, als auf

dem Lande, „weil Stadt und Land nicht gleich ist"; die Hähne „legen auch Eier"; die Baumwolle kommt „aus der Fabrik"; ein Wertpapier ist, „wenn man etwas schreiben kann darauf", „Briefpapier"; „ein Pfund Blei ist schwerer, als ein Pfund Federn". Der Zweck der Ehe ist, „daß man Weiber hat zum Waschen und Flicken" oder, „daß die Eheleute gut auskommen"; ein Schiff aus Eisenblech schwimmt, „weil keines untergehen darf".

Besonders schwer fallen den Kranken Vergleiche. Der Unterschied zwischen Tisch und Stuhl ist „Bank", zwischen Baum und Strauch „Blume", zwischen Rechtsanwalt und Staatsanwalt „Bürgermeister", zwischen Haß und Neid „Zufriedenheit", zwischen Geiz und Sparsamkeit „Verbrauchen". Assoziationsversuche fördern vielfach Abwandlungen des Reizwortes („Zahn — Zähne", „Glied — die Glieder") oder sinnlose Anklänge („Knabe — Gnade", „Maul — mauern", „schmieren — schwierig") zutage. Beim Wiedergeben einer kleinen Erzählung, noch mehr bei der Deutung von Sprichwörtern und Fabeln versagen die Kranken meist ganz; manche vermögen das Gehörte wörtlich anzuführen, ohne den Sinn verstanden zu haben. Sehr kennzeichnend pflegt die Unfähigkeit der Kranken, sich in fremde Gedankengänge hineinzuversetzen, bei ihren Erzählungen hervorzutreten. Ihre ungeordnete, zusammenhangslose Darstellung nimmt gar keine Rücksicht auf den Standpunkt des Hörers, sondern sie setzt bei ihm die Kenntnis aller möglichen Umstände voraus, ohne deren Erläuterung das Ganze unverständlich bleibt. Jedem ganz Fremden gegenüber sprechen sie von ihren Familienangehörigen und Nachbarn, als wenn jener nicht nur mit den Personen selbst, sondern auch mit ihren Verhältnissen und Lebensschicksalen auf das genaueste vertraut wäre. Manche Kranke sind imstande, sich einige praktische Kenntnisse zu erwerben, doch zeigt sich auch hier der Mangel an Überblick, die Unfähigkeit zu einer Verknüpfung der Einzelerfahrungen und zur Gewinnung allgemeiner Gesichtspunkte. Sie bringen es daher meist nicht fertig, ein Handwerk auszulernen, weil sie „nicht so weit hindenken" können.

Die Gemütsart der Kranken ist sehr verschieden. Manche sind gutmütig, „weichherzig", zutunlich, lenksam, heiter, zufrieden, oft auch eitel; andere sind ängstlich, empfindlich, scheu, teilnahmlos, schreckhaft, still, weinerlich. Sehr häufig aber, wenigstens bei den Kranken, die in die Hände des Irrenarztes kommen, finden sich

allerlei gesellschaftsfeindliche Züge, Trotz, Eigensinn und vor allem Reizbarkeit, die zu heftigen Zornausbrüchen und Gewalttaten führt. Die Kranken geraten leicht in Streit, werden bei geringen Anlässen unvermittelt bösartig, drohen, schimpfen, toben, schreien, kratzen, beißen, zerstören, widersetzen sich; einzelne sind heimtückisch, boshaft, rachsüchtig, frech und unbotmäßig. Die Stimmung ist vielfachen Schwankungen unterworfen. Manchmal sind die Kranken mißtrauisch, fühlen sich verspottet, zurückgesetzt, nicht für voll genommen; eine Kranke schrieb deswegen einen Brief an den Landesherrn, um von ihm Hilfe zu erbitten. Hier und da werden in der Erregung Selbstmordgedanken geäußert, die jedoch geringe Triebkraft haben. Manche Kranke zeigen Neigung zum Lügen und Prahlen, erzählen Räubergeschichten.

Die geschlechtlichen Regungen pflegen schwach zu sein, zum Teil im Zusammenhange mit mangelhafter körperlicher Entwicklung. Ein Kranker erklärte, er habe den Geschlechtsverkehr nie probiert, weil er meinte, es möge ihn doch kein Mädchen. Nur vereinzelt kommt es zu Ausschweifungen, fast nur beim weiblichen Geschlecht, das der überall herantretenden Verführung kaum Widerstand entgegenzusetzen vermag. Zwei meiner Kranken hatten 3, eine 6 und eine 8 uneheliche Kinder von verschiedenen Männern. Die Liebe zu den Kindern ist meist gering; die Kranken kümmern sich wenig um sie, trennen sich leicht von ihnen, trösten sich rasch über ihren Tod. Bei den Männern kommt es häufig zur Onanie, aber auch zu anderen Entgleisungen des Geschlechtstriebes. Einzelne Kranke lassen sich zu gleichgeschlechtlichen Handlungen verleiten; ein Kranker streichelte kleine Knaben; andere exhibieren. Meist aber schreiten sie zu unzüchtigen Betastungen bei Mädchen, heben ihnen die Röcke auf; „das ist mir halt wieder eingefallen", meinte ein Kranker, als man ihm die wiederholte Ausführung derartiger Handlungen vorhielt. Seltener sind wirkliche Notzuchtsversuche. Ein Kranker wollte einem vierjährigen Knaben einen Zollstock in den After stoßen, offenbar auch aus geschlechtlichen Beweggründen; eine Kranke infizierte ein kleines Mädchen gonorrhoisch, dem sie mit dem Finger in der Vagina herumbohrte.

In der Lebensführung der Kranken kommt neben ihren Verstandesmängeln ihre Willensschwäche und ihre praktische Unbrauchbarkeit zum Ausdruck. Sie sind ungeschickt, unselbständig,

vergeßlich, vielfach auch träge und arbeitsscheu, unzuverlässig, machen alles verkehrt, werden überall nach kurzer Zeit wieder fortgeschickt und müssen sich daher als Schäfer, Kuhhirten, Kegeljungen, Laufburschen, Gelegenheitsarbeiter durchzuschlagen suchen. Ihre Leichtgläubigkeit, Urteilslosigkeit und Beeinflußbarkeit lassen sie leicht fremder Ausbeutung anheimfallen, machen sie jeder Verführung zugänglich und bedingen planloses, unüberlegtes Handeln. Dazu kommt vielfach Unstetigkeit und Mangel an Ausdauer. Die Kranken schwänzen die Schule, treiben sich herum, verstecken sich, übernachten in Ställen oder Treppenhäusern, laufen aus ihren Stellen fort, führen ein ruheloses Wanderleben, lassen sich gänzlich verwahrlosen. Einzelne schließen sich an wandernde Komödiantentruppen an, machen Kunststücke. Oft schlagen alle Versuche der Angehörigen fehl, den Kranken in irgendeinem Berufe dauernd unterzubringen; ein Kranker versuchte sich nacheinander als Schreiber, Buchdruckerlehrling, Verzinker, Kellner, Verkäufer, Holzarbeiter, um überall zu entgleisen. Manche Kranke gelangen jedoch dazu, sich in geschützten Verhältnissen durch einfache, regelmäßige Arbeit noch einigermaßen nützlich zu machen. Wahrscheinlich bilden sie die große Mehrzahl, aber sie kommen nicht in die Hände des Irrenarztes. Da sie gedächtnismäßig eine gewisse Summe von Erfahrung beherrschen und sich in ihrer maschinenmäßigen Tätigkeit durch keine Nebengedanken stören lassen, können sie sogar recht geschätzt sein. Freilich darf sich dann in den äußeren Bedingungen nichts ändern. Eine Kranke, die mit Mühe und Not in einer Gasthausküche etwas kochen gelernt hatte, schlug für drei oder vier Personen ebenso viele Eier in die Pfanne, wie sie früher für eine große Tafelrunde hatte nehmen müssen. Auch wenn eine Gemütsbewegung, eine Versuchung, die Notwendigkeit einer Entscheidung an sie herantritt, wenn Umsicht, Tatkraft, Selbständigkeit des Handelns gefordert wird, tritt ihre Unfähigkeit klar zutage. Eine besondere Gefahr bildet für die Imbezillen der Militärdienst, dessen gesteigerten Anforderungen sie nicht gewachsen sind. Da der Grad und die Art ihrer Unfähigkeit leicht verkannt wird, und die straffe Zucht sie halsstarrig und unbotmäßig macht, werden sie nicht selten in ein ganzes Netz militärischer Verfehlungen mit deren schweren Folgen verstrickt, Gehorsamsverweigerung, Fahnenflucht, tätliche Angriffe auf Vorgesetzte.

Das Benehmen der Kranken ist bald still und unauffällig, bald albern und kindisch. Manche sind zudringlich, geschwätzig, mischen sich in alles ein, spielen sich auf, wollen zur Marine, Soldat werden. Ein Kranker erklärte, er werde dem Deutschen Kronprinzen „eine hinaufmessen"; ein anderer kaufte unsinnig ein, 100 Krawatten, 400 Paar Handschuhe, trat als Student auf, machte Schulden. Ihre Unstetigkeit macht die Kranken nicht selten zu Landstreichern; ihre Unfähigkeit zu gewinnbringender Arbeit zwingt sie, zu betteln und zu stehlen; ein Kranker erklärte, er lebe von dem, „was die guten Leute ihm gäben". Sie pflegen sich dabei durch eine hoffnungslose Rückfälligkeit auszuzeichnen. Andere begehen kleine Schwindeleien, Zechprellereien, lassen sich Mietgeld geben, ohne den Dienst anzutreten, verkaufen fremdes Eigentum. Manchmal vollführen sie unsinnige, triebartige Handlungen, namentlich in der Erregung. Ein Bauernbursche prügelte und beschimpfte ein Kruzifix und zerschlug Heiligenfiguren, weil er gerade an einen abgebrannten Bauern denken mußte. Jähzorn und Rachsucht können sie sehr gefährlich werden lassen. Sehr gerne kündigen sie Brandstiftungen an, führen sie auch nicht selten wirklich aus, gehen mit Licht sehr unvorsichtig um; von einem jungen Menschen wurde berichtet, daß er von Jugend auf Freude am Feuermachen gehabt habe. Ein Kranker bedrohte seine Mutter mit Erstechen; ein anderer drehte die Gashähne auf; ein dritter schlug einen Nachbarn vom Rade und schnitt ihm dann den Hals ab, weil jener ihm den grundlosen, noch dazu ganz unverstandenen Vorwurf gemacht hatte, er habe Geschlechtsverkehr mit der eigenen Mutter. Fast 40% der männlichen Kranken, die unserer Klinik zugeführt wurden, waren zum Alkoholmißbrauche gekommen, der ihren ohnehin so schwachen Willen noch weiter geschädigt hatte. Die Folge davon waren eine Reihe von alkoholisch gefärbten Straftaten, grober Unfug, Widerstand, Bedrohung, Sachbeschädigung, Totschlagsversuch. Ein Kranker beging einen Totschlag im pathologischen Rausche, ein anderer ein Sittlichkeitsvergehen an einem kleinen Mädchen, nachdem er vorher zehn Glas Bier getrunken hatte.

Die Stellung der Kranken zu ihren strafbaren Handlungen ist kennzeichnend für die schwachsinnige Naivität ihrer Lebensanschauung. Manche haben gar kein Verständnis für die ihnen gemachten Vorwürfe, fühlen sich völlig in ihrem Rechte. „Hätt'

er das nicht gesagt", meinte der oben erwähnte Totschläger. Andere lachen über die Vorhaltungen, bringen nichtssagende Ausreden vor oder erklären, sie hätten einfach stehlen müssen; sie hätten nicht an die Möglichkeit einer Entdeckung gedacht, hätten, als sie einen Meineid begingen, nicht gewußt, was sie sagen sollten. „Ich habe so einfältigen Sinn und bin so leicht zu verführen", entschuldigte sich ein Kranker, während ein anderer angab, er habe die von ihm begangenen unzüchtigen Handlungen einfach anderen nachgemacht. Die Kameraden veranlaßten ihn zum Stehlen; wenn er keine schlechten Kollegen mehr habe, werde er es nicht mehr tun, verteidigte sich ein 16jähriger Dieb; jetzt habe er es erst erfahren, wie es einem gehe, wenn man den Eltern nicht folge. Es war nicht so schlimm gemeint; er dachte nicht, daß es so gefährlich werden könne, erklärte ein Brandstifter. Auch gute Vorsätze und Hoffnungen werden geäußert. Die Kranken bitten, ihnen noch einmal zu verzeihen; sie werden beichten und ordentlich leben. Er denke sich seine Zukunft gut, meinte der soeben erwähnte junge Dieb, und ein Kranker, der einen Totschlagsversuch gemacht hatte, vertraute, daß er nicht in die Hölle komme. Er werde so etwas nicht wieder machen und möchte nicht ins Gefängnis, weil man dort hungern müsse, keinen Schnupftabak bekomme und keinen freien Sonntag habe.

Die minderwertige Veranlagung, der Mangel an innerem Leben sowie der geistige und gemütliche Tiefstand pflegen sich meist schon in dem Äußern der Kranken auszudrücken. Man sieht schmächtige, blasse, zurückgebliebene Gestalten oder grobe, plumpe, ausdruckslose Züge, auffallend kleine oder niedrige, breite, eckige Schädel, mangelhaftes Gebiß, Zeichen von überstandener Rachitis. Um eine gewisse Vorstellung von den Eigentümlichkeiten dieser untereinander natürlich vielfach verschiedenen Menschen zu geben, verweise ich auf die Figuren 309—313, die der Reihe nach einen Gewohnheitsdieb und vier Brandstifter darstellen. Bei allen tritt die geistige Leere und die gemütliche Stumpfheit im Gesichtsausdrucke unverkennbar hervor. Fig. 309 und 310 zeigen dicke Lippen, eingedrückte Nasenwurzel, breite Nase, grobe Gesichtszüge, erstere auch den offenen Mund, der auf adenoide Wucherungen hindeutet, 310 und 311 einen breiten, rachitischen Schädel, letztere abstehende Ohren, schiefe Nase und Gesichtsasymmetrie, während sich 312



Fig. 309. Imbeziller Gewohnheitsdieb.

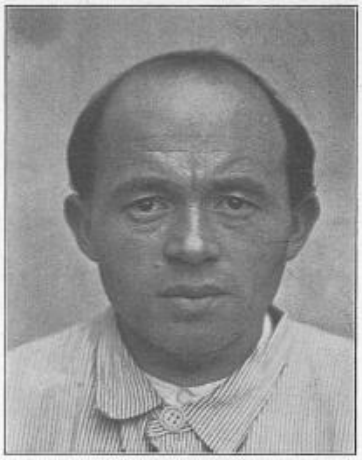


Fig. 310. Imbeziller Brandstifter I.



Fig. 311.
Imbeziller Brandstifter II.



Fig. 312.
Imbeziller Brandstifter III.

und 313 durch die Kleinheit des Schädels auszeichnen, der sich bei dem letzten Kranken bereits der Mikrocephalie nähert. Bei ihm und in schwacher Weise auch in Fig. 312 bemerkt man die Andeutung eines eigentümlich läppischen Lächelns, wie wir es, bis zum Grinsen verzerrt, nicht selten bei unseren Kranken beobachten. Die Bewegungen der Kranken sind in der Regel plump und unbeholfen; die Sprache, deren Erlernung meist spät einsetzt, bleibt schwerfällig,

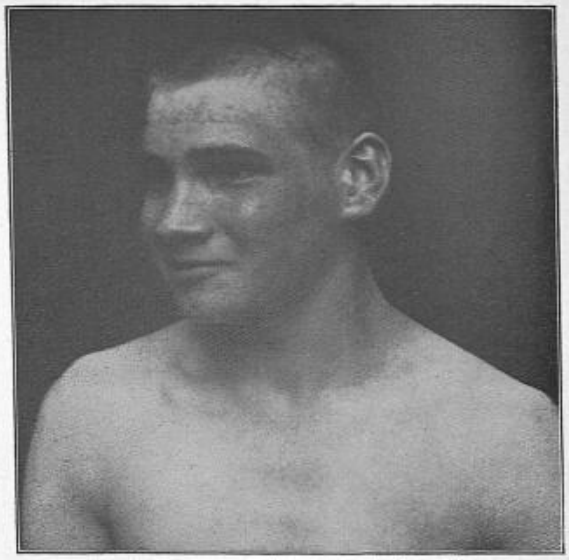


Fig. 313. Imbeziller Brandstifter IV.

vielfach stammelnd, undeutlich, oder stotternd, stolpernd, armselig in Wendungen und Wortschatz. Sie bewegt sich in kurzen, möglichst einfach gebildeten Sätzen mit oft unklarem, verworrenem Inhalte und reichlichen Entgleisungen des Ausdrucks.

Von der Imbezillität führen schwimmende Übergänge zu den leichtesten Formen geistiger Unzulänglichkeit hinüber, die wir als Debilität zu bezeichnen pflegen. Die Verstandesbegabung läßt hier die Erwerbung einer gewissen Ausbildung zu, die für die Lösung bescheidener Lebensaufgaben ausreicht, aber doch hinter dem zu erwartenden Durchschnittsmaß wesentlich zurückbleibt; dazu ge-

sellen sich regelmäßig noch allerlei andere Mängel der seelischen Veranlagung, die das Gepräge der Minderwertigkeit verstärken. Mit der stufenweisen Abschwächung dieser Unvollkommenheiten gelangen wir dann, ebenfalls ohne scharfe Grenze, in den Bereich der einfachen Dummheit, der sich nach oben hin die mäßige und weiterhin die Durchschnittsbegabung anschließt.

Die Schulleistungen der Debilen sind im allgemeinen geringe. Das Lernen wird ihnen schwer, und sie erwerben sich meist nur dürftige Kenntnisse. Ihre Befähigung zeigt öfters auffallende Ungleichmäßigkeiten, so daß sie in einzelnen Fächern leidliche oder sogar gute, in anderen gar keine Fortschritte machen. Manche Kranke haben musikalische oder zeichnerische Begabung; dagegen geht es mit dem Rechnen in der Regel schlecht. Vielen fehlt es an Ausdauer und Interesse; „sie lernte nur, was ihr gefiel", hieß es von einer Kranken, und ein Kranker erklärte, in die Schule sei er nie gegangen, weil er „für das G'spiel nie geschwärmt habe". Erschwerte Auffassung und gesteigerte Ermüdbarkeit dürften dabei eine wesentliche Rolle spielen. Das Gelernte muß unablässig von neuem geübt werden, da die Kranken meist „merkschwach" sind. Das Ergebnis des Unterrichtes, der vielfach durch Nachhilfe unterstützt werden muß, ist die Erreichung eines gewissen Klassenzieles mit manchen Verzögerungen; gewöhnlich müssen dabei die ursprünglichen Pläne erheblich eingeschränkt werden. Die Kranken verfügen nunmehr über ein bald reichlicheres, bald spärlicheres, geistig kaum verarbeitetes Maß von Schulwissen, aber ihre Begriffsbildung ist regelmäßig mangelhaft und verschwommen, ihr Urteil einseitig und unselbständig, ihr Gesichtskreis eng, ihr Weltverständnis kindlich naiv. „Eine Bildung hat er nicht", berichteten die Angehörigen eines Kranken.

Auch hier zeigt sich, daß die nicht mit unmittelbaren Tagesbedürfnissen verknüpften und ebenso die abstrakten Vorstellungskreise unentwickelt bleiben. Was die Schule äußerlich eingelernt hatte, wird rasch wieder abgestoßen. Von der Erdkunde, der Geschichte haften höchstens zusammenhanglose Einzelheiten; religiöse, politische Fragen haben für die Kranken keinen Inhalt; die Ordnung des Staatsgetriebes ist ihnen unverständlich und gleichgültig. Ihnen fehlen die Maßstäbe für die Abschätzung fernerliegender Größen und Wertverhältnisse, die Einsicht in innere Zu-

sammenhänge. München „hat 7 Millionen Einwohner"; die Baumwolle kommt „auch von den Schafen"; die Erdteile sind „Ost, Süd, West, Nord"; die Himmelsrichtung ist „rechts". Bismarck war „ein Kriegsmann" oder „Moltke"; der deutsche Kaiser heißt „Franz". Getauft wird, „daß man einen Namen hat"; die Steuern dienen „für Geschäfte", „zum Erhalten der Straßen und Bahnen"; der Zweck der Wahlen ist „für Parteien". Der Diebstahl wird bestraft, „weil es nicht sein darf". Holz schwimmt, „weil es elastisch ist". Die Oberflächlichkeit dieser von Fehlern, Schiefheiten, Unklarheiten und Mißverständnissen wimmelnden Aussagen zeigt deutlich den schweren Mangel eines Gerüstes scharf ausgeprägter Allgemeinvorstellungen und die Unzulänglichkeit der Denkarbeit.

Nicht minder kennzeichnend sind die Antworten, die geliefert werden, wenn Unterschiede dargelegt oder Vorstellungsinhalte erläutert werden sollen. Die Katholiken unterscheiden sich von den Protestanten dadurch, „daß der Pfarrer anders angezogen ist"; der Unterschied zwischen Reichstags- und Landtagswahl besteht darin, „daß Ordnung da ist", derjenige zwischen Irrtum und Lüge darin, daß „der eine irrt, der andre lügt"; derjenige zwischen Haß und Neid ist „was zu Leide tun"; Treue ist „nichts nehmen". Der Tiefstand dieser Verstandesleistungen ließ hier überall ein auffallendes Mißverhältnis zu den praktischen Fähigkeiten der Kranken erkennen, die immerhin imstande waren, sich nutzbringend zu betätigen, zum Teil sich selbständig durchzubringen oder gar eine Familie zu ernähren. Allerdings erhält man daneben auch befriedigende Antworten, doch halten sich die Kranken gern an eingelernte Redensarten und Gemeinplätze.

Die Gemütsart der Kranken bot auch hier große Unterschiede dar. Einige waren zugänglich, verträglich, heiter, lenksam, andere schüchtern, weichmütig, empfindlich, leicht weinerlich und ängstlich. Ungleich häufiger aber waren unter unseren Kranken, wohl deswegen, weil sie mehr Schwierigkeiten machten, eigensinnige, verstockte, unbotmäßige, boshafte und launische, mürrische oder reizbare, unverträgliche und gewalttätige Naturen. Öfters kam es zu heftigen Erregungszuständen mit Schimpfen und Schreien, Bedrohungen der Umgebung, Kratzen, Beißen und Spucken, Zerstören von Fensterscheiben. Hier und da wurden Selbstmordgedanken geäußert, meist nur, um dadurch zu schrecken. Andererseits trugen

die Kranken nicht selten eine gewisse kindische Heiterkeit zur Schau. Eine Reihe von ihnen, namentlich weiblichen Geschlechtes, zeigten einen ausgesprochenen Hang zum Lügen und Schwindeln.

Die geschlechtlichen Regungen können gering sein, spielen aber wegen der mangelhaften Selbstbeherrschung der Kranken eine erhebliche Rolle im Leben. Bei den Männern führen sie zu frühzeitigem Dirnenverkehr, Liebeleien mit Dienstmädchen und gänzlich unpassenden Eheschließungen. Ein jugendlicher Kranker heiratete seine 13 Jahre ältere Haushälterin; ein anderer gab einer Prostituierten das Eheversprechen. Ein 41jähriger Musiker nahm die Gewohnheit an, auf der Straße öffentlich zu urinieren. Obgleich er geschlechtliche Beweggründe in Abrede stellte, wird man doch an exhibitionistische Handlungen denken müssen; er erklärte, daß er schon seit 10 Jahren keinen Geschlechtsverkehr mehr gehabt habe, da seine Eltern das nicht wünschten und er sich wegen seiner Schwächlichkeit schonen müsse. Frauen verfallen wegen ihrer Willensschwäche sehr leicht der Prostitution, suchen unbedenklich Herrenbekanntschaften, sind sofort bereit, „sich zu verloben".

Die Lebensführung der Kranken wird durch ihre Minderwertigkeit meist in ungünstiger Weise beeinflußt. Man wird freilich annehmen dürfen, daß zahlreiche Debile durch eine günstige wirtschaftliche Lage im Schutze ihrer Familie den Gefahren des Daseinskampfes entrückt sind oder ohne besondere Schwierigkeit in einfachster Berufsarbeit dahinleben. Recht häufig aber, namentlich, wenn neben der Verstandesschwäche ausgesprochenere Charakterfehler bestehen, gleiten sie mehr oder weniger schnell nach abwärts. Schon auf der Schule machen sie allerlei Streiche, ohne die Folgen zu überlegen, lügen, schwänzen, brennen durch, wandern von einer Anstalt auf die andere; „er hat alle Anlagen zum Taugenichts", hieß es von einem Kranken. Der Eintritt in einen Beruf steigert die Schwierigkeiten. Da die Kranken geringe Arbeitslust zeigen, ungeschickt, wenig anstellig und vielfach auch unbotmäßig sind, sich kindisch benehmen, werden sie in der Regel bald wieder fortgeschickt. Sie fangen immer Neues an, ohne irgend etwas zum Abschluß zu bringen, halten nirgends aus, laufen aus dem Dienste, versuchen sich urteilslos ohne Vorkenntnisse in allen möglichen Berufen, um überall zu scheitern. Manche stranden schließlich in Amerika, um dort die Irrfahrt durch die verschiedensten niederen Beschäftigungen fort-

zusetzen. Vielfach müssen sie wie Kinder gelenkt werden, verkommen, wenn man nicht für sie sorgt, suchen sich aber gern der Bevormundung zu entziehen; „er hat das Bedürfnis, zwanglos allen Einfällen nachzugeben", berichteten die Angehörigen eines Kranken. Mit Geld verstehen sie sehr schlecht umzugehen, haben keinen Überblick über die Reichweite der ihnen zu Gebote stehenden Mittel, halten sie für unerschöpflich, können sich keinen Wunsch versagen, lassen sich in der plumpsten Weise ausbeuten. Nicht selten verfallen sie dem Alkoholmißbrauche, namentlich zeitweise, unter dem Einflusse der Verführung, der sie in jeder Form ungemein zugänglich sind. Geschlechtliche Beziehungen spielen dabei eine große Rolle. Sie geraten daher auch leicht in schlechte Gesellschaft, schließen sich unbedenklich an Personen an, die nach Stand und Bildung tief unter ihnen stehen. Oft werden sie von ihrer Umgebung wegen ihres planlosen Treibens verspottet.

Eine Anzahl der Kranken kommt auch in Berührung mit den Strafgesetzen. Dabei ist der Widerspruch zwischen der Kenntnis der sittlichen Gebote und der Unfähigkeit, nach ihnen zu handeln, bemerkenswert. Die geschlechtliche Zügellosigkeit führt bei den Frauen öfters zur Gewerbsunzucht; von den Männern meiner Beobachtung begingen einige Sittlichkeitsvergehen. Häufiger sind Diebstähle und kleine Betrügereien, wie sie durch die wirtschaftliche Unbrauchbarkeit der Kranken veranlaßt werden. Gelegentlich kommt es auch zu alkoholischen Straftaten, grobem Unfug, Ruhestörung, Beleidigung, Körperverletzung. Eine Kranke beging eine Brandstiftung, um sich für schlechte Behandlung zu rächen.

Im äußeren Benehmen der Kranken tritt öfters eine gewisse Schwerfälligkeit und Unbeholfenheit, in anderen Fällen mehr ein kindisch-unreifes oder ein unstetes, hastiges Wesen hervor. Es gibt aber auch viele Debile, die liebenswürdig, höflich, gefällig erscheinen und durch die Gewandtheit ihrer Formen zunächst bestechen, bis ihre Oberflächlichkeit und Haltlosigkeit offenbar wird. Nicht selten sind bei ihnen hysterische Züge, Magenkrämpfe, Erbrechen, Anfälle, Ohnmachten, Aufregungs- und Stuporzustände. Namentlich bei der Berührung mit dem Strafrecht entwickeln sich bei ihnen leicht Bewußtseinstrübungen und selbst ausgesprochene psychogene Dämmerzustände. In einzelnen Fällen kommen Zwangsbefürchtungen vor; ich sah einen Knaben, der bei den Wörtern

„Affe" und „Watte" in die lebhafteste Angst geriet und vor einem Wattebäuschchen davonlief, ohne einen Grund dafür angeben zu können. Gelegentlich werden auch hypochondrische Befürchtungen, Beeinträchtigungsvorstellungen oder kindische Größenideen geäußert, ohne jedoch weitere Verarbeitung zu finden.

Wie in unserer Darstellung schon vielfach angedeutet wurde, erstreckt sich die seelische Verkümmerung niemals allein auf die Verstandesleistungen, sondern sie schließt regelmäßig auch Mängel der Gemütsveranlagung und des Willens ein. Vielfach handelt es sich auch hier um einfache Dürftigkeit. Daneben beobachten wir jedoch nicht selten mehr oder weniger ausgesprochen jene Abweichungen, die wir im vorigen Abschnitte als psychopathische Eigentümlichkeiten kennen gelernt haben. Diese Beimischungen sind öfters so stark, daß es willkürlich erscheint, ob man bei der Gruppierung die eine oder die andere Störung in den Vordergrund stellen will. Auch unter den Oligophrenen begegnen uns zahlreiche Erregbare, Haltlose, Lügner, Triebmenschen, Streitsüchtige und Gesellschaftsfeinde; ebenso sehen wir bei ihnen gelegentlich Nervosität, Zwangszustände, geschlechtliche Verirrungen. Bei den geistig regsameren Kranken finden sich endlich nicht nur allerlei hysterische Züge, sondern auch periodische Erregungen und Verstimmungen, die man wohl berechtigt ist, dem Gebiete des manisch-depressiven Irreseins zuzurechnen. Wir werden uns über die Verbindung von Entwicklungshemmungen mit den Ausdrucksformen der Entartung nicht wundern, da wir annehmen dürfen, daß beide aus den gleichen Wurzeln, der krankhaften Vererbung und der Keimschädigung, hervorwachsen können. Ist die früher von uns dargelegte Auffassung zutreffend, so würde ja der Unterschied zwischen den Psychopathien und den Oligophrenien wesentlich darin zu suchen sein, daß hier die seelische Entwicklungshemmung andere und zumeist auch ausgedehntere Gebiete betrifft, als dort. —

Einzelne Krankheitsgruppen. Gegen die im vorstehenden durchgeführte, rein äußerliche Einteilung der klinischen Krankheitsbilder nach dem Grade der Verstandesstörung muß vor allem der Einwand erhoben werden, daß sie das Wesen der ursächlichen Krankheitsvorgänge gänzlich unberücksichtigt läßt. Nur die Stärke, nicht aber die Art der zugrunde liegenden Schädigungen wird durch

sie gekennzeichnet. Leider ist es zurzeit leichter, diesen grundsätzlichen Fehler unserer Betrachtungsweise zu erkennen, als ihn zu beseitigen. Man wird freilich, wie ich glaube, bis zum unwiderleglichen Beweise des Gegenteils an der Annahme festhalten dürfen, daß die Verschiedenartigkeit der ursächlichen Krankheitsvorgänge schließlich auch in der Gestaltung der klinischen Bilder, in ihrer Entwicklung, ihren Erscheinungen, ihrem Verlaufe und Ausgange, ihrer Zugänglichkeit für die Behandlung irgendwie zum Ausdrucke kommen muß. Dort, wo uns die Ursachen schon etwas genauer bekannt sind, vor allem beim Kretinismus und bei der jugendlichen Paralyse, treffen diese Voraussetzungen auch in befriedigender Weise zu. Allein in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle fehlt uns noch jeder Anhalt für die Erkenntnis der Ursache. Dennoch beginnen sich aus der Fülle der Beobachtungen allmählich einzelne Gruppen herauszuheben, die wenigstens in ihrem klinischen Verhalten, bisweilen auch im Leichenbefunde, bestimmte, umgrenzbare Eigentümlichkeiten darbieten und somit auf besondere Krankheitsvorgänge zurückweisen. Zum Teil handelt es sich dabei um uns auch sonst schon bekannte Erkrankungsformen, die Epilepsie, die Dementia praecox, die Encephalitis, die Hirnlues, zum Teil aber auch um ganz eigenartige Leiden, wie die amaurotische Idiotie, die tuberöse Sklerose, den Mongolismus.

Es bleibt natürlich abzuwarten, wie weit mit dem Fortschreiten unseres Wissens die Auflösung unseres Krankheitsgebietes in einzelne, klinisch einheitliche Bestandteile fortschreiten wird. Vorerst müssen wir uns darauf beschränken, die heute erkennbaren Ansätze zu einer solchen Betrachtungsweise zu schildern. Wir haben unter diesem Gesichtspunkte schon einige der sonst den seelischen Verkümmerungen eingeordneten Formen, die amaurotische Idiotie, die Erbsyphilis, den Kretinismus, an anderer Stelle behandelt, ganz abgesehen von der Jugendparalyse und der Dementia praecocissima. Vielleicht hätten wir hier noch weitergehen können, doch wird sich bei der Unsicherheit des Bodens Vorsicht beim Vorwärtsschreiten empfehlen.

Die bisher unternommenen Versuche, zu einer befriedigenden Gruppierung der jugendlichen Schwachsinnszustände zu gelangen[1]), sind außerordentlich zahlreich, und sie sind von den verschiedensten

[1]) Decroly, Bull. de la société de médecine mentale de Belgique 1905, 122, 384.

Gesichtspunkten ausgegangen. Vor allem hat man an die Krankheitserscheinungen selbst angeknüpft und, wie bereits erörtert, den Grad der geistigen Schwäche, das Verhalten der Sprache (Esquirol), der Aufmerksamkeit (Sollier), des Willens (Séguin), die Ausdehnung der Verkümmerung auf alle oder einzelne Seelengebiete als Einteilungsgrund benutzt. Alzheimer[1]), Hammarberg, Bourneville haben das Gebiet vom Standpunkte der pathologischen Anatomie zu überblicken gesucht. So hält Bourneville auseinander die chronische Meningitis, die chronische Meningoencephalitis, Veränderungen der Nervenzellen ohne gröbere Mißbildung, hypertrophische tuberöse Sklerose, verbreitete oder umschriebene Sklerose mit Atrophie, Erweichung durch Gefäßverschluß oder Blutung, Hydrocephalie, Myxödem, angeborene Mißbildungen, Porencephalie, Balkenmangel, Mikrocephalie. Die Schwierigkeiten liegen hier hauptsächlich darin, daß die anatomischen Befunde uns nicht immer Aufschluß über die ursächlichen Krankheitsvorgänge geben. Dasselbe Leiden kann mehrere der angeführten Veränderungen erzeugen, und umgekehrt kann der gleiche Befund auf verschiedene Weise zustande kommen.

Weiterhin sind auch Verlaufsformen, namentlich nach der Zeit der Entstehung der Störungen, unterschieden und bestimmte, durch ihre klinischen Gesamtmerkmale ausgezeichnete Krankheitsbilder abgegrenzt worden. Endlich aber ist man, besonders in neuerer Zeit, bemüht gewesen, die Ursachenlehre zur Gewinnung natürlicher Krankheitsgruppen heranzuziehen. Vielfach sind auch gleichzeitig verschiedenartige Gesichtspunkte in Anwendung gebracht worden. Als Beispiel einer halb symptomatischen, halb klinischen Einteilung mag die Aufstellung von De Sanctis gelten, der Idiotie, Imbezillität, vesanische, epileptoide, infantile, gemischte und passagere Zustände auseinanderhält. Shuttleworth teilt wesentlich nach klinischen Gesichtspunkten ein, wenn er Mikrocephalie, Hydrocephalie, Mongolismus, Kretinismus, Encephalitis, tuberöse Sklerose, amaurotische Idiotie, syphilitische Formen aufzählt, doch berücksichtigt er auch die Ätiologie. Ähnliches gilt von Ireland, der angeborene, mikrocephale, eklamptische, epileptische, hydrocephalische, paralytische (mit Hirnlähmung), kretinistische, traumatische und entzündliche,

[1]) Alzheimer, Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1904, 497.

endlich durch „deprivation", Sinnes- oder Erziehungsmangel, bedingte Idiotie aneinanderreiht. Noch stärker wird die Ätiologie betont in der Gruppierung von Demoor, der Kretinen, Myxödematöse, epileptische, syphilitische, mikrocephale und hydrocephale Idioten, ferner Idiotie durch Entzündung und einfache Idiotie bespricht. Pellizzi bringt eine ätiologische, aber durch pathologisch-anatomische Gesichtspunkte beeinflußte Einteilung, indem er in einer endogenen Gruppe die reine Mikrocephalie, die unregelmäßige Entwicklung, Rindenanomalien, darunter die tuberöse Sklerose, Tumoren und Kretinismus, dann in einer exogenen Gruppe Hirnkrankheiten, Meningitis, Schädelerkrankungen, infantile, traumatische und gemischte Formen zusammenfaßt.

Die große Bedeutung der Ursachenlehre für das Verständnis der hier besprochenen Krankheitsbilder ist allmählich immer klarer erkannt worden, namentlich unter dem Einflusse der Drüsenforschung und der pathologischen Anatomie. So hat Vogt vier Hauptgruppen unterschieden, die Agenesien, die Hirnerkrankungen und Entzündungen, den Drüsenausfall und die familiären Formen. In sehr eingehender Weise hat dann Higier[1]) 1909 eine ätiologische Gruppierung der Idiotieformen durchgeführt, deren wesentliche Ergebnisse hier kurz wiedergegeben werden sollen. Auch er geht von der allgemeinen Scheidung endogen und exogen bedingter Krankheitsformen aus. Die mangelhafte Anlage des Zentralnervensystems kann sich einmal in Entwicklungshemmungen oder Mißbildungen einzelner Hirnteile oder Sinnesorgane, dann in Unreife oder Widerstandslosigkeit bestimmter Gewebsteile, der Nervenzellen, Markfasern, Achsenzylinder, geltend machen. Weiterhin kann sie aber auch in der Unzulänglichkeit der verschiedenen Blutdrüsen, endlich des Herzens oder der Gefäße zum Ausdrucke kommen. In der exogenen Gruppe werden zunächst angeborene, bei der Geburt und noch später erworbene Veränderungen auseinandergehalten. Zu den ersteren gehören die Keimschädigungen, die auf die Mutter während der Schwangerschaft wirkenden ungünstigen Einflüsse sowie die fötalen Vergiftungen und Erkrankungen, die wieder das Nervengewebe, die Blutdrüsen oder das Herz und die Gefäße in Mitleidenschaft ziehen können. In zweiter Linie stehen die Geburtstraumen, in dritter endlich die allgemeinen Ernährungsstörungen,

[1]) Higier, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. XXXIX, 235.

Infektionen, Vergiftungen und Verletzungen, die in den Kinderjahren das Hirn bedrohen können. Offenbar ist hier eine Wiederholung der schon vor der Geburt einsetzenden Krankheitsvorgänge nicht vermieden.

Die neueste Bearbeitung des Gebietes von Weygandt betont die Unmöglichkeit, einen einheitlichen Gesichtspunkt für die Einteilung zu finden, und begnügt sich daher mit der Aufstellung „klinischer Gruppen", bei der jedoch die Ursachenlehre in weitgehendem Maße Berücksichtigung gefunden hat. Außer den „historischen", nicht mehr als berechtigt anerkannten Gruppen des „Schwachsinns durch Fortfall der Erziehung und durch Sinnesmangel" wird zunächst der endogene Schwachsinn durch Hirnanlagehemmung aufgeführt, dem sich später noch andere „endogene Gruppen", die amaurotische Idiotie, die tuberöse Sklerose und der Mongolismus, anschließen. Weiterhin werden als Schwachsinn auf entzündlicher Grundlage die encephalitischen, meningitischen und hydrocephalischen Erkrankungen zusammengefaßt. Nun folgt die große Gruppe der Infantilismen, die dystrophischen und glandulären Formen, ferner die syphilidogene und alkohologene Idiotie, der athetotische und choreatische Schwachsinn, die Epilepsie und Spasmophilie, die Rachitis, die Chondrodystrophie, der Turmschädel mit Schwachsinn, endlich, zu einer Gruppe vereinigt, Tuberkulose, Tumoren, multiple Sklerose, die familiären und Systemerkrankungen, die traumatische Idiotie.

Die immer reichere Gliederung der Einteilungen ist ein sprechendes Zeichen für die Schwierigkeit der zu lösenden Aufgabe. Auch ich glaube vorläufig auf eine schulmäßige, alle Möglichkeiten erschöpfende Gruppierung verzichten und mich auf die Besprechung der wichtigsten klinischen Krankheitsformen beschränken zu sollen. Die Anordnung des Stoffes selbst wird dabei die mir verwertbar erscheinenden Richtlinien erkennen lassen. Sie sind vorzugsweise der Ursachenlehre entnommen.

Als den allgemeinsten Ausgangspunkt unserer Gruppierungsbestrebungen haben wir früher die Abtrennung der krankhaften Veranlagung von später eingreifenden Krankheitsvorgängen bezeichnet. Nur im ersteren Falle handelt es sich auch auf körperlichem Gebiete um eigentliche Entwicklungshemmungen, im letzteren um die nachträgliche Zerstörung bereits entwickelter Teile. Wenn

sich diese Scheidung auch, wie eingangs dargelegt, keineswegs scharf durchführen läßt, so dürfte sie doch in der Hauptsache brauchbar sein. Jedenfalls kennen wir als Grundlage seelischer Verkümmerung eine Reihe von gut gekennzeichneten Krankheitsvorgängen. Weniger ausgedehnt und zuverlässig ist unser Wissen hinsichtlich der Entwicklungshemmungen, doch gibt es zahlreiche unzweideutige Erfahrungen, die auch diese Entstehungsmöglichkeit sicherstellen. Man wird dabei nur im Auge behalten müssen, daß die Sachlage oft genug sehr verwickelt ist. Krankheitsvorgänge werden, wenn sie früh einsetzen, notwendig auch die Entwicklung des Hirnaufbaues beeinflussen, da sich durch Ausfälle die Wachstumsbedingungen verschieben und Zusammenhänge zerrissen werden. Ferner werden mit den Verkümmerungen immer auch Ausgleichsbestrebungen einhergehen. Symmetrische Teile werden sich an Stelle zerstörter vergrößern; sonst zurückgehaltene Bildungen wuchern übermäßig; verirrte Teile werden selbständig und nehmen eigene Formen an; überwundene Entwicklungsstufen erhalten sich dauernd. Endlich wird die Mißbildung wieder vielfach einen günstigen Boden für das Auftreten von krankhaften Veränderungen abgeben, von Geschwülsten, Kreislaufstörungen, Blutungen. Es ist daher nicht immer leicht, die sich darbietenden Befunde richtig zu deuten.

Diejenige Gruppe von Idioten, bei denen die Annahme einer einfachen Entwicklungshemmung zunächst am einleuchtendsten erscheint, sind die Mikrocephalen[1]) mit ihrem nach allen Richtungen gleichmäßig verkleinerten Schädel und einfach gebautem, vielfach Tierähnlichkeiten aufweisendem Gehirn. Carl Vogt glaubte

[1]) Pfleger und Pilcz, Jahrbücher f. Psych. XVI, 76 (Literatur); Obersteiners Arbeiten V. 1897; Dannenberger, Sommers Klinik VII, 27; Glüh, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns VI, 207; Probst, Arch. f. Psych. XXXVIII, 47; Vogt, Über die Anatomie, das Wesen und die Entstehung mikrocephaler Mißbildungen, Arbeiten aus dem hirnanatomischen Institut d. Universität Zürich. 1905; Pilcz, Jahrb. f. Psych. XVIII, 526 (Literatur); Vogt, Allg. Zeitschr. f. Psych. LXIII, 706; Bielschowski und Brodmann, Journ. f. Psychol. u. Neurol. V, 194; Hilty, Geschichte und Gehirn der 49jährigen Mikrocephalin Cäcilie Gravelli, Arbeiten aus dem hirnanatomischen Institute der Universität Zürich. Diss. 1906; Ibrahim, Jahrb. f. Kinderheilk., neue Folge, LX, 731 (Literatur); Vogt, Handbuch der Neurologie von Lewandowski III, 2, 1. Kotshetkowa, Arch. f. Psych. XXXIV, 39 (Literatur); Mingazzini, Monatsschr. f. Psych. VII, 429 (Literatur); Giacomini, I cervelli dei microcefalici. 1890; Besta, Rivista di freniatria sperim. XXX, 572; Paravicini, Di due encefali microcefalici, Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale XXXVI. 1908.

1867 bekanntlich, daß hier ein atavistischer Rückschlag geradezu eine Art „Affenmenschen" zustande gebracht habe. Daran ist, wie Mingazzini ausgeführt hat, soviel richtig, daß Tierähnlichkeiten überall dort leicht auftreten, wo Entwicklungsstörungen stattfinden. Da auch das werdende Hirn die verschiedenen Stufen der Ahnenreihe durchläuft, ist es verständlich, wenn an diesem oder jenem Punkte frühere Bildungen fortbestehen, sobald die Reifung gestört wird. Wildermuth fand bei 28 Idioten 18 mal atavistische Bildungen, darunter 7 mal die Affenspalte. Die weitere Forschung hat indessen gezeigt, daß wir es bei der Mikrocephalie durchaus nicht regelmäßig mit reinen Entwicklungshemmungen zu tun haben, sondern daß die Kleinheit des Hirns wie des Schädels in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch verschiedenartige, auch halbseitige, zerstörende Krankheitsvorgänge bedingt ist. Das gilt ganz besonders für diejenigen Formen, bei denen ein ganz unentwickeltes Gehirn den kleinen Schädel lange nicht ausfüllt, sondern als stummelartiges Gebilde dem Schädelgrunde aufliegt. Hier können neben mißbildeten Stammganglien, Kleinhirn und verlängertem Mark noch kümmerliche Reste der Rinde vorhanden sein. Bei diesen „Anencephalen", die nicht lange lebensfähig bleiben, scheint es sich vielfach um Störungen in der Gefäßentwicklung zu handeln, die dann zu Blutungen und Verstopfungen führt. Weiterhin aber kann umfangreichere Zerstörung des Gehirns und damit Mikrocephalie auch durch Embolie auf Grund fötaler Endokarditis und durch encephalitische Erkrankungen verursacht werden. Der Lues dürfte vielfach eine ursächliche Bedeutung zukommen.

Auf der anderen Seite aber bietet eine kleine Zahl von Mikrocephalenhirnen in ihrem äußeren und inneren Bau so unverkennbar das Bild eines einfachen Entwicklungsstillstandes auf einer tieferen Stufe dar, daß wohl ihre Abgrenzung von den durch Krankheitsvorgänge bedingten Formen berechtigt erscheint. Giacomini spricht hier im Gegensatze zur „Pseudomikrocephalie" von einer reinen oder wahren Mikrocephalie. Man darf sich vielleicht vorstellen, daß dabei krankhafte Veranlagung oder Keimschädigung den Verlauf der Entwicklung in ungünstiger Weise beeinflußt haben, ohne sie von vornherein abzuschneiden.

So weit es sich übersehen läßt, scheint auch das klinische Bild der „reinen" Mikrocephalie gewisse kennzeichnende Züge

aufzuweisen, die von Pellizzi, Paravicini, Hilty, Besta, Montesano, Dannenberger u. a. genauer untersucht worden sind. Es handelt sich in der Regel um erhebliche, wenn auch nicht höchstgradige Idiotie mit Erhaltung einer gewissen Regsamkeit. Die Kranken fassen langsam und unvollkommen auf, lernen aber allmählich gebräuchliche Gegenstände und die Personen ihrer Umgebung kennen, bisweilen sogar auf Bildern. Farbensinn, Geruch und Geschmack sind wenig entwickelt. Die Aufmerksamkeit der Kranken ist meist leicht zu erregen, aber sehr ablenkbar; manche sind neugierig. Die Reaktionszeit für Gehörsreize fand Besta auf das 6—9fache verlängert. Merkfähigkeit und Gedächtnis pflegen leidlich zu sein; die Kranken sind daher meist imstande, die Lösung einfacher Aufgaben, die Bedeutung von Glockenzeichen zu erlernen; sie zeigen auch die Neigung, nachzuahmen. Ihr Vorstellungsschatz pflegt äußerst dürftig zu sein. Sie finden sich jedoch in den Verhältnissen ihrer täglichen Umgebung ziemlich gut zurecht, unterscheiden rechts und links, verstehen ungefähr den Sinn der an sie gerichteten Worte, befolgen einfache Aufforderungen, vermögen leichte Arbeiten auszuführen. Dagegen versagen sie bei allen ferner liegenden Anforderungen, kennen weder Zeitrechnung noch Wochentage, können die Uhr nicht ablesen, ganz abgesehen von eigentlich schulmäßigen Kenntnissen.

Ihre gemütlichen Regungen sind oberflächlich und raschem Wechsel unterworfen. Sie erscheinen zugänglich, gutmütig, anhänglich, haben Zu- und Abneigungen, Mitleid, Liebe zu Tieren, empfinden aber kein Heimweh, trennen sich leicht von den Angehörigen. Manchmal haben sie Freude an bestimmten Farben, an Musik und namentlich am Rhythmus. Geschlechtliche Regungen und Schamgefühl pflegen gänzlich zu fehlen, nicht aber der Sinn für Ordnung, Sauberkeit, hübsche Kleidung, Behaglichkeit, sowie eine gewisse Reue bei Verfehlungen. Die Stimmung ist in der Regel heiter, selbstzufrieden, das Mienenspiel lebhaft, doch kommt es gelegentlich mit und ohne Anlaß zu Verstimmungen, namentlich aber zu heftigen Erregungen und Zornausbrüchen, die sehr rasch verpuffen. Meist sind die Kranken regsam, etwas unruhig, haben Lust, sich zu beschäftigen, lernen, sich zu kleiden, selbständig zu essen, erledigen auch ihre einfachen Obliegenheiten mit einer gewissen Sorgsamkeit. Besta stellte bei

seinen Kranken eine bemerkenswerte Zähigkeit des Wollens fest, indem er sie nacheinander immer dickere Fäden zerreißen ließ, eine Aufgabe, der sie sich mit großem Eifer und Anwendung verschiedener Hilfsmittel unterzogen. Die Sprache ist unentwickelt, agrammatisch, beschränkt sich oft auf wenige, mangelhaft vorgebrachte, verstümmelte Wörter, vielleicht auch die ersten Glieder der Zahlenreihe. Die Bewegungen sind schwerfällig und ungeschickt, vielfach von Mitbewegungen begleitet; hier und da besteht Linkshändigkeit. Das Schlafbedürfnis scheint auffallend gering zu sein. Die gesamte Entwicklung vollzieht sich langsam; Laufen, Sprechen, Reinhaltung werden spät erlernt. Die Menses können vorhanden sein.

Die Körpergröße der Mikrocephalen scheint durchschnittlich gering zu sein. Paravicini bestimmte sie bei einer Anzahl von Kranken auf 146 cm für die Männer und 139 für die Frauen gegenüber der Norm von 165 bzw. 152 cm nach Topinard. Große Staturen sind selten. Die Spannweite der Arme fand derselbe Forscher auffallend größer, als die Körperlänge, was als Affenähnlichkeit angesehen werden könnte. Erscheinungen, die auf eine herdartige Hirnerkrankung hindeuten würden (Lähmungen, Spasmen), fehlen bei der reinen Mikrocephalie; im allgemeinen gilt das wohl auch von epileptischen Anfällen. Bourneville beobachtete sie zwar viermal in 14, Giacomini zweimal in 11 Fällen, vorzugsweise in der Jugend, doch erscheint es fraglich, ob es sich überall um reine Formen der Erkrankung gehandelt hat. Die Lebensfähigkeit der Mikrocephalen ist herabgesetzt; Vogt berichtet, daß von 124 Kranken 102 das 20. Jahr nicht erreichten und nur 6 das 30. überschritten.

Ein höchst auffallendes Bild bietet der kleine, oben abgestutzte Schädel der Mikrocephalen dar, dessen Hirnteil in merkwürdigem Mißverhältnisse zum Gesichtsanteil steht. Man erkennt dies leicht in den Figuren 314, 315 und 316, die einen jugendlichen und einen erwachsenen Mikrocephalen[1]) darstellen, diesen in Seiten- und Vorderansicht. Die Stirn ist schmal, gerunzelt, nach hinten fliehend, das Hinterhaupt stark abgeflacht, der ganze Schädel ungemein niedrig. Das Gesicht, besonders die Nase, springt weit vor. Die Wölbung des Gaumens ist wegen der Verkümmerung des Schädel-

[1]) Letztere verdanke ich der Freundlichkeit des Herrn Kollegen Schweighofer in Salzburg.

grundes hoch und eng. Man bezeichnet diese Schädelform, die eine entfernte Ähnlichkeit mit gewissen künstlichen Mißbildungen



Fig. 314. Mikrocephaler Knabe.

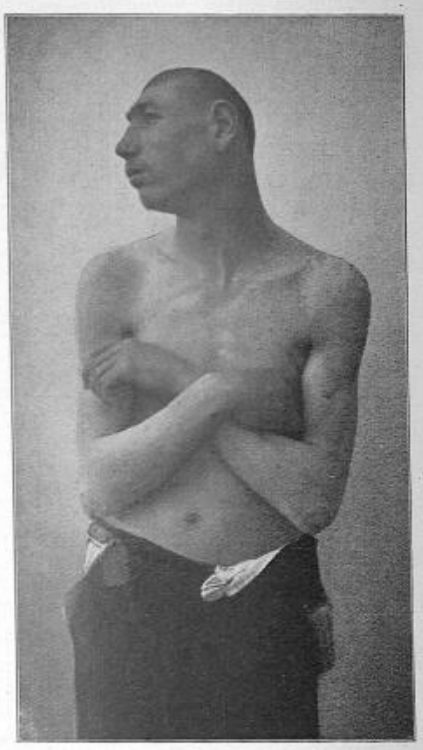


Fig. 315. Erwachsener Mikrocephale, Seitenansicht.

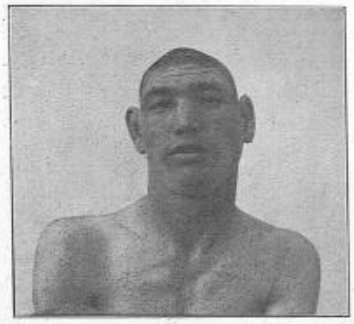


Fig. 316. Derselbe Kranke von vorn.

altperuanischer Schädel aufweist, als „Aztekentypus", auch wohl wegen der schnabelartig vorragenden Nase als Vogelkopf. Einen hochgradig mikrocephalen Schädel aus der von Weygandt für die Dresdener Hygieneausstellung zusammengebrachten Sammlung stellt die Fig. 317 dar, in der vor allem das jähe Zurückweichen der Stirn unmittelbar über dem oberen Augenhöhlenrande auffällt.



Fig. 317. Mikrocephaler Schädel.

Ich gebe ferner in Fig. 318 ein nach dem Riegerschen Verfahren gewonnenes, auf die Hälfte verkleinertes Schädeldiagramm eines 50jährigen Mikrocephalen wieder, in dem die beiden übereinander gelegenen Horizontalkurven und die zum Teil mit der unteren zusammenfallende Sagittalkurve ausgezogen, die beiden Frontalkurven aber punktiert sind. Auch hier sieht man an der Sagittalkurve deutlich, wenn auch weit schwächer ausgesprochen, als bei dem abgebildeten Schädel, das Fliehen der Stirn. Wie aus der Zeichnung abgelesen werden kann, betrug die größte Länge des Schädels 14,7 cm (Norm 17,5—20 cm), die größte Breite 12,2 cm (Norm 14,5—16,0 cm); der Horizontalumfang war 43,7 cm (Norm 52,1

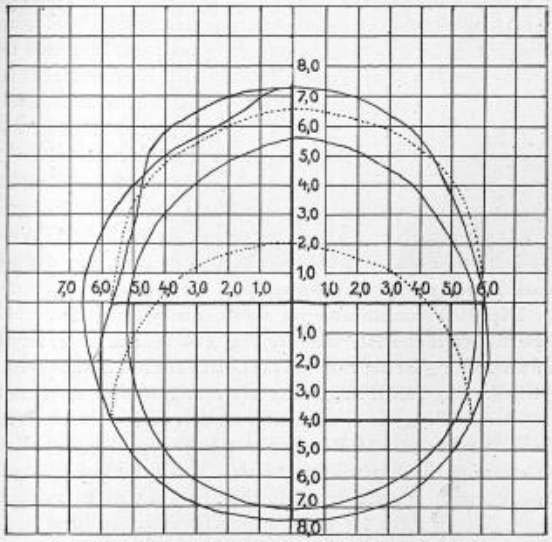


Fig. 318. Diagramm eines mikrocephalen Schädels.

bis 57,5 cm). Der zehnjährige Mikrocephale Montesanos hatte einen Umfang von 33,7 cm, die von Virchow untersuchte, acht Jahre alte Helene Becker einen solchen von nur 28,5 cm.

Die Schädelknochen sind wegen der Kleinheit des Hirns und dem entsprechend geringen Wachstumsdruck gewöhnlich verdickt, die Nähte meistens offen. Das Gehirn erscheint bei der reinen Mikrocephalie, dem Schädelraume entsprechend, im allgemeinen gleichmäßig verkleinert, mit wenig entwickeltem Stirnpol, wenn auch einzelne Gegenden besonders stark zurückgeblieben sein können. Das verhältnismäßig große Kleinhirn wird von den Hinterhauptslappen oft nicht völlig verdeckt. Das Hirngewicht ist natürlich herabgesetzt, bisweilen in sehr hohem Grade. Gewichte zwischen 700 und 1000 g bei erwachsenen Menschen gehören nicht zu den Seltenheiten; in der von Pfleger und Pilcz gegebenen Zusammenstellung findet sich sogar das Gehirn eines 20jährigen Mannes, das nur 417 g wog; Hilty beobachtete bei seiner 49jährigen Mikrocephalin ein Hirngewicht von 370 g und Mingazzini bei einem 17jährigen Knaben 335 g, Montesano bei einem 10jährigen Knaben 320 g, beides mit Einschluß der Pia. Paravicini beschrieb zwei mikrocephale Geschwister, von denen der 18jährige Bruder ein Hirngewicht von 220, die 33jährige Schwester ein solches von 240 g aufzuweisen hatte. Endlich stellte Probst bei einem $3^1/_2$jährigen Mädchen ein Hirngewicht von 195 g, Barlow bei einem 7 Wochen alten Knaben ein solches von 15,9 g, Calori bei einem 9 Monate alten Kinde ein solches von 6 g fest. Wie schon aus diesen Zahlen hervorgeht, ist auch das mikrocephale Gehirn eines erheblichen Wachstums fähig; es kommt nach Vogts Angabe in der Zeit, die der gesunden Hirnentwicklung entspricht, etwa auf die Stufe des 5—6jährigen Kindes. Die Höhenzunahme ist dabei am geringsten.

Die Hirnoberfläche ist, wie die Fig. 319 zeigen mag, in der Regel auffallend windungsarm; nur die Hauptfurchen sind ausgebildet; die feinere Gliederung fehlt. Einzelne Windungen sind übermäßig breit (Makro- oder Pachygyrie); zuweilen finden sich aber auch hier oder dort kleine, verkümmerte Windungen (Mikrogyrie), wohl meist im Zusammenhange mit umschriebenen Krankheitsvorgängen. Die Zentralwindungen verlaufen steil; die Insel ist nicht ganz bedeckt. Beim abgebildeten Falle ist noch die geringe Ausbildung des Hinterhauptlappens bemerkenswert. Die Gesamtentwicklung des Gehirns

pflegt etwa dem Zustande des 6.—7. Fötalmonats zu entsprechen. Wie Pfleger und Pilcz im einzelnen gezeigt haben, kommen auch allerlei Tierähnlichkeiten vor, so die „Affenspalte", besonders starke Ausbildung der Balkenwindung, Fehlen des Isthmus gyri fornicati. Außerdem aber bestehen regelmäßig noch eine Reihe von unbestimmten Abweichungen, stärkere Asymmetrie in den Windungen beider Seiten, wie bei dem abgebildeten Falle, Überbrückung der Zentralfurche, Verkürzung des Balkens, Fehlen der grauen Kommissur u. a. Die Stammganglien pflegen besser entwickelt zu sein, als der Hirnmantel, ebenso das Rückenmark, doch finden sich bisweilen Mikromyelie und leichtere Verbildungen der Zellen und Faserstränge. Die Ventrikel sind öfters erweitert. Die Hirnhäute zeigen in der Regel keine Veränderungen.

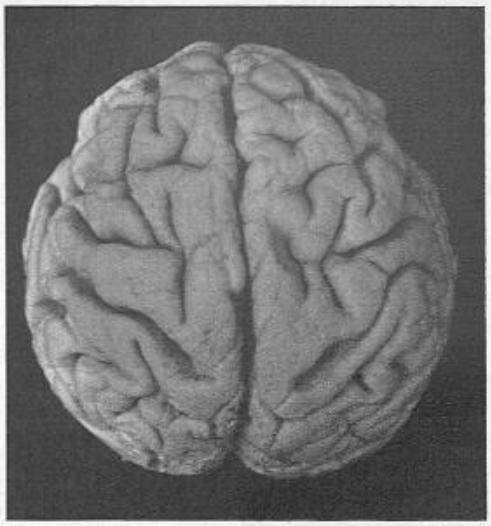


Fig. 319. Mikrocephales Gehirn.

Die mikroskopische Untersuchung mikrocephaler Hirne ergibt eine Reihe von Abweichungen, die sich in der Hauptsache auf eine ungenügende Reifung der Gewebe zurückführen lassen. Die Rinde erscheint stark verschmälert, nicht scharf vom Mark abgegrenzt, der regelmäßige Schichtenbau verwischt. Einzelne Zellen oder selbst größere heterotopische Inseln grauer Substanz finden sich im Marke zerstreut bis in die Nähe der Ventrikelwandung. Wegen der geringen Entwicklung der Hirnfaserung liegen die Zellen der Rinde viel dichter beieinander und erscheinen daher in der Regel zahlreicher, als in der Norm, seltener spärlich; hier und da können einzelne

Schichten oder Zellformen ganz oder teilweise fehlen. Sehr verbreitet sind kleine, rundliche, neuroblastenartige, sich blaß färbende Zellen mit großen Kernen und wenig entwickelten Fortsätzen; daneben finden sich spindelförmige Zellen und, wie Bielschowski und Brodmann berichten, „phantastische" Formen, doppelkernige Zellen, Anastomosen, Fortsätze in Form bandartiger Stränge mit plumpen Fibrillenbündeln. Die Markmasse ist regelmäßig erheblich verringert; Hilty fand sie bei der 49jährigen Mikrocephalin auf Flächenschnitten gegenüber dem gesunden Erwachsenen um mehr als die Hälfte, gegenüber einem zweijährigen Kinde noch um mehr als ein Drittel verkleinert. Die Markreifung kann in größeren Rindengebieten noch ganz unvollkommen sein. Die Gefäße sind unverändert; Anzeichen von Krankheitsvorgängen pflegen sich nirgends zu finden.

Die Kleinheit des Schädels bei Mikrocephalie war man nach Virchows Vorgang früher geneigt, auf eine vorzeitige Verknöcherung der Schädelnähte zurückzuführen; der Druck des sich schließenden Schädels sollte dann das Hirnwachstum verhindern. Es ist indessen namentlich durch Guddens Untersuchungen dargetan worden, daß, in der Regel wenigstens, die Entwicklung des Schädels wesentlich durch die Wachstumsverhältnisse des Gehirns bestimmt wird und nicht umgekehrt. Auch die Erfahrungen beim Hydrocephalus beweisen, daß die Schädelgröße durch den Druck im Innern hochgradig beeinflußt werden kann. Vor allem aber stellt sich bei der Untersuchung mikrocephaler Schädel heraus, daß bei ihnen von einer allgemeinen Nahtverknöcherung gar keine Rede sein kann. In der Regel sind vielmehr auch solche Nähte noch offen, die sich sonst frühzeitig zu schließen pflegen, z. B. die Stirnnaht. Auch in Fig. 317 lassen sich die Nähte deutlich erkennen. Bourneville fand unter 675 Idiotenschädeln nur 2mal völlige und 29mal beschränkte Nahtverknöcherung. Als Ursache für die Kleinheit des Gehirns sah Klebs Druckatrophie infolge von Uteruskrämpfen an, Schäffer „Schläfenenge", mangelhafte Entwicklung der Keilbeinflügel und des Schläfenbeins, die das wachsende Hirn zusammenpressen sollten. Sapolini, Aeby, Bischoff, Jensen dachten an ungenügende Ausbildung der Carotis interna und dadurch bedingte Wachstumshemmung, während Virchow eine Hirnhautentzündung mit Hydrocephalus und Keller

eine Encephalitis annahm. Wenn es überhaupt eine „reine" Mikroencephalie gibt, würden wir sie wohl als Ausdruck eines Anlagefehlers zu betrachten haben.

Daß die Umgrenzung der „reinen" Mikrocephalie schwierig und bis zu einem gewissen Grade willkürlich ist, wurde schon früher dargelegt. Wie besonders Pellizzi ausgeführt hat, gibt es zwischen denjenigen Fällen, in denen tiefgreifende Zerstörungen die Kleinheit der Hirnmasse und damit des Schädels bedingen, und den anscheinend reinen Hemmungsbildungen zahlreiche Übergänge, bei denen sich ursächliche Krankheitsvorgänge in immer leichteren Andeutungen verraten, durch Verwachsung der Ventrikelwände, umschriebene Mikrogyrie, Piaverdickung, Hydrocephalus externus; Giacomini hat bereits darauf aufmerksam gemacht. Man wird sich daher der Überlegung nicht entziehen können, daß hier möglicherweise nur verschiedene Grade der gleichen Schädigung vorliegen, deren Wirkung einmal eine tiefgreifende Zerstörung, das andere Mal nur eine Wachstumsbeeinträchtigung des Hirngewebes bildet. Giacomini spricht von „kombinierten Formen" und meint allerdings, daß dabei die Krankheitsvorgänge erst später hinzugetreten seien, was sich etwa mit der geringeren Widerstandsfähigkeit der mangelhaft angelegten Gehirne erklären ließe. Es gibt indessen eine Reihe von Erfahrungen, die dafür sprechen, daß doch wohl eine nähere Verwandtschaft zwischen der reinen und der Pseudomikrocephalie besteht, namentlich ihr Auftreten nebeneinander bei Geschwistern. Wir werden auf diese Frage später noch zurückzukommen haben.

Auch gegenüber der Norm läßt sich die Mikrocephalie heute nicht sicher abtrennen. Die Schädelgröße allein kann dafür natürlich nicht maßgebend sein. Welcker bezeichnet als kleinsten noch der Gesundheitsbreite angehörenden Horizontalumfang des Schädels beim Manne 48,9, beim Weibe 47,4 cm; Broca setzt die Grenzen bei 48 und 47,5 cm; Vogt gibt den Schädelumfang der Mikrocephalen auf 40—45 cm an. Dazu ist zunächst zu bemerken, daß die Schädelgröße nicht immer einen richtigen Schluß auf die Hirngröße gestattet; letztere kann wegen starker Verdickung des Schädels oder reichlicher Flüssigkeitsansammlungen wesentlich geringer sein, als es den Anschein hat. Mikroencephalie braucht daher gar nicht immer mit Mikrocephalie einherzugehen. Sodann aber steht

der Schädelinhalt nicht nur zu Alter und Geschlecht, sondern auch zur Körpergröße in Beziehung. Es gibt daher eine „relative" Mikrocephalie, ein Herabsinken der Schädelgröße unter das für den gegebenen Fall zulässige Maß, ohne daß doch die angeführten Grenzwerte unterschritten wären. Oder es kann ein Schädel an sich abnorm klein, für den zugehörigen Körper jedoch völlig ausreichend sein, wie bei der sogenannten „Nanocephalie" der Zwerge.

Indessen darf ein mäßiges Mißverhältnis zwischen Hirn- und Körperentwicklung nicht ohne weiteres den hier beschriebenen Formen der Mikrocephalie zugezählt werden. Es gibt mannigfache leichtere Schädigungen der Hirnreifung, die ein gewisses Zurückbleiben bedingen können und sich klinisch in den verschiedenen Abstufungen der Verstandesleistungen von der Unbegabtheit zur Dummheit, Debilität und vielleicht noch weiter kundgeben, aber nur die eine oder andere unter ihnen wird so schwere Veränderungen hervorzubringen vermögen, wie wir sie der Mikrocephalie zugrunde liegen sehen. Damit soll nicht gesagt sein, daß die Ursachen der Mikrocephalie nicht auch in stark abgeschwächter Form auftreten und Veränderungen erzeugen könnten, die kaum oder gar nicht mehr aus der Gesundheitsbreite herausfallen; Hilty erwähnt Fälle, die vielleicht so zu deuten sind. Dagegen muß wohl als wahrscheinlich festgehalten werden, daß die schweren Formen der Mikrocephalie nur durch eine bestimmte Gruppe von Schädlichkeiten hervorgerufen werden können, während bei den leichteren möglicherweise noch eine ganze Reihe weiterer Ursachen in Betracht kommen. Ferner läßt sich mit Bestimmtheit sagen, daß wenigstens bei der reinen Mikrocephalie der Beginn der Störungen fast immer in das Fötalleben fällt, wie Pellizzi annimmt, zwischen den dritten Monat und das Ende der Schwangerschaft, nur in Ausnahmefällen später. Wir können das aus den zahlreichen Bildungshemmungen des Gehirns in äußerer Gestalt und innerem Aufbau schließen, die den Stillstand der Entwicklung auf einer bestimmten fötalen Stufe anzeigen. —

Vielleicht mit ähnlichem Recht, wie die Mikrocephalie, kann die nach dem eigenartigen Leichenbefunde sogenannte tuberöse Sklerose[1]) als eine Entwicklungshemmung des Gehirns aufgefaßt

[1]) Bourneville, Archives de neurologie I, 81; Hartdegen, Arch. f. Psych. XI, 117; Vogt, Monatsschr. f. Psych. XXIV, 106 (Literatur); Geitlin, Arbeiten

werden. Sie wurde zuerst 1880 von Hartdegen und Bourneville beschrieben und ist klinisch gekennzeichnet durch eine erhebliche, allmählich fortschreitende Verblödung, meist begleitet von epileptischen Krämpfen. Das nicht gerade häufige Leiden beginnt gewöhnlich schon in früher Jugend, nach einer Zusammenstellung von Gallus und Bielschowski unter 52 Fällen 33 mal, nur vereinzelt nach dem 6. Jahre. Das seelische Krankheitsbild ist ziemlich einförmig. Die geistige Entwicklung, die vielleicht zunächst leidliche Fortschritte machte, steht allmählich still. Dann verlieren die Kranken nach und nach die etwa schon erworbenen Fähigkeiten, werden ablenkbar, vergeßlich, unaufmerksam, verständnislos. Die Sinne werden stumpf; auch die Sprache verschlechtert sich, wird wortarm und undeutlich. Die Kranken verstehen kaum mehr die einfachsten Anreden, vermögen vielleicht noch einige wenige Gegenstände zu benennen, ihren Namen zu sagen, erkennen allenfalls ihre nächsten Angehörigen, versinken aber immer tiefer in völligen Blödsinn. Sie werden teilnahmlos, selbst schlafsüchtig, zeigen aber öfters noch eine gewisse gemütliche Regsamkeit in unartikulierten Freudenlauten, schmeichelnder Zutunlichkeit und namentlich in heftigen Zornausbrüchen. Zeitweise sind sie unruhig, machen zwecklose Bewegungen, rennen herum, klatschen in die Hände, wiegen sich hin und her, stecken den Finger in den Mund; sie sind sehr gefräßig, lassen den Speichel aus dem Munde fließen, saugen an ihren Fingern, werden vielfach auch unrein.

Es scheint indessen, daß die Krankheit nicht immer in der angedeuteten Weise fortschreitet, daß sich der geistige Rückgang vielmehr gelegentlich in den Grenzen der Imbezillität oder der Debilität halten kann. Manche Kranke, bei denen aus den körperlichen Begleiterscheinungen auf das Bestehen einer tuberösen Sklerose geschlossen wurde, sollen geistig unauffällig oder sogar begabt gewesen sein; man wird aber angesichts der großen Mehrzahl der Fälle mit

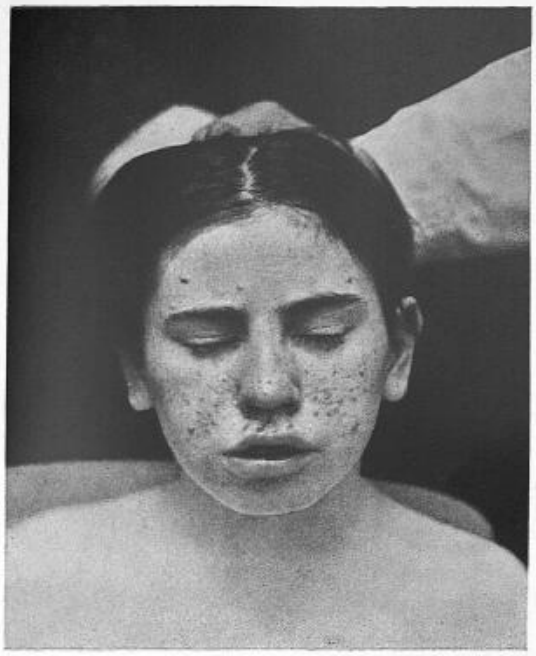
---

aus dem pathologischen Institut der Universität Helsingfors I, 3, 436; Perusini, Monatsschr. f. Psych. XVII, 162; Gallus und Bielschowski, Journ. f. Psychol. u. Neurol. XX, Ergänzungsheft, 1 (Literatur); Orzechowski und Nowizki, Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. XI, 237; Kufs, ebenda XVIII, 291; Nieuwenhuijse, ebenda XXIV, 53; Bielschowski, ebenda XXVI, 133; Volland, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns III, 245; Neurath, Ergebnisse d. allg. Pathol. u. pathol. Anat. d. Menschen u. d. Tiere von Lubarsch und Ostertag XII, 732 (Sammelreferat, Literatur).

ausgesprochener Verblödung zweifeln dürfen, ob wirklich die kennzeichnenden Hirnveränderungen vorhanden waren.

Meist schon sehr früh stellen sich epileptische Krämpfe ein, zunächst vereinzelt, dann etwas häufiger werdend, auch wohl einmal eine Zeitlang aussetzend, etwa alle 8—14 Tage, selten öfter, auftretend oder sich statusartig häufend. Sie scheinen nur ausnahmsweise ganz zu fehlen, in zehn Fällen Bournevilles nur einmal. Außer allgemeinen, großen Krampfanfällen beobachtet man auch leichtere Zuckungen, Schwindelanfälle, Ohnmachten, Migräne. Volland berichtet von einem Falle, in dem 86 schwere und 52 leichte Anfälle im Jahre beobachtet wurden. Hier und da kommen auch herdartige oder halbseitige Anfälle vor. In einzelnen Fällen entwickeln sich leichtere oder schwerere Lähmungserscheinungen und Spasmen in verschiedenartiger Ausbreitung, öfters auch Strabismus, offenbar je nach dem Sitze der Hirnerkrankung. Wo die später zu besprechenden Ventrikelgeschwülste einen sehr großen Umfang erreichen, können sich die Zeichen erhöhten Hirndruckes einstellen, Stauungspapille, Pulsverlangsamung, Benommenheit.

Der allgemeine Ernährungszustand ist in der Regel dürftig, die Körperlänge gering; man findet auch allerlei Entartungszeichen, Gaumenwulst, Nabelbruch, mangelhafte Entwicklung der Geschlechtsorgane. Der Schädel ist öfters sehr kurz und hoch, von geringem Umfange. Ein ganz besonderes Interesse aber dürfen gewisse Hautveränderungen in Anspruch nehmen, die das Krankheitsbild auffallend häufig begleiten und offenbar in tieferen Beziehungen zu seiner Entwicklung stehen. Vor allem handelt es sich um das von Pringle beschriebene Adenoma sebaceum, das sich in Form von kleinen, erhabenen, stecknadelkopf- bis linsengroßen, rötlichen Knötchen annähernd symmetrisch auf Stirn, Nase und Wangen, seltener auch über Hals, Brust und Rücken auszubreiten pflegt. Die nebenstehende Tafel gibt davon ein Bild. In Wirklichkeit handelt es sich nicht um Adenome, sondern um fibröse, gefäßreiche, nävusartige Geschwülstchen (Angiofibrome). Nach der Zusammenstellung von Gallus und Bielschowski fanden sie sich unter 78 Fällen 28 mal. Sie treten meist in den ersten Lebensjahren, hier und da aber auch erst später auf, in dem abgebildeten Falle mit 10 Jahren, und können sich weiter entwickeln. Wesentlich seltener sind gestielte oder flache, kleinere oder größere, an verschiedenen



Tuberöse Sklerose mit Adenoma sebaceum.

Stellen (Nacken, Rücken) versprengte Hautfibrome, ferner nach Schusters Angaben kleine, flache, oft bräunlich gefärbte Warzen, Milchkaffee- und Leberflecken, quaddelartige, unregelmäßig begrenzte, seicht gefurchte Erhabenheiten, besonders in der Beckengegend und am Darmbeinkamm.

Die Bedeutung aller derartiger Zeichen liegt darin, daß sie auf Entwicklungsstörungen hinweisen. Gleiches gilt für die in mehr als der Hälfte der Fälle beobachteten Nierengeschwülste, die meist gutartig zu sein pflegen, bisweilen aber auch stark wachsen und Metastasen bilden. Sie können durch Erzeugung von Eiweiß-

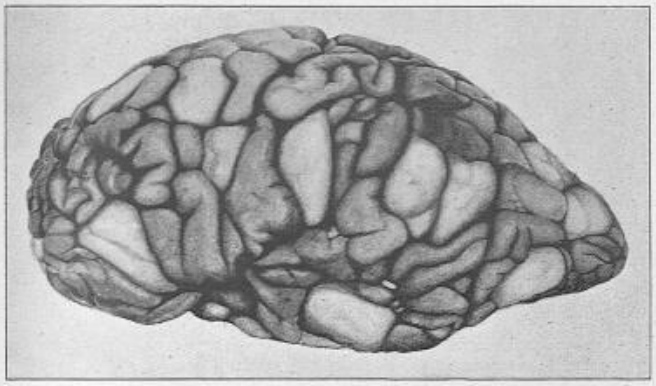


Fig. 320. Gehirn bei tuberöser Sklerose.

harnen, Urämie und allgemeinem Hydrops zur Todesursache werden. Es handelt sich regelmäßig um Mißbildungen, Mischgeschwülste aus den mannigfachsten Bestandteilen, nach den Angaben von Kufs aus glatten Muskelzellen, Fettgewebe, Drüsenschläuchen, Gefäßknäueln zusammengesetzt. In etwa $^1/_7$ der Fälle finden sich auch im Herzen, namentlich rechtsseitig, knollige, scharf umgrenzte Geschwülste, die unter dem Perikard liegen und sich hauptsächlich aus embryonalen Muskelzellen zusammensetzen. Vereinzelt wird endlich über Nebennierengeschwülste, multiple Adenome der Schilddrüse, Dermoidcysten, Uterusmyome berichtet; einmal fand sich eine überschüssige Nebenniere im Ovarium. Die Lebensdauer der Kranken ist gewöhnlich

nicht sehr groß. Von 78 Kranken, die Gallus und Bielschowski aufzählen, starben 35 vor dem 10. und weitere 23 vor dem 20. Jahre; nur 2 überschritten das 50. Jahr. Die Todesursache war 20 mal ein Status epilepticus, etwa ebensooft die Tuberkulose, der die Kranken sehr leicht anheimfallen. Je früher sich die Erscheinungen der tuberösen Sklerose zeigen, desto schwerer scheint ihr Verlauf zu sein.

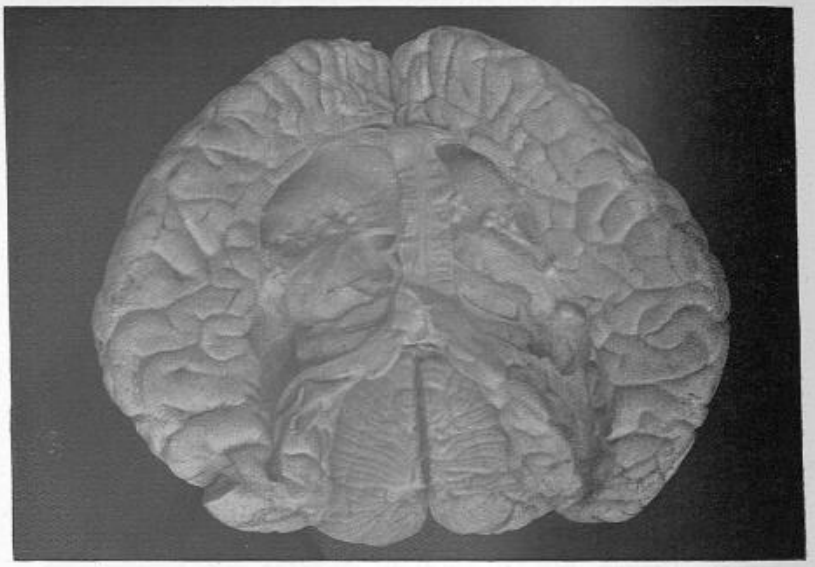


Fig. 321. Ventrikelgeschwülste bei tuberöser Sklerose.

Der merkwürdige Leichenbefund hat zuerst die Aufmerksamkeit der Forscher auf das Leiden gelenkt. Das Gehirn ist im allgemeinen von normaler Größe, bisweilen ungewöhnlich schwer. Der Hirnmantel zeigt an verschiedenen Stellen unregelmäßig verteilte, weißlich verfärbte, hasel- bis walnußgroße, herdartige Verdickungen, die in ihrer Form entweder den Windungen entsprechen oder als knollenartige Geschwülste die Umgebung verdrängen. Die Fig. 320 läßt das deutlich erkennen. Die Oberfläche der Geschwülste ist glatt, die Hirnhaut über ihr leicht abziehbar, die Konsistenz knorpel-

artig fest; in der Mitte findet sich öfters eine seichte Einziehung. Beim Durchschnitt zeigt sich, daß ihre Grenze verwaschen, die Rinde hier weißlich verfärbt ist, während sich im Grunde der Furchen das Rindengrau meist noch deutlich abhebt. Das Stirnhirn, die Zentralgegend und der Scheitellappen pflegen am stärksten betroffen



Fig. 322. Spindelförmige Rindenzellen bei tuberöser Sklerose.

zu sein, das Hinterhaupt verhältnismäßig am wenigsten. Das Kleinhirn, namentlich aber das verlängerte Mark und das Rückenmark sind in der Regel frei. Hier und da finden sich Abweichungen in der Anordnung der Windungen, namentlich Affenspalte, wie in dem abgebildeten Falle.

Sehr häufig, nach Neuraths Zusammenstellung 27 mal unter 42 Fällen, zeigen sich ferner nach Eröffnung der Ventrikel unter

dem Ependym eine Reihe von stecknadelkopf- bis linsen- oder erbsen- und selbst kirschgroßen, bisweilen aber auch wesentlich größeren, derben Geschwülsten an den Stammganglien, besonders an der Grenze von Streifenhügel und Sehhügel, die, knopfartig aufsitzend, seltener gestielt in den Ventrikel hineinragen. Auf der

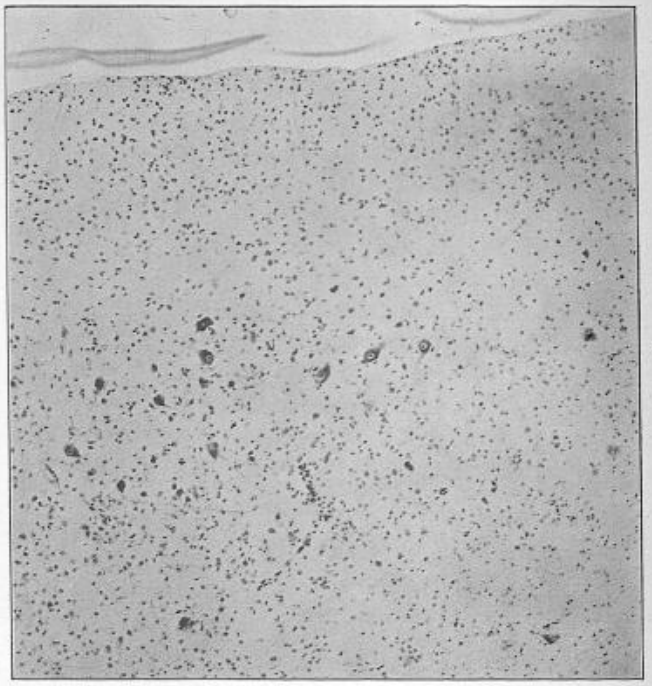


Fig. 323. Rinde mit „großen Zellen" bei tuberöser Sklerose.

Abbildung in Fig. 321 sieht man sie etwa dem Verlaufe der Stria cornea folgen, namentlich auf der rechten Seite.

Die mikroskopische Untersuchung der Rindengeschwülste ergibt sehr auffallende Veränderungen. Der allgemeine Aufbau der Schichten ist stark gestört, die Grenze gegenüber dem Mark verwischt, die Zahl der Nervenzellen erheblich vermindert. Auch im Marke liegen vielfach zerstreut, einzeln oder in Gruppen, hetero-

topische Nervenzellen. In der obersten Rindenschicht sieht man öfters einzelne größere „Cajalsche" Nervenzellen, wie sie früher beim Leichenbefunde der Epilepsie beschrieben wurden und auf Entwicklungsstörungen hinzudeuten scheinen. Bau und Form der Rindenzellen zeigen mannigfache Abweichungen. Ein großer Teil erscheint mangelhaft ausgebildet, von rundlicher, blasiger Form, blaß gefärbt, mit spärlichen Fortsätzen; andere bieten Rück-

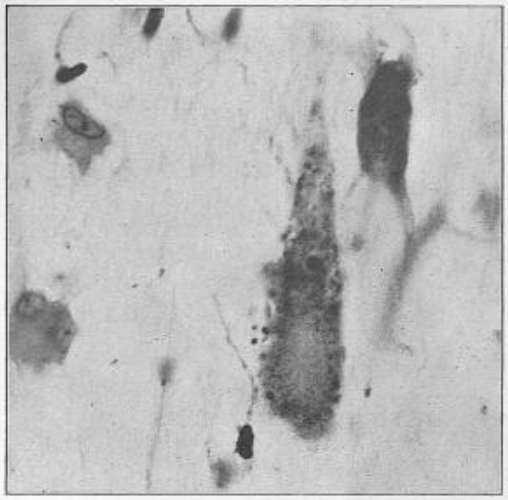


Fig. 324. Große Nervenzellen bei tuberöser Sklerose.

bildungserscheinungen dar, atrophischen Zelleib, geschlängelte Ausläufer, exzentrische Lagerung des sehr dunkel gefärbten, eckigen, unregelmäßig geformten Kerns, verwaschene Struktur, Auflösung der Nissl-Schollen, Verlust der Fortsätze. Ferner finden sich schlangenartig gewundene oder spindelförmige Zellen mit ungewöhnlich reicher Verästelung und ohne Basalfortsatz, wie sie Fig. 322 zeigt.

Die merkwürdigste Erscheinung sind aber die sogenannten „großen Zellen", die gewöhnliche Pyramidenzellen um das

2—3fache an Größe übertreffen. Man erkennt sie auf dem Rindenbilde Fig. 323, das aus einer geschwulstartig veränderten Stelle gewonnen wurde und außerdem die Zerstörung des Schichtenbaues, den fast völligen Untergang der normalen Nervenzellen und die Durchsetzung mit zahllosen Gliazellen zeigen mag. Die großen Zellen liegen bald einzeln, bald in Gruppen oder Nestern angeordnet in Rinde und Mark zerstreut, besonders gern im Innern der Herde, in der Nähe der oberflächlichen Einziehung, an der Grenze der Markleiste, auch im Mark, von Glianetzen umgeben. Ihr Aussehen ist sehr verschieden. Ein Teil ähnelt etwa den Betzschen Zellen, zeigt aber unregelmäßige Anordnung der Nissl-Schollen, ungewöhnliche Lagerung des Kerns mit sehr dunklem Kernkörperchen, reichliches Chromatin, breite, bandartige, gekrümmte Spitzenfortsätze; sie sind öfters verlagert, schräg gestellt oder quer liegend. Die Figuren 324 und 325 geben solche Formen wieder; auf der ersteren finden sich auch eine multipolare Nervenzelle und links große, gewucherte Gliazellen, auf letzterer neben einigen Gliazellen noch die klumpigen, dunkel gefärbten Überreste zugrunde gegangener Nervenzellen. Alzheimer konnte in den großen Zellen Fibrillen nachweisen und damit ihre nervöse Natur sichern. Andere, sehr protoplasmareiche Zellen haben mehr eine rundlich-ovale Form mit bläschenförmigem, oft sehr großem Kern, homogenem Zelleib und plumpen Fortsätzen; auch mehr-kernige Zellen und Teilungsfiguren kommen vor. Ein Nest solcher Zellen zeigt Fig. 326 aus der mittleren Rinde; das Liniengerüst des Kerns mit den kernkörperartigen Gebilden, das teils homogene, teils körnige Protoplasma mit den

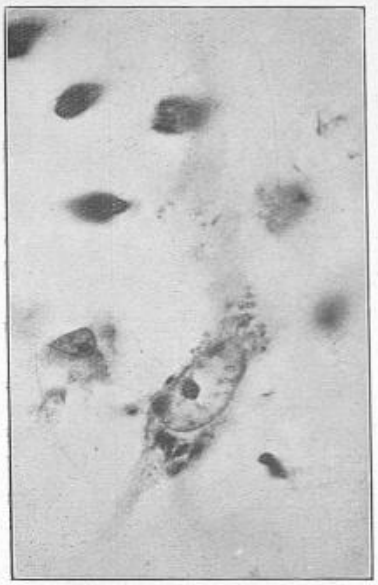


Fig. 325. Große Nervenzelle bei tuberöser Sklerose.

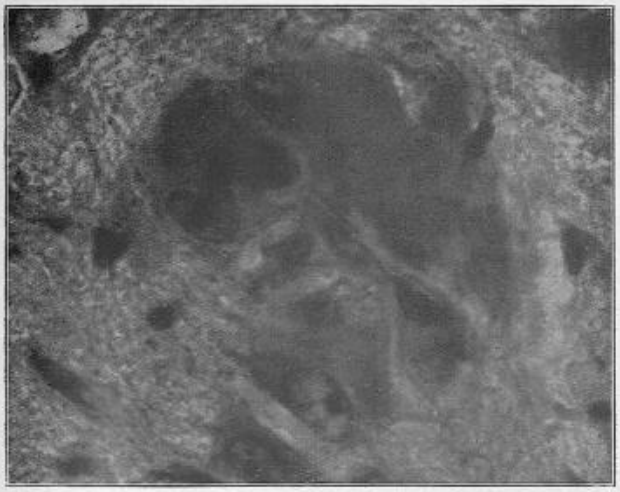


Fig. 326. Nest großer Gliazellen bei tuberöser Sklerose.



Fig. 327. Gliafilz bei tuberöser Sklerose.

unbestimmten Grenzen lassen erkennen, daß es sich hier um gliöse Formen handelt.

Den Hauptbestandteil der Rindenherde bildet eine ungemein mächtige Gliawucherung. Die Randschicht ist erheblich verbreitert, aus dichten Lagen starker Fasern gebildet, die sich in dicken Büscheln



Fig. 328. Zapfenartige Gliawucherung bei tuberöser Sklerose.

fächer- und wirbelartig, wie „zerzauste Haare", durcheinanderflechten, zum Teil über die Oberfläche hinauswuchern, wie es die Fig. 327 darstellt. Dieser Gliafilz erstreckt sich in lockerer Anordnung, der Form der Herde entsprechend, zapfenartig in die Tiefe der Rinde und selbst bis in das Marklager hinein; die Grenzen gegen die Umgebung sind bald ziemlich scharf, bald mehr verwischt.

Fig. 328 läßt außer der Randgliose auch das Eindringen des Herdes in die tieferen Schichten erkennen. In den oberen Partien finden sich vorzugsweise kleine Gliazellen, in der Tiefe und im Mark auch große Astrocyten. Das nervöse Fasernetz ist in den Herden, oft auch im Mark, bedeutend gelichtet, in ersteren bisweilen ganz zerstört; auch mangelhafte Markreifung wird beobachtet, dagegen anscheinend keine sekundäre Degeneration. Die Gefäße der Rinde pflegen nicht verändert, aber von dichten Gliawucherungen eingescheidet zu sein, und enthalten öfters in ihren Wandzellen Abbaustoffe. Hier und da sind kleine Cysten in der Rinde beobachtet worden.

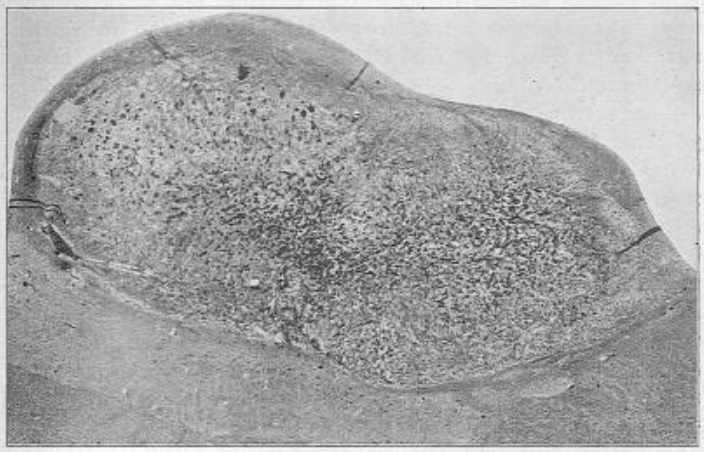


Fig. 329. Durchschnitt durch einen Ventrikeltumor bei tuberöser Sklerose.

Die hier aufgeführten herdartigen Veränderungen finden sich am stärksten ausgesprochen in den schon für das bloße Auge krank erscheinenden Rindenpartien. Leichtere Abweichungen lassen sich in dessen mehr oder weniger weit verbreitet regelmäßig auch in anderen, anscheinend gesunden Rindengegenden nachweisen, Zellarmut, Spärlichkeit der Markfasern, Vermehrung der Glia. Der Übergang von den Herden zur Umgebung vollzieht sich bald ziemlich schroff, bald mehr allmählich. Bei der sehr verschiedenen Ausdehnung der Herde und dem stetig fortschreitenden Verlaufe des Leidens darf man wohl annehmen, daß der Krankheitsvorgang

nicht von vornherein auf bestimmte Gegenden beschränkt ist, sondern sich allmählich auf weitere Gebiete ausbreiten kann, zunächst in schwächerer, dann in stärkerer Ausbildung.

Die Ventrikeltumoren pflegen, wie der in Fig. 329 wiedergegebene Durchschnitt durch eine Geschwulst des Streifenhügels dartut, von der Umgebung durch eine feinmaschige Gliaschicht scharf abgegrenzt zu sein. Sie enthalten einmal wuchernde Gliazellen, zum Teil von besonderer Größe, sodann dickfaserige Gliafaserbüschel und endlich reichliche neugebildete Gefäße mit starker Verdickung der Adventitia, die zum Teil späterhin „hyalin" entartet und verkalkt sind. Geitlin beschreibt konzentrisch geschichtete Gebilde, die er als Angiome deutet. Die Fig. 330 zeigt einen Teil der Fig. 329 in stärkerer Vergrößerung mit den dichten Gliafaserbündeln und den massenhaften verdickten und verkalkten Gefäßen. Andere Ventrikelgeschwülste setzen sich wesentlich aus wuchernden oder in Rückbildung begriffenen Gliazellen zusammen, die in ein Fasernetz gelagert sind.

Die Deutung der hier kurz dargestellten Befunde hat zu vielfachen Meinungsverschiedenheiten Anlaß gegeben, die sich vor allem auf die Natur der „großen Zellen" erstrecken. Heute herrscht jedoch wohl allgemeines Einverständnis darüber, daß diese nicht einheitlicher Art sind, sondern zum Teil als nervöse, zum Teil aber als gliöse Gebilde aufgefaßt werden müssen. Erstere finden sich vorzugsweise in der Rinde, letztere hier, im Mark und in den Ventrikelgeschwülsten. Der Umstand aber, daß die Einordnung im einzelnen Falle schwierig werden kann, weist darauf hin, daß wir es mit mangelhaft gekennzeichneten Zellen zu tun haben. Der Grund dafür darf wohl mit Recht in Entwicklungsstörungen gesucht werden. Dafür würde auch die Häufigkeit unreifer, neuroblastenartiger Nervenzellen sowie das Vorkommen der Cajalschen Zellen und der Heterotopien im Mark sprechen, vielleicht auch das gelegentliche Ausbleiben der Markreifung an einzelnen Stellen und gewisse Abweichungen im Windungsaufbau. Aus diesen Gründen hat zuerst Pellizzi die Ansicht vertreten, daß die großen Zellen unausgereifte Nervenzellen seien, und von einer „Histioatypia corticalis" gesprochen; die Wucherung der Glia betrachtete er als eine sekundäre Veränderung. Dadurch wurden die älteren Anschauungen endgültig beiseite gedrängt. Bourneville hatte das Leiden als den Ausdruck einer fötalen Encephalitis aufgefaßt, Scarpatetti

an syphilitische Gefäßveränderungen und Blutungen mit nachfolgender Entzündung gedacht, während Hartdegen und mit ihm eine Reihe anderer Forscher das Wesen der Krankheit in der geschwulstartigen Gliawucherung erblicken zu müssen glaubte und die Hirnveränderungen als „Ganglioglioneurome" bezeichnete.

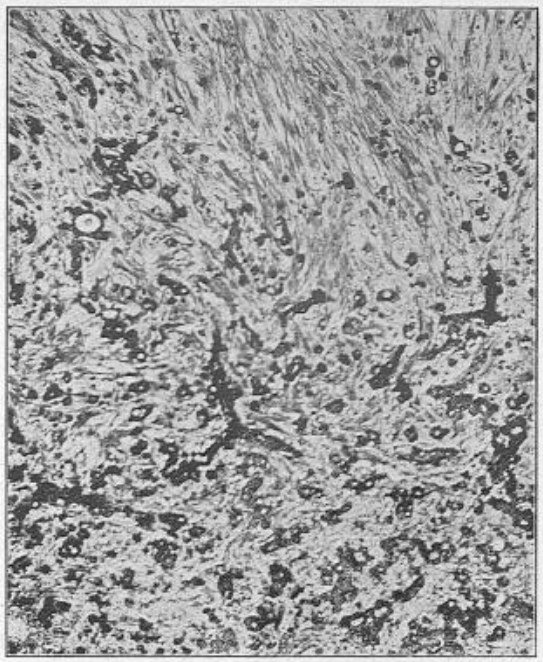


Fig. 330. Gliawucherung und Gefäßveränderungen in einem Ventrikeltumor bei tuberöser Sklerose.

Wir dürfen wohl heute annehmen, daß die großen Zellen Mißbildungen der ursprünglichen Ausgangsformen der Nerven- und Gliazellen, der Neuro- und Spongioblasten, darstellen. Ein Teil der ersteren ist, wie die embryonalen Zellformen der Rinde zeigen, auf einer frühen Stufe stehen geblieben, ein anderer wahrscheinlich sehr bald zugrunde gegangen, wie sich vielleicht aus den Zellausfällen schließen läßt; noch andere sind als Heterotopien auf der Wanderung von ihrer Ursprungsstätte zur Rinde stecken geblieben. Eine weitere Gruppe hat sich annähernd normal entwickelt, doch haben sich bei ihnen vielfach Rückbildungsgänge abgespielt. Die letzte Gruppe endlich, diejenige der großen Zellen, hat eine monströse Ausbildung erfahren. Bielschowski denkt an eine „Arbeitshypertrophie" der wenigen, übrig gebliebenen Zellen. Dagegen wird sich einwenden lassen, daß ja nur einzelne Zellen die übermäßige Größe erreichen und damit ganz aus dem Rahmen aller

übrigen herausfallen, während man doch eine gleichmäßig stärkere Entwicklung aller noch erhaltenen nervösen Gewebsbestandteile erwarten sollte, wenn dadurch der Ausfall an Leistung ausgeglichen werden sollte. Ganz im Gegenteil meint Geitlin, daß durch Wegfall ihrer eigentlichen Aufgaben das Auswachsen der Zellen zu übermäßiger Größe begünstigt werde. Es läßt sich wohl denken, daß sich bei dem Kampfe der Teile im Organismus solche Gewebsbestandteile besonders stark entwickeln können, die aus dem Zwange der Einordnung in eine bestimmte Gliederung losgelöst sind und durch die Verkümmerung anderer Elemente günstige Wachstumsbedingungen finden. Man würde unter diesem Gesichtspunkte in der Riesengröße der einen Gruppe ebenso wie in der unreifen Form der anderen und dem Untergange der dritten den Ausdruck eines gestörten inneren Gleichgewichtes der Gewebsbestandteile zu sehen haben, ähnlich der verschiedenartigen Entwicklung der einzelnen Pflänzchen auf einem dicht besäten Beet. Die nächste Ursache könnten Unregelmäßigkeiten im zeitlichen Ablauf der einzelnen Teilvorgänge der Gesamtentwicklung bilden, durch die ein allseitiges und zweckentsprechendes Einfügen der wachsenden Teile in den Bauplan des Ganzen vereitelt und so den Abirrungen die Bahn geöffnet würde.

Ob und wie weit sich ähnliche Erwägungen auch für die großen gliösen Zellen durchführen lassen, möchte ich einstweilen dahingestellt sein lassen. Jedenfalls aber finden wir auch hier, und zwar weit stärker, als bei den Nervenzellen, ein Wuchern über das Maß hinaus. Da wir eine Gliavermehrung überall auftreten sehen, wo eine Lücke im Nervengewebe entsteht, erscheint es wohl denkbar, daß sie bei der tuberösen Sklerose durch die Entwicklungshemmung und den Untergang der nervösen Bestandteile besonders begünstigt wird, ähnlich etwa, wie wir den Schädel sich verdicken sehen, wenn der Wachstumsdruck des umschlossenen Gehirns gering ist. Diese Auffassung hat besonders Geitlin vertreten. Da es aber doch außerdem noch zur Bildung wirklicher Geschwülste kommt, wie wir sie bei anderen Entwicklungshemmungen des Hirngewebes nicht antreffen, ist jene Erklärung schwerlich ausreichend; es müssen wohl noch weitere Umstände dazu mitwirken, die Gliazellen zu so starker Wucherung und Faserbildung zu veranlassen, wie das besonders von Bielschowski nachdrücklich betont worden ist, der das Leiden geradezu als eine „Gliomatose“ auffaßt.

Orzechowski und Nowicki haben die tuberöse Sklerose in „äußerst enge, an Identität grenzende Verwandtschaft" zur Recklinghausenschen Krankheit, zur Neurofibromatose, gebracht; Gallus und Bielschowski sind ihnen darin gefolgt. Jene Forscher fanden bei der Erkrankung der peripheren Nerven Herde im Gehirn, die denjenigen der tuberösen Sklerose ähnelten, inbesondere auch „atypische Zellen". Wie die Geschwulstbildung bei der Neurofibromatose von den Schwannschen Scheiden ausgeht, so soll sie bei der tuberösen Sklerose in den die Markscheiden liefernden Spongioblasten ihren Ursprung nehmen. Jene Krankheit würde demnach als „Spongioblastosis peripherica", diese als „Sp. centralis" aufzufassen sein, die Verbindung beider als „Sp. universalis".

Gegen diese Ansicht hat sich Nieuwenhuijse ausgesprochen. Es läßt sich auch nicht verkennen, daß die Übereinstimmungen zwischen Neurofibromatose und tuberöser Sklerose nur geringe sind. Das anatomische, makroskopische wie mikroskopische Gesamtbild der hier behandelten Krankheit ist bei allen bisher beschriebenen Fällen offenbar ein so einheitliches gewesen, daß es schwer fällt, ihr die zumeist nur peripher auftretende Recklinghausensche Krankheit ohne weiteres anzugliedern; die Verbindung der Befunde beider Erkrankungen müßte dann doch nicht selten sein. Namentlich wäre zu erwarten, daß sich unter den mannigfaltigen oberflächlichen Geschwulstbildungen, die wir bei der tuberösen Sklerose beobachten, vielfach auch Neurofibrome befänden. Auch in dem von Orzechowski und Nowicki berichteten Falle scheinen mir noch erhebliche Zweifel darüber berechtigt, ob der Hirnbefund wirklich als tuberöse Sklerose zu deuten war. Ob das Vorkommen „atypischer Zellen" genügt, diese Bedenken zu beseitigen, mag dahingestellt bleiben. Jedenfalls zeigen die beiden Krankheiten auch klinisch so weitgehende Abweichungen voneinander, daß sie schwerlich, wie Bielschowski meint, durch das verschiedene Lebensalter der Kranken erklärt werden können. Natürlich wird das klinische Bild in erster Linie durch den verschiedenen Sitz der Geschwülste bedingt, aber gerade darin ist ja auch offenbar eine wesentliche Eigentümlichkeit der tuberösen Sklerose zu suchen. Sicherlich ist beiden Erkrankungen die allgemeine Neigung zur Geschwulstbildung gemeinsam, wie sie sich bei der tuberösen Sklerose in verschiedenen Geweben geltend macht, aber sie dürfte

kaum für eine engere Zusammenfassung genügen, da wir ihr ja auch bei manchen anderen, sicher wesentlich verschiedenen Krankheitsformen begegnen. Ebenso scheint mir die von Perusini versuchte Zusammenfassung der tuberösen Sklerose mit der Gliose der Epileptiker verfehlt zu sein; er vermutet, daß es sich bei jenem Leiden nur um eine besonders starke Ausbildung der letzteren handle. Die ausgesprochen herdartige Anordnung, die übrigen begleitenden Veränderungen, große Zellen, Heterotopien, Ventrikelgeschwülste, die häufige Verbindung mit verwandten Störungen an der Haut, in den Nieren, im Herzen, sichern offenbar der tuberösen Sklerose durchaus ihre Sonderstellung.

Die tuberöse Sklerose ist keine häufige Krankheit; Willmarth konnte sie unter 100 Sektionen von Idioten 6mal feststellen. Das männliche Geschlecht scheint häufiger befallen zu werden; Gallus und Bielschowski berichten, daß unter 72 Fällen 46 Männer waren. Schwere erbliche Belastung (Alkoholismus, Epilepsie) wird als wesentliche erkennbare Ursache angegeben; auch in dem abgebildeten Falle war der Vater Trinker. Ein eigentlich familiäres Auftreten des Leidens kommt nicht oft vor, doch weisen die Geschwister der Kranken öfters allerlei Unzulänglichkeiten der seelischen und körperlichen Entwicklung auf; Schuster betont namentlich auch das Vorkommen von Hautveränderungen bei den Angehörigen, die denen der Kranken ähneln. Der Zeitpunkt, an dem die Entwicklungsstörung einsetzt, liegt jedenfalls vor der Reifung der Neuro- und Spongioblasten, aber auch vor dem Abschlusse ihrer Wanderung gegen die Rinde, nach der Ansicht von Nieuwenhuijse etwa im vierten Fötalmonate. Zu dieser Zeit muß ein Umstand einwirken, der einmal die Ausbildung zahlreicher Nervenzellen zum Stillstande bringt, viele andere zugrunde gehen läßt, den regelrechten Aufbau der Hirnrinde verhindert und einzelne Gewebsbestandteile zu unmäßiger Größe anwachsen läßt. Dazu kommt dann noch die sich wahrscheinlich allmählich ausbreitende herdartige Wucherung der Glia in verschiedenen Rindengebieten und die Bildung gliöser Geschwülste an der Oberfläche der Stammganglien. Manche dieser Vorgänge, so die Heterotopien und die mangelhafte Reifung der Nervenzellen, die Armut der Rinde an Zellen und Markfasern, die unvollkommene Schichtenbildung und Abgrenzung vom Mark, finden wir bei anderen Entwicklungs-

hemmungen des Hirns wieder, während das massenhafte Auftreten der „großen", nervösen und gliösen Zellen, die knotenartigen Rindenherde, die Ventrikelgeschwülste der tuberösen Sklerose eigentümlich sind. Diese letzteren müssen also besonderen Umständen ihre Entstehung verdanken und sind keine selbstverständlichen Begleiterscheinungen der Entwicklungsstörung. Ob es sich hier einfach um eine Verschiebung in den Wachstumsbedingungen zwischen Glia und Nervengewebe oder um einen eigenartigen Krankheitsvorgang handelt, der die mannigfachen Wucherungen erzeugt und damit die Ausbildung der wichtigsten Gewebsbestandteile und ihrer Verbindungen schädigt, läßt sich zurzeit nicht sicher entscheiden, doch spricht der oft fortschreitende Verlauf und das erst allmählich erfolgende Auftreten der Hautveränderungen, das gelegentlich beobachtete starke Wachsen der Ventrikel- und Nierengeschwülste wohl mehr für die letztere Auffassung. —

Außer der reinen Mikrocephalie und der tuberösen Sklerose gibt es ohne Zweifel noch in großer Zahl Entwicklungshemmungen[1]) leichterer oder schwererer Art, die im Leben das Bild geistiger Schwächezustände darbieten. Leider ist eine befriedigende klinische Kennzeichnung einzelner hierher gehöriger Krankheitsbilder zurzeit nicht möglich; wir müssen uns also darauf beschränken, die wichtigsten Hirnbefunde kurz zu besprechen, die als Ausdruck von Entwicklungsstörungen angesehen werden dürfen. Bisweilen scheinen Fehler in der Gefäßanlage eine ursächliche Rolle zu spielen. Die von verschiedenen Seiten ausgesprochene Vermutung, daß angeborene Enge der Hirngefäße die Ausbildung des Gehirns beeinträchtigen könne, wurde schon mehrfach erwähnt. Ein erheblicher Anteil scheint ferner dem Verhalten der Gefäße beim Zustandekommen schwerer, von Gefäßknäueln durchzogener, durch Blutungen teilweise zerstörter Hirnmißbildungen zuzukommen; allerdings wird hier der Verdacht auf Krankheitsvorgänge, namentlich syphilitischer Art, in Erwägung zu ziehen sein. Ranke hat sodann als „Angiodystrophia cerebri"[2]) eine Idiotieform ohne gröbere körperliche Störungen beschrieben, bei der eine nicht entzündliche Erkrankung der Gefäße, der Pia und des Gehirns zu herdartigen Ausfällen in

[1]) Rondoni, Arch. f. Psych., XLV, 1061 (Literatur).
[2]) Ranke, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns I, 122.

Mark und Rinde geführt hatte. Da eine starke erbliche Veranlagung zu Gefäßerkrankungen bestand, darf vielleicht an eine unzulängliche Anlage gedacht werden. Auch Angiome in der Pia wie im Hirngewebe können, wie Volland mitteilt, durch ihren Druck Schädigungen und wohl auch Entwicklungshemmungen herbeiführen; in den von ihm beobachteten Fällen bestand Idiotie mit halbseitiger Lähmung und Krampfanfällen.

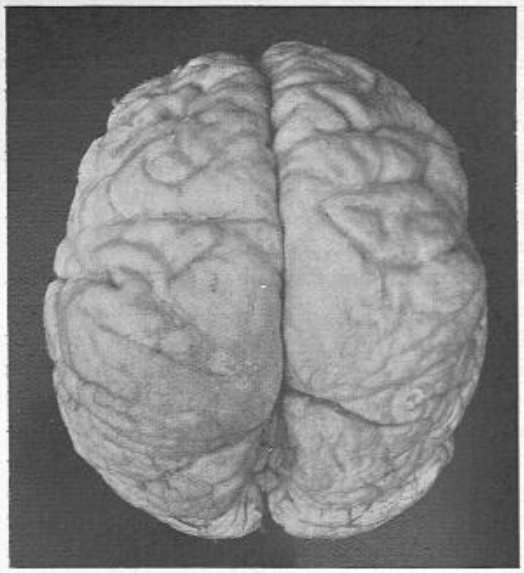


Fig. 331. Umschriebene Agyrie.

Von gröberen, noch lebensfähigen Hirnmißbildungen wäre zunächst etwa der Hirnbruch und namentlich der Balkenmangel anzuführen. Bei jenem kommt es im ersten Lebensmonate zu einer Ausbuchtung des noch häutigen Schädels nach hinten, vielleicht infolge stärkerer Entwicklung einzelner Teile der Hirnanlage. Die sich allmählich immer mehr ausstülpenden und außer Verbindung geratenden Abschnitte können ganz selbständig weiter wachsen; die Schwere der klinischen Störung hängt im allgemeinen von der Größe des verirrten Hirnstückes ab, doch bestehen in der Regel noch andere Anlagefehler. Dasselbe gilt vom Balkenmangel[1]), der ebenfalls nur eine Teilerscheinung allgemeinerer Entwicklungsstörungen darstellt; er ist nach der Meinung von Sachs, Marchand, Probst übrigens nur als eine Verlagerung, nicht als ein Fehlen der Balkenfaserung anzusehen. Nach der Zusammenstellung von Probst bestanden in 2 von 15 Fällen angeblich keine Verstan-

[1]) Probst, Arch. f. Psych. XXXIV, 709; Vogt, Journ. f. Psychol. u. Neurol. V, 1 (Literatur); Arndt und Sklarek, Arch. f. Psych. XXXVII, 756 (Literatur).

desstörungen, während 5mal epileptischer Blödsinn und 7mal tiefer Blödsinn ohne Epilepsie beobachtet wurde; ein Kranker wird als „geistig zurückgeblieben" bezeichnet.

Die Verbildungen der Hirnoberfläche zeigen Asymmetrien, mangelhafte Ausbildung ganzer Lappen, Windungsarmut und abweichenden Verlauf der Windungen mit Tierähnlichkeiten, wie wir sie bereits oben besprochen haben. Weiterhin aber können die Windungen an einzelnen Stellen, seltener an größeren Hirnabschnitten, vollkommen fehlen (Agyrie). Die Fig. 331 zeigt in den vorderen Teilen etwas plumpe, durchaus regelwidrig verlaufende Windungen, über der Scheitelgegend aber eine einfach gewölbte Fläche, teilweise mit ganz seichten Einziehungen. Am Hinterhaupte, namentlich links, finden sich dagegen schmale, gleichgerichtete, perlschnurartige Windungszüge, beiderseits durch eine tief einschneidende, asymmetrisch liegende Furche unterbrochen. Ein noch absonderlicheres Bild bietet die Fig. 332. Hier ist durch eine asymmetrisch gelegene Furche der unregelmäßig gewundene Stirnlappen von den übrigen, völlig windungslosen Hirnteilen abgetrennt; nur links lassen sich noch seichte Furchungen erkennen. Das Kleinhirn ist in beiden Fällen von den Hinterhauptslappen nicht ganz verdeckt. Demgegenüber stellt die Fig. 333 ein sehr einfach gewundenes,

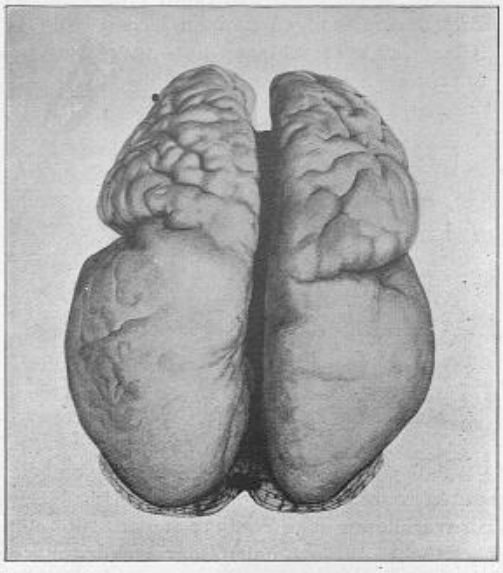


Fig. 332. Agyrie des Scheitel- und Hinterhauptslappens.

in seiner Form an ein Affenhirn erinnerndes Gehirn dar, dessen Schläfenlappenspitze eine Gruppe eigentümlich warziger oder bienenwabenähnlicher, seichter Windungen trägt. Wenn man will, kann man hier von „Mikrogyrie“[1]) sprechen, doch ist zu beachten, daß diese Bezeichnung für sehr verschiedene Veränderungen gebraucht wird. Während es sich hier um eine Entwicklungshemmung handelt, werden wir späterhin eine Mikrogyrie durch zerstörende Rindenerkrankungen kennen lernen, für die Bresler den Namen „Ulegyrie“ vorgeschlagen hat, und dann noch eine Verkümmerung umschriebener Rindengebiete durch Untergang der zugehörigen Markfasern. Nach v. Monakows Darlegungen kann Mikrogyrie auch durch allgemeine Wachstumshemmung der Hemisphärenwand bei Hydrocephalie, durch Einschmelzung des Markes unter dem Drucke von Blutungen an der Hirnoberfläche und durch sekundären Rindenschwund nach Zerstörung zugehöriger Windungen zustandekommen. Als letztes, höchst merkwürdiges Beispiel einer Hirnverbildung mag Fig. 334 dienen. Wir sehen hier die ganze Hirnoberfläche mit schmalen, darmschlingenartigen, gleichgerichteten Windungen bedeckt, die sich fast gar nicht verästeln und kaum eine Spur der gewöhnlichen Anordnung erkennen lassen. Eigentlich ist nur die Sylvische, die Insel etwas bloßlegende Grube und allenfalls die erste Schläfenwindung auffindbar, doch besteht auch eine tief eingeschnittene Affenspalte.

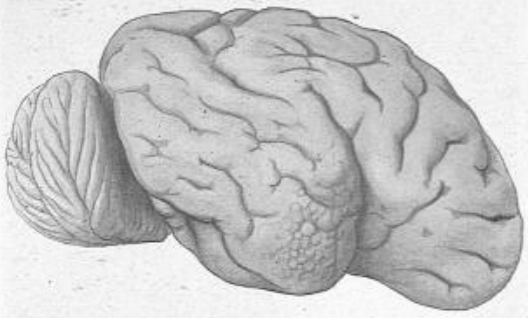


Fig. 333. Umschriebene Mikrogyrie (Status verrucosus deformis).

Den inneren Bau eines Gehirns mit verkümmerten Windungen zeigt uns zunächst die Fig. 335, die einen Frontalschnitt durch die Hinterhauptsgegend darstellt. Man erkennt hier, daß zwischen dem Ventrikel und der Rinde im Mark noch zwei voneinander

[1]) Ökonomakis, Die Mikrogyrie. 1906; Nieuwenhuijse, Psych. en neurolog. Bladen 1913, 1 und 2.

getrennte Zellschichten liegen, von denen die äußere sehr breit und ausgedehnt ist und den Ventrikel fast ganz umgreift. So entstehen gewissermaßen drei verschiedene Rindengürtel. Es handelt sich hier um „Heterotopien", um Zellen, die ihre normale Wanderung von der Ventrikelwand zur Rinde nicht ganz vollendet haben, sondern auf dem Wege stecken geblieben sind. Dieselbe Entwicklungshemmung findet man in der Markscheidenfärbung der Fig. 336 wieder; man sieht, wie die Markfaserstrahlung in einzelnen Bündeln

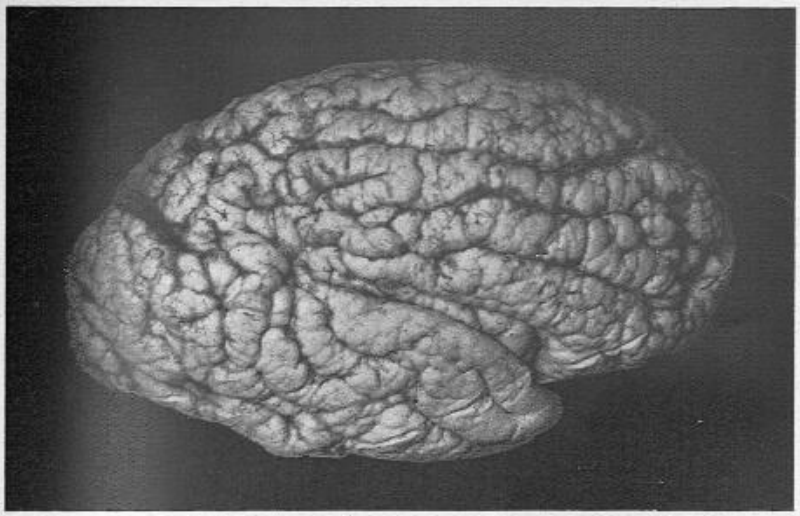


Fig. 334. Hirnwindungen bei Status verrucosus deformis.

die Zellschichten durchbricht, zum Teil auch wohl in ihnen endigt. Die Träger solcher heterotopischer Hirne sind in der Regel Idioten, oft mit Epilepsie; in geringerem Grade können sich derartige Entwicklungshemmungen auch einmal bei geistig Gesunden finden.

Der Unterschied zwischen normaler und heterotopischer, windungsloser Rinde läßt sich in Fig. 337 erkennen, einem Frontalschnitt durch das in Fig. 331 abgebildete Gehirn. Im Schläfenlappen sind hier Rinde und Markstrahlung in gewöhnlicher Weise gegliedert, während im windungslosen Scheitellappen die Rinde übermäßig breit, zugleich aber dunkel gefärbt erscheint; hier wird die Mark-

strahlung durch die überall eingestreuten heterotopischen Nervenzellen unterbrochen. Eine mehrreihige Schichtung, wie in Fig. 335,



Fig. 335. Heterotopischer Hirnmantel; Zellfärbung.

ist nur leicht angedeutet. In der Fig. 338, die einen Frontalschnitt durch die Hinterhauptsgegend des hier völlig windungslosen Gehirns

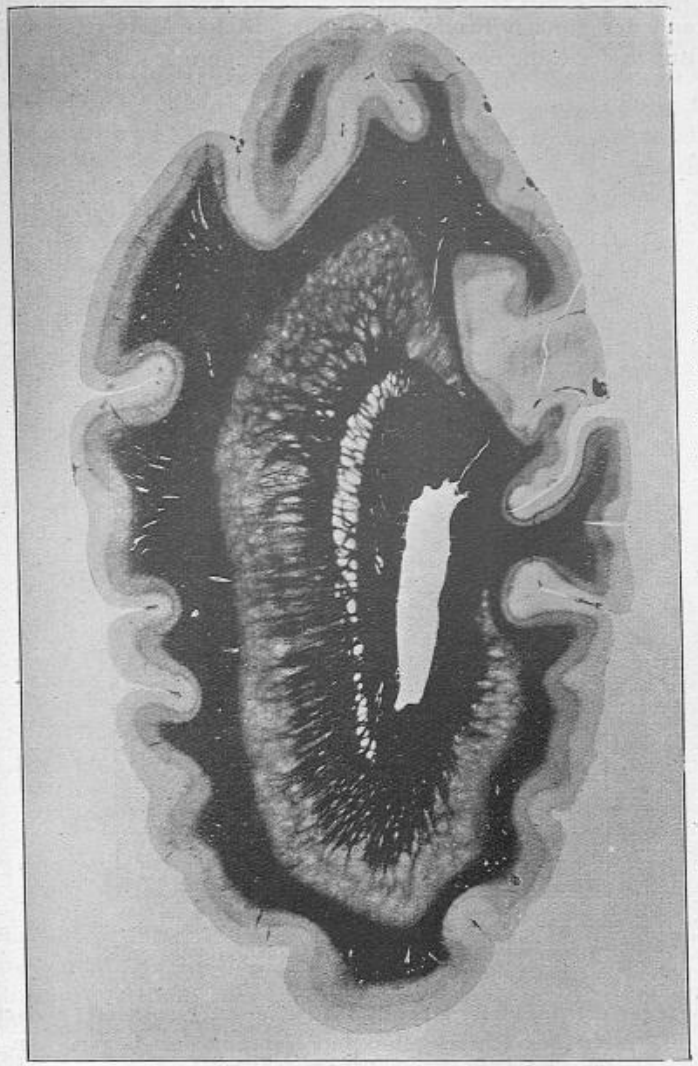


Fig. 336. Heterotopischer Hirnmantel; Markscheidenfärbung.

von Fig. 332 zeigt, ist bei Markscheidenfärbung der heterotopische Zustand der ganzen Rinde erkennbar. Dichte Markmassen finden sich nur in der Nähe des Ventrikels; im übrigen ist das Mark in mehr

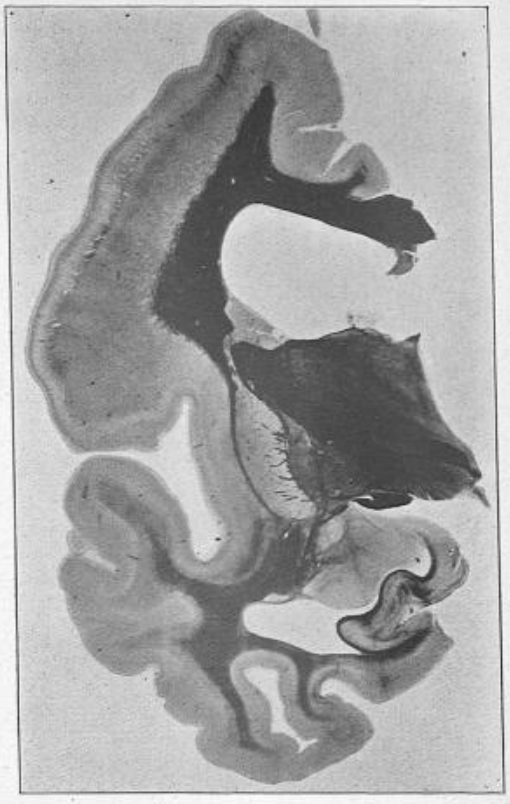


Fig. 337. Frontalschnitt durch ein teilweise windungsloses Gehirn; Markscheidenfärbung.

oder weniger dichte, meist strahlige Büschel aufgesplittert, zwischen denen die nicht zur Rinde gelangten Nervenzellen liegen. An der sonst glatten Oberfläche ist nur eine einzige Furche gut ausgebildet, in deren Tiefe sich ein ammonshornähnlicher Gewebsaufbau erkennen läßt.

Einen Durchschnitt durch das Rindengebiet desselben Gehirns bei stärkerer Vergrößerung gibt die Fig. 339. Unter dem Rindensaum beginnt hier zunächst eine unvollkommen entwickelte Rinde, in der man jedoch eine Schichtung wie die strahlige Reihenstellung der Zellen deutlich erkennen kann. Darunter findet sich ein regellos das ganze Mark durchsetzendes Gewimmel von Nervenzellen

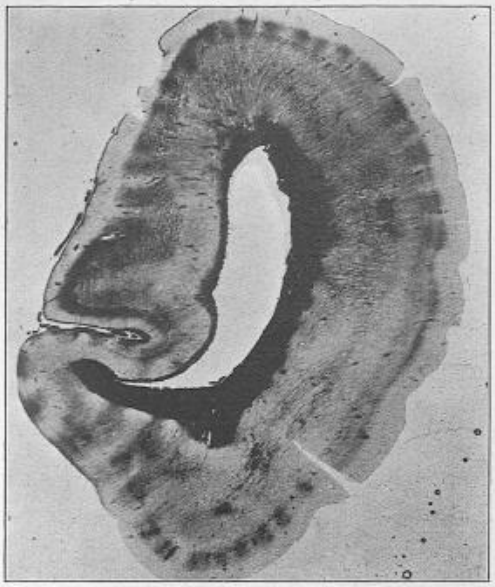


Fig. 338. Schnitt durch ein völlig windungsloses Hinterhauptshirn; Markscheidenfärbung.

verschiedener Größe, das nur andeutungsweise eine strahlige Anordnung und einen Wechsel der Dichtigkeit aufweist. Die Gefäßlücken erscheinen stark erweitert. Über den Bau der Rinde im windungslosen Gebiete des in Fig. 331 und 337 abgebildeten Gehirns unterrichtet uns die Fig. 340. Wir haben es hier mit einer ausgeprägt embryonalen Rinde zu tun. Dem entspricht die große Dichtigkeit der Zellen, die noch nicht durch reichlichere Entwicklung der Markstrahlung und des grauen Zwischengewebes auseinander-



Fig. 339. Heterotopische Hirnrinde.

gedrängt werden, sodann die straffe Zeilenstellung der Zellreihen und das Fehlen der Schichtung; außerdem haben die einzelnen Zellen, was bei dieser Vergrößerung nicht wahrzunehmen ist,

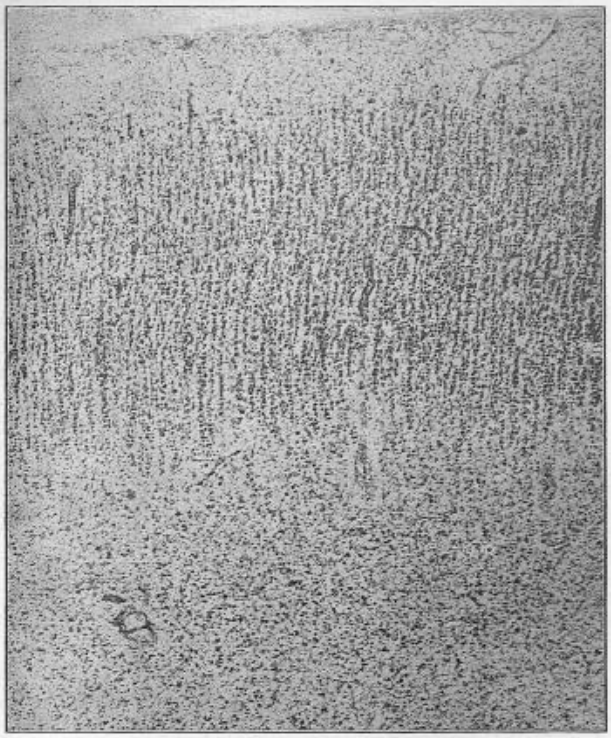


Fig. 340. Embryonale heterotopische Rinde.

vielfach noch eine rundliche, unentwickelte Form. Ferner aber sieht man auch hier, obgleich sich die eigentliche Rinde durch die regelmäßige Anordnung der Zellen leidlich abgrenzt, durch das Mark zerstreut zahlreiche, bunt durcheinanderliegende Zellen, die ihren Platz in der Rinde nicht erreichten. Ein ähnliches Bild bei

stärkerer Vergrößerung gibt Fig. 341. Es ist ein Schnitt durch die Hirnrinde einer 40jährigen, sprachlosen Idiotin. Die Rinde ist nur halb so breit wie eine gesunde; auch hier stehen die Zellen auffallend dicht und in geradlinigen Reihen; die Sonderung in Schichten ist sehr unvollkommen. Die Unterschiede in Bau und Größe der Zellen sind wenig ausgesprochen; die einzelnen Zellen haben vielfach noch ihr blasses, rundliches Aussehen behalten, wie es der embryonalen Entwicklungsstufe entspricht.

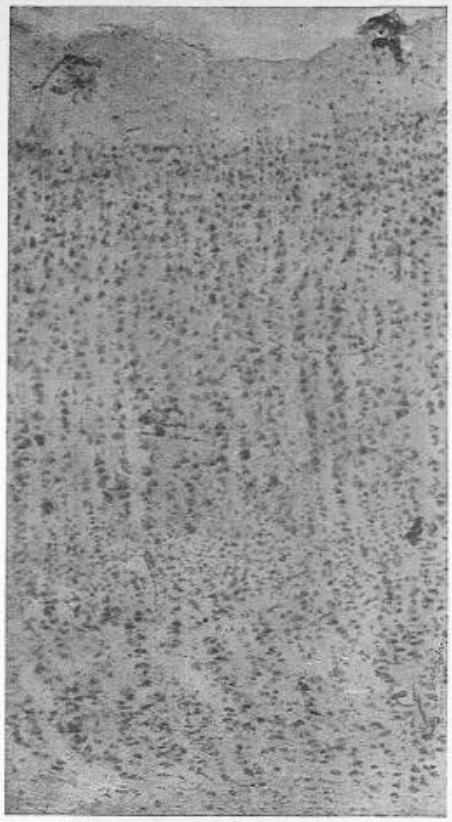


Fig. 341. Embryonale Hirnrinde.

Feinere Abweichungen in der Rindenentwicklung lassen die Fig. 342 und 343 erkennen. Die erstere, die aus einer ungefurchten Rinde stammt, erscheint auf den ersten Blick leidlich gut ausgebildet, wenn auch die Dichtigkeit der Zellen und ihre straffe Reihenstellung noch etwas an die Fig. 340 erinnert. Die Unterschiede in Größe und Form der Zellen sind deutlich ausgeprägt; ihre Schichtung ist noch etwas verwaschen. Namentlich fehlt auch hier die Abgrenzung gegen das Mark, das von zerstreuten Zellen dicht durchsetzt ist. Außerdem kann man, bei dieser Vergrößerung allerdings nur undeutlich, bemerken, daß einzelne Pyramidenzellen verkehrt gelagert sind, mit der Spitze nach innen und mit der Basis nach außen. Wieder ein anderes Bild zeigt Fig. 343, ein Schnitt durch die

Rinde in der Tiefe einer Furche. Man sieht hier in der obersten, sonst zellenfreien Rindenschicht zahlreiche, unregelmäßig geformte und gestellte, zum Teil sehr große Zellen, die als „Cajalsche Zellen"

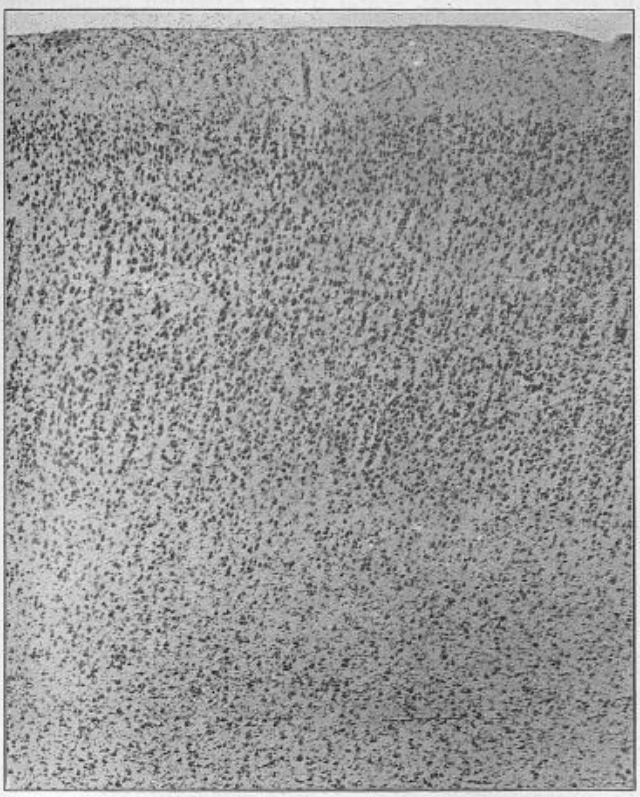


Fig. 342. Schnitt durch eine ungefurchte Rinde.

Überbleibsel einer früheren Entwicklungsstufe sind und sonst bei der Geburt schon zurückgebildet zu sein pflegen; der Aufbau der übrigen Rinde bietet keine Abweichungen dar. Endlich gibt Fig. 344 noch ein Markscheidenbild aus der windungslosen Rinde des Gehirns von Fig. 332 wieder. Während der Fasergehalt im allgemeinen

gering ist und namentlich die Radiärfasern recht dürftig erscheinen, findet sich eine außerordentlich starke Entwicklung der Tangentialfasern.

Auf eine eigenartige, schon früher bisweilen beobachtete Entwicklungshemmung hat neuerdings Ranke[1]) die Aufmerksamkeit gelenkt. Er zeigte, daß ein vor dem Auftreten der Windungen,

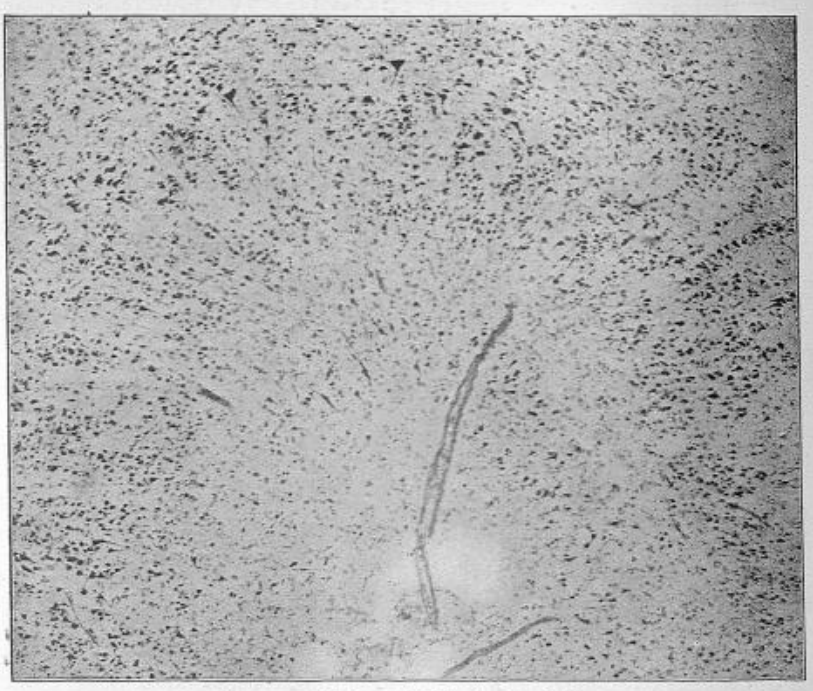


Fig. 343. Rinde mit Cajalschen Zellen.

im 4.—5. Entwicklungsmonate, bestehender, später wieder verschwindender Zustand der Hirnrinde unter Umständen erhalten bleiben und krankhafte Formen annehmen kann. Es handelt sich um den von Retzius beschriebenen „Status verrucosus", die drüsenartige Fältelung der Hirnrindenanlage, die sich andeutungs-

[1]) Ranke, Zieglers Beiträge z. allg. Path. u. pathol. Anat. XLVII, 51.

weise noch im Praesubiculum erhält. Unter krankhaften Bedingungen kann der Status verrucosus in fortwuchernder Ausbreitung mehr oder weniger ausgedehnte Rindengebiete vollständig umwandeln, so daß eine drüsig verästelte Rindenschicht von der Ober-

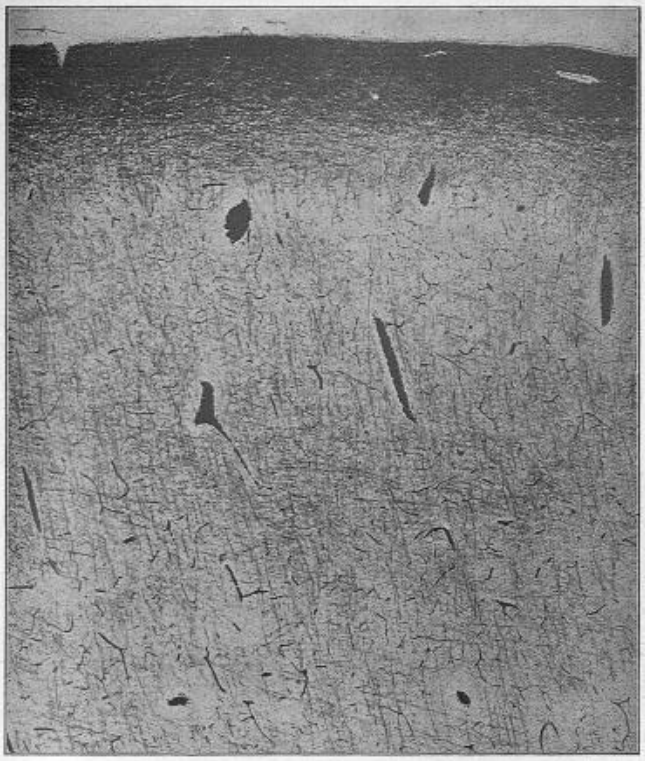


Fig. 344. Übermäßige Entwicklung der Tangentialfasern.

fläche in die Tiefe dringt. Zugleich finden sich regelmäßig heterotopische Ansammlungen grauen Rindengewebes im Mark und in der Nähe der Ventrikelwandungen. Da Ranke angibt, daß sich häufig auch geringe, zerstreute entzündliche Erscheinungen nachweisen lassen, scheint die Mißbildung in der Regel nicht durch

Anlagefehler bedingt, sondern durch mehr oder weniger ausgedehnte Krankheitsvorgänge hervorgerufen zu werden.

Den äußeren Anblick eines derartig veränderten Hirns haben wir in Fig. 334 kennen gelernt. Die Fig. 345 zeigt uns nun zunächst als Zellbild einen Durchschnitt durch die Rinde, der ohne weiteres den Eindruck des Drüsengewebes macht. Auf

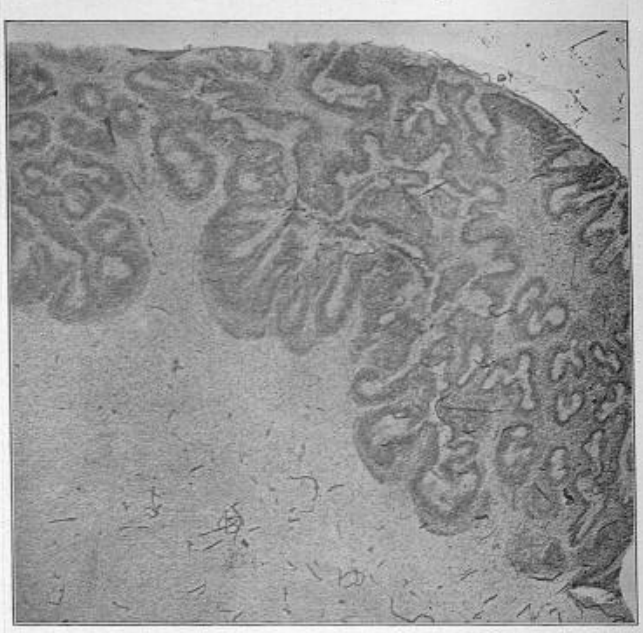


Fig. 345. Status verrucosus deformis; Zellbild.

dem Markfaserbilde in Fig. 346 sieht man das breite, wulstige, unregelmäßige Hineinwuchern des „Status verrucosus deformis", wie ihn Ranke nennt, in die Tiefe, ferner die zahlreichen, rundlichen Inseln grauer Masse im Mark und die dichte Reihe ähnlich gestalteter, großer heterotopischer Inseln unmittelbar an der Ventrikelwand. Die Markeinstrahlungen in die Rinde sind äußerst dürftig. Aber auch der wärzchenartigen Mikrogyrie, die uns in Fig. 333 begegnete, entspricht ein ähnlicher Rinden-

zustand, wie er in Fig. 347 wiedergegeben ist; man könnte ihn mit Obersteiner als „innere Mikrogyrie" bezeichnen. Auf dem durch das veränderte Gebiet gelegten Frontalschnitte tritt sehr deutlich der Unterschied gegenüber der normal entwickelten Rinde hervor, die unregelmäßige Schlängelung der unvollkommen ausgebildeten Rindenschicht und namentlich das drüsenartige Hineinwachsen in das Mark. Auch hier ist das Mark bis zum Streifenhügel von einer großen, vielfach zerklüfteten Heterotopie erfüllt; kleinere finden sich überall zerstreut. Das klinische Bild bei dieser Entwicklungshemmung ist nach Alzheimers Mitteilung immer eine tiefe Idiotie mit schweren Krampfanfällen.

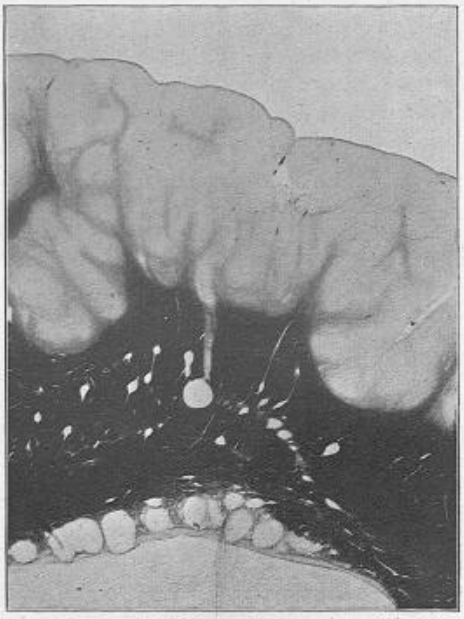


Fig. 346.
Status verrucosus deformis; Markfaserbild.

Die hier geschilderten, eingreifenden Mißbildungen sind keine sehr häufigen Vorkommnisse. Es ist aber wahrscheinlich, daß auch in solchen Fällen vielfach Unzulänglichkeiten der Anlage und ihrer weiteren Entfaltung die Grundlage der oligophrenen Verkümmerung bilden, in denen uns das Mikroskop zurzeit Abweichungen nicht aufzudecken vermag. Zunächst besitzen wir bisher zwar für das Hirngewicht, nicht aber für die Masse des in ihm enthaltenen Nervengewebes Zahlen, die eine Gesundheitsbreite darstellen. Sodann kann selbst ein sehr bedeutender Ausfall von Nervenzellen und Fasern unserer Wahrnehmung entgehen, wenn es sich um einfache Entwicklungshemmungen handelt, die weder Reste der

untergegangenen Gewebsteile noch umschriebene Lücken, ausgleichende Gliawucherungen oder sonstige Spuren von Krankheitsvorgängen hinterlassen. Ferner wird mit der Möglichkeit zu rechnen sein, daß auch solche Veränderungen im Aufbau des Gehirns und der Ausbildung seiner Bestandteile eine geistige Minderwertigkeit

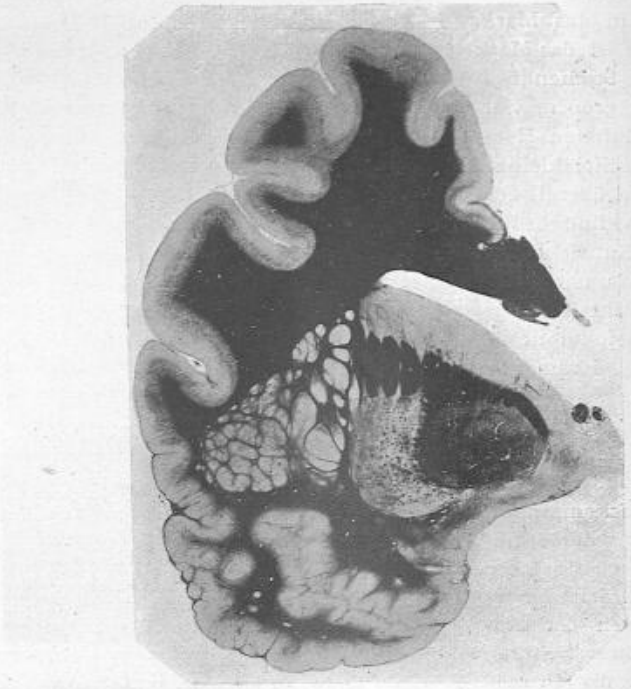


Fig. 347. Status verrucosus (innere Mikrogyrie).

erzeugen können, die für uns zurzeit überhaupt nicht erkennbar sind, etwa in der Art und Ausdehnung der Verbindungen zwischen den einzelnen Zellen und Zellgruppen, in der feineren chemischen Zusammensetzung der in ihnen enthaltenen und ihre Leistungsfähigkeit bedingenden Stoffe.

Ohne Zweifel können alle diese Umstände in hohem Maße

durch die Beschaffenheit der Keimstoffe beeinflußt werden, die den Ausgangspunkt des werdenden Menschen bilden. Wie wir durch Züchtung bei unseren Haustieren, namentlich bei Hunden und Pferden, gewisse seelische Eigenschaften zu entwickeln vermögen, werden durch erbliche Entartung und Keimschädigung die Grundlagen unseres Seelenlebens eine mehr oder weniger erhebliche Einbuße erleiden können, die sich nur in einer Herabsetzung der Leistungen, nicht aber in greifbaren anatomischen Abweichungen kundzugeben braucht. Ja, es ist wohl anzunehmen, daß wir es bei der ganz überwiegenden Mehrzahl der leichteren oligophrenen Schwachsinnsformen, bei den Debilen und oft auch bei den Imbezillen, mit solchen allgemeinen Verkümmerungen der Gehirnanlage zu tun haben, die sich nur dem Grade, nicht aber dem Wesen nach von den Spielarten der Gesundheitsbreite unterscheiden, wie sie ja in ihren Einzelheiten die weitestgehenden Abstufungen darbieten können. Wenn Reichhardt meint, daß jeder Mensch in dieser oder jener Richtung idiotisch sei, so ist damit die richtige Tatsache gekennzeichnet, daß in der Einzelpersönlichkeit niemals die überhaupt im Menschen schlummernden Fähigkeiten sämtlich zur Entfaltung gelangen können, sondern manche Gebiete brach liegenbleiben. Je ausgedehnter und namentlich je wichtiger für die Lösung der Lebensaufgaben diese Gebiete sind, desto entschiedener bedingt ihre Verkümmerung ein Herabsinken unter die Gesundheitsgrenze. Während selbst das vollständige Fehlen aller musikalischen Fähigkeiten die Stufe der geistigen Gesamtpersönlichkeit nicht herunterzudrücken vermag, üben schon leichte Erschwerungen im Verständnisse und der Handhabung der sprachlichen Ausdrucksformen den verhängnisvollsten Einfluß auf die Höhe der seelischen Entwicklung aus. Erstreckt sich die „umschriebene Idiotie“ im Sinne Reichhardts ganz vorzugsweise auf gewisse Gebiete des Gemütslebens und des Wollens, so entstehen jene Mängel der Veranlagung, die wir als die verschiedenen Formen der Psychopathie kennengelernt haben. Beeinträchtigt sie jedoch besonders ausgesprochen die Verstandesleistungen, so ergeben sich die Abstufungen des angeborenen Schwachsinns.

Aus der Zahl der einfachen Entwicklungshemmungen läßt sich eine größere Gruppe von Fällen herausheben, bei denen wir ein gleichmäßiges Zurückbleiben der körperlichen und seelischen

Gesamtpersönlichkeit auf einer dem Lebensalter nicht entsprechenden Stufe vorfinden. Da diese Stufe in der Regel dem Kindesalter angehört, pflegt man derartige Formen unter der von Lasègue geprägten Bezeichnung des „Infantilismus“[1]) zusammenzufassen; wenn man will, kann man mit Falta daneben einen „Fötalismus“ und einen „Juvenilismus“ unterscheiden, ein Verharren im Zustande des Neugeborenen oder des Entwicklungsalters, je nach dem Zeitpunkte, in dem die entwicklungshemmende Schädigung einwirkt.

Das Seelenleben der Infantilen, wie es besonders Di Gaspero und De Sanctis geschildert haben, trägt die Züge der Unreife; das klinische Bild pflegt sich dem Rahmen der Debilität, seltener der Imbezillität einzufügen. Die Aufmerksamkeit ist meist leicht zu erwecken, aber auch ebenso leicht abzulenken; die Kranken sind neugierig und flüchtig. Sie fassen schwerfällig und mangelhaft auf, können Gesehenes oder Gehörtes nur unvollkommen und bruchstückweise wiedergeben. Öfters lernen sie leidlich auswendig, vergessen jedoch rasch wieder; nur dasjenige haftet besser, was in ihren bisherigen Kenntnissen schon Anknüpfungen findet. Pende meint, daß die Gedächtnisleistungen Infantiler nicht mehr als zwei Drittel der Norm betragen. Die Treue der Erinnerung ist durch sehr erhebliche Fehlervorgänge beeinträchtigt. Abgesehen von unberechenbaren Lücken kommt es zu Ausschmückungen, willkürlichen Zutaten und Abänderungen, namentlich unter dem Einflusse von Gemütsbedürfnissen oder suggestiven Einwirkungen. Di Gaspero gibt an, daß die Zahl der Erinnerungsfälschungen auf 20% anwuchs, wenn er die Aussagen der Kranken durch irreführende Fragen zu lenken suchte.

Die Einbildungskraft ist sehr rege; die Kranken haben Neigung zu Träumereien, zur Versetzung in unwirkliche Lebenslagen, Freude an abenteuerlichen Erzählungen, Märchen, Spukgeschichten. Ihre Begriffsbildung bleibt unzulänglich; ihre Allgemeinvorstellungen sind unklar und verschwommen. Wesent-

[1]) De Sanctis, Rivista sperimentale di freniatria XXXI, 425; Riv. ital. di neuropatologia, psichiatria ed elettrother. III, 2; Annali di neurologia XXVI, 1; Ferranini, Archiv f. Psych. XXXVIII, 206; Di Gaspero, ebenda XLIII, 28 (Literatur); Deerborn, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns VI, 491; Weygandt, Monatsschr. f. Psych. XXXV, 25; Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. XVII, 613.

liches und Zufälliges wird nicht genügend auseinandergehalten. Begriffserläuterungen und Beschreibungen werden zu eng, zu weit, in nichtssagender oder schiefer Form gegeben. Allgemeine Maßstäbe für Werte, Größen- und Zeitverhältnisse kommen nur in unsicheren Umrissen zustande. Der Erfahrungsschatz ist ärmlich; die Kenntnisse bleiben dürftig; die Assoziationen werden wegen geringer Ausbildung der inneren Sprache hauptsächlich durch sinnliche Erinnerungsbilder beherrscht. Das Rechnen wird langsam und unvollkommen erlernt. Das Urteil bleibt oberflächlich, „schnellfertig", wird stark durch Stimmungen und vorgefaßte Meinungen beeinflußt, haftet am Äußerlichen und Nebensächlichen, ohne in den Kern einzudringen; die Kranken sind unlogisch, unsachlich, leichtgläubig. Ihnen fehlt daher die innere Sicherheit; sie sind durch Schlagworte, geläufige Vorurteile, aufgeschnappte Ansichten bestimmbar. Ihre Schlüsse neigen zu unerlaubter Verallgemeinerung und Vernachlässigung wichtiger Einzelheiten; ihr Gesichtskreis bleibt eng, ihr Lebensverständnis kindlich naiv; sie sind kurzsichtig und unüberlegt.

Auch das Gemütsleben und der Wille der Kranken zeigt die kleinen Ausmaße des unentwickelten Menschen. Auf der einen Seite begegnet uns Mangel an Ernst, sorglose Heiterkeit mit gutmütig-anhänglichem, zutunlichem Wesen, öfters begleitet von Mangel an Gemeinsinn, unbefangener Selbstsucht, Eitelkeit, Prahlsucht und gelegentlichem Eigensinn. Andererseits aber sind die Kranken leicht verzagt, schüchtern, ängstlich, schreckhaft, furchtsam, haben wenig Selbstvertrauen; ihre Stimmung ist sehr beeinflußbar. Ihrem Willen fehlt die Fähigkeit zu zielbewußter Anspannung, die Tatkraft, und ebenso die Nachhaltigkeit. Sie sind in der Regel träge, ernster Arbeit abgeneigt, lieben spielerischen Zeitvertreib, Vergnügen, Abwechselung, ermüden leicht und versagen bei schwierigeren und weiter aussehenden Aufgaben. In ihrem Handeln sind sie durchaus unselbständig, haben das Bedürfnis, sich an andere anzulehnen, sich nach Vorbildern zu richten, nachzuahmen; sie lassen sich treiben, gehen unüberlegt und leichtsinnig drauf los, um nachher ihre Fehler zu bereuen. Zu verantwortungsvoller Tätigkeit sind sie daher unbrauchbar, stranden, schlagen sich in untergeordneten Beschäftigungen durch, werden in den Familien mitgeschleppt. Einzelne Kranke begehen

Diebstähle und kleine Betrügereien; einer verübte wiederholt Brandstiftungen, weil es ihn freute, wenn er Feuer sah und wenn „es recht zuging". Selten sind ausgesprochen gesellschaftsfeindliche Eigenschaften. Die Sprache bleibt häufig wortarm, die Redeweise kunstlos und ungelenk, der schriftliche Gedankenaustausch kaum verständlich. Hier und da stellen sich hysterische Reaktionsformen, nervöse Beschwerden, auch wohl Zwangsbefürchtungen ein als Ausdruck der allgemein psychopathischen Veranlagung.

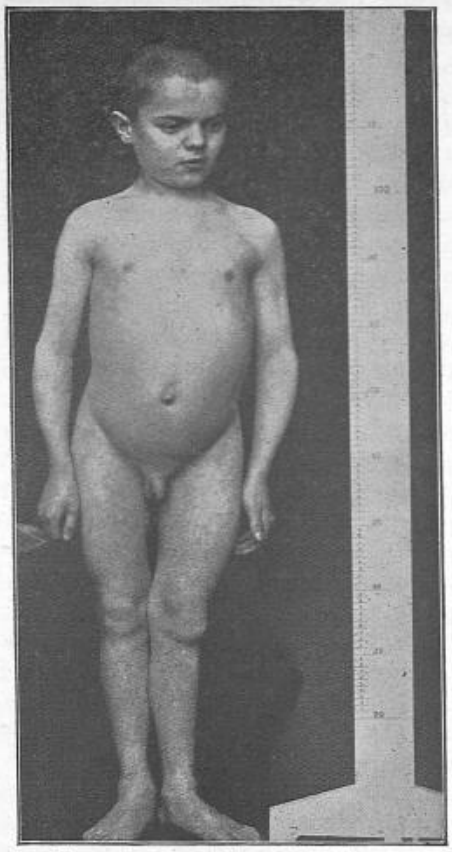


Fig. 348. Männlicher Infantilismus.

Auf körperlichem Gebiete finden wir zunächst ein Zurückbleiben des Längenwachstums und des Gewichtes hinter der Norm des Lebensalters. Ein Beispiel dafür gibt Fig. 348, die einen nahezu $15^1/_2$jährigen jungen Menschen darstellt, der mit seiner Größe von 123 cm und seinem Gewicht von 26 kg, aber auch in seinem ganzen Aussehen etwa auf der Stufe eines Zehnjährigen stehengeblieben ist. Dieser Eindruck wird bei den Infantilen noch verstärkt durch das kindliche Verhältnis der einzelnen Körperteile zueinander, im Gegensatze zum reinen Zwergwuchse der „Liliputaner", der „Nanosomie", die einfach eine Verkleinerung des erwachsenen Körpers darstellt und durchaus nicht mit seelischer Minderwertigkeit einherzugehen braucht; manche reine Zwerge verfügen sogar über einen schlagfertigen Mutterwitz.

Unter diesem Gesichtspunkte ist vielleicht überhaupt eine größere Gruppe von Fällen, wie es Meige vorgeschlagen hat, als Verkümmerung („chétivisme") von den eigentlichen Infantilismen abzutrennen. Im ersteren Falle würde es sich um eine Reifung in unzulänglicher Form, im letzteren um den vorzeitigen Stillstand auf einer bestimmten Entwicklungsstufe handeln. Bei der vollen Reifung des Körpers ändert sich, um nur das Wichtigste zu erwähnen, vor allem das Verhältnis des Hirnschädels zum Gesichtsschädel, dasjenige des Kopfes zum übrigen Körper und dasjenige zwischen Rumpf und Gliedern. Der Hirnschädel und ebenso der ganze Kopf ist beim Kinde verhältnismäßig groß; die Glieder sind kurz gegenüber dem langen Rumpfe. In leichter Andeutung wenigstens wird man auch bei dem abgebildeten Kranken diese Verschiebung gegenüber dem Körperbau des Erwachsenen bemerken, namentlich das kleine Gesicht unter dem hochgewölbten Hirnschädel. Weiterhin ist noch der durchaus kindliche Gesichtsausdruck beachtenswert, die kleine, wenig vorspringende Nase, die weichen, rundlichen, unausgeprägten Züge.

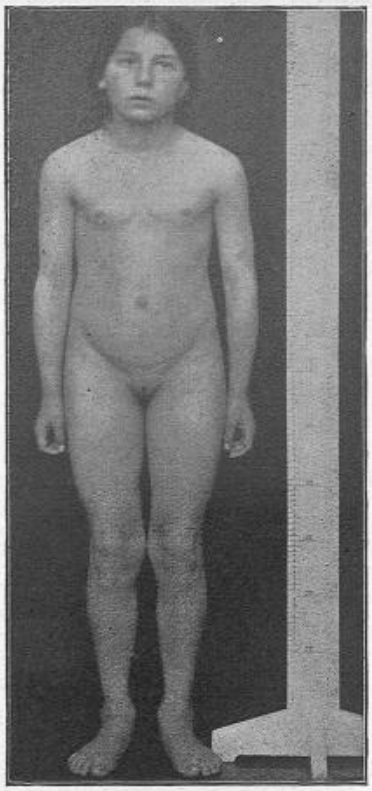


Fig. 349. Weiblicher Infantilismus.

Sehr auffallend ist endlich beim Infantilismus das Ausbleiben jener einschneidenden Veränderungen, die mit der Geschlechtsreifung in Zusammenhang stehen. Die Genitalien bleiben unentwickelt, wie in Fig. 348 zu erkennen; vielfach bleiben die Hoden in der Bauchhöhle oder im Leistenkanale liegen. Die sekundären Geschlechtszeichen, die

Brustdrüsen, die Schamhaare, die Verbreiterung des Beckens, der Fettansatz in der Hüftengegend beim Weibe kommen nur spärlich oder gar nicht zur Ausbildung. Die Fig. 349 zeigt ein 133 cm großes, fast 15jähriges, 30 kg schweres Mädchen, das nach seinem durchaus kindlichen Aussehen und Körperbau etwa dem 12. Lebensjahre angehören könnte; die kennzeichnende Hüftenentwicklung des Weibes ist ganz ausgeblieben. Häufig sind auch die inneren Geschlechtsorgane verkümmert; Menses, Erektionen, Pollutionen, geschlechtliche Neigungen und Schamgefühl können fehlen. Bei manchen Kranken entwickelt sich jedoch ein kümmerlicher Geschlechtstrieb, der zu unzüchtigen Angriffen auf Kinder des gleichen oder des anderen Geschlechts führen kann. Ferranini gibt an, daß beim Infantilismus eine unzulängliche Eiweißverbrennung stattfinde, geringer Verbrauch bei dürftiger Einfuhr, entsprechend der Stoffwechselbilanz eines niedrigeren Lebensalters.

Die infantilistische Entwicklungshemmung muß nicht immer die ganze körperliche und seelische Persönlichkeit gleichmäßig betreffen, sondern sie kann da und dort verschieden stark ausgesprochen sein, sich auch wohl auf einzelne Gebiete beschränken. Man spricht dann von „partiellen" Infantilismen, deren Wesen allerdings nicht immer sicher zu bestimmen ist. So können manche Verschiebungen in den Verhältnissen der Körperteile unter diesem Gesichtspunkte als Reste kindlicher Entwicklungsstufe gedeutet werden. Ferner kann sich juveniles Aussehen mit geistiger Vollreife und selbst hervorragender Begabung verbinden, allerdings wohl meist unter Beimischung psychopathischer Züge. Umgekehrt begegnen uns nicht selten körperlich gut entwickelte Menschen mit kindlichen Seeleneigenschaften, ja wir beobachten namentlich bei besonders lang aufgeschossenen Leuten hier und da ausgesprochenen psychischen Infantilismus. Aber auch auf umschriebenen Seelengebieten können sich Eigentümlichkeiten zeigen, die den Gedanken an ein Stehenbleiben auf kindlicher Stufe an diesem Punkte nahelegen, eine Betrachtungsweise, die wir bei unserer Darstellung der Hysterie der Paranoia, der Psychopathie benützt haben. Meige hat auch die Ungeschicklichkeit, die mangelhafte Beherrschung der Bewegungen durch den Willen, als „infantilisme moteur" bezeichnet. Freilich darf man bei diesen Ausdehnungen des Infantilismusbegriffes nicht vergessen, daß der Vergleich mit den kindlichen

Entwicklungsstufen immer nur unter starken Einschränkungen durchführbar ist. Gerade die Ungleichmäßigkeiten der Entwicklung, die wir bei den partiellen Infantilismen annehmen müssen, bedingen naturgemäß Rückwirkungen, Verschiebungen, Ausgleichungen, durch die das einfache Bild der Unreife in unberechenbarer Weise verändert wird, ganz abgesehen von der Möglichkeit des Hineinspielens von Krankheitsvorgängen.

Der Infantilismus ist keine klinische Einheit, sondern er kann der Ausdruck sehr verschiedenartiger Schädigungen sein. Lorrain beschrieb zuerst 1871 allgemeine Entwicklungshemmungen, die ein Zurückbleiben des gesamten Körpers ohne besondere Beteiligung einzelner Organe bedeuten. Als die Ursachen dieses „dystrophischen" Infantilismus galten vor allem Keimschädigungen durch Erkrankungen der Eltern, Lues, Tuberkulose, Alkoholismus, vielleicht auch Malaria und Pellagra, sodann angeborene Herzfehler („Mitral-, Pulmonalinfantilismus"), Enge der Gefäße („anangioplastischer Infantilismus"), durch die eine mangelhaftere Ernährung des wachsenden Körpers bedingt wird, endlich die Verelendung durch ungünstige Lebens- und Ernährungsverhältnisse der Kinder. Herter hat auch einen „intestinalen" Infantilismus beschrieben, der durch das Auftreten einer fremdartigen Bakterienflora und die so bedingte Unfähigkeit zur Fettverwertung gekennzeichnet ist; die Kinder bleiben unentwickelt, klein, blutleer, sollen aber keine seelischen Veränderungen darbieten.

Man wird zugeben müssen, daß durch alle möglichen ungünstigen Umstände, die auf das werdende Geschöpf einwirken, seine Entwicklung beeinträchtigt und die Ausreifung verhindert werden kann. Jedenfalls spielt dabei aber auch die ursprüngliche Veranlagung eine ganz wesentliche Rolle. So wie sie die Unterschiede im körperlichen und geistigen Aufbau der Persönlichkeiten hervorbringt, werden von ihr auch in erster Linie die Entwicklungsmöglichkeiten abhängen, deren Verwirklichung dann allerdings durch mannigfache weitere Umstände begünstigt oder behindert werden kann. Wollte man somit die verschiedenen Fälle auseinanderhalten, so würde man von einem degenerativen, auf erblicher Entartung beruhenden, einem blastophthorischen, durch Keimschädigung bedingten, und von einem dystrophischen, durch Verelendung erzeugten Infantilismus sprechen können. Es

ist wohl anzunehmen, daß sich die verschiedenartige Entstehungsgeschichte des Zustandes in diesen oder jenen Einzelzügen ausdrücken wird, doch sind wir heute von derartigen Erkenntnissen noch sehr weit entfernt; auch wird mit zahlreichen Mischformen zu rechnen sein. Ob die angeborenen Herzfehler und die Enge der Gefäße wirklich als Ursache und nicht vielmehr als Begleiterscheinung des Infantilismus anzusehen sind, mag noch dahingestellt bleiben.

Ein neuer Gesichtspunkt wurde von Brissaud dadurch in die Betrachtungsweise des Infantilismus getragen, daß er den Hypothyreoidismus diesem Begriffe einordnete. Hertoghe ging dann so weit, die Entstehung aller Formen des Infantilismus auf Mängel in der Schilddrüsentätigkeit zurückzuführen, und auch Brissaud war geneigt, die Wirksamkeit der oben angeführten Schädlichkeiten einer Beeinflussung der Schilddrüse zuzuschreiben. Wie mir scheint, ist eine Vermischung des Hypothyreoidismus mit dem Infantilismus nicht zweckmäßig. Allerdings führt auch der Ausfall der Schilddrüse zu einer Entwicklungshemmung, aber er geht doch mit ganz bestimmten, nur ihm eigentümlichen Teilstörungen einher, die eben nicht auf eine allgemeine Unreife, sondern auf eine umschriebene Schädigung des Körpergetriebes hindeuten. Soll der „type Brissaud", der lediglich die leichteren und schwereren Gestaltungen des Kretinismus umfaßt, auch weiterhin dem Infantilismus zugezählt werden, so empfiehlt es sich jedenfalls, ihn als besondere, dysthyreoide Form von den oben genannten Gruppen abzugrenzen. Richtiger aber wäre es gewiß, ihn mit einer ganzen Reihe anderer klinischer Bilder zu einer Gruppe „dysadenoider" Entwicklungshemmungen[1]) zu vereinigen, die sich eben von den Infantilismen durch ihre Entstehung aus krankhaften Störungen in der Tätigkeit der Blutdrüsen unterscheiden. Die auf diese Weise erzeugten Zustände tragen nur zum Teil Züge des Infantilismus; daneben finden sich dann immer Zeichen ganz bestimmter Abweichungen im Körperhaushalt, die eine Zurückführung auf dysadenoide Grundlagen ermöglichen. Gerade dieser Umstand scheint mir gegen die von einigen Forschern vertretene Auffassung zu sprechen, die alle

[1]) Schüller, Handbuch der Neurologie von Lewandowski IV, 241; Falta, Die Erkrankungen der Blutdrüsen. 1913 (Literatur); van der Scheer, Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. X, 225 (Sammelreferat); Parhon, Les glandes à sécrétion interne dans leur rapports avec la psychologie et la pathologie mentale. 1913.

Infantilismen auf systematische Erkrankungen des „endokrinen Systems" zurückführen will; die oben angeführten allgemeinen Entwicklungshemmungen dürften die Bezeichnung Infantilismus eher verdienen, als die doch immer mehr umschriebenen „dysadenoiden" Erkrankungen, die zudem vielfach mit dem Verhalten des kindlichen Organismus gar keine Ähnlichkeit haben.

Das Beispiel der Schilddrüse hat uns zuerst gelehrt, daß der Ausfall eines bestimmten Drüsensaftes sehr erhebliche Folgen für die Entwicklung des jungen Kindes nach sich ziehen kann, ebenso wie andererseits ein Überschuß jenes Bestandteils im Blute die Stoffwechseltätigkeit stark beeinflußt. Nach und nach hat sich dann herausgestellt, daß auch eine Reihe anderer, zum Teil sehr unscheinbarer Drüsen von maßgebender Bedeutung für das Reifen und Wachsen des Organismus sind. Störungen ihrer Leistungen können körperliche, zum Teil aber auch seelische Veränderungen hervorrufen, die in der Regel die Form leichterer Unzulänglichkeiten vom Gepräge der Debilität annehmen. Die thyreogenen Erkrankungen, die bei weitem am häufigsten und schwersten das Seelenleben beeinträchtigen, haben wir früher bereits besprochen. Hier werden wir daher nur noch der spärlichen Erfahrungen zu gedenken haben, die über die seelischen Entwicklungshemmungen im Zusammenhange mit krankhaften Veränderungen der Hypophysis, der Zirbeldrüse, der Nebennieren, der Geschlechtsdrüsen und der Thymus vorliegen.

Die Hypophyse setzt sich bekanntlich aus zwei verschiedenen Bestandteilen zusammen, dem drüsigen Vorderlappen und dem nervösen Hinterlappen, zwischen die sich möglicherweise noch eine Zellengruppe von besonderer Bedeutung einschiebt. Der vordere Drüsenteil übt einen entscheidenden Einfluß auf das Knochenwachstum aus; sein Wuchern, wie es bei manchen Geschwulstformen vorkommt, bewirkt Riesenwuchs mit Offenbleiben der Knorpelfugen und Genu valgum. Nach der Meinung von Brissaud und Meige entspricht diese Störung vollständig der Akromegalie der Erwachsenen, bei der das Wachstum in die Breite an Stelle der nicht mehr möglichen Längenzunahme tritt. Das Seelenleben der Riesen zeigt, wie Frankl-Hochwart mitteilt, meist eine gewisse Kindlichkeit, die sich vorzugsweise in ihrer Gemütslage kundgibt; sie sind merkwürdig zufrieden, gleichgültig, vertrauens-

selig, gutmütig, prahlerisch, dabei unbeholfen und ohne Tatkraft. Ungenügende Tätigkeit des drüsigen Hypophysenteils bedingt Zwergwuchs. Dazu können sich bei raumbeengenden Geschwülsten noch die Erscheinungen des Hirndruckes gesellen, Sehnervenschwund, Polyurie, bitemporale Gesichtsfeldeinschränkung.

Dagegen hat eine Schädigung des nervösen Hinterlappens anscheinend das eigentümliche Krankheitsbild der „Dystrophia adiposogenitalis" (Bartels), der „hypophysären Fettsucht" (Fröhlich), der „Idiotie polysarcique" (Bourneville) zur Folge. Es handelt sich dabei um eine Stoffwechselträgheit, die mit Verkümmerung der Genitalien, Verwischung der sekundären Geschlechtszeichen und sehr reichlicher Ansammlung von Fett einhergeht, namentlich an den Hüften, den Nates, dem Mons veneris, den Mammae. Der seelische Zustand scheint, ähnlich wie beim hypophysären Riesenwuchs, durch ein teilnahmloses, unbekümmertes, manchmal auch unruhiges und aufgeregtes Wesen gekennzeichnet zu werden; die Verstandesleistungen pflegen normal, mittelmäßig oder etwas dürftig zu sein.

Die Zirbeldrüse[1]) scheint einen hemmenden Einfluß auf die Geschlechtsentwicklung auszuüben; ihre Entfernung bedingt, wie Sarteschi gezeigt hat, bei Hunden übermäßig rasche Ausbildung des Körpers, Fettsucht und frühzeitige Geschlechtsreife. Pellizzi hat ein ähnliches Krankheitsbild beim Menschen als „Makrogenitosomia praecoce" beschrieben. Er beobachtete einen 5jährigen Knaben von der Größe eines 9—10jährigen (127 cm) mit einem Schnurrbart, den Genitalien eines Erwachsenen und 20 Zähnen, der schon mit 2 Jahren Erektionen und Samenergüsse mit Spermatozoen darbot. Es wurde, wohl mit Recht, eine Geschwulst der Zirbeldrüse angenommen. Die seelische Entwicklung des Kranken war um etwa 1 Jahr zurückgeblieben, doch scheint auch geistige Frühreife vorzukommen. Unter Umständen können sich natürlich auch hier die Zeichen einer raumbeengenden Hirngeschwulst einstellen. Marburg gibt an, daß Überfluß an Zirbeldrüsengewebe Fettsucht, Mangel daran Siechtum bedinge. Schüller berichtet, daß unter 51 Fällen von Zirbelerkrankung zehn im ersten Lebensjahrzehnt standen und meist nach wenigen Monaten oder Jahren starben; das männliche Geschlecht überwiegt erheblich.

[1]) Schüller, Handbuch der Neurologie von Lewandowski IV, 337.

Ähnliche Störungen wie der Schwund der Zirbeldrüse scheint die übermäßige Tätigkeit der Nebennierenrinde[1]) bewirken zu können, beschleunigte Entwicklung des Körpers und besonders der Geschlechtsteile, Fettsucht, starkes Wachstum der Haare und des Bartes. Wiesel beschreibt als „suprarenal-genitalen Symptomenkomplex" Fälle von Pseudohermaphroditismus, meist bei Frauen, mannähnliche äußere Genitalien mit Vergrößerung der Nebennieren, ferner vorzeitige Geschlechtsreife mit starker Behaarung, raschem Wachstum, Fettansatz, übermäßiger Regsamkeit („Herkuleskinder") und späterer Kachexie. Schädigung der Nebennieren bewirkt, wie die Erfahrungen bei der Addisonschen Krankheit lehren, Mattigkeit, Gedächtnisschwäche, Teilnahmlosigkeit, Schlaffheit, Mangel an Tatkraft, bei Kindern anscheinend auch Wachstumshemmungen. Parhon gibt an, daß bei angeborenen Schwächezuständen das Durchschnittsgewicht der Nebennieren hinter der Norm zurückbleibe, allerdings auf Grund einer sehr kleinen Zahl von Beobachtungen. Bemerkenswert ist es jedoch, daß sich bei schweren Mißbildungen des Gehirns, bei Anencephalie, Hemicephalie, Cyklopie, Mikrocephalie, auffallend häufig auch Entwicklungsstörungen an den Nebennieren finden.

Mangelhafte Ausbildung der Geschlechtsdrüsen[2]) sowie der äußeren und inneren Genitalien ist eine sehr gewöhnliche Begleiterscheinung seelischer Verkümmerungen. Ihre Folgen machen sich, abgesehen von dem Fehlen geschlechtlicher Regungen, dem Ausbleiben der Menses und der Samenergüsse, auch in den Körperformen bemerkbar. Zunächst fällt die Ausbildung der sekundären Geschlechtszeichen fort, bei den Männern der Bartwuchs und der Umschlag der Stimme, bei den Frauen die Entwicklung der Brustdrüsen, der Fettansatz, die Rundung der Hüften. So kommt dort der „Eunuchoidismus", hier die „Viraginität" zustande. Es hat sich aber weiterhin gezeigt, daß beim Eunuchoidismus zwei verschiedene Formen auseinanderzuhalten sind, die merkwürdigerweise dem Riesenwuchs und der Fettsucht entsprechen, wie wir

[1]) Wiesel, Handbuch der Neurologie von Lewandowski IV, 348.
[2]) Tandler und Groß, Die biologischen Grundlagen der sekundären Geschlechtscharaktere. 1913; Wiesel, Handbuch der Neurologie von Lewandowski IV, 407; Sterling, Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. XVI, 235; Goldstein, Archiv f. Psych. LIII, 649.

sie bei dem Wuchern des drüsigen bzw. der Schädigung des nervösen Anteils der Hypophyse beobachten. Die Fig. 350 und 351 geben davon je ein Beispiel. Auf dem ersten Bilde sehen wir einen un-



Fig. 350. Eunuchoidismus (Riesenwuchs).

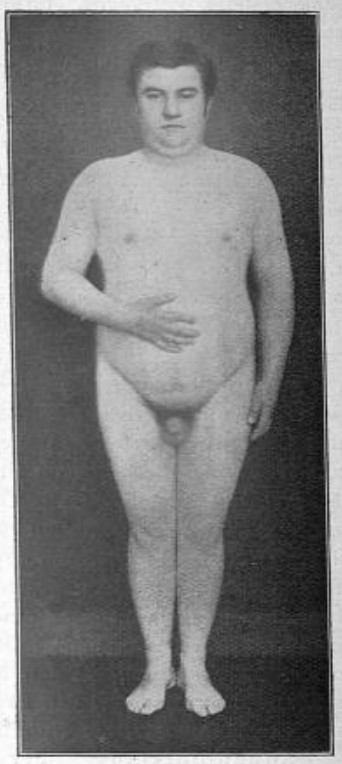


Fig. 351. Eunuchoidismus (Fettsucht).

gemein hoch aufgeschossenen Mann von 25 Jahren mit übermäßig langen Beinen und Armen; die ausgestreckten Finger reichen bis in das untere Drittel des Oberschenkels nach unten. Der Kopf ist unverhältnismäßig klein, die Stirn außerordentlich niedrig mit tief liegender Haargrenze. Die äußeren Genitalien sind stark ver-

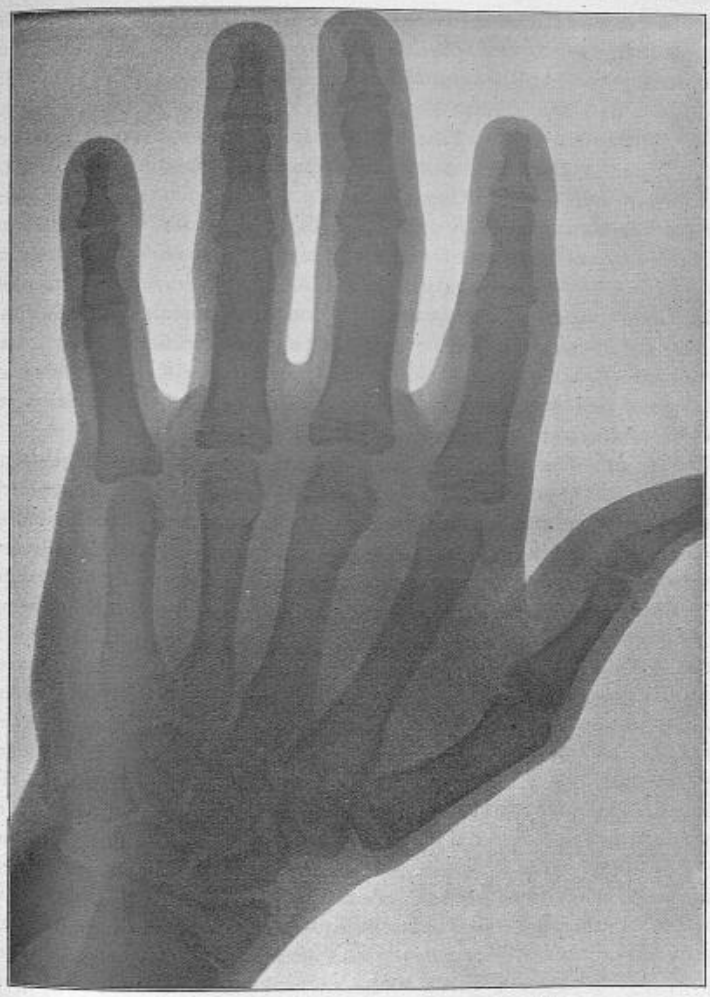


Fig. 352. Späte Verknöcherung bei Eunuchoidismus.

kümmert; der Penis ist kaum kleinfingerdick und nur $3^1/_2$ cm lang; der linke Hode liegt in der Bauchhöhle. Die Behaarung der Geschlechtsgegend und ebenso der Achselhöhlen fehlt fast ganz. Das dazugehörige Röntgenbild der linken Hand in Fig. 352 läßt erkennen, daß die Knorpelfugen an den Knochen des Vorderarms, der Mittelhand und der Finger noch in weitem Umfange erhalten sind. Einen vollen Gegensatz zu diesem Fall bietet die Fig. 351. Hier sehen wir einen dicken, massigen, fetten Rumpf mit kurzen Beinen und Armen, deren ausgestreckte Finger das mittlere Drittel des Oberschenkels knapp erreichen; der Kopf erscheint unverhältnismäßig groß, der Hals kurz und dick. Auch hier sind die Genitalien verkümmert, aber der Penis ist dick und knopfförmig. Die Genitalbehaarung ist spärlich, schneidet wie beim Weibe nach oben scharf ab. Beide Kranke waren ausgesprochen imbezill; beim zweiten bestanden noch geschlechtliche Regungen, die sich in exhibitionistischen Handlungen äußerten.

Die beiden hier geschilderten Formen entsprechen den gewöhnlichen Beobachtungen. Wodurch ihr Unterschied bedingt wird, scheint noch unklar zu sein. Da sich in den Geschlechtsdrüsen zwei verschiedenartige Bestandteile miteinander vereinigt finden, könnte man daran denken, daß die wechselnde Beteiligung beider an den Krankheitsvorgängen für das klinische Bild von Bedeutung wäre. Dem Hodensaft wird eine das Körperwachstum hemmende Wirkung zugeschrieben, während die Ausbildung der sekundären Geschlechtszeichen von dem Einflusse des interstitiellen Drüsengewebes abhängen soll. Die starke Fettansammlung und die Verwischung der Geschlechtseigentümlichkeiten sind uns als Folgen der Kastration bei Tieren bekannt. Bei Männern ist der Eunuchoidismus häufiger. Im Blutbilde soll bei „Disgenitalismus" nach den Angaben von Deerborn Leukopenie mit Vermehrung der Lymphocyten und der großen mononucleären Formen beobachtet werden, ähnlich wie beim Morbus Basedowii. Knöpfelmacher fand eine hohe Assimilationsgrenze für Traubenzucker. Auf psychischem Gebiete pflegt sich neben einer mehr oder weniger ausgesprochenen Verstandesschwäche Fehlen der besonderen männlichen Eigenschaften geltend zu machen, geringe geistige Regsamkeit, Mangel an Zielbewußtsein, Schüchternheit, gemütliche Beeinflußbarkeit, Unselbständigkeit, Willensschwäche; manchmal besteht dabei eine

lebhafte Einbildungskraft. Durch eine Art Spätreifung können sich die Störungen noch teilweise wieder ausgleichen. Übermäßige Entwicklung der Genitalien und des Geschlechtstriebes mit sehr früh, selbst im ersten Lebensjahre einsetzender Menstruation wird nach der Zusammenstellung Schüllers bei Neubildungen der Geschlechtsdrüsen und, wie schon erwähnt, der Zirbel, häufiger noch der Nebennieren beobachtet.

Auch der Saft der Thymusdrüse[1]) ist, wie schon ihre Größe beim Neugeborenen und ihre spätere Rückbildung vermuten läßt, für die Entwicklung von erheblicher Bedeutung. Ausschneiden der Drüse erzeugt nach den Angaben von Lampé und Close bei jungen Tieren Wachstumshemmung, Fettreichtum mit späterer Abmagerung und Kräfteverfall bis zum Tode, namentlich aber Weichheit und Brüchigkeit der Knochen, die zu Verbiegungen und Spontanfrakturen Anlaß gibt; zugleich werden die Tiere schlaff, unempfindlich, blöde, freßsüchtig, ungeschickt. Vogt, der bei Idioten häufig Thymusveränderungen feststellen konnte, hat dann als „Idiotia thymica" Zustände tiefer Verblödung mit pastösem Aussehen, Zwergwuchs, unvollkommener Geschlechtsentwicklung und Behaarung beschrieben, bei denen die Muskeln schlaff und teigig, die Knochen auffallend elastisch, dann brüchig sind. Die Bewegungen sind ungeschickt, zittrig; es besteht Neigung zu Druckbrand. Wie es scheint, handelt es sich dabei um eine Art Säurevergiftung, worauf besonders die Knochenveränderungen hindeuten dürften; die Thymusdrüse hat vielleicht die Aufgabe, eine im Stoffwechsel reichlich entstehende Säure zu binden, die späterhin auf andere Weise unschädlich gemacht wird. Vergrößerung der Thymus, der Lymphdrüsen, der Milz, der Rachenmandeln, der Balgdrüsen des Zungengrundes kennzeichnet den „Status thymico-lymphaticus". Es handelt sich um körperlich gut, manchmal übermäßig entwickelte Menschen von gedunsenem, blassem Aussehen mit engen Arterien, hohem, steilem Gaumen und verspäteter Geschlechtsreifung, die ein schlaffes, unselbständiges, scheues Wesen zeigen. Kurz erwähnt soll endlich noch werden, daß Byrom Bramwell auch eine Wachstumshemmung durch Erkrankung des Pankreas, einen „Infantilismus pancreaticus", beschrieben hat.

[1]) Wiesel, Handbuch der Neurologie von Lewandowski IV, 380; Vogt, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns IV, 548.

Die bei den Blutdrüsenerkrankungen beobachteten klinischen Bilder bieten in ihrer Zusammensetzung eine kaum entwirrbare Mannigfaltigkeit dar. Wenn auch so manche Gruppierungen von Krankheitszeichen vorkommen, die ohne weiteres den Schluß auf bestimmte ursächliche Veränderungen zulassen, wie etwa der Kretinismus, die Basedowsche Krankheit, die Akromegalie, so begegnen uns doch Fälle genug, in denen sich die Erscheinungen in einer Weise mischen, daß eine einheitliche und widerspruchslose Deutung unmöglich erscheint. Der Grund dafür liegt zum Teil vielleicht in der Schwierigkeit, äußerlich ähnliche Störungen verschiedener Entstehungsart, wie die einzelnen Formen der Fettsucht, des Zwerg- und Riesenwuchses, genügend auseinanderzuhalten. Vor allem aber haben wir damit zu rechnen, daß wahrscheinlich nicht selten mehrere Blutdrüsen durch die gleiche Ursache geschädigt werden, und ferner, daß die gesamten Blutdrüsen in engen Arbeitsbeziehungen zueinander stehen; Ausfall der einen kann die Wirkung einer oder mehrerer anderer in Mitleidenschaft ziehen oder übermäßig anwachsen lassen. Überaus zahlreich, aber leider nicht immer eindeutig und verständlich sind die Beobachtungen über derartige Abhängigkeiten. Sie werden um so unklarer, als manche Drüsen sich aus ganz verschiedenen Bestandteilen zusammensetzen, andere in getrennte Teile zersprengt sind. So soll Beseitigung der Hypophysis auf die Thymus und die Nebennierenrinde, bisweilen auch auf die Schilddrüse günstig, auf die Geschlechtsdrüsen ungünstig wirken. Goldstein meint allerdings, daß nur der Hinterlappen die Arbeit der Keimdrüsen unterstütze, während der Vorderlappen sie hemme. Nach Ausschneidung der Schilddrüse wächst die Hypophyse; nach Entfernung der Thymus nehmen Geschlechtsdrüsen, Nebennieren, Pankreas, Milz und Schilddrüse zu; erstere beide verkümmern, wenn die Thymus stark entwickelt ist. Bei Kastraten sind Hypophyse und Thymus vergrößert, bei Zerstörung der Nebennieren ebenfalls. Im letzteren Falle verkümmern die Geschlechtsdrüsen, um üppig zu wachsen, wenn das chromaffine Gewebe wuchert. Mögen nun diese und manche andere Beziehungen, über die berichtet wird, gesetzmäßig sein oder nicht, so zeigen sie doch, daß die Verhältnisse bei den dysadenoiden Erkrankungen unendlich verwickelter liegen, als es zunächst den Anschein hat, zumal man in der ganzen Frage überall nicht nur mit Ausschaltung und Verstärkung dieses oder

jenen Drüseneinflusses, sondern auch mit Abweichungen in der Zusammensetzung der ausgeschiedenen Säfte zu rechnen haben wird. Sicherlich sind daher die klinischen Bilder sehr häufig nicht der Ausdruck des Versagens einer einzelnen Drüse, auch wenn ursprünglich nur ein Glied des Drüsenaufbaues betroffen ist, sondern einer „pluriglandulären Insuffizienz", wie es Claude und Gougerot genannt haben; dazu gesellen sich dann noch die mittelbar bedingten Ausfallserscheinungen und etwa die Ausgleichsbestrebungen von seiten anderer Drüsen. Oft genug aber wird es sich von vornherein um eine Beteiligung mehrerer Einheiten handeln, wie bei der von Falta aufgestellten „multiplen Blutdrüsensklerose". Die Deutung solcher Bilder im einzelnen scheint heute nur mit einem beträchtlichen Aufwande an Erfindungsgabe möglich zu sein.

Für die hier von uns behandelten Fragen haben natürlich die Blutdrüsenerkrankungen nur dann Bedeutung, wenn sie im Fötalleben oder in früher Jugend einsetzen. Das gilt vor allem von den Entwicklungshemmungen einzelner oder mehrerer Drüsen, die besonders häufig das chromaffine Gewebe und die Schilddrüse zu betreffen scheinen, letztere infolge der endemischen kretinistischen Vergiftung. Das hier und da beobachtete familiäre Auftreten weist darauf hin, daß wohl auch erbliche Entartung oder Keimschädigung die Ausbildung der Drüsen ungünstig beeinflussen können; möglicherweise würden dabei allerdings auch mütterliche Stoffwechselgifte in Betracht zu ziehen sein. Offenbar ist die Bedeutung der Blutdrüsen für den werdenden Menschen vielfach größer, als für den voll ausgebildeten. Das gilt namentlich für die Thymus und die Zirbeldrüse, deren Tätigkeit mit fortschreitender Reifung allmählich zurücktritt, in beschränkterem Maße aber wohl auch für die Schilddrüse und die Hypophyse. Andererseits macht sich mangelhafte Reifung der Geschlechtsdrüsen erst viel später geltend, ist aber wohl meist von vornherein mit allgemeineren Unzulänglichkeiten der Veranlagung verknüpft. Bei der Zirbel und der Hypophyse haben wir es am häufigsten mit Geschwulstbildungen zu tun, die allerdings, namentlich bei ersterer, in Form von Teratomen auch Entwicklungsstörungen darstellen können. Ihr Auftreten ist an ein bestimmtes Alter nicht gebunden; eher gilt das von den Hypophysiserscheinungen, die durch Hydrocephalus hervorgerufen werden. Weiterhin

können Blutdrüsenerkrankungen durch infektiöse Gifte (Mumps, Scharlach, Masern usf.) verursacht werden, vorzugsweise bei Kindern, vielleicht schon vor der Geburt; auch an die Möglichkeit tuberkulöser oder syphilitischer Zerstörungen ist zu denken.

Im ganzen dürfte die Zahl ausgesprochener oligophrener Verkümmerungen, die durch „dysadenoide" Störungen bedingt werden, nicht sehr groß sein, wenn man von den kretinistischen Formen absieht. Mit dieser Einschränkung habe ich unter 244 hierhergehörigen Kranken nur sieben aufgefunden, die man bei weitherziger Auffassung jener Gruppe einordnen könnte. Es mag sein, daß dennoch manches übersehen wurde; der Hauptgrund für die Kleinheit der Zahl liegt aber wohl darin, daß die psychischen Krankheitsbilder verwaschen und wenig ausgeprägt zu sein pflegen. Viele Kranke mit deutlichen dysadenoiden Mängeln bieten gar keine oder so geringfügige Abweichungen in ihrem Seelenleben dar, daß sie niemals in psychiatrische Beobachtung gelangen. Immerhin läßt sich ein abweichendes Verhalten der Blutdrüsen bei Oligophrenen auffallend häufig feststellen. Bourneville sah bei 408 Kranken im Alter von 1—8 Jahren 104 mal Fortbestehen der Thymus, vielleicht ein Zeichen langsamer Reifung; in anderen Fällen wird über Verkümmerung oder Verbildung der Nebennieren, Vergrößerung der Schilddrüse, der Hypophyse, der Zirbeldrüse berichtet. —

Als eine Entwicklungshemmung ist endlich höchst wahrscheinlich jene merkwürdige, zuerst 1866 von Langdon Down als „mongoloide", 1876 von Mitchell als „kalmückische" Idiotie[1]) beschriebene Krankheitsform aufzufassen, die durch eine eigenartige Gesichts- und Schädelbildung, Knochenwachstumsstörungen, Ge-

[1]) Fraser und Mitchell, Journ. of mental Science XXII, 169; Neumann, Berliner klin. Wochenschr. 1899, 10; Kassowitz, Infantiles Myxödem, Mongolismus und Mikromelie. 1902; Muir, Archives of Pediatrics, March 1903; Vogt, Sommers Klinik I, 347; Scharling, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns IV, 45; Hellmann, Archiv f. Kinderheilk. XLIX, 329; Sante de Sanctis, Rivista di patologia nervosa e mentale XII, 10; Desgeorges, Contribution à l'étude de l'idiotie mongolienne, Thèse. 1905; Séris, Le mongolisme infantile. Thèse. Paris 1906; Kowalewski, Annales médico-psychol. 1906, 2. 431; Bullard, Boston medical and surgical journal 1911, 164, 56; Biach, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. XXXVII, 7; Wiener klin. Rundschau 1909, 783; Leeper, Revue of neurol. and psychiatry X, 11; Vogt, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns I, 445 (Literatur); Jödicke, ebenda VI, 286; Nieuwenhuijse, Psych. en Neurol. Bladen 1913, 1; Siegert, Ergebnisse d. inn. Med. u. Kinderheilk. VI, 565 (Sammelreferat; Literatur).

lenkschlaffheit, verminderte Widerstandsfähigkeit gegen Erkrankungen und geringe Bildungsfähigkeit gekennzeichnet ist. Die Körperlänge der Kranken bleibt meist hinter dem Durchschnitte zurück, überschreitet ihn nur in einzelnen Fällen. Bourneville fand sie etwa 15—16 cm unter der Norm; dagegen gibt Kassowitz an, daß bei den Mongoloiden das Längenwachstum wenig oder gar nicht gestört sei. Die Kranken machen in der Regel einen schwächlichen Eindruck, sind aber manchmal auch ganz gut genährt. Die Muskeln sind schlaff, wenig entwickelt; die Haut ist blaß, trocken, bisweilen schuppend.

Der Schädel der Kranken ist auffallend kurz, klein, oft asymmetrisch. Stirn und Hinterhaupt fallen steil ab; daher erscheint der Schädel hoch, obgleich sein Höhenmaß gering ist. Die Fontanellen stehen lange offen, selbst bis zum 3. Jahre. Die Nahtverknöcherung ist öfters verzögert. Das Haar ist struppig, oft spärlich, am Körper wollig. Die Stirn ist etwas vorgewölbt, die Schläfengegend eingedrückt. Das Gesicht ist platt; die Nase, deren breite Wurzel tief liegt, springt wenig vor; die kleine, stumpfe Spitze mit nach vorn gerichteten Öffnungen macht einen knopfartigen Eindruck. Die Lidspalte verläuft schräg nach unten und innen; in mindestens der Hälfte der Fälle findet sich am Innenrande eine vorspringende Falte („Epicanthus"), die übrigens nach den Untersuchungen von Drewes auch bei einem Drittel der gesunden Kinder und bei 12% der Erwachsenen in Altbayern vorkommen soll. Die Augen stehen weit auseinander; die Augenhöhlen sind flach, die Ränder wenig ausgeprägt, die Augenbrauen dünn, die Lidränder sehr häufig durch blepharitische Entzündungen gerötet. Hier und da findet sich Nystagmus, ziemlich oft Strabismus; Fennel sah letzteren bei 21 Fällen elfmal. Pearce, Rankine und Ormond beobachteten vielfach Linsentrübungen und Herabsetzung der Sehschärfe; auch Hypermetropie scheint nicht selten vorzukommen, ferner gelegentlich Farbenblindheit. Die Gesichtsfarbe ist blaß; die Wangen sind leicht gedunsen und tragen, wie die Nasenspitze und das Kinn, eine umschriebene Rötung, ähnlich den Schminkeflecken der Clowns. Der Mund ist meist klein, halb geöffnet, läßt vielfach den Speichel fließen; die Lippen sind leicht gewulstet, rissig. Die Zunge ist groß, plump, oft zwischen den Zähnen sichtbar, zeigt eine gefurchte Oberfläche („Lingua scrotalis") und stark

vergrößerte Papillae fungiformes. Der Gaumen ist eng und steil; die Zähne sind klein, vielfach kariös, stehen schlecht und entwickeln sich spät und unregelmäßig. Rachen- und Gaumenmandeln pflegen vergrößert zu sein. Die Ohrmuscheln sind gewöhnlich klein; das Läppchen ist öfters angewachsen, verkümmert, der obere Rand umgeknickt. Die geschilderten Eigentümlichkeiten pflegen den Kranken ein so kennzeichnendes Aussehen zu geben, daß sie eine auffallende Ähnlichkeit miteinander darbieten; es wird berichtet, daß die Eltern kaum imstande waren, in der Anstalt ihre eigenen Kinder herauszufinden.

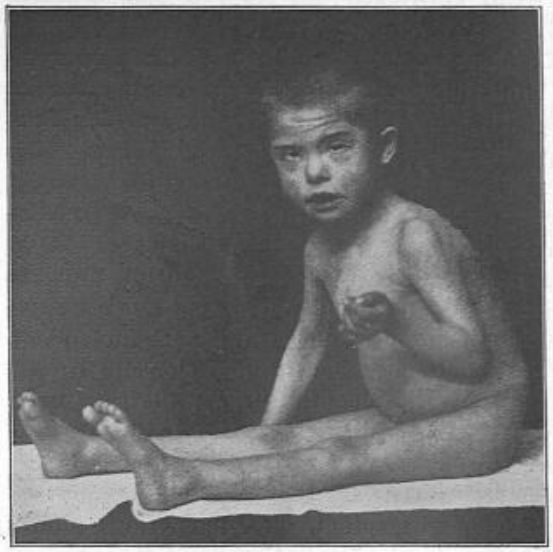


Fig. 353. Mongoloider Knabe.

Die Röhrenknochen sind, wie Bullard angibt, meist kurz; die Verknöcherung der Knorpelfugen verzögert sich vielfach, ist aber hier und da beschleunigt. Hände und Füße sind oft plump und klein, die Finger kurz, namentlich Daumen und kleine Finger. Die Verkümmerung der mittleren Phalanx bedingt häufig eine leichte Einwärtskrümmung des kleinen Fingers, die sich jedoch, wie Fennel angibt, bei vielen Idioten aller Art ebenso findet; nach den Untersuchungen von West kommt sie auch bei 19%, in schwächerem Grade sogar bei 32% der gesunden Kinder vor. Das Nägelwachstum ist verlangsamt. Manche Kranke zeigen Verbildungen des Brustkorbes, Plattfüße, Genu valgum. Sehr auffallend pflegt die Gelenkschlaffheit bei den Kranken zu sein; es gelingt oft ohne Schwierigkeit, die Finger ganz über den Handrücken zu biegen und die Beine in die merkwürdigsten Stellungen zu bringen. Die Kranken

sitzen gern mit verschränkten Beinen. Es handelt sich dabei wohl wesentlich um eine Hypotonie, um eine Herabsetzung des Muskeltonus. Die eigentümliche Streckung der Beine mit vornüber hängender Fußspitze, die der Kranke in Fig. 353 zeigt, dürfte in diesem Sinne zu deuten sein. Im übrigen läßt das Bild, noch besser vielleicht

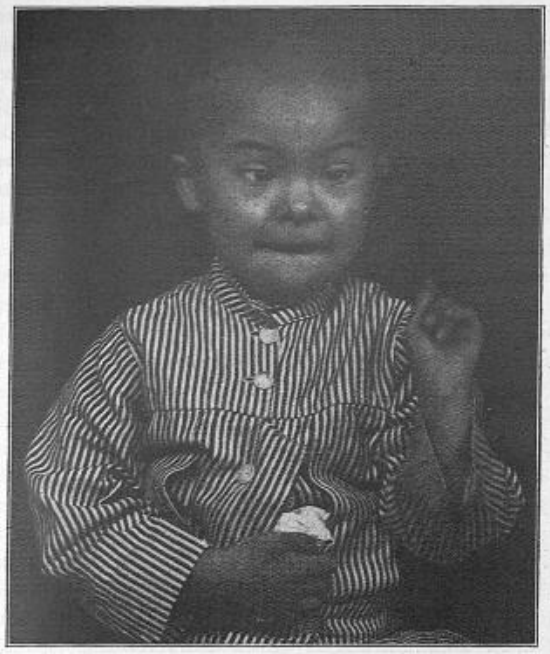


Fig. 354. Gesichtsausdruck bei Mongolismus.

Fig. 354, eine Reihe der beschriebenen Einzelheiten im Aussehen der Mongoloiden deutlich erkennen. Hill fand bei manchen Kranken Babinskis Reflex, der hier wohl als Überbleibsel aus der Säuglingszeit aufzufassen ist.

Der Leib der Kranken ist in der Regel etwas aufgetrieben; öfters beobachtet man Nabelbrüche. Die Verdauung pflegt durch Verstopfung und gelegentliche Diarrhöen gestört zu sein. In manchen

Fällen lassen sich angeborene Herzfehler nachweisen; Fennel sah sie unter 21 Fällen dreimal, Hill in 10—20%; sie machen aber im Leben nicht immer Erscheinungen. Die Blutversorgung des Körpers ist mangelhaft, der Blutdruck niedrig, der Puls oft klein und wechselnd. Hände, Füße und Nasenspitze sind kühl, selbst cyanotisch; die allgemeine Körperwärme ist niedrig, unter Umständen selbst bei fieberhaften Krankheiten; die Kranken frieren leicht. De Sanctis fand im Blute „einen gewissen Grad von neutrophiler Polynucleosis"; Kassowitz berichtet über Herabsetzung des Hämoglobingehaltes. Mit diesen Störungen hängt auch wohl die geringe Widerstandsfähigkeit der Kranken gegen Infektionen, ihre „Anfälligkeit" zusammen, die sie leicht allen möglichen Krankheiten, vor allem der Tuberkulose, der Furunkulose, Bronchitis, zum Opfer fallen läßt. Jödicke teilt mit, daß bei Mongoloiden die Assimilationsgrenze für Dextrose hoch, für Lävulose tief liegt, ähnlich dem Verhalten bei Athyreoidie. Die Geschlechtsentwicklung verspätet sich oder bleibt ganz aus. Die Genitalien und Brustdrüsen sind klein; die Behaarung ist gering; die Menses sind spärlich; öfters besteht Phimose und Kryptorchismus. Die Zeugungsfähigkeit fehlt; der Stimmbruch erfolgt nicht. Gelegentlich finden sich diese oder jene Mißbildungen, Syndaktylie, Polydaktylie, Mikromelie, Hypospadie, Hasenscharte, Atresien, Muttermäler. Spuren der Rachitis sind nicht selten.

Eine ganze Reihe der Kranken weist, besonders in der Jugend, mehr oder weniger ausgesprochene Andeutungen von Hypothyreoidie auf, Fettleibigkeit, Nabelbruch, Verstopfung; auch den Zwergwuchs, die Zungenveränderungen, die schlechte Zahnentwicklung könnte man hierher rechnen. Es zeigt sich auch in der Tat, daß diese Erscheinungen durch Darreichung von Thyreoidin günstig beeinflußt werden können; sie pflegen nicht wiederzukehren, wenn man die Behandlung aussetzt. Fast alle Beobachter sind aber darin einig, daß die übrigen Krankheitszeichen und namentlich auch der geistige Zustand durch jene Behandlung durchaus nicht geändert werden. Überdies bestehen noch mancherlei unterscheidende Merkmale. Das mongoloide Aussehen ist häufig schon bei der Geburt ausgesprochen, während das kretinistische gewöhnlich erst viel später hervortritt; es verstärkt sich, während der Mongolismus keine wesentliche Veränderung erfährt. Die Haut

ist beim letzteren zart, schweißfähig, dort stark verdickt, immer trocken, der Schädel dort unförmlich groß, hier klein und kurz, der Hals dort dick und gedrungen, hier von normalem Bau, das Gesicht dort breit und schwammig, hier höchstens ein wenig gedunsen, pausbackig, kindlich unentwickelt, fleckig gerötet. Die Glieder sind dort plump, hier schmächtig, die Finger dort kurz und breit, hier zierlich und spitz; die Körperlänge ist dort stark, hier mäßig oder gar nicht verringert. Endlich ist der Geisteszustand dort durch Schwerfälligkeit, Teilnahmlosigkeit, Gedankenarmut, hier durch oberflächliche Regsamkeit und kindische Beweglichkeit gekennzeichnet. Es kann daher keine Rede davon sein, etwa den Ausfall der Schilddrüsenleistung für die Entstehung des Mongolismus verantwortlich zu machen. Dem entspricht auch die Erfahrung, daß die Schilddrüse bei unseren Kranken nicht nur im Leben fühlbar zu sein, sondern auch bei der mikroskopischen Untersuchung keine Abweichungen darzubieten pflegt. Die Thymus bleibt bisweilen erhalten.

Die Verstandesbegabung der Kranken ist in der Mehrzahl der Fälle gering. Muir fand unter 26 Kranken 14 tief idiotisch, während fünf einen mittleren und sieben einen leichten Grad von Schwachsinn darboten. Die Mongoloiden pflegen sich langsam zu entwickeln, sind zunächst ziemlich stumpf und teilnahmlos, ungeschickt beim Saugen, lernen spät den Kopf aufrecht halten, stehen und gehen, machen keine Sprechversuche. Im 2.—3. Jahre werden sie lebhafter, aufmerksamer, zugänglicher, neugierig, zeigen bisweilen ein leidliches Gedächtnis, so daß sie einen bildungsfähigen Eindruck machen. Allein „sie versprechen viel und halten wenig", wie Fennel meint. Sie sind sehr ablenkbar, ermüden rasch und machen bald keine Fortschritte mehr. Ihr Verständnis pflegt nicht über die leichtesten Aufgaben hinaus zu gelangen; sie lernen es wohl, einfache Aufforderungen zu verstehen und zu befolgen, erkennen die gewöhnlichsten Gebrauchsgegenstände, hantieren mit ihnen zweckentsprechend und lassen sich bis zu einem gewissen Grade abrichten. Dagegen fehlt ihnen durchaus die Fähigkeit zu selbständiger geistiger Verarbeitung der Erfahrungen. Die Abstraktion und damit die Bildung von Allgemeinvorstellungen bleibt sehr mangelhaft, die Urteilsfähigkeit äußerst gering. Die Sprache beschränkt sich in der Regel auf agrammatisches Aneinanderreihen einzelner Worte; eine

schulmäßige Ausbildung, das Erlernen des Lesens, Schreibens oder Rechnens, erweist sich meist als gar nicht oder nur in sehr beschränktem Maße möglich. Sehr verbreitet ist bei ihnen die Fähigkeit und die Neigung zum Nachahmen.

Ihre Gemütsart ist gewöhnlich gutmütig und zutunlich. Sie machen keine besonderen Schwierigkeiten, sind anhänglich, fröhlich, zu Scherzen geneigt. Ihre Gefühlsregungen sind oberflächlich und von kurzer Dauer; sie werden leicht heftig, ärgerlich oder ängstlich, lachen dann wieder unbändig. An Musik und Rhythmus haben sie meist große Freude. In ihrem Wesen pflegt Beweglichkeit und Unruhe zu überwiegen. Nicht selten sind sie ausgesprochene Spaßmacher, tanzen herum, schneiden Gesichter, machen Faxen, wie es die Fig. 354 zeigt, haben aber wenig Neigung zu sinnvollem und planmäßigem Spielen, keinen Sinn für Kameradschaft. Die Herrschaft über ihre Bewegungen gewinnen sie nur unvollkommen; sie sind ungeschickt, fahrig, linkisch. Die Stimme ist rauh oder quiekend. Nicht immer lernen sie es, sich reinlich zu halten. Das Saugen an den Fingern erhält sich lange.

Das voll entwickelte Bild des Mongolismus ist so auffallend, daß sich seine Eigenart dem Beobachter ohne weiteres aufdrängt. Es gibt indessen Fälle genug, in denen die geschilderten Krankheitserscheinungen nur teilweise oder nur in Andeutungen vorhanden sind. Wie es scheint, können sich die Eigentümlichkeiten des Aussehens bei älteren Kranken verwischen. Da auch der geistige Zustand alle Grade von tiefer Idiotie bis zu leichtem Schwachsinn durchlaufen kann, wird man annehmen dürfen, daß der Mongolismus durch eine Reihe von Zwischenstufen („formes frustes") ganz allmählich in Formen der persönlichen Veranlagung hinüberführt, die noch der Gesundheitsbreite angehören. Daß auch nach den kretinoiden Zuständen Übergänge bestehen, wurde bereits angedeutet; hier handelt es sich um Mischungen von Mongolismus und Hypothyreoidie, in denen bald der eine, bald der andere Bestandteil deutlicher hervortritt.

Das mongoloide Aussehen der Kinder ist öfters schon bei der Geburt vollkommen ausgesprochen, so daß der Säugling als „kleiner Chinese" begrüßt wird. In anderen Fällen wird es erst nach der Geburt und selbst im 2. Lebensjahre deutlicher, bisweilen, wie Siegert angibt, erst nach einer Thyreoidinkur. Im 2. oder 3. Jahre

pflegen die Kranken munterer zu werden; der weitere Verlauf zeigt aber höchstens kleine Schwankungen des Zustandes. Das Körperwachstum erfolgt vielfach schubweise, geht aber meist nicht über das 15. Jahr hinaus. Den anfänglichen Fortschritten folgt bald ein Stillstand, an dem alle Erziehungsarbeit scheitert. Vielfache Erkrankungen, Katarrhe, Verdauungsstörungen, Ekzeme, Furunkel, namentlich aber die Tuberkulose, untergraben die Gesundheit der Kranken und bewirken, daß, wie Hill mitteilt, drei Viertel von ihnen schon vor den Entwicklungsjahren zugrunde gehen. Nur 9,4% überschreiten das 25. Lebensjahr. Scharling, der 58 Fälle zusammenstellte, gibt an, daß die Kranken nur ein Durchschnittsalter von etwa $15^1/_2$ Jahren erreichten; von 21 Kranken starben elf an Tuberkulose. Immerhin beobachtete Carson einen mongoloiden Mann, der 37, und eine Frau, die 54 Jahre alt war; Weygandt bildet einen 41jährigen Mongoloiden ab.

Der Leichenbefund liefert bei den Mongoloiden keine sehr ergiebige Ausbeute. Die fibrinöse Meningitis, die Philippe und Oberthür fanden, dürfte, ebenso wie die akuten und chronischen Zellveränderungen und die Gliavermehrung, auf die begleitende Tuberkulose zurückzuführen sein. Das Gehirn pflegt im ganzen klein und windungsarm zu sein; auch Kleinhirn, Brücke, verlängertes Mark sind wenig entwickelt. Hier und da finden sich Hemmungsbildungen, Verkürzung des Balkens, unvollkommene oder tierähnliche Windungen. Die Rindenzellen, deren Zahl vermindert sein kann, zeigen rundliche, schwach färbbare, fortsatzarme, neuroblastenähnliche Formen, besonders im Stirnhirn; Biach berichtet auch über Verdoppelung der Kerne. Der Schichtenbau der Rinde ist wenig ausgeprägt, ihre Abgrenzung nach unten zu verwischt; auch im Mark finden sich zerstreute heterotopische Zellen. Der Faserreichtum der Rinde ist verringert. An Glia und Gefäßen scheinen in der Regel keine Veränderungen zu bestehen. Alle diese Befunde weisen unzweideutig auf Entwicklungshemmungen mäßigen Grades hin, die zu einem Zeitpunkte einsetzen, an dem der Aufbau des Hirns in der Hauptsache bereits abgeschlossen war. An den Blutdrüsen konnte bisher kein verwertbarer Befund erhoben werden.

Der Mongolismus ist bei uns nicht sehr häufig. Nach Vogts Angaben soll er etwa bei 1% der Idioten anzutreffen sein, doch ist

zu bedenken, daß viele derartige Kranke wegen ihrer Gutartigkeit, ihrer Kränklichkeit und ihrer geringen Lebensdauer nicht in die Idiotenanstalten gelangen, sondern in der Familie oder in Kinderkrankenhäusern behandelt werden. In England soll das Verhältnis der Mongoloiden unter den Idioten 5%, nach Langdon Down sogar 10% erreichen, doch gibt Fennel an, daß er unter 2000 Fällen nur 21 Mongoloide gesehen habe. Hjorth fand in Kopenhagen unter 750 Imbezillen 30, also 4%, Kowalewski in Rußland 10%, Carson in Syracuse (Amerika) 8,2%, Desgeorges in Paris unter 450 Idioten nur zwei. Es ist indessen sehr zweifelhaft, ob diese Unterschiede der wirklichen Häufigkeit des Leidens entsprechen; sicher spielt dabei auch die größere oder geringere Bekanntschaft mit dem klinischen Bilde und namentlich die engere oder weitere Umgrenzung desselben eine wesentliche Rolle; letzteres gilt wohl auch von der Angabe Kowalewskis, daß der Mongolismus in tartarischen Gegenden besonders häufig sei. Muir berichtet, daß ihm auch Fälle aus Afrika, Australien, von den Bermudasinseln vorgekommen seien. Das männliche Geschlecht scheint etwas häufiger befallen zu sein. Unter 75 von Kassowitz zusammengestellten Fällen waren 39 männlich; Carson sah unter 72 Mongoloiden 41 Knaben, Scharling 37 unter 58. Die Lues, die Sutherland noch als eine wichtige Ursache bezeichnet hatte, scheint keine Bedeutung zu haben; dagegen wird von mehreren Seiten tuberkulösen Erkrankungen der Erzeuger oder neuropathischer Belastung ein gewisser ursächlicher Einfluß zugeschrieben.

Mehr Übereinstimmung herrscht hinsichtlich einiger anderer Punkte. Mongoloide scheinen auffallend häufig aus sehr kinderreichen Familien zu stammen und besonders oft letzt-, seltener erstgeborene Kinder zu sein. Shuttleworth gibt an, daß von 98 Mongoloiden 46 aus Ehen mit mehr als sieben Kindern hervorgegangen waren; in 277 Familien mit über sechs Kindern war der Mongoloide 167 mal (60%) ein letztes, 39 mal (14,4%) ein erstes und 71 mal (25,6%) ein mittleres Kind. Carson vergleicht zwei Gruppen von je 72 Familien, von denen die erste mit 419 Kindern 144 Erst- oder Letztgeborene mit 56 (39%) und 275 Mittelgeborene mit 14 (5%) Mongoloiden aufwies. Die zweite Gruppe, ohne Mongoloide, aber mit schwachsinnigen Kindern, verfügte nur über 343 Geburten mit 91 (26%) schwachsinnigen Sprößlingen. Unter 72 Mongoloiden

fand er 14 (20%) erstgeborene und 42 (58%) Letztgeborene. Auch Hjorth gibt an, daß es sich unter 21 Fällen 12 mal um die letzten Kinder in einer Familie handelte; Desgeorges erwähnt, daß unter 18 Mongoloiden neun die letzten Kinder einer längeren Reihe waren. In der Regel finden sich die Mongoloiden vereinzelt, während andere Idiotieformen gern Geschwister betreffen. Carsons 72 Mongoloide waren alle die einzigen in der Familie; dagegen fanden sich unter den 91 anderen Schwachsinnigen elfmal zwei oder mehr Geschwister erkrankt, zweimal sogar vier bis fünf. Vogt berichtet, daß von Zwillingen der eine mongoloid war; Hjorth sah aber auch ein mongoloides Zwillingspaar; es handelte sich um das achte und neunte von 10 Kindern.

Auch zu verschiedenes oder zu hohes Alter der Eltern soll der Entstehung des Mongolismus Vorschub leisten. Vogt gibt an, daß fast in der Hälfte der Fälle beide Eltern über 40 Jahre alt seien; ähnlich fand Desgeorges, daß bei seinen 18 Fällen die Eltern zur Zeit der Zeugung fünfmal über und weitere fünfmal nahe an 40 Jahre alt waren. Shuttleworth stellte fest, daß bei 138 Mongoloiden die Mutter in 38% jenseits des 40. Jahres, in 51% zwischen 30 und 40 Jahren und nur in 11% unter 30 Jahren stand. Dem elterlichen Alkoholismus dürfte keine große Wichtigkeit zukommen, doch fand Desgeorges, daß sechs von den Vätern seiner 18 Mongoloiden Trinker waren; zweimal soll die Erzeugung der Kranken im Rausche stattgefunden haben. Weiterhin sollen noch, wie bei den verschiedensten Idiotieformen, Gemütsbewegungen der Mutter während der Schwangerschaft und Asphyxie bei der Geburt eine ursächliche Rolle spielen können; De Sanctis erwähnt endlich, daß in der Vorgeschichte der Mongoloiden öfters Hydrocephalus, Meningitis und Typhus angeführt werde.

Versucht man, sich auf Grund der vorliegenden Erfahrungen wenigstens eine allgemeine Vorstellung von dem Wesen des Mongolismus zu machen, so darf wohl als feststehend angesehen werden, daß es sich um eine Entwicklungshemmung und nicht um einen Krankheitsvorgang handelt. Dafür spricht vor allem, wie schon erörtert, der Leichenbefund, ferner die Häufigkeit von Mißbildungen, sodann die gleichmäßige Fortdauer des einmal gegebenen Zustandes nach anfänglichen geringen Fortschritten, endlich unser spärliches Wissen über seine Entstehungsbedingungen. Einzelne der klinischen

Zeichen, so der Epikanthus, die Verkrümmung des kleines Fingers, scheinen ebenfalls die Annahme von Entwicklungshemmungen zu stützen; während sie sich in geringerer Häufigkeit auch bei anderen Kindern finden, schwinden sie hier wie bei unseren Kranken mit zunehmendem Alter. Ähnliches gilt von der dem Säuglingsalter entsprechenden Nasenform und vielleicht auch von der Verkümmerung des Schädelgrundes, wie sie sich in der Kurzköpfigkeit und der Enge des Gaumengewölbes ausspricht. Man würde sich demnach etwa denken können, daß bei den Mongoloiden die Ausbildung des Körpers und besonders auch des Gehirns zu einer bestimmten, nicht allzu frühen Zeit zum Stillstande gekommen sei, so daß wohl noch ein gewisses Fortwachsen, aber keine eigentliche Reifung mehr erfolgt. Gerade hier würde dann der von Anton geprägte Ausdruck passen, daß es sich um „nicht ausgebackene" Kinder handelt. Langdon Down hat allerdings, verführt durch die Ähnlichkeit der Kranken mit Mongolen, eine Beziehung zu den Rasseverschiedenheiten vermutet und auch von einer malaiischen, negroiden, indianischen Form der Idiotie gesprochen. Für diese ethnologische Auffassung des Mongolismus fehlt jedoch jede weitere Begründung. Soweit es sich heute übersehen läßt, wird als Ursache der Störung in erster Linie nicht die erbliche Entartung oder eine Keimschädigung durch Gifte anzusehen sein, sondern die ungenügende Lebensfähigkeit der Keimstoffe, wie sie durch übermäßigen Kinderreichtum und Rückbildungsvorgänge, vielleicht auch noch durch manche andere, uns nicht genauer bekannte Umstände bewirkt wird. Auch die Tuberkulose der Eltern könnte in diesem Sinne allgemein als schwächende Ursache ohne infektiöse Keimschädigung in Betracht kommen. Shuttleworth hat daher die Mongoloiden geradezu als „Erschöpfungsprodukte" bezeichnet.

Es ist indessen fraglich, ob diese Auffassung dem Wesen des Krankheitsbildes wirklich gerecht wird. Die häufige Verbindung des Mongolismus mit Erscheinungen der Hypothyreoidie, zu denen auch der Nabelbruch, die Verstopfung, die dicke Zunge gerechnet werden könnten, die Veränderung des Blutbildes, die geringe Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen, die adenoiden Wucherungen, die, wenn auch beschränkte, Zugänglichkeit für die Thyreoidinbehandlung legen die Vermutung nahe, daß die Blutdrüsen in

irgendeiner Weise an der Entstehung des Krankheitszustandes beteiligt seien. Allerdings hat der Leichenbefund dafür bisher keine Anhaltspunkte ergeben. Es könnte aber wohl sein, daß es sich um Drüsen handelt, die noch nicht untersucht wurden, daß wir es mit anatomisch nicht nachweisbaren Störungen in der Zusammensetzung der Drüsensäfte zu tun haben, oder endlich, daß nur das gegenseitige Verhältnis in der Mischung der Drüsenbestandteile in ungünstiger Weise verändert ist. Jedenfalls wird es sich empfehlen, die Annahme einer Mitwirkung „endokriner" Veränderungen als Forschungshypothese einstweilen beizubehalten. Vielleicht erweisen auch sie sich einmal als Teilerscheinungen der allgemeinen Entwicklungshemmung, die aber dann ihrerseits dem Krankheitsbilde seine besonderen Züge geben. —

Die zweite große Hauptgruppe der oligophrenen Verkümmerungen wird durch Krankheitsvorgänge hervorgerufen. Sie ist wahrscheinlich viel umfangreicher, als die erste, wenigstens, wenn man die schwereren Formen ins Auge faßt. Eine scharfe Grenze läßt sich allerdings, wie bereits ausgeführt, zwischen den beiden Entstehungsarten des Schwachsinns nicht ziehen, da Entwicklungshemmungen auch durch Krankheitsvorgänge verursacht werden können, und da andererseits mangelhaft reifende Gehirne wohl auch schädigenden Einflüssen in höherem Grade zugänglich sind. Wir werden aber doch im allgemeinen das Stehenbleiben auf einer niederen Entwicklungsstufe und die Zerstörung bereits ausgebildeten Hirngewebes auseinanderhalten können, wenn auch im einzelnen Falle die Entscheidung bisweilen schwanken oder unmöglich sein mag. So fassen wir denn in der nunmehr zu besprechenden Gruppe alle diejenigen Fälle zusammen, in denen das klinische Bild oder der Leichenbefund oder beides die Anzeichen einer greifbaren Hirnerkrankung erkennen lassen.

Schon die Erkrankung der das Gehirn umhüllenden Häute, die Meningitis, kann bei Kindern unter Umständen dauernde geistige Schwächezustände erzeugen. In der Regel freilich wird sie zum Tode führen, doch gibt es immerhin hier und da Fälle, in denen berichtet wird, daß eine in der Jugend überstandene Hirnhautentzündung den Stillstand der geistigen Entwicklung zur Folge gehabt habe. Soweit die Deutung der früheren Erkrankung richtig ist, handelt es sich wohl meist um epidemische Meningitis, seltener um

eine der anderen Spielarten oder gar um die tuberkulöse Form; auch die Meningitis serosa kann in Betracht kommen. Bei einem Idioten sah ich, wie eine alte Meningitis otitischen Ursprungs durch eine mächtige, schwartig abgekapselte Ansammlung eingedickten Eiters das Hirn verdrängt und beide Schläfenlappen zum Schwund gebracht hatte. Die Gestaltung des klinischen Bildes hängt wesentlich davon ab, wie weit die Hirnrinde durch die Meningitis in Mitleidenschaft gezogen wurde. In einer Reihe von Fällen werden sich die ursprünglich vielleicht sehr ausgesprochenen Störungen, Erschwerung und Verlangsamung des Denkens, Unklarheit, Reizbarkeit, Teilnahmlosigkeit, Willensschwäche, nach und nach vollständig wieder verlieren. Weiterhin können, wie Pellizzi[1]) meint, diese oder jene psychopathischen Unzulänglichkeiten zurückbleiben, Haltlosigkeit, Gemütsstumpfheit. Endlich aber stellen sich öfters deutliche Verstandesmängel heraus, die indessen nur ausnahmsweise den Grad der Idiotie erreichen dürften. Meist handelt es sich um Imbezille und Debile mit später und unzulänglicher geistiger Entwicklung, Gedankenarmut, Unfähigkeit zu selbständiger Lebensführung und mangelhafter Beherrschung des sprachlichen Ausdrucks. Zwei meiner Kranken begingen Sittlichkeitsvergehen an Kindern; eine Kranke verfiel der Gewerbsunzucht. Herderscheinungen sind gewöhnlich nicht vorhanden; auch Krämpfe sind selten. Eine Kranke litt an epileptischen Anfällen; da sie aber noch leichte Unterschiede in der Gesichtsinnervation darbot, einen sehr kleinen Schädel hatte und idiotisch war, kann die Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden, daß die überstandene „Hirnhautentzündung" auch Rindenzerstörungen verursacht hatte.

Der Beginn des Leidens ist stets ein akuter und geht mit Fieber, meist auch mit Krämpfen einher. Er fällt gewöhnlich in die ersten Lebensmonate oder -jahre, öfters vielleicht schon vor die Geburt; selbstverständlich kann aber auch eine später auftretende Meningitis einen geistigen Schwächezustand erzeugen. Nach dem Ablaufe der akuten Erscheinungen bleibt der Zustand im wesentlichen unverändert. Pellizzi hält diese Krankheitsform für häufig und glaubt, daß namentlich viele unklare, wenig ausgeprägte Fälle ihr zuzurechnen seien. Der Leichenbefund zeigt zunächst Trübung und Verdickung der Hirnhäute, leichtere oder stärkere Verwachsungen

[1]) Pellizzi, Rivista di freniatria sperim. XXXI, 309 (Literatur).

mit der Rinde. In dieser letzteren können die Veränderungen äußerst geringfügig sein oder auch ganz fehlen; sie pflegen sich späterhin allmählich zu verlieren. Wo die Schädigung mehr durch die Drucksteigerung, durch Stauungen, Ödeme oder einfache Giftwirkungen hervorgerufen wurde, läßt sich vielleicht nur eine gewisse Verödung der Rinde mit mäßiger Gliawucherung nachweisen, beides vorzugsweise in den oberen Schichten; manche der von Bourneville als Entwicklungshemmungen aufgefaßten Fälle rechnet Pellizzi hierher. Er ist aber ferner geneigt, die reine Mikrocephalie auf eine ausgebreitete Meningitis zurückzuführen, die eine gleichmäßige Schädigung der Hirnentwicklung bewirken soll, während bei der „Pseudomikrocephalie" noch umschriebene gröbere Zerstörungen hinzukommen. —

Blutungen aus den Hirnhautgefäßen sollten nach der Ansicht Littles dem von ihm zuerst gezeichneten klinischen Bilde der allgemeinen tonischen Starre der Neugeborenen ohne Lähmung zugrunde liegen. Er nahm an, daß bei schweren und verzögerten Geburten durch die Verschiebung der Schädelknochen Zerreißungen der Meningealvenen an ihrer Einmündung in den Sinus longitudinalis und damit starke Blutergüsse erfolgen könnten, deren Druck auf die Hirnoberfläche dann die Starre erzeuge. Die stärkere Beteiligung der Beine würde sich dabei etwa aus dem Entstehungsorte der Blutung auf der Scheitelhöhe erklären lassen. Es scheint, daß in der Tat das Littlesche Krankheitsbild bisweilen in der angedeuteten Weise zustande kommt, doch wurde von anderen Forschern, Marie, Brissaud, auf die Möglichkeit hingewiesen, daß eine Entwicklungshemmung der Bahnen, die vom Hirn aus die Willkürbewegungen regeln, die Ursache der spastischen Starre sein könne. Die Beeinträchtigung des Seelenlebens pflegt dabei geringfügig zu sein oder zu fehlen; auch Herderscheinungen und Krämpfe bleiben in der Regel aus. Nach und nach bilden sich die Störungen ganz oder bis auf unbedeutende Reste zurück. —

In naher Verwandtschaft zu den Hirnhautentzündungen, namentlich zu der „Meningitis serosa", stehen die hydrocephalischen Erkrankungen[1]). Ohne praktische Bedeutung ist natürlich die

[1]) Schultze, Nothnagels Handbuch der speziellen Pathol. u. Therapie IX, 3, 195. 1901 (Literatur); Anton, Handbuch d. pathol. Anatomie d. Nervensystems von Flatau, Jakobsohn und Minor I, 416. 1904; Kalischer, Handbuch der

einfache Ausfüllung der durch Gewebszerstörung entstandenen Lücken durch Cerebrospinalflüssigkeit, des „Hydrocephalus ex vacuo", der nur eine nebensächliche Begleiterscheinung, aber keinen selbständigen Krankheitsvorgang darstellt. Er findet sich am ausgesprochensten bei der „Hydromikrocephalie", bei der in einem

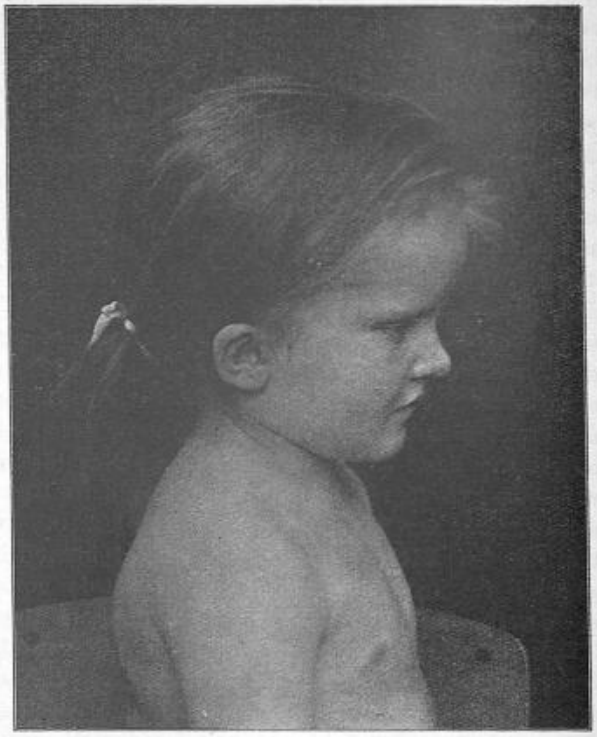


Fig. 355. Hydrocephalie.

kleinen Schädel ein noch viel kleineres, stark verkümmertes Gehirn liegt, umgeben von reichlicher Flüssigkeit. Der entzündliche Hydrocephalus externus, die „Meningitis serosa", kann, wie bereits erwähnt, Druckerscheinungen und vielleicht auch bleibende leichte

Neurologie von Lewandowski III, 714. 1912; Bonhöffer, ebenda III, 729. 1912; Weber, Archiv f. Psych. XLI, 64; Glüh, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns V, 293; D'Astros, Les hydrocéphalies. 1898.

Verödungen der Hirnrinde verursachen. Weit schwerer aber sind die Folgen, die der entzündliche Hydrocephalus internus nach sich zieht. Die Drucksteigerung in den Hirnhöhlen kann bei Kindern zu den stärksten Wachstumsbehinderungen, zu einer weitgehenden Abplattung und Verdünnung des ganzen Hirnmantels und zu einer ungeheuerlichen Ausdehnung des Schädels führen.



Fig. 356. Hydrocephaler Schädel von vorn.

Kennzeichnend für die Form des hydrocephalen Kopfes ist die Vorwölbung der Stirn, die starke Ausbuchtung des Hirnschädels nach oben, oft auch nach hinten, besonders zwischen den Scheitelhöckern, und die Verkümmerung des Gesichtsschädels. Letztere Eigentümlichkeit tritt neben der Vergrößerung des Kopfes und der Stirnwölbung in Fig. 355 deutlich hervor, während die Verbreiterung in der Scheitelgegend bei der früher gebrachten Fig. 299 besser zu erkennen ist. Die höchste Ausbildung der hydrocephalen Schädelform bieten aber die Figuren 356 und 357 dar, die Stücke der von Weygandt zusammengebrachten Sammlung wiedergeben. Die Figur 356 zeigt auch die Flachheit der durch Druck von oben her verengten Augenhöhlen, ferner das Offenbleiben der großen Fontanelle.

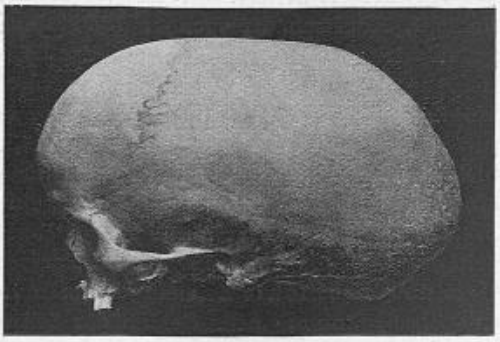


Fig. 357. Hydrocephaler Schädel (Seitenansicht).

Der Umfang des Kopfes kann sehr hohe Grade erreichen. Von

Tuczeck und Cramer wurde ein 12jähriges Mädchen mit einem Kopfmaße von 75 cm, von Rittershaus ein 16jähriger Kranker mit einem solchen von 77 cm beschrieben. Es werden aber auch Fälle mit Kopfumfängen von mehr als einem Meter (Himly: 110,8 cm mit 12 Jahren, Büttner: 106,6 cm mit 31 Jahren) berichtet. Bei so abenteuerlich vergrößerten Schädeln bleiben zwischen den papierdünnen Knochen trotz ihres rasch nachrückenden Wachstums doch immer weite, häutige Lücken, die nur zum Teil durch riesige Schaltknochen ausgefüllt werden. Der Kopf kann auf diese Weise für ein dahinter gestelltes Licht durchscheinend werden. Die Fontanellen sind vorgewölbt. Zum Vergleiche mit dem früher geschilderten Mikrocephalen stellt die Figur 358 in demselben Maßstabe das Diagramm eines von mir beobachteten, erwachsenen Hydrocephalen dar, der neben hochgradigem Blödsinn Sehnervenschwund und eine linksseitige spastische Lähmung aufwies. Man erkennt deutlich das Vorspringen der Stirn und die Verbreiterung des Schädels in der Scheitelgegend. Die obere Horizontalkurve ist hier, anders als bei dem Mikrocephalen, größer, als die untere. Die größte Länge des Schädels beträgt 25,3 cm, die größte Breite 18,7 cm, der größte Umfang 69,6 cm.

Das Krankheitsbild des Hydrocephalus wird durch die Anzeichen des Hirndrucks beherrscht. Benommenheit, Unklarheit, Unbesinnlichkeit, Kopfweh, Erbrechen, Pulsverlangsamung stellen sich ein; es entwickelt sich eine Stauungspapille, die nicht selten zu Sehnervenschwund führt. Die Augen werden öfters aus ihren flachen Höhlen nach vorn und unten gedrängt, so daß der untere Irisrand hinter dem unteren Lide verschwindet, während der obere frei bleibt. Abducenslähmung und Nystagmus sind häufig. Die Muskeln sind dünn und schwach, die Bewegungen kraftlos, zittrig; vielfach bestehen Steifigkeit, Spannungen, selbst Kontrakturen; auch halbseitige spastische Lähmungen und Paresen mit Steigerung der Reflexe und Babinskis Zeichen kommen vor. Seltener ist Hypotonie mit Abschwächung oder Fehlen der Sehnenreflexe. Sehr gewöhnlich treten epileptische Anfälle auf, die sich gelegentlich auf eine Seite beschränken. Auf Kleinhirnschädigungen sind wohl der Schwindel und das Ohrensausen, ferner der taumelnde Gang, das Schwanken beim Stehen und die ataktische Unsicherheit der Bewegungen zurückzuführen; die Kranken lernen oft spät und unvoll-

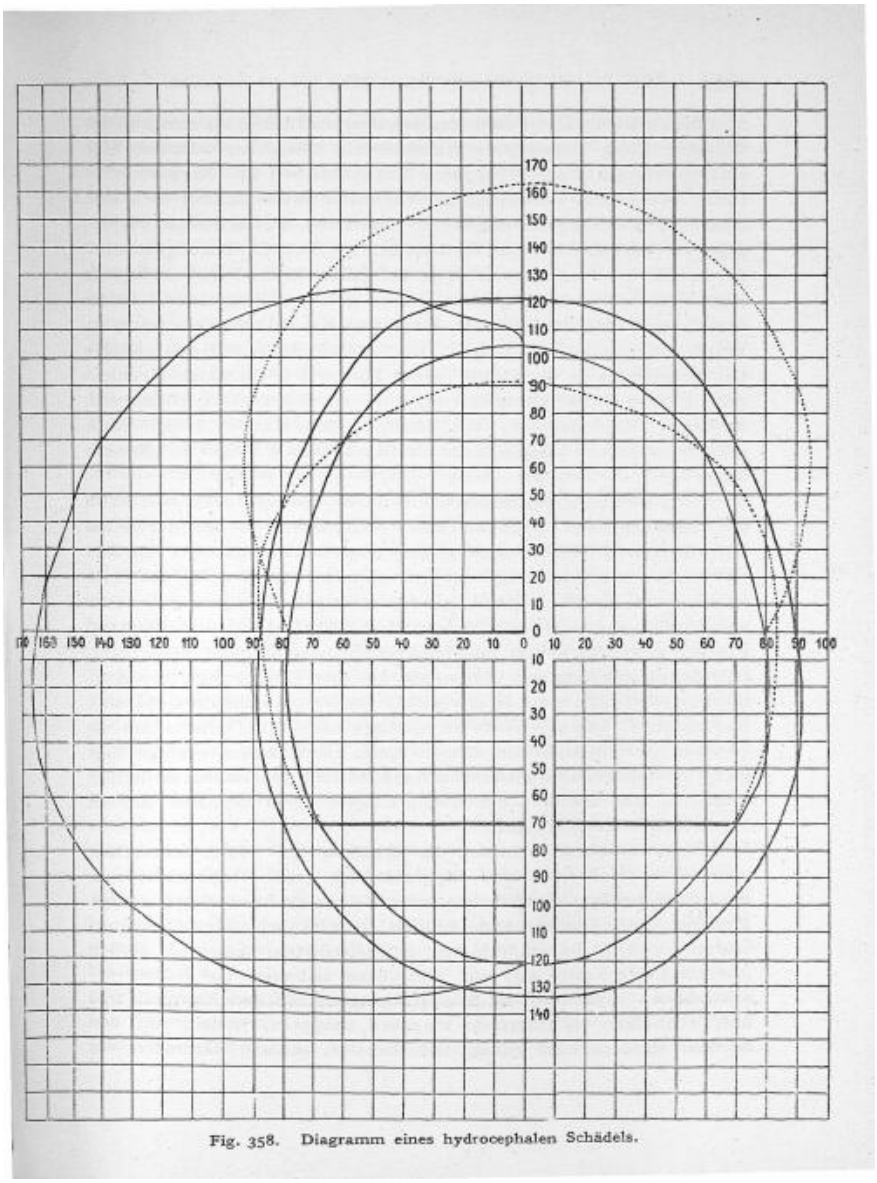


Fig. 358. Diagramm eines hydrocephalen Schädels.

kommen gehen. Der Druck des erweiterten Infundibulums auf das Chiasma kann bitemporale Hemianopsie bewirken, während eine Beeinträchtigung der Hypophyse Zurückbleiben des Körperwachstums, Fettansatz, Hemmung der Geschlechtsentwicklung nach sich zieht. Empfindungsstörungen, Hypästhesien, Parästhesien, Hyperalgesien werden hier und da beobachtet. Der Ernährungszustand der Kranken ist trotz bisweilen großer Eßlust in der Regel mäßig; sie sind blaß, schwächlich gebaut, haben geringes Fettpolster. Öfters finden sich die Zeichen der Rachitis, Knochenverkrümmungen, Verdickungen der Epiphysen, der Schädelnähte. Bourneville beobachtete sie in der Hälfte seiner Fälle. Bei einzelnen Kranken gesellen sich Entwicklungsstörungen hinzu, Spina bifida, Hirnbruch, Atresien, Hasenscharte, Verbildungen der Hände; einige Male sah ich auffallend lange, dünne, spitz zulaufende Finger („Spinnenfinger").

Die Schädigung des Seelenlebens durch den Hydrocephalus kann aus naheliegenden Gründen sehr verschiedene Grade darbieten. Die von mir beobachteten Kranken zeigten etwas häufiger das Bild der Idiotie, sonst dasjenige der Imbezillität; ohne Zweifel aber gibt es zahlreiche Kranke mit mäßiger Hydrocephalie, die geistig nur sehr wenig oder gar nicht geschwächt sind. Auffassung und Verstand werden gewöhnlich von einer trägen Schwerfälligkeit beherrscht. Die Kranken kümmern sich wenig um ihre Umgebung; ihre Aufmerksamkeit ist schwer zu erwecken. Ihr Verständnis für Gebärden, Gegenstände, Bilder, Worte ist gering; manchmal erscheinen sie geradezu seelenblind. Sie ahmen kaum nach, haben geringe Neigung, zu spielen, sich zu beschäftigen, bleiben gedankenarm, leisten nichts in der Schule. Bei hochgradigem Hydrocephalus besteht regelmäßig tiefer Blödsinn.

Im gemütlichen Verhalten der Kranken fällt neben Stumpfheit oder leerer Heiterkeit und Eigensinn oft große Reizbarkeit auf, die sich in heftigen Zornausbrüchen, Weinen und Schreien entladet. Manche Kranke zeigen eine ziellose Unruhe, schneiden Gesichter, laufen trippelnd herum, klopfen auf den Boden, zerstören, stoßen unartikulierte Laute aus und vollführen zeitweise die früher beschriebenen rhythmischen Bewegungen, werfen den Kopf hin und her, schnalzen, schmatzen, klappern, zappeln, wedeln mit den Armen. Andere sind ruhig, teilnahmslos, schlaff, dämmern vor

sich hin, spielen mit ihren Fingern, müssen gefüttert und rein gehalten werden. Die Sprachentwicklung kann sich sehr verspäten oder auch ganz ausbleiben; öfters ist Wortschatz und Ausdrucksweise dürftig, die Artikulation mangelhaft; hier und da findet sich Aphasie. Bei leichteren Graden des hydrocephalischen Schwachsinns zeigt sich Unstetigkeit, Haltlosigkeit und Arbeitsscheu. Die Kranken halten nirgends lange aus, sind zu keiner Arbeit zu gebrauchen, streunen, betteln, versetzen und verkaufen ihre Sachen; einzelne geraten ins Trinken. „Ich bin ein Lump und bleib' ein Lump; aus mir wird nichts mehr", erklärte ein Kranker.

Die Entwicklung der hydrocephalischen Erscheinungen setzte bei meinen Kranken fast immer im Laufe des ersten Lebensjahres ein, selten später. Ausgesprochener Hydrocephalus vor der Geburt scheint nicht häufig zu sein. Mandl gibt an, daß er unter 3000 Geburten nur einmal ein Hindernis bildete. Der Beginn kann akut, fieberhaft sein und führt dann oft rasch zum Tode. Bei den für uns in Betracht kommenden Fällen aber tritt das Leiden gewöhnlich subakut oder schleichend auf. Der Verlauf schreitet im allgemeinen langsam fort und bedingt einen allmählichen geistigen Rückgang, zeigt aber wechselnde Besserungen und Nachschübe. Schnitzer sah bei einem 1jährigen Kinde den Kopfumfang in einem halben Jahre um 3 cm wachsen. Wenn der Tod nicht unter den Zeichen fortschreitenden Hirndruckes erfolgt, kann er gelegentlich bei einem Anfalle eintreten. Bisweilen kommt es zu einer Art Selbstheilung dadurch, daß Flüssigkeit durch die Siebbeinplatte oder eine andere Knochenspalte abtröpfelt („Hydrorrhœa nasalis"). Im allgemeinen erreichen Kranke mit stärkerem Hydrocephalus kein hohes Alter. Pakuscher berichtet über 26 Fälle, von denen 10 im Alter zwischen 2 und 7 Jahren standen. Von den übrigen 16 lebten noch vier mit 10, 11, 13 und 20 Jahren; 12 waren gestorben, davon 9 vor dem 3., 2 im 6. und 1 im 9. Lebensjahre. In leichteren Fällen kommt jedoch das Leiden sehr häufig zum Stillstande, so daß nur der vergrößerte und verbildete Schädel seine Spuren verrät. Crailsheimer sah derartige Schädel bei 10,2% der Imbezillen; Zuckerkandl fand unter 127 Schädeln 27%, die mehr oder weniger deutlich hydrocephalische Veränderungen aufwiesen. Die Verstandesentwicklung kann in solchen Fällen völlig normal sein, ja Hansemann hat im Anschlusse an die Untersuchung

des Schädels von Helmholtz die Vermutung ausgesprochen, daß unter Umständen der erweiterte hydrocephalische Schädel nach frühem Erlöschen der Krankheit besonders günstige Bedingungen für die Entwicklung des Gehirns bieten möge. Weygandt führt als hierher gehörige Beispiele noch Windhorst, Gottfried Keller und Menzel an; auch Cuvier soll dahin gehören.

Der Leichenbefund ergibt außer den schon besprochenen Schädelveränderungen, papierdünnen Knochen, offenen Fontanellen, Schaltstücken, zunächst öfters Verdickung und Infiltration der Pia. Die Windungen sind abgeplattet; der Hirnmantel ist in einen schwappenden, dünnwandigen, leicht zerreißenden Sack verwandelt, dessen Stärke unter Umständen nur wenige Millimeter beträgt. Nach Eröffnung entleert sich aus den sehr erweiterten Hirnhöhlen reichliche Flüssigkeit, die gegenüber der normalen Menge von 60—150 ccm bis zu einem oder sogar mehrere Liter betragen kann; bei dem oben erwähnten Kranken Büttners wurden 10 l gemessen. Der Balken ist verdünnt, besonders in seinem hinteren Abschnitte, fehlt hier und da ganz; die Stammganglien sind abgeplattet, ebenso die Brücke und das Kleinhirn, das bisweilen nach abwärts in das Hinterhauptsloch hineingepreßt erscheint. Auch der Fornix ist verdünnt, das Foramen Monroi erweitert, das Infundibulum blasig aufgetrieben. Das Ependym der Ventrikel ist verdickt; die Plexus chorioidei sind gefäßreich, sklerosiert und cystisch entartet. Gelegentlich finden sich Verwachsungen der Hirnhöhlenwandungen und Abschnürungen einzelner Ventrikelabschnitte, die dann besonders stark erweitert sein können; auch halbseitiger Hydrocephalus kommt vor. Der Schädelgrund ist flach, oft verkümmert, der Türkensattel erweitert. Von dem verdünnten Hirnmantel mag die Fig. 359 eine Vorstellung geben, die ein Stück des Schläfenlappens mit dem Ammonshorn abbildet. Man sieht, wie die Markmasse der Hemisphäre zu einem schmalen Streifen zusammengeschrumpft ist. Die Rinde selbst war arm an Nervenzellen und Markfasern und zeigte hin und wieder Reste von leichten entzündlichen Vorgängen. Im Rückenmark finden sich öfters syringomyelitische Veränderungen.

Die Entstehung des Hydrocephalus muß wohl in erster Linie auf eine entzündliche Vermehrung der Flüssigkeitsausscheidung zurückgeführt werden, die durch die Plexus chorioidei, vielleicht auch durch das Ependym der Hirnhöhlen erfolgen dürfte. Weiterhin

aber muß auf irgendeine Weise die Verbindung der Ventrikel mit dem Subarachnoidalraume behindert werden, so daß ein Ausgleich des inneren Druckes durch die Abflußvorrichtungen der Schädelhöhle nicht mehr erfolgen kann. Wie weit hier Überlastung der Verbindungswege durch zu reichliche Absonderung mit folgender Verlegung durch den wachsenden Druck, wie weit Stauungen in den Venen und Lymphbahnen, entzündliche Infiltrationen und Verwachsungen dabei eine Rolle spielen, entzieht sich noch unserer Kenntnis. Engel weist auf die Häufigkeit von Blutungen hin, die sich von den Ventrikeln in den Subarachnoidalraum ausbreiten; er denkt an Verstopfungen durch Gerinsel, Bönninghaus an Verschluß des Aquäductus durch Zerrung, andere an Verlötungen durch meningitische Ausschwitzungen. Sicherlich kann schon etwa eine Geschwulst der Zirbeldrüse durch rein mechanische Ausflußbehinderung Erweiterung der Ventrikel verursachen. Beim eigentlichen Hydrocephalus handelt es sich aber wohl ursprünglich immer um Krankheitsvorgänge an den Hirnhäuten und ihren in die Hirnhöhlen hineingeschobenen Fortsätzen, den Plexus, vielleicht auch an der Ventrikelauskleidung. Ob besondere Nachgiebigkeit des Hirnmantels gegen den Ventrikeldruck die hydrocephalische Auftreibung der Hemisphären begünstigt, wie Weber annimmt, mag dahingestellt bleiben.

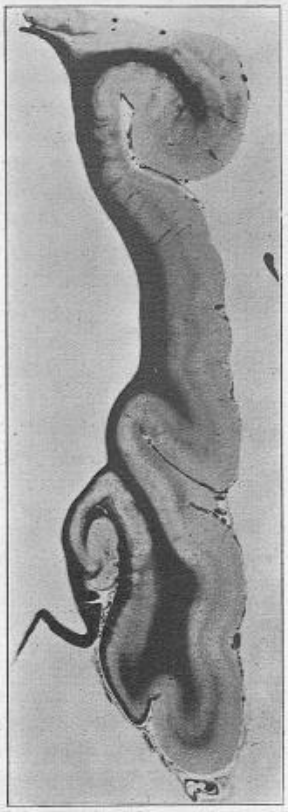


Fig. 359. Hirnmantel bei Hydrocephalus.

Als Ursache der entzündlichen Vorgänge, die, wie oben erwähnt, auch das Hirngewebe selbst bis zu einem gewissen Grade in Mitleidenschaft ziehen können, werden mannigfache Infektions-

krankheiten angeführt: Gastroenteritis, Influenza, Otitis media, Keuchhusten, Bronchitis, Pneumonie; ferner sollen auch Schädeltraumen, Insolation, elterlicher Alkoholismus eine krankmachende Rolle spielen können. Bei weitem die wichtigste Ursache des chronischen Hydrocephalus dürfte aber in der Lues zu suchen sein. Dafür spricht der bisweilen geführte Nachweis der Wassermannschen Reaktion im Blute und einer Lymphocytose in der Cerebrospinalflüssigkeit, die gelegentliche Verbindung mit Pupillenstarre, ferner die Gefäßinfiltration, das Übergreifen der Entzündung auf die Hirnrinde. Auch das hier und da beobachtete Auftreten bei mehreren Geschwistern und neben anderen syphilitischen Erkrankungen oder Frühgeburten in der Familie würde im gleichen Sinne zu deuten sein, endlich die Häufigkeit des Leidens bei nachweisbar erbsyphilitischen Kindern sowie die öfters erprobte Wirksamkeit antisyphilitischer Behandlung. Hochsinger beobachtete bei 362 erbsyphilitischen Säuglingen 35 mal Hydrocephalus; Hodenfeld fand in 10% der Fälle von angeborenem Hydrocephalus Lues. Elsner konnte bei 0,6—1,4% der Kinder überhaupt, aber bei 16,6% der hydrocephalischen die Anzeichen einer Lues feststellen. Man darf wohl vermuten, daß vorzugsweise die schleichend und in Schüben fortschreitenden Formen des Hydrocephalus syphilitischen Ursprungs sind, während die akuten, mit Fieber einsetzenden und rasch zum Tode führenden oder ausheilenden Fälle durch andersartige Infektionen verursacht werden. Einem ähnlichen Unterschiede werden wir später bei der Encephalitis begegnen. —

Ganz kurz haben wir an dieser Stelle noch der eigentümlichen Verbindung von Schädelverbildungen mit Sehnervenschädigung[1]) zu gedenken, die freilich gewöhnlich die geistige Entwicklung nicht oder doch nicht wesentlich zu beeinträchtigen pflegt. In der Regel handelt es sich um Turmschädel mit verringertem Breiten- und meist auch Längsdurchmesser, bisweilen auch um Sattelköpfe mit stark aufstrebender Stirn, wie auf der Fig. 360. Nach Virchows Auffassung soll jene Schädelform durch vorzeitige Verwachsung der Scheitelbeine mit Hinterhauptsbein und Schläfenbeinen zustandekommen; dadurch wird eine ausgleichende Entwicklung nach vorn und oben bedingt. Die Augenhöhlendächer rücken herab und drängen die Augen nach abwärts und vorn. Ich

[1]) Enslin, Archiv f. Ophthalmol. LVIII, 151.

glaube aber auch einen von mir beobachteten Fall von angeborener Mikrophthalmie mit Turmschädel hierherrechnen zu dürfen; das Kind war allerdings idiotisch und zeigte rhythmische Bewegungen. In der Regel scheint das Leiden in jungen Jahren mit Stauungspapille zu beginnen, führt aber nicht immer zu völliger Erblindung. Wodurch die Schädelmißbildung und die Sehnervenerkrankung verursacht wird, ist völlig dunkel. Da das Gehirn selbst offenbar kaum in Mitleidenschaft gezogen wird, handelt es sich wohl um Krankheitsvorgänge, die lediglich den Knochen oder höchstens noch die Hirnhäute betreffen. Einige Male fand man den Sehnerven in ein zu enges Foramen opticum eingeklemmt; es ist jedoch sehr zweifelhaft, ob darin die Ursache der Erblindung zu suchen ist, und in welcher Beziehung dieser Befund zu der Schädelverbildung steht. Der abgebildete 11jährige Knabe war völlig blind, aber trotz seines blöden Aussehens von leidlicher Verstandesbegabung, freundlich, fleißig und lenksam. —



Fig. 350. Sattelkopf mit Sehnervenschwund.

Wahrscheinlich eine der häufigsten Ursachen schwerer oligophrener Verkümmerungen sind encephalitische Erkrankungen[1]). Sie bedingen ausgebreitete, seltener mehr umschriebene Zerstörungen des Hirngewebes, deren Wirkungen sich einmal in einer Beeinträchtigung der geistigen Leistungen, weiterhin aber in

[1]) Freud und Rie, Klinische Studien über die halbseitige Cerebrallähmung der Kinder. 1891; Köppen, Archiv f. Psych. XXX, 896; Sachs, Die Hirnlähmungen der Kinder, Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge, neue Folge 46—47; König, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. XI, 230; XIX, 63; XX, 455; Allg. Zeitschr. f. Psych. LXI, 133; Freud, Nothnagels Handbuch der inneren Medizin IX, 3. 1901; Breitmann, Russische medizinische Rundschau 1905, 5 (Literatur); Fuchs, Jahrb. f. Psych. XIX, 106; Wachsmuth, Archiv f. Psych. XXXIV, 787; Vogt, Handbuch der Neurologie von Lewandowski III, 2, 229; ebenda 277; Oppenheim und Cassirer, Die Encephalitis, 2. Auflage. 1907 (Literatur); Zappert, Handbuch der Kinderheilkunde von Pfaundler und Schlossmann, 2. Auflage. 1910.

mannigfaltigen Herderscheinungen geltend machen können. Die besondere Gestaltung des klinischen Bildes hängt dabei natürlich von dem Sitze und der Ausdehnung des Krankheitsvorganges ab. Daher kann der Verstand ganz ungestört bleiben, wenn eng umgrenzte Herde die Rinde gar nicht oder nur sehr wenig in Mitleidenschaft gezogen haben. Andererseits kann aber auch ein erheblicher Schwachsinn ohne nachweisbare örtliche Ausfallserscheinungen erzeugt werden, sobald die Zerstörung nur „stumme" Rindengebiete erfaßt hat. Dennoch wird man im allgemeinen die Verbindung einer mehr oder weniger hochgradigen geistigen Schwäche mit den Zeichen herdartig umgrenzter Krankheitsvorgänge als kennzeichnend für die Encephalitisformen ansehen dürfen. Auch wenn jene letzteren nicht dauernd nachweisbar sind, werden doch die Zeichen der Hirnreizung wenigstens zeitweise niemals vermißt werden.



Fig. 361.
Cerebrale Kinderlähmung.

Unter den Herderscheinungen stehen in erster Linie die Lähmungen; ein großer, wenn nicht der größte Teil der „cerebralen Kinderlähmungen" gehört hierher. Am häufigsten sind Hemiplegien, die etwas mehr die rechte Seite bevorzugen, dann Diplegien und Paraplegien, seltener enger umschriebene Lähmungen. Sachs, der 225 Fälle von Hirnlähmungen der Kinder zusammenstellt, fand 156 Hemiplegien, davon 81 rechtsseitige, ferner 39 Diplegien und 30 Paraplegien. Wachsmuth, der unter 185 Idioten 22 (11,9%) mit cerebraler Kinderlähmung beobachtete, sah darunter nur 2 Diplegien, aber je 10 rechts- und linksseitige Hemiplegien. Augenmuskellähmungen sind selten. Eine Hemiplegie mit Beugekontraktur der Hand bei einem 14jährigen, im 3. Lebensjahre erkrankten idiotischen Mädchen stellt die von den Kollegen Lehmann und Dehio stammende Fig. 361 dar, eine Diplegie die Fig. 362. Das Gesicht ist an der Lähmung nach Königs Angaben in 52%,

nach Freud in 66% der Fälle beteiligt. Der Grad der Lähmung kann alle Abstufungen von völliger Unbeweglichkeit zu leichter Schwäche darbieten; die Arme pflegen stärker beeinträchtigt zu sein, als die Beine. Bisweilen deuten nur noch leichte Spasmen, eine halbseitige Reflexsteigerung oder eine Fazialisdifferenz die längst verschwundene Lähmung an. Eine ähnliche Bedeutung haben, wie König betont, choreatische und athetotische Erscheinungen; auch die einfache Linkshändigkeit darf wohl bisweilen als letztes Zeichen einer überwundenen rechtsseitigen Lähmung aufgefaßt werden. Im Beginne ist die Lähmung meist schlaff; es kann auch dauernd Hypotonie mit Gelenkschlaffheit und Herabsetzung oder Fehlen der Kniesehnenreflexe bestehen. Gewöhnlich aber stellen sich späterhin Spannungen ein, selbst bis zur unlösbaren Kontraktur. Sachs fand letztere bei 75% seiner kindlichen Hirnlähmungen; König sah unter 38 Hemiplegien 27, unter 12 Paraplegien 8 spastische Formen. Die Sehnenreflexe sind dabei häufig auch auf der nicht gelähmten Seite gesteigert; ferner findet sich öfters Fußklonus und Babinskis Reflex. Starke, dauernde Kontrakturen führen in der Regel auch zu Gelenkveränderungen und Subluxationen, wie es auf der Fig. 362 erkennbar ist. Manchmal treten die Spannungen erst bei Bewegungsversuchen stärker hervor („Intentionsspasmen").



Fig. 362. Cerebrale Diplegie.

Die Herrschaft der Kranken über ihre Glieder ist auch dort, wo keine stärkeren Lähmungen vorhanden sind, meist recht unvollkommen. Hypotonie oder Steifigkeit der Muskeln, auch Zittern können dabei eine Rolle spielen. Ihre Bewegungen sind ungeschickt,

plump, ohne Anmut, oft auch unsicher und ataktisch. Das Stehen und Gehen wird spät und unvollkommen erlernt; die Sprache bleibt undeutlich und stammelnd. Willensantriebe führen nicht selten zu Mitbewegungen, namentlich in dem gelähmten Gliede der anderen Seite, auch wohl darüber hinaus; Sachs beobachtete sie bei 156 Hemiplegien 26 mal, bei 39 Diplegien nur einmal. König[1]) unterscheidet gleichartige und ungleichartige Mitbewegungen des entsprechenden Gliedes der anderen Seite, dann „atypische", andersartige und reflektorische, durch einen äußeren Reiz ausgelöste Formen. Unter 46 gelähmten Idioten sah er nur 15%, unter 38 nicht gelähmten 34% ohne Mitbewegungen; reflektorische Formen fehlten im letzteren Falle. Noch häufiger sind Zuckungen oder unwillkürliche Bewegungen in den gelähmten Gliedern, nach Fuchs in 42% der Fälle, meist athetotischer, seltener choreatischer Art. Erstere wurden von Sachs bei den Hemiplegien 28 mal, bei den Diplegien 5 mal, letztere 8- bzw. 2 mal festgestellt; Wachsmuth fand sie bei 22 gelähmten Idioten 4- bzw. 2 mal. Gelegentlich wird Nystagmus beobachtet.

Eine besonders häufige Begleiterscheinung encephalitischer Erkrankungen bilden epileptische Krämpfe. Sachs gibt ihre Häufigkeit bei Hemiplegien auf 50% an; Osler beobachtete sie 35 mal in 120 Fällen, Wallenberg in 40%, Fuchs in 44%, Gowers in zwei Drittel der Fälle. Am häufigsten, nach Fuchs in 40% der Fälle, stellen sich die Anfälle annähernd gleichzeitig mit der Lähmung ein, meist als Einleitung des ganzen Leidens, oder sie entwickeln sich im Laufe der nächsten Jahre. Hier und da jedoch beginnen sie erst viel später, selbst nach Jahrzehnten. Sie können auch in der Jugend vorhanden sein, um später wieder zu verschwinden. Bourneville gibt sogar an, daß die Epilepsie bei Idioten zwischen dem 40.—50. Lebensjahre regelmäßig zu erlöschen pflege. Die Anfälle betreffen öfters die gelähmte Seite allein oder doch früher oder stärker, breiten sich aber gewöhnlich mehr und mehr auch auf die andere Seite aus, so daß sie dann völlig epileptischen Anfällen gleichen. Allerdings sollen sie sich nach Wuillamiers Angabe durch Seltenheit des Zungenbisses und des Nässens sowie durch die Plötzlichkeit des Erwachens unterscheiden. Unvollständige Anfälle ohne Bewußt-

[1]) König, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. IX, 373.

seinsverlust kommen vor; dagegen fehlt das Gedankenvergehen und die Dämmerzustände. Die Anfälle pflegen nicht übermäßig häufig zu sein, treten etwa 1—4 mal im Monate oder noch seltener auf; sie können sich aber statusartig häufen und zum Tode führen.

Die Hautempfindlichkeit bietet meist keine auffallenderen Abweichungen dar; dagegen beobachtet man öfters stereognostische Störungen. König fand unter 55 Fällen 7 mal Hypalgesie, 1 mal Analgesie, 1 mal Hemihypalgesie und 4 mal Hyperalgesie. Die Hautreflexe sind bisweilen herabgesetzt oder gesteigert. Hier und da läßt sich Hemianopsie nachweisen, nach den Angaben von Sachs 8 mal unter 225 Fällen. Wo über Sehnervenschwund berichtet wird, dürfte es sich schwerlich um einfache encephalitische Erkrankungen handeln. Aphasie sah Sachs bei seinen Kranken 20 mal, darunter bemerkenswerterweise 8 mal in Verbindung mit linksseitiger Hemiplegie; es scheint demnach, daß die Anknüpfung der Sprachleistungen an die linke Hirnhalbkugel in der Kindheit, vor dem Erlernen des Schreibens, lockerer ist. Damit stimmt die Erfahrung überein, daß sich die Aphasie bei Kindern auffallend rasch zu bessern pflegt.

Sehr verbreitet sind Wachstumsstörungen, namentlich an den gelähmten Gliedern; sie können aber auch als einziges Zeichen einer verschwundenen Lähmung zurückbleiben. Gewöhnlich sind die ganzen Knochen verkürzt oder schmächtiger, seltener nur einzelne Abschnitte; bei einem meiner Kranken war der rechte Arm 5 cm kürzer, als der linke. Auch das Schulterblatt kann mitbetroffen sein, während Hand und Fuß öfters weniger stark beteiligt sind. Die Muskeln sind dünn, unentwickelt; es besteht aber keine Entartungsreaktion. Die Haut ist kühl, oft cyanotisch. Frühzeitiges Auftreten der Lähmung begünstigt diese Veränderungen; König gibt an, daß 61.5% seiner Kranken mit Wachstumsstörungen vor Ablauf des ersten Lebensjahres erkrankt waren. Eine Ausnahme machen die Fälle mit ausgiebigen Eigenbewegungen, namentlich Athetose, und mit wechselnden Spasmen; hier können die immerfort arbeitenden Muskeln sogar übermäßig entwickelt sein.

Der geistige Zustand der Kranken kann, offenbar der verschiedenen Ausdehnung und dem wechselnden Sitze des Krankheitsvorganges entsprechend, alle Abstufungen von durchaus normalem Verhalten bis zur tiefsten Idiotie darbieten. Sachs berichtet, daß

er schwere Idiotie bei 13% der Hemiplegien, 33% der Diplegien und bei 60% der Paraplegien beobachten konnte. Unter meinen Kranken, die allerdings naturgemäß eine ungünstige Auslese bilden, überwogen etwas die idiotischen Formen. Sie faßten schlecht auf, waren schwer zu fixieren, ablenkbar, erkannten höchstens die alltäglichsten Gegenstände oder Bilder, verstanden Sprache und Gebärden sehr mangelhaft, vermochten nur die einfachsten Aufforderungen zu befolgen. Die Merkfähigkeit war gering; die Kranken vergaßen sehr rasch, waren außerstande, sich Kenntnisse anzueignen, lernten zählen, rechnen, lesen oder gar schreiben höchstens in den dürftigsten Anfängen, kannten weder Zeitrechnung noch Uhr, Farben oder Münzen, zeigten eine große Gedankenarmut. Die Sprache war unentwickelt, polternd, unartikuliert, von Flickwörtern durchsetzt, agrammatisch, bewegte sich öfters in wenigen, unsinnigen Wendungen; einzelne Kranke blieben lange Zeit hörstumm. Beim Sprechen wie bei der Ausführung von Aufträgen fiel bisweilen deutliches Haften auf. Andere Kranke waren fähig, die Schule zu besuchen, lernten schlecht, erwarben sich aber einige praktische Fähigkeiten. Mehrere zeigten Neigung zur Musik.

Auf gemütlichem Gebiete wurde bei den schwereren Formen neben stumpfer Teilnahmlosigkeit häufig große Reizbarkeit beobachtet, die sich in sinnlosem Schreien, Strampeln mit den Füßen, Selbstmißhandlungen und Gewalttätigkeit entlud; hier und da stellte sich auch grinsendes Lachen ein. Bedrohungen, Nadelstiche, unangenehme Geschmacks- oder Geruchsreize pflegten wenig Eindruck zu machen, ebenso erzieherische Einwirkungen. Mit leichterem Schwachsinn verband sich in der Regel ein kindlich zutunliches Wesen mit vorwiegend heiterer Stimmung und gelegentlichen Heftigkeitsausbrüchen. Im Benehmen machte sich häufig große Unruhe bemerkbar. Die Kranken waren außerstande zu spielen oder sich zu beschäftigen; sie konnten nicht stillsitzen, liefen herum, griffen alles an, warfen auf den Boden, zerstörten triebartig, drehten Knöpfe ab, zerrissen Papier, um es herumzustreuen, steckten alles mögliche in den Mund, verschluckten Steine und sogar den eigenen Kot, bissen Stücke aus Gläsern, sogen an den Händen, steckten den Finger in die Nase. Dazwischen schoben sich allerlei absonderliche Gebärden, schrilles Pfeifen, grelles Aufschreien und Quieken, Brummen, Heulen, Händeklatschen, militärisches

Grüßen, Gesichterschneiden, Gliederverrenkungen, Kopfnicken, Kniebeugen, Gehen auf den Zehen, Sichherumdrehen. Die Bewegungen waren eigentümlich ungeordnet, ruckartig, abgehackt, linkisch. Öfters wurden auch die früher beschriebenen taktmäßigen Bewegungen beobachtet, Pendeln mit den Gliedern, Schlenkern, Schütteln mit dem Kopfe, Wippen, Reiben, Hüpfen, Wiegen. Viele Kranke lernen es nicht, sich rein zu halten. Manche sind rücksichtslos gewalttätig. Ein Kranker biß seine Mutter in den Arm; ein anderer ging auf sie mit dem Hackmesser los. Ein 6jähriger Knabe tötete ohne Anlaß ein 2jähriges Mädchen und hieb ihm die rechte Hand und das rechte Ohr ab; später stieß er noch einen 6jährigen Spielgenossen in den Fluß.

Bei leichterem Schwachsinn zeigt sich öfters zappeliges Wesen, Neigung zum Schulschwänzen, Herumstreunen, Faxenmachen. Manche Kranke sind zu einfacher Arbeit ganz gut brauchbar; andere geraten ins Trinken. Die geschlechtlichen Regungen führen weibliche Kranke zu wahllosem Geschlechtsverkehr, männliche zu Angriffen auf Kinder. Ein 15jähriger Junge betastete die Genitalien von kleinen Knaben und Mädchen; er meinte: „da kommt mir auf einmal die Versuchung, und dann mache ich es".

Das große Gebiet der encephalitischen Erkrankungen zerfällt nach Entwicklung, Verlauf und höchstwahrscheinlich auch Entstehungsgeschichte mindestens in zwei Hauptabschnitte, deren Grenzen allerdings für den einzelnen Fall heute nicht immer sicher zu ziehen sind. In einer ersten, nach den Angaben von Fuchs größeren Gruppe setzt das Leiden akut ein. Bei den bis dahin normal entwickelten Kindern tritt plötzlich Fieber mit den Anzeichen einer schweren Hirnerkrankung auf, Bewußtseinstrübung, Delirien und namentlich immer wiederholten Krämpfen, bald allgemeiner, bald mehr umgrenzter Art. Dazu können sich Sprach- und Schluckstörungen, Strabismus, Aphasie gesellen; vor allem aber stellen sich Lähmungen oder Paresen ein, meist halbseitig, seltener doppelseitig. Nach einigen Tagen oder Wochen treten die stürmischen Erscheinungen allmählich zurück, doch muß man, wie es scheint, noch längere Zeit mit Nachschüben der Krankheit rechnen, die neuerliche Verschlechterungen mit sich bringen. Zunächst zeigt sich nun in der Regel ein entschiedener, unter Umständen sehr einschneidender geistiger Rückgang, begleitet von den mehr oder

weniger ausgesprochenen Anzeichen einer Herderkrankung. Alle diese Störungen können sich jedoch im Laufe der nächsten Monate nach und nach bis auf geringe Reste oder sogar völlig zurückbilden. Ich sah ein zehnjähriges, dann von Knauer beschriebenes Mädchen, das nach einer außerordentlich stürmisch verlaufenden Encephalitis viele Monate hindurch tief verblödet erschien, aber nach zehnmonatiger Krankheitsdauer vollkommen genesen und ohne eine Spur von Lähmung entlassen werden konnte.

Bei anderen Kranken bleiben die Folgen der akuten Schädigung ganz oder zum Teile bestehen; sie sind dauernd gelähmt oder schwachsinnig oder beides zugleich. Jedenfalls aber erfährt ihr Zustand von einem gewissen Zeitpunkte ab, außer der natürlichen Entwicklung und den Wirkungen äußerer Einflüsse, keine wesentliche Änderung mehr, namentlich keine Verschlechterung; nur können sich, wie oben erwähnt, noch nach langen Jahren epileptische Anfälle einstellen. Der Beginn des Leidens fällt meist in die erste Lebenszeit, etwa bis zum 3. oder 4. Jahre. Sachs gibt an, daß drei Viertel der nicht angeborenen Fälle von kindlichen Hirnlähmungen in den ersten drei Lebensjahren einsetzen. Es ist aber wahrscheinlich, daß sich die gleichen Krankheitsvorgänge auch schon im Fötalleben abspielen können, so daß wir dann nur ihr Ergebnis in Form von geistigen Schwächezuständen mit oder ohne Lähmung vor uns sehen. Andererseits kommen ja encephalitische Erkrankungen auch beim Erwachsenen vor und können dort ähnliche schwere Folgen nach sich ziehen; nur tragen die klinischen Bilder dann nicht das Gepräge von geistigen Entwicklungshemmungen, sondern von Verblödungen.

Bei der zweiten großen Reihe von Fällen setzt das Leiden schleichend, höchstens einmal subakut ein. Fuchs konnte das unter 100 Fällen 25 mal feststellen. Zwar treten auch hier Krampfanfälle oder Lähmungen plötzlich auf, aber es ist doch eine Veränderung im Wesen der Kranken oft schon vorher bemerkbar gewesen, Vergeßlichkeit, Nachlassen der geistigen Leistungen, Reizbarkeit, oder es zeigten sich leichtere, vielfach wieder vorübergehende Bewegungsstörungen, Schielen, Schwäche einer Seite, Zittern, Zuckungen. Die akuten Schübe verlaufen nicht sehr stürmisch, ohne hohe und andauernde Temperatursteigerung, aber sie wiederholen sich mit kürzeren oder längeren Zwischenpausen öfters, selbst nach Jahren.

Obgleich häufig Schwankungen des körperlichen Zustandes vorkommen, pflegt doch der Verlauf im ganzen längere Zeit fortzuschreiten; man muß immer auf neuerliche Verschlimmerungen gefaßt sein. Auch hier kann das Leiden sicherlich schon vor der Geburt beginnen, ist verhältnismäßig häufig in den ersten Lebensjahren, läßt sich aber fernerhin nicht von Erkrankungen abgrenzen, die wir in ganz ähnlicher Weise bei Erwachsenen beobachten.

Diesen hier nur in den gröbsten Umrissen angedeuteten Unterschieden im einzelnen nachzugehen, wird Aufgabe weiterer Forschung sein. Mir ist es jedoch schon heute in hohem Grade wahrscheinlich, daß sich in ihnen die ganz verschiedene Verursachung der Erkrankungen ausdrückt. Die erste Gruppe von Fällen, die akute Encephalitis, wird lediglich durch akute Infektionen hervorgerufen. Freud gibt an, daß diese Verursachung etwa bei einem Drittel der erworbenen Fälle zutreffe. Die Art der Krankheitserreger kann dabei sehr verschieden sein. In Betracht kommen vor allem die verbreiteten Infektionskrankheiten der Kinder, Scharlach, Masern, Influenza, Angina, Keuchhusten, Pocken, Mumps, Diphtherie, dann Typhus, Gelenkrheumatismus, Endokarditis, Dysenterie, Intermittens, Pneumonie und wohl noch manche andere Infektion durch entzündungerregende Mikroorganismen; in dem oben angeführten, geheilten Falle ging die Blutvergiftung von einem Fliegenstiche aus, der zunächst starke Schwellungen an Stirn und Arm bewirkte. Weiterhin kann eine „cerebrale Kinderlähmung", wie Strümpell dargetan hat, auch durch denselben Krankheitserreger hervorgerufen werden, der die spinale Form verursacht; sie tritt dann gelegentlich mit dieser zusammen, auch in epidemischer Häufung auf, meist in den ersten Lebensjahren.

Aus welchen klinischen Bestandteilen sich die zweite Gruppe mit langsam oder schubweise fortschreitendem Verlaufe zusammensetzt, läßt sich zurzeit noch nicht überblicken. Mir ist es jedoch nicht zweifelhaft, daß die Hauptmasse der Fälle syphilitischen Ursprungs ist, wenn sich auch der sichere Beweis für diese Auffassung noch nicht überall erbringen läßt. Es gibt indessen wahrscheinlich noch einige andere, jedoch erheblich seltenere chronische Encephalitisformen.

Als anatomische Grundlage der kindlichen Hirnlähmungen stellte Sachs unter 105 Fällen fest: Cysten 59 mal, Porencephalie

6 mal, Hämorrhagie 23 mal, Thrombose 5 mal, Embolie 7 mal, Agenesie 1 mal, Tuberkel 1 mal. Leider geben diese Befunde, mit Ausnahme des letzten und allenfalls auch des vorletzten, keinen Aufschluß über die Art des sich abspielenden Krankheitsvorganges, doch wird man bei den Blutungen und Gefäßverstopfungen wohl in erster Linie an Lues denken müssen, obgleich Sachs angibt, daß er unter 83 Fällen von Hemiplegie nur 2 mal Erbsyphilis habe nachweisen können. Auch Wachsmuth hält die Lues hier für sehr selten; heute würden wir sicherlich zu einem ganz anderen Ergebnisse kommen.

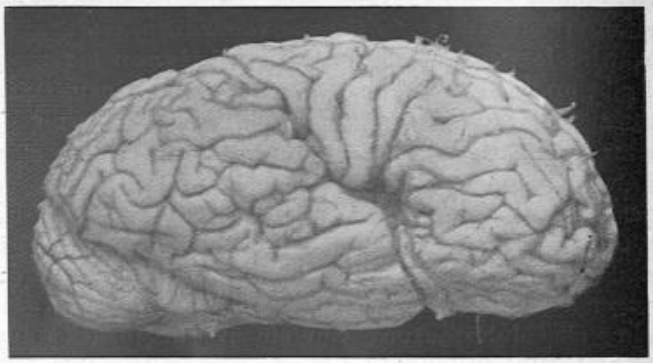


Fig. 363. Porencephalie.

Eine genauere Vorstellung von den Zerstörungen, die durch encephalitische Erkrankungen bewirkt werden können, mögen die folgenden, von Alzheimer zusammengestellten Abbildungen geben. Die Fig. 363 zeigt eine porencephalische Lücke in der Hirnrinde, die, wie gewöhnlich, in dem Gebiete der Fossa Sylvii liegt. Vielfach sind die Herde doppelseitig; bisweilen reichen sie bis in den Ventrikel hinein. Die Anordnung der Windungen erweist sich durch den Porus beeinflußt; sie sind zum Teil strahlenförmig auf ihn gerichtet, einige an seinem Rande etwas verkümmert. Die Porencephalie kann indessen auch noch durch Blutungen oder Gefäßverschluß entstehen, die allerdings öfters wieder Begleiterscheinungen gewisser (syphilitischer) Encephalitisformen sein werden. Auch Traumen vor oder während der Geburt können sie wohl herbeiführen, doch werden größere Blutungen in das Hirngewebe vorwiegend bei schon

bestehenden Gefäßerkrankungen eintreten. Der klinische Ausdruck der Porencephalie war in 28 von Kundrat[1]) zusammengestellten Fällen 18 mal Idiotie. Pellizzi schildert die Porencephalen als ablenkbar, gedankenarm, urteilslos, neugierig, reizbar, unverträglich, störrisch, respektlos, spielerisch. Scharling gibt an, daß 48% der Kranken tiefstehende Idioten, 68% Hemiplegiker sind. Meist erreichen sie kein hohes Alter.

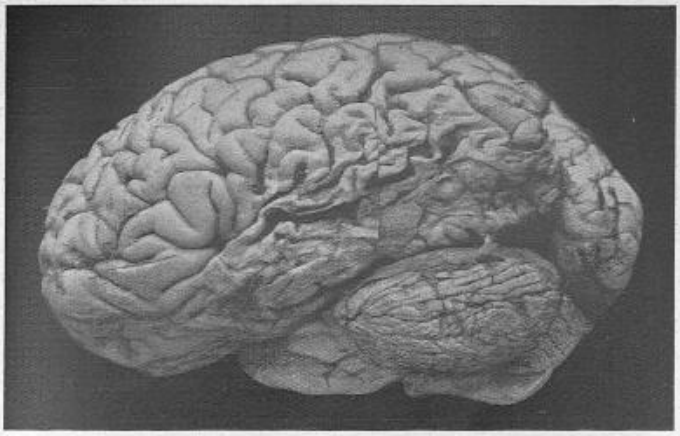


Fig. 364. Encephalitis.

Sehr ausgedehntere Zerstörungen bietet Fig. 364 dar. Hier ist der ganze linke Schläfenlappen durch eine „lobäre Encephalitis" in ein Gewirr schmaler, kammartiger, vielfach gänzlich zerstörter Windungen umgewandelt. Noch weiter ausgebreitet, wenn auch weniger eingreifend, sind die Veränderungen in Fig. 365, bei der wir es mit einer Encephalitis der ganzen rechten Hemisphäre zu tun haben. Alle Windungen sind hier stark verschmälert, die Furchen verbreitert, und die ganze Hirnhalbkugel ist so erheblich geschrumpft, daß sie die unbeteiligte Kleinhirnhälfte nicht mehr bedeckt. Auf der Fig. 366 endlich erkennen wir an beiden Hinterhauptspolen eine Gruppe verkleinerter, geschrumpfter

[1]) Kundrat, Porencephalie. 1882.

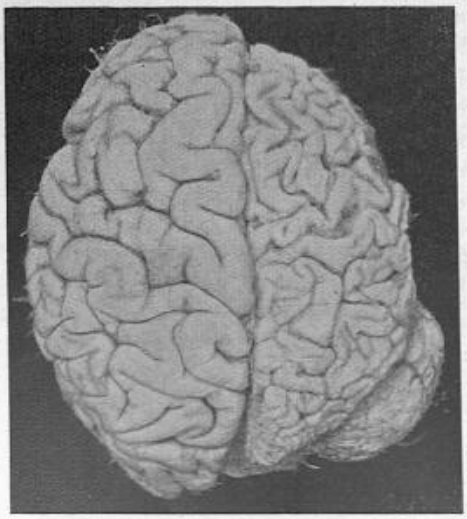


Fig. 365. Encephalitis einer Hirnhälfte.

„mikrogyrischer" Windungen. Sie sind nicht unmittelbar erkrankt, sondern durch Herde im Mark in Mitleidenschaft gezogen und unentwickelt geblieben.

Ein Bild von der akuten encephalitischen Entzündung gibt Fig. 367. Hier fällt zunächst die ungeheure Vermehrung der Gliakerne auf, die das normale Schichtungsbild der Hirnrinde völlig verwischen. Die Nervenzellen sind dazwischen kaum zu erkennen; sie weisen bei der Encephalitis mannigfache akute Veränderungen, späterhin auch Schrumpfungen auf. Sehr stark treten überall die Gefäße hervor. In den Gefäßscheiden findet sich eine spärliche Infiltration von Lymphocyten und Plasmazellen; vor allem aber wu-

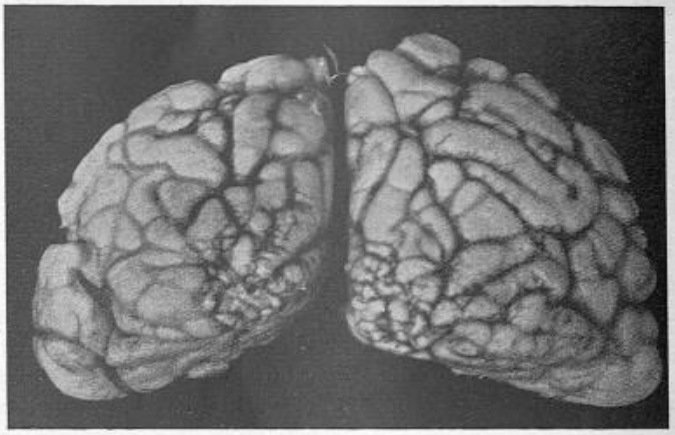


Fig. 366. Mikrogyrie bei subcorticaler Encephalitis.

chern in stärkstem Maße die Gefäßwandzellen selbst, um zum Teil Abraumzellen (Gitterzellen) zu bilden, die Zerfallstoffe in sich aufnehmen, zum Teil als Fibroblasten in die Umgebung hineinzuwachsen und mit der Glia zusammen das Gerüst für eine halb bindegewebige, halb gliöse Narbe abzugeben. In großer Zahl ent-

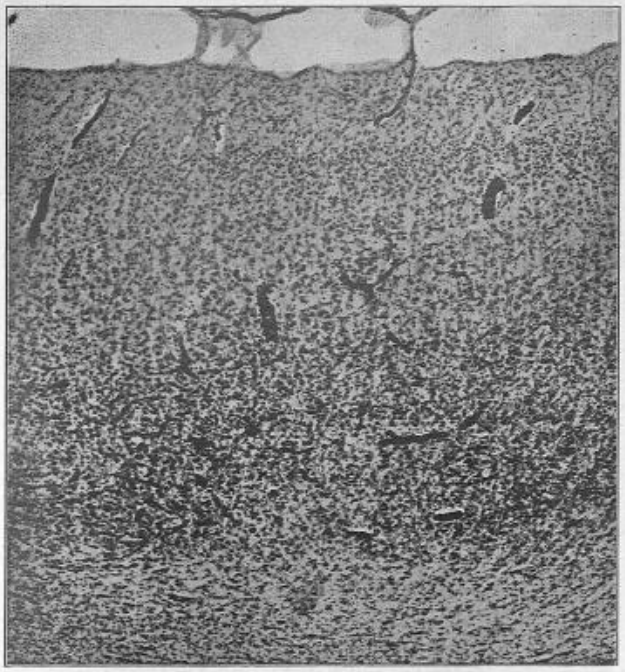


Fig. 367. Akute Encephalitis.

wickeln sich auch Stäbchenzellen bindegewebiger Herkunft aus der Gefäßwand. Alle diese Veränderungen sind am stärksten in den tieferen Rindenschichten ausgesprochen, wo der Krankheitsvorgang seinen Ausgang zu nehmen pflegt. In Fig. 368 sieht man als Ausgang einer Encephalitis die Umwandlung der tieferen Rindenschichten in ein schwammiges, aus Gefäßen und Bindegewebs-

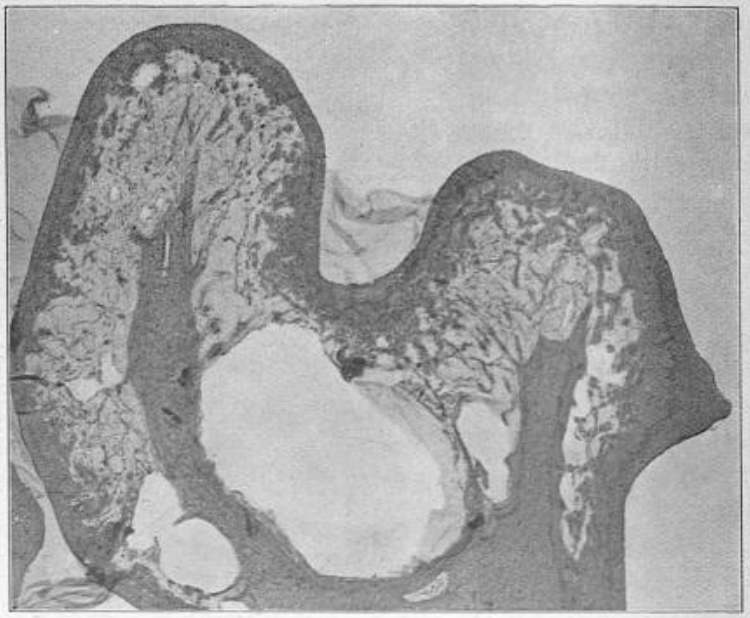


Fig. 368. Encephalitisches Narbengewebe mit Cystenbildung.

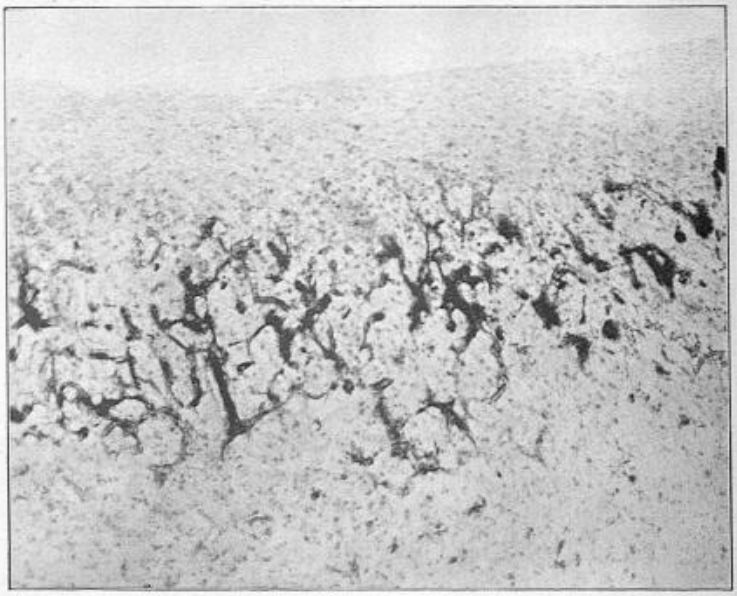


Fig. 369. Encephalitisches Narbengewebe mit Gefäßwucherungen.

wucherungen bestehendes Gewebe, in den oberen Schichten einen dichten Gliafilz. Wo das Bindegewebe zugrunde gegangen oder nicht zur Ausbildung gelangt ist, finden sich größere oder kleinere Lymphcysten. Die Markfaserstrahlung ist erhalten. Ähnliches zeigt bei stärkerer Vergrößerung die Fig. 369, in der das Bindegewebe elektiv gefärbt erscheint. Man sieht hier, vorzugsweise in den tieferen Rindenschichten, nicht nur die Gefäße von mächtigen Bindegewebsbündeln umgeben, sondern letztere auch nach allen Richtungen hin in das umgebende Gewebe hineinwuchern. Dazwischen und ebenso darüber und darunter finden sich narbige Gliawucherungen, in denen kaum noch nervöse Gewebsbestandteile erhalten sind.

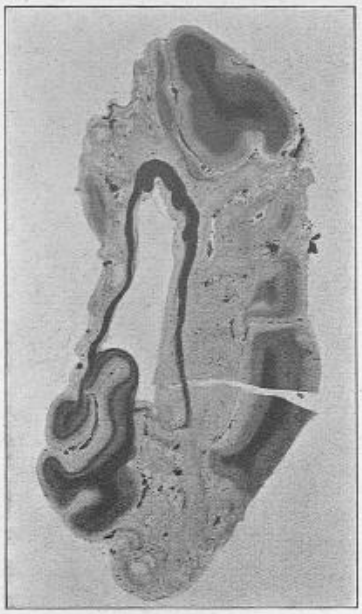


Fig. 370.
Encephalitische Zerstörungen.

Die Verteilung der encephalitischen Herde läßt die Fig. 370 erkennen, die einen Frontalschnitt durch das in Fig. 364 abgebildete Hirn darstellt. Man sieht, wie hier noch die Calcarinawindung mit der Sehstrahlung, ferner das Scheitelläppchen und geringe Reste von Schläfenwindungen erhalten sind, während alle übrigen getroffenen Rindengebiete in der geschilderten Weise verödet sind; auch das zugehörige Mark ist in größter Ausdehnung zugrunde gegangen. Gegenüber dieser, bei weitem häufigsten Form der Encephalitis, die ein größeres, zusammenhängendes Rindengebiet zerstört, ist in Fig. 371 ein Fall mit zerstreut gelegenen Herden wiedergegeben. Auf diesem Frontalschnitte erscheint der Streifenhügel durch einen halbkreisförmigen Herd im Marke fast ganz aus seinen Verbindungen losgelöst. Außerdem finden sich an verschiedenen Stellen im Mark, zum Teil auch in der Rinde, kleinere Herde, die offenbar mit den Gefäßen in Beziehung stehen. Es handelt sich um

alte Entzündungsgebiete, die in bindegewebige, von einem Gliawalle umgebene Narben umgewandelt sind. Die äußere Form des Gehirns ist dabei nicht merklich verändert. Da die Herde sich auf beide Seiten verteilen, kommt es leicht zu diplegischen Lähmungen. Die Verstandesleistungen brauchen dabei nicht geschädigt zu sein.

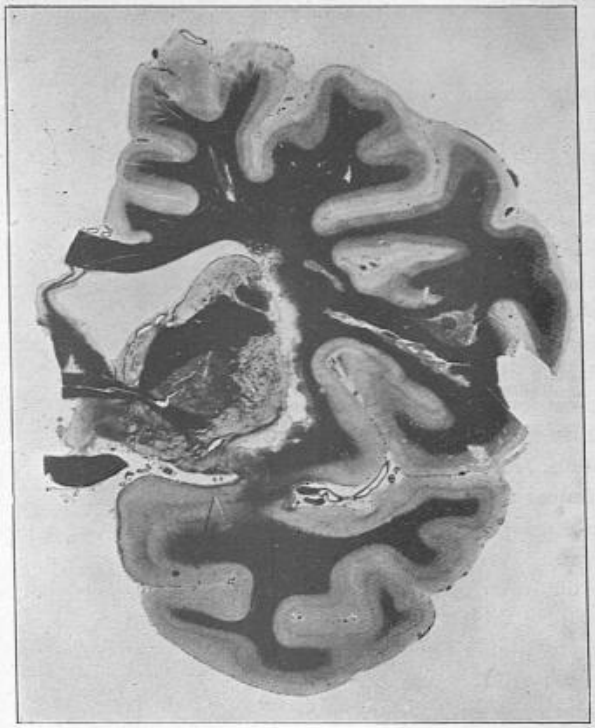


Fig. 371. Zerstreute encephalitische Herde.

Wieder einen anderen Sitz der Erkrankung finden wir in Fig. 372, einem Schnitte durch die mikrogyrische Gegend der Fig. 366. Hier ist, wie schon erwähnt, das den verkümmerten Windungen zugehörige Mark zugrunde gegangen, während die nicht selbst erkrankte, sondern nur mittelbar beteiligte Rinde zwar stark verschmälert, zellarm und ohne Markstrahlung, aber sonst in ihren Grundzügen erhalten ist. Das lehrt der Durchschnitt in Fig. 373, auf dem man erkennt,

daß nicht nur eine Markleiste erhalten ist, sondern daß auch die ganze Rinde, namentlich in ihren oberen Schichten, einen ungewöhnlichen Faserreichtum aufweist. Dieser Befund tut dar, daß wir es nicht mit einer Verödung, sondern mit einem unentwickelten Zustande der Hirnrinde zu tun haben. Man darf daher annehmen, daß der Krankheitsvorgang schon in der Fötalzeit eingesetzt und die Reifung der Rinde verhindert hat.

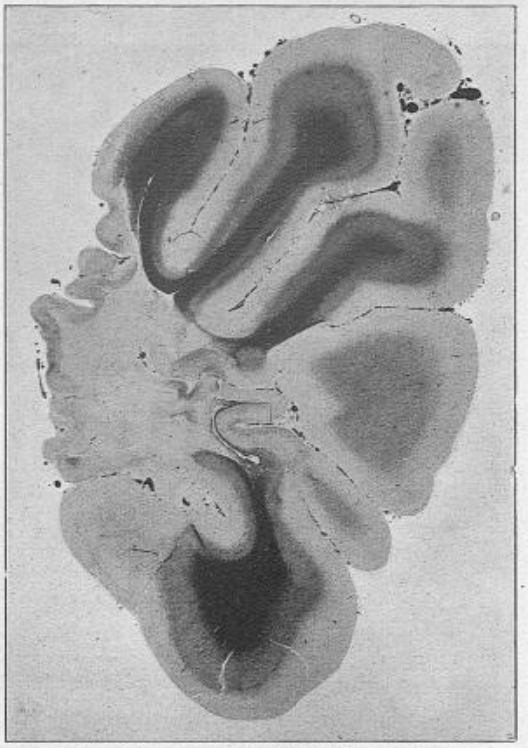


Fig. 372. Encephalitis mit Mikrogyrie.

Wie demnach das Eingreifen encephalitischer Erkrankungen die Entwicklung des Hirns schädigend beeinflussen kann, führt die durch sie bewirkte Zerstörung vielfach auch zum sekundären Untergange abhängiger Teile des Hirns und Rückenmarks. Endlich aber wird auch hier durch die Änderung der Wachstumsbedingungen nicht selten eine stärkere Entfaltung verschonter Hirnabschnitte eintreten können, namentlich wenn deren Leistungen den Ausfall zu ersetzen geeignet sind. —

Es kann nicht bezweifelt werden, daß es noch eine ganze Reihe von Krankheitsvorgängen gibt, die imstande sind, kindliche Schwachsinnsformen zu erzeugen. Recht häufig weist uns, wie schon vielfach erwähnt, der Leichenbefund auf das Bestehen von Gefäßerkrankungen hin. Porencephalische oder sklerotische Herde entsprechen be-

stimmten Gefäßbezirken; es finden sich die Anzeichen alter Blutungen oder Gefäßverstopfungen, dann wieder Gefäßneubildungen, Wucherung der Gefäßwandzellen, Infiltration mit Entzündungszellen, Rückbildungsvorgänge. Zum Teil handelt es sich hier um Begleiterscheinungen meningoencephalitischer Erkrankungen, zum Teil wohl um Folgezustände andersartiger Krankheitsvorgänge, wie bei der tuberösen Sklerose. Außerdem aber gibt es auch selbständige Gefäßerkrankungen, die allerdings wohl in der Hauptsache syphilitischen Ursprungs sein dürften.

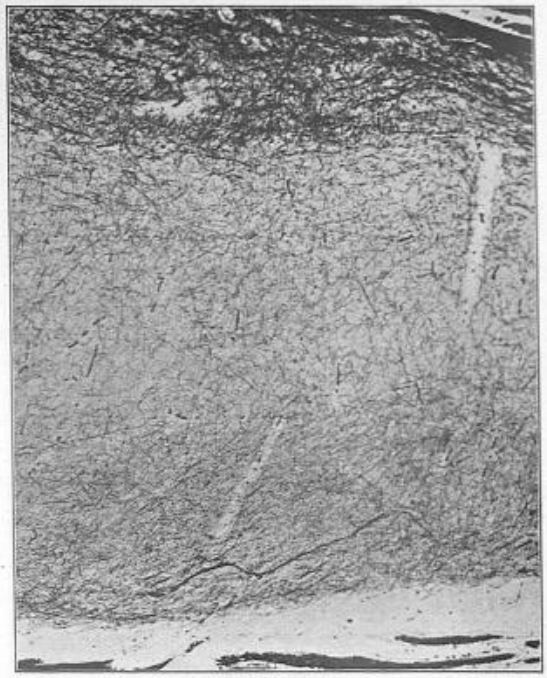


Fig. 373. Mikrogyrische Rinde.

Weiterhin werden wir wahrscheinlich mit der gelegentlichen Einwirkung von schädigenden Stoffwechselerzeugnissen auf die junge Hirnrinde zu rechnen haben, wohl nur ausnahmsweise mit denjenigen von außen eingeführter Gifte. Die große Häufigkeit von Hirnreizerscheinungen bei Kindern, besonders im Zusammenhange mit Ernährungsschwierigkeiten und Darmleiden, legt diese Vermutung nahe. In der Regel handelt es sich dabei, wie der klinische Verlauf lehrt, um rasch vorübergehende Erkrankungen; nicht ganz selten jedoch scheint sich an die Kinderkrämpfe eine dauernde Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung anzuschließen. Wenn auch in einem Teile dieser Fälle gewiß encephalitische Erkrankungen durch Infektionen

vorliegen, so wird sich doch im Hinblicke auf die Erfahrungen beim Erwachsenen und im Tierversuche die Möglichkeit nicht in Abrede stellen lassen, daß der Untergang von Rindengewebe unter Umständen durch Vergiftungen erfolgen kann. Es zeigt sich nun in der Tat, daß nicht allzu selten Hirnrinden angetroffen werden, die das Bild einer einfachen Verödung ohne jeglichen Rest entzündlicher Krankheitsvorgänge darbieten. Einen solchen Befund stellt die Figur 374 dar; auch eine Reihe der von Hammarberg abgebildeten Rinden gehören hierher. Man sieht nur noch spärliche Nervenzellen erhalten, dagegen sehr zahlreiche Gliakerne. Von einer eigentlichen Wucherung der Glia kann nicht die Rede sein; sie scheint lediglich den Ausfall an Nervengewebe auszugleichen. Die Gefäße sind nicht erkrankt. Die Veränderung erstreckt sich, wenn auch in etwas wechselnder Stärke, über die ganze Rinde. Gerade dieser Umstand, der die Annahme einer früheren, selbst weit zurückliegenden Encephalitis ziemlich unwahrscheinlich macht, scheint mir am meisten für alte Giftwirkungen zu sprechen, jedenfalls mehr, als irgendein anderer, der uns geläufig ist. Der gleiche Befund findet sich auch bei ungeborenen Früchten; es wäre ja wohl verständlich, daß ein noch unfertiges Nervengewebe gegen giftige Zer-



Fig. 374. Verödete Hirnrinde.

fallstoffe im Blute der Mutter besonders empfindlich ist. Vielleicht wird sich einmal herausstellen, daß manche einfache, angeborene Schwachsinnsformen ohne Herderscheinungen auf solche Rindenverödungen und weiterhin auf fötale Vergiftungen zurückzuführen sind. —

Aus unseren bisherigen Darlegungen geht hervor, daß schleichend sich entwickelnde, in Schüben verlaufende und fortschreitende Formen kindlichen Schwachsinns mit Herderscheinungen sehr häufig durch hydrocephalische oder encephalitische Erkrankungen verursacht werden, besonders auf syphilitischer Grundlage. Wie es scheint, können aber ganz ähnliche klinische Bilder, die wir heute noch nicht genügend abzugrenzen verstehen, auch durch Krankheitsvorgänge hervorgerufen werden, die auf ganz andere Weise den Untergang des Nervengewebes in größeren Hirnabschnitten, bisweilen auch nur in einzelnen Rindenschichten bewirken. Es kommt dann zu einer mehr oder weniger ausgedehnten „degenerativen Atrophie" mit ausgleichender Gliawucherung. Derartige Fälle, die der früher bereits besprochenen „lobären Sklerose" einzuordnen wären, sind vielleicht im Kindesalter nicht allzu selten. In der Regel macht sich nach einigen Jahren ungestörter geistiger und körperlicher Entwicklung ein Stillstand, dann ein Rückschritt bemerkbar; zugleich treten mehr und mehr diese oder jene Zeichen eines Hirnleidens hervor, Paresen, Spasmen, Gehstörungen, Verschlechterung der Sprache, namentlich aber Krampfanfälle. Vielleicht sind auch manche schon bei der Geburt vorhandene derartige Krankheitszustände hierher zu rechnen. Das Leiden pflegt langsam fortzuschreiten, kann aber auch zeitweise oder dauernd zum Stillstande kommen. Im Leben wird der Verdacht, daß man es mit einer syphilitischen Hirnerkrankung, allenfalls auch mit einem chronischen Hydrocephalus zu tun hat, schwer zu widerlegen sein; ist es doch noch zu wenig sichergestellt, wie weit uns gerade bei der Erblues das Fehlen der Wassermannschen Reaktion und der bekannten Zeichen in der Spinalflüssigkeit Schlüsse gestattet.

Ob wir es hier überhaupt mit einem einheitlichen Krankheitsvorgange zu tun haben, steht dahin. Jedenfalls gehen die Ansichten über das Wesen und die Entstehungsgeschichte der „atrophischen Sklerose" noch weit auseinander. Schmaus denkt an eine chronische interstitielle Entzündung mit Narbenbildung,

Gehry an die Druckwirkung eines Hämatoms mit anschließender Encephalitis. Die häufige, schon von Jendrassik und Marie beobachtete Beziehung der Herde zu bestimmten Gefäßbezirken legt den Gedanken an langsam fortschreitende Verlegung von Gefäßen mit folgendem Schwund des Nervengewebes nahe. Sachs und Weygandt halten die lobäre Sklerose und die Porencephalie nur für verschiedengradige Wirkungen des gleichen Krankheitsvorganges, eines Gefäßverschlusses, der je nach der Schnelligkeit, mit der die Blutzufuhr versagt, zu einem völligen Untergange des betroffenen Hirnteiles oder mit Erhaltung des widerstandsfähigeren Gliagewebes endigt. Das mag für nicht wenige Fälle zutreffen. Alzheimer nimmt an, daß es sich öfters um syphilitische Gefäßerkrankungen handle.

Ebenfalls wenig geklärt ist das Wesen der als „Hirnhypertrophie" oder „Pseudohypertrophie" des Gehirns, richtiger als „Megalencephalie" bezeichneten Fälle von diffuser Hirnsklerose. Es ist schon längst bekannt, daß sich bei geistig tiefstehenden Personen und selbst Idioten bisweilen sehr hohe Hirngewichte finden. Vogt berichtet über ein derartiges Hirn, das 1740 g wog, Volland über ein Gewicht von 1874 g; Obersteiner sah ein Gehirn, das 2028 g, Simms eines, das 2480 g und Walsem eines, das 2850 g schwer war; es gehörte einem epileptischen Idioten an. Die Gewichtszunahme wird durch eine ausgebreitete Vermehrung der Glia bewirkt; die Zahl der Nervenzellen und Fasern ist mehr oder weniger stark herabgesetzt. Volland[1]) fand auch allerlei Entwicklungsstörungen des Hirnaufbaues, große Pyramidenzellen in der Hinterhauptsrinde, in der Stirn-, Hinterhaupts- und Parazentralgegend stellenweise zahlreiche Körnerzellen, eigentümliche Zellen in der Kleinhirnrinde. Bisweilen beobachtet man Fortbestehen der Thymus, Veränderungen an anderen Blutdrüsen, Bildungshemmung der Nebennieren, Angiome. Das klinische Bild zeigt Verstandesschwäche, unter Umständen bis zur Idiotie, meist auch epileptische Anfälle, bisweilen Hirndruckerscheinungen, Benommenheit, Kopfschmerzen, und fortschreitenden Verlauf. Die übermäßige Zunahme der Glia mit dem Hirnwachstum spricht wohl dafür, daß hier keine einfache Entwicklungshemmung, sondern ein krankhafter Vorgang besteht, der allerdings schon früh in die Ausbildung des Hirngewebes

[1]) Volland, Archiv f. Psych. XLVII, 1228.

einzugreifen scheint. Auch hier muß indessen die Frage nach der Zusammengehörigkeit der verschiedenen Beobachtungen zurzeit noch offen gelassen werden.

In vereinzelten Fällen erweisen sich Geschwulstbildungen als die Ursache des jugendlichen Schwachsinns; in gewissem Sinne wäre schon die tuberöse Sklerose hierher zu rechnen. In der Mehrzahl der Fälle, nach der Zusammenstellung von Allen Starr 152 mal unter 300 Beobachtungen, handelt es sich um Tuberkel, die allerdings meist im Kleinhirn sitzen. Ich hatte Gelegenheit, im Gehirn eines Idioten eine sehr große Zahl überall verstreuter, erbsen- bis kirschgroßer, verkalkter Tuberkel aufzufinden. Auch die Geschwülste der Hypophyse, der Zirbeldrüse, ferner der Schilddrüse, der Nebennieren wären hier zu erwähnen, soweit sie den Geisteszustand beeinflussen.

Eine weitere Gruppe von meist schweren kindlichen Schwachsinnsformen ist durch ihr familiäres Auftreten gekennzeichnet; wir haben einige von ihnen, die amaurotische Idiotie und die „Aplasia axialis subcorticalis congenita", früher schon besprochen. Da es sich bei beiden um fortschreitende Leiden handelt, werden wir sie zu den Krankheitsvorgängen zu rechnen haben, obgleich offenbar die Veranlagung eine maßgebende Rolle spielt. Vereinzelt sind noch manche andere „familiäre" Krankheitsbilder beschrieben worden, in denen sich Schwachsinn mit den Zeichen gröberer Hirn- oder Rückenmarksveränderungen verbindet. Higier führt von Formen, die mit Schwachsinn einhergehen können, die familiäre cerebrale Diplegie, die familiäre Hypoplasie des Gehirns, die Kleinhirnataxie an, und er beschreibt selbst eine bei vier Schwestern beobachtete, fortschreitende spastische Paraplegie mit Nystagmus, Strabismus, Sehnervenschwund, Sprach- und Schluckstörungen, Verstandesabnahme. Ähnliche Bilder sind von Bäumlin, Malaisé und anderen beobachtet worden. Soweit bei derartigen „familiären" Erkrankungen, wie vielfach, nur Geschwister betroffen sind, wird man gut tun, vor allem die Lues nicht zu vergessen, doch gibt es wohl auch solche, die auf dem Boden erblicher Entartung entstehen.

Endlich darf kurz darauf hingewiesen werden, daß einzelne Krankheitsvorgänge, die sonst erst späterhin Verblödungen erzeugen, unter Umständen schon in der Kindheit die geistige Entwicklung einschränken oder abschneiden können. Außer der

Dementia praecox wäre namentlich die Epilepsie zu nennen, doch ist zu betonen, daß schwerere kindliche Schwachsinnsformen mit Krampfanfällen wohl kaum jemals der genuinen Epilepsie angehören. Bei dieser letzteren pflegt sich die Verblödung erst allmählich im Verlaufe der Krankheit einzustellen, und sie trägt dann auch die ihr eigentümlichen Züge der Schwerfälligkeit und der Einengung des geistigen Gesichtskreises. —

Der allgemeine Verlauf der kindlichen Schwachsinnsformen bietet sehr große Verschiedenheiten dar. Zunächst lassen sich angeborene und später erworbene Formen auseinanderhalten; letztere sollen nach Schlöss etwa die Hälfte der Fälle ausmachen. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich indessen, daß diesem Gesichtspunkte keine entscheidende Bedeutung zukommt. Eine Reihe von Krankheitsvorgängen können vor oder nach der Geburt einsetzen, die Encephalitis, der Hydrocephalus, die einfachen Hirnverödungen. Andererseits kommen Krankheitszustände, die sicherlich schon in der Anlage vorbereitet waren, unter Umständen erst sehr viel später zur klinischen Entwicklung, die tuberöse Sklerose, der Mongolismus, die familiären Idiotien. Weit wichtiger ist jedenfalls der Umstand, daß es Formen gibt, die im wesentlichen stationär bleiben, und solche, die einen ausgesprochen fortschreitenden Verlauf zeigen. Unter den ersteren wären wieder die schon in der Anlage gegebenen Verkümmerungen und die Ausgänge abgelaufener Krankheitsvorgänge auseinanderzuhalten. Der hier einmal erreichte Zustand erfährt keine Verschlechterung mehr, kann aber durch innere und äußere Einflüsse noch mehr oder weniger weitgehend gebessert werden. In diese Gruppe gehören einmal die Entwicklungshemmungen durch erbliche Entartung oder Keimschädigung sowie der dystrophische Infantilismus, sodann die Folgezustände ausgeheilter Rindenverödungen, akuter Hydrocephalien, Meningitiden und Gehirnentzündungen.

Als fortschreitende Verlaufsformen stehen ihnen die chronischen Formen des Hydrocephalus und der Encephalitis, die familiären Idiotien und wohl auch die einfachen „Sklerosen" gegenüber; ebenso wäre die tuberöse Sklerose wesentlich hierher zu rechnen. Eine gewisse Zwischenstellung nehmen die dysadenoiden Erkrankungen ein. Bei schwerer Schädigung lebensnotwendiger Drüsen, wie beim Kretinismus, bei der Idiotia thymica, kann sich

ein fortschreitendes Siechtum herausbilden. Es kann aber auch nach Ausbildung der kennzeichnenden Störungen eine Art Gleichgewichtszustand erreicht werden, der dann im wesentlichen unverändert bleibt. Eine gewisse Verschlechterung des Zustandes bringen mitunter die Entwicklungsjahre, insofern die nun auftauchenden geschlechtlichen Regungen, die größere Unternehmungslust, der Hang zur Ungebundenheit die Kranken unlenksamer machen und sie zugleich allen möglichen Verführungen durch schlechte Gesellschaft und durch den Alkohol aussetzen. Diejenigen Fälle, in denen sich nunmehr eine fortschreitende Verblödung entwickelt, werden in der Regel als Pfropfhebephrenien aufzufassen sein.

Umstritten ist die Frage, ob die bisweilen bei Oligophrenen beobachteten auffallenderen seelischen Krankheitserscheinungen, Sinnestäuschungen, Wahnbildungen, Erregungen, Verstimmungen, Stuporzustände, Äußerungen desselben Leidens sind, das die Verstandesschwäche bedingt, oder ob wir es dabei mit anderweitig verursachten, selbständigen Beimischungen zu tun haben. Daß letzteres für die gelegentlichen alkoholischen Zufälle gilt, bedarf keiner Erörterung. Ich bin aber geneigt, überhaupt anzunehmen, daß ausgesprochene Geistesstörungen nicht zum Bilde des kindlichen Schwachsinns in dem hier umgrenzten Sinne gehören. Zweifellos kommen aus äußeren oder inneren Anlässen öfters vorübergehende Aufregungen oder Verstimmungen vor; ebenso sind manche Kranke dauernd erregt, unruhig oder mürrisch und reizbar. Dagegen wird das Auftreten neuer, ungewöhnlicher seelischer Krankheitserscheinungen in der Regel eine andere Bedeutung haben. In erster Linie muß man die Möglichkeit einer schizophrenen Erkrankung im Auge behalten, wie sie sich gern auf der Grundlage eines kindlichen Schwachsinns entwickelt; dafür spricht namentlich auch das Auftreten von Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen, Stuporzuständen. Weiterhin aber kann es sich, falls eingreifende äußere Anlässe gegeben sind, namentlich Berührungen mit dem Strafgesetze, um hysterische oder psychogene Erkrankungen handeln, die mit dem Schwachsinn an sich in keiner Beziehung stehen. Endlich kommen hier und da auch anfallsweise wiederkehrende Psychosen vor, die wohl als Erscheinungsformen des manisch-depressiven Irreseins zu deuten sind, wenn auch die

Ausprägung der Krankheitserscheinungen öfters ziemlich verwaschen ist. —

Die Prognose der oligophrenen Schwachsinnsformen hängt selbstverständlich in erster Linie von der Art des ursächlichen Krankheitszustandes ab. Sie wird aber weiterhin auch noch bestimmt durch den Grad der Schädigung, die das Hirngewebe erfahren hat. Dieser letztere Gesichtspunkt kommt bei den reinen Entwicklungshemmungen und bei den zum Abschlusse gelangten Krankheitsvorgängen allein in Betracht. Durchaus ungünstig dürften die Aussichten bei den erblich-familiären Erkrankungen, bei den einfachen Sklerosen und ebenso meist bei der tuberösen Sklerose sein, aber auch die chronischen Formen des Hydrocephalus und der Encephalitis führen zu immer tieferer Verblödung, wenn sie nicht durch Syphilis verursacht und einer entsprechenden Behandlung zugänglich sind. Von den dysadenoiden Formen hat sich bisher nur der Kretinismus wirksam bekämpfen lassen; bei den übrigen Spielarten kommt es zu fortschreitendem Siechtum oder doch zu endgültigen Defektzuständen. Eine Reihe der angeführten Erkrankungen gefährden unmittelbar das Leben, auch wenn wir von den akuten Infektionen oder Vergiftungen absehen. Die Gefahr liegt bald im Kräfteverfall, wie beim Schwinden der Thymus, der Zirbel, der Nebennieren, bald in der Hirnlähmung, wie beim Hydrocephalus, oder im Status epilepticus, wie bei der tuberösen Sklerose. Bei anderen, so namentlich bei den Mongoloiden, wird die geringe Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen, vor allem die Tuberkulose, verhängnisvoll. Daß überhaupt die Lebenserwartung der kindlichen Schwachsinnsformen wesentlich herabgesetzt ist, wurde bereits erwähnt.

In welchem Umfange bei den nicht fortschreitenden Formen eine Besserung des geistigen Zustandes zu erhoffen ist, wird ebenfalls zunächst von der Art der Störung abhängen. Bei den einfachen Entwicklungshemmungen wird man im jugendlichen Alter immer noch mit der Möglichkeit einer gewissen Nachreifung rechnen dürfen, wie wir sie auch bei den psychopathischen Zuständen häufig genug eintreten sehen. Die Fälle sind nicht allzu selten, in denen anscheinend Unbegabte sich späterhin leidlich gut entwickeln, ja es gibt eine Reihe von Beispielen, in denen sich sogar noch eine hervorragende Leistungsfähigkeit herausbildete. Weygandt stellt eine

lange Liste derartiger Persönlichkeiten ersten Ranges auf, die in der Jugend wenig Aussicht auf eine bedeutende Zukunft boten, unter anderen Liebig, Newton, Darwin, Linné, Bessel, Swift, Scott, Seydel, Napoleon, Grant, Wellington, Stephenson, Sheridan. Vielfach liegt hier wohl die Sache so, daß die vorhandene Begabung nur in dem auf die Masse zugeschnittenen und nach bestimmten Vorschriften arbeitenden Schulbetriebe keine Gelegenheit zur Betätigung fand; in anderen Fällen mag es sich wirklich um eine verspätete Entwicklung gehandelt haben. Wenn sich nun auch der Lauf der Dinge durchaus nicht immer so günstig gestaltet, wie in diesen Beispielen, so werden wir doch öfters wenigstens noch einige Fortschritte erwarten dürfen, vorausgesetzt, daß wir es nur mit einer unvollkommenen Reifung des Gehirns zu tun haben; leider ist es nicht immer leicht, das zu erkennen. Am nächsten liegt die Vermutung wohl bei den Infantilismen. Dagegen gelingt es beim Mongolismus erfahrungsgemäß nicht, über eine ziemlich niedere geistige Entwicklungsstufe hinauszukommen; dasselbe gilt naturgemäß auch für die höheren Grade der reinen Mikrocephalie. Wo es sich um vor oder nach der Geburt geheilte Krankheitsvorgänge handelt, werden die Aussichten einmal von der Rückbildungsfähigkeit der noch vorhandenen Störungen, dann von den Ausgleichsmöglichkeiten abhängen. Die erstere darf nach nicht allzu langer Zeit, längstens nach Jahr und Tag, als abgeschlossen gelten; was bis dahin nicht verschwunden ist, wird wahrscheinlich dauernd bleiben. Dagegen ist eine Überwindung krankhafter Mängel durch die Ausbildung unzerstörter Fähigkeiten so lange möglich, wie das Seelenleben überhaupt noch Übungseinflüssen zugänglich ist.

Über die Schicksale der Hilfsschüler mit ihren Verstandesmängeln liegen bereits eine Reihe von Erfahrungen vor. Schlesinger[1]) berichtet, daß von 300 derartigen Kindern 8% nicht über die erste Klasse hinaus gelangten, während 49% bis zur zweiten, 29% bis zur dritten und 14% bis zur vierten Stufe aufstiegen. Die Fortschritte waren gleichmäßig und anhaltend bei 37,4%, ungleichmäßig, aber später besser bei 26,7%, später sich verringernd bei 17,1%; 6,4% blieben unverändert, während 3,2% zunächst Fortschritte und dann Rückschritte machten. Bisweilen zeigte sich ein jahrelanger Stillstand, dem dann doch noch eine Besserung folgen konnte. Shuttle-

[1]) Schlesinger, Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. XV, 564; XVII, § 10.

worth meint, daß ein Drittel der Hilfsschüler dauernd einer gewissen Leitung bedürfe. Henze gibt nach Wintermanns Statistik an, daß von den 1906—09 in ganz Deutschland entlassenen Hilfsschülern 71,3% völlig erwerbsfähig, 22,3% beschränkt erwerbsfähig geworden seien, während 6,4% nicht imstande waren, etwas zu verdienen; er schätzt, daß im allgemeinen 50—60% der ersten, 30—40% der zweiten und 10% der dritten Gruppe zufallen werden. Auch Graf erklärt, daß sich bei 70% der früheren Hilfsschüler die Erwerbsfähigkeit befriedigend, bei 25% gering gestaltet, bei 5% ausbleibt. Koller fand in Appenzell, daß von den schwachbegabten Kindern nach zehn Jahren ein Viertel unverändert geblieben war, ein Viertel sich verschlechtert und die Hälfte sich gebessert hatte. Blezinger machte die Beobachtung, daß sich von 27 angeblich Schwachsinnigen später noch 14 als normal bildungsfähig erwiesen. In den Entwicklungsjahren und später bilden sich, wie schon erwähnt, öfters ungünstige Änderungen der Gemütsart heraus; Schlesinger sah bei 30% seiner Hilfsschüler das Hervortreten von Trotz, Eigensinn, Bosheit, Neigung zum Lügen, Stehlen, Streunen, Zerstören. Laquer teilt mit, daß von 100 entlassenen Hilfsschülern zwischen 17 und 25 Jahren 10 mit dem Strafgesetze in Berührung kamen.

Im einzelnen Falle hängt die Bildungsfähigkeit wesentlich von dem Zustande derjenigen geistigen Leistungen ab, welche die Grundlagen für den Aufbau unseres Seelenlebens bilden. Zunächst ist das Verhalten der Aufmerksamkeit von größter Wichtigkeit. Kinder, deren Aufmerksamkeit dauernd nicht zu erwecken ist, bieten keine Anknüpfungsmöglichkeit für erzieherische Beeinflussung. Das gleiche gilt von übermäßiger Ablenkbarkeit, die es nicht erlaubt, Wahrnehmung und Denken planmäßig zu leiten und zu schulen. Dagegen schließt Langsamkeit und Schwerfälligkeit der Aufmerksamkeit die allmähliche Erweiterung des Erfahrungsschatzes durch geduldige Arbeit und die Fortbildung der geistigen Fähigkeiten nicht aus. Eine weitere Vorbedingung dafür ist das Haften der aufgenommenen Eindrücke. Es pflegt bei starker Ablenkbarkeit äußerst gering zu sein; auch das einmal flüchtig Erfaßte geht rasch wieder verloren. Kann man jedoch feststellen, daß überhaupt Spuren früherer Eindrücke einige Zeit hindurch fortdauern, so ist damit die Handhabe für die immer festere Einprägung durch planmäßige

Wiederholung und die Anknüpfung neuen Erfahrungsstoffes an die ersten eingelernten Bestandteile gegeben. Auch hier verspricht geringe geistige Regsamkeit mit langsamen, aber sicheren Fortschritten bessere Ergebnisse, als Lebendigkeit, die rasch im Einprägen, aber ebenso rasch im Vergessen und unzuverlässig im Aufbewahren des Lernstoffes ist. Liebmann[1]) meint, daß die Hoffnung auf Besserung nicht aufzugeben sei, wenn überhaupt Gesichts- und Gehörseindrücke verarbeitet werden und die Kinder auf die Belehrungsversuche eingehen; die Fortschritte erfolgen manchmal sprungweise.

Die Höhe der geistigen Ausbildung, die von der Grundlage des gedächtnismäßigen Erlernens aus erreichbar ist, wird durch die Fähigkeit zur Abstraktion, zur Bildung von Allgemeinvorstellungen bestimmt. Es scheint, daß hier der erzieherischen Einwirkung in dem einmal gegebenen Zustande der Kranken bestimmte Grenzen gesteckt sind. Jedenfalls scheitern zahlreiche Kranke, die rein gedächtnismäßig ihren Erfahrungsschatz zu erweitern vermögen, an dieser Klippe; sie bleiben dauernd auf der Stufe der Idiotie stehen. Gelingt es aber, die Einzelerfahrungen zu Gesamtvorstellungen zu verschmelzen und in diesen das Wesentliche vom Zufälligen zu scheiden, so ist damit die Aussicht auf weitere, bedeutungsvolle Fortschritte eröffnet, die lediglich durch Ausnutzung der vorhandenen Fähigkeiten gewonnen werden können. Einen gewissen Maßstab für die Entwicklung der Abstraktion gibt das Eindringen in die Ausdrucksmittel der Sprache, die ja nur Sinnbilder der Begriffe sind. Aus der Fähigkeit, verwickeltere sprachliche Formen zu verstehen und zu gebrauchen, wird sich somit ein Urteil über die Aussichten der ferneren geistigen Entwicklung ableiten lassen. Einen Anhalt gibt auch der Ausfall der später eingehender zu besprechenden Untersuchung nach dem Verfahren von Binet-Simon. Binet betrachtet besonders die Aufzählung von Reihen gleichartiger Dinge und von abstrakten Vorstellungen bei dem Versuche, möglichst viele Wörter zu nennen, als ein günstiges Zeichen. Wir erfahren ferner aus dem Gesamtergebnisse nicht nur die Größe der bestehenden Mängel, sondern wir können auch zahlenmäßig die Veränderungen des Zustandes, die Besserung oder Verschlimmerung des Schwachsinns verfolgen. Je früher sich ein stärkeres Zurückbleiben hinter

[1]) Liebmann, Archiv f. Kinderheilk. XXVII, 18.

dem Durchschnitte Gesunder bemerkbar macht, desto geringer ist im allgemeinen die Hoffnung auf befriedigendes Nachreifen.

Auch die sonstigen seelischen Eigenschaften sind für die Bildungsfähigkeit der Kranken nicht ohne Bedeutung. Ausgesprochene gemütliche Stumpfheit ist ebenso ungünstig wie sprunghafte Lebhaftigkeit und Unbändigkeit der Gefühlsregungen. Sehr üble Aussichten knüpfen sich an die triebartige Unruhe der Kranken; hier pflegt alle erziehliche Mühe umsonst zu sein. Fast noch tiefer sinkt die Hoffnung auf Besserung beim Auftreten rhythmischer Bewegungen. Sie sind immer ein Zeichen dafür, daß die Vorbedingungen für die Ausbildung höherer Willensrichtungen mehr oder weniger vernichtet sind und damit urwüchsige Bewegungsformen freie Bahn gewinnen.

Als ein besonders ungünstiges Zeichen ist seit langem frühzeitiges Auftreten epileptischer Anfälle betrachtet worden. Wildermuth gibt an, daß es in mindestens der Hälfte solcher Fälle zur Entwicklung tiefsten Blödsinns komme. Der Grund liegt wohl darin, daß eine Reihe der mit Krampfanfällen einhergehenden Krankheitsformen ihrem Wesen nach sehr schwere Veränderungen darstellen, so die tuberöse Sklerose und viele Hirnmißbildungen. Auch die chronische Meningoencephalitis und Hydrocephalie sind hierher zu rechnen, wenn es, wie so häufig, nicht gelingt, durch antisyphilitische Behandlung entscheidende Besserung zu bringen. —

Die Zahl der Oligophrenen in Deutschland kann man auf verschiedene Weise zu ermitteln suchen. Zunächst läßt sich feststellen, wie viele derartige Kranke sich in den für sie bestimmten Anstalten befinden. Weygandt gibt an, daß 1907 die 108 deutschen Anstalten für Schwachsinnige etwa 23 000 Insassen zählten. Dazu ist zu bemerken, daß einerseits in jenen Anstalten erfahrungsgemäß auch allerlei Kranke mit erworbener Verblödung untergebracht zu werden pflegen, namentlich Schizophrene und Epileptiker, ebenso auch manche Psychopathen. Auf der anderen Seite aber beherbergen auch die eigentlichen Irrenanstalten immer eine ganze Reihe von Idioten und Imbezillen, die der Versorgung besondere Schwierigkeiten machen. Vielleicht kann man annehmen, daß diese beiden Fehlerquellen sich einigermaßen ausgleichen. Ohne Zweifel befindet sich aber die übergroße Mehrzahl der Oligophrenen überhaupt nicht in Anstalten, sondern wird in Pfründen, Siechen- und Armen-

häusern oder in den Familien durchgefüttert, wandert auf den Landstraßen herum, um dazwischen im Arbeitshause zu rasten, schlägt sich kümmerlich in allen möglichen untergeordneten und wechselnden Beschäftigungen durch. Über die Zahl dieser Schwachsinnigen fehlt uns jede Kenntnis. Ziehen schätzt sie auf etwa 1 zu 400 Einwohnern, also auf 165 000 Köpfe, aber wir haben keine Möglichkeit, die Richtigkeit dieser Annahme zu prüfen. Heubner gibt an, daß er unter 25 000 Kindern, die seine Poliklinik besuchten, 230, also 0,92% Idioten beobachtet habe. Das wäre, da offenbar nur die schwereren Formen geistiger Verkümmerung in Betracht gezogen wurden, ein sehr hoher Satz, aber man muß natürlich berücksichtigen, daß eben gerade derartige Kinder besonders häufig dem Arzte zugeführt werden.

Ein anderer Weg, um einen Einblick zu gewinnen, ist die Untersuchung der Schulkinder. Allerdings ist dabei ein erheblicher Teil der Schwachsinnigen, die von vornherein offenbar nicht Schulfähigen, ausgeschlossen, so daß die Zahlen zu klein werden müssen. Dagegen werden hier auch die leichteren Grade geistiger Unzulänglichkeit erfaßt, unter ihnen eine größere Anzahl, ein Fünftel oder mehr, bei denen sich späterhin die Mängel ziemlich vollständig wieder ausgleichen. Es zeigt sich nun, daß im allgemeinen etwa 1—1,5% der Schüler der Aufnahme in die Hilfsschulen bedürfen. Erhielte sich dieser Satz durch das ganze Leben hindurch, so würden wir auch nach Abzug von ein Viertel spät reifender Personen noch über 500 000 Schwachsinnige anzunehmen haben. Wir werden indessen den Rahmen wohl enger ziehen dürfen. Wer bei der Erlernung des Schulwissens Schwierigkeiten findet und deswegen der Hilfsschule bedarf, braucht noch nicht schwachsinnig zu sein, sondern er kann sich nach anderen Richtungen hin und namentlich im praktischen Leben als genügend befähigt erweisen. Seine Gesamtpersönlichkeit kann somit durchaus noch der Gesundheitsbreite angehören, wenn wohl auch der größte Teil der ehemaligen Hilfsschüler gewisse Mängel der geistigen Leistungen aufweisen wird. Von den übrigen wird dann jedenfalls noch die Mehrzahl den leichteren Formen der Debilität zuzurechnen sein.

Das zuverlässigste Bild von dem geistigen Zustande einer ganzen Bevölkerung gibt uns die Durchführung einer besonderen Zählung,

wie sie im Kanton Appenzell[1]) vorgenommen wurde. Hier fanden sich im Jahre 1907 unter 9919 schulpflichtigen Kindern 427, also 4,3%, geistig Gebrechliche, Schwachsinnige, Epileptische und Taubstumme, alle zwischen 6—15 Jahren. Von den in Betracht kommenden 427 Kindern waren taubstumm 47, epileptisch 11, schwachsinnig 369. Unter den letzteren zeigten sich 169 im Gehen ungewandt, 10 unfähig zu gehen; 175 sprachen schlecht, und 79 verständigten sich ganz oder teilweise durch Gebärdensprache. Würden solche Zahlen für die ganze Bevölkerung zutreffen, so müßten wir zu ganz erschreckenden Ergebnissen gelangen. Es ist indessen zu beachten, daß bei dem frühen Absterben der geistig Gebrechlichen ihr Prozentsatz in den höheren Altersklassen sehr rasch sinken dürfte. Wenn somit eine zuverlässige Abschätzung zurzeit nicht möglich ist, wird sich gegen die Annahme, daß sich die Zahl der Idioten und Imbezillen in Deutschland, wie angenommen, zwischen 1—200 000 bewegt, auch kein triftiger Einwand erheben lassen. —

Die außerordentlich mannigfachen Ursachen[2]) des oligophrenen Schwachsinns sind schon bei der Besprechung der einzelnen klinischen Formen vielfach gestreift worden. Eine merkwürdige, aber überall festgestellte Tatsache ist die stärkere Beteiligung des männlichen Geschlechts. Unter den in den Preußischen Anstalten untergebrachten Kranken befinden sich 59% Männer, unter den von mir beobachteten 66%; die Kollersche Zählung in Appenzell ergab 55% geistig gebrechliche Knaben. Ireland gibt an, daß unter den Idioten und Imbezillen Frankreichs 139 Männer auf 100 Frauen kommen, und aus den von Roubinowitsch über die abnormen Kinder in jenem Lande mitgeteilten, freilich ganz unvollständigen Zahlen läßt sich entnehmen, daß der Prozentsatz der männlichen Schwachsinnigen etwa 60% beträgt. Es wäre allerdings möglich, daß dieses Überwiegen des männlichen Geschlechtes zum Teil durch dessen größere Gemeingefährlichkeit vorgetäuscht wird, die es in stärkerem Maße versorgungsbedürftig macht; auch der Einfluß des Alkohols könnte dabei mitspielen. Man könnte weiterhin vermuten,

---

[1]) Koller, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns IV, 289.

[2]) Piper, Zur Ätiologie der Idiotie. 1893; Schenker, Beobachtungen an schwachsinnigen Kindern mit spezieller Berücksichtigung der Ätiologie und Therapie des Schwachsinns. 1899.

daß die Grenzen des Schwachsinns bei Männern wegen ihrer größeren Selbständigkeit und Verantwortlichkeit weiter gezogen werden, als bei den im Schutze der Familien lebenden Frauen. Für die Anstaltskranken und namentlich für meine Beobachtungen treffen diese Erwägungen zweifellos zu, nicht dagegen für die Ergebnisse Kollers. Ferner ist es beachtenswert, daß auch in den Hilfsschulen, in denen jene Gesichtspunkte kaum in Betracht kommen, die Knaben regelmäßig zahlreicher vertreten zu sein scheinen. Schlesinger gibt das Verhältnis 123:100 an. Bayerthal betont, daß die Knaben außerdem auch durchschnittlich schwerer geschädigt seien; von seinen Hilfsschülern standen 37,5% der Knaben und 28,5% der Mädchen unter dem Normalgewicht; 53,1% der Knaben und 42% der Mädchen erreichten die Größe ihres Alters nicht. Welche Einflüsse hier mitwirken, ist völlig unklar. Man kann nur an die allgemeine Tatsache erinnern, daß sich der anfängliche Knabenüberschuß bei den Geburten späterhin ziemlich bald wieder ausgleicht, daß also offenbar das männliche Geschlecht in den Kinderjahren größeren Gefährdungen ausgesetzt ist, als das weibliche.

Eine große Bedeutung für die Entstehung der seelischen Verkümmerung, die nach Morels Aufstellung das letzte Glied der Familienentartung bilden sollte, hat man von jeher der erblichen Belastung zugeschrieben. Die darüber vorliegenden Zahlen gehen freilich weit auseinander. Tredgold, der den Begriff sehr weit gefaßt zu haben scheint, fand in 82,5% Anomalien des Nervensystems in der Ascendenz der Kranken. Wildermuth stellte in 70% der Fälle erbliche Belastung fest. Heyn[1]) gibt für oligophrene Knaben 46,9%, für Mädchen 55,5%, Krayatsch für Idioten 46%, Langdon Down 45% an; König fand in 32,1% erbliche Belastung. Bei 21,6% der von ihm untersuchten Hilfsschüler konnte Schlesinger Geisteskranke in der Verwandtschaft nachweisen, dazu noch in 27,6% leichtere Belastung, Leubuscher entsprechend bei 16% und 20%. Ley berichtet, daß 18% seiner Hilfsschüler vom Vater und 25% von der Mutter her belastet seien; meist handelte es sich um Nervosität und Psychopathie. Koller dagegen fand bei der Appenzeller Zählung, daß nur bei 13,5% seiner Schwachsinnigen auch die Eltern schwachsinnig waren.

[1]) Heyn, Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. 1906, 16.

Meine eigenen, sicher unvollständigen Erhebungen haben ergeben, daß in 54,5% erbliche psychopathische Veranlagung überhaupt, in 42,6% die weit zuverlässiger feststellbare Belastung durch die Eltern nachzuweisen war. Bei diesen letzteren lagen in 22% Alkoholismus, in 16% Nervosität und Psychopathie, in 8,2% Geisteskrankheiten vor. Wenn diese Zahlen auch nur mit den unter ähnlichen Bedingungen gewonnenen Werten vergleichbar sind, würde sich schließen lassen, daß die Bedeutung der erblichen Entartung durchschnittlich nicht wesentlich größer ist, als bei den Psychopathen, ferner daß der elterliche Alkoholismus entschieden ins Gewicht fällt, während Geisteskrankheiten eine geringe Rolle spielen. Wir werden demnach neben der krankhaften Veranlagung besonders die Keimschädigung als eine wirksame Ursache der seelischen Verkümmerung zu betrachten haben. So ist auch wohl die Erfahrung zu deuten, daß verhältnismäßig häufig Zwillinge gleichartig erkranken; sie sollen 4—5% der Oligophrenen ausmachen. Dieser Auffassung entsprechend finden sich nicht selten ähnliche Erkrankungen bei mehreren Kindern derselben Familie. Schlesinger teilt mit, daß 32% seiner Hilfsschüler verstandesschwache Geschwister hatten; Leubuscher fand die Geschwister sogar bei mehr als 50% abnorm. Die Verteilung der gesunden und kranken Glieder in der Familie kann dabei eigentümlich launenhaft sein; Weygandt berichtet über eine Familie, in der das erste, dritte und fünfte Kind körperlich und geistig verkümmert war, während sich die übrigen Geschwister normal entwickelt hatten. Blutsverwandtschaft der Eltern an sich wirkt nach Bournevilles Erfahrungen nicht schädigend; er fand sie in 3,2%.

Über den elterlichen Alkoholismus liegt eine große Zahl von Angaben vor. Die von Bourneville und Demme darüber angestellten Erhebungen wurden schon im allgemeinen Teile erwähnt. Kind fand Trunksucht der Erzeuger bei seinen Idioten in 11,3%, Schultze in 15%, König ebenfalls in 15%, bei der Kinderlähmung in 23%, Fletcher Beach in 31,6%, Tredgold in 46,5%, Guillaume in 41%. Schlesinger stellte sie bei 30%, Potpeschnigg bei $^1/_3$, Leubuscher bei 20% der untersuchten Hilfsschüler fest. Ley beobachtete Trunksucht des Vaters in 42,4%, der Mutter in 5,2%. Koller erhielt bei der Appenzeller Zählung 30% trunksüchtiger

Eltern für die geistig gebrechlichen Kinder; in den 18 Familien, die je 3 derartige Kinder enthielten, ließ sich achtmal bei den Eltern und zweimal bei den Großeltern Alkoholismus nachweisen. Ireland erwähnt, daß die Connecticut commissioners in 235 Fällen von Idiotie 76 mal (32,3%) elterlichen Alkoholismus feststellen konnten, davon 30 mal bei beiden Eltern. Bayerthal führt zwei Hilfsschüler an, die im Rausche erzeugt wurden. Krayatsch berichtet, daß bei 433 Idioten 40 mal der Vater, 8 mal die Mutter trunksüchtig war. Natürlich hängt bei derartigen Angaben, abgesehen von der Zuverlässigkeit der Nachrichten, alles von dem Maßstabe ab, den man anlegt. Besonders ungünstig würde die alkoholische Belastung anzusehen sein, wenn sich die Beobachtung Schlesingers bestätigen sollte, der bei 32 Debilen aus nüchternen Familien nur zweimal schwere und zahlreiche Charakterfehler auftreten sah, bei 42 Trinkerkindern aber 13 mal.

Ebenso wichtig wie wenig geklärt erscheint einstweilen noch die ursächliche Bedeutung der Lues für den jugendlichen Schwachsinn. Zunächst mehren sich allmählich die Fälle, in denen die anatomische Untersuchung bei Idioten syphilitische Krankheitsvorgänge aufdeckt. Ein Teil der fortschreitend verblödenden Kranken mit schweren Lähmungen und Anfällen erweist sich als der jugendlichen Paralyse angehörig, deren Einsetzen durch vorhergehende hirnsyphilitische Erscheinungen verdeckt werden kann; bei anderen stellen sich meningoencephalitische und endarteriitische Erkrankungen heraus. Oft genug allerdings bietet uns der Leichenbefund nur die Folgezustände längst abgelaufener Krankheitsvorgänge, deren Wesen sich nicht mehr bestimmen läßt. Es ist aber bemerkenswert, daß offenbar Gefäßerkrankungen bei der Verursachung namentlich der schwereren Idiotieformen eine erhebliche Rolle spielen, so bei der „Pseudomikrocephalie", bei der Porencephalie, zerebralen Kinderlähmung, besonders den diplegischen und paraplegischen Formen, endlich auch bei der lobären Sklerose. Hier wird überall die Möglichkeit syphilitischer Gefäßveränderungen erwogen werden müssen. Daß die chronische Encephalitis häufig Ausdruck der Lues sein dürfte, wurde bereits erörtert. Ebenso haben wir oben die Gründe angeführt, die dafür sprechen, daß auch der chronische Hydrocephalus wahrscheinlich in erster Linie eine Erscheinungsform der Lues darstellt.

Verhältnismäßig leicht ist die Deutung der Krankheitsbilder, wenn die Kranken Zeichen darbieten, die Verdacht erwecken. Dahin gehören Pupillenstörungen, vor allem die reflektorische Pupillenstarre, Sehnervenschwund, Chorioiditis, interstitielle Keratitis, Sattelnase, Hutchinsonsche Zähne, syphilitische Ohrenerkrankungen, Hautnarben, hartnäckiger Schnupfen, Drüsenschwellungen, Periostitis, manche Schädelverbildungen. Kellner fand bei 38 Erbsyphilitikern viermal Hydrocephalie, zehnmal Mikrocephalie; dazu kamen noch zwei Porencephalien, ein Zeichen für die nahen Beziehungen, die zwischen der Lues und diesen Störungen bestehen. Auch Kleinheit des Körpers, Schmächtigkeit, bleiches Aussehen, welke, blasse Haut, schlaffe Muskeln, mangelhafte Entwicklung werden immerhin die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit einer Erblues lenken können. Wo derartige Zeichen fehlen, sind wir zunächst auf die Vorgeschichte angewiesen. Häufigkeit der Frühgeburten in der Familie, große Kindersterblichkeit, verdächtige Erkrankungen bei Eltern oder Geschwistern werden hier zu beachten sein. Ibrahim gibt an, daß Mikrocephale und Hydrocephale häufig Frühgeburten seien. Schlesinger fand, daß in den Familien seiner Hilfsschüler 10% Aborte gegen die Normalzahl von 5% vorkamen, und daß die Sterblichkeit der Geschwister 38% gegen 30% bei Gesunden betrug. Er führt ähnliche Zahlen von Berkhahn (44%), Cassel (37%) und Doll (31,4%) an, denen noch die von Ley mitgeteilte Zahl von 33,4% hinzuzufügen wäre. Aus 867 Schwangerschaften gingen nur 56% lebende Kinder hervor, während das Verhältnis bei geistig vollwertigen Schülern 65% erreichte. Verhältnismäßig oft wurden die Hilfsschüler in einer Reihe von Fehlgeburten oder beim Übergange zwischen gesunder und entarteter Nachkommenschaft geboren.

Eine ähnliche Berechnung habe ich für 46 Familien mit schwachsinnigen Kindern angestellt, bei denen ich über die Zahl der Geburten und die Schicksale der Kinder genauere Auskunft erhalten konnte. Fälle, die sichere oder wahrscheinliche Zeichen der Syphilis darboten, wurden dabei ausgeschieden. Zunächst ergab sich ein erheblicher Kinderreichtum, eine Erscheinung, die man den Trinkerfamilien zuzuschreiben pflegt; es fanden sich 16 Familien mit mehr als 6 Kindern, 2 mit 7, 5 mit 8, 3 mit 9, 2 mit 10 und je 1 mit 11, 12, 14 und 18 Kindern. Von der Gesamtzahl

von 281 Kindern starben früh 87 (31%); dazu kamen noch 31 Fehl- und Frühgeburten. Von den Geschwistern unserer Kranken waren 21 abnorm. So ergab sich, daß die Schwangerschaften in den untersuchten Familien nur 62% länger lebende und nur 41% gesunde Kinder erzielt hatten. König konnte feststellen, daß der Tod zahlreicher Geschwister und häufige Fehlgeburten sich bei den Idioten in 16,8%, bei zerebraler Kinderlähmung in 35,7% fanden.

Eine ganze Reihe von Beobachtungen liegt ferner über ähnliche Erkrankungen von Geschwistern vor. Weicksel berichtet über 7 Zwillingspaare mit angeborenem Schwachsinn und stellt dazu noch weitere 7 Paare aus der Literatur zusammen; Kellner teilt mit, daß er achtmal 2, einmal 3 und einmal 5 Geschwister an kindlichen Schwachsinnsformen leiden sah. Bei der Zählung in Appenzell fanden sich nach Kollers Angabe 88 Familien mit je 2, 18 mit je 3, 7 mit je 4 und 2 mit je 5 schwachsinnigen Geschwistern. Wenn auch diese letzteren Erfahrungen wegen der Möglichkeit anderer, erblicher oder keimschädigender, familiär wirkender Ursachen für die Annahme einer Erblues nicht sehr ins Gewicht fallen, ist doch die schon von Pellizzi und Montesano angeführte, von Vogt genauer geschilderte Häufigkeit der Mikrocephalie bei Geschwistern in dieser Richtung sehr verdächtig. Er bringt drei Beobachtungen, in denen einmal 3 Geschwister, das zweitemal 3 von 7 und dann wieder 2 von 3 Kindern mikrocephal waren. Auch Besta hat 2 mikrocephale Brüder beschrieben, das dritte und fünfte von 12 Kindern; 3 weitere Geschwister waren körperlich wenig entwickelt. Ferner beobachtete Paravicini zwei mikrocephale Geschwister, die einen hydrocephalen und einen epileptischen Bruder sowie eine an Fettsucht leidende Schwester hatten. Pilcz führt eine Familie an, in der von 10 Kindern 4 mikrocephal, die übrigen Wasserköpfe waren; 5 starben an Kinderkrämpfen. Ähnliche Beobachtungen liegen von Laborde, Wagner, Baillarger, Weygandt vor. Sehr bemerkenswert ist auch die von Virchow seinerzeit untersuchte und von Dannenberger neuerdings bearbeitete Familie Becker. Hier hatte die Mutter aus einer ersten Ehe 3 gesunde Kinder, während von 9 Kindern der zweiten Ehe das erste, vierte, fünfte, sechste und achte mikrocephal waren; die dritte Ehe blieb kinderlos. Der Leichenbefund zeigte in drei Fällen Verwachsung der Basalganglien; einmal bestand

Hydromikrocephalie. Dannenberger denkt an entzündliche Vorgänge um die Mitte des Fötallebens, die durch ein möglicherweise endemisches Gift in der Mutter verursacht seien, während Vogt mit Recht betont, daß in solchen Fällen wohl öfters Lues vorliege. Pellizzi bemerkte, daß in der Familie der Mikrocephalen auch Encephalitis vorkomme. Erwähnt sei endlich, daß Bourneville spastische Diplegie bei 2 Brüdern mit Idiotie beobachtete; die gleiche Erfahrung konnte ich bei sichergestellter Lues machen.

Aus den der Vorgeschichte und dem Befunde entnommenen Anhaltspunkten haben sich die einzelnen Forscher ihre weit auseinandergehenden Meinungen über die Häufigkeit der Erblues beim jugendlichen Schwachsinn gebildet. Während Sachs und Wachsmuth, wie früher angeführt, bei der Hirnlähmung der Kinder der Lues gar keine Bedeutung zuschreiben, fand König sie hier sicher in 4%, wahrscheinlich in 3%, bei Idioten sicher in 2,3%, wahrscheinlich in 2,3% und möglich noch in 4,2%. Schlesinger gibt an, daß bei seinen Hilfsschülern die Untersuchung in 1,4% und ebenso oft noch die Vorgeschichte Lues aufgedeckt habe; Ley fand sie, ebenfalls bei Hilfsschülern, in 4,6%, Hutchinsonsche Zähne in 2%. Wildermuth war geneigt, 11,8% der Idioten für syphilitisch zu halten, Ziehen 10%, Kellner 5%, Vogt 10 bis 20%, Schultze 20%, und Mott erklärt, daß die Syphilis hier „wahrscheinlich häufiger ist, als man denkt", namentlich bei Hydrocephalus und jugendlicher Epilepsie.

Zuverlässigeren Aufschluß über diese Verhältnisse konnte man von der Untersuchung nach Wassermann erhoffen, die bereits von einer ganzen Reihe von Forschern durchgeführt wurde. Auch hier sind die Ergebnisse recht verschieden ausgefallen. Thomsen, Boas, Hjort und Leschly, die 2061 Schwachsinnige untersuchten, konnten die Reaktion in 1,5% nachweisen, bei den Kindern unter zehn Jahren in 3,8%, Rehm bei 46 idiotischen und epileptischen Kindern in 6,5%, Eichelberg und Pförtner bei Idioten und Imbezillen in 5%, Kellner[1]), Clemenz, Brückner und Rautenberg bei 216 erwachsenen Idioten und Epileptikern in 7,4%. Brückner und Clemenz stellten fest, daß von 138 Insassen der Alsterdorfer Anstalten unter zehn Jahren 6 die Reaktion dar-

[1]) Kellner, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns VI, 343.

boten; darunter waren 2, die sie anfangs besaßen, später aber verloren. Auch in weiteren acht Fällen konnte nachgewiesen werden, daß die früher vorhandene Reaktion zwei Jahre später verschwunden war, zum Teil ohne Behandlung. Die beiden Forscher führen noch die von Atwood und Dean gefundenen Zahlen an, 14,7% bzw. 15,4%. Noch höher ist der von Raviart und einer Reihe von Mitarbeitern an 246 Kranken gewonnene Wert von 31%. Lippmann[1]) endlich, dessen Untersuchungen in Uchtspringe und in Dalldorf ausgeführt wurden, erhielt dort 9%, hier 13,2%.

Die Erklärung für diese Unterschiede liegt, abgesehen von den bekannten Tücken der Wassermannschen Reaktion, zunächst in dem verschiedenen Alter der Kranken. Die Zahl der positiven Befunde nimmt, wie die angeführten Erfahrungen dartun, mit den Jahren allmählich ab; in welcher Weise das geschieht, ist noch ganz ungenügend bekannt. Außerdem aber kann es nicht zweifelhaft sein, daß bei der Erbsyphilis die Wassermannsche Reaktion ganz allgemein schwächer auftritt und darum unsicherer wird; es gibt zahlreiche Fälle mit unzweifelhafter Erblues, die keine Reaktion zeigen, vielleicht deswegen, weil der Krankheitsvorgang schon zum Stillstande gekommen ist oder doch die Fähigkeit verloren hat, die reagierenden Stoffe hervorzubringen. So zeigt sich denn, daß einerseits Lues durch die Reaktion in Fällen aufgedeckt wird, in denen keinerlei Krankheitszeichen vorhanden sind, daß aber andererseits das Verfahren versagen kann, wo sichere Anhaltspunkte für eine Erbsyphilis vorliegen. Lippmann fand solche in 31 von 77 Fällen, also in 40%, weit häufiger, als die positive Reaktion. Man wird also dem Schlusse kaum ausweichen können, daß ein sehr erheblicher Teil namentlich der schweren Idiotieformen, wahrscheinlich mindestens ein Drittel oder noch mehr, der Lues seine Entstehung verdanken dürfte. Meine eigenen Erfahrungen scheinen mir durchaus dafür zu sprechen. Aber auch beim Zustandekommen der leichteren Abstufungen des Schwachsinns, der Debilität, der Infantilismen, spielt sicherlich die elterliche Lues eine gewisse Rolle. Während es sich im ersteren Falle um ausgesprochene Krankheitsvorgänge handelt, die störend und zerstörend in die Entwicklung eingreifen, haben wir es hier wohl vielfach mit Keimschädigungen zu tun, die schon vor der Befruchtung die Baustoffe

[1]) Lippmann, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. XXXIX, 81

des künftigen Menschen ungünstig beeinflussen. Diese Vielseitigkeit der Schädigungen und sie do bedingte Mannigfaltigkeit der durch die Erblues erzeugten Krankheitsbilder ist, wie mir scheint, ein Hauptgrund für die Schwierigkeit, das Dunkel zu lichten, das den Ursprung des kindlichen Schwachsinns noch immer umgibt.

Auch der Tuberkulose der Eltern hat man einen schädigenden Einfluß auf die Entwicklung der Frucht zugeschrieben. Tredgold nimmt sie in 34% der von ihm beobachteten Fälle an, Shuttleworth in 28,3%. Bei Hilfsschülern fand Ley in 13,3% Tuberkulose des Vaters, in 8,1% der Mutter; Schlesinger kommt zu der Zahl von 24%. Schott stellte tuberkulöse Erkrankungen der Eltern bei 209 weiblichen Schwachsinnigen in 12,7%, bei 604 männlichen in 11,2% fest. König, der überall Idiotie und zerebrale Kinderlähmung miteinander vergleicht, sah Belastung durch Phthise dort in 13,8%, hier in 14,4%. Es ist kaum möglich, aus solchen Erhebungen ohne Untersuchungen über das Verhalten gleichartiger gesunder Volksschichten irgendwelche Schlüsse zu ziehen. Anzunehmen ist aber wohl, daß tuberkulöse Krankheitsvorgänge hier und da unmittelbar Schwachsinn erzeugen können, am häufigsten Tuberkel, ganz selten auch einmal eine abgeheilte Meningitis. Ferner läßt sich vermuten, daß tuberkulöses Siechtum eines der Eltern zur Zeit der Zeugung die Zusammensetzung der Keimstoffe, bei der Mutter auch die Entwicklung der Frucht zu beeinträchtigen vermag. In erster Linie würden dann etwa Fälle von blastophtorischem oder dystrophischem Infantilismus zu erwarten sein.

Ähnliche Wirkungen könnte die Erschöpfung der Mutter durch zu zahlreiche Geburten ausüben, die man vielfach für die Entstehung des kindlichen Schwachsinns verantwortlich gemacht hat. Wir sind dieser Anschauung schon bei der Besprechung des Mongolismus begegnet. Langdon Down erwähnt, daß die Zahl der Kinder in den Familien der Idioten nach seinen Beobachtungen durchschnittlich 6,9 betrage; Kind gibt sie aus 95 Ehen mit 5,7 an; meine eigenen Feststellungen ergaben 6,1 Kinder für jede Familie. Bei Hilfsschülern fand Ley 7,5% Letztgeborene und 15,6% Spätgeborene aus längeren Kinderreihen; Henneberg stellte fest, daß unter 400 Kindern 39 die letzten und 26 die vorletzten Kinder waren. König sah bei den Idioten 16,9% Spät- und Letztgeborene, bei der Kinderlähmung 10%.

Vix[1]) endlich gibt an, daß von 51 Kindern der Göttinger Hilfsschule 30 am Ende einer langen Geburtenreihe standen und 14 letzte Sprößlinge waren. Auch die Bedeutung dieser Zahlen läßt sich immer nur im Zusammenhalt mit entsprechenden Vergleichswerten aus der gesunden Bevölkerung ermessen. Es ist aber gewiß nicht unwahrscheinlich, daß die Entwicklungsbedingungen durch zahlreiche Geburten verschlechtert werden, zumal sich gleichzeitig auch schon Rückbildungsvorgänge in den elterlichen Keimdrüsen vorbereiten oder vollziehen können. Dystrophischer Infantilismus sowie unvollkommene und verspätete Reifung könnten die Folge sein.

Während der Schwangerschaft sollen gelegentlich Schädigungen und Erkrankungen, aber auch gemütliche Erregungen der Mutter die Entwicklung der Frucht beeinträchtigen. Jedenfalls trifft das für solche Krankheiten zu, die auf die Frucht übertragen werden können. Daß vielleicht auch Stoffwechsel- oder Bakteriengifte, die im Blute der Mutter kreisen, das wachsende Nervengewebe des Kindes nachhaltig zu schädigen vermögen, wurde bei der Besprechung der Hirnverödungen angedeutet. Sehr viel zweifelhafter ist die Rolle der Gemütsbewegungen, die sich wohl bei den meisten Schwangerschaften einmal nachweisen lassen. König führt sie bei den Idioten in 12,3%, bei der Hirnlähmung in 23% der Fälle auf; Schlesinger gibt bei den Hilfsschülern 18% an. Zuzugeben wird sein, daß Kummer, Angst, Not und Sorge die Ernährung und den Schlaf der Mutter stören und auf diese Weise die Entwicklungsbedingungen für die Frucht verschlechtern können. Dasselbe gilt natürlich auch für alle anderen Ursachen, die das Allgemeinbefinden in stärkerem Grade ungünstig beeinflussen.

Namentlich die Littleschen Beobachtungen haben die Aufmerksamkeit weiterhin auf die ursächliche Rolle des Geburtsvorganges gelenkt. Die Frühgeburt, der von manchen Seiten eine Bedeutung für die Entstehung der Idiotie zugeschrieben wurde, ist wohl nur als Ausdruck der Lues zu betrachten, die ihrerseits das Hirn krank macht. Schwere und lange dauernde Geburten, namentlich auch die Anlegung der Zange, bringen ohne Zweifel mancherlei Gefahren für das kindliche Gehirn mit sich. Außer Hirnquetschungen und den schon erwähnten Meningealblutungen kommt besonders

[1]) Vix, Monatsschr. f. Psych. XXIII, Ergh. 159.

die Asphyxie in Betracht. Da diese Zufälle in höherem Maße die Erstgeborenen bedrohen, sollen diese unter den Idioten stärker vertreten sein. Langdon Down gibt an, daß unter 2000 Oligophrenen 24% Erstgeborene gewesen seien; von ihnen waren 40% bei der Geburt asphyktisch gegenüber dem gewöhnlichen Satze von 20%. Ley fand unter den Hilfsschülern 15,6% Erstgeborene, Henneberg 19 unter 400 Kindern, dazu 29 Zweitgeborene. Unter den Idioten Königs befanden sich 17,6%, unter den Fällen von Hirnlähmung 27,1% Erstgeborene, während Fuchs bei letzteren Kranken nur 12% feststellen konnte, Zahlen, die wiederum ohne entsprechende Vergleichswerte schwer zu deuten sind. Über die Häufigkeit von Geburtsschädigungen liegen sehr verschiedene Angaben vor. Tredgold fand sie in 1,5%, Heyn und ebenso Shuttleworth in etwa 6%, Schultze in 15%. Für Hilfsschüler gibt Ley 7,5%, Potpeschnigg 23% an. Stolper berichtet, daß 13,8% Idioten verzögert oder mit Hilfe der Zange geboren werden; Fletcher Beach spricht sogar von 30,7%. König, der sich vielfach mit dieser Frage beschäftigt hat, teilt mit, daß über asphyktische Geburt bei den Idioten in 15%, bei der Hirnlähmung in 11,4% der Fälle berichtet wurde; Fuchs fand Littles Ätiologie bei letzterer Krankheit in 16%.

Bei solchen Angaben ist zu beachten, daß einmal die Abschätzung der Geburtsschädigung, abgesehen von der Anlegung der Zange, ziemlich willkürlich ist; schließlich bringt jede Geburt starke Einwirkungen auf das Kind mit sich, die jedoch in der Regel ohne bleibende Nachteile überwunden werden. Sodann hat König eingehend dargelegt, daß nur selten die Geburtsschädigung als alleinige Ursache der Erkrankung in Betracht kommt, somit ihre wirkliche Bedeutung schwer abgeschätzt werden kann. Vogt ist zu ähnlichen Ergebnissen gelangt. Bei 1100 Fällen von Idiotie, Imbezillität und Epilepsie wurde ihm 47 mal über eine schwere, 11 mal über eine asphyktische und 20 mal über eine Zangengeburt berichtet. Bei genauerer Prüfung zeigte sich jedoch, daß nur 7 mal die schwere Geburt, 4 mal die Asphyxie und 6 mal die Zangengeburt als einzige Ursache gelten konnte; natürlich ist damit die Wirkung unbekannter Einflüsse nicht ausgeschlossen. Vogt ist deswegen, wohl mit Recht, geneigt, sich der schon von Collier und Massalongo geäußerten Ansicht anzuschließen,

daß die ursächliche Bedeutung der Geburtsschädigungen im allgemeinen überschätzt worden sei.

Zu den allerwichtigsten Ursachen des kindlichen Schwachsinns gehören ohne Zweifel die Kinderkrankheiten. In zahlreichen Fällen kündigt sich die Beteiligung des Hirns durch das Auftreten von sogenannten „Zahnkrämpfen" an, denen wir nach meinen Erfahrungen in rund einem Drittel der schwereren Fälle begegnen. Heyn gibt ihre Häufigkeit bei den beiden Geschlechtern auf 26 bzw. 29% an, Vogt bei 140 nicht epileptischen und nicht gelähmten Idioten auf 52 (37,1%), Kleefisch bei 500 nicht epileptischen Idioten auf 32,2%, Shuttleworth auf 14%. Krayatsch erwähnt, daß bei 146 seiner 433 Idioten, also in einem Drittel der Fälle, das Vorkommen von „Eklampsie" in der Kindheit berichtet wurde. Bei Hilfsschülern sind Kinderkrämpfe nach den Angaben von Ley in 38,4%, nach Schlesingers Erhebungen in 15%, nach der Mitteilung von Vogt in 28,5% nachzuweisen.

Die Bedeutung der Zahnkrämpfe kann jedoch offenbar eine sehr verschiedene sein. Zunächst werden Kinder mit leicht erregbarem Gehirn auf im Blute kreisende giftige Stoffe häufig mit Krampferscheinungen antworten, die nur als vorübergehende Reizerscheinungen aufzufassen sind. Namentlich Verdauungsstörungen, aber auch leichtere Infektionen mit Fieber können diese Wirkung haben. Gegenüber diesen verhältnismäßig harmlosen Vorgängen können aber auch meningitische und namentlich encephalitische oder hydrocephalische Erkrankungen die Grundlage der Krämpfe sein und dann schwerere Schädigungen der Hirnrinde nach sich ziehen, die sich unter Umständen nicht wieder ausgleichen. Als Krankheitserreger kommen dabei, abgesehen von Syphilis und Tuberkulose, eine ganze Reihe von Infektionskeimen in Betracht, wie wir sie bei der Besprechung der akuten Encephalitis angeführt haben. Dementsprechend wird uns in der Vorgeschichte unserer Kranken auch vielfach über das Vorkommen von Infektionskrankheiten berichtet, doch haben derartige Zahlen wegen der Häufigkeit der Kinderkrankheiten überhaupt keinen sehr großen Wert; auch können sich Hirnleiden an Infektionen anschließen, die mit wenig auffälligen Allgemeinerscheinungen einsetzen. Nach der Zusammenstellung von Heyn hatten 21,7% seiner männlichen und 38,7% der weiblichen Idioten an einer

Infektionskrankheit gelitten, die in 12,6 bzw. 21,6% von dem behandelnden Arzte geradezu als Ursache der Idiotie angegeben wurde; annähernd ebenso häufig wurde eine solche Krankheit als wahrscheinlicher Ausgangspunkt des Leidens bezeichnet. König konnte bei der Idiotie nur in 3,4%, bei der zerebralen Kinderlähmung in 7,1% Nachrichten über eine voraufgegangene Infektionskrankheit erheben. Bei Hilfsschülern erhielt Ley derartige Angaben in 9,8%, während Schlesinger mitteilt, daß in 76% seiner Fälle Masern, in 40% Keuchhusten, in 22% Diphtherie und in 10% Scharlach überstanden wurden. Bisweilen scheinen derartige Erkrankungen den Ausgangspunkt für eine spätere multiple Sklerose zu bilden. Nicht unerwähnt soll bleiben, daß die Krämpfe der Kinder hier und da auch die Einleitung einer genuinen Epilepsie darstellen.

Das Auftreten von Verdauungsstörungen, die wir nicht selten als die Ursache von Hirnreizerscheinungen, unter Umständen wohl auch von infektiösen Hirnerkrankungen ansehen dürfen, die aber ferner auch den Allgemeinzustand höchst ungünstig beeinflussen können, hängt zum Teil von der Ernährungsweise der Kinder ab. Henneberg hat darüber Erhebungen angestellt. Er fand, daß von 328 Hilfsschülern 146 gestillt und 145 nur mit der Flasche aufgezogen wurden; 37 erhielten Muttermilch und Flasche. Von vielen Seiten wird betont, daß der Ernährungszustand der Hilfsschüler durchschnittlich mäßig ist. Henneberg bezeichnet unter 452 Kindern 76 als unterernährt, 25 als verkümmert, Schlesinger 13% als anämisch; Leubuscher fand 57% unzureichend ernährt.

In einer gewissen Beziehung dazu steht auch wohl die durch zahlreiche Untersuchungen festgestellte Häufigkeit der Rachitis. Schon Bourneville hat darauf hingewiesen; er meinte, daß Idiotie und Rachitis öfters im Anschlusse an Pneumonie oder Darmstörungen einsetzen. Heyn kam zur Annahme von Rachitis bei 46,0% seiner männlichen und 48,4% der weiblichen Idioten; Krayatsch fand sie 80mal bei 433 Kranken. Loose glaubt bei 19% der Idioten, Ziehen bei 8% der Imbezillen an eine ursächliche Rolle der Rachitis. Ihre Häufigkeit bei Hilfsschülern bemißt Ley auf 6,5%, Bayerthal auf 25% gegen 6% bei den übrigen Schülern, Henneberg auf 27,2%, Schlesinger auf 20% gegenüber einer Norm von 5,5%; er gibt an, daß er in der Vorgeschichte ihre Spuren

bei 36% gefunden habe. Die hohe Zahl von 60% verzeichnet Leubuscher, der aber auch schon bei den andern Kindern 30% Rachitis feststellen konnte. Welcher Art die Zusammenhänge zwischen Rachitis und kindlichem Schwachsinn sind, ist noch unklar. Renoult[1]), der bei 430 Kindern von Bourneville's Abteilung 35 mal die Zeichen der Rachitis nachweisen konnte, hält beide Krankheiten für die gemeinsame Folge von Infektionen. Von manchen Seiten werden engere Beziehungen zwischen Rachitis und Hydrocephalus vermutet, von anderen abgelehnt. Gewöhnlich soll die Rachitis nur mit mäßigem Schwachsinn, seltener mit Idiotie einhergehen; es ist ferner zu beachten, daß manche schwer rachitische Kranke auffallend begabt sind.

In vereinzelten Fällen kann auch einmal eine schwere Kopfverletzung mit Blutung oder Zertrümmerung von Hirnrindengewebe einen kindlichen Schwachsinn erzeugen. Heyn fand diese Ursache bei 4,8% seiner männlichen und 3,2% der weiblichen Idioten angegeben, Ley bei etwa 3%, Schlesinger bei 5% der Hilfsschüler. Bei meinen Kranken wurde in 6% darüber berichtet. Ich habe jedoch unter 244 Fällen nur einen einzigen auffinden können, in dem die Vermutung eines ursächlichen Zusammenhanges wirklich gerechtfertigt schien. Kopfverletzungen sind bei Kindern so häufig, ohne nachhaltigere Spuren zu hinterlassen, daß man bei ihrer Beurteilung sehr vorsichtig sein muß.

Daß die Erkrankungen der Blutdrüsen einen höchst ungünstigen Einfluß auf die körperliche und geistige Entwicklung ausüben können, wurde bereits eingehend erörtert. Vielfach handelt es sich dabei wohl um Miß- und Hemmungsbildungen oder im Keime vorbereitete Geschwülste. Es ist aber nicht von der Hand zu weisen, daß die Blutdrüsen auch noch späterhin durch Krankheitsvorgänge geschädigt werden können, in erster Linie durch Infektionen, vielleicht im Zusammenhange mit den bekannten Kinderkrankheiten. Auch an gelegentliche syphilitische und tuberkulöse Zerstörungen wäre zu denken.

Weiterhin wird zugegeben werden müssen, daß Not, kümmerliche Lebensverhältnisse, Verwahrlosung die Entwicklung des unreifen Menschen allgemein ungünstig beeinflussen und jene Zu-

[1]) Renoult, Contribution à l'étude des rapports de l'idiotie et du rachitisme. Thèse. 1902.

stände herbeiführen können, die man als dystrophischen Infantilismus bezeichnet. Es scheint jedoch, daß diese Wirkungen an sich weniger einschneidend sind und sich unter günstigen Bedingungen verhältnismäßig leicht wieder ausgleichen; dagegen ebnen sie natürlich wirksameren Schädlichkeiten den Weg, vor allem den Infektionen, auch der syphilitischen. Nicht zu übersehen ist auch, daß nur allzuoft schon Kinder den Alkoholwirkungen ausgesetzt werden, sei es, daß ihnen der schnapsgetränkte Schnuller zur Beruhigung gereicht wird, sei es, daß man die schwächlichen Geschöpfe mit „stärkendem" Tokayer vergiftet, sei es endlich, daß sie schon früh zur Teilnahme an den alkoholischen Lebensgewohnheiten der Eltern veranlaßt werden.

Die älteren Forscher vertraten vielfach die Ansicht, daß auch der Mangel jeder Erziehung Idiotie bedingen könne. Die ersten planmäßigen Erziehungsversuche unternahm der französische Arzt Itard an dem „Wilden von Aveyron", einem Knaben, der in der Wildnis aufgefunden worden war, und dessen geistige Schwäche man auf das Fehlen jeglicher menschlicher Beeinflussung zurückführte. Da indessen die Bemühungen Itards nur sehr wenig Erfolg hatten, kann nicht bezweifelt werden, daß jener und ebenso eine Reihe anderer, neuerdings wieder von Weygandt zusammengestellter Fälle von verwilderten, geistig verkümmerten Kindern, die gelegentlich fern von menschlicher Umgebung aufgegriffen wurden (Raubers „Homo sapiens ferus"), krankhafte Wesen betrafen, die wegen ihrer Mängel ausgesetzt wurden oder davonliefen, nicht aber durch die Vereinsamung erkrankten. Auch der Abschluß des Seelenlebens von den Bildungsmöglichkeiten durch den Ausfall des Gesichts und Gehörs oder beider Sinne erzeugt für sich allein keinen Zustand, der demjenigen des Idioten entspricht. Allerdings wird die Schädigung, die den Sinnesmangel bedingt, häufig genug zugleich auch das Gehirn in Mitleidenschaft ziehen und somit geistige Schwäche bedingen. Wo das aber nicht der Fall ist, bleibt, im Gegensatz zur Oligophrenie, die Bildungsfähigkeit vollkommen erhalten, mag auch zunächst die geistige Entwicklung noch so tief stehen. Die leuchtenden Beispiele von Laura Bridgeman und Helen Keller, denen sich noch viele ähnliche anreihen, zeigen deutlich, daß selbst bei den Taubstummblinden eine reiche Befähigung vorhanden sein kann, die nur der geduldigen Erziehung

durch besondere, der Sachlage angepaßte Hilfsmittel bedarf, um eine den Durchschnitt vollkommen erreichende und sogar überragende Ausbildung zu erlangen. Wenn demgegenüber ein nicht geringer Teil schon der einfach Taubstummen als schwachsinnig bezeichnet werden muß, so liegt der Grund dafür ohne Zweifel nicht in dem Sinnesmangel, sondern lediglich in den begleitenden Hirnschädigungen. Man wird sich dabei erinnern, daß die Taubstummheit gelegentlich durch die Lues hervorgerufen wird, und daß andererseits die Erkrankungen des Mittelohres sich leicht auf die benachbarten Hirnhäute fortsetzen.

Für die hier behandelten Fragen will es daher wohl nicht viel besagen, wenn Schlesinger angibt, daß 79% seiner Hilfsschüler den niederen Ständen entstammten, oder wenn Leubuscher anführt, daß 25% ohne elterliche Aufsicht waren. Auch das Verhältnis der unehelichen Kinder unter den Hilfsschülern ist nicht besonders hoch, nach Ley nur 3,2%, nach Schlesingers Angaben 9%. Unter den Oligophrenen in den preußischen Anstalten waren sie mit 7,9% vertreten; Heyn fand unter den von ihm untersuchten männlichen Idioten 12%, unter den weiblichen 10,5%. Dabei ist noch zu berücksichtigen, daß bei den unehelich Geborenen häufig schon die erbliche Veranlagung ungünstig ist und zudem der Alkohol vielfach eine keimschädigende Rolle spielt. Über den Unterschied zwischen Stadt und Land erfahren wir aus den Untersuchungen von Blezinger, die sich auf 6900 Schulkinder erstreckten, daß in der Stadt durchschnittlich mehr geistig unzulängliche Schüler gefunden wurden, als auf dem Lande. Unter meinen männlichen Kranken stammten vom Lande oder aus kleinen Städten 53,7%, aus München 37,5%, aus anderen Großstädten 8,8%; die entsprechenden Zahlen für die Frauen sind 55,5%, 40,7% und 3,8%. Im Vergleiche mit unseren früheren derartigen Feststellungen bei Hysterischen und Psychopathen ist die kleine Zahl der aus anderen Großstädten zugezogenen Kranken bemerkenswert, ein Beweis für ihre geringe Beweglichkeit und Unternehmungslust. Bei den weiblichen Kranken ist die große Zahl der Münchenerinnen auffallend und wohl in gleichem Sinne zu deuten. Von den Männern zieht immerhin ein erheblicher Teil aus der ländlichen Umgegend als Tagelöhner, Knechte, Gelegenheitsarbeiter in die Stadt, um dann hier Schiffbruch zu erleiden und in ärztliche Hände zu geraten, oft

unter dem Einflusse des Alkohols. Wahl hat in den französischen Hafenstädten eine besondere Häufung abnormer Kinder angetroffen; er macht dafür das Zusammenwirken von Lues, Alkohol und Tuberkulose, weiterhin auch von Malaria und Dysenterie verantwortlich. —

Eine Umgrenzung der Oligophrenien ist insofern nicht gut möglich, als sich der Inhalt dieses Begriffes aus völlig verschiedenen Bestandteilen zusammensetzt. Will man zu einer einheitlichen Auffassung kommen, so wären jedenfalls zunächst alle durch äußere Einflüsse erzeugten Krankheitsvorgänge aus dem Rahmen auszuscheiden. Den Rest würden die einfachen Entwicklungshemmungen bilden, unter denen sich dann wieder nach ihrer Verursachung durch erbliche Entartung und durch Keimschädigung zwei Gruppen auseinanderhalten ließen. Freilich ist zurzeit für den einzelnen Fall an diese Abtrennung noch weniger zu denken, als an jene erste Ausscheidung. Ein Zwischengebiet würden diejenigen Formen bilden, in denen das Gehirn nicht unmittelbar von den Entwicklungsstörungen betroffen, sondern erst in zweiter Linie durch Veränderungen in anderen Körperabschnitten geschädigt wird. Dahin würden die dysadenoiden und die durch Verkümmerung der Gefäßanlage hervorgerufenen Schwachsinnszustände gehören, die sich allerdings vielfach mit Entwicklungshemmungen des Gehirns zu verbinden scheinen. Es muß der Zukunft überlassen bleiben, festzustellen, wieweit es möglich sein wird, diese begrifflichen Trennungen bei der klinischen Betrachtungsweise zu verwerten.

Zur Gesundheitsbreite führen von den kindlichen Schwachsinnsformen selbstverständlich schwimmende Grenzen. Einmal wird die Bestimmung des Punktes willkürlich sein, an dem die Verzögerung der geistigen Entwicklung krankhaft zu werden beginnt. Immerhin haben die nach dem Verfahren von Binet-Simon durchgeführten Untersuchungen die einleuchtende Tatsache ergeben, daß die persönlichen Unterschiede in der geistigen Leistungsfähigkeit mit dem Alter rasch wachsen. Ein Zurückbleiben wird demnach um so stärker als krankhaft bewertet werden müssen, je früher es auffällig wird. Um so begründeter wird auch die Vermutung sein, daß die volle Höhe der gesunden Entwicklung überhaupt nicht erreicht wird, auch verspätet nicht. Als Maßstab wird etwa der durchschnittliche geistige Zustand Gesunder nach Abschluß der Ge-

schlechtsentwicklung, zu Beginn der zwanziger Jahre, angenommen werden dürfen. Wer in seinem Denken, Fühlen und Handeln diesen Grad der Reife niemals erlangt, darf als schwachsinnig angesehen werden.

Die diagnostische Aufgabe des Arztes auf unserem Gebiete wird nach Möglichkeit immer auf die Erkennung der Krankheitsgrundlagen gerichtet sein, um damit Anhaltspunkte für die Beurteilung der Prognose, unter Umständen auch für die Behandlung zu gewinnen. Zu diesem Zwecke wäre zunächst Entwicklung und bisheriger Verlauf des Leidens ins Auge zu fassen. Von Bedeutung ist vor allem die Feststellung, ob der krankhafte Zustand angeboren ist oder späterhin erworben wurde. Wo auffallende körperliche Begleiterscheinungen schon bei der Geburt erkennbar waren, ist die Entscheidung leicht; dagegen stößt die Erkennung psychischer Abweichungen bei dem unentwickelten Seelenleben des Säuglings vorerst auf Schwierigkeiten. Erfahrene Mütter pflegen indessen ziemlich bald zu bemerken, daß sich das idiotische Kind anders benimmt, als es seine gesunden Geschwister taten, wenn sie auch zunächst noch keine Besorgnisse hegen. Die Kinder bleiben auffallend stumpf, folgen nicht mit den Blicken, lächeln und weinen nicht, verraten kein Unbehagen beim Naßliegen oder beim Hunger, keine Freude bei den Vorbereitungen zur Nahrungsaufnahme, kennen das Antlitz und die Stimme der Mutter nicht, dämmern teilnahmlos dahin. Sie sind ungeschickt beim Saugen, zeigen dabei weder Eifer noch Befriedigung, behalten die fötale Gliederstellung bei, spielen nicht mit ihren Gliedern, machen keine Versuche, zu greifen, sich aufzurichten, zu kriechen. Andere sind dauernd erregt, schreien Tag und Nacht, können auf keine Weise beruhigt werden, beschäftigen sich viel mit ihren Genitalien. Durch diese und andere Zeichen wird es immer deutlicher, daß die krankhafte Störung schon von Geburt an bestand. War die Geburt selbst leicht, so wird man die Entstehungszeit in das Fötalleben zurückverlegen können; im anderen Falle ist zu erwägen, ob eine Geburtsschädigung wahrscheinlich ist. Diese Frage wird nur dann zu bejahen sein, wenn Lähmung oder spastische Starre bestand, namentlich wenn diese Störungen sich rasch wieder zurückbilden.

Über die Art der angeborenen Störung können bis zu einem gewissen Grade die körperlichen Begleiterscheinungen Aufschluß

geben. Lähmungen und Spasmen deuten auf encephalitische, endarteriitische, seltener hydrocephalische Erkrankungen hin, von denen letztere sich sofort oder bald durch die Schädelform bemerkbar machen. Mikrocephalie wird gewöhnlich auf gröbere Zerstörungen zu beziehen sein, besonders wenn sie mit Lähmungen einhergeht; sonst kann es sich auch wohl um eine Entwicklungshemmung handeln. Für die letztere Annahme spricht allgemein das Vorkommen anderweitiger körperlicher Verbildungen. An fötale Vergiftungen kann bei einfachem Schwachsinn ohne Herderscheinungen oder Entartungszeichen gedacht werden. Mangelhafte Gesamtreife wird die Vermutung des Infantilismus stützen können, während sich die dysadenoiden Erkrankungen, soweit sie schon vor der Geburt auftreten, durch die ihnen eigentümlichen Begleiterscheinungen ankündigen. Auch der Mongolismus und die tuberöse Sklerose sind unter Umständen schon jetzt erkennbar, ersterer an dem eigentümlichen Gesichtsschnitt, letztere an den begleitenden Hautveränderungen.

Fehlen in der frühesten Lebenszeit alle Anzeichen, die auf eine krankhafte Störung schließen lassen, so wird die erste wahrnehmbare Abweichung mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit als der wirkliche Beginn des Leidens angesehen werden dürfen. Ohne weiteres einleuchtend ist das, wo sie sich nach einer Infektionskrankheit oder unter Fiebererscheinungen einstellt. Hier wird mit akuten meningitischen, encephalitischen oder hydrocephalischen Veränderungen zu rechnen sein, doch kann es sich wohl auch um einfache Vergiftungen handeln, ebenso beim Auftreten von epileptiformen Anfällen ohne Fieber und ohne schwerere Folgezustände. Krämpfe mit oder ohne Fieber, die sich mit Pausen wiederholen und leichtere oder schwerere Lähmungen oder Spasmen hinterlassen, müssen den Verdacht auf chronisch-entzündliche Erkrankungen, in erster Linie auf Lues, erwecken, namentlich wenn ihnen schon schleichende Zustandsveränderungen voraufgegangen sind und der Verlauf im allgemeinen fortschreitet. Man wird hier versuchen müssen, durch genaue Erhebung der Vorgeschichte wie durch Untersuchung des Blutes und der Spinalflüssigkeit bei den Kranken und ihren Angehörigen die Frage der Lues zu klären, doch ist es aus den früher erörterten Gründen vielfach unmöglich, zu einer sicheren Entscheidung zu gelangen. Daß sich im Laufe der ersten

Lebensjahre die Eigentümlichkeiten des Mongolismus, der tuberösen Sklerose, der Infantilismen und der dysadenoiden Erkrankungen allmählich deutlicher herauszubilden pflegen, soll hier kurz erwähnt werden.

Von den Krankheitsbegriffen, mit denen wir es in der Lehre von den kindlichen Schwachsinnszuständen zu tun haben, bedürfen einige noch einer näheren Erläuterung. Zunächst ist festzustellen, daß, wie schon Freud betont hat, die zerebrale Kinderlähmung keinen einheitlichen Krankheitsbegriff darstellt. Sie kann die im wesentlichen unveränderliche Folge einer durch diese oder jene Krankheitserreger erzeugten akuten Encephalitis oder einer abgelaufenen „lobären Sklerose" sein, die ihrerseits wieder am häufigsten aus einer alten Gefäßverlegung hervorgehen dürfte. Sodann kann die Kinderlähmung in schleichender oder plötzlicher Ausbildung und mit schwankendem, meist fortschreitendem Verlaufe durch eine chronische, meist syphilitische Meningoencephalitis oder Endarteriitis bedingt werden. Endlich sind manche Fälle auf Entwicklungshemmungen zurückzuführen, die allerdings wohl in der Regel auch mit Gefäßerkrankungen einhergehen. Der Leichenbefund kann demnach ein überraschend verschiedener sein. Während man im letzteren Falle mehr oder weniger hochgradige Verbildungen des Hirns auffindet, stößt man in den anderen auf Zysten, Sklerosen, porencephalische Zerstörungen, Mikrogyrie.

Ein zweiter vieldeutiger Sammelbegriff ist derjenige der epileptischen Idiotie. Da man zunächst geneigt war, die mit epileptischen Anfällen einhergehenden Erkrankungen einheitlich zusammenzufassen, wurden die entsprechenden Idiotieformen als Ausdruck derselben Krankheitsvorgänge angesehen, die der genuinen Epilepsie zugrunde liegen. Wir haben oben schon Perusinis Ansicht erwähnt, daß tuberöse Sklerose und Epilepsie nur verschiedene Gestaltungen des gleichen Leidens seien. Ähnlich hat Marie die Meinung ausgesprochen, daß die Epilepsie allgemein nur eine Erscheinungsform der „cerebralen Kinderlähmung ohne Lähmung" darstelle; dieselbe Erkrankung sollte je nach ihrem Sitze Lähmung oder Krämpfe verursachen. Die Erfahrung und namentlich die anatomische Durchforschung hat gelehrt, daß ausgeprägte epileptische Anfälle durchaus nicht selten bei Erkrankungen vorkommen, die mit der

genuinen Epilepsie gar nichts zu tun haben, so bei der akuten und chronischen Encephalitis, beim Hydrocephalus, bei schweren Bildungshemmungen, beim Status verrucosus deformis, bei der tuberösen und lobären Sklerose. Die Berücksichtigung dieser Tatsachen führt uns zu demselben Schlusse, der sich uns schon früher aufgedrängt hatte, daß epileptische Anfälle eine verbreitete Reaktionsform des Gehirns auf die verschiedensten Schädlichkeiten sind und an sich nicht zur Annahme eines bestimmten Krankheitsvorganges berechtigen. Wie es scheint, ist es vorderhand namentlich das Auftreten psychischer Äquivalente und ferner die Entwicklung eines eigentümlichen, sich ganz allmählich herausbildenden, meist nicht allzu hochgradigen Schwachsinns, die es uns erlauben, die genuine Epilepsie von den übrigen angeführten Krankheitsformen abzugrenzen. Man darf aber wohl hoffen, daß eine genauere Durchforschung der Stoffwechselstörungen uns mit der Zeit noch weitere Anhaltspunkte für die Unterscheidung liefern wird.

Daß auch der Infantilismus eine Reihe ganz verschiedenartiger Zustände umfaßt, wurde bereits erörtert. Hier soll nur noch nachgetragen werden, daß es Krankheitsbilder gibt, die trotz äußerlicher Ähnlichkeit doch von den Infantilismen abgetrennt werden müssen. Dahin gehört zunächst der reine Zwergwuchs (Nanosomie, „Typus Paltauf"). Er ist durch Kleinheit aller Körperteile unter Beibehaltung der dem Alter entsprechenden gegenseitigen Verhältnisse gekennzeichnet; wir haben es mit der verkleinerten Ausgabe eines Erwachsenen, nicht mit dem Zurückbleiben auf kindlicher Entwicklungsstufe zu tun. Ein wesentlich anderes Bild bietet jene Form des Zwergwuchses dar, die man als Chondrodystrophie (Kaufmann) oder Mikromelie (Kassowitz) zu bezeichnen pflegt. Hier handelt es sich lediglich um eine starke Verkürzung der Glieder, während Rumpf und Kopf normale Größe aufweisen. Endlich wäre etwa noch auf die rachitischen Zwerge hinzuweisen, deren Kleinheit nur durch Knochenverbildungen und Rückgratverkrümmungen bedingt ist. Bei allen diesen Zuständen kann die geistige Ausbildung vollkommen ungestört sein.

Von Erkrankungsformen, mit denen die Oligophrenien verwechselt werden könnten, wäre nur etwa die Dementia praecox und die Paralyse anzuführen. Die Gesichtspunkte, welche die Unterscheidung von ersterer ermöglichen, sind früher bereits auseinandergesetzt

worden. Für die Annahme einer Dementia praecox spricht wesentlich der Umstand, daß Reste früherer höherer geistiger Ausbildung vorhanden sind, die in dem gegenwärtig bestehenden Zustande unmöglich erworben werden konnten. Ferner fällt ins Gewicht, daß wegen der selbständigen Willensstörungen das Können stärker beeinträchtigt wird, als das Wissen; dazu kommen dann in der Regel noch diese oder jene, dem Leiden eigentümlichen Krankheitszeichen. Diese letzteren werden erhöhte Bedeutung in den vereinzelten Fällen erlangen, in denen die Dementia praecox so früh einsetzt, daß sich das angeführte Mißverhältnis noch nicht herausbilden konnte. Allerdings ist bei der Beurteilung große Vorsicht geboten. Plaskuda[1]) hat festgestellt, daß sich bei 60% der tiefstehenden Idioten sogenannte „katatonische" Erscheinungen, Katalepsie, Befehlsautomatie, Stereotypen, nachweisen lassen. Sicherlich ist die ganz überwiegende Mehrzahl dieser Störungen für die hier besprochene Unterscheidung belanglos. Da es aber unzweifelhaft hier und da kindliche Verblödungen gibt, die der Dementia praecox angehören, wird man, wie ich glaube, namentlich das Auftreten des Negativismus, des triebartigen Widerstrebens ohne Gemütsbewegungen, und der Manieriertheit für verdächtig halten müssen. Von den „Stereotypen" haben die oben geschilderten rhythmischen Bewegungen offenbar eine ganz andere Bedeutung, als die einförmig wiederkehrenden absonderlichen Gebärden der Katatoniker. Allerdings sieht man bei tiefer katatonischer Verblödung gelegentlich auch jene ersteren sich entwickeln. Andererseits beobachtete ich einen anscheinenden Idioten, der die Gewohnheit hatte, immer wieder mit der Gabel auf den Teller zu stoßen, seinen Hut zu schwenken, den Bissen beim Essen stets von neuem einzutauchen, an seinem Brötchen herumzuschaben, alles 20—30 mal. Die Übereinstimmung mit den stereotypen Manieren der Schizophrenen war so einleuchtend, daß die klinische Deutung kaum zweifelhaft sein konnte.

Die juvenile Paralyse ist gegenüber den hier besprochenen Krankheitsformen zunächst durch ihr spätes Auftreten um das 10. Lebensjahr herum gekennzeichnet, doch kann diese Eigentümlichkeit durch voraufgehende hirnsyphilitische Krankheitserscheinungen verwischt werden. Sodann aber wird die Ausbildung der

[1]) Plaskuda, Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. IV, 399.

Sprachstörung und der reflektorischen Pupillenstarre unter fortschreitendem geistigem Rückgange den Verdacht der Paralyse erwecken müssen, dessen Berechtigung die Untersuchung des Blutes und der Spinalflüssigkeit erweisen muß. Die schon an anderer Stelle kurz dargestellte kindliche Hirnsyphilis haben wir hier überall noch mit ins Auge fassen müssen, weil sich die Ausdehnung ihres Gebietes zurzeit noch nicht sicher umgrenzen läßt; auf welche Gründe sich die Annahme eines syphilitischen Ursprungs für die einzelnen Krankheitsbilder stützt, wurde bei der Ursachenlehre eingehend erörtert.

Die häufige Verbindung oligophrener Verstandesschwäche mit psychopathischen Unzulänglichkeiten auf anderen Seelengebieten bringt es mit sich, daß es weite Zwischengebiete gibt, deren Zuteilung zu der einen oder anderen Krankheitsgruppe ziemlich willkürlich erscheint. Alle Spielarten der psychopathischen Veranlagung, die Hysterie, das manisch-depressive Irresein, die Paranoia, können mit Schwachsinn einhergehen. In der Regel handelt es sich dabei allerdings nur um leichtere Verstandesmängel, weil eine höhergradige geistige Verkümmerung die Reichhaltigkeit der Krankheitsbilder immer mehr einschränkt. Ob man dann im einzelnen Falle von einem schwachsinnigen Psychopathen oder von einem Schwachsinnigen mit psychopathischen Zügen spricht, wird von dem Überwiegen der einen oder der anderen Gruppe von Störungen abhängen, aber ohne grundsätzliche Bedeutung sein.

Die Abschätzung des Grades[1]), den der Schwachsinn im einzelnen Falle erreicht, ist nach den verschiedensten Richtungen hin von großer Bedeutung, zunächst für die Behandlung der Kinder in der Schule, sodann für ihre Berufswahl, die Verwendbarkeit im Leben, für ihre militärische Diensttauglichkeit, ihre Geschäftsfähigkeit und Verantwortlichkeit. Einen gewissen Maßstab gewährt schon ihr Verhalten und Fortkommen in der Schule. Allein die Ergebnisse des Unterrichts sind, wie schon erwähnt, nicht immer geeignet, ein klares Bild von der wirklichen Befähigung zu liefern. Schwerfälligkeit, Ablenkbarkeit, Abneigung gegen den Schulbetrieb, psychopathische Eigenschaften, einseitige Begabung, späte Entwicklung und manche andere Ursachen können Verstandesmängel

[1]) Laquer, Die ärztliche Feststellung der verschiedenen Formen des Schwachsinns in den ersten Schuljahren, 2. Aufl. 1909.

vortäuschen oder größer erscheinen lassen, während umgekehrt schmiegsamer Fleiß und zuverlässiges Gedächtnis manche Unzulänglichkeit der Begriffsbildung und des Urteils zu verdecken imstande sind. Den wirklichen Prüfstein bildet daher bei leichteren Schwachsinnsformen immer erst die Bewährung im praktischen Leben. Man wird nicht selten finden, daß dem äußerst geringen Wissen ein erheblich besseres Können gegenübersteht; wo das umgekehrte Verhältnis sehr deutlich hervortritt, wird immer der Verdacht einer schizophrenen Erkrankung erwogen werden müssen. Allerdings fehlt uns im Leben die Möglichkeit, die Abstufungen der Tauglichkeit derart festzulegen, wie es die Schule mit ihren Noten tut.

Es ist das große Verdienst von Binet und Simon[1]), durch umfangreiche Untersuchungen die Grundlagen für eine zahlenmäßige Bestimmung der geistigen Leistungsfähigkeit auf den Altersstufen zwischen 3 und etwa 12 Jahren geliefert zu haben. Indem sie zahlreichen Kindern sorgfältig ausgewählte, nach ihrer Schwierigkeit abgestufte Aufgaben vorlegten, konnten sie feststellen, welche dieser Proben durchschnittlich in den einzelnen Jahrgängen bestanden wurden. Damit ist der Maßstab für die Beurteilung gegeben. Jedes Kind, dessen Antworten hinter dem Durchschnitte zurückbleiben, wird in dasjenige „Intelligenzalter" eingereiht, dem seine Antworten entsprechen, und die Zahl der Jahre, um die sein Intelligenzalter hinter dem Lebensalter zurückbleibt, zeigt den Grad seiner Verstandesschwäche an.

Die Ergebnisse solcher Prüfungen hängen in erster Linie von der Art ihrer Ausführung ab; sie erfordern jedenfalls sehr viel Erfahrung und Geduld. Vor allem ist es notwendig, alle Fehlerquellen zu berücksichtigen, die bei abnormen Kindern die Beurteilung ihres geistigen Lebens so sehr erschweren. Viele Kinder sind scheu, ängstlich, verschlossen, trotzig und geben daher ungenügende oder verkehrte Antworten, wenn es nicht gelingt, durch freundliches, ruhiges Entgegenkommen ihr Zutrauen zu gewinnen und sie zu unbefangenem Reden zu bringen. Andere sind quirlig, ablenkbar, reden drauf los,

[1]) Binet et Simon, L'année psychologique XV, 1; Binet, ebenda XVII, 145; Bobertag, Zeitschr. f. angew. Psychol. V, 105; Chotzen, ebenda VI, 411; Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendlichen Schwachsinns VI, 401; Jaspers, Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. I, 401 (Sammelreferat); Stern, Die psychologischen Methoden der Intelligenzprüfung und deren Anwendung an Schulkindern. 1912.

ohne die Aufgabe erfaßt zu haben und sich näher mit ihr zu beschäftigen. Es ist daher zweckmäßig, der Untersuchung die Form eines Spieles zu geben, das einerseits die gemütlichen Hemmungen verscheucht, andererseits das Interesse des Kindes zu fesseln vermag. Die Fragestellungen und notwendigen Erläuterungen müssen möglichst einfach und eindringlich zugleich sein und immer mit denselben, genau gewählten Worten gegeben werden, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu sichern. Die Aufmerksamkeit muß durch Aufforderungen möglichst auf der Höhe gehalten werden; Ermüdungserscheinungen sind durch Einschieben kurzer Pausen auszugleichen. Ablenkung durch Störungen, ungewohnte, fremdartige Umgebung, die Gegenwart unbeteiligter Personen sind streng zu vermeiden. Binet-Simon und Bobertag geben über diese Vorsichtsmaßregeln genaue Anweisungen.

Bei der Auswahl der für diese Prüfungen benutzten Gegenstände, Bilder, Sätze und Textstücke wird man sich am besten an bestimmte, einmal gebräuchliche Muster[1]) halten, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse nach Möglichkeit zu sichern. Die Aufgaben („tests"), die von Binet mit bemerkenswerter Unbefangenheit ausgewählt wurden und deshalb ganz bunt zusammengewürfelt erscheinen, zerfallen allgemein in zwei Hauptgruppen. Die ersten, die Bobertag die „pädagogischen" nennt, stehen in Beziehung zu dem Erwerben von Kenntnissen und Fertigkeiten durch Unterricht und Anleitung, während die zweite, „psychologische" Gruppe sich mehr an die natürlichen Fähigkeiten wendet. Letztere ist insofern wertvoller, als bei ihr der Einfluß der genossenen Erziehung nicht ins Gewicht fällt. Aber auch die ersteren geben deswegen doch auch ein Bild von der vorhandenen Anlage, weil von ihr unter unseren Lebensbedingungen zum guten Teil der Erfolg der äußeren Anweisungen abhängt. Bei manchen Aufgaben lassen sich auch beide Einflüsse nicht scharf voneinander trennen. Die gestellten Aufgaben sind ungemein verschieden, Auffassung, Unterscheidung, Gedächtnisleistungen, alltägliche Kenntnisse, Begriffsbestimmungen,

---

[1]) Sie sind nebst einer kurzen Anleitung von dem Institut für angewandte Psychologie und psychologische Sammelforschung in Klein-Glienicke bei Potsdam, Wannseestraße, zu beziehen. Weygandt hat einen Prüfungskasten für die Untersuchung Schwachsinniger zusammengestellt, der eine große Zahl dafür geeigneter Gegenstände enthält (Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. IV, 363).

Urteile, Rechenaufgaben, Nachsprechen, Nachzeichnen, Erzählen, Sätzebilden, Reimen usf. Gerade wegen dieser Vielseitigkeit geben sie, wie es scheint, ein leidlich zutreffendes Bild von der gesamten geistigen Leistungsfähigkeit der untersuchten Kinder. Da die Zuteilung der Proben an die einzelnen Altersstufen lediglich nach den gesammelten Erfahrungen geschah, ist sie erst ganz allmählich einigermaßen festgelegt worden. Binet hat die Stellung der Aufgaben in der Jahresordnung so lange geändert, bis sie den tatsächlichen Leistungen möglichst genau angepaßt erschien, und er hat weniger brauchbare Prüfungsarbeiten immer wieder durch zweckmäßigere zu ersetzen gesucht.

Die letzte Form, in die Binet sein Verfahren gebracht hat, ist in den Grundzügen folgende. Er verlangt:

Mit 3 Jahren:

1. Mund, Nase, Auge auf Aufforderung zeigen.
2. Familiennamen angeben.
3. Zwei einstellige Zahlen nachsprechen.
4. Einen Satz mit 6 Silben nachsprechen.
5. Auf Bildern die einzelnen dargestellten Gegenstände nennen.

Mit 4 Jahren:

1. Vorgezeigte bekannte Gegenstände benennen (Messer, Schlüssel, Münze).
2. Drei vorgesprochene Zahlen wiederholen.
3. Das eigene Geschlecht angeben.
4. Von zwei untereinander gezeichneten Linien die längere herausfinden.

Mit 5 Jahren:

1. Von zwei gleich großen, sehr verschieden schweren Pappkästchen das schwerere herausfinden.
2. Einen Satz von 10 Silben nachsprechen.
3. Vier Gegenstände (Münzen) abzählen.
4. Ein Quadrat mit Tinte und Feder abzeichnen.
5. Ein diagonal in zwei Teile zerschnittenes Rechteck richtig zusammensetzen.

Mit 6 Jahren:

1. Vor- und Nachmittag unterscheiden.
2. Auf dem Bilde hübsche und häßliche Gesichter unterscheiden.
3. Den Zweck von gebräuchlichen Gegenständen angeben.
4. Dreizehn gleichartige Münzen abzählen.
5. Einen Rhombus abzeichnen.

Mit 7 Jahren:

1. Rechts und links unterscheiden.
2. Drei gleichzeitig gegebene, einfache Aufträge (Buch auf den Tisch legen, Türe öffnen, Stuhl holen u. dgl.) ausführen.

3. Einen bildlich dargestellten Vorgang beschreiben.
4. Neun ungleichartige Münzen zusammenzählen.
5. Vier Farben benennen.

Mit 8 Jahren:

1. Lücken in Zeichnungen (Fehlen der Nase, der Augen, der Arme) bemerken.
2. Fünf Zahlen nachsprechen.
3. Von 20—0 rückwärts zählen.
4. In Gedanken bekannte Gegenstände (Schmetterling — Fliege, Holz — Glas, Fleisch — Knochen) vergleichen.
5. Das vollständige Datum angeben.

Mit 9 Jahren:

1. Zu Sachvorstellungen (Rose und Veilchen, Hund und Katze) den Oberbegriff finden.
2. Herausgeben auf ein Geldstück.
3. Benennen aller Münzen.
4. Aufsagen der Monate.
5. Entschlüsse in einfachen Lebenslagen fassen (was tut man, wenn man den Zug verpaßt, etwas zerschlagen hat, zu spät zur Schule kommt?).

Mit 10 Jahren:

1. Fünf abgestufte, gleich aussehende Gewichte nach der Schwere ordnen.
2. Beurteilung schwierigerer Lebensverhältnisse (was tut man, wenn man von einem Freunde aus Versehen geschlagen wird, wenn man Wichtiges unternehmen will, über jemanden gefragt wird, den man wenig kennt? Inwiefern kann Zorn eine böse Tat entschuldigen? Warum soll man Menschen nach ihren Taten, nicht nach ihren Worten beurteilen?)
3. Drei gegebene Worte in zwei Sätzen unterbringen.
4. Zeichnungen aus dem Gedächtnis wiedergeben.
5. Widersprüche in unsinnigen Aussagen auffinden.

Mit 11 und Jahren:

1. Drei Worte in einem Satze unterbringen.
2. In drei Minuten mehr als 60 Worte finden.
3. Den Inhalt von Begriffen (Neid, Mitleid, Gerechtigkeit) erklären.
4. Durcheinandergeworfene Worte eines Satzes richtig ordnen.
5. Bei Linienpaaren mit stetig abnehmendem Längenunterschiede den Gleichheitspunkt richtig erkennen.

Die Nachprüfung des Binetschen Verfahrens, die im ganzen dessen Brauchbarkeit gezeigt hat, veranlaßte Bobertag dazu, einige Änderungen vorzuschlagen. Sie sind in der folgenden Übersicht enthalten, in der die von Binet-Simon verwendeten Proben (B-S) für die einzelnen Jahre mit ihren Ordnungsnummern genannt sind.

5 J: B-S 5 J, 2, 3 und 4; B-S 6 J, 3; dazu neu: vier Zahlen wiederholen.
6 J: B-S 5 J, 5; B-S 6 J, 2; B-S 7 J, 2 und 3; dazu: einen Satz von 16 Silben nachsprechen.

7 J: B-S 6 J, 5; B-S 7 J, 1; B-S 8 J, 1 und 2; B-S 9 J, 3 (eingeschränkt auf die Münzen von 1 Pf. bis 1 M.).
8 J: B-S 7 J, 5; B-S 8 J, 3 und 4; B-S 9 J, 5; dazu: aus einem vorgelesenen kurzen Text einen Hauptpunkt wiedergeben.
9 J: B-S 8 J, 5; B-S 9 J, 1 und 2; B-S 10 J, 1; dazu die Erklärung eines Bildes mit Ausfragen.
10 J: B-S 9 J, 3; B-S 10 J, 3; dazu: aus einem gelesenen Text 6 Hauptpunkte wiedergeben, einen Satz von 26 Silben und endlich 6 Zahlen nachsprechen.
11 und 12 J: B-S 10 J, 2 und 5; B-S 11 und 12 J, 1, 3 und 4; dazu Finden von Reimen, Ergänzung eines lückenhaften Textes nach Ebbinghaus, endlich Erklärung eines Bildes ohne Nachhilfe.

Die hier von Bobertag und ebenso früher von Binet selbst vorgenommenen Verschiebungen der Proben von einer Altersstufe zur anderen weisen darauf hin, daß von einer strengen Bindung an ein bestimmtes Lebensjahr nicht die Rede sein kann. Wie man von vornherein erwarten konnte, ist vielmehr die Sachlage die, daß jede Aufgabe zunächst von einigen Kindern irgendeines Jahrganges gelöst wird, im nächsten vielleicht schon von der Mehrzahl und endlich von allen. Für jede Probe besteht daher eine Streuung der befriedigenden Leistungen über einige Jahrgänge; sie ist für die abnormen Kinder mit ihrer ungleichmäßigeren, vielfach verzögerten Entwicklung größer, als für gesunde. Um daher das Intelligenzalter eines Kindes zu ermitteln, wird man mit den Aufgaben früherer Altersklassen beginnen und diejenige Stufe ermitteln, deren Proben sämtlich bestanden werden. Binet hat allerdings, um zufälligem Zurückbleiben auf einem Gebiete kein zu großes Gewicht einzuräumen, das Versagen bei einer Aufgabe unberücksichtigt gelassen. Da sich aber zeigt, daß über die so gefundene Stufe hinaus in der Regel noch einzelne Aufgaben späterer Jahre gelöst werden, so werden je fünf solcher Lösungen wieder zu einem Jahresabschnitte zusammengefaßt, um den sich dann das Intelligenzalter erhöht.

Eine wesentliche Schwierigkeit für die Beurteilung bietet der Umstand, daß wir es bei dem Ausfalle der angestellten Proben nicht immer einfach mit positiven und negativen Werten, sondern mit allen möglichen Zwischenstufen zu tun haben; die begangenen Fehler können sehr groß, aber auch ganz unbedeutend sein. Das einzige, allerdings ziemlich rohe Auskunftsmittel ist bisher eine gewisse Verständigung über die Bewertung der einzelnen Fehl-

leistungen; wirklich untereinander vergleichbar werden aber meist nur die Ergebnisse desselben Untersuchers sein, der ein für allemal nach bestimmten Grundsätzen verfährt. Oft wird ihm dabei das ganze Verhalten des Kindes, sein sicheres oder schüchternes Auftreten, das Maß seiner Selbstkritik, die Klarheit oder Verworrenheit seiner Äußerungen, Anhaltspunkte für die Abschätzung geben können. Ein weiterer, aber geringerer Übelstand liegt in der Größe der Jahresstufen, die notwendig Kinder von schon recht verschiedenem Alter in einer Gruppe vereinigt. Dieser Fehler verwischt sich mit zunehmendem Alter, wie schon die Schwierigkeit dartut, im zweiten Jahrzehnt kennzeichnende Aufgaben für die einzelnen Altersstufen aufzufinden. Es ist ja auch selbstverständlich, daß mit zunehmender Reife beim Ausfall der Versuche immer stärker der Einfluß der persönlichen Begabung über denjenigen des Lebensalters überwiegen muß.

Die Anwendung des Binet-Simonschen Verfahrens im großen auf Schulklassen hat zunächst gezeigt, daß die Ordnung der Schüler nach dem Intelligenzalter im allgemeinen derjenigen nach den Schulleistungen entspricht. Abweichungen beruhen hauptsächlich darauf, daß die Fortschritte in der Schule zum guten Teile auch noch von Bedingungen abhängig sind, die bei den Versuchen keine oder doch eine geringere Rolle spielen, von den häuslichen Verhältnissen der Kinder und namentlich von ihren psychopathischen Eigenschaften. Wie Bobertag mitteilt, kann es unter diesen Umständen gelingen, die einfach Verwahrlosten von den Leistungsunfähigen zu trennen; bei ersteren werden mindestens die „psychologischen" Tests ein ganz normales Ergebnis liefern, bei letzteren nicht. Diese fallen vielmehr durch ein mehr oder weniger ausgesprochenes Zurückbleiben ihres Intelligenzalters hinter dem Lebensalter aus der Hauptmasse heraus. Am deutlichsten wird diese Sonderung natürlich in den Hilfsschulen. Chotzen, der 236, meist 8—9 Jahre alte Hilfsschüler untersuchte, berichtet, daß im allgemeinen eine Rückständigkeit von 2—4 Jahren festzustellen war; außerdem waren die Streuungen im Ausfalle der Versuche besonders groß. Im einzelnen fand sich, daß nur 18 Kinder eine Übereinstimmung zwischen Intelligenzalter und Lebensalter zeigten, während 70 um 1 Jahr, 83 um 2 Jahre, 37 um 3 Jahre, 15 um 4 Jahre, 3 um 5 Jahre, ebenso viele um 6 Jahre und je ein Kind um 7 bzw.

8 Jahre in ihren Leistungen zurückblieben. Aus diesen Befunden geht hervor, daß die Hilfsschulen noch sehr verschiedenartige Insassen enthalten, deren weitere Trennung sich als zweckmäßig erweisen dürfte.

Die Bedeutung des Intelligenzrückstandes ist nun aber auf den einzelnen Altersstufen eine wesentlich verschiedene. Da die Schwachsinnigen sich nicht nur langsamer geistig entwickeln, sondern auch früher zum Stillstande kommen, überhaupt nur ein niedriges Intelligenzalter erreichen, vergrößert sich mit den Jahren der Abstand zwischen ihnen und den Gesunden immer mehr. Während es bei ganz kleinen Kindern oft schwer genug ist, die geistige Schwäche zu erkennen, tritt sie in den Schuljahren und namentlich im Entwicklungsalter fortschreitend deutlicher hervor. Daraus ergibt sich, daß ein bestimmter Intelligenzrückstand um so schwerer ins Gewicht fällt, je früher er sich geltend macht. Ein Zurückbleiben um 2 Jahre ist nach Chotzens Ansicht für 8—9jährige Kinder noch als ziemlich ernst anzusehen, während ihm späterhin weit weniger Bedeutung zukommt. Stern hat deswegen den Vorschlag gemacht, nicht den Intelligenzrückstand an sich, sondern das Verhältnis zwischen Intelligenzalter und Lebensalter als Maßstab für die Größe der vorliegenden Schädigung zu benutzen.

Bemerkenswert ist noch eine Altersverschiebung in den Leistungen bei den einzelnen Proben. Es hat sich herausgestellt, daß gewisse Aufgaben mit zunehmendem Alter von den Schwachsinnigen zwar immer schlechter, als von den Gesunden, aber doch allmählich besser gelöst werden, während bei anderen keine wesentliche Änderung eintritt. Nach der Aufzählung von Chotzen gehören zur ersteren Gruppe das Abschreiben, Diktatschreiben, Rückwärtszählen, die Wiedergabe von Erzählungen, das Hersagen der Wochentage, zur zweiten die Benennung von Farben, das Erkennen von Lücken in Bildern, die Beschreibung von Bildern, das Wiederholen von Zahlen, das Abzählen von Gegenständen, das Vergleichen, Begriffserklären, die Beurteilung von Lebenslagen. Man darf wohl annehmen, daß es sich im letzteren Falle mehr um die Betätigung natürlicher Fähigkeiten handelt, die sich bei Schwachsinnigen nicht wesentlich über das Maß der einmal vorhandenen Anlage hinaus entwickeln lassen. Auf der anderen Seite stehen dann diejenigen Fertigkeiten, die vorzugsweise von der Schulung oder von der allgemeinen Reifung

des Seelenlebens abhängen. Wir erinnern uns hier, daß auch beim Gesunden gewisse Anlagen, das Verständnis für Mathematik, das Gedächtnis für Formen und Farben, die musikalische Begabung, von vornherein in ausgeprägtem Maße vorhanden sein können, während andere erst im Laufe des Lebens hervortreten oder durch Übung langsam entwickelt werden. Für die Erkenntnis der ursprünglichen geistigen Veranlagung ist demnach wohl das Verhalten der zweiten Gruppe kennzeichnender. Es bedarf aber gewiß noch weiterer Untersuchungen, um das gegenseitige Verhältnis der verschiedenen Proben und die Deutung ihrer Verschiebungen zu klären. Binet bezeichnet als besonders brauchbar für die Beurteilung der geistigen Anlage und für die Abgrenzung der Debilität von der Gesundheitsbreite die Ordnung von Gewichten nach der Schwere, die Beurteilung schwierigerer Lebenslagen, die Bildung eines Satzes an der Hand gegebener Worte, die Erklärung von Begriffen und von Bildern sowie das Auffinden von Reimen.

Die große Wichtigkeit des Binet-Simonschen Verfahrens läßt sich nicht verkennen. Es gestattet uns nicht nur, die geistige Rückständigkeit überhaupt in einem Alter und bei Graden sicher festzustellen, bei denen sonst die Beurteilung recht schwierig sein kann, sondern sie erlaubt uns namentlich auch, den Umfang der Unzulänglichkeit in bestimmten Werten darzulegen und daraus Anhaltspunkte für die Prognose wie für die Behandlung zu gewinnen. Die Abstufungen der geistigen Schwäche, die Begriffe der Idiotie, der Imbezillität und der Debilität, können auf diese Weise allgemein und für den einzelnen Fall weit genauer umgrenzt werden, als das auf Grund der einfachen klinischen Beobachtung möglich wäre. Wahrscheinlich wird der Untersuchungsplan im Laufe der weiteren Erfahrung noch manche Umwandlung erfahren. Es gibt noch eine große Reihe von Probeaufgaben[1]), die teils schon versucht worden sind, teils sich erdenken lassen und möglicherweise Verbesserungen bedeuten würden. Vielleicht ist auch zu hoffen, daß eine weniger durch glückliche Einfälle beeinflußte, mehr planmäßig die verschiedenen Seelengebiete berücksichtigende Auswahl der Tests noch bessere Einblicke in die gesamten Leistungen der Kinder bringen kann. Soviel läßt sich aber jedenfalls sagen, daß ein Weg

[1]) Binet, Die neuen Gedanken über das Schulkind, deutsch von Anschütz und Ruttmann. 1912.

gefunden wurde, dessen weitere Verfolgung für das hier behandelte Gebiet fruchtbare Ergebnisse verspricht.

Um das Urteil über den geistigen Zustand oligophrener Kranker zu vervollständigen, wird es sich weiterhin empfehlen, ihr Wissen und Können mit Hilfe aller jener Verfahren zu prüfen, die wir im allgemeinen Teile bei der Besprechung der Verstandesuntersuchungen kennen gelernt haben. An die Fragen über die persönlichen Verhältnisse des Kranken, die Zeitrechnung, seine augenblickliche Lage wird sich eine Feststellung seiner Kenntnisse und seines Vorstellungsschatzes schließen, wie sie dem Lernstoffe der Schule und dem Lebenswissen angehören. Lesen, Schreiben, Rechnen, Gebete, die allgemeinsten Grundzüge der Heimatkunde, allenfalls auch der Geschichte, kommen zunächst in Betracht, dann die Gegenstände und Vorkommnisse des täglichen Lebens, in Haus und Hof, Garten, Feld und Straße, die Tiere und Pflanzen, die Kost, die Kleidung, die Gewerbshantierungen, der Lebensunterhalt. Auch die geschlechtlichen Beziehungen sind nicht zu vergessen. Das Verständnis für die Eindrücke des Tages wird sich durch die Erläuterung einfacher und verwickelterer bildlicher Darstellungen oder bestimmter Erlebnisse ermitteln lassen. Weiterhin würde die Fähigkeit zur Bildung und zur Handhabung allgemeiner Begriffe durch die Forderung von einfachen Begriffserklärungen und Vergleichen, durch das Aufsuchen von Zweck und Ursache, durch die Fällung von Werturteilen zu untersuchen sein. Daran können sich Fragen über sittliche und religiöse Anschauungen schließen, über Sünde, Schuld und Verbrechen, Rechte und Pflichten, Tugenden und Fehler, die Beziehungen zu Eltern und Mitmenschen. Wo sie möglich ist, wird die Abfassung eines Briefes, einer Lebensbeschreibung, eines kleinen Aufsatzes, die schriftliche Wiedergabe einer Erzählung wichtige Einblicke in die mehr oder weniger kümmerliche geistige Werkstatt des Kranken vermitteln können. In leichten Fällen wird man auch die Erklärung von Fabeln und Sprüchwörtern sowie das Verständnis von Rätseln oder Witzen für die Beurteilung heranziehen und so schließlich ein ziemlich vollständiges Bild von dem Stande der geistigen Leistungsfähigkeit erhalten. —

Die Bekämpfung des kindlichen Schwachsinns muß mit der Vorbeugung beginnen und hat vielleicht hier einmal ihre größten Erfolge zu erwarten. Außer den allgemeinen Maßregeln, die sich

gegen die Vererbung krankhafter Veranlagung richten, wäre vor allem mit Nachdruck der Kampf gegen die keimschädigenden Wirkungen des Alkohols aufzunehmen, denen hier, wie bei der Erzeugung von Epileptikern und Psychopathen, eine erhebliche Rolle zugeschrieben werden muß. Noch wichtiger ist aber auf unserem Gebiete wahrscheinlich die Ausrottung der Syphilis. Um diesem gefährlichen Feinde zu begegnen, wäre die Blutuntersuchung der jungen Kinder in allergrößtem Maßstabe erforderlich, die rechtzeitig das verhängnisvolle Leiden aufdeckt, das sie durch schleichende Zerstörung zu geistigen und körperlichen Krüppeln zu machen droht. Wenn bei jedem leisesten Verdachte, ja womöglich bei jeder Berührung mit dem Arzte die Blutuntersuchung ebenso regelmäßig vorgenommen würde wie etwa diejenige des Harns, so könnte unendliches Unheil verhütet werden. Auch wenn es im einzelnen Falle nicht mehr möglich wäre, das schon vorhandene Leiden wirksam zu bekämpfen, könnten doch die Geschwister, auch die noch ungeborenen, vielfach geschützt werden, ganz abgesehen von der Warnung der nicht selten ahnungslosen Eltern.

Auch die Behandlung[1]) der Kranken selbst wird vor allem die Möglichkeit einer ursächlichen Lues ins Auge zu fassen haben, namentlich wenn in der Vorgeschichte oder im Befunde Anhaltspunkte nach dieser Richtung vorliegen. Unter solchen Umständen wird auch dort, besonders bei schon älteren Kindern, wo die Wassermannsche Reaktion nicht nachweisbar ist, der Versuch einer Behandlung mit Quecksilber, Salvarsan oder beiden gerechtfertigt sein, vor allem bei chronischer Hydrocephalie und Meningoencephalitis. Man wird allerdings gut tun, seine Hoffnung auf Erfolg nicht zu hoch zu spannen. Abgesehen von diagnostischen Irrtümern, ist die Erbsyphilis des Gehirns der Behandlung oft nur in sehr geringem Grade zugänglich, zum Teil deswegen, weil es sich um bereits endgültige Zerstörungen handelt. Dennoch kann man öfters die Krankheit wenigstens zum Stillstande bringen, und endlich erlebt man auch so manche entschiedene Erfolge, deren Zahl sich bei rechtzeitiger Erkennung der Krankheitsursache sicherlich vermehren wird.

[1]) Bourneville, Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés. 1894; Archives de neurologie 1906. 241.

Eine ursächliche Behandlung findet sonst bei den Oligophrenen wenig Spielraum. Allerdings hat man bei den dysadenoiden Formen Versuche mit verschiedenen Drüsenstoffen gemacht. Der Thyreoidinbehandlung beim Mongolismus wurde bereits gedacht; sie ist nur angezeigt, wo Andeutungen von Hypothyreoidie vorhanden sind, und bessert die davon abhängigen Störungen, die Wachstumshemmung, den Fettansatz, die Darmträgheit, den Nabelbruch, übt aber auf den geistigen Zustand keinen nennenswerten Einfluß aus. Ob die von De Sanctis empfohlene Anwendung von Hodensaft oder, wie Looft vorschlägt, von Thymusmasse bessere Ergebnisse bringt, steht noch dahin. Wehrli sah in einem Falle von Dystrophia adiposo-genitalis Besserung durch die auch von Schüller empfohlene Darreichung von Hypophysentabletten mit kleinen Gaben von Jodkali, und Bahrmann glaubte durch die gleiche Drüse sogar Entwicklungshemmungen des Gehirns sehr günstig beeinflussen zu können. Hudovernig sah bei einem 6jährigen imbezillen Knaben mit Gigantismus Besserung durch Ovarien. Um alle Möglichkeiten auszunutzen, ist Dupuy dazu übergegangen, gleichzeitig Glyzerinauszüge einer ganzen Reihe von Drüsen zu verabreichen („Polyopotherapie"). Er spritzt $^1/_2$—1 Jahr lang täglich 0,02 Thyreoidin, 0,05 Hypophyse, 0,05 Nebenniere, nach Bedarf auch noch Hoden- und Ovariensaft ein und ist mit den Ergebnissen sehr zufrieden.

In etwas größerem Maßstabe ist man durch chirurgische Eingriffe die Krankheitsursachen zu beseitigen bemüht gewesen. Fast schon der Geschichte gehört der vielfach ausgeführte Vorschlag Lannelongues' an, bei Mikrocephalie mehr oder weniger große Fenster in den Schädel zu schneiden, um dem vermeintlich zusammengepreßten Gehirne Raum zu schaffen[1]). Da dieses Verfahren, das die Erhaltung der Nähte bei mikrocephalen Schädeln ganz unberücksichtigt läßt, auf einer gründlichen Verkennung des Zusammenhanges zwischen Ursache und Wirkung beruht, war seine Zwecklosigkeit vorauszusehen. Nach einer Zusammenstellung von Pilcz starben 17% der operierten Kranken; bei 36% war kein Erfolg, bei 38% angeblich eine Besserung zu verzeichnen, die aber nach längerer Beobachtungszeit nicht mehr nachzuweisen war.

[1]) Löwenstein, Beiträge z. klin. Chir. XXVI, 1.

Ganz anders liegt die Sache bei der operativen Behandlung des Hydrocephalus. Wenn auf diesem Wege auch nicht die Krankheitsursache beseitigt werden kann, so ist doch, da die Lumbalpunktion selten und höchstens vorübergehend Erleichterung bringt, ein Eingriff zur Herabsetzung des hochgradigen Hirndruckes zweckmäßig und öfters notwendig. Die einfache Hirnpunktion hilft nur für kurze Zeit und muß daher häufig wiederholt werden. Henschen berichtet allerdings, daß von 63 punktierten Fällen 15 geheilt und 12 gebessert wurden; 12 blieben unverändert und 24 starben. Die vielfachen, auf einen Vorschlag Wernickes zurückgehenden Versuche, der Ventrikelflüssigkeit einen dauernden Abfluß zu sichern, hatten vor allem die Gefahr einer Infektion zu berücksichtigen. Mikulicz hat daher zunächst ein Rohr vom Ventrikel in den Subduralraum oder bis in das Unterhautzellgewebe des Kopfes geführt, doch war der Erfolg nicht recht befriedigend. Payr leitete die Ventrikelflüssigkeit mittels eines Stückes Kalbsvene in den Längssinus, dann in die Gesichtsvene, später auch vom Hinterhorn her in eine Halsvene. Die Ergebnisse waren verhältnismäßig gut; von 21 Fällen starben 7 und wurden 7 geheilt, während 7 später von neuem erkrankten. Noch besser scheinen die Aussichten bei dem von Anton und Bramann geübten Balkenstich zu sein, durch den eine dauernde Verbindung zwischen Ventrikel und Subduralraum geschaffen wird. Unter 17 Fällen trat 12 mal eine Besserung des körperlichen, öfters auch des geistigen Zustandes ein. Das Verfahren kann beim Eintreten einer Verschlechterung wiederholt werden. Man wird namentlich dann nicht zögern, es in Anwendung zu ziehen, wenn das Auftreten einer Stauungspapille die Gefahr der Erblindung anzeigt. Auch beim Turmschädel mit Sehnervenerkrankung ist die Eröffnung des Schädels und der Balkenstich empfohlen worden. Zur Druckentlastung bei Hirnhautblutungen kann die Trepanation in Frage kommen, bei Zystenbildung die Abzapfung der Flüssigkeit. Ob das Ausschneiden von verödeten Rindenstücken wirklich, wie Sachs meint, das Weitergreifen der Sklerose verhindern kann, mag dahingestellt bleiben; es scheint jedoch, daß bei Rindenepilepsie infolge von encephalitischen Herden unter Umständen die Zahl der Anfälle durch Anlegung einer Schädelöffnung („Lüftung") vermindert werden kann.

Im übrigen wird sich die eigentlich ärztliche Tätigkeit wesent-

lich auf die Hebung des Kräftezustandes und die Bekämpfung einzelner Krankheitserscheinungen sowie auf die Vermeidung von Schädlichkeiten zu beschränken haben. Die Häufigkeit epileptischer Anfälle wird man durch die im Abschnitte über Epilepsie besprochenen Maßnahmen zu verringern suchen. Die Muskelspannungen können durch Massage und passive Bewegungen vermindert, die halb gelähmten und verkümmerten Glieder durch planmäßige Übung gekräftigt werden. Bei ausgesprochenen Lähmungen kann unter Umständen Durchschneidung und Überpflanzung von Sehnen angezeigt sein. Die Behinderung der Atmung durch adenoide Wucherungen wird man durch deren Beseitigung erreichen; leider übt dieser Eingriff nicht den früher erhofften günstigen Einfluß auf den geistigen Zustand aus. Unruhe und Aufregungszustände bekämpft man am besten durch Bettlagerung und warme Bäder, nicht, wie es nach Weygandts Mitteilungen in manchen nicht ärztlich geleiteten Anstalten noch üblich ist, durch Einsperren und Kostentziehung. Sehr schwierig ist es bisweilen, der Neigung zur Masturbation entgegenzuarbeiten; Reinlichkeit, Beseitigung örtlicher Reize (Phimose), Sorge für rechtzeitige Entleerung von Blase und Darm, Vermeidung müßigen Bettliegens, Ermüdung durch reichliche Bewegung im Freien, genaue Überwachung sind die wichtigsten zu Gebote stehenden Mittel.

Der kümmerliche Allgemeinzustand vieler Kranken erfordert eingehende Rücksichtnahme auf eine zweckmäßige Ernährung. Im allgemeinen wird sich die Verabreichung einer einfachen, reizlosen, leicht im Körper zu verarbeitenden Kost empfehlen; alle Reizmittel sind zu vermeiden. Die Hauptbestandteile sollen Milch, Mehlspeisen aller Art, Reis, Mais, gekochtes und rohes Obst, Gemüse, Kakao, Fruchtsäfte bilden; die Beigabe von Fleisch oder Fisch kann sehr eingeschränkt werden. Unter Umständen kann man auch durch Darreichung von eisen- oder arsenhaltigen Arzneien, Lebertran und anderen Kräftigungsmitteln nachhelfen. Der Darmentleerung muß, namentlich bei stumpfen Kranken, stete Aufmerksamkeit geschenkt werden, um die Entwicklung hartnäckiger Verstopfung mit ihren unangenehmen Folgen zu verhüten. Die Gewöhnung der Kinder an ganz bestimmte Zeiten der Entleerung gelingt meist überraschend leicht. Das gleiche Verfahren erweist sich auch zweckmäßig für die Reinhaltung und die Bekämpfung

des Bettnässens. In der Regel lernt man bald die Vorboten der Entleerung kennen, deren Berücksichtigung allmählich zu fester zeitlicher Einstellung führt. Von großer Wichtigkeit ist ferner bei den vielfach unsauberen, leicht verwahrlosenden Kranken peinliche Reinlichkeit und sorgfältige Hautpflege; Bourneville empfiehlt angelegentlich hydrotherapeutische Maßnahmen. Reichliche Befriedigung des öfters sehr großen Schlafbedürfnisses ist unerläßlich. Wo der Eintritt des Schlafes erschwert ist, wird durch Bäder, Wicklungen, ausgiebigen Aufenthalt im Freien, unter Umständen auch durch körperliche Ermüdung geholfen werden können, während mit Schlafmitteln natürlich äußerst sparsam umgegangen werden muß. Ein sehr wirksames Kräftigungsmittel ist endlich der reichliche Genuß von Licht und Luft sowie der Gebrauch der Glieder, der allerdings nicht selten erst mühsam erlernt werden muß.

Mit der Lösung der rein ärztlichen Aufgaben wird sich eine je nach dem Zustande der Kranken mehr oder weniger ausgedehnte Beeinflussung durch Erziehung und Unterricht[1]) zu verbinden haben. Sie setzt ein solches Maß von pädagogischer Schulung und Erfahrung voraus, daß sie in die Hände eigens für diesen Beruf vorgebildeter Lehrkräfte gelegt werden muß. Die vielfach, zum Teil mit großer Leidenschaftlichkeit behandelte Frage, ob die Behandlung des kindlichen Schwachsinns dem Arzte oder dem Lehrer und Geistlichen zufallen müsse, erledigt sich in der einfachsten Weise dahin, daß nur ein Zusammenarbeiten beider Teile den bestmöglichen Erfolg herbeiführen kann. Auf der einen Seite

[1]) Kalischer, Was können wir für den Unterricht und die Erziehung unserer schwachbegabten und schwachsinnigen Kinder tun? 1897; Reinke, Die Unterweisung und Erziehung schwachsinniger Kinder. 1897; Liebmann, Die Untersuchung und Behandlung geistig zurückgebliebener Kinder. 1898; Laquer, Über schwachsinnige Schulkinder. 1902; De Sanctis, Atti del XI. congresso freniatrico italiano 356; Colucci, ebenda 412. 1902; Séguin, Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés. 1906; Schlesinger, Schwachbegabte Schulkinder. 1907; Heller, Schwachsinnigenforschung, Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik. 1909; Dannemann, Schober, Schulze, Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik. 1911; Montesano, Avviamento all'educazione ed instruzione dei deficienti, 2. Ausgabe. 1911; Heller, Grundriß der Heilpädagogik, 2. Auflage. 1912; Pädagogische Therapie für praktische Ärzte. 1914; Zeitschriften: Zeitschr. f. d. Behandlung Schwachsinniger u. Epileptischer; Heilpädagogische Umschau; Heilpädagogische Schul- und Elternzeitung (seit 1910); L'Enfance anormale (seit 1907); Tijdschrift der Vereeniging van Onderwijzers en Artsen werkzaam aan Inrichtingen voor Onderwijs aan achterlijke en zenuwzwakke kinderen (seit 1908).

gibt es eine größere Zahl von Kranken, die lediglich oder doch ganz vorzugsweise der ärztlichen Hilfe bedürfen, auf der anderen ein weites Gebiet, auf dem wesentlich Erziehung und Unterricht am Platze ist. Dazwischen aber stehen diejenigen Kranken, bei denen Arzt und Erzieher miteinander Hand in Hand arbeiten müssen. Da es sich aber schließlich doch überall um krankhafte Zustände handelt, wird eine sorgsame ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes auch dort unentbehrlich sein, wo die Hauptarbeit dem Lehrer und Erzieher zufällt.

Der Weg, den die Erziehung der Oligophrenen zurückzulegen hat, ist ein ungemein mühevoller. Eine Menge einfachster Leistungen, die sich das gesunde Kind ohne besondere Anleitung spielend aneignet, muß hier mit unendlicher Geduld schrittweise erlernt werden. Die nächste Aufgabe ist die Erziehung der Sinne. Vor allem gilt es, die Aufmerksamkeit der Kinder zu erregen und dadurch den äußeren Eindrücken den Weg zum Bewußtsein zu bahnen. Man läßt daher möglichst grelle Reize auf sie einwirken, zeigt ihnen bunte, glänzende Gegenstände, läßt in der Dunkelheit eine Lampe aufflammen, vor ihrem Ohre eine Glocke ertönen, schlägt auf eine Metallscheibe; auch Geschmacks-, Geruchs- und Tastreize werden angebracht, um diese Sinne zu erschließen. Séguin empfiehlt die Anwendung des Kaleidoskops und läßt die Kinder nacheinander Marmor, Samt, Mehl, Erbsen, Federn, Rinde befühlen; man hat auch eigene „Formenbretter" und Farbenkästen hergestellt, die den Kindern die wichtigsten Grundeigenschaften eindringlich vor Augen führen. Sind dem Kinde durch häufige Wiederholung einige kräftige Eindrücke vertraut geworden, so wird deren Zahl vermehrt, ihr Unterschied durch Kontrastwirkungen nach Möglichkeit betont und so allmählich der Erfahrungskreis erweitert.

Ein nächster Schritt führt von den einfachen Sinnesreizen zur Auffassung von Gegenständen, bei der die einzelnen Sinne zusammenarbeiten müssen. Nachdem die verschiedenen Farben, Formen, Oberflächenbeschaffenheiten, Geräusche und Töne, Bewegungsbilder, Geruchs-, Geschmacks-, Temperaturempfindungen in größerer Mannigfaltigkeit eingeprägt wurden, verknüpfen sie sich zu Gesamtvorstellungen, zur Wahrnehmung von Einheiten, die eine Vereinigung mannigfaltiger Eigenschaften bedeuten. Andererseits führt wieder die Wahrnehmung derselben Teilmerkmale an verschiedenen Gegen-

ständen zur Bildung von Allgemeinvorstellungen, die eine Angliederung und Einordnung neuer Erfahrungen ermöglichen. So werden auch die Begriffe der Eigenschaften und Tätigkeiten zu entwickeln sein. Auf diesem ganzen Wege, den das gesunde Kind aus eigenem Antriebe zurücklegt, muß das kranke planmäßig Schritt für Schritt geführt werden; jeder Erwerb wird durch fortgesetzte Wiederholung immer aufs neue gefestigt, bevor eine neue Stufe erklommen werden kann.

Nach und nach erobert sich das Kind auf diese Weise einen stetig wachsenden Teil der Sinneswelt. Zunächst wird es sich am eigenen Körper zurechtfinden, seine Glieder und Werkzeuge kennen lernen. Dann kommen die Personen und Gegenstände der unmittelbaren Umgebung, weiterhin Haus und Hof, Garten und Straße, Wald und Feld. Der Unterricht muß dabei immer in weit höherem Maße auf der sinnlichen Wahrnehmung fußen, als bei gesunden Kindern, bei denen mit dem rascheren Erwerbe von Vorstellungen das Verfahren der sprachlichen Gedankenübermittlung einen viel größeren Spielraum hat. Neben der Vorzeigung der Dinge selbst muß der Lehrer daher über eine große Menge für diesen Zweck geeigneter Abbildungen verfügen. Er muß aber weiterhin auch überall die Natur selbst aufsuchen und die Auffassung aller Einzelheiten mit allen möglichen Sinneshilfsmitteln herbeiführen. Endlich ist es von hervorragender Wichtigkeit, den Kindern nicht bloß Gelegenheit zu Wahrnehmungen zu geben, sondern sie selbst hantieren zu lassen. Dadurch kommt die Verknüpfung von Sinnesvorstellungen mit Bewegungsvorstellungen zustande, die nicht nur für die Erweckung einer inneren Anteilnahme an der Außenwelt, sondern auch für die Ausbildung der Gesamtvorstellungen unerläßlich ist. Der Unterricht darf sich nicht auf die einfache Darbietung des Lehrstoffes beschränken, sondern er muß zur Beschäftigung und, insofern dem Schüler der eigentliche Zweck gar nicht zum Bewußtsein kommt, in gewissem Sinne zum Spiele werden, dessen Abwicklung den Eifer der Kinder anregt und allmählich die Arbeitsfreude in ihnen wachsen läßt. Der Kaufmannsladen, die Puppenküche, der Baukasten, die Zinnsoldaten, die Bilderbogen werden hier in noch höherem Grade wertvolle Hilfsmittel für die geistige und praktische Ausbildung, als schon bei gesunden Kindern.

Die weitere Entwicklung der Vorstellungen wird durch Unter-

scheiden und Vergleichen angestrebt. Die Abweichungen ähnlicher Gegenstände voneinander, die übereinstimmenden Merkmale verschiedener müssen mit allen Sinnen möglichst deutlich erfaßt werden. Die Arbeiten des Sortierens und Ausscheidens zusammengewürfelter Gegenstände (Perlen, bunte Holz- und Glasplättchen, Pappscheibchen, Bälle, Bänder) werden hier in Betracht kommen. Die Zahlenbegriffe werden, wie in der Stammesgeschichte, zunächst mit Hilfe der Finger, dann an anderen Gegenständen dargelegt und durch Abzählen mit Bewegungsvorstellungen in Verbindung gebracht. Zusammensetzspiele lehren die Entstehung eines Ganzen aus Teilen, Vorstellungen, die dann durch Ergänzungsarbeiten weiter befestigt werden. Größenverhältnisse können durch Messen und Wägen, Verkleinern, Vergrößern klargemacht werden. Durch Vorführung von Versuchen wird man den Kindern den Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung näher bringen, aus dem sich dann weiterhin die Begriffe des Zweckes und der zu ihm führenden Mittel ableiten lassen. Das Aufgeben von Rätseln kann der Anregung der Einbildungskraft dienen.

Vor allem aber wird mit Nachdruck an der Ausbildung des Sprachverständnisses gearbeitet werden, das von der Verknüpfung einzelner Sprachlaute mit bestimmten Erfahrungen dazu fortschreitet, die sinnbildliche Bedeutung für ganze Klassen von Eindrücken festzulegen und endlich in der Satzbildung auch die Beziehungen der Vorstellungen zueinander zum Ausdrucke zu bringen. Gelingt die Lösung dieser schwierigsten Aufgabe, so ist damit das mächtigste Bildungshilfsmittel gewonnen und der Weg zur Übermittlung aller jener Kenntnisse eröffnet, die der persönlichen Erfahrung des einzelnen entzogen sind.

Der rein verstandesmäßige Unterricht der Schwachsinnigen wird sich seine Ziele nicht zu hoch stecken. Man wird sich damit begnügen, die Kranken, soweit erreichbar, in die Anfangsgründe des Lesens, Schreibens und Rechnens einzuführen und dasjenige Schulwissen anzuschließen, das für die Lebensführung unmittelbar wichtig erscheint. Die Belehrung wird daher am besten überall im Anschlusse an bestimmte Erfahrungen erfolgen, bei Spaziergängen, in der Werkstatt, im Garten. Die Kranken sollen sich namentlich diejenigen Kenntnisse aneignen, die es ihnen erleichtern, sich im Erwerbsleben zurechtzufinden; sie müssen lernen, was

Post und Eisenbahn, Polizei und Gericht ist, welche Bedeutung Kalender und Jahreszeiten haben, wie man mit Geld rechnet, kauft und verkauft, woher Nahrung und Kleidung stammen, was in Küche und Keller, in Werkstätten und auf der Straße, im Garten und auf dem Felde vorgeht. Besonderen Wert wird man auf die Ausbildung der Beobachtungsgabe legen, die durch Anlegen von Sammlungen begünstigt wird; Naturgegenstände sind dabei zu bevorzugen. Das Verfassen kleiner Schilderungen der Tageserlebnisse, das Führen eines Tagebuches wird dazu beitragen, daß die Kinder sich über ihre Wahrnehmungen Rechenschaft geben und sie zur Bereicherung ihrer Anschauungen nach Möglichkeit ausnutzen.

Ganz ähnliche Bahnen wie die Erziehung der Wahrnehmung hat diejenige des Handelns einzuschlagen. Im Anfange gilt es, dem Kinde zu einer Beherrschung der einfachsten Bewegungen zu verhelfen. Das Anfassen und Greifen, Festhalten, das Ziehen und Stoßen, das Hinlegen, Aufnehmen und Tragen, das Gehen und Stehen, das Sichaufrichten und Sichniederlegen sind Leistungen, die viele Kranke durchaus nicht zu bewältigen wissen. Sie bedürfen dazu einer Hand, die zunächst ihre Glieder in die erforderlichen Stellungen bringt und dann die einzelnen Bewegungen mit ihnen ausführt. Zuerst schwach, dann stärker stellt sich endlich nach manchen Wiederholungen der Antrieb zur Mitarbeit ein, dem es nach und nach gelingt, selbständig die Aufgabe zu lösen. Alle möglichen Übungen müssen nun dienen, die gelernten Bewegungen immer fester einzuprägen, ihre Zahl und Mannigfaltigkeit zu vergrößern. An die Stelle der unmittelbaren Führung tritt dabei die Nachahmung anderer und der Befehl. Gehen auf einer Linie, Gleichgewichtsübungen, Tanzen, Stabspringen, Freiübungen, Geräteturnen werden ergänzt durch praktische Tätigkeiten, Sammeln, Aufbauen, Füllen, Leeren, Schieben, Öffnen, Schließen, Auseinandernehmen, Zusammensetzen, Herholen, Fortbringen, weiterhin Sich-an- und -auskleiden, Sichwaschen und -kämmen und alle die kleinen Verrichtungen des täglichen Lebens, durch die man die Werkzeuge seiner Glieder gebrauchen lernt. Überall gilt es Widerstände zu überwinden, Hindernisse zu nehmen, sich den wechselnden Bedingungen anzupassen. Als eine sehr gute Unterstützung der Willensantriebe erweist sich dabei, wie im gesunden Leben, der Rhythmus

und die Musik. Taktmäßiges Zählen, gliedernde Betonung bestimmter Teilbewegungen, Begleitung des Tuns durch entsprechende Lieder sind sehr geeignet, die Erlernung der geforderten Leistungen zu erleichtern und die Freudigkeit der Kinder bei ihrer Tätigkeit zu erhöhen. Auch die Hemmung von Bewegungsantrieben muß besonders erlernt werden, das Stillsitzen, Schweigen, Unterdrücken von Mitbewegungen und Faxen.

Im weiteren Verlaufe wird dann die Genauigkeit und Sicherheit der Bewegungen durch Geschicklichkeitsübungen gesteigert. Dahin gehört das Einstecken, Einfädeln, Aufreihen, Binden, Falten, Ausstechen, Ausschneiden, das Legen von Figuren, Zielen, Treffen, Leistungen, die wieder als Vorübungen für die eigentlichen Handfertigkeiten dienen, das Zeichnen, Modellieren, Nähen, Nageln, Schnitzen, Sägen, Hobeln, Flechten, Kleben. Daneben läuft die Anwendung der gewonnenen Herrschaft über die Glieder in mannigfachen Spielen, beim Ball- und Kegelspiel, beim Haschen und beim Reigentanz, beim Bogenschießen und Stabschleudern, beim Marschieren und Exerzieren. Mehr und mehr aber tritt dann die Anleitung zu praktisch verwertbarer Arbeit in den Vordergrund. Sie beginnt mit kleinen Handreichungen, dem Aufräumen und Ordnen, Bedienen, der Besorgung von Aufträgen, mit der Puppenpflege, Abwischen und Reinigen und schreitet dann zur Garten- und Hausarbeit fort, zum Gemüseputzen, Kochen, Waschen, Nähen, Flicken, zum Graben, Hacken, Jäten, Gießen, Viehfüttern. Schließlich wird, wenn möglich, die Erlernung berufsmäßiger Leistungen, des Matten- und Korbflechtens, Bandwebens, Bürstenmachens, der Schneider- und Schuhmacherarbeit, oder die Ausbildung für den Hausdienst in irgendeiner Form abzustreben sein.

Die für die Erziehung wichtigsten Willensäußerungen sind die sprachlichen Ausdrucksmittel. Ihrer Ausbildung wird daher besondere Sorgfalt zu widmen sein. Zunächst ist darauf zu halten, daß die Sprachlaute deutlich wiedergegeben werden. Ungeschicklichkeit im Sprechen macht die Kranken scheu und verhindert oft jeden Versuch, die Schwierigkeit zu überwinden. Die einzelnen Laute müssen daher planmäßig geübt werden, zunächst einzeln, dann in den verschiedensten Verbindungen, bis das Kind imstande ist, sie richtig zu bilden, und damit das Vertrauen zu sich und die Freude am Sprechen gewinnt. Auch hier ist das taktmäßige Aufsagen im Chor und das Singen von kleinen Liedern oft von wesent-

lichem Nutzen. Die Fortbildung des Wortschatzes wird sich immer eng an die Sinneserfahrung zu halten haben, um ein verständnisloses Nachplappern zu vermeiden. Wieweit es dann gelingt, zu den Ausdrucksformen allgemeiner Vorstellungen und schließlich zum Satzgefüge fortzuschreiten, hängt von der erreichbaren Höhe der allgemeinen Verstandesleistungen ab. Indem man die Kinder dazu anhält, laut zu lesen, nachzusprechen, kleine Erzählungen zu erlernen, Gehörtes wiederzugeben, Erlebnisse zu beschreiben, wird man die Fähigkeit des sprachlichen Ausdrucks einigermaßen üben und fortbilden können.

Mit der Entwicklung der geistigen Fähigkeiten und der körperlichen Fertigkeiten geht Hand in Hand die Erziehung des Gemüts und des Willens. Die sittlichen Regungen der Nächstenliebe und der Hilfsbereitschaft werden durch das Zusammenleben und die gemeinsame Arbeit mit gleichartigen Genossen geweckt und gekräftigt. Auch die Pflege von Tieren und Pflanzen kann dazu beitragen, die Gefühle der Zuneigung und der Verantwortlichkeit zu entwickeln. Durch die Tätigkeit, den mit der Übung wachsenden Erfolg und die daran sich anknüpfende Anerkennung wird das Vertrauen zur eigenen Kraft und damit die Freude an weiteren Willensanstrengungen gehoben. Fast immer zeigt sich, daß Lob ein besserer Sporn ist, als Tadel und Strafen, die schwache Gemüter leicht entmutigen und verbittern. Es empfiehlt sich daher, auch abgesehen von der krankhaften Grundlage der etwa vorkommenden kleinen Verfehlungen, mit strafenden Maßnahmen äußerst sparsam zu sein. Die Gewöhnung an Gehorsam und Unterordnung kann durch eine Art milden militärischen Drills, durch „Gehorsamsübungen", Handeln und Aufhören auf Befehl, erreicht werden. Das Pflichtgefühl wird durch Übertragung regelmäßiger kleiner Obliegenheiten gekräftigt, für deren Erledigung das Kind verantwortlich gemacht wird. Turnen und Spiel dienen dazu, Mut, Entschlußfähigkeit, Selbständigkeit zu entwickeln, andererseits die Freude an freiwilligem Gehorsam, an der Einordnung in gemeinsames Streben und an kameradschaftlichem Zusammenhalten anzuregen.

Der Umstand, daß Schwachsinnige von gesunden Kindern in der Regel abgelehnt, wohl auch verspottet werden, läßt sie naturgemäß die Unzulänglichkeit ihrer Leistungen oft schwer empfinden, verbittert sie und erschwert die erziehliche Einwirkung. Oft genug

sind die Kranken auch Mißhandlungen und Schädigungen ausgesetzt, verwahrlosen und vertieren. Ich erinnere mich eines kleinen, harmlosen Idioten, den sein Vater in bester Absicht deswegen an die Kette legte, weil er die Neigung hatte, davonzulaufen, und bei seinen Irrfahrten in allerlei Gefahren geriet, namentlich durch die rohen Scherze der Nachbarn. Schon aus diesen Gründen erweist es sich als zweckmäßig, sie allgemein aus der Gemeinschaft Vollsinniger herauszunehmen und mit ihresgleichen zu vereinigen, bei denen sie sich am wohlsten fühlen, und mit denen sie so zusammenarbeiten können, wie es ihre Eigenart erfordert. Bisweilen ist eine solche Absonderung auch deswegen nötig, weil sie gefährliche Handlungen oder Fahrlässigkeiten begehen und auf empfängliche Kameraden durch ihr Verhalten einen üblen oder abschreckenden Einfluß ausüben.

Dazu kommt aber vor allem, daß Unterricht und Erziehung Schwachsinniger, wenn sie erfolgreich sein sollen, ganz besondere Eigenschaften, Neigungen und Erfahrungen voraussetzen, die nur bei berufsmäßiger Betätigung auf diesem Gebiete vorhanden sein können. Seit den Bemühungen Itards um den Wilden von Aveyron hat sich daher eine lange Reihe von Männern gefunden, die, teils Ärzte, teils Lehrer oder Geistliche, dieser schwierigen Aufgabe ihr Leben gewidmet haben[1]). In Frankreich wurde schon 1828 von Ferrus im Bicêtre die erste Schwachsinnigenschule errichtet, der andere folgten. Ungefähr um dieselbe Zeit entstand in Salzburg die von dem Lehrer Goggenmoos geleitete private Erziehungsanstalt für Kretinen, 1835 in Württemberg die Idiotenanstalt des Pfarrers Haldenwang. Weite Kreise wurden für die Frage der Schwachsinnigenerziehung durch den Schweizer Arzt Guggenbühl begeistert, der durch den Anblick eines betenden Kretinen 1841 zur Gründung einer rasch aufblühenden Anstalt auf dem Abendberge bei Interlaken angeregt wurde. Hier sollte durch eine Verbindung hygienisch-diätetischer, arzneilicher und psychischer Heilverfahren der Versuch gemacht werden, von Jugend

[1]) Gerhardt, Zur Geschichte und Literatur des Idiotenwesens in Deutschland. 1904; Bösbauer, Miklas, Schiner, Handbuch der Schwachsinnigenfürsorge mit Berücksichtigung des Hilfsschulwesens, 2. Auflage. 1909; Laquer, Die ärztliche und erziehliche Behandlung von Schwachsinnigen in Schulen und Anstalten und ihre Versorgung. 1907; Isserlin und Gudden, Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. XII, 465; Meltzer, Leitfaden der Schwachsinnigen- und Blödenpflege. 1914.

auf Schwachsinnige zu heilen, die man damals noch unterschiedslos als „Kretinen" bezeichnete. Da die angekündigten Erfolge auf die Dauer nicht eintraten, stellte sich eine starke Ernüchterung ein, die schließlich zur Auflösung des Unternehmens führte. Dennoch veranlaßte das sich immer stärker geltend machende Bedürfnis nach einer besseren Fürsorge für die Idioten bei uns die Errichtung immer neuer Anstalten durch Männer von verschiedener Berufsbildung, unter denen nur die beiden später zu Ärzten gewordenen Lehrer Kern (Leipzig) und Kind (Langenhagen), der Taubstummenlehrer Sägert (Berlin), der Pastor Sengelmann (Hamburg), der geistliche Rat Probst (Ecksberg), die Ärzte Erlenmeyer (Bendorf) und Hansen (Schleswig) erwähnt werden sollen.

Da öffentliche Mittel für diese Zwecke nicht zu Gebote standen, blieb die Idiotenfürsorge wesentlich Aufgabe der Privatwohltätigkeit. So kam es, daß noch 1906, wie Weygandt mitteilt, von den inzwischen auf über 100 angewachsenen Schwachsinnigenanstalten[1]) kaum ein Dutzend unter ärztlicher Aufsicht standen. Dadurch erklärt es sich, daß die Fortschritte der psychiatrischen Wissenschaft gerade dem Idiotenwesen bei uns ungemein spät und nur in geringem Umfange zugute gekommen sind. Während in Frankreich und England hervorragende Irrenärzte, Séguin, Bourneville, Ireland, Shuttleworth, Langdon Down, schon seit vielen Jahrzehnten mit der wissenschaftlichen Erforschung des kindlichen Schwachsinns beschäftigt waren, ist in Deutschland die reiche Erkenntnisquelle, die auf jenem Gebiete auch für das Verständnis psychiatrischer Fragen fließt, erst in den letzten 10—20 Jahren den Ärzten besser zugänglich geworden. Den Hauptanstoß gab dazu das preußische Gesetz vom 11. VII. 1891, das eine öffentliche Fürsorge auch für die Idioten anordnete und damit allmählich der ärztlichen Tätigkeit den ihr gebührenden Spielraum schaffen wird.

Da bei der Behandlung der Oligophrenen die Beschäftigung mit der Natur und die Arbeit in Garten und Feld eine außerordentlich wichtige Rolle spielen, müssen die Anstalten auf dem Lande liegen, wo die Kranken überdies den Schwierigkeiten und Gefahren des Stadtlebens entrückt sind. Ferner ist es notwendig, kleine Gruppen

[1]) Stritter, Die Heilerziehungs- und Pflegeanstalten für schwachbefähigte Kinder, Idioten und Epileptiker in Deutschland und den übrigen europäischen Staaten. 1902; Nachtrag 1904.

zueinander passender Kranker zu bilden und die Eigenart der einzelnen nach Möglichkeit zu berücksichtigen. Insbesondere empfiehlt es sich, die lediglich der ärztlichen Behandlung oder der Pflege bedürftigen Kinder von den erziehungsfähigen zu trennen, schon deswegen, weil ihre Fürsorge verschiedenen Händen anvertraut werden muß. So wenig der Einzelunterricht zweckmäßig erscheint, der die Kinder übermäßig anstrengt und das wichtige Hilfsmittel des Wetteifers ausschaltet, ist doch die Zahl der gleichzeitig zu unterrichtenden Kinder möglichst klein zu halten, da jedes einzelne der besonderen Unterweisung durch den Lehrer bedarf, ohne die es unmöglich ist, die Kranken zu fesseln und ihnen den Lehrstoff genügend zugänglich zu machen. Wegen der großen Ermüdbarkeit der Kinder läßt sich der einzelne Unterrichtsabschnitt nur über ganz kurze Zeiten, höchstens halbe Stunden, ausdehnen; dann sind immer wieder Pausen einzuschieben, die mit Liedersingen, Atemübungen, einem Gange durch den Garten ausgefüllt werden.

Für den Unterricht der Schwachsinnigen leichteren Grades, die einer Anstaltsfürsorge nicht bedürfen, aber in den gewöhnlichen Schulen ihre Mitschüler hemmen und selbst nicht mitkommen, hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte die von Deutschland ausgehende Einrichtung von Hilfsschulen[1]) ausgezeichnet bewährt. Hauptsächlich auf die Anregung von Kern und Stötzner wurde in Dresden 1867 die erste Klasse für schwachbefähigte Kinder ins Leben gerufen, und im Jahre 1910/11 bestanden in 267 deutschen Städten bereits 1544 Hilfsklassen mit 35 196 Schülern. Die Hilfsschule nimmt Kinder auf, die trotz zweijährigen Unterrichts das Klassenziel nicht erreichten, um ihnen nach besonderem Verfahren eine ihrer Veranlagung angepaßte, abgeschlossene Ausbildung zu geben. Dieses Ziel wird angestrebt durch besondere Vorbildung der Lehrer, Verkleinerung der Klassen (12—20 Schüler), Einschränkung der Unterrichtszeiten (20—28 Stunden in der Woche), langsames Fortschreiten und eine Auswahl des Stoffes, die nicht auf die Erwerbung eines größeren Wissensschatzes, sondern auf

[1]) Wintermann, Die Hilfsschulen Deutschlands und der deutschen Schweiz. 1898; Laquer, Sommers Klinik I, 208; II, 463 (Literatur); Die Hilfsschulen für schwachbefähigte Kinder, ihre ärztliche und soziale Bedeutung. 1901; Doll, Ärztliche Untersuchungen aus der Hilfsschule für schwachsinnige Schulkinder zur Karlsruhe. 1902; Naville, Du rôle des classes spéciales dans l'éducation des enfants anormaux. 1910; es besteht eine Zeitschrift „Die Hilfsschule" (seit 1908).

die Vermittlung praktisch verwertbarer Kenntnisse und die Ausbildung von Fertigkeiten abzielt. Rückversetzung in die Normalschule findet in der Regel nicht statt. Das Verhältnis der Hilfsschüler zu den Normalschülern pflegt etwa 1—2% zu betragen. Eine Trennung der Geschlechter ist nicht erforderlich.

Bei der Auswahl der Hilfsschüler vermag die Prüfung nach Binet-Simon vortreffliche Dienste zu leisten, wenn auch manche Kinder nicht wegen reiner Verstandesschwäche, sondern aus anderen Gründen (Sinnesmängel, psychopathische Eigenschaften, körperliche Verkümmerung) den Hilfsschulen zugewiesen werden müssen. Ohne Zweifel wird es durch sorgfältige Untersuchung möglich sein, die vorgesehene zweijährige Probezeit in der Normalklasse wesentlich abzukürzen, oft auch ganz fallen zu lassen. Die auch für die Hilfsschule noch zu tief stehenden Kinder schlägt Henze vor, in die Aufnahme vorbereitenden „Vorklassen" auszusondern. Von allergrößter Bedeutung ist für den Betrieb der Hilfsschule die Mitwirkung eines psychiatrisch geschulten Arztes, der Ursachen und Wesen der vorliegenden Mängel erkennt und, wo es nötig ist, den ärztlichen Gesichtspunkten in Unterricht und Behandlung Geltung verschafft. Namentlich das nach jeder Richtung hin schädliche Mitschleppen fortschreitender Schwachsinnsformen wird durch seine Mitwirkung vermieden werden können.

Die Einrichtung von Hilfsklassen bringt in großen Städten den Nachteil mit sich, daß die wegen der kleinen Schülerzahl doch nur vereinzelten Anstalten für viele Kinder sehr weite Schulwege bedingen. Diesem Übelstande kann man durch Tagesinternate abzuhelfen suchen, in denen die Kinder auch während der großen Unterrichtspausen Aufsicht und Pflege finden. Die Einrichtung derartiger Zwischenglieder zwischen Anstalt und Schule empfiehlt sich namentlich auch für alle Kinder, denen die eigene Häuslichkeit tagsüber nicht die nötige Fürsorge gewähren kann. Wo irgend möglich, sollten die Tagesinternate aus der Stadt hinausverlegt werden und die Form von Waldschulen annehmen. Auf dem Lande, wo Hilfsschulen nur für größere Bezirke gegründet werden könnten, wird, wenn das Bedürfnis einmal auf Befriedigung drängt, die Anstaltsform nicht zu umgehen sein.

Noch einen weiteren Schritt zur Sonderung der Schüler nach ihren Fähigkeiten hat der Stadtschulrat Sickinger in Mannheim

mit der Einrichtung von „Förderklassen" getan. Sie sollen solche Kinder aufnehmen, die aus irgendwelchen Gründen den Anforderungen der Normalklassen zeitweilig oder dauernd nicht gewachsen sind, ohne doch schwerere Verstandesmängel aufzuweisen. Es wird dann der Versuch gemacht, sie durch besonders dafür geeignete Lehrkräfte in kleineren Klassen einem eingeschränkten Schulziele zuzuführen. Je nach ihrem Zustande kann das Ergebnis auch die Versetzung in die Hilfsschule oder die Rückkehr in die Normalklasse sein.

Durch die Einrichtung der Schwachsinnigenklassen ist die Schule vor eine Reihe völlig neuer Aufgaben gestellt. Abgesehen von der schon erwähnten Mitwirkung der Irrenärzte bedarf sie zu deren Lösung auch besonders vorgebildeter Lehrer. Zum Teil kann deren allmähliche Schulung durch Lektüre, Kurse und praktische Erfahrung erreicht werden. Es wird sich aber bei dem rasch wachsenden Umfange, den das Hilfsschulwesen erlangt hat, auf die Dauer die Schaffung eigener Seminare für die Lehrkräfte, die sich auf die Arbeit an Schwachsinnigen vorbereiten, nicht umgehen lassen. Mit ihnen wird man dann zweckmäßig wohl die von Weygandt geforderten psychologischen Arbeitsstätten verbinden, in denen die Verfahren zur Erforschung der verkümmerten Kinderseele geübt und weiter ausgebildet werden sollen. Ein Vorbild dafür wurde bereits in Budapest von Ranschburg geschaffen. Von Wichtigkeit wird es auch sein, durch geeignete Vorträge und Einrichtung von Elternabenden die breite Öffentlichkeit besser als bisher über Wesen, Behandlung und Verhütung des kindlichen Schwachsinns aufzuklären und damit dessen Bekämpfung zu fördern.

Mit dem Austritte aus dem schulpflichtigen Alter beginnt vielleicht erst der schwierigste Teil der Schwachsinnigenfürsorge. Wegen der Verlangsamung der geistigen Entwicklung ist zunächst mit Recht empfohlen worden, den Schulbesuch der Schwachsinnigen zu verlängern, um sie möglichst lange den dadurch gewährten Schutz genießen zu lassen. Ein erheblicher Teil der Schwachsinnigen bedarf ferner dauernd der Anstaltsfürsorge, sei es, daß die Kranken gänzlich hilflos sind oder gefährliche Neigungen haben, sei es, daß ungünstige häusliche Verhältnisse eine anderweitige Versorgung ausschließen. Aber auch diejenigen, die zur Not eine bescheidene Lebensstellung ausfüllen können, wird man doch

in der Regel nicht ganz sich selbst überlassen dürfen. Da sie wenig gelernt haben und rasch vergessen, ist für sie ein Fortbildungsunterricht unentbehrlich. Sehr zweckmäßig wären auch Arbeitslehrkolonien, in denen sie nach Beendigung des Schulunterrichtes im Schutze des Gemeinschaftslebens für die Erwerbsarbeit ausgebildet würden und vielleicht auch einmal in vorübergehenden Schwierigkeiten Zuflucht finden könnten. Man wird ferner ganz allgemein, um die Schwachsinnigen zu schützen, zu beraten und zu beaufsichtigen, eine öffentliche Fürsorge auch außerhalb der Anstalten einrichten müssen, sei es in Form von Hilfsvereinen, sei es in derjenigen der Berufsvormundschaft. Die Aufgabe dieser Fürsorge wäre vor allem die Aufsuchung und Vermittlung passender Arbeitsgelegenheit. Dazu gehört ein Arbeitsnachweis, der ihre besonderen Bedürfnisse berücksichtigt, die Auszahlung von Belohnungen für Arbeitgeber, die solche halben Kräfte entsprechend beschäftigen, und die dauernde persönliche Fühlung mit den Kranken selbst, rechtzeitiges Eingreifen mit Rat und Tat, wo die Gefahren des Verkommens, der Entgleisung oder der Ausbeutung drohen.

Ein solches Netz von Einrichtungen, die von der Hilfsschule an die Schritte des Schwachsinnigen im Leben überwachen und lenken, wird uns auch erst ein wirklich klares Bild von der Größe des Übels geben. Die Personalbogen der Hilfsschule werden in die Fürsorgeakten übergehen und jederzeit Aufschluß über Veranlagung und Lebensschicksale des Kranken gewähren. Von besonderer Bedeutung ist das einmal für die Militärbehörden[1]), die auf Grund dieser Kenntnis von vornherein die Untauglichen auszuscheiden vermögen, sodann aber auch für die Gerichte, die so die Bedeutung der Schwachsinnigen als Zeugen und Ankläger richtig einzuschätzen vermögen und weiterhin der Gefahr entgehen, dort zu strafen, wo Schutz und Hilfe am Platze sind.

[1]) Becker, Der angeborene Schwachsinn in seinen Beziehungen zum Militärdienst. 1910.

Register.

Die Seiten von 1—666 gehören dem ersten, von *667—1395* dem zweiten und von **1396—2375** dem dritten Teile dieses Bandes an.

Abenteurer 2025.
Aboulie professionelle 1852.
Abreagieren 1678, 1700, 1900.
Absence der Epileptiker *1039.*
Abstammungswahn 1734.
Abstinenzdelirien beim Alkoholismus 120.
Abstinenzerscheinungen 75.
— **beim Morphinismus 222.**
Abulie 1795, 1867.
Adenoma sebaceum 2206.
Adiadochokinese bei Paralyse 355.
Adolescent insanity *909.*
Äquivalente, psychisch-epileptische *1025.*
Ätherrausch 72.
Affektepilepsie *1149, 1158,* **1689, 1975, 2037.**
Affektneurosen 1885, 1900.
Affenmenschen 2195.
Affenspalte 2193, 2201.
Agitations forcées 1831, 1889.
— — **émotionelles 1831.**
— — **mentales 1831.**
— — — **diffuses 1831.**
— — **motrices 1831, 1835.**
Agitierte Form der Dementia praecox *798.*
Agoraphobie 1843.
Agrammatismus bei Idiotie 2149.
— — **Hysterie 1595.**
Agyrie 2223.
Aichmophobie 1841.
Akataphasie *743.*
Akatagraphie 1596.
Akathisie 1845.
Akinesia algera 1420.
Alkoholabstinenz 117.
Alkoholdelirium 129.
Alkoholepilepsie 107, *1122.*
Alkoholhysterie 1659.
Alkoholintoleranz 82.
— **der Epileptiker** *1078.*
Alkoholische Geistesstörungen 76.
Alkoholismus, chronischer 88.
Alkohol, Kampf gegen dens. 121.
Alkoholneuritis 175.
Alkoholparalyse 205.
Alkoholvergiftung, akute 76.
— **chronische 88.**
Alkoholwahnsinn 185.
Alkoholwirkung, psychische 76.
Alternierende Form des manisch-depressiven Irreseins *1338.*
Altersblödsinn 593.
Alzheimers Krankheit 624.
Ambitendenz *721.*
Ambivalenz *721.*
Amblynoia *670.*
Amblythymie *670.*
Amentia 263.
Ammonshornveränderungen bei Epilepsie *1099.*
Amnesie der Epileptiker *1053.*
— — **Hysterischen 1602.**
Amok *1105, 1137.*
Anästhesia dolorosa 1581.
Anästhesie der Hysterischen 1577.
Androgyne 1947.
Anencephalie 2195.
Anfall, arteriosklerotischer 559.
— **epileptischer** *1026.*
— **hysterischer 1603.**
— — **großer 1608.**
— **katatonischer** *754.*
— **lethargischer 1611.**
— **paralytischer 373, 484.**
Anfallshysterie 1644.
Angiodystrophia cerebri 2221.
Anthropophobie 1860.
Antimorphinserum 226.
Antisoziale 2076.
Aortitis bei Paralyse 468.
Aphonie, hysterische 1592.
Aplasia axialis corticalis congenita 64.

Apoplektisches Irresein 557, 570.
Apoplexie 560.
Arbeit als Heilmittel **1821.**
Arbeitslehrkolonien **2357.**
Arc de cercle **1605.**
Arithmomanie **1837.**
Arteriosklerose beim Altersblödsinn 609.
— bei traumatischer Neurose **1477.**
Arteriosklerotisches Irresein 554.
Arthropathie bei Tabesparalyse 392.
Ascona **1793.**
Asoziale **2010.**
Asphyxie als Ursache der Idiotie **2329.**
Assoziationen bei Epilepsie *1073.*
— — Oligophrenie **2132.**
Assoziationsschwäche **1807.**
Astasie-Abasie **1591.**
Asthenopie, neurasthenische **1404.**
Asymmetrie des Schädels **2159.**
Ataxie, athetoide *756.*
— intrapsychische *951.*
Atropindelirium 72.
Attitudes illogiques **1609.**
— passionelles **1609.**
Aufbrauchtheorie 515.
Aura *1026.*
— canora *1028.*
Autismus *720.*
Autosadismus **1930.**
Aztekentypus **2198.**

Babinskis Reflex bei Epilepsie *1034.*
— — — Hirnlues 286.
— — — Hysterie **1600.**
— — — juveniler Paralyse 484.
Bacillus paralyticans 503.
Balkenmangel **2222.**
Balkenstich bei Hydrocephalus **2343.**
Bandfasern 180.
Basedowoid 636.
Basedowsche Krankheit und Geistesstörung 633.
Beachtungszwang **1851.**
Beeinträchtigungswahn, paranoischer **1731.**
— präseniler 550.
Befangenheit **1859.**
Befehlsautomatie *707.*
Befehlsnegativismus *719.*
Begnadigungswahn, präseniler **1504, 1519.**
Berauschtheit bei der Zeugung als Ursache der Idiotie **2312.**
Berührungsfurcht **1871.**
Berufsverbrecher **2082.**
Beschäftigungsdelirium bei Alkoholdelirium 143.
Beschmutzer **1928.**
Beschränktheit *1071.*
Betätigungsdrang bei Manie *1209.*
Bettelbriefschreiber **2062.**
Bettnässen **1801, 2142.**
Bewegungsdrang bei Dementia praecox *713.*
Bewegungsstereotypen der Katatoniker *713.*
Bewußtseinsspaltung bei Hysterie **1672.**
Beziehungswahn **1718.**
Biegsamkeit, wächserne *707.*
Biernackis Zeichen 355.
Binet-Simonsches Verfahren **2332.**
Bisexualität **1940, 1958, 1964.**
Blatterndelirium 256.
Bleiepilepsie *1123.*
Blindheit, hysterische **1581.**
Blödsinn s. Dementia.
Blutdrucksteigerung bei Arteriosklerose 589.
Blutdrüsenerkrankungen bei Oligophrenie **2246.**
Blutdrüsensklerose, multiple **2255.**
Blutkrisen bei Dementia praecox *758.*
Blutveränderungen bei Paralyse 397.
Bouffées délirantes **1768.**
Brandstiftungstrieb **1903.**
Briefschreiber, anonyme **1906.**
Bromgleichgewicht bei Epilepsie *1174.*
Bromopiumkur bei Epilepsie *1176.*

Cajalsche Zellen bei Epilepsie *1104.*
— — — tuberöser Sklerose **2209, 2233.**
Cerebropathia psychica toxaemica 278.
Charakter, epileptischer *1070.*
Charakterveränderung der Morphinisten 210.
Chétivisme **2243.**
Chloroformvergiftung 72.
Chondrodystrophie **2329.**
Chorea, Huntingtons 48.
Choreatisches Irresein 250.
Circularisme viscéral *1382.*
Clavus der Hysterischen **1588.**
Clownismus bei Hysterie **1609.**
Coitus interruptus als Ursache der Neurasthenie **1799.**
Cunnilingus **1940.**
Cyklothymie *1349.*
Cytoskopie bei Paralyse 383.
— — Hirnlues 286, 294.

Dämmerzustand, deliranter **1620.**
— epileptischer *1051.*

Psychiatrie : ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte / Vol. IV - page 976 sur 989

Dämmerzustand, Ganserscher **1623.**
— hysterischer **1613.**
— läppischer **1615.**
— pathetischer **1619.**
— protrahierter **1523.**
— traumhafter **1618.**
Dauerermüdung **1401.**
Debilität **2184.**
Débilité motrice **2141.**
Deckassoziationen **1551, 1678.**
Decubitus s. Druckbrand.
Degenerationspsychosen **1504.**
Dégénéré supérieur **1783.**
Delinquente nato **2106.**
Délire chronique à évolution systématique *974*, **1714.**
Délire de révendication **1715.**
— d'imagination **1713, 1720, 1776.**
— d'interprétation **1715, 1776.**
— du toucher **1825, 1871.**
— émotif **1825, 1888.**
— rétrospectif **1776.**
— systématisé **1713.**
Delirium acutum 253, 428.
— ängstliches, der Epileptiker *1061.*
— besonnenes, der Epileptiker *1065.*
— — — Hysterischen **1630.**
— — — Trinker 191.
— blandes 241.
— chronisches, der Trinker 153.
— choreatisches 250.
— febriles 239.
— im Dunkelzimmer 601.
— infektiöses 245.
— manisches *1255.*
— mussitierendes 241.
— paralytisches 429.
— seniles 602.
— septisches 249.
— sine delirio 152.
— systematisierendes, der Trinker 191.
— transitorium *1137.*
— traumatisches 29.
— tremens 129.
— — der Morphinisten 222.
— — — Paralytiker 429.
— — febrile 150.
Démence globaire 289.
— lacunaire 289.
— précoce accidentelle *966.*
— — constitutionelle *966.*
Dementia s. Schwachsinn.
— acuta 277.
— dissecans *670.*
— dissociativa *670.*
— infantilis *914.*
— paralytica s. Paralyse progressive.
Dementia paranoides *833, 941.*
— — gravis *833.*
— — mitis *846.*
— phantastica *941.*
— praecox *668.*
— sejunctiva *670.*
— senilis *893.*
— simplex *670, 763.*
— tardiva *916.*
Demenz, primäre progressive der Erwachsenen *763.*
Demenza precocissima *913.*
— primitiva *670.*
Demoors Täuschung **2125.**
Denkhemmung *1198.*
Depersonalisation *1259.*
Depression *1186.*
— erregte *1290.*
— ideenflüchtige *1295.*
— periodische *1327, 1374.*
— psychogene *1389*, **1813.**
— senile 599.
— zirkuläre *1259.*
Diaschisis **1673.**
Dioninismus 213.
Diplegie, cerebrale **2280.**
— — familiäre **2300.**
Diplopie, monokuläre **1583.**
Dipsomanie *1044, 1137*, **2028.**
Disgenitalismus **2252.**
Dissimulation **1505.**
Dobrschanskys Reflex 381.
Doppelbewußtsein bei Hysterie **1632.**
Druckbrand bei Paralyse 389.
— — —, Behandlung desselben 530.
Druckvisionen bei Alkoholisten 136.
Drusenbildung beim Altersblödsinn 619.
Dysadenoide Erkrankungen **2246.**
Dysmorphophobie **1861.**
Dyspepsie, nervöse *1228*, **1802.**
Dysthyreoidie 647.
Dystrophia adiposo-genitalis **2248.**

Echolalie *709.*
Echopraxie *709.*
Effeminatio **1946.**
Eifersuchtswahn der Kokainisten 232.
— — Trinker 96, 124.
— paranoischer **1731.**
— präseniler 551.
Einbildungen, wahnhafte, degenerative **1504, 1778, 2051.**
Einteilung der Seelenstörungen 1.
— — — ätiologische 5.
— — — klinische 7.
— — — pathologisch-anatomische 3.
— — — symptomatische 1.

Eklampsie 70.
Embolien, Irresein nach 41.
Embryonale Rinde **2229.**
Emotionsneurose **1451.**
Encephalitis **2279.**
— akute **2285, 2290.**
— chronische **2286.**
— lobäre **2289.**
— subcorticalis chronica 580.
Endzustände bei Dementia praecox *870.*
Entartung, erbliche **2119.**
Entartungshysterie **1643, 1658.**
Entartungsirresein **1504.**
Entartungsnervosität **1806.**
Entartungsverbrecher **2095.**
Entartungszeichen bei Oligophrenie **2158.**
Entgleisungsparalogie *743.*
Enthaltsamkeitsvereine 121.
Entsalzung bei Epilepsie *1177.*
Entschlußunfähigkeit beim manisch-depressiven Irresein *1219.*
Entwicklungshemmungen, allgemeine psychische **2117.**
— dysadenoide **2246.**
— körperliche **2119.**
Entwicklungshysterie **1643.**
Entwicklungsnervosität **1806.**
Entwicklungsverbrecher **2095.**
Entziehungskur bei Alkoholismus 120.
— — Kokainismus 235.
— — Morphinismus 224.
Epidemie, hysterische **1655.**
Epilepsia procursiva *1028, 1039.*
— rotatoria *1028, 1039.*
— tarda 569, *1144.*
Epilepsie, alkoholische 107, *1122.*
— degenerative *1146.*
— genuine *1024, 1126.*
— habituelle der Trinker *1122.*
— Jacksonsche *1125, 1142.*
— idiotische **2169.**
— Koshewnikowsche *1125.*
— psychische *1040.*
— reaktive *1149.*
— symptomatische *1024, 1126.*
— syphilitische 300.
— traumatische *1116.*
Epileptisches Irresein *1023.*
Epileptic voice sign *1080.*
Epileptikeranstalten *1180.*
Épongeurs **1924.**
Erbrechen, hysterisches **1598.**
Erbsyphilis 326.
— und Epilepsie **2332.**
— — Idiotie 329, **2170.**
— — paranoide Erkrankungen 333.
Erbsyphilis und sittliche Minderwertigkeit 330.
Ereuthophobie **1862.**
Erfinderwahn, paranoischer **1734.**
Ergodialeipsis *717.*
Erinnerungszwang **1851.**
Erkrankungen, psychogene **1397.**
Erlenmeyers Gemisch *1173.*
Ermüdbarkeit bei Unfallskranken **1463.**
Erregbare **1979.**
Erregung, katatonische *713, 813.*
— konstitutionelle *1304, 1312.*
— manische *1237.*
Erregungszustände, hysterische **1614.**
— psychogene **1505.**
Errötungsangst **1862.**
Erschöpfung, nervöse **1398, 1400.**
Erwartungsneurose **1398, 1416.**
Erziehung als Heilmittel **2345.**
État de mal *1091.*
— oniroide *1049.*
— thymique *1128.*
Eunuchoidismus **2249.**
Examensangst **1860.**
Exhibitionismus **1981.**
— psychischer **1921.**

Fascination **1794.**
Farbenblödheit **2123, 2167.**
Faserschwund bei Paralyse 444.
Fetischismus **1923.**
Fettsucht, genitale **2252.**
— hypophysäre **2248.**
— pineale **2248.**
— suprarenale **2249.**
Fieberdelirien 239.
Fieber, hysterisches **1602.**
Flexibilitas cerea *707.*
Förderklassen **2346.**
Fötalismus **2240.**
Folie à double forme *1324.*
— alterne *1324.*
— circulaire *1324.*
— du doute **1848.**
— lucide **1714.**
— morale **2106.**
— — erworbene *948.*
— raisonnante *1237,* **1714.**
Formenbretter **2346.**
Fortläuferfamilien **2024.**
Fragesucht **1838.**
Fremdheitsgefühl **1787.**
Frotteurs **1924.**
Fürsorgezöglinge **2082.**
Fugues *1047.*
Funktionsphobien **1852.**

Fußfetischismus **1927.**
Fußklonus bei Hysterie **1600.**

Ganglioglioneurome **2217.**
Ganser scher Dämmerzustand **1505, 1507.**
Geburtsschädigungen als Ursache der Oligophrenie **2318.**
Gedächtnisleistungen, ungewöhnliche, bei Oligophrenie **2128.**
Gedankenlautwerden *678.*
Gedankensuchen **1871.**
Gefäßerkrankungen bei Altersblödsinn 609.
— — Arteriosklerose 574.
— — Paralyse 451.
— syphilitische 317.
Gefangenenwahnsinn **1524.**
Gefangene, Psychosen ders. *963*, **1503.**
— psychogene Geistesstörungen ders. **1502.**
Gehirn s. Hirn.
Gehirnerschütterung als Ursache des Irreseins 23.
Gehirnerweichung s. Paralyse, progressive.
Gehorsamsübungen **2351.**
Gehstottern **1419.**
Geistesstörung s. Irresein.
Gemütsstumpfheit bei Dementia praecox *701.*
Genealogen **1734.**
Geschlecht, drittes **1945.**
Geschlechtstrieb, Verirrungen dess. **1916.**
Geschwülste des Hirns 36.
Gesellschaftsfeinde **2076.**
Gesichtsfeldeinschränkung, konzentrische **1585.**
Gesichtsfeld, röhrenförmiges **1586.**
Gewitterangst **1840.**
Giftmischer **1905.**
Gliaveränderungen bei Altersblödsinn 619.
— — Arteriosklerose **1578,** 580.
— — Dementia praecox *898.*
— — Epilepsie **1103.**
— — Hirnlues 314.
— — Paralyse 447.
— — tuberöser Sklerose **2214.**
Gliose, perivaskuläre 578.
Globus der Hysterischen **1597.**
Gothenburger System 122.
Gottnomenklatur der Epileptiker *1074.*
Grand mal *1035.*
Grands mouvements **1609.**
Greisenirresein 593.
Grimmassieren *755.*
Größenwahn, induzierter **1434.**
— paralytischer 412.
— paranoischer **1734.**
— religiöser **1740.**
Große Zellen bei tuberöser Sklerose **2210, 2216.**
Grübelsucht **1838.**
Grundzustände des manisch-depressiven Irreseins *1303.*
Gummöse Neubildungen 307.
Gynandrier **1947.**

Hämatom der Dura bei Paralyse 440.
Häsitieren der Paralytiker 360.
Hafthysterie **1660.**
Haftkomplex **1523.**
Haftpsychose **1399, 2065.**
Haftquerulant **1399, 1517.**
Haftstupor **1506, 1507, 1628.**
Halluzinose, akute, der Trinker 185.
Haltlose **1995.**
Harnbefund bei Epilepsie *1084.*
Harnstottern **1419.**
Haschischdelirium 42.
Hebephrenie *767.*
Heiratsschwindler **2061.**
Hemmung, manische *1295.*
— partielle *1295.*
— psychomotorische *1219.*
— subjektive *1300.*
Herkuleskinder **2249.**
Hermaphrodisie, körperliche **1962.**
— psychische **1940.**
Heroinismus 213.
Herzkrämpfe **1588, 1611.**
Heterotopie **2225.**
Hilfsschulen **2345.**
Hirnabsceß und Irresein 40.
Hirnatrophie, arteriosklerotische 574.
— paralytische 441.
— senile 615.
Hirnblutung und Irresein 41.
Hirnbruch **2222.**
Hirnerkrankungen als Ursache des Irreseins 34.
Hirngeschwulst als Ursache des Irreseins 36.
— — — der Idiotie **2300.**
Hirngewicht bei Paralyse 442.
Hirnhypertrophie **2299.**
Hirnlues 283.
— apoplektische 294.
— endarteriitische 317.
— paranoide 301.
Hirnschwellung bei Epilepsie *1092.*
— — Katatonie *897.*

Hirnsklerose, diffuse 48.
— hypertrophische **2209**.
— lobäre 44.
Hirntuberkel als Ursache der Idiotie **2300**.
Hirnverletzungen als Ursache des Irreseins 23, *1116*.
Hirnverödung, senile 621.
Histioatypia corticalis **2216**.
Hochstapler **2061**.
Höhenangst **1842**.
Hörstummheit **2145**.
Homilopathien **1398**, **1428**.
Homo sapiens ferus **2323**.
Homosexualität **1936**.
— echte **1966**.
— periodische **1967**.
Horror sexualis partialis **1926**.
Hydrocephalie **2160**, **2269**.
Hydrocephalus ex vacuo **2270**.
— internus **2271**.
Hydromikrocephalie **2270**.
Hydrorrhoea nasalis **2275**.
Hyoscinvergiftung 73.
Hypalgesie bei Hysterie **1577**.
— — Paralyse 355.
Hyperostose des Schädels bei Mikrocephalie **2200**.
— — — — Paralyse 440.
Hyperpyrexie bei Fieberdelirien 241.
Hyperthyreoidie 635.
Hypnose bei konträrer Sexualempfindung **1972**.
Hypnotisierbarkeit der Oligophrenen **2122**.
Hypochloruration *1177*.
Hypochondrie **1406**, **1792**.
— bei Hysterie **1562**.
Hypomanie *1237*.
Hypothyreoidie 644.
Hypoplasie des Gehirns, familiäre **2300**.
Hysterie **1547**.
— akute tödliche **1645**.
— alkoholische **1659**.
— kindliche **1650**.
— männliche **1645**.
— monosymptomatische **1644**, **1650**.
— symptomatische **1688**.
— toxische **1643**.
— traumatische **1451**, **1660**.
— vulgäre **1643**.
Hysteroepilepsie *1125*, *1159*.
Hysterogene Zonen **1587**.

Ideenflucht *1197*.
Idée obsédante **1830**.
Idee, überwertige **1768**.
Idiosynkrasien **1794**.
Idiotenanstalten **2352**.
Idiotenbewegungen **2142**.
Idiotia thymica **2253**.
Idiotie **2173**.
— amaurotische 56.
— — infantile Form 56.
— — juvenile Form 56.
— anergetische **2143**.
— apathische **2143**.
— epileptische **2328**.
— erethische **2143**.
— erregte **2143**.
— kalmückische **2256**.
— mongoloide **2256**.
— polysarcique **2248**.
— stumpfe **2143**.
— umschriebene **2239**.
— versatile **2143**.
Illogismus **1819**.
Imbezillität **2176**.
— mit Erregung *1390*.
Impotenz, psychische **1969**.
Impulsions **1825**.
Imubacco **1655**.
Induziertes Irresein **1398**, **1428**
Infantilismus **2240**, **2329**.
— allgemeiner **1977**.
— anangioplastischer **2245**.
— blastophthorischer **2245**.
— degenerativer **2245**.
— des Trieblebens **1976**.
— — Willens **1976**.
— dystrophischer **2245**.
— dysthyreoider **2246**.
— geschlechtlicher **1965**.
— intestinaler **2245**.
— motorischer **2244**.
— pancreaticus **2253**.
— partieller **2244**.
— psychischer **2244**.
— type Brissaud **2246**.
— — Lorrain **2245**.
— umgrenzter **1977**.
Infektiöses Irresein 236.
Infektiöse Schwächezustände 272.
Infektionsdelirien 245.
Influenzapsychosen 249.
Initialdelirien 246.
Instable **1995**.
Insuffizienzgefühl *952*, *1220*, **1791**.
Intelligenzalter **2332**.
Intelligenzprüfung nach Binet-Simon **2332**.
Intentionsspasmen **2281**.
Intermittenspsychosen 248.

Interprétateurs filiaux **1734.**
Intoleranz s. Alkoholintoleranz.
Intoxikationen s. Vergiftungen.
Intoxikationsdelirium 72.
Intoxikationsneurasthenie **1410.**
Irrenkolonien *972.*
Irresein, alternierendes *1383.*
— arteriosklerotisches 554.
— degeneratives **1504.**
— epileptisches *1023.*
— halluzinatorisches der Wöchnerinnen 263.
— impulsives **1901.**
— induziertes **1398, 1428.**
— infektiöses 236.
— intermittierendes *1373.*
— manisch-depressives *1183.*
— menstruelles *886.*
— moralisches **2106.**
— myxödematöses 641.
— periodisches *1183, 1373.*
— polyneuritisches 164.
— postepileptisches *1040.*
— präepileptisches *1040.*
— präseniles 534.
— seniles 533.
— syphilitisches 279.
— thyreogenes 633.
— zirkuläres *1183.*

Jugendirresein *909.*
Jumping **1655.**
Juvenilismus **2240.**

Kachexia strumipriva 645.
Kapitalabfindung bei traumatischer Neurose **1498.**
Kastration bei Hysterie **1696.**
Katalepsie *707.*
Kataraktoperationen, Irresein danach 601.
Katatonie *808.*
Katatonische Symptome *949.*
Katzenrafael **2137.**
Kaufsucht **1911.**
Kautionsschwindler **2060.**
Keimfeindschaft **1807.**
Keimschädigung **2119.**
Kephalonen **2160.**
Keraunophobie **1840.**
Kernzone, analgetische, der Epileptiker *1080.*
Kielkopf **2161.**
Kinderencephalitis *1118.*
Kinderlähmung, cerebrale *1119,* **2280, 2328.**
— — ohne Lähmung *1120.*
Klangassoziationen bei Manie *1200, 1215, 1345.*
Klassifikation s. Einteilung.
Klaustrophilie **1844.**
Klaustrophobie **1845.**
Klavierstottern **1419.**
Kleiderangst **1861.**
Kleinhirnataxie, familiäre **2300.**
Kleptomanie **1907.**
Klinocephalie **2161.**
Knabenliebe der Alten **1951.**
Körpergewicht bei Paralyse 393.
— — manisch-depressivem Irresein *1228, 1346.*
Kohlenoxydvergiftung 73.
— Epilepsie nach *1123.*
Kokainismus 228.
Kokainrausch 229.
Kokainwahnsinn 230.
Kollapsdelirium 257.
Koma 241.
— vigil 241.
Kommotionspsychose, akute 29.
Komplementablenkung s. Wassermann sche Reaktion.
Komplexassoziationen bei Hysterie **1550.**
Komplex bei Dementia praecox *933.*
— — Hysterie **1678.**
Konjunktivalreflex bei Epilepsie *1079.*
— — Hysterie **1599.**
Konstitution s. Veranlagung.
Kontraktur, hysterische **1593.**
Konversion **1678.**
Kopfverletzung als Ursache des Irreseins 23.
Koprolagnie **1924.**
Koprolalie **1874.**
Korssakow sche Psychose 156, 167.
Krämpfe der Kinder *1118,* **2169, 2320.**
Krampf, epileptischer *1026.*
— hysterischer **1604.**
— psychasthenischer *1148.*
Krampfkrankheit *1024.*
Krankenhausschwindler **2062.**
Krankheitszustände, originäre **1780.**
Krebssiechtum und Irresein 72.
Kreditschwindler **2059.**
Kretinenanstalten **2352.**
Kretinismus 649.
— endemischer 656.
— sporadischer 659.
Kretinoide 664.
Krisen bei Zwangsneurose **1866.**
— psycheleptische **1887.**
Kropf bei Kretinen 650.
Kropfbrunnen 657.
Künstlernaturen **2016.**

Kultur und Hysterie **1655.**
— — Paralyse 480.
Kurpfuscher **2061.**

Lachkrämpfe **1597.**
Lähmungen, hysterische **1589.**
Landerziehungsheime **1866.**
Latah **1655.**
Leberatrophie, akute, als Ursache des Irreseins 72.
Lehrbücher der Psychiatrie 19.
Leichenbefund bei Alkoholismus 114.
— — Altersblödsinn 615.
— — Alzheimers Krankheit 627.
— — amaurotischer Idiotie 57.
— — Arteriosklerose 574.
— — Delirium tremens 157.
— — Dementia praecox *897.*
— — Encephalitis 276, **2288.**
— — Entwicklungshemmungen **2222.**
— — Epilepsie *1096.*
— — familiärer Idiotie 64.
— — Hirnlues 307.
— — Huntingtons Chorea 51.
— — Hydrocephalie **2276.**
— — infektiösem Irresein 242, 253.
— — Korssakowscher Psychose 177.
— — lobärer Sklerose 45.
— — Paralyse 440.
— — septischem Irresein 249.
— — tuberöser Sklerose **2208.**
— — Urämie 69.
Leichenschändung **1930.**
Lethargie 241.
— hysterische **1611.**
Leukocytose bei Epilepsie *1083.*
Liliputaner **2242.**
Linkshändigkeit bei Epilepsie *1113.*
Lingua scrotalis bei Mongolismus **2257.**
Littles Krankheit **2269, 2318.**
Local option 122.
Logoklonie 359, 625.
Lügner **2043.**
Lues als Ursache der Idiotie **2312.**
— hereditaria tarda 332.
— und Paralyse 486, 491.
Luftschlucken der Hysterischen **1598.**
Lustmord **1929.**
Lymphocytose bei Hirnlues 286, 294.
— — Paralyse 384.
Lyssadelirium 249.

Magnans Krankheit *974.*
Makrocephalie **2160.**
Makrogenitosomia precoce **2248.**
Makrogyrie **2200.**
Malaria s. Intermittens.
Mal perforant bei Tabesparalyse 391.
Mania mitis *1237.*
— mitissima *1237.*
— sine delirio *1237.*
Manie *1186.*
— ängstliche *1290.*
— chronische *1350, 1381.*
— de la réparation **1831.**
— de l'au delà **1831, 1868.**
— de l'oscillation **1831.**
— de vérification **1869.**
— depressive *1290.*
— du retour en arrière **1870.**
— gedankenarme *1290, 1390.*
— gehemmte *1295.*
— intermittente *1327.*
— konstitutionelle *1304, 1312.*
— nörgelnde *1298.*
— periodische *1310.*
— reaktive *1321.*
— transitorische *1137.*
— verschämte *1295.*
— zornige *1298.*
Manieren der Katatoniker *716.*
Manisch-depressives Irresein *1183.*
Manische Zustände *1237.*
Masochismus **1932.**
— skatologischer **1934.**
Mastkur bei Hysterie **1697.**
Masturbation s. Onanie.
Medien, spiritistische **2062.**
Meditation bei Hysterie **1638.**
Megalencephalie **2299.**
Megalomanie der Paralytiker 412.
Melancholia simplex *1265.*
Melancholie *1186.*
— chronische *1350.*
— des Rückbildungsalters 534.
— gravis *1265.*
— intermittente *1324.*
— klimakterische *1361.*
— mit Wahnideen *1280.*
— neurasthenische *1382.*
— paranoide *1270.*
— periodische *1310.*
— phantastische *1273.*
— reaktive *1321.*
Mendels Gesetz bei Vererbung der Dementia praecox *920.*
Meningitis **2267.**
— cerebrospinalis epidemica 35.
— serosa 36, **2268, 2270.**
— tuberculosa 34.
Meningoencephalitis syphilitica 309.
Meriachenje **1655.**

Messerangst **1841.**
Messerstecher **1928.**
Metallophobie **1842.**
Metamorphosen bei Dementia praecox *731.*
Metasyphilis 509.
Metatoxische Erkrankungen 75.
Metatrophische Behandlung bei Epilepsie *1174.*
Mietschwindler **2060.**
Migräne bei Epilepsie *1139.*
Mikrocephalie **2160, 2194.**
— reine **2195.**
— relative **2204.**
Mikrogyrie **2200, 2224, 2290, 2294.**
— innere **2237.**
Mikromanie der Paralytiker 408.
Mikromelie **2329.**
Mikromyelie **2201.**
Mikrosphygmie **2158.**
Milieu, Einfluß dess. **2100.**
Milieumenschen **2017.**
Militärdienst der Imbezillen **2180.**
Minderwertigkeiten, psychopathische, angeborene **1812.**
Mischzustände im manisch-depressiven Irresein *958, 1186, 1284.*
Misoneismus **1867.**
Mitbewegungen **2141, 2282.**
Mitralinfantilismus **2245.**
Mondsucht *1091.*
Mongolismus **2256.**
Monomanie **1915.**
— avec conscience **1825.**
Monophobie **1830.**
Moral insanity **2106.**
Mordtrieb **1904.**
Morphinismus 206.
Morphinodipsomanie 214.
Morphiokokainismus 234.
Morphiumabstinenz 220.
Morphiumalkoholismus 222.
Morphiumsiechtum 210.
Mutacismus *736.*
Mysophobie **1841.**
Mystiker **1740.**
Mythomanen **1715.**
Myxödematöses Irresein 641.
Myxoedème fruste 644.
Myxödem infantiles 655, 660.

Nachtwandeln *1056,* **1613.**
Nahtverknöcherung, vorzeitige **2202.**
Namenzwang **1851.**
Nanocephalie **2204.**
Nanosomie **2242, 2339.**
Narcismus **1918.**
Narkolepsie *1148.*
Negativismus *718.*
— innerer *720.*
— intellektueller *689.*
Nervosität **1412, 1422, 1782.**
Neurasthenie **1812. 1407.**
— erworbene **1409, 1806.**
— konstitutionelle **1806.**
— periodische *1371, 1382,* **1805.**
— sexuelle **1419, 1799.**
— syphilitische 280.
Neuritis, alkoholische 106.
— bei Paralyse 466.
Neurococcus *1128.*
Neurofibromatose **2219.**
Neurose, metatraumatische **1451.**
— traumatische **1399, 1449, 1457.**
— — lokale **1492.**
Nyktophobie **1845.**

Obsessions **1825.**
— émotionelles **1830.**
Oedème blanc **1901.**
— bleu **1901.**
Ödipuskomplex *764.*
Ösophagismus **1597.**
Ohnmacht, epileptische *1038.*
— hysterische **1611.**
Oligophasie *1032.*
Oligophrenie **2117.**
Onanie **1917.**
— psychische **1799, 1918.**
Onanisten, Irresein der *930.*
Onomatomanie **1851.**
Ophthalmoplegie bei Hirnlues 285.
Opiummißbrauch 213.
Opiumrausch 72.
Organhysterie **1644.**
Organtherapie bei Dementia praecox *969.*
— — Oligophrenie **2342.**
Orientkunden **2026.**
Othämatom bei Paralyse 389.
Ovarie **1587.**
Oxycephalie **2161.**

Pachygyrie **2200.**
Päderastie **1940, 1948.**
Pantophobie **1830.**
Papierangst **1855.**
Parabulie *717.*
Paraepilepsie *1148.*
Paragraphie bei Hysterie **1592.**
— — Paralyse 366.
Paralipophobie **1850.**
Paralogie *689, 743.*

Paralyse, agitierte 425.
— alkoholische 205.
— atypische 472.
— demente 400.
— depressive 406.
— expansive 412.
— foudroyante 473.
— galoppierende 427.
— hämorrhagische 475.
— hypochondrische 407.
— jugendliche 483.
— katatonische 411.
— klassische 412.
— Lissauersche 472.
— meningitisch-hydrocephale 475.
— progressive 338.
— senile 474.
— stationäre 424, 474.
— viscerale 475.
Paramimie *705.*
Paramyoklonus **1597.**
Paranoia **1707.**
— abortive **1723, 1768.**
— akute **1708, 1778.**
— allgemeine **1707.**
— completa *974.*
— einfache **1710.**
— epileptische *1051.*
— erotische **1740.**
— halluzinatorische **1710.**
— hypochondrische **1733.**
— kombinatorische **1710.**
— konfabulierende *840,* **1715.**
— latente **1770.**
— originäre *840,* **1756.**
— partielle **1708.**
— periodische *1382,* **1708.**
— primäre **1708.**
— rudimentäre **1773.**
— sekundäre **1707.**
Paranoiaformen, milde **1723.**
Paranoide Persönlichkeiten **1770.**
Paraphrenie *973.*
— expansive *994.*
— konfabulierende *1002.*
— phantastische *1009.*
— systematische *974.*
Paratonia progressiva *670.*
Paratonie **2141.**
Parergasie *718.*
Parhedonie, implantierte **1966.**
— kompensatorische **1966.**
— konstitutionelle **1966.**
Periodische Form der Dementia praecox *806.*
Periodisches Irresein *1183, 1373.*
Persécuteurs persécutés *986,* **1714.**
Persönlichkeiten, paranoide **1770.**
— psychopathische **1973.**
Petit mal *1035.*
Pflanzenmenschen 655.
Pfropfhebephrenie *911.*
Phantasieren 240.
Phase I. bei Paralyse 383.
Phobie **1424, 1830, 1832.**
— du métier **1852.**
— — regard **1860.**
Phobophobie **1865.**
Physiognomie, epileptische *1079.*
Pithiatismus **1664.**
Plagiocephalie **2159.**
Plasmazellen bei Hirnlues 309.
— — Paralyse 452.
Platzangst **1843.**
Pluriglanduläre Insuffizienz **2255.**
Pockendelirium 256.
Polioencephalitis acuta hämorrhagica superior 179.
Pollakiurie **1802.**
Poltern **2146.**
Polyneuritische Geistesstörung 164.
Polyopotherapie **2342.**
Ponopathien **1398, 1400.**
Porencephalie **2288, 2299.**
Poriomanie *1047. 1066.*
Präparalyse 330, 486.
Präseniler Beeinträchtigungswahn 550.
Presbyophrenie 603.
Prophetenwahn **1740.**
Prostituierte, geborene **2094.**
Prostitution, männliche **1941, 1946, 1965.**
Prozeßkrämer **1544.**
Prüfungskasten **2333.**
Pseudoangina pectoris **1588.**
Pseudoappendicitis **1588.**
Pseudodipsomanie *1139,* **2002.**
Pseudohermaphroditismus **2249.**
Pseudohomosexualität **1966.**
Pseudohypertrophie des Gehirns **2299.**
Pseudokoxalgie **1588.**
Pseudologia phantastica **2043.**
Pseudomelancholie *1300.*
Pseudomeningitis **1588.**
Pseudomikrocephalie **2195.**
Pseudoparalyse, alkoholische 205.
— syphilitische 284.
Pseudosklerose 48.
Pseudospastische Parese mit Tremor **1473.**
Pseudotabes, hysterische **1596.**
Psychasthenie **1422, 1812.**
Psychoanalyse bei Dementia praecox *938.*

Psychoanalyse bei Dementia praecox Hysterie **1700.**
Psychokatharsis **1900.**
Psychopathie **1781.**
Psychoreaktion der Pupillen bei Dementia praecox *942.*
Psychose s. Irresein.
Psychosynthese **1900.**
Psychotherapie, graphische **1821.**
Puerilismus 600, **1615, 1632.**
Pulmonalinfantilismus **2245.**
Pupillenstarre, reflektorische, bei Hirnlues 285.
— — — Paralyse 372.
Pyrgocephalie **2161.**
Pyromanie **1903.**

Quartalsäufer *1046.*
Quecksilberbehandlung bei Hirnlues 289, 292.
— — Paralyse 525.
Querulantenwahn *1386,* **1399, 1505, 1533, 1712.**

Rachitis bei Oligophrenie **2170, 2321.**
Railway spine **1449.**
Randgliose bei Epilepsie *1103.*
Rausch 67, 78.
— komplizierter 85, *1044.*
Rechenkünstler **1837, 2128, 2236.**
Recklinghausens Krankheit **2219.**
Rededrang der Manischen *1215.*
Reflexepilepsie *1124.*
Reflexinfantilismus **1801.**
Reflexkrampf der Kinder *1168.*
— saltatorischer 380.
Reiseangst **1845.**
Remissionen bei Dementia praecox *863.*
— — Paralyse 432.
Renifleurs **1924.**
Rente, Kampf um die **1451, 1478.**
Rentenquerulant **1399, 1448.**
Residualepilepsie *1146, 1166.*
Residualwahn bei Epilepsie *1051.*
— nach infektiösem Irresein 255.
Retinitis paralytica 354.
Riesenwuchs, eunuchoider **2250.**
— hypophysärer **2247.**
Rindenepilepsie *1031, 1142.*
Rindenverödung bei Oligophrenie **2297.**
— paralytische 458.
— senile 621.
— syphilitische 315.
Rippenbrüche bei Paralyse 389.
Rückbildungsirresein 534.
Rückenmarksveränderungen bei Paralyse 455.
Rumination, psychische **1870.**

Sadismus **1928.**
— psychischer **1930.**
Sammelwut **2036.**
Santoninvergiftung als Ursache der Epilepsie *1123.*
Santonindelirium 72.
Salvarsan 292, 527.
Sattelkopf **2161, 2279.**
Scapula skaphoidea **2170.**
Schädel, natiformer **2164.**
— hydrocephaler **2162, 2271.**
— makrocephaler **2160.**
— mikrocephaler **2160, 2197.**
— rachitischer **2164.**
— schiefer **2159.**
Schicksalspsychose **1399, 1449.**
Schilddrüsenerkrankung bei Kretinismus 656, 658.
— — Myxödem 645.
Schizophasie *859.*
Schizophrenie *670.*
— latente *920, 926, 947.*
Schlafanfall, epileptischer *1040, 1162.*
— hysterischer **1611.**
Schmierkur s. Quecksilberbehandlung.
Schmutzangst **1841.**
Schnauzkrampf der Katatoniker *825.*
Schreckneurose **1399, 1451.**
Schreibstottern **1419.**
Schriftstörungen bei Alkoholdeliranten 148.
— — Altersblödsinn 609.
— — Arteriosklerose 564.
— — Dementia praecox *728, 772, 856.*
— — Hysterie **1558, 1592, 1595.**
— — Imbezillität **2151.**
— — manisch-depressivem Irresein *1224, 1252, 1343.*
— — Paralyse 362.
— — Psychopathie **1796, 2067.**
— — traumatischer Neurose **1468.**
Schütteltremor **1473.**
Schuhfetischismus **1925, 1927, 1936.**
Schulärzte **2355.**
Schuldenmacher, triebhafte **1911.**
Schutzhandlungen **1836, 1873.**
Schutzsprüche **1873.**
Schwachsinn s. auch Dementia und Verblödung.
— angeborener **2117.**

Schwachsinn, einfacher *871*.
— epileptischer *1072*.
— halluzinatorischer, bei Dementia praecox *846*, *857*, *875*.
— — der Trinker 154.
— infektiöser 272.
— moralischer **2076**.
— paranoider *846*, *857*, *878*.
— postapoplektischer 570.
— syphilitischer 288, 299.
— seniler 593.
— traumatischer 29.
— vorzeitiger *668*.
Schwerhörige, Verfolgungswahn ders. **1398**, **1441**.
Schwindelanfälle, epileptische *1039*.
— hysterische **1612**.
— paralytische 377.
Schwindler, epileptische *1149*.
— krankhafte **2043**.
Second état **1632**.
Sektenbildung bei Paranoia **1744**.
— beim induzierten Irresein **1431**, **1435**.
Sekundärreaktion der Pupillen 373.
Selbstbeschuldigungen bei Epileptikern *1066*, *1153*.
Selbstmordneigung der Melancholischen *1272*.
Senium praecox 567.
Sexualempfindung, konträre **1936**.
Sexualverdrängung **1885**.
Sharimbavy **1964**.
Signe de sourcil bei Myxödem 645.
Silbenstolpern bei Paralyse 360.
Simulation **1505**.
Singultus der Hysterischen **1598**.
Sinistrose **1451**.
Sinnestäuschung, trunkfällige 87.
Situationsphobien **1842**.
Skandieren bei Paralyse 360.
Skaphocephalie **2161**.
Sklerose, atrophische **2298**.
— diffuse **2299**.
— lobäre **2298**, **2328**.
— miliare 619.
— multiple 43.
— tuberöse **2204**.
Skoliose, hysterische **1593**.
Somnambulismus s. Nachtwandeln.
Spätepilepsie *964*, *1125*.
Spätkatatonie 537, *914*.
Spannungsirresein *823*.
Spielwut **2036**.
Spinalirritation **1587**.
Spinnenfinger **2274**.
Spinnenzellen bei Paralyse 447.
Spitzkopf **2161**.
Spongioblastosis centralis **2219**.
— peripherica **2219**.
— universalis **2219**.
Sprachstörung bei Alzheimers Krankheit 625.
— — Arteriosklerose 514.
— — Dementia praecox *738*.
— — Epilepsie *1080*.
— — Oligophrenie **2144**.
— — Paralyse 358.
Sprachverwirrtheit *745*, *859*.
Stäbchenzellen bei Encephalitis **2291**.
— — Paralyse 455.
Stammeln **2146**.
Starrkrampf, hysterischer **1610**.
Status epilepticus *1091*.
— hystericus **1608**.
— paralyticus 375.
— thymico-lymphaticus **2253**.
— verrucosus **2234**.
— — deformis **2236**.
Stehltrieb **1907**.
Stereotypen *713*, *689*.
Stickstoffoxyduldelirium 72.
Stigmata commotionis **1491**.
— der Hysterischen **1577**, **1685**.
— diaboli **1577**, **1601**.
Stirn, olympische **2164**.
Stoffwechselstörungen bei Dementia praecox *758*.
— — Epilepsie *1084*.
— — Kretinismus 654.
— — manisch-depressivem Irresein *1232*.
— — Paralyse 396.
Stottern **2146**.
Streitsüchtige **2111**.
Stupor, epileptischer *1063*.
— depressiver *1263*.
— katatonischer *819*.
— manischer *1292*.
— negativistischer *721*.
— paralytischer *1292*.
Sublimierung **1683**.
Suprarenal-genitaler Symptomenkomplex **2249**.
Symbantopathien **1399**, **1449**.
Symbantophobie **1833**.
Symptomhandlungen **1678**.
Syphilis und Paralyse 398, 486, 491.
Syphilitische Geistesstörungen 279.
System der Paranoiker **1722**.

Tabesparalyse 380, 470.
Tabes und Geistesstörung 202, 324.
Tätigkeitsneurosen **1398**.

Tafephobie **1848.**
Tagesinternate **2355.**
Tangentialfasern, Schwund ders. bei Paralyse 444.
— starke Ausbildung ders. bei Entwicklungshemmung **2234.**
Tempérament hyperthyréoidien 635.
— hypothyréoidien 645.
Tests **2333.**
— pädagogische **2333.**
— psychologische **2333, 2337.**
Thrombose als Ursache des Irreseins 41.
Thyreogenes Irresein 633.
Thyreoidinbehandlung bei Kretinismus 665.
— — Mongolismus **2260.**
— — Myxödem 648.
Tics **1800, 1831, 1836.**
Tiefenpsychologie **1679.**
Tobsucht *1210, 1245.*
Tonische Starre der Neugeborenen **2269.**
Träume der Epileptiker *1057.*
— homosexuelle **1967.**
Transvestiten **1964.**
Traumatische Neurose **1399, 1449, 1457.**
Tremor s. Zittern.
Triebhandlungen der Katatoniker *710.*
— — Psychopathen **1901.**
Triebmenschen **2019.**
Trinkerasyl 118.
Trinkerhumor 93.
Tropakokainvergiftung 73.
Trunksucht, periodische, s. Dipsomanie.
Tuberkulose als Ursache der Oligophrenie **2317.**
Turmschädel **2161, 2278.**
Typhusdelirium 246, 256.
Typus Brissaud **2329.**
— Lorrain **2329.**
— Paltauf **2329.**

Überarbeitung **1400.**
Überreizung, nervöse **1401.**
Überrumpelungsverfahren **1702.**
Ulegyrie **2224.**
Umständlichkeit der Epileptiker *1077.*
Unfallshysterie **1643, 1660.**
Unfallsneurose **1449.**
Unglücksangst **1833.**
Unschuldswahn **1516.**
Unterricht der Oligophrenen **2345.**
Urämisches Delirium 68.
Urninde **1949.**
Urning **1949.**
Urolagnie **1924.**

Varioladelirium 256.
Ventrikelgeschwülste bei tuberöser Sklerose **2208.**
Veranlagung, depressive *1304.*
— epileptische **1975.**
— hysterische **1975.**
— manisch-depressive **1974.**
— manische *1304, 1312.*
— manisch-progressive *1316.*
— paranoische **1975.**
— reizbare *1304, 1317.*
— schizophrene **1974.**
— zyklothyme *1304, 1319.*
Verantwortungsangst **1833, 1848.**
Verbigeration der Katatoniker *734.*
Verblödung, apperzeptive *749.*
— arteriosklerotische 561.
— depressive *776, 783.*
— einfache *763.*
— endogene *667.*
— faselige *880.*
— läppische *767, 884.*
— manierierte *885.*
— negativistische *887.*
— paranoide *973.*
— stumpfe *882.*
— stuporöse *770.*
Verbrecher, geborener **2106.**
Verbrecherfamilien **2098.**
Verbrechernaturen **2077, 2106.**
— aktive **2108.**
— passive **2108.**
Verdrängung **1623, 1678.**
Verdoppelung der Persönlichkeit **1632.**
Verfolgungswahn der Gefangenen **1504, 1510.**
— — Schwerhörigen **1398, 1441.**
— induzierter **1432.**
— melancholischer *1268.*
— paralytischer 411.
— paranoischer **1726.**
— paraphrenischer *975.*
— physikalischer *696.*
— seniler 610.
Vergiftungen als Ursache des Irreseins 66.
— akute 67.
— chronische 74.
Verirrungen, geschlechtliche **1916.**
Verkehrsangst **1834, 1859.**
Verkehrspsychosen **1398, 1428.**
Verlaufsarten des manisch-depressiven Irreseins *1328.*
Vernachlässigung, zielbewußte **1703.**
Verrücktheit s. Paranoia.
Verschiebungsparalogie *743.*
Verschrobene **2039.**

Verschrobenheit der Katatoniker *715*.
Verschwender, triebhafte **2021**.
Verstellung bei Gefangenen **1530**.
— — traumatischer Neurose **1493**.
Verstimmung der Epileptiker *1040*, *1151*.
— konstitutionelle *1304*.
— psychogene **1505**.
Versündigungswahn der Melancholischen *1202*, *1266*.
Verwirrtheit, akute 263.
— ideenflüchtige *1196*.
Vesania typica circularis *1349*.
Vigilambulismus der Hysterischen **1676**.
Viraginität **1946**, **2249**.
Vogelkopf **2198**.
Vorbeireden bei Dementia praecox *689*, *743*.
— — Hysterie **1623**.
Vorklassen **2355**.
Vortäuschung bei Hysterie **1573**.
Voyeurs **1923**.

Wachträumereien der Epileptiker *1150*.
Wahnbildungen, katathyme **1724**.
Wahnformen, milde **1768**.
Wahn, nihilistischer, der Melancholischen *1278*.
Wahnsinn, depressiver 538, *1280*.
— der Kokainisten 230.
— — Trinker 185.
— manischer *1002*, *1384*.
Wandertrieb der Epileptiker *1066*, *1074*, *1152*.
— — Hysterischen **1617**.
— — Psychopathen **2024**.
Waschzwang **1867**.
Wassermannsche Reaktion bei Hirnlues 291.
— — — Oligophrenie **2315**.
— — — Paralyse 386.
Weinkrämpfe bei Hysterie **1597**.
Wiederholungszwang **1869**.
Willenshemmung *1219*.
Willenssperrung *718*.
Wirklichkeitsbewußtsein, Mangel dess. **1787**.
Wöchnerinnen, halluzinatorisches Irresein ders. 263.
Wortblindheit bei Oligophrenie **2151**.
Wortneubildungen *740*.
Würgreflex bei Epilepsie *1079*.
— — Hysterie **1599**.
Wunderkinder **1783**.

Zähneknirschen bei Paralyse 358.
Zahlenzwang **1837**.
Zahnkrämpfe *1118*, **2169**, **2320**.
Zangengeburt als Ursache des Irreseins **2318**.
Zechpreller **2060**.
Zeichnungen bei Dementia praecox *733*.
Zeitschriften, psychiatrische 21.
Zellen, große, bei tuberöser Sklerose **2210**, **2216**.
Zellveränderungen bei Alkoholismus 115.
— — Altersblödsinn 616.
— — Alzheimers Krankheit 627.
— — amaurotischer Idiotie 57, 62.
— — Arteriosklerose 576.
— — Delirium acutum 254.
— — — tremens 257.
— — Dementia praecox *897*, *899*.
— — Entwicklungshemmungen **2229**.
— — Epilepsie *1098*.
— — Fieberdelirien 242.
— — Hirnlues 315.
— — Huntingtons Chorea 51.
— — Korssakowscher Psychose 177.
— — Kretinismus 656.
— — Megalencephalie **2299**.
— — Paralyse 443.
— — präseniler Psychose 544.
— — Rindenverödung **2297**.
— — Status epilepticus *1097*.
— — tuberöser Sklerose **2210**.
— — Typhuspsychose 276.
— — Urämie 69.
Zerfahrenheit *687*.
Zeugenaussagen Schwachsinniger **2129**.
Zirkuläre Form der Dementia praecox *792*.
Zittern bei traumatischer Neurose **1472**.
— der Alkoholdeliranten 147.
— — Alkoholisten 105.
— — Epileptiker *1036*.
— — Psychopathen **2009**.
— hysterisches **1598**.
— seniles 612.
Zonen, spasmofrene **1587**, **1642**.
— spasmogene **1587**.
Zorntobsucht *1297*.
Zustandsbilder 7.
Zwangsaffekte **1828**.
Zwangsantriebe **1834**, **1871**.
— primäre **1874**.
— sekundäre **1874**.
Zwangsbefürchtungen **1832**, **1840**.

Zwangsbefürchtungen hypochondrische **1846.**
Zwangsdenken *678, 690.*
Zwangsempfindungen **1828.**
Zwangsgefühle **1828.**
Zwangshalluzinationen **1829.**
Zwangshemmungen **1828.**
Zwangsliebe **1830.**
Zwangsneurose **1823.**
Zwangsschwitzen **1863.**
Zwangsstimmungen **1830.**
Zwangsvorstellungen *1386*, **1823, 1824.**
— bei Hysterie **1532, 1892.**
Zwangsvorstellungen bei manisch-depressivem Irresein *1260*, **1894.**
— echte **1892.**
— einfache **1836.**
— musikalische **1836.**
— reine **1864.**
Zwangsvorstellungskrankheit **1824.**
Zweifelsucht **1848.**
Zwergwuchs **2242, 2329.**
— hypophysärer **2248.**
— kretinistischer 651.
— thymischer **2253.**
Zwitter s. Hermaphroditismus.