

IX. Das manisch-depressive Irresein*).

Das manisch-depressive Irresein, wie es in diesem Abschnitte geschildert werden soll, umfasst einerseits das ganze Gebiet des sogenannten periodischen und circulären Irreseins, andererseits die meist noch davon unterschiedene einfache Manie. Im Laufe der Jahre habe ich mich mehr und mehr davon überzeugt, dass alle die genannten Bilder nur Erscheinungsformen eines einzigen Krankheitsvorganges darstellen. Möglich ist es freilich, dass sich späterhin eine Reihe von Unterformen bilden oder auch einzelne kleine Gruppen wieder ganz abspalten werden; wenn das aber geschieht, so werden dabei nach meiner Ansicht ganz gewiss nicht diejenigen Zeichen massgebend sein dürfen, die man zur Zeit überall in den Vordergrund zu stellen pflegt. Was mich zu dieser Stellung in der Frage veranlasst, ist die Erfahrung, dass in allen angeführten Krankheitsbildern trotz vielfacher äusserlicher Verschiedenheiten doch gewisse Grundzüge immer in gleicher Weise wiederkehren. Kennt man diese, so wird man, abgesehen von gewissen praktischen Schwierigkeiten, stets im Stande sein, aus ihnen die Zugehörigkeit des einzelnen Zustandsbildes zu dem grossen Formenkreise des manisch-depressiven Irreseins zu erschliessen und damit eine Reihe von Anhaltspunkten für die besondere klinische und prognostische Bedeutung des Falles zu gewinnen. Auf der anderen Seite ist es, so viel ich sehe, gänzlich unmöglich, irgend welche bestimmten Grenzen zwischen den einzelnen bisher auseinander gehaltenen

*) Kirn, Die periodischen Psychosen. 1878; Mendel, Die Manie, eine Monographie. 1881; Emmerich, Schmidt's Jahrbücher CXI, 2; Pick, Circuläres Irresein, Eulenburg's Realencyclopädie, 2. Auflage; Hoche, Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins. 1897; Hecker, Zeitschrift für praktische Aerzte, 1898, 1.

Krankheitsbildern aufzufinden. Von der „einfachen“ Manie führen die zahlreichen Beobachtungen mit 2, 3, 4 Anfällen im Leben ganz unmerklich zur periodischen Form hinüber, und von dieser gelangen wir zum circulären Irresein durch jene Fälle, in denen immer deutlichere depressive Vor- oder Nachstadien das reine Bild der Manie allmählich trüben, oder in denen die lange Reihe der manischen Anfälle unvermuthet einmal durch einen Depressionszustand unterbrochen wird.

Es giebt keinen Irrenarzt, und kann nach meiner Ueberzeugung keinen geben, der im Stande wäre, aus dem Zustandsbilde allein zu erkennen, ob ein gegebener Krankheitsfall als einfache, als periodische Manie oder als circuläres Irresein aufzufassen ist. So verschiedenartig sich auch das Bild der Erregung oder Verstimmung an sich gestalten kann — für die besondere klinische Deutung des Falles erfahren wir daraus ebenso wenig, wie wir etwa die verschiedenen Gestaltungen der paralytischen Erregung und Depression zu Schlüssen über den muthmasslichen weiteren Verlauf verwerthen können, abgesehen natürlich in beiden Fällen von gewissen allgemeinen statistischen Regeln, die im einzelnen Falle sehr trügerisch sein und daher niemals zur Abgrenzung wirklicher Krankheiten dienen können.

Dazu kommt, dass wir in einem und demselben Krankheitsverlaufe gar nicht selten die verschiedensten Zustandsbilder nach einander auftreten sehen. Alle die mannigfachen Erscheinungsformen der manischen Erregung können einander ablösen in demselben wie in verschiedenen Anfällen, bei einfacher wie bei periodischer Manie und beim circulären Irresein. Sie erscheinen daher als Aequivalente, als Ausdruck ganz nahe verwandter und ohne weiteres in einander übergehender Grundzustände. Aehnlich wie wir in den äusserlich so mannigfaltigen Zustandsbildern des epileptischen Irreseins, der Dementia praecox, der Paralyse doch immer wieder den bestimmten zu Grunde liegenden Krankheitsvorgang erkennen, wie sich dort bei demselben Kranken alle jene Bilder nach einander entwickeln können, so giebt es auch für das manisch-depressive Irresein einen ganz bestimmten Kreis von klinischen Erscheinungsformen, die mit einander abwechseln, ohne dass wir berechtigt wären, die so entstehenden zahllosen Spielarten des Krankheitsbildes auf wesentlich verschiedene Grundvorgänge zurückzuführen. Dagegen sind wir durchaus in der Lage, auch jedes kleinste Bruchstück eines

hierher gehörigen Krankheitsverlaufes ohne weiteres in den grossen Rahmen des manisch-depressiven Irreseins einzuordnen; zu den übrigen Gruppen von Geistesstörungen, abgesehen etwa vom Entartungsirresein, führen keine Brücken hinüber. Aus allen diesen Gründen sehe ich mich veranlasst, den klinischen Formenkreis des manisch-depressiven Irreseins als eine Einheit aufzufassen und die einzelnen Zustandsbilder und Verlaufsarten als Sondergestaltungen des einen gemeinsamen Krankheitsvorganges darzustellen.

Das manisch-depressive Irresein verläuft, wie schon sein Name andeutet, in einzelnen Anfällen, die entweder die Zeichen einer sogenannten manischen Erregung, Ideenflucht, gehobene Stimmung und Beschäftigungsdrang, oder diejenigen einer eigenartigen psychischen Depression mit psychomotorischer Hemmung oder endlich eine Mischung beider Zustände darbieten.

Die Auffassung und das Verständniss äusserer Eindrücke zeigt gewöhnlich eine mehr oder weniger schwere Beeinträchtigung; nur in den ganz leichten Formen scheint diese Störung bisweilen zu fehlen. In den Erregungszuständen spielt dabei eine wesentliche Rolle die ausserordentliche Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit. Den Kranken geht die Fähigkeit zur Auswahl und Ordnung der Eindrücke verloren; jeder auffallende Sinnesreiz drängt sich ihnen mit einer gewissen Gewalt auf, so dass sie sich ihm sofort zuzuwenden pflegen. Wenn man daher auch meist im Stande ist, ihre Aufmerksamkeit durch Vorzeigen von Gegenständen, Zurufen von Worten rasch anzuziehen, so schweift dieselbe doch ungemein leicht wieder auf irgend einen neuen Reiz ab. Das Bild der Umgebung bleibt darum für den Kranken auch dann unzusammenhängend und lückenhaft, wenn eine schwerere Beeinträchtigung des Wahrnehmungsvorganges an sich gar nicht vorhanden ist. Es muss indessen als sehr wahrscheinlich betrachtet werden, dass die centrale Erregbarkeit für äussere Eindrücke bei diesen Kranken meistens bis zu einem gewissen Grade herabgesetzt ist. Dafür spricht namentlich die ganz auffallende Unempfindlichkeit der Kranken gegen Hitze und Kälte, Hunger und Durst, Schmerzen und Verletzungen. Sie setzen sich stundenlang dem glühendsten Sonnenbrande aus, entkleiden sich bei Wintertemperatur, vergessen Essen und Trinken, reissen schonungslos die Verbände von ihren Wunden und misshandeln ihre kranken Körpertheile oder ge-

brochenen Glieder, ohne auch nur ein Zeichen des Unbehagens zu äussern.

In den Depressionszuständen kann die Auffassung sehr hochgradig gestört sein. Einerseits ist auch hier die Ablenkbarkeit nicht selten erhöht, so dass die Kranken sich neuen kräftigen Reizen sofort widerstandslos zuwenden. Noch stärker aber pflegt die Unfähigkeit hervorzutreten, die Eindrücke geistig zu verarbeiten, zu begreifen. Wir sehen daher die Kranken unter Umständen ganz verständnislos der Aussenwelt gegenüber stehen, auch wenn die sinnliche Wahrnehmung an sich noch leidlich gut von Statten geht.

Das Bewusstsein der Kranken ist bei den schwereren Formen des Leidens regelmässig etwas getrübt. Auf der Höhe der Erregung werden Eindrücke und Vorstellungen unklar und verschwommen. In Folge dessen leidet die Klarheit der Orientirung. Die Kranken wissen nicht recht, wo sie sich befinden, verkennen die Personen, begrüßen Aerzte oder Mitkranke mit den Namen von Angehörigen oder Nachbarn. Diese Verkennungen knüpfen sich bisweilen an entfernte Aehnlichkeiten an; in anderen Fällen aber erscheinen sie mehr als ein scherzhaftes Spiel, in dem der Kranke sich gefällt, halb und halb der Willkürlichkeit seiner Bezeichnung sich bewusst. Das tritt namentlich bei Abnahme der Erregung hervor, wenn die falschen Bezeichnungen noch festgehalten werden, während aus dem sonstigen Benehmen und gelegentlichen Aeusserungen des Kranken hervorgeht, dass er über Aufenthaltsort und Personen seiner Umgebung völlig im klaren ist. Am stärksten pflegt die Bewusstseins-trübung in den Depressionszuständen, besonders im Stupor zu sein. Hier kann sich der Kranke bisweilen viele Monate lang in geradezu traumhafter Benommenheit befinden und die abenteuerlichsten, verworrensten deliriösen Schicksale durchleben.

Vielfach und in den verschiedensten Zuständen beobachtet man einzelne Sinnestäuschungen, wenn sie auch nicht gerade häufig sehr in den Vordergrund treten. Meist handelt es sich um illusionäre Vorgänge, wie sie durch die Unvollkommenheit und Flüchtigkeit der Wahrnehmungen besonders begünstigt werden, aber auch wirkliche Hallucinationen kommen öfters vor, namentlich in den depressiven und stuporösen Zuständen. Ebenso sind Wahnbildungen keineswegs selten. In der Erregung pflegen dieselben vielfach zu wechseln und in der Form von scherzhaften Aufschneidereien und

Uebertreibungen aufzutreten, doch werden bei grösserer Besonnenheit auch lange festgehaltene und ausgespinnene Wahnvorstellungen beobachtet, Grössenideen wie Verfolgungswahn, Eifersuchtswahn, Vergiftungsfurcht. In den Depressionszuständen tauchen vor allem Versündigungs- und Verfolgungsideen, ferner hypochondrische Vorstellungen auf. Alle diese Wahnbildungen können unter Umständen ungemein abenteuerliche Formen annehmen, so dass sie bisweilen an diejenigen bei der Paralyse oder beim Altersblödsinn erinnern, einer von den vielen Beweisen dafür, dass der Inhalt der Wahnideen ebenso wenig wie ihr Vorkommen überhaupt irgend welche zuverlässigen Schlüsse auf die Art eines Krankheitsvorganges zulässt. Ein gewisses Verständniss für die durch die Krankheit erzeugte Veränderung ist recht häufig vorhanden, doch wird in der Regel die Erregung wie die traurige Verstimmung nicht auf eine Erkrankung, sondern auf äussere oder innere Ursachen zurückgeführt, Lebensschicksale, ungeeignete Behandlung, Verfehlungen.

Sehr wichtige und ausgeprägte Störungen bietet regelmässig der Vorstellungsverlauf unserer Kranken dar. In den Erregungszuständen vermögen sie nicht, einen bestimmten Gedankengang planmässig zu verfolgen, sondern sie springen immerfort von einer Vorstellungsreihe auf eine ganz andere über, um auch diese sofort wieder fallen zu lassen. Eine beliebige Frage wird zunächst vielleicht ganz richtig beantwortet, aber es knüpfen sich daran eine Menge von Nebenbemerkungen, die nur in sehr lockerem oder bald in gar keinem Zusammenhange mehr mit dem Ausgangspunkte stehen. In Folge dieser fortwährenden Einschiebsel und Zwischenfälle sind die Kranken ganz ausser Stande, etwa allein irgend ein verwickelteres Erlebniss zu erzählen, wenn man sie nicht durch stete Unterbrechungen und Zwischenfragen immer von neuem auf den angefangenen Weg zurückführt. Der Vorstellungsverlauf wird somit nicht mehr, wie beim Gesunden, durch eine Gesamtvorstellung beherrscht, welche zur Zeit nur eine bestimmte Richtung der Gedankenverknüpfung zulässt und alle nebensächlichen und zufälligen Einfälle hemmt. Nicht die von dem ganzen Zusammenhange geforderten, sondern die durch allgemeine Denkgewohnheiten begünstigten Vorstellungen gewinnen daher in jedem Augenblicke die Oberhand. Dadurch kommt es zum Abschweifen von einem Gegenstande auf andere ähnliche oder häufig damit verbundene, ohne

Rücksicht auf das Ziel des ursprünglichen Gedankenganges. Der Zusammenhang des Denkens lockert sich mehr und mehr; es entsteht jene Störung, die wir als ideenflüchtige Verwirrtheit kennen gelernt haben.

Nicht selten pflegen bei solchen Kranken auch äussere Eindrücke, namentlich solche aufdringlicher Art, den Anstoss zu einer neuen Wendung des zügellosen Gedankenganges zu geben. Man hat darin bisweilen das Anzeichen einer gesteigerten Empfänglichkeit für äussere Wahrnehmungen erblickt. In Wirklichkeit zeigt sich indessen, dass die Kranken keineswegs genau beobachten, sich vielmehr um die Vorgänge in ihrer Umgebung oft sehr wenig kümmern. Aber wenn sie etwas bemerken, so geschieht das nicht ohne Reaction; sie fassen ihre Wahrnehmung sogleich in Worte und sprechen sie aus, weil die Auslösung von Bewegungsvorgängen bei ihnen erleichtert ist. Auch in den Depressionszuständen scheint bisweilen eine gewisse Ideenflucht zu bestehen. Für den Beobachter deutlich wird sie allerdings nur dann, wenn die Kranken ihre Gedanken auch fortlaufend aussprechen, was nur bei gleichzeitigem Rededrang, in Mischzuständen, der Fall ist. Wir hören indessen nicht selten deprimierte Kranke darüber klagen, dass ihnen alle möglichen Gedanken in den Kopf kämen, dass in ihrem Kopfe alles wirr durcheinander gehe.

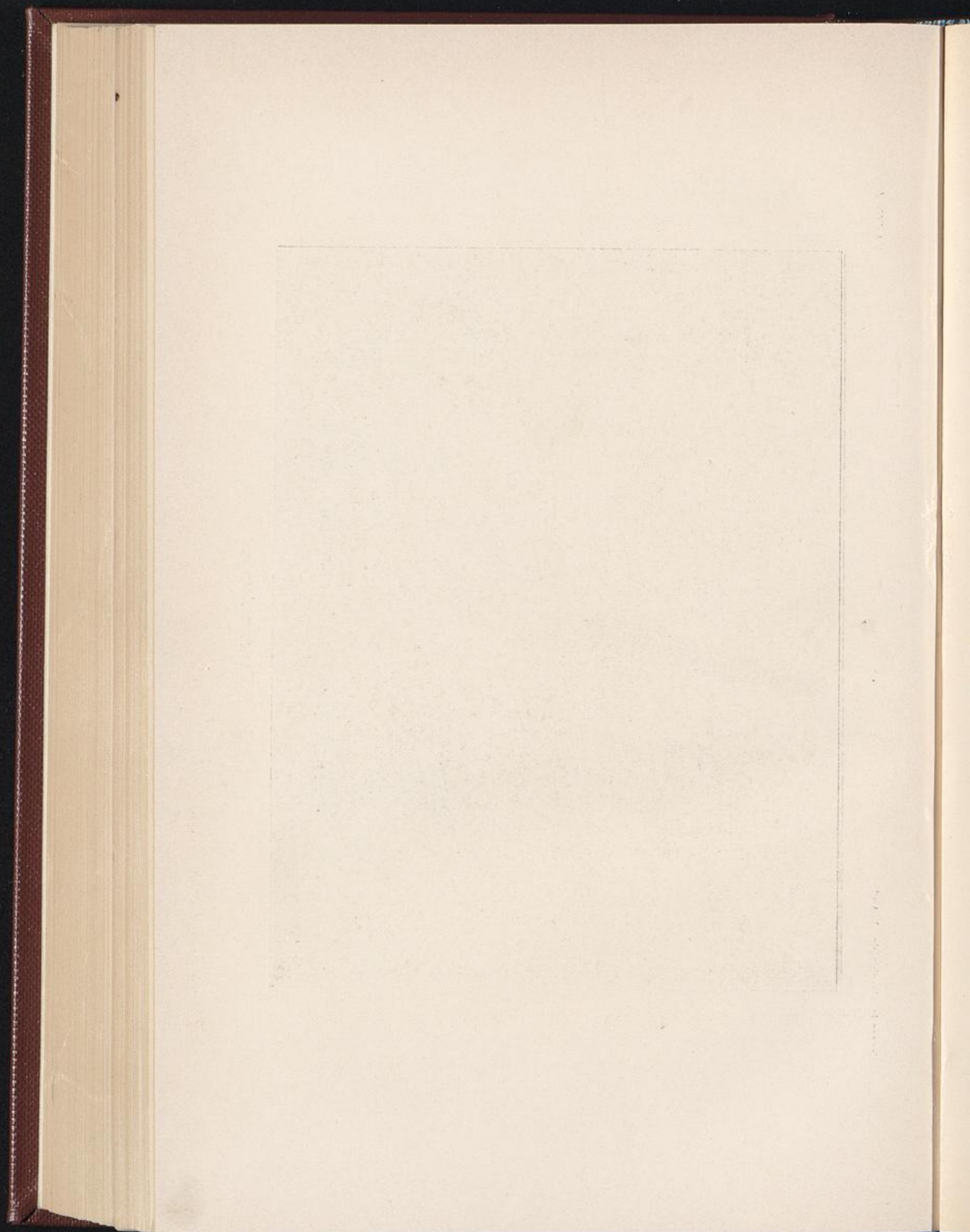
Ganz regelmässig aber können wir in der Depression, ferner in manisch-stuporösen Mischzuständen und mit ihnen verwandten Formen der manischen Erregung eine mehr oder weniger ausgesprochene Denkhemmung nachweisen, die Unfähigkeit, über die eigenen Vorstellungen nach Bedarf zu verfügen. Daraus entsteht eine grosse Schwerfälligkeit und Verlangsamung des Denkens, Unbesinnlichkeit bei der Beantwortung einfacher Fragen, Ideenarmuth. Solche Kranke fördern nur eine auffallend dürftige Zahl von Vorstellungen zu Tage, auch wenn sie augenscheinlich am Aussprechen ihrer Gedanken durchaus nicht gehindert sind. Sie werden dann gewöhnlich für sehr schwachsinnig gehalten, während der weitere Verlauf deutlich zeigt, dass es sich hier nur um eine Erschwerung des Denkens, nicht um eine Vernichtung des Vorstellungsschatzes gehandelt hat.

Die hier vertretene Auffassung steht in einem gewissen Gegensatz zu der weit verbreiteten Ansicht, dass der Gedankengang in



Manische Kranke.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.



der Manie überstürzt sei. Man nimmt gewöhnlich an, dass die ideenflüchtige Zusammenhangslosigkeit der Vorstellungen in der Manie wesentlich durch das Ausfallen ganzer Gedankenreihen bedingt sei, welche schneller auf einander folgen, als die Sprachorgane sie ausdrücken können. Genauere Untersuchungen haben mir gezeigt, dass jene Ansicht nicht nur nicht beweisbar, sondern höchst wahrscheinlich falsch ist. Es lässt sich nämlich bei der künstlich, durch Alkohol oder körperliche Anstrengung, erzeugten Ideenflucht zeigen, dass keineswegs unausgesprochene associative Bindeglieder zwischen den ganz sinnlos aneinander geknüpften Vorstellungen bestehen, und dass der Associationsvorgang thatsächlich sehr beträchtlich verlangsamt ist. Dagegen ist es richtig, dass die einzelnen Vorstellungen, weil sie nicht durch feste Zielvorstellungen gestützt werden, nur von sehr kurzer Dauer sind und rasch von anderen abgelöst werden. Die Ideen sind flüchtig, aber sie drängen einander nicht. „Meine Gedanken sind so schnell, dass ich sie gar nicht festhalten kann,“ sagte eine Kranke. Nicht auf eine Beschleunigung des Gedankenganges weist uns diese Aeusserung hin, sondern auf die Flüchtigkeit und Unbeständigkeit der einzelnen Glieder. Thatsächlich lehrt auch die Beobachtung manisch erregter Kranker, dass sie keineswegs ideenreich, sondern nur wortreich sind und sich häufig ganz eintönig wiederholen. Auch die gelegentlichen Witze solcher Kranken sind fast immer einfache Wortspiele, wie sie eben durch die Neigung zu Klangassocationen hervorgerufen werden. Wir begegnen ihnen wie der Sucht, in fremden Sprachen zu reden, und einer Reihe von ähnlichen Zügen im Alkoholrausche, bei dem die Lähmung der Verstandesthätigkeit mit voller Sicherheit nachgewiesen werden konnte. Trotzdem stossen wir hier im Gegensatze zu dem Messungsergebnisse häufig auf die Selbsttäuschung einer Erhöhung der geistigen Leistungsfähigkeit. Sie hat ebensowenig Beweiskraft wie die aus dem manischen Wohlgefühl erwachsende Vorstellung besonderer geistiger Frische und Gesundheit.

Die Stimmung ist in der manischen Erregung meist eine gehobene. Die Kranken sind vergnügt, fühlen sich sehr wohl, zu allen möglichen Spässen und Neckereien aufgelegt, lachen, singen und scherzen. Den Ausdruck dieser Stimmung in verschiedener Färbung von leichter Fröhlichkeit bis zum unbändigen Lachen giebt das beigefügte Gruppenbild manisch erregter Kranker wieder (Tafel VI).

Zugleich beobachten wir gewöhnlich eine erhebliche Steigerung der gemüthlichen Reizbarkeit. Daher schieben sich in die ausgelassene Heiterkeit bei geringfügigen Anlässen Zornausbrüche mit rücksichtslosestem Schimpfen und Neigung zu Gewaltthätigkeiten ein. Andererseits aber schlägt die Stimmung auch auffallend leicht in Traurigkeit und Weinerlichkeit um, freilich meist nur ganz vorübergehend. Ich möchte annehmen, dass sich in dieser Erfahrung die nahe Verwandtschaft der manischen und der depressiven Zustände ausdrückt. In diesen letzteren ist die Stimmung regelmässig düster, hoffnungslos, verzweifelt oder ängstlich, wenn es auch einzelne Fälle giebt, in denen neben der Hemmung eine bestimmte Färbung der Gemüthslage nicht deutlich erkennbar ist. Auch in der Depression deutet indessen nicht selten ein verlorenes Lächeln oder selbst eine plötzliche Fröhlichkeit darauf hin, wie leicht hier die Stimmungen in einander übergehen. In den Misch- und Uebergangszuständen sehen wir einerseits Stupor mit stiller Lustigkeit, andererseits eine erregte Verstimmung, die sich in unleidlichem Nörgeln und reizbarer Missvergnügtheit kundgiebt.

Die bei weitem auffallendsten Störungen liegen beim manisch-depressiven Irresein auf psychomotorischem Gebiete. In den Erregungszuständen ist das Krankheitsbild beherrscht vom Beschäftigungsdrange. Wir haben es hier mit einer allgemeinen Erleichterung der Umsetzung centraler Erregungen in Handlungen zu thun. Jeder aufsteigende Antrieb führt alsbald zur That, während der Gesunde zahllose Willensregungen schon im Entstehen zu unterdrücken pflegt. Die Störung scheint in hohem Grade mit derjenigen übereinzustimmen, die wir künstlich durch Alkoholeinwirkung erzeugen können; daher die grosse Aehnlichkeit vieler manischer Kranker mit leichter oder schwerer Angetrunkenen. Freilich pflegt im Rausche die Beeinträchtigung der Auffassung und des Denkens verhältnissmässig weit stärker hervorzutreten, als bei unseren Kranken. Der manische Beschäftigungsdrang führt naturgemäss zu mehr oder weniger ausgesprochener Unruhe (Tobsucht). In den leichtesten Graden ist es nur eine gewisse Unstetigkeit und Vielgeschäftigkeit, die uns auffällt, rastlose, überstürzte Unternehmungslust. Bei stärkerer Erregung drängen sich die Antriebe immer mehr, und der Zusammenhang des Handelns geht allmählich verloren. Der Kranke ist ausser Stande, irgend eine weiterreichende Absicht wirklich

durchzuführen, weil sich ihm immerfort neue Antriebe dazwischen schieben, die ihn von dem ursprünglichen Ziele ablenken. So kann sich schliesslich sein Thatendrang in eine bunte Folge immer neuer, rasch wechselnder Willenshandlungen auflösen, die gar kein gemeinsames Ziel mehr erkennen lassen, sondern kommen und gehen, wie sie der Augenblick geboren hat. Immer aber sind die einzelnen Handlungen, im Gegensatze zu dem katatonischen Bewegungsdrange, durch Vorstellungen oder Stimmungen, wenn auch noch so flüchtiger Art, verursacht; es sind Ausdrucksbewegungen, übermüthige Scherze, Angriffe, Zeitvertreib, Liebeswerbungen u. dergl. Ausser der Erregung besteht bei unseren Kranken regelmässig auch eine Steigerung der Erregbarkeit. Vielleicht ist diese sogar als die wesentliche Grunderscheinung zu betrachten. Oft sind die Kranken ziemlich ruhig, so lange man alle äusseren Reize nach Möglichkeit abschliesst; eine Anrede, ein Besuch, das Schreien der Mitkranken führt aber ungemein leicht zu rasch wachsender Erregung. Je mehr man sie reden und gewähren lässt, desto stärker pflegt der Beschäftigungsdrang zu werden, eine für die Behandlung sehr wichtige Erfahrung.

Trotz der hochgradigsten motorischen Erregung, die bisweilen Wochen, ja viele Monate lang mit geringen Unterbrechungen in vollster Stärke fort dauert, fehlt dem Kranken das Ermüdungsgefühl vollständig. Er ist nicht matt und abgespannt; der Verbrauch des Muskelgewebes erzeugt keine Unlustempfindung, zum Theil vielleicht wegen der früher besprochenen Abstumpfung seiner Empfindlichkeit, namentlich aber wol wegen der Leichtigkeit, mit welcher die centrale Auslösung seiner Bewegungen von Statten geht. Bei ihm genügt schon der leiseste Antrieb, um ausgiebige Bewegungsäusserungen hervorzurufen, während der Gesunde zur Erzielung des gleichen Erfolges eines unvergleichlich grösseren Aufwandes von centraler Arbeitsleistung bedürfen würde. Darum muss auch jeder Versuch der Nachahmung dieses Zustandes nothwendig nach sehr kurzer Zeit an der Unmöglichkeit scheitern, das lähmende Ermüdungsgefühl durch die blossе Willensanstrengung zu überwinden. Dieser Umstand wie die Rücksichtslosigkeit, mit der die Kranken ihre Glieder gebrauchen, hat zu der verbreiteten, unrichtigen Anschauung geführt, dass sie über aussergewöhnliche Körperkräfte verfügen.

Eine Theilerscheinung des allgemeinen Thatendrangs ist der

oft sehr ausgeprägte Rededrang der Kranken. Auch die Umsetzung von Wortvorstellungen in Sprachbewegungen ist krankhaft erleichtert. Wie wir schon früher ausgeführt haben, dürfte gerade dieser Umstand bei der besonderen Gestaltung der manischen Ideenflucht eine gewisse Rolle spielen. Die leicht angeregten motorischen Sprachvorstellungen gewinnen einen unverhältnissmässig starken Einfluss auf den Ablauf des Gedankenganges, während die inhaltlichen Beziehungen der Vorstellungen mehr in den Hintergrund treten. So kommt es, dass in den höheren Graden der Ideenflucht, ganz wie unter dem Einflusse des Alkohols, an die Stelle des sachlichen Bandes der Vorstellungen mehr und mehr sprachlich eingelernte Redensarten, Wortzusammensetzungen, Anklänge und Reime treten. Namentlich gewinnen mehr und mehr die reinen Klangassoziationen die Oberhand, bei denen jede Spur einer inneren Beziehung der Vorstellungen verschwunden ist, die Gleichklänge und Reime, sogar ganz sinnlose. Eine Kranke schrieb auf ein Blatt: Nelke — welke — Helge — Hilde — Tilde — Milde — Hand — Wand — Sand.

In den sprachlichen Aeusserungen des Kranken macht sich die Ideenflucht und der Rededrang gleichzeitig geltend. Er kann nicht lange stillschweigen, schwatzt und schreit mit erhobener Stimme, lärmt, brüllt, johlt, pfeift, überstürzt sich im Reden, reiht zusammenhangslose Sätze, Worte, Silben aneinander, predigt mit feierlicher Betonung und leidenschaftlichen Geberden, vom Hochtrabenden ganz unvermittelt ins Humoristisch-Gemüthliche, Drohende, Weinerliche verfallend oder plötzlich in ausgelassenem Lachen endigend. Bisweilen kommt es zu eigenthümlich gezielter Sprechweise, auch wol zum Reden in selbsterfundenen Sprachen, die zum Theil aus sinnlosen Silben, zum Theil aus fremdländisch zurechtgestutzten und verstümmelten Wörtern bestehen. Eine Probe manischer Reden giebt die folgende Nachschrift:

„Notiren Sie genau, es scheint mir alles so grau; die Uhr (wurde der Kranken vorgehalten) bedeutet den Kreislauf der Zeit; Herr N. hat einen Chronometer bereit. Mein Magen thut mir weh, immer hipp, hipp hurrah! Der Geibel ist der Dichter, der Genius der Zeit gewesen, *été*, der Sommer muss kommen, die Bäume schlagen aus, und Du bist nicht zu Haus. Röslein, so hold am Haag, mich doch Niemand holen mag. *Les extrêmes se touchent*; Zeiten fliehen so manches Jahr, mich doch Niemand holen mag. (Zur Wärterin) Du Luder, Du unverschämtes Saumensch, kannst Du darüber lachen, dass die guter Hoffnung

ist, von Rosa gesprochen, drum bist Du Esel so grau. Grau, theurer Freund, ist alle Theorie. Stern, Blume so gern. Der Grossherzog soll leben hoch. Leberecht Hühnchen“ u. s. w.

Die Zusammenhangslosigkeit ist hier keineswegs durch einen sprudelnden Reichthum an Gedanken, sondern durch die mangelnde Ausbildung richtunggebender Zielvorstellungen bedingt. Auch der Gesunde kann ganz ähnliche Reihen liefern, wenn er seinem Denken die Zügel schiessen lässt und wahllos alles ausspricht, was ihm in den Sinn kommt. Freilich ist in der Manie dieses Aussprechen erheblich erleichtert und beschleunigt. In Folge dessen setzt sich jede auftauchende Vorstellung sofort in Worte um; der Kranke sagt alles, was er denkt. Da aber beim ziellosen Denken stets die Vorstellungen rascher auf einander folgen, als man sie in Worte kleiden kann, überhastet sich das Reden des Kranken, trotzdem sein Denken eher verlangsamt, als beschleunigt ist.

Auch in den Schriftstücken der Kranken zeigt sich die Neigung, Fremdwörter zu gebrauchen, verschiedene Sprachen durcheinander zu werfen. Die Ablenkbarkeit und Erregbarkeitssteigerung pflegt sich in dem Umstande kundzugeben, dass die ersten Worte oder Zeilen meist ganz zusammenhängend geschrieben sind, während sich der weitere Inhalt in eine wirre Folge von Aufzählungen, Reminiscenzen, Versbruchstücken, Anklängen und Reimen auflöst. Zugleich werden auch die Schriftzüge grösser, anspruchsvoller und unregelmässiger. Sie nehmen keine Rücksicht mehr auf den Leser, laufen durcheinander, werden verschmiert; die Unterstreichungen, Ausrufungszeichen, kühnen Schnörkeleien nehmen zu. Alle diese Störungen, die inhaltlichen wie die formalen, treten an der beigegebenen Schriftprobe in ausgezeichneter Weise hervor. Die Menge der von manischen Kranken erzeugten Schriftstücke ist bisweilen eine erstaunliche; freilich rechnen sie selbst nicht darauf, dass sie gelesen werden; nur das Vergnügen des Schreibens selbst ist der Beweggrund.

In den Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins tritt an Stelle des Beschäftigungsdranges sein völliges Gegenstück, die psychomotorische Hemmung. Die centrale Auslösung von Handlungen ist hier erschwert, selbst bis zur Unmöglichkeit. Die leichteren Grade der Störung zeigen sich in der Entschlussunfähigkeit der Kranken. Die auftauchenden

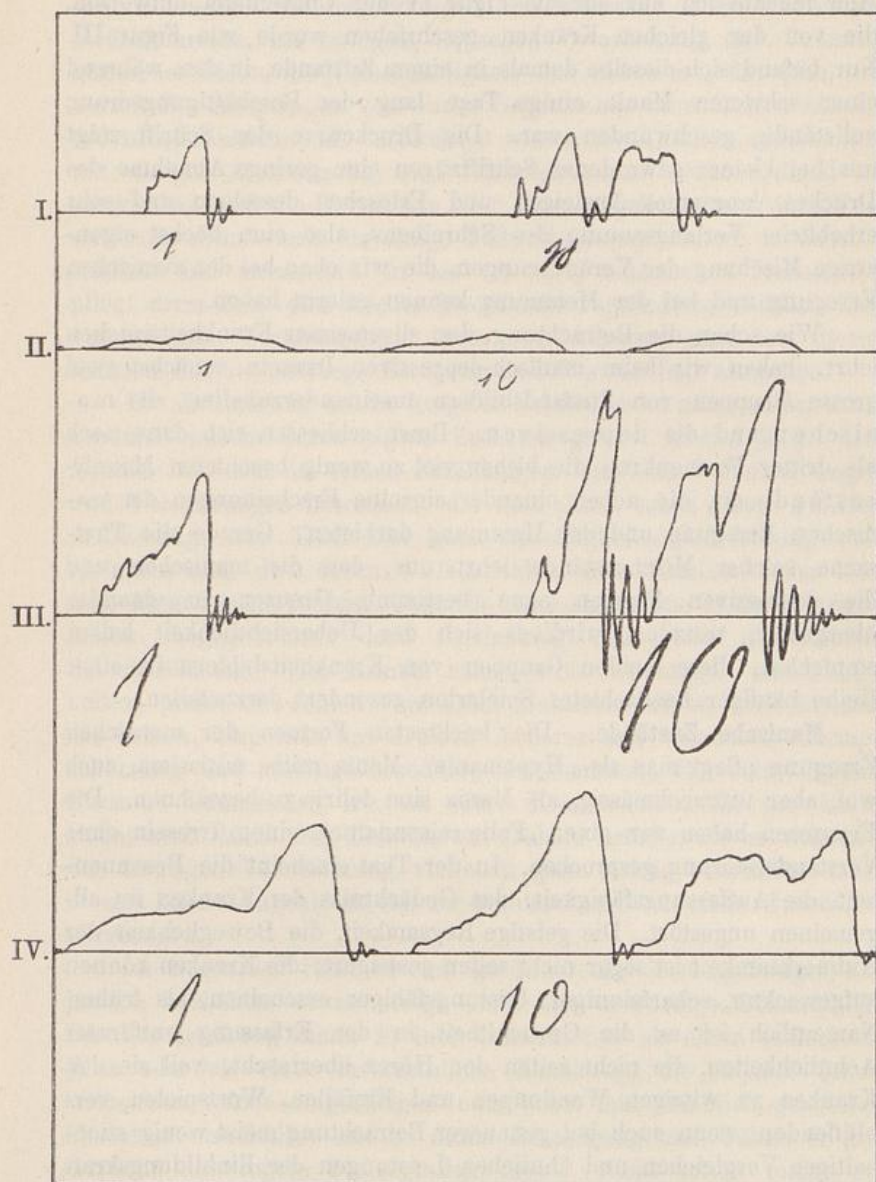
lungen aufzuraffen. Auch die endlich nach vielem Zögern begonnene Thätigkeit bleibt jeden Augenblick stecken, da ihr der Nachdruck des kräftigen Entschlusses fehlt. Alle einzelnen Bewegungen, soweit sie einen Willensantrieb erfordern, sind mehr oder weniger verlangsamt und geschehen ohne Kraft. Aeussere Einwirkung und namentlich gemüthliche Erregung kann die Hemmung verringern. Unter stetem Zureden oder in der Gefahr vermag der Kranke noch Leistungen zu vollbringen, die ihm sonst unmöglich sind. Bei den schwersten, stuporösen Formen kann jede Willensäusserung des Kranken aufgehoben sein, so dass er nicht mehr im Stande ist, das Bett zu verlassen oder seine Bedürfnisse zu verrichten. Bemerkenswerth ist es, dass die Ausdrucksbewegungen, die am meisten durch seelische Einflüsse beherrscht werden, am schwersten von der Hemmung betroffen zu sein pflegen. Wir sehen Kranke bisweilen schon sich ohne wesentliche Störung beschäftigen, während sie trotz guten Verständnisses doch noch kein Wort über die Lippen zu bringen vermögen.

Einen guten Einblick in die Eigenthümlichkeiten der psychomotorischen Störungen beim manisch-depressiven Irresein dürfte die beiliegende Curventafel gewähren. Dieselbe stellt die Druckschwankungen beim Schreiben der 1 und der 10 aus einer fortlaufenden Zahlenreihe vor, wie sie mit Hülfe der Schriftwage gewonnen werden. Die senkrechten Bewegungen einer kleinen, durch Federzug immer wieder in die Gleichgewichtslage zurückkehrenden Platte, auf die der Druck des Bleistiftes beim Schreiben wirkte, wurden auf einer Drehtrommel aufgezeichnet. Die Abstände auf den wagerechten Linien geben einen Begriff von der während des Schreibens verflossenen Zeit; die Höhe der Curven dagegen stellt in vergrössertem Maassstabe den in jedem Augenblicke auf die Schreibunterlage ausgeübten Druck dar. Unter den einzelnen Curven befinden sich getreue Nachbildungen der Schriftzüge, die bei den Versuchen geliefert wurden. Figur I stammt von einer gesunden Wärterin. Man erkennt bei der ersten, noch besser bei der zweiten 1 das Nachlassen des Druckes während der Umkehr der Schreibbewegung sowie das Ansteigen im Grundstriche; auch in der 0 entspricht der Umbiegung eine kleine Druckschwankung. Die Zacken am Schlusse der Curven entstehen durch Nachschwingungen der Feder bei raschem Absetzen des Stiftes.

Figur III wurde von einer manischen Kranken geliefert. Die psychomotorische Erregung tritt hier schon in den mächtigen, anspruchsvollen Schriftzeichen hervor. Der Druck ist erheblich gesteigert, ebenso die Schreibgeschwindigkeit, wenn wir die verschiedene Länge des zurückgelegten Schreibweges berücksichtigen. In der zweiten 1 sind sowol Druck wie Geschwindigkeit sehr bedeutend gestiegen, eine Erscheinung, die sich auch bei Gesunden überall findet, nur in ungleich schwächerer Ausprägung. Da sie uns die wachsende Erleichterung der Leistung während der Arbeit anzeigt, darf sie als Ausdruck der gesteigerten psychomotorischen Erregbarkeit angesehen werden. Die im Laufe des Schreibens rasch zunehmende Ausgiebigkeit der Nachschwingungen deutet auf die grössere Plötzlichkeit der Druckschwankungen bei den heftigen Schreibbewegungen hin.

Ein vollkommen anderes Bild bietet die Figur II dar, die von einer Kranken im Depressionszustande gewonnen wurde. Die Schriftzüge sind auffallend klein; trotzdem nahmen sie erheblich grössere Zeit in Anspruch als Figur I, waren also stark verlangsamt. Zugleich ist der Druck ausserordentlich niedrig; er betrug noch nicht 50 gr und zeigt sehr wenig ausgeprägte Schwankungen. Nachschwingungen fehlen ganz; der Schreibdruck hörte also nicht plötzlich, sondern ganz allmählich auf. Auch hier ist übrigens eine geringe Zunahme der Geschwindigkeit bei der zweiten 1 nachzuweisen. Fanden wir demnach bei der manischen Kranken heftige, sehr beschleunigte Bewegungen mit rascher, erheblicher Zunahme der Erregbarkeit, so begegnet uns hier zögerndes Ein- und Ausschleichen, geringer Nachdruck und bedeutende Verlangsamung des Schreibens, Zeichen, die in klarer Weise auf das Bestehen einer psychomotorischen Hemmung hindeuten.

Allein die beiden hier auseinandergehaltenen Zustände des Werkzeuges unseres Willens sind schwerlich solche Gegensätze, wie es auf den ersten Blick scheinen mag. Wir sehen sie wenigstens im Verlaufe der Krankheit häufig genug unvermittelt in einander übergehen. Hemmung und Erleichterung der Willensanstriebe müssen demnach nur nahe verwandte Erscheinungsformen einer gemeinsamen Grundstörung sein. Noch deutlicher wird das, wenn wir sehen, dass sich die Zeichen beider krankhafter Veränderungen gar nicht selten mit einander mischen. Die besonderen klinischen Gestaltungen



dieser Mischung werden wir späterhin genauer ins Auge zu fassen haben. Hier möchte ich nur auf die Figur IV der Curventafel hinweisen, die von der gleichen Kranken geschrieben wurde wie Figur III. Nur befand sich dieselbe damals in einem Zustande, in dem während einer schweren Manie einige Tage lang der Beschäftigungsdrang vollständig geschwunden war. Die Druckcurve der Schrift zeigt uns bei kleiner gewordenen Schriftzügen eine geringe Abnahme des Druckes, langsames Ansteigen und Erlöschen desselben und sehr erhebliche Verlangsamung des Schreibens, also eine höchst eigenartige Mischung der Veränderungen, die wir oben bei der manischen Erregung und bei der Hemmung kennen gelernt haben. —

Wie schon die Betrachtung der allgemeinen Krankheitszeichen lehrt, haben wir beim manisch-depressiven Irresein zunächst zwei grosse Gruppen von Zustandsbildern auseinanderzuhalten, die manischen und die depressiven. Ihnen schliessen sich dann noch als dritter Formenkreis die bisher viel zu wenig beachteten Mischzustände an, die neben einander einzelne Erscheinungen der manischen Erregung und der Hemmung darbieten. Gerade die That- sache solcher Mischzustände lehrt uns, dass die manischen und die depressiven Formen ohne bestimmte Grenzen in einander übergehen; trotzdem wird es sich der Uebersichtlichkeit halber empfehlen, diese beiden Gruppen von Krankheitsbildern in einer Reihe häufiger beobachteter Spielarten gesondert darzustellen.

Manische Zustände. Die leichtesten Formen der manischen Erregung pflegt man als „Hypomanie“, *Mania mitis*, *mitissima*, auch wol, aber unzweckmässig, als *Mania sine delirio* zu bezeichnen. Die Franzosen haben von einer „Folie raisonnante“, einem Irresein ohne Verstandesstörung gesprochen. In der That erscheint die Besonnenheit, die Auffassungsfähigkeit, das Gedächtniss der Kranken im allgemeinen ungestört. Die geistige Regsamkeit, die Beweglichkeit der Aufmerksamkeit ist sogar nicht selten gesteigert; die Kranken können aufgeweckter, scharfsinniger, leistungsfähiger erscheinen, als früher. Namentlich ist es die Gewandtheit in der Erfassung entfernter Aehnlichkeiten, die nicht selten den Hörer überrascht, weil sie den Kranken zu witzigen Wendungen und Einfällen, Wortspielen, verblüffenden, wenn auch bei genauerer Betrachtung meist wenig stichhaltigen Vergleichen und ähnlichen Leistungen der Einbildungskraft befähigt. Dennoch ist auch bei den leichtesten Graden der Störung

der Mangel an innerer Einheit des Vorstellungsverlaufes, die Unfähigkeit zur folgerichtigen Durchführung einer bestimmten Gedankenreihe, zur ruhigen, logischen Verarbeitung und Ordnung gegebener Ideen, die Unbeständigkeit des Interesses, das jähe, unvermittelte Abspringen von einem Gegenstande zum andern ausserordentlich bezeichnend. Allerdings wissen die Kranken nicht selten mit einiger Anstrengung diese Erscheinungen vorübergehend zu verwischen und die Herrschaft über ihren zügellos gewordenen Vorstellungsverlauf noch für einige Zeit wiederzugewinnen; in Schriftstücken und namentlich in den oft eifrig betriebenen Reimereien pflegt dann doch eine leichte Ideenflucht regelmässig deutlich hervorzutreten. Vorübergehend kann sich übrigens auch bei diesen leichten Formen stärkere Erregung und Verwirrtheit einstellen.

Die Erinnerung an die jüngsten Erlebnisse ist nicht immer treu, sondern vielfach durch eigene Zuthaten gefärbt und ergänzt. Der Kranke lässt sich in seinen Erzählungen leicht zu Uebertreibungen und Verdrehungen hinreissen, die zum Theil schon einer schiefen Auffassung, zum Theil aber auch nachträglicher Umdeutung entspringen, ohne dass deren Willkürlichkeit dem Kranken selbst klar zum Bewusstsein kommt. Obgleich daher eigentliche Wahnbildungen fehlen, begegnet uns doch regelmässig eine stark übertriebene Selbstschätzung. Der Kranke rühmt seine Leistungen und Fähigkeiten, prahlt mit seinen vornehmen Bekanntschaften, versteht alles am besten, bespöttelt das Treiben Anderer mit vornehmer Geringschätzung und verlangt besondere Anerkennung für seine eigene Person. Demgemäss ist von einer Krankheitseinsicht gar keine Rede; auch durch den Hinweis auf frühere Anfälle, die er während der traurigen Verstimmung vielleicht ganz richtig beurtheilte, lässt er sich keinen Augenblick von der krankhaften Natur seines Zustandes überzeugen.

Im Gegentheil fühlt er sich gesünder und leistungsfähiger, als jemals, höchstens etwas erregt durch die unwürdige Behandlung. Die Beschränkung seiner Freiheit betrachtet er als einen schlechten Witz oder als eine unverzeihliche Kränkung, die er auf Quertreibereien seiner Angehörigen oder sonst ihm feindlich gesinnter Personen zurückführt und zu deren Beseitigung und Sühne er gesetzliche Massregeln zu ergreifen droht. Nicht selten meint er, nicht er, sondern diejenigen seien geisteskrank, die seine geistige

Ueberlegenheit, seine Begabung nicht zu würdigen verstanden und ihn durch aufreizende Reibereien in Erregung zu versetzen suchten. Man wird durch dieses Verhalten an die Erfahrungen erinnert, die man so häufig über die Selbsttäuschungen Angetrunkener zu machen Gelegenheit hat.

Die Stimmung des Kranken ist vorwiegend eine gehobene, heitere, durch das Gefühl der erhöhten Leistungsfähigkeit beeinflusste. Er ist in unverwundlich guter Laune, fühlt sich glücklich und froh, nicht selten in etwas überschwänglicher Weise, sieht sich von lieben, edlen Menschen umgeben, findet volle Befriedigung in den Genüssen der Freundschaft, der Kunst, der Humanität. Bisweilen entwickelt sich ein ausgeprägt humoristischer Zug, die Neigung, allen Dingen und Ereignissen die scherzhafte Seite abzugewinnen, Spitznamen zu erfinden, sich selbst und Andere lustig zu verspotten. Meist treten jedoch gerade die Bedürfnisse und Wünsche der eigenen Person gänzlich in den Vordergrund. Auf der anderen Seite besteht regelmässig eine grosse gemüthliche Reizbarkeit. Der Kranke ist unzufrieden, unduldsam, nörgelnd, namentlich im Verkehr mit Nahestehenden, wo er sich gehen lässt; er wird rücksichtslos, patzig und selbst roh, wo er mit seinen Wünschen und Neigungen auf Widerstand stösst; geringfügige äussere Anlässe können ungemein heftige Zornesausbrüche mit kräftigem Schimpfen und Neigung zu Gewaltthatigkeiten herbeiführen. Der innere Halt des Kranken ist verloren gegangen; er lässt sich gänzlich durch augenblickliche Eindrücke und Gemüthsbewegungen beherrschen, die sofort eine unwiderstehliche Macht über seinen steuerlosen Willen erlangen. Seine Handlungen tragen daher vielfach das Gepräge des Triebartigen, Unüberlegten und — wegen der geringen Störung des Verstandes — des Unsittlichen.

Was vor allem auffällt, ist seine erhöhte Geschäftigkeit. Der Kranke fühlt das Bedürfniss, aus sich herauszugehen, mit seiner Umgebung in lebhafteren Verkehr zu treten, eine Rolle zu spielen. Da er keine Ermüdung kennt, duldet es ihn nicht lange im Bett; in aller Frühe, um 4 Uhr bereits, steht er auf, räumt alle Rumpelkammern auf, erledigt rückständige Angelegenheiten, unternimmt Morgenspaziergänge, Ausflüge. Er beginnt, Gesellschaften, Vergnügungen mitzumachen, viele und lange Briefe zu schreiben, ein Tagebuch zu führen, viel zu musiciren, zu schriftstellern, entfernte Be-

kannte zu besuchen, sich um alle möglichen Dinge und Verhältnisse zu kümmern, die ihm früher gänzlich fern lagen. Namentlich die Neigung zum Reimen (Briefe!) pflegt sich stark geltend zu machen. Ein einfacher Bauer gab seine ideenflüchtigen Reimereien im Selbstverlage heraus; eine junge Dame verfasste bei ihrem Scheiden aus der Anstalt ein humoristisches Testament in Knittelversen und liess es drucken. Der Kranke knüpft zahlreiche Verbindungen an, zahlt plötzlich ohne Nöthigung sämmtliche Geschäftsschulden, macht grossartige Geschenke, baut allerlei Luftschlösser und stürzt sich mit rascher Begeisterung in gewagte, seine Kräfte weit übersteigende Unternehmungen. Er lässt von seinem Dörfchen 16000 Stück Ansichtspostkarten drucken, sucht einen Negerknaben aus Kamerun zu adoptiren. Ein Kranker erbot sich plötzlich, der Polizei einen lange gesuchten politischen Verbrecher sofort zur Stelle zu schaffen, verlieh dabei dem Beamten in scherzhafter Weise eine Phantasieuniform, lud durch die Zeitung „die ganze Haute volée“ zum Ballfest in einem Aussichtshäuschen ein.

Die wirkliche Arbeitsfähigkeit des Kranken erleidet dabei regelmässig eine erhebliche Einbusse. Er hat keine Ausdauer mehr, lässt das Angefangene halbfertig liegen, ist liederlich und sorglos in der Ausführung, thut nur, was ihm zusagt. Wie es ihm gerade einfällt, unternimmt er unnöthige Reisen, treibt sich herum, macht zwecklose Einkäufe und Tauschgeschäfte, auch ohne einen Pfennig in der Tasche, weil jeder neue Gegenstand seine Begierde reizt. Selbst der gelegentliche Diebstahl und die Uebervortheilung wird in dieser krankhaften Lust am Besitze bisweilen nicht gescheut, um das Gewünschte zu erlangen.

Im äusseren Benehmen des Kranken macht sich gewöhnlich das gehobene Selbstgefühl, die Sucht, hervorzutreten, dann aber Unruhe und Unstetigkeit bemerkbar. Er kleidet sich gegen seine sonstige Gewohnheit nach der neuesten Mode, wenn auch vielleicht nachlässig, trägt Blumen im Knopfloch, begiesst sich mit Wohlgerüchen. Die Schrift zeigt grosse, anspruchsvolle Züge, viele Ausrufungs- und Fragezeichen, Unterstreichungen neben Flüchtigkeiten in der äusseren Form. Der Kranke führt überall das Wort, drängt sich bei jeder Gelegenheit in den Vordergrund, declamirt öffentlich, zeichnet hohe Beiträge bei Sammlungen, sucht Aller Augen auf sich zu lenken, Eindruck zu machen; er spricht viel und

gern, weitschweifig, laut, mit lebhaften Geberden und besonderer Betonung, in gesuchten Ausdrücken, von sich selbst oft in der dritten Person, um sich ein gewisses Ansehen zu geben, ergeht sich in handgreiflichen Prahlereien und Aufschneidereien. Er benimmt sich sehr ungenirt, lässt sich Verstösse gegen Anstand und Sitte zu Schulden kommen, macht trotz tiefer Trauer geräuschvolle Vergnügungen mit, erzählt gewagte Witze in Damengesellschaft, nimmt sich mit lustigem Uebermuthe unpassende Vertraulichkeiten gegen Fremde oder höher stehende Personen heraus, schliesst mit dem ersten Besten Freundschaft und Duzbrüderschaft und geräth in die mannigfaltigsten Streitigkeiten mit seiner Umgebung und der öffentlichen Ordnung, indem er seinen augenblicklichen Launen folgt, die ihn zu allerlei muthwilligen, unüberlegten und ungehörigen Streichen treiben.

Besonders verhängnissvoll pflegt dem Kranken die Neigung zu Ausschweifungen zu werden. Er fängt an, sich häufig zu betrinken, unsinnig zu spielen, die Nächte auszubleiben, sich in Bordellen und zweifelhaften Wirthschaften herumzutreiben, übermässig zu rauchen und zu schnupfen, stark gewürzte Speisen zu essen. Ein älterer, sonst sehr eingezogen lebender Familienvater begann, mit den Kunstfechterinnen eines Circus Champagner zu trinken. Bei Frauen treten in der Erregung häufig lebhafte geschlechtliche Gelüste hervor, die sich in auffallender Kleidung, künstlichen Frisuren, flottem Benehmen, zweideutigem Entgegenkommen, in der Neigung, Bälle zu besuchen, zu tändeln, Liebesverhältnisse anzuknüpfen, schlüpfrige Romane zu lesen, besonders kundzugeben pflegen. Eine meiner Kranken erliess in diesem Zustande regelmässig Heirathsgesuche, die schliesslich den Erfolg hatten, dass sie unter Beihülfe eines Vermittlers thatsächlich mit einem wenig vertrauenswürdigen Menschen die Ehe einging. Unbegreifliche Verlobungen, auch Schwängerungen sind in diesen Zuständen nicht selten; ich kenne Fälle, in denen sich das Einsetzen der Erregung mehrfach durch eine plötzliche Verlobung ankündigte.

Alle seine auffallenden und unsinnigen Handlungen weiss der Kranke mit ausserordentlicher Spitzfindigkeit zu begründen; um einen Entschuldigungs- und Erklärungsgrund ist er nie in Verlegenheit. Die Bemühungen seiner Angehörigen, ihn zu beruhigen, erweisen sich daher nicht nur als erfolglos, sondern sie reizen den

Kranken geradezu und führen leicht zu heftigen Zornausbrüchen und selbst Gewaltthaten. In der Anstalt drängt er meist vom ersten Tage an auf Entlassung, führt seine Heftigkeit ausschliesslich auf die ungerechte Freiheitsberaubung zurück, verlangt, von anderen Aerzten untersucht zu werden. Einer meiner Kranken wusste seine Frau durch Nörgeln dazu zu bewegen, dass sie ihm gegen meinen Rath die Uebersiedelung in eine andere Anstalt zugestand. Auf der ganz kurzen Reise übernahm er jedoch selbst die Führung, fuhr seiner Frau davon und begab sich nach Berlin, um sich von einem Arzte untersuchen zu lassen, der sich in der Gesunderklärung Geisteskranker einen gewissen Ruf erworben hat.

Die Mannigfaltigkeit dieses Krankheitsbildes im einzelnen ist trotz aller gemeinsamen Züge eine sehr grosse. Je leichter der eigentliche Krankheitsvorgang den Menschen berührt, desto mehr muss ja seine persönliche Eigenart in der Gestaltung der Krankheitserscheinungen mit zur Geltung kommen. Namentlich in der Art und Heftigkeit der gemüthlichen Regungen machen sich die Verschiedenheiten bemerkbar. Während manche Kranke in dieser Zeit lebenswürdig, gutmüthig, lenksam, umgänglich sind und höchstens durch ihre Ruhelosigkeit für die Umgebung störend werden, sind andere wegen ihrer Reizbarkeit, ihrer Herrschsucht und ihres rücksichtslosen Thatendranges ausserordentlich schwierig und unangenehm. Gerade die eigenthümliche Mischung von Besonnenheit mit echt tobsüchtigem Handeln, vielfach auch die grosse Anstaltserfahrung macht sie überaus erfinderisch in Mitteln, ihre zahlreichen Gelüste zu befriedigen, die Umgebung zu hintergehen, sich allerlei Vortheile zu verschaffen, fremdes Eigenthum in ihren Besitz zu bringen. Ihre Mitkranken pflegen sie bald vollständig zu beherrschen, sie auszubeuten, dem Arzte in Kunstausdrücken über sie zu berichten, sie zu bevormunden und in Schach zu halten.

Von den hier geschilderten leichteren Formen der Manie führen zahllose Uebergänge allmählich hinüber zu dem Krankheitsbilde der eigentlichen Tobsucht. Der Beginn der Erkrankung ist regelmässig ein ziemlich plötzlicher; höchstens gehen Kopfschmerzen, Mattigkeit, Arbeitsunlust dem Ausbruche der stürmischeren Erscheinungen einige Tage oder Wochen voraus, wenn nicht etwa ein ausgeprägter Depressionszustand die Einleitung gebildet hat. Die Kranken werden rasch unruhig, reizbar, zusammenhangslos in ihren

Reden, gewaltthätig, lärmend, so dass in der Regel schon nach wenigen Tagen die Verbringung in die Anstalt erfolgen muss. Hier erweisen sie sich als besonnen und annähernd orientirt, aber ausserordentlich ablenkbar in ihrer Auffassung und ihrem Gedankengange. Sie verstehen eindringliche Anreden, geben auch einzelne zutreffende Antworten, lassen sich aber durch jeden neuen Eindruck beeinflussen, schweifen ab, kommen vom hundertsten ins tausendste, kurz zeigen mehr oder weniger entwickelte Ideenflucht, wie wir sie früher eingehend geschildert haben.

In einer ganzen Reihe von Fällen aber kommt es vorübergehend oder dauernd zu einer schwereren Trübung des Bewusstseins mit völliger Verworrenheit. Die Kranken fassen nur noch ganz bruchstückweise auf, was um sie her vorgeht, wissen nicht mehr, wo sie sich befinden, schwatzen zusammenhangslos und unverständlich, bisweilen in selbsterfundener Sprache.

Vielfach wird auch das Auftreten von ausgeprägten Sinnes-täuschungen und Wahnvorstellungen, Grössenideen sowol wie Verfolgungsideen, beobachtet, namentlich in den Formen mit stärkerer Verworrenheit. An der Wand erscheint ein Tottenkopf, „schimmernde Seidenwürmer“; die Kranken sehen Schlangen und Leichen, den Teufel, die Franzosen, arme Seelen, Geisterköpfe, Engelsgesichtchen, die Mutter Gottes; auf der Bettdecke werden Bilder vorgeführt, durch das Fenster farbige Signale gegeben. Die Personen ihrer Umgebung sind ganz verändert, werden für frühere Bekannte, Prinz Heinrich, den Grossherzog von Luxemburg, auch wol für historische Grössen, Ludwig XIV., Caesar, Elisabeth gehalten. Meist bleiben die einmal gewählten wahnhaften Bezeichnungen während des ganzen Krankheitsverlaufes die gleichen. Ferner hören die Kranken Stimmen aus der Unterwelt, verworrenes Getöse; sie werden verhöhnt und verspottet; der knarrende Fussboden, die pfeifende Lokomotive, die Glocken sprechen mit ihnen. Es wird ihnen befohlen, dass sie nicht essen sollen; Gott bestimmt sie zu etwas Höherem. In der Nacht werden giftige Dünste, Schwefelgeruch ins Zimmer geleitet, geschlechtliche Angriffe auf sie ausgeführt; sie fühlen elektrische Schläge; die Speisen schmecken nach Gift. Ihre Gedanken werden ihnen eingegeben, nachgesprochen, die Eingeweide verdorben; sie sind verhext, verzaubert, in einem Zauberpalast, werden durch Mittel aufgeregt, sind allen möglichen Verfolgungen ausgesetzt,

müssen mit dem Tode ringen; man quält sie, macht ihnen Zahnschmerzen.

Sehr bemerkenswerth ist dabei die Neigung, beliebigen Wahrnehmungen eine besondere Bedeutung beizulegen. Auf einem alten Zettel entdecken sie das Zeichen von Oesterreich und Deutschland; die Buchstaben ihres Namens weisen auf königliche Abstammung hin; die Schwalben fliegen genau nach den Winken ihrer Hand. Sie haben übernatürliche Kräfte, himmlische Gedanken, sind eine Art Erlöser, zweite Braut Christi, Joseph von Aegypten, vom heiligen Geiste überschattet, Gott der Allmächtige. Andere sind adelig, Husarenoffizier, Königin von England, Schlachtenlenker, General, Kaiser und Papst Leo XIII. Der Kranke hat Berge erschaffen, Städte gebaut, besitzt die ganze Anstalt, diamantene Tassen, bekommt eine goldene Krone, ein Schloss in Gibraltar, den Paradiesgarten, kündigt dem Kaiser den Krieg an. Das Deutsche Reichsheer gehört ihm; er muss böse Geister bannen, ein Regiment führen, wird seines Glaubens wegen verfolgt; alles geht durcheinander; die Welt geht unter.

Alle diese Wahnbildungen, die noch durch allerlei fabulirende Erzählungen von merkwürdigen und grossartigen Erlebnissen bereichert werden, pflegen flüchtig zu sein und vielfach zu wechseln; sie werden als Einfälle, oft mit lachendem Munde, vorgebracht und nicht weiter verarbeitet. Hie und da kommt es indessen auch vor, dass gewisse Vorstellungen lange Zeit hindurch in gleicher Weise und mit Leidenschaftlichkeit festgehalten werden. Nicht selten besteht Krankheitsgefühl; die Kranken sprechen davon, dass sie „närrisch“ seien, ihre Gedanken nicht beisammen halten könnten.

Die Stimmung ist ausgelassen, lustig, übermüthig, oft aber auch reizbar, zornmüthig, gelegentlich in heftiges Weinen und Jammern umschlagend. Auf motorischem Gebiete besteht lebhaftere Unruhe und Erregung. Der Kranke kann nicht lange still sitzen oder liegen, geht herum, springt, läuft, tanzt, wälzt sich am Boden. Er schwatzt unaufhörlich, singt, jodelt und jauchzt, bedeckt ungezählte Bogen mit mächtigen, flüchtigen Schriftzügen; er gesticulirt lebhaft, klatscht in die Hände, schneidet Gesichter, schmiert und wischt am Boden, an den Wänden und Fenstern herum, poltert und trommelt an der Thür, entkleidet sich, zerschlitzt seinen Anzug, sein Bettzeug, um die Fetzen hundertfältig verknotet und verschlungen zu abenteuerlichem Aufputz zu benutzen. Alle irgend erreichbaren Gegen-

stände werden in ihre Bestandtheile zerlegt, um zu neuen Gebilden verschiedener Art zusammengesetzt zu werden, wie es just der Augenblick eingiebt. Die Knöpfe werden abgedreht, die Taschen herausgerissen, der Rock umgekehrt, die Hosen in die Strümpfe gesteckt, die Hemdzipfel zusammengeknüpft, Ringe aus Garnresten um die Finger geknotet. Was dem Kranken in die Hände fällt, Steine, Holzstückchen, Glasscherben, Nägel, sammelt er auf, um mit ihrer Hülfe Wände, Möbel, Fenster zu zerkratzen und kreuz und quer mit Malereien oder Schriftzeichen zu bedecken. Nicht selten dienen ihm dabei in Ermangelung anderer Hilfsmittel auch die eigenen Ausscheidungen. Cigarrenreste und trockene Blätter werden in Papier gewickelt geraucht, Papierfetzen zum Schreiben, Nägel zum Pfeifenstopfen, Scherben zum Bleistiftspitzen benutzt; andere Funde dienen als Tauschmittel, um von den Mitkranken kleine Vortheile zu erlangen. Bisweilen wird auch allerlei in die Nase oder die Ohren gesteckt, das Ohr läppchen mit Streichhölzern oder Drahtstückchen durchbohrt, Asche und Staub als Schnupftabak verwendet, das Bart haar theilweise mit der Cigarre versengt. Mit den anderen Kranken geräth er wegen seiner Herrschsucht und Rücksichtslosigkeit häufig in Streit; er nimmt ihnen fort, was ihm gefällt. Die Erhöhung der gemüthlichen Reizbarkeit führt bei den geringfügigsten Anstößen zu Wuthausbrüchen von ungemeiner Heftigkeit, zu wahren Hochfluthen von überlautem Schimpfen und Brüllen, zu gefährlichen Drohungen, zu blindem Zerstören und Angreifen. Das weibliche Geschlecht ist zu solchen Ausbrüchen ungleich mehr geneigt als das männliche. Die geschlechtliche Erregung macht sich in unfläthigen Reden, Herandrängen an jugendliche Kranke, schamlosem Onaniren, beim weiblichen Geschlechte auch im Duzen der Aerzte, Auflösen der Haare, Salben mit Speichel, häufigem Ausspucken, Schimpfen in unanständigen Ausdrücken sowie in geschlechtlichen Verdächtigungen des Wartpersonals Luft.

Eine weitere, seltenere Form der manischen Erregung ist gekennzeichnet durch die rasche Entwicklung tiefer, traumhafter Bewusstseinstrübung mit zahlreichen Sinnestäuschungen und verworrenen Wahnideen (deliriöse Form). Der Anfall beginnt gewöhnlich ganz plötzlich; nur Schlaflosigkeit, Unruhe oder ängstliche Verstimmung kann sich schon 1—2 Tage, seltener einige Wochen vorher bemerkbar machen. Das Bewusstsein trübt sich

rasch; die Kranken werden schwer benommen, verwirrt, verkennen ihre Umgebung und verlieren vollständig die zeitliche und örtliche Orientirung. Sofort treten massenhafte Sinnestäuschungen auf. Alles ist verändert; es brennt; Vögel fliegen in der Luft herum; Engel erscheinen; Geister werfen den Kranken Schlangen ins Gesicht; an den Wänden huschen Schatten. Sie hören Glockenläuten, Schiessen, Wasserrauschen; die Stimme Gottes kündigt ihnen das jüngste Gericht, die Erlösung von allen Sünden an. Der Kaffee riecht nach Todten, die Hände wie verwest; das Essen schmeckt wie Ziegen- oder Menschenfleisch, das Wasser nach Schwefel. Der Kopf ist ganz taumelig, voll Fieberhitze; die Kranken glauben gehoben, in Abgründe geworfen zu werden; alles stürzt um sie her zusammen. Zugleich entwickeln sich zerfahrene, traumhafte Wahnideen. Ein schreckliches Unglück bricht herein; der Teufel kommt; der Kranke muss sterben, schreckliche Kämpfe durchmachen; er soll vergiftet, geköpft werden, ist verloren, verflucht, verfault, ganz allein auf der Welt. Alles ist vernichtet; die Angehörigen sind sämmtlich gestorben. Er hat das grosse Loos gewonnen, ist zum Kaiser ausgerufen, der verheissene Held, der die Welt erlösen soll. Das 1000jährige Reich ist angebrochen; die grosse Schlacht mit dem Antichristen wird geschlagen.

Die Stimmung ist während dieses Deliriums sehr wechselnd, bald ängstlich verzweifelt („Todesgedanken“), weinerlich schreckhaft, bald ausgelassen heiter oder verzückt, bald theilnahmlos und gleichgültig. Im Anfange bieten die Kranken vielfach die Zeichen der sinnlosesten Tobsucht dar, schwatzen, schreien, tanzen herum, wälzen sich am Boden, entkleiden sich; sie widerstreben, zerstören, lassen unter sich gehen, schmieren, machen triebartige Selbstmordversuche, werden rücksichtslos gewalthätig. Sie sind gar nicht zu fixiren, geben keinerlei Auskunft, beten, schimpfen, bitten um Verzeihung; in ihren unverständlichen, stammelnden Reden zeigt sich hochgradige Ideenflucht und Ablenkbarkeit. Zeitweise werden sie plötzlich ruhig, sind aber dabei nicht klar, sondern unbesinnlich, verworren, bis ebenso rasch die Erregung wieder beginnt. Während der ersten Zeit pflegt fast völlige Schlaflosigkeit zu bestehen. Die Nahrung wird häufig verweigert; die Ernährung sinkt sehr schnell. Der Kopf erscheint nicht selten stark geröthet; die Reflexe sind lebhaft; bisweilen beobachtet man deutliches Zittern am ganzen Körper ohne alkoholische Grundlage.

Auf voller Höhe erhält sich der Anfall gewöhnlich nur sehr kurze Zeit. Nach einigen Tagen, spätestens nach 3—4 Wochen, pflegt ziemlich rasch Beruhigung einzutreten. In einzelnen Fällen verlieren sich sämtliche Krankheitserscheinungen von einem Tage zum andern; meist jedoch vollzieht sich dieser Nachlass mehr allmählich. Einzelne Täuschungen, Reste der Wahnideen und namentlich der Stimmungsanomalien bleiben noch kurze Zeit zurück, nachdem die Aufregung und Verwirrtheit bereits geschwunden sind. Die Kranken sind zunächst noch misstrauisch, einsichtslos, unzufrieden, reizbar, auch wol leicht ideenflüchtig, namentlich in Schriftstücken, redselig oder unzugänglich, drängen fort, bis dann im Laufe einiger Wochen nach und nach auch die letzten Krankheitszeichen zurücktreten. Die Erinnerung an die deliriöse Zeit ist meist eine ziemlich unklare; vielfach besteht sogar fast völlige Amnesie. —

Die körperlichen Erscheinungen der manischen Zustände sind je nach der besonderen Gestaltung derselben etwas verschieden. Bei den Formen mit stärkerer Erregung ist der Schlaf stets sehr gestört; bisweilen besteht sogar fast völlige, höchstens auf wenige Stunden unterbrochene Schlaflosigkeit, die Wochen, selbst Monate andauern kann. Auch in den leichteren Erregungszuständen kommen die Kranken spät zur Ruhe und sind schon sehr früh wieder munter, scheinen aber ausserordentlich tief zu schlafen. Die Esslust ist vielfach gesteigert, die Nahrungsaufnahme aber dennoch in Folge der Hast und Unruhe unregelmässig. Das Körpergewicht sinkt bei der Tobsucht stets sehr bedeutend, während es in hypomanischen Anfällen meist ansteigt. Dem entsprechend gewinnt hier die Haut frische Farbe und Spannung; die Bewegungen werden elastisch und kräftig; das spärlich gewordene Haar wächst nach, bisweilen mit verjüngtem Pigment. Bei starker Erregung ist die Temperatur bisweilen hochnormal, der Puls etwas beschleunigt; die Reflexe sind gesteigert. In vereinzelten Fällen treten Ohnmachten und selbst epileptiforme Anfälle auf; häufiger sind einzelne hysterische Erscheinungen. Hie und da beobachtet man Wallungen zum Kopfe, geröthetes Gesicht, injicirte Bindehäute, starkes Schwitzen am Kopfe, Kälte der Extremitäten. Einige Male sah ich in Folge des anhaltenden Schreiens hochgradige Ausdehnung und Schlängelung der oberflächlichen Venen am Halse. Im Harn fand Mendel eine auffallende

Abnahme des Phosphorgehaltes; in einzelnen Fällen wird Diabetes insipidus beobachtet.

Der Verlauf des manischen Anfalles ist ein recht verschiedener. Die Höhe der Krankheitserscheinungen wird in der Regel ziemlich rasch erreicht, bisweilen schon innerhalb weniger Tage. Von da ab kann der Zustand ebenso schnell wieder dem gesunden sich nähern, doch ist das meist nur bei den deliriösen Formen, selten auch einmal bei einfacher Tobsucht der Fall. In der Regel erhält sich die manische Erregung längere Zeit hindurch in annähernd gleicher Stärke, allerdings immer mit vielfachen Schwankungen. Sehr häufig sind Einschießel trauriger Verstimmung und selbst vorübergehenden Stupors, eine Erscheinung, die uns das Verständniss für die später zu besprechenden Mischformen eröffnet. Die endgültige Beruhigung stellt sich nach längerer Krankheitsdauer stets ganz allmählich ein, indem die Besserungen des Zustandes sich immer deutlicher ausprägen. Die Kranken werden klarer über ihre Umgebung, zugänglicher, aufmerksamer, gerathen aber sehr leicht wieder in die frühere Ideenflucht hinein. Auch dann, wenn die stürmischeren Störungen bereits in den Hintergrund getreten sind, pflegt doch eine erhöhte gemüthliche Reizbarkeit, gehobenes Selbstgefühl sowie eine gewisse Unstetigkeit noch einige Zeit lang zurückzubleiben. Plötzliche, unerwartet heftige Zornausbrüche können sich an die geringfügigsten Anlässe anschliessen, auch nachdem anscheinend schon längst völlige Beruhigung eingetreten ist, namentlich bei den späteren, gern schleppend verlaufenden Anfällen. Oefters sieht man auch die anscheinend gänzlich geschwundene manische Erregung noch einmal aufflackern, wenn die Kranken in ungünstige Verhältnisse kommen oder zu trinken anfangen.

Auch die Dauer der manischen Erregung ist grossen Schwankungen unterworfen. Während die deliriösen Formen meist innerhalb einiger Wochen ablaufen, erstreckt sich die übergrosse Mehrzahl der Erkrankungen über viele Monate. Aber auch Anfälle von 2 bis 3jähriger Dauer gehören keineswegs zu den Seltenheiten; ich habe sogar eine Tobsucht gesehen, die noch nach 7 Jahren in Genesung überging. Es scheinen namentlich die Formen mit allerlei Wahnbildungen und mässiger, sich nur von Zeit zu Zeit steigender Erregung zu sein, die einen so langwierigen Verlauf zeigen.

Recht häufig schliesst sich an das Schwinden der manischen Erregung ein mehr oder weniger ausgeprägter Zustand von Schwäche und Kleinmüthigkeit an, der gewöhnlich als Erschöpfung nach der schweren Krankheit aufgefasst wird, während ich mehr geneigt bin, darin einfach den Umschlag in die unserer Krankheit eigenthümliche Depression zu erblicken. Die Kranken sind äusserst leicht ermüdbar, unfähig zu jeder geistigen oder körperlichen Anstrengung, meist niedergeschlagen, besorgt wegen ihrer Zukunft, einsilbig, schwerfällig, unentschlossen. Im weiteren Verlaufe pflegen sich diese Störungen unter beträchtlichem Steigen des Körpergewichtes nach und nach wieder zu verlieren. In einzelnen, ganz besonders schweren Fällen kann jedoch, wie es scheint, eine gewisse Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit (Urtheilslosigkeit mangelhafte Krankheitseinsicht) und namentlich der gemüthlichen Widerstandsfähigkeit (Reizbarkeit, Bestimmbarkeit) dauernd zurückbleiben.

Der Ausgang in Tod ist nicht sehr häufig. Derselbe kann durch verschiedenartige hinzutretende Erkrankungen, durch einfache Erschöpfung (Collaps), durch Verletzungen und durch Fettembolien der Lungen in Folge von ausgedehnten Zerquetschungen oder Vereiterungen des Unterhautzellgewebes herbeigeführt werden. Sehr fettreiche Personen mit ungenügender Leistungsfähigkeit des Herzmuskels sind in schwereren manischen Anfällen entschieden gefährdet. Von irgend gesicherten Leichenbefunden ist noch keine Rede. Jedenfalls ist auf die häufig berichtete Hyperaemie des Hirns und seiner Häute wegen der bekannten Fehlerquellen, welche der Beurtheilung von Blutfüllungen an der Leiche anhaften, kein grosses Gewicht zu legen.

Depressive Zustände. Die leichtesten Formen der Depressionszustände sind gekennzeichnet durch das Auftreten einer einfachen psychischen Hemmung ohne Sinnestäuschungen und ohne ausgeprägte Wahnideen. Dem Kranken wird das Denken schwer; er vermag nicht mehr aufzufassen, dem Gedankengange eines Buches, eines Gespräches zu folgen, fühlt sich müde, abgespannt, verdummt; er beherrscht die ihm sonst geläufigen Kenntnisse nicht mehr, muss sich auf einfache Dinge lange besinnen, findet keine Worte, kann die Sätze nicht richtig zusammenfügen.

Die Stimmung ist eine trübe, hoffnungslose. Nichts vermag

sein Interesse dauernd anzuregen; nichts macht ihm Freude; er ist gleichgültig geworden gegenüber seinen Angehörigen und dem, was ihm früher das Liebste war. Ueberall sieht er nur die Schattenseiten und Schwierigkeiten; die Menschen um ihn herum sind nicht so gut und uneigennützig, wie er gedacht hat; eine Enttäuschung und Ernüchterung folgt der andern. Schwere Gedanken steigen auf: seine Vergangenheit wie seine Zukunft erscheinen ihm in gleichmässig trübem Lichte; er fühlt sich namenlos unglücklich, ohne doch sagen zu können, warum. Sein Leben ist verpfuscht; er passt nicht für seinen Beruf, will umsatteln, hätte sein Leben anders einrichten, sich mehr zusammennehmen sollen. Er hat keinen Lebenszweck mehr, zweifelt an unserem Herrgott, ist ein „Enterbter des Schicksals“ und schleppt sich mit einer gewissen dumpfen Ergebung, die jeden Trost und jeden Lichtblick ausschliesst, mühsam von einem Tage zum andern hin. Alles ist ihm verleidet; er hat keine Freude in der Welt, mag nicht mehr leben, wird missmuthig, unfreundlich, menschenscheu, bald weinerlich-verzagt oder ängstlich, bald reizbar und finster. An allen Ecken und Enden kostet es Geld, mehr als er bezahlen kann. Der wirthschaftliche Zusammenbruch ist unausbleiblich; der Kranke fängt daher an, zu sparen und zu knausern, sich und Andern nichts mehr zu gönnen, trägt seine schlechtesten Kleider, isst sich nicht mehr satt.

Bisweilen tauchen in diesen Zuständen allerlei Zwangsvorstellungen auf. Die Kranken müssen wider ihren Willen grübeln, sich mit der Ausmalung unangenehmer Bilder beschäftigen. Eine meiner Kranken wurde auf das schwerste durch den Zwang gepeinigt, an religiöse Darstellungen (Crucifixe) obscöne geschlechtliche Vorstellungen anzuknüpfen. Andere quälen sich mit dem Gedanken, wie man sie martern, stückweise zerreißen könnte. Auch Zwangsantriebe kommen gelegentlich vor, die eigene Mutter umzubringen, Feuer anzulegen. Diese Erscheinungen dürfen wir vielleicht als den Ausdruck einer gewissen, auch durch andere Gründe gestützten Verwandtschaft des manisch-depressiven Irreseins mit dem Entartungsirresein betrachten.

Ganz besonders auffallend ist der vollständige Mangel an Thatkraft. Der Kranke ist „muthlos und willenlos“, wie erstarrt und versteinert, spricht kaum ein Wort, sitzt oft tagelang, die Hände in den Schooss gelegt, stumpf vor sich hinbrütend da, unfähig, sich zu irgend

einer Handlung emporzuraffen. Jede kleinste Leistung kostet ihm eine unerhörte Anstrengung; selbst die alltäglichsten Verrichtungen, das Aufstehen, Ankleiden, Waschen werden nur mit der grössten Mühe erledigt, unterbleiben schliesslich auch wol ganz. Arbeiten, wichtige Briefe, Geschäfte bleiben liegen, weil der Kranke nicht die Kraft findet, die entgegenstehenden Hemmungen zu überwinden. Beim Spaziergehen bleibt er in der Hausthüre oder an der nächsten Ecke stehen, unschlüssig, wohin er sich wenden soll, fürchtet sich vor jeder Begegnung, jedem Gespräche. Bisweilen entwickelt sich eine förmliche Bettsucht; die Kranken versprechen immer wieder, „morgen“ aufzustehen, haben aber stets neue Vorwände, liegen zu bleiben. Gerade wegen dieser schweren Willensstörung kommt es verhältnissmässig selten zu ernstern Selbstmordversuchen, wenn auch der Wunsch, zu sterben, recht häufig auftaucht.

Die Besonnenheit und Orientirung der Kranken ist trotz der starken Erschwerung der Auffassung und des Denkens vollständig erhalten. Zumeist besteht auch ein sehr lebhaftes Krankheitsgefühl, ja nicht selten sogar eine gewisse Krankheitseinsicht, insofern die Kranken ihr Bedauern über früher vorgekommene Ungehörigkeiten und die Besorgniss aussprechen, dass sie sich in der Aufregung aufs neue hinreissen lassen möchten. Vielfach wird indessen die Wiederkehr der Verstimmung auf äussere Zufälligkeiten, unangenehme Erfahrungen, Aenderungen in den Verhältnissen u. dergl. zurückgeführt. Für den unbefangenen Beobachter ist es dabei deutlich, dass die psychische Wirkung jener Einflüsse überhaupt erst durch die krankhafte Trübung der Gemüthslage zu Stande gekommen war.

In ihren höchsten Graden kann die psychische Hemmung bis zur Entwicklung eines ausgeprägten Stupors fortschreiten. Die Kranken sind tief benommen, vermögen die Eindrücke der Umgebung nicht mehr aufzufassen und zu verarbeiten, verstehen die an sie gerichteten Fragen nicht, haben keine Ahnung von ihrer Lage. Ein bestimmter Affect ist dabei meist nicht erkennbar, doch pflegt sich in den erstaunten Mienen der Kranken die Rathlosigkeit gegenüber den eigenen Wahrnehmungen, ferner in ihren Abwehrbewegungen eine gewisse ängstliche Unsicherheit auszudrücken. Die Willensäusserungen der Kranken sind äusserst spärliche. In der

Regel liegen sie stumm im Bette, geben keinerlei Antwort, ziehen sich höchstens scheu vor Annäherungen zurück. Bald zeigen sie Katalepsie und Willenlosigkeit, bald planloses Widerstreben bei äusseren Eingriffen. Sie sitzen hilflos vor ihrem Essen, lassen es sich aber vielleicht ohne weiteres einlöffeln; sie halten fest, was man ihnen in die Hand drückt, drehen es langsam in der Hand, ohne zu wissen, wie sie sich wieder davon befreien können. Sie sind daher gänzlich ausser Stande, für ihre körperlichen Bedürfnisse zu sorgen, werden nicht selten unrein. Von dem eigenthümlich verstörten Gesichtsausdrucke solcher Kranker giebt die Figur 1 auf Tafel VII eine gute Vorstellung. Die Erinnerung ist nach der meist ziemlich rasch eintretenden Aufhellung des Bewusstseins sehr unklar und für manche Zeiten ganz erloschen.

In einer zweiten grossen Gruppe von Fällen gesellen sich der Denkstörung und der psychomotorischen Hemmung verschiedenartige Wahnbildungen hinzu, vor allem Versündigungs- und Verfolgungsideen. Der Kranke fühlt sich ganz von Gott verlassen, ist unnütz auf der Welt, von Jugend auf der schlechteste Mensch, ein grosser Sünder und Verbrecher, heimgesucht vom bösen Geist, ganz verworfen und verdammt; er hat seine Schuldigkeit nicht gethan, die Ehe gebrochen, nicht alles gebeichtet, Alle beleidigt und unglücklich gemacht, ist Schuld am Krieg. Es werden ihm so Sachen vorgestellt, als ob er jeden Schritt und Tritt in seinem Leben nicht richtig gemacht hätte. Ihm ist, als müsse er fort; die Leute sehen ihn an; er kann nicht mehr beten, hat kein Gefühl, keine Thränen mehr, so roh ist er; im Gemüth fehlt's. Er hat sich verkauft, kommt in die Hölle; der Teufel holt ihn. Alle verachten und verspotten ihn; er wird eingesperrt, von den Gensdarmen abgeholt, kommt ins Zuchthaus, muss sterben, wird vergiftet, mit Hunden gehetzt, verstümmelt; das Schaffot wird schon gezimmert. Die ganze Familie wird eingesperrt; die Frau hat sich ertränkt; der Kranke wird schimpflich aus seiner Stellung gejagt, muss nackt und elend herumlaufen; das Vermögen reicht nicht mehr; er kann nichts zahlen, kommt nicht mehr durch. Häufig sind auch hypochondrische Vorstellungen. Der Kranke hat seine Gedanken verloren, seine Gesundheit zerstört, fühlt sich wie halb todt; er ist unheilbar, kann nie wieder gesund werden. Weibliche Kranke fühlen sich schwanger, sind geschlechtlich gemissbraucht worden; eine Kranke fing an, zu

fasten und ganz dünne Röckchen zu tragen, um ihren vermeintlich gesegneten Zustand nicht offenkundig werden zu lassen. Eine solche Kranke mit tief bekümmertem Gesichtsausdrucke stellt die Figur 3 der Tafel VII dar.

Vielfach gewinnen die Wahnideen einen ganz abenteuerlichen und unsinnigen Inhalt. Alles kracht zusammen, ist verändert, gefälscht, „alles fingirt, alles Talmi“; es ist eine ganz andere Welt, gar nicht die richtige Stadt. Die Heimath ist vom Erdboden verschwunden; die Angehörigen sind todt. Der Kranke hat den Kaiser vergiftet, gehört gar nicht mehr zur Welt, ist kein Mensch mehr, eine Missgeburt, ein Bild, ein Gespenst, „gerade nur so eine Gestalt“. Er kann nicht leben und nicht sterben, muss so herumschweben, ewig auf der Welt sein. Wenn man ihn mit der Axt vor den Kopf schlägt, ihm die Brust aufschneidet, ihn ins Feuer wirft, ist er doch nicht umzubringen. „Man kann mich nicht mehr begraben“, sagte eine Kranke; „wenn ich mich auf die Wage setze, so heisst es: Null!“ Das Herz schlägt nicht mehr, ist ein todttes Stück Fleisch; die Eingeweide sind vertrocknet und zerfressen, der Stuhlgang seit Monaten ausgeblieben, alle Glieder aus dem Gelenk, die Knochen heruntergerutscht; der Körper ist durch und durch syphilitisch, hat keinen Zusammenhalt mehr; der Magen ist gar nicht mehr da, der Kopf so gross wie Palaestina; ein Wurm steckt im Leibe, ein Stück Fleisch im Halse.

Hie und da werden auch Sinnestäuschungen beobachtet. Der Kranke sieht drohende Schatten, Gespenster, Geister, erblickt Thiere mit spitzen Zähnen, die zur Thüre hereinkommen, junge Löwen, Schlangen, einen grauen Kopf mit grossem Munde auf seinem Bett. Er hört seine Angehörigen jammern, wird bedroht, beschimpft, mit Vorwürfen überhäuft; seine eigenen Gedanken werden laut. Man lässt ihm Qualm ins Zimmer; ihm wird Russ ins Gesicht geworfen, in die Augen geschossen.

In einzelnen Fällen entwickeln sich bei völliger Besonnenheit zusammenhängende Verfolgungsideen mit Sinnestäuschungen, die etwa an den Alkoholwahnsinn erinnern. Die Kranken werden misstrauisch, fühlen sich beobachtet, werden von Spionen verfolgt, von verkappten Mördern bedroht, erblicken einen Dolch in der Hand des Nachbarn. Bei anderen bestehen dauernd zahlreiche Gehörs- täuschungen. Sie hören auf der Strasse, im Wirthshause vom Neben-



Fig. 1. Circulärer Stupor



Fig. 2. Hypomanie

bei derselben Kranken.

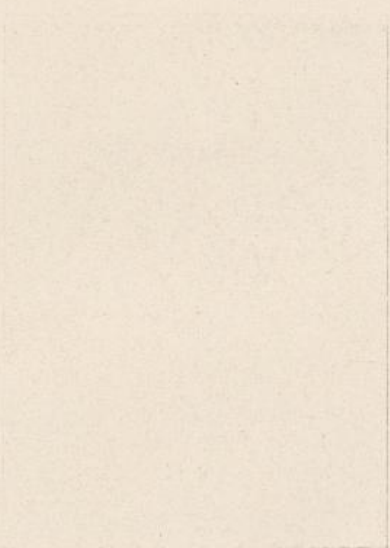
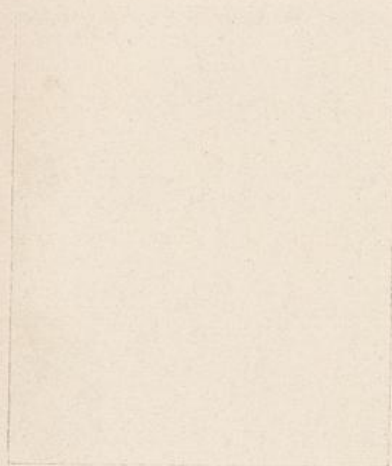


Fig. 3. Circuläre Depression.



Fig. 4. Manischer Stupor.

Circuläres Irresein.



tische einzelne Bemerkungen über sich fallen. Im Nebenzimmer findet eine Gerichtssitzung über sie statt; es werden Intriguen gesponnen, Versuche an ihnen gemacht; mit geheimen Worten und mit verdächtigen Geberden wird gedroht; die Personen werden wahnhaft verkannt.

Trotz aller dieser Wahnbildungen pflegt die Besonnenheit und Orientirung der Kranken vollständig erhalten zu sein, obgleich sie vielleicht ihren Aufenthaltsort wie die Personen ihrer Umgebung wahnhaft umdeuten. Sie verstehen ohne weiteres alle Anreden, wenn sie auch mit ihren Gedanken nicht sehr dabei sind, bringen ihre Klagen geordnet, aber in überaus eintöniger Weise vor, kehren sofort zu denselben zurück, sobald man versucht, über andere Dinge mit ihnen zu sprechen. Sie sind denkträge, mögen und können sich nicht viel besinnen, versagen sehr bald, wenn man ihnen Aufgaben stellt, erlahmen beim Versuche, einen einfachen Brief zu schreiben.

In leichteren Fällen kann auch ein gewisses Krankheitsverständniss vorhanden sein. Der Kranke kommt vielleicht von selbst in die Anstalt, wenn er nicht von vorn herein alles für nutzlos hält. An dieser Ansicht vermag auch der Hinweis auf frühere, glücklich verlaufene Anfälle nichts zu ändern. Damals war alles noch ganz anders; damals war noch die Möglichkeit einer Wiederherstellung, jetzt nicht mehr. Dieser Anfall ist viel schlimmer, als irgend einer zuvor.

Die Stimmung ist muthlos, düster, verzweifelt und macht sich bisweilen in lebhaftem, eintönigem Jammern Luft. Vielfach aber erscheinen die Kranken im Zusammenhalte mit den von ihnen geäußerten Wahnvorstellungen merkwürdig stumpf, gehen wenig aus sich heraus, starren vor sich hin, ohne sich um die Umgebung zu bekümmern. Eine Kranke verkroch sich in den Keller, um Ruhe zu haben. Bei Besuchen der Angehörigen kann man sich indessen öfters überzeugen, dass die Kranken durchaus nicht gleichgültig sind; sie können dabei in sehr lebhafte Erregung gerathen.

In der Regel lassen sich deutlich die Zeichen der psychomotorischen Hemmung nachweisen, leise, zögernde Antworten, langsame, müde Bewegungen, Fehlen selbständiger Handlungen. In anderen Fällen sind die Kranken lebhafter, ängstlich. Sie wollen sich selbst der Polizei stellen, bitten um Verzeihung, flehen um Erbarmen.

Sehr häufig sind Todesgedanken. Der Kranke möchte weg sein von der Welt; man soll ihm den Kopf herunterschlagen. Er macht auch Versuche, sich umzubringen, allerdings in Folge der Entschlussunfähigkeit vielfach mit geringem Nachdruck, stösst mit dem Kopfe gegen die Wand, knüpft sich ein Tuch um den Hals, ritzt sich mit dem Tischmesser am Handgelenk. Eine meiner Kranken kaufte sich Strychninweizen und Phosphorpasta, nahm aber zum Glück nur den ersteren, weil der Phosphor „zu wüst roch“. Eine andere trat auf die Fensterbrüstung im zweiten Stocke, um sich herunterzustürzen, kehrte aber ins Zimmer zurück, als ihr ein zufällig vorübergehender Polizist mit dem Finger drohte.

Auch die wahnhaften Formen der Depressionszustände können sich mit tiefer, stuporöser Trübung des Bewusstseins verbinden. Die Kranken versinken hier in einen Dämmerzustand, in welchem sie äusseren Eindrücken nahezu völlig unzugänglich sind, während sie von bunten, zusammenhangslosen Delirien und Sinnestäuschungen erfüllt werden. Ihre Umgebung verändert sich in der abenteuerlichsten Weise: das Zimmer dehnt sich aus ins Unendliche, wird zum Himmel, in welchem sie Gott auf dem Throne sitzen sehen, oder zum engen Grabe, in dem sie ersticken, während draussen Todtengebete gemurmelt werden. Die ganze Welt verbrennt und erstarrt dann wieder zu Eis; der Kranke ist der letzte Mensch, der ewige Jude, allein in der Verwüstung, in Sibirien. Draussen wird das Schaffot aufgeschlagen; eine zahlreiche Gesellschaft beobachtet und verspottet ihn; der Ofen macht bissige Bemerkungen. Man lässt ihn nackt auf der Strasse herumlaufen, stellt ihn als siamesischen Zwilling öffentlich aus, fordert ihn auf, sich aufzuhängen, um seine Schande zu begraben. Er befindet sich auf schaukelndem Schiffe, wohnt der feierlichen Beerdigung eines Fürsten mit Trauermusik und grossem Gefolge bei; auf einem hohen Berge sitzt ein kleines Männchen mit einem Regenschirm, das immer wieder vom Winde heruntergeblasen wird. Die Gesichter um ihn herum verzerren sich; die Personen haben eine geheimnisvolle Bedeutung, sind geschichtliche Grössen, Gottheiten. Der Kranke selbst ist anderen Geschlechtes geworden, geschwollen wie ein Fass; er ist von hoher Abkunft, der Welt-erlöser, ein Schlachtross.

Während dieser wechselnden, traumhaften Erlebnisse sind die Kranken äusserlich meist stark gehemmt, ausser Stande, ein Wort

zu sprechen oder selbst für ihre Bedürfnisse zu sorgen, essen nicht, werden unreinlich. Ohne lebhaftere Gefühlsregungen zu verrathen, liegen sie stumm, unzugänglich, theilnahmlos im Bett; nur der gespannte, scheue Gesichtsausdruck und das Widerstreben gegenüber äusseren Einwirkungen, bisweilen auch einzelne absonderliche Stellungen oder Bewegungen sowie unvermuthete triebartige Handlungen (Selbstmordversuche) deuten auf die Vorgänge in ihrem Innern hin. Hie und da hört man auch einzelne abgerissene, langsam, wie staunend, von ihnen vorgebrachte Aeusserungen. Die folgende Nachschrift lässt die tiefe Verworrenheit deutlich erkennen:

„Eine Stimme hat die andere verstickt — Nein, so wars nicht — Es ist etwas sonderbar — Es war ganz anders — Das Haus ist überzwerch — Alle haben Gift — Nein, die haben das geschrieen — Nein, ich hab's extra geschrieben — Ja, jetzt ess' ich nichts mehr — Hätten Sie es anders nun gemacht, dann wär's besser gewesen — Sie hätten gar nichts geschrieben — Die hat alle Leute verschreckt — Es ist halt keine richtige Schildwache droben — jetzt wird's nicht mehr besser —“.

Bei dem allmählichen Erwachen aus diesem Zustande bleiben oft noch längere Zeit hindurch einzelne illusionäre oder hallucinatorische Täuschungen zurück, selbst wenn die Kranken sie schon richtig zu beurtheilen verstehen.

Auch die Depressionszustände sind regelmässig von allerlei körperlichen Störungen begleitet. Die Kranken klagen über Druck und Benommenheit, Leere im Kopfe, Ohrensausen, Beklemmungsgefühle, Herzklopfen, Schaudern im Nacken, Schwere in den Gliedern. Die Esslust ist in der Regel sehr herabgesetzt, die Zunge belegt, der Stuhlgang angehalten; die Kranken nehmen nur mit Widerwillen und auf vieles Zureden Nahrung zu sich. Der Schlaf ist trotz starken Schlafbedürfnisses stets empfindlich beeinträchtigt; die Kranken liegen stundenlang, von peinigenden Vorstellungen gequält, schlaflos im Bette, um nach wirren, ängstlichen Träumen am andern Morgen mit wüstem Kopfe, abgeschlagen und ermattet zu erwachen. Sie stehen meist sehr spät auf, bleiben auch wol Tage oder Wochen lang ganz liegen. Der Gesichtsausdruck und die Körperhaltung ist schlaff und matt, die Sprache leise, zögernd, die Augen glanzlos; die Haut ist fahl, runzelig, welk; das Körpergewicht pflegt bedeutend zu sinken, namentlich in den mit Wahnbildungen oder Stupor eingehenden Formen.

Mischzustände. Wenn man genauer eine grössere Zahl von Fällen beobachtet, die den verschiedenen Gestaltungen des manisch-depressiven Irreseins angehören, so macht man bald die Bemerkung, dass zwischen den bisher auseinandergehaltenen Grundformen, der manischen Erregung und der Depression, zahlreiche Uebergänge bestehen. Wir haben schon darauf hingewiesen, dass manische Kranke vorübergehend nicht nur traurig oder verzweifelt, sondern auch still und gehemmt erscheinen können. Solche plötzliche Umschläge für Stunden oder einzelne ganze Tage sind in der einen wie in der anderen Richtung ungemein häufig. Ein Kranker geht vielleicht verstimmt und gehemmt zu Bette, wacht plötzlich mit dem Gefühle auf, als ob ein Schleier von seinem Hirn weggezogen wäre, verbringt den Tag in manischer Schaffensfreudigkeit, um am nächsten Morgen zerschlagen, mit schwerem Kopfe das ganze Elend seines Zustandes wieder in sich vorzufinden. Oder der hypomanische, übermüthige Kranke unternimmt ganz unvermuthet einen schweren Selbstmordversuch.

Weiterhin aber beobachten wir auch wirkliche Mischungen gleichzeitig bestehender manischer und depressiver Krankheitszeichen. So begegnen uns in den Depressionszuständen vielfach einzelne Zeichen heiterer Stimmung oder erleichterter Auslösung von Willensantrieben. Wir sehen die tiefbekümmerten Kranken bei der Aeusserung einer unsinnigen Wahnvorstellung plötzlich lächeln; sie machen trotz ihrer Verzweiflung vielleicht eine treffende, witzige Bemerkung über einen Vorfall in der Umgebung. Umgekehrt werden manische Kranke zeitweise missmuthig, unzufrieden, äussern Verfolgungsideen und ängstliche Befürchtungen; sie werden vergiftet, unterdrückt, von der Frau betrogen.

Abgesehen aber von solchen mehr vorübergehenden Erscheinungen, giebt es bei unseren Kranken auch ganze, mitunter sehr lange dauernde Anfälle, die wir wol am zutreffendsten als Zwischenformen zwischen den bisher besprochenen Zuständen auffassen dürfen. In der Hauptsache lassen sich vielleicht zwei grosse Gruppen auseinanderhalten, manische Zustände mit Hemmung und Depressionszustände mit Erregung.

Zu der erstgenannten Gruppe sind zunächst die Fälle zu rechnen, in denen die Kranken trotz unzweifelhaft manischer Störung

ganz auffallend gedankenarm und unbesinnlich sind. Die Kranken nehmen langsam und ungenau wahr, verstehen Fragen öfters erst bei mehrfacher, eindringlicher Wiederholung, passen gar nicht auf, geben vielfach verkehrte, ausweichende Antworten, können sich auf einfache Dinge nicht gleich besinnen. Sie machen darum nicht selten einen geradezu schwachsinnigen Eindruck, während sie sich später sogar als recht begabt erweisen können. Der Zustand ist grossen Schwankungen unterworfen, so dass die Kranken vorübergehend sehr schlagfertig und gewandt antworten, während sie zu anderen Zeiten gar nichts vorzubringen vermögen.

Die Stimmung der Kranken ist heiter, vergnügt, ausgelassen; sie lachen mit und ohne Anlass, freuen sich über jede Kleinigkeit. Ihre Reden sind zusammenhangslos, faselig, oft sehr einförmig; sie sprechen weder besonders hastig noch viel, können sich lange Zeit hindurch ganz still verhalten, wenn sie nicht von aussen angeregt werden. Immerhin pflegt eine gesteigerte Erregbarkeit zu bestehen. Während die Kranken zunächst keine Worte finden, kann sich im Laufe eines Gespräches allmählich ein rasch anschwellender Rededrang entwickeln. Der Beschäftigungsdrang beschränkt sich vielfach auf Gesichterschneiden, gelegentliches Herumtanzen, übermüthiges Schleudern von Gegenständen, Veränderung in Kleidung und Haartracht, ohne die rastlose Geschäftigkeit zu zeigen, wie sie sonst der Manie eigenthümlich ist. Manche dieser Kranken benehmen sich für gewöhnlich so ruhig und geordnet, dass die Erregung bei oberflächlicher Beobachtung gar nicht hervortritt. Dagegen sind sie in gehobener, hie und da etwas gereizter Stimmung und gerathen in Gesprächen bei grosser Gedankenarmuth sofort in ein zusammenhangsloses, ideenflüchtiges Gefasel hinein, das mit einer gewissen zufriedenen Selbstverständlichkeit vorgebracht wird. Allmählich bemerkt man dann, dass sie zu keiner geordneten Beschäftigung fähig sind, vielmehr Neigung zu allerlei Schabernack und unnützen Streichen zeigen, sammeln, zusammenstehlen, zerreißen, verknoten, Schlüssellocher verstopfen, Papierfetzen an die Wand kleben, muthwillig verderben. Zeitweise kommt es auch zu ganz unvermittelten, kurzdauernden, triebartigen Ausbrüchen von grosser Heftigkeit. Ein solcher Kranker sprang ohne Anlass plötzlich aus dem Bade, schlug den Wärter mit einem Stuhle nieder, zertrümmerte einige Fensterscheiben und schlüpfte völlig nackt in den schneebedeckten

Garten hinaus, wo er sich ganz ruhig wieder einfangen liess, als ob nicht das Geringste geschehen wäre; er war auch nicht im Stande, irgend einen Beweggrund für sein Handeln anzugeben. Vorübergehend kann sich auch wirkliche Tobsucht mit Ideenflucht und lebhaftem Rededrang einstellen.

Am überzeugendsten vielleicht tritt die wechselvolle Zusammensetzung der Krankheitsbilder aus den einzelnen Zeichen des manisch-depressiven Irreseins in jenen Zuständen hervor, für die ich die Bezeichnung des „manischen Stupors“ vorgeschlagen habe. Es handelt sich hier um die Mischung von stuporöser Hemmung mit manischer Erregung. Die Kranken sind gewöhnlich ganz unzugänglich, kümmern sich nicht um ihre Umgebung, geben keine Antwort, sprechen höchstens leise vor sich hin, lächeln ohne erkennbaren Anlass, liegen vollkommen still im Bett oder nesteln an ihren Kleidern und Bettstücken herum, putzen sich in abenteuerlicher Weise heraus, alles ohne Zeichen von äusserer Unruhe oder gemüthlicher Erregung. Bisweilen werden einzelne Wahnvorstellungen wechselnden Inhaltes geäussert. Die Kranken fühlen Kälte im Hirn, haben eine Zunge von Eisen, werden von Eisbären gefressen, sind vertauschtes Fürstenkind, Eleonora von Halberstadt. Meist aber erweisen sie sich als ziemlich besonnen und orientirt. Nicht selten lässt sich Katalepsie nachweisen. Ganz unvermuthet jedoch werden sie lebhaft, schimpfen laut und heftig, machen unter ausgelassenem Lachen eine schnippische, treffende Bemerkung, springen aus dem Bett, werfen ihr Essen ins Zimmer, entkleiden sich plötzlich, rennen im Sturmschritt durch einige Säle, zerreißen ein Kleidungsstück oder misshandeln ohne äussere Veranlassung einen Mitkranken, um sofort wieder in ihre frühere Unzugänglichkeit zurückzuversinken. Zu anderen Zeiten trifft man sie auch wol einmal ruhig, besonnen und einsichtig an, meist allerdings nur ganz vorübergehend. Manche Kranke wandern gemessenen Schrittes auf der Abtheilung herum, reden fast nichts, machen aber gelegentlich einen Witz, duzen den Arzt, drängen sich erotisch an ihn heran, lächeln. Eine solche Kranke stahl Nachts ihrer schlafenden Wärterin die Schlüssel und entwich damit in das Zimmer eines Arztes, freute sich sehr über den gelungenen Streich, ohne ein Wort zu sprechen. Oft haben die Kranken eine ganz genaue Erinnerung an die verflossene Zeit, vermögen aber ihr absonderliches Benehmen durchaus

nicht zu erklären. „Ich wollte keinen Willen haben,“ sagte mir ein derartiger Kranker. Er hatte die Nahrung verweigert, um leichter zu werden und dadurch die Gesundheit zu erlangen, fühlte sich aber durch den Hunger veranlasst, grosse Mengen Milch durch die Nase einzuschlüpfen und an einer Semmel leidenschaftlich zu riechen. Bei diesen absonderlichen Veranstaltungen lächelte er selbst, sprach aber kein Wort und liess sich nicht davon abbringen.

Eine gewisse Vorstellung von diesem Zustande kann vielleicht die Figur 4 der Tafel VII geben. In dem mürrischen, finsternen Gesichtsausdrucke der immer starr auf demselben Flecke stehenden Kranken giebt sich deutlich die Verstimmung und Hemmung zu erkennen, die sie viele Monate lang beherrschte und stumm machte. Gleichzeitig aber trat in der fast unüberwindlichen Neigung zum Zerreißen und Schmieren die manische Erregung hervor, die in dem Schmucke aus abgerupften Blättern und Zweigen auch auf dem Bilde erkennbar ist. Bisweilen, wie bei dieser Kranken, dauert der manische Stupor während eines ganzen Anfalles an. Oefters aber schiebt sich dieser Zustand nur vorübergehend in einen ausgeprägt manischen Anfall ein. Noch häufiger bildet er den Uebergang zwischen einem depressiven Stupor und der an ihn sich anschliessenden Manie. Man kann dann schrittweise die verschiedenen Zwischenstufen verfolgen, das Nachlassen der traurigen Verstimmung, das Auftreten des ersten Lächelns, das Freierwerden der Bewegungen, die Entwicklung einer gewissen Unruhe mit leisem Flüstern und endlich das Schwinden der Hemmung auch auf sprachlichem Gebiete mit Hervorbrechen von Rededrang und Ideenflucht.

Auf eine Mischung von manischen und depressiven Krankheitszeichen lassen sich ferner wol auch die nicht seltenen nörgelnden Formen der Manie zurückführen, auf deren leichteste Gestaltungen Hecker besonders hingewiesen hat. Hier zeigen die Kranken wol ein gehobenes Selbstgefühl, aber durchaus keine heitere Stimmung. Vielmehr sind sie unzufrieden, unleidlich, vielleicht sogar leicht ängstlich, haben an allem etwas auszusetzen, fühlen sich bei jeder Gelegenheit schlecht behandelt, bekommen schlechtes Essen, können es in der entsetzlichen Umgebung nicht aushalten, in den miserablen Betten nicht schlafen, mit den anderen Kranken nicht verkehren. Bei ihrer völligen Besonnenheit haben sie eine grosse Neigung und Fähigkeit, Andere zu verletzen und zu kränken, sie unter einander

zu verhetzen, aufzuwiegeln, überall das Unangenehme herauszufinden und in den Vordergrund zu stellen. Jeden Tag bringen sie neue Klagen vor, bevormunden ihre Umgebung, werden gereizt, wenn man ihnen nach ihrer Meinung nicht genügend Gehör schenkt. Die manische Grundlage deutet sich in leichter Ideenflucht, grosser Unstetigkeit und Rastlosigkeit an, die den Kranken dazu treibt, viel herumzuwandern, alle möglichen Curen zu beginnen, ohne eine einzige durchzuführen, übermässig zu rauchen und zu trinken.

Die richtige Deutung dieser Fälle wird uns durch die Erfahrung gegeben, dass derartige Zustände ungemein häufig in der Uebergangszeit zwischen manischer Erregung und Depression beobachtet werden. Die bis dahin gehemmten und traurig verstimmtten Kranken sehen wir allmählich unruhiger werden, aber sie erscheinen zunächst mit sich und aller Welt zerfallen, bringen in immer lebhafterer Weise alle möglichen Klagen über ihren Zustand und bald auch über die Umgebung vor, machen treffende, oft bissige Bemerkungen, beschäftigen sich gewandt, aber ruhelos, sind immerfort in Bewegung, sprechen viel, einförmig, bis endlich ein gelegentliches Lächeln, Neigung zu Reimereien und Wortspielen, Unternehmungslust die Ausbildung des manischen Krankheitszustandes immer deutlicher verkündet. Umgekehrt verliert sich bei manischen Kranken die ausgelassene und übermüthige Stimmung; sie werden missmüthig, unverträglich, unlenksam, quälerisch für ihre Umgebung, drängen und nörgeln, bis nach und nach die Unruhe immer mehr zurücktritt und die Zeichen der psychomotorischen Hemmung das Uebergewicht erhalten. Während aller dieser Uebergangszustände, in denen sich traurige Verstimmung ohne ausgesprochene Hemmung findet, sind die Kranken sich selbst am gefährlichsten, obgleich ihr Zustand vielleicht weniger schwer erscheint, als auf der Höhe der Verstimmung oder Erregung. Mehrfach sah ich gerade dann Selbstmordversuche, die vorher wegen der Willenlosigkeit trotz schweren Lebensüberdrusses nicht zu Stande gekommen waren. Ein Kranker mit sehr leichter Verstimmung erhängte sich wenige Tage vor seiner Entlassung auf einem freien Ausgange, nachdem er bereits auffallend heiter erschien.

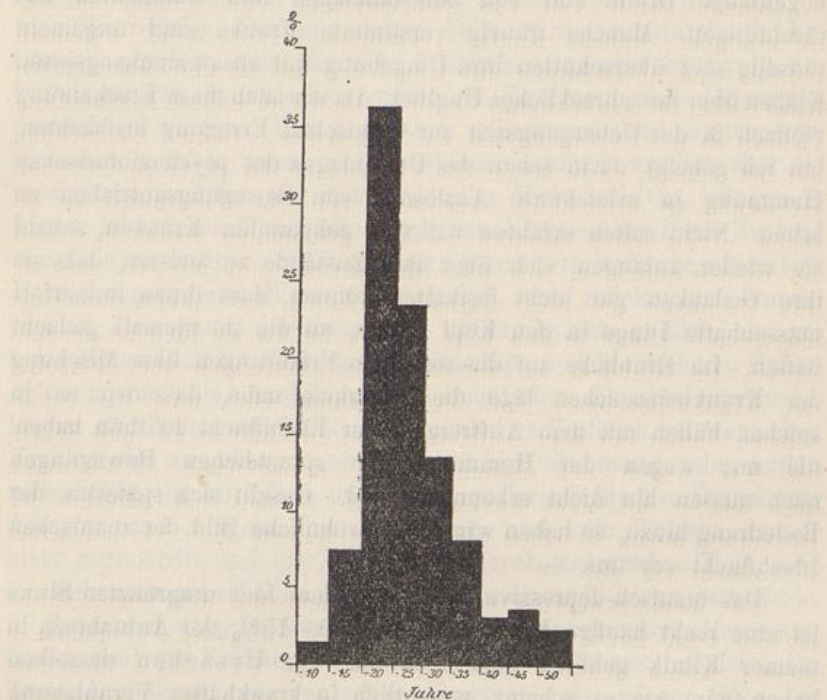
Wir erkennen bei diesen Zuständen unmittelbar, dass sie durch die Verbindung von psychomotorischer Erregung mit depressiver Verstimmung gekennzeichnet sind, und werden diese Auffassung

daher auch für diejenigen Fälle festhalten dürfen, bei denen das Krankheitsbild dauernd die Erscheinungen der depressiven Erregung aufweist.

In einer kleinen Zahl von Fällen habe ich neben schweren depressiven Wahnvorstellungen und verzweifelter Stimmung geradezu ausgeprägte Ideenflucht beobachtet. Eine Kranke mit Versündigungswahn schrieb zu meinem Erstaunen ausserordentlich flott bogenlange Briefe voll von Selbstanklagen und wahnhaften Befürchtungen. Manche traurig verstimmte Kranke sind ungemein redselig und überschütten ihre Umgebung mit zusammenhangslosen Klagen über ihr schreckliches Unglück. Da wir auch diese Erscheinung vielfach in der Uebergangszeit zur manischen Erregung beobachten, bin ich geneigt, darin schon das Umschlagen der psychomotorischen Hemmung in erleichterte Auslösung von Bewegungsantrieben zu sehen. Nicht selten erfahren wir von gehemmten Kranken, sobald sie wieder anfangen, sich über ihre Zustände zu äussern, dass sie ihre Gedanken gar nicht festhalten können, dass ihnen immerfort massenhafte Dinge in den Kopf kämen, an die sie niemals gedacht hätten. Im Hinblick auf die sonstigen Erfahrungen über Mischung der Krankheitszeichen läge die Annahme nahe, dass wir es in solchen Fällen mit dem Auftreten einer Ideenflucht zu thun haben, die nur wegen der Hemmung der sprachlichen Bewegungen nach aussen hin nicht erkennbar wird. Gesellt sich späterhin der Rededrang hinzu, so haben wir das gewöhnliche Bild der manischen Ideenflucht vor uns. —

Das manisch-depressive Irresein in dem hier umgrenzten Sinne ist eine recht häufige Krankheit; etwa 10—15% der Aufnahmen in meiner Klinik gehören demselben an. Die Ursachen desselben haben wir, wie es scheint, wesentlich in krankhafter Veranlagung zu suchen. Erbliche Belastung konnte ich in etwa 80% meiner Fälle nachweisen, vielfach gerade auch circuläres oder periodisches Irresein bei anderen Familienmitgliedern. Nicht selten findet sich bei den Kranken eine vortreffliche verstandesmässige oder künstlerische Begabung. Bei anderen wird berichtet, dass sie von Jugend auf ungewöhnliche, aufgeregte Menschen mit häufigem, grundlosem Stimmungswechsel oder im Gegentheil grüblerisch, übertrieben fromm, scheu und still gewesen seien. Hie und da besteht auch geradezu angeborener Schwachsinn. In einer Reihe von Fällen

treten namentlich während der Anfälle, aber auch schon vorher, allerlei hysterische Züge hervor, Schreianfälle, Magenkrämpfe, Ohnmachten, grosse Anfälle. Auch körperliche Entartungszeichen, besonders Schädelverbildungen, Kleinheit desselben, Skoliosen, hydrocephalische Ausbuchtung, finden sich öfters. Das weibliche Geschlecht liefert nahezu zwei Drittel der Kranken. Die Vertheilung der ersten Anfälle auf die einzelnen Lebensalter erhellt aus der nebenstehen-



den Darstellung. Die Krankheit beginnt demnach in mehr als $\frac{2}{3}$ der Fälle vor dem 25. Lebensjahre; hie und da reichen ihre ersten Andeutungen schon vor das 10. Lebensjahr zurück. Ganz besonders stark ist das Ueberwiegen der jugendlicheren Lebensalter beim weiblichen Geschlechte. Hier fallen $\frac{3}{4}$ der Fälle vor das 25. Jahr; auch im Rückbildungsalter findet sich bei den Frauen wieder eine etwas stärkere Neigung, in der hier geschilderten Weise zu erkranken. Bisweilen setzt die Krankheit mit dem ersten Auftreten der Menses ein; auch späterhin beobachten wir häufig Verschlimmerungen

des Zustandes während der Regel. Umgekehrt deutet das Wiedererscheinen derselben nach längerem Aussetzen während der Depression auf eine bevorstehende Aenderung des Krankheitsbildes hin. Nicht ganz selten sieht man einen Anfall im Wochenbette beginnen. Bei einer meiner Kranken erfolgten die drei ersten Anfälle im Anschlusse an Geburten, die späteren dann freilich ohne solchen Anlass; eine andere erkrankte zunächst nach einem von ihr selbst herbeigeführten Abortus und dann wieder in einem Wochenbette, gebar aber dazwischen einmal ohne Störung.

Von sonstigen äusseren Anlässen ist die Entwicklung der Krankheit im allgemeinen unabhängig, wenn auch gewöhnlich vom Kranken und seiner Umgebung irgend welche Zufälle zur Erklärung herbeigezogen werden. Immerhin können allerlei Schädigungen, eine heftige Gemüthserschütterung, ein körperliches Unwohlsein, eine fieberhafte Krankheit, auf vorbereitetem Boden den letzten Anstoss zum Ausbruche der Störung geben. Eine meiner Kranken wurde manisch nach einem Bauchschnitte. Kopfverletzungen werden öfters als Ursachen der Krankheit angegeben, doch lässt sich der Nachweis des Zusammenhanges wol kaum jemals in überzeugender Form erbringen. Auf der anderen Seite beobachten wir vielfach eine erstaunliche Unabhängigkeit der gesammten Krankheitsanfälle von äusseren Einwirkungen, so dass wir an der inneren Verursachung derselben nicht wol zweifeln können.

Vielleicht der wichtigste Beweisgrund für diese Auffassung ist aber die Thatsache, dass die manisch-depressiven Geistesstörungen eine sehr ausgesprochene Neigung haben, im Leben mehrfach, ja sogar sehr häufig wiederzukehren; in manchen Fällen können die verschiedenartigen Formen desselben Jahrzehnte lang ununterbrochen mit einander abwechseln. Diese Eigenthümlichkeit der Krankheit hat von jeher die Aufmerksamkeit der Irrenärzte in besonderem Maasse auf sich gezogen und ihnen Anlass gegeben, die Hauptmasse der Beobachtungen unter dem Namen des periodischen Irreseins zusammenzufassen. Da man die selbständige Periodicität als ein wesentliches Kennzeichen der Krankheit betrachtete, schloss man aus dem Bilde alle diejenigen Formen aus, welche jene Eigenschaft anscheinend oder wirklich nicht darboten. Zunächst ins Auge fielen unter diesem Gesichtspunkte diejenigen Beobachtungen, in denen die einzelnen Anfälle, seien sie manischer oder depressiver Gestaltung,

mit grösster Regelmässigkeit wiederkehrten. So unterschied man eine periodische Manie, eine periodische Melancholie und das circuläre Irresein mit regelmässigem Wechsel zwischen „Manie“ und „Melancholie“. Diese Umgrenzung ist noch heute in Deutschland die verbreitetste. Schwierigkeiten entstehen dabei einmal für die Mischformen und für die Fälle mit ausgeprägten Wahnbildungen, die auch wol als „periodische Paranoia“ bezeichnet werden, andererseits für jene Fälle, in denen die einzelnen, bald manischen, bald depressiven Anfälle ganz unregelmässig auf einander folgen. Meist wird hier die Zugehörigkeit zum „periodischen“ oder „circulären“ Irresein verneint oder doch stark bezweifelt. Vielmehr handelt es sich dabei nach der landläufigen Anschauung um einzelne, von einander unabhängige Erkrankungen an „Manie“ und „Melancholie“. Vor allem gilt das natürlich für die Fälle mit sehr wenigen oder gar nur einem einzigen Anfälle im Leben. Allerdings hat die Erfahrung überall gezeigt, dass die Zahl solcher Fälle bei genauerer Untersuchung merkwürdig stark einschrumpft und die einfache Manie eine immer seltenere Krankheit wird*); immerhin aber giebt es ohne Zweifel vereinzelte Beobachtungen, in denen nur ein einziger Anfall manischer Erkrankung im ganzen Leben nachgewiesen werden kann.

Wer meinen bisherigen Darlegungen gefolgt ist, wird leicht erkennen, dass diese Thatsache, um deren Festlegung sich eine Reihe von Forschern bemüht haben, in keiner Weise geeignet ist, die hier vertretene Anschauung von der Einheitlichkeit des manisch-depressiven Irreseins zu erschüttern. Auf dem Wege einer mehr oder weniger angreifbaren Statistik kann diese Frage überhaupt nicht entschieden werden. Vielmehr kommt es offenbar darauf an, festzustellen, ob die Wiederkehr der Anfälle bei dieser Krankheit ein wesentliches oder ein mehr nebensächliches Krankheitszeichen darstellt. Im ersteren Falle werden wir die „periodischen“ Formen den „einfachen“ als besondere Krankheitsgruppe gegenüberzustellen haben, im letzteren nicht.

Zu dieser Frage ist zunächst zu bemerken, dass die mehr oder weniger regelmässige Wiederkehr gewisser Störungen eine allgemeine

*) von Erp Taalman Kip, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIV, 119; Hinrichsen, ebenda, 86.

Eigenschaft aller derjenigen Formen des Irreseins ist, die aus einem gleichmässigen psychischen Schwächezustande hervorwachsen oder zu einem solchen führen. Alle aus krankhafter Veranlagung entstehenden Geistesstörungen, das Entartungsirresein im engeren Sinne, die Epilepsie, die Hysterie, andererseits wieder die Endzustände der Dementia praecox zeigen die Neigung, von Zeit zu Zeit sich in heftigeren Krankheitserscheinungen zu entladen, in „Krisen“, Anfällen, Aufregungen u. s. f. Bisweilen spielen dabei auslösende Anstösse eine gewisse Rolle, bisweilen auch nicht, ganz wie bei den sogenannten periodischen Geistesstörungen. In manchen Fällen ist die Wiederkehr eine streng regelmässige, so namentlich hie und da in der Epilepsie; meist aber wird die Periodicität durch allerlei unberechenbare Einflüsse derart gestört, dass nur ganz im allgemeinen die häufigere Wiederholung derselben Zufälle ins Auge fällt. Ueberall aber, auch in der sonst am meisten zu gesetzmässiger Periodicität neigenden Epilepsie, kann man einzelne Beobachtungen sammeln, in denen die eigenartigen Störungen nicht häufig, sondern nur wenige oder gar nur ein einziges Mal im Leben zur Entwicklung kommen. Wie wir wol annehmen dürfen, scheint in derartigen Fällen die krankhafte Grundlage so wenig ausgeprägt zu sein, dass sich der schlummernde Krankheitskeim nur unter besonders ungünstigen Umständen wirklich einmal zur geistigen Störung ausbildet. Trotzdem sprechen wir auch in solchen Ausnahmefällen von epileptischen, hysterischen Zuständen, von Zwangsirresein u. dergl., ohne die häufigere Wiederkehr der Erscheinungen als durchaus massgebend für die Diagnose zu betrachten.

Mit vollem Recht. Entscheidend ist uns das klinische Krankheitsbild selbst, dessen sämtliche Einzelheiten sich widerspruchlos in den Rahmen der bekannten Formen einordnen lassen müssen. Wie mir scheint, ist nicht abzusehen, warum wir bei den sogenannten periodischen Geistesstörungen ein anderes Verfahren einschlagen sollten. Zunächst ist von einer wirklich streng periodischen Wiederkehr der Anfälle nur in einer verhältnissmässig recht kleinen Zahl von Beobachtungen die Rede. Von diesen aber führt eine unabsehbare Schaar allmählicher Uebergänge zu den Formen mit ganz unregelmässigem Verlaufe hinüber, ja wir sehen — und darauf möchte ich besonderes Gewicht legen — überaus häufig, dass auch bei sonst ausgeprägter Periodicität die Anfälle im Beginne des Leidens oder

selbst nach längerer Dauer sehr unregelmässig einsetzen oder eine Reihe von Jahren plötzlich ausbleiben. Mit anderen Worten, die Fälle mit grosser Regelmässigkeit unterscheiden sich nur nach dem Grade, nicht nach dem Wesen der Störung von den übrigen.

Ganz ähnliche Erwägungen aber gelten für die Zahl der Anfälle bei dem einzelnen Kranken. Wir kennen Beobachtungen, in denen viele Dutzende von Anfällen in unabsehbarer Reihe zu verzeichnen sind. Sodann giebt es Kranke mit 6, 8, 10 Anfällen im Leben, die in grösseren Pausen auf einander folgen. Wird hier die Zugehörigkeit zum periodischen Irresein zugestanden, so wird man sie auch nicht ablehnen können, wenn etwa alle 15—20 Jahre von der Entwicklungszeit an ein Anfall eintritt, also im ganzen 3—4 während des Lebens. Wer aber will behaupten, dass hier die Grenze des „periodischen“ Irreseins endgültig erreicht wäre? Es giebt Fälle, in denen zwischen den Anfällen 17, 23, ja, wie es mir kürzlich vorgekommen ist, sogar 32 Jahre liegen; natürlich schrumpft hier die Zahl der Erkrankungen auf höchstens 2—3 zusammen. Erkrankt Jemand mit so langen Zwischenzeiten erst in höherem Lebensalter oder dehnt sich die Pause noch länger aus, so kann es leicht geschehen, dass er einen späteren Anfall überhaupt nicht mehr erlebt, ganz abgesehen von der Möglichkeit, dass er gar schon in verhältnissmässig frühen Jahren stirbt.

Wie man sieht, könnte man die vereinzelteten Ausnahmefälle mit nur einmaliger Erkrankung auch unter der Voraussetzung recht wol erklären, dass wir es bei unserer Krankheitsform überall wirklich mit einer strengen Periodicität zu thun hätten. Da aber davon schlechterdings gar keine Rede sein kann und wir vielmehr nur von einer allgemeinen Neigung zu häufigerer Wiederkehr sprechen dürfen, so bedürfen wir derartiger Künsteleien gar nicht. Worauf es uns vielmehr einzig und allein ankommt, das ist die grundsätzliche und vollkommene Uebereinstimmung des allgemeinen klinischen Krankheitsbildes. Bis auf den heutigen Tag hat man sich immer wieder abgemüht, die einfache und die periodische Manie aus den Krankheitszeichen selbst von einander abzugrenzen, aber stets vergebens, weil diese Grenze eine künstliche ist, von der die Natur nichts weiss. So sicher wir bei gehöriger klinischer Erfahrung die Zugehörigkeit eines gegebenen Krankheitsfalles zu dem vielgestaltigen Formenkreise des manisch-

depressiven Irreseins zu erkennen vermögen, so unmöglich ist es, irgend ein Kennzeichen anzugeben, welches uns gestatten soll, den „einfachen“ von dem „periodischen“ manischen Anfalle zu unterscheiden. Dass uns hier die Thatsache der Wiederkehr allein nicht helfen kann, liegt auf der Hand; wir müssten ja sonst unter Umständen 30 und mehr Jahre warten, bis wir unserer Diagnose gewiss wären. Oder will man den Punkt ganz willkürlich bestimmen, jenseits dessen ein sich wiederholender Anfall nicht mehr der Ausdruck einer periodischen, sondern einer Neuerkrankung an einfacher Manie ist? Wären beide Krankheiten nicht wirklich wesensgleich, so müssten sich wenigstens nachträglich bei den Fällen mit nur einer Erkrankung irgend welche Eigenthümlichkeiten auffinden lassen, die wir bei den übrigen nicht finden. Bis das geschehen ist, halte ich die Ansicht für berechtigt, dass wir es hier mit einer einheitlichen Krankheit zu thun haben, die zwar in der Regel, aber nicht ausnahmslos mehrfach, bisweilen sogar sehr oft im Leben wiederkehrt.]

Die einzelnen Anfälle des manisch-depressiven Irreseins sind, wie schon aus der klinischen Schilderung hervorgeht, unter einander nicht gleich, sondern können sich recht verschieden gestalten. Vor allem können wir diejenigen Beobachtungen auseinanderhalten, deren sämtliche Anfälle wenigstens die gleiche Stimmungsfärbung aufweisen, die sogenannte periodische Manie bzw. Melancholie, und diejenigen mit einem Wechsel von manischen und depressiven Anfällen, das circuläre Irresein. Auch ich habe früher diese drei Formenkreise unterschieden, freilich mehr der Ueberlieferung, als der eigenen Ueberzeugung folgend. Im Laufe der Zeit bin ich zu der Ansicht gelangt, dass alle diese Gruppenbildungen nur eine sehr untergeordnete Bedeutung haben. Zwischen periodischer Manie und circulärem Irresein ist eine scharfe Grenze schlechterdings nicht zu ziehen. Bei der ungeheuren Mehrzahl der Manien beobachtet man, sobald man einmal darauf aufmerksam geworden ist, einleitende oder abschliessende Depressionszustände, die freilich oft nur einige Tage andauern und wenig ausgeprägt sind. Auch in den Verlauf der Erregung schieben sich ungemein häufig Stunden oder Tage von ganz entgegengesetzter Färbung ein, und endlich entdeckt man oft genug, dass leichtere Verstimmungen in den Zwischenzeiten zwischen den manischen Anfällen vorhanden gewesen sind. Um-

gekehrt folgt den hierher gehörigen Depressionszuständen vielfach eine auffallende „reactive“ Heiterkeit, die von Aerzten und Kranken gewöhnlich als Ausdruck der Freude über die Genesung angesehen wird, wie die reactive „Melancholie“ nach Manie als Erschöpfung oder als Trauer wegen der überstandenen Geisteskrankheit. Während der Depression beobachten wir plötzliche Erregungszustände, vorübergehende Lustigkeit, oder wir erfahren, dass die Kranken sich vorher oder nachher auffallend geputzt, gegen ihre Gewohnheit Vergnügungen besucht haben, reizbar und aufgeregt gewesen seien. Von ganz besonderer Bedeutung aber sind die Mischzustände, die uns auf das eindringlichste lehren, dass manische und depressive Bilder in aller-nächstem Grade mit einander verwandt sind. Sehen wir doch auch ungezählte Male die anscheinend so verschiedenartigen Zustände ganz unvermittelt in einander übergehen! Wie mir scheint, ist demnach der Schluss unabweisbar, dass alle die geschilderten Gestaltungen des Krankheitsbildes nichts anderes sind, als Erscheinungsformen eines und desselben grundlegenden Krankheitsvorganges, Aequivalente, wie es die mannigfachen Abarten des epileptischen Anfalles sind.

Eine wichtige Bestätigung erhält dieser Satz durch die Erfahrung, dass thatsächlich in einem und demselben Krankheitsfalle die verschiedenartigsten Zustandsbilder für einander eintreten können. Man beobachtet zwar im allgemeinen, dass die einzelnen Anfälle bei einem Kranken eine gewisse Aehnlichkeit mit einander darbieten, die sich hie und da zur „photographischen“ Gleichheit steigern kann. Allein andererseits hat man nicht selten Gelegenheit, in demselben Krankheitsverlaufe eine ganze Anzahl der hier geschilderten Zustände nach einander auftreten zu sehen, von der leichten Depression und dem Stupor durch die mannigfachsten Mischzustände hindurch zur Hypomanie und zur schweren Tobsucht. Irgend eine Gesetzmässigkeit dabei aufzufinden, ist mir bisher nicht gelungen. Namentlich ist auch ein ganz regelmässiger Wechsel zwischen manischen und depressiven Krankheitsabschnitten verhältnissmässig selten. Weit häufiger ist die unregelmässige Aufeinanderfolge oder ein starkes Ueberwiegen der Anfälle einer Färbung. In eine ganze Reihe von manischen Anfällen schiebt sich unvermuthet einmal ein depressiver oder ein Mischzustand und umgekehrt. Die klinischen Zeichen der manischen Anfälle selbst

sind auf ein Haar dieselben, gleichviel, ob sie mit depressiven gemischt auftreten oder nicht. Auf Grund aller dieser Erwägungen und Erfahrungen sehe ich keine Möglichkeit, die periodische Manie im allgemeinen wie im einzelnen Falle vom circulären Irresein abzutrennen.

Weniger einfach liegt die Frage vielleicht hinsichtlich der periodischen „Melancholie“. Da es ohne Zweifel Beobachtungen mit nur manischen Anfällen giebt, so lässt sich die Wahrscheinlichkeit nicht von der Hand weisen, dass auch hierher gehörige Erkrankungen vorkommen, deren sämtliche Anfälle depressive Bilder aufweisen. In der That kennen wir solche wiederkehrende Formen, deren einzelne Anfälle in allen klinischen Kennzeichen, namentlich in der ausgeprägten psychomotorischen Hemmung, den depressiven Abschnitten circulär verlaufender Erkrankungen entsprechen. Auf der anderen Seite sehen wir aber auch die klimakterischen Melancholien sich öfters mehrmals wiederholen. Freilich pflegen hier die späteren Anfälle, anders als bei circulären Fällen, deutlich die fortschreitende Greisenschwäche zu zeigen. Ausserdem dürfte auch das klinische Bild gewisse, früher näher besprochene, eigenartige Züge aufweisen. Immerhin ist die genauere Umgrenzung derjenigen Formen periodischer Depressionszustände, die der hier behandelten Krankheit angehören, einstweilen noch etwas erschwert. So lange wir die Kennzeichen der circulären Depressionszustände noch nicht bis in ihre feinsten Einzelheiten erforscht haben, werden wir vielleicht im einzelnen Falle zweifelhaft bleiben, ob wir uns auf die Möglichkeit einer späteren Manie gefasst machen müssen oder nicht. Dass diese Schwierigkeit indessen nicht im Wesen der Sache, sondern nur in unserer unvollkommenen Kenntniss beruht, bedarf keiner besonderen Begründung. —

Ueber das Wesen des manisch-depressiven Irreseins sind wir noch gänzlich im Unklaren. Sowol die häufige Wiederkehr der Anfälle wie der eigenthümliche Wechsel zwischen Erregung und Hemmung sind durchaus räthselhafte Thatsachen. Wir können vorerst nur darauf verweisen, dass in unserem Nervensysteme die Neigung zu periodischem Ablaufe der Hemmungs- und Erregungsvorgänge auf den verschiedensten Gebieten wiederkehrt. Meynert hat die Erklärung für den Wechsel gegensätzlicher Zustände in periodischen Störungen der vasomotorischen Innervation gesucht.

In Folge von gesteigerter Reizbarkeit des Gefässcentrums soll sich ein verstärkter Spannungszustand im gesammten Arteriengebiete mit gleichzeitiger Hirnanaemie als Ursache der depressiven Verstimmung entwickeln. Gerade die so entstandene mangelhafte Ernährung des vasomotorischen Centrums soll dann weiterhin eine Lähmung desselben, Erweiterung der Gefässe und Hyperaemie des Gehirns herbeiführen, als deren Ausdruck die Entwicklung der manischen Erregung betrachtet wird. Zweifellos ist es, dass Veränderungen im Verhalten der Pulsbilder den beiden Abschnitten des Anfalles entsprechen; im übrigen jedoch rechnet die vorgetragene Anschauung mit völlig unbekannten Grössen. Zudem versagt sie durchaus vor der Thatsache der Mischzustände.

Die sehr beträchtlichen Schwankungen des Körpergewichtes könnten auch hier an allgemeinere Umwälzungen im Bereiche der Stoffwechselvorgänge denken lassen, doch reichen unsere Kenntnisse durchaus nicht zur Aufstellung brauchbarer Gesichtspunkte aus. Erwähnen will ich, dass mir einige Male von den Kranken über epileptiforme Anfälle berichtet wurde. Das würde etwa auf eine chemische Theorie hinweisen können, um so mehr, als man jetzt auch bei der ebenfalls periodischen Epilepsie sich der Annahme einer Selbstvergiftung zu nähern scheint. Lange*) hat eigenthümliche periodische Depressionszustände mit psychischer Hemmung beschrieben, für die er eine gichtische Entstehungsweise annimmt. Nach seiner Schilderung kann ich, wie Hecker, nicht zweifeln, dass er leichte Formen des manisch-depressiven Irreseins im Auge gehabt hat, deren manische Abschnitte ihm entgangen sind. Dass wirklich die Gicht eine wesentliche Ursache bilden sollte, ist jedoch bis jetzt weder erwiesen noch auch wahrscheinlich; immerhin dürfte von Stoffwechseluntersuchungen vielleicht einmal Aufklärung in dieser Frage zu erwarten sein.

Den Beginn der ganzen Krankheit bildet am häufigsten, in etwas über 60% der Fälle, ein Depressionszustand, namentlich beim weiblichen Geschlechte und bei den in jugendlichem Alter einsetzenden Formen. Die Färbung des ersten Anfalls ist bald eine einfach traurige oder ängstliche, bald diejenige eines stärkeren oder

*) Periodische Depressionszustände und ihre Pathogenese auf dem Boden der harnsauren Diathese, deutsch von Kurella. 1896.

schwächeren Stupors. Auf diesen ersten Anfall folgt etwa in der Hälfte der Fälle eine freie Zwischenzeit; ebenso häufig jedoch schliesst sich an die Depression sogleich eine manische Erregung, die meist in vorläufige Genesung überführt. Nur in einer kleinen Zahl von Fällen beginnt nun sofort die Depression von neuem, um wieder einer Erregung Platz zu machen u. s. f. Wo die Krankheit mit einem manischen Anfalle beginnt, scheint in der Regel zunächst eine Remission einzutreten; weit seltener knüpft sich schon jetzt eine Verstimmung oder ein Stupor an. Auch der nächste oder sogar mehrere der folgenden Anfälle sind oft noch manisch, so dass es längere Zeit den Anschein haben kann, es handle sich um eine periodische Manie, bis unvermuthet ein depressiver Anfall sich einschleibt. Ebenso können sich mehrere depressive Anfälle mit freien Zwischenzeiten wiederholen, bevor einmal die manische Erregung sich zeigt. Bei den Fällen, welche nicht schon im ersten Anfalle beide Bilder vereinigt darbieten, ist zunächst die gleichartige Fortsetzung der Anfälle sogar das häufigere Verhalten. Auch im weiteren Verlaufe der Krankheit ist ein regelmässiger Wechsel zwischen manischen und depressiven Zuständen eher die Ausnahme. Vielmehr sind die Fälle gar nicht selten, bei denen die überwiegende Mehrzahl der Anfälle eine gleichartige Färbung aufweist, während einige wenige oder auch wol nur ein einziger dem anderen Formenkreise angehört. Vielfach entwickelt sich ein regelmässigerer Wechsel nach längerer Krankheitsdauer, wenn in der ersten Zeit die eine Art von Anfällen überwog oder allein vorhanden war. Auch die Mischformen, insbesondere der manische Stupor, kommen, wie es scheint, gewöhnlich erst nach wiederholten Anfällen zur Ausbildung.

Die Dauer der einzelnen Anfälle ist eine ungemein verschiedene. Es giebt solche, die nur 8—14 Tage währen, ja wir sehen bisweilen, dass zweifellos krankhafte Verstimmungen oder Erregungen bei diesen Kranken nur einen oder zwei Tage anhalten können. Meist pflegt jedoch ein einfacher Anfall 6—8 Monate zu dauern. Andererseits sind die Fälle nicht ganz selten, bei denen sich ein Anfall 1—2, ja 3 und 4 Jahre hindurch, ein Doppelanfall die doppelte Zeit fortsetzt. Die depressiven Anfälle verlaufen meist etwas schleppender, doch pflegen die ersten Anfälle verhältnissmässig selten die Dauer von einigen Monaten zu überschreiten.

Fast immer liegen zwischen je zwei einfachen oder Doppelanfällen freie Zwischenzeiten. Die Dauer derselben ist ebenfalls ausserordentlichen Verschiedenheiten unterworfen und steht, soviel ich sehen kann, in keinem bestimmten Verhältnisse zu derjenigen der Anfälle selbst. Leichte Anfälle können sich rasch wiederholen, schwere durch längere Zwischenzeiten getrennt sein und umgekehrt. Im Beginne der Krankheit betragen die Pausen meist einige Jahre, können sich aber bis zu 10 Jahren und darüber, ja soweit ausdehnen, dass überhaupt nur noch ein oder zwei Anfälle im späteren Leben folgen. Bisweilen ist die Dauer der Zwischenzeiten so regelmässig, dass sich die Kranken zur gewohnten Zeit pünktlich wieder in der Anstalt einstellen; meist aber zeigt die Krankheit die Neigung, späterhin in rascherem Zeitmaasse zu verlaufen und die Zwischenzeiten abzukürzen, selbst bis zum vollständigen Fortfallen derselben. Dabei pflegt die Dauer der Anfälle allmählich zu wachsen. So sah ich bei einer Kranken im Laufe von 13 Anfällen die Dauer dieser letzteren von 3—4 auf 6—7 Monate wachsen, während die Zwischenzeiten von 1 Jahre auf 6—7 Monate abnahmen. Uebrigens kann auch trotz langen Bestandes der Krankheit ein Anfall einmal unerwartet rasch verlaufen, besonders bei den Formen mit langen Zwischenzeiten.

In den Rückbildungsjahren nehmen die Zwischenzeiten gern ab, bisweilen um sich später wieder zu verlängern. In einzelnen Fällen sieht man nach den ersten Anfällen im Entwicklungsalter eine Pause bis zum Ende der 40er Jahre eintreten, wo die Krankheit wiederkehrt, nun vielleicht ohne weitere Unterbrechung.

Zuweilen beginnt das Leiden mit einer abgeschlossenen Reihe sehr kurzer und sehr rasch auf einander folgender Anfälle von manischer oder manisch-stuporöser Färbung, denen dann eine längere, mehrjährige Pause folgt. Besonders ist das der Fall bei einer kleinen Gruppe von jugendlichen, wie es scheint, vorzugsweise weiblichen Kranken. Die einzelnen Erregungen dauern dabei oft nur wenige Tage, können aber sehr heftig sein und mit starker Verworrenheit einhergehen. Nur eine kleine Minderzahl, wol kaum mehr als 4—5%, bilden die Fälle, in denen vom ersten Anfalle an die Krankheit in regelmässigem Wechsel der Färbung das ganze Leben gleichmässig und vollständig ausfüllt. Mehrfach sah ich dabei die Verstimmung im Herbst einsetzen, um im Frühling, „wenn der Saft

in die Bäume schießt“, in Erregung überzugehen, in gewissem Sinne den Stimmungswandlungen entsprechend, welche auch den gesunden Menschen im Wechsel der Jahreszeiten überkommen. In der Regel dürfte es sich dabei um sehr leicht verlaufende Formen, Hypomanie und einfache Hemmung, handeln. Auch nach längerem, ununterbrochenem Verlaufe kann übrigens doch immer gelegentlich noch eine Remission sich einstellen.

Die verschiedenen Verlaufsarten des manisch-depressiven Irreseins, wie sie durch das wechselnde Verhalten in Dauer und Färbung der einzelnen Anfälle wie in der Länge der Zwischenzeiten bedingt werden, sind, namentlich von französischen Forschern, in eine Reihe von klinischen Abarten zerlegt worden. Ich glaube mich überzeugt zu haben, dass derartige Bestrebungen zur Gruppierung an der Regellosigkeit der Krankheit nothwendig scheitern müssen. Die Art und Länge der Anfälle und Zwischenzeiten bleibt im einzelnen Falle durchaus nicht die gleiche, sondern kann vielfach wechseln, so dass derselbe immer neuen Formen zugerechnet werden müsste. Bis jetzt sind auch alle meine Bemühungen vergebens geblieben, aus den Eigenthümlichkeiten eines Anfalles einigermaßen zuverlässige Schlüsse für die weitere Gestaltung des Krankheitsfalles zu gewinnen; vielleicht aber gelingt es bei sehr ausgedehntem Beobachtungsstoffe doch einmal, gewisse prognostische Regeln abzuleiten, wenn auch die unberechenbaren Einflüsse der persönlichen Veranlagung und Lebensführung stets bedeutende Fehlerquellen darstellen werden. Immerhin kann man etwa sagen, dass sich Hypomanie am häufigsten mit einfacher Hemmung verbindet, während auf schwere Tobsucht leicht tiefer Stupor folgt. Sinnestäuschungen und Wahnbildungen scheinen gern beide Abschnitte der Krankheit zu begleiten, wenn sie überhaupt auftreten.

In den Zwischenzeiten erscheinen die Kranken zunächst wenigstens vollkommen gesund. Vielleicht fällt nach einer Depression das besonders blühende Aussehen und die Lebensfrische, nach einer Manie die Muthlosigkeit und Verdrossenheit auf, die der Kranke lange Zeit hindurch nicht überwinden kann. Bei längerer Dauer der Krankheit und bei häufigerer Wiederholung der Anfälle pflegen sich die psychischen Veränderungen auch während der Zwischenzeiten deutlicher herauszustellen. Wenn auch keine auffallenden Krankheitszeichen mehr nachweisbar sind, so ist doch eine gewisse

Unfreiheit und Unselbständigkeit, gedrücktes, menschenscheues, „ver zweiflerisches“ Wesen, leichte Ermüdbarkeit, grosses Schlafbedürfniss und Herabsetzung der Arbeitskraft, andererseits Reizbarkeit, stark gehobenes Selbstgefühl, Streitsucht, Unstetigkeit, Aufgeregtheit vielfach unverkennbar. Oefters gewinnen die Kranken auch keine volle Klarheit über den Umfang und die Bedeutung ihres Leidens. Sie geben wol zu, aufgeregt oder schwermüthig gewesen zu sein, schieben aber die Schuld zum grossen Theile auf zufällige Umstände, das Verhalten ihrer Umgebung, die Verbringung in die Anstalt. Darum werden sie auch nicht gern an die Zeit der Krankheit erinnert, weichen allen Erörterungen darüber aus, gehen dem Arzte bei späteren zufälligen Begegnungen aus dem Wege.

Ausserordentlich häufig sind während der Zwischenzeiten ganz leichte, angedeutete Anfälle, deren krankhafte Natur nur aus genauer Kenntniss der ausgebildeteren Anfälle und dieser Krankheitsformen überhaupt erschlossen werden kann, plötzlich erwachende Lebenslust, ungewöhnlicher Unternehmungsgeist, Abschütteln der Alltagssorgen, Geschwätzigkeit, Ausgelassenheit, Reizbarkeit, oder unbegründet sorgenvolles, in sich gekehrtes Wesen, wochenlange Unthätigkeit und Theilnahmlosigkeit, die dann auf Ueberarbeitung, einen Aerger oder dergl. zurückgeführt wird, aber ebenso rasch wieder verschwindet, wie sie gekommen war. Einer meiner Kranken liess sich in einem hypomanischen Anfälle von einer Hochstaplerin ausbeuten; die dann folgende Verstimmung wurde von der Familie durch die erlittene Enttäuschung anscheinend ganz natürlich erklärt. Kürzere Erregungen schliessen sich bei Frauen leicht an die Menses an.

Das Herannahen eines neuen Anfalles fühlen die Kranken selbst bisweilen schon Tage oder gar Wochen vorher, ohne sich darüber klare Rechenschaft zu geben. Eine meiner Kranken machte häufig einige Zeit vor dem Ausbruche des Anfalls einen sonst ganz zwecklosen Besuch in der Anstalt, bei dem sie noch keine Spur von Krankheitszeichen darbot. Andere haben noch Zeit, vor dem Beginne der Erregung ihr Haus zu bestellen und sich dann freiwillig in die Behandlung zu begeben; ein derartiger Kranker sprang einmal mitten in der Nacht über die hohe Mauer in die Anstalt herein, nachdem er schon mehrere Stunden weit gelaufen war.

Der Uebergang der beiden Krankheitsabschnitte in einander vollzieht sich bisweilen ganz plötzlich und dann regelmässig in der Nacht.

Der deprimierte Kranke wacht zur gegebenen Zeit wider sonstige Gewohnheit sehr früh auf und ist nun manisch; der Erregte fühlt sich eines Morgens müde, abgeschlagen, gehemmt. Häufiger sieht man den Wechsel der Zustände sich schon von langer Hand vorbereiten. Der Gesichtsausdruck und die Haltung des bis dahin deprimierten Kranken wird allmählich freier, sein Auge lebhafter; Esslust und Ernährung heben sich. Seine Haut gewinnt die frühere Spannung seine Bewegungen ihre Spannkraft wieder. Nach und nach wird er zugänglicher, zeigt mehr Antheilnahme für seine Umgebung, beginnt sich andauernd zu beschäftigen, fühlt sich frischer und wohler, äussert die Sehnsucht nach Freiheit und Berufsthätigkeit, „nach Frühling und Waldesgrün“, fasst seine Entlassung ins Auge und macht oft längere Zeit hindurch den Eindruck eines Genesenden. Eine entlassene Kranke schrieb in diesem Zustande, sie wolle als Wärterin eintreten, „aber nur auf der ruhigen Abtheilung“.

Die krankhafte Natur der anscheinenden Besserung deutet sich oft schon jetzt an. „Es geht mir unnatürlich gut,“ erklärte mir eine später durch Selbstmord endende Kranke; sie fühle sich um Jahre verjüngt, schlafe ganz kurze Zeit und sei dabei doch immer frisch: „so kann es doch eigentlich nicht weiter gehen“. Einzelne Handlungen tragen vielleicht bereits einen manischen Anstrich, während im ganzen noch die Zeichen der Hemmung überwiegen. Ich behandelte eine Kranke, die nach schwerer Depression trotz völliger Besonnenheit kaum im Stande war, ein Wort hervorzubringen, dabei körperlich aufblühte, häufig lächelte und zum allgemeinen Erstaunen plötzlich blitzschnell eine Ohrfeige austheilte. Eine Dame, die noch von schweren Verfolgungsideen geplagt wurde, erfasste unversehens eine Bauersfrau, um mit ihr um den Tisch herumzutanzten. Eine andere hatte, als sie verzweifelnd an einem Putzgeschäfte vorübergehend, den Einfall, sich ein Ballkleid zu kaufen, und erschien zur grössten Verwunderung ihrer Angehörigen in demselben zwei Tage später auf einem Balle, den sie bereits abgesagt hatte. Mehr und mehr gewinnt dann die gehobene Erregung die Oberhand. „Charfreitag ist heute, aber bei mir ist schon Ostern geworden,“ schrieb eine Kranke in ihr Tagebuch.

In ähnlicher Weise spielt sich die entgegengesetzte Wandlung ab. Das Körpergewicht, welches sich trotz der Erregung in der letzten Zeit gehoben hatte, beginnt langsam wieder zu sinken. Nun

lässt die Vielgeschäftigkeit allmählich nach; die grossen Pläne treten in den Hintergrund; der Kranke hat „keinen solchen Muth mehr“; die Stimmung wird ruhiger, ernster, trüber. Ein junger Jurist, der

Wollen Sie die Güte
 werden in 7 flosch zu
 mit tun in der hute
 mit 10 aufgelegt, 2 ab
 ist mit weit zu treffen
 weis
 Aber das für
 in Grup
 A. W.

Schriftprobe XII. Manisch-depressives Irresein: Erregung nach Streit mit einer Wärterin (13. II. 92, Mittags 2 U.).

Lith, lichte fene stette, kommen. Ein tief
 bethen mit, ich fichte mit so abenit,
 und mit zu nicht. Müssen die
 nicht. H. A. W.

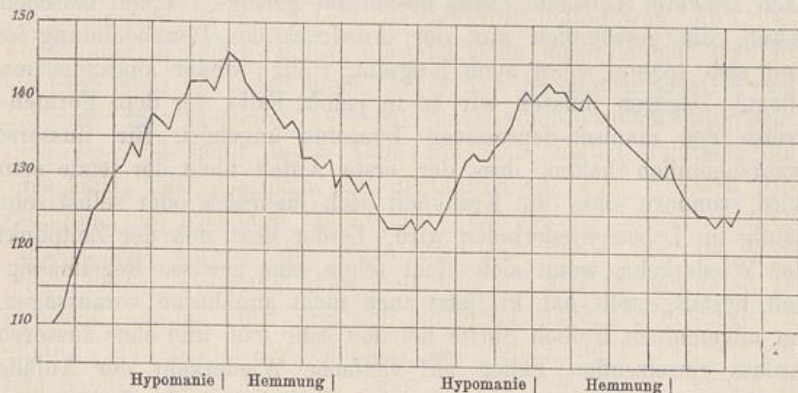
Lichtfichte zu ein, ich ich fichte zu fichte
 fichte, ich ich ein fichte zu fichte
 fichte ich ich fichte zu fichte.

Schriftprobe XIII. Depression (14. II. 92, Morgens 8 U.).

in der Erregung eine Preisarbeit verfasst hatte, besass in der folgenden Verstimmung nicht den Muth, sie einzureichen. Zum Glücke kehrte die Erregung noch rechtzeitig wieder, und er gewann den Preis. Hie und da tauchen einzelne Betrachtungen über getäuschte Hoff-

nungen, verfehlte Anläufe, schwere Lebenserfahrungen auf; die Bewegungen werden langsamer, schlaffer, kraftloser, der Gesichtsausdruck matt, abgespannt, der Blick müde, und nun treten auch alle die übrigen Erscheinungen der früheren Depressionszustände eine nach der andern wieder hervor.

Der gesetzmässige Verlauf dieser allmählichen Uebergänge ist oft in hohem Grade schlagend. Bis in die kleinsten Einzelheiten der Lebensführung, Kleidung, Haartracht, in alle Neigungen und Abneigungen hinein pflegt sich der durchgreifende Gegensatz der Zustände zu erstrecken, so dass man glauben möchte, zwei vollständig verschiedenartige Menschen vor sich zu haben. Sehr deutlich wird das bei Vergleichung der Figuren 1 und 2 auf Tafel VII, welche



Curve XI.

Manisch-depressives Irresein: 2 Doppelanfälle.

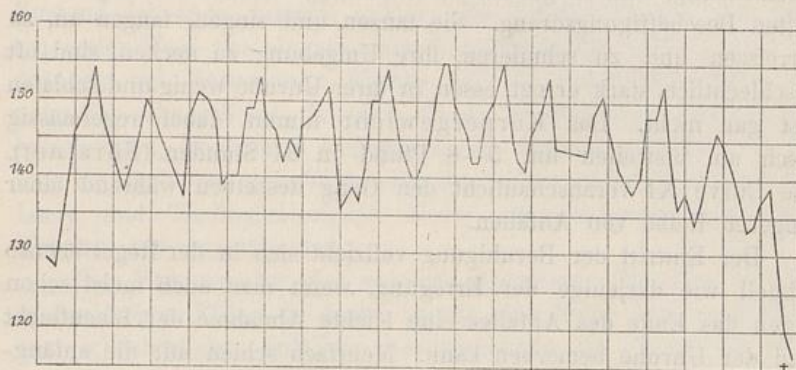
dieselbe Kranke einmal im Stupor und wenige Wochen später in hypomanischer Erregung darstellt, das letztere Mal mit riesigem Strausse an der Brust und geziertem Lächeln. Ebenso sind die Schriftproben XII und XIII geeignet, diesen Wechsel zu zeigen. Die erste mit den flüchtigen, zusammenhangslosen, stark abgekürzten Zügen ist in der Erregung nach einem Streite mit der Wärterin geschrieben; die zweite dagegen, welche in der kleinen, gedrängten, stark geneigten Schrift die eingetretene Depression andeutet, stammt vom Morgen des nächsten Tages. Auch der Unterschied in Ton und Inhalt der kleinen Briefe ist ungemein bezeichnend.

Den Gang des Körpergewichtes in zwei Doppelanfällen von einer Kranken mit leichter Hypomanie und einfacher Hemmung zeigt die Curve XI. Wir erkennen, wie dasselbe während der Erregung ansteigt und genau mit dem Einsetzen der Verstimmung wieder sinkt.

Die Prognose des manisch-depressiven Irreseins ist für den einzelnen Anfall eine günstige. Seit langer Zeit gelten namentlich die Heilungsaussichten bei manischer Erregung als recht gute. In der That kann man auch nach sehr langer Dauer der Erregung oder Verstimmung bei zuverlässiger Diagnose noch mit grosser Wahrscheinlichkeit auf völlige Wiederherstellung hoffen. Insbesondere darf man sich nicht durch die anscheinend während der Manie oder nach schwerer Tobsucht öfters bestehende geistige Trägheit täuschen lassen, die gewöhnlich nur der Ausdruck der Denkhemmung ist und sich später, wenn auch langsam, völlig wieder auszugleichen pflegt. Dagegen müssen wir es in jedem Falle, der dem Formenkreise des manisch-depressiven Irreseins angehört, für äusserst wahrscheinlich halten, dass der erste Anfall nicht der letzte sein wird, sondern dass die Krankheit sich mehrfach oder selbst sehr häufig im Leben wiederholen wird. Leider lässt sich der Zeitpunkt der Wiederkehr, wenn sich nicht schon eine gewisse Regelmässigkeit herausgestellt hat, bis jetzt auch nicht annähernd voraussagen. Im allgemeinen freilich dürfte bei den sehr früh und ohne äusseren Anlass einsetzenden Fällen auf vielfache Wiederkehr der Anfälle mit kurzen Pausen zu rechnen sein. Tritt jedoch das Leiden erst später und im Anschlusse an tiefer greifende Schädigungen, etwa im Wochenbette, auf, so pflegen die späteren Anfälle weniger zahlreich zu sein. Im Klimakterium muss man auf die Wiederkehr früherer Anfälle gefasst sein; die Formen, die in diesem Alter zuerst auftreten, schienen mir eine gewisse Neigung zu mehrfacher Aneinanderreihung wechselnder Anfälle zu haben.

Auch bei sehr langer Dauer der Krankheit entwickelt sich kein eigentlicher Schwachsinn, wenn die Anfälle selbst in milden Formen verlaufen. Im Gegentheil giebt es zahlreiche derartige Kranke, die in ihren Zwischenzeiten recht tüchtige geistige Leistungen aufzuweisen haben. Kahlbaum hat diese leichteren Gestaltungen der Krankheit als „Cyclothymie“ den schwereren, zum Schwachsinn führenden gegenübergestellt, die er als „Vesania typica circularis“ bezeichnete.

Von der Berechtigung einer derartigen grundsätzlichen Scheidung habe ich mich nicht zu überzeugen vermocht, zumal wir in demselben Krankheitsverlaufe ganz leichte und sehr schwere Anfälle nach einander auftreten sehen. Auch giebt es Kranke genug mit heftigen, aber seltenen Tobsuchtsanfällen, die keine Einbusse ihrer geistigen Fähigkeiten erkennen lassen. Es ist jedoch richtig, dass namentlich sehr lange anhaltende und häufige, schwere Krankheitsanfälle auf die Dauer nicht ohne schädigenden Einfluss bleiben. Solche Kranke sind während der Zwischenzeiten zwar besonnen, orientirt, behalten ein leidliches Gedächtniss, aber sie werden



Curve XI.

Manisch-depressives Irresein. Rascher, ununterbrochener Wechsel von Tobsucht und Stumpfheit.
Bei jedem Einsetzen der Erregung Sinken des Körpergewichtes.

schliesslich dauernd urtheilslos, reizbar, ungemein schwankend in ihrer Stimmung, oder stumpf, gleichgültig und willenlos. Regelmässig handelt es sich dabei um Kranke, bei denen das Leiden in der Entwicklungszeit begonnen hat, während die später einsetzenden Formen meistens leichter verlaufen.

Eine ganz besonders ungünstige Bedeutung dürfte die Kürze der Zwischenzeit zwischen den Anfällen haben. Wir kennen eine kleine Gruppe von Fällen, bei denen Anfälle wie Zwischenzeiten nur wenige Wochen andauern, so dass ein ziemlich regelmässiger Wechsel zwischen Erregung und Beruhigung entsteht. Das eigentliche Krankheitsbild ist fast immer das einer

ganz acut sich entwickelnden und rasch verlaufenden Tobsucht. Beim weiblichen Geschlechte schliesst sich der Ausbruch derselben häufig an die Menstrualperioden an, in der Weise, dass mit dem Eintritte der Menses oder kurz vorher auch der Anfall beginnt, um dann etwa 1—2 Wochen anzudauern, bis er einer gewöhnlich etwas längeren freien Zwischenzeit weicht (menstruelles Irresein). Nachdem höchstens leichte Andeutungen des beginnenden Anfalles, grundloses Lächeln, Blitzen der Augen, Herumwandern, voraufgegangen sind, werden die Kranken von einem Tage zum andern, oft mitten in der Nacht, unruhig, aufgeregt, verwirrt, stark ideenflüchtig, sind in gehobener Stimmung, reizbar und zeigen lebhaften Beschäftigungsdrang. Sie tanzen und singen, fangen an, zu zerreißen und zu schmieren, ihre Umgebung zu necken, sind oft geschlechtlich stark erregt, essen in ihrer Unruhe wenig und schlafen fast gar nicht. Das Körpergewicht nimmt dabei regelmässig rasch ab, bisweilen um 5—8 Pfund in 24 Stunden (Fürstner). Die Curve XI veranschaulicht den Gang desselben während einer längeren Reihe von Anfällen.

Der Eintritt der Beruhigung vollzieht sich in der Regel ebenso schnell wie derjenige der Erregung, wenn man auch meist schon gegen das Ende des Anfalles eine leichte Abnahme der Ideenflucht und der Unruhe bemerken kann. Mehrfach schien mir die anfänglich heitere und übermüthige Stimmung späterhin mehr reizbar und unwirsch zu werden. Der Kranke ist nun mit einem Male geordnet, aber auffallend still, gleichgültig, stumpf und gewinnt in der Regel keine vollständige Einsicht in die krankhafte Natur seines Zustandes, wenn er sich auch vieler Einzelheiten desselben noch gut erinnert. Vielmehr sucht er die überstandene Aufregung als etwas ganz Harmloses oder als durch die Umgebung, die Zurückhaltung in der Anstalt und dergl. veranlasst hinzustellen. Eine gewisse körperliche Erholung pflegt sich dann rasch zu vollziehen, doch bleibt das Körpergewicht auch während der nun folgenden Zwischenzeit häufig niedriger, als in früheren, gesunden Zeiten.

Gerade diese Form führt gewöhnlich ziemlich rasch zur Verblödung, wenn nicht nach einer Reihe von Anfällen ein Stillstand des Leidens eintritt. In diesem Falle pflegen späterhin neue Gruppen von Anfällen aufzutreten, die durch längere Zwischenzeiten von einander geschieden sind. Folgen die Anfälle dauernd rasch auf

einander, so zeigen sie regelmässig die Neigung, sich im Laufe der Zeit immer mehr auszudehnen, und es kommt auf diese Weise allmählich zu einem Zustande dauernder ideenflüchtiger Verwirrtheit und Aufregung, der nur hie und da in unregelmässigen, selteneren Zwischenräumen durch plötzlich eintretende und ebenso plötzlich wieder abschneidende ruhigere Zeiten unterbrochen wird.

Das gesammte Seelenleben der Kranken pflegt bei diesem Verlaufe sehr empfindlich zu leiden. Verstand und Gedächtniss nehmen stark ab, wenn die Kranken auch bisweilen in den Zwischenzeiten noch durch einzelne Ueberbleibsel aus gesunden Tagen überraschen. Das Urtheil über die Umgebung und namentlich über den eigenen Zustand ist stets äusserst unklar: die Kranken halten sich schon am ersten Tage der eingetretenen Beruhigung für völlig gesund und drängen auf Entlassung. Ebenso hat die gemüthliche Seite ausnahmslos sehr gelitten. Ist auch oft die äussere Form ihrer Gefühlsbeziehungen, annähernd wenigstens, die frühere geblieben, so vermag sie doch den tieferblickenden Beobachter nicht über die innere Leere und Theilnahmslosigkeit dieser schwachsinnig gewordenen Kranken hinwegzutäuschen.

Die Erkennung des manisch-depressiven Irreseins ist leicht in denjenigen Fällen, in denen bereits eine Reihe von wechselnden oder gleichartigen Anfällen vorausgegangen ist. Immerhin ist zu bemerken, dass auch in der Paralyse und in der Dementia praecox ein ähnlicher Wechsel zwischen Erregung und trauriger Verstimmung oder Stupor vorkommen kann wie hier. Die Unterscheidung hat in solchen Fällen die besonderen klinischen Zeichen der Anfälle selbst zu berücksichtigen, auf die wir später näher eingehen werden. Die leichteren und leichtesten Formen des manisch-depressiven Irreseins gehen, wie es scheint, ganz unmerklich in gewisse Entartungszustände über, bei denen wir häufig genug mehr oder weniger regelmässige Schwankungen in der Gemüthslage, in der gesammten Lebensauffassung und im Handeln beobachten. Solche Zeiten grundloser Verstimmung oder ungestümer Ausgelassenheit können lange Zeit für einfache Launen gehalten und mit allerlei Zufälligkeiten in Verbindung gebracht werden. Derartige Fälle, die vielleicht niemals in die Hände des Irrenarztes kommen, sondern höchstens wegen „Nervosität“ die verschiedensten Curen durchmachen, sind ungemein häufig. Trifft dann die Cur gerade mit dem Um-

schlage der Stimmung zusammen, so erzielt sie einen glänzenden Erfolg. Auch hier kann übrigens die Umgebung jederzeit einmal durch einen schwereren Anfall überrascht werden, wenn auch meistens das Leben in einem Wechsel zwischen allerlei tollen Streichen und der vermeintlichen Reue über dieselben, zwischen fieberhafter Unternehmungslust und den anscheinenden Nachwehen der Ueberarbeitung hinzufliessen pflegt.

Weit schwieriger, als aus dem Gesamtverlaufe, lässt sich das manisch-depressive Irresein aus dem einzelnen, besonders dem ersten Anfalle erkennen; manche Irrenärzte halten diese Diagnose überhaupt für unmöglich. Dem gegenüber glaube ich ohne weiteres behaupten zu können, dass zunächst alle wirklich manischen Anfälle nichts anderes sind, als Erscheinungsformen der hier beschriebenen Erkrankung. Auch hier giebt es Formen, deren Aeusserungen so wenig aus dem Rahmen des Gesunden heraustreten, dass sie nur von dem Erfahrenen richtig beurtheilt werden können. „Sie wird von Leuten, die sie nicht kennen, bloß als lebenslustig bezeichnet,“ schrieb uns die sehr verständige Mutter einer solchen Kranken. Massgebend ist hier stets der Umstand, dass die erhöhte Geschäftigkeit und Ruhelosigkeit nicht von Jugend auf bestanden, sondern zu einem bestimmten Zeitpunkte eingesetzt hat, vielleicht auch zu wiederholten Malen dagewesen und immer wieder verschwunden ist.

Die Abgrenzung der manischen Erregung von der katatonischen und paralytischen wie von den Erschöpfungspsychosen haben wir bei der Besprechung jener Krankheitsformen bereits ausführlicher gewürdigt. Den hysterischen Erregungszuständen, auf welche die Erscheinungen bisweilen hindeuten, fehlt die Ideenflucht und die grosse Ablenkbarkeit; die Erregung schliesst sich mehr an bestimmte Anlässe an und tritt in Form einzelner Gefühlsausbrüche auf gegenüber dem ganz allgemeinen manischen Bethätigungsdrange. Zudem schwindet die hysterische Aufregung jeweils nach kurzer Dauer rasch und vollständig, während auch die leichtesten Formen des manischen Anfalles ungleich länger andauern und erst allmählich zur Gleichgewichtslage zurückkehren. Die deliriösen Anfälle können mit epileptischen Dämmerzuständen verwechselt werden. Davor schützt die ausgeprägte Ideenflucht und die Ablenkbarkeit der Kranken. Der epileptische Gedankengang ist

in den Delirien einförmig und ganz durch Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen beherrscht, die Stimmung vorwiegend ängstlich, reizbar oder verzückt, während die manischen Kranken deutlichen Wechsel der Stimmung mit Ueberwiegen der heiteren Gefühlsbetonungen darzubieten pflegen.

Viele der hier beschriebenen manischen wie depressiven Zustände werden noch immer als „acute Paranoia“ bezeichnet. Dass man sich durch diese Auffassung selber den richtigen Weg zu einer Prognose verbaut, wird hier keiner weiteren Ausführung mehr bedürfen. Sobald Wahnbildungen, und seien sie noch so „paranoisch“, von den Zeichen der manischen Erregung oder von psychomotorischer Hemmung begleitet sind, handelt es sich stets um Anfälle des manisch-depressiven Irreseins.

Die depressiven Zustände müssen vor allem von den einleitenden Verstimmungen der Dementia praecox abgegrenzt werden. Wie wir schon früher ausgeführt haben, liegt hier der Schwerpunkt auf der Unterscheidung von Negativismus und psychomotorischer Hemmung, die im gegebenen Falle recht schwierig sein kann. Weiterhin ist die Besonnenheit und das Fehlen der Denkstörung sowie namentlich die gemüthliche Stumpfheit bei der Dementia praecox gegenüber der Benommenheit, Unbesinnlichkeit und traurigen oder ängstlichen Verstimmung bei der hier besprochenen Krankheit zu berücksichtigen. Rasches Auftreten sehr unsinniger Wahnbildungen und zahlreicher Sinnestäuschungen ohne stärkere Bewusstseinstrübung und Verstimmung spricht sehr für Dementia praecox.

Langdauernde Stuporzustände können als Schwachsinn aufgefasst werden. Ich kenne eine Kranke, die nach zwei Anfällen von Depression und nachfolgender Tobsucht später an Erregung mit folgendem Stupor erkrankte und als unheilbar der Pflegeanstalt überwiesen wurde. Dort genas sie wider Erwarten und ist nach einer freien Zwischenzeit von 15 Jahren nochmals erkrankt, dieses Mal unter dem Bilde des manischen Stupors. Die Entstehungsgeschichte und der Nachweis von Hemmungserscheinungen auf dem Gebiete des Denkens und Handelns wird uns vor solchen Irrthümern bewahren können. Wirklich tiefe und rasche Verblödungen scheinen bei manisch-depressiven Kranken überhaupt nicht vorzukommen; darum darf man auch nach sehr langer Dauer noch auf annähernde Wiederherstellung rechnen.

Die Abgrenzung der Depressionszustände von denen der Paralyse und von der Melancholie haben wir bereits eingehend besprochen. Die leichtesten Formen werden vielfach für Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie gehalten, wie Hecker sehr zutreffend betont hat, da die Kranken in den zugehörigen manischen Zeiten für gesund gelten. Sie haben jedoch in der Depression, die sie zum Arzte treibt, recht häufig selbst ein deutliches Gefühl für die Krankhaftigkeit der Erregung, die sie bisweilen sehr fürchten. Es gelingt daher meist leicht, den Wechsel der Zustände, die Wiederkehr der einzelnen Abschnitte und damit die Natur des vorliegenden Leidens aufzudecken. Die einfache, ohne Anlass hereinbrechende Entschlussunfähigkeit ist so eigenartig, dass sie oft ohne weiteres den richtigen Schlüssel für die Deutung des Zustandes liefert.

Am häufigsten werden die Mischzustände verkannt. Die Manien mit Denkhemmung betrachtet man vielfach als „Imbecillität mit Erregung“; davor schützen die Zeichen von Ideenflucht, die Unbesinnlichkeit der Kranken und ihre tobsüchtigen Handlungen bei geringer Unruhe. Der manische Stupor kann leicht für katatonisch gehalten werden. Indessen die Kranken sind nicht negativistisch. Wo sie etwa widerstreben, liegt eine ärgerliche, gereizte Stimmung zu Grunde, die sich dann auch in gewalthätigen Handlungen oder Schimpfausbrüchen kundgibt. Die Kranken beachten die Umgebung viel mehr, werden in ihrem Thun und Lassen deutlich durch die Umstände beeinflusst, im Gegensatz zu der stumpfen oder geflissentlichen Gleichgültigkeit der Katatoniker. Ihre gelegentlichen Aeusserungen zeigen grosse Gedankenarmuth, aber nicht die Stereotypie und unsinnige Beziehungslosigkeit jener Kranker. Auch die Erregungen führen hier zu zielbewussten, oft scherzhaften und der Sachlage angepassten Handlungen, während wir es dort mit planlosem, triebartigem, oft einförmigem Bewegungsdrange zu thun haben. Die nörgehenden Erregungszustände unserer Kranken erweisen ihre Zugehörigkeit zum manischen Formenkreise durch die Weitschweifigkeit und Ideenflucht; zudem bilden sie meist den Uebergang zwischen ausgeprägter Manie und Verstimmung, so dass dadurch ihre richtige Deutung erleichtert wird.

Eine ursächliche Behandlung des manisch-depressiven, tief in der Persönlichkeit wurzelnden Irreseins giebt es nicht. Dass eine sehr gleichmässige Lebensweise in geschützten Verhältnissen, nament-

lich auch unter Vermeidung von Alkohol, eine gewisse vorbeugende Wirkung bei gefährdeten Menschen haben kann, darf im Hinblick auf den vielfach zweifellosen Einfluss äusserer Schädigungen als wahrscheinlich angesehen werden. Auch in dem ruhigen Anstaltsleben sieht man oft die Anfälle verhältnissmässig milde verlaufen. Wie weit es möglich ist, den einzelnen drohenden Anfall im Entstehen zu unterdrücken, wissen wir noch nicht. Kohn hat derartige Versuche namentlich für die Formen mit kurzen, rasch auf einander folgenden Anfällen angestellt, bei denen man den Eintritt einer neuen Verschlechterung etwas genauer vorhersehen kann. Er empfahl die Einspritzung von Chininlösung, besonders aber sehr grosse Gaben von Bromsalzen. Man giebt 12—15 gr täglich, womöglich schon einige Tage vor dem erwarteten Ausbruche des Anfalls beginnend, dessen erste Anzeichen man recht genau beachten soll. Es gelingt auf diese Weise bisweilen mit ganz überraschender Zuverlässigkeit, das Auftreten der Erregung zu verhindern. Nachdem die besonders gefährlichen Tage vorübergegangen sind, geht man ganz allmählich mit der Gabe des Mittels herunter, um bei der Annäherung an den nächsten zu erwartenden Anfall von neuem zu der angeführten grossen Gabe anzusteigen u. s. f. Neuerdings hat Hitzig in einigen Fällen die Anwendung von Atropineinspritzungen versucht.

Die Behandlung der manischen Erregung wird vor allem möglichst die äusseren Reize abzuhalten haben. Dieser Anzeige dient die Versetzung in die Anstalt, von der man in ganz leichten Formen absehen darf, sobald die Freiheitsbeschränkung schlecht ertragen wird und nicht zu schweren Schädigungen und Unzuträglichkeiten führt. Da wir ferner wissen, dass die Erregung sich durch die Thätigkeit immer mehr steigert, werden wir den Beschäftigungsdrang nach Möglichkeit beschränken und alle unruhigen Kranken im Bette halten, was namentlich bei körperlicher Schwäche und Blutleere dringend anzurathen ist. Bei sehr starker Erregung empfiehlt sich statt dessen das Dauerbad. Hat man den Kranken erst einmal an diese Einrichtung gewöhnt, was im Beginne vorübergehend die Anwendung von Sulfonal oder selbst Hyoscin erfordern kann, so ist die wohlthätige und beruhigende Wirkung des Dauerbades eine geradezu überraschende. Alle die sonst so gefürchteten Uebelstände, die Isolirung, das

Schmierern, Zerstören, die Gewaltthätigkeit lassen sich durch diese Massregel ganz oder doch nahezu ganz vermeiden. Nach Abnahme der Erregung lässt sich die Badebehandlung recht gut mit zeitweiligem Aufenthalte im Freien verbinden. Wo bei sehr stürmischer Tobsucht die Gefahr eines Collapses besteht, zieht man Alkoholica (Grog, Glühwein, Champagner), auch Campher Moschus, Aether, letztere allerdings mit meist nur ganz vorübergehendem Erfolge, in Anwendung; gleichzeitige Herzschwäche lässt vorsichtige Gaben von Digitalis oder Coffein rathsam erscheinen. Bei andauernder hochgradiger Schlaflosigkeit wird man die Schlafmittel, vielleicht auch das Hyoscin, nicht immer umgehen können. Für die Behandlung sehr schleppend verlaufender Manien ist von Jolly das Opium empfohlen worden.

Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Ernährung der Kranken, die vielfach unter ihrer Unruhe Noth leidet. Reichliche, leicht verdauliche Nahrung soll häufig gereicht, nach Umständen mit grosser Geduld eingegeben werden. In schweren Fällen empfehlen sich tägliche Wägungen, um genau den Stand des Körpergewichtes beurtheilen und im Nothfalle rechtzeitig mit der Sondenernährung eingreifen zu können.

Die psychische Behandlung des Tobsüchtigen hat natürlich auf seine Reizbarkeit Rücksicht zu nehmen. Ruhige Freundlichkeit, im geeigneten Augenblicke mehr scherzhaftes Eingehen auf die heitere Stimmung desselben, vorsichtiges, geduldiges Laviren erleichtern den Verkehr ungemein und machen oft den in ungeschickten Händen recht gefährlichen und widerspenstigen Kranken lenksam und gutmüthig. Beim Eintritte der Beruhigung wird auf die Vermeidung äusserer Anreizungen und Verführungen besonders Bedacht genommen werden müssen. Nicht unerhebliche Schwierigkeiten können bei Festsetzung des Entlassungszeitpunktes entstehen, da die Kranken oft sehr ungeduldig sind und auf alle Weise hinausdrängen. Selbst ganz beruhigte Kranke können aber in der Freiheit, besonders unter dem Einflusse des Alkohols, sofort wieder erregt werden und die gefährlichsten Streiche begehen. Den sichersten Anhalt für die Beurtheilung des Zustandes giebt auch hier das Körpergewicht.

In den Depressionszuständen pflegt man Opium oder Morphinum, Bromsalze, hie und da auch Schlafmittel, abendliche Bäder mit

kühlen Ueberrieselungen, gelegentlich vorsichtige Massage in Anwendung zu ziehen; dazu kommt die Sorge für kräftige Ernährung, Regelung der Verdauung, Bettruhe mit regelmässigem Aufenthalte im Freien, endlich sorgfältige Ueberwachung, namentlich in den Uebergangszeiten zwischen Erregung und Verstimmung.

Die psychische Behandlung wird sich wesentlich auf die Fernhaltung gemüthlicher Reize zu beschränken haben. Besuche von Angehörigen, lange Gespräche, Briefe, geschäftliche Auseinandersetzungen sind nach Möglichkeit zu vermeiden. Besonderer tröstender Zuspruch ist auf der Höhe der Verstimmung meist ziemlich wirkungslos; späterhin, wenn die Stimmung sich aufhellt, erscheint sein Nutzen gewiss oft grösser, als er in Wirklichkeit ist. In leichten Fällen kann gegen die unangenehmen Empfindungen, die Schlaflosigkeit und Niedergeschlagenheit hypnotische Beeinflussung gewisse Dienste leisten. Grosse Vorsicht ist bei deprimirten Kranken hinsichtlich der Entlassung aus dem Schutze der Anstalt anzurathen. Wo Selbstmordneigung vorhanden ist, pflegt sie, wie schon früher erwähnt, meist nicht während der stärksten Hemmung, sondern gerade mit dem Nachlasse derselben zur That zu führen, so lange dabei die verzweifelte Stimmung noch fortbesteht. Oft wissen derartige Kranke die letzten Reste ihrer trüben Gemüthslage mit grosser Geschicklichkeit vor dem Arzte zu verbergen, um das lange geplante Vorhaben sicherer zur Ausführung bringen zu können.