

XIX.

Ueber Krankheitsbewusstsein in psychischen Krankheiten.

Eine historisch-klinische Studie.

Von

Dr. Arnold Pick (Dobrzan).

Die nachstehende Arbeit hat ihren Ausgangspunkt von eigenen klinischen Untersuchungen genommen; sie schien uns nicht überflüssig, da unseres Wissens bisher mit Ausnahme der Arbeit Dagonet's*), die uns übrigens erst, nachdem die eigene vollendet war, zu Gesicht gekommen, keine diesem Gegenstande speciell gewidmete grössere Arbeit vorliegt**); die historische Darstellung des Gegenstandes — der Unvollständigkeit derselben sind wir uns wohl bewusst — kann mit dem Hinweis auf einen Ausspruch Westphal's***) gerechtfertigt

*) Annal. méd.-psych. 1881. Mai et Juillet. D. sagt selbst (p. 390): Nous ne chercherons pas à passer en revue, avec les détails que comporterait cet important sujet, les différentes formes d'aliénation mentale, dans lesquelles on observe l'obscurcissement et l'affaiblissement temporaire de la conscience; nous devrons, sous ce rapport nous borner à une courte description.

Dagron (Des aliénés I. 1875. p. 155) berührt den Gegenstand nur flüchtig. (Vergl. auch einen Artikel von Ritti, „Folie avec conscience“ im Dict. encyclopédique).

**) Müller (Zeitschr. f. Psych. 37. Bd. S. 231) bespricht das Krankheitsbewusstsein in mehr allgemeiner Weise; auch Billod (Des mal. ment. 1882. I. p. 492) ist nicht eingehend genug.

***) Psychiatrie und psychiatr. Unterricht. Rede. 1880. S. 19: „Dass schon jetzt viel mehr Kranke, welche sich psychisch verändert fühlen, aus eigener Initiative die Hülfe des Arztes in Anspruch nehmen, ist gar keine

werden, indem es vielleicht von einigem Werthe sein wird, für den gegenwärtigen Zeitpunkt das Vorkommen des Krankheitsbewusstseins in den verschiedenen Formen geistiger Störung zu fixiren, die allmäßige Ausbreitung desselben sowie die Lehrmeinungen der Forscher darüber darzustellen.

Mit dem Ausdrucke Krankheitsbewusstsein bezeichnen wir jene Erscheinungen, welche die verschiedenen Autoren mit den Namen Krankheitsbewusstsein, Krankheitsgefühl, Krankheitseinsicht, Conscience belegt, und welche die Thatsache bezeichnen sollen, dass der Kranke das Krankhafte seiner seelischen Vorgänge oder eines Theiles derselben mehr oder weniger klar selbst erkennt oder fühlt. Ueber das Verhältniss der auch von uns gebrauchten Bezeichnungen des Krankheitsgefühls und der Krankheitseinsicht zu einander und zu der Bezeichnung des Krankheitsbewusstseins werden wir am Schlusse der klinischen Darstellung Einiges beibringen; vorausschicken wollen wir den allgemeinen historischen Theil, bezüglich dessen wir jedoch hervorheben, dass derselbe namentlich mit Bezug auf die neueren Arbeiten um deswillen unvollständig ist, weil ein nicht unbeträchtlicher Theil der denselben entstammenden Beobachtungen bei der Darstellung der einzelnen Formen von Geistesstörung zur Verwendung kommt; der die Erklärung der Erscheinung betreffende historische Theil findet gleichfalls seine gesonderte Darstellung.

Die Erscheinung des Krankheitsbewusstseins (oder hier besser des Krankheitsgefühls), ist so alt, wie die Psychosen selbst; aber wie die Deutung dieser, so nimmt auch die, welche Kranke und Gesunde jener Erscheinung geben, die Form an, welche dem jeweiligen Culturzustande des Volkes entspricht. Es ist gewiss nicht weit hergeholt, wenn wir eine Reihe von Beobachtungen (Lycanthropie, Dämonomanie), welche die Geschichte der Psychiatrie aus jenen fernen Zeiten aufbewahrt, als hierher gehörig in Anspruch nehmen*); dies weitläufiger auseinander zu setzen, erscheint nicht Sache dieser Arbeit,

Frage, und die Definition, welche wohl früher von Geisteskrankheit gegeben wurde, dass sie eine Krankheit sei, deren sich der Kranke nicht bewusst sei, wird ernstlich Niemand aufrecht halten wollen. Es ist vielmehr im höchsten Grade wahrscheinlich, dass mehr und mehr auch in Fällen, in welchen wir es jetzt kaum zu hoffen wagen, dieses eigene Bewusstsein des Krankwerdens sich geltend machen wird“.

*) Den Beweis dafür liefern derartige auch jetzt noch vorkommende Beobachtungen; eine Kranke unserer Beobachtung, Bruha, eine schwachsinnige Verrückte sagte zu ihrem Manne, entweder bin ich verhext oder ich bin närrisch.

zumal schon Zeller in seinen Zusätzen zu Guislain's Abhandlung über die Phrenopathien (Deutsch von Wunderlich 1838, S. 441ff.) eingehend jene Beziehungen behandelt; er führt sehr schön aus, wie in den verschiedenen Culturstadien der Völker das Fremdartige, das Feindliche, welches wir in den Geistesstörungen erkennen, namentlich wenn die Empfindungen, Gefühle, Gedanken und der Wille des Menschen ein solches verändertes Gepräge erhielten, von der Umgebung der Kranken als ein Ergrieffsein von himmlischen oder höllischen Geistern gedeutet wurde, während andererseits die Kranken, indem sie dies selbst schmerhaft empfinden, sich selbst an eine fremde Gewalt verloren glaubten. (Vergl.*)) hierzu auch eine Aeusserung von Abercrombie *Inquiries concerning the intellectual powers ect.* 1830. p. 318:

To a feeling of this kind [of the loss of that power over their mental processes which they possessed when in health] I am disposed to refer the impression so common among the insane of being under the influence of some supernatural power).

Wie auf so vielen Gebieten der Medicin, so ragt auch hier der Altmeister derselben, Hippocrates hoch über seine Zeit empor, und es ist gewiss von grösstem Interesse, bei ihm einen Fall von Zwangsgefühlen sowie einen von Zwangsvorstellungen zu lesen; im erstenen, einen gewissen Nicanor betreffend, wurde der Kranke jedes Mal während des Gastmahls durch das Flötenspiel in die höchste Angst versetzt; im zweiten konnte Timocles an keinen Graben oder Brücke treten aus Furcht hinabzufallen. Nasse (*De insania commentatio secundum libros Hippocraticos.* Lipsiae MDCCCXIX. p. 43) schliesst aus dem von dem Autor gebrauchten ungewöhnlichen Ausdrucke *λυσιωματεῖν*, quem aegrotum non solum vertigine tentatum fuisse sed etiam fixa sibi cogitatione laborasse. (Wem fielen übrigens hier nicht die neueren Discussionen über Agoraphobie ein?) Falk's Urtheil (*Ztschr. f. Psych.* 23. Bd. p. 448. Anmerkung) über die beiden Fälle ist offenbar ganz unzutreffend.

Geläuterte Anschauungen über die hier zu behandelnde Frage beginnen in breiterem Masse erst mit der Renaissance der Psychiatrie am Ende des vorigen Jahrhunderts, aber auch vor Pinel bis um 4 Jahrhunderte zurückreichend finden sich Andeutungen, dass man wenigstens einige hierher gehörige Erscheinungen, wenn auch nicht genauer beobachtet, so doch gekannt hat, und gewiss muss es als ein eigenthümlicher Zufall bezeichnet werden, dass die erste — we-

*)) Vgl. auch später die noch viel weitergehende Anschauung Damerow's.

nigstens uns als solche bekannte — richtig aufgefasste Beobachtung dem in der Geschichte der Dämonomanie berüchtigten *Malleus maleficorum* (zuerst erschienenen 1489. ed. 1604. p. 541—44) entstammt. In demselben berichtet Nider den Fall eines Professors, der von dem furchtbaren Impulse gequält ist, sich den Hals zu durchschneiden und der oft mit Thränen sein trauriges Schicksal beklagt; und was fast noch merkwürdiger, Nieder erklärte diesen Fall für eine Geistesstörung. (Nach Calmeil, *De la folie* 1845. I. p. 122.)

Mehr als ein Jahrhundert später finden sich, falls man den Deutungen einzelner Autoren folgen darf, Bemerkungen bei van Helmont, welche auf Zwangsvorstellungen zu beziehen wären; wir wagen nicht zu entscheiden, ob dies dem Thatsächlichen entspricht und setzen die betreffend Stelle in der Anmerkung bei*).

Um so gesicherterer und an hervorragender Stelle zu nennen ist die Deutung Ettmüller's (*Prax. med. Lib. II. sect. III. e. 4. Opera. Tom II.* p. 1580. ed. Venet. 1734. Prima ed. 1688), der als Melancholia sine delirio Erscheinungen beschrieb, die offenbar als Zwangsvorstellungen zum Theil in Zwangshandlungen übergehend, aufzufassen sind:

„*Melancholia haec sine delirio simpliciter solet vocari apud practicos perturbatio mentis, quae perturbatio mentis melancholicae satis sunt frequentes ut adhuc recta ratio sine delirio constet. Sic Platerus observat talem animi perturbationem in muliere, quae subinde stimulabatur ut interficeret infantem, erat tamen adhuc compos rectae rationis et resistebat istis cogitationibus.*“

Zwischen die beiden vorgenannten Autoren ist jedoch noch Shakespeare zu stellen, der an zwei Stellen seines 1606 zuerst aufgeführten, 1608 erschienenen King Lear seine wohl nicht blos auf poetischer Intuition beruhende Kenntniss der hier in Rede stehenden Erscheinungen beweist. Im 3. Acte 4. Scene lässt er Lear im Incubationsstadium sagen:

„O! that way madness lies; let me shun that, No more of that“, und Act IV. Scene 6 sagt derselbe, nachdem er seiner Phantasie die Zügel hat schiessen gelassen:

„— fie, fie, fie! pah; pah! Give me an ounce of civet good apothecary, to sweeten my imagination“.

*) *Opera. Ed. Lugdun. 1667. Demens Idea. p. 174. §. 38 ff. Curius enim inquisivi plures amentes et non paucos sanavi . . . narraruntque mihi se incidisse sensim in Maniam cum praevio sensu ex hypochondris illis ascendere solitam, velut obscuram phantasiam et nubilam tentationem amenniae qua primum velut inviti premebantur donec Idea tandem plenum sibi dominium acquisisset.*

Delius in seiner Shakespeare-Ausgabe giebt dem letzteren Passus allerdings eine Deutung, die, wenn die richtige, ihn hier als nicht verwendbar erscheinen lassen müsste, die erste Stelle ist aber über jede Anfechtung erhaben.

Noch eines anderen Nicht-Arztes*) ist hier zu gedenken, Dietrich Tiedemann's, Professors der alten Sprache am Collegio Carolino zu Cassel, der in seinen „Untersuchungen über den Menschen“ 3. Thl. 1778. S. 413. Wepfer**) dafür citirt, dass man auch von andern Rasenden Beispiele habe, dass sie sich ihres unglücklichen Zustandes bewusst sind.

Hervorragend unter den Fachgelehrten des 18. Jahrhunderts ist Sauvages, dessen 8. Klasse seiner *Nosologia methodica* unser vollstes Interesse beansprucht. Er trennt ganz scharf eine Reihe abnormer psychischer Erscheinungen die Morbi imaginarii et morosi, von den eigentlichen Psychosen, Morbi deliri, auf Grund der Anschauung, dass bei jenen, welche man sympathische Erkrankungen nennen könnte, das Gehirn als Organ der Intelligenz die Fehler der Sinne etc. berichtigen könne, während bei den letzteren das Gehirn selbst erkrankt ist.

Morosi sensu communi minime desituntur; bona et mala sensitiva non solum percipiunt sed et quaedam praetaliis impense appetunt et prosequuntur; atque in hoc errant quod organorum extra cerebrum positionum vitio seducti sunt etc. Interea ex eo solo inter deliros non numerantur, quia sedes animi, scilicet cerebri medulla, non vitiata est; adeoque ipsis cupiditatibus morbos resistere possunt, ac ratione quam pollent ac libertate quam fruuntur, errorem suum corrigere poti sunt; verum deliri cerebrum habent laesum tum in toto, tum in parte, nec proinde ipsis possibile est errorem suum agnoscere nec agnatum emendare. (Citirt nach Bigot.)

Sauvages ist demnach der erste, der die später so häufig vorkommende Unterscheidung der Geistesstörungen auf Grund der fehlenden Krankheitseinsicht präcisirt.

Mit dem Beginne unseres Jahrhunderts, wo Pinel (1800) der genaueren Beobachtung der Geisteskranken die Bahn eröffnet, mehren

*) Auch Dickens kann jenen Autoren angereiht werden, die mit feinem Verständniss die Erscheinung erfasst; der etwas schwachsinnige, verrückte Mr. Dick in David Copperfield sagt von sich selbst: Ein armer, halb verrückter Bursche, ein Dummkopf, eine geistesschwache Person, gegenwärtiges Ich . . . (Reclam's Univ. Bibl. II. Bd. S. 273.) Zu diesen Autoren gehört auch der moderne Gottfried Keller. Zürcher Novellen. Der Narr auf Manegg.

**) Die von T. citirte Stelle *Observ. nat.* Tom I. p. 518 war in der mir zur Verfügung stehenden Ausgabe nicht zu finden.

sich auch die hierher gehörigen Beobachtungen und wie im Allgemeinen, so ist auch für unser specielles Thema Pinel an erster Stelle zu nennen; mit seiner Lehre von der Mania sine delirio gab er den Impuls zu einer weitreichenden Bewegung, die wir jedoch in ihren historischen Details hier nicht weiter berücksichtigen, weil deren Literatur so vielfach anderweitig eingehende Darstellung gefunden.

Wenige Jahre später (1803) beschreibt Perfect (Annalen einer Anstalt für Wahnsinnige. Dtsch. von Heine. 1804. S. 392) als sensible madness die hier in Rede stehende Erscheinung bei einem auf hereditärer Basis entstandenen Falle, den man am ehesten als (von Marce) sogenannte Hypochondrie intellectuelle mit späterem Uebergang in Melancholie classificiren konnte.

„Da er (der Kranke) nun die Abnahme seiner Verstandeskräfte deutlich fühlte, sie beschreiben konnte, und wusste, dass sie vom Vater stamme, so glaube ich, kann man nicht mit Unrecht diese Art Verstandesverwirrung den fühlbaren Wahnsinn nennen.“

In der ersten, unter dem Titel „Auserlesene Fälle von verschiedenen Arten des Wahnsinns“ (Dtsch. von Michaelis. 1789. p. 177) erschienenen Auflage seines Werkes berichtet Perfect über einen Fall, der vielleicht als circuläres Irresein aufgefasst werden könnte; von der melancholischen Phase sagt er:

„Es schwieben ihm (dem Kranken) stets traurige Vorstellungen in seiner Seele und er war betrübt, da er seine Geisteskräfte so sehr geschwächt und sich an einem leichten Anfall von Wahnsinn krank sah, von dem er fürchtete, dass er mit der Zeit in wahre Raserei übergehen könnte.“

Wenn auch dieser Passus glauben machen könnte, es handle sich um Krankheitsbewusstsein, so macht doch die Fortsetzung es mehr als wahrscheinlich, dass P. allerlei hineinphantasirt.

Reil (Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf die Geisteszerrüttungen 1818, S. 307ff.), der mehrere Fälle von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen berichtet, ist der erste, der diese in scharfem Gegensatz zu dem von ihm sogenannten fixen Wahnsinn setzt, indem er als die zwei Hauptcharaktere des letzteren die fixe Idee und die subjective Ueberzeugung von der Wahrheit des Wahns bezeichnet, während er jene „fixirte Ideen ohne Wahnsinn“ nennt. Aber nicht bloss dieser Leistung wegen, sondern auch deshalb verdient Reil einen hervorragenden Platz in der Geschichte unseres Gegenstandes, weil er es bekanntlich war, der zuerst vom Gemeingefühl gehandelt, von dem, wie wir später sehen werden, eine Reihe von Erscheinungen, welche unter das Krankheitsbewusstsein zu subsumiren sind, abgeleitet werden müssen.

Die Eingangs citirte Aeusserung Westphal's bezüglich der Definition der Geistesstörung trifft wohl für die jüngste Gegenwart zu, doch aber ist es noch nicht allzulange her, dass Despine (Psych. natur. 1868. II. p. 44) sich folgender Massen geäussert:

Lorsqu'un homme sur la pente de la folie s'apperçoit qu'il devient la proie de certains éléments instinctifs qui s'emparent de son esprit et qui dirigent sa pensée, c'est qu'il n'est pas encore fou; il dit alors que par moment, il craint de le devenir;

und noch immer wird der Satz Baillarger's citirt: „La folie est une infortune qui s'ignore elle-même“, und Fournet fasst 1876 seine in der Société medico-psychologique gehaltenen Vorträge zusammen unter dem Titel:

„La folie dite avec conscience n'est pas une vraie folie et n'en saurait avoir les conséquences morales et légales“.

Der erste, der nach Sauvages diese Unterscheidung in die Definition der Geistesstörung eingeführt, scheint Spurzheim zu sein, der (Observ. sur la folie 1818. p. 73) dieselbe folgendarmassen fasst:

La folie est un état d'un homme qui est incapable de distinguer les dérangements de ses opérations mentales ou qui agit irresistiblement; in der weitläufigeren Definition, die Sp. an derselben Stelle giebt, deutet er noch überdies die verschiedenen Richtungen an, welche die Erscheinung nehmen kann:

„La folie est le derangement d'une sensation ou d'une opération intellectuelle dans un individu qui n'est pas capable de distinguer cet état de maladie; ou l'aberration d'un sentiment quelconque dans un individu qui ne peut pas distinguer cette aberration ou qui n'a pas l'influence de la volonté sur les actions de ce sentiment“.

Ihm folgt Georget, der sowohl in seinem Artikel Folie im Dictionnaire de Médecine als auch in der später erschienenen „Discussion médico-légale s. l. folie etc. (1826 p. 9) von dem Geisteskranken sagt:

„Il méconnaît son état de délire, se croit en bonne santé ou s'il ne le méconnaît pas, sa volonté est impuissante pour le maîtriser;“ doch kennt er sehr wohl einzelne Ausnahmen

„Quelques malades sentent pourtant très-bien le désordre de leurs idées et de leurs affections et sont profondément affligés de n'avoir point assez de force de volonté pour le réprimer;“

und fast noch präziser drückt er seine Anschauung in seinem Buche De la folie (französ. Ausgabe 1820, Deutsch von Heinroth 1821. S. 45) aus, wo er sagt:

„Einige Schriftsteller haben die Verrücktheit (Heinroth's Ausdruck für Folie) definiert als ein dem Kranken unbewusstes Irresein; dies gilt für eine

grosse Zahl von Kranken . . . inzwischen giebt es deren auch, freilich nur wenige, die ihren Zustand sehr wohl erkennen und es erklären, dass ihr Kopf krank, dass ihr Geist verirrt sei, dass sie nicht denken können“.

Wenn Spurzheim und andere Aerzte so wenig das Richtige erfassten, kann es uns nicht Wunder nehmen, dass Regnault, der bekannte juristische Gegner der Aerzte in der Competenzfrage bezüglich der Beurtheilung von Geistesstörungen in seiner Schrift: *Du dégré de compétence etc.* 1828, p. 205 sagt:

„Le fou est un homme dont les sens sont éveillés en l'absence du moi“.

Ebenso begreiflich ist es aber, dass ein Mann von der Erfahrung Conolly's die Erscheinung kennt und von den Kranken sagt (*An Inquiry concerning the indications of Insanity* 1830. p. 337):

or they lament the disordered state of their own minds and yet accuse themselves of not wishing to have the disorder removed . . . A lunatic will sometimes say that he knows he is very ill but that it is very strange, he cannot persuade himself to believe it“.

Allerdings hat auch C., wie aus dem Vorstehenden erhellt, nur einzelne Formen geistiger Störung vor Augen.

Nasse hinwiederum stellt (in Henke's Zeitschr. f. Staatsärzneik. 1831. 3. Heft. S. 21) die Unfähigkeit der Irren zur Einsicht ihres Irrthums als ein wesentliches Merkmal aller psychischen Krankheitsformen hin und kennt eigentlich nur zwei Stadien der Psychosen, in welchen dies nicht zutrifft:

„Der psychisch Kranke, der Irre kann als Wahnsinniger noch Neigung zeigen, seinen Wahn, wenn er aufmerksam und zur Mithilfe bei der Bekämpfung desselben angeregt wird, zu berichtigen, er kann unter diesen Anregungen gegen sein Uebel nicht ohne Anstrengung, obschon ohne entschiedenen Erfolg angekämpft haben; aber kein Irrer, welcher Art auch, ist, falls er sich nicht etwa in einer Intermission des irren Zustandes befindet, die Irrthümer, in die sein Irresein ihn versetzt, einzusehen im Stande. Er kann von Andern vernommen haben, dass er irre sei und kann das nachsagen, aber die Fähigkeit einzusehen, dass man ihn so zu nennen ein Recht habe, fehlt ihm dennoch“.

Diesem gegenüber ist aber doch hervorzuheben, dass Nasse schon 1825 in seiner Zeitschrift für Anthropologie 1. Heft, S. 1 ff. unter dem Titel „Geister im Menschen“, die bekannten Verse Goethe's „Zwei Seelen wohnen, ach! in meiner Brust etc.“ citirend, die Erscheinung des Zwiespalts in der Menschenbrust und auch die Erscheinung der Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen bei Geisteskranken bespricht; bezüglich der Zwangshandlungen macht er die gegenüber den älteren Beobachtungen gewiss nicht unberechtigte Be-

merkung: „Hier wird die Entscheidung über das innere Verhältniss schon schwieriger; das Bewusstsein des Irren giebt über den Augenblick des innern Widerspruchs kein Zeugniss, wenigstens nur ein sehr unsicheres.“

In Frankreich dagegen umschreibt Lélut (Rech. des analogies de la folie et de la raison. Gaz. méd. 30. Mai 1834) die Definition der Geistesstörung noch enger, indem er sie durch den Zusatz „sans conscience“ präzisiert. (Noch im Anhange zu dem 1856 veröffentlichten Buche *Du démon de Socrate* p. 345 drückt er diese Arbeit ohne jede weitere Bemerkung ab.)

In England folgt auf dem gleichen Wege Neville, der (On Insanity 1835) Geistesstörung definiert als „disordered function of the brain general or of one or of several of its parts without consciousness of this derangement“, doch macht er selbst eine Einschränkung offenbar im Hinblick auf Pinel's Mania sine delirio, indem er sagt, es gebe Kranke, welche das Herannahen ihres Paroxysmus fühlen, eine Erscheinung, die er reasoning madness nennt. (Auf demselben Standpunkte steht auch Copland in seiner Encyklopädie [Deutsch v. Kalisch. 6. Bd. S. 193], doch kennt er [l. c. S. 240] das Krankheitsbewusstsein bei Melancholischen.)

Gegen diese Anschauungen wendet sich Friedreich in einer Kritik Neville's (Blätter für Psychiatrie 1837. 1. Heft. S. 148), indem er, auf mehrere Stellen seines Handbuchs der gerichtl. Psychol. verweisend, für einzelne Fälle Krankheitsbewusstsein und Kranheitsgefühl behauptet. Leupoldt dagegen (Lehrb. der Psychiatrie 1837. S. 92 ff.) steckt noch völlig in den alten Anschauungen;

„immer ist bei psychisch Kranke das ganze Selbstbewusstsein so verletzt, dass sich jenem nur seltener einige deutlichere Ahnung des wirklich krankhaft vermittelnden Sachverhalts aufdrängt, sie daher ihren abnormalen Zustand als solchen nicht erkennen und eben dadurch erst vollends psychisch krank sind.“.

Zieht man die von Ideler aufgestellte Theorie der Geistesstörungen in Betracht, so fügen sich einzelne der in Rede stehenden Erscheinungen ganz naturgemäß derselben ein; für Ideler sind sie eben nichts Anderes als die Wiederholung des Kampfes zwischen Vernunft und Leidenschaft beim Geistesgesunden, den Ovid in der viel citirten Stelle so schön schildert:

Frusta, Medea, repugnas, nescio quis Deus obstat, ait-sed trahit invitam
nova vis, aliudque cupido, mens aliud suadet; video meliora, proboque,
deteriora sequor. „Dieses“, sagt Ideler (Grundriss der Seelenheilkunde
1838. II. S. 447) „sind die Fälle, wo der Kranke sich seines Leidens

deutlich bewusst wird, mit tiefer Betrübniss über die sich ihm unwiderstehlich aufdrängenden, quälenden Vorstellungen, Gefühle und Willenstrieben klagt, ja in Verzweiflung geräth, wenn er seinem Verderben nicht entfliehen zu können glaubt. Besonders ereignet sich dies häufig beim sympathischen Wahnsinn, . . . seltener, fast nie . . . beim idiopathischen Wahnsinn“.

(Offenbar lehnt sich I. hier an Sauvages an; siehe oben.)

Doch handelt Ideler den sympathischen Wahnsinn nicht besonders ab (S. l. c. S. 636) und es ist leicht ersichtlich, dass nur seine Theorie die Basis für seine Anschauung vom Vorkommen der besprochenen Erscheinungen bildet, weshalb wir im speciellen Theile nicht näher darauf einzugehen haben werden.

Griesinger ist der erste, der (Path. u. Ther. der psych. Krankh. 1845) das Krankheitsgefühl unter den sensitiven Elementarstörungen abhandelt. Auf seine Anschauungen wird später bei der Darstellung der eigenen näher einzugehen sein; hier sei, der historischen Darstellung voreiligend, erwähnt, dass Gr. in der 2. Auflage seines Buches das betreffende Kapitel unverändert wiedergiebt; die Anschauungen in der letzten Phase seiner Wirksamkeit werden später zu erwähnen sein.

Billod wiederum (Ann. méd.-psych. 1847. II. p. 201) beschränkt die Erscheinung auf das äusserste;

„il est rare de rencontrer des aliénés qui aient la conscience de délirer; presque tous, pour ne pas dire plus, croient à la vérité de leurs idées fausses“.

Vergl. jedoch seine spätere, mehrfach im Weiteren citirte Arbeit (Des mal. ment. 1882 p. 492.)

Guislain (Lec. or. s. l. phrénopath. 1852. I. p. 56), der allerdings vom Geisteskranken im Allgemeinen sagt, il perd la faculté de se connaître, führt fast unmittelbar darnach die Ausnahme vor (l. c. p. 58):

„Ainsi il est des cas où l'homme conserve toute son intelligence où il comprend sa propre situation. Cependant ces cas ne sont pas très-frequents et ce n'est le plus souvent qu'en début et à la période de décroissance morbide qu'on les observe distinctement. Si un homme atteint de cette manière le pouvoir de se conduire convenablement, il peut être malade d'esprit, mais il n'est pas aliéné dans toute la force de l'acception; endlich p. 62 drückt er sich in kräftigen Worten folgendermassen aus:

„La conscience peut se conserver et le malade peut se dire à lui-même: Je suis fou.“

Ungewöhnlich weit jedoch geht Damerow (Sefeloge. Eine Wahnsinnstudie. 1853. S. 20), der es als feststehende allgemeine Erfahrung bezeichnet,

„dass Seelenkranke eben als Kranke aus analogen Gründen, wie körperlich Kranke, das Gefühl, ja das Bewusstsein ihres Krankseins haben“.

(Seine weiteren Ausführungen siehe bei der Besprechung der Verrücktheit.) Vergl. auch S. 23.

Bezüglich der neuesten Zeit können wir uns hier im allgemeinen Theile kurz fassen; immer mehr bricht sich auf Grund der zunehmenden Beobachtung die Anschauung Bahn, dass die Fälle mit vorhandenem Krankheitsbewusstsein viel zahlreicher sind, als man früher geglaubt, zum Theil mögen die Fälle auch tatsächlich sich gemehrt haben; allmälig lernt man eine ganze Reihe von Krankheitsformen kennen, deren Hauptzug eben das Krankheitsbewusstsein ist; die Darstellung dieses Entwicklungsganges wird mit der Besprechung des Verhaltens der einzelnen Formen von Geistesstörung gegeben; hier seien nur noch einzelne Autoren hervorgehoben. Unter diesen verdient ein Nichtfachmann ehrende Erwähnung; es ist der bekannte Kaplan der Landesirrenanstalt in Hall (Tirol), Seb. Ruf, der nicht bloss (Die Delirien. 1856. S. 25) sehr schön das Krankheitsgefühl im Incubationsstadium schildert, sondern auch, wie noch später auszuführen, das Wesen der Zwangsvorstellungen erfasst; doch verfällt auch er in den Fehler, für die späteren Stadien der Geistesstörungen jedes Krankheitsbewusstseins zu läugnen.

Historisch am bedeutsamsten ist Delasiauve's Memoire: Des pseudomonomanies ou délires partiels diffus 1859; D. ist der erste, der, nachdem schon früher Esquirol einzelne hierher gehörige Fälle mitgetheilt hatte, dieselben von der reinen Monomanie (Verrücktheit) trennt und als den Hauptcharakter jener das Bewusstsein der Veränderung, die Einsicht in das Krankhafte des Zustandes bezeichnet.

Baillarger dagegen stellt noch um diese Zeit und auch später (Ann. med.-psych. 1861. II. S. 645) das Fehlen des Krankheitsbewusstseins als den einen der beiden Hauptcharaktere der Geisteskrankheiten hin, und nennt einen Kranken, der anfänglich das Abnorme seiner Hallucinationen einsieht, erst später, wo dies nicht mehr der Fall, „fou“; setzt aber hinzu:

„Il y a pourtant des gens qui ont conscience d'un trouble fonctionnel et qui sont aliénés, ce sont ceux qui sont impuissants à reprimer leurs tentances, leurs impulsions mauvaises.“

Ihm folgt durchaus Lisle (Ann. med.-psych. 1861. II. p. 489).

Baillarger dagegen ist es, der zuerst, die Bezeichnung Folie avec conscience dafür gebrauchend, einen Fall von Délire du toucher avec folie de doute beschreibt (Arch. clin. de mal. ment. et nerv. 1861).

Marcé in seinem Traité (1862. p. 44) acceptirt wiederum die alte Definition Lélut's („il“ der Kranke „méconnait son délire“) beschränkt dieselbe jedoch offenbar mit Rücksicht auf die von ihm angenommene Manomanie impulsive

ou s'il ne le méconnait pas, sa volonté est impuissante pour le maîtriser.

In der neuesten Zeit vereinigen die Franzosen (Legrand du Saulle, Ritti, Cotard u. A.) unter der allgemeinen Bezeichnung Folie avec conscience vier Formen von Geistesstörungen, denen als Hauptcharakter Krankheitsbewusstsein zukommt; für Deutschland ist noch Westphal's grundlegende Darstellung der Zwangsvorstellungen zu nennen.

In dem nun folgenden speciellen Theile werden die jeder Form von Geistesstörung zugehörigen historischen Thatsachen insoweit mit der klinischen Darstellung verbinden, dass wo dieselben ausreichen, sie selbst als Basis derselben dienen, und nur dort einzelne eigene Beobachtungen herangezogen werden, wo dieselben prägnanter erscheinen, als das vorhandene literarische Material oder es sich um seltenere Fälle handelt. Zur Aufklärung bezüglich der in der Darstellung vorkommenden Ungleichheiten sei noch hervorgehoben, dass dort, wo es sich um gerade in der neueren Zeit mehrfach behandelte Formen handelt, nur auf das Bekannte hingewiesen und das Historische nur in so weit herangezogen wurde, als bisher wenig bekannte Thatsachen darin aufgedeckt werden konnten. —

Wir beginnen mit den Hallucinationen, die, wenn auch nicht als selbstständige Psychose anzusehen, dennoch ein so wichtiges, den Psychosen so häufig zukommendes Symptom bilden, und sowohl wenn sie selbstständig auftreten als auch im Verlaufe von Psychosen sehr häufig zu der hier besprochenen Erscheinung Anlass geben.

Die „physiologische“ Hallucination ist ein so bekanntes, seit *) Johannes Müller so vielfach beschriebenes Phänomen, dass es genügt, darauf hingewiesen zu haben, dass eben die ruhige Beobachtung derselben von Seite des Hallucinirenden, die klare Einsicht in das Abnorme des ganzen Vorganges es sind, welche sie charakterisiren. Doch kommt diese letztere nicht bloss in Fällen vor, wo es sich um einzelne Hallucinationen handelt, oder wo die Dauer solcher Zustände eine kurze ist, sondern auch in jenen länger andauernden

*) Die erste literarisch genauer dargestellte Beobachtung stammt bekanntlich von Ch. Bonnet's Grossvater her. (Vergl. Essai analytique s. l. facultés de l'âme in Tome VI. p. 316 ff. des oeuvres de Ch. Bonnet. Neufchâtel 1782.)

hallucinatorischen Zuständen, wie sie nicht selten eine Vorläufererscheinung echter Psychosen bilden; so theilt Delasiauve (Ann. med.-psych. 1867. p. 55) einen damals etwa 3 Jahre dauernden Fall mit; es handelt sich um anfallsweise auftretende Zustände von étourdissement et d'hébetude, in welchen Gesichtshallucinationen auftraten, die einmal selbst 14 Tage lang andauern; der Kranke begreiflicher Weise ängstlich, fragt sich selbst mit Schreck, ob diese fremdartige Erscheinung nicht der Vorläufer eines vollständigen Schiffbruchs seiner Intelligenz ist.

Die Selbstständigkeit, welche den Hallucinationen auch im Rahmen ausgesprochener Psychosen zukommt, hat zur Folge, dass in solchen Fällen nicht selten die Kranken in mehr oder weniger klarer Weise das Abnorme dieser Erscheinungen erkennen; es tritt dies, wie neuestens Falret (Annal. med.-psych. 1881. Janv. p. 134) hervorgehoben, in prägnanter Weise bei der Verrücktheit in Form von Verfolgungswahn hervor

„Le délire de persécutions . . . est si peu compatible avec l'hallucination de la vue, que lorsque les persécutés chroniques éprouvent par hasard des sensations subjective de la vue . . . ils apprécient ces phénomènes subjectifs comme des hommes raisonnables; ils n'en sont pas dupes, ils les jugent tels qu'ils sont ou tout au plus les interprètent dans le sens de leur délire“ . . .

(Vergl. hierzu den von uns mitgetheilten Fall mit den von uns sogenannten partiellen Hallucinationen [Jahrbücher für Psych. II. 1. Heft S. 44. 1880]).

Ferner aber ist die Erscheinung der Krankheitseinsicht mit Bezug auf die Hallucinationen, namentlich bei einseitigem Vorhandensein derselben zu beobachten, wenn es durch irgend welche peripherie Manipulation an dem hallucinirenden Organe gelingt, die Hallucination zum Schwinden zu bringen; die meisten dieser Fälle betreffen einseitige Gehörshallucinationen, seltener Gesichtshallucinationen wie in dem von Descourtis (L'Encephale 1881. No. 1. p. 127) berichteten Falle eines Paralytikers. — Pathogenetisch ebenso begründet ist die Einsicht in das Krankhafte der Hallucinationen, wenn der Kranke noch in der Lage ist, wozu ein gewisser Grad von Besonnenheit nicht wenig beiträgt, die Hallucinationen eines Sinnes auf ihre Objectivität mittelst eines anderen Sinnes zu prüfen. Vergl. Bail-larger. Annal. med.-psych. 1881. I. p. 67.

Der Besprechung der eigentlichen Psychosen vorangestellt sei ferner die Thatsache, dass sich bei erblich Belasteten, lange ehe sie in Geistesstörung verfallen, ja selbst ohne dass dies überhaupt jemals

der Fall ist, ein gewisses Gefühl der eigenen geistigen oder nervösen Abnormität, des permanenten Bedrohtseins findet, das gewiss nicht, wie allerdings in einzelnen Fällen in dem theoretischen Verständniss der Thatsache der Erblichkeit, sondern tief innerlich begründet ist; Legrand du Saulle (Die erbliche Geistesstörung. Deutsch v. Stark. 1874. S. 54) drückt dies so aus:

„Es scheint, als merkten sie selbst die Schwäche oder besser den Unbestand ihrer Intelligenz“.*)

Auf derselben, offenbar in der ganzen Organisation des Nervensystems begründeten Thatsache beruht auch die gleich hier anzuführende Beobachtung, dass im Allgemeinen gerade die schwerer erblich Belasteten es sind, welche im Verlaufe der verschiedensten Psychosen viel häufiger als die nicht Belasteten Krankheitsbewusstsein zeigen. —

Schon im allgemeinen historischen Theile sind Thatsachen mitgetheilt worden, welche beweisen, dass das Krankheitsgefühl im Incubationsstadium der Psychosen schon früh erkannt wurde; es ist dies offenbar darin begründet, dass es hier am häufigsten vorkommt und wohl auch besonders intensiv ist; sehr schön schildert es Falret (Des malad. ment. 1864. p. 313)**); ebenso intensiv wie das psychische ist vielfach auch das somatische Krankheitsgefühl in dieser Periode; dasselbe drückt sich in der verschiedensten Form aus, betrifft die verschiedensten Organe; so ist es z. B. eine bekannte Erfahrung, dass Kranke im Incubationsstadium einer Psychose häufig Specialisten für Magenaffectionen aufsuchen; aber auch das Allgemeingefühl des Kopfes participirt oft lebhaft an der Störung, die Kranken klagen über die verschiedensten Sensationen in und an demselben; in anderen Fällen sind die abnormen Sensationen nirgends localisiert, die Kranken sprechen von einem allgemeinen Gefühl der Mattigkeit u. A., wie vor einer schweren somatischen Krankheit. Diese Erscheinungen eines initialen Krankheitsgefühls gestalten sich nicht selten verschieden nach den einzelnen Krankheitsformen, am schwächsten ausgeprägt, zuweilen selbst fehlend, sind sie in der Regel in der Incubationsperiode derjenigen Psychosen, welche durch gesteigertes Selbstgefühl charakterisiert sind; es fehlt häufig ganz bei der sog. Mania

*) Vergl. auch dazu den Fall Chorinsky von Hagen. 1872. S. 146.

**) Schon Jessen (Horn's Archiv, Dec. 1831) sagt, dass viele Kranke die Periode der Krankheitsentwicklung als den Kampf ihrer Vernunft mit der Krankheit schildern.

transitoria, dem Delirium acutum oder ist nur angedeutet. Als sehr bemerkenswerth ist noch zu erwähnen, dass sich dieses initiale Krankheitsbewusstsein oft sehr weit in die ausgebildete Geistesstörung hinein erstreckt; ein prägnantes Beispiel dafür bietet der Fall, den Brierre de Boismont (Ann. med.-psych. 1864. I. S. 143) mittheilt.

In eine Reihe mit dem Krankheitsgefühl bei schwerer erblicher Belastung, das man hier wie dort auch als Schwächegefühl bezeichnen könnte, ist in einer Mehrzahl der Fälle die gleiche Erscheinung bei angeboren Schwachsinnigen zu stellen. Doch nicht immer handelt es sich um ein Schwächegefühl, vielmehr ist das Krankheitsbewusstsein einzelner Schwachsinnigen auf logischem Wege zu Stande gekommen, es handelt sich, wie wir sagen wollen, um Krankheitseinsicht. So sagt schon Nasse (in Henke's Zeitschr. für St. A. K. 1831. 11. Jahrg. 3. Heft. S. 28):

„Wie keck der Dumme sich auch bei den Geschäften des Lebens betragen mag, es entgeht ihm doch nicht, dass er in wichtigen Verhandlungen seiner Einsicht nicht trauen dürfe, er zieht Andere zu Rath, er folgt Andern“ und Bonnet (L'aliéné devant lui-même. 1866. p. 374) sagt vom Schwachsinn

„on dirait qu'elle a un peu conscience de son infériorité“.

Klassisch aber schildert Morel (Etudes cliniques; Traité 1852. I. p. 38) jene wohl jedem Irrenarzte aus eigener Erfahrung bekannte Sorte von Schwachsinnigen, die einen gewissen dunkeln Zug zur Irrenanstalt in sich fühlen, gleichsam ahnend, dass sie dort am besten vor den Unbilden der rauhen Aussenwelt geborgen sind:

„Les malades auxquels je fais allusion, ne se font pas remarquer par un délire spécial. Les étrangers qui les rencontrent sont étonnés de leur docilité et admirent les produits de leurs travaux. Ce sont dans un Asile d'aliénés des individus excessivement utiles . . . mais parlez-leur de sortir de l'Asile, ils ne vous répondront que par la tristesse de leur regard, ou bien ils vous diront timidement: vous voyez cependant que je suis encore malade.“.

Wir selbst endlich haben vor Kurzem (Prager med. Wochenschr. 1880, No. 10) Angesichts eines durch späteres Trauma complicirten Falles von angeborem Schwachsinn darauf hingewiesen, dass die zuweilen von Schwachsinnigen gegebene Antwort, sie wüssten es von den Leuten, dass sie schwach im Kopfe wären, nicht als zutreffend erachtet werden könne; wir weisen auf den gewiss schlagenden Versuch hin, einem nicht diese aus sich selbst erwachsene Selbsterkenntniss besitzenden Schwachsinnigen dieselbe durch Raisonnement beibringen zu wollen. Auch gegenwärtig noch sind wir im Allgemeinen

dieser Anschauung, möchten jedoch allerdings jetzt auf Grund neuer an zahlreichem ländlichen Krankenmateriale gewonnener Beobachtungen für einzelne Fälle höher gradigen Schwachsins, die früher gelegnete Art der Entstehung der Selbsterkenntniss zugeben. Die Erscheinung selbst ist nicht allzu selten und Dagonet (*Traité* 1862. p. 475) geht gewiss zu weit, wenn er mit Bezug auf dieselbe von den Geistesschwachen sagt:

Ces êtres . . . ne sauront s'appliquer le *γνωθι σεαυτον* du sage de l'antiquité.

Wie kräftig dieses Schwächegefühl, diese Einsicht in den eigenen Defectzustand sein kann, dafür sei die Thatsache angeführt, dass uns ein schwachsinniger Querulant bekannt ist, der immer von Zeit zu Zeit spontan in die Anstalt wiederkehrt, um sich den Unbilden der Aussenwelt zu entziehen; wie kräftig muss hier dieses Gefühl sein, wenn es noch die Sucht zu queruliren überragt! — Der allgemein acceptirten bezüglich der Classification der mit conträrer Sexualempfindung behafteten Kranken folgend, ist hier das auch bei solchen beobachtete Krankheitsbewusstsein zu erwähnen, dessen Vorhandensein schon Westphal in seinem ersten Falle besonders hervorhebt (Dieses Archiv II. S. 76 und 80).

Dem angeborenen Schwachsinne reihen wir ferner als pathogenetisch am nächsten stehend sofort die als Moral Insanity, von den Franzosen als Manie raisonnante bezeichnete Form von Geistesstörung an. Ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl wie bei den bisher besprochenen Formen kommt bei jener kaum jemals zur Beobachtung; es wäre denn, dass, wie in einzelnen Fällen, hypochondrische Züge mit hineinspielten. Schon Faïret (*Ann. med.-psych.* 1867. p. 73) betont gegen Delasiauve, dass es gerade aus diesem Grunde nicht angeht, die Manie raisonnante mit der von D. sogenannten Pseudomonomanie zusammenzuwerfen. Doch aber findet sich bei einzelnen hierher zu Zählenden ein gewisses dunkles Bewusstsein, ein Gefühl, dass sie keine Normal-Menschen sind. So theilt Tuke (in Bucknill und Tuke. *Manual of psych. med.* 4. ed. 1879. p. 249) die Aeusserrung eines hierher gehörigen Kranken mit:

„I have my reason but I have not the command of my feelings . . . My intellect is not insane, it is my feelings I cannot control“.

Dieser Aeusserrung entspricht es wenn Luys (*Traité* 1881. p. 424) von diesen Kranken sagt:

„Les maniaques raisonnants ont une certaine conscience de leur état, ils sentent combien ils se rendent antipathiques dans la vie intime“.

(Vergl. auch Fall 45 bei v. Krafft-Ebing, Lehrb. der Psych. 1880. III. S. 53.)

Campagne (in seinem *Traité de la manie raisonnante* 1869. p. 125) bespricht den Gegenstand unserer Abhandlung mit Bezug auf die M. r., spielt jedoch sofort die Frage auf das Gebiet des Selbstbewusstseins hinüber; doch geht aus seiner ganzen Darstellung hervor, dass er wenigstens ein gewisses Bewusstsein in unserem Sinne diesen Kranken zuspricht.

Den Uebergang zu den periodischen Formen, die wir hier anschliessen, bildet ein interessanter von Dagonet (*Folie morale et folie intellectuelle. Extr. des Ann. med.-psych. 1877 p. 18 ff.*) mitgetheilter Fall, den er zur Folie raisonnante (= Moral Insanity der Engländer) rechnet; er berichtet von demselben:

„La folie est caractérisé pendant certaines périodes par des troubles intellectuels à forme maniaque, très-accentués; à d'autres moments on observe seulement une perversion morale profonde . . . sans manifestation des troubles intellectuels.

Die letztere Phase schildert D.:

„Le malade raisonne alors parfaitement, il sent très-bien qu'il fait mal, . . . il en a la conscience, il convient de tout . . . c'est, ajoute-il, sa folie qui le pousse à proférer des injures . . .“

Es trägt dieser Fall offenbar zum Theil das Gepräge einer circulären Form, doch wechseln hier hallucinatorische mit maniakalischen Phasen; bezüglich der maniakalischen Phase der echten Folie circulaire hat schon Falret darauf hingewiesen, dass dieselbe vielfach unter dem Bilde der Folie raisonnante verläuft.

Die reine Folie circulaire ist eine jener Formen von Geistesstörung, welche am häufigsten Krankheitsbewusstsein zeigen. Noch häufiger als bei den in Irrenanstalten zur Beobachtung kommenden Fällen findet sich dasselbe in den Fällen der Privatpraxis, wo die Kranken dann häufig über ihre „schwarzen Zeiten“ klagend, zum Arzte kommen und diese als ihre Krankheit in Gegensatz zu ihren als das Normale angesehenen „rosigen Zeiten“ bringen; zuweilen werden jedoch auch diese letzteren als krankhaft gefühlt; so heisst es in einem von Regis aus Ball's Klinik mitgetheilten Falle (Ann. med.-psych. 1880. p. 197) von Folie à double forme continue:

„Le malade a jusqu'à un certain point conscience de deux phases si dissemblables qui constituent ses accès. Il les caractérise lui-même de la façon suivante: Je vis de deux vies, c'est dans ma nature.“

Aber auch in schweren Fällen von F. c. findet sich lebhaftes Krankheitsgefühl, namentlich in der melancholischen Phase, öfters

schon vor Beginn und selbst bei ziemlich raschem Eintritt derselben; Brierre de Boismont (Ann. med.-psych. 1859. p. 579) berichtet einen Fall, wo es in der melancholischen Phase mit Bezug auf die Wahnidee von dem Kranken heisst: „reconnait la fausseté de son idée.“ —

Zu den anderen Formen periodischer Geistesstörung übergehend, sei noch, obzwar das Krankheitsbewusstsein im Incubationsstadium schon besprochen worden, speciell für jene hervorgehoben, dass sie es sind, welche dasselbe besonders häufig und ausgeprägt in diesem Stadium zeigen; Dagonet (Traité 1862. p. 113) bezeichnet es als fast immer vorhanden.

Bekannt ist es schon Haslam (Obs. on Madness and Melancholy. 2. ed. 1800. p. 41. Anmerkung).

„Those who have been several times disordered are now and then sensible of the approaching return of their malady. Some have stated a sense of working in the head, and also in the intestines as if they were in a state of fermentation. Others observe that they do not seem to possess their natural feelings but they all agree that they feel confused from the sudden and rapid intrusion of unconnected thoughts“. (Zwangsvorstellungen?)

Georget (Des mal. ment. consid. d. leurs rapports avec la législation 1827. p. 46) sagt mit Bezug auf periodische Formen:

„Dans cet état les malades conservent souvent du malaise, du trouble dans les idées, de la faiblesse dans l'intelligence, dont ils rendent très-bien compte“.

(Vergl. auch Syer. On the features and treatement of insanity. 1827. p. 27.) In dem ersten in Jakobi's berühmten Werke (Die Hauptformen der Seelenstörungen in ihren Beziehungen zur Heilkunde. 1844. I. S. 3) mitgetheilten Falle — es ist ein Fall periodischer Exaltation — heisst es:

„Der Befallene selbst hatte von diesen Zuständen auch schon während ihres Verlaufes, das Gefühl als von etwas durchaus Krankhaftem und zeigte sich nach deren Entfernung, zumal als sie oft wiederkehrten, jedes Mal niedergeschlagen und besorgt, äusserte auch mehrmals den Wunsch . . . deshalb einer Kur unterworfen zu werden“.

Nach Cotard (Dict. encyclop. Art. Folie p. 286) ist das Krankheitsgefühl am ausgesprochensten und häufigsten bei den maniakalischen Formen (Aufregungszuständen), doch spielt dabei nach unserer Anschauung offenbar die Thatsache eine Rolle, dass periodische Geistesstörungen melancholischer Art ungewöhnlich seltener sind als jene. Als Krankheitseinsicht muss es bezeichnet werden, wenn der Kranke Schüle's (Handb. I. Aufl. S. 131) den nahenden Anfall an der constant demselben vorangehenden Hallucination erkennt.

In den Intermissionen der periodischen Manie*) zeigt sich nicht selten ein leicht melancholischer Anstrich, der jedoch wie schon Billod (Ann. med.-psych. 1867. II. p. 82) hervorhebt, nur selten durch die Einsicht in die Schwere der Lage und die Furcht vor neuen Rückfällen bedingt ist und wie wir glauben, entschieden zu trennen ist von dem prämonitorischen Krankheitsgefühl.

Sehr deutlich ausgesprochenes Krankheitsbewusstsein findet sich nach unseren Beobachtungen häufig beim menstrualen Irresein; und zwar nicht bloss als Krankheitsgefühl im Incubationsstadium des Einzelanfalles oder als Krankheitseinsicht im Intervall**), sondern auch während des Anfalles selbst, wo es sich dann offenbar um ein Gemisch von Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht handelt. Bezüglich der beiden erst angeführten Thatsachen vgl. die von v. Krafft-Ebing in diesem Archiv VIII. 1. Heft mitgetheilten Fälle, sowie Beobachtung 116 im 3. Bande seines Lehrb. 1880. S. 151; bezüglich des letzteren Verhaltens können wir folgende Episode aus einem eigenen Fall beibringen, die auch deshalb bemerkenswerth ist, weil der Anfall entsprechend der retardirten Menstruation gleichfalls verspätet eingetreten war;

derselbe beginnt am 2. October mit mässiger Erregung, am 3. ist Patientin schon sehr erregt, zerschlägt Fensterscheiben; am 4. etwas ruhiger, bittet um Verzeihung wegen ihres Benehmens, das ja, wie den Aerzten bekannt, krankhaft bedingt sei; am folgenden Tage ist sie wieder erregt, von da nimmt der Anfall seinen gewöhnlichen Verlauf; derselbe wird durch Bromkalium nicht selten abortiv.

Für die melancholischen Formen intermittirender Art lässt sich ein interessanter Fall von Dagonet (*Traité I. c.*) heranziehen:

Les accès de stupeur parophobe dont le malade est atteint reviennent brusquement tous les quinze jours environ; . . . — Il a lui-même le sentiment de cette triste disposition morbide et dans une de ses lettres . . . il s'exprime ainsi: J'ai une drôle de maladie: je suis trois semaines bien et trois semaines en délire. La fièvre me prend, je tremble, je bégaié, je regarde tout autour de moi avec effroi, avec une impression pénible; . . . on pourrait comparer cela à une espèce d'épilepsie interne . . . Lorsque c'est passé, tout va bien, je redeviens léger etc.

*) Taguet (Ann. med.-psych. 1882. I. p. 209) betont das starke Krankheitsbewusstsein im Incubationsstadium des Einzelanfalls intermittirender Geistesstörungen (*délires intermittentes*) gegenüber der acuten Manie.

**) Die später zu erwähnende Kranke schreibt ihrem Bruder: „Nun muss ich Dir zu wissen machen, dass ich auch, Gott sei Lob und Dank, doch wieder ein wenig bei Vernunft bin, so dass ich im Stande bin, diese Paar Zeilen zu schreiben“.

Im Gegensatze zu den bisher beschriebenen Formen periodischer Geistesstörung ist jedoch das Krankheitsbewusstsein entweder vollständig fehlend oder ziemlich mangelhaft im Intervall der neuestens von Witkowski beschriebenen recurrenden Manie (Berl. klinische Wochenschrift 1881. No. 24. S. 2 und 3 d. Sep.-Abdr.). Da Fälle dieser Art noch wenig beschrieben und auch nach unserer mit derjenigen Witkowskis übereinstimmenden Erfahrung sehr selten sind, halten wir es nicht für überflüssig, einen derartigen Fall unserer Beobachtung hineinzuflechten.

Patientin wird etwa Mitte October mit folgendem vom 6. October datirten Atteste in die Anstalt eingebbracht: Franziska St., aus dem Dorfe O., 20 Jahre alt, ledig, unehelich, war in ihrer Jugend gesund. Als Kind besuchte sie fleissig die Schule und hatauch gut lesen, schreiben und rechnen gelernt. In ihrem 17. Jahre bekam sie das erste Mal die Menses. Seit der Zeit traten dieselbe regelmässig ohne Schmerzen jede 4. Woche ein. Nach ihrem Austritt aus der Schule ging sie in den Dienst, wo sie auch erkrankte.

Nach der Mittheilung der letzten Dienstgeberin hat sich die Kranke immer gut aufgeführt und beide Theile waren zufrieden.

Vor einem Monate kündigte Patientin den Dienst. Als Ursache führte sie an, es gefalle ihr nicht mehr bei Kindern zu dienen, da sie schon 20 Jahre alt sei, und dass sie zu grösseren Herren in den Dienst gehen wird; schliesslich, dass sie in keinen Dienst zu gehen braucht, sondern heirathen könne. Ihre Dienstfrau wolte ihr den Lohn erhöhen, um sie für den weiteren Dienst bei sich zu gewinnen; allein Patientin weigerte sich, sie bleibe bei Kindern absolut nicht, weil sie ihre eigenen Kinder — bis sie welche haben wird — nicht lieb hätte. Vor 14 Tagen kam sie mit einem jungen Menschen beim Spazierengehen zusammen. Dieser erklärte ihr seine Liebe und den Willen, sie zu heirathen. Dadurch wurde sie in so grosse Freude und Aufregung gebracht, dass sie den ganzen Tag über nichts Anderes als von diesem Liebhaber zu erzählen wusste. Als sie etwa den 4. Tag nach der Zusammenkunft mit ihrem Liebhaber zeitig zum Waschen aufstand, erzählte sie der zweiten Dienstmagd nur von diesem jungen Menschen, aber schon zeitweise verwirrt. Unter Anderem: sie weiss, dass mit ihrem Liebhaber kein anderes Mädchen sprechen wird, weil er ein Sklave ist, hässlich, schmutzig etc.; sie werde ihn aber dennoch heirathen, weil sie glaube, dass er sich, wenn er ein ordentliches Mädchen — wie sie es sei — heirathen wird, bessern werde; sie werde ihn heirathen, reinigen; sie wolle nicht, dass, wenn sie Kinder haben sollte, diese keinen Vater haben. Davon sprach sie den ganzen Tag und freute sich über diese glückliche Heirath.

Ihre Herrschaft versuchte sie davon abzubringen, da der Betreffende kein Vermögen habe, ein Lump sei; sie bestand aber darauf ihn zu heirathen, trat aus dem Dienste und ging zu einer Näherin in die Arbeit. Dort arbeitete sie zwei Tage; am 3. Tage kam diese zur früheren Herrschaft der Patientin und erzählte, sie wisse nicht, was mit dem Mädchen geschehen sei, sie rede

in einem fort und nur von diesem Liebhaber, von der Hochzeit etc., arbeite nichts. Patientin wurde nun, weil sie im Handeln und Sprechen ganz verwirrt war, in Begleitung eines Boten in ihren Heimathsort gebracht.

Aus dem in dem Atteste mitgetheilten Status sei folgendes hervorgehoben: Der Kopf ist warm anzufühlen, Gesichtsfarbe roth, Augen glänzend; Patientin nimmt wenig Nahrung zu sich, Stuhlgänge träge, Menses eben vorhanden, Puls 60.

Die Physiognomie zeitweise drohend mit stierem Blick, Patientin spricht unaufhörlich, die Stimme etwas rauh; in der letzten Nacht hat Patientin etwas geschlafen; die zwei früheren Nächte hat sie schlaflos unter beständigem Sprechen zugebracht. Sie spricht alles Mögliche unter einander und unaufhörlich. Ihre Grossmutter erkennt sie, andere Personen jedoch verkennt sie; fragt sehr oft nach ihrem Grossvater, und wenn ihr die Mutter sagt, er sei gestorben, so fragt sie: wann? heute? obzwar er bereits lange todt ist. Sehr oft kommt in den Sinn, dass sie keinen Vater hat; bald lacht sie, bald singt sie, bricht in furchtbare Weinen aus, sieht überall Feuer; sie sagt z. B.: „Vetter, Sie brennen!“ wirft plötzlich die Kleidung von sich, weil sie angeblich brenne; gestern fing sie plötzlich an zu schreien: „Das Schloss brennt, Feuerspritze her!“ und schlug sehr stark um sich; zerschlug das Fenster, riss die Uhr von der Wand herab. In den Bildern, die Heilige vorstellen, sieht sie ihr bekannte Personen; schreit plötzlich auf, dass ihr das oder jenes stinkt, zerriss gestern ihr Kleid, welches sie am Leibe hatte; fremde Personen fürchtet sie und versteckt sich vor ihnen. Durch die Ohren gehe ihr zeitweise ein Luftstrom; die Nahrung wirft sie weg.

Nebstdem muss noch erwähnt werden, dass der Grossvater — Vater von Seite ihres natürlichen Vaters — geisteskrank war; dass ihm damals der Arzt zur Ader liess, als er tobsüchtig war; dass er sich später beruhigt hat, aber bis zu seinem Tode geisteskrank verblieb.

28. October. Patientin verhält sich bisher anscheinend völlig normal; ein etwas stilles und gedrücktes Wesen kann wegen fehlender Kenntniss des früheren normalen Gemüthszustandes nicht mit Bestimmtheit als krankhaft erklärt werden, doch ist dasselbe, da die Kranke jede Bemerkung über ihr früheres Kranksein zurückweist, immerhin verdächtig. Gestern Abend lachte Patientin sehr viel, des Nachts schlief sie schlecht, ging vielfach herum, lachte für sich ohne Ursache. Bei der Frühvisite fällt sie jedoch nicht auf; um 12 Uhr Mittags fängt sie plötzlich an zu schreien, weint und lacht dann bald wieder. Sobald der Arzt dazu kommt, wird sie ruhig, ist nur etwas weinerlich verstimmt; gefragt, warum sie schreie, sagt sie, sie wisse nicht, sie müsse so; klagt über Kopf- und Magenschmerz; Menses nicht eingetreten; Bettlage, 2 Uhr Nachmittags: Liegt im Bette, die Temperatur, auch die des Kopfes, nicht erhöht, Puls 66; schreit zeitweilig, lacht, wirft die Ueberschläge herunter; in den folgenden Stunden liegt sie apathisch da, auf Fragen spricht sie von ihrem Kopfschmerz. Bei der Abendvisite liegt sie mit geschlossenen Augen da, auf Anrufen verkennt sie zuerst den Arzt; sie soll mehrfach „mein

Gott!" geschrieen, dabei aber gelacht haben; weiss, wo sie sich befindet. Kopf etwas heißer, Puls wie früher.

29. October. Des Nachts schliess Patientin nicht, blieb jedoch auf dem Bette. Die Decke hat sie zertrennt und sich mit der über dieselbe genähten Leinwand zugedeckt; schimpfte über Diejenigen, welche sie hereingegeben, ruft ihre Mutter; kein Angstgefühl. Des Morgens 7 Uhr still, Puls 56, die Frage nach Kopfschmerz verneint sie; sonst ist kaum etwas aus ihr zu extra-hören; liess sich willig die Haare zurechtmachen. Bei der Morgenvisite um 9 Uhr: Es sei ihr so schwer, seufzt auf, schaut gegen Himmel; auf die Frage, ob sie verwirrt sei, lächelt sie; Puls 60. Nach dem Fortgehen der Aerzte springt sie auf und schlägt die offen stehende Zellenthüre zu. Des Mittags anscheinend etwas benommen; glaubt schon ihre Milchspeise gegessen zu haben, während sie soeben ihre Suppe gegessen. Nachdem dies Letztere geschehen, wirft sie den Teller zur Erde. Angst leugnet sie, ebenso auch Kopfschmerz, lächelt bei diesen Fragen. Vorher war sie mehrfach aufgesprungen und hatte die Zellenthüre zugestossen. Des Nachmittags über meist ruhig, lacht viel, hantirt viel an dem Bette herum. Bei der Abendvisite lacht sie viel, kennt den Arzt; Gesicht turgescirend, Puls nicht beschleunigt.

30. October. Die Nacht hindurch ruhig, aber schlaflos, des Morgens verschlafen, will nichts essen. Bei der Visite fängt sie laut zu schreien und zu weinen an; der Wärterin, welche sie nach dem Grunde des Schreiens fragt, sagt sie, sie müsse so schreien. Des Tags über viel gelacht und geschrien, zerwühlte fortwährend ihr Bettzeug; bei der Abendvisite Kopf kühl, Puls 54, das Gesicht von normaler Röthung; Patientin lacht viel, verkennt anscheinend den Arzt, blickt starr gegen die Wand, so dass es den Anschein hat, als ob sie hallucinire, ohne dass darüber jedoch eine bestimmte Angabe zu extra-hören wäre.

31. October. Die Nacht hindurch fortwährend Lieder gesungen, im Bettzeug herumgewühlt, dabei einzelne Bestandtheile desselben zerrissen. Des Morgens maniakalische Erregung, heitere Stimmung, lacht viel, singt, Redeflucht; spricht, was sie bisher nicht gethan, Einzelnes in der von ihr bisher nicht gebrauchten deutschen Sprache, verkennt die Personen. Temperatur des Kopfes nicht erhöht, Puls langsam wie gestern. Bei der Frühvisite anscheinend etwas ängstlicher, weinerlich, seufzt auf, verkennt die Personen; sagt, sie habe gut geschlafen. Bei der Frage, warum sie traurig sei, macht sie einen Ansatz zum Weinen, doch kommt es nicht recht dazu; dazwischen sagt sie, sie habe ein Portemonnaie verloren, in welchem 1 Fl. war. Nachmittags läuft sie viel herum, wird zuweilen aggressiv, weinte. Puls wie früher. Des Nachts viel gesungen.

1. November. Maniakalisch heiter, verkennt die Personen; des Nachts lustige Lieder gesungen.

2. November. Spricht viel böhmisch und deutsch; Nachmittag eine Thüre eingeschlagen; heitere Stimmung, die jedoch nicht den rein maniakalischen Eindruck macht, vielmehr noch immer den Anschein erweckt, als ob Patientin durch etwas Anderes (Hallucinationen?) beschäftigt wäre.

3. November. Des Nachts das ganze Bett zerworfen, mit den Brettern desselben herumgeschlagen; am Tage Stimmung leicht reizbar, dabei sehr wechselnd; so weint Patientin z. B. als sie eine andere Kranke weinen sieht. Später unruhig, springt über Tische und Bänke.

4. November. Die Nacht hindurch geschlafen, am Morgen leicht maniakalisch, erotisch, Nachmittags zunehmende maniakalische Regung, ohne bedeutende Ideenflucht; des Nachts unruhig gesungen.

5. November. Maniakalisch, zieht sich aus und läuft nackt herum; Temperatur der Haut nicht erhöht, Puls nicht beschleunigt. Nachmittags springt sie wieder über Tisch und Bänke.

6. November. Keine Aenderung, erotisch, dabei aber immer der Anschein, als wenn das Bewusstsein umflost wäre.

7. November. Derselbe Zustand; nach einer mässigen Dosis Chloral etwa 1½ Stunden geschlafen. Nachmittags Redeflucht geringer; sonst unverändert.

8. November. Keine Aenderung.

9. November. In der Nacht auf heute besser geschlafen, heute stiller. Patientin sitzt im Winkel und nur, wenn sie hervorgeholt wird, zeigt sie das maniakalische Wesen. Heitere Stimmung, keine Redeflucht, Mienenspiel sehr verringert.

10. November. Des Nachts gut geschlafen, ganz still; spricht spontan nichts, kaum etwas, wenn sie angesprochen wird; dabei etwas kaum mässiger Grad von Mienensflucht einer heiteren Stimmung entsprechend; die früher etwas mehrals mittelweiten Pupillen sind jetzt etwas enger, gleich. Des Abends unwirsch, weicht der Visite aus, geht in eine Ecke, stellt sich mit dem Gesicht gegen dieselbe und hält sich die Ohren zu. Später sitzt sie still bei Tische, hält sich das Tuch vor die Augen, weint nicht.

11. November. Des Nachts ruhig geschlafen, sitzt ruhig und ohne etwas zu sprechen bei Tische, reagirt nicht auf Anreden, zeigt nur einen mässigen Grad von Mienensflucht. Bald schliesst sie ein Auge, bald das andere, bald beide; zieht die Stirne in die Höhe, zeigt eine heitere und wieder zornige Miene.

12. November. Gut geschlafen. Dieselben Erscheinungen, nur wesentlich schwächer ausgeprägt. Die Menses während des Anfalles ausgeblieben.

In den folgenden Tagen mässige, verklingende maniakalische Exaltation, des Nachts ruhiger Schlaf; erst gegen Morgen singt Patientin heitere Lieder.

16. November. Still, verstimmt, ärgerlich über ihren Aufenthalt. In den folgenden Tagen neuerliche Steigerung des maniakalischen Verhaltens, geringe Ideenflucht, dagegen Mienensflucht, wechselnde Stimmung.

Am 22. November wird sie in der Vorlesung vorgestellt; zeigt nur fragmentarisch das Bild der Manie; beim Anhören eines Theiles der Anamnese schlägt ihre heitere Stimmung in Weinen um.

In den folgenden Tagen klingt die Manie ganz ab, doch wird dieser Verlauf durch eine leichte somatische Erkrankung unterbrochen.

Am 1. December ist sie wieder in mässigem Grade, jedoch stärker als

in den vorangegangenen Tagen maniakalisch, leicht erotisch, mich hält sie wie schon vielfach früher für ihren Onkel, die Wärterin für eine Gärtnerin; sie weiss wo sie ist, sie sei nicht geisteskrank; ist schwer im Bett zu erhalten.

Am 2. December. Dasselbe Verhalten, von da ab ist der Zustand derjenige einer chronischen Manie mässigen Grades, heitere Stimmung wechselnd mit reizbaren und weinerlichen Momenten, geringe Redeflucht, Unruhe des Nachts, Singen, Schreien.

Noch am 10. December ist dasselbe Verhalten; in den folgenden Wochen bis Ende December ist dasselbe noch mehr herabgestimmt, keine Redeflucht, nur das noch wechselnde Mienenspiel, leichter Stimmungswechsel geben von der Manie Zeugniss; auch des Nachts ist sie wesentlich ruhiger, schläft gut. Am 27. December zerreisst sie einen Rock, motivirt es lächelnd, dass sie doch närrisch sei. Während der ganzen Zeit ist ihr Aussehen sowie die Ernährung eine ganz ausgezeichnete; die Menstruation hat sich bisher nicht eingestellt.

6. Januar 1880. Auch jetzt noch bietet Patientin wie früher das Bild allerleichtester Manie dar; sie sitzt bei der Visite meist ruhig, der Gesichtsausdruck ist zuweilen ein ernster, schlägt jedoch spontan oder auf die geringfügigste Veranlassung in einen heiteren um, dann fängt Patientin an zu lachen; in dieser Stimmung, meist aber bei scheinbar völlig ernster Stimmung macht sie irgend einen losen Streich, wirft plötzlich Jemandem mit einer geschickten Bewegung des Fusses ihre Schuhe an den Kopf; sonst singt sie des Tags über viel, zuweilen auch des Nachts; ein gelegentliches Examen zeigt Abwesenheit jedes Erinnerungsdefectes.

Am 28. Januar sind auch die letzten Erscheinungen maniakalischer Erregung geschwunden; die Menses fehlen seit Beginn der Erkrankung. Eine Zeit später wird S. genesen entlassen.

Der Typus der recurrirenden Manie, wie ihn Witkowski schildert, prägt sich in dem angeführten Falle deutlich genug aus; die Zeitdauer des ersten Anfall es ist nicht völlig genau anzugeben, doch mag dieselbe etwa derjenigen in Witkowski's erstem Falle entsprechen; eingeleitet wird der Anfall durch ein Stadium maniakalischer Exaltation, in welche man wahrscheinlich schon die Liebesgeschichte einbeziehen darf; an diese reiht sich eine rasch sich steigernde Manie, charakterisiert durch Ideenflucht, Schwatzen, Illusionen und Hallucinationen; kurzdauerndes, unreines Intervall ohne Krankheitseinsicht; 2. Anfall am 28. October beginnend und erst in der zweiten Hälfte des Januar in allmäßige Heilung ausgehend; charakterisiert ist derselbe durch die der reinen Manie zukommenden Merkmale, zu denen noch Illusionen und mit Wahrscheinlichkeit Hallucinationen hinzutreten. Dass die letzterwähnten Erscheinungen nicht gegen die Einreichung unter die Manie sprechen; dafür lässt sich anführen, dass auch Hallucinationen öfter in das Symptomenbild der Manie eingehen, als man dies früher wohl annahm, andererseits finden sich auch in einzelnen von Wit-

kowski's Fällen von recurrirender Manie Hallucinationen und Illusionen berichtet.

Am Schlusse der periodischen Formen ist noch der remittirenden zu gedenken, wie sie Falret (Des mal. ment. 1864. p. 459 ff.) beschreibt und von deren Remissionsstadium er sagt

„que le plus souvent, malgré leur amélioration si notable, ils ne reconnaissent pas, qu'ils sont aliénés“. —

Das Vorkommen und die Stärke des Krankheitsgefühls in der Melancholie wechselt nach den verschiedenen Formen derselben, ja eine Form derselben wird durch dieses Vorkommen ganz besonders charakterisiert; es ist dies die sogenannte Melancholia sine delirio.

Ist schon im Incubationsstadium anderer Formen von Geistesstörung das Krankheitsgefühl oft sehr stark, so ist es in demjenigen der Melancholie oft noch viel stärker ausgeprägt, und nicht allzu selten suchen Melancholiker in diesem Stadium freiwillig die Anstalt auf. In einem unserer Fälle, der allerdings einem etwas späteren Stadium entspricht, droht die Kranke, sich verbrennen zu wollen, wenn ihr nicht willfahrt würde. Die späteren Stadien sowohl der Melancholia sine delirio als auch der anderen Formen sind mit Bezug auf die Erscheinung des Krankheitsgefühls so häufig seit Esquirol beschrieben*), dass es hier genügt, darauf hinzuweisen; nur ein Punkt sei kurz berührt. Guislain, der (Leç. or. s. l. phrénotyp. 1852. I. p. 111 ff.) die erstere Form sehr eingehend, auch casuistisch schildert, bezeichnet dieselbe als sehr häufig vorkommend, unter 100 Fällen von Melancholie mache sie etwa die Hälfte aus, und unter 100 Aufnahmen im Allgemeinen komme sie 13 mal vor; nach unseren eigenen Beobachtungen trifft dies für die Gegenwart nicht zu; obzwar die Ursache dieser Differenz zum Theil in ethnographischen Verschiedenheiten gelegen sein mag, so muss es doch Bedenken erregen, dass G. von der Melancholia sine delirio sagt, sie finde sich in der Moral Insanity der Engländer. Das letztere gilt wohl auch mit Bezug auf eine Aeusserung Guislain's in seiner „Abhandlung über die Phrenopathien“. Deutsch v. Wunderlich 1838. S. 48:

Unter den Geisteskrankheiten giebt es eine Art, welche das Bewusstsein frei lässt und bei welcher der Kranke seine eigene Lage zu würdigen weiß; „ich fühle mich betrübt“, sagt er uns; „ich will nicht, dass man mir widerspreche, sobald man ein Wort sagt, breche ich los und kann mich nicht beherrschen“;

*) Eingehend namentlich von Spielmann, Diagnostik der Geisteskrankh. 1855. S. 103 ff.

auch dieser Passus macht es mehr als wahrscheinlich, dass G. nicht jene reine Form vor Augen gehabt, welche man gegenwärtig als Melancholia sine delirio bezeichnet.

Historisch ist noch zu erwähnen, dass Steinheim's Fall von Melancholie mit Bewusstsein (Casper's Wochenschr. 1834. No. 19) keine Mel. sine del. ist, vielmehr wie noch später zu zeigen, einen der ersten gut beschriebenen Fälle von Zwangsvorstellungen darstellt. —

Einer besonderen Erwähnung würdig jedoch sind die im Verlaufe der verschiedenen, namentlich aber der agitirten Form der Melancholie auftretenden impulsiven Handlungen, welche die Kranken sehr deutlich, auch ohne ausgesprochenes Krankheitsgefühl, als etwas ihnen Fremdartiges, Krankhaftes erkennen, ebenso wie auch die zuweilen vorkommenden Zwangsvorstellungen, welche vielfach den Uebergang zu den Zwangshandlungen bilden. In der Anamnese einer unserer Kranken heisst es, sie hätte sich gefürchtet an einem Wasser vorüberzugehen, da sie immer in sich den Drang fühlte, sich zu ertränken; sie hätte auch den Anblick spitzer Gegenstände, eines Messers nicht ertragen können, da es ihr immer war, als müsste sie ihr Kind damit umbringen. — In einem anderen Falle unserer Beobachtungen bilden sogar die Zwangsgedanken die wesentlichste Erscheinung; der ungebildete Kranke, der keine genügende Auskunft über die Art der Gedanken geben kann, klagt fast beständig über die bösen Gedanken, die ihm kommen und erklärt sich immer wieder für gesund, sobald dieselben in etwas nachlassen; einmal nach seinem Befinden gefragt, erklärt er sich für verwirrt, ein ander Mal lobt er sich seinen Zustand, „die Gedanken seien fort“. (S. auch Samt, Die naturwissenschaftliche Methode in der Psychiatrie 1874. S. 31.)

Zum Theil noch Züge von der Mel. sine delirio entlehnd, zum Theil schon der im Folgenden zu besprechenden Krankheitsform angehörig, ist die von Falret (De la folie raisonnante ou folie morale. Extr. des Ann. med.-psych. 1866. p. 37) unter der Bezeichnung Hypochondrie morale avec conscience de son état beschriebene Form, deren hierher gehörige Züge wegen ihrer zum Theil specifischen Erscheinung im Wortlaut hierher gesetzt seien:

„Ces malades présentent d'abord le fond commun de la mélancolie; ils ont une anxiété vague et indéterminée, une disposition générale à tout voir en noir . . . — Ayant parfaitement conscience de leur état, ils s'en afflagent et s'en alarment . . . et se désespèrent en songeant qu'ils ne pourront jamais retrouver leurs facultés perdues. Se croyant atteints d'une maladie incurable . . . ils regrettent leur intelligence évanouie, leurs sentiments

éteints, leur énergie disparue : ils ont peur de dévenir complètement aliénés et de tomber dans la démence et dans l'idiotisme*)“.

Es lehnt sich diese von Falret noch des Breiteren beschriebene Form zum Theil an die von Marcé sogenannte Hypochondrie intellectuelle an (Traité 1862. p. 408ff.):

„Des sujets névropathiques viennent se plaindre de leur mémoire qui devient infidèle, de leur jugement quia perdu de sa sûreté, le moindre travail les fatigue . . . en examinant ces malades en les stimulant vigoureusement on les voit se débattre, faire preuve d'énergie**) . . .“

Es sind demnach diese Zustände zu trennen von der neuestens von Ball als Gebirntorpor beschriebenen Erscheinung (L'Encéphale 1881, No. 3. p. 369), innerhalb welcher das klare Krankheitsgefühl eine hervorragende Rolle spielt; wie B. selbst, einen Ausspruch seines Freundes citirend,

„il est des années où l'on n'a pas envie de travailler“ richtig sagt, findet dieser Zustand sein vollkommenes Analogon im normalen psychischen Leben, das auch Goethe nicht entgangen war. (Siehe das Gedicht „Guter Rath auf ein Reisbret, auch wohl Schreibtisch“. Der junge Goethe. 3. Thl. 1875. S. 156.)

Indem wir jetzt zur Hypochondrie selbst übergehen, also jener Krankheitsform, welche gerade durch ein abnorm gesteigertes Krankheitsgefühl charakterisiert ist, müssen wir einen Theil unserer später auseinanderzusetzenden Anschauungen über Krankheitsgefühl und Krankheitsbewusstsein anticipiren, sofort hervorheben, dass das Krankheitsgefühl in unserem Sinne wohl pathogenetisch identisch mit demjenigen des Hypochonders ist, im Uebrigen aber sich scharf von demselben sondert; jenes führt zu mehr oder weniger klarer Krankheitseinsicht, der Hypochonder wird nur in der von Marcé beschriebenen Form seine geistige Decadenz beklagen; wie gross diese Differenz, zeigt sich, wenn wir der Hypochondrie intellectuelle jenes ihr in subjectiver Beziehung am meisten gleichende Prodromalstadium der progressiven Paralyse gegenüberstellen. Am schärfsten prägt sich jedoch der Gegensatz beim Hypochondrisch-Verrückten aus; bei

*) Einzelne der hier sowie in der folgenden Beschreibung Marcé's gegebenen Züge finden sich in der eigenthümlichen von Krishaber als Névropathie cérébro-cardiaque (1873) beschriebenen nervösen Störung.

**) J. P. Falret, Betrachtungen über die Hypochondrie. Deutsch von Wendt. 1822. S. 63. „Ein Umstand, der viele bekümmert, die zum letzten Grade der Hypochondrie gelangen, ist der schlimme Zustand ihrer Denkkraft, sie fürchten den Kopf zu verlieren.“

ihm hat das Krankheitsgefühl, selbst wenn es seine intellectuellen Kräfte betroffen haben möchte, nicht zur Krankheitseinsicht geführt, sondern ist zu Wahnvorstellungen verfälscht. Die richtige Beurtheilung seines Zustandes fehlt ihm völlig, dass aber auch hier das Krankheitsgefühl noch vorhanden, aber in obigem Sinne verarbeitet worden, beweist sehr schön eine Aeusserung in einem von Mercklin (Studien über die primäre Verrücktheit. Dorpater Dissert. 1879. S. 83) mitgetheilten Falle:

„Er (der Kranke) wäre wohl zuweilen verwirrt, aber das habe man gemacht, um ihn zu verderben.“

Ein noch interessanteres Beispiel für diese abnorme Verarbeitung des Krankheitsgefühls bietet der bekannte Fall Sefeloge, von dem Damerow (Sefeloge, Eine Wahnsinnsstudie. 1853. S. 20) sagt:

„S. erklärt seine eigene Seelenkrankheit, seinen kranken Kopf, sein krankes Gehirn auf Grund seiner irrsinnigen Theorie von dem Unterworfensein geheimen Einflüssen und Verfolgungen, als ihm von aussen künstlich Gemachtes . . . Es war dies das den Mittelpunkt seines Wahnsinns bildende Factum, dass er als Wahnsinniger sagt, dass er wahnsinnig sei.“

Vergl. auch *passim* Sefeloge's eigene Aeusserungen.

Einer gesonderten Erwähnung werth sind die bei Hypochondern nicht selten vorkommenden Zwangsvorstellungen und die daraus hervorgehenden Zwangshandlungen; eine der ältesten diesbezüglichen Beschreibungen entstammt wohl Magister Bernd's Autobiographie (M. B.'s eigene Lebensbeschreibung sammt einer aufrichtigen Entdeckung und deutlichen Beschreibung einer der grössten, obwohl grössten Theils noch unbekannten Leibes- und Gemüthsplage. Leipzig 1738), der von sich selbst berichtet, es sei ihm oft so gewesen, als ob er Demjenigen, mit welchem er geredet, in's Gesicht speien müsse, ob er gleich alle Liebe für ihn empfunden habe; wenn er auf seinen Knieen gebetet, sei es ihm gewesen, als ob er sein Gesicht zum Lachen verziehen müsse. Aus neuerer Zeit sei eine Beobachtung Billod's (Ann. med.-psych. 1847. II. p. 200) hierher gesetzt; derselbe berichtet von einem Hypochonder mit dem Zwangsgedanken sich aus der Höhe herabzstürzen, was den Kranken lange Zeit veranlasste, blos parterre zu wohnen; der Kranke war sich dieses Gedankens als eines krankhaften völlig bewusst und hoffte durch die Nähe eines Arztes seinen Willen gekräftigt zu sehen.

Auch das hysterische Irresein weist nicht allzusehr ein ganz präcises Krankheitsbewusstsein auf, und sind es vielfach die in demselben vorkommenden Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen,

welche demselben zu Grunde liegen. So sagt Marcé (Traité 1862. p. 568):

On voit encore des hysteriques, qui sans être complètement aliénées, sentent un besoin irrésistible de parler, de faire de grands éclats de voix . . . de briser des objets . . . et cela tout en comprenant combien une pareille conduite est absurde et déplorable; elles sentent en elles quelque chose qui les pousse malgré leur volonté.“

Psychologisch noch tiefer hat Moreau (de Tours) in einer grösseren Arbeit (Auszug in den Ann. med.-psych. 1867. I. p. 133) den Geisteszustand der Hysterischen erfasst, und speciell auch die hier in Frage stehende Erscheinung gezeichnet; in der allgemeinen Charakteristik die Conscience du délire aufführend, schildert er sie wie folgt:

„Un des plus saillants de ces caractères, de ceux qui frappent tout d'abord c'est la conscience parfois très-nette, parfois très-obscure (pour nous renfermer dans les deux termes extrêmes) que les malades ont de l'état de trouble intellectuel où elles se trouvent . . . Que l'on interroge les malades au plus fort de leurs divagations, alors même qu'elles s'abandonnent à toutes sortes d'excentricités . . . qu'elles paraissent subjuguées par des convictions délirantes, des hallucinations de toute nature . . . La première question qu'on leur adresse, semble les remettre instantanément dans leur bon sens . . . Elles conviennent qu'elles ne savent ce qu'elles disent, qu'il n'y a rien de réel dans leurs visions ect.“

Von englischen Autoren ist zu erwähnen Savage, der (nach Bucknill und Tuke I. c. p. 350) Fälle berichtet

„that have for a time loss of control, who know that shouting and rushing about are unlady-like and improper and yet give way to such conduct.“

Unter den Deutschen hat zuletzt Mercklin (I. c. S. 92) den hier besprochenen Punkt urgirt. Als sehr seltes Vorkommniss muss Krankheitsbewusstsein (in Form von Krankheitseinsicht) bei der Verücktheit mit Verfolgungswahn auf hysterischer Basis bezeichnet werden; einen solchen Fall theilt v. Krafft-Ebing (Lehrbuch d. Psych. 1880. III. S. 73) mit, wo es in einem weit vorgeschrittenen Stadium hallucinatorischer Verücktheit heisst:

„Patientin stellt sich selbst als verrückt vor, und bittet um Aufnahme ins Irrenhaus, da ihr jeder Lebensgenuss durch diese Stimmen verbittert werde.“

Noch interessanter ist der von demselben mitgetheilte Fall 54 (S. 65 ff.) „Hysterisch-sexuelle Grundlage, Verfolgungs- und Grössenwahn“. „Während hochgradiger Verworrenheit entwickelt die Kranke vorübergehend oft eine bemerkenswerthe Lucidität;“

„in meinem Kopfe geht alles drunter; ich habe ganz verrückte Ideen; ich muss Sie, Herr Director, für den deutschen Kaiser halten“;

der letztere Ausspruch deutet darauf hin, dass Zwangsvorstellungen eine wichtige Rolle bei der Genese des Krankheitsbewusstsein spielen; so heisst es auch schon früher in der Krankheitsgeschichte: „Aber auch die Gedanken werden ihr steif, d. h. sie kann nicht mehr denken wie sie will, es kommen ihr zwangsmässig Gedanken, die sie nicht will.“ —

Im Gegensatze zu den durch depressive Stimmung gekennzeichneten Psychosen ist bei der ausgebildeten Manie auch das Krankheitsbewusstsein seltener und in wesentlich geringer Stärke vorhanden; die heitere Verstimmung, das Gefühl gesteigerter körperlicher und geistiger Kraft und unsagbaren Wohlbehagens, die Ideenflucht sind ebenso viele Factoren, welche dem Krankheitsbewusstsein überhaupt hindernd in den Weg treten, oder dasselbe abschwächen sowohl in seiner Intensität als in seiner Dauer. Im Incubationsstadium verhält sich die Manie bezüglich des Krankheitsgefühls im Wesentlichen gleich den übrigen Psychosen, und auch im Stadium decrementi tritt häufig Krankheitseinsicht ein*); seltener ist dieselbe aus den oben angeführten Gründen auf der Höhe der Erregung, selten auch von einer Tage überschreitenden Dauer; während der letztgenannten Periode hört man nicht allzusehr von dem Kranken auf die Frage, warum er so lärm, Unfug treibe, die Antwort, „er sei doch ein Narr, oder verrückt;“ ob aber in einem solchen unter Andern schon von Leubuscher (Grundzüge zur Pathologie der psychischen Krankheiten 1848. S. 100. Anmerkung) mitgetheilten Falle immer Krankheitsbewusstsein vorliegt, scheint uns fraglich, vielmehr glauben wir, dass in einzelnen Fällen wenigstens es sich um ein Spielen mit den Ausdrücken „Verrückt, Narr, fou“ etc. handelt.

Auch Cotard (l. c. p. 287) nimmt an, dass auf der Höhe der Erregung die Intelligenzstörung zu gross ist, als dass man annehmen könnte, die Kranken hätten wirklich das Bewusstsein ihres Zustandes. (Vergl. Spielman, Diagnostik der Geisteskrankh. 1855. S. 56). In einzelnen Fällen ist es jedoch bestimmt vorhanden**), doch sind dies

*) Mendel, „Manie“ in Eulenburg's Realencyklopädie und dessen Monographie die Manie. 1881. S. 12, 21 und die dort mitgetheilten Beobachtungen. — Dagonet. Traité 1862. p. 257. — Moreau. La psychologie morbide. 1859. p. 427.

**) Gleich hier kann darauf aufmerksam gemacht werden, dass dies auch für einzelne Fälle von maniakalischen Zuständen des senilen Blödsinns gilt. S. Moreau, De la démence etc. p. 42.

vielfach periodische Formen, die als Manie raisonnable sich darstellen, so z. B. Observation III. in Brierre de Boismont, *De la folie raisonnable* 1867. p. 11*). Das Vorkommen von Krankheitsbewusstsein in den leichteren Formen von Manie hat schon Guislain urgirt, der (*Leç. or. s. l. phrénotopath.* I. 1852. p. 154) als Manie tranquille sans délire jene Form beschreibt, die man jetzt nach Brierre de Boismont als maniakalische Exaltation bezeichnet;

„Il est des situations dans cette maladie où la sphère intellectuelle reste absolument intacte au point que le malade conserve la conscience de son état, qu'il se rend compte de l'exaltation qui le domine.“

Als offenbar hierher gehörig, ist auch die nicht selten in der maniakalischen Exaltation zu beobachtende Erscheinung zu erwähnen, dass die Kranken sich der Beschleunigung ihres Denkens, der, wenn auch nur scheinbaren, Steigerung ihres Gedächtnisses als etwas ihnen bisher Fremden bewusst werden, allerdings ohne kaum jemals diese Einsicht zur Krankheitseinsicht zu verarbeiten. Zum Theil dem an die Seite zu stellen sind die von Luys sogen. Manies intellectuelles (*Traité* 1881. p. 432), doch zeigt namentlich der zweite der von L. angeführten Fälle (I. c. p. 434), dass offenbar auch Zustände hineinspielen, die in das Gebiet der Zwangsvorstellungen gehören.

Sehr deutliches Krankheitsgefühl zeigen die remittirenden Formen, damit sich den periodischen, intermittirenden Formen nähernd; schon Jessen (*Horn's Archiv* 1831. Nov.-Dec.) wusste, dass es den bedeutenderen Exacerbationen der Mania continua vorangehe. Die Form, in welcher das Krankheitsbewusstsein in der Manie auftritt, ist eine sehr verschiedene; so heisst es in einem von Dagonet (*Traité* 1862. p. 270) mitgetheilten Falle während einer leichten Remission, dass die Kranke das Bewusstsein ihrer Ideenverwirrung habe „elle dit même ne pouvoir se rendre compte des objets qui l'environnent“. Weitere Angaben nach dieser Richtung siehe bei Jakobi (*Die Hauptformen der Seelenstörungen.* I. Bd. 1844. p. 547). Im Stadium decrementi stehen die Kranken zuweilen der Ideenflucht schon ziemlich objectiv gegenüber und erkennen dieselbe als etwas ihnen Fremdartiges.

Speciell zu erwähnen sind die im Verlaufe der Manie nicht selten auftretenden Zwangsvorstellungen, von denen Samt (*Die naturwissenschaftliche Methode in der Psychiatrie* 1874. S. 31) ein charakteristi-

*) Doch scheint dieser Fall nicht ganz rein, wenigstens deutet ein Passus nach anderer Richtung (Grübelsucht?) hin: *Cette jeune demoiselle devient questionneuse, il lui faut une explication sur tout, chacun la fuit pour échapper à ce supplice*.

sches Beispiel giebt; andererseits die Zwangshandlungen, die jedoch weniger auf der Höhe der Erkrankung, sondern in mehr retrospektiver Weise während einer Remission oder im Stadium decrementi als krankhaft von den Kranken bezeichnet werden; so heisst es in einem von Rousseau (Arch. clin. des mal. ment. et nerv. 1861. I. p. 462) als *excitation maniaque remittente* gedeuteten Falle:

„Elle avoue qu'au moment de la crise ses idées s'obscurcissaient et qu'elle éprouvait une impulsion irrésistible à dire de mal des personnes, bien qu'elle sut que rien n'était plus faux que ce qu'elle avançait.“

Auch in einem von Dagonet (Traité p. 271) mitgetheilten Falle heisst es:

„les mots lui venaient sans réflexion et sans qu'elle pût les arrêter dans leur cours“.

Reduciren wir diese hochcomplicirten psychomotorischen Vorgänge auf ihr einfachstes Schema, so haben wir jene Bewegungen des Maniacus vor uns, die er nicht selten im Stadium decrementi namentlich als etwas ihm Aufgezwungenes erkennt, und die früher Meynert, neuestens Crichton Browne als auf Reizzuständen der motorischen Rindenabschnitte beruhend, erklären. (cfr. Mendel, Die Manie. 1881. S. 132 und Exner, Untersuchungen über die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde des Menschen 1881. S. 80.)

Historisch ist noch einer Aeusserung Jakobi's (l. c. S. 546) zu gedenken, auf die später noch zurückzukommen sein wird:

„einen nicht minder wesentlichen Unterschied von dem Wahnsinn zeigt die Tobsucht, da wo sie weder mit jenem, noch mit einer von den oben bezeichneten Veranlassungen unabhängigen Verwirrtheit verbunden erscheint, auch in dem, während des Nachlassens der Exacerbationen bei so Vielen der Befallenen eintretenden Vermögen: den krankhaften psychischen Zustand, in welchem sie sich befinden, deutlich gewahr zu werden und anzuerkennen, welches im Wahnsinn während des Verlaufes der Krankheit nie beobachtet wird, hier aber eine gewöhnliche Erscheinung ist.“

Nachdem Jakobi dann einige Fälle mitgetheilt, sagt er weiter:

„Die Fälle dieser Art sind unzählig und viele derselben deuten zugleich auf die in der Tobsucht weniger tief begründete Störung der intellectuellen Thätigkeit, wie sich dies denn auch bei nicht wenig Genesungen von dieser Gattung von Seelenstörung darthut.“

Die Beziehungen der Epilepsie zu unserem Gegenstande sind, wenn wir uns streng an das Thema halten, geringe*), da wir nur die geisteskranken Epileptiker in's Auge zu fassen haben. Zuerst

*) Vielleicht könnte man sagen: noch zu wenig erforscht.

sind zu erwähnen einzelne hallucinatorische Aeusserungen in Fällen postepileptischen Irreseins, die vielleicht die Deutung zulassen, dass ein wenn auch dunkles Krankheitsbewusstsein vorhanden (S. Samt's 29. Fall Dieses Archiv VI. S. 149); das gleiche beweisen auch einzelne Aeusserungen der Kranken in dem von Samt sogenannten protrahirten epileptischen Irresein (l. c. S. 156 sagt der Kranke öfters „ich bin verrückt“); als pathogenetisch different, weil auf somatischer Basis beruhend, ist ferner zu erwähnen, dass nicht bloss dem geistesgesunden Epileptiker eigenthümliche, sondern sich auch im epileptischen Irresein wiederfindende Krankheitsgefühl. Dann sind zu erwähnen die so häufig bei Epileptikern vorkommenden Zwangsvorstellungen, die oft zu quälender Pein werden, andererseits die impulsiven Handlungen, welche von den Kranken als etwas ganz Abnormes erkannt werden und gegen welche sie Schutz bei Anderen suchen (der berühmte Fall Gall's); das Krankheitsgefühl des nicht geisteskranken Epileptikers setzt sich endlich auch häufig in die spätere durch Demenz complicirte Periode fort, und bildet in Gemeinschaft mit der Einsicht in den allmälig zunehmenden Defect in nicht seltenen Fällen ein charakteristisches Zeichen der epileptischen Demenz (cfr. Sommer. Dieses Archiv XI. S. 557). —

Bezüglich der Verrücktheit*) hat schon Samt (l. c. S. 57) in seiner kräftigen Weise seiner Anschauung über das Krankheitsbewusstsein Ausdruck gegeben**); die nachfolgenden auf Casuistik gestützten Erörterungen sollen zeigen, dass er, was die Thatsachen betrifft, gewiss nicht zu viel behauptet. Mercklin (Studien über die primäre Verrücktheit. Dorpater Dissert. 1879. S. 38) giebt wohl für das In-

*) Bemerkenswerth ist es, dass Damerow im Anschlusse an seine früher citirte Aeusserung speciell den eigentlichen Verrückten und Wahnsinnigen Krankheitsbewusstsein zuschreibt, eine Anschauung, die erklärlich wird durch D.'s Zusatz: „zugleich auch mit der Ueberzeugung, dass ihre irrsinnigen Gefühle und Gedanken Ursache und Wirkung von äusseren bekannten oder unbekannten Einflüssen und Personen seien“. (Sefeloge, Eine Wahnsinnsstudie. 1853. S. 21.)

**) „Zeitweise fallen Aeusserungen, die positiv ein wenn auch nur intercurrentes Bewusstsein der Krankheit beweisen; die alte Phrase von der Umwandlung des Ich in der Verrücktheit ist eben weiter nichts als Phrase“ . . cfr. Dagonet (Traité p. 377) „il y a perte entière de la conscience“. — Derselben Ansicht ist auch Spielman. l. c. S. 213 und 248; ebenso Delasiauve (J. de med. ment. 4. Bd. p. 383) und noch neuestens behauptet Jung (Ztschr. f. Psych. 38. S. 565) der Verrückte habe kein Krankheitsbewusstsein.

cubationsstadium Erscheinungen von Krankheitsgefühl zu, sonst aber äussert er sich:

„Mit dem Beginn der Verfälschung des Bewusstseins durch Wahnvorstellungen hören diese Klagen, wenn sie überhaupt vorhanden, auf. Ein eigentliches Krankheitsbewusstsein ist bei der primären Verrücktheit überhaupt von nun an nicht mehr vorhanden oder tritt doch nur temporär zu Tage.“

Und S. 52 sagt er:

„Ist die Exacerbation sehr stürmisch, so zeigt sich bisweilen während der Remission eine Andeutung von Krankheitsbewusstsein; der Kranke giebt dann wohl zu, dass diese oder jene seiner Behauptungen unrichtig sei, dass er in seiner Aufregung und Verwirrung Unrichtiges gesprochen habe, aber der Kern seiner Wahnvorstellungen bleibt doch bestehen.“

Historisch ist zu erwähnen, dass Scipion Pinel (de l'homme aliéné appliquée à l'analyse de l'homme social 1837. p. 34) als besondere Form eine von ihm sogenannte Monomanie délire sur un seul sujet hingestellt und (p. 35) von derselben sagt:

„Ces individus ont toute la conscience de leur trouble moral ou intellectuel, non seulement ils se sentent mais encore ils s'observent déraisonner.“

Müssen schon diese Angaben es sehr zweifelhaft machen, ob P. unsere Form der Verrücktheit im Auge hat, so lassen seine weiteren daran geknüpften, übrigens höchst aphoristisch gehaltenen Bemerkungen gar keinen Zweifel darüber, dass dies nicht der Fall, dass er vielmehr zum Theil melancholische Zustände hierher zählt; noch mehr Vorsicht empfiehlt sich Angesichts einer zweiten Stelle seines Werkes (l. c. p. 114), wo er aphoristisch die Geschichte eines Verrückten ohne Intelligenzstörung erzählt, der nur selten seine Wahnidee äusserte, und von demselben sagt: Wenn er dieselbe überhaupt nicht geäussert hätte, wäre er nicht Monomane gewesen, hätte er sie Jedem gegenüber geäussert, wäre er aliéné gewesen.

Die acut und die mehr chronisch beginnenden Formen verhalten sich ziemlich verschieden bezüglich des Krankheitsbewusstseins und man kann im Allgemeinen als ziemlich durchgreifenden Unterschied hinstellen, dass die ersten im Beginn sowohl als auch im Verlaufe die Erscheinung häufiger und prägnanter zeigen als die letzteren. Mehrere sehr werthvolle Aeusserungen aus dem Initialstadium der acuten hallucinatorischen Verrücktheit finden sich in einem Falle von Morel (Traité 1860. p. 346), wo der Kranke seinen Zustand folgendermassen schildert:

„J'ai tellement gravé dans mon âme l'idée que l'on me persécute, que mon esprit est incapable de prendre le dessus et de chasser loin de moi ces absurdités. Quelque fois je pense que l'esprit bon et l'esprit mauvais se dis-

putent la possession de mon être . . . Maître de presque tous mes mouvements corporels je ne le suis pas de mon intelligence ni de ma raison;“ und später spricht der Kranke von seiner „imagination devenue folle“.

Unser vollstes Interesse nimmt aber die in diesem Archiv (XI. S. 453) mitgetheilte Selbstbeobachtung Kandinsky's in Anspruch, die um so bedeutsamer ist, als derartige sachverständige Selbstbeobachtung wohl nicht allzu häufig vorkommen dürfte. Es handelt sich nach K.'s wahrscheinlich berechtigter Anschauung um eine hallucinatorische Verrücktheit; zwei Aeusserungen aus derselben sind für unseren Gegenstand von besonderem Belang; die eine stammt aus der ersten Krankheitsperiode, welche einerseits durch ein von K. als intellectuelles bezeichnetes Delirium, andererseits durch eine daneben bestehende traurige Gemüthsverstimmung charakterisiert gewesen sein soll; als einen der Gründe für die letztere nennt nun K. das Bewusstsein seiner Krankheit und ihrer möglichen Folgen, den Schwachsinn; interessanter ist noch die zweite, dem Höhestadium der Krankheit entstammende Aeusserung. Kandinsky kam nach seiner Darstellung in diesem Stadium, Angesichts der Erscheinung, dass eine Reihe von Hallucinationen mit seinen Vorstellungen harmonirten, eine andere wieder nicht, während er bezüglich der letzteren auf dem Wege des Erklärungsversuchs zu einer Wahnlidie gelangt, zu der ihm von Beginn ab klaren Vorstellung „Es ist kein Zweifel daran, ich hallucinire, die Centren meiner Sinnesorgane sind auf's höchste erregt“. Auch sonst ist der Fall bemerkenswerth durch den hohen Grad von Klarheit, den K. anscheinend während des ganzen Verlaufs seiner Krankheit sich bewahrt; doch wird man Bedenken tragen, ob Sätze wie der

„ohne energische Einmischung des Willens wären meine Hallucinationen stabil geworden und mein geistiges Leben, ohne jede Nahrung gelassen, wäre gänzlich erloschen“

wirklich dem Thatbestande entsprechen und nicht vielleicht als nachträgliche dem normalen psychischen Leben entnommene Deutungen anzusehen sind.

Ein fast ebenso grosses Interesse knüpft sich an den gleichzeitig mit dem voranstehenden, von Buch veröffentlichten Fall (*ibid.* S. 465). Es handelt sich um einen durch massenhaftes Auftreten von Hallucinationen in verschiedenen Sinnen eingeleiteten Fall eines Gerichtsbeamten, in welchem beim Uebergang in das chronische Stadium Krankheitsbewusstsein auftritt. Etwa einen Monat nach Beginn der Krankheit heisst es:

„Patient hat etwas Krankheitsbewusstsein, aber doch zeigt er sich davon

überzeugt, dass seine Stimmen wirklich realen Personen angehören, und versucht zur Erklärung derselben Electricität u. A. heranzuziehen . . . als ich dem Patienten sagte, dass seine Stimmen Hallucinationen und Illusionen seien, leuchtete ihm diese Erklärung ein; er hatte bis dahin an die Möglichkeit nicht gedacht, obgleich ihm das Wesen der Hallucinationen von den gerichtlich-medicinischen Vorlesungen her und aus seiner gerichtlichen Praxis bekannt.“

Es ist zu bedauern, dass B. keine genauere Angabe bezüglich des Krankheitsbewusstseins macht, um mit Sicherheit zu entscheiden, ob es sich, wie es scheint, um Krankheitseinsicht oder doch um Krankheitsgefühl handelt. — Hierher gehört auch ein von Bigot, (*Des periodes raisonnantes ect.* 1877. p. 50) mitgetheilter Fall von monomanie religieuse. In dem certificat de quinzaine heisst es:

„. . . est atteint d'aliénation mentale . . . il se croit l'Antichrist; il en voit partout les signes, dans ses hallucinations et dans les objets les plus indifférents. Il convient de son état de maladie mentale; il est venu lui-même à l'asile pour s'y faire traiter.“

Ein halbes Jahr später heisst es noch:

„Le malade raisonne parfaitement sur son état. Il reconnaît ses erreurs ou du moins il semble les reconnaître,“

und einmal schreit der Kranke „Je suis fou, mon Dieu, je suis fou.“

In einem von Regis mitgetheilten Falle (*L'Encephale* 1881. No. 1. p. 70) erzählt der Kranke vom Beginne seiner Hallucinationen:

„Il m'avait semblé entendre vaguement sur mon passage le mot „fou“ à mon adresse. Frappé de cette idée, je fus consulter un médecin au sujet de l'altération probable de mon intelligence, c'était un doute que je voulais éclaircir.“

Es ist gewiss nicht zuviel hineingedeutet, wenn wir für diesen Fall, der nach dieser Richtung mit vielfachen anderen*) übereinstimmt, annehmen, dass der Wortlaut der Hallucination einem, wenn auch nur dunkeln Krankheitsbewusstsein**) entspringt, da der Gang zum Arzte, falls das letztere nicht vorhanden, wohl kaum als die erste Consequenz aus der Hallucination zu folgern wäre. (Die

*) Vergl. z. B. Esquirol, *Die Geisteskrankh.* 1838. Deutsch v. Bernhard. 2. Bd. S. 8.

**) Für ein solches ist auch die Aeusserung einer Kranken von Régis (*L'Encephale* 1882. Märzheft. S. 189) heranzuziehen, von der es in einem sehr frühen Stadium der hallucinatorischen Verrücktheit heisst: „Sa pensée est, que peut-être elle se reveillera folle le lendemain“. Vergl. auch den Fall bei Le grand du Saulle, *Le délire de persécutions* 1871. p. 28.

diesbezügliche noch viel weiter gehende Anschauung Damerow's ist schon früher mitgetheilt worden)

Fälle wie der letztgenannte bilden in ihrer ganzen Erscheinungsweise und auch bezüglich des Krankheitsbewusstseins den Uebergang zu den chronisch verlaufenden Formen der Verrücktheit, bei denen gleichfalls zuweilen Krankheitsbewusstsein oder eine Vorstufe desselben, die Einsicht in die Absurdität der sich aufdrängenden Wahnideen, vorkommen. Marcé beschreibt (*Traité* 1862. p. 355) den Beginn der von ihm sogenannten Monomanie intellectuelle:

„Quand les monomanies surviennent lentement elles débutent en général par l'idée fixe. Chez un individu prédisposé, faible de caractère, doué d'une sensibilité vive, un mot, une émotion, une crainte, un désir laissent un jour une impression profonde. La pensée née de cette façon se présente à l'esprit d'une manière importune, elle ne le quitte plus, elle l'obsède, elle domine toutes ses conceptions, pendant quelque temps l'individu peut avoir conscience de tout ce que cette idée fixe a d'absurde, de déraisonnable ou de criminel; il cherche à la surmonter, il lutte contre elle, et reste pendant des mois et même des années entières dans un état d'angoisse morale qui ne lui enlève pas encore la libre direction de ses actes et de sa volonté; il n'y a pas encore de délire“.*)

Früher oder später allerdings schwindet bei den chronisch verlaufenden Formen jedes Krankheitsbewusstsein, für das chronische Stadium der acut beginnenden Formen jedoch beweisen die vorangeführten Fälle das Vorkommen eines solchen.

Um so häufiger dagegen tritt deutliches Krankheitsbewusstsein auf in den Remissionsstadien, mögen dieselben nun in Heilung ausgehen, oder einer neuerlichen Exacerbation Platz machen; (vergl. hiezu Legrand du Saulle, *Le délire de persécutions*. 1871. p. 140 und Luys, *Traité* 1881. p. 309 i. f.). Dasselbe tritt nicht selten in ausgesprochenster Weise ein, zu einer Zeit, wo noch einzelne Wahnideen vorhanden, ähnlich wie im Incubationsstadium, wo es noch vorhanden und schon Wahnideen auftreten; so in den drei von Mercklin (l. c. p. 68) mitgetheilten Fällen von acuter hallucinatorischer Verrücktheit mit späterem Ausgang in Heilung, so auch in einem von Feaux (*Ueber den hallucinatorischen Wahnsinn*. Marburger Dissert. 1878. S. 7) mitgetheilten Falle von hallucinatorischer Verrücktheit, wo auf die Remission ein neuerlicher Rückfall folgte**).

*) Bemerkenswerth wegen der Länge der Zeit, während welcher Krankheitsbewusstsein besteht, ist der von Dagonet in seinem Eingangs erwähnten Aufsätze mitgetheilte Fall (Anm. med.-psych. 1881. Juillet p. 21).

**) Hierher zu beziehen ist wahrscheinlich auch ein Fall von Jakobi

Als etwas aus dem gewöhnlichen Rahmen des Verlaufes hervortretend, sei hier ein eigener Fall mitgetheilt:

S., Marie, 27jährige ledige Handarbeiterin, wurde am 20. Februar 1882 aus der Wiener psychiatrischen Universitätsklinik in die hiesige Anstalt transferirt. Die Kranke, schon einmal früher in Behandlung der Wiener Landesirrenanstalt gestanden, wurde neuerdings zur Klinik eingeliefert, weil sie nach Angabe des ärztlichen Zeugnisses wünschte, in die Burg zum Kaiser zu fahren. Auf der Klinik war sie völlig ruhig, klar; sie gab an, dass sie seit 2 Jahren merke, dass ihr die Leute auf der Strasse zurufen, sie solle in die Burg gehen, dass ein König Balthasar sie heirathen solle; die Leute schauten sie ehrfurchtvoll an und sagen: „Das ist eine Königin“; auch der Kaiser habe sie eigenthümlich angeblickt, woraus sie seine Zuneigung erkennen wollte; die Wachen in der Burg erwiesen ihr die einer Königin gebührenden Ehrenbezeugungen; aber auch sonst machen ihr Leute Liebesanträge, kommen des Nachts zu ihr und verkehren mit ihr geschlechtlich; sie könne deren Gesichter deutlich erkennen; auch Christus sei bei ihr gewesen.

In ihrer Jugend soll Patientin an Krämpfen gelitten haben; die Kranke selbst giebt an, dass sie an Kopfschmerz, Schwarzwerden vor den Augen leide. Hier in der Anstalt giebt sie ruhig Auskunft, antwortet meist ausweichend auf Fragen bezüglich der beschriebenen Krankheitserscheinungen, doch ist leicht zu ersehen, dass sie noch jetzt an die Realität wenigstens eines Theils der Thatsachen glaubt; sie beschäftigt sich im Nähsaal. Anfangs Mai hat sie einen leichten Ohnmachtsanfall, der offenbar mit der vorhandenen Anämie zusammenhangt. Später ist sie zuweilen erregt wegen ihres Aufenthaltes in der Anstalt, beruhigt sich jedoch bald wieder, zeitweise jedoch steigert sich die Erregung, sie wirft einen Spucknapf gegen das Fenster, stösst Tische und Sessel um. Anfangs Mai aber tritt eine Erregung anderer Art ein, welche mit mässigen Remissionen einige Tage andauert und sich folgendermassen darstellt. Die Kranke, welche im Bett ist, springt in demselben in kauernder Stellung fast fortwährend hin und her; am Kopf- oder Fussende kauernd, schreit sie bald, den Blick starr auf einen Punkt gerichtet und sich zugleich mit der Bettdecke nach der Blickrichtung hin schützend, bald lacht sie wieder laut auf, als wenn sie etwas heiteres gehört hätte, dann fährt sie wieder plötzlich auf, greift sich an den Leib, als wenn sie sich gegen einen auf denselben gerichteten Angriff wehren würde. Dies dauert mit ruhigeren Zeiten abwechselnd mehrere Tage lang, am Schlusse des Anfalls schreibt die Kranke folgenden Brief: „Liebste Mutter! Es wird Dich wundern, dass ich schon so lange keine Nachricht von mir gegeben; ich war neuerdings krank und zwar heftiger als jemals früher; es ist aber jetzt wieder gut; ich war verwirrt im Geiste . . und sehr aufgereg . . .“.

Es wird hier genügen, hervorzuheben, dass wir es mit einem Falle von Verrücktheit zu thun haben, der wie so häufig unter Remissionen verläuft,

auf welch letztere zuweilen acutere hallucinatorische Zustände eintreten; der hier beobachtete Anfall erfährt seine wahrscheinliche Deutung durch die Annahme zahlreich einbrechender Hallucinationen des Gesichts, Gehörs und der Sensibilität; nach dem Anfalle hat die Kranke ausgesprochenes Krankheitsgefühl, zum Theil wohl auch Krankheitseinsicht. (Für die pathogenetische Erklärung des Anfalls sei noch erwähnt, dass derselbe in vielen Zügen jener Phase des hystero-epileptischen Anfalls gleicht, welche durch die von Charcot sogenannten *attitudes passionnelles* charakterisiert ist).

Bemerkenswerth wegen der Krankheitseinsicht während mehrfacher Remissionen ist auch der von Krafft-Ebing, Lehrbuch III. 1880. S. 79 mitgetheilte Fall (Vergl. auch seinen Fall 55. S. 68 ff. und seinen Fall 61. S. 77; letzterer mit Ausgang in Heilung [?]). Des historischen Interesses wegen ist noch Esquirol's Fall zu erwähnen, mit rasch eintretender auf psychischem Wege herbeigeführter Heilung. (Des mal. ment. 1838. I. p. 82.)

Wie bei den früher beschriebenen Formen treten auch im Verlaufe der Verrücktheit zuweilen Zwangsvorstellungen auf, denen gegenüber die Kranken sich gleich wie Geistesgesunde verhalten (cfr. Samt. Naturwissensch. Methode etc. 1874. S. 33). — Als Anhang zur Verrücktheit setzen wir noch eine hierher zu beziehende Beobachtung von Stupor bei; in einem von Foville unter dem Titel *Stupidité sans délire* mitgetheilten Falle (Arch. clin. des mal. ment. 1862 II. p. 31) heisst es in der Periode der Reconvalescenz:

„Le malade a conscience de ses progrès et nous rend un compte très-exact . . . du retour graduel de la mémoire et de ses autres facultés“,

und p. 32 bei der nachträglichen Erzählung seiner Krankheit:

„il a eu conscience de l'état extrêmement grave où il se trouvait et a cru qu'il allait mourir, mais il n'en a pas été péniblement affecté; son intelligence assistait en témoin indifférent à ce qui le concernait lui-même“. —

Mit der Besprechung der Zwangsvorstellungen betreten wir ein Gebiet, das in hervorragendster Weise durch das Vorkommen von Krankheitsbewusstsein charakterisiert ist, doch ist gerade dieses in der letzten Zeit der Gegenstand so vielfacher Darstellung und Discussion gewesen, dass wir diesem sowohl wie der innig damit verbundenen Lehre von den Zwangsgefühlen und Zwangshandlungen nur wenige Bemerkungen zu widmen brauchen. Mit dem Ausdrucke Zwangsgefühl bezeichnen wir, darin Westphal folgend, die verschiedenen durch zwangsweise auftretende Gefühle charakterisierten Zustände, deren hervorragendsten Westphal selbst als Agoraphobie beschrieben, und dem seither eine Reihe der verschiedensten durch den

Affect der Furcht charakterisirten Zustände, Claustrophobie, Topophobie, Anthrophobie etc. gefolgt ist*).

Viel seltener als die durch Furcht charakterisirten Zustände sind solche mit expansiver Stimmung, wie wir einen später bei der Besprechung des Krankheitsbewusstseins bei schwerer Hirnaffection kurz berichten werden.

Zur Lehre von den Zwangsvorstellungen, die noch neuestens von Wille in diesem Archiv eine eingehende Bearbeitung erfahren, seien nur einige historische Thatsachen angeführt. Eine der ältesten gehört Georget an, der, (De la folie. Deutsch v. Heinroth 1821. p. 46) im Anschluss an den Eingangs citirten Passus über das Krankheitsbewusstsein sagt:

„Ich weiss, sagt ein Solcher, dass ich deraisonnire, dass ich widersinnig handle, aber ich kann nicht anders; es kommen mir widersinnige Gedanken in den Kopf, ich möchte mich gerne davon losmachen, aber ich kann nicht.“.

Recht zutreffende Bemerkungen macht der schon früher erwähnte Ruf bezüglich der Zwangsvorstellungen:

„alle“ (Die Delirien; die Visionen etc. 1856. S. 17) „diese, die solchen Zuständen ergeben sind, deliriren, allein sie deliriren mit Bewusstsein. Das Delirium, das sich hier zeigt, ist kein allgemeines, sondern ein partielles, nur auf die Vorstellungsorgane beschränktes, wobei das Bewusstsein nicht in's Spiel gezogen wird. Es ist ein „Delirium sine delirio“.“.

In der historischen Einleitung ist schon Delasiauve's Verdienst um die Lehre von den Zwangsvorstellungen gewürdigirt worden**). Die erste recht genaue Beschreibung giebt, wie früher erwähnt, Steinheim in dem von ihm als Melancholie sine delirio bezeichneten Falte (Casper's Wochenschr. f. d. ges. Heilk. 1839. No. 19); sieht man von einzelnen Unklarheiten in der Fassung ab, so verdient der folgende Passus:

„Hier zeigt sich recht augenfällig die Doppelnatur des menschlichen Gemüths; die Vorstellung ist krank, aber trotz ihrer unabweislichen Eindringlichkeit kann sie ihrerseits ebenso wenig die Macht des freien Bewusstseins überflügeln, wie bei den Hallucinationen der Sinne, falsche sinnliche Eindrücke mit voller Klarheit, neben der Erkenntniss ihrer Nichtigkeit eintre-

*) Es ist leicht ersichtlich, dass man in dieser Weise fortfahren, die Nomenklatur in der ausgedehntesten Weise erweitern könnte. Vergl. einen Fall von Brierre de Broismont. Des hallucinat. 1862. 2. ed. p. 429.

**) Hierher gehört wohl auch zum grossen Theil die von Dagonet in seiner neuesten unser Thema besprechenden Arbeit mitgetheilte Beobachtung (Annal. med.-psych. 1881. p. 391 ff.).

ten, hier plastische Eindrücke ohne entschieden scheinbare Objectivität und Sichtbarkeit statthaben mit gleicher Klarheit des Bewusstseins und gleich festem Urtheile von ihrer Unwahrheit. Eine Hallucination der Vorstellung . . .“ und S. 305: „Dieser Zustand unterscheidet sich aber von einem vollendeten Wahnsinn nur durch den für die Krankheit unwe sentlichen Umstand (sic!) die Kraft des Bewusstseins.“

Zu gedenken ist etwa noch Billod's, der 1869 (S. Des mal. ment. 1882. I. p. 495) ziemlich präzise die Zwangsvorstellung charakterisiert als eine Art von Obsession, und von der Unmöglichkeit spricht, „de secouer ce que l'on pourraît appeler le joug de l'idée dominante“; aber auch er wirft sie dann mit den Wahnvorstellungen zusammen.

Hier auch sind noch mehrere verschieden benannte Formen von Geistesstörung zu erwähnen, die nur verschiedene Formen derselben Grunderscheinung sind, nämlich der Zwangsvorstellungen; so die zuerst von Hammond (Neurolog. Contrib. 1879. p. 40), später von Séguin (Arch. of med. New-York. Aug. 1880. p. 102) beschriebene Mysophobie ($\mu\omega\sigma\sigma$, Schmutz), dann das von O. Boisson beschriebene Genre particulier de monomanie hypochondriaque (Libourne 1880), in welchem der Kranke das Bewusstsein von seiner Geistesstörung hat; ebenso auch die von Ball neuestens (L'Encephale 1881. No. 1. p. 26) als impulsions intellectuelles beschriebene, mit Westphal's Zwangsvorstellungen offenbar identische Erscheinung. — Zu erwähnen ist, dass, wie schon Delasiauve (J. de med. ment. 4. Bd. p. 383) hervorgehoben, bei der von ihm sogenannten Pseudomonomanie häufig von den Kranken Erscheinungen angegeben werden, die auf ein oft recht intensives Krankheitsgefühl hinweisen.

Auch der impulsiven Handlungen brauchen wir nur mit wenigen Sätzen zu gedenken, da dieselben namentlich mit Rücksicht auf die Mania sine delirio eine so eingehende historische Darstellung erfahren. Das Krankheitsbewusstsein resp. die Einsicht in das Krankhafte der Impulse tritt am stärksten hervor, entweder vor der Ausführung der Handlung, also so lange dieselbe noch im Stadium der Zwangsvorstellung ist oder nach vollbrachter That; dass während der That selbst dieses Bewusstsein schweigt oder übertönt wird, darauf hat sehr richtig schon Nasse (Henke's Zeitschr. f. St. A. K. 11.-Jahrg. 1831. 3. Heft, S. 31) aufmerksam gemacht, indem er betont, dass das von ihm aufgestellte Kriterium des Irreseins, die Unmöglichkeit der Einsicht in den eigenen Zustand, „auch von den an der sogenannten Mania sine del. Leidenden gilt, was Niemand erkennen könne, der nicht, wie mehrere Schriftsteller gethan, die Zeit vor dem Eintritte des irren Zustandes mit der nach diesem Eintritte vermengen“.

Die Selbstständigkeit, welche den krankhaften Impulsen gegenüber den übrigen psychischen Vorgängen im jeweiligen Falle zukommt, führt es mit sich, dass, wie dies schon in der vorangehenden Darstellung bei einzelnen Krankheitsformen erwähnt wurde, bei Geisteskranken verschiedener Art auftretende Zwangshandlungen Krankheitsbewusstsein erzeugen, das sich dann ganz streng auf die letzteren beschränkt; so erkennen selbst Schwachsinnige die sich ihnen aufzwingenden, impulsiven Handlungen als etwas ihnen Fremdartiges, Krankhaftes, wie in einem von Garnier mitgetheilten Falle aus Magnan's Abtheilung (Arch. de neurol. 1881. II. No. 5. p. 89), den G. zusammenfasst als

„faiblesse intellectuelle, tendances mélancholiques, hallucinations, impulsions; répétition irrésistible par le malade de certaines actes accomplis devant lui“,

und in welchem der Kranke von „seiner Manie“ spricht.

Wenn wir bisher bei den impulsiven Handlungen nur von Krankheitsbewusstsein und Krankheitseinsicht gesprochen, so ist auch speziell hervorzuheben, dass ersteres nicht selten auf ein stark ausgesprochenes Krankheitsgefühl basirt ist; et ist ja bekannt und schon in den alten Beobachtungen hervorgehoben, dass die psychomotorischen Erscheinungen nicht isolirt dastehen, sondern sehr häufig von somatischen Erscheinungen begleitet sind, welche schon Henke (citirt bei Groos, Die Lehre v. d. Mania sine delirio 1830. S. 41) mit der Aura epileptica analogisirt; dieses Krankheitsgefühl geht der impulsiven Handlung voran; über den Zustand während der Ausführung derselben geben die Kranken nur selten genügenden Aufschluss, doch deuten einzelne Aeusserungen darauf hin, dass auch während dieser Zeit das Fühlen des Kranken ein abnormes ist; so vergleicht ein Kräcker Billod's (Irresistibilité dans les actes coexistant avec une intégrité relative de facultés intellectuelles. Arch. clin des mal. ment. 1861. I. p. 496) seinen Zustand einer Art von Rausch.

„Le malade regrette et déplore beaucoup ses mauvaises tendances et il a une conscience parfaite de son état mental. „J'ai tort“ dit-il, „je le sais c'est de la folie, mais que voulez-vous? c'est plus fort que moi, dans les moments où je cherche à voler ma tête s'égare; je ne suis maître de mes actions ni de ma volonté et je ne puis mieux comparer ce que j'éprouve dans ma tête qu'à une espèce d'ivresse“.

Leider finden sich in diesem Falle keine exakteren Angaben über den geistigen Zustand des Kranken im Allgemeinen.

Da die verschiedenen Formen der impulsiven Handlungen auf das Krankheitsbewusstsein im Allgemeinen keinen wesentlich modi-

ficirenden Einfluss haben, so unterlassen wir es dieselben einzeln durchzusprechen. —

Für die progressive Paralyse ist die Erscheinung des Krankheitsgefühls, soweit es die somatische Sphäre betrifft, schon von den ersten Autoren über dieselbe in ihren wichtigsten Zügen hervorgehoben (Bayle, Tr. de mal. du cerveau et de ses membranes 1826. p. 492); nach der psychischen Seite ist es erst in viel späterer Zeit Gegenstand der Beobachtung geworden*); die neueren Monographisten der Paralyse haben das darüber zu Sagende ziemlich vollständig zusammengefasst.

Am häufigsten und lebhaftesten ist das Krankheitsgefühl, das sich auch auf die in diesem Stadium so häufige Charakteränderung**) erstreckt, im Prodromalstadium der Paralyse, oft Jahre lang jeder anderen objectiv constatirbaren Störung vorangehend; hier handelt es sich offenbar zum Theil um das Bewusstwerden allerfeinster Störungen des Gemeingefühls, und bemerkenswerther Weise ermöglichen die Abnormität und wohl auch die Verstärkung der demselben zu Grunde liegenden Sensationen eine Localisation derselben, die im normalen Zustande niemals zur Beobachtung kommt. So berichtet Simon (Die Gehirnerweichung der Irren. 1871. S. 13) von einem Kranke, der zu einer Zeit, wo S. diese Aeusserungen nur für hypochondrische Grillen hielt, behauptete, ein Theil seines Gehirns nach dem andern atrophire; vier Jahre später war der Kranke paralytisch.

In einem von Zeller mitgetheilten Falle (citirt nach Simon) bezeichnete ein Student sogar die Hirnwindungen, welche erkrankt seien, und nach seinem Tode bestätigte die Secti on seine Angaben***) (Ob man die letzte Beobachtung gleichfalls als eine auf allerfeinsten Sensationen beruhende Localisation betrachten dürfe, mag dahingestellt bleiben.)

*) In einem 1861 veröffentlichten Falle von progressiver Paralyse von Foville (Arch. clin. d. mal. ment. I. p. 14) heisst es noch aus der Zeit vor der Aufnahme in die Anstalt: „il reconnaissait même parfois qu'il avait les idées un peu troublées et qu'il aurait dû quitter sa place beaucoup plus tôt“ und kurze Zeit nach der Aufnahme (I. c. p. 15) „il se plaint qu'il lui semble que sa langue s'embarrasse, que les mouvements des mains sont indécis et que la mémoire s'affaiblit“.

**) Sehr gut charakterisiren dies Voisin u. Burlureaux (De la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie gén. 1880. p. 46). Ces changements n'échappent pas aux familles, pas plus d'ailleurs qu'aux malades, qui ont la plupart du temps conscience de leur état d'énerverment.

***) Vergl. auch Schüle, Handbuch 1878. S. 539.

Bemerkenswerth ist auch das Krankheitsbewusstsein in einem offenbar schon längere Zeit vorbereiteten, dann aber sehr rasch verlaufenden und binnen wenigen Tagen durch ein Delirium acutum zum Tode führenden Falle von progressiver Paralyse von Foville (Ann. med.-psych. 1882. I. p. 228); im ersten maniakalischen Stadium heisst es:

„ses paroles indiquent qu'il a conscience du trouble qui envahit ses idées“.

Oft schon in dem oben erwähnten früheren Stadium, häufig noch in späteren Perioden des Prodromalstadiums werden sich die Kranken der beginnenden Gedächtnisschwäche, der auftretenden paretischen Erscheinungen bewusst, sie äussern die Befürchtung geisteskrank zu werden, „Gehirnerweichung“ zu bekommen; es bemächtigt sich der Kranken eine hypochondrische Stimmung, ja selbst ausgesprochen melancholische Zustände erwachsen aus diesem oft schweren Krankheitsbewusstsein; in der Mehrzahl der Fälle macht mit der zunehmenden Demenz dieses melancholisch-hypochondrische Stadium einer indifferenten Stimmung Platz (Mendel); doch aber kann sich diese melancholische Stimmung bis in die folgenden Stadien hineinschleppen und so haben wir einen derartigen Fall gesehen, wo der Kranke, wenn er nicht apathisch auf dem Sopha lag, jammernd und händeringend umherlief, den Saal mit dem monotonen Rufe erfüllend: „Was soll aus mir werden! Was soll aus mir werden!“ Auch noch in anderer Weise prägt sich in einem späteren Stadium die Erkenntniss ihres abuormen Zustandes von Seite der Kranken aus; so fällt es in einer Beobachtung L. Meyer's (citirt nach Simon) dem Kranken auf, dass er sich über seinen traurigen Zustand gar nicht recht betrüben könne, und sich eigentlich durchaus unbekümmert und zufrieden befindet.

Der letzterwähnte Fall bildet den Uebergang zu jenen, wo das anfänglich vorhandene Krankheitsbewusstsein mit dem Eintritte gehobener expansiver Stimmung verschwindet. In den Remissionen ist das, wie wir sagen wollen, retrospective Krankheitsbewusstsein mehr oder weniger mangelhaft, und mehrfach (Simon, Mendel) ist die Wichtigkeit des Mangels desselben als diagnostisches Merkmal für das Fortbestehen der Krankheit hervorgehoben worden; es trifft auch im Allgemeinen zu, dass, wie Simon (I. c. S. 13) sagt, die Kranken nicht zugeben mögen, dass sie krank gewesen, oder diese Concession auf die wenigen Tage höchster Tobsucht beschränken, doch aber sind auch hier Ausnahmen beobachtet*). Sauze (Ann. med.-psycholog.

*) Hierher ist wohl auch der von Esquirol beschriebene Fall zu rech-

1858. p. 495) berichtet aus der Remission eines Falles von Paralyse:

„Il a conscience de sa maladie et reconnaît qu'il a été fou“;
von einem anderen Falle (l. c. p. 497):

„Il comprend qu'il a été aliéné“;

dritter Fall (p. 499)

„O . . . finit par avoir conscience de sa maladie“;

doch führt S. Fälle ohne Krankheitsbewusstsein während der Remission auf. Das retrospective Krankheitsbewusstsein erstreckt sich nicht bloss auf die psychische, sondern auch auf die somatische Sphäre; so gab eine Kranke unserer Beobachtung recht gut an, dass früher ihre Sprache viel schwerer gewesen; sie habe auch einmal einen Anfall gehabt, in welchem der Arm wie „trotz“ gewesen. — Im demen-ten Stadium der Paralyse fehlt das Krankheitsbewusstsein im strengen Sinne des Wortes völlig, doch aber haben wir selbst in diesem Sta-dium noch einzelne dem an die Seite zu stellende Erscheinungen beob-achtet; so erkannten in Fällen unserer Beobachtung, die als einfache progressive Demenz verliefen, die Kranken noch im letzten Stadium einzelne Erscheinungen der somatischen Sphäre, die Parese der Sprach-werkzeuge, Tremores u. A. als etwas Krankhaftes. Dass aber selbst in diesem Stadium ein starkes, retrospectives Krankheitsbewusstsein vorhanden sein kann, dafür bietet uns ein Fall der allerneuesten Zeit den Beweis, den wir hier kurz mittheilen wollen.

R., Franziska, 41jährige verheirathete Tagelöhnersgattin, wurde am 30. Januar 1882 in die hiesige Anstalt aufgenommen. Keine Heredität, als Kind reizbar, von normaler Intelligenz; seit dem 12. Lebensjahre als Magd dienend, wechselte sie sehr häufig den Dienst; vom 16. Lebensjahre an führte sie ein lockeres Leben, lebt mehrfach im Concubinate, den letzten Liebhaber heirathete sie später. Sie geba 9 Kinder, von denen jedoch 2 totgeboren waren, 6 im frühen Kindesalter starben. — Vor 2 Jahren wurden die ersten Zeichen von Geistesstörung an ihr beobachtet; sie vagirte umher, wurde händelsüchtig; im Sommer 1881 entwendete sie vor den Augen des Publikums aus dem Kreuzgange eines Klosters zwei Heiligenbilder, mit denen sie durch-gehen wollte; ihr Thun wurde immer sinnloser, sie riss das Bettzeug auf, ver-streute die Bettfedern, wusste nicht mehr ordentlich zu kochen; ihre Reden

nen (Des mal. ment. 1838. II. p. 73), den er als einen Fall von Paralyse mit Grössenwahn bezeichnet, in welchem die Wahnideen schwinden, die Paralyse bleibt; „ce militaire juge parfaitement de l'état dans lequel il a été, de celui dans lequel il est encore et pour lequel il réclame les secours de la médecine“. Mit französischen Autoren (Baillarger) nehmen wir an, dass ein gewisser Grad von Demenz in diesem Falle zurückgeblieben war.

wurden unzusammenhängend, sinnlos, Größenwahn tritt auf, der Geschlechtstrieb steigerte sich in auffallender Weise.

Bald nach der Einbringung in die Anstalt wird sie unruhig, aggressiv, man wolle sie berauben, tödten.

Beim Examen entwickelt sie den sinnlosesten Größenwahn, der sich auf ihr Einkommen, die Schönheit ihrer Kinder etc. bezieht; ihre Stimmung ist ungemein wechselnd und lässt sich durch eine Wendung des Gespräches leicht beeinflussen.

Bezüglich des Bilderdiebstahls befragt, sagt sie spontan, den hätte sie in ihrer Dummheit begangen, sie wäre damals närrisch gewesen, das habe ein ganzes Jahr lang gedauert, dann hätte sie vom Doctor eine Medicin bekommen und wäre wieder gesund geworden. In der letzten Zeit sei sie wieder und noch am Tage vor ihrer Einbringung närrisch gewesen, jetzt aber sei sie wieder „fesch“, habe einen schönen Mann etc. Jetzt beginnt sie zu weinen, man möge sie fortlassen.

Somatisch zeigt die Kranke die ausgesprochensten Zeichen von Paralyse: Beträchtliche Pupillendifferenz, die rechte weitere reagirt fast gar nicht auf Lichteinfall und schwächer als die linke bei Convergenzstellung; die linke Nasolabialfalte ist besser ausgeprägt, der linke Mundwinkel steht in der Ruhe höher und wird bei Action der Gesichtsmuskulatur höher hinauf gezogen; die Lippen zittern in der Action, Tremor der Zunge, mäßige Sprachstörung. Kniephänomen nicht zu erzielen, keine Ataxie, Gang etwas schlaff; Sensibilität für grobe Prüfung nicht auffallend gestört, eine feinere Prüfung wird durch die Demenz und Unaufmerksamkeit der Kranken vereitelt; sonst keine auffallende Abnormität.

In der folgenden Zeit tritt der paralytische Größenwahn, die Demenz in immer gröberen Zügen hervor, die Kranke wird sehr unruhig, unrein.

Endlich wäre noch der in Heilung ausgehenden Fälle von Paralyse zu gedenken; ähnlich wie in den übrigen Formen psychischer Erkrankung zeigt sich auch hier im Convaleszenzstadium klare Krankheitseinsicht; dasselbe gilt auch für die von den Franzosen so genannte Manie congestive, welche bekanntlich selbst von Einzelnen derselben (Lionet) direct als progressive Paralyse erklärt wird. —

Scipion Pinel scheint einer der Ersten gewesen zu sein, der das Vorkommen von Krankheitsbewusstsein bei secundärer Demenz hervorgehoben; in seinem *Traité de path. cérebr.* 1844. p. 276 erwähnt er

„le sentiment de cette dégradation; les individus en démence ont une volonté mais sans exécution; ils sentent cette impuissance, dont ils sont frappés“.

Die Thatsache, dass bei zunehmender Demenz das Kranheitsbewusstsein schwindet, deutet er so, dass die von ihm hervorgehobenen Individuen in Imbecillität verfallen, wenn sie das Bewusstsein ihres

Zustandes verlieren; auch schon in seinem Werke Physiologie de l'homme aliéné etc. 1837. p. 33 hebt er nahezu mit den gleichen Worten die erwähnte Erscheinung hervor*). Gleichzeitig mit der erwähnten Schrift Pinel's sagt Leupoldt (Lehrb. für Psych. 1837.) bei der Beschreibung des von ihm sogenannten vagen Wahnsinns, der etwa der hier in Rede stehenden Form von Geistesstörung entsprechen dürfte: „Bisweilen verräth sich jedoch ein gewisser wehmüthiger Grundzug, der mit vorhandener dunkler Ahnung des ungehörigen Zustandes zusammenzuhängen scheint“.

Auch Guislain kennt die Erscheinung in dieser Form von Geistesstörung;

„Dans une autre variété de la démence le malade conserve l'intelligence de sa situation. Voyez-vous cet homme: il sait que ses facultés sont affaiblies; il vous dit qu'il perd la mémoire, qu'il ne sait plus compter, qu'il ne reconnaît plus les rues, qu'il traverse. Combien de fois des déments de cette espèce ne m'ont-ils pas dit: J'ai perdu l'esprit“. (Lec. or. s. I. phrénotopathies 1852. I. p. 314.)

In neuester Zeit erwähnen ferner Bucknill und Tuke (Manual of psychol. med. 4. ed. 1879. p. 177) die Erscheinung, indem sie von den mit sogenannter partieller oder beginnender Demenz behafteten Kranken sagen:

„They are sometimes conscious of their condition, and carefully avoid committing themselves“.

Als hierher gehörig ist noch zu berichten, dass bei periodischer Geistesstörung während des nach jahrelanger Dauer derselben hereinbrechenden Blödsinns in den Intervallen noch retrospective Krankheitseinsicht vorkommt. (S. Kirn, Periodische Psychose. 1878. S. 26). — Per Parenthesin seien als mit Krankheitsbewusstsein zuweilen vergesellschaftet hier erwähnt die geistigen Schwächezustände nach Samenverlusten. Vergl. Legrand du Saulle, Le délire de persécutions 1871. p. 118.

Indem wir hier auch ein Paar Worte dem Greisenblödsinne widmen, sei zuerst daran erinnert, wie die normale Abnahme der psychischen Kräfte im höheren Alter und die so ganz charakteristische Erkenntnis**) dieses Defects das physiologische Paradigma für das

*) Ebendort (p. 111) bezeichnet er das hier hervorgehobene Krankheitssymptom als einen Fortschritt in der Differentialdiagnose der beiden Formen gegenüber der Formenlehre Pinel's des Älteren.

**) Die früheste Stufe derselben hat Goethe in dem schönen Satze ausgesprochen: „Wenn man älter wird, muss man mit Bewusstsein auf einer gewissen Stufe stehen bleiben“. (Ges. Werke. Ausg. in 40 Bd. 3. Bd. S. 252.)

Krankheitsbewusstsein der senilen Demenz bilden. Ein prägnantes Beispiel entnehmen wir der Biographie Southey's (*Life of Southey*, cit. nach Bucknill und Tuke l. c. p. 191:

„He would lose himself for an instant and being fully conscious of it, an expression passed over his countenance which was exceedingly touching an expression of pain and also of resignation“ . . . When he could not recall a name he would sometimes (his son states) „press his hand upon his brow and sadly exclaim Memory! memory, where art thou gone?“

Noch stärker tritt die hier hervorgehobene Erscheinung in jenen schweren Fällen seniler Demenz zu Tage, welche zum Theil pathologisch-anatomisch in die nächstfolgende Kategorie von Fällen rangiren und klinisch als verschiedene Formen von Aphasia imponiren; die Kranken finden nicht die richtigen Ausdrücke, verwechseln die Wörter, werden ungeduldig, brechen in Thränen über ihren Zustand aus.

Aber nicht bloss in den ruhig verlaufenden Formen seniler Demenz ist Krankheitseinsicht vorhanden, sondern auch bei den mit zeitweiligen zum Theil hallucinatorisch bedingten Aufregungszuständen kommt Krankheitsbewusstsein vor, indem die Kranken nicht selten in den ruhigeren Zwischenzeiten das Gefühl des Krankhaften jener Aufregungszustände haben.

Mit der Besprechung der Beziehungen der schweren Hirnaffectionen (spec. Herdaffectionen) zum Krankheitsbewusstsein betreten wir jenes Zwischengebiet, das noch deutlicher als die progressive Paralyse die somatische Grundlage der Störungen erkennen lässt und andererseits sich noch mehr den rein somatischen Krankheiten nähert, welche ja in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein mehr oder weniger klares Krankheitsgefühl aufweisen.

Das Vorkommen ausgesprochenen Krankheitsgefühls in groben Gehirnaffectionen ist schon ziemlich lange bekannt*), und um nur einen bekannteren Fall zu erwähnen, sei des berühmten an Hirntumor gestorbenen Wollaston gedacht, von dem Holland (*Med. Notes and Reflections* 1840. p. 166, Anmerkung) berichtet:

„He was accustomed to take exact note of the changes in his sensations, memory and voluntary power“.

Es beweist dieser Fall, dass Delasiauve in der nachfolgenden Schilderung nicht übertreibt:

*) Auch Esquirol kennt sie (dessen klinische Vorträge, citirt von Moreau [de Tours], *De la démence etc.* 1878. p. 41); vergl. auch Moreau's eigenen Fall (l. c. p. 40): „Ce malade sent sa position et s'aperçoit qu'il est comme un enfant et s'en montre très-affligé“. Siehe auch C. Wernicke, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. 1882. II. S. 149.

„Dans cette triste affection, où la lésion longtemps circonscrite, fait des envahissements insensibles, le malheureux dément, en effet, conserve assez longtemps sa force intellectuelle pour avoir conscience de la transformation qui s'opère en lui, pour en suivre toutes les peripéties. Jour par jour, heure par heure, il assiste en quelque sorte à la dissection de ses facultés. Comment l'effroi ne le gagnerait-il pas, en voyant ainsi tomber un à un les plus nobles attributs de son être?“ (Journ. de med. ment. I. 1861. p. 145.)

Delasiauve hat hierbei Fälle von Tumoren, Hirnerweichung im Auge; doch findet sich Krankheitsbewusstsein auch bei der multiplen mit schweren psychischen Störungen einhergehenden Sklerose, so in dem von Fr. Schultze (dieses Archiv XI. S. S. 219) mitgetheilten Falle; doch steht die Erkenntniss der geistigen Schwäche von Seite der Kranken in solchen Fällen, wie schon das Vorangehende zeigt, nicht isolirt da, vielmehr betrifft die Krankheitseinsicht auch die übrigen seelischen Phänomene; derartige Kranke werden durch unbedeutende Eindrücke, gegen die sie in gesunden Tagen kaum merkbar reagirt hätten, in ungewöhnlich heftiger Weise berührt, zum Weinen oder Lachen durch die geringste Veranlassung gebracht und erkennen selbst oft schon in sehr frühen Stadien diese Labilität ihrer Gefühle. Es handelt sich in diesen Fällen um eine durch den (localen) Process bedingte allgemeine Veränderung des Centralnervensystems, denn, wie bekannt, finden sich ganz ähnliche Erscheinungen bei der progressiven Muskelatrophie und bei der Bulbärparalyse und, um die Analogie vollständig zu machen, ergiebt sich, dass auch in der durch einseitigen Hirnherd bedingten Pseudobulbärparalyse die gleiche Beobachtung gemacht wird (vergl. Kirchhoff, dieses Archiv XI. S. 132) ebenso wie auch in den Fällen von sogenannter Railway-Spine. Hierher gehört auch ein von uns beobachteter Fall von Gehirntumor mit Rindenepilepsie, in welchem kurzdauernde, von den epileptischen gesonderte Anfälle von ausserordentlichem Wohlgefühl auftraten; der Kranke war sich seiner Lage und des Abnormen dieser Stimmung völlig bewusst; das Gegenstück ist der von Bernhardt neuestens (Dieses Archiv XIII. S. 497) mitgetheilte Fall von Hemiathetose, in welchem öfter ein eigenthümlicher Angstzustand vorkam; ebenso auch der von Paetz (Zeitschr. f. Psych. 38. Bd. S. 689) mitgetheilte von Reflexpsychose, in welchem der Kranke bei Berührung der Narbe blitzschnell in melancholische Angstzustände verfällt.

Wie der Niedergang des Willens, so kommen dessen Aberrationen dem Kranken zum Bewusstsein als etwas durch Krankheit Verändertes; so berichtet Finkelnburg (Giebt es Willensstörungen etc. Sep.-Abdr. aus diesem Archiv 1863 S. 246) einen Fall von mehrfachem Hirn-

tumor (nach Virchow) mit den kurzwegs etwa als Moral Insanity zu bezeichnenden Erscheinungen und deutlicher Krankheitseinsicht

,vollkommenes Bewusstsein von seiner Krankheit, deren Heilung in der Anstalt er im Auge hatte“; (S. 247) „konnte er seine Handlungen nicht ableugnen, so erklärte er ganz einfach, dass darin seine Krankheit bestände, dass er gezwungen sie zu begehen“.

Neben den bisher erwähnten psychischen Erscheinungen manifestiert sich das Krankheitsgefühl bei schweren Hirnaffectionen durch eine Reihe der verschiedenartigsten somatischen Erscheinungen, auf die jedoch hier nicht speciell einzugehen ist, nur sei erwähnt, dass diese letzteren mit sehr präziser Localisation bis in ein sehr spätes Stadium von Demenz mitgenommen werden.

Mit Rücksicht auf die somatische Basis des Krankheitsgefühls trifft es auch zu, wenn Mendel (in seiner Monographie der Paralyse 1880. S. 279) unter den differential-diagnostischen Merkmalen der Herderkrankungen des Gehirns gegenüber der progressiven Paralyse das stärkere Krankheitsgefühl bei jenen aufführt.

Zu gedenken wäre hier noch der syphilitischen Psychosen; sie verhalten sich hinsichtlich des Krankheitsbewusstseins nicht anders als die entsprechenden Formen der nicht syphilitischen Psychosen; so findet sich ausgesprochenes Krankheitsbewusstsein in einem von Fournier (*La syphilis du cerveau* 1879. p. 309) mitgetheilten Falle von syphilitischer Manie;

„le malade ressent d'abord une inaptitude singulière au travail, dont il s'inquiète, dont il se plaint à maintes reprises“,

(Es ist nicht unwichtig zu erwähnen, dass in diesem, durch antisyphilitische Behandlung geheilten Falle von psychiatrischer Seite die Diagnose Paralyse gestellt worden war.)

Den Geistesstörungen in Folge von schweren Hirnaffectionen schliesst sich enge das traumatische Irresein an; die erste hierher gehörige Beobachtung eines solchen mit Krankheitsbewusstsein gehört wohl Ernest Platner an, der (in seinen *Quaestiones med. for. ed. Choulant* 1824. p. 19) von einer Frau berichtet, dass sie von ihrem Manne so heftig auf den Kopf geschlagen worden sei, dass sie

„saepenumero, acceptis verberibus, attonita concidebat mentisque aliquamdiu post ita non erat compos ut . . . nonnulla etiam stulte faceret . . . Et ipsa quoque mentis perturbationem vel imbecillitatem in se persentiebat.“

Aus der neueren Zeit findet sich ein Fall, berichtet von Bucknill and Tuke (Manual. 4. ed. p. 311):

„He (der Kranke) however said he was never the same man after the acci-

dent and that he had lost his nerve and he himself felt satisfied that the Asylum was the right place for him“.

Wir selbst endlich haben in einer speciell der hier urgirten Erscheinung beim traumatischen Irresein gewidmeten durch Fälle belegten Arbeit den Gegenstand ausführlicher besprochen. (Prager med. Wochenschr. 1879.) Das Facit, zu welchem wir auf Grund einer Reihe von Erwägungen kamen, war die Hypothese, dass es sich um den partiellen Ausfall cerebraler Apparate handle, die jedoch erst durch den anatomischen Nachweis eines solchen Ausfalls zu controlliren wäre*). Reinhard erwähnt bei Gelegenheit des unten citirten Referates einen gleichen Fall gesehen zu haben.

Ebdort haben wir schon erwähnt, dass Moreau eine Reihe von Intoxicationsen den besprochenen Formen von Demenz anreihet, und in der That lässt sich zeigen, dass mehrere derselben die Erscheinung des Krankheitsbewusstseins mehr oder weniger deutlich aufweisen. Für den Alkoholismus liegt eine solche Beobachtung von einem der ersten Autoren über denselben vor; Barkhausen (Beob. über d. Säuferwahnsinn. 1828. S. 24) sagt, er habe nur einen Kranken beobachtet, der während der ganzen Dauer seiner Krankheit sich der Unwirklichkeit seiner Phantasien bewusst war; er hat offenbar seinen Fall 3 im Auge, in welchem es bei Erwähnung der Thier-hallucinationen heisst (l. c. S. 133 ff.):

„Er wisse aber wohl, dass nur er sie sehe, und dass es Trugbilder seien; dasselbe sagte er von seinen übrigen Phantasmen, Krankheitsgefühlen und sonstigen Producten seiner aufgeregten Einbildungskraft und so ging es mit hundert andern Dingen, weshalb er ganz ruhig und vernünftig über seinen Zustand sprach und mich fragte, worin diese krankhaften Erscheinungen ihren Grund hätten“.

Diesem Fall stellen wir aus der neuesten Zeit denjenigen Sander's gegenüber (Psychiatr. Centralbl. Aug. und Sept. 1877. S. 77 und 98, endlich 102, wo der Kranke sagt: „Mente captus sum“**).

*) Es sei gestattet bei dieser Gelegenheit einen Irrthum zu berichtigten, der in einem Referate Reinhardts über unsere Arbeit (Erlenmeyer's Centralblatt 1879. No. 23. S. 547) unterlaufen. Die uns zugeschriebene Ansicht von den Beziehungen des Dualismus der Hirnhemisphäre zur partiellen Demenz findet sich in unserer Arbeit nicht ausgesprochen, vielmehr haben wir nur auf diese Wigand Luys zukommenden Anschauungen als den unseren ganz ähnliche hingewiesen.

**) Als auffallend und unserer Ansicht nach den Thatsachen nicht entsprechend, sei die Angabe Billod's angeführt (Des mal. ment. 1882. I. p. 498), der das Krankheitsbewusstsein als regelmässig vorhanden bei der auf Alcoholismus basirten Geistesstörung hinstellt.

Als sehr charakteristisch bezüglich des Auftretens des Krankheitsbewusstseins sei Berthier's Fall (Arch. clin. d. mal. ment. 1861 p. 195) erwähnt: es handelt sich um einen Säufer, der durch lange Zeit B.'s Rath, sich im Trinken zu mässigen, zurückgewiesen, dann aber ihn selbst zu sich lud:

„Il faut que vous m'examiniez . . . car cette fois je suis malade, je ne dors plus, j'entends des voix, ma vue se trouble, ma main refuse d'écrire“.

Einen Tag später muss der Kranke wegen eines Tobsuchtsanfalls zur Anstalt gebracht werden; als B. ihn an diesem Tage dort sieht, sagt der Kranke:

„conservant encore conscience de son situation présente: Eh bien! docteur . . . ça y est bien cette fois“.

Am folgenden Tage stirbt er im Coma. Bemerkenswerth ist auch ein neuestens von Baillarger (Ann. med.-psych. 1881. I. p. 434) mitgetheilter Fall, wo ein schon mehrfach von Delirium tremens befallener Mann zufällig die Beobachtung macht, dass auf eine tüchtige Dosis von vin de coloquinte die Hallucinationen sehr bald schwinden, und nun jedesmal, wenn er das Herannahen des Anfalles merkt, zu diesem Mittel seine Zuflucht nimmt. — Vergl. übrigens die mit der hier dargelegten übereinstimmende Angabe Lasègue's De l'alcoolisme chronique etc. Arch. gén. de med. 1853. t. I. sowie die den letzteren citirenden Voisin und Burlureaux. De la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie gén. 1880. p. 217 und 218.

In nahezu regelmässiger Weise tritt das Krankheitsbewusstsein, wenn man es hier so nennen darf, in der Intoxication durch Haschisch hervor; der erste, der darüber berichtet, ist der Reisende Kämpfer (Nach D. Fischer, Der Somnambulismus. 1839. 1. Bd. S. 170), indem er erzählt, der Genuss des Haschisch habe zur Folge, dass das Bewusstsein nicht verschwinde, sondern dass eine visionäre Tollheit neben der Vernunft, die zusieht, aber keinen Einhalt thun kann, stattfinde. Das Bewusstsein, dass man irre sieht und irre redet, ist da und doch kann man es nicht ändern und nicht lassen. Später hat bekanntlich Moreau (de Tours) die Wirkungen des Haschisch eingehend studirt und sowohl in seinem Traité du haschisch. 1845 als auch später (Union médicale 1857) als den Hauptcharakter der Haschisch-Intoxication hingestellt

„conscience parfaite que conserve la personne qui en est pris, du délire qui s'empare d'elle sans jamais la dominer d'une manière absolue“.

Seine Angaben wurden von zahlreichen Autoren bestätigt (Billod, Macario u. A.) — Nicht selten scheint ausgesprochenes Krankheitsgefühl beim Ergotismus zu sein; Siemens (Dieses Archiv XI. S. 111)

erzählt, dass viele darunter, kräftige, junge Leute zum Arzt kamen und baten, ihnen zu helfen „da es ihnen so im Kopfe sei, als sollten sie jeden Augenblick den Verstand verlieren“. Vergl. auch seinen Fall VI. (l. c. S. 372)*).

Etwas Analoges wie für die Intoxication mit Haschisch wird auch in einem Falle von Vergiftung mit Belladonna berichtet; Delasiauve (Journ. de med. ment. 1863. III. p. 219) sagt von der Kranken:

„elle aperçoit toutes sortes de fantômes, entre autres des gens armés qui la menacent. La conscience ne l'a point abandonnée et elle ne cède que momentanément aux illusions et aux entraînements“.

(Vergl. auch das Anfangsstadium in dem von Kowalewsky mitgetheilten Falle von Atropinvergiftung; Zeitschr. f. Psych. 1879.)

Als formell, wenn auch vielleicht nicht pathogenetisch hierher gehörig sei kurz erwähnt die Hydrophobie mit ihren bekannten Erscheinungen; schon van Swieten (Com. in Aphor. Boerhave T. III. p. 559) berichtet, dass Einzelne ihre Freunde bitten, sich zu entfernen, weil sie sie wider ihren Willen würden beißen müssen. Zum Schlusse ist endlich noch der von Moreau (de Tours) dem Jüngerentretenen Anschauung zu gedenken, der (Des troubles intellect. due à l'intoxication lente par le gaz oxyde de carbone 1879 p. 4 u. 69) als einen der Charaktere der von ihm beschriebenen Folie des cui-siniers (seines Vaters) hinstellt

„une sorte de vague qui enveloppe toutes les pensées d'indécision, de pénible incertitude (obtusion intellectuelle, pseudo-monomanie de M. Delasiauve)“.—

Wie im Incubationsstadium der Psychosen das Auftreten des Krankheitsbewusstseins eine der charakteristischesten Erscheinung ist, so gilt das Gleiche für die Wiederkehr desselben bei beginnender Convalescenz. Für die frühe Kenntniss dieses Umstandes wird eine Stelle aus dem Aretaeus angeführt:

„Quod si morbus remittere jam incipiat, segnes inquieti, moesti fiunt, quia jam in notitiam mali venientes, calamitate sua affliguntur“. (De caus. et acut. et diuturn. morb. Lib. I. c. VI.)**)

Es ist schon bei der Besprechung der einzelnen Formen von Geistesstörung das Auftreten des Krankheitsbewusstsein mit der beginnenden Convalescenz hervorgehoben worden, dass es in der That

*) Nachträgliche Bemerkung bei der Correctur. Tuczek (Dieses Archiv XIII. S. 123) sagt sogar, es sei immer deutliches, oft schweres Krankheitsgefühl vorhanden.

**) In der mir zur Verfügung stehenden Ausgabe Vindobonae MDCCXC ist die Stelle nicht zu finden.

eine der ersten Erscheinungen derselben ist; doch aber ist man in der Verallgemeinerung dieser Thatsache zu weit gegangen und Willis (Ueber Geisteszerrüttung. Deutsch von Amelung. 1826. S. 91) behauptet gewiss zu viel wenn er sagt:

„Keiner aber kann als gesund angesehen werden, bis dass er freiwillig seine Verirrungen bekennt“. (Auch Oegg „Die Behandlung der Irren im Juliusspitale zu Würzburg“. 1829. S. 81, verfällt in diesen Irrthum).

Im Allgemeinen lässt sich nur behaupten, dass die Formen mit allmäligem Eintritte der Reconvalescenz häufiger Krankheitsbewusstsein zeigen, bei den mit rasch eintretendem Abfalle der Krankheitserscheinungen ist es im Ganzen seltener; einen Fall der letzteren Art theilt Dagonet (Traité 1862. p. 298) mit; es handelt sich um einen Fall von Puerperalmanie;

„le treizième jour . . . l'agitation paraît tombée. Mad. P. nous dit qu'elle se sent faible, qu'elle sait bien que sa tête était malade. A partir de ce moment le mieux continue“.

Zu den Fällen der letzteren Art gehören auch die Reflexpsychosen, unter denen namentlich die Fälle Koeppe's (Archiv für klin. Med. XIII. Bd.) in charakteristischer Weise die hier besprochene Erscheinung zeigen; in der ersten Beobachtung sagt der Kranke unmittelbar nach der Excision der Narbe: „Ich fühle . . . den Kopf ganz frei, ich glaube, jetzt bin ich gesund“.

Dem Auftreten des Krankheitsbewusstseins in der Reconvalescenz reihen wir jene höchst eigenthümliche vielfach beobachtete Erscheinung der Besserung vor dem herannahenden Tode an; es ist eine schon im Alterthume beobachtete und viel besprochene Erscheinung, dass zuweilen Sterbende in den letzten Augenblicken eine früher an ihnen nicht zur Beobachtung gekommene Erhabenheit des Denkens und Fühlens zeigen; als das Analogon aus der Psychopathologie kann man jene eigenthümliche Erscheinung hinstellen; diese Besserung vor dem Tode kommt bei den verschiedensten Formen von Geistesstörung, auch den unheilbaren vor*). Die Klarheit, welche die Kranken während dieser oft bis zu einem Tage andauernden Periode erlangen, äussert sich nun nach unseren Beobachtungen selbst bei solchen, welche bis dahin die hochgradigste Verwirrtheit gezeigt, in der Mehrzahl der Fälle in der durch keinen Zuspruch zu erschütternden Voraussicht des nahenden Todes, zum Theil aber auch durch völlig klare Einsicht in die

*) Griesinger (Path. und Therapie 1861. p. 114) irrt, wie wir auf Grund eigener Erfahrungen behaupten können, wenn er behauptet, dass die erwähnte Erscheinung nie bei Verrücktheit oder Blödsinn vorkommt.

vorangegangene Krankheit, so dass man auch hier von einem retrospektiven Krankheitsbewusstsein sprechen kann; im Allgemeinen scheint es sich um Krankheitseinsicht zu handeln, in einzelnen Fällen kommen aber auch Aeusserungen von Krankheitsgefühl vor; so in einem von Bariod mitgetheilten Falle (Morel. Traité. 1860. p. 764). Als pathogenetisch der eben angeführten Erscheinung nahestehend ist noch der Fälle zu gedenken, wo vorhandene Psychosen durch intercurrente, meist fieberhafte Affectionen entweder dauernd oder vorübergehend günstig beeinflusst werden; auch hier tritt zuweilen mit der Besse rung ein, wenn auch nur vorübergehendes, mehr oder weniger dunkles Krankheitsbewusstsein auf.

Am Schlusse des Thatsächlichen angelangt, hätten wir noch einer Analogie des hier besprochenen Gegenstandes zu gedenken. Wie vielfach, auch von Kant, die Geistesstörung mit dem Traume analogisiert wurde, so findet sich auch eine schon von Nasse (Zeitschr. für Anthropol. 1825. 1. Heft. S. 3) herangezogene Analogie mit unserem Gegenstande, nämlich jene Traumzustände, in denen wir uns, wenn auch nur dunkel, bewusst sind, dass die Personen, die zu uns sprechen, Erzeugnisse unserer Phantasie sind, oder wie Lotze (Medic. Psychoologie 1852. S. 621) sagt, jene Traumzustände, in denen wir uns dunkel bewusst sind, zu träumen.

Wir haben im Vorangehenden das Vorhandensein des Krankheits bewusstseins*) bei den verschiedensten Formen, in so verschieden artigen Phasen derselben kennen gelernt, dass wir es nicht für möglich halten, diesem einen Symptome irgend eine allgemeine prognostische Bedeutung zu vindiciren; keinesfalls scheint es uns aber berechtigt, die Erscheinung im Allgemeinen als von günstiger Bedeutung hinzustellen, wie dies Luys, Jakobi, Billod und letztlich noch Müller (Zeitschr. f. Psych. 37. Bd. S. 233) thun**); zum Beweise dafür sei nur hingewiesen auf die ungünstige Prognose der mit Krankheitsbewusstsein verbundenen intermittirenden Formen periodischer Geistesstörung im Gegensatze zu der günstigeren bei den remittirenden, denen das Krankheitsbewusstsein fehlt. (Falret, Des mal. ment. 1864. p. 460.)

*) Eine irgend wie zuverlässige Angabe über die Häufigkeit des Vorkommens desselben lässt sich unserer Ansicht nach nicht geben; der Satz von 3 pCt., den Billod (Des mal. ment. 1882. I. p. 497) offenbar auf Grund von Anstaltsbeobachtungen giebt, bleibt gewiss weit hinter der Wirklichkeit zurück.

**) Noch weniger trifft Fournet's (l. c. S. 44) auf rein psychologischer Basis beruhende Anschauung zu.

Es ist begreiflich, dass eine so eigenthümliche Erscheinung wie das Krankheitsbewusstsein, das namentlich in Zuständen von Zwangsvorstellungen und Aehnlichem in einer dem Kranken so auffälligen Weise hervortritt, schon früh den Erklärungstrieb der Kranken sowohl wie der Forscher herausforderte. Der Erste, der anknüpfend an die Duplicität der Hirnhemisphären versuchte, sich eine Erklärung zurecht zu legen, ist der schon von Gall citirte Joh. Jak. Möser, der (Lebensgeschichte. 3. Th. S. 6) erzählt:

„Ich hatte einen apoplectischen curiösen Anfall; das halbe Gehirn linker Seite des Kopfes phantasirte wie im hitzigen Fieber und mit dem andern halben Kopfe konnte ich vernünftig denken, auch die Phantasien des andern halben Theiles deutlich bemerken und beurtheilen. Dies verlor sich in ein Paar Stunden wieder“.

Gall natürlich erblickte in diesen Erscheinungen nur eine Bestätigung seiner Localisationsversuche und schon in seinem ersten Werke (Philosophisch-med. Untersuchungen über Natur und Kunst im gesunden und kranken Zustande. Wien 1791. S. 51) polemisirt er, an Moser's Selbstbeobachtung anknüpfend, gegen einige Physiologen (welche?), die behaupten, dies sei eher eine theilweise Verrücktheit als eine Verrücktheit einer ganzen Hälfte des Gehirns; seine für die letztere Anschauung in's Feld geführten Gründe sind einerseits die Beobachtung des geringeren Volumens der als geistig schwächer in einem gleichen Falle angegebenen Schädelhälfte, andererseits die Erfahrungen der pathologischen Anatomie über die verschiedenartigen bloss eine Hirnhälfte betreffenden Läsionen, wie Hämorrhagien etc.

„Da also der Zustand des Gehirns in den beiden Hemisphären ganz verschieden sein kann, so muss diese Verschiedenheit sich auch auf die Verrichtungen dieser erstrecken“.

Später berichtete Gall, offenbar von derselben Erklärung ausgehend, in seinen Vorlesungen, er habe einen Mann gekannt, der es sich bewusst war, dass er auf der einen Seite ein Narr, auf der andern sehr gescheut und klug sei. Wenn jene Seite, ohne dass er es hindern könnte, Dummheit zeigte, so ärgerte sich diese, ohne es jedoch verhüten zu können. Nach dem Tode habe man einen ganz widernatürlichen Zustand des Schädels und Gehirns auf der dummen Seite gefunden. (S. bei Heiland, Darstellung des Verhältnisses zwischen rechter und linker Hälfte des Körpers. Nürnberg 1807. S. 110). In seinen späteren Schriften (S. Vollständige Geisteskunde. Freie Uebersetzung der 6 Bände von Gall's Organologie. 1833. S. 57) hält er an der früher geäusserten Anschauung fest (an der citirten Stelle finden sich sogar dieselben Worte) und giebt zur Ergänzung noch

drei Fälle, von denen der eine bemerkenswerth, da es sich um einen Fall von Heilung handelt:

„In Paris heilte ich eine junge Dame, die mir oft ihre Vorahnung mittheilte, einmal in Aberwitz auf einer Seite des Kopfes zu versallen, weil sie bemerkte, dass ihr Ideengang auf dieser Seite anders sei als auf der anderen“.

Ein zeitlich hierher zustellender Erklärungsversuch ist derjenige Nasse's (Zeitschr. f. Anthropol. 1825. 1. Heft. S. 5), der eine somatische Erklärung für die Erscheinung giebt; einmal stelle sich der mit Hülfe des Gehirns denkenden Seele ihr mit Beziehung auf die Brust- und Unterleibsthätigkeit vor sich gehendes Fühlen und Begreben entgegen, ein ander Mal Theile des Gehirns, die den Vorstellungen dienen, denjenigen, welche eine nähere Beziehung zu den willkürlichen Bewegungen haben können etc. Bemerkenswerth ist der letztere Passus, der deutlich an moderne Erklärungsversuche anklingt.

Zu erwähnen ist ferner, dass der anonyme Verfasser der „kritischen Darstellungen der Gall'schen Untersuchungen des Gehirn- und Schädelbaues von W—r.“ S. 46 schon die Beobachtung mittheilt, dass er bei Recovalescenten, wie er sagt, vom ansteckenden Typhus beobachtet, dass dieselben nur mit einer Hirnhälfte deliriren, mit der andern aber das Denken regelmässig verrichten und es sich deutlich bewusst sind, dass sie irre sprechen.

Dieselbe Beobachtung, an sich selbst gemacht, berichtet Friedreich (Handb. der allg. Path. der psychischen Krankh. 1839. S. 61); er steht ganz auf dem Boden der Gall'schen Lehre und wie er die Monomanie auf Grund der Annahme einer Vielfältigkeit der Gehirnorgane erklärt (l. c. S. 57), so auch, ohne irgend den Versuch eines Beweises zu machen, die Fälle von Geistesstörung mit Krankheitsbewusstsein aus der abnormen Function einer Grosshirnhemisphäre bei normaler Action der andern (S. 61); dabei begeht er den auch von Andern später begangenen Fehler, einen Fall von halbseitiger (wahrscheinlich auch sensibler) Lähmung mit daran anknüpfender Wahnidee von der Duplicität der Person hierher zu beziehen. Er geht aber noch weiter, indem er die Thatsache des halbseitig begründeten psychischen Erkrankens für so feststehend ansieht, dass sie ihm als Beweisstück dafür dient, dass der primitive Grund jeder psychischen Krankheit in einer somatischen, materiellen Abnormalität liege (l. c. S. 31)*).

*) Schon in seiner historisch-kritischen Darstellung der Theorien etc. 1836. S. 174 ff. steht Fr. auf demselben Standpunkte, ja selbst die analoge

In England ist es Holland (Med. Notes and Reflections 1840. 2 ed. Chapter XII. p. 172 ff.), der zur Erklärung der in Rede stehenden Erscheinungen auf die Duplicität der Hemisphären recurrit; obzwar er den Gegenstand für dunkel und den Beweis für schwierig zu erbringen erklärt, hält er es für mehr als wahrscheinlich, dass incongruentes Functioniren der Grosshirnhemisphären einzelne Formen von Seelenstörung bedingen könnte; insbesondere die in gewissen Zuständen von Geistesstörung und Hysterie vorkommende Erscheinung der

„two minds; one tending to correct by more just perceptions, feelings and volitions the aberration of the other“.

Griesinger, der selbst einen Fall erwähnt, wo der ziemlich klare Kranke angab, er fühle sehr wohl, dass er nur auf einer Seite des Kopfes verwirrt sei, ist jedoch schon in der ersten Auflage seines Lehrbuchs nicht geneigt, solchen Fällen (er bezieht sich auf die gleichartigen Friedreich's) eine grosse Bedeutung beizulegen.

Ziemlich gleichzeitig bearbeitete Wigan (The duality of the Mind 1844) Holland's Ideen in breiterer Weise; auf S. 26 seines Werkes will er beweisen,

„that a lesser degree of discrepancy between the functions of the two cerebra constitutes the state of conscious delusion“,

und im 17. Capitel ist er namentlich bemüht, die Fälle von krankhaften Impulsen neben erhaltenem Krankheitsbewusstsein durch seine Theorie zu erklären. Doch auch dieser sowie einer zweiten Arbeit Holland's (On the brain as a double organ. Chapters on mental physiology 2. ed. 1858. p. 179 ff. *)), endlich dem späteren, bekanntlich auf Hirnwägungen basirten Versuche Follet's gegenüber betont Griesinger in der 2. Auflage seines Lehrbuchs (S. 24) die ungenügende empirische Begründung und hält an seinem ersten Aussprache fest.

Von psychologischer Seite her ist es Lotze, der in seiner medicinischen Psychologie (1852. S. 620) die Erklärung des sogenannten doppelten Bewusstseins aus der Duplicität der Hirnhemisphären zurückweisend sagt, dass die Zwiespältigkeit des Denkens auch ohne diese körperliche Ursache entstehen könne.

Erscheinung aus dem Traumleben möchte er aus einer incongruenten Thätigkeit der beiden Hirnhälften erklären. (Vergl. auch seine „allg. Diagnostik der psychischen Krankheiten“. 2. Aufl. 1832. p. 368 ff.)

*) Da uns das genannte Werk Holland's nicht vorliegt, sind wir nicht in der Lage zu entscheiden, ob H. in demselben die gleichen Anschauungen wie an der erstcitierten Stelle entwickelt.

„Nicht jeder Kampf der Ueberlegung und des sittlichen Zweifels wird von den Hemisphären gegen einander geführt“; dann an die oben erwähnte Analogie zwischen Krankheitsbewusstsein und bewussten Traumzuständen anknüpfend, sagt er (S. 621):

„So ist es denn um nichts auffälliger, dass auch Irre ihres Wahns inne werden, indem die Mehrzahl ihrer Erinnerungen und ihrer Kenntnisse gegen die falschen aufstrebenden Gedanken ankämpft.“

Gesondert ist noch zu gedenken eines Erklärungsversuches von Parchappe (*Traité theor. et prat. de la folie. Obs. partic. et docum. nécroscop.* 1841. p. 1—4. Fall 1—3) für die von uns hierher bezogene Erscheinung der Besserung vor dem Tode; er verwerthet dafür das Fehlen jedes gröberen pathologischen Befundes, aber einerseits sprechen dagegen unsere oben erwähnten diesbezüglichen auch zur Section gekommenen Beobachtungen, andererseits die Beobachtungen über hochgradige Remissionen in der progressiven Paralyse, denen doch gleichfalls kein Rückgang der Hirnveränderungen zu Grunde liegt.

In neuester Zeit hat Luys die alte auf die Duplicität der Hirnhemisphären sich gründende Lehre wieder aufgenommen und sucht dieselbe auf die neuen Forschungen in der Gehirn-Anatomie und Physiologie zu stützen.

Zuerst hat er seine diesbezüglichen Anschauungen weitläufiger auseinandersetzt in der im *Bullet. de l'acad. de méd.* 1879 veröffentlichten Arbeit (*Et sur le dédoublement des opérations cérébrales et sur le rôle isolé de chaque hémisphère dans les phénomènes de la pathologie mentale.*) Dort (S. 27) stellte er direct die Läsion einer Grosshirnhälfte bei Intactheit der andern als Ursache einer Reihe von hierher gehörigen psychischen Erscheinungen auf, bezüglich deren er sich folgendermassen äussert:

„C'est en raison de ce désaccord intime que les malades déséquilibrés si on peut ainsi dire expriment leur manière d'être: — ils sentent que leur tête se perd, qu'ils deviennent fous; — que des voix les incitent dans telle et telle direction mauvaise; — qu'ils sont envahis par des pensées malsaines qu'ils reprouent; — qu'ils sont le théâtre d'une lutte incessante, dont ils ne peuvent plus arrêter la marche envahissante.“

Diese Anschauungen hat Luys auch in sein neues Lehrbuch (*Traité* 1881. p. 208) vollholtlich hinüber genommen. Er stützt dieselben einerseits auf die grösseren und auch umgekehrten Gewichtsdifferenzen der Grosshirnhemisphären bei Geisteskranken*), anderer-

*) Man vergleiche dagegen die Resultate Crichton Browne's (*Brain* 1879. April-Heft. p. 44) „in a large majority of persons, sane and insane, the right cerebral hemisphere is slightly heavier than the left one“.

seits auf die einseitige Vergrösserung bestimmter Grosshirnabschnitte und zwar speciell des Lobulus paracentralis bei den von ihm sogenannten *hallucinés et hypochondriaques lucides**).

Das Urtheil Griesinger's über die Vorläufer Luys' scheint uns auch bezüglich des letzteren, wenigstens was die empirische Begründung betrifft, noch immer am Platze**).

Unserer eigenen Hypothese bezüglich der partiellen Demenz nach Hirntraumen haben wir schon früher gedacht; ob dieselbe sich im Allgemeinen auf die Erscheinung des Krankheitsbewusstseins bei den Psychosen ausdehnen lässt, wird Sache der grösseren oder geringeren Geneigtheit des Einzelnen sein, sich eine Reihe gleicher Erscheinungen durch eine allen gerechtwerdende Hypothese zurecht zu legen; wir glauben jedenfalls unserer auf Annahme partieller Läsionen in einer oder beiden Hemisphären basirten Hypothese zum wenigsten ebenso viele empirische Begründung (das Ausführlichere siehe in der oben citirten Arbeit) zusprechen zu dürfen, als der auf die Incongruenz der Hemisphärenleistungen gestützten.

Zum Schlusse seien noch ein Paar allgemein-pathologische Bemerkungen über das Krankheitsbewusstsein angehängt. Griesinger, der erste, der den Gegenstand unserer Arbeit allgemein-pathologisch berücksichtigt, behandelt denselben unter den sensitiven Elementarstörungen als allgemeines Krankheitsgefühl im Gegensatze zur Amoënomanie des Maniacus, und als Unterstufe desjenigen Krankheitsgefühls, welches die Grundlage der hypochondrischen Zustände bildet. Allein wie wir im klinischen Theile gesehen, handelt es sich bei einzelnen Formen nicht um Krankheitsgefühl, sondern um Krankteinsicht, um einen auf dem Wege des Denkprocesses zu Stande gekommenen Bewusstseinsvorgang; diese letztere aber spricht Griesinger (l. c. 1. Aufl. S. 48. 2. Aufl. S. 59) jeder ausgebildeten Geisteskrankheit ab. Die Wurzel seiner nicht zutreffenden Anschaunng liegt offenbar in seiner von Guislain und Zeller übernommenen Theorie von der Prominenz der Affecte in der Pathogenese der Psychosen. An der citirten Stelle setzt er dem Denken des Geisteskranken die Grillen, falschen Urtheile und thörichten Gedanken entgegen, die dem Gesun-

*) Nachträgliche Bemerkung bei der Correctur. Descourttes, ein Schüler Luys', hat neuestens des letzteren Standpunkt in seiner Dissertation (1882) dargestellt.

**) Doch sei hier gebührend hervorgehoben, dass der oben erwähnte, interessante Fall von Buch (l. c. S. 459) eine Reihe von halbseitigen Erscheinungen darbot.

den durch den Kopf gehen, und die derselbe, falls er nicht etwa im Affecte, ruhig zu bestätigen oder zu verwerfen vermag.

Unzweifelhaft hat Griesinger später seine Anschauungen geändert, ist er es doch, der im Jahre 1868 den berühmten Vortrag „über einen wenig bekannten psychopathischen Zustand“ hielt und in demselben zuerst die Basis für die Lehre von den Zwangsvorstellungen, wie sie sich in Deutschland entwickelt, legte; wir müssen es im historischen Interesse bedauern, dass die Ausführungen, die Gr. an seinen Vortrag knüpfte, in der Veröffentlichung fortgefallen sind.

Emminghaus (Allgem. Psychopathologie. 1878. S. 11) spricht gleichfalls nur von Krankheitsgefühl, v. Krafft-Ebing (Lehrb. der Psychiatrie I. 1879. S. 82ff.) subsumiert das Krankheitsgefühl unter die Elementarstörungen des Bewusstseins.

Unsere eigenen Anschauungen sind zum Theil schon gekennzeichnet durch die strengere Sonderung, welche wir den bisher von den Autoren häufig promiscue gebrauchten Ausdrücken haben zu Theil werden lassen. Diese Sonderung dürfte vor Allem den Vortheil mit sich führen, dass die dabei in Scene gehenden Bewusstseinsvorgänge etwas klarer gelegt werden (cf. dagegen Fournet l. c. p. 19).

Das Krankheitsbewusstsein als Allgemeinbezeichnung für die Gesamtheit der in Frage stehenden Erscheinungen zerfällt in Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht. Die letztere steht streng genommen in keinem reinen Gegensatz zum Krankheitsgefühl und dessen Folgeerscheinungen, denn auch dieses letztere wird, falls noch ein gewisser Grad von Besonnenheit vorhanden, zu mehr oder minder klarer Krankheitseinsicht führen; der letztere Ausdruck wurde aber speciell für jene Form von Krankheitsbewusstsein gewählt mit vorwaltend räsonnirender Genese im Gegensatze zu den Gefühlsvorgängen, welche die Wurzel des Krankheitsgefühls bilden.

Das Krankheitsgefühl ist zu subsumiren unter die Abnormitäten des Gemeingefühls*), wir müssen uns demnach, so weit dieses letztere dabei in Betracht kommt, etwas näher damit beschäftigen. Fassen wir dieses mit Lotze und Wundt als Resultante aus den Empfindungen der innern Theile auf, so kommen hier zunächst in Frage die

*) Schon Reil selbst (Gesammelte physiol. Schriften grossentheils aus dem Lateinischen übersetzt und herausgegeben von einer Gesellschaft angehender Aerzte. 1. Bd. 1811. S. 307) setzt dem Gemeingefühl des gesunden Körpers als einer Art Wohlempfindung, für den kranken Zustand das Krankheitsgefühl entgegen. Und S. 310 sagt er: „So lange die Bewegungen in den Nerven und im Seelenorgan mit ihrer eigenen Structur in Harmonie sind, wird die Seele angenehm, im entgegengesetzten Falle unangenehm afficirt.“

vom Nervensystem und speciell vom Centralnervensystem ausgehenden Empfindungen. Bezuglich des Gehirns*) liegen nur vereinzelte Angaben vor; Stricker (Vorlesungen über allg. und exper. Path. III. 1879. S. 478ff.) zählt das Gehirn unter denjenigen Organen auf, von welchen wir keine „Organgefühle“ erhalten, doch aber nimmt er an, dass wir von dem die Vorstellungen vermittelnden Theile desselben gewisse „Gefühle“ erhalten, und in seinen Studien über die Sprachvorstellungen 1880 S. 102 geht er noch weiter, indem er die Behauptung aufstellt, dass sich mit den Laut- und Wortvorstellungen ein Localgefühl in der linken Stirnscheitelregion, bei einzelnen Menschen in der rechten, verbinde**). Reil selbst erwähnt (l. c. S. 326) das Gehirn nicht bei denjenigen Organen, denen Gemeingefühl im normalen Zustande zukommt, die harte Hirnhaut dagegen zählt er unter denjenigen Theilen auf, welche wenig Gefühl im gesunden Zustande haben. Dagegen sagt er (l. c. S. 328):

„Das Gehirn selbst und die Nerven, welche sich in den Sinnesorganen ausbreiten, bringen Phänomene hervor, welche man zum Gemeingefühl rechnen muss, da sie nämlich, wenn sie von einer Krankheit ergriffen sind, . . . Erscheinungen zeigen, welche von dem Charakter der Sinnesvorstellungen nichts an sich tragen.“.

Das letztere ist nun in der That allgemein bestätigt; der prämonitorische Kopfschmerz, die verschiedenen Schwund- oder Erweiterungsgefühle, welche die Kranken angeben und zahlreiche andere Erscheinungen im Beginne und Verlaufe der Psychosen gehören hierher; aber auch für das intermediäre Gebiet der Affecte existiren einzelne Erscheinungen, die von hervorragenden Autoren den vorangeführten angereiht werden; so sagt Griesinger (l. c. 2. Aufl. S. 26) er könne einen beweisenden Fall dafür anführen, dass, allerdings selten, starke und rasche Änderungen im Vorstellungsleben von fühlbaren Vorgängen im Kopfe begleitet sind, von Sensationen, wie wenn sich etwas im Kopfe öffnete oder schlösse, ein leichter Ruck in ihm eintrete, wie wenn sich Wolken verzögern oder herüberlagerten etc.; Griesinger glaubt, dass es sich um Veränderungen in den Hirn-

*) Zur Vermeidung von Missverständnissen sei speciell hier angemerkt, dass wir hier diese Bezeichnung für den ganzen Schädelinhalt setzen, da man gegenwärtig kaum in der Lage ist, die verschiedenen den Schädel ausfüllenden Organe etc. nach ihren Organempfindungen zu sondern.

**) Es ist nicht der Ort, näher auf diesen Gegenstand einzugehen, doch aber mag der Vermuthung hier Raum gegeben sein, ob es sich hier nicht um ein physiologisches Analogon der hypochondrischen Sensationen handle, die den Irrenärzten so häufig zur Beobachtung kommen.

häuten, der Cerebrospinalflüssigkeit oder dergl. handle. Es bilden diese Erscheinungen den Uebergang zu jenen auch von Gr. erwähnten Fällen von allerdings seltener Heilung*) (vergl. Guislain, Leç. or. 1852. I. p. 178), wo die Kranken, gleichsam aus dem Schlafwachend, das Gefühl des Befreitseins haben, als wenn sich etwas im Kopfe geöffnet hätte, ein Vorhang verschwunden wäre etc. Mit Bezug auf unser Thema ist es von Wichtigkeit, dass Westphal (Ueber Zwangsvorstellungen, Sep.-Abdr. 1877. S. 17) das Gleiche von einem Falle von Zwangsvorstellungen berichtet.

Für eine Reihe von scheinbar peripher zu localisirenden Zuständen werden wir endlich der Hypothese Mendel's (Artikel „Melancholie“ der Realencyklopädie von Eulenburg VIII. S. 670) zustimmen dürfen, dass die die Centralstationen der Organempfindungen bildenden Centren im Gehirn**) selbstständig erkranken und dem Bewusstsein nach dem Gesetze der peripheren Projection abnorme Zustände in den peripheren Organen vorführen.

In wie weit auch Organempfindungen von den übrigen Theilen des Nervensystems in das Krankheitsgefühl der Geisteskranken eingehen, darüber kann man sich kaum Vermuthungen hingeben; dass auch die Empfindungen der übrigen Organe dabei in Frage kommen, darf als wahrscheinlich hingestellt werden***), da es mehr als wahrscheinlich ist, dass in den psychischen Tonus auch die verschiedenen Organempfindungen eingehen.

Das Krankheitsbewusstsein in den verschiedenen Formen von Geistesstörung an der Hand der vorangeführten Anschauungen nochmals durchzusprechen, erscheint überflüssig: es wird genügen, einzelne derselben herauszuheben.

Bei dem Krankheitsbewusstsein der Hereditarier, der angeboren Schwachsinnigen handelt es sich offenbar um eine Erscheinung, welche dem psychischen Tonus an die Seite zu stellen ist; bei den letzteren jedoch nicht in allen Fällen, nicht selten spielen vielmehr bei diesen äussere Verhältnisse, Schulbesuch eine wichtige Rolle; der letztere wird namentlich dann zur Einsicht in die eigene zu Tage tretende geistige Unzulänglichkeit, wenn die Gemüthsseite des Betreffenden in-

*) Vgl. auch die früher erwähnten Beobachtungen über Reflexpsychosen; ferner Forbes Winslow. On the obscure diseases of the brain etc. 4. ed. p. 317 ff.

**) Vergl. hierzu Nothnagel's Durstzentrum. (Virchow's Archiv. 86. Bd. 3. Heft. S. 435.)

***) Vergl. Helmholtz, Die Thatsachen in der Wahrnehmung. 1879. Beilage I. S. 47.

tact ist und schmerzlich dadurch affiziert wird; hier haben wir es mit einem vorwiegend auf dem Wege des Denkprocesses zu Stande gekommenen Krankheitsbewusstsein zu thun, das wir oben im Gegen- satze zum Krankheitsgefühl als Krankheitseinsicht zu bezeichnen vor- geschlagen haben.

Aehnlich verhält es sich bei anderen Formen von Geistesstörung, so z. B. bei der hallucinatorischen Verrücktheit, wo gewiss, wenn nicht der ausschliessliche, so doch der überwiegende Anteil am Krankheitsbewusstsein Denkprocessen zukommt; am genauesten wissen wir dies für die Zwangsvorstellungen*) und Zwangsgefühle, während bei den Zwangshandlungen zum Theil auch wieder das Krankheitsgefühl in Frage kommt.

Wir haben früher erwähnt, dass das Krankheitsgefühl in weiterer Folge häufig zur Krankheitseinsicht führt, — um diesen Vorgang handelt es sich z. B. in der von uns sogenannten retrospectiven Krankheitseinsicht — andererseits ist gerade eine Form von Geistes- störung dadurch charakterisiert, dass das intensiv entwickelte Krank- heitsgefühl nicht diesen Weg nimmt; es ist die Hypochondrie.

Endlich hätten wir noch des von französischer Seite gemachten Versuches zu gedenken, die mit Erhaltung des Krankheitsbe- wusstseins einhergehenden geistigen Zwangszustände als eine eigene Gruppe der Folies avec conscience zusammenzufassen**); wir können dem nur insoweit zustimmen, als man sich immer vor Augen hält, dass, wie im klinischen Theile gezeigt, auch in der Mehrzahl der übrigen Psychosen Krankheitsbewusstsein mehr oder weniger episodisch vorkommt, und dass bei jenen mit der gewählten Bezeichnung das Krankheitsbewusstsein nur als eine der hervorstechendsten und con- stantesten Erscheinungen hervorgehoben werden soll.

Nachtrag.

Aus dem nach Absendung des letzten Correcturbogens erschienenen Inhaltsverzeichniss der Archives de neurologie No. 11 ersehe ich, dass dieses Heft eine Arbeit über Folie avec conscience von Marandon de Moutyel enthält.

*) Die Fälle verhalten sich nach dieser Richtung verschieden; bei einzelnen fehlt die sensible Grundlage ganz, bei anderen tritt sie jedoch immer in mässigem Grade hervor. Die secundären Zustände Angst etc. kommen hier nicht in Betracht.

**) Vergl. Wille, Dieses Archiv XII. S. 41 ff.