

Charakteristik, welche der Direktor der Schule von dem Verhalten des Kindes in der Schule und seiner sozialen Lage entwarf, endlich auf psychologischen Untersuchungen, welche einer der Untersucher unabhängig von dem Messenden machte. So interessant das Ergebnis ist, daß intelligentere Kinder größere und vor allem höhere Schädel haben, so wird doch von der ausführlichen Veröffentlichung zu erwarten sein, daß auch der Gesundheitszustand, die Ernährungsverhältnisse und die Wachstumsstufe der untersuchten Kinder berücksichtigt werden, für welche das Lebensalter einen nur sehr unvollkommenen Maßstab bildet. Der Leser wird ferner genauer zu erfahren wünschen, auf welcher Grundlage die überraschend einfache Einteilung der Kinder in intelligente und nicht intelligente möglich wurde, obgleich gerade bei jugendlichen Individuen die Variationsbreite auch in psychischen Dingen eine große ist. G. THILENIUS (Breslau).

A. MARGULIÉS. **Die primäre Bedeutung der Affekte im ersten Stadium der Paranoia.** *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 10 (4), 265—288. 1901.

Bekanntlich hat man in der Psychiatrie schon seit langem die Manie und Melancholie als Erkrankungen des Affekts der Paranoia als reiner Verstandeskrankheit gegenübergestellt. Diese Lehre war einleuchtend, didaktisch bestrickend, bequem, so daß es schon verständlich erscheint, daß sie sich weitverbreiteter und anhaltender Anerkennung erfreute.

Es ist aber auf der anderen Seite wohl nicht der reine Zufall, wenn in der letzten Zeit verschiedene Autoren, unabhängig voneinander, die Lehre bekämpfen, als ob es sich bei der Paranoia nur um eine Erkrankung im Gebiete der Vorstellungen handele und als ob bei ihrer Genese Affekte keine Rolle spielen.

Den theoretischen Erwägungen entspricht vielmehr die klinische Erfahrung, daß die ersten Störungen bei der Paranoia im Gebiete der Empfindungen und Gefühle liegen. Bei der relativen Einförmigkeit des Krankheitsbildes und des Verlaufs der Paranoia könnte man daran denken, daß ein bestimmter Affekt die Psychose auslöst, und man hat von verschiedenen Seiten diese Rolle dem Mißtrauen zugeschrieben. Hiermit stimmt aber die klinische Beobachtung nicht überein; diese lehrt vielmehr, daß im Beginn der Paranoia die verschiedensten Affekte auftreten. Nur frische Fälle können natürlich verwertet werden; bei älteren Fällen gewinnen die unter dem Einflusse der Affekte entstandenen falschen Vorstellungen die Bedeutung selbständiger Symptome, so daß die ursprünglichen Störungen auf affektivem Gebiete nicht mehr ermittelt werden können; sie treten zurück oder sie werden im Sinne der zur Zeit herrschenden Wahnrichtung umgedeutet und gefälscht.

Verf. konnte an der Hand seiner Beobachtungen ermitteln, daß das Gefühlsleben durch bestimmte Ereignisse heftig erschüttert wird; krankhaft war nur die Intensität und Dauer der gemüthlichen Reaktion, begründet durch die Charakteranlage, Neurasthenie, durch Alkoholmißbrauch etc. Den verschiedenen, so ausgelösten Affekten ist ein Zug gemeinsam, das ist der einer andauernden, unbestimmten Unruhe. Diese macht den Kranken

ratlos, läßt ihn nahendes Unheil ahnen. Der Kranke achtet aufmerksamer denn je auf Vorgänge der Außenwelt oder beobachtet eifriger seine eigenen Störungen, und je nachdem bilden sich krankhafte Eigenbeziehungen zur Außenwelt oder hypochondrische Vorstellungen. Im ersteren Falle entsteht bald ein fehlerhaftes Urteil, indem der Kranke seiner Umgebung ein nicht vorhandenes Interesse und Wissen zuschreibt, und damit hat sich schon sein Verhältnis zur Außenwelt verschoben. Es kommt dann zu fortschreitender Wahnbildung oder unter Nachlaß der krankhaften Affekte zu einer Korrektur der Wahnvorstellungen, zu einer Genesung, die nach Verf. gar nicht so selten ist, wie man vielfach annimmt. Meist freilich geht die Wahnbildung weiter und nimmt eine bestimmte Richtung ein. Der Affekt verliert den Charakter unbestimmter Unruhe und wird umgewertet in den der Angst oder des Mißtrauens. Die Paranoia mit Vorwiegen der Angst zeigt eine mehr phantastische Form, während unter dem Einfluß des Mißtrauens die Wahnbildung dauernd oder doch lange Zeit in gewissen logischen Grenzen bleibt. Auch jetzt noch, im Stadium des Verfolgungswahns, kann Heilung eintreten. Das ursprüngliche, den Affekt auslösende Ereignis tritt immer mehr an Bedeutung zurück. Ein allgemein gültiger Gesichtspunkt, der die Entwicklung der Größenideen erklärt, läßt sich nicht ermitteln.

ERNST SCHULTZE (Andernach).

F. TUCZEK. Geisteskrankheit und Irrenanstalten. Sechs gemeinverständliche Vorträge. Marburg, N. G. Elwert, 1902.

Nach Form und Inhalt für die weitesten Kreise bestimmte, recht empfehlenswerte Vorträge über das Wesen der Geistesstörung ihre Symptomatologie, rechtliche Bedeutung und Behandlung. ERNST SCHULTZE.

RAGNAR VOGT. Plethysmographische Untersuchungen bei Geisteskrankheiten. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie* (Nov.), 1902.

Die zahlreichen Pulsveränderungen, in denen sich die wechselnden seelischen Zustände abspiegeln, können als objektive Zeichen für diese Vorgänge nicht hoch genug angeschlagen werden.

Die Pulsfrequenz steigt unter der Einwirkung des Schreckes, überhaupt bei gemüthlicher Erregung. Ein Traumatiker hatte in der Ruhe 80—90, bei zornmüthiger Erregung 120—130 Pulsschläge; ähnliches gilt auch von der paranoiden Demenz, ohne daß Zeichen motorischer Erregung aufzutreten brauchen. Äußere Eindrücke erhöhen bei manischen Kranken leicht die Pulsfrequenz, ebenso oft die Verrichtung leichter körperlicher Arbeit bei dementen Kranken.

Genauere Untersuchungen ermöglicht der LEHMANNsche Plethysmograph, der eine praktische Modifikation des MOSSOSchen Apparates darstellt.

Die plethysmographischen Kurven zeichnen bekanntlich die Volumsveränderung des Armes auf; diese sind bedingt durch die Pulsschläge und die Respiration, indem das Armvolumen bei Inspiration sinkt, bei Expiration steigt. Daher bedarf es noch der Aufzeichnung der Atmungskurve mittels eines Pneumographen.

Steile spontane Senkungen der Kurve sind Folge von auftauchenden Wahrnehmungen oder Gedanken; gleichmäßige Volumschwankungen hängen mit