

noch mehr dein durch die Erlösung. Gedenke doch, was du alles für mich gethan und gelitten. (Tantus labor non sit cassus — Tuus sum, salvum me fac.) Allerdings war ich ein böser und träger Knecht, — aber ich will (du weißt es) jetzt besser dir dienen, als „getreuer Knecht“ für dich arbeiten, dir Freude machen. Aber wie kann ich das, da ich ein servus nequam bin? Darum bitte ich:

c) Doce me justificationes tuas. Lehre du mich praktisch das, was mich gerecht macht, wodurch ich aus einem bösen dein gerechter, heiliger, dir wohlgefälliger Diener werden kann. Und welches sind diese justificationes, diese Mittel, durch die ich gerecht, heilig, dir wohlgefällig werden und in immer höherem Grade werden kann? Es sind die von dir mir bereiteten und dargebotenen Gnadenmittel: Deine heiligen Sacramente, Gebet, Betrachtung, Reue, gute Werke etc. O lehre mich diese Mittel immer öfter, besser, eifriger gebrauchen. Besonders aber lehre mich, wie ich das heiligste aller Gnadenmittel, das hochheilige Sacrament, das mich ja auf das Innigste mit dir vereinigt und die Schatzkammer deines göttlichen Herzens mir eröffnet, so verehren, besuchen, opfern, empfangen und spenden, ut sit mihi justificatio, dass ich dadurch immer gerechter, heiliger, inniger mit dir verbunden werde und bleibe, ut maneam in Te, et Tu in me, et habeam vitam aeternam.

* * *

Vorstehende Erklärung dieser wenigen Verse möge genügen, um zu zeigen, wie ich mir die Verwendung des 118. Psalms in betrachtender Erwägung vor dem hochheiligen Sacrament gedacht habe. Wenn manche meiner lieben hochwürdigen Mitbrüder sich dadurch zu dem Versuch angeregt fühlen, den ganzen Psalm so zu verwenden, und wenn sie darin eine kleine Hilfe und Freude finden, sowohl bei der täglichen Besuchung, als bei der pflichtmässigen Recitation des genannten Psalms, so ist der Zweck dieser Publication erreicht.

Die Melancholie und deren Behandlung.¹⁾

Psychiatrische Studie von J. P. Baustert in Weiler z Th. (Luxemburg.)

Eine der häufigsten psychischen Krankheiten, welche im Leben vorkommen, ist wohl jene düstere Gemüthskrankheit, die man mit dem Namen Melancholie bezeichnet hat. Oft genug wird die seelsorgliche Thätigkeit auf dieselbe stoßen, wie man sich bei genauer Beobachtung leicht überzeugen kann, so dass vorliegende Studie schon ihre Berech-

¹⁾ Vgl.: „Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis“ von Prof. Dr. Ziehen in Jena. Halle a. S. Karl Marhold 1896. — Lehrbuch der Irrenheilkunde von Dr. Fr. Scholz, G. H. Mayer, Leipzig 1892. — Psychiatrie von Prof. Dr. E. Kraepelin. 2. Aufl. Amb. Abel, Leipzig. 1887. — Pastoral-Psychiatrie von Dr. Familler. Herder, Freiburg i. B. 1898. — Leitfaden der Psychiatrie von Dr. Koch. Dorn, Ravensburg etc.

tigung an dieser Stelle haben mag. Leidet ja doch die größte Zahl der Scrupulanten, deren Behandlung so schwierig und undankbar ist, an „melancholischem Temperament“ oder besser gesagt an melancholischer Verstimmung. P. Lehmkühl schreibt in seiner Moraltheologie I. Nr. 55: „Origo scrupulorum esse potest ex corporis constitutione. Ex qua evenire potest, ut temperamentum v. gr. melancholicum reddat homines ceteroquin acutae mentis ingenie suspicaces atque tenaces rerum, quas apprehenderunt“.¹⁾

Zudem mehren sich ja mit jedem Tage die schauerlichen Fälle, wo ein Mensch sich selbst das Leben nimmt, oder sogar die eigenen Kinder tödtet. Es heißt alsdann, die Ursache davon sei Trübsinn gewesen. Das Unglück hätte oft genug verhindert werden können, wenn man rechtzeitig den vollen Ernst dieser Psychose erkannt hätte. Häufig ist es der Seelsorger, der die erste Kenntnis von der Gemüthserskrankung haben kann oder doch haben könnte. Er hätte somit auch die richtige Behandlung und Heilung veranlassen können.

Ferner ist ja gerade auf diese Psychose Rücksicht zu nehmen, wenn es sich um Gestattung oder Verweigerung des kirchlichen Begräbnisses der Selbstmörder handelt. Auf Grund der angeführten Literatur, besonders der trefflichen Abhandlung von Professor Th. Ziehen in Jena wollen wir daher in Folgendem kurz die Definition, die Ursachen, die Arten, die Erkennung und Behandlung der Melancholie geben, mit besonderer Berücksichtigung der Pastoral.

I.

1. Unter Melancholie versteht man jene Psychose, die durch „primäre traurige Verstimmung oder Depression“ gekennzeichnet ist und gewöhnlich auch mit Verlangsamung des Vorstellungsablaufes oder der Denkhäufigkeit (Denkhemmung) begleitet ist. Das erste Symptom fehlt nie, das zweite kann vorübergehend verdeckt sein, macht sich aber in den allermeisten Fällen geltend. Unter „primärer trauriger Verstimmung“ verstehen wir mit den Psychiatern jenen traurigen Gemüthsaffekt, „der durch kein anderweitiges psychopathisches Symptom hervorgerufen ist“, eine motivlose oder nicht genügend motivierte anhaltende traurige Niedergeschlagenheit. In demselben Sinne ist auch die Denkhemmung bei Melancholischen primär. „Es gibt auch eine secundäre Depression und eine secundäre Denkhemmung. Wenn ein Betroßter unter dem Einfluss von Verfolgungs-Vorstellungen oder verfolgenden Stimmen traurig ist, so ist diese traurige Verstimmung oder Depression secundär. Allerdings kommen zuweilen auch Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen im Verlaufe der Melancholie vor. Aber aus dem Studium des Verlaufs und aus der directen Befragung des Kranken ergibt sich, daß die Traurigkeit und die Denkhemmung lange vor den Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen aufgetreten

¹⁾ Vgl.: Die Verwaltung des Fußsacramentes von Dr. Schieler. S. 519. Schöningh. Paderborn 1894.

find, und dass sie nur ein gelegentliches, nebenächliches Begleitsymptom darstellen.“ (Ziehen). Da die traurige Gemüthsverstimmung in den allermeisten Fällen zuerst auftritt, continuierlicher und ausgesprochener ist als die Denkhemmung, so scheint letztere die Folge der ersten zu sein. jedenfalls sind beide Symptome einander koordiniert.

Die Melancholie tritt vorzugsweise im Alter von 45—55 Jahren auf, kommt aber auch schon bei Kindern vor, besonders zur Zeit der Entwicklung.

„Erblich belastete oder schwächliche Kinder verfallen zur Zeit der Pubertät in eine melancholische Gemüthsverstimmung, die gegenüber dem sonstigen heitern Wesen des Kindesalters besonders absteht. In der Entwickelungsperiode befindliche Mädchen, welche in dieser Zeit das Elternhaus verlassen müssen, erkranken häufig an Heimweh“.¹⁾

Das weibliche Geschlecht liefert die meisten, namentlich die reinen, ganz uncomplicierten, typischen Fälle. Während bei der städtischen Bevölkerung mehr paranoische Krankheiten vorkommen, findet sich dagegen die Melancholie häufiger bei der Landbevölkerung.

2. Die Ursachen. Unter den prädisponierenden Ursachen der Melancholie steht die Erblichkeit (die hereditäre Belastung) oben an. In den allermeisten Fällen lässt sich von Vater- oder Mutterseite, oder auch von beiden zugleich irgend ein Nervenleiden, oder eine Geisteskrankheit, Sonderbarkeit oder Trunksucht nachweisen. Oft ist die Vererbung gleichartig, so dass einer der Ascendenten an Melancholie gelitten hat. Häufiger jedoch sind die Fälle, wo bei irgend einem blutsverwandten Mitgliede Melancholie oder „unerklärlicher Selbstmord“ nachweisbar ist. Jugendliche Hirnerkrankungen, wie Beitsantz, angeborener Schwachsinn oder Beschränktheit, Neurasthenie und Hysterie können ebenfalls eine prädisponierende Rolle haben. „Auffällig oft tritt Migräne unter den persönlichen Antecedentien der weiblichen Kranken auf.“ (Prof. Ziehen.)

Ferner kommen alle Arten von Erschöpfungen in Betracht, namentlich erschöpfende sexuelle Exzeesse, (Masturbation), starke Kräfte- oder Blutverluste, körperliche und intellectuelle Überanstrengung oder sonstige Krankheiten oder körperliche Leiden. Jedoch alle diese Factoren wirken weniger allein und als solche, sondern besonders vermöge der mit ihnen verbundenen Affekte der Furcht oder Sorge, der Verantwortlichkeit oder Insuffizienz.

Daher sind wohl die Gemüthserschütterungen, wie sie durch heftige oder fortgesetzte Angst, Sorge und Trauer hervorgebracht werden, die eigentlichen Ursachen der Melancholie. „Alle seither aufgeführten Ursachen (mit Ausnahme der Erblichkeit) treten an Bedeutung gegenüber Gemüthserschütterungen zurück. Ich zähle unter den männlichen Kranken nicht weniger als 37·2% und unter den weiblichen 44·4%, bei welchen ein einmaliger Affektstoß oder protrahierte Affect-

¹⁾ Dr. J. Marx, Pastoral-Medicin.—Ferd. Schöningh. Paderborn 1894.

schädigungen von entscheidendem Einfluß gewesen sind. Ich habe stets besonders darauf geachtet, ob schon vor dem Affektstoß etwa eine frankhafte Depression bestanden hat. In den soeben bezeichneten Fällen traf letzteres nicht zu.

„Die Gemüthsbewegungen, welche eine Melancholie hervorrufen, können der verschiedensten Art sein, doch fehren in auffälliger Häufigkeit ganz bestimmte Affekte immer wieder. An der Spitze steht Tod und schwere Krankheit eines Angehörigen (Kindes, Ehemannes usw.). Überanstrengung bei der Pflege des Kranken spielt zuweilen mit; der Hauptfactor ist jedoch meist die Sorge, die Angst und die Trauer. Eine auffällig große Zahl von Fällen stellen weiterhin die mit der Verlobung verbundenen Affekte. Von großer Bedeutung sind ferner die Affekte, welche mit einem erheblichen Wechsel in der Lebensstellung oder Lebensweise verknüpft sind. Die Versetzung an einen andern Ort, in eine andere Thätigkeit, ein einfacher Umzug kann bei dem Prädisponierten den Ausbruch einer Melancholie herbeiführen. Protrahirte pecuniäre Sorgen spielen nach meiner Zusammenstellung eine geringere Rolle; eine viel größerere hingegen der einmalige pecuniäre Verlust. Ein Stück Vieh stirbt, die Kuh „kalbt unrichtig“, ein Schuldner geht durch und die Melancholie bricht aus. Auch der einfache Schreck ist nicht selten wirksam.“

„Dabei ist stets festzuhalten, dass die Melancholie ebenso wie die meisten anderen Psychosen eine Krankheit mehrerer Ursachen ist. Zwei oder mehrere der aufgezählten Factoren wirken gewöhnlich zusammen. Sehr häufig findet man z. B. die Trias: erbliche Belastung, Überanstrengung, Affektstoß u. s. w.“ (Prof. Ziehen.)

Die angeführten Gemüthserschütterungen haben besonders ihre Wirksamkeit bei solchen Individuen, bei denen sie keine Reaction durch Selbstbeherrschung und Religiosität finden. Und da es wichtiger und schöner ist, Geisteskrankheiten zu verhüten, als zu heilen, wollen wir gleich hier die Bemerkung von Dr. Koch anführen, der schreibt: „Ich sage, es sei oft unmöglich derartige Erfahrungen (erschütternde Erlebnisse) im Leben zu verhüten und aus dem Wege zu räumen; ich muss aber beifügen, dass man ihnen doch nicht ganz machtlos gegenüber steht. Es kommt nur darauf an, wie man sie auf sich wirken lässt, wie man sich zu ihnen verhält.“¹⁾

Wenn manche Autoren, wie z. B. Dr. Scholtz und nach ihm Dr. Familler als Ursache der Melancholie „offenbare Ernährungsstörungen des Gehirns (Anämie, Hyperämie)“ angeben, so steht diesen Autoren die Erklärung Dr. Kraepelins entgegen, der schreibt: „Ob der Erkrankung anämische Zustände des Gehirns, passive Hyperämien oder lediglich funktionelle Alterationen der centralen Nervensubstanz zu Grunde liegen, ist fraglich; Sectionsbefunde haben uns bisher über diese Frage keine befriedigende Auskunft gegeben.“

¹⁾ Dr. Koch, Psychiatrische Winke. 2. Aufl. Stuttgart, Paul Neff. 1898.

3. Mag auch bisweilen die Melancholie plötzlich ausbrechen, so geht derselben doch meistens ein kürzeres oder längeres Prodromalstadium voraus. Schlaf und Appetit lassen nach; gelegentlich tritt unmotivierte Schwermuth auf und das Denken des Kranken geht nicht recht von statten. Er kann auch bereits Oppressionsgefühle auf der Brust haben, die später in Angstattacke übergehen. Dann bricht auf einmal die Kraulheit los, die sich bald an irgend ein Erlebnis, bald an einen zufälligen oder harmlosen Gedanken des Kranken anknüpft.

Je nach der Intensität der Symptome unterscheidet man zwei Hauptformen der Melancholie: Die leichtere Form oder die melancholische Verstimmung auch Hypomelancholie genannt und die eigentliche Melancholie, die melancholia gravis.

4. Die melancholische Verstimmung hat als Hauptsymptome nur Schwermuth (Depression) und Associationshemmung (Denkhemmung). Die heftigen Angstattacke und die secundären Wahnvorstellungen fehlen noch gänzlich, oder treten doch nur vereinzelt und ohne große Intensität auf. Diese Form, welche, wie es scheint, mehr bei Männern als bei Frauen vorkommt, ist sehr häufig. Gewöhnlich ist sie die Folge von Überanstrengungen, Gemüthserschütterungen, heftige Aufregungen bei Standeswahl oder Vermögensverlust, Nahrungsorgen, anhaltender Kummer.

„Im Anfange wird die frankhafte Natur des Leidens häufig verkannt und die Verstimmung, die Reizbarkeit und Arbeitsunfähigkeit, namentlich bei jugendlichen Individuen nicht selten als sich entwickelnder Charakterfehler betrachtet, gegen den man mit pädagogischen und moralisierenden Eingriffen einschreiten zu müssen glaubt, bis sich der Ernst und die wahre Bedeutung der Situation durch das stärkere Hervortreten der frankhaften Erscheinungen in einem plötzlichen Selbstmordversuch oder vergleichlichen kundgibt“ (Dr. Kraepelin).

Der Kranke fühlt sich von Niedergedrücktheit, innerer Unzufriedenheit oder übler Laune beherrscht. Alles erscheint ihm düster, fade und trostlos und jede auftauchende Gemüthsregung geht auf in einem dumpfen Gefühl von peinlicher Unlust. Sein Beruf, seine Familie, seine Liebhabereien haben für ihn jedes Interesse verloren. Er vernachlässigt seine Beschäftigungen, seine Toilette und hat wenig Sinn für Reinlichkeit.

Die Associationshemmung besteht zunächst darin, dass die geistige Thätigkeit verlangsamt ist. Obgleich der Kranke noch einfache Fragen durchwegs rasch beantwortet, so fällt es ihm hingegen außerordentlich schwer, z. B. einen Brief zu schreiben, ein Buch zu lesen oder sonst continuierlich geistig thätig zu sein. So muss es kommen, dass er seine Geschäfte viel langsamer erledigt als sonst.

Auf körperlichem Gebiete verhält es sich ähnlich. Wenn auch die einzelnen Bewegungen des Kranken nicht gehemmt sind, so bemerkt man doch eine deutliche Verlangsamung aller complicierten oder fortlaufenden motorischen Leistungen. Der Gang ist langsam, schleifend

und in kurzen Schritten, die Schrift ist nicht mehr so fließend wie früher u. s. w.

Die nothwendige Folge dieser Symptome ist Unschlüssigkeit im Handeln oder um den technischen Ausdruck zu gebrauchen, die Abulie. Dem Kranken fehlt die frühere Energie und das ehemalige Selbstvertrauen. Er kann nicht zu den einfachsten Entschlüsse gelangen und ist einmal ein Entschluss gefasst worden, so wird er bald wieder bereut oder rückgängig gemacht und kurz darauf wird die Widerrufung bereut. Es kommt so weit, dass diese Kranken bis Mittag und noch länger im Bett liegen bleiben, ihre Kleidung und Berufsgeschäfte vernachlässigen, dringende Briefe nicht beantworten u. s. w.

Körperliche Symptome sind sehr wenige vorhanden. Hie und da klagen die Kranken über leichten Kopfdruck oder über gastrische Störungen. „Der Verlauf dieser leichten Form von Melancholie dauert lange, oft über ein Jahr. Gewöhnlich tritt Genesung ein. Aber die Neigung zu Recidiven ist gleichfalls sehr groß.“ (Prof. Th. Ziehen.)

Hie und da geht auch die Krankheit in chronische Hypomelancholie über, welche Dr. Scholtz folgendermaßen charakterisiert: „Es gibt auch eine mildere, chronisch verlaufende oder vielmehr habituelle melancholische Verstimmung mit Präcordialangst, bei der leichtere und zwar meist gegenstandlose Angst oder Erwartungsaffecte oder selbstquälische Grübeleien über begangenes oder zu erleidendes Unrecht im Bewusstsein beherbergt werden, und den Kranken oft durch das ganze Leben begleiten. Derart Leidende besorgen ihre Geschäfte ganz wie Gesunde, sehn oft blühend aus und niemand merkt ihnen deshalb ihr Gebrechen an. Höchstens dass sie, falls sie sich nicht stets zu beherrschenden verstehen, durch zeitweise Verstörungen und Bitterkeiten ihrer Umgebung lästig fallen oder sie durch gelegentliche Zornausbrüche erschrecken. Bei rasch steigendem Affekt aber kann auch plötzlicher, der Umgebung meist „unerklärlicher“ Selbstmord dem Leiden ein rasches Ende bereiten.“

5. Die eigentliche Melancholie oder Melancholia gravis. Sind Depression und Denkhemmung gesteigert und kommen zu denselben noch Angstattacken hinzu, so haben wir es mit schwerer Melancholie zu thun. Die Angst kann alsdann Wahnvorstellungen veranlassen, während bei der vorherbeschriebenen leichteren Form Angst-affecte und Wahnvorstellungen nicht oder doch nur hie und da in unbedeutendem Maße auftreten. Fassen wir die einzelnen Symptome etwas näher ins Auge.

a) Beständige Schwermuth und Niedergeschlagenheit beherrschen vollständig die Stimmung des Kranken, der stets unter der Einwirkung seiner schmerzlich wehleidigen Gefühle verharrt, von denen keine Ablenkung stattfindet. Über die Depression kann doch verschiedene Grade von Intensität annehmen. Dazu kommen noch meistens continuierliche Angstattacken, die sich verstärken oder nachlassen können. Insofern kann man auch bei den meisten Kranken von Angstanfällen reden.

Die Kranken geben auch häufig an, dass sie die Angst in der Herzgegend oder auf der Brust spüren (Präcordialangst) und Atmungsbehinderung haben. Andere verspüren die Angst im Kopf (Schwindel) oder Hals (Zusammenziehen des Kehlkopfes). Bei vielen Kranken treten diese Angstgefühle gleichzeitig mit der Depression auf, bei andern aber erst einige Zeit nach derselben.

b) Die Assoziationshemmung. Es besteht eine mehr oder weniger hochgradige Verlangsamung sowohl der äußenen Wahrnehmungen und des Vorstellungsablaufes wie der willkürlichen Bewegungen. Die Anspannung der Aufmerksamkeit ist mit größerer Anstrengung verbunden und führt daher auch zu viel rascherer Ermüdung. Nur die von der Angst selbst hervorgerufenen Bewegungen können rasch vorstatten gehen, und so kommt es, dass Kranken, welche die einfachsten Fragen über ihre Personalien oder des Einmaleins gar nicht oder nur sehr langsam beantworten und die einfachsten Bewegungen gar nicht oder nur sehr langsam ausführen können, in gesteigerter Angst mit der größten Hast jammern, sich hin- und herwerfen und mit der größten Schnelligkeit einen Selbstmordversuch ausführen.

c) Die Wahnvorstellungen sind secundär, das heißt, sie treten erst nach der Affektstörung und in Abhängigkeit von derselben auf, besonders infolge der Angst. Irgend ein harmloser Vorfall aus dem vergangenen Leben fällt dem Kranken ein. Er bildet sich in seiner vor Angst aufgeregten Phantasie zu einem Verbrechen um, das er begangen zu haben wähnt. Ähnliche Wahnvorstellungen können durch irgendwelches Erlebnis, durch eine Neußerung oder einen blozen Einfall veranlasst werden. Ihrem Inhalte nach sind die häufigsten Wahnvorstellungen die der Versündigung oder Verarmung oder hypochondrische Wahnvorstellungen. Zu diesen gesellen sich bisweilen andere Wahnvorstellungen, welche dieselben ergänzen, z. B. Verfolgungsideen oder Größenideen. Zu bemerken ist jedoch, dass diese Wahnvorstellungen in der Regel keinen schwachsinnigen Inhalt haben, es sei denn, dass der Schwachsinn angeboren ist. Hallucinationen und Illusionen kommen nur gelegentlich vor.

Auf Grund des Inhaltes der secundären Wahnvorstellungen hat man eine melancholia religiosa und hypochondrica unterschieden.

6. Die melancholia religiosa. Infolge der Vorstellungen über wirkliche oder eingebildete Unthaten leidet der Kranke an mehr oder weniger heftiger Gewissensangst. Er glaubt, er sei von Gott verlassen, ein Verworfener; er kann wegen seiner Sünden keine Gnade finden, nicht mit der früheren Zuversicht beten. Das Gebet bringt ihm keine Erleichterung und der Zuspruch des Beichtvaters oder Seelsorgers beruhigt ihn nur für kurze Zeit, ohne ihn zu überzeugen, weil die Vorstellung seiner Fehler mit der dadurch bedingten Gewissensaufregung nicht aus seiner Einbildungskraft weicht. Andern schwebt beständig eine ängstliche Furcht der Versündigung vor, überall glauben sie zu fehlen. Sie können nicht mehr mit der nothwendigen Energie

gegen die Gewissenszweifel ankämpfen und sind daher häufig der Meinung, dass sie den Glauben verloren haben. Sie haben kein Herz mehr für ihre Angehörigen, für ihre Berufsarbeiten und ihre früheren Interessen, weil sie sich für sittlich verkommen oder weil sie sich für herzlose, mit Recht von Gott verlassene Geschöpfe halten.

„Nicht selten werden auch die Eindrücke der Außenwelt in diese Auffassung hineingezogen. Der Kranke meint zunächst, dass auch seine Umgebung ähnlich denkt wie er selbst. Ledermann muss ihn verachten und verdammten und er merkt auch bald, dass man ihn anders behandelt wie früher, dass die Freundlichkeit, mit der man ihm entgegenkommt, eine erzwungene, unnatürliche, oder dass sie durch das großherzige, aber schlecht verdiente Mitleid mit seinem Elend motiviert ist. Es ist ihm peinlich, auf die Straße unter Menschen zu gehen, weil er Niemand mehr unter die Augen treten kann und überall stummen, wenn auch maskierten Vorwürfen begegnet“. (Dr. Kraepelin.)

Es handelt sich hier um die genuine Art von Scrupulanten, welche die angedeuteten Symptome entweder alle oder theilweise haben, und an deren Leiden mancher Beichtwarter schuld ist durch unkluge Fragen oder unzutreffende Bemerkungen. Ein von Natur etwas ängstlich veranlagtes Mädchen von 18 Jahren geht beichten und bekennt aufrichtig seine Sünden von der letzten Beicht. Darauf die Frage, ob es denn sonst nichts zu beichten habe? — Nein. — Auch nichts von den vorigen Beichten? — Nein. — Nichts gegen das 6. Gebot? — Doch. Als sie 10 Jahre alt war, habe einer mit ihr eine Sünde gegen die heilige Reinheit begangen. — Dann bist du keine Jungfrau mehr! — Nun ist die Seelenangst angeregt. Die letzte Bemerkung bleibt unentwegt im Geiste haften mit dem niederdrückenden Gefühl, welches dieselbe bei einer edel denkenden Person hervorbringen muss. Die Niedergeschlagenheit wächst von Tag zu Tag und schwere Melancholie ist eingetreten. Die Person ist unsfähig, ihre Berufspflichten zu erfüllen und die heftigsten Selbstmordgedanken bestürmen unablässig ihr geängstigtes Gemüth. Und wer trägt die Schuld an all diesem Unheil?

7. Die melancholia hypochondrica. Die hypochondrische Wahnvorstellung knüpft sich an unbedeutende oder vorübergegangene Krankheiten oder an andere Beobachtungen am eigenen Körper an. Der Kranke glaubt an einer unheilbaren Krankheit zu leiden, vergiftetes Blut zu haben oder Aehnliches. Oft genug haben diese Befürchtungen einen objectiven, wenn auch ungenügenden Grund. „Auch die Onanie bei Knaben und Jünglingen und die ihr folgenden, durch Lectire populärer Schriften geförderten Befürchtungen und Gewissensbisse sind hier zu nennen. Die seelische Aufregung ist hier allerdings nicht grundlos. Aber sie kann eine krankhafte Höhe erreichen und zu Lebensüberdruss und Selbstmord führen“. (Dr. Scholz.)

Die Wahnvorstellung der Verarmung knüpft sich gewöhnlich an einen Vermögensverlust.

8. „Das äußere Bild, welches die Melancholischen gewähren, ist nicht so einheitlich und gleichförmig, wie man es vielleicht nach der Constanz der Hauptsymptome erwarten könnte. Es hängt dies damit zusammen, dass die Angst bei den verschiedenen Individuen und zuweilen auch bei demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten das motorische System sehr verschieden beeinflusst. Bald verstärkt sich die ohnehin bestehende Hemmung, bald bedingt sie umgekehrt heftige motorische Erregung, die Agitation der Angst.“ (Prof. Ziehen). Auf Grund dieser verschiedenartigen Reaction hat man drei weitere Formen der Melancholie unterschieden, die man in der Wirklichkeit sehr selten ganz scharf von einander abgegrenzt antrifft: nämlich die melancholia passiva, attonita, agitata.

9. Bei der melancholia passiva herrscht Resignation vor. Das Handeln des Kranken verrät eine unüberwindliche Schläfrigkeit und Energielosigkeit, welche denselben zu jeder dauernden Anstrengung unfähig macht. Er sitzt vielleicht Stunden und Tage lang in dumpfem Hinbrüten da, bleibt halbe und ganze Tage unthätig und schlaflos im Bette liegen, ohne sich zum Aufstehen oder irgend einer selbstständigen Handlung entschließen zu können. Der Kranke liegt schwer in den Kissen und führt fast gar keine willkürliche Bewegung aus oder doch nur sehr langsam und kraftlos. Der Gesichtsausdruck deutet vorwiegend auf Traurigkeit hin.

10. Die melancholia attonita, die seltener auftritt, charakterisiert sich durch die Spannung der Körpermuskeln. Der Kranke liegt regungslos oft Stunden lang auf dem Rücken, während der Kopf krampfhaft von den Kissen abgehoben ist. Manchmal herrscht auch eine starke Beugung der Gelenke vor. Der scheue Blick, die starre Haltung, die einjülbigen, mühsam hervorgebrachten Antworten zeigen deutlich, dass die Angst den Kranken immer mehr übermannt. „Bald versinkt er in gänzliches, reactionsloses Schweigen. Nur eine gelegentlich rasche Bewegung der weit geöffneten Augen, plötzlicher Wechsel der Gesichtsfarbe, häufig auch starkes Schwitzen des Kopfes deuten die psychischen Vorgänge an, die sich in seinem Innern abspielen. Bisweilen beobachtet man oft Tag und Nacht fortgesetztes triebartiges Masturbieren. In der Mehrzahl der Fälle bleibt das hier skizzierte Krankheitsbild längere Zeit durchaus stationär; bisweilen aber wird dasselbe vorübergehend unterbrochen, durch plötzliche Aufregungssparoxysmen, in denen die Kranken verzweifelte Angriffe auf die Umgebung oder auch unvermutete energische Selbstmordversuche unternehmen können.“ (Dr. Kraepelin.)

11. Herrscht Agitation infolge der Angst vor, so bezeichnet man diese Melancholie melancholia agitata. Der Kranke jammert, kaut oder zupft an den Fingern, reibt sich den Körper wund, wälzt sich unruhig umher und führt oft die eigenthümlichsten Bewegungen mit den Armen, den Beinen oder dem ganzen Oberkörper

aus. Bisweilen können die Kranken wegen der Angstattacke nicht im Bette bleiben und irren ruhelos und jammernd umher.

Auch noch andere Varietäten weist die Melancholie auf, von denen wir die wichtigsten noch kurz erwähnen wollen:

12. Die apathische Varietät kommt sowohl bei der melancholia levis wie bei der gravis vor. Bei ihr tritt statt Depression und Angst krampfartige Apathie in den Vordergrund. Die Grundstimmung des Kranken ist motivlose, inhältlose traurige Gleichgültigkeit und Gefühllosigkeit. Das Gefühl der Schwere, das Unbefriedigtsein macht ihn stets übler Laune. Die Arbeit, das Geschäft, der Beruf erscheinen ihm fade und trostlos. Jede auftauchende Gefühlserregung geht auf in einem dumpfen Gefühl von peinlicher Unlust und die Zuneigung zu Weib und Kinder, zu Eltern und Freunden hat einer frankhaften Gleichgültigkeit Platz gemacht. Den Vorgängen in der Umgebung, ja auch den eigenen Erlebnissen gegenüber fühlt sich der Kranke wie ein unbeteiligter Zuschauer.

13. „Bei der typischen Melancholie treten Hallucinationen entweder gar nicht oder nur vereinzelt und nebenher auf. Bei der hallucinatorischen Varietät sind Illusionen oder Hallucinationen häufiger und für das Krankheitsbild und den Krankheitsverlauf bedeutungsvoller. Schwere erbliche Belastung und vorgerücktes Alter prädisponieren zu dieser Form am meisten, doch ist sie überhaupt nicht besonders häufig“. (Prof. Ziehen.) Die Kranken glauben etwas drohendes, furchterregendes zu hören z. B. Verfolgung, Hinrichtung, das ewige Gericht. Ebenso verhält es sich mit den Illusionen. Gleichgültige Geräusche werden illusionär angedeutet oder wenn auch richtig wahrgenommen, doch im Sinne der melancholischen Verstimmung verwertet. Ähnlich kommen Geruchs- und Geschmacksillusionen vor.

14. Die Varietät mit Zwangsvorstellungen. Es handelt sich hier um Vorstellungen, welche sich gegen den Willen des Kranken in das Bewusstsein desselben drängen, „deren sie nicht los werden können“, und deren Ungereimtheit und Ungehörigkeit sie vollkommen einsehen. „Bei einem jungen Mädchen, welches in der Brautzeit an Melancholie erkrankt war, trat z. B. die Zwangsvorstellung auf, in Gedanken, ihren Vater „Schweinehund“ nennen zu müssen. Sie konnte während des größten Theiles ihrer Melancholie der Vorstellung nicht los werden, und knüpfte daran allerhand Selbstanklagen. Mit der Genesung, beziehungsweise noch etwas vor derselben, schwand die Zwangsvorstellung vollständig. Bei einer Graviditätsmelancholie beobachtete ich die Zwangsvorstellung, die eigenen Kinder tödten zu müssen. Die Kranke war sich des Widersinns und Verbrecherischen einer solchen Handlung und der Krankhaftigkeit des Gedankens vollständig bewusst, vermochte ihn aber während ihrer Melancholie nicht zu unterdrücken. Auch den Selbstmordgedanken habe ich in zwei Fällen in der Form einer typischen Zwangsvorstellung im Verlaufe einer Melancholie auftreten sehen.“ (Prof. Ziehen.)

15. Die neuroasthenische Varietät. Es kommt vor, dass neuroasthenische Kranke melancholisch werden und dann handelt es sich um eine Complication von Neurose mit Melancholie. Häufiger aber ist der Fall, wo die Melancholie neben ihrer eigenen typischen Symptome auch neuroasthenische Symptome hervorbringt. Bei dieser Form haben wir die eigenartige Mischung von melancholischer Traurigkeit mit neuroasthenischer Reizbarkeit. Der Verlauf dieser Complication ist gewöhnlich langsamer und es entsteht nicht selten chronische Neurose.

16. Die hysterische Varietät. Hier handelt es sich um Hysterie, zu welcher melancholische Symptome hinzutreten. Durch die melancholische Depression erkennt man die Stimmungslabilität der Hysterie.

17. Die periodische Melancholie. Hier handelt es sich um leichte oder mittelschwere Formen, bei denen der Krankheitsanfall in fast regelmässigen Zwischenräumen wiederkehrt. Es versteht sich von selbst, dass die Dauer des Intervalles von Fall zu Fall wechselt. Aber es scheint, dass die Anfälle besonders häufig in Zwischenräumen von einem Jahr wiederkehren. Der einzelne Anfall geht gewöhnlich bald vorüber, jedoch die Rückfälle sind schwer zu verhindern.

18. Die Erkennung der Krankheit. Viele Melancholien werden nicht als solche anerkannt, weil man die Verstimmung des Kranken für die natürliche Folge der zugleich bestehenden körperlichen Beschwerden oder der Gemüthserschütterungen durch Todesfälle und Ähnliches hält. „Dem gegenüber ist als Regel aufzustellen: Man soll eine hartnäckige Traurigkeit, auch wenn sie motiviert scheint, niemals ohne weitere Untersuchung als physiologisch hinnehmen, sondern stets wenigstens die Möglichkeit, dass eine Melancholie vorliege, in Erwägung ziehen“. (Prof. Ziehen.) Andere auf Melancholie hindeutende Symptome sind folgende: Auffällige Vernachlässigung der Toilette, der Berufspflichten, der häuslichen Pflichten, unstilltes, ruheloses Verhalten, Verlangsamung der geistigen Leistungsfähigkeit, Scrupulosität. Damit ist nicht gesagt, dass diesen Symptomen stets eine Melancholie zu Grunde liegen muss, aber es ist doch oft genug der Fall. Viel begründeter wird der Verdacht, wenn der Kranke über motivlose Traurigkeit oder Angst klagt, wenn er grundlose Selbstanklagen, Verarmungsvorstellungen und hypochondrische Gedanken äußert. Durch directe Fragen an ihn, da er ja gewöhnlich eine richtige Beurtheilung seines eigenen Gemüthszustandes hat, kann man sich meistens die nothwendigste Gewissheit verschaffen.

Auf die Fragen: Sind Sie beständig traurig? Haben Sie auch Angst? Ist das Angstgefühl erst nach der Traurigkeit entstanden? erhält man in den meisten Fällen die zutreffenden Antworten. Weiß der Kranke selbst kein Motiv für seine Traurigkeit und Angstgefühle, so handelt es sich bestimmt um die primäre Depression und Angst, welche die charakteristischen Symptome der Melancholie bilden. Liegen

aber Gründe für die Gemüthsverstimmung vor, so bleibt zu untersuchen, ob die Traurigkeit ihrer Dauer und Intensität nach dem unglücklichen Erlebnis entspricht oder nicht. Am besten findet man das heraus, wenn man einen Vergleich anstellt mit dem Verhalten des Kranken bei früheren ähnlichen Schicksalsfällen. Läßt man ihn ruhig alle Erklärungen über seinen Zustand abgeben, so findet man oft genug die ungenügende Motivierung seiner Angst- und Traurigkeitsgefühle heraus. Meistens fühlen auch die Kranken, daß ihnen jetzt das Denken oder die Auffassung des Gelesenen &c. schwerer fällt als früher, (Denkhemmung) und geben auf eine diesbezügliche Frage die richtige Auskunft. Ebenso genaue Auskunft erhält man von ihnen über traurige, beängstigende Gedanken. (Wahnvorstellungen.)

Für die richtige Beurtheilung der Krankheit kommt es schließlich sehr darauf an, daß man sich über den Intelligenzzustand des Kranken vergewissert. Hierbei ist jedoch in Betracht zu ziehen, „daß der Kranke viele solcher Fragen, infolge seiner Denkhemmung trotz intakter Intelligenz nur sehr langsam oder gar nicht beantwortet“ (Prof. Ziehen.). Aber über diesen Punkt können meistens seine Angehörigen die beste Auskunft geben. Man muß also feststellen, ob der Kranke schon vor seiner Traurigkeit respective Angst, Vergesslichkeiten, Taktlosigkeiten, Irrtümer oder Wiederholungen in seinen Gesprächen begangen hat. In diesem Falle hätte man es nicht mit Melancholie zu thun. Ueberhaupt sollte man bemerken, daß, wenn auch die psychopathischen Symptome vollständig zur Diagnose einer Melancholie stimmen würden, diese dennoch nicht vorliegt, wenn zugleich bestimmte Symptome vorhanden sind, welche auf andere Hirnerkrankungen hinweisen.

Speciell kommen bei der Melancholie folgende Symptome niemals vor: Sprachstörung (häufige Aussprache, Versetzen der Consonanten und Silben), Lähmung irgend welcher Muskeln, Lichtstarre der Pupillen. „Im Verlauf der dementia paralytica tritt sehr häufig ein Stadium auf, dessen psychopathische Symptome sich fast ganz mit denjenigen der Melancholie decken. Namentlich bei Männern im mittleren Lebensalter, welche früher syphilitisch infiziert waren, soll man mit der Diagnose einer Melancholie vorsichtig sein. Ist eine oder sind beide Pupillen lichtstarr, hat sich im Verlauf der Krankheit eine Sprachstörung entwickelt, (Hässitation bei den Anfangsconsonanten, Versetzen und Auslassen von einzelnen Consonanten und ganzen Silben), so ist Melancholie auszuschließen und dementia paralytica anzunehmen. „Bei der Melancholie besteht nur Denkhemmung, die Intelligenz ist intact; bei der dementia paralytica besteht stets auch ein Intelligenzdefect, welcher sich namentlich früh im Untergang der ethischen Vorstellungen im weitesten Sinne geltend macht und daher in Taktlosigkeiten, Kritiklosigkeiten, Unsittlichkeiten &c. äußert“. (Prof. Ziehen.)

Auch die dementia senilis (der Altersblödsinn) zeigt sehr oft ein Depressionsstadium mit Angstattacken, das leicht mit Melancholie

verwechselt werden könnte. Zur Unterscheidung muss ebenfalls festgestellt werden, ob vor dem Stadium der Angst und Depression bereits Vergesslichkeiten, Urtheilsschwäche, ethische Defekte vorhanden waren. Ist das der Fall, so wäre es dementia senilis. Von anderen Geisteskrankheiten ist die Melancholie leichter zu unterscheiden, so dass wir von einer diesbezüglichen Besprechung Abstand nehmen können.

II.

19. Der Ausgang der Krankheit. „Die Melancholie“, schreibt Dr. Scholz „ist eine acute, wenn auch schlechend verlaufende Psychose, aus der die Meisten genesen hervorgehen.“ „Bei Anstaltsbehandlung tritt in fast 90% aller Fälle völlige Genesung ein. Der thatfächliche Gesamtprozentatz der Genesungen stellt sich nur deshalb viel ungünstiger, weil die Angehörigen oft die Anstaltseinlieferung unterlassen oder die Kranken zu früh aus der Anstalt wieder herausnehmen.“ (Prof. Ziehen). Der Verlauf der eigentlichen schweren Melancholie ist gewöhnlich continuierlich und dauert bei rechtzeitiger und zweckmässiger Behandlung über 4 bis 6 Monate. Häufig sind es gerade die Fälle, die weniger intensiv waren, welche die meiste Zeit zur Heilung bedürfen. Diese vollzieht sich nicht selten fast plötzlich und bei der Reconvalescenz tritt oft die sogenannte Hyperthymie ein, das heißt eine leichte ins Krankhafte gesteigerte Heiterkeit. Die Kranken sind dann auffällig heiter und lebhaft, aber nach kurzer Zeit gleicht sich auch diese Affection wieder aus.

Außer dem Ausgang in volle Heilung beobachtet man noch folgende Ausgänge:

a) in Heilung mit Defect. Es trifft dies zu, wenn die Depression, die Denkhemmung und Wahnvorstellungen zwar verschwunden sind, aber der Kranke eine leichte intellectuelle Einbuße erlitten hat. Er ist unsfähig geworden für complicierte Begriffe und Urtheilsverknüpfungen.

b) Hier und da geht auch die Melancholie in secundären Schwachsinn über, bei welchem die Intelligenz stets abnimmt und mit völliger Verblödung enden kann oder es tritt Irrsinn ein, bei welchem sich allmählich oder plötzlich massenhafte Hallucinationen und Verfolgungs-ideen einstellen, während die Niedergeschlagenheit und Denkhemmung mehr in den Hintergrund treten.

c) Etwas häufiger ist der Ausgang in chronische Melancholie. Gedächtnis- und Urtheilskraft bleiben in diesen Fällen intact. Die Affectionen gleichen sich nur theilweise aus. Häßtige Angstaffekte bleiben allerdings mehr und mehr aus, aber an Stelle der Angst tritt eine krankhafte Wehleidigkeit. Die Denkhemmung weicht bis zu einem gewissen Grad, aber auf dem Gebiete des Handelns erhält sich eine dauernde Hemmung. Die Kranken sind unschlüssig und energielos und daher leistungsunfähig. Viele ergehen sich in monotonem

Jammern und unfruchtbaren Selbstanklagen.“ (Prof. Ziehen.) Hier begegnen wir wieder den Scrupulanten, deren „Seelenleiden“ auf chronische Melancholie zurückzuführen ist.

Überhaupt ist bei Melancholischen die Neigung zu Recidiven, ohne daß darum chronische Melancholie eintritt, ziemlich häufig. Die Prognose dieser Recidivfälle, die bei Einwirkung entsprechender Schädlichkeiten eintreten, ist nicht ungünstiger, als diejenige der ersten Melancholie.

d) Endlich sterben viele Melancholische durch Selbstmord. Bei der leichtern Form von Melancholie, die wir unter dem Namen Hypomelancholie kennen gelernt haben, sind die Selbstmordversuche sehr selten, weil hier einfache Traurigkeit ohne Angst vorhanden ist und weil die Abulie den Kranken vor der Ausführung eines Gewaltactes zurückhält. Aber bei den andern Formen kommen Selbstmordversuche sehr häufig vor, relativ seltener bei der passiven Form. Die größte Gefahr für dieselben bietet die melancholia attonita, weil man bei der scheinbaren Ruhe des Kranken die Ueberwachung desselben oft vernachlässigt, während derselbe bei einem plötzlichen Angstanfall den Selbstmordversuch mit jäher Geschwindigkeit ausführen kann. „Mindestens in einem Drittel der Fälle muß man gewärtigen, daß der Kranke in einem geeigneten Augenblicke Selbstmord versucht.“ (Prof. Ziehen.)

Meistens wird der Seelsorger zuerst auf die Gefahr aufmerksam durch die Beicht des Kranken oder er kann sich doch leicht orientieren durch eine directe Frage an ihn: „Kommen Ihnen auch Gedanken von Lebensüberdruss?“ Man glaube nicht, den Kranken durch diese Frage erst auf solche Gedanken zu bringen oder gar zu kränken. Im Gegentheil wird es ihm eine Erleichterung sein, einem theilnehmenden Herzen die ihn quälenden Selbstmordgedanken mittheilen zu können. Die meisten gestehen auch einfach die Wahrheit, besonders wenn die brefsende Frage öfters an sie gestellt wird.

Sobald man durch das Eingeständnis des Kranken oder durch die vorhandenen Angstfekte desselben Kenntnis von der Selbstmordgefahr hat, handelt es sich zunächst darum, das große Unglück zu verhüten. Der Kranke muß entweder schleunigst in eine Anstalt überführt werden, und zwar in eine solche, wo für die Ueberwachung des Kranken genügend gesorgt ist. Wenn dies aber nicht möglich ist, so muß vor allem auf eine sorgfältige Ueberwachung das Augenmerk gerichtet werden. Der Kranke soll, wenn thunlich, in einem Parterrezimmer untergebracht und ununterbrochen von einem Pfleger überwacht werden. Steht aber kein Parterrezimmer zur Disposition, so lasse man wenigstens einen Rothverschluß am Fenster und der Thüre des Krankenzimmers anbringen, denn ein Sturz aus dem Fenster oder ins Treppenhaus ist ja besonders zu fürchten. Die Kleider des Kranken werden am Besten aus dem Zimmer entfernt, sowie alle spitzen und scharfen Gegenstände. Nur wenn mit der größten

Gewissenhaftigkeit jedes scharfe Instrument aus der Stube des Melancholischen entfernt ist, darf man Sicherheit haben.

Ist dem Melancholischen wirklich der Selbstmord geglückt, so bleibt die Frage zu entscheiden, welche Verantwortlichkeit er an dieser That trägt, speciell ob ihm das kirchliche Begräbnis zu gestatten oder zu verweigern ist? Diesbezüglich schreibt Dr. Fiamiller in seiner Pastoral-Psychiatrie: „Wo solche (schmerzliche) Verstimmungen (oder ausgesprochene Melancholien) das ganze seelische Leben eines Menschen beherrschen, da treten dem unbewusst auftauchenden Selbstmordgedanken entweder gar keine hemmenden oder einschränkenden Triebe mehr entgegen, oder sie erschöpfen sich doch bald an jenem Selbstmordtrieb, der sich hartnäckig in steter Wiederholung immer wieder aufdrängt.“ Dementsprechend wären alle Melancholischen unverantwortlich für den von ihnen ausgeführten Selbstmord. Jedoch wir können uns dieser wohlwollenden Ansicht nicht anschließen, weil die „allgemeine schmerzliche Verstimmung“ (wohl die Hypomelancholie) und „selbst die ausgesprochene Melancholie“ die Freiheit und somit die Verantwortlichkeit des Handelns meistens nicht aufheben. Natürlich entzieht sich die subjective Schuld bei melancholischen Selbstmörtern jeder menschlichen Berechnung, wir können uns nur auf den objectiven Standpunkt stellen.

Die Melancholie ohne Wahnideen ist ja zunächst keine „geistige“ Erkrankung, sondern eine „Gemüthskrankheit“ (pathologische Traurigkeit), die sich in der pars sensitiva entwickelt, welche somit die intellectuellen Fähigkeiten zwar beeinflusst (durch die Denkhemmung) wie alle „passiones animae“, aber gewöhnlich nicht beherrscht. „Bei der Melancholie besteht nur Denkhemmung, die Intelligenz ist intact,¹⁾“ schreibt Prof. Ziehen. Somit trägt auch der Melancholiker die Verantwortlichkeit für seine Handlungen, wenigstens von jenen, die er nicht infolge von Wahnideen gesetzt hat.

Der heilige Thomas sagt: (I. II. qu. 77 Art. 7) „Quandoque vero passio (zu denselben rechnet er ja auch die Traurigkeit und Angst I. II. qu. 25 Art. 3) non est tanta, quod totaliter intercipiat usum rationis; et tunc ratio potest passionem excludere divertendo ad alias cogitationes, vel impedire, ne suum consequatur effectum, unde talis passio non totaliter excusat a peccato.“ Und im folgenden Artikel fährt er fort: „Cum autem ex passione aliquis procedit ad actum peccati, vel ad consensum deliberatum, hoc non fit subito; unde ratio deliberans potest hic occurrere, potest enim excludere vel saltem impedire passionem; unde si non occurrat, est peccatum mortale, sicut vidimus, quod multa homicidia et multa adulteria per passionem committuntur.“

Dass die Melancholie nicht „totaliter intercipiat usum rationis“ bestätigt auch Dr. Koch, indem er behauptet: „Die Kraft

¹⁾ Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis.
Seite 45.

des Intellectes u. s. w. ist bei der Melancholie erhalten, das heißt es ist keinerlei Blödsinn vorhanden, wenn auch selbstverständlich z. B. die Einsicht in das Falsche bestehender, wirklicher Wahnvorstellungen, solange diese herrschen, selbst bei vorhandenem allgemeinen Krankheitsbewußtsein fehlt.¹⁾ Dasselbe bestätigt auch Dr. Scholz. Er schreibt: „Jede Handlung stellt die Entäußerung eines Empfindungs- oder Vorstellungstreizes dar. Dieses gilt auch von den gewaltthätigen Handlungen Melancholischer. Sie sind Befreiungsversuche aus einer als unerträglich empfundenen Spannung. Obgleich sie meist mit vollem Bewußtsein, oft mit Vorbedacht und unter subjectiver, wenn auch frankhafter Begründung unternommen werden, haftet ihnen doch stets der Charakter des Triebartigen an.“ Aber mit Unrecht fügt er hinzu: „Die Kranken müssen so handeln, sie können nicht anders.“²⁾ Hierin liegt die Inconsequenz und der Mangel an psychologischer Kenntnis, die wir bei den meisten Irrenärzten finden, ausgedrückt. „Die Kranken können nicht anders handeln, obgleich sie meist mit vollem „Bewußtsein“, mit „Vorbedacht“, und „unter subjectiver Begründung“ handeln! Das ist doch die Leugnung der menschlichen Willensfreiheit und jeder Verantwortlichkeit für seine Handlungen. Wir aber müssen schließen, dass ein Mensch, bei dem „die Intelligenz intact ist“, bei dem „die Kraft der Intelligenz erhalten und keinerlei Blödsinn vorhanden ist“, der mit „vollem Bewußtsein“ und oft „mit Vorbedacht“ handelt, die Verantwortlichkeit für seine Handlungen trägt, und dass somit ein Melancholischer, bei dem keine Wahnideen nachweisbar sind, wie dies meistens der Fall ist, per se moralische Schuld an seinem Selbstmord trägt und dass ihm somit das kirchliche Begräbnis zu verweigern ist, weil er nicht „ex insania“ gehandelt hat.

Nach dem Zeugnis von Prof. Ziehen „haben selbst die Wahnvorstellungen des Melancholischen in der Regel keinen schwachsinnigen Inhalt, insofern der Kranke aus seiner Wahnvorstellung correct weitere Schlüsse zieht und seine Wahnvorstellungen mit Scheingründen oft sehr geschickt zu vertheidigen weiß. In seltenen Fällen werden auch bei Vollsinnigen die melancholischen Wahnvorstellungen so maßlos, dass man geneigt sein könnte, einen Intelligenzdefect anzunehmen, wenn nicht die Motivierung der Wahnvorstellungen auch in diesen Fällen die Intactheit der Intelligenz erkennen ließe.“ Sind aber tatsächlich bei einem Melancholiker Wahnideen aufgetreten, so bleibt es in einem Falle von Selbstmord zweifelhaft, ob er nicht infolge einer Wahnidee sich ums Leben gebracht habe, und hier wäre für das kirchliche Begräbnis zu entscheiden.

20. Die Behandlung der Melancholie. Bezuglich der seelisorglichen, respective psychischen Behandlung der Melancholischen schreibt

¹⁾ Leitfaden der Psychiatrie Seite 59. — ²⁾ Lehrbuch der Irrenheilkunde. Seite 88.

P. Schüch in seiner Pastoral-Theologie: „Der Seelsorger suche sich das Zutrauen des Schwermüthigen zu gewinnen; dazu sind vorzüglich Sanftmuth, Theilnahme, Geduld und eine gewisse Heiterkeit der Seele unumgänglich nothwendig.“ In der That, die Behandlung des Melancholischen muss eine ruhige, gleichmäßige, freundliche und geduldige sein. Viele Gespräche über das Leiden und den psychischen Zustand des Kranken sind zu vermeiden. „Weit rationeller ist es, eine Ablenkung des Vorstellungsverlaufes auf ganz fernliegende Gebiete anzustreben, was allerdings fast nur bei intelligenten Kranken und in leichteren Fällen mit einiger Sicherheit gelingt. Auf der Höhe des Leidens verbieten sich solche Versuche von selbst; in der Convalescenz jedoch sind sie ein sehr wichtiges Hilfsmittel, das Interesse wieder in die gewohnten Bahnen zu lenken. Demselben Zwecke dient anregende nicht ermüdende Beschäftigung, Lectüre u. dgl. sobald mit dem Nachlaß der Verstimmung eine freiere Hingabe an dieselben möglich wird“. (Dr. Kraepelin.) Es ist auch verkehrt, dem deprimierten Kranken seine gedrückte Stimmung auszureden, er wird nur erbitterter gegen den Widerspruch. Vor allem ist eine Discussion der Wahnsvorstellung abzurathen, weil dieselbe stets erfolglos sein wird, oft aber die Verwirrung nur vergrößert. Man spreche den Kranken Trost zu und stelle ihren Wahnsvorstellungen eine entschiedene und autoritative Versicherung gegenüber. Dies gilt vor allem bei der Behandlung der Scrupulanten mit ihrem Berständigungswahn. Sie müssen zur Ueberzeugung gebracht werden, dass ihr Nervensystem erkrankt sei und das müsse zuerst geheilt werden, ehe die Frage der Berständigung gelöst werden könne. So lange sie diese Ueberzeugung nicht haben, ist jede Mühe umsonst und es ist ihnen unmöglich, den „pünktlichsten Gehorsam gegen einen erfahrenen Seelenführer, das erste und letzte Hauptmittel zur Heilung der Scrupulosität“ zu leisten. Nur wenn die Scrupulanten eine Einsicht in ihren eigenthümlichen Krankheitszustand erlangt haben, kann man die von den Autoren¹⁾ angegebenen Mittel zur Heilung anwenden. Vor allem vermeide man jedes ungeduldige Eindringen auf sie, das sie nur ängstlicher machen würde.

Weit mehr Erfolg als die psychische Behandlung wird eine richtige Behandlung des erkrankten Nervensystems haben. „Die Behandlung der einfachen Melancholie hat vor allem für die Entfernung aller, den Kranken schädigenden Reize zu sorgen. In leichteren Fällen und unter günstigen äusseren Verhältnissen genügt zur Erfüllung dieser Indication die völlige Entlastung von den täglichen Geschäften und der Aufenthalt in einer ruhigen behaglichen Umgebung.“ (Dr. Kraepelin.) „Jedenfalls ist dem Kranken zunächst jede Berufstätigkeit zu verbieten, weil die durch seine Denkhemmung und Abulie bedingte Leistungsunfähigkeit beträchtigt, seine Depression zu nähren. Aus demselben Grunde ist

¹⁾ Vergl. P. Lehmkohl. Theologia Moralis I. Nr. 61. Dr Schieler Verwaltung des Buzzsacramentes Seite 523. P. Schüch Pastoral-Theologie § 363.

Hausfrauen die Thätigkeit im Haushalt, namentlich alles selbstständige Disponieren zu verbieten. Um den Kranken die stündliche Dual des Entschlusses zu dieser oder jener Thätigkeit zu ersparen, regelt man letztere durch einen ausführlichen Stundenplan. Jedenfalls sind kurze, langsame, regelmäßige, Spaziergänge anzutreten. Die Bettruhe ist auch auf einen Theil des Tages auszudehnen, aber nicht in das Belieben des Kranken zu stellen. Sehr wesentlich ist eine regelmäßige Beschäftigung, welche den Kranken beschäftigt und ablenkt, ohne ihn anzustrengen und zu verstimmen. Die üblichen, gewaltfamen Zerstreuungsversuche (Concerfe, Theater, Gesellschaften) sind durchaus zu verwerfen.“ (Prof. Ziehen.)

„Eine weitere Aufgabe der Behandlung ist die Sorge für eine gute, kräftige Ernährung.“ (Dr. Kraepelin.) „Sehr nützlich ist eine leichte, hydrotherapeutische Behandlung. Namentlich wirken öfter wiederholte kühle Waschungen im Laufe des Tages günstig. Abends ist eine laue Abwaschung vorzuziehen. Statt letzterer kann man gelegentlich auch eine hydropathische Einpackung anordnen. Außerhalb der Anstalt ist die hydropathische Einpackung am räthlichsten. Prolongierte Bäder (26—28°, 1 Stunde) wirken auch oft günstig. Rauchen ist stets zu verbieten. Stellt sich ein längerer Stillstand in der Besserung ein und droht die Krankheit einen chronischen Charakter anzunehmen, so ist unbedingt ein Wechsel des Aufenthalts geboten; also z. B. Uebersiedlung in eine fremde Familie oder in eine Nervenanstalt oder eventuell eine Reise in Begleitung eines zuverlässigen Verwandten oder Freundes.“ (Prof. Ziehen.)

Zur Lehre von der Nothwendigkeit der Gnade.

Von Dr. Franz Schmid, Domkapitular in Brixen.

1. Wo die groß angelegte Theologia fundamentalis P. Ottigers von der Nothwendigkeit der Offenbarung redet, heißt es zur genaueren Bestimmung des Fragepunktes unter anderem: Spectamus igitur . . . necessitatem revelationis ex parte hominis . . . sed non singulorum, verum omnium sive totius societatis humanae. Si enim singulis et universis hominibus supernaturalis revelatio ad instituendam vitam rationi consentaneam et ad finis ultimi, in cognitione et amore Dei praecipue siti, ut in philosophia morali jam ostensum est, consecutionem moraliter necessaria diceretur, ne unum quidem, adultum saltem hominem supernaturali revelationi carentem sive ethnicum istiusmodi vitam unquam duxisse et beatitudinem aeternam adeptum esse significaretur, eadem plane ratione, qua doctrina, secundum quam speciale Dei auxilium homini necessarium affirmatur, ut singula et universa etiam levissima peccata revera vitet, secundum