

Dalmatik mit Ausnahme des Querbesatzes keinen Raum. Man beschränke sich daher, wenn man auf ihnen figürliche Darstellungen anbringen will, auf kleinere Einzelfiguren der Halbbilder. Ornamentale Stickereien der Besätze können eine verkleinerte Wiedergabe der Stickereien sein, welche sich auf den Stäben der Kasel, zu welcher die Levitengewänder gehören, finden. Notwendig ist das indessen keineswegs. Immerhin sollten im Interesse einer harmonischen Wirkung auf dem Messgewand, der Dalmatik und der Tunicella zum wenigsten gleichartige Motive bei der Verzierung der Besätze zur Verwendung kommen: Einheit in der Mannigfaltigkeit.“<sup>1)</sup>

Mögen jene, welche sich der schönen Aufgabe unterziehen, liturgische Gewänder herzustellen und noch mehr jene, welche sie zum eigenen Gebrauch kaufen, diese aus dem Studium mittelalterlicher Paramentik geschöpften Normen bei der Anfertigung oder dem Erwerbe von Dalmatiken stets vor Augen haben, dann werden die Levitengewänder in ihrer Weise bei der feierlichen Messe zu einer festlichen und freudigen Stimmung beitragen und so ihrer alten Symbolik gerecht werden.

## Melancholie und Unzurechnungsfähigkeit.

Von Seb. Weber, kgl. Pfarrer in Deggendorf.

„Das Gemüt des Menschen ist sein Schicksal.“  
Novalis.

Die Tagesblätter berichten fast täglich Selbstmorde und Selbstmordversuche in erschreckender Zahl. Die Ursachen dieser höchst traurigen Erscheinung sind verschieden. In gewissen Gesellschaftskreisen mag die Ursache im allgemeinen nicht selten im Niedergang des sittlich-religiösen Lebens zu suchen sein. Nicht zu leugnen ist aber auch die stetige und ungewöhnliche Zunahme des Geisteskrankheiten. Nun ist es sicher, daß keine der Psychose in so nahen und bestimmten Beziehungen zum Selbstmord steht wie gerade die Melancholie. Nach Dr. Ziehen versucht mindestens ein Drittel melancholisch Erkrankter in einem geeigneten Augenblick den Selbstmord und führt ihn auch aus, wenn es glückt. Die preußische und sächsische Statistik erweisen, wie Dr. Morselli berichtet, daß sogar zwei Drittel der Selbstmorde der Geisteskranken durch melancholische und hypochondrische Zustände veranlaßt werden.

Ist nun die traurige Tatsache des Selbstmordes eines Melancholikers vorhanden, so läßt die Kirche in bezug auf die üblichen Ehrungen am Grabe die weitgehendste Milde herrschen, und das mit Recht, da eine gegenteilige Praxis bei der außerordentlichen Schwierig-

<sup>1)</sup> Winke für die Anfertigung der Paramente (1904) S. 52. — Ein empfehlenswertes Buch!

keit, über jeden einzelnen Fall ein zutreffendes Urteil zu gewinnen, leicht dahin führen könnte, dem Toten ein schweres Unrecht zuzufügen und die Hinterbliebenen durch unkluge Strenge empfindlich zu kränken und abzustoßen. Wenn schließlich auch im Sinne des § 51 des Strafgesetzbuches die Melancholie (natürlich im klinischen Sinne genommen) „als krankhafte Störung der Geistesfähigkeit betrachtet wird, daß der Angehuldete die strafbare Handlung in einem Zustande von krankhafter Störung der Geistesfähigkeit, wodurch die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, begangen hat“, so folgt daraus, daß auch die Melancholie einen solchen Grad von Geistesstörung darstellt, daß die vom Gesetz geforderten Merkmale vorhanden sind.

Soll nun dieser typische und daher maßgebende Grad einigermaßen fixiert werden, so ist eine eingehende, aus Erfahrungstatarchen geschöpfte Kenntnis dieser geistigen Erkrankung in allen ihren charakteristischen Symptomen unerlässlich, um zu erkennen, mit welchem Recht auch bei Melancholie von Unzurechnungsfähigkeit gesprochen werden kann und muß. Irreführend bei Beurteilung dieser Psychose mag sein, daß die Fälle dieser Erkrankung manchmal gruppiert werden nach dem Verlaufs typus. Daher auch die Erscheinung, daß mancher Psychiater die keineswegs allgemein angenommene Einteilung von „Melancholie ohne Wahnideen“ und „Melancholie mit Wahnideen“ für nötig erachtet hat. Aus dieser Einteilung wird dann zu voreilig der Schluß gezogen, „Melancholie ohne Wahnidee“ sei nicht als vollwertige Psychose anzusprechen, weshalb auch in weiterer Folge im Falle einer verbrecherischen Handlung Unzurechnungsfähigkeit nicht zugebilligt wird.

Die folgenden Ausführungen, gütige Nachsicht beanspruchend, mögen ein Versuch sein, ein wenig zur Klärung dieser Frage beizutragen.

Die Hauptfrage ist nun, wann Melancholie in rein psychiatrischem Sinne vorhanden ist?

In erster Linie darf nicht übersehen werden, daß bei keiner Psychose die Auffassung zwischen psychiatrischer und nicht psychiatrischer so entgegengesetzt ist, wie gerade bei der Psychose der Melancholie, da vor allem der Hauptunterschied zwischen Melancholie und „melancholischem Temperament“ nicht genügend gemacht wird. Soll das Krankheitsbild der Melancholie sich klar zeigen, so ist besonders zu betonen, daß es nicht Auffassung der Psychiatrie ist, jede Bestimmung, jegliche Trauer auf gleiche Stufe zu stellen mit der eigentlichen Melancholie, somit auf geistige Erkrankung zurückzuführen; denn nicht jeder Grad von Trauer und gemütlicher Depression, selbst auch nicht die Art der Trauer ist für den Begriff einer klinischen Melancholie maßgebend; der Schwerpunkt liegt vielmehr darin, die elementaren Störungen des Gemütslebens zu würdigen, was dann von selbst zu einer gerechten Beurteilung des individuellen

Denkens und Empfindens führen wird. Ferner ist bei Untersuchung eines Falles kein geringes Gewicht zu legen auf die Erforschung der Entstehungsursache des depressiven Affektes, ein Weg, der wohl geeignet ist, die Grenzlinie zu zeigen zwischen gesunder und kranker Gemütsverfassung.

Ohne auf die Ursachen in ihrer Verschiedenartigkeit, wie sie sich bei jeder Psychose, somit auch bei Melancholie vorfinden, näher einzugehen, sei nur bemerkt, daß die Melancholie in den meisten Fällen mit körperlichen Beschwerden beginnt: mit quälender Schlaflosigkeit, Kopfweh, Müttigkeit u. s. w. Der heilige Thomas sagt nicht mit Unrecht, daß eine unmittelbare weitere Folge andauernder rein körperlicher Beschwerden auch eine Alteration im Gemütsleben zur Folge habe. „Omnis corporalis defectus de se ad tristitiam disponit.“

Von weit größerer Bedeutung aber ist die Betonung der Veränderung, wie sich selbe im Gemütsleben vollzieht. Schon zu Beginn der Melancholie empfindet es der Kranke tiefschmerzlich, daß in seinem Inneren eine Umwandlung sich vollzogen hat, für die er trotz alles Grübelns keine vernünftige und befriedigende Erklärung finden kann. Die Gemütslage ist verändert und zwar schmerzlich verändert. Für dieses seelische Wehe ist die Motivierung nicht in körperlichen Beschwerden allein, oder in anderen äußeren Eindrücken zu suchen, sondern hat ihre mysteriöse Quelle zumeist im Inneren. Es mögen wohl in manchem Falle äußere Ursachen trauriger Art vorhanden sein, aber Ursache und Wirkung stehen in einem gewaltigen Mißverhältnis. In diesem Augenblick allerdings spricht man dann nicht mehr von gesunder, sondern von „krankhafter“ Gemütserregung.

„Dieser Zustand,“ schreibt der Psychiater Dr. v. Krafft-Ebing,<sup>1)</sup> „des psychischen Schmerzes gibt sich dem Bewußtsein als Verstimmung, als psychisches Wehe sein und da jenes ein einziges, unteilbares ist, muß die ganze Gefühlslage, die ganze Stimmung eine schmerzlich veränderte sein. Diese Veränderung aber ist keine in der Außenwelt motivierte, sondern durch innere Ursachen bedingte; notwendig muß demnach die Verstimmung eine gründlose sein. Der Kranke ist sich vorerst keines Grundes seiner Verstimmung und üblen Laune bewußt, und eben deshalb erscheint sie ihm, wie der fachkundigen Umgebung als eine krankhafte, weil subjektive.“

Aus diesen die Melancholie als Psychose mehr einleitenden Erscheinungen, in welchen die trüben Gedanken, Sorgen, Befürchtungen immerhin noch zeitweilig verschwinden können und nebenbei die schmerzhafte Verstimmung sich nicht wesentlich unterscheidet von der Verstimmung eines Gesunden, so daß auch etwa noch von Zurechnungsfähigkeit gesprochen werden könnte, entwickelt sich allmählich, freilich auch nicht selten in jäher Weise, jenes Krankheitsbild, das man mit dem Namen „Melancholie“ bezeichnet.

<sup>1)</sup> S. v. Krafft-Ebing: „Die Melancholie.“ Eine klinische Studie. Erlangen. Ferd. Encke. 1874.

Wenn nach St. Thomas (S. Thomas: Sum. II. qu. 37. 1—4) schon die Trauer (nicht im Sinne von Melancholie natürlich) hemmend und störend nicht nur auf das Seelenleben nach allen seinen Richtungen, sowohl auf die Erkenntnis- als Gemütsphäre und die gesamte Produktivität nach außen, sondern auch auf das physische Dasein, und in letzter Richtung weit verderblicher als irgend ein anderes Gefühl wirkt, dann läßt sich ermessen, welche Steigerung die schädlichen Einflüsse erfahren, wenn es sich nicht um die Trauer eines noch gesunden, sondern in seinem Nervensystem völlig erkrankten Menschen handelt, wie es beim Melancholiker tatsächlich der Fall ist. Der auffallende Zug der Melancholie liegt, wie wir noch sehen werden, in der ganzen, eigenartigen Entwicklung, vor allem in der Dauer und der stetig, wenn auch allmählich zunehmenden Stärke. Eine begründete Trauer, die an sich geeignet wäre, obige Wirkungen zu zeitigen, wird am Anfang am intensivsten sein, um dann allmählich einer ruhigeren Fassung wieder Platz zu machen, wie es z. B. beim Schmerze einer Mutter ist, die im Tode ihres einzigen Kindes einen herben Verlust erlitten hat. Anders bei der Melancholie.

Ein ursprünglich noch normales Schmerzgefühl steigert sich immer mehr, u. zw. aus unbekannten Gründen. Die schmerzlichen Vorstellungen, der traurigen Gemütslage entsprechend, erscheinen spontan, verstärken sich, bis das Höheftadium erreicht, in welchem Angst, Unruhe, Hemmung auf psychischem Gebiete, der unwiderstehliche Drang zu schwermüttigen, eintönigen Grübeleien das ganze Krankheitsbild beherrscht.

Es drängt sich nun die weitere Frage auf, welche psychische Veränderungen von eingreifender Wirkung vollziehen sich bei der Melancholie, u. zw. bei jenem Grad von Melancholie, bei dem, so wollen wir zunächst annehmen, noch keine Wahndeide geäußert oder wahrgenommen werden. Zu größerem Verständnis wollen wir den Prozeß verfolgen an der Hand empirisch wahrer Krankheitsbilder. Fall I. (Eigene Beobachtung.)

N. N. Dienstmagd, 20 Jahre alt, körperlich gesund und kräftig, war kurze Zeit manisch erregt. Seit dieser Zeit ist ihr Gemütszustand deprimiert, sie spricht nichts, liegt immer oder meistens, schläft wenig, fühlt sich unglücklich. Der Zustand wechselt, insoferne alle vier Wochen ungefähr eine bedeutende Verschlimmerung eintritt, um in der Zwischenzeit sich auch nicht ganz zu bessern. Patientin ist nur teilweise arbeitsfähig. Die Erwerbsfähigkeit ist auf weniger als ein Drittel herabgesetzt. Die Mutter der Patientin ist sexuell exzessiv, soll infiziert gewesen sein; macht den Eindruck, daß sie nicht ganz normal sei. Patientin war früher gesund, exzedierte in keiner Weise bezüglich ihrer Lebensführung; zeigte keinerlei Auffälligkeiten in geistiger Beziehung. Kündigte den Dienst, irrte einige Zeit Dienst suchend herum. Seit dieser Zeit in ängstlicher Stimmung, willenlos, muß gewaschen werden, beschäftigt sich nicht, zeigt kein Interesse, keinen Wunsch;

äußert auf dem Wege zur Anstalt, daß es ihr lieber wäre, wenn sie gestorben (!) wäre. Erzählt, sie sei in N. von der Polizei in ein Haus gebracht worden, das sie nicht kenne; dort sei etwas mit ihr vorgenommen worden, was sie nicht erzählen könne. Von anderweitigen Wahnideen, Sinnestäuschungen sind keine Andeutungen vorhanden. Die Kranke ist völlig über alles orientiert, und hat sich ruhig in ihre neue Umgebung hineingefunden. Im weiteren Verlauf der Krankheit ständig in gedrückter Stimmung, manchmal deutlich gehemmt, ohne Initiative, energielos, bringt bei der Arbeit nichts fertig, muß zu allem geschoben werden, spricht wenig, sondert sich ab im Verkehr, macht einen müden Eindruck. Wird nach längerer Zeit als „gebessert“ entlassen.

II. Fall. (Eigene Beobachtung.) N. N., 36 Jahre alt, körperlich gesund, gibt an, daß sie nichts mehr arbeiten könne, besonders dann nicht, wenn man ihr etwas anschaffe. Wenn sie ihre Ruhe und gute Behandlung habe, könne sie sich zur Not selber helfen; wenn man aber ihr etwas berede, oder wenn man sie zanke, verliere sie sofort allen Mut, zittere vor Aufregung, und sei dann unfähig zu jeder geistigen und körperlichen Tätigkeit. Patientin gibt korrekt Auskunft über ihre Personalien, ihre Antezedentien, zeigt keinerlei merkliche Gedächtnisschwäche, und läßt keinen eigentlichen Intelligenzdefekt erkennen. Dagegen läßt sich unschwer konstatieren, daß das Gefühlsleben und besonders die Willensphäre erheblich beeinträchtigt ist. Sie erzählt, daß sie zu Hause immer traurig und schwermüdig sei, so daß sie gar nicht bleiben könne. Im Sommer gehe sie fort, weil es leichter werde, wenn sie sich zerstreue. „Sie hätte längst schon ihrem Leben ein Ende gemacht (!), wenn sie nicht immer fleißig gebetet, und in der Religion immer Trost und Kraft gefunden hätte, gegen solche Anwandlungen anzukämpfen.“ Federmann, so erzählt Patientin, sehe sie, die doch krank sein müsse, für eine Schwindlerin an; das sei ihr schrecklich. Wer sie längere Zeit kenne, der lerne ihr Leiden schon kennen. Bezeichnend ist die Angabe, daß die Angstgefühle von einem Druck in der Herzgegend (Präkordialdruck!) begleitet seien. Patientin hat in ihrem Wesen etwas Schlafloses und Energieloses, weint bei der geringsten Zurechtweisung, aber auch ohne jeden Grund.

Diese angeführten Krankheitsbilder entsprechen der leichtesten Form der einfachen Melancholie, sind wahrscheinlich auf hysterischer Basis entstanden, und lassen sich erklären durch den Umstand, daß beide erblich belastet sind. In beiden Fällen fehlen äußere Anzeichen dafür, daß Verfälschungen des Bewußtseinsinhaltes durch Wahnideen vorhanden sind.

III. Fall. (Eigene Beobachtung.) N. N., 44 Jahre alt, Dienstmagd. Geisteskrankheit ist bis jetzt in der Familie nicht vorgekommen. Von 13 Geschwistern leben 7 und sind gesund. In der Schule hat Patientin stets gut gelernt; ihr späteres Leben war stets ordentlich; war eifrig in Ausübung der religiösen Pflichten. Ist niemals ernstlich

frank gewesen. Patientin wurde seit mehreren Monaten fortwährend von innerer Unruhe gepeinigt, die sie zu arbeiten verhinderte. Obgleich sie sich beschäftigen wollte, konnte sie doch niemals dazu kommen. Es wurde ihr schwer, zu einem Entschluß zu kommen. Den seit langer Zeit gefassten Entschluß konnte sie nicht durchführen. Sehr häufig blieb sie bis Mittag zu Bette liegen und gab dafür als Ursache an, sie habe das Gefühl, als ob jemand sie hindere, das Bett zu verlassen. Es sei ihr zu Mutet, als wenn ein übernatürliches Wesen in ihr stecke; sie habe an nichts mehr Freude; es fehle ihr Ruhe und Ausdauer bei der Arbeit. Patientin konnte ohne Schlaftrunk nicht mehr schlafen, daß ganze Nächte aufrecht im Bette und jammerte: „Lieber Herrgott, so hart ist es u. s. w.“ Der Appetit ist herabgesetzt. Im weiteren Verlauf der Krankheit klagt R. über beständiges Angstgefühl. Eine wirkliche Ursache weiß R. dafür nicht anzugeben. Sie gibt an, sie fühle sich tief unglücklich, ohne eigentlich zu wissen, warum. Trotz innigen Verlangens, in die Kirche zu gehen, kommt sie nicht dazu, und glaubt dann wieder, das Beten sei umsonst. Gang schleppend, Sprache langsam, Gesichtsausdruck tief traurig. Es treten Gedanken der Verzweiflung zu Tage: „sie komme in die Hölle und niemand könne sie davor bewahren“. Präkordialangst deutlich vorhanden. Neuzert sonst keine weiteren Wahnsideen und ist ohne fixe Ideen. Im übrigen Denken stets klar; im Neuzeren geordnet; zu jeder Tätigkeit unfähig. Im Verkehr mit einer an Hystero-Melancholie Leidenden wurde ihr die Idee suggeriert, daß „sie sich nicht sicher fühle, in einem unbewachten Augenblick das Leben sich zu nehmen“. Will daher fort, um „ins Wasser zu gehen“. Nach kurzer Zeit Tod infolge eines Tumors in der Magengrube.

Der hervorstechende Zug in diesen Krankheitsbildern ist die angstliche Verstimmung. Dieselbe gleicht auf den ersten Blick der Angstlichkeit des Gesunden, aus der sich aber, nicht selten in jäher Weise, jenes Krankheitsbild entwickelt, in welchem die Symptome der Melancholie markant hervortreten. Aus dieser Verstimmung heraus wird, wie das Krankheitsbild gezeigt hat, das eigene Vorstellen ein sich stets wiederholender Anlaß zu neuen Klagen, werden die verschiedenen Sinneswahrnehmungen eine Quelle erneuten Schmerzes. Alle Vorgänge im eigenen Innern sind schmerzlicher Natur. Die Vergangenheit, die vor der Erkrankung nicht sonderlich beunruhigt hat, erscheint jetzt in verhängnisvoller Beleuchtung. Die Gegenwart liefert stets neues Material zu selbstquälischen Grübeleien. Der Verkehr mit der Umgebung ist erschwert; der Kranke wird menschen scheu. Die weitere Folge dieser Verstimmung und Unruhe ist, daß eine peinliche Hemmung des Vorstellens sich bemerkbar macht. Die Gedanken werden auf einen kleinen Kreis eingegrenzt und das Denken, unter dem Zwang der Verstimmung stehend, wird derart eintönig, daß alle anderen Vorstellungen verdrängt werden. Neuzere Eindrücke, wie Gesellschaft, Musik, Theater u. s. w. sind nicht imstande,

den Bann dieser Gedankenkonzentration zu durchbrechen. Dieses stete Wiederholen von gleichen Gedanken, und das kann Jahre dauern, muß naturgemäß wiederum schmerzlich empfunden werden, und das umso mehr, als jede krampfhafte Mühe zum Gegenteil an innerem Widerstande scheitert; es können einfachhin *Gegenvorstellungen* nicht mehr assoziiert werden. Alles Zureden und Ausreden hat gegenseitige Wirkung. Es hieße grausam sein, in diesem Falle Gehorsam zu verlangen. Diese oben angedeuteten psychischen Erscheinungen haben durchaus nichts Befremdendes, sind vielmehr naturgemäß. Das hat schon der heilige Thomas in klarer Weise dargelegt; denn nach ihm hat die reelle Einheit aller psychischen Kräfte in einer Seelensubstanz zur notwendigen Folge, daß, sobald die Seele mit Gewalt nach einer Seite hingezogen wird, in eben dem Grade von einer anderen sich abwenden muß, da die Seele doch nur eine Intention haben kann. Wenn nach St. Thomas schon die Trauer des Gesunden einen so störenden Einfluß auf die Geistes-tätigkeit ausübt, daß der Mensch in diesem Zustande z. B. des einmal früher Erlernten sich nicht mehr erinnern kann, so ist es klar, wenn im frankhaften Stadium der Trauer, in der Melancholie, eine Störung im Vorstellungsablauf sich einstellt in einer Stärke, daß das freie Spiel der Gedanken gehemmt wird und sozusagen ein „Starrkrampf des Geistes“ eintritt. Dabei braucht der Inhalt der stets wiederkehrenden Gedanken nicht verfälscht zu sein.

Wie das Denken eine formale Störung erleidet durch eine schmerzliche Hemmung der Assoziations-tätigkeit, so vollzieht sich nicht minder eine allmähliche oder auch plötzliche Störung auf dem Gebiete der Willens-tätigkeit. Wie wir in den Krankheitsbildern gesehen haben, sind melancholisch Erkrankte schwer zu bewegen, einer geordneten Tätigkeit sich zu unterziehen; bleiben aus Willensschwäche wochen- und monatelang im Bett liegen. Wenn in diesem Stadium der Depression ein Selbstmord seltener vorkommt, so ist diese Erscheinung zu erklären aus der alles beherrschenden Abulie oder Unschlüßigkeit, wenn auch nicht ausgeschlossen ist, daß aus dieser Lähmung heraus das gepreßte Gemüt in einem Selbstmordversuch sich Luft macht.

Zugegeben nun, daß in dem beschriebenen Stadium der Kranke immerhin noch besonnen ist, und Verständnis hat für das Krankhafte seines Zustandes, so muß doch auch Laieneinsicht zugeben, daß eine wesentliche Veränderung im ganzen Wesen des Kranken sich vollzogen hat, daß, kurzgesagt, eine geistige Störung vorliegt. Die Persönlichkeit ist eine andere geworden. Daß der Kranke über seine Lage orientiert ist, über verschiedene Dinge noch richtig urteilt, ist belanglos, denn auch bei Wahnbildungen, wie bei Verrückten, bei denen gewiß von einer Intaktheit der Intelligenz keine Rede ist, kann man beobachten, daß der Kranke weiß, wo er ist, den Arzt kennt, sowie seine Umgebung, Rechnungen ausführt, Sprachen lernt u. s. w. Es darf bei Melancholie eben nicht übersehen werden, daß eine andere

Qualität des Fühlens, des schmerzlichen Fühlens und damit in Verbindung eine Hemmung des Denkens eintritt. Wenn nun der Begriff der Zurechnungsfähigkeit voraussetzt, daß der Fluß der Gedanken ein freier und nicht gehemmt sei, so muß zum mindesten die volle Zurechnungsfähigkeit bei Melancholie in Frage gestellt werden, da kontrastierende, aufeinander einwirkende Vorstellungen ausgeschlossen sind. Gehen wir noch einen Schritt weiter!

Viel wichtiger ist die Beobachtung, daß beim melancholisch Erkrankten beim Andauern dieses qualvollen Zustandes das Selbstbewußtsein immer mehr und mehr sich trübt, und ohne daß der Uebergang nur irgendwie bemerkbar wäre, steckt der Patient mitten in Wahnideen.

Ist somit der Selbstmord eines Melancholikers gegeben, so ist bei dem betrachteten Verdegang der Melancholie wohl nicht der Glaube an die Ewigkeit verloren gegangen, wohl aber die Kraft, diesen Glauben im kritischen Moment des Lebens in die Tat der Selbsterhaltung umzusetzen. Dem Laien mag es schwer sein, in Fällen von Melancholie, bei denen Wahnideen nicht nachgewiesen waren, an eine Geistesstörung und somit an die Unzurechnungsfähigkeit zu glauben, da es ihm unmöglich ist, die Kompliziertheit und Verborgenheit der inneren Vorgänge dieser Krankheit zu würdigen. Es geht daher nicht an, da die Melancholie ohnehin ein wissenschaftlich eindeutiges Kriterium nicht zuläßt, allgemeine Sätze über die Zurechnungsfähigkeit melancholischer Selbstmörder aufzustellen in den Fällen, wo scheinbar nur eine „Melancholie ohne Wahnideen“ sich zeigt. Wir können uns aber auch auf Grund vielfältiger und eingehender Beobachtungen nicht der Ansicht an anschließen, daß bei Melancholie in den meisten Fällen Wahnideen nicht nachweisbar seien, haben vielmehr die Überzeugung, daß solche vorhanden sind und schon im Beginn der Melancholie in inniger Verbindung mit der Krankheit stehen.

Der Melancholiker wird nämlich, im Gegensatz von vorübergehenden deprimierenden Gemütsbewegungen, wie sie auch bei Gesunden vorkommen, durch das Unklare der Verstimmung, durch das Dunkle der psychischen Umwandlung in Staunen und Entsetzen versetzt. Bei dem krampfhaften Bemühen nun, das Geheimnisvolle dieses Zustandes zu erklären, steckt der Patient sehr rasch mitten in einer Welt von „kranken“ und schließlich „fixen“ Ideen oder Wahnideen. Vor allem urteilt der Melancholiker ganz anders über sein eigenes Ich, über seine Person. Er klagt darüber, daß er ein „anderer“ geworden sei, daß er nicht so sei, wie eben andere Menschen sind. Es mag gerne zugegeben werden, daß im Leben eines melancholisch Erkrankten z. B. so manche Verfehlung sich findet. Ueber dieselbe ist er aber in gesunden Tagen mit Leichtigkeit hinweggekommen, oder, wollen wir sagen, hat darüber in vernünftiger Weise Schmerz empfunden. Nun ist es aber anders geworden. Jetzt erscheint ihm das vergangene wie gegenwärtige Leben als eine Kette von Schwachheiten und Bos-

heiten. Die kleinsten Fehler, z. B. das Vergessen einer nicht einmal schweren Sünde in der Beichte, oder ein unrechtes Wort oder Scherz, sie steigen vor ihm auf wie Gespenster, um sein Gewissen schwer anzuklagen. In monotoner Weise klagt er, daß er von Jugend auf und jederzeit und überall alles falsch gemacht habe: kurz, sein Leben sei ohne Inhalt, ohne Wert gewesen. Er habe umsonst gelebt. Daraus ist doch zu ersehen, daß die Krankheit eine Existenzweise des Subjektes geschaffen hat, die seiner normalen Natur nicht entspricht. Eine Verarbeitung gegenteiliger, vernünftiger, dem schmerzlichen Vorstellungsinhalt entgegengesetzter Ideen ist ausgeschlossen. Bei dem Versuch, sich selbst einer Kritik zu unterziehen, kommt Patient zu falschen Schlüssen und Ideen, die sehr zu seinen Ungunsten sind. „Ich muß doch ein Verbrecher sein, daß die Verstimmung nicht weichen will,“ meinte ein Melancholiker. Solche Ideen aber, die aus *frankhaften* Gemütsbewegungen stammen, sind „Wahnideen.“ Erfährt doch jeder Gesunde an sich Gemütschwankungen, und jeder kennt den Einfluß, den dieselben auf unsere Wahrnehmungen und Ideen ausüben. Wer gut geschlafen hat, oder irgend eine, wenn auch kleine Freude, eine wohlverdiente Anerkennung u. s. w. erlebt hat, findet die Welt anders, er findet sie schöner; alles um ihn her ist freundlicher. Hat jemand aber etwas Unangenehmes erfahren, vielleicht unverdienterweise ein kränkendes Wort erhalten, oder hat sich ein Unglück, eine Verdemütigung wie ein Alp auf sein Herz gelegt, dann kann es sein, daß infolge des Gemütsdruckes, hervorgerufen durch diese Bitterkeiten, selbst *harmlose* Ereignisse, ein Wort, ein Blick, ein Übersehen eine falsche Deutung erfahren, und die Außenwelt wird für diese Zeit der Verstimmung anders gewertet und unrichtig und damit ungerecht beurteilt.

Wenn schon bei Gesunden eine Gemütsdepression solche verfehlte Denk- und Empfindungsweise zeitigt, so darf es nicht wundernehmen, wenn bei einer Gemüterschüttung, die an Größe und Dauer jede gesunde Trauer übertrifft, die Wahrnehmungen gefälscht, falsche Schlüsse gezogen werden, und Ideen sich bilden, die wiederum geeignet sind, dem verstimmten Gemüt neuen Stoff zu seelischem Schmerz zuzuführen. Wie ein Melancholiker eine *harmlose* Sache mit den düstersten Farben auszumalen versteht, dafür nur ein Beispiel aus eigener Erfahrung. Gelegentlich eines Besuches hörte der Patient aus dem unter seinem Zimmer gelegenen Raum einige Hammerschläge. Dabei hätte sich ein normaler Mensch nichts besonderes gedacht. Was vermutet der Kranke, was empfindet er bei diesen Hammerschlägen? Mit schmerzlicher Miene macht er dem Besuche die bestimmte Mitteilung, daß jetzt sein Sarg gemacht werde, und er, der körperlich Gesunde, gewinnt die Überzeugung, daß er nun bald sterben werde. Zu dieser düsteren Idee kommt Patient doch nur durch seine *frankhafte* Gemütsstimmung, die ihn mit Gewalt dahin führt, alles in schwarzen Farben zu sehen. Diese Erscheinung läßt doch kaum in Abrede stellen, daß ein Melancholiker auch dann, wenn er

nach Laienansicht nicht in allem irre redet, von dem Augenblick an, wo eine intensive länger andauernde frankhafte Verstimmung ihn ganz und gar gefangen hält, in einer Welt von Wahnideen steckt.

Aus den bisherigen Erörterungen und der Darlegung des geistigen Prozesses beim Werdegang der Melancholie dürfte klar sein, daß der Melancholiker als andere Menschen sich fühlt, daß gerade durch diese Veränderung im Empfinden das Vorhandensein einer oder mehrerer Wahnideen gegeben ist. Wenn daher manchmal von Melancholie ohne Wahnideen die Rede ist, so dürfte zu wenig unterschieden werden zwischen Wahnideen und „fixen Ideen“; denn nicht jede Wahnidee ist eine „fixe Idee“. Die Wahnidee, eine frakte Idee, kann vorübergehend vorhanden sein, kann „abklingen“, verblasen und ganz verschwinden; eine „fixe Idee“ aber bleibt, wie schon ihr Name deutet. Sohin kann wohl gesagt werden, es gebe Melancholiker ohne „fixe Ideen“, aber keine Melancholiker ohne Wahnideen, ohne frakte Ideen, da ja die Bekennung der eigenen Persönlichkeit die Urwahnidee ist, wenn man so sagen darf. Bekannt ist, daß Wahnideen verschwinden, sobald die trübe Quelle verschwindet, aus der sie kommen. Verschwindet die traurige Stimmung, so verschwinden auch die der Melancholie eigenen Wahnideen. Würden aber diese Ideen bestehen bleiben, auch dann, wenn das Gemüt zur Ruhe gelangt ist, dann haben wir es nicht mehr mit Wahnideen zu tun, sondern mit „fixen Ideen“; der Patient ist unheilbar verrückt. Nehmen wir nun an, die in den Krankheitsbildern gezeichneten Kranken hätten im geeigneten Moment Selbstmord begangen, so wären sie für diese Handlung nicht verantwortlich zu machen, da die verschiedenen Angstvorstellungen eines Melancholikers als wirkliche Wahnvorstellungen anzusprechen sind; es kann somit auch nicht mehr nach dieser Seite hin von voller Intaktheit der Intelligenz die Rede sein; denn sonst müßte man auch dem verrücktesten Menschen, der über Ort und Zeit und Umgebung recht wohl orientiert ist, und in gewissen geistigen Neuerungen dem Gesunden gleich ist, noch Intaktheit der Intelligenz zubilligen.

Indes angenommen, aber nicht zugegeben, es würde bei einem Melancholiker die Neußerung einer Wahnidee fehlen, so ist bei dem äußerst komplizierten Wesen dieser unheimlichen Erkrankung wohl in die Tasche zu legen, was Dr. Krafft v. Ebing in seiner Monographie über Melancholie S. 24 schreibt: „Es kommt akut zu kompletter psychischer Anaesthesia dolorosa, zu einer qualvollen Leere und Gedächtnislosigkeit, einfach, weil gegenüber diesem gewaltigen inneren Erregungszustand die äußeren Reize nicht mehr zur Geltung kommen können, ein Zustand, der nicht selten temporär zu einer vollkommenen Aufhebung der äußeren Vorgänge und zu der unklaren Vorstellung der Nichtexistenz führt. Tritt also der höhere Grad der Melancholie hinzu, wobei eine qualvolle unbestimmte Vorstellung der Angst den Inhalt des Bewußtseins bildet, oder wobei ein wirres

Durcheinander wegen peinlicher unbeherrschter und nicht mehr assoziierbarer Vorstellungen das Vorstellungsfeld erfüllen, dann kann es nicht ausbleiben, daß vollständige Verwirrung entsteht. Auch brauchen Wahnideen nicht vorhanden zu sein. In den höchsten Graden des Angstangstfalles kann es selbst zu momentaner Aufhebung des Selbstbewußtseins kommen."

In diesem Falle kann dann die Ausführung des Selbstmordes die Tat eines Augenblickes sein; denn die von der Angst diktierten Bewegungen werden mit größter Lebendigkeit ausgeführt. Dabei tritt so recht die eigenartige Tatsache in die Augen, daß jene Bewegungen, die durch Angst hervorgerufen werden, von der vorhandenen Assoziationshemmung verschont bleiben. Aus dem Bisherigen dürfte einigermaßen zugegeben werden, daß es zu falschen Schlüssen führt, wenn man sich zu sehr an eine nicht einmal allgemein angenommene Klassifikation der Melancholie „mit“ und „ohne“ Wahnideen anklammert.

Wir können nicht umhin, zur weiteren Beleuchtung der Frage noch eine weitere höchst wichtige Erfahrungstatsache anzufügen, die geeignet ist, zu beweisen, daß schon im Einleitungsstadium zur Melancholie sich Wahnideen vorfinden, ja sogar dem Stadium der Depression vorausgehen, so daß also das Auftreten der Wahnideen nicht ohne weiteres mit der depressiven Affektveränderung in Parallele zu kommen braucht. Es wurde schon akute halluzinatorische Verwirrtheit als Initialstadium der Melancholie konstatiert, wobei auch Illusionen in die Erscheinung treten, welche die Kranken ihre ganze Umgebung falsch auffassen lassen, und ihre häufige Angst, Unruhe und die verkehrten Handlungen erklären. Dieses Vorstadium kann nun aber ohne besonderes Aufsehen vorübergehen, da diese Erscheinung mehr als Syndrom, als Begleiterscheinung von längerer oder kürzerer Dauer auftritt, ohne das Wesen der behandelten Psychose auszumachen. Es ist nun nicht ausgeschlossen, daß beim Vorhandensein dieses einleitenden Zustandes zur ausgeprägten Melancholie ein Selbstmord zur Ausführung kommt. In diesem Falle würde selbst der in diese Krankheitsform nicht eingeweihte von Unzurechnungsfähigkeit sprechen. Eine weitere Berücksichtigung aller Nebenerscheinungen und Aussstrahlungen der einen Erkrankung „Melancholie“, sowie eine eingehende Behandlung der verschiedenen Übergänge zu interessanten Gruppen Melancholischer ist für unseren Zweck belanglos. Die bisher angeführten klinischen Tatsachen drängen zur Präsumtion, daß der Melancholiker in der Tat geistesgestört ist. Dieser Präsumtion schließt sich in praxi die Kirche an.

Schließlich noch eine Bemerkung:

Vor einigen Jahren hat das evangelische Konsistorium der Provinz Schlesien die Bestimmungen in Erinnerung gebracht, nach welchen sich die Geistlichen bei Bestattung von Selbstmörfern zu richten haben. Diese Bestimmungen sind recht gut gemeint, wir bezweifeln aber ihren praktischen Wert. Diese Bestimmungen lauten:

Bei dem Begräbnis von Selbstmörtern bildet die Verzagung von kirchlicher Mitwirkung die Regel. Die Beteiligung des Geistlichen hingegen ist nur als Ausnahme von dieser Regel bei Fällen notorischer Unzurechnungsfähigkeit zulässig. Wird das kirchliche Begräbnis eines Selbstmörders verlangt, so hat der Geistliche eine eigene Überzeugung sich darüber zu verschaffen, ob die Selbstentleibung mit Bewußtsein oder in geistiger Unnachtung erfolgt ist. Ob durch ein ärztliches Zeugnis über die Unzurechnungsfähigkeit des Selbstmörders die Bedenken gegen Gewährung eines kirchlichen Begräbnisses gehoben werden, bleibt Sache der pastorellen Entscheidung. Ist die Tat nach Überzeugung des Geistlichen im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit geschehen, so hat er bei dem Begräbnis jeglicher Mitwirkung sich zu enthalten, und sich auf den Trost zu beschränken, welchen er gemäß dem Erlaß des evangelischen Oberkirchenrates den Hinterbliebenen aus Gottes Wort zu bringen hat."

Ob dieser Erlaß den Geistlichen praktisch einen Dienst leistet, kann in Frage gestellt werden. Im Hintergrunde finden wir die pastorelle Klugheit und dieser Hintergrund hat sein Hintertürchen, das zum ärztlichen Gutachten führt. In derselben Lage befinden sich die katholischen Geistlichen. Die verschiedenen bischöflichen Erlässe der verschiedenen Diözesen sind wohl bekannt, aber wenn die rauhe Wirklichkeit zur Entscheidung drängt, ist wohl jeder froh, im ärztlichen Gutachten den Weg zu finden zur Lösung der Frage. Es wird gerne zugegeben, daß der Obduktionstisch nicht allein Beweiskraft hat für die sichere Diagnose einer geistigen Erkrankung, aber der Arzt wird gemäß seiner psychiatrischen Vorbildung mehr berufen sein, in diesen Fällen ein Urteil zu fällen, als der vielfach nicht psychiatrisch gebildete Geistliche. Damit werden am leichtesten die Schwierigkeiten der Praxis überwunden. Die Kirche selbst verzichtet, wenn sie die Entscheidung in die Hand des Arztes legt, keineswegs auf ihren prinzipiellen Standpunkt, findet aber darin den Weg, vielen unglücklichen Gestörten gerecht zu werden und die weitgehendste Milde herrschend zu lassen.

## Bücher für katholische Pfarr-, Familien- und Schülerbibliotheken.

Von Johann Langthaler, reg. Chorherr und Stiftshofmeister in St. Florian (Oberösterreich). (Nachdruck vorbehalten.)

**Tiroler Helden.** Geschildert von Josef Maurer. Mit zahlreichen Abbildungen. Adolf Russell in Münster, Westfalen. 8°. 116 S. Bruch. M. 1.50.

Die in echt katholischem und patriotischem Geiste geschriebene Arbeit bietet uns in gedrängter Kürze die Lebensbilder der Tiroler Helden: Andreas Hofer, Kajetan Sweth, Josef Speckbacher, Josef Ignaz Straub, Peter Mayr, Peter Siglmair, Joachim Haspinger, Katharina Panz, die Brüder Peter und Pankraz Haider. Da jeder der Genannten separat „verarbeitet“ ist, waren Wiederholungen unvermeidlich. Die Illustrationen stehen nicht alle auf der Höhe der Zeit.