

XIV.

Zur Psychopathologie der Neurasthenie.

Von

Prof. A. Pick

in Prag.

Während man der durch gesteigerte, zornmüthige Reizbarkeit charakterisierten Form der Neurasthenie seit jeher wegen der auffälligen äusseren Erscheinungen derselben besondere Aufmerksamkeit geschenkt hat, wurde eine andere, in ihrem Wesen gleichfalls durch den Grundzug der erleichterten affectuösen Erregbarkeit charakterisierte Form derselben in den einschlägigen Darstellungen bis vor Kurzem kaum flüchtig erwähnt; und doch hat schon einer der grossen Meister unseres Faches, der unsterbliche Morel, dieselbe in einer klassischen Studie besprochen und durch einen glänzenden Fall illustriert; aber während der übrige Theil dieser Arbeit — ich meine seine Darstellung des *Délire émotif* — seither eingehende Verwerthung in der Lehre von den Zwangsvorstellungen gefunden, sind die, ebendort berührten, anders gearteten Erscheinungen kaum gewürdigt worden; es liegt dies offenbar daran, dass in der Darstellung Morel's doch noch mancherlei, Zwangsvorstellungen, Zwangsgefühle und anderes, mit einander vermengt erscheint, was wir erst durch die scharfsinnige Arbeit unseres Westphal zu trennen gelernt haben. Um nun meiner Ansicht Ausdruck zu geben, dass auch die von mir in's Auge gefasste Störung nichts mit dem zu thun hat, was jetzt meist ohne weiteres mit dem *Délire émotif* Morel's zusammengelegt wird¹⁾ Ausdruck zu geben, möchte ich an der Hand eines prägnanten Falles etwas näher darauf eingehen. Dass es sich um die Steigerung einer die Gemüthsseite betreffenden Charakteranlage, die einem be-

1) Vergleiche dazu den Artikel *Delirium émotiona*l in Tuke's Dict. of psychol. medicine I. p. 339.

stimmten, noch innerhalb der Norm liegenden Typus entspricht, handelt, sei als nebensächlich hier im Vorbeigehen erwähnt¹⁾.

Unter der Aufschrift „*Exagération de la Sensibilité, Actes étranges d'émotivité puérile chez un homme de haute intelligence*“ beschreibt Morel in der zuvor erwähnten Arbeit (Arch. gén. de méd. 1886, Extr. p. 12) diejenigen Erscheinungen, auf die ich neuerlich die Aufmerksamkeit zu lenken wünsche. Zur Illustration derselben citire ich aus der Darstellung das folgende: „*Si M. A . . . assistait à une représentation des Italiens, on était sûr que certains motifs musicaux ramèneraient chez lui les mêmes phénomènes émotifs, qui se traduisaient alors par pleurs, par de véritables sanglots . . . Dans sa collection de tableaux, il en était dont il ne pouvait faire ressortir les beautés aux amateurs, sans se livrer à des manifestations qui se terminaient pareillement par de crises de larmes.*“

„. . . A la moindre indisposition du jeune homme (sc. son neveu!) on était témoin de scènes ridicules et nullement en rapport avec la gravité du mal. M. A . . . se roulait de desespoir sur son canapé, prenait les mains de son médecin et le suppliait de sauver des jours qui ne paraissaient nullement en danger . . . chez M. A . . . les manifestations émotives n'étaient en rapport ni avec les causes qui les avaient provoquées, ni avec les exagérations auxquelles peut se livrer momentanément une âme naturellement bienveillante.“

In dem eben citirten Schlusspassus charakterisirt Morel ganz richtig die Grundzüge des von ihm geschilderten Zustandes, die er dann weiter (L. c. p. 14) als *impressionabilité* und *émotivité en excès* bezeichnet²⁾. Indem ich nun in der Besprechung der Erscheinungen weiter gehe, will ich einen eigenen Fall, der dieselben in nahezu voller Reinheit wiederspiegelt, mittheilen.

Derselbe betrifft eine jetzt 79jährige, noch immer relativ geisteskräftige Frau, die bis vor Kurzem, wo sie einen ganz leichten Schlaganfall mit kurz dauernder rechtsseitiger Schwäche und Aphasie überstanden, keinerlei nervöse, sondern nur die Erscheinungen des vorgeschrittenen Seniums gezeigt.‘ (Spe-

1) Ich verweise, um dafür ein Beispiel zu geben, auf die Charakteristik, die Ribot (*La Psychologie des Sentiments* 1894, pag. 384) von den, von ihm so benannten „*humbles*“ giebt. Vergl. auch die später zu besprechende Arbeit Freud's (l. c. pag. 51).

2) Morel beschäftigt sich übrigens schon in den älteren *Etudes cliniques* 1853, II. p. 78 mit der hier beschriebenen Erscheinung, die er unter die *hypochondrie affective, subsummiert* und bespricht im *Speciellen* auf pag. 80 die *Exagération de sensibilité, speciell* in der Richtung der peinlichen Affekte.

ciell sei hervorgehoben, dass von Hysterie nichts zu finden ist.) Sie giebt Anamnese über ihre Krankheit, die sie selbst in die Worte zusammenfasst, dass sie über alles Herzleid gehabt; schon vor 50 Jahren hätten ihr die Leute gesagt, ihr Herz sei ihr Unglück; sie will das vom Vater geerbt haben, der ebenso war, wofür sie als Beispiel anführt, dass wenn der Sohn mit einer schlechten Note aus der Schule nach Hause kam, der Vater darüber Tage lang ausser sich gerieth. Von sich selbst berichtet sie denselben Zustand schon aus ihrer Kindheit; sollte einer der Brüder z. B. gezüchtigt werden, so musste sie weggesteckt werden, weil sie darüber ganz ausser sich gerieth; dieser Gemüthszustand habe sie durch ihr ganzes Leben hindurch begleitet. Sie hatte ein Weisswaarengeschäft; glaubte sie mit einer Bestellung nicht rechtzeitig fertig werden zu können, so habe sie schrecklich gejammert „ach Gott, ach Gott, wie wird das werden!“; blieb ihr Mann, mit dem sie doch in unglücklicher Ehe lebte, über die gewohnte Zeit aus, so gerieth sie in die heftigste Aufregung, glaubte, er wäre ertrunken, lief zur Polizei, um ihn suchen zu lassen; war der Sohn desselben, ihr Stieftochter, fort, so gerieth sie in die heftigste Angst, ob ihm nichts geschehen sei; aber nicht bloss, was sie selbst erlebt, habe diesen peinlichen Zustand hervorgerufen, sondern auch alles andere; sah sie einen wenig besuchten Laden, so bekam sie Herzleid, weil ihr einfiel, wie könnten die Leute da leben, davon zu leben, sei doch unmöglich; sah sie einen Bettler, so bekam sie über sein Schicksal Herzleid und hätte ihm am liebsten alles, was sie hatte, gegeben, und der Jammer darüber setzte sich bis in die Nacht hinein fort. Mit den Jahren habe sich dieser Zustand verschlimmert und in der letzten Zeit vor ihrer Aufnahme in die Klinik hätte sie sich über alle gekränkt. Besuchten die Enkel (Kinder des Stieftochters) sie nicht oft, so jammerte sie über deren Lieblosigkeit; kamen sie dann, so bildete wieder deren jedesmaliges Fortgehen den Ausgangspunkt des Jammers; schliesslich habe sie sich über alles aufgeregt, schon darüber z. B., dass man einen Sessel von einer Stelle fortnahm und an eine andere brachte; sie giebt weiter an, dass auch der Gedanke, was die Leute zu dem oder jenem sagen würden, einen Hauptantheil an ihrem Herzleid hatte und exemplifizierte das beim Examen damit, „wenn ich werde in mein Zimmer gehen, werde ich mir denken, „„Guter Gott, was wird sich der Professor denken!““ und knüpft daran die Bitte „Geben Sie mir etwas, dass mir andere Gedanken kommen oder geben Sie mir etwas, dass ich es verliere“. Gleich zu Beginn des Examens sagt sie: „Ich fürchte, ich entgehe dem Irrenhause nicht“. Bezuglich ihres sonstigen Gemüthszustandes befragt, giebt sie nur noch leichte Reizbarkeit an. „Wenn ich mich ärgere, könnte ich alles zerreißen“.

In den mangelhaften Angaben der von den Angehörigen gegebenen Anamnese treten die Grundzüge des Zustandes zunächst nicht so deutlich hervor, sondern mehr das äussere Verhalten und die Consequenzen desselben; in den letzten Wochen vor ihrer Ankunft auf der Klinik habe sich der Zustand, den die Angehörigen seit jeher an ihr kennen, hochgradig verschlimmert; sie klagte fortwährend, dass sie unglücklich sei, auch in den meist schlaflosen Nächten, wo sie dann jammerte „Ach meine guten Kundschaften, ach meine guten Kund-

schaften!“ offenbar als Ausdruck des Herzleids darüber, dass sie ihr Geschäft vor einiger Zeit aufgegeben hatte; seit diesem Zeitpunkte habe sich der Zustand besonders verschlimmert; sie ging von einem Arzt zum anderen und klagte immer, dass Niemand ihren Zustand verstünde. Sie äusserte auch mehrfach Selbstmordideen und da der Zustand schliesslich für die Umgebung unerträglich wurde, musste sie der Klinik übergeben werden. Wie hier, so treten auch in einzelnen anderen Angaben der Umgebung die von der Kranken selbst berichteten Erscheinungen hervor; auch da heisst es, dass alle Vorgänge, auch solche, die sie nichts angingen, sie furchtbar aufregten; ging sie einmal in ein Gasthaus, ein Glas Bier trinken und fand im Local wenig Leute, so kam sie, darüber jammernd zurück und lamentirte dann die ganze Nacht davon; hörte sie, dass ein Kaufmann, der ihr ganz ferne stand, sein Geschäft aufgegeben, so jammerte sie darüber, den Mann beklagend, ganze Nächte hindurch, lief mit dem Rufe: „Wie wird der Mann nur leben!“ im Zimmer umher; in der gleichen Weise jammerte sie über einen Geldbetrag, den sie von Jemandem zu fordern hatte, wie über einen Bettler, den sie am Tage gesehen hatte; sie sagte von sich selbst, sie wäre um alles so besorgt, wie ihr Vater. Unter den Verhältnissen der Klinik tritt der Zustand in gleicher Weise hervor. Wie schon zuvor vom ersten Examen berichtet, ist eine ihrer Hauptbefürchtungen, dass sie in's Irrenhaus kommen werde und man sie dort misshandeln würde; immer wieder, sowie sie eines Arztes habhaft werden kann, legt sie ihm diese Frage vor und beruhigt sich erst, nachdem man ihre Befürchtungen eingehend widerlegt hat; das Gleiche ist mit der Frage: „Ist mir noch zu helfen?“ der Fall; man darf es nie unterlassen, sie durch eine entsprechende Antwort zu beruhigen und geräth sie in eine steigende Aufregung, wenn z. B. eine der Kranken, die sie nicht selten mit der gleichen Frage anfällt, zum Scherz ihr nicht die entsprechende Antwort giebt, sondern ihr sagt, ihr sei nicht mehr zu helfen; das Gleiche ist auch der Fall, wenn der von ihr befragte Arzt eine irgendwie verklausulirte Antwort giebt oder irgend etwas in derselben die Möglichkeit anzeigt, dass der Zustand als ein unheilbarer angesehen wird. Selbst nach längerem Aufenthalt darüber befragt, giebt sie an, sie habe, weil es so lange dauere, Angst, dass es nicht mehr besser würde. Dabei ist deutlich zu erkennen, dass sie mit dem „es“ fast ausschliesslich ihre affectuösen Zustände meint. Hat man sie bezüglich ihrer Klagen beruhigt, so ist sie eine Zeit ruhig, lässt kein Zeichen einer Depression erkennen, unterhält sich selbst mit den Kranken, um aus irgend einem geringfügigen Umstände alsbald wieder in den gleichen Zustand zu verfallen; so hörte sie eines Tages vom Zahlen der Verpflegstaxe; sie wird darüber sofort erregt, es kommt ihr der Gedanke, sie müsse zahlen; nun habe sie ihr Vermögen der Enkelin überlassen und da hat sie nun Angst, da sie selbst nicht zahlen könne, dass diese für sie würde zahlen müssen. Ihre Umgebung giebt reichlich Anlass zum Hervortreten ihres Zustandes; hört sie von irgend einer Kranken, die schon mehrere Monate in der Klinik ungebessert ist, so kommt ihr der Gedanke, auch sie werde nicht mehr gesund werden; muss eine Kranke auf die Tobabtheilung gebracht werden, so wird sie von der Aufregung gefasst, auch sie werde dorthin gebracht

werden. Zeitweise wieder, wenn sie etwas ruhiger war, konnte auch der Versuch gemacht werden, sie für ein Paar Stunden zu ihren Leuten zu beurlauben; aber ein zweimaliger, nach mehrmonatlichem Aufenthalt in der Klinik gemachter Versuch, sie dauernd zu Hause zu belassen, misslang jedesmal vollständig, sie musste binnen kürzester Frist wieder zur Klinik zurück, trotzdem sie, wie sie sagte, auch da fortwährend Herzleid habe; einen auf mehrere Tage bemessenen Urlaub brach sie selbst freiwillig ab; sie könnte es zu Hause nicht aushalten, alles rege sie auf; wenn eine von den Kranken Besuch hatte, so hatte sie das Herzleid, dass man nicht zu ihr komme; kamen ihre Verwandten, so war sie immer so aufgereggt, und wenn sie wieder gingen, so hatte sie erst recht wieder Herzleid; alles mache ihr Herzleid, selbst der Gedanke an ihren Enkel, dem es doch ganz gut gehe.

Im Allgemeinen ruhig, bestürmte sie, sobald der Arzt ihr Zimmer betritt, diesen mit allen möglichen Fragen: „Ist mir Hülfe? Ist mein Zustand ein Nervenleiden, ist es Aufgeregtheit? Komme ich noch nach Hause? Komme ich noch in's Irrenhaus?“ Fällt die Antwort nicht ganz beruhigend aus, dann jammert sie klagend, sie fürchte närrisch zu werden; eine innere Stimme sage ihr, es sei keine Hülfe für sie. In ihrer Erregung wird sie dann, namentlich des Nachts, ein Crux für die Umgebung und muss, zeitweise wenigstens, die Nächte auf dem Inspectionszimmer zu bringen. Häufig klagt sie auch über körperliche Empfindungen, die ihre Aufregung begleiten; besonders häufig, „dass sie es im Bauche habe“¹⁾), dann aber auch das „Herz schmerze sie zum Zerspringen“. Gelegentlich bewegen sich ihre Befürchtungen auch auf körperlichem Gebiete; sie modifiziert dann die Frage, ob ihr noch zu helfen sei dahin, ob sie nicht an Altersschwäche leide, verlangt ein Medicament dagegen; immer aber kehrt zwischendurch die Frage wieder, ob ihr nicht von ihrer Angst und ihrem Herzleid geholfen werden könnte. Auffällig war endlich, namentlich in der ersten Zeit des Aufenthaltes, die ausserordentliche Schreckhaftigkeit der Kranken, die sie selbst bei ruhigem, etwas lauterem Ansprechen (sie ist etwas schwerhörig) förmlich zusammenfahren liess. Irgend welche Medication hatte keinen Einfluss auf den Zustand; intercurrent hat sie eine schwere Pneumonie

1) Es erinnert diese Angabe an Morel's im Anschluss an Cérisé aufgestellte Theorie, dass das *Délire émotif* eine Neurose des *Système nerveux ganglionnaire viscéral* darstellt. Zu dieser alten Theorie von Morel ist es nun historisch gewiss sehr interessant, dass Hartenberg (s. *Revue de psychol.* 1900, p. 278) neuerlich auf Grund der Analyse der Erscheinungen bei der *Névrose d'angoisse*, im Wesentlichen identisch mit dem *Délire émotif* (Freud's Angstneurose), geneigt ist, dieselbe aufzufassen als *névrose par faiblesse irritable du sympathique* und darin eine Bestätigung der James-Lange'schen Theorie der Gefühle sehen will; ich habe keine Veranlassung auf diese Frage hier einzugehen, die noch kürzlich von physiologischen Gesichtspunkten aus François-Frank in den Verhandlungen der Pariser Académie de Médecine kritisch besprochen. (Vergl. übrigens auch Kaan in Jahrb. f. Psychiatrie. 11. Bd. 1892. S. 151.)

ganz gut überstanden; in der letzten Zeit machte sie, wie erwähnt, einen leichten apoplectischen Insult mit ausgesprochener Aphasie durch; das erste Zeichen vollständiger Herstellung der Sprachfunktionen war der neuerliche Beginn ihres Jammerns.

Analysiren wir jetzt die hier mitgetheilte Beobachtung, so sehen wir, wie anscheinend auf Grund gleichgearteter Erblichkeit sich bei der Patientin schon von Kindheit ein Zustand einstellt, der das ganze Leben hindurch bestehen bleibt und anscheinend innerhalb der physiologischen Grenzen sich hält, um schliesslich im Senium, vielleicht in Folge abnehmender Widerstandskraft, eine Höhe zu erreichen, die die Kranke social unmöglich macht; eine Rolle mag dabei auch das Aufgeben der gewohnten Beschäftigung spielen, wie wir ja auch bei Pensionisten sehen, wie gerade dieses Moment von einschneidendstem Einfluss auf die ganze Psyche wird¹⁾.

Der Zustand scheint ganz ausschliesslich dadurch charakterisiert, dass die Reaction auf alle, irgendwie auch nur die Möglichkeit negativer, peinlicher Gefühlstöne bietenden Vorstellungen eine, jedes Maass übersteigende ist, dass eben, um mit Morel zu sprechen, die „impressionsabilité“ und „émotivité en excès“ sind.

Es ist bei unserer Kranken das, was wir seit Griesinger als psychischen Tonus bezeichnen, in der Weise herabgesetzt, dass schon durch die geringfügigsten, nach der negativen Seite hin wirk samen, Eindrücke eine weit über das Normale hinausgehende Reaction zu Stande kommt; es liegt eine pathologische Steigerung desjenigen Zustandes vor, dessen Träger, so lange sich der Zustand innerhalb physiologischer Grenzen hält, als „Gefühls- oder als Gemüthsmenschen“ bezeichnet werden, welche ja eben dadurch charakterisiert erscheinen, dass es bei ihnen zur erleichterten Auslösung von Affecten, vorwiegend depressiver Art, des Mitgefühls vor allem, kommt; ein Zerrbild des Zustandes führt bekanntlich zuweilen der Alkoholismus herbei; und ist es gewiss dazu interessant, dass Ball als „frayeur virtuelle“ etwas Ähnliches von Morphiomanen beschreibt. (Ball, La morphinomanie, 1885, pag. 17). Dabei ist zunächst bemerkenswerth, dass die Reizbarkeit ganz besonders nur die peinlichen Gefühlstöne betrifft, während die zorn-

1) Sehr gut schildert Maudsley (Pathology of Mind 1895, p. 30/31) die Psychologie dieser Zeit und es ist gewiss gerade zu unserem Thema interessant, dass er von einem reich gewordenen Manne, der sich dann zur Ruhe setzte, berichtet: „But he then worried so much over little things a weed in his garden-walk, for example, and was so miserable, that in a little while he shot himself“. Morel verlegt den Beginn seines *Délire émotif* besonders in die präsenile Periode.

müthige Reizbarkeit, wenn auch vorhanden, doch gegenüber der Haupterscheinung völlig in den Hintergrund tritt; das Gleiche ist auch der Fall bezüglich der sensoriellen Gefühlstöne, insofern ja auch bezüglich der sinnlichen Empfindungen eine gewisse Hyperästhesie nicht zu erkennen ist, aber auch sie gegenüber der Schmerzreaction auf intellektuellem Gebiete ganz zurücktritt; dabei kann es uns natürlich nicht auffallen, dass sich die gesteigerte Schmerzreaction in ganz ausserordentlichem Maasse auch im Gebiete der Phantasievorstellungen ausprägt, ähnlich wie das auch bei dem Kranken Morel's der Fall gewesen ist. Eine weitere Consequenz dieses Zustandes ist natürlich, dass auch die ganze Stimmung der Kranken eine dauernd peinliche, schmerzliche ist, insofern, sowohl wegen der Häufigkeit der Schmerzreaction, nicht minder aber wegen der Masslosigkeit derselben, die negativen Gefühlstöne schliesslich die allein ausschlaggebenden bleiben; aus dieser Stimmung heraus erklärt sich dann hinwiederum die ausserordentlich leichte Disposition zur Auslösung und die Masslosigkeit der gleichen Affecte. Dabei unterscheidet sich dieser Zustand sichtlich doch von der krankhaften Dysthymie, von der melancholischen Depression; einmal dadurch, dass bei dieser die Grandstimmung sich als Depression darstellt und auch die Schmerzreaction nicht erst des auslösenden Factors bedarf und dadurch auch nicht das Anfallsweise des Zustandes zeigt, wie bei unserer Kranken, die zwischendurch nicht selten normal erscheint.

Früher allerdings sind Fälle dieser Art mit der Melancholie zusammengeworfen worden¹⁾), aber schon Jules Falret (De la folie raisonnante, Extr. des Annal. méd. psych. 1886, pag. 38) beschreibt von Kranken, die er prinzipiell von der Melancholie trennt, Erscheinungen, die dem Kreise der hier besprochenen angehören.

Die Erscheinung bei unserer Kranken unterscheidet sich auch von dem, was v. Krafft-Ebing als psychische Hyperästhesie, Emotivität, beschreibt, insoferne es sich dabei um eine für die verschiedensten Affecte gesteigerte Anspruchsfähigkeit des Gemüthes handelt, woraus auch ein fortwährender Stimmungswechsel gefolgt wird, während in den hier besprochenen Fällen sichtlich nur eine Anspruchsfähigkeit nach der negativen Seite hin vorliegt, das Zünglein der Wage sozusagen

1) Guislain, Lec. s. l. phrénopathies t. II. p. 126. „Il y a toute une série de mélancolies, dans lesquelles le patient est dominé par des inquiétudes vagues. Il éprouve des sentiments sinistres, il n'est bien nulle part, un grand malheur semble le menacer, il craint tout, il a peur de tout. C'est cet état que l'antiquité a nommé la panophobie. „Auch der hier mitgetheilte Fall war vom behandelnden Arzt der Kranken als Melancholie diagnostizirt worden.

immer nur zwischen negativer Seite und Indifferenzpunkt hin und her schwankt bei dauernder Neigung nach der depressiven Seite, und es so nur selten auch zu einem Ausschlag nach der positiven Seite hin kommt. Fétré (*La pathologie des émotions* 1892, pag. 400) unterscheidet neben der „émotivité morbide diffuse et permanente“ eine „émotivité morbide systematique, qui ne se trahit que dans des conditions particulières et toujours les mêmes pour le même individu“; allerdings subsumirte Fétré unter die letzten „surtout“ das, was Morel als *Délire émotif* beschreibt und was wir jetzt als Zwangsvorstellungen und Zwangsgefühle bezeichnen; aber es ist ohne weiteres ersichtlich, dass auch die hier beschriebene und vom *Délire émotif* in dem eben gegebenen Sinne abgeschiedene Form der Gefühlsstörung dazu gehört, indem der systematische Charakter derselben in der fast ausschliesslich depressiven Affectstörung hervortritt. (Vergleiche dazu auch das „*Délire émotif permanent*“ in *Raymond et Janet Névroses et idées fixes II.* 1898, p. 90 et 117.) Dass der Zustand unserer Patientin nichts mit dem zu thun hat, was im Deutschen als „Leidseligkeit“, englisch als „luxury of pity“, französisch als „volupté de compassion“ bezeichnet wird, bedarf wohl keiner besonderen Ausführung. Dagegen müssen einige Worte dem Beweise gewidmet werden, dass wir es hier nicht mit Zwangsvorstellungen oder Zwangsgefühlen zu thun haben, mit denen das *Délire émotif* zusammengeworfen worden ist; es war das bezüglich des Eingangs citirten Falles von Morel offenbar darin begründet, dass derselbe neben den hier besprochenen Erscheinungen auch echte Zwangsvorstellungen und Zwangsgefühle (*Délire du toucher*) aufwies; das Hauptmoment der Unterscheidung scheint mir darin gelegen, dass in den Fällen der letzteren Art der Kranke die sich ihm aufdrängenden Vorstellungen, Gefühle als abnorme, ihm fremdartige anerkennt, dass sie, wie Westphal bezüglich der Zwangsvorstellungen weiter erläuternd hinzusetzt, dem Bewusstsein des Kranken fremdartig gegenüberstehen; in unseren Fällen dagegen bilden der Gefühlszustand, resp. die denselben auslösenden Vorstellungen einen integrirenden Bestandtheil des Bewusstseins des Kranken, resp. seines Gefühlszustandes, stehen also zu den Zwangsvorstellungen und Zwangsgefühlen in demselben, von Westphal notirten Gegensatze, wie die, äusserlich ihnen gleichfalls zuweilen ähnlichen, hypochondrischen Vorstellungen; daran ändert auch nichts, dass unsere Kranke sich des Krankhaften ihres Zustandes vollständig bewusst ist, in der gleichen Weise, wie sich bezüglich anderer psychopathischer Erscheinungen das Krankheitsbewusstsein äussert, ohne dass dadurch eine Aehnlichkeit mit den Zwangszuständen hervorgerufen würde.

Haben wir in der Besprechung der Erscheinung als den Grundzug

derselben das anerkannt, was man auch als „reizbare Schwäche“ bezeichnet, so reiht sich dieselbe damit den bei der Neurasthenie vor kommenden Störungen des Gemüthes an, und wir hätten zu sehen, in wieweit sich jene in den bisherigen Darstellungen gewürdigt findet; eine flüchtige Uebersicht, die schon in der gewaltigen Masse der Literatur ihre Entschuldigung finden dürfte, ergiebt, dass die Erscheinung wohl als begleitende, nebensächliche, da und dort erwähnt wird; v. Hösslin (im Handbuche der Neurasthenie von Müller. 1893. S. 91) erwähnt bei der Besprechung der psychischen Hyperästhesie der Neurastheniker, dass „ein unangenehmer Gedanke schon eine stundenlange Verstimmung hervorrufen kann“; er betont auch im Gegensatz zur Melancholie mit ihrem spontan auftretenden Schmerze die verstärkte depressive Reaction gegenüber auslösenden physiologischen Momenten beim Neurasthenischen; weiter erwähnt er (S. 94) die gerührte, traurige Stimmung, in die so leicht beim Neurasthenischen die gleichmässige Stimmung umschlägt und schliesslich auch die leichte Erregbarkeit von Angstempfindungen durch äussere Eindrücke und Vorstellungen sowie den maasslos sich steigernden Erwartungsaffect des Neurasthenikers; aber alle diese Erscheinungen, die zum grossen Theile mit denjenigen unserer Kranken übereinstimmen, beherrschen doch nicht in seiner Darstellung so ausschliesslich das Krankheitsbild wie in den hier besprochenen Fällen¹⁾.

Auch Löwenfeld (Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. 1894. S. 106) erwähnt, wie „die Erweckung trauriger Erinnerungen, ja schon die Reflexion über das eigene Schicksal Thränenausbrüche veranlasst“, aber auch da bildet die Erscheinung nur eine Seite des für alle Affekte herabgesetzten Tonus²⁾; in unserem und dem aus Morel herangezogenen Falle, besonders aber in dem unserem, sehen wir die hier besprochene Erscheinung sozusagen in Reincultur, und von der Thatsache, dass dieselbe die Kranken social unmöglich machen, zu Zuständen führen kann, die sich äusserlich in nichts von der Melancholie und deren Rückwirkung auf die Beziehungen des Kranken zu seiner Umgebung unterscheiden, leite ich die Berechtigung her, dieselbe als neurasthenische Psychose aufzufassen und daraus ein besonderes Krankheitsbild zu formuliren.

1) Ob die Arbeit von Hughes, Unnatural Timidity. Alien. and Neurol. 1884 etwas hierher Gehöriges enthält, bin ich nicht in der Lage festzustellen.

2) Féré (La pathologie des émotions 1892, p. 401) erwähnt neben der durch zornmuthige Verstimmung charakterirten Form der émotivité paroxystique „elle peut apparaître sous toute autre forme d'émotion dans les accès de gaieté et de chagrin des hysteriques ou des choréiques par exemple“.

Diese Schlussfolgerung giebt mir aber erwünschte Gelegenheit, zu einer Auseinandersetzung mit demjenigen, bisher noch nicht erwähnten Autor, der sich in der neuesten Zeit am eingehendsten mit den das Thema des vorliegenden Aufsatzes bildenden Erscheinungen befasst hat, nämlich mit Freud. In seiner Arbeit über die von ihm creirte „Angstneurose“ (Neurol. Centralbl. 1895. S. 51) beschreibt er als eines der Symptome des klinischen Bildes derselben unter der Bezeichnung der „ängstlichen Erwartung“ unzweifelhaft dasjenige, was ich an einem einzelnen Musterfalle hier beschrieben; er hebt auch hervor, wie die Erscheinung „stetig in's Normale abklingt, Alles umfasst, was man gemeinhin als Aengstlichkeit, Neigung zu pessimistischer Auffassung der Dinge“ bezeichnet und was in der Steigerung „für den Kranken selbst als eine Art Zwang erkenntlich ist“.

Aetiologische Momente (die in der That öfter dem Ganzen zu Grunde liegen, als von anderen Autoren zugestanden worden) sind es namentlich, welche Freud zu einer Zusammenfassung der Erscheinung mit vielen anderen zu seiner Angstneurose veranlassen; man wird eben-sowohl vom Standpunkte psychophysiologischer Auffassung gewiss nichts dagegen einwenden können, wie auch der klinische darin seine Berechtigung findet, dass wir schon in Morel's *Délire émotif* die Grundzüge des von Freud jetzt neuerlich so scharf gezeichneten Syndrom's wieder erkennen. Aber gerade von diesem letzteren Standpunkte aus, und nicht bloss vom psychologischen scheint es mir ebenso berechtigt, Fälle, wie den vorliegenden so typischen, wieder aus der Gruppe der Angstneurose auszusondern. Inwieweit für diese besondere Form die sexuelle Aetiologie eine Rolle spielt, bin ich nicht in der Lage zu entscheiden, aber der für den vorliegenden Fall geführte Nachweis hereditärer Genese überhebt mich der Nothwendigkeit, hier zu dieser ganzen Frage noch weiter Stellung zu nehmen, da Freud selbst den erworbenen Fällen seiner Angstneurose solche hereditären Ursprungs gegenüberstellt.
