

III.

Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustande.

Vortrag, gehalten in der VIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater
und Neurologen zu Dresden am 25. October 1902.

Von

Dr. Ganser

in Dresden.

Im Jahre 1897 habe ich auf unserer Versammlung in Halle einen Krankheitszustand beschrieben, der wohl schon öfter Beobachtung, aber bestimmt nicht die richtige Würdigung, zum Theil auch nicht die richtige Deutung gefunden hatte. Auf Grund meiner Beobachtungen war ich dazu gelangt, den Gesammt-Symptomencomplex als einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand zu bezeichnen. Die auffälligste Erscheinung bestand darin, dass die Kranken Fragen allereinfachster Art, die ihnen vorgelegt wurden, nicht richtig zu beantworten vermochten, obwohl sie durch die Art ihrer Antworten kundgaben, dass sie den Sinn der Fragen ziemlich erfasst hatten, und dass sie in ihren Antworten eine geradezu verblüffende Unkenntniß und einen überraschenden Ausfall von Kenntnissen verriethen, die sie ganz bestimmt besessen hatten oder noch besassen. In allen Fällen bestand eine Bewusstseinsstörung, sowie in grösserer oder kleinerer Ausbreitung eine Gefühlsstörung der Haut. Im Uebrigen war das Zustandsbild, welches die Kranken darboten, ein sehr verschiedenes, insbesondere was die Bewusstseinsstörung und das äussere Verhalten der Kranken betrifft, welches vielfach von Sinnestäuschungen abzuhängen schien. Nach Tagen, und zwar in einzelnen Fällen nach wiederholten Remissionen und Intermissionen trat vollständige Klarheit mit Wiederkehr der normalen Kenntnisse ein, wobei für die Zeit der Unklarheit eine Erinnerungslücke bestehen blieb.

Im Anschlusse an meinen Vortrag sind seither eine Reihe von Veröffentlichungen erfolgt, die sich mit demselben Gegenstande beschäftigt und dessen klinisches Interesse, wie ganz besonders forensische Wichtig-

keit anerkannt haben. Alle sind darin einig, dass es sich um einen Complex von echten Krankheitserscheinungen, und nicht — wie man bei der ersten Begegnung mit dem Zustande fast annehmen möchte — um eine Aeusserungsweise von Simulation handle. Nur darüber hat sich neuerdings eine Streitfrage erhoben, ob der beschriebene Zustand mit Recht als ein hysterischer zu bezeichnen sei. Nissl¹⁾ hat in einer Polemik gegen meine und Raecke's Darlegungen, gestützt auf das Material der Heidelberger Klinik und in ausdrücklicher Bezugnahme auf Kraepelin's Auffassung darzuthun gesucht, dass es sich dabei um eine Art von katatonischem Negativismus handle; die Aehnlichkeit des Zustandsbildes mit hysterischer Geistesstörung sei eine rein äusserliche und halte vor der klinischen Beobachtung, die sich auf das ganze Leben des Kranken vor, während und nach der Krankheit erstrecke, nicht stand. Dies ist die augenblickliche literarische Lage der Sache, die eine Klärung nur durch weitere, eingehende Beobachtung finden kann.

Seit meiner ersten Veröffentlichung bin ich in einer Reihe von Fällen dem beschriebenen Krankheitsbilde wieder begegnet, so dass ich jetzt über mehr als 20 solcher Fälle verfüge, ungerechnet diejenigen, in welchen das Symptomenbild nur andeutungsweise auftrat. Der Zustand ist also viel häufiger, als ich früher wusste; wenn man ihn erst kennt, so forscht man danach und findet ihn, wo man ohne seine Kenntniss ihn unbeachtet gelassen hätte. Ausführliche Bearbeitung dieses Materials, wie die Erfahrung mit neuen Beobachtungen, muss ich mir vorbehalten. Wenn ich auch jetzt eine Anzahl von Fragen, die sich angesichts dieses eigenartigen Zustandsbildes aufwerfen lassen, nicht zu beantworten vermag, so glaube ich doch, der früher gegebenen Beschreibung einige Züge hinzufügen und einige Punkte besser beleuchten zu müssen.'

Um den Zustand namentlich für diejenigen Herren, die eine eigene Beobachtung nicht gemacht haben, zu veranschaulichen, möchte ich mir erlauben, einen Fall, der besonders instructiv ist, kurz zu beschreiben und ein stenographisches Protokoll wiederzugeben, das mit dem Kranken aufgenommen worden ist.

Lackirer W. H. (Kr. Gesch. No. 35/1902), 35 $\frac{1}{2}$ Jahre alt, seit 6 Jahren verheirathet, von trunksüchtigem Vater stammend, selbst Gelegenheitstrinker, im Trunke roh und gewalthätig gegen seine Frau, früher nie geisteskrank, wegen Diebstahl in Untersuchungshaft gekommen, dort erkrankt und nach zehn Wochen dem Stadtirrenhaus zugeführt. Blasses, äusserst erschöpftes Aus-

1) Nissl, Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Centralbl. f. Nervenheilk. und Psychiatrie. XXV. Jahrg. 1902. Januar.

sehen, keine Organerkrankung, schlaffe Haltung, traumhafter, zerstreuter, matter Blick, meist gleichgültiges, manchmal ängstliches Aussehen, keine Muskelspannung, kein Negativismus; Pupillen gleich und von normaler Reaction, Haut- und Sehnenreflexe lebhaft, allgemeine Analgesie auch der Schleimhäute. Die Untersuchung führte zu folgendem Gespräch:

Wie alt sind Sie?	25, ja 25 Jahre.
Was für ein Datum ist heute?	Weiss nicht.
Wieviele Finger haben Sie?	Finger? 14.
Zählen Sie Ihre Finger.	(Greift die Finger durcheinander gesteckt an und zählt:) 1, 3, 7, 5, 10, 12, 14, 16 — ja, also 14.
Zählen Sie von 1 ab.	1, 3, 7, 14, 17, 19, 21.
Wieviele Ohren haben Sie?	2.
Wieviele Beine hat ein Pferd?	4.
Und eine Kuh?	4.
Und ein Rind?	Kenne ich nicht.
Kennen Sie noch andere Thiere?	Elefant.
Wieviele Beine hat der?	3.
Kennen Sie noch andere Thiere?	Hund.
Wieviele Beine hat der?	4.
Wieviele Ohren?	3.
Wieviele Schwänze.	1.
Wieviele Augen?	2.
Wieviele Köpfe hat ein Pferd?	Ganze Masse.
Wieviele Schwänze?	2.
Wieviele Augen?	3.
Wieviele Beine hat ein Fisch?	Keine.
Wieviele Augen?	Auch keine.
Wieviele Ohren?	Auch keine. Doch, 2. Nicht?
Was hat ein Fisch auf der Haut?	Hat keine.
Hat er einen Pelz?	Weiss ich nicht.

u. s. w.

Vorgezeigtes Geld bezeichnet er durchweg falsch, erklärt eine Mark für einen Thaler, ein Zwanzigmarkstück für einen Pfennig, meint auf Befragen, ein Zehnmarkstück sei aus Eisen und der Farbe nach blau, ein Zehnpfennigstück erklärt er für 3 Pfennige. Im Verlaufe von 13 Tagen wird er unter erheblicher Besserung seines körperlichen Zustandes klar, völlig frei und zeigt eine grosse Erinnerungslücke, die sich über die ganze Zeit seiner Haft und Strafthat hinaus erstreckt und auch die unklare Zeit seines Anstaltsaufenthaltes zum grösseren Theile umfasst. In völlig klarem und geordnetem Zustande wurde er nach 18 tägigem Anstaltsaufenthalt entlassen.

Wenn ich an der Hand dieses Beispieles das Gesamtkrankheitsbild analysire, so sehen Sie zunächst das allen Fällen gemeinsame und auffälligste Symptom „der unsinnigen Antworten“. Die Antwort liegt

immer in der Richtung der gestellten Frage, so dass man nicht bezweifeln kann, dass der Kranke die Frage wenigstens im allgemeinen aufgefasst hat, er geht aber mit ganz besonderer Vorliebe an der richtigen Antwort vorbei. Es ist, als wenn ein Billeteur, anstatt das geforderte Billet zu geben, auf's Gerathewohl in ein beliebiges Fach hereinlangte und ein Billet herausgäbe, das ihm gerade in den Wurf kommt. Oft hat es den Anschein, als ob der Kranke mit Absicht gerade an der richtigen Antwort vorbeiginge, meist aber gewinnt man die Ueberzeugung, dass er bei Auffassung der Frage und bei dem Suchen der Antwort zerstreut ist, und, wenn man ihn immer wieder mit der Frage bedrängt und seine Aufmerksamkeit anzuspornen sucht, sich die grösste Mühe giebt, sich zu sammeln und die Zerstreutheit zu überwinden. Dies habe ich auch in solchen Fällen gesehen, wo der Kranke weder durch Sinnestäuschungen abgelenkt, noch durch irgend einen Affect in Anspruch genommen war. Einzelne von den Kranken klagten geradezu über die Erschwerung im Denken; andere bekundeten nach einiger Zeit in Miene und Worten eine grosse Unlust, so dass sie überhaupt nur noch schwer zum Antworten zu bewegen waren. In einzelnen Fällen, die sich darauf genau prüfen liessen, war die Merkfähigkeit enorm herabgesetzt, sodass nach wenigen Secunden die Frage nur noch ihrem allgemeinen Inhalte nach wiedergegeben werden konnte, das Einzelne aber vergesssen war und auf ergangene Aufforderung gar nicht oder falsch wiederholt wurde. Die gleiche Beobachtung hat auch Raecke¹⁾ gemacht, neben anderen, in welchen er die erhaltene Merkfähigkeit ausdrücklich hervorhebt. In verschiedenen Fällen, in denen darauf geachtet wurde, zeigte sich diese schwere Störung auch darin, dass der Kranke den Arzt, der lange Gespräche mit ihm geführt hatte, schon bald nachher — etwa nach einer Stunde — nicht mehr wiedererkannte und sich gar nicht erinnerte, ihn gesehen zu haben. Die Fehler, die der Kranke in seinen unsinnigen Antworten macht, sind nicht constant. Lässt man ihn z. B. von 1 bis 10 zählen, so überspringt er einzelne Zahlen; lässt man ihn dieselbe Aufgabe gleich hintereinander wiederholt machen, so bringt er manchmal die vorher ausgelassenen Zahlen und lässt andere weg; lässt man ihn ein kleines Rechenexempel lösen, so bringt er unmittelbar hintereinander verschiedene Ergebnisse heraus. Offenbar beruhen also seine Fehler nicht auf einer Amnesie einzelner Zahlen. Andere Male beharrt der Kranke auch bei wiederholtem Fragen bei demselben Fehler; z. B. wenn er seine Finger abzählen soll und dies in der Art macht, wie es kleine Kinder zu thun pflegen, immer

1) Raecke, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. LVIII. S. 115.

dieselben Zahlen überspringt und zu dem gleichen falchen Ergebnisse gelangt, z. B. dass er 12 Finger habe, eine Antwort, die meist mit Gleichgültigkeit, manchmal aber mit einem gewissen Zögern und scheinbarem Zweifel gegeben wird, als ob der Kranke selbst davon überrascht wäre. Bemerkenswerth ist, dass die Kranken über die dümmsten Fragen gar nicht erstaunt noch entrüstet sind, und dass sie sich nicht im geringsten ärgern über die niedrige Einschätzung ihrer Intelligenz, dass sie z. B. Fragen, über welche jeder nicht ganz blödsinnige Kranke verletzt sein würde, wie z. B. nach der Zahl ihrer Finger, ihrer Augen, Ohren und Nasen, Fragen wieviel Beine ein Pferd hat u. dergl. ganz ruhig beantworten, oder sich Mühe geben, eine Antwort zu finden, und weiter, dass sie unwillkürlich und unaufgefordert, wenn man sie nach der Zahl gewisser Körpertheile fragt, dieselben betasten und dadurch die Antwort zu finden suchen, gleichwohl aber in Folge falschen Zählens eine unrichtige Antwort finden. Dabei ist die Phantasie nicht immer ganz gehemmt. Ein Kranker antwortete z. B. auf die Frage: wieviel Ohren er habe, 4, und aufgefordert, sie zu zeigen, fasste er beide Ohren an und sagte: das sind die auswendigen, bohrte dann mit den Fingern in den Gehörgängen, indem er sagte: das sind die beiden inwendigen. Und so, als er gefragt wurde, wieviel Augen haben Sie, besann er sich und antwortete: 3; und als er aufgefordert wurde, sie zu zeigen, berührte er mit dem rechten Zeigefinger erst sein rechtes, dann sein linkes Auge, und dann den inneren Augenwinkel des linken mit den Worten: da guckt das raus.

Das zweite wesentliche Symptom ist eine Bewusstseinsstörung, die unter etwas verschiedenem Bilde, bald mehr, bald weniger auffällig sich darstellt. Bei einem Theil der Fälle giebt sie sich kund als eine Benommenheit mit traumhaftem Gesamtverhalten, Erschwerung in der Auffassung der realen Umgebung und eine Hemmung der Gedankenbildung. Manchmal ist die Bewusstseinstrübung so stark, dass die Kranken wie bei der hallucinatorischen Verwirrtheit und bei dem Delirium ganz von der realen Aussenwelt abgezogen sind und nur schwer durch den Anruf des Untersuchers fixirt werden. Sie haben einen leeren traumhaften, oder ängstlich rathlosen Gesichtsausdruck. Bei den meisten ist die Bewusstseinstrübung nicht so auffällig; sie verhalten sich ruhiger, sind anspruchsfähiger, fassen leichter auf, was man zu ihnen sagt und reagiren schneller darauf; aber auch bei ihnen ist durchweg Auffassungs- und Vorstellungsverlauf deutlich verlangsamt und gehemmt: auch sie nehmen an dem, was in ihrer Umgebung vor sich geht, wenig Antheil; sie liegen ruhig in ihrem Bette, oder sitzen herum, verkehren mit Anderen fast gar nicht und zeigen sehr wenig spontane

Regsamkeit. Alle diese Kranken sind über Ort oder Zeit, meist über beides, im Unklaren und erlangen auch, so lange der Zustand dauert, keine Orientirung; sie alle haben keine Auffassung von Zeiträumen, wissen nicht, wann gewisse Vorkommnisse stattgehabt, wie lange sie in der Anstalt zugebracht haben, sind unvermögend, über ihren Lebenslauf und über die letzten Erlebnisse vor dem Anstalsaufenthalte Auskunft zu geben und haben dafür meistens gar keine und höchstens eine summarische, oft noch durch hallucinatorische Wahrnehmungen getrübte, dunkle Erinnerung. Nimmt man hierzu den acut entstandenen Verlust allereinfachster Kenntnisse, die zeitweilige Unfähigkeit, diese Kenntnisse wieder zu erwerben, und die groben Fehler, die gemacht werden, ohne dass der Kranke sich derselben bewusst ist, zu corrigiren, so haben wir zweifellos einen Zustand, der als eine Bewusstseinsveränderung, und zwar als eine Trübung des Bewusstseins aufzufassen ist. Wer nicht anerkennen will, dass es sich um eine tiefe Bewusstseinsstörung handelt, der möge mir erklären, wie er sich ohne diese Annahme die acute Entstehung dieses Zustandes, der mit einer förmlichen Verwandlung oder Auslöschung der persönlichen Erinnerungen verbunden ist, denkt; der möge vor allen Dingen erklären, wie er ohne Bewusstseinsstörung die Rückkehr in den Zustand des normalen Bewusstseins der Persönlichkeit mit Hinterlassung einer mehr oder weniger langen Erinnerungslücke sich denkt.

Der Uebergang aus dem krankhaften Bewusstseinszustande in den normalen erfolgt meistens allmälig, wenn auch in kurzer Zeit. Die Kranken erlangen Klarheit über Ort und Zeit, erinnern sich ihres früheren Lebens, zeigen Zusammenhang in ihren Gedanken und spontane Beobachtung und Reflexion und sind im Besitze aller der Kenntnisse, die sie früher besessen haben; kurz sie erscheinen nicht nur völlig klar und geordnet, sondern normal bis auf die mehr oder weniger vollständige Erinnerungslücke, oder summarische Erinnerung, die sich mindestens über die Zeit erstreckt, in welcher sie den beschriebenen Symptomcomplex darboten, meistens noch weiter zurück. Die Erzählung von den unsinnigen Antworten, die sie gegeben haben, nehmen sie mit Verwunderung oder Ungläubigkeit auf. Einmal habe ich gesehen, wie ein solcher Kranker, nachdem er Tage lang in dem eigenartigen Zustande verharrt hatte, während der Franklinisation des Kopfes mit elektrischer Luftpumpe, plötzlich wie aus dem Traum erwachte, erstaunt um sich schaute und frug, wo er sich befindet, wie er daher gekommen sei u. s. w. und von demselben Augenblicke an in ganz klarem Zustande verharrte. Wenn so innerhalb ganz kurzer Zeit bei einem Individuum das normale Bewusstsein der Persönlichkeit schwindet, durch

ein überaus lückenhaftes, anderes, fast auf den Augenblick beschränktes, zur Aufnahme dauernder Vorstellungen unfähiges und in einzelnen Fällen geradezu traumhaftes Bewusstsein ersetzt wird, und dieser Zustand nach Stunden oder Tagen oder Wochen fast plötzlich sich verliert, dem normalen Bewusstsein Platz macht und eine grosse Erinnerungslücke hinterlässt, so muss man doch wohl von einer Bewusstseinstörung sprechen.

Diese Auffassung ist das Ergebniss directer Beobachtung, und nicht, wie Nissl irrthümlicherweise annimmt, der Reflexion. Wenn Nissl sagt: „Ganser spricht nicht deswegen von einem hysterischen Dämmerzustande, weil hysterisch Kranke Bewusstseinsstörungen darboten, sondern weil er die Fälle, bei denen er zuerst die Symptome des Vorbeiredens beobachtete, als Hysterie diagnosticirte, und weil dieses Symptom im Rahmen der Hysterie schwerlich als ein Zeichen ungetrübten Bewusstseins aufgefasst werden konnte“, so muss ich ihm entgegenhalten, dass er sich irrt, und dass meine Beschreibung zu dieser seiner Kritik keinen Anhalt bietet.

Endlich gehören zu dem gesammten Symptomenbild gewisse körperliche Störungen. Ich meine nicht die allgemeine Erschöpfung, die an vielen dieser Kranken auf den ersten Blick auffällig ist durch bleiches, abgehärmtes Aussehen, matten Blick und schlaffe Haltung, sondern vielmehr die Störungen, die ich in keinem Falle vermisst habe; Veränderung der Hautempfindlichkeit: als Aufhebung oder beträchtliche Abschwächung der Schmerzempfindung in ausgebreiteten oder inselförmigen Gebieten, und ausnahmslos in allen Fällen: starker Kopfschmerz; er wird immer in der Stirn und in beiden Schläfen localisiert. Auch in einzelnen der Fälle von Raecke finde ich diesen Stirnschmerz, den ich für ein constantes Symptom halte, notirt. Wiederholt habe ich beobachtet, dass bei dem Eintritte von Remissionen mit den psychischen Krankheitserscheinungen auch die körperlichen Beschwerden und die Sensibilitätsstörungen sich besserten und bei Rückkehr der Unklarheit sich wieder verschlimmerten.

Das sind die wesentlichen Symptome, die alle von mir beobachteten Fälle mit einander gemein haben: der wechselnde Bewusstseinszustand mit Erinnerungsdefecten in Verbindung mit Sensibilitätsstörungen, wie sie sonst als charakteristisch für die Hysterie aufgefasst werden, ist für mich maassgebend gewesen, den Gesammtzustand als eine Form des hysterischen Dämmerzustandes aufzufassen.

Dass das Bewusstsein bei dieser Krankheit eingeengt, und dass dies das Wesentliche sei im Zustande des Bewusstseins, habe nicht ich behauptet, wie Nissl irrthümlicherweise annimmt, sondern Wer-

nicker¹⁾), der unter Anerkennung des hysterischen Charakters des gesammten Krankheitsbildes nicht zugeben will, dass es sich um eine Trübung des Bewusstseins, um einen Dämmerzustand handelt. Ich muss dieser Wernicke'schen Auffassung widersprechen, denn wenn auch eine Einengung des Bewusstseins bei all diesen Kranken unzweifelhaft besteht, so kann ich doch darin nicht das Wesentliche erkennen; dies liegt vielmehr meines Erachtens in der Benommenheit, die manchen Fällen, in der Oberflächlichkeit und Flüchtigkeit des Bewusstseinsinhaltes, die allen Fällen gemeinsam sind, und in dem vollständigen amnestischen Verluste des gesammten Bewusstseinsinhaltes der krankhaften Phase von dem Zeitpunkte an, wo diese von dem Zustande der Klarheit abgelöst wird. Es handelt sich nicht darum, dass das Bewusstsein auf einzelne wenige Vorstellungen beschränkt ist, sondern darum, dass alle Vorstellungen nur mit grosser Flüchtigkeit in das Bewusstsein gehoben werden und die Urtheile rein willkürlich und meist falsch zu Stande kommen, als wenn unter einer Menge von Urtheilen ohne kritische Wahl das nächstbeste, das in das Bewusstsein eintritt, ausgesprochen würde, und die Aufmerksamkeit ausgeschaltet wäre.

Eines psychologischen Erklärungsversuches des ganzen Symptomencomplexes enthalte ich mich heute so gut wie in meinem früheren Vortrage, indem ich offen gestehe, dass mir, nachdem ich mancherlei Besonderheiten beobachtet habe, jetzt erst recht vieles daran rätselhaft ist. Ich muss auch darauf verzichten, hier auf die Erklärung näher einzugehen, die Jung ganz kürzlich für die beschriebene Bewusstseinstörung gegeben hat (Journal für Psychologie und Neurologie Bd. I. S. 110 ff.), nachdem es ihm gelungen war, bei einem Falle dieser Art die Erinnerungslücke durch eine besondere Methode der Hypnotisirung zu beseitigen. Es würde mich hier zu weit führen und vor Allem, es fehlt mir dafür die eigene Erfahrung.

Ich wende mich jetzt zur Haupfrage, die durch den Nissl'schen Vortrag gestellt ist: Handelt es sich hier in der That um einen hysterischen oder um einen katatonischen Zustand?

Der Beantwortung dieser Frage muss ich die Erklärung vorausschicken, dass ich das Krankheitsbild der Katatonie, wie sie in neuerer Zeit so anschaulich von Kraepelin und seinen Schülern gezeichnet worden ist, in seiner Eigenart als besondere klinische Krankheitsform anerkenne. Das grosse Krankenmaterial, das ich zu sehen bekomme, giebt mir reichlich Gelegenheit zum Studium und zur Schärfung des Blickes, so dass ich die Katatonie erkennen zu können glaube. Freilich

1) Grundriss der Psychiatrie. S. 516.

ist es mir dabei ergangen wie wohl allen, die der Katatoniefrage ihre Aufmerksamkeit längere Zeit hindurch widmen. Einerseits beobachtete ich eine Anzahl von Fällen mit dem ausgesprochenen charakteristischsten Zeichen der Katatonie, als Katalepsie, Stereotypie, Automatismus, Verbigeration, wo alle diese Symptome, sei es durch ihre Dauer, sei es durch ihre scharfe Ausprägung, einzeln oder gruppirt, das Krankheitsbild beherrschen, und daneben andererseits eine nicht geringe Zahl von Fällen, bei welchen das eine oder andere dieser Symptome so flüchtig und in so schwacher Ausbildung vorkommt, dass ich mich nicht entschliessen kann, es als charakteristisch für die Krankheit anzunehmen. Es mag sein, dass gerade solche Fälle, die im Uebrigen sehr verschiedene Zustandsbilder zeigen, durch die klinische Beobachtungsmethode, d. h. durch die Berücksichtigung des gesammten Verlaufes im Sinne Kraepelin's aufgeklärt werden können, und dass dies der einzige Weg ist, über sie in's Klare zu kommen. Von diesen annoch unklaren Fällen abgesehen, finde ich auch unter denjenigen, welche ich unbedenklich als katatonisch anspreche, eine nicht ganz geringe Zahl, die Erscheinungen darbieten oder in ihrem früheren Leben — manchmal lange vor dem Ausbruch der Psychose — dargeboten haben, die bislang allgemein als hysterische Zeichen gegolten haben, namentlich convulsivische Störungen gewisser Form und Sensibilitätsstörungen. Diese Erscheinungen finden bei Kraepelin meines Erachtens nicht genügende Würdigung, und, wie wir jetzt durch Nissl erfahren haben, gelten sie ihm nicht etwa als Zeichen einer hysterischen Constitution, sondern als Aeusserungen der späteren Psychose, die mit den echten hysterischen Erscheinungen bloss eine äusserliche Aehnlichkeit hätten, in Wirklichkeit aber von denselben grundverschieden seien. Dieser Auffassung kann ich mich nicht ohne Weiteres anschliessen. Ich vermag nicht einzusehen, was gegen die Annahme spricht, dass bei Individuen mit hysterischer Anlage, wenn sie von irgend einer Psychose befallen werden, diese Anlage auch im Verlaufe der Psychose zum Ausdruck gelangt, und möchte bestreiten, dass die Forderung, in einem klinischen Krankheitsbilde alle Symptome möglichst auf einen einzigen Krankheitsprocess zurückzuführen, dieser Annahme entgegensteht.

Ich nehme also an, dass eine Person, die mit mehr oder weniger deutlich ausgesprochener Hysterie, oder auch nur mit hysterischer Anlage behaftet ist, später an Katatonie erkranken und im Verlaufe dieser letzteren Krankheit zeitweise echte hysterische Zustände darbieten kann. So verstehe ich den Fall einer 28jährigen Person, die ich in diesem Jahre durch sechs Monate hindurch beobachten konnte. (Kr. Gesch. No. 105/1902.)

Sie hatte seit 6 Jahren Krampfanfälle, die im unmittelbaren Anschlusse an einen Schreck aufgetreten waren, und wurde geisteskrank im Anschlusse an Misshandlungen, die sie seitens ihres Geliebten zu dulden hatte. Im Anfange ihres Anstaltaufenthaltes zeigte sie neben allgemeiner Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit und des Würgreflexes und concentrischer Einengung der Gesichtsfelder in deutlicher Ausprägung das Symptom der unsinnigen Antworten. Immer deutlicher entwickelte sich dann während der Anstaltsbeobachtung unter unseren Augen das ausgesprochene Bild der Katatonie, erst mit Verbigeration und Stereotypie, später mit katatonischem Stupor.

Einen zweiten Fall (Krankengeschichte 21/98) deute ich ebenso, der im Jahre 1898 zur Beobachtung gelangte.

Es war ein 19jähriger Conditor, der in der Kindheit an Krämpfen und vom 14. bis 16. Lebensjahre an periodisch auftretenden Kopfschmerzen gelitten hatte, so dass er tagelang apathisch war und im Bette liegen musste. In den ersten Klassen des Gymnasiums versagte er und zeigte von da ab ein ungeregeltes Leben mit vielen theils unsinnigen impulsiven, theils verbrecherischen Handlungen, Diebstählen, Umherirren, Selbstmordversuch, lügenhafte Aufschneiderei — im Ganzen ein Verhalten, das, wie ich gern zugeben will, als Aeusserungsweise der Dementia praecox aufgefasst werden kann. In der Anstalt zeigte er anfangs neben allgemeiner Analgesie einschliesslich der Zunge das Symptom der unsinnigen Antworten, später, wenn man ihn sich selbst überliess, einen stuporösen Zustand mit Flexibilitas cerea, Echopraxie und Verbigeration.

Natürlich werden Kraepelin und Nissl diese Fälle als Bestätigung ihrer Auffassung ansehen und in dem Symptom der unsinnigen Antworten, das sie darboten, nur ein Zeichen des katatonischen Negativismus erblicken. Auf dem Wege der Discussion ist meines Erachtens darüber nicht weiter zu kommen; für meine Auffassung, dass es sich hier bloss um eine hysterische Beimischung zu einem anderen Krankheitsbilde handelt, spricht mir die Thatsache, dass in all den anderen mehr als 20 Fällen, die ich beobachtet habe und die den gesamten von mir beschriebenen Symptomencomplex in ausgeprägter Form darboten, kein einziger katatonische Symptome gezeigt hat, wohl aber Begleiterscheinungen, die mich, im Sinne der verbreitetsten heutigen Auffassung, ihre Constitution als hysterisch erkennen liessen.

Dagegen nun aber erhebt Nissl mir wie auch Raecke gegenüber den Einwand, dass die Beobachtungszeit nicht lange genug gedauert habe, um die hysterische Constitution der betreffenden Personen darzuthun, denn, sagt er im Sinne von Kraepelin: Die Hysterie lässt sich überhaupt nicht symptomatologisch, d. h. aus einzelnen Symptomen oder einem Zustandsbilde erkennen, sondern nur aus dem Nachweise

des hysterischen Charakters der kranken Person. Dieser hysterische Charakter sei aber nur durch die klinische Forschungsmethode, d. h. durch die Berücksichtigung der Aetiologie, der Entstehung, Entwicklung, des Verlaufes der Krankheit und die Würdigung der ganzen Persönlichkeit ihres Trägers zu erweisen. Also nicht ein Complex von einzelnen Symptomen genügt nach Kraepelin-Nissl, um ein Individuum als hysterisch zu erkennen, vielmehr kann umgekehrt die hysterische Natur dieser Symptome nur durch den Nachweis des hysterischen Charakters der Person dargethan werden. Was nennt nun Kraepelin den hysterischen Charakter? Unter Hysterie versteht Kraepelin eine angeborene Krankheit, welche einen eigenartigen Zustand des Nervensystems bedingt, der klinisch dadurch zum Ausdruck gelangt, dass er zur Entwicklung des sogenannten hysterischen Charakters führt und sich andauernd insofern wirksam zeigt, dass jeder Zeit passagere körperliche Störungen und verschiedene Formen eines spezifischen Irreseins durch gefühlsstarke Vorstellungen hervorgerufen werden können. Wo es also nicht gelingt, durch klinische Beobachtung den hysterischen Charakter einer Person zu erweisen, da können im Sinne Kraepelin's Erscheinungen, welche wir sonst als hysterische anzusehen gewohnt sind, nicht als solche gelten; sie sind als Aeusserungen einer andersartigen Krankheit, als bloss hysteriforme Krankheitserscheinungen aufzufassen. Und umgekehrt darf man wohl im Sinne Kraepelin's hinzufügen, dass alles das, was bei nachgewiesenen hysterischen Charakter an Krankheitserscheinungen beobachtet wird, als echt hysterisch anzusprechen ist, ob es nun gelingt, den psychogenen Ursprung im Einzelnen nachzuweisen, oder nicht. Ich gestehe gern zu, dass die Begriffsbestimmung, die Kraepelin von der Hysterie giebt, durch ihre Schärfe und die klare Fragestellung, die sie enthält, imponirt, und wenn sie auch zur Zeit meines Erachtens nicht als erwiesen, sondern nur als hypothetisch gelten kann, für die Forschung anregend und fruchtbringend sein wird; sie stellt eben der Untersuchung neue bestimmte Fragen. Man wird die hysteriformen Krampfanfälle und die Stigmata von Neuem auf ihre Bedeutung prüfen müssen, man wird untersuchen müssen, ob insbesondere die letzteren der diagnostischen Werthschätzung wieder entkleidet werden müssen, die sie für die meisten Neurologen gewonnen hatten, indem sie ein objectives, leicht vor Augen zu fühdendes Merkmal für die Diagnose liefern, anstatt des verschwommenen, psychischen Bildes, mit welchem die früheren Aerzte sich behelfen mussten. So hoch ich aber auch den wissenschaftlichen Werth der Kraepelin'schen Anregung schätze, so

kann ich doch meine Bedenken gegen die Richtigkeit seiner Definition nicht unterdrücken. Den Einwand, der von Raecke gegen die Kraepelin'sche Auffassung erhoben worden ist, dass dieselbe für die Praxis nicht genüge, dass man in der Praxis täglich genöthigt sei, aus Zustandsbildern auf die Art der Krankheit zu schliessen, und dass Kraepelin selbst in praxi so zu thun gezwungen sei, will ich mir nicht aneignen, denn man kann immer erwarten, dass wenn die Kraepelin'sche klinische Methode der Forschung längere Zeit befolgt und durch sie die Richtigkeit seiner Auffassung dargethan würde, dann eine solche Vertiefung und Klarheit unserer Kenntniss der Hysterie und der Differentialdiagnose gegenüber anderen Krankheiten erreicht würden, dass man dann auch im Stande wäre, aus dem Zustandsbilde eine sichere Erkenntniss zu gewinnen, während man jetzt des Zustandsbildes blass als eines Nothbehelfes sich bediene und der Diagnose, die man damit gewinne, das entsprechende Fragezeichen hinzufügen müsste. Meine Hauptbedenken sind folgende:

Ich halte es nicht für erwiesen, dass die Hysterie eine angeborene Krankheit ist, noch auch, dass sie immer zur Entwicklung des hysterischen Charakters im Sinne von Kraepelin führt. Was ich in dieser Beziehung zugebe, ist blass, dass die Anlage zur Hysterie angeboren und dauernd ist. Untersucht man viele Menschen, die mit den verschiedensten Krankheitszuständen behaftet sind, gleichmässig nach allen Richtungen hin, so findet man ungemein häufig Störungen der Sensibilität und der Schleimhautreflexe, wie sie in ausgesprochenen Fällen der Hysterie als mehr oder weniger wichtige Elemente des Krankheitsbildes vorkommen, und ebenso verhält es sich mit der für den hysterischen Charakter so bedeutungsvollen Suggestibilität. Nur bei einem Bruchtheil der Fälle, die mit diesen Stigmataen behaftet sind, kommt es zur Entwicklung des hysterischen Krankheitsbildes. Dies beweist mir, dass die Anlage der Hysterie sehr verbreitet und die Entwicklung der Hysterie auf dem Boden dieser Anlage vom Eintritte verschiedener Umstände abhängig ist. Darin erblicke ich die naheliegende Erklärung für die Beobachtungsthatsache, dass bei Personen, die bis dahin Jahrzehnte lang keinerlei Zeichen hysterischen Charakters hatten erkennen lassen, beispielsweise nach starken Gemüthsbewegungen, schmerzhaften Krankheiten, Unfällen, kurz nach seelischen oder körperlichen Traumen, wir mit einem Male den hysterischen Charakter sich entwickeln und meist lange Zeit oder Zeitlebens fortbestehen, manchmal auch für lange Zeit vollständig zurücktreten sehen. Ich vermag auch nicht zu erkennen, welche theoretische Bedenken und welche Beobachtungsthatsache der Auffassung entgegenstehen, dass irgend einer körperlichen

Krankheit auch des Centralnervensystems, die sich bei einem Individuum mit hysterischer Anlage entwickelt, hysterische Züge sich beimischen können, und dass unter dem Einflusse irgend einer anderen Krankheit die hysterische Anlage zur Entwicklung kommt und das Krankheitsbild jener complicirt oder überdeckt. Die Erfahrungen, die man mit der psychischen (Suggestions-) Therapie solcher Zustände machen kann, verstärken mich in dieser meiner Auffassung. Für mich ist hiernach die Kraepelin'sche Definition der Hysterie zur Zeit noch zu hypothetisch, als dass ich sie für die Beweisführung einzelner Symptomcomplexe als ausschlaggebend anerkennen könnte.

Auf Grund aller dieser Erwägungen und meiner bisherigen Beobachtungen muss ich bis auf Weiteres dabei stehen bleiben, dass der Symptomcomplex, den ich als eigenartigen Dämmerzustand beschrieben habe, zum grossen Krankheitsbilde der Hysterie gehört. Ich werde aber selbstverständlich in Zukunft noch mehr als bisher meine Aufmerksamkeit der Differentialdiagnose zuwenden.

Literatur.

Im Vortrage hat darauf verzichtet werden müssen, die Literatur eingehend zu würdigen. Ihre vollständige Aufzeichnung findet sich in den seit her veröffentlichten Arbeiten von Lücke, Ueber das Ganser'sche Symptom mit Berücksichtigung seiner forensischen Bedeutung, Zeitschr. für Psychiatrie Bd. 60 und A. Westphal, Ueber hysterische Dämmerzustände und das Symptom des „Vorbeiredens“. Neurol. Centralbl. 1893. No. 1 und 2.
