

## XV.

# Aufmerksamkeitsstörungen bei Hysterie.

Von

**Dr. Döblin**

in Buch, städtische Irrenanstalt, z. Zt. Urban-Berlin.

~~~~~

Im Folgenden wird ein Fall von Hysterie mit Dämmerzuständen und sonstigem grossen Symptomenreichthum analysirt. Die Analyse bezieht sich auf eine Reihe feinerer und seltener Details des Bildes, arbeitet sie im Einzelnen durch, und gelangt zu dem Begriff einer eigenthümlichen Aufmerksamkeitsstörung oder -zerstörung, die als Dysergasie beschrieben wird.

Wir orientiren zunächst über das gröbere Gerüst des Falles.

Die jetzt 32jährige Frau Lina W. stammt aus schwerneuropathischer Familie. Der Vater nahm sich mit 63 Jahren das Leben, angeblich wegen unerträglicher Gichtschmerzen. Ein Bruder der Mutter wurde gleichfalls suicidal, 45 Jahre alt; er war krampfkrank, ein Trinker. Eine Schwester, 26 Jahre alt, leidet an Schwindelanfällen und Kopfschmerzen, sie liegt viel. Eine andere Schwester hat ein krampfkrankes Kind. Ein Bruder „ist aus der Art geschlagen“; sass im Gefängniss; auch er ist fallsüchtig. Die sonst gesunden Geschwister sind durchweg „aufgeregt“, jähzornig. Die Patientin selbst war als Kind leicht erschreckbar und träumte viel. Sie wird von der Mutter als ein sehr wildes Kind geschildert, das ausserordentlich gut lernte, 3 Jahre zu früh in die erste Klasse vorrückte.

Nach beendeter Schulzeit war sie zuerst Dienstmädchen; aber sie wechselte oft die Stellen, weil sie nach eigener Angabe sich mit den Herrschaften „viel in den Haaren hatte“. Erst mit 18 Jahren traten die Menses ein; vorher war ihr „das Blut in den Kopf gestiegen“, so dass der Arzt wegen ihrer Unruhe und öfteren Verwirrtheit gerufen werden musste. Etwa vom 20. Jahre ab soll auch sie nicht näher beschriebene convulsivische Anfälle gehabt haben. Sie nahm vor etwa 5 Jahren ein kleines Mädchen in Pflege, vor 5 Jahren, als die Eltern das Kind wieder zu sich nahmen, einen Knaben. Am 10. Februar 1907 bringt man die Frau nach der Charité, weil sie zu Hause plötzlich wirt sprach, in den Schrank steigen wollte, sich verkehrt anzog. Doch giebt sie in der Charité an, dass sie schon Weihnachten 1904 einen Mann ohne Kopf neben sich habe stehen sehen, häufig auch ihren Vater. In der Klinik verbleibt sie

kaum 14 Tage; sie sieht dort weisse Männer. Schon nach Monatsfrist wird sie aber wiedergebracht; die Diagnose wird gestellt auf Hysterie, bezw. hysterisch-psychopathische Constitution, hallucinatorische Delirien. Ungeheilt wird sie dann am 26. März 1907 nach Buch verlegt.

Aus dem Körperbefunde hier sei mitgetheilt, dass es sich um eine junge Frau in gutem Ernährungszustande handelt. Der Kopf ohne Narben; die Zunge ebenso. Im Uebrigen bietet die Patientin eine linksseitige Hypalgesie, rechts fleckweise Stellen mit hoher Schmerzschwelle; Druckempfindlichkeit des Scheitels, einiger Wirbel, des Facialispunktes, fast aller Trigeminuspunkte, des Mammal- und Iliacalpunktes; schliesslich eine hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinschränkung. Die Patientin ist eine heitere, gesprächige Frau von aufmerksamer Miene; sie giebt geordnet und ruhig Auskunft, ist orientirt, trägt die einzelnen, später controllirten Punkte ihrer Anamnese richtig vor, sie hat nichts Benommenes, Traumhaftes in Gesichtsausdruck, Sprechen oder Benehmen. Sie will weisse Männer draussen und in der Charité gesehen haben, sei aber nicht krank. Sie benennt vorgelegte Gegenstände richtig. Eigentliche Symptome des Vorbeiredens fehlen, keine unsinnigen Antworten erfolgen. Die Intelligenzprüfung ergiebt eine auffallende Unsicherheit des Gedächtnisses für Namen und Zahlen. So weiss sie, dass sie in der Charité war, besinnt sich aber lange auf den Namen Moabit, wo sie auch gelegen hat, und vergisst trotz mehrfacher Einprägung immer wieder den Namen Buch. Bei weiterem Eindringen fällt ihre Abneigung gegen Zahlen und Rechnen auf; das Jahr ihrer Eheschliessung kennt sie nicht: „da müsste ich meinen Trauring haben“. Beim sofortigen Nachsprechen vierstelliger Zahlen unterlaufen ihr viele Fehler. Sie kennt diesen Defect: „ich bin überhaupt sehr vergesslich geworden; ich bin öfter zum Schneider gefahren und habe meine Arbeit zu Hause gelassen. Einmal bin ich statt zum Schneider nach der Charité gegangen“. Morgens habe sie sich ein anderes Mal Glacéhandschuhe angezogen und über die Bluse noch die Nachtjacke angelegt, wollte so weggehen.

Sie hilft gern bei den kleinen Abtheilungsarbeiten mit, unterhält sich mit den Pflegerinnen, denen nichts an ihr auffällt, ist sehr beliebt, ohne Stimmungsschwankung.

Es traten nun nach einigen Tagen wohlumschriebene Bewusstseinsstörungen bei ihr auf; ihre Absetzung gegen das beschriebene Intervallstadium ist im Anfang sehr ausgesprochen; später verwischt sich oft die Grenze.

Die Zustände treten mit Vorliebe Abends auf, nächsthäufig Nachts. Ihr Verlaufstypus — man kann sie nach dem Verhalten der Bewusstseinsthätigkeit Dämmerzustand, nach dem Verhalten der Bewusstseinsinhalte hallucinatorische Delirien nennen — ist folgender: eine Erregung mit lautem Schimpfen, Jammern, leichter Bewegungsunruhe leitet ein; die Patientin verstummt, bisweilen ganz plötzlich, um schliesslich unter hoher motorischer Anspannung fortzudrängen, um sich zu schlagen, zu lärmern und zu zertrümmern. Es besteht meist Rapport mit ihr im Zustand. Der Paroxysmus dauert meist  $\frac{1}{4}$  bis 2 Stunden. Er endet mit längerem oder kürzerem Schlaf, oft auch mit Erwachen; er hinterlässt völlige Amnesie.

Den Ausgangspunkt für die Betrachtung bildet zweckmässig das Verhalten der Krankheitseinsicht.

Die Patientin bestreitet die Krankhaftigkeit ihres Wachzustandes, sie weiss nichts von dem Auftreten der Delirien, glaubt an ihr Vorhandensein auch nach Vorhalt der überzeugendsten Beweise nicht. Die Unterhaltung mit ihr ist schwierig, weil sie ein auch entferntes Erkundigen nach ihrem Befinden in Erregung versetzt. Ihr selbst fällt spontan nur die Zeitlücke auf; sie klagt, dass sie so viel schlafe: „hier sitzt man und sitzt man; wenn man aufwacht, weiss man ob es Morgens oder Abends ist?“. Die naheliegende Erklärungsidee des Schlafes erscheint ihr oft nicht ausreichend; wenngleich sie bis in die letzte Zeit noch damit arbeitet, — und nachdem sie mehrfach auf eigenen Wunsch Schlafmittel erhalten hat, tritt sie mit der Beschuldigung hervor, ihr müssten auch heimlich Schlafmittel beigebracht werden; sie hätte nie so viel geschlafen. Diese Vorstellung wächst sich zu einer förmlichen Vergiftungsidee aus, als sie bemerkt, dass sie an Gewicht verliere, dass Pusteln an ihrer Brust und Stirn hervorkommen, dass Magenkrämpfe mit Erbrechen sich häufen. Bezeichnenderweise verfolgt sie aber den Gedanken nicht weiter; sie fragt nicht einmal, warum man sie vergiften wolle; es zeugt davon, dass dieser Gedanke nur oberflächlich ist, nicht ernst genommen wird. — Ebenso wie der Zustand selbst werden die Verletzungen und Veränderungen behandelt, die sie während der Bewusstseinsstörung erfährt. Die Hautabschürfungen und blauen Flecken: „Da muss ich mich gestossen haben“. „Hier unter solchen Kranken kann einem leicht etwas passiren“. Das ausgezupfte Haar: „Mein Haar fällt mir jetzt so aus“. „Ich kann mir gar nicht erklären; ich hatte so langes Haar. Mein Haar muss verhext sein. Wirklich, mein Haar ist verhext, warum sollte ich mein Haar sonst verlieren?“

Ein gewisses Licht auf die Genese dieser ihrer Uneinsichtigkeit wirft die Wendung, mit der sie Krankheit ablehnt: „ich bin nicht krank, ich will nicht krank sein, ich war noch nie krank“. Sie weiss nun zunächst, wie sie auf sofortigen Vorhalt mit Sträuben zugiebt, dass sie draussen recht viel kränkelte, aber, „das, — das ist meine Sache“. Dass sie aus Abneigung gegen Krankheit im Allgemeinen leugne, kann man ihr gar nicht glauben. Sie hat im weiteren Verlauf ihrer Psychose mancherlei körperliche Leiden, die sie ohne auffälligen Gefühlston offen mittheilt. Aber auch das Bewusstsein einer geistigen Erkrankung würde sie nicht übermässig bewegen; sie geht mitleidig und verständnissvoll mit den andern Kranken um; nimmt im Uebrigen diese Erkrankungsmöglichkeit so wenig ernst, dass sie sie meist nur mit Lachen abweist. Der lebhafteste, entschiedene Gefühlston, mit dem sie ihre Uneinsichtigkeit

documentirt, bleibt so unerklärt; dies ist um so auffälliger, als sie ganz gelegentlich sogar zu einer anderen Kranken äusserte, sie müsse wohl solche sonderbaren Traumbzustände haben, von denen man ihr erzähle, sie könne sich sonst die Stiche von Spritzen nicht erklären: Aeusserungen, die ganz selten und nur spontan erfolgen. Die Thatsache aber, dass sie mehr oder weniger bewusst mit so lebhaftem Affect zugleich lügt von ihrer bisherigen Gesundheit, weist darauf hin, dass sie etwas anderes verhüllt. Es ist etwas Unlustvolles; sonst würde sie ihm nicht so entschieden aus dem Wege gehen. Nachweislich herrscht nun der Gedanke in ihr an eine bestimmte, sehr affectbetonte Krankheit, resp. an ein Krankheitssymptom vor, welcher Gedanke sie Jahre lang beschäftigt hat, der an ihre Sterilität. Sie grämte sich sehr um ihre Kinderlosigkeit, nahm zwei fremde Kinder an, liess sich behandeln, unterzog sich der Operation des alten Hämorrhoidalleidens nach manchen ihrer Angaben anscheinend auch in diesem Zusammenhange. Jede Frage nach ihrem Sexualleben, nach dem Grunde ihrer Kinderlosigkeit etc. lehnt sie thatsächlich ab, wird meist bald darauf unruhig, verfällt in Dämmerzustand. Sie selbst gebraucht zwar spontan den Ausdruck „krank“, wenn sie etwa von ihren Kopfschmerzen redet; fragt ein anderer aber nach ihrem Befinden, nach dem Grunde ihres Hierseins etc., so fühlt sie mit der Beziehungsidee des schlechten Hehlers die peinliche Vorstellung in sich getroffen. Sie will daran nicht erinnert sein, überträgt das entschiedene „Nein“, mit dem sie die Frage ablehnt, auf die Beantwortung der Frage selbst; sie beantwortet thatsächlich nicht diese Frage. Sie verhindert mit solcher Behandlung der Frage eine unzweckmässige Hervorhebung der Unlustvorstellung; bezeichnet selbst den Act, mit dem sie die Abschiebung der Frage und Unterdrückung des Complexes vollzieht, als einen „Willensact“. Jedoch giebt sie sich mit dem Hinweis „ich will nicht krank sein“, noch einige Blösse; gleich hinterher treten schon die Gründe auf, welche die Zurückdrängung weiterführen und sie durch Vernachlässigung ihrer Genese vollenden: „ich war noch nie krank“, und jene oben angeführten Behauptungen und Erklärungsideen für ihr Hiersein. Es stellen sich ihr überaus willig solche völlig ablenkenden Gedanken zur Verfügung; die Elasticität des Vorstellungsablaufs in dieser Hinsicht ist bemerkenswerth.

Es wird begreiflich, dass die Paroxysmen, welche im engen Anschluss an Erregungen einsetzen, wobei die Erregungen gern unter anderen durch Erinnerung und Beachtung des Aufenthalts hier und der Krankheit ausgelöst werden, mit Vorliebe Abends und Nachts auftreten: Die Müdigkeit schwächt die hemmenden Vorstellungen; die ablenkenden Sinneseindrücke fallen weg, das Niederlegen in dem Saale hebt ihre

Zugehörigkeit zu den Kranken hervor; — es unterbleibt so die prophylactische Unterdrückung des Krankheitsbewusstseins, es kommt zur Erregung und zum Dämmerzustand.

Ein lebhaftes Krankheitsgefühl und -Bewusstsein hat sie gegenüber einigen Phonemen; sie klagt dem Arzt: „ich bin krank, in meinem Kopf spricht es“ —, aber nur einmal, später und sonst leugnet sie im Wachzustand —, oder was man so nennen kann —, Phoneme, welche im Dämmerzustand zugiebt. Wochenlang erwartete sie den Besuch ihrer Mutter, der sie etwas sagen müsste; der Mutter klagte sie dann ganz geheim die Phoneme und fragte, was sich machen liesse. Hier wird in der That dissimulirt; dass die Phoneme als krankhaft erfasst werden, erklärt sich aus ihrem später zu beschreibenden, zwangsartigen Charakter; sie zu vergessen oder zu unterdrücken, dagegen arbeitet ihre stete Wiederkehr. Dass sie sie aber dissimulirt, ist zu erklären aus der Verallgemeinerung der reactiven Krankheitsablehnung; sie will nicht nach Krankheit und Krankheitsähnlichem gefragt sein.

Das Verheimlichen aber verleiht in parenthesi dem Verheimlichten eine besondere Farbe; es bekommt den Charakter einer privaten, intimen Angelegenheit, welcher Charakter noch dadurch verstärkt wird, dass das Dissimuliren die Phoneme in eine gewisse Nähe zu der peinlichen Krankheit schiebt. Hier ist die Quelle für manches Eigenthümliche an der Zurückhaltung, die geheimnissvolle Mittheilung an die Mutter, mit der Frage, was sich machen liesse, als wenn es sich bei den Phonemen um etwas Gynäkologisches handle.

Das Verhalten der Patientin gegen somatische Beschwerden bekräftigt diese Auffassung ihrer Uneinsichtigkeit und Dissimulation. Es fiel oft auf, wie energisch sie den Arzt auf seine Pflicht hinweist, sie nach ihren Magenschmerzen, Kopfkämpfen, Stuhlgang zu fragen —, „das hat ein Arzt zu fragen, nach meiner Meinung“ — wie sie sich beständig darauf behandeln lässt, Mittel auf Mittel durchprobiert, sich Magenspülungen machen lassen will etc.; später tritt noch der täglich zu behandelnde Katheterismus dazu. Es ist ersichtlich ein Schutz vor lästigen und gefährlichen Fragen und Erinnerungen; sie sucht vor sich und dem Pflegepersonal ihren Aufenthalt in der Anstalt mit solchen Beschwerden zu rechtfertigen; „ich bin auch krank, schwer krank; wo man geheilt wird, das ist egal“. Und es ist bemerkenswerth, dass diese somatischen Klagen erst einige Zeit nach dem Eintritt in die Anstalt vorgebracht werden. — Schon die Thatsache der Localisation der Beschwerden in das Abdomen, Leibkrämpfe, Tenesmus urinae, Erbrechen bei unauffindbarer vulgärer Ursache, legt auch den Gedanken nahe, dass sich hier ein Hinweis auf die herrschende unterdrückte Verstellung

verbirgt; in der Aggravierung des Leidens und seiner sichtlichen Begünstigung durch die Patientin kann man eine directe Aeußerung ihres sonstigen versteckten Krankheitsgefühls sehen. Sie wälzt dies Gefühl auf ein unschädliches Gebiet ab, lässt aber den Inhalt des unterdrückten Gedankens durch die Localisation gut durchblicken.

Bei dieser Genese ihrer Uneinsichtigkeit und Dissimulation zeigt sich eine auffällig innige Beziehung zwischen Vorstellungsbildung und Gefühl; die Elasticität, die Folgsamkeit des Vorstellungsablaufs gegenüber den affectiven Bewegungen nannten wir schon oben bemerkenswerth. Wir finden hier bei der Production von Vorstellungen, sowie bei der Belastung der Vorstellungen mit Aufmerksamkeit, scilicet bei der Locirung von Vorstellungen in die verschiedenen Bewusstseinshöhen Gefühlstöne an der Arbeit. Wenn der Typus eines solchen Vorgangs auch normal vorgebildet ist (siehe Freud's Pathologie des Alltags S. 65), so ist eine solche Ausdehnung pathologisch zu nennen. Dass er solche Ausdehnung gewinnen konnte, dass mit Leichtigkeit Vorgänge sich abspielen, wie hier die Hemmung bestimmter Vorstellungsbildung, rasche Verdrängung lästiger Vorstellungen, Beeinflussung des Gedankenablaufs durch Vorstellungen aus tieferen Schichten, bezeichnet eine erhebliche Lockerung des Associationsgefüges. Dies besagt, dass, wie ich mich zunächst bequem ausdrücken will, nichts das Spiel solcher elementaren Mechanismen eindämmt.

Wir kommen näher an den Grund der vorliegenden Störung, wenn wir das Verhalten der Aufmerksamkeit betrachten. Während die Patientin gesprächsweise längeren Auseinandersetzungen zu folgen vermag, zeigt sich bei Explorationsversuchen, zu denen sie sich bereit erklärt, dass sie kleine Geschichten nicht auffasst: „ich kann das eben nicht verstehen“. Sie bemüht sich vergebens, ihre Aufmerksamkeit anzuspannen und zu richten, wie die gefalteten Augenbrauen, die geballten Fäuste zeigen; sie spricht sich auch mechanisch die gehörten Worte vor. Sie beobachtet sehr schlecht, überhört ihr eigenes Seufzen; man giebt ihr während der Unterhaltung ein Bleistift in die Hand, mit dem sie spielt, ohne es zu wissen.

Die Störungen der Aufmerksamkeit zeigen sich am schärfsten an dem Verhalten der Merkfähigkeit. Als sie einmal zum Oberarzt meinte, sie habe zwar etwas mitzuthemen, aber sie könne es nicht sagen —, die Phoneme sind gemeint — regt er ihr eine Niederschrift an, worauf sie zunächst bereitwillig eingeht. Sie weiss nach einer viertel Stunde noch, dass sie schreiben will und rühmt sich ihrer Absicht, weiss auch bei einigem Nachsinnen, dass Jemand da war, nicht aber, wer es war, und dass der Besucher die Niederschrift angeregt hatte. Sie zerreisst

nach etwa einer Stunde den gereichten Bogen: „Sie wollten doch etwas aufschreiben“ — sagt die anbietende Pflegerin; nach kurzem Besinnen zerreisst die Patientin das Blatt mit den Worten: „hier wird man nur angelogen“.

Am folgenden Tage erbittet sie, die sonst nie geschrieben hat, einen Bogen, um einen Brief an ihren Mann zu schreiben; kommt aber nicht zum Schreiben, sondern dictirt der Pflegerin ein paar Zeilen an den Arzt, er solle nicht immer Nachts im weissen Mantel an ihrem Bett stehen. Der Verlauf zeigt übersichtlich: das Hervortreiben einer Vorstellung des Briefschreibens, die geeignet ist, eine Affectspannung zu lösen; das baldige Fortlassen der accidentellen Vorgänge; die prompte Verdunkelung jeder Erinnerung, als die Frage der Pflegerin an den peinlichen Complex zu rühren scheint; das isolirte Wiederauftauchen der Briefvorstellung, die von den quälenden lösungsbedürftigen Phänomenen reproducirt wird; das Anknüpfen des Briefschreibens an den Mann, welcher in ihren Gedankengängen der Mittelpunkt ist, ohne dass ihr klar wird, was sie ihm schreiben soll; — das Abgleiten zu der Verbindung mit dem Arzt, das weitere Abgleiten von einer Klage über die Phoneme an den Arzt zu einer Klage über die Visionen der weissen Männer; die Verschmelzung und das Zusammenfliessen der Vorstellungen „Schreiben an den Arzt“ und „Klage über quälende weisse Visionen“ zu einer an den Arzt gerichteten Klage über den Arzt wegen seines weissen Mantels. Das ganze Ungeregelte, Verschlungene ihrer Associationsweise kommt hier zum Vorschein, — der übernormale Einfluss von Gefühlen auf den Associationsablauf, die Kürze der jedesmal reproducirten Vorstellungsruppen, die willige Verschmelzung der Vorstellungsfragmente, der dadurch bemerkte fortschreitende Verlust jeder Zielvorstellung; wesentlich ein Darniederliegen einer vereinheitlichenden werthenden psychischen Thätigkeit.

Während hier bestimmte Unlustgefühle Vorstellungen rasch in eine tiefere Bewusstseinssphäre dislociren und zum Vergessen bringen, gewähren andere, zum Theil auch unlustvolle, den Vorstellungen längere Fortdauer; so behält die Patientin wochenlang, dass ihre Mutter sie besuchen will, während sie den Besuch des Mannes, bei dem ihr die Ankunft der Mutter mitgetheilt wird, längst nicht mehr reproducirt.

Soweit diese Gedanken unlustvoll erscheinen, haben sie doch nur „absolute“ Unlust; im Zusammenhang sind sie werthvoll und relativ lustbereitend, sie bieten Gelegenheit zu Zorn und Entrüstung, zur Entladung von anderwärts gebildeter Spannung; sie werden gepflegt, in Erinnerung gehalten, wie die Patientin ja auch allerhand körperliche Krankheiten gross zieht in ähnlicher Tendenz. Der Begriff einer „abso-

luten“ Lust- und Unlustvorstellung ist hier wie auch sonst unbrauchbar und entspricht nicht den Thatsachen.

Während sich bei ihr eine Masse von psychischer Thätigkeit unter sehr geringer Beachtung vollzieht, in tieferen Bewusstseinschichten, wie man auch sagen kann, bietet das psychische Oberflächenbild, wie gezeigt, den Anblick stärkster Zerstretheit und Leere. Wir fragen, wie diese Zerstretheit aufzufassen ist, wie jene dunklere Thätigkeit, welche Beziehung event. zwischen den Sphären besteht. Uns wird die weitere Betrachtung der Hallucinationen und Paroxysmen Aufklärung geben.

Von den Sinnestäuschungen konnte fast jede mit Sicherheit im Wach- wie Dämmerzustand nachgewiesen werden. Am häufigsten treten auf: weisse Männer, Hunde, Katzen und Gestalten, ein Hilfeschrei, Landschaften und Figuren; scharfe Gerüche werden einige Tage wahrgenommen; ein Mensch liegt ziemlich selten links neben ihr; recht constant ist das Nachtönen der letzten Worte.

Die nachtönenden letzten Worte geben eine Ergänzung zu dem, was bei der Beschreibung der Merkstörung gesagt wurde. Sie widersprechen zunächst in gewisser Hinsicht der Merkstörung; dort ein sehr schnelles, fast spurloses Verschwinden des Sinneseindrucks, hier ein übernormales Haftenbleiben. Sagt man ihr beispielsweise: „Bleiben Sie heut im Bett“, so hört sie noch stundenlang „Bett“, oft auch das vorletzte Wort. Das Ganze verliert sich nach einigen Stunden, dann treten bisweilen schon wieder neue „letzte Worte“ auf; die alten sind meist, nicht immer, völlig verschwunden. Auch die Klangfarbe wird zunächst mit festgehalten; später hört sie das Wort nur noch als gesprochen mit „Männerstimme“ oder „Frauenstimme“. Es ist bemerkenswerth, dass auch ab und zu der Inhalt des Satzes erneuert werden kann, dessen letztes Wort nachtönt; es handelt sich, wie auch das angeführte Beispiel zeigt, um relativ gleichgültigen Inhalt. Das Wort tönt gleich nach, nicht erst bei Versuchen den Satz zu reproduciren. Das Phänomen erinnert an ein ähnliches bei Janet's „Justine“, welche eine Persistenz visueller Empfindungen zeigte; das Bild eines Objects dauerte fort und hinderte sie sogar ein zweites zu sehen; erst nach einiger Zeit war das erste Bild durch das zweite ersetzt. In unserem Falle liegt es so, dass die Schlussworte, welche schon normalerweise betonter, eindrucksfähiger als die früheren erscheinen — vom Inhaltlichen ganz abgesehen — zwar auch zunächst mit der Stärke eines Sinneseindrucks persistiren, dann aber unregelmässig oft verschwinden und auftreten, die Perception anderer Gehörsempfindungen zulassen, bis sie neuen Platz machen. Während die Aufmerksamkeit nur mit Mühe und meist vergeblich sich den Gehörsempfindungen zuwendet, bemächtigt sich hier ein nur äusserlich



ausgezeichnetes Wort der Aufmerksamkeit in der intensivsten Weise; statt des Auffassens, des gleichmässigen associativen Fortströmens des Eindrucks findet ein überaus starkes Verharren statt. Man könnte hier von einer Coordinationsstörung, von einer psychischen Ataxie sprechen; wie der Paralytiker die Hand erst schwach drückt, dann ruckweise und schliesslich zu derb fasst, so wird hier von der Aufmerksamkeit ein Satz verfehlt, ein Wort betont, überbetont.

Zu einem schärferen Erfassen der Verhältnisse gelangt man erst, wenn man sich den psychologischen Thatbestand der hier herangezogenen „Aufmerksamkeit“ vergegenwärtigt. Sie bezeichnet die Thatsache der verschiedenen Beachtung von Vorstellungen und Empfindungen. Liepmann sagt: „Eine nicht weiter zu beschreibende, nur durch den Hinweis auf eines Jeden Erlebnisse abzugrenzende Bevorzugung gewisser Bewusstseinsinhalte vor anderen nennen wir Aufmerksamkeit“. Die überragende Wirklichkeit dieses Begriffs, der der Träger aller folgender Ausführungen sein wird, ist aufrecht zu erhalten, insbesondere gegen die principiell anders orientirte englische Associationspsychologie. Die Engländer, die sich bemühen consequenter Weise die Aufmerksamkeitsphänomene aufgehen zu lassen, als Wirkungen bestimmter Factoren der Empfindungen und Vorstellungen, vermögen ihr zweifellos so nicht gerecht zu werden. Der Begriff der Aufmerksamkeit verneint die Uniformität der Bewusstseinsinhalte; im Grunde wollen auch diejenigen, welche von Unterbewusstsein, ferner Blickfeld, Blickpunkt und dergleichen reden, nichts weiter nennen, als diese Thatsache der verschiedenen Werthigkeit der Bewusstseinsinhalte. Die Aufmerksamkeit ist keineswegs etwas an der Empfindung und Vorstellung, als ein Effect gewisser Eigenthümlichkeiten dieser Elemente, ist keine Function dieser Elemente, sondern durchaus über der Association und sui generis. Sie ist nichts Passives, wie ein Blickfeld, durch das Vorstellungen laufen, keine blosse Beleuchtung der Vorstellungen und Empfindungen; die Furcht der Associationspsychologen (siehe Münsterberg, Ziehen) erscheint vielleicht erklärlich, weil es sich hier nach ihrer Meinung um eins der verpönten Seelenvermögen handelt, erscheint erklärlich auch wegen der leicht vitalistischen Schattirung, die der Begriff der Aufmerksamkeit bei manchen annimmt. Gewiss ist, was das letztere anlangt, die eigentliche Regeldetri der Associationen durchsichtiger als manches, was sich über die apperceptiven Vorgänge sagen lässt, ab er ebenso gewiss stösst man bei den Organismen, wie man besonders jetzt wieder hervorhebt, auf Werthprincipien, die auf den weiteren Zusammenhang der Lebenserscheinungen im Organismus hinweisen; und es ist eigentlich nur die Frage, wann man solches Princip ansetzt, und es ist eigentlich

nur der Vorwurf möglich, dass man es zu früh oder zu spät ansetzt. Die Aufmerksamkeit ist keine mythologische Entität, die selbstständig ohne jene Vorstellungen und Empfindungen vorkommt, sondern stellt einen objectiv besonders wirksamen psychischen Factor dar, der sich an jenen erweist. Indem nun eine Vorstellungsgruppe, ein Empfindungscomplex aufmerksamkeitsbetont wird, wird ihnen dies Besondere, also eine psychische Energie zu Theil, die sich erweist in der Hervortreibung und Klärung von Empfindungen und Vorstellungen, in Auswahl, Hemmung und Festhalten. Ohne diese „Aufmerksamkeit“ sind die Associationen eine Quantität ohne qualitative Differencirung.

Lipps hat diesen Gedanken einer psychischen Energie, scilicet Aufmerksamkeit, aufs schärfste gefasst.

Er sagt: „Die auf einen vorgestellten Gegenstand gerichtete Aufmerksamkeit ist nichts als die psychische Kraft der Vorstellung dieses Gegenstandes. Der realpsychische Thatbestand nun, der dem Aufmerksamkeitsphänomen zu Grunde liegt, kann allgemein bezeichnet werden als eine stärkere oder minder starke psychische Wirkung desjenigen, worauf die Aufmerksamkeit gerichtet ist. Statt psychischer Wirksamkeit können wir nun ebensowohl setzen psychische Kraft. Von Kraft sprechen wir ja überall um irgend welcher Wirkungen oder Leistungen willen“. Die Neigung psychische Vorgänge im Allgemeinen energetisch aufzufassen, ist ziemlich gut vorbereitet; Wernicke, von rein psychiatrischem Causalitätsbedürfniss getrieben, gelangt zu einer Sejunctionshypothese, die mit „Energiestauung“, mit „Ausgleich der Energie“ etc. arbeitet. Und Breuer erklärt bei der Analyse hysterischer Affectstörungen geradzu: das Gehirn arbeite mit einer wechselnden, aber begrenzten Energiemenge, und bezieht die Affectanomalie direct auf die Störung des dynamischen Gleichgewichts im Nervensystem und die ungleichmässige Vertheilung der gesteigerten Erregung.

Binswanger spricht in derselben Richtung häufig, an vielen Stellen, von der „Störung des dynamischen Gleichgewichts“.

Bei allen diesen Untersuchern aber hat der Begriff der Energie und des Dynamischen doch eine neurologische Note. Wir haben an einer solchen Erweiterung des Energiebegriffs kein Interesse; indem wir die psychischen Vorgänge betrachten, imponirt uns die Aufmerksamkeit als ein Factor, der im Psychischen an den Vorstellungen und Empfindungen eine Thätigkeit übt, damit also eine variable Kraftgrösse stellt. Die „Kraft“ ist keine physikalische Grösse, sie ist darum nicht ein blosses Bild, sondern, wenn wir die aufmerksamkeitsbetonten Vorstellungen kräftiger als alle andere nennen, folgen wir thatsächlich nur dem allgemeinen Sprachgebrauch; wir nennen sie kräftiger um ihrer psychischen

Wirksamkeit und Leistung willen, ihrer Wirksamkeit auf Beherrschung des Gedankengangs, auf Auswahl der Associationen, auf Hemmung von Associationen.

Es liegt nun Zerstreutheit bei unserer Frau W. vor: dies besagt, dass vielen Sinnesindrücken keine psychische Kraft oder Aufmerksamkeit zugewandt wird. Wir erinnern auch an Janet's Lehre von der Zerstreutheit, während eine chronisch entstandene Einschränkung des Bewusstseinsfeldes zu Grunde liegt, wodurch die Patienten unfähig worden, eine grössere Anzahl Elementarempfindungen über die Schwelle zu heben.

Unserer Patientin steht die Aufmerksamkeitskraft überhaupt nur derart zur Verfügung, dass von einem eigentlichen Gedankenfortschritt und gesetzmässigen Vorstellungsablauf nicht die Rede sein kann. Die eigenthümliche Zurückhaltung und Absperrung der psychischen Kraft von manchen Elementarempfindungen resp. Sinnesflächen konnte einige Mal im Dämmerzustand scharf gesehen werden. Die Patientin gab an, sie glaubte, dass sie in Buch sei, aber nach dem, was sie sähe, wüsste sie nicht, wo sie eigentlich hier wäre; benannte ihre Pflegerinnen und Bekannte aus Buch richtig und beschrieb sie leidlich; erkannte aber von den ihr vorgestellten Personen keine wieder; gab an im Baderaum oft gewesen zu sein, erkennt den gezeigten aber ebenso wenig wieder, will hier noch nie gewesen sein. Hier scheinen sowohl Reiz wie Erinnerungsbild vorhanden zu sein, aber der Reiz gewinnt nicht ausreichend Aufmerksamkeit, und so kommt es zu keiner Identification. Diese Beobachtungen aber über ihre Zerstreutheit, dass die Patientin für viele Elementarempfindungen nur wenig psychische Kraft disponibel hat, erklären die Erscheinung der „letzten Worte“. Es gehören nämlich die Thatsachen zusammen: vieles wird überhört, es kann willentlich sehr wenig gemerkt werden, es kann vieles, was nicht dem eigenen Gedankengang entgegen kommt, nicht aufgefasst werden, äusserlich ausgezeichnete Worte werden festgehalten. Sie zeigen genugsam das Uncoordinirte in der Beziehung zwischen Aufmerksamkeit und Sinnesindruck; sie sind Symptome der gestörten Ausbreitung und Vertheilung der psychischen Kraft, fallen ganz allgemein unter die psychischen Gleichgewichtsstörungen.

Eine weitere Persistenzerscheinung, das Hülfegeschrei giebt weitere Aufklärung. Eine Pflegerin wurde im Saale, der gegenüber dem Saale der Patientin liegt, Abends hinterrücks von einer Kranken angegriffen, an den Haaren gerissen und geschlagen; sie schrie gellend „Hülfe“. Die Frau W. in ihrer abendlichen Unruhe, erkundigte sich nach dem Vorfall und seinen Details, verfiel rasch in Dämmerzustand. Dieses Phänomen

des nachtönenden Hilffgeschreis zeigt, dass das Verharren und Nachtönen eines Wortes nicht etwa das klägliche Resultat eines Auffassungs- und Reproductionsversuches ist. Hier ist eine sichere Association, Bahnung vollzogen; der Vorgang ist aufgefasst und wird reproducirt. Wenngleich Merkstörung, Auffassungsstörung und Persistiren nach dem Obigen symptomatologisch innig zusammenhängen, so ist doch das erstere und zweite nicht die Ursache des dritten, sondern bei dieser einmal gestörten Beziehung zwischen Aufmerksamkeit und Sinnesindruck kann dauernd und unabhängig von jeweiliger associativer Verarbeitung ein Persistiren stattfinden.

Die Geneigtheit, bestimmte Gehörsempfindungen mit hallucinatorischer Stärke festzuhalten, führt uns zu der Erscheinung des Gedankenlautwerdens. Die Frau führt lange Gespräche mit ihrem Mann, mit ihrer Mutter, dem Arzt etc., deren Stimmen sie vernimmt. Näher in Bezug auf Tonfärbung scheinen manchmal diese Stimmen nicht charakterisirt zu sein. Denn im Dämmerzustand, wo sie das Symptom sehr lebhaft zeigt, kann mehrmals der Arzt für den Mann einspringen. „Ich rede doch jetzt mit meinem Manne“, nennst Du mich jetzt auch noch „Sie“ und Frau „W.?“ — Aber es ist zu beachten, dass die Hallucination der Stimme des Gatten ja sehr affectgefärbt herrscht; die Aehnlichkeit zweier Mannestimmen führen zu einer partiellen Identification, die isolirte affectstrotzende Vorstellung des Gatten macht die Identification zu einer vollständigen, bewirkt die Unterdrückung der Unterschiedsmomente, — ein Verfahren, dessen Principien wir schon bei Gelegenheit der Uneinsichtigkeit hervortreten sahen, im Dämmerzustand noch ausgeprägter finden. Und in gleicher Weise kann die Lieblingspflegerin „Fräulein Emma“ für die Schwester „Guste“ einspringen; andere werden zu „Nachbarsleuten“ etc.

Dass hier gefühlsstarke Vorstellungsgruppen mit hallucinatorischer Stärke ausgestattet werden, dass die affectvolle Gemüthslage zu sinnlicher Verstärkung ihrer Gedankenbildungen führt, ist in bestimmter Hinsicht die andere Seite des Persistirens, mangelhaften Auffassens und Merkens. Bei der vorhandenen dynamischen Störung reissen unter gewissen Bedingungen die Affectvorstellungen ein übergrosses Plus an Aufmerksamkeit an sich; im Gebiet der Gehörsempfindungen, die durch den Vorstellungsablauf im wesentlichen beansprucht werden und nach dem vorher Beschriebenen sehr zu Misserscheinungen disponirt sind, kommt es so zu Hallucinationen.

Es giebt zwar genug psychische Bilder, in denen Gedankenlautwerden etc. statthaft, ohne dass sich eine solche Genese aufzeigen liesse; aber wenn schon dies negative Resultat nichts beweist, so wären ja auch gleiche Symptome verschieden verursacht.

Es kann fast experimentell an der Patientin gezeigt werden, dass bei der vorhandenen Zersplitterung der Aufmerksamkeit durch Localisation der Aufmerksamkeit auf eine Vorstellungsgruppe diese hallucinatorisch verstärkt wird.

Die Patientin befindet sich im Dämmerzustand, wofern sie die Augen geöffnet hat, fast beständig in stürmischer, motorischer und sprachlicher Action, in höchster Angst unter der Hallucination der weissen Männer; schliesst man ihre Augen, so beruhigt sie sich fast allemal momentan, liegt ruhig, steht Rede und Antwort; die Wirkung des Augenschlusses ist zauberhaft zu nennen. Die Hallucination besteht auch bei geschlossenen Augen; bewirkt bisweilen auch da geringe Bewegungsunruhe, welche aber durch Augenöffnen momentan auf die explosive Höhe, durch Augenschluss zurückgeführt werden kann. Durch das Oeffnen der Augen, das Auftreten neuer optischer Reize, mag die Patientin nun zweifellos von der Umgebung so wenig sehen, wie man will, wird eine Steigerung der Aufmerksamkeit auf Gesichtsempfindungen bewirkt; die artificiell also bewirkte Aufmerksamkeitszufuhr steigert explosiv die sinnliche Kraft der schon vorher vorhandenen Hallucination.

In derselben Weise ist es zu verstehen, dass durch Druck oder Verstopfen der Ohren, durch Hineinrufen etc. willkürlich die sinnliche Kraft ihrer eigenen Gehörshallucinationen auf ein Minimum vermindert, auf ein Maximum gesteigert wird.

Ein weiteres Aufmerksamkeitsphänomen auf optischem Gebiet zeigt Folgendes:

Die weissen Männer bestanden schon bei der ersten Charitéaufnahme; es scheint aber, als ob sie damals eine noch nicht so grosse Rolle spielen, wie jetzt. Zwischen der ersten Aufnahme und der zweiten liegt die Hämorrhoidaloperation in Moabit, welche sie genug „weisse Männer“ sehen liess, die Operateure; dieser hochaffective Eindruck wirkte, mit dem früheren confundirt, zweifellos hervortreibend und reproductionsteigernd. Es kann sogar die Vermuthung ausgesprochen werden, ob nicht schon die ersten „weissen Männer“ der Affectvorstellung „Operation“ ihr Dasein verdanken; der gramvolle Gedanke der Kinderlosigkeit liess sie schon früh, mehr oder weniger bewusst, an die operative Beseitigung der Sterilität denken. Bei dieser Auffassung wird doch zugleich vermuthet, dass eine optische Sinnesmissempfindung des „Weiss“ dauernd intermittirend besteht, ebenso wie ungeformter eine solche des „Roth“ bei ihr besteht, und dass diese Missempfindungen meht primärer Natur sind; von dem Range der Anästhesien, des Persistirens von Worten etc. etc. Wenn nun während der Krankheit diese Hallucination sich verändert, die Männer um ihr Bett stehen, dann

laufen, wenn das „Roth“ Feuer bleibt, bisweilen „Blut“, so geschieht eine associative Verwerthung, Auffassung und Umformung dieser Farbensymptome, die mehr elementar sind und psychisch tief stehen, durch höherwerthige mehr energiebegabte Gebilde; letztere verfälschen jene illusionär nach Fähigkeit und Bedarf. — Kürzere Zeit spielt nun auch eine „Schwarz“-Hallucination eine Rolle; ihre gut übersehbare Entstehung gestattet einen Blick auf die Genese solcher primärer Sinnesmissempfindungen. Sie äusserte eines Tages im Dämmerzustand: „Ihr Räuber geht weg, warum lauft Ihr im weissen Kittel; zieht Euch den aus, geht doch im schwarzen Kittel, wie der da. Das ist ein sehr frommer Mann, das ist mein Pfarrer Blech, der mich eingesegnet hat“. Die Patientin ist in Verfolg ihrer eigenthümlichen Gedankengänge zu der Vorstellung gelangt, dass sie eine Mörderin sei; schon Tage lang, bevor sie den schwarzen Kittel sieht, betet sie in der Kirche, hört Orgelmusik, singt geistliche Lieder. Das „Schwarz“ ist hier auf einem deutlich absehbaren psychischen Gedankenwege gebildet worden: gegen das „Weiss“; der „schwarze Mann“ emancipirt sich von seinem Herkunftsboden und erscheint nun selbstständig. Ein Abbau hat damit stattgefunden; das „Schwarz“ hat seine psychische Werthigkeit verloren, ist ein Zerfallsproduct und erscheint elementarer Art. Diesen Vorgang finden wir bei der Patientin überaus häufig, besonders im Dämmerzustand, diesen Vorgang des Herabsinkens von der psychischen Höhe, des Weichens aus dem Blickfeld, dem Blickpunkte, ja Bewusstsein, wie wir sagen, den fortschreitenden Verlust der Aufmerksamkeitsintensität. Er vermag vielleicht einen Hinweis zu geben auf die Genese mancher jener anderer Elementarsymptome, wie oben des Roth- und Weissphänomens.

Wohl das Erstaunlichste an den Details des Falles sind die Sinnes-täuschungen der Landschaften und Figuren, resp. deren Nebenumstände zu bezeichnen. Die Patientin sieht bei activ oder passiv geschlossenen Augen im Wach- wie Dämmerzustand sehr häufig, im Dämmerzustand fast andauernd, verschiedene Landschaftsbilder, wie: ein Gebirge, einen Garten mit springenden Hirschen, einen Sonnenaufgang, einen Wald mit Wasserfall; ferner sieht sie einen schwarz gepanzerten Ritter mit drohendem Handschuh.

Einige Beobachtungen beim ersten Auftreten resp. Bemerkwerden dieser Visionen sprechen übrigens dafür, dass auch hier bestimmte, mehr elementare Missempfindungen zu Grunde liegen, welche eine Association und illusionäre Ausdeutung erfahren. So wird sie bei Gelegenheit der Sonnenaufgangsvision gefragt, was sie denn sähe: „Schön roth“, die Flamme wird abgelehnt: „mehr golden“, der angebotene „Sonnenaufgang“ wird angenommen. Der „Wasserfall“ wird zunächst als „etwas

Glitzerndes“ bezeichnet; später wird, charakteristischer Weise in der Form des Vergleichs, gesagt: „es sieht aus wie Wasser, als wenn es spritzt, wie am Kreuzberg der Wasserfall“. Eine andere hiergehörige optische Erscheinung gelingt es überhaupt nicht zu begreifen und benennen; sie bleibt immer: „etwas Silbernes“. Das Nebeneinander des Augenschlusses und der Landschaftsbilder dürfte nicht zufällig sein; die mit dem Augenschluss eintretende ruhigere Stimmung bei Association des Einschlafens formt momentan ruhige Bilder; dass es im Wesentlichen Landschaftsbilder sind, hängt mit der auch bei Augenschluss vorhandenen Orientierungsneigung zusammen. Höchst erstaunlich ist nun der Nebenumstand, dass dies Auftreten irgend eines bestimmten derartigen Bildes gebunden ist an eine bestimmte Kopfstellung. Fast zwei Monate hindurch war täglich folgendes Verhalten zu beobachten: Ausnahmslos sieht sie bei geschlossenen Augen, im Dämmerzustand liegend, bei Haltung des Kopfes nach rechts, den Garten mit den Hirschen, bei Haltung nach der Mitte das Gebirge, nach links „das Silberne“. Es ist gleichgültig, ob sie selbst die Augen geschlossen hält oder die Lider passiv zugehalten werden, ob kein Druck, ob schwächer oder stärker ausgeübt wird. Sie giebt präcis die so localisirte Hallucination an, ob sie nun spontan zufällig den Kopf in der betreffenden Stellung hält, ob die Position durch langsame oder rasche Drehbewegungen erreicht wird. Variationen der sonstigen Lagerung sind einflusslos. Sie ist vom ersten Augenblick des Bemerktwerdens an für Suggestivfragen und Hinweise refractär. In den Zwischenpositionen wird nichts gesehen.

Nach etwa zwei Monaten tritt sie mit einer zweiten solchen Serie Hallucinationen hervor: links ist „der Sonnenaufgang“, in der Mitte „der Wasserfall“, rechts „der schwarze Ritter“. Es sei noch hinzugefügt, dass versuchsweise variirte äussere Beleuchtung ebenfalls einflusslos ist. Nachdem etwa einen Monat hindurch streng an der zweiten Serie festgehalten wurde, vermischt sie die Serien; auch die angegebene, feste Beziehung zu einer Kopfstellung verliert sich, jedoch so, dass wenigstens einige Stunden hindurch eine bestimmte Gruppierung und Reihenfolge festgehalten wird. Wir fanden aber, dass, wie der Hallucination der „weissen Männer“ und der „Flamme“, so auch den Hallucinationen der Landschaften und Figuren mehr primäre Sinnesmissempfindungen, Spontanempfindungen zu Grunde liegen, die illusionär geformt werden. Warum gerade diese Missempfindung resp. Landschaftshallucination bei gerade dieser Kopfstellung auftritt, kann nicht aufgewiesen werden; eine umfassende Kenntniss ihrer Associationen, Erlebnisse und Erinnerungen, dürfte hauptsächlich geeignet sein zur Aufklärung; für die Annahme einer physiologischen oder mechanischen

Wirkung der Kopfstellung als des wesentlichen Factors fehlt jeder Anhalt, — wobei ihre Mitthätigkeit nicht ausgeschlossen wird. Dass aber überhaupt diese wesentliche enge Beziehung zwischen den Erscheinungen und bestimmten Kopfstellungen besteht, — für die Beantwortung der Frage nach der Bindung beider sind die Principien aus dem Vorherentwickelten zu entnehmen. Es sind, wie bei den „letzten Worten“, sehr ausgezeichnete Punkte, die zu den Symptomen disponiren; die Stellung ganz nach rechts, in die Mitte, nach links; in den Zwischenpartien wird nichts gesehen; bei der tiefgestörten Perception werden wenigstens diese Endpunkte beachtet, bemächtigen sich der Aufmerksamkeit. Kleinere Wendungen bewirken gar nichts; die Drehung selbst wird nicht als solche aufgefasst. So disponiren die Kopfstellungen zu den Hallucinationen. Dass die drei Positionen von verschiedenen Hallucinationen begleitet sind, resp. dass die Patientin verschiedene Landschaften sieht, erklärt sich aus der Drehung, die zwar nicht als solche aufgefasst, jedoch sicher empfunden wird; die psychische Wirkung der Lageveränderung zeigt sich mit darin, dass die Patientin die supponirten Elementarsymptome verschieden formt, als Garten, Wasserfall etc.

Die bisherige Analyse führte uns zu der Vorstellung einer gestörten Vertheilung der psychischen Kraft. Zu einer solchen Annahme veranlasste die Schwäche der Aufmerksamkeit in dem Bilde der Zerstreuung, die elementaren Erscheinungen des Persistirens, des Gedankenlautwerdens, der optischen Hallucinationen; die stark erhöhte Labilität der psychischen Kraft erklärt es uns, dass die Willkür der Reproduction fast fehlt, erklärt die grosse Spielfläche der affectiven Vorgänge, die Uneinsichtigkeit. Es ist durch diese Labilität gesetzt ein uneinheitliches, disproportionirtes psychisches Leben, ein fleckenweis zu intensiver, fleckenweis fehlender und zu schwacher Ablauf. Es besteht nicht bloss eine „Dissociation“, das heisst, eine Lockerung der Vorstellungsverbindungen, sondern diese thatsächlich vorhandene Dissociation ist nur ein einzelnes, nicht geradezu das wichtigste Symptom einer tiefer gehenden Zerstreuung. Während „Dissociation“ nur den Zerfall der Vorstellungsinhalte bezeichnet, zielen wir auf einen Zerfall, der jenem psychisch real zu Grunde liegend noch andere Symptome macht.

Man betrachte den oben entwickelten Intervallzustand oder Wachzustand und frage, was eintreten wird, wenn ein Affect stärker und länger wirkend, auf der Bildfläche erscheint. Die Möglichkeit zu solchen Affecten ist bei ihr ausserordentlich gegeben; die ständigen Hallucinationen, die Unfähigkeit den Gedankengang beliebig zu richten, setzen sie unter Unlust und Spannung. Die fast ungehemmt arbeitenden Autosuggestionen führen zu Conflicten mit der Umgebung.



Schon normalerweise wirkt ein stärkerer Affect dahin, dass er den Vorstellungsablauf mehr oder weniger lähmt, ein Associiren hemmt, dissociert. Der Affect schiebt die affectbetonte Vorstellungsgruppe so isolirt in den Vordergrund der Aufmerksamkeit, dass ein Erfassen dieser Vorstellungsgruppe nicht mehr statthat, also das Bild einer Bewusstseinsverdunkelung, Bewusstseinstörung erscheint. Es findet also durch den Affect im Normalen die Herbeiführung eines kurz dauernden Zustandes statt, der ähnlich ist dem Wachzustand der Patientin; bei der Patientin kann der Affect nur acut gesteigerte Bilder schaffen. Die Lähmung der Vorstellungsverbindungen, die zunehmende Unfähigkeit zu associiren unter dem Affect wird deutlich an ihr beobachtet; vergeblich sucht sie Ablenkung, freut sich, wenn man sich mit ihr beschäftigt; sie zeigt Symptome der Rathlosigkeit, geht umher, zieht die Jacke an und aus, zwickelt sich die Finger, nestelt an ihren Haaren, zerschlägt auch Scheiben.

Gegenüber dem rapiden meist peracuten normalen Affectverlauf ist er hier bei der chronisch Affectkranken langsamer, lässt die einzelnen Symptome sich entwickeln. Das Fortschreitende, Bezwingende des einmal eingeleiteten Vorgangs empfindet sie aber lebhaft; sie verliert den Contact mit der Umgebung und sucht ihn immer wieder herzustellen, durch vieles Sprechen und Schimpfen, das zugleich ablenkend und entladend wirken soll. Aber sie wiederholt, bedient sich vieler Füllworte, spricht in halb entgleisenden Sätzen; die unproportionale Lautheit der Stimme zeigt, dass sie die Schätzung verliert; sie spricht auch allein, vergisst das Hören. Sinneseindrücke erlangen bald nicht mehr die Aufmerksamkeit; man kann ihr die Stecknadel bis dicht an das Auge stossen, ohne Zwinkern zu bemerken. Im Dämmerzustand schliesslich werden Sinneseindrücke zum geringsten Theil percipirt; bemächtigen sich meistens überhaupt nicht mehr der Aufmerksamkeit; selbst sofern ihnen durch Drängen von aussen Aufmerksamkeit verschafft wird, bleiben sie dann ohne Verbindung mit den sonstigen psychischen Inhalten, wie oben gezeigt, ohne Identification. Inzwischen haben sich vicariirend mit der zunehmenden Ausschaltung der Associationen und dem Fortfall der Sinnesreize die Hallucinationen der Aufmerksamkeit bemächtigt und gewinnen an sinnlicher Kraft. Während nun die Patientin noch zunächst ihre Machtlosigkeit und Unfähigkeit ihnen gegenüber empfindet, sich aber trotz aller Beängstigung die objective Haltung bewahrt, tritt weiterhin ein Punkt ein, in welchem sie nach der vorangegangenen rathlosen Unruhe mit entsetzenstarrem Gesicht unbeweglich und stumm dasitzt; diese Pause bezeichnet die Wirkung der Visionen auf Lähmung und Stillstand des Vorstellungslebens, jenen normalen Höhepunkt des Affects. Im

Augenblick, wo die Patientin jetzt wieder associirt und spricht, zeigt sich, dass sie die objective Stellung zu den Sinnestäuschungen aufgegeben hat; die Lösung der nicht mehr zu überbietenden Spannung hat stattgefunden in der Ueberwältigung. Der sofort einsetzende gewaltige Bewegungsdrang nach dem stillen Zusammenkauern der Pause bezeichnet diese Lösung; trotz der Wirksamkeit der Angstvisionen ist hier bei dem Abfluss eines Theils der Erregung der Patientin eine Erleichterung anzumerken. Mit diesem Schritt aber ist der eigentliche Dämmerzustand erreicht, als eine Folge dieses Eintritts starker Affecte. Es ist niemals, so weit genau beobachtet werden konnte, der von aussen erregte Affect, der diesen Zustand hervorruft, sondern dieser Affect bereitet nur den Boden für die Wirksamkeit der Angsthallucinationen; die Entladung der genuinen hallucinatorischen Angst affecte geschieht dann im Dämmerzustande. Diese Affecte bedienen sich meist zu ihrer Entbindung irgend eines von aussen her-  
vorgerufenen Affects, — es kommen auch unvorbereitete Angsterregungen mit Dämmerzustand vor —; es ist bei diesem Sachverhalt recht wahrscheinlich, dass die allmählich unerträglich werdende ängstliche Unruhe des Wachzustandes, die verhehlt wird, sich ihren auslösenden Affect und Conflict sucht, so dass jener Affect schon selbst Symptom der sich einleitenden Erregung ist. Wir haben hier, ohne noch zu einer schärferen Auffassung des Dämmerzustandes zu gelangen, die Affecte als ätiologische Factoren hervorgehoben. Erst nachdem wir den Vorstellungsablauf im Dämmerzustand genauer betrachtet haben, nachdem wir die Characteristica dieses Dämmerns herausgearbeitet haben, werden wir zu solcher schärferen Auffassung befähigt sein.

Wir betrachten zunächst das Eigenthümliche dieses Vorstellungsablaufs.

Spontan zeigt der Vorstellungsablauf im Dämmerzustand ein Verhalten, dessen Hauptcharacteristicum ist, dass einzelne Vorstellungsgruppen unvermittelt, unverknüpft aufeinanderfolgen, und dass die Gruppen in sich selbst systematisirt sind. Wir wollen dies an den Vorstellungen entwickeln, die an die Sinnestäuschungen der Landschaften gebunden werden. Die Hallucinationen werden nach der vollzogenen Ueberwältigung geglaubt, ihre Situation wird real hingenommen, keinesweg um ihrer sinnlichen Kraft wegen, sondern wegen der fortschreitenden Lähmung der hemmenden Associationen, welche Hemmung wesentlich von den starken Affecten der Hallucinationen vollzogen wird. Bei solcher Lage vermag jeder affectiv auftretende Vorstellungsinhalt sich der gesamten disponiblen Aufmerksamkeit ungehemmt zu bemächtigen, sich so zur Anerkennung zu bringen. Das Experiment beweist: Eben noch in Berlin zu Hause, giebt die Patientin nach einer kleinen Kopfbewegung

gegen die Mitte zu an, in Danzig auf einem Berge zu sein; bei der anderen Serie genügt die Bewegung, sie in wenigen Secunden von Berlin aus dem Zeughause nach dem Kreuzberg zu versetzen. Sie bestreitet auf Vorhalt, dass sie eben in Berlin zu Hause war. Wie sie dann nach Danzig gekommen sei: „na ich werde wohl gefahren sein; wie soll ich denn hingekommen sein; ich lass mich überhaupt nicht ausfragen“. Dass sie ihre eben gemachte Angabe sofort wieder völlig vergessen hat, insbesondere wo die vorangehende Situation nicht ohne Gefühlswirkung bleibt, ist unwahrscheinlich; schon das Unsichere, Bedenkliche ihrer häufigen Antworten spricht dagegen. Vielmehr wird die Association der ersten Situation unterdrückt —, wie sich auch aus den sonstigen Beobachtungen ergibt —, wenn auf sie hingewiesen wird; ihre Angliederung ist höchst schwierig, bereitet Unlust. Die Anknüpfungsversuche werden nach einigem Suchen meist unwillig beendet mit: „ich — ich weiss eben nicht“. Während nun einerseits zwischen den Vorstellungsgruppen keine Verbindung hergestellt wird, wird die durch die jedesmalige Sinnestäuschung gegebene Situation folgerichtig innegehalten. Wenn sie zu Hause ist, besorgt sie die Mahlzeiten, muss einkaufen gehen, um das Kind kümmern, von der Nachbarin eine Wärmflasche leihen etc. In Danzig geht sie auf den Bergen spazieren, weil sie kränklich ist, sich erholen muss von einer früheren Krankheit; ist übrigens auch in Buch in der Anstalt gewesen, ohne dass sie weiss, warum; hat noch vorhin mit ihrer Mutter gesprochen. Sie stösst jede von aussen herangebrachte Fremdvorstellung ab. Hier schliesst sich also die jedesmalig dominirende Vorstellungsgruppe fast hermetisch ab; jeder Versuch, den Gesichtskreis über sie hinaus zu erweitern, scheitert, trotzdem übrigens im Rahmen jener Vorstellungsgruppe selbst sich rege Association thätig erweist. So bringt sie, als sie sich zu Hause glaubt und den Arzt für einen Handelsmann hält, weil er ihr eine Uhr etc. in die Hand legt, eine Masse zugehöriger Reminiscenzen vor, schickt ihn schelmisch zu einer Nebenbuhlerin, damit er sie betrüge, macht sich nachher mit der Nachbarin über ihn lustig.

Indem affectgetragene Vorstellungen und Hallucinationen sich ungehindert der Aufmerksamkeit bemächtigen können, wird ein ganz unübersehbarer discontinuirlicher Ablauf geschaffen, mit vielen Gipfeln.

Der Gedankengang hier unterscheidet sich wesentlich von dem eigentlichen zerstörten, dem manischen oder gar incohärenten.

Hier sind Gipfel, Oberwerthigkeiten; der Gedankengang ist für eine Strecke einheitlich beherrscht. Es ist die Ausdehnung der Strecke in dieser Hinsicht principiell unwichtig; wenn hier mit jeder Kopfbewegung eine neue Gruppe auftritt, so entspricht dies principiell völlig

dem Verhalten bei anderen Kranken, welche etwa tagelang unter irgend welchen ähnlichen Bedingungen die Haltung und das Gebahren eines Schulkindes imitiren und dabei consequent sind. Differentiell wichtig ist: Nicht jeder Eindruck und jede Vorstellung bemächtigt sich hier der Aufmerksamkeit und tritt gar in den Blickpunkt, wie es in dem Bilde hoher Ablenkbarkeit und Hyperprosexie geschieht; vielmehr ist gerade die Auswahl, die Annahme und Ablehnung bestimmter Eindrücke und Vorstellungen charakteristisch; es drängen nur solche Erlebnisse ein, für die eine psychische Bereitschaft besteht, die im Stande sind, bestimmte Gefühlstöne und Affecte zu erwecken und zu stärken. Diese Affectauswahl leitet die Aufeinanderfolge und Verbindung der Bewusstseinsinhalte. Das Affective monopolisirt die Aufmerksamkeit. Die Affectauswahl schafft diesen Vorstellungsablauf, den wir, um ihn von dem Ablauf in Ideenflucht, Reihenbildung und Incohärenz genügend abzugrenzen, als Ablauf in Gruppenbildungen bezeichnen wollen. Ausserhalb der Gruppe verstärkt der Affect die Hemmung von Associationen unterdrückt und verdrängt, innerhalb der Gruppe ist er der eigentliche Baumeister, der die erklärenden, verbindenden Vorstellungen bildet, sorgfältig über den Ablauf des Gedankenganges wacht.

Die Gruppenbildung vollzieht sich auch spontan vielfach gegen andere gruppenbildende Elemente; es findet öfter eine Concurrenz von Bewusstseinsinhalten statt, ehe ein Inhalt herrscht. Zunächst giebt es Fälle, in denen fast kampflos, rasch eine Vorstellung, die von einem starken Affect getragen wird, vertritt. So wirft sie sich mehrmals nackt auf die Erde; wenn man sie so entwürdigend handle, wolle sie nichts mehr haben, auf dem kalten Boden liegen, wie eine Mörderin und ein Bettelweib. Hier bleiben fast völlig wirkungslos auf die Aufmerksamkeit die Gefühlstöne, die sich bei der höchstprüden Patientin sonst an die Nacktheit knüpfen, verdunkelt von dem augenblicklich mächtigen Entrüstungsgefühl. Eine weitere Concurrenzbeziehung bezeichnet folgender recht exacter Fall: Sie hat die Landschaftsbilder vor Augen, ist trotzdem in erregter Debatte mit ihrem Manne, ohne auf das jeweilige Bild irgendwie Bezug zu nehmen. Hier vernachlässigt sie mehr oder weniger bewusst das Bild, das wegen seines Affectminus die Aufmerksamkeit nicht auf sich centriren kann; zwingt man sie, durch anhaltenden Hinweis, das Bild überhaupt einen Augenblick zu beachten, so sagt sie: „na natürlich seh ich die Hirsche; was gehen mich die Hirsche an; lassen sie doch die Hirsche laufen; es sind nicht meine“. Sobald sie sich aber beruhigt hat, treten die Bilder hervor; sie geht spazieren etc. Und mehr oder weniger theiligen sich allemal an Bildung der Gruppen solche Neben-, Gegen- und Concurrenzgebilde bei verschiedener Bewerthung.

Wenn die Patientin zu Hause ist, so sind doch meist auch die Anstaltsvorstellungen gegenwärtig und wirksam, wenn sie den Arzt ihren Hausarzt Dr. R. nennt, die Lieblingspflegerin Schwester etc. In dieser Art gewinnen die verschieden energisch abgewiesene Concurrrenz-, Gegen- und Nebenvorstellungen Zutritt zu höheren Bewusstseinsinhalten; statt eines selbstständigen und differenzirten Auftretens gewährt ihnen dieses Surrogat eines psychischen Aufbaus ein Modificiren des unterordnenden Gedankenganges.

Ein fast krass zu nennendes Beispiel für solchen Vorgang stellt ihr Verhalten bei zornig stürmischer Unruhe dar. Sie wird von drei Pflegerinnen gehalten; aufgefordert, dem Arzt die Hand zu geben und sie hochzuhalten, während die Hand festgehalten wird, ringt sie unter Anspannung der gesammten Körpermuskulatur mit den Pflegerinnen und stösst dabei hervor: „Na, ich geb sie Ihnen ja, da haben Sie sie ja“. — „Aber Sie werden doch an der Hand festgehalten?“ — „Mich hält einer fest?“ — Sie ringt weiter: „Mich sollte einer festhalten! Na, das wäre ja noch schöner. Da lauf ich auf die Polizei, wenn es hier einer wagen sollte, sich in meiner eigenen Wohnung an mir zu vergreifen“. Aufgefordert, die Augen zu öffnen, die zugeedrückt werden, zuckt sie vergeblich mit den Lidern, runzelt die Stirn, will sichtlich mit den Händen die Hand des Arztes fortschieben, sagt schliesslich: „Na, ich habe doch die Augen auf, ich seh ja alles“.

Es werden in den Hallucinationen und Affectvorstellungen eine Masse gruppenbildender Elemente gestellt. In ihrer Werthigkeit und Einfluss auf den Vorstellungsablauf schwanken sie naturgemäss, wenngleich ihnen in bestimmten Grenzen eine absolute Werthgrösse nach der Qualität und Intensität des Affectes zukommt.

Allmählich im Laufe der Krankheit geräth nun eine Affectgruppe immer mehr in den Vordergrund, aus Gründen und in einer Weise, die noch entwickelt wird. Diese Gruppe vermag sich mit ausserordentlich viel Affect zu beladen; sie bemächtigt sich damit fast dauernd derart der Aufmerksamkeit, dass sie sich jene anderen Gruppen unterordnet. Sie vollzieht als Dominantgruppe eine gewisse Organisation der Gruppen in der gleichen Weise, wie die Affectvorstellungen ihre Gruppen organisiren. Sie hemmt die Bildung jener Gruppen, soweit sie nicht im Zuge der Dominantgruppe selbst liegen; erfährt selbst eine mehr oder weniger starke Modification von Seiten der um die psychische Kraft concurrirenden Neben- und Untergruppen. Indem hier allmählich eine Affectgruppe in den Vordergrund geräth, geschieht nach dem bisherigen Zerfall eine erneute Centralisation der psychischen Kraft; jedoch liegt darin keine Heilung oder Wiederherstellung; es ist nur die Conse-

quenz des Krankheitsprocesses, welche auf einer gewissen Höhe just diesen Anschein erweckt. Vielmehr, nachdem die normale Vereinheitlichung, die normale Kraftskala und Wertskala verloren gegangen ist, bildet sich hier als Surrogat der Restitution ein pseudoparanoisches System aus. Es kommt zur Ausbildung eines ganzen Mordromans. Die näheren Einzelheiten dieser Ausbildung bleiben fort, so sie principiell nichts Neues bieten.

Die Dominantgruppe vollzieht eine gewisse Vereinheitlichung, aber sie hat nur relative Ueberlegenheit und affective Ueberwerthigkeit; sie erledigt nie endgiltig die andern Gruppen, indem sie ihnen einen bestimmten Werth ertheilt, sie irgendwie „auffasst“, ihr Wesentliches annimmt. Der Kampf der Gruppen, ihre Concurrenz geht mit Einschränkungen weiter.

Ueberblicken wir das psychische Verhalten im Dämmerzustand, so finden wir, dass dieser Zustand sich qualitativ trotz aller aufdringlichen Erscheinungen nicht von dem Wachzustand unterscheidet. Wir betonen eben, dass der Dämmerzustand in dem Augenblicke eigentlich eingetreten sei, wo die „Ueberwältigung“ durch die Hallucinationen stattfindet; jedoch trifft dies nur für die Mehrzahl der Anfälle zu; die Hingabe an die Hallucinationen zeigt, wie sich aus den Darlegungen über die Concurrenz der Gruppen und Elemente ergibt, Intensitätsunterschiede, — so dass also nicht immer erkannt werden kann, dass ein Dämmerzustand vorliegt. Das eigentliche Characteristicum bildet dann die folgende Amnesie. Das „Vergessen“ mit seinen Gruppen gehört nach dem Entwickelten wesentlich zu dem Vorstellungsablauf in Gruppenbildung; es ist ein Symptom der affectiv beherrschten Aufmerksamkeit. Die Amnesie, das „Vergessen“ des Continuum der Vorstellungsinhalte des Dämmerzustandes unterscheidet sich aber durchaus von jenem ersten Vergessen; wir finden im Wachzustand keine „Gruppe“ oder keinen Affect, der die Unterdrückung oder Verdrängung dieser gesammten Dämmerinhalte vollzöge, finden im Gegentheile die im Dämmerzustande gebildeten Vorstellungen im Wachzustande wirksam mit mehr oder weniger Aufmerksamkeit. Es wird in dieser Amnesie überhaupt kein bestimmter Inhalt vergessen, sondern gleichermaassen die verschiedenartigsten, gleichgiltigen und affectvollen Inhalte. Nicht also an den Inhalt ist das Vergessen gebunden, sondern es betrifft die gesammte Bewusstseinsthätigkeit von einer bestimmten Zeitdauer. Die Grenzen dieser Zustände gegen den einschliessenden Wachzustand, ihr Entstehen und Enden, bieten Hinweise für das Verständniss dieser Amnesie. Der Dämmerzustand wird meist erreicht als eine Folge des Wirkens starker Affecte; ein von aussen erregter Affect lähmt im ge-

steigerten Maasse die schon geschwächte Associationskraft; die schon sonst kräftigen Hallucinationen bemächtigen sich hervorgetrieben der Aufmerksamkeit. Wenn nun die affectvollen Vorstellungen und die Hallucinationen länger gewirkt haben, so haben sie einen Zustand eingeleitet, der als „Dämmerzustand“ die Störungen des vorangehenden Zustandes zeigt, aber bis zu einem Punkt, der äusserlich oft als momentanes „Erwachen“ imponirt, Amnesie im Gefolge hat. Was ist dann dieser Zustand? Dieses länger dauernde Wirken einiger Vorstellungen mit starker Concentrirung der psychischen Kraft, nachdem hemmende Associationen ausgeschaltet sind und die Associationskraft schwer gelähmt ist, enthält sichtlich alle Bedingungen und näheren Umstände einer Autohypnose.

Schon der Wachzustand ähnelt einer solchen in gewisser Hinsicht, resp. den Voraussetzungen einer Autohypnose: mit seiner minimalen Disponibilität der Aufmerksamkeit, seiner Bereitwilligkeit zur Anerkennung des spontan Entgegengebrachten.

Wenn wir vorhin fragten, was geschähe, wenn ein stärkerer Affect hier wirke, so antworten wir jetzt: Es tritt ein Autohypnosezustand ein, der Dämmerzustand, das hallucinatorische Delirium. Nachdem der Autohypnosezustand einmal eingetreten ist, verläuft das psychische Leben eine gewisse Zeit in dieser Form, ohne neue Verlaufsweise, welche eben eine Hypnose nicht zu setzen pflegt, und mit leichter Steigerung der Störungen, welche bei der Pat. schon sonst vorhanden, dazu der Hypnose specifisch sind: der Suggestibilität, und zwar der Autosuggestibilität in Form des Vorstellungsablaufs in Gruppen.

Hier wird das weitere specifische Zeichen des Dämmerzustandes, die Amnesie, als integrierender Bestandtheil einer tieferen Hypnose gedeutet. Diese Amnesie, aus dem Inhalt des Amnestischen wie gezeigt nicht ableitbar, kann auch nicht etwa aus der ganzen Vorstellungsablaufsweise im Dämmerzustande abgeleitet werden: Der discontinuirliche Ablauf konnte auf diesen Gedanken führen; die Amnesie würde analog der bei stürmisch verlaufenden Psychosen sein. Man könnte ferner darauf hinweisen, dass die Pat. im Dämmerzustande vieles vorstellt und thut, wofür im Dämmerzustande sicher die associirenden Factoren fehlen, wie das Zertrümmern, das Herausreissen, das Entblößen. Aber die Amnesie besteht auch, wo nach dem feststellbaren Vorstellungsablauf überhaupt kein Dämmerzustand vorliegt, wo die Continuität und Discontinuität sich nicht von der des Wachzustandes unterscheidet; die Amnesie besteht auch in den Fällen, wo keine normale und vielleicht nicht associirbare Handlung oder Vorstellung sich findet.

Es giebt exact beschriebene Fälle von Dämmerzuständen, in denen die Intensität der Amnesie schwankt; vielleicht, dass da die angeführten Punkte neben anderen die Bedingungen für die Tiefe der Amnesie stellen; hier ist die Amnesie total und unabhängig von solchen Bedingungen.

Der beschriebene Verlauf des Autohypnosezustandes unter affectiver Wirkung ist typisch bei der Pat.; jedoch nicht der einzige; es finden sich Dämmerzustände ohne vorlaufende Erregungen: rasch, momentan fast erfolgt während einer Thätigkeit nach einem kurzen Vorsichhinstarren der Umschwung. Hier tritt eben dasselbe ein, wie bei oft Hypnotisirten: ein Stichwort genügt, um den Zustand herbeizuführen; der Process ist abgekürzt, automatisirt. Gerade das Wesentliche, die Genese aus Affecten, fällt hier fort; es ist ein Verhalten, analog dem, das Binswanger beschreibt bei Gelegenheit differenzialdiagnostischer Erwägungen zwischen epileptischen und hysterischen Anfällen:

Die motorische Einübung des Anfalls psychogener Natur, das Zurücktreten psychogenetischen Elements, die Ununterscheidbarkeit des Anfalles von einer organischen resp. epileptischen. —

Es ist möglich, die Gesamtheit der Symptome des vorliegenden Falles in einen Begriff zusammenzufassen. Zu den oben entwickelten Symptomen der gestörten Vertheilung der psychischen Kraft: der Zerstreutheit, der Merkstörung, der Uneinsichtigkeit, des Persistirens, der fixirten optischen Hallucinationen, des Gedankenlautwerdens fügen wir zum Schluss der Analyse die weiteren Zeichen eines disproportionirten, atactischen, psychischen Ablaufs: den Vorstellungsablauf in Gruppenbildung, die Neigung zu Autohypnosezuständen. Enger zusammenzufassen davon wären die Merkstörung, die Uneinsichtigkeit und die Gruppenbildung; die letztere bildet die Quelle für die beiden ersteren Zeichen.

Eine scharfe und kurze Zusammenfassung der dargelegten Erklärungsversuche lässt sich unter Verwendung des herangezogenen energetischen Begriffs der Aufmerksamkeit geben. Wofern wir das Princip anwenden, stellt sich als Grund der Störungen in diesem Zustandsbild eine verbreitete durchgreifende Missthätigkeit der psychischen Energie der Aufmerksamkeit dar. Wir wollen kurz formuliren: es liegt eine Dysergasie vor.

Wir verstehen dabei unter „Energie“ keineswegs eine physikalische Qualität, noch eine messbare Grösse; lehnen eine Vermischung unserer „Energie“ mit Wernicke's und Breuer's ab, welche über das rein Psychologische auf das Neurologische hinausgehen; halten uns streng an die psychischen Thatsachen.



Die Verwendung des Begriffs und Wortes „Energie“ für rein psychische Vorgänge stellt keinen Missbrauch des Begriffes dar; vielmehr weiss der Kenner der Geschichte dieses Begriffes, dass der Begriff für psychische Erlebnisse geschaffen in's Physikalische projectirt worden ist.

Der Begriff „Energie“ sucht dem Aufmerksamkeitswerth der psychischen Vorgänge zu folgen; es wird mit dem Begriff beschrieben ein psychisch Reales, Objectives, das sich an Vorstellungen und Empfindungen erweist in bestimmter beschriebener Weise.

Solcher Begriff, nicht ableitbar aus der Associationslehre, stellt eine nothwendige Ergänzung dieser Lehre dar. Die normale coordinirte Bethätigung und Darstellung dieser Energie der Aufmerksamkeit in der Beziehung von Sinnesempfindung, Vorstellung, Affect zeigt eine Euergasie.

Dysergasie, die Fehlträtigkeit der Energie, die Vertheilung der Aufmerksamkeit in unregelter atactischer Weise, stellt natürlich keine Krankheit dar, kaum ein Krankheitssymptom, sondern das psychische Verhalten in einem Zustandsbilde.

---

Zusatz bei der Correctur: Der Krankheitsverlauf ist bei der Patientin, die bereits seit Monaten aus der Anstalt entlassen ist, gegenwärtig zu einem gewissen Abschluss gekommen. An eine monatelange furibunde Phase, die in rapid wechselnden Dämmer- und Wachzuständen abliefe, schloss sich ein höchst eigenartiger, noch länger dauernder paranoider Zustand ohne irgend wie erkennliche Bewusstseinsschwankungen, ein Zustand mit schwerster Hallucinosse, abenteuerlichen Grössen- und Vergiftungsideen, dazu lebhaften Stimmungssymptomen. Abklingend führte er über zu dem letzten Bild, das sie bei der Entlassung bot und nach Berichten noch gegenwärtig bietet, und das deutlich an das Bild der Anamnese vor Ausbruch der Psychose erinnert: leichte intermittirende Hallucinosse und Zertreuthheitssymptome im Vordergrund. Eine kurze epikritische Betrachtung mit Analyse dieser Schlussphasen behalte ich mir vor.

---