

## XXII.

Aus der Kgl. psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.  
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling).

# Beiträge zur Klinik hysterischer Situationspsychosen.

Von

**Dr. Felix Stern,**

Assistenzarzt.

Unter der Bezeichnung der hysterischen Situationspsychosen habe ich<sup>1)</sup> vor Kurzem in Anlehnung an einen Vorschlag Siemerlings über diejenigen psychogenen Geistesstörungen der Kriminellen berichtet, welche zumeist unter dem Bilde einer traumhaften oder deliriösen Verwirrtheit oder bis zum tiefen Stupor reichenden Hemmung verlaufen und bisher meist als hysterische Dämmerzustände oder hysterische Stuporen beschrieben worden waren. Es handelt sich um Krankheitszustände, die zumeist bei psychopathisch veranlagten Individuen unter dem Einfluss einer misslichen Situation entstehen, generell heilbar sind und oft bei Wechsel der Situation eine sehr auffallende Besserung erfahren. Die vielfach jetzt übliche Bezeichnung der Degenerationspsychosen habe ich nicht so sehr aus prinzipiellen Bedenken vor der Bedeutung, welche die Anlage in der Entstehung der Psychosen spielt, als vielmehr aus praktisch-klinischen Gründen nicht mit übernommen, da mir der Begriff des degenerativen Irreseins als ein viel zu unbestimmter erscheint. Wenn wir jede auf konstitutionell-degenerativer Basis entstehende geistige Störung als Degenerationspsychose bezeichnen wollen — und bei genauer Innehaltung des im Wort liegenden Begriffs müsste man demgemäß handeln —, so erhalten wir eine so unbegrenzte Fülle von Krankheitsformen, dass eine Zerlegung in einzelne Gruppen unbedingtes Erfordernis ist. Für eine solche Gruppierung werden ätiologische Gesichtspunkte, zumal wenn es sich um vorübergehende Erkrankungen unter besonderen äusseren Bedingungen handelt, auch mit herangezogen.

---

1) Aerztl. Sachv. Ztg. 1912. Nr. 14.

werden können. Ein solcher ätiologischer Faktor ist z. B. eine die Interessen des Individuums bedrohende oder schädigende Situation, welche aus verschiedenen Gründen namentlich bei labilen Personen krankmachend wirken kann. Namentlich der Begriff der hysterischen Situationspsychose erscheint mir, auf die obengenannten „Dämmer- und Stuporzustände“ angewandt, passend, da er sowohl die hysterische Genese, die Verwandtschaft oder gar vereinzelt auch die symptomatologische Uebereinstimmung mit hysterischen Psychosen auf dem Boden andersartiger psychischer Schädigungen als auch die engen Beziehungen zu anderen transitorischen, nicht hysterischen Haftkomplexen in seinem Wortlaut ausdrückt. Unsere Hauptaufgabe ist es nun, möglichst genau alle Verlaufsmöglichkeiten der Situationspsychosen kennen zu lernen, um im gegebenen Falle eine Abtrennung von symptomatologisch ähnlichen andersartigen Erkrankungen zu ermöglichen. Als solche kommen gegenüber den hysterischen Situationspsychosen namentlich die katatonen und epileptischen Erkrankungen in Betracht, Schwierigkeiten macht auch häufig die Abgrenzung gegen die Simulation. Trotz der zahlreichen Publikationen, welche sich namentlich mit dem Ganserschen Symptomenkomplex befasst haben, sind weitere kasuistische Beiträge mit Rücksicht auf die noch immer häufige Verkennung der Krankheit, ihre polymorphe Ausgestaltung, ihren oft ungewöhnlichen Verlauf erwünscht.

Die Kenntnis der hysterischen in Haft entstandenen Psychosen ist eine bekanntlich noch ziemlich junge. Dies liegt zum Teil daran, dass sich die älteren Autoren, die Gefängnispsychosen studierten, mehr mit Geistesstörungen der Strafhaft befassten und der Frage, ob es einen spezifischen Gefängniswahnsinn gebe, nachgingen; ein weiterer Grund aber war durch die ungenügende Differenzierung und übertrieben symptomatologische Betrachtungsweise der Psychosen überhaupt gegeben. So beschreibt Gutsch unter seinen Zuchthauspsychosen einen Fall von Melancholie mit Stumpfsinn, von dem es fraglich ist, ob er als hysterischer oder katatoner Stupor aufzufassen sei. Es handelte sich um einen Kranken mit völliger Teilnahmslosigkeit in Mienen und Benehmen, Mutismus usw., der nach der Verlegung in die Anstalt zwar gleich blieb, dann aber arbeitsam wurde, während die Sprachlosigkeit blieb, und später nach Amerika entfloß. Einige recht charakteristische Fälle beschreibt aus seinem Material erkrankter Untersuchungsgefangener Reich unter der Bezeichnung der Dysphrenia neuralgica, indem er auf die begleitenden körperlichen Stigmata besonderes Gewicht legte. Reich machte auf die tiefe Störung des Bewusstseins, das Traumhafte der Störung, die oft erhebliche Amnesie aufmerksam und erkannte die Aehn-

lichkeit mit epileptoiden Zuständen ebenso wie die besondere Prädisposition der Geistesbeschränkten und hereditär Belasteten.

Bei anderen der an „neuralgischer Dysthymie“ Erkrankten dürfte es sich um katatone Erkrankungen gehandelt haben. Ein Versuch nach dem Ausgang zu differenzieren wurde noch nicht gemacht.

Der nächste Autor, Kirn, beschreibt unter seinen 129 Gefängnispsychosen, wiederum als Melancholie mit Hemmung, einzelne in Heilung ausgehende Stuporen (Fall 102, 116). Typische Ganserzustände finden wir unter seinen Fällen ebensowenig, wie bei den vorher genannten Autoren.

Einen Fortschritt erkennen wir in den Beobachtungen Sanders, der im Jahre 1886 auf das nicht seltene plötzliche Versinken in ein ganz stuporöses Verhalten namentlich bei belasteten und geschwächten Individuen unter dem Eindruck heftiger Gemütsbewegungen aufmerksam machte. Sander erkannte, dass gerade das Benehmen solcher Kranker ein auffallendes sei. Obwohl die Kranken ängstlich schienen, zeigten sie eine gespannte Aufmerksamkeit auf ihre Umgebung; sie liessen in ihrer Spannung nach und bewegten sich freier, wenn sie allein waren; ja, es komme auch vor, dass ihre Antworten auf einfache Fragen nach Alter, Beruf, auf einfache Rechenaufgaben ganz ungereimt und wie absichtlich falsch gegeben erschienen. Alles dies erregte den Verdacht der Simulation, welcher durch das häufig schnelle Vorübergehen der Krankheit nach Verlegung in die Anstalt noch gesteigert werde. Sander lehnt trotzdem diesen Verdacht ab und macht schon darauf aufmerksam, dass parallele Fälle auch in der nichtkriminellen Bevölkerung auftreten können.

In ähnlicher Weise äussert sich zwei Jahre darauf Moeli, dem wir auch eine Schilderung mehrerer in Untersuchungshaft ausgebrochener Stuporen mit teilweise recht ausgeprägten Manieren und Stereotypien bei nicht ungünstiger Prognose verdanken. Vor allem interessiert uns aber die Mitteilung, dass mehrere Kranke das später von Ganser hervorgehobene Symptom des Vorbeiredens boten,  $2 \times 2 = 5$  rechneten, die sonderbarsten Angaben über Alter, Herkunft und Datum machten, ihre sämtlichen Strafen vergessen haben wollten, ohne dass darum auf eine Vortäuschung geschlossen werden konnte.

Die Mitteilungen Sanders und Moelis sind um so bemerkenswerter, als die Eigenart des Vorbeiredens an und für sich schon zu jener Zeit in erklärlicher Weise als ein Argument für Simulation genügte. So beschreibt Neisser 1893 als „Simulation von Schwachsinn bei bestehender Geistesstörung“ den Fall eines in Untersuchungshaft mit Krämpfen und Bewusstlosigkeit erkrankten, später verwirrten Mannes,

dessen Antworten erkennen liessen, dass Pointe und Sinn der Frage verstanden wurden.

Neisser hat sich später selbst für die Subsumierung dieses Falles unter die hysterischen Dämmerzustände bereit erklärt, während ein von Dietz beschriebener Fall von Simulation — Erkrankung in Untersuchungshaft mit Bewusstlosigkeit, Unsauberkeit, später apathischer Blödsinn mit Kopie eines Kindes, schlaffe Lähmung, Analgesie, Aufgabe des Blödsinns im Zuchthaus bei Festhaltung der „simulierten“ Lähmung — später von Ganser und Hey wohl mit Recht als ein hysterischer Verwirrtheitszustand gedeutet wurde.

In lebhafter Weise wurde das Interesse an der Erforschung dieser Zustände durch den Vortrag Gancers angeregt, der bei vier Untersuchungsgefangenen, die das Bild einer halluzinatorischen Verwirrtheit boten, die auffallende Erscheinung beobachtete, dass die Kranken Fragen allereinfachster Art nicht zu beantworten vermochten, obwohl sie durch die Art ihrer Antworten kund gaben, dass sie den Sinn der Fragen ziemlich erfasst und dass sie in ihren Antworten eine geradezu verblüffende Unkenntnis und einen überraschenden Ausfall von Kenntnissen verrieten, die sie ganz bestimmt besessen hatten oder noch besassen. Ganser wies den Verdacht der Simulation mit Rücksicht auf das sonstige ungekünstelte krankhafte Verhalten, den plötzlichen Wechsel des Gesamtbildes, den Eintritt einer Amnesie für eine bestimmte Episode und die gleichzeitige Wiederkehr der Erinnerung für die frühere Zeit ab; bei dem gleichzeitigen Nachweis hysterischer Stigmen deutete er die Erkrankung als einen hysterischen Dämmerzustand. Er betonte auch das Fehlen spontaner alberner Bemerkungen und den Widerwillen, welchen die Fragen den Kranken zu bereiten schienen.

Eine wertvolle Stütze für die Anschauungen Gancers wurde dadurch erbracht, dass Binswanger, Jolly, Raecke und Moeli, später auch Vorster, Hey und Henneberg bei völlig unbescholtene Personen mit hysterischen Verwirrtheitszuständen das Vorbeireden im Sinne Gancers und ebenso Higier ganz gleichartige Zustände im posthypnotischen Zustande beobachteten. Eine Kontroverse entstand, als Nissl die Ganserzustände im wesentlichen als eine Folgeerscheinung des katatonen Negativismus gedeutet wissen wollte. Demgegenüber machte Raecke geltend, dass sich die Ganserkranken gar nicht negativistisch zeigen, sich Mühe geben zu überlegen, sich stönend nach dem Kopfe fassen, über ihre Schwerbesinnlichkeit klagen, zusehends ermüden, einen benommenen und ratlosen Eindruck machen. Auch die folgenden Autoren erkannten in dem Gancerschen Symptomenkomplex den Ausdruck einer transitorischen Erkrankung, wenn sie auch zugaben, dass das Symptom

des Vorbeiredens bisweilen bei negativistischen Katatonikern vorkommt. Eine Unterscheidungsmöglichkeit sah A. Westphal darin, dass die im Zustand starker Bewusstseinstrübung befindlichen Hysteriker ihre Antworten langsam und gehemmt, die Dementia praecox-Kranken schnell, wie aus der Pistole geschossen, abgeben sollten. Hey und Vorster konnten diesen Unterschied jedoch nicht ganz bestätigen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass nicht immer die Begriffsumgrenzung des Gansersymptoms eine genügend präzise war. Vorster z. B. führt als „Vorbeireden“ ganz inadäquate Antworten von Katatonikern an, wogegen sich schon Henneberg mit Recht gewandt hat. Nur diejenigen falschen Antworten, aus denen sich deutlich erkennen lässt, dass der zur Frage gehörige generelle Vorstellungskomplex geweckt wird (Moeli), sollten dem Vorbeireden oder, wie Henneberg sagt, Danebenreden reserviert bleiben.

Ueber die Genese des Ganserschen Symptoms herrschen noch immer nicht völlig klar entschiedene Differenzen. Raecke legte auf die Assoziationshemmung, die Konzentrationsunfähigkeit und Ratlosigkeit der Kranken besonderes Gewicht, betonte aber auch die suggestive Wirkung der Fragestellung, die gerade auf einen matten denkunlustigen Kranken einen tiefen Eindruck machen müsse. Später könnte diese Suggestion durch den mehr oder weniger bewussten Wunsch, recht krank zu erscheinen, erhalten und bestärkt werden. A. Westphal legte ebenso den Hauptnachdruck auf die Bewusstseinstrübung der Kranken und betrachtete das Vorbeireden als Folge und Begleiterscheinung gewisser psychischer Elementarstörungen. Hey schliesst sich im wesentlichen diesen Autoren an. Lücke hält es nicht für unmöglich, dass z. T. das krankhafte Vorherrschen eines bestimmten Vorstellungskreises eine Rolle in der Entstehung spielt.

Demgegenüber legte Henneberg dem Wunsche der Kranken, als krank zu gelten, grösseres Gewicht für die Entstehung des Gansersymptoms bei. Er betont, nicht mit Unrecht, dass das Vorbeireden die natürlichste Form des Simulationsversuches darstelle und dass auch gesunde Menschen im Experiment, die sich absichtlich „dumm“ stellen wollen, in dem Wunsche schnell zu antworten, um nicht aufzufallen, nicht von dem gesamten Assoziationskomplex loskommen und Antworten geben, die den Ganserschen ähneln. Immerhin kann der Krankheitswunsch nicht die einzige Ursache des Gansersymptoms sein, zumal dieses auch bei ganz unbescholtenden Menschen vorkomme; die Assoziationshemmung könne zwar mitbeteiligt sein, erkläre aber das Symptom nicht allein, da es in anderen Zuständen von Benommenheit und Hemmung fehle, von grösserer Bedeutung sei die Suggestion durch ent-

sprechende Fragestellung, daneben der ängstliche Affekt. Dass übrigens das Symptom der „unsinnigen Antworten“ auch nicht selten als Versuch, Schwachsinn vorzutäuschen, benutzt wird, hat vor wenigen Jahren Rosenbach an mehreren Beispielen von Personen, die bei korrektem Verhalten auf der Station bei der Exploration sinnlos antworteten, nachzuweisen gesucht.

Die von Ganser für den Symptomenkomplex angewandte Bezeichnung als Dämmerzustand wurde von Wernicke bekämpft, der in dem Zustand mehr eine Bewusstseinseinengung, eine Einschränkung in der Extensität des vorhandenen psychischen Materials, als eine Herabsetzung des Sensoriums sah. Ganser betonte hiergegen vor allem die schweren Erinnerungslücken als Zeichen einer ausgesprochenen Benommenheit und auch Hey schloss sich den Wernickeschen Ausführungen nicht an.

Neben dem Verwirrtheitszustand mit dem Ganserschen Symptom beschrieb Raecke als eine weitere charakteristische Form der akuten in der Haft entstehenden hysterischen Psychosen einen Stupor, der weitgehende Aehnlichkeit mit dem katatonischen Stupor zeigte, von diesem sich hauptsächlich durch die weitgehende Beeinflussbarkeit durch Vorgänge in der Aussenwelt unterschied und sich öfters durch energische Eingriffe koupieren liess. Nach der Lösung blieben Amnesie und hysterische Stigmata zurück. Raecke wies auch schon auf die Verwandtschaft mit den Ganserzuständen, die oft bei denselben Kranken auftreten können, hin, und brachte wichtige symptomatologische Einzelheiten, welche dem hysterischen Stupor eine besondere Färbung verliehen.

Die Kasuistik der hysterischen Stuporen ist eine bedeutend geringere, als die der Ganserzustände. Jung, welcher auch die Bewusstseins-einengung der stuporösen Kranken und die generelle Verwandtschaft von Stupor und Ganserzuständen betont, beschreibt einen solchen Fall, in welchem bald mehr deliriöses Verhalten mit einem aus Wunscherfüllungs- und Beeinträchtigungsideen gemischten Vorstellungskomplexe, bald mehr die motorische Hemmung überwog. Die zurückbleibende Amnesie konnte durch Hypnose beseitigt werden.

Binswanger beschreibt in seiner grossen Monographie über Hysterie zwar genau die lethargischen und hystero-kataleptischen Zustände, führt aber keinen Fall an, der den Raeckenschen Stuporen ähnelte. Auch Raimann, der die Bezeichnung Lethargie und Stupor synonym gebraucht, beschreibt keinen in der Haft ausgebrochenen schweren Hemmungszustand, erwähnt aber als differentialdiagnostisches Hilfsmittel, dass dem katatonen Stupor allerlei Wahnideen, Symptome von Verwirrtheit, dem hysterischen der hysterische Charakter vorausgehe. Einen

interessanten Fall beobachtete Kaiser bei einer hysterischen, unbescholtenden Frau, welche zu wiederholten Malen in einen plötzlich einsetzenden und ebenso schnell schwindenden Stupor mit katatonem Symptomenkomplex versank. Die Zugehörigkeit dieses Falles zur Hysterie ist allerdings erst kürzlich bezweifelt worden (Voss).

Einen sehr ausgeprägten Haftstupor beobachtete Löwenstein; eine wesentliche Differenz gegenüber den Raeckeschen Fällen bestand in dem Fehlen von Amnesie und Bewusstseinstrübung. Der Kranke verarbeitete im Zustande des Stupors alle Eindrücke der Aussenwelt, so dass L. nach diesem einen Fall eine Abtrennung des Stupors von den Dämmerzuständen vorschlug.

Sehr instruktive Fälle beschreibt dann Kutner, dessen Fälle teilweise in seltener Reinheit eine Abhängigkeit von der Situation erkennen liessen, obwohl bei der Schwere des Krankheitsbildes an eine Simulation nicht zu denken war. Von Interesse ist es auch, dass die Kutnerschen Fälle sich nicht — wie viele der früher beobachteten Fälle — durch Oberflächlichkeit und Wechsel des Krankheitsbildes, sondern im Gegen- teil durch ungewöhnliche Zähigkeit in ihrem negativistisch-akinetischen Verhalten auszeichneten. Man erkennt hiernach schon die Mannigfaltigkeit der Verlaufsmöglichkeiten, die noch vergrössert wird durch die Mitteilung der von Jung beobachteten Fälle von emotioneller Stupidität, in welcher die Kranken bei mangelhafter Aufmerksamkeit ein stupides Wesen zeigten und den Eindruck einer schweren Demenz machten. Ueber ähnlich verlaufende Erkrankungen — scheinbare Stumpfheit ohne stärkere Bewusstseinstrübung — berichtet auch Wilmanns. Einen Fall von ausserordentlich eng an Situationsschädlichkeiten gebundenem rezidivierendem Stupor beschrieb kürzlich Luther.

Alle diese Erkrankungen von den hysterischen abzutrennen und als akute Haftpsychosen auf degenerativem Boden zu bezeichnen, hat wohl zuerst Wilmanns vorgeschlagen, der die Hysterie als Krankheitsentität beseitigt wissen möchte und nur einen hysterischen Charaktertyp, der sich jedoch nicht scharf von anderen Entartungsformen abtrennen lässt, und hysterische Symptome anerkennt. Im Anschluss an Wilmanns haben verschiedene Forscher die Stuporen und Ganserzustände von den hysterischen Erkrankungen abgetrennt und unter die Degenerationspsychosen eingereiht (Lückerath, Kutner, Luther), oder wie Risch einfach von „psychogenen Symptomenkomplexen der frischen Haft“ gesprochen. Risch fasst unter dieser Bezeichnung Stuporen mit sehr ausgesprochenem katatonischem Symptomenkomplex, die in ihrer Schwere den Kutnerschen Fällen ähneln, Zustände von ängstlicher Erregung mit Neigung zu Stereotypien und deliröse Zustände (Ganserkomplexe?).

welche durch das Vorherrschen hysterischer Stigmata am meisten zu den hysterischen Erkrankungen Beziehungen haben, zusammen. Mit Recht macht Risch auf den häufigen im delirösen Zustand herrschenden Puerilismus, das Gebahren eines ängstlich eingeschüchterten Kindes, aufmerksam. Bonhöffer hat schliesslich hauptsächlich mit Rücksicht auf den der Erkrankung zugrunde liegenden Krankheitswillen den hysterischen Typ der Psychose wieder hervorgehoben.

Die besondere Bedeutung der Untersuchungshaft für das Zustandekommen der hysterischen Psychosen, insbesondere für die Ganserkomplexe, ist von den Veröffentlichungen Gancers und Raeckes ab stets bestätigt worden, so dass Mönkemöller von einer spezifischen Beobachtungpsychose spricht. Immerhin sind auch von Anfang an — ganz abgesehen von den Erkrankungen Nichtkrimineller — einzelne Psychosen, die in Strafhaft oder im Arbeitshaus ausbrachen, mitgeteilt worden (Raecke). Auch Siefert und Birnbaum berichteten über mehrere im Zuchthaus ausgebrochene Ganserzustände. Ueber die absolute und im Hinblick auf sonstige Haftpsychosen relative Häufigkeit stehen uns aus den neueren Jahren nur wenige und untereinander noch recht differente Zahlen zur Verfügung. So gibt Rüdin (1901) für das Heidelberg Material der Gefängnispsychosen, welches zum grossen Teil allerdings aus Landstreichern bestand, nur 3 hysterische Erkrankungen an. Wilmanns hingegen sah ebenfalls in Heidelberg neben 136 Verblödungpsychosen 83 degenerative Erkrankungen, darunter zahlreiche hysterische, Lückerath findet unter 147 kriminellen Erkrankten 49 Degenerationspsychosen.

Auf die nahe Verwandschaft der hysterischen zu anderen „Degenerationspsychosen“ der Haft hat in neuerer Zeit vor allem Birnbaum bingewiesen, der namentlich den Beginn von Wahnspsychosen der Strafhaft mit Stupor- oder Ganserzuständen nicht selten beobachtet hat, eine scharfe Trennung der einzelnen Formen nicht für angängig hält und meint, dass man einzelne Fälle von degenerativer Wahnbildung mit einem gewissen Recht als eine Art protrahierten Dämmerzustandes bezeichnen könnte. Aehnliche hysteriforme Entartungszustände erwähnt auch Siefert. Mehrfach ist auch schon auf die starke Abhängigkeit der hysterischen wie auch anderer degenerativer Haftpsychosen von der äusseren Situation aufmerksam gemacht worden (Henneberg), in jüngster Zeit hat namentlich Birnbaum die ätiologische Bedeutung der Haftsituation in weitestem Sinne, die Bestimmbarkeit der degenerativen Zustände durch die Situation, hervorgehoben.

Meine eigenen Untersuchungen, über die ich jetzt berichten will, stützen sich auf 40 von 1901—1911 in der hiesigen Klinik beobachtete

Fälle von hysterischen Situationspsychosen in der von mir angegebenen Definition (benutzt habe ich zum Vergleich einzelne Fälle reiner Simulation und katatonischer Haftpsychosen). Ausser den Krankengeschichten der nur zum Teil mir selbst bekannten Fälle standen mir in 35 Fällen katamnestische Erhebungen zur Verfügung, die mir in der liebenswürdigsten Weise von den verschiedensten Behörden und Krankenanstalten zu Teil wurden; das Resultat dieser Erhebungen ist allerdings nur in ungefähr 30 Fällen ein recht befriedigendes, immerhin erscheinen mir ziemlich alle der von mir benutzten Fälle bezüglich ihrer klinischen Stellung genügend geklärt. Dass die psychogenen transitorischen Verstimmungs-, Angst- und Erregungszustände der Untersuchungshaft ohne stärkere Bewusstseinstrübung in naher Verwandtschaft zu den hier beschriebenen Formen stehen, ist zuzugeben, eine nähere Besprechung dieser Erkrankungen erübrigt sich wegen ihres geringeren klinischen Interesses, auch dürften solche Zustände bei ihrem flüchtigen Charakter seltener in klinische Beobachtung kommen. Eine ausführliche Mitteilung aller Krankengeschichten halte ich für überflüssig, es genügt, dem zusammenfassenden Bericht über verschiedene an dem Gesamtmaterial erzielte Ergebnisse eine Uebersicht der symptomatologischen Verlaufformen vorauszuschicken und hierbei alle wichtigeren Krankengeschichten gekürzt wiederzugeben.

Ein solcher symptomatologischer Differenzierungsversuch stösst aus erklärblichen Gründen auf ganz besondere Schwierigkeiten, da — wie hier bald vorausgeschickt werden kann — nicht nur fliessende Uebergänge überall vorkommen, sondern auch eigentlich jeder Fall sein individuelles, durch Anlage und durch äussere Bedingungen bestimmtes Gepräge hat und auch der gleiche Kranke in verschiedenen Erkrankungen die weitgehendsten Differenzen zeigen kann, wenn es auch bisweilen den Anschein hat, als ob eine individuelle Disposition für bestimmte Reaktionstypen vorhanden wäre. Ich gebe daher zu, dass man bei einem anderen grösseren und noch vielgestaltigeren Material auch andere Einteilungen — von Einteilungsprinzipien kann hier kaum die Rede sein — vorziehen kann. Von vornherein darf ich freilich meiner Ansicht dahin Ausdruck geben, dass sich eine Gruppierung nach der konstitutionellen Artung in absehbarer Zeit ebensowenig ermöglichen wird, wie etwa eine Einteilung, welche die Art des Krankheitsbeginns im Auge hat.

Hauptsächlich der Uebersichtlichkeit halber und immer bedenkend, dass eine feste Grenze zwischen den einzelnen Formen sich nicht ziehen lässt, einzelne Fälle sich einem Schema nicht fügen lassen, bespreche ich die Erkrankungen in folgender Reihenfolge:

- I. Leichtere Hemmungszustände ohne rückbleibende Amnesie.
- II. Hemmungen leichterer Art mit Andeutung von Vorbeireden, stärkerer Desorientierung.

Allmähliche Uebergänge führen zu:

- III. Einfachen Stuporzuständen mit rückbleibender Amnesie.
- III a. Rezidivierender Stupor.
- IV. Uebergang von Stupor zu traumhafter Benommenheit.
- V. Zustände traumhafter Benommenheit mit Danebenreden.
- VI. Zustände deliriöser Verwirrtheit.
- VI a. Deliriöse Zustände mit nachfolgendem Stupor.
- VII. Agitation mit geringerer Bewusstseinstrübung.
- VIII. Zustände von Stupidität ohne stärkere motorische Hemmung.
- IX. Langdauernde Erkrankungen mit wechselndem Zustandsbild von katatoner Färbung.
- X. Andersartige langdauernde oder rezidivierende Verwirrheitszustände (die zeitweise epileptiformen Charakter annehmen).

Hierzu kommen dann noch einige weniger charakteristische bzw. simulationsverdächtige Fälle; es schliessen sich einzelne katatone Psychosen an.

Ich beginne mit einem Falle, welcher eine charakteristische Ueberleitung von einer noch fast physiologischen Emotionsstörung zu schwereren Stuporzuständen darstellt.

**Fall 1.** K. S., Bootsmaat, 24 Jahre. Aus unbelasteter Familie stammend, vor der Dienstzeit gesund, während der Dienstzeit unauffällig, von bisher sehr guter Führung. Angeklagt zum erstenmal wegen eines Raubes, den er in stark angetrunkenem Zustande in Gemeinschaft mit einem anderen an einem Kaufmann verübt hatte, der vorher S. gegenüber mit seinem vielen Gelde renommierter hatte. In Untersuchungsarrest tritt eine nervöse Unruhe auf, welche zur Ueberführung ins Lazarett zwingt. Dort vermag S. nur ungenaue Angaben über die Gründe, die zu seiner Verhaftung führten, zu geben. In der Hauptverhandlung (4. 3.) zu 2 Jahren Gefängnis verurteilt. Hiernach Verstärkung der ängstlichen Unruhe, Tränenausbrüche; „macht einen verzweifelten Eindruck“. Am 19. 3. in die Klinik überführt. Erscheint hier leicht gehemmt, schwerbesinnlich, kennt den Monat nicht, ist über die Dauer des Lazaretaufenthaltes ungenau orientiert, antwortet stockend, aber geordnet. Stark ängstlicher Affekt, Verlegenheitsbewegungen. Körperlich: Allgemeine Hypalgesie bei gutem Lokalisieren, Mydriasis, Druckempfindlichkeit des Schädels, Pulsbeschleunigung. Bleibt etwa 5 Tage im Zustande mässiger Hemmung, stockt in seinen Antworten, erscheint deprimiert. Allmählich wird das Wesen freier. Amnesie besteht nicht. Die Stimmung bleibt noch viele Monate scheu und gedrückt, auch im Gefängnis anfangs, doch vermochte S. später regelmässig Gefängnisarbeit zu verrichten. Katamnese des Vaters ergibt: Fortbestehen allgemein psychopathischer Anomalien, Energielosigkeit, schnelle Verstimbarkeit. „Hegt

stets den Wunsch, selbst etwas verdienen zu können, nahm eine Stellung an, die er jedoch bald wieder aufgeben musste. Geht mit allem Eifer an Beschäftigungen, jedoch nur kurze Zeit, dann überfällt ihn eine gewisse Unruhe und er verfällt in eine Art Missstimmung.“

So bedeutungslos dieser Fall auch anfangs klinisch erscheinen mag, so habe ich doch aus verschiedenen Gründen geglaubt, ihn hier näher anführen zu müssen. Zunächst illustriert er gut die Grenzzustände hysterischer Situationspsychoosen. Im Anfang durfte man noch zweifelhaft sein, ob man die allgemein nervösen Symptome, die Unruhe, die Schlaflosigkeit, die Depression nicht noch als physiologische Veränderungen infolge eines starken Affektshoks bezeichnen konnte, zumal es sich um einen bisher ethisch durchaus nicht defekten, völlig unbescholtene Mann handelte, auf den die Bestrafung besonders niederdrückend gewirkt haben musste. Das Krankhafte besteht auch weniger in der Depression an sich, auch nicht in der Hemmung oder der zweifellos zeitweise bestehenden Bewusstseinseinengung — auch derartige Erscheinungen können bekanntlich noch als physiologisch angesehen werden, wenn sie unmittelbar im Anschluss an ein emotionelles Erlebnis vorübergehend sich zeigen —, pathologisch ist im wesentlichen die Dauer, die Fixation der Folgeerscheinungen der Emotion (Duboïs). Von Interesse ist es weiterhin, dass die Psychose, die allerdings keine hohe Intensität erreichte, einen bis dahin anscheinend ganz gesunden und nicht belasteten Menschen traf. Trotzdem genügte der einmalige Affektshok, um in bemerkenswertem Gegensatz zu anderen, weit schwereren Fällen bleibende psychische Anomalien, Haltlosigkeit und Energielosigkeit auch nach dem Schwinden aller dysphorischen Reize zu hinterlassen; die ausgesprochenen psychotischen Störungen bildeten sich dabei in verhältnismässig kurzer Zeit zurück. Die Ueberführung in die Klinik schien den Verlauf günstig zu beeinflussen. Differentialdiagnostisch ist noch zu erwähnen, dass das Symptomenbild — im Gegensatz zu schwereren Fällen — zeitweise gewissen melancholischen Zuständen ähnelte; die rein psychogene Entstehung des Leidens, das Hervortreten körperlicher Stigmata (Hypalgesie) während der Psychose, das Zurückbleiben von allgemeiner Psychopathie genügen aber zur Abgrenzung gegen Melancholie.

Das starke Hervortreten eines ausgesprochen ängstlichen Affekts wie im Fall 1 zeigt sich auch sonst mit Vorliebe namentlich in den leichteren Zuständen der Psychose, so lange die Bewusstseinstrübung noch keine hochgradige ist. Ein gutes Beispiel hierfür ist.

**Fall 2.** H. F., 18jähriger Hausdiener. Anamnese nur durch Kranken erzielbar. Hiernach soll Mutter an Krämpfen leiden, er selbst leicht erregbar gewesen sein, Stellen viel gewechselt haben. Vor 2 Jahren wegen Sittenver-

gehens zu 3 Jahren Gefängnis verurteilt. Strafaufschub. In Untersuchungshaft jetzt wegen Verdachts, Einbruchsdiebstahl verübt zu haben. Bei erster Vernehmung Krämpfe. Bei Aufnahme in die Klinik laut stöhnend, unruhig, Kopf hin und her drehend, schlägt auf die Unterlage. Beruhigt sich im Bade alsbald. Nachts schläft er. Am nächsten Tage im Zustande mässiger Hemmung, langsame, abgerissene Antworten, vergrämtes Gesicht, stöhnt und fasst sich nach dem Kopf, sinkt pathetisch am Untersuchungstisch nieder. Druckpunkte. Keine Sensibilitätsstörungen. In kurzer Zeit tritt völlig geordnetes Wesen ein. Stimmung etwas gedrückt. Bei einer Pat. unangenehmen Frage — 4 Tage nach Aufnahme — tritt ein Anfall auf: Pat. sinkt auf den Stuhl zurück, schüttelt mit Armen und Beinen, auf energische Aufforderung lässt er dies. Bleibt dann ruhig, freundlich, etwas rührselig. Zurück in Untersuchungshaft. Dort bei der ersten Vernehmung wieder erkrankt. Soll „Zeichen von Spannungssirresein“ geboten haben. Bei Aufnahme in die Klinik regungslos, reagiert auf keinen Anruf, Kopf und Bulbi nach rechts. Der Stupor wird durch Elektrisieren prompt beseitigt, hernach ist Pat. noch etwas traumhaft, aber orientiert; am nächsten Tage noch etwas gehemmt, wiederholt vorgesprochene Worte mechanisch silbenweise, nach elektrischer Behandlung ganz frei und geordnet. Pat. bleibt völlig klar, die Stimmung ist anfangs dauernd sehr labil, später ist der Kranke nur in Gegenwart des Arztes gedrückt und still. Zeitweise hypochondrische Beschwerden werden vielfach geäussert. Eine 8monatige Gefängnisstrafe verbüsst Pat. ohne auffallend zu werden.

Der Fall hat mit dem ersten die geringe Intensität der Störung, das Vorherrschen eines ängstlichen Affekts, das Fehlen rückbleibender Amnesie, die lange Nachdauer von Stimmungsanomalien gemeinsam. Eine Differenz besteht hauptsächlich darin, dass der Stupor vorübergehend tiefere Grade annahm, bis zu völliger Reaktionslosigkeit führte. Dieser Stupor mag wohl auch den einweisenden Arzt veranlasst haben, ein Spannungssirresein anzunehmen. Dass es sich hierum nicht handelte, geht aus der ausserordentlichen Oberflächlichkeit der Erkrankung zur Genüge hervor. Zweimaliges Elektrisieren reichte aus, um die psychische Störung völlig zum Schwinden zu bringen. Man wäre hernach fast versucht, den ganzen Zustand als simuliert zu betrachten, wenn nicht die auch in der Klinik beobachtete Suggestibilität des Kranken, welche sich z. B. in der prompten Auslösung eines hysterischen Krampfanfalles auf eine unangenehme Frage hin äussert und die langdauernde zurückbleibende Stimmungslabilität, welche den subjektiven Eindruck der Echtheit machte, hinreichende Zeichen für die psychopathische Konstitution, die man in diesem Falle ungezwungen als hysterisch bezeichnen darf, gebildet hätten und so die Prämissen für das Zustandekommen der Erkrankung gegeben wären. Das prompte Rezidiv der Erkrankung bei erneuter Vernehmung spricht ebenfalls für die Echtheit. Jedenfalls ist es nicht erlaubt, in der Beseitigung einer Psychose durch Mass-

nahmen wie Elektrisieren ein Zeichen für die Unechtheit der gebotenen Krankheitserscheinungen zu sehen; wir werden noch sehen, dass viel schwerere Psychosen, welche keinen Anhaltspunkt für Simulation bieten, ebenfalls bisweilen ausserordentlich prompt auf therapeutische Massnahmen reagieren, ein Stigma, welches nicht für Simulation, wohl aber für die Oberflächlichkeit mancher Situationspsychosen spricht. Bemerkenswert ist im vorliegenden Falle weiterhin der überaus günstige Einfluss, den der Situationswechsel bei der ersten Aufnahme machte, in kaum einem Tage waren die psychotischen Erscheinungen, soweit Änderungen der Bewusstseinslage in Betracht kamen, verschwunden. Dass trotz anfänglicher Neigung zu Wiedererkrankung später die gleichen unlusterweckenden Reize ohne Schaden vertragen werden, ist eine ausserordentlich häufig zu beobachtende Erscheinung. Es liegt nahe, diese Tatsachen dadurch zu erklären, dass der Kranke Einsicht in die Zwecklosigkeit seines Krankseins gewonnen hat, den Wunsch hat, möglichst schnell seine Strafe abzumachen und hierdurch genügend Willenskraft aufbringen kann gegenüber allen den dysphorischen Erlebnissen, welche vorher krankheitsauslösend gewirkt hatten. Ohne den Einfluss bestimmter Wunschrichtungen in der Entstehung und Verhütung des Rezidivierens der Psychose kann man sich jedenfalls, wie Bonhöffer zugegeben werden muss, manche Erkrankungen nicht recht erklären. Natürlich wird dieser Krankheitswunsch, der hier zur Auslösung einer Psychose kommt, bei einem besonderen suggestiblen und emotiven Individuum wirksam sein müssen.

Eine tiefere Trübung des Sensoriums wird man in den beiden ersten Fällen nicht anzunehmen brauchen, vielmehr kann man hier ganz gut wohl von einer Bewusstseinseinengung, wie Wernicke meint, sprechen. Der ganze Bewusstseinsinhalt ist gleichmässig fixiert durch einen affektbetonten Komplex beängstigender Gedanken, so dass Aufmerksamkeit und Orientierung gestört sind, obwohl äussere Reize noch genügend verarbeitet werden. Dies zeigt sich auch darin, dass eine Amnesie nicht zurückbleibt.

Eine ähnlich verlaufende Erkrankung, nur mit längerer Dauer des substuporösen Verhaltens, ist:

Fall 3. H. H., 23jähriger Matrose von schlechter Führung, angeblich von jeher leicht aufgereggt, der in einen Tobsuchtsanfall mit blindem Widerstreben verfiel, als er wegen einer geringen Urlaubsüberschreitung in Arrest abgeführt werden sollte. (Noch angetrunken?) Im Lazarett leichtes Zucken von Kopf und Gliedmassen, beschleunigte Atmung und Pulsbeschleunigung. Fehlen von Konjunktival- und Würgreflex. Teilnahmloses Wesen. Langsame Reaktion auf Fragen. Wiegende Bewegungen. Stierer Blick. Auch am nächsten

Morgen schnelles Versagen bei Exploration. In der Klinik schnelles Atmen, ängstlich, desorientiert, zeigt „ein Gemisch von Angst und naiver Kindlichkeit“. Antworten abgerissen, kurz, Paradigmata verdreht. Schütteltremor. Keine Sensibilitätsstörung. Mehrere Tage substuporös zu Bett, beantwortet aber Fragen, wenn auch langsam, ist unorientiert. Einmalige faradische Sitzung beseitigt alle Krankheitserscheinungen. Amnesie bleibt nicht zurück. Behält ein etwas kindliches Wesen.

Der Fall liegt so klar, dass eine genauere Besprechung sich erübrigkt. Nicht uninteressant ist die Geringfügigkeit des Vergehens, welches keine erhebliche Strafe nach sich zu ziehen drohte und doch imstande war, eine längere Zeit dauernde Psychose zu erzeugen. Mag ätiologisch auch noch der Rest einer akuten Alkoholintoxikation wirksam gewesen sein, so überdauerte die Erkrankung doch weit jede mögliche Rauschwirkung.

Unter den körperlichen Symptomen treten in den bisher besprochenen Fällen die Vasomotorenstörungen, insbesondere Pulsbeschleunigung, in den Vordergrund. Sensibilitätsstörungen fehlen entweder ganz oder beschränken sich auf leichte allgemeine Hypalgesie, und zwar nur in den Zeiten des Stupors, also in Phasen, in welchen Aufmerksamkeitsstörungen bestehen.

Ich schliesse alsbald einen ähnlichen Substupor ohne Sensibilitätsstörungen und ohne Analgesie an, dessen Beginn einiges Bemerkenswertes hat.

Fall 4. H. W., 22 $\frac{1}{2}$ -jähriger Arbeiter, in der Klinik vom 3. 4. bis 14. 5. 1908. Vater bestraft. Mutter potatrix. Mangelhafte Erziehung. Vagiert von Jugend an. Führung in Schule ungenügend. Leistungen genügend. Potus fraglich. Unerziehbarer Gewohnheitsverbrecher, stiehlt schon als Schuljunge Schokolade. Fürsorgeerziehung erfolglos. Wiederholt bestraft. Soll ein Jahr vor Erkrankung in einem Gefängnis in Dänemark „Anfälle“ gehabt haben. In Freiheit nie Krämpfe. Gelegentlich früherer Inhaftierungen machte er einen sehr aufgeweckten und „willensfähigen“ Eindruck. Wegen 23 Diebstählen, Brandstiftungen zunächst zu 3 Jahren Gefängnis verurteilt. (Mildere Bestrafung, weil W. angab, an Epilepsie zu leiden.) Wegen Bekanntwerdens weiterer Straftaten wurde ein neues Verfahren eröffnet. 12 Tage nach Aufnahme ins Gefängnis ins Lazarett gebracht, soll dort fast täglich „epileptische Krämpfe“, auch vor der Lazarettaufnahme 3—4 mal täglich Krämpfe gehabt haben.

In den Anfällen soll W. sich bisweilen blutig geschlagen haben. „Wurde in der gesamten Auffassungs- und Denkfähigkeit träge; ausgesprochene Willensäußerungen wären überhaupt nicht vorhanden. Ein Termin musste abgebrochen werden, da W. sich an nichts erinnern wollte.“

Bei Aufnahme hier sehr gehemmt, alle Aufforderungen werden außerordentlich langsam und zögernd befolgt, nennt seinen Namen mit tonloser Stimme. Keine Analgesie. Keine Zungenbisse, nirgends Narben. Am nächsten

Morgen gleich gehemmt, mühsames Antworten, höchst dürftige Leistungen bei Rechenaufgaben. Einmaliges kurzes Elektrisieren beseitigt die Hemmung, bewirkt, dass W. besser rechnet. Er antwortet prompt, erklärt, sich nach dem Elektrisieren klarer zu fühlen, habe sich schlecht gefühlt, im Gefängnis viel gegrübelt. Will 1907 von einem Gendarmen einen Schlag auf den Kopf bekommen, schon seit Jahren Krämpfe gehabt haben.

Bleibt klar, anfangs deprimiert, später beschränkt sich das still-gedrückte Verhalten auf die Zeit der ärztlichen Visiten. Viel Klagen über Kopfschmerzen. Anfälle wiederholen sich nicht. Attentes Wesen. Ins Gefängnis zurück. Am 9. 7. 08 zu 4 Jahren Zuchthaus verurteilt (Gefängnisstrafe eingezogen), im Anfang 14 Tage strengen Arrest wegen Fluchtversuchs, mehrere geringe Disziplinarstrafen. Im übrigen während der Strafzeit psychisch ganz unauffällig und dauernd arbeitsfähig. Nur einmal kurzer Erregungszustand und Krampfanfall, als man ihn wegen eines Disziplinarvergehens zur Rede stellte.

Dass es sich im vorliegenden Fall um eine rein psychogene Erkrankung handelt, erhellt nicht nur aus der prompten Entstehung in Haft, sondern besonders aus der momentanen Beseitigung der ganzen Störung durch den elektrischen Strom. Die ganze Erkrankung darum für eine simulierte zu erklären, erscheint mir, wie ich oben andeutete, nicht berechtigt. Sehr gut zeigt sich der günstige Einfluss des Milieuwechsels darin, dass die „epileptischen“ Anfälle, die früher 3—4 mal am Tage aufgetreten sein sollten, sich hier — auch vor dem Elektrisieren — überhaupt nicht mehr zeigten. Diese Tatsachen — Auftreten gehäufter Anfälle allein im Gefängnis, promptes Schwinden in günstigerer Situation, einmaliges Wiederholen der Anfälle nach einem affektiven Erlebnis in Strafhaft — beweisen zur Genüge, dass es sich um keine echte Epilepsie gehandelt haben kann. Denn wenn auch einmal ein epileptischer Anfall durch einen Schreck, ein affektives Ereignis ausgelöst werden kann, so darf man doch mit gutem Recht die Ansicht vertreten, dass eine solche Serie von Anfällen, die nach dem psychischen Verhalten in der Zwischenzeit schon beinahe zum Status epilepticus geführt zu haben schien und durch mehrere äussere Massnahmen — Verlegung und Elektrisieren — ohne jede psychische oder somatische Folgeerscheinung glatt kupiert werden konnte, nicht in den Rahmen der genuinen Epilepsie hineinpasst. Ueber die Natur der in der Haft bedingten Anfälle will ich mich eines sicheren Urteils enthalten, da eine Beschreibung derselben fehlt. Es mag sich vielleicht um typisch hysterische Paroxysmen, wie sie oft einen Stupor einleiten, gehandelt haben. Immerhin muss man auch wenigstens an die Möglichkeit affekt-epileptischer Anfälle denken, wie sie Bratz und nach ihm Volland und Stallmann beschrieben haben, also um Anfälle, die nur symptomatische Aehnlichkeit mit den epileptischen haben, während es sich

dem Wesen nach um psychogene Reaktionen bestimmter psychopathischer Individuen handelt. Bratz und Volland trennen die affekt-epileptischen Zustände von den hysterischen hauptsächlich wegen des Fehlens aller hysterischen körperlichen und seelischen Störungen, doch heben beide Autoren eine gewisse Verwandtschaft mit den hysterischen Psychopathien hervor, besonders da beide Formen ausgleichbare Funktionsstörungen bedingen. Der vorliegende Fall würde nach seinem ganzen Habitus recht gut mit den Bratzschen Fällen übereinstimmen; es handelt sich um einen ganz charakteristischen instablen Degenerierten. Eine Abtrennung der hier gebotenen Psychose von den hysterischen Situationspsychosen halte ich, auch wenn die Krampfanfälle nicht hysterischer Art gewesen sein sollten, für unnötig, da der Verlauf der Psychose völlig dem anderer psychogener Stuporen entspricht; es hat für mich auch gar keine theoretischen Schwierigkeiten, anzunehmen, dass die pathologischen Reaktionen eines Psychopathen das eine Mal mehr dem hysterischen Typ folgen, in körperlichen Erscheinungen oder Bewusstseinsabspaltungen, Stuporen und Dämmerzuständen sich äussern, und bei anderen Gelegenheiten Krampfanfälle bedingen, die symptomatisch den epileptischen gleichen. Von besonderer Wichtigkeit scheint aber der Fall namentlich als Hinweis darauf zu sein, mit welcher Vorsicht „epileptische“ Krämpfe, die erst in Haft auftreten, zu bewerten sind. Oft wird man unter solchen Umständen finden, dass die scheinbar nach epileptischen Anfällen zurückbleibenden „Demenzen“ transitorische psychogene Störungen bilden.

Auf die Beschreibung einiger weiterer Fälle, die durch das Vorherrschen einer sehr starken Hemmung ausgezeichnet sind und sich im klinischen Verlauf hauptsächlich nur durch Intensitätszunahme unterscheiden, verzichte ich. Der Boden, auf dem diese Psychosen erwuchsen, war ein ganz verschiedener, einmal die traumatische Neuropathie eines Debilen, in einem anderen Falle eine ausgesprochene hysterische Konstitution mit jahrelang vorausliegenden hypochondrischen Störungen, psychogenen Depressionszuständen, zahlreichen hysterischen Anfällen (die Kranke galt, als sie später in einem Gefängnis wieder Anfälle bekam, als Epileptica!), in einem weiteren Falle eine leichte Debilität mit Reizbarkeit, in einem vierten fehlten bis auf zeitweise „nervöse“ Beschwerden in der Jugendzeit alle prädisponierenden Anomalien. Ebenso wechselvoll waren die Erscheinungen, die den Stupor einleiteten, Erregungen, hysterische Anfälle, unmittelbare Verworrenheit. Die Zunahme des Stupors bedingt nachträgliche Amnesie, ebenso wird die Sensibilität stärker gestört; an empfindlichen Stellen tritt aber meist Reaktion auf Nadelstiche ein, nach Schwinden des

Stupors pflegt die Sensibilität sich als intakt zu erweisen. Die Kranken zeigen noch eine erhebliche, oft theatralisch gesteigerte Angst, bestimmte umschriebene Vorstellungskomplexe scheinen nach den seltenen sprachlichen Aeusserungen manchmal vorzuherrschen, bei sonstiger starker motorischer Hemmung können die Kranken, ähnlich manchen Katatonikern, leicht vor sich hin murmeln, selbst in verbigerierender Weise („Wo warst du denn, du Satan du“). Wird der Stupor stärker, so pflegt auch der ängstliche Gesichtsausdruck zurückzutreten. Die ganze Haltung wird starr, der Gesichtsausdruck dabei oft sorgenvoll und bekümmert.

Das Beispiel eines solchen Stupors, der allerdings nur kurze Zeit dauerte und durch Elektrisieren beseitigt wurde, dann nach einer unangenehmen Nachricht ein kurzes Rezidiv erfuhr, bietet

Fall 5. P. B., 19jähriger Obermatrose. 28. 8. bis 11. 10. 1906 in der Klinik. Bruder des Grossvaters litt an Schwermut, verübte Suizid, Mutters Vater Potator, Schwester der Vatersmutter war geisteskrank, Vaters Bruder Potator, Vater soll auch getrunken haben. Patient ursprünglich „gutmütig und ganz intelligent“. Seit 4. Lebensjahr Neigung zum Weglaufen. Versäumte oft grundlos die Schule, trieb sich draussen tagelang umher. Gab keinen Grund dafür an, wusste nur summarisch, was er in diesen Tagen getan, erschien schon in den Tagen vorher blass und unstet, auch nach Rückkehr einige Tage ganz still. Nachts manchmal umhergegangen. Keine Krämpfe oder Ohnmachten. In der Schule immer blass und erregt (Rektor), erschien geistig nicht ganz normal, war um lügenhafte Ausreden nie verlegen (Lehrer). Bei Marine einmal fortgelaufen, im übrigen durchschnittlich gute Führung, zuletzt lasch und schwatzhaft. Bisher unbestraft, wegen Verdachts, einen Einbruch in der Offiziersmesse verübt zu haben, am 26. 8. 06 verhaftet. Am Tage nachher in Untersuchungshaft Tobsuchtsanfall, schlug um sich, musste gefesselt werden. Wälzt sich auf dem Boden, schlägt mit Füssen um sich, Zähneknirschen, arc de cercle, leichte Zyanose, mühsame Atmung, Reaktionslosigkeit. Nach dem Lazarett überführt, dort stuporös auf rechter Seite liegend, um den Mund dauerndes Zucken. Zähneknirschen. Hände geballt, etwas zyanotisch. Reaktionslos, mutistisch. Liegt dann wie schlafend da, die Zuckungen im Gesicht unverändert. Am nächsten Tage gleichmäßig stuporös, abstiniert, lässt keinen Urin, muss katheterisiert werden. Keine Reaktion auf tiefe Nadelstiche. Beim Einspritzen von Wasser ins Gesicht leichtes Zusammenzucken. Bei Aufnahme in die Klinik ganz reaktionslos, Arme und Beine in starker Spannung, Bulbi nach rechts gewandt, Kopf in kurzen Intervallen rhythmisch nach rechts geworfen, jedesmal zugleich rüsselförmiges Vorschieben des Mundes. Gesicht kongestioniert. Bei Stichen ins Septum narium treten Tränen in die Augen, keine Abwehr. Faradisieren beseitigt zunächst die Zuckungen prompt. Ruft „trinken, trinken“. Spricht mit skandierender Sprache. Bezeichnet Gegenstände richtig.  $\frac{1}{2}$  Stunde darauf völlig klar. Sensibilitätsstörungen sind ge-

schwunden. Rachenreflex fehlt. Kniephänomene lebhaft. Puls 108. Amnesie für Zeit der Erkrankung.

In den nächsten Tagen ruhig, guter Stimmung.

9. 9. Soll wieder in Untersuchungshaft zurück. Klagt über Kopfschmerzen. In der Nacht tritt Erbrechen ein. B. läuft verstört im Saal umher, liegt dann mit offenem ins Leere gerichteten Augen im Bett, zittert am ganzen Körper, reagiert auf Fragen entweder gar nicht oder murmelt: „Ich muss wieder dahinein — ich muss in die Zelle“. Durchstechen ganzer Hautfalten, Stiche ins Septum rufen keine Reaktion hervor. Am Morgen abstiniert er, liegt ablehnend im Bett, anfangs keine Reaktionen, später behauptet er dem Arzt gegenüber, er habe Gift bekommen, alle wollen ihm etwas. Liegt viel in der Decke vergraben. Am nächsten Tage nicht stuporös, aber mürrisch, abweisend, verkriecht sich viel, äussert mehrfach Vergiftungsdenken. Am 16. 9. schwächer Suizidversuch. Bleibt noch etwa 8 Tage missgestimmt und mürrisch, allmählich kehrt Stimmung zur Norm zurück. Bleibt dann psychisch unauffällig, gibt für die Ereignisse am 9. und 10. 9. Amnesie an.

Autokatamnese vom 12. 1. 12 ergibt, dass er später in Amerika vergeblich Lebensstellung gesucht, nirgends ausgehalten, da ihn sein altes Uebel (Fugues?) wieder heimgesucht. Zeitweise leide er an enormen Kopfschmerzen.

Die vorstehende in Untersuchungshaft ausgebrochene Erkrankung könnte man nach ihrer Genese, ihrer verhältnismässig kurzen Dauer, dem Fortbestehen von Zuckungen der Gesichtsmuskulatur im Stupor ebenso gut als protrahierten hysterischen Krampfanfall bezeichnen, wie als Stupor nach hysterischem Anfall. Bis auf die Zuckungen unterscheidet sich jedoch das Symptomenbild des Stupors in keiner Weise von dem anderer länger dauernder Stuporen. Die Psychose hat sich hier auf einer ausgesprochenen degenerativen Basis entwickelt, von Interesse sind namentlich die in der Jugendzeit beobachteten „Fugueszustände“, die anscheinend durch ganz autochthone Verstimmungen ausgelöst wurden. Es ist bekannt, dass diese Fugueszustände nicht nur auf epileptischer, sondern auch auf hysterischer Basis vorkommen können (Heilbronner, Raecke). Insbesondere Heilbronner hat darauf aufmerksam gemacht, dass sich die Wanderungen der Epileptiker weder bezüglich des Verhaltens der Erinnerung, noch in anderer Richtung von den Wanderungen der Nichtepileptiker unterscheiden, im vorliegenden Falle haben wir daher keine Ursache, eine epileptische Grundlage anzunehmen, zumal beweisende epileptische Antezedentien fehlen. Von einer hysterischen Konstitution wird man im vorliegenden Fall bei der Verbindung von Stimmungslabilität, Emotivität, Geschwätzigkeit, Lügenhaftigkeit bei guter Auffassungsgabe, der Tendenz zur Umsetzung von Verstimmungen in Bewusstseinsstörungen (Fugues) wohl sprechen dürfen.

Bezüglich der diesmaligen Erkrankung ist noch zu erwähnen, dass man nach dem klinischen Bild, bei der Tiefe des Stupors, der totalen Amnesie, mit der Annahme einer Bewusstseinseinsengung allein nicht mehr recht auskommt, es dürfte doch wohl eine gewisse Trübung des Sensoriums bestanden haben. Allerdings zeigt sich die Oberflächlichkeit, Beeinflussbarkeit und Abhängigkeit der Erkrankung von äusseren Einflüssen in klassischer Weise: Der tiefe Stupor wird durch einmaliges Elektrisieren prompt beseitigt; die Psychose wird prompt durch die Verhaftung ausgelöst, und ebenso kommt es zu einem Rezidiv — diesmal mehr einem Zustand von Angst und Hemmung, in welchem drohende Zukunftseignisse das Vorstellungsleben beherrschen („ich soll wieder in die Zelle“) — auf die Nachricht, dass er wieder in Untersuchungshaft zurückgebracht werden solle.

Die hochgradige Beeinflussbarkeit des Stupors durch äussere Ereignisse ist schon von Raecke betont und zeigt sich am besten an dem ersten der von ihm beschriebenen Fälle (Frau, die im tiefen Stupor gebracht wird, springt in einem Moment, in dem sie allein ist, auf und verriegelt die Tür). Man ist, wie kaum hervorgehoben zu werden braucht, aus einer solchen Erscheinung allein noch nicht berechtigt, die Störung als vorgetäuscht aufzufassen. Eine ähnliche Abhängigkeit von äusseren Faktoren zeigte unter meinem Material auch ein Kranke, der wegen Disziplinarvergehen in Untersuchungsarrest sich befand, dort in einen viele Tage lang dauernden Stupor mit völliger Analgesie, zeitweiliger Katalepsie verfiel, regungslos dalag, aber aufhorchte, wenn man an der Zellentür schloss. Nach Ueberführung in die Klinik löste sich der Stupor in wenigen Tagen, es trat schnell Genesung ein. Dieser Kranke, der sich übrigens bisher psychisch stets unauffällig erwiesen hatte, zeigte hier ein Verhalten, das man nicht selten bei den psychogenen Stuporen trifft: Völliger Mangel an Spontaneität und Mutismus, während Aufforderungen zwar zögernd, aber sinngemäss ausgeführt wurden und auch — ein Zeichen, dass auch bei schwerer Hemmung keine erhebliche Trübung des Sensoriums zu bestehen braucht — der Kranke sich schnell in der Umgebung zurechtzufinden lernte. Differentialdiagnostisch darf dieses Zeichen von völliger spontaner Akinese beim Fehlen negativistischer Willenssperrung natürlich nur mit grösster Reserve verwertet werden. Ebenso kann man die plötzliche Durchbrechung des Stupors durch Willenshandlungen oder plötzliches Schwinden eines schweren Stupors, wie schon Kraepelin hervorhebt, auch oft genug bei Katatonikern beobachten; suspekt ist es freilich, wenn, wie in dem Raeckeschen Falle, die aus tiefem Stupor heraus erfolgende Handlung einen ganz bestimmten Zweck zu erfüllen scheint.

Unter den bisher beschriebenen Stuporen liess sich teils infolge ihrer Oberflächlichkeit, der dauernd hervortretenden Suggestibilität, des schnellen Ablaufs meist von Anfang an oder wenigstens in kurzer Zeit jede diagnostische Schwierigkeit ausschalten. Nicht selten aber sind auch die Fälle, welche längere Zeit hindurch ein so einförmiges Bild bieten können, dass man anfangs in der Diagnose zweifelhaft bleiben muss.

Ich führe zunächst einen solchen Fall an, der etwa 14 Tage in einem sehr gleichförmigen tiefen Stupor sich befand:

**Fall 6.** B. P. Anamnese ist leider nur von dem Erkrankten selbst, der Ausländer ist, zu erlangen. Heredität unbekannt. Ein Bruder Gewohnheitsdieb. In Schule angeblich gut gelernt. Ein Jahr vor Erkrankung Angina mit hohem Fieber (Diphtherie?). Seitdem Schmerzen in den Beinen. Angeblich starker Potus, zahlreiche Strafen, meist wegen Diebstählen. Vagiert von Jugend an. Zur Zeit im Gefängnis wegen eines Einbruchsdiebstahls. Gab bei der letzten Verhaftung an, früher an Fallkrämpfen gelitten zu haben (diese Angabe in Klinik nie wiederholt). In Untersuchungshaft mehrfach grob und drohend. In Strafhaft anfangs  $\frac{5}{4}$  Jahr gute Führung. Neues Strafverfahren eingeleitet wegen Einbruchsdiebstahls in Böhmen. Wird auffallend am 20. 9. 06, verlangt einen Anzug, um zur Beerdigung seines Bruders nach Prag zu fahren. In wenigen Tagen bildet sich eine völlige Teilnahmlosigkeit heraus, Verkennung seiner Lage und Umgebung, Sprachstörung, am 26. 9. völlige Reaktionslosigkeit. Nahrungsverweigerung. Am 4. 10. in Klinik gebracht. Muss getragen werden, kann auch nicht sitzen, lässt sich schlaff fallen. Reagiert auch nicht auf Anrufe, starrer Blick. Spricht kein Wort, verweigert Essen, muss mittags vom Arzt gefüttert werden. Aufgerichtet sinkt er langsam zurück. Völlige Analgesie auch im Septum und periokulärem Feld. Beim Versuch, Kornealreflex zu prüfen, presst er Augen zu, Bulbi rollen nach oben. Puls 96. Dermographismus (von somatischen Störungen noch Pupillendifferenz bei erhaltenener Lichtreaktion und Fehlen der Patellarreflexe erwähnenswert). Der ausgesprochene Stupor hält an, doch gibt P. schon am nächsten Tage das Abstinieren auf, schluckt die ihm gereichte Fütterung in auffallend kleinen Schlucken, setzt mehrfach zum Schlucken an. Stuhl nach Einläufen, das vorgelegte Uringlas lässt er liegen, hält sich so sauber. Nimmt keine unbequemen Lagen ein, dreht am Tage Kopf öfters, ebenso wechselt er in der Nacht bisweilen seine Lage. Liegt sonst ganz still, bleibt reaktionslos, kann nicht gehen, sinkt sofort zusammen. Emporgehobene Gliedmassen sinken schlaff herab. Am 8. 10. macht er mehrfach vergebliche Anstrengungen zu sprechen und sich aufzurichten. Elektrische Sitzung am 9. 10. beseitigt alle Erscheinungen. Pat. nennt anfangs mühsam skandierend seinen Namen, geht in merkwürdig steifbeiniger Art. Kurz darauf spricht er vernünftig mit dem Pfleger, isst und schluckt gut. Amnestisch für Zeit der Erkrankung. Gang jetzt ungestört, doch ist die Kraft der unteren Extremitäten gering. Bleibt bis zum 1. 11. gleichmäßig geordnet, still, etwas gedrückt, hilft bei Hausarbeiten. Klagt

über Angst vor Einzelhaft. Will sich aufgeregt haben über Tod des Bruders und Vergiftung seiner Braut (ob Tatsachen entspricht, nicht zu revidieren). Habe nachgegrübelt und Kopfschmerzen bekommen.

In Haft zurück, den Rest der Strafzeit über unauffällig, dann nach Böhmen überführt.

Dass es sich um eine reine psychogene Erkrankung handelt, erheilt allein aus der wieder sehr prompten und völligen Beseitigung der Störung durch den elektrischen Strom. Eine Verkennung mit katatonischer Erkrankung war eher möglich als in den vorangehenden Fällen, da der Stupor bedeutend tiefer war, längere Zeit anhielt und auch einige Tage hindurch Abstinenz bestand. Die symptomatische Ähnlichkeit mit einem katatonen Stupor war auch in der Klinik anfangs eine grosse: Völlige Reaktionslosigkeit, anfangs auch völlige Akinese, totale Analgesie inkl. der empfindlichsten Körperstellen, starrer Gesichtsausdruck, Andeutung negativistischer Störungen, Nahrungsverweigerung, in den nächsten Tagen einzelne Manieren, brachten ein symptomatisch ähnliches Bild hervor. Der einzige diagnostische Anhaltpunkt, den man dem Symptomenbild zu gunsten psychogener Erkrankung entnehmen konnte, war dadurch gegeben, dass die ganze Störung wiederum eine gewisse Oberflächlichkeit bot, die sich darin zeigte, dass im Widerspruch zu der anscheinend so ausgesprochenen Sperrung das ganze Verhalten doch wenig automatisch Starres bot; unbequeme Stellungen und Haltungen wurden alsbald ausgeglichen, insbesondere nachts drehte sich der Kranke mehrfach um. Auf die geringe oder fast fehlende Störung des Schlafes, das Erhaltenbleiben einer gewissen Sorge für Sauberkeit, das nach Situationswechsel erfolgende schnelle Aufgeben des Abstinierens mag nur kurz hingewiesen werden; es handelt sich um typische, wenn auch natürlich nicht pathognomonische Symptome. Das oft beobachtete, schon von Raecke erwähnte Erhaltenbleiben des Interesses an der Umgebung fehlt im vorliegenden Fall. Der Stupor ist freilich nicht so langdauernd und mit so viel Negativismus verbunden wie einige der Kutnerschen Fälle (insbesondere Fall 1 und 2); derartige Fälle gehören aber zweifellos zu den Seltenheiten. Die länger dauernden katatonieähnlichen Formen, die noch unten zu besprechen sein werden, pflegen meist ein wechselseitiges Bild zu bieten, auch der eine von Raecke beschriebene, über ein halbes Jahr dauernde Stupor (Fall 4) wurde zeitweise von hysterischen Anfällen und Impulshandlungen durchbrochen.

Der Beginn war im vorliegenden Fall ein ziemlich akuter, nach vereinzelten paranoiden Ideen (die den von Birnbaum als „wahnhaftes Einbildung“ genannten inhaltlich entsprechen) versank der Kranke

etwa im Verlauf zweier Tage in völlige Teilnahmslosigkeit. Häufiger ist noch ein perakuter Beginn ohne alle Vorboten, bisweilen in Untersuchungshaft, bisweilen unmittelbar im Anschluss an ein affektives Erlebnis, wie der folgende Fall zeigt:

Fall 7. G. B. (Fall veröffentlicht in der Doktordissertation von Hering, Kiel 1908. Die Wiedergabe beschränkt sich hier auf einen kurzen Auszug der Krankengeschichte, welche jetzt durch katamnestische Erhebungen vervollständigt werden konnte.) 24jähriger Seesoldat. Grossvater gestorben durch Suizid. Mehrere Verwandte vielfach bestraft. Patient selbst mittelmässiger Schüler, als Kind öfters Bettässen und Nachtwandeln. Von jeher leichtsinnig, Strafen stets erfolglos, wurde leicht aufsässig. Keine sonstigen psychopathischen Erscheinungen in der Jugend. Mehrfach vorbestraft wegen Diebstahl, Betruges usw. In Strafhaft viel Disziplinarstrafen. Einen Monat vor der Erkrankung nach einer in Narkose ausgeführten Operation Krampfanfall und Bewusstlosigkeit, Umsichtschlagen, erweiterte reaktionslose Pupillen, hernach Schlaf, dann Erbrechen. Am 16. 6. 1906 in Revision, nachdem er in erster Instanz freigesprochen, zu 1 Jahr Zuchthaus verurteilt.

Kurze Zeit danach plötzlicher deliröser Verwirrtheitszustand. Ging in Strümpfen und nacktem Oberkörper einher, „Auriga, Auriga“ rufend. Hemd und Waffenrock hatte er angebrannt. Keine Reaktion auf Anruf und tiefen Nadelstich. Pupillen erweitert, zeitweise nicht reagierend(?). Unruhig, drängt aus der Zelle. Automatisches Wesen. Sinkt allmählich in Stupor, im Lazarett sehr starre Haltung, die einmal von einem Tobsuchtsanfall durchbrochen wird. erschlaft dabei plötzlich, keine Nahrungsaufnahme. Beim Versuch zu kathetarisieren spontaner Harnabgang. Bleibt tagelang im Stupor. Völlig starres Wesen, erhobene Gliedmassen bleiben lange stehen. Füttern gelingt mit Widerstand. Am 19. 6. Stupor vorübergehend dadurch unterbrochen, dass Pat. mehrere Stunden auf und ab geht; hernach wieder starr. Stuhl 5 Tage angehalten. Am 20. 6. in die Klinik gebracht. Liegt völlig unbeweglich mit starrem, ins Weite gerichtetem Blick da. Lässt sich ohne Widerstreben aussiezen. Aufforderungen mit Nachhilfe wie automatisch befolgt. Bleibt aufgerichtet unbeweglich stehen. Am Rumpf analgetisch, bei Stichen ins Gesicht leichtes Zucken, bei Stichen ins periokuläre Feld Tränen. Aufgehobene Glieder bleiben zeitlang stehen, sinken dann herab. Gereichtes Trinkwasser lässt er aus dem Mund laufen, schluckt es aber auf Zureden. Am Abend kommt er mit starrem Blick in starrer Haltung aus dem Bett, fragt den Pfleger, wo es zum Austreten gehe. Hat Stuhlgang. Nachts ruhig. Am 21. richtet er sich früh bei der Morgenvisite auf, fragt verstört, warum er hier sei? Antwortet, alle Bewegungen sind aber noch langsam und gehemmt. Glaubt im Lazarett zu sein, klagt spontan über starke Kopfschmerzen in der Stirngegend. Analgesie beseitigt. In wenigen Stunden ist dann der Stupor völlig gelöst. Amnesie für die Zeit der Erkrankung scharf abgeschnitten. Bleibt in den nächsten Tagen völlig klar, ruhig, geordnet, mitunter gedrückt, nicht reizbar. Als er abgeholt wurde, wurde er einen Moment blass, die Augen wieder starr, so dass Rückfall befürchtet wurde. Ging aber dann mit.

In der Strafanstalt verfiel er bald nach der Aufnahme in einen „Starrkrampf“, der 14 Tage anhielt, dann spontan zurückging. Bot dann nichts Auffälliges, benahm sich zur Zufriedenheit. Beging später neue Straftaten, verbüsst zurzeit wegen schweren Diebstahls eine längere Gefängnisstrafe in M. Bis auf einzelne Disziplinarstrafen bietet er dort nichts Besonderes, keinerlei krankhafte Erscheinungen, schreibt einen geordneten Lebenslauf. Bemerkenswert ist, dass er in diesem nichts vom Aufenthalt in der Klinik berichtet. Nach Bericht der Mutter soll Pat. in der Zwischenzeit ein sehr wechselndes Verhalten gezeigt haben, zeitweise gut, anständig und arbeitsam gewesen sein, aber es dauere nicht lange, „dann komme es in seinen Kopf wie eine Art Größenwahn“.

Es handelt sich im vorliegenden Fall um ein hereditär belastetes, vielleicht etwas debiles, sicherlich aber von jeho hältloses Individuum. Ein wohl für eine gewisse Resistenzverminderung des Gehirns sprechendes Zeichen zeigt sich in dem nach einer Narkose auftretenden, vielleicht durch Chloroformintoxikation bedingten eklamtischen Krampfanfall. Weitere Krankheiten sind nicht vorangegangen. Der Ausbruch der Psychose wurde begünstigt durch eine besondere Stärke der affektiven Schädigung, da die in der Revision erfolgende schwere Verurteilung dem Angeklagten völlig unerwartet gekommen war. Die Erkrankung setzte fast unmittelbar an den Affektshock mit einer akut ausbrechenden deliriosen Phase, die dann schnell zum Stupor führte, ein; wir werden später noch Fälle kennen lernen, in denen einem ausgesprochenen Stupor viel länger dauernde deliriose Erscheinungen vorangingen. Der Stupor ähnelte symptomatisch wieder sehr einem katonischen, es fehlen namentlich alle gekünstelt oder theatralisch erscheinenden Erscheinungen. Der Eindruck des Automatenhaften im Wesen war hier stärker als bei der vorigen Krankheit. Befehlsautomatie und Katalepsie wurden zeitweise angedeutet, allerdings wurden wiederum wie im vorigen Falle unbequeme Stellungen der Gliedmassen nicht abnorm lange eingehalten. Ein gewisser Negativismus zeigt sich in dem anfänglichen Widerstreben gegen die Nahrungsaufnahme; starke Muskelspannungen bei passiven Bewegungen wurden nicht beobachtet. Im Anfang wurde der Stupor noch — wie das nicht selten der Fall ist — durch einen schweren, reaktiv ausgelösten Erregungszustand unterbrochen, später bestand tagelang völlige mit Nahrungsverweigerung verbundene Sperrung, die aber dann an einem Tage durch mehrstündigses Umhergehen eine merkwürdige Unterbrechung erfuhr. Dann trat der Stupor wieder in alter Stärke auf, um erst nach Ueberführung in die Klinik ein auffallend schnelles Ende zu finden. Einige Erscheinungen, die später im Zusammenhang besprochen werden sollen, mögen hier nur kurz hervorgehoben werden: Die Urin- und Stuhlretention, die man nicht selten bei den stuporösen Kranken findet, die Beschränkung aller-

körperlichen „hysterischen“ Stigmata auf eine über den ganzen Körper diffus verbreitete Abstumpfung gegen Schmerzreize und das hiermit zusammenhängende Fehlen der Konjunktivalreflexe (während Kornealreflex erhalten ist), das Schwinden der Sensibilitätsstörung nach Lösung des Stupors, die Pupillenerweiterung im Stupor, mit Abschwächung der Reaktionen, die nach Ablauf des Stupors spontan geäußerten Stirnkopfschmerzen und endlich der eigentümliche Blick, der nicht als starr oder ausdruckslos, sondern erstaunt fragend, wie traumverloren — „einen fernen Punkt fixierend“ — geschildert wird. Die Oberflächlichkeit der Erkrankung zeigt sich gut darin, dass nach der mehrtägigen Stuhlretention der Kranke gleichsam freiwillig den Stupor unterbricht und sich bei dem Pfleger erkundigt, wo es zum Austreten gehe. Trotzdem die Psychose als vorgetäuscht zu betrachten erscheint nicht angängig; es ist zum mindesten unbeweisbar, aber auch unwahrscheinlich, wenn man das ungekünstelt erscheinende und sicherlich schwer erzielbare automatenhafte Wesen, die gleichzeitig lange Nahrungsverweigerung und Urinretention, die Innervationsstörung unwillkürlicher Muskeln (Pupillen) in Betracht zieht. (Die Reaktionslosigkeit gegen Nadelstiche ist vielleicht von geringerer Bedeutung, da gerade die empfindlichen Körperstellen sich nicht völlig reaktionslos zeigten.) Die Oberflächlichkeit der Psychose ist nur ein Zeichen dafür, dass das Wesen des Stupors ein von dem katatonen ganz differentes und dass die Erkrankung fremden und eigenen Suggestionen weitgehend unterworfen ist. In diesem Falle sehen wir das deutlich an dem prompten Reagieren auf die jeweilige äussere Lage, dem schnellen Schwinden des Stupors nach Ueberführung in die Klinik, der schnell erfolgenden, allerdings nur kurzen Wiedererkrankung nach Ueberführung in die Strafanstalt. Im Gegensatz hierzu wird die weitere Strafhaft, wie auch folgende bemerkenswert gut vertragen. Irgendwelche Zeichen einer chronischen Erkrankung fehlen. Die Angabe der Mutter, dass ihr Sohn bald vortrefflich arbeite, gut und arbeitsam sei, bald „es sich in den Kopf setze“, Krämpfe bekomme und gleichsam eine Art Größenwahn bekomme, kann uns nur ein Hinweis auf die psychopathische Artung des Kranken sein; was es mit den „Krämpfen“ für eine Bewandtnis hat, ist leider nicht zu eruieren, bis auf den nach einer Narkose auftretenden Zustand wurden hier wie im Gefängnis keinerlei Krampfanfälle beobachtet. Interessant, aber psychologisch rätselhaft, ist es endlich, dass B. bei späterem Gefängnisaufenthalt in seinem sonst ausführlichen Lebenslaufe die frühere geistige Erkrankung verschwieg, da sich ein Nutzen für ihn hieraus nicht zu ergeben schien; am nächsten liegt es vielleicht, an die auch beim Gesunden so oft beobachtete „Scham“ vor früheren Psychosen zu denken.

Im Gegensatz zu diesem Kranken, der dem Typ des instabilen Degenerierten ungefähr entspricht, zeigt der folgende ein in der Anlage differentes Verhalten. Der Stupor zeigt symptomatisch zeitweise gewisse Aehnlichkeit.

Fall 8. G. S., 24jähriger Matrose. Anamnestische Daten vom Bruder, Lehrer, aus militärischen Akten. Eine Schwester Kopfschmerzen, sonst keine Heredität. Nicht besonders gut gelernt. Schon in den Kinderjahren manchmal verschlossen, mürrisch, brütete stundenlang vor sich hin, sprach nicht, murmelte nur unverständlich vor sich hin, machte einen trotzigen Eindruck. Konnte nie Alkohol vertragen, war dann immer sehr reizbar. Schon als Kind oft fortgelaufen, machte seinen Eltern viel Kummer. Plötzliche Stimmungsumschläge. In der Schule verschlossen, zurückhaltend, sehr leicht erregt, jähzornig, nach Kleinigkeiten aufbrausend, Neigung zu Gewalttätigkeiten. Vorbestraft wegen Sachbeschädigung, einmal schweren Diebstahls usw. Beim Militär schlechtes Element. Zahlreiche Disziplinarstrafen, zeigte einen „absolut minderwertigen Charakter“.

Am 27. 1. 1910 Angriff auf einen Vorgesetzten, wahrscheinlich in pathologischem Rauschzustand. Nach reichlichem Bier- und Schnapsgenuss griff er einen Maaten motivlos an, versuchte dann später ins Wasser zu springen, wurde in Haft genommen, benahm sich dann renitent gegen den Deckoffizier, brüllte, zog sich nackt aus, am nächsten Tage verkatert, Amnesie gegen die Ereignisse der Nacht.

Am 7. 2. in Untersuchungshaft geführt, hörte dort bald zu reden auf, erschien verbissen, nahm keine Nahrung, zerriss in einem plötzlichen Tobsuchtsanfall sämtliche Kleidungsstücke, sank dann in Stupor. Der Klinik zugeführt, hier völlig reaktionslos, musste getragen werden. Stöhnt bei Druck auf Scheitel und Hypochondrien. Glieder schlaff. Auf der Abteilung wird er alsbald freier, er gab auf Fragen Auskunft, klagt über Uebelkeit und Hals- schmerzen (objektiv kein Befund). Er zeigt in den nächsten Tagen ein geordnetes, ruhiges, aber in sich gekehrtes mürrisches Verhalten, hilft bei Hausarbeiten mit. Zurück in Untersuchungshaft am 15. 2.

Bereits am 17. 2. dort erneuter Tobsuchtsanfall, rennt sinnlos gegen die Zellenmauer. Dem Lazarett zugeführt, wo er ein ausserordentlich deprimiertes Wesen zeigt, Selbstvorwürfe äussert, mangelhafte Antworten, in Tränen ausbricht, über heftige Kopfschmerzen klagt. Versinkt dann in völliges Schweigen, wandert ruhelos in Zelle auf und ab, zeitweise rennt er mit dem Kopf gegen die Wand, Nahrungsaufnahme mangelhaft; sieht auffallend schlecht aus. Immer mehr treten dann Symptome des Stupors auf; er verkriecht sich in einen Winkel der Zelle, bleibt dort regungslos liegen, ist völlig mutistisch, gehorcht aber auf Anrufen. Am 5. 3. der Klinik zugeführt. Er ist völlig mutistisch, folgt aber mit auf die Station, zieht sich auf Aufforderung aus. Im Untersuchungszimmer sitzt er regungslos da, reagiert weder auf Anruf noch auf Rütteln, Klopfen, Nadelstiche. Nur bei Stichen ins Septum nar. leichtes Zusammenzucken, leerer Gesichtsausdruck. Aufforderungen werden nicht mehr

befolgt. Der Kopf wird bei der Untersuchung abgewandt, bei Druck auf Hypochondrien Tränen. Die somatische Untersuchung bietet bis auf leichte Blässe, lebhafte Sehnenreflexe, deutliche Nachröte, nichts Besonderes. Nach mehrfachen Aufforderungen geht er spontan heraus, legt sich in sein Bett. Verkriecht sich unter die Decke.

Mehrere Tage liegt er stumm zu Bett, ohne sich im geringsten um die Umgebung zu kümmern, oft liegt er unter der Decke verborgen. Er isst aber gut, besorgt von selbst seine Bedürfnisse. Vermeidet es anderen in die Augen zu sehen. Erst am 18. 3. (also 12 Tage nach der Aufnahme) beginnt er zum erstenmal einige Worte mit anderen Kranken zu sprechen, sucht sich bei diesen zu orientieren. Bei ärztlichen Explorationen ist er mürrisch, verschlossen, gibt nur einzelne Antworten. Er bleibt auch in den nächsten Tagen einsilbig, still, spricht wenig mit anderen, ist in seinem Wesen abweisend, klagt über Kopfschmerzen. Am 20. 3. bekam er nach dem Besuch seines Bruders einen furbunden Erregungszustand, schrie und fluchte, griff den hinzukommenden Arzt an, schlug blindlings um sich, beruhigte sich allmählich nach 2 Stunden. Er erklärt dann, sich geärgert zu haben, weil sein Bruder mit ihm gar nicht gesprochen, immer nur geweint habe. Von da ab verhält S. sich ruhig, zeigt keine Störungen des Psychomotoriums. Die Stimmung ist einige Zeit noch sehr deprimiert, bessert sich erst nach etwa 3 Wochen, etwas mürrisch bleibt der Kranke immer. Gegenüber der Erkrankung Amnesie.

Katamnese ergibt, dass S. geistig keine Abweichungen nach der Entlassung bot, er verschwand März 1911 nach einem Konflikt mit einem Polizeisergeanten.

Dieser Kranke zeigt konstitutionelle Abweichungen, welche dem epileptoiden Typ Wilmanns' u. a. entsprechen. Von Jugend an bestehendes verschlossenes und mürrisches Wesen, Reizbarkeit, Jähzorn, Neigung zu Gewalttätigkeiten, sind die hervorstechendsten Charaktereigenschaften. Dass ein so beschaffenes Individuum mit der militärischen Disziplin in dauernde Konflikte gerät, ist nicht verwunderlich, zumal wenn Alkoholintoleranz hinzukommt. Es ist auch zwanglos als eine krankhafte Steigerung der natürlichen Artung anzusehen, wenn sich die pathologische Reaktion auf missliche Situationen mehrfach zunächst in sinnlosen Tobsuchtsanfällen äussert. Der Erregung folgt dann jedesmal schnell ein Stupor, der sich hier weniger in automatenhaft starrem Wesen als in einem scheinbar gewollten Abschluss von der Außenwelt zeigt. Die Sorge für das eigene Befinden bleibt erhalten. Der Kranke isst selbst, sorgt für seine Bedürfnisse, schlafst in der Nacht gut, aber vermeidet jeden Kontakt mit der Umwelt, verkriecht sich unter die Decke, vermeidet anderen ins Auge zu blicken, bleibt äusseren Eingriffen gegenüber unzugänglich. Auch als der Stupor in Lösung begriffen ist, bleibt das Verhalten anderen gegenüber noch längere Zeit abweisend, unwirsch. Der tatsächliche Bewusstseinszustand und vor

allem das Vorstellungsleben des Kranken während des Stupors bleiben dabei, wie in so vielen ähnlichen Fällen, völlig dunkel, das eine nur lässt sich sagen, dass eine gewisse Trübung des Sensoriums wohl bestanden hat, da eine scharf umgrenzte Amnesie angegeben wird; auch spätere Angaben des S. über die Entstehung der Psychose, über die Flut von anstürmenden und verwirrenden Gedanken, die ihn in der Einsamkeit der Zelle übermannten, so dass er sich wie im Traum zu befinden schien, hatten nichts Unglaubliches. Auf die weiteren Einzelheiten des diagnostisch klar liegenden Falles brauche ich nicht weiter einzugehen, nur möchte ich auf die prompte Wirkung des Situationswechsels bei der ersten Erkrankung kurz hinweisen.

Das wesentliche psychotische Ereignis der bisher beschriebenen Erkrankungen bildet der kurzdauernde einmalige oder nach kurzer Zeit rezidivierende Stupor, dem nur ganz vorübergehend andere Initialerscheinungen in Form deliriöser oder Erregungsphasen oder von Krämpfen vorausgingen. Nach Lösung des Stupors ist eine geistige Störung im engeren Sinne nicht mehr vorhanden; nur konstitutionelle Anomalien treten, eventuell etwas gegen früher gesteigert, hervor. Das Krankheitsbild kann aber ein überaus buntes werden, wenn nach Ablauf des Stupors ganz anders gestaltete krankhafte Symptomgruppierungen einsetzen. Neben den so entstehenden sehr komplizierten Psychosen, die weiter unten zu besprechen sind, führe ich hier alsbald einen Fall an, in welchem eine kurze moriaartige Krankheitsphase dem Stupor folgte, während später noch für lange Zeit ein eigentlich läppisches Wesen bestand.

Fall 9. L. K., 21 jähriger Heizer. In der Klinik vom 16. 8. bis 1. 10. 1907. Grossvater mütterlicherseits Psychose. Pat. war lustig, fleissig, gut gelitten, lernte auf der Schule gut, zeigte keine Sonderbarkeiten. Später auf Baugewerkschule: Betragen nicht ohne Tadel, wegen Schlägerei verwiesen, Leistungen kaum genügend. Bei der Marine häuften sich allmählich Arreststrafen. Er war träge, unter Kameraden als roh bekannt. Am 27. 7. 07 wegen ungebührlichen Benehmens zu 14 Tagen strengen Arrests verurteilt. In der Nacht vom 5./6. 8. in Arrest tobsüchtige Erregung, dann Stupor mit Reaktionslosigkeit, plötzlich impulsive Attacke auf Vorgesetzte. Im Lazarett nickte er bei Klagen nach Kopfschmerz, sonst bleibt er stuporös. Isst und trinkt wenig. Regelmässige Stuhl- und Urinentleerung. Auch die jetzt bestehende Teilnahmslosigkeit wird oft willkürlich gezeigt, wenn er durch irgend eine Sache nicht gestört sein wollte. Am 10. 8. liegt K. noch mit stierem Gesichtsausdruck zu Bett, reagiert auf Anruf nicht, gibt keine Antwort, bewegt sich nicht spontan. Verhält sich bei Sensibilitätsprüfung völlig „passiv“. Am 12. 8. scheint er etwas regssamer, reagiert durch Kopfbewegungen, streckt auf Verlangen die Zunge vor. Am 14. 8. beginnt er mit seinem Nachbar zu sprechen, singt und

stösst unartikulierte Laute aus. Am 18. 8. zeigt er eine eigentümliche Euphorie; er benimmt sich „albern“, grüßt bald mit der linken, bald mit der rechten Hand militärisch, steckt sich ein Bild aus einer Chokoladentafel wie einen Orden an die Brust, spricht dabei nicht, sondern macht Schwimmbewegungen, wenn man ihn etwas fragt. Durch Gesten gibt er zu erkennen, dass er die Frage versteht. Am Nachmittag wirft er grundlos mit einem Glas nach einem anderen Kranken. Verlegt in die Klinik.

Bei Aufnahme Stupor, gesenkter Kopf, „blöder“ Ausdruck, gibt nach einigem Zögern die Hand, sieht fragend den Arzt an, als er die Zunge zeigen soll, deutet auf den Mund, zeigt dann die Zunge. Blödes Lachen, Mutismus. Wird alsbald elektrisiert. Stupor damit beseitigt, Sprache wieder hergestellt. Auf der Station zeigt er ein affektiert läppisches Wesen, duzt die Aerzte, gibt aber geordnete Auskunft. Will nicht gesprochen haben, weil man ihn für einen Simulanten gehalten habe. Zeigt aber keine rechte Erinnerung an die erste Zeit im Lazarett. Anfangs noch etwas schwerbesinnlich im Antworten wird er zusehends lebhafter, redselig. Lachend behauptet er, sich komisch zu fühlen, werde wohl nicht mehr lange leben.

Aus dem Status somaticus ist bemerkenswert: Empfindlichkeit des Schädels, Fehlen der Rachenreflexe, starke Pulsbeschleunigung, keine Sensibilitätsstörung. Behauptet selbst, sehr reizbar zu sein.

Kurzer Auszug aus der weiteren Krankengeschichte:

17. 8. Witzeln, affektiertes Gerede, Renommieren, läppische Heiterkeit. Bewusstsein klar.

20. 8. Gleichmässig vorlautes, albernes, heiteres, erregtes Wesen. Drohungen.

1. 9. Mischt sich vorlaut in alle Unterhaltungen, macht sich über andere Kranke lustig. Will, dass sein Schädel wegen der Kopfschmerzen angebohrt werde.

5. 9. Lärmvoll, läppisch, anmassend, ärgert Pfleger, bedroht Kranke.

8. 9. Entweichung. Schnell wieder eingeholt. Brüllt, wird gewalttätig.

Auch in der nächsten Zeit fast dauernd reizbar, erregt, zuweilen gewalttätig, schlägt Scheiben ein. Zeitweise starker Rededrang, spricht ohne Unterbrechung in läppischer Weise. Insultiert später Kranke in schamloser Weise. In der letzten Zeit etwas ruhiger, schniedet hinter dem Rücken des Arztes Gesichter.

K. hält sich dann vom 12. 5. bis 29. 6. 1908 in der Provinzialanstalt zu G. auf. Er zeigt dort ein renommiersüchtiges und ungeniertes, zeitweise auch reizbares und unsoziales Wesen, aber keinerlei Symptome einer Psychose. Die Intelligenzprüfung ergibt gar keine schlechten Resultate. Gegenüber dem früheren Lazaretaufenthalt gibt er Amnesie an; er glaube chloroformiert worden zu sein.

Später hielt er sich einige Jahre bei seinem Vater auf, überwarf sich dann mit diesem, arbeitete unregelmässig, hatte überall Schlägereien, ging nach Amerika. Dort soll er zwar ein sonderbares Wesen zur Schau tragen, aber doch regelmässig arbeiten.

Das symptomatologische Interesse gewinnt der Fall dadurch, dass sich in den Stupor eine kurzdauernde Phase von läppischer Exaltation mit kindisch-albernen Wesen und affektierten kindlichen Handlungen (Papierorden) einschiebt, während doch, worauf schon die später in der Provinzialanstalt angegebene Amnesie hinweist, das Bewusstsein Störungen zeigte. Das Zustandsbild gleicht völlig dem der Moria, die Fürstner und Raecke vor allem im postepileptischen, seltener im hysterischen Dämmerzustand beobachtet haben. Die Rückbildung der gesamten Persönlichkeit in ein frühes kindliches Stadium ist hier wohl noch nicht ausgesprochen genug, um die Bezeichnung des Puerilismus oder Infantilismus als passend zu erachten. In später zu besprechenden Fällen werden typischere Bilder dieses Zustandes noch Erwähnung finden. Es erscheint mir freilich fraglich, ob es sich, wie Sträussler meint, zwischen Moria und Puerilismus um wesensverschiedene Formen und nicht bloss um graduelle Unterschiede eines gleichartigen Prozesses handelt. Ganz anders als diese autosuggestiv bedingte Moria ist das lärmvolle alberne Wesen zu deuten, das nach der Beseitigung des Stupors bei völlig klarem Bewusstsein noch für lange Zeit vorherrschte. Hyperthymie, Rededrang, Witzelsucht, vorlautes Einmischen in fremde Gespräche erzeugten ein fast manisches Zustandsbild, das allerdings dauernd eine besonders läppische Färbung zeigte. Man gerät in Versuchung, geistige Defekte einer fortschreitenden hebephrenen Erkrankung anzunehmen, wenn man neben der läppischen Erregung an ganz unmotivierte schamlose Angriffe auf andere Patienten (wollte den Kranken seinen Penis in den Mund stecken) denkt. Aber es handelt sich sicher nicht um eine progressive Erkrankung; nach der Entlassung schwinden die krankhaften Symptome ganz und eine spätere Beobachtung erweist nur eine psychopathische Artung mit einer allerdings dauernden Tendenz zu renommiersüchtigem, etwas albernen, unverträglichem, reizbarem Wesen, während schon vorher beim Militär die Rohheit und Faulheit aufgefallen waren. Die läppische Erregung stellt sich somit nur als eine pathologische Steigerung konstitutioneller Anomalien dar, die noch nach dem Schwinden der Bewusstseinstrübung, nachdem durch die Erkrankung das Seelenleben aus dem Gleichgewicht gebracht war, eine Zeitlang persistierten. Darauf, dass bei depravierten Individuen auch Handlungen, die wir sonst nur bei Defektzuständen oder schweren Bewusstseinstrübungen zu beobachten gewohnt sind, verständlich sind, hat wohl zuerst Wernicke hingewiesen, der allerdings vor allem Unsauberkeiten meinte; Raecke fand dies bei einem Strafgefangenen im hysterischen Stupor bestätigt. Noch widerlichere Handlungen degenerierter Individuen sollen sogar in Simulationsabsicht ausgeführt sein (Berichte von Liepmann,

v. Wagner, zit. nach Raimann). Der vorliegende Fall bietet ein weiteres Beispiel für solche widerliche Handlungen auf degenerativer Basis bei nicht gestörtem Bewusstsein, nicht progressiver Erkrankung. Nicht uninteressant ist es, dass die degenerative Artung sich hier erst in der Pubertät recht manifestierte; es besteht aber kein Anlass, die Diagnose hiernach zu ändern.

Rein praktische Gründe bestimmen mich jetzt, einige Erkrankungen anzuschliessen, die während der hiesigen Beobachtung das Bild des „hysterischen Stupors“ in ausgesprochenem Masse zeigten, aber wiederholt zum Teil zu weit auseinanderliegenden Zeiten erkrankt waren bzw. nach Entlassung aus der Klinik erkrankten. Das klassische Bild eines mehrfach rezidivierenden Stupors bietet

**Fall 10.** W. A., 25jähriger Kaufmann. In der Klinik vom 6. 3. bis 9. 3. 1909. Anamnese von verschiedenen Familienangehörigen, aus anderen Krankengeschichten. Vater hat immer leichtsinnig Geld vertan; eine Kusine „wahn-sinnig“ in Anstalt. Älteste Schwester leidet an periodischem Wahnsinn, ein Bruder unordentlich, erschien beim Militär nicht ganz normal, ein anderer Bruder leichtsinnig, viel bestraft. Pat. selbst hatte Zahnkrämpfe. Stand, wenn er als Kind geschlagen wurde, oft stundenlang wie stupide da. Lernte auf Schule (Realschule) nicht gut, kam nur bis Tertia. Bettlägerig. Schreckt nachts leicht auf. Potus. Mehrfach betrunken. Missgestimmt. Als Kind von 8 Jahren Krämpfe. Stets aufgereggt und nervös. Wutzustände angeblich mit Halluzinationen, Selbstgesprächen, ziellosen Wanderungen. Die Erregung dauerte Tage und Wochen, in der Zwischenzeit verdiene Pat. genug. Zahlreiche Paletot-diebstähle. Unstetes Leben. Aus der Haft kam er 1904 in Anstalt H. Nach dortiger Krankengeschichte ausgesprochener Stupor mit Hemianästhesie. Anfangs ängstliches Wesen, später kindliche Sprache. Allmähliches Abklingen mit Amnesie für Haft und Straftat. 1907 ebenfalls kriminell, Zustand von ängstlicher Hemmung und Spannung, der kürzere Zeit dauerte.

Am 26. 2. 1909 kauft er im Laden Lackschuhe, macht hierbei durchaus normalen Eindruck, verlässt unbemerkt den Laden, wird eingeholt, der Polizei übergeben. Im Polizeigefängnis lacht und weint er durcheinander, beantwortet Fragen in Pausen, will sich der Straftat nicht entsinnen. Wird erst entlassen, am 3. 3. verhaftet. In Untersuchungshaft versinkt er alsbald in Stupor, verweigert die Nahrung, spricht nicht, macht scheuen und ängstlichen Eindruck, setzt allen passiven Bewegungen Widerstand entgegen, ist unempfindlich gegen Nadelstiche. Auffallend weite, schwach reagierende Pupillen, erheblich gesteigerte Kniestreflexe.

Kommt am 6. 3. abends in die Klinik in starrer Haltung, Oberkörper nach hinten, blasses, sehr ängstlich gespanntes Gesicht mit starrem Gesichtsausdruck. Weite Pupillen, kurzes Atmen, Reaktionslosigkeit. Geht widerstrebend mit, wird zusehends ängstlicher, Tränen treten ins Auge, fixiert nicht. In der Nacht soll er gut geschlafen haben. Am 7. 3. gleich regungslos, gegen Aufforderungen

reaktionslos, fängt nur schneller zu atmen an. Seltener Lidschlag. Wird unter leichtem Widerstreben ins Untersuchungszimmer geführt, blickt starr in die Ferne, allmählich treten Tränen ins Auge. Auf Fragen, warum er weine, steigert sich das Weinen; Zucken um den Mund. Schluchzen. Schliesslich steht er auf, sucht aus der Tür zu entweichen. Versucht zu sprechen, ohne etwas herauszubringen. Körperlich nichts Abnormes bis auf leichte Pupillendifferenz, totale Analgesie. Am Septum wird durch Stiche Lidschlag ausgelöst. Zustand am nächsten Tage unverändert, starrer Blick in die Ferne, kurzes, ängstliches Atmen. Verrichtet seine Bedürfnisse selbst, isst, wenn Speisen vor ihm hingestellt werden. Nachmittags weniger ängstlich. Am 9. 3. noch stumm, aber im Wesen freier, fixiert, befolgt Aufforderungen. Auf Fragen füllen sich die Augen mit Tränen. Er wird mit Einwilligung der Polizei nachmittags von Verwandten abgeholt.

Am 5. 4. 1909 wird A. in einer anderen Stadt wieder verhaftet, nachdem er von einem Dienstmädchen wegen im Oktober 1908 begangener raffinierter Beträgereien angezeigt war. Er befand sich im Theater, hatte dem einen der Mädchen kurz vor der Verhaftung noch einen Teil des Geldes mit der Bitte, ihn nicht zu melden, wiedergegeben. Bei der Sistierung fand sich bei ihm ein Gerichtsbeschluss, wonach gegen ihn vor Jahren ein Strafverfahren wegen Geistesschwäche eingestellt war. A. machte sofort nach Verhaftung einen ängstlichen Eindruck, fragte „dauernd“, ob er nicht geschlagen werden solle, gab sonst keine Antworten, zeigte ein starres Wesen. Der Anstalt F. überwiesen. Dort Mutismus, geht mit steifen, manirierten Schritten, bleibt gehemmt, ängstlich, weinerlich, reagiert auf keine Frage, kommt Aufforderungen zögernd nach, muss entkleidet werden. Somatisch Analgesie. Schlafst ohne Unterbrechung. In den nächsten Tagen steif halb aufgerichtet im Bett, ängstlich; lässt sich mit Mühe Nahrung einflossen. Allmählicher Stimmungsumschlag, vergnügtes Lächeln, dabei Mutismus. Später euphorisch-läppisch, dann plötzlich gesprächig. Ohne Affekt werden Beeinträchtigungsideen geäussert. Gegen Straftaten Amnesie. Während er ruhig, geordnet, zuweilen etwas läppisch ist, wird er einmal im Untersuchungszimmer bei Exploration starr, bleibt eine Zeitlang unzugänglich. Später ist er geordnet, berichtet über die Straftaten. Am 22. 8. wird er gebessert entlassen.

Nach Bericht des Vaters 1912 soll er oft ein kindisches, bisweilen ein apathisches Wesen zeigen, gegen jedermann misstrauisch sein, außerdem an Einbildungen leiden, z. B. dass ihm vergiftete Speisen vorgesetzt werden.

Namentlich der letzte, in F. gebotene Zustand illustriert hier gut die Ähnlichkeit, die die „hysterische“ Hafterkrankung mit „katatonen“ Bildungen haben kann, und die Schwierigkeiten, die der Diagnose entstehen können. Es ist fraglos, dass nach dem Verlauf — Wechsel zwischen fast totaler Sperrung, manirierten Bewegungen, Stereotypien (Einnahme steifer Stellungen), Schwierigkeiten in der Nahrungszufuhr und dem folgenden läppischen Agitationsstadium, das durch die Inkongruenz zwischen den geäusserten Beeinträchtigungsideen und der gleichzeitigen eupho-

schen Stimmung seine besonders ominöse Note zu haben schien — bei einem nicht kriminellen Kranken die Annahme einer katatonen Erkrankung am nächsten liegen musste. Und nach dem katamnestischen Bericht des Vaters, nach welchem bisweilen vorkommende Halluzinationen, Kindereien, zeitweise Apathie zurückgeblieben sein sollen, schiene diese Annahme beinahe ihre Bestätigung finden zu sollen. Und doch unterliegt es, wenn man den ganzen Lebenslauf durch Jahre hindurch verfolgt, meiner Meinung nach keinem Zweifel, dass es sich stets nur um transitorische, gleichsam der Not entspringende Psychosen eines degenerativen Individuums gehandelt hat. Von früher Jugend an zeigt der aus schwer belasteter Familie stammende Kranke erhebliche Anomalien auf den verschiedensten Gebieten des Seelenlebens. Schon als Kind fast unerziehbar, gerät er bald in die Laufbahn des Verbrechers; sobald man ihn unbeaufsichtigt lässt, beginnt er raffinierte Beträgereien. Wird er gefasst, so erfolgt prompte Reaktion mit geistiger Erkrankung, die mehrfach ein deutliches katatonen Bild zeigt, aber in günstigerer Situation prompt abheilt. Im dritten Krankheitsschub kommt er in die Klinik, noch im Stupor wird er auf Drängen der Angehörigen entlassen, er vermag ausserhalb der Klinik sich unbeaufsichtigt in einer ganz unauffälligen Weise zu benehmen, kurze Zeit schon nach der Entlassung aus der Klinik versucht er im Theater ein von ihm betrogenes Mädchen auf ganz raffinierte Weise von einer Anzeige zurückzuhalten, er wird trotzdem angezeigt und verhaftet, und fast in demselben Moment stellt sich der schwere Stupor mit allen Begleit- und Folgeerscheinungen wieder ein, um nach längerem Aufenthalt in einer Anstalt wieder zum Mindesten einer so erheblichen Besserung Platz zu machen, dass ein völlig geordnetes Verhalten wieder eintrat. Wenn bei einem solchen ganz ausschliesslich an die Situation gebundenen Krankheitsverlauf mit stetiger Tendenz zur Wiedergenesung innerhalb einer Krankheitsphase noch so viel perniziöse Symptome auftreten, ja wenn innerhalb des psychotischen Stadiums selbst ein völliger Zerfall der Persönlichkeit eingetreten zu sein scheint, so hiesse es doch mit Gewalt den wahren Sachverhalt erkennen, wenn man eine katatonische Erkrankung, für die man — wenn auch vorläufig noch hypothetisch — eine organische oder autotoxische Grundlage annimmt, diagnostizieren wollte. Auch die katamnestischen Mitteilungen des Vaters dürfen uns da nicht stutzig machen; wir vermögen zunächst gar nicht zu erkennen, was für Erwägungen vielleicht den Vater in der Abfassung seines Berichtes geleitet haben. Aber selbst wenn diese Angaben im wesentlichen stimmen sellten, so würde man bei der degenerativen Grundlage des Kranken manche Wesenseigentümlichkeiten verständlich finden, die man sonst bei „Dementia praecox“-Kranken zu

sehen gewohnt ist. Selbst die scheinbare „Apathie“ hat nichts so Ueberraschendes, wenn man an die konstitutionellen von Kindheit an bestehenden Reaktionen des Kranken auf dysphorische Reize, das stundenlang stumpfsinnige Dasitzen des Kindes nach einer Ermahnung denkt.

Ich meine aber, dass auch im Verlauf der letzten so sehr katatonieähnlichen Erkrankung auch ohne Kenntnis der Vorgeschichte einige Punkte die Diagnose hätten erleichtern können. Verdächtig musste jedenfalls die prompte Erkrankung im Anschluss an eine Verhaftung sein, verdächtig das schriftliche Dokument für seine krankhafte Artung, das der Kranke so bedeutsam in seiner Tasche mit sich trug. Beachtenswert im Stupor war der übrigens schon bei früheren Erkrankungen charakteristisch hervortretende starke Affekt der ängstlichen Erwartung, wichtig, dass auch im tiefen Stupor der Kranke sich erhob, um seine Bedürfnisse zu verrichten, also Sorge für seine vegetativen Funktionen trug. Die phantastisch und aufdringlich vorgebrachten Halluzinationen, die später folgten, rückbleibende Amnesie gegen die Straftaten, später deutliche Suggestibilität, die sich darin zeigte, dass aus völlig geordnetem Verhalten heraus eine unangenehme Exploration erneut Hemmung nach sich zog, konnten weitere Fingerzeige für die Diagnose abgeben.

Von Interesse ist dieser Fall auch darum, weil hier die Wichtigkeit eines ätiologisch wirksamen Willens zur Krankheit wohl keinem Zweifel unterliegen kann. In der Freiheit unauffällig, erkrankt der Mann 4 mal, jedesmal, wenn ihm Unannehmlichkeiten, denen er sich zu entziehen wünscht, drohen. Unter solchen Umständen liegt auch natürlich der Verdacht nahe, dass alle Erkrankungen willkürliche Produkte darstellen. Aber es ist jedenfalls höchst unwahrscheinlich, dass man mit der Annahme einer einfachen Simulation das wiederholt gebotene schwere Krankheitsbild mit dem Ergriffensein der Irisinnervation, der schweren Analgesie, dem ungekünstelt ängstlichen Affekt u. a. ausreichend erklärt. Eine Umsetzung des Krankheitsversuches in automatisch ablaufende krankhafte Vorgänge hat wohl zweifellos stattgefunden; die psychopathische Grundlage macht das hinreichend verständlich. Es ist für das Verständnis der Erkrankung vielleicht nicht unwichtig, dass, wie die oben erwähnten Reaktionen des Kindes auf Bestrafungen zeigen, in der Individualität schon gerade eine Tendenz auf unangenehme Erlebnisse mit allgemeiner Hemmung oder Apathie zu reagieren, liegt.

Differentialdiagnostisch gegenüber Katatonie viel einfacher liegt der folgende Fall.

Fall 11. J. S., 23jährige Plätterin. In der Klinik vom 20. 5. bis 27. 7. 1911. Nur von der Kranken Anamnese bezüglich Kindheit zu erlangen, da alle Nachforschungen nach Angehörigen erfolglos. Mutter soll nervenkrank

sein. Behauptet, selbst viel an Kopfschmerzen gelitten zu haben, nervenleidend gewesen zu sein. 4 mal wegen Diebstahls, einmal wegen Betruges vorbestraft. Oktober 1910 Lues. Jetzige Straftat: mehrere raffiniert ausgeführte Beträgereien (Oktober 1910). Behauptet bei Verhaftung, sich in Hautklinik haben aufnehmen zu lassen (in dieser Klinik nichts bekannt). Wollte unbestraft sein, ausserdem lungenkrank, unterleibskrank und fast blind sein. Ueberwiesen der Hautklinik, von wo sie entwich. In H. verhaftet, Tobsuchtsanfälle. Kam in eine Anstalt. Dort bietet sie einen ausgesprochenen Verwirrtheitszustand, will „von ihrem Fiete“ kommen, weint ohne Affekt, eigenartige Pseudovisionen. Innerhalb 14 Tagen klar geworden, gibt z. T. bewusst falsche Angaben. In Untersuchungshaft zurück. Bald darauf erneuter tobsuchtsartiger Zustand, verfällt dann in einen „hysterischen Dämmerzustand“, befolgte Aufforderungen nur unvollkommen und langsam unter beständigem leisem, unverständlichem Sprechen, starr maskenartiges Gesicht. Fehlen von Konjunktival- und Würgreflex. 3 Tage später (22. 12.) lässt die Hemmung nach; weinend, ängstlich behauptet sie, ihren Vater zu hören. Im Verlauf von etwa 14 Tagen wird Pat., ohne dass Haft unterbrochen wird, völlig klar. Bei den folgenden Vernehmungen durch Untersuchungsrichter benimmt sie sich geschickt, sucht andere zu verdächtigen, z. B. ihre Wirtin, die sie zum Stehlen verlockt habe. Sie wiederholt dies in einem langen, sich zum Teil widersprechenden Schreiben, in welchem sie ihre Hauswirtin auch verdächtigt, sie zur Unzucht verleitet zu haben. Sie bittet auch um einen Rechtsanwalt, da sie sehr nervenleidend sei und an Schmerz und an epileptischen Anfällen leide, sie sei schon wiederholt in Irrenhäusern gewesen, höre immerfort Stimmen und sehe grässliche Sachen.

In der Hauptverhandlung zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt. Mildernde Umstände bewilligt, da den Angaben der Angeklagten, aus Not gestohlen zu haben und an hysterischen Anfällen zu leiden, Glauben geschenkt wurde. In einem langen geschickten Briefe, in dem sie wieder ihre Wirtin verdächtigt, und betont, dass sie nervenleidend sei und vielleicht auch die Taten in krankhaftem Zustand verübt habe, legt sie Revision ein, wiederholt das mehrfach, ihre Briefe zeigen dabei nichts Querulatorisches, dagegen Gewandtheit und immer eine Tendenz, andere zu verleumden. Als die Revision vom Reichsgericht aus formellen Gründen verworfen wird, beruhigt sie sich; sie tritt ihre Gefängnisstrafe in N. an am 2. 3., bietet anfangs nichts Auffälliges, arbeitet. Unterdessen wird ein neues Verfahren wegen früherer Beträgereien in R. gegen sie eingeleitet.

Am 8. 5. 11 bricht plötzlich ein tobsüchtiger Erregungszustand aus; sie zertrümmert Fensterscheiben, versinkt dann ziemlich schnell in Stupor. Am 17. 5. wird berichtet, dass sie seit einigen Tagen Nahrung und Trinken verweigert. Auf der Fahrt nach der Klinik ging sie willenlos mit.

Am 20. 5. nachmittags Aufnahme in die Klinik. Apathisch ins Weite starrend. Wie willenlos auf Abteilung folgend. Verträumt leise ihren Namen nennend. Am Arzt vorbeistarrend; der ganze Körper regungslos, Augen füllen sich mit Tränen, die Pat. ruhig herablaufen lässt. Erhobene Gliedmassen

sinken langsam herab. Puls 80, Atmung etwas tief. Keine Kongestionen. Bedrückter Ausdruck. Analgesie. Bei kräftigen Stichen ins Septum leichtes Blinzeln. Keine Reaktion auf Drobbewegungen und plötzliches Erschrecken. Manchmal flüstert sie „Vater“. Ergreift plötzlich Hand des Arztes, lässt sie wieder los, flüstert mit monotoner Stimme: „das bist du ja doch nicht, du“, beginnt zu schluchzen. Später flüstert sie nach dem Fenster zu: „Brauchst doch nicht immer nachlaufen, du“, sieht dann gespannt auf den Fussboden: „Nimm das weg, du, mir ist bange“. Sonst nichts Besonderes. Nach Fortgang der Aerzte beginnt sie zu Pflegerinnen zu sprechen, beantwortet Fragen in natürlicher Weise, behauptet, 8 Tage elektrisiert worden zu sein.

Am 21. 5. begrüßt sie Arzt in natürlicher Weise, klagt in bekümmter Weise über Vorderkopfschmerz, behauptet von Haus gekommen zu sein. Sie bleibt in den nächsten Tagen zeitweise leicht gehemmt, ist aber orientiert, stets angeblich amnestisch gegen Zeit des Gefängnisses, behauptet bald von Haus, bald aus der Augenklinik zu kommen. Kommt die Rede auf Zeit des Gefängnisses, steigt der Puls an, das Gesicht rötet sich. In affektiertener Weise klagt sie zeitweise über halluzinatorische Erlebnisse, das Benehmen ist oft geziert. Später gibt sie zu, im Gefängnis gewesen zu sein. Den Juni über klar, aber häufig in affektiertener Weise vorgebrachte hypochondrische Klagen, Stimmungsschwankungen, gedrückte Stimmung, die sich auf Visitenzeit beschränkt. Behauptet, im Gefängnis geschlagen zu sein. Nach einem missglückten Fluchtversuch (26. 6.) überaus wehleidig, Kopfschmerz, spricht mit dem Arzt nicht. Die Gefühlsstörung ist bis auf eine allgemeine leichte Hypalgesie verschwunden. Am 8. 7. gerät sie wieder in Stupor, als sie zufällig hört, dass sie wieder ins Gefängnis soll. Leichter Negativismus, gezwungene beschleunigte Atmung, Analgesie. Der Stupor löst sich in wenigen Tagen. Am 25. 7. geheilt ins Gefängnis zurück.

Angaben, in der Irrenanstalt S. gewesen zu sein, durch Nachfrage nicht bestätigt.

Pat. benimmt sich während der folgenden Strafzeit und einer weiteren von 2 Monaten Dauer unauffällig. Weitere Nachforschungen nach ihrem Verbleib erfolglos.

Sind auch im vorliegenden Fall einwandfreie Angaben über Heredität und Kindheit leider nicht zu erzielen gewesen, so lassen sich doch sehr charakteristische Charakterzüge auffinden. Ungewöhnliche Suggestibilität im Sinne des Krankheitswillens, d. h. eine Beeinflussbarkeit, welche geradezu zweckmäßig ebenso schnell zu Krankheiten führt wie dieselben beseitigt, Neigung zu hypochondrischen Klagen, die mit grosser Wehleidigkeit geäussert werden. Stimmungsanomalien gekünstelten Gepräges, ferner eine in jeder Situation hervortretende, durch lebhafte Phantasietätigkeit gestützte Tendenz zu (bewussten und pathologischen?) Lügen, Verleumdungssucht, dabei ungestörte Intelligenz sind die hervorstechendsten Eigenschaften: Es ist eine hysterische Persönlichkeit, wie Raimann, Siemerling u. a. sie geschildert haben, alle Krankheits-

äusserungen sind unmittelbar dem hysterischen Grundzustand aufgepfropft und es erhebt sich eigentlich nur die Frage, was überhaupt von den krankhaften Erscheinungen hier echt ist. Die Frage ist umso mehr berechtigt, als man auf Schritt und Tritt Ausreden und Lügen begegnet und die einzelnen kurzen Krankheitsphasen von einer geschickten Person auch vielleicht vorzutäuschen wären. Und doch glaube ich nicht, dass es einer von den Fällen ist, in denen wir, wie Raimann sagt, die „bewusste von der unbewussten Simulation“ nicht unterscheiden können, doch meine ich, dass bei der ausgesprochen hysterischen Grundlage, den zahlreichen Erkrankungen, die auch trotz praktischer Erfolglosigkeiten auf unangenehme Reize hin immer von neuem wieder aufraten, der Schwere des mit fast totaler Analgesie verbundenen Stupors auto-suggestiv-psychotische Zustände wenigstens teilweise vorgelegen haben. Aber ausser der Oberflächlichkeit der Erkrankungen, die sich in dem prompten Verschwinden des Stupors nach Ueberführung in die Klinik äussert, erkennen wir wie im vorigen Fall wieder sehr deutlich den stets krankheitsbestimmenden Einfluss eines Wunsches; es handelt sich um eine richtige Zweckpsychose (Raimann), die immer dann auftritt, wenn die Kranke einer bestimmten Situation zu entgehen sucht, der Untersuchungshaft, einem erneuten Strafverfahren, der Rückkehr in das Gefängnis.

Es ist so auch vielleicht kein Zufall, dass auch da, wo wir bewusste Simulation nicht anerkennen, gerade bei ethisch depravierten Individuen gern ein Rezidivieren psychischer Störung vorkommt. Der folgende Fall, über den ich nur ganz kurz berichte, ist ein weiteres Beispiel:

**Fall 12.** K. W., 35jähriger Koch. In der Klinik vom 8. 6. bis 29. 6. 1910. Hereditäre Entwicklung unbekannt. Neunmal Vorstrafen (Diebstahl, Gefangenbefreiung, schwere Körperverletzung, Zuhälterei, Kuppelei). Seit Jahren arbeitscheu, Zuhälter.

1905 erste Erkrankung, als er nach einer Strafverbüssung ins Arbeitshaus sollte. Nach Krankengeschichte der Irrenanstalt G. und des Krankenhauses E. tagelang anhaltende Starre mit ad maximum weiten Pupillen. Sterotypien, später skandierende Sprache, nach Ueberführung in die Anstalt Lösung des Stupors, Entweichung.

Am 1. 6. 1910 wegen Zuhälterei zu 2 Jahren 6 Monaten Gefängnis verurteilt. Unmittelbar nachher Depression, hernach Tobsuchtsanfall mit Beeinträchtigungsideen („da kommen die Mörder“), dann scheu, ängstlich, vom 6. 6. ab Stupor, Abstinieren. Bei der Aufnahme völlige Akinese, nachmittags einige Antworten, ratloses und ziemlich gesperrtes Wesen. Totale Analgesie, während Pinselberührungen empfunden werden. Schädel empfindlich. Nerven druckempfindlich. Verstummt bei Fragen nach der Straftat. Beginnt ziemlich

bald wieder zu essen. Bleibt einige Tage abweisend, gereizt, orientiert sich, Sperrung schwindet, paranoider Komplex einige Tage. In wenigen Tagen ganz frei. Normales Antworten. Amnesie bleibt für die Zeit nach Urteilsverkündigung. Will sich in Isolierhaft viel Gedanken gemacht haben. Am 29. 6. geheilt ins Gefängnis.

Am 16. 9. kommt er ins Gefängnis, beginnt bald zu querulieren, weit-schweifige Eingaben an den Staatsanwalt, Schimpfereien. Wirft dem Staatsanwalt vor, einen anderen Bräutigam für seine Braut zu haben, verlangt sein Recht. Mehrfache Erregungszustände, demoliert die Zelle. In eine Anstalt gebracht, dort anfangs starr vor sich hin sehend, langsame Schritte, desorientiert, Hypalgesie. Später keine Bewusstseinstrübungen. Phantastische Schilderungen, dauernde Reizbarkeit, die sich mehrfach in Erregungen entlädt, während die paranoiden Ideen schwinden.

Der ätiologisch wirksame Krankheitswille ist hier, wo sich die psychische Störung unmittelbar an den Affektshock der Verurteilung anschliesst, weniger durchscheinend als in den vorigen Krankheitsfällen. Der Situationswechsel wirkte (wie schon in einer vorangehenden Erkrankung) sehr günstig: die Intensität des Stupors ging prompt zurück, und namentlich schwand schnell die Abstinenz. Von symptomatologischem Interesse ist weiterhin die nach völliger Abheilung des Stupors in Strafhaft auftretende paranoid-querulatorische Psychose, in die ausser Erregungszuständen auch hysteriforme Phasen von Bewusstseinsstörung und Desorientierung eingeschoben waren, ähnlich wie bei zahlreichen von Birnbaum beschriebenen Fällen. Dass diese beiden Formen von „Haftpsychosen“, in enger Verwandtschaft zu einander stehen, muss Birnbaum zugegeben werden; der vorliegende Fall zeigt es auch darin, dass schon nach Lösung des Stupors ein umgrenzter paranoider Komplex auftaucht, die Idee, vom Staatsanwalt absichtlich verfolgt und niedergedrückt zu werden, also eine Vorstellung, welche so häufig bei Strafgefangenen sich entwickelt und sich auch hier in der Strafhaft wieder ausbildete.

Im vorliegenden Falle begegnet uns auch das Gansersche Symptom zur Zeit der beginnenden Lösung des Stupors in ausgesprochenem Maasse. Bei noch stark gehemmtem Wesen, totaler Analgesie, wurde ein Bleistift als „Stück Holz“, ein Tintenfass als „Stein“ bezeichnet.  $2 \times 2 = 6$ ,  $3 - 1 = 8$  gerechnet, falsch gezählt usw., während dazwischen auch gelegentlich, allerdings erst nach langem Besinnen, einzelne Rechenaufgaben richtig gelöst wurden. Hierin ähnelt der Kranke also z. B. dem ersten der von Raecke beschriebenen Stuporen, dem Jungschen Fall von hysterischem Stupor u. a., und zeigt uns schon, dass man nicht, wie Löwenstein wünscht, eine prinzipielle Scheidung zwischen Stuporen und Ganserzuständen machen kann. Be-

wusstseinsstörung und Amnesie waren in den bisher beschriebenen Stuporen zum grossen Teil ebenso ausgesprochen wie in den nun folgenden „Dämmerzuständen“.

Die Verwandtschaft zum Stupor zeigt sich gut an dem folgenden Fall von Ganserschem Symptomenkomplex, in welchem zeitweise ebenfalls die Hemmung bis zum ausgesprochenen Stupor sich vermehrte:

**Fall 13.** F. Sch., 29jähriger Arbeiter. In der Klinik vom 9. 12. bis 27. 12. 1907. Heredität O. Angeblich im Alter von 6 Jahren einmal vom Boden gefallen und besinnungslos liegen geblieben, will auch selbst etwas geistig zurückgeblieben sein. Beim Militär hat er gedient. Bisher ist er fast unbestraft. Von zahlreichen Bekannten als gutmütig und ordentlich, von anderen als aufbrausend geschildert. Kein Potus. Unglückliche Ehe, schlug oft seine Frau, bedrohte sie, würgte sie einmal. Eifersuchtsideen, die nach Erhebungen nicht unmotiviert erscheinen. Die Ehefrau verliess ihren Mann häufig. Durch — begründete — Eifersucht und aus Aerger über Vernachlässigung des Kindes seitens der Ehefrau hochgradig erregt, schoss er am 23. 8. 1907 seine Ehefrau an, so dass sie kurz danach starb, brachte sich dann selbst eine schwere Schussverletzung bei (Bruch des Unterkiefers). Nach Heilung dieser Verletzung Untersuchungshaft, dort plötzlich erkrankt.

Bei der Aufnahme gehemmt, leicht widerstrebend, mutistisch, kurz danach befolgt er Aufforderungen sehr langsam, antwortet nach langer Ueberlegung. „Blöder“ Gesichtsausdruck, starres Wesen, lässt Speichel aus dem Munde laufen, beklagt sich über den „Kerl mit dem Stock“, der in der Ecke stehe und ihn verfolge, sieht auch 3 Kerle, die ihn verhauen wollen. Gegenstände falsch bezeichnet, oft als Stock. Zählt auf Erfordern: „1 . . , 10 . . . . , 1 . . . , 2“ hört dann auf. Bezeichnet Fibel als „Ding für die Kinder zum Spielen“. Somatisch keine Analgesie. Trippelnder Gang. Druckpunkte im Hypochondrium und auf Scheitel. Saccharum +. Fordert sich keinen Löffel, als ihm beim Abendessen keiner gereicht wird, trinkt die Suppe schliesslich. Am folgenden Tage liegt er regungslos im Stupor, spricht nicht. Urin zuckerfrei. 11. 12. Nach Faradisieren orientiert und geordnet. Bleibt dauernd in leicht gedrückter, weinerlicher Stimmung. Intelligenzprüfung ergibt keine Defekte. Behauptet manchmal an Schwindelanfällen zu leiden, gibt bereitwillig Auskunft über die Motive seiner Straftat. Vorübergehend enthält Urin wieder Zucker.

Am 8. 2. 1908 zu 3 Jahren Gefängnis verurteilt. Während Strafverbüssung führt er sich stets ordnungsgemäss, er macht einen etwas schwachsinnigen Eindruck. Wiederholte Anträge auf vorläufige Entlassung werden abgelehnt.

Die Entstehungsbedingungen dieser Psychose liegen sehr klar. Dass es bei dem bisher durchaus sozialen, nach langdauernden schweren Gemütserschütterungen offenbar in einer plötzlichen Affektaufwallung

zum Verbrecher gewordenen Mann, der gerade erst von einer schweren Selbstverletzung geheilt war, in der Einsamkeit der Untersuchungshaft zu einer Psychose kam, ist so verständlich, dass wir hier einem mitbestimmenden Krankheitswunsch wohl nur geringe Bedeutung beizumessen genötigt sind. Symptomatisch kann der Fall als ein Stupor bezeichnet werden, in den vorübergehend ein Zustand von etwas grösserer Lucidität, aber noch immer Hemmung und Schwerbesinnlichkeit mitbeängstigenden Gesichtstäuschungen (vielleicht nur illusionärer Art) und Danebenreden eingeschaltet ist. Ohne auf die vielbesprochene Genese des Vorbeiredens hier näher eingehen zu wollen, möchte ich nur darauf hinweisen, wie sehr nach dem hier gebotenen Zustande Denkhemmung und Haftenbleiben (Hey) an einem gefühlsbetonten Vorstellungskomplex an der Entstehung der falschen Antworten beteiligt sein können.

Ein weiteres Beispiel von anfänglichem Stupor, der nachher in einen Ganserschen Zustand überging, bot ein aus stark belasteter Familie stammender 22jähriger Matrose, der durch eine bis zur sinnlosen Wut sich steigernde Reizbarkeit und völlige Unerziehbarkeit von jeher ausgezeichnet war, 1907 nach einem Aerger (es schwebte aber auch in Zivil gegen ihn ein Strafverfahren) mit Apathie erkrankte, reaktionslos und negativistisch wurde, Urin retinierte, mehrfach dann sinnlose Tobsuchten bekam und bei Ueberführug in die Klinik einen typischen Dämmerzustand mit traumhafter Hemmung und totaler Analgesie zeigte, der mit rückbleibender Amnesie abheilte. Später längere Gefängnisstrafe, in deren Verlauf er eine kurzdauernde Psychose hatte. 1910 nach erneuter Klageverlesung enormer Erregungszustand mit nachfolgendem Stupor. Reizbarkeit und mürrisch-unzufriedenes Wesen blieben zurück.

Die enge Zusammengehörigkeit zwischen Stupor und Ganserzustand charakterisiert auch "gut der folgende Fall, in welchem zuerst ein aus Angst vor Strafverbüssung bedingter leichter Stuporzustand sich entwickelte, während kurz nach dessen Abheilung durch einen Alkohol-exzess ein typischer Ganserzustand ausgelöst wurde. Während der oben geschilderte Kranke (Fall 13) nach seinem Grundzustand wohl als erethisch Debiler bezeichnet werden konnte, liegt hier wieder eine ganz andere psychische Konstitution vor.

Fall 14. G. P., 42jähriger Geschäftsmann. In der Klinik vom 15. 10. bis 27. 10. und vom 31. 10. bis 19. 11. 1908. Autokatamnese März 1912. Mutter soll an Kopfschmerzen und Krämpfen, Schwester der Mutter an Krämpfen gelitten haben. Leidet selbst an Kopfschmerzen seit der Kindheit. In der Kindheit nach Aerger Wutkrämpfe, in denen er um sich schlug, später auch hinfiel. Von jeher reizbar, wurde schnell wütend. Will in der Schule schlecht

gelernt haben. Als Kind Taschendiebstahl, sonst keine Konflikte mit dem Strafgesetz. Kein unstetes Leben. Als Dragoner häufig wegen Kopfschmerzen im Revier, mehrfach disziplinarisch bestraft. Mehrere Unfälle beim Reiten, später wiederholt Unfälle, stets ohne Rentenansprüche, einmal beim Fensterputzen aus der ersten Etage, einmal auf Tenne gefallen. 1901 beim Fensterputzen mit der Leiter ausgerutscht, Gehirnerschütterung mit Bewusstseinsverlust (Unfall nicht rentenpflichtig). Seitdem verstärkte Reizbarkeit und Kopfschmerzen. In den ersten Jahren der Ehe öfters nach Aerger Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Einnässen, keine Zungenbisse. Will nur, wenn er sich ärgerte, getrunken haben; schon nach 5 Pfennig Schnaps völlig betrunken.

Am 14. 8. 1908 wegen eines anonymen beleidigenden Briefes, den er geschrieben haben sollte, zu 1 Monat Gefängnis verurteilt. Sofort danach war er zu Haus ganz verwirrt, wollte zum Fenster hinaus, sich aufhängen, wird in die Klinik gebracht.

Hier ratlos starr, gehemmt, abweisend, verträumt verschleierter Blick, fixiert nicht, bleibt im Gehen oftmals stehen, antwortet langsam auf Fragen, klagt über Bangigkeit, verkennt die Umgebung, glaubt in seinem Schlafzimmer zu sein, sieht tanzende Gestalten. Schmerzen bei Druck auf den Scheitel, empfindliche Narben. Hyperästhesie auf Kitzelreize, Hypalgesie gegen Nadelstiche. Druckpunkte sämtlicher Nerven Andeutung von Katalepsie. In den nächsten Tagen ruhig zu Bett, mangelhafte Spontaneität. Fragen nur zum Teil beantwortet. Will schon lange hier sein. In wenigen Tagen löst sich der Stupor ganz. Es bleibt Amnesie gegen die Zeit nach der Verurteilung, während die Erinnerung sonst keinerlei Defekte zeigt. Am 27. 10. wird er geheilt entlassen.

Am 31. 10. wird er morgens um  $\frac{1}{2}$  6 Uhr von einem Schutzmänn zurückgebracht, erkrankte plötzlich nach einem vorangegangenen Alkoholexzess (wieviel Alkohol unbekannt). Starker Foetor alc. Kriecht auf allen Vieren, schlägt um sich, ruft: „Ich habe doch gesiegt“, schlägt weiter um sich, ohne weiter zu sprechen. Hockt dann stöhnend, sich den Kopf reibend, auf der Matratze, versinkt in sich, wenn man ihn nicht aufrüttelt, macht einen benommenen, wie geistesabwesenden Eindruck. Gibt typische Ganserantworten. (Elektrische Lampe als Heizkörper, Uhr als Goldstück bezeichnend, will sechs Augen, ein Bein, vier Nasen haben.) Alle Antworten langsam, unter Stöhnen, dann ganz inadäquate Antworten, hierauf eine zeitlang Aufmerksamkeit gar nicht zu fesseln, dann wieder Danebenantworten, bei Aufforderung zu schreiben Kritzeleien. Lässt Urin ins Zimmer. Im Laufe der Unterhaltung wird er allmählich freier, fragt erstaunt: „Bin ich denn schon wieder in der Klinik?“, orientiert sich allmählich, will nicht wissen, wie er hierher gekommen ist. Schon nach 3 Tagen ist er frei von psychischen Störungen. Am 19. 11. geheilt entlassen.

Durch einen Vergleich mit dem Gegner wurde dann die Beleidigungsklage erledigt, so dass P. die Strafe nicht zu verbüßen brauchte. Soll seitdem nach Angabe der Frau manchmal wegen Kopfschmerzen und übergrosser Reizbarkeit gänzlich arbeitsunfähig sein. Nach Alkoholgenuss konfus. Trinkt nur, wenn

er Aerger hat. Im vorigen Jahr, nach einem Alkoholexzess, fiel er in ein Zimmer, dessen Fenster er putzte, demolierte die Gegenstände, begann mit dem hinzuendenden Portier eine Prügelei. Zeugenaussagen bei der Gerichtsverhandlung (14. 3. 12) ergaben, dass es sich höchst wahrscheinlich um einen pathologischen Rausch handelte.

Bei der Untersuchung am 9. 3. 12. klagte er über Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, erzählte in gewandter, eingehender, affektvoller, etwas wehmütiger Weise von seinem Vorleben. Rechenaufgaben löste er recht schlecht, Monate vor und rückwärts prompt bezeichnet. Es fand sich eine typisch hysterische Sensibilitätsstörung, welche die linke Seite der Brust, des Rückens, Kehlgegend und Gesicht einnahm. Sonst keine körperliche Störung. Schädel nicht empfindlich. Am Scheitel und im Gesicht mehrere Narben.

Bei einem von Jugend an in intellektueller und affektiver Beziehung etwas minderwertigen Individuum hat sich also hier durch mehrere schwere Schädeltraumata eine sehr erhebliche Verschlimmerung der psychopathischen Konstitution entwickelt, die sich namentlich in ungewöhnlicher Reizbarkeit und Alkoholintoleranz äussert. Die Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Einnässen lassen zunächst an Epilepsie denken; doch lässt sich diese Diagnose nicht halten, wenn wir die affektive Entstehung aller anamnestisch uns zur Kenntnis gelangter Anfälle und die in nichtpsychotischen Stadien hervortretende Leidsamkeit, die charakteristische Sensibilitätsstörung berücksichtigen. Es bleibt wieder die in diesem Falle etwas willkürliche Differentialdiagnose zwischen Hysterie und der Bratzschen Affektepilepsie; ich möchte mich aber nach dem letzten persönlichen Untersuchungsbefunde für die hysterische Konstitution des Kranken entscheiden. Der konstitutionell verschlimmernd wirkende Einfluss des Traumas ist um so bemerkenswerter, als keinerlei Rentenkämpfe dabei mitbeteiligt sind. In der Aetiologie des hier beobachteten Stupors spielt die Affektwirkung wohl wieder eine grosse Rolle; das Versinken in Stupor entspricht vollkommen den sonstigen häufigen Bewusstseinstrübungen, die nach unlustbetonten oder erregenden Ereignissen einsetzten und nur kürzere Zeit anhielten. Interessant ist es da zu sehen, dass bei diesem Mann kurz nach Abheilung des Stupors die pathologische Wirkung des Alkohols sich nicht, wie sonst so häufig bei pathologischen Räuschen, in blind-gewalttätigen Erregungszuständen,

kungen sprechen; ein späterer pathologischer Rauschzustand zeitigte, wie oben mitgeteilt, ein ganz anderes Krankheitsbild.

Das Gansersche Syndrom, das der Kranke bot, war ein ausserordentlich charakteristisches; es entstand auf dem Boden einer zweifellos schweren Bewusstseinstrübung und ausgesprochenen Denkhemmung; der Kranke, der, sich selbst überlassen, traumverloren vor sich hinstarrte, langsame Antworten gab, sich stöhnend an den Kopf fasste, bisweilen gar nicht reagierte oder mechanisch die vorgesprochenen Worte und Zahlen wiederholte, zeigte das gleiche Bild, wie es Raecke (Neurol. Zentralbl. 1902) als typisch für die Ganserkranken schildert. Da diese Erkrankungen schon von verschiedenen Seiten eine eingehende und sorgfältige Beschreibung erfahren haben, sogar monographisch behandelt worden sind, will ich auf die Mitteilung einiger weiterer hier beobachteter Ganserzustände verzichten. So häufig das Symptom des Vorbeiredens gerade bei Kriminellen ist, so braucht es natürlich nicht immer auch bei Suggestivfragen einzutreten. Ich übergebe daher auch die Krankengeschichte eines auf stark degenerativer Grundlage erwachsenen Verwirrtheitszustandes, der perakut bei der wegen einer ziemlich geringfügigen disziplinaren Verfehlung erfolgenden Verhaftung einsetzte. War hier auch Vorbeireden durch keine Frage zu erzielen, so handelte es sich doch im übrigen um das gleiche traumhafte ratlose Verhalten mit starker Hemmung, in welchem kindliche Angstvorstellungen charakteristisch hervortraten.

Eine etwas andere Färbung erhält das genetisch gleichwertige Zustandsbild, wenn an Stelle der traumhaften Benommenheit deliriöse Unruhe mit Beschäftigungsdrang einsetzt. Vorbeireden ist auch in diesem Zustande häufig. Beide Zustandsbilder können miteinander abwechseln, wie der folgende Fall zeigt.

Fall 15. L. N., 24jähriger Arbeiter. In der Klinik vom 2. bis 9. 11. 1911. Nach Bericht der Heimatsbehörden sind Psychosen in der Familie nicht vorgekommen. Die Familie erfreut sich keines besonderen Rufes, da die Brüder und der Vater N.'s als roh, ränkesüchtig und schlau gelten. N. selbst lernte auf der Schule gut (gute Schulzeugnisse). Er zeigte sich nach Bericht des Lehrers als ziemlich aufgeweckt, bot keinerlei psychische Abweichungen, arbeitete auch nach der Schulzeit sehr fleissig, war nur sehr halsstarrig (in der Gegend, aus der N. stammt, findet man diese Eigenschaft nicht selten). Bis her nur Polizeistrafen (Unfug, Körperverletzung, Waffenträger). Beim Militär keine Strafen.

Wegen Diebstahls am 9. 10. zu 3 Monaten Gefängnis verurteilt. Im Gefängnis anfangs gute Führung. Am 1. 11. trübe Gedanken über ein neues gegen ihn schwebendes Strafverfahren. Am selben Tage Streitigkeit mit Gefängnisinspektor, der ihn von seiner Arbeitsstelle verjagte. In der Nacht zum 2. 11.

Suizidversuch durch Erhängen. Wurde „bewusstlos“ aufgefunden, so dass Wiederbelebungsversuche ausgeübt wurden. Anscheinend war aber der Suizidversuch nicht sehr ernsthaft, denn es fand sich nicht einmal eine Strangulationsfurche. Am 3. 11. vormittags in die Klinik gebracht, jammert und heult, ist unfixierbar. Auf dem Wege zur Station bückt er sich fortwährend, sucht Steine aufzuheben. Gegen das Ausziehen wehrt er sich, er kauert sich in eine Ecke, kommt widerstrebend ins Untersuchungszimmer, dort läuft er dauernd unruhig umher, kramt mit den Gegenständen, brummt vor sich hin, wackelt mit dem Oberkörper. Kindliches Wesen, rüttelt an der Wasserleitung, schleppt Gegenstände fort, hält alles, was er einmal an sich genommen hat, krampfhaft fest, bezeichnet keinen Gegenstand, repetiert nur mechanisch, was man zu ihm sagt. Duckt sich auf den Stuhl, als ob er friere. Befolgt keine Aufforderungen, murmelt, während er hin und herläuft, einzelne Satzbruchstücke wiederholt, wie: „Alles verbrannt werden,“ drückt sich dann in eine Ecke. Bei Nadelstichen zuckt er anfangs zusammen, später ist er sogar gegen Stiche ins Septum narium fast analgetisch. Schläft dann, läuft dann wieder unruhig umher. Schläft die Hälfte der Nacht. Am nächsten Morgen in sich versunken, steht wie nachsinnend mit gesenktem Kopf da, achtet fast gar nicht auf den hinzutretenden Arzt, verändert seine Stellung kaum, merkt aber auf, als man ihn anspricht, überlegt lange, als man ihn nach dem Namen fragt, dann leuchten plötzlich die Augen auf, als ob es ihm einfalle, nennt seinen Namen. Ähnlich bei Frage nach Vornamen. Schweift wieder ab, unruhig auf und abgehend, in alle Ecken starrend, murmelnd: „Wo ist denn mein Kübel, wo ist denn mein Kübel?“ Nimmt einen Zipfel des weißen Mantels des Arztes, starrt neugierig darauf, bricht plötzlich in ein Schluchzen aus: „Im Gefängnis . . . da hat mich einer aus der Baracke gejagt . . . ich hab' ein Tau gewollt in der Baracke . . . da hats gebrennt . . . der Inspektor hat mich rausgejagt . . .“ Rechnet nach langem Überlegen  $3 \times 3 = 3$ , zählt 1 . . . 2, 5, 6, 7, 9. Hemianalgesia sinistra. Konjunktivalreflex links schwächer als rechts. Im Laufe des Tages allmählich freier, beginnt besser zu antworten, auch nachmittags bei klinischer Vorstellung zwar noch immer etwas gehemmt, traumhaftes Wesen, aber doch schon bei klarerem Bewusstsein, wie seine Antworten zeigen: (Wie heißen Sie?) — (?) Leise sich besinnend: „Heinrich“. Steht in sich versunken da, schaut sich um. Nimmt Gegenstände wie etwas Fremdes in die Hand, sucht lange, murmelt: „Schlüssel“.

(Nadel?) —

(?) . . . Stengel.

(Wachsstock?) . . .

(Zündholzsachschotel?) „Feuerschachtel.“

(Wie alt?) Besinnt sich lange.

(Wo ist Ihre Zunge?) „Zunge?“ Besinnt sich, öffnet dann den Mund, deutet auf Zunge.

(Wo hier?) „Hier . . . im Krankenhaus.“

(Wo her?) „Aus . . . dem Gefängnis.“

(Weshalb dort?) „3 Monate hab' ich bekommen.“

(Weshalb?) „Der Koffer war nicht mein.“  
(Leben nehmen wollen?) „....“

Klagt über Hinterkopfschmerzen. Noch etwas kindliche Sprechweise. Nach der klinischen Vorstellung erkundigt er sich beim Pfleger, wo er sei. Am 4. 11. nach gutem Schlaf völlig klar und geordnet. Unauffällige Sprechweise. Amnesie für Zeit der Erkrankung. Im Gefängnis habe man ihn schikaniert, der Inspektor habe ihn von der Arbeit gejagt, weil er einen Lappen in den Ofen gesteckt habe, der nichts mehr getaugt habe, dadurch sei ein grosser Qualm entstanden. Der Inspektor habe geschimpft und von Arrest gesprochen. „Das ist mir in die Kusche gefahren und da wars herum.“ Das letzte, was er wisse, sei, dass er sich ein Tuch um den Hals geschlungen habe. Gestern vormittag habe er geglaubt, im Gefängnis zu sein. Es sei ihm schon so sonderbar vorgekommen, vor allem die Herren mit den weissen Kitteln, aber wenn er habe nachdenken wollen, gings nicht. Es sei ihm so schwindlig und schwer im Kopf gewesen, er habe immer alles wieder vergessen. Erst nach gutem Schlaf fühle er sich besser.

Eine Hypalgesie der gesamten linken Körperhälfte bleibt bestehen. Es bleibt in den nächsten Tagen noch ein etwas kindlich-verlegenes Benehmen, im übrigen aber keinerlei Auffälligkeit. Am 9. 11. ins Gefängnis zurückverlegt, wo er den Rest seiner Strafe ohne Störung verbüßt. Später nach St. überführt, wo er eine weitere Strafe von 14 Tagen Gefängnis wegen Diebstahls erhält, die ebenfalls verbüßt wird.

Es handelt sich hier um einen der seltenen Fälle, in denen eine ausgesprochene dem hysterischen Typ folgende Psychose bei gut bekannter Vorgeschichte auf nicht nachweislich psychopathischem Boden sich entwickelt. Die Mitteilung, dass sich die Familienmitglieder keines guten Rufes erfreuen, als roh und ränkesüchtig bekannt sind, genügt noch nicht zur Konstruktion einer besonderen hereditären Disposition zu psychischen Krankheiten, ebenso wie die Angabe, dass der Erkrankte selbst immer sehr halsstarrig gewesen sein soll, allein nicht für die Annahme wesentlicher psychischer Anomalien ausreicht. An einem grösseren, anamnestisch gut durchforschten Material würde man vielleicht öfter nachweisen können, dass Situationspsychosen auch bei nicht disponierten Individuen auftreten; dass das immerhin selten ist, beweisen die bisher mitgeteilten Fälle von Raecke, Vorster, Lücke, Hey, Henneberg usw., in denen fast durchweg, soweit die Vorgeschichte bekannt war, konstitutionelle Anomalien der verschiedensten Art und namentlich auffallend häufig Schwachsinn vorlagen. Auch die Entstehung in der Strafhaft mag hier auffallen, es ist aber in interessanter Weise zu sehen, wie neben den sonstigen schädigenden Einflüssen der Strafhaft, die hier vielleicht besonders stark wirkten, da es sich um ein bisher unbescholtener Individuum handelte, verschiedene andere Momente — Aerger darüber, dass er vom Gefängnisinspektor

angefahren und von der Arbeit verwiesen wurde, Furcht vor disziplinarer Bestrafung, Aufregung über ein neues gegen ihn eingeleitetes Strafverfahren — sich plötzlich zusammendrängten, um den bisher gesunden Mann aus dem seelischen Gleichgewicht zu bringen. Es setzte die Psychose nach einem Suizidversuch ganz akut mit der schweren Störung des Bewusstseins ein. Man musste anfangs, als man den Mann wie bewusstlos mit dem umgebundenen Halstuch liegen sah, an einen schweren Strangulationsversuch denken und die Psychose hierzu in Beziehung setzen. Bedenkt man allerdings, dass nicht einmal eine Schnürfurche von dem Erdrosselungsversuch zu sehen war, so erkennt man freilich die ganze Schwächlichkeit des Selbstmordversuches, und es liegt viel näher, einen „hysterischen Anfall“ anzunehmen, der bei dem Erdrosselungsversuch einsetzte und die Psychose einleitete.

Das folgende deliriöse Stadium ist in vorzüglicher Weise durch die dabei eintretende Verkindlichung des gesamten Benehmens ausgezeichnet, das sich in den plumpen Bewegungen, der kindlichen Sprechweise, dem kindlichen Betasten, Ergreifen, Wegschleppen und Nichtwiederhergeben wollen aller Gegenstände zeigt. Es zeigt sich ein Puerilismus oder besser Infantilismus, wie ihn Sträussler kürzlich wieder eingehend geschildert hat, wenn auch die Dauer dieses Zustandes nur kurz war. Die deliriös-puerilistische Phase wich dann einer mehr stuporösen, in welcher das Symptom des Vorbeiredens angedeutet war. Nach gutem Schlaf war ganz schnell wieder das Sensorium in die Normallage zurückgekehrt. Von einer einfachen Einengung des Bewusstseins kann wohl bei der scharfen Amnesie nicht die Rede sein. Der Grad der Bewusstseinstrübung ergibt sich, abgesehen von der Beobachtung des traumhaften gehemmten, mechanischen Wesens für die letzte Zeit der Erkrankung auch aus den Angaben des Kranken, die man doch, wenn sie so charakteristisch sind und den subjektiven Stempel der Treuherzigkeit und Echtheit tragen, trotz der Vorsicht gegenüber Angaben Krimineller nicht unberücksichtigt lassen darf. Sehr schön schildert da der Kranke seine Ratlosigkeit, wie er zu sich kommend sich selbst über die fremde Umgebung, über die weissen Mäntel der Aerzte verwunderte, aber von dumpfem Schwindel befangen gar keinen festen Gedanken fassen konnte, immer vergass, woran er eigentlich denken wollte. Die in diesen Worten sich enthüllende Störung der Vorstellungsverknüpfung gibt uns einen guten Hinweis dafür, wie in manchen Fällen Haftenbleiben beim Antworten und Vorbeireden zustande kommen können. Erwähnt mag noch werden, dass im Gegensatz zu den meisten bisher beschriebenen Krankheitsfällen sich die Gefühlsstörung nicht in einer dem Grade der Bewusstseinstörung parallel gehenden totalen Analgesie,

sondern in einer lokalisierten Hemianalgesie äusserte, die auch nach Aufhellung des Bewusstseins nicht völlig verschwand.

In selteneren Fällen kann der deliriöse Zustand durch ekstatische Züge eine besondere Nüance bekommen. Ein solcher Fall mag hier kurze Erwähnung finden.

Es handelt sich um eine Gewohnheitsverbrecherin, die wegen Unzucht, Münzverbrechen, Diebstahl oft bestraft war, nach Verurteilung zu 1½ Jahren Zuchthausstrafe (1906) plötzlich mit Verwirrtheit und Verkennung der Umgebung erkrankte, bei Aufnahme in die Klinik ein verklärtes Wesen zeigte, lächelnd in verkehrter Weise antwortete, dabei schwer zu fixieren war, bisweilen in sich versank, bisweilen auch unruhig aus dem Bett drängte und im Saal umherlief. Später traten mehrfach hysterische Anfälle auf, es schloss sich dann später ein Zustand an, der in unentwirrbarer Weise bei äusserlich ziemlich komponiertem Wesen bewusste Uebertreibungen und echte Krankheitserscheinungen (enorme Erinnerungslücken, sehr gekünstelt und aufdringlich vorgebrachte Beeinträchtigungsideen und Konfabulationen, neben einer anscheinend ungekünstelten Reizbarkeit) gemischt enthielt. Die Führung in Strafhaft war dann eine gute, sie machte dort einen mässig intelligenten Eindruck. Kürzlich ist sie im Ausland gelegentlich einer neuen Verhaftung wiederum an einem „hysterischen Dämmerzustand“ erkrankt.

Ebenso wie eine Kombination von deliriosen Phasen und Gansersyndrom verkommt, ist auch die Entwicklung eines ausgesprochenen Stupors im Anschluss an eine längere Zeit dauernden deliriosen Zustand (bezüglich eines kurzdauernden Initialdelirs s. Fall 7) nicht selten. Ein sehr charakteristisches Beispiel hierfür bietet

**Fall 15.** K. W., 21jähriger Heizer. In der Klinik vom 25. 2. bis 20. 4. 1911. Ein Bruder erscheint — bei persönlicher Befragung — etwas debil; sonst keine Heredität. Pat. selbst litt in der Schulzeit an Typhus, soll seitdem etwas schwer gelernt haben. Wurde später Seemann. Nach einem Fall vom Mast viel Kopfschmerzen. Immer leicht erregt, hatte überall viel Streitigkeiten, von jehler etwas leichtsinnig, dabei aber arbeitsam. Ist schon verheiratet. Zeichnete sich stets durch ungewöhnliche Körperkräfte aus. Keine vorangehenden psychischen Erkrankungen. Vorstrafen: 5 mal wegen Körperverletzung, ausserdem wegen Beleidigung, Hausfriedensbruchs, Widerstandes. In Marine eingetreten am 6. 10. 1909. Schlechte Führung, 7 mal disziplinarisch bestraft (Achtungsverletzung, Urlaubsüberschreitung, Trunkenheit im Dienst, Entwendung von Genussmitteln usw.).

Zur Zeit drohte ihm eine strenge Arreststrafe wegen absichtlicher Urlaubsüberschreitung. Als er am 18. 2. auf Arrestfähigkeit untersucht wurde, begann er sich plötzlich auszuziehen, wurde ängstlich, sah einen Bären, hörte auf,

Fragen zu beantworten, nahm ein ablehnendes Verhalten an. In Schutzarrest war er unruhig, sprach vor sich hin, knirschte mit den Zähnen, blieb ängstlich, sah immer den Bären, hörte auf zu essen, zerriss seine Strümpfe, gestikulierte lebhaft. Es wechselte dann ängstliche Unruhe mit mangelhafter Fixierbarkeit, Ganserantworten, völliger Analgesie inklusive Unempfindlichkeit des Septum narium, gesteigerter Diaphorese und Zeiten etwas grösserer Ruhe, in denen er sich unter die Decke verkroch, keine Notiz von der Umgebung nahm. Im Lazarett nahm die Unruhe wieder mehr zu, die gleichen beängstigenden Visionen treten wieder auf. Durch epileptische Anfälle eines Mitkranken aufs äusserste erregt, Tobsuchtsanfall, Zertrümmern von Gegenständen. Schlies wenig, soll vom Bären geträumt haben.

Am 25. 2. der Klinik zugeführt. Griff die uniformierten Sanitätsleute an, liess sich dann ruhig zur Station führen. Versinkt dort in völliges Schweigen, sitzt mit starrem Blick auf der Matratze, regungslos, nur an einem Faserbündelchen seiner Decke ständig zupfend. Unfixierbar. Bei passiven Bewegungen treten Muskelpannungen auf. Lässt sich ins Untersuchungszimmer führen, sitzt dort mit betrübtem Gesichtsausdruck, die Augen füllen sich mit Tränen. Der Kopf wird nach vorn gesenkt, die Atmung vertieft sich. Starrer Negativismus, beim Versuch, die Arme passiv zu erheben, vertieft sich die Atmung noch mehr. Im rechten Arm tritt Schütteltremor auf. Völlige Reaktionslosigkeit auch auf Drog- und Schreckreize, totale Analgesie. Sperrungen beim Gehen. Plötzlich wird er etwas belebter, schaut ängstlich unter den Schrank, murmelt: „Bär“, versinkt dann wieder in sich. Er setzt der weiteren Untersuchung starken Widerstand entgegen. Lässt Urin ins Zimmer, isst die hingesetzten Speisen spontan, nachdem die Pfleger ihn verlassen haben.

26. 2. starrer Stupor mit Negativismus, fehlender Spontaneität, Mutismus, Reaktionslosigkeit hält an; es bleibt der bekümmerte Gesichtsausdruck. Immer zupft Pat. an einem Wollbündelchen, sitzt meist aufrecht oder liegt halbaufgestützt auf Matratze. Völlig aprosektisch. Urin in Nachtstuhl.

27. 2. Ging in der Nacht anfangs umher, legt sich dann hin. Liegt wie gestern im Stupor vor sich hinstierend, achtet nicht auf herantretende Personen, blickt aber auf, als man ihm einen Gegenstand (Schlüssel) hinreicht. (Wie nennt man das?) Wie mechanisch wiederholend: „... nennt man ...“ Lässt den Schlüssel wieder langsam aus der Hand gleiten. Runzelt die Stirn, atmet schwer, als man das Wort „Bär“ ausspricht. Kratzt plötzlich ohne sprachliche Aeusserungen stärker auf die Bettdecke, als man ihn fragt, weshalb er hierher gekommen sei.

28. 2. Stupor anhaltend, allein gelassen spricht er öfters halblaut vor sich hin: „Macht auch nischt .... Randgänger gehen mich nichts an .... Abgeschmiert .... Unschuldig, unschuldig ....“ usw. Als man ihn nach dem Bären fragt, blickt er gespannt auf, kratzt an der Bettdecke, murmelt: „Beisst“. Lässt beim Abführen Stuhl, beschmutzt sich nicht.

Am 1. 3. beginnt er zu antworten, rechnet:  $2 \times 3 = 16$ . Ist noch sehr gehemmt, sitzt meist wie nachsinnend bewegungslos da, zeitweise halblaute Selbstgespräche.

Am 2. 3. steht er auf, macht sein Bett zurecht, liegt bei Morgenvisite wieder im Stupor. Mittags wird er, nachdem man ihm einen Brief von Angehörigen überreicht, klar, die Hemmung ist geschwunden, es werden geordnete Antworten gegeben. Amnesie zurückreichend bis auf die Untersuchung an Bord (am 15. 2.) scharf abschneidend. Reizbar, scheu. Empört über Verbringung in Anstalt: „Ich bin doch nicht verrückt, ich bin doch nicht wahnsinnig“. Am 4. 3. noch einmal vorübergehend verwirrt (nach Pflegerbericht) im Uebrigen dauernd klar, geordnet, bleibt in guter Stimmung und höflich bis zum 14. 4. An diesem Tage wird eine Scabies bei Pat. entdeckt, über welche er in eine 2 Tage dauernde ausgesprochene Depression versetzt wird. Später wieder besserer Stimmung. Bei einer Exploration über sein Vorleben gerät er aber in steigende ungekünstelte Erregung über das vermeintlich übelwollende Benehmen eines Offiziers gegen ihn, beruhigt sich nur langsam. Die Sensibilität ist nach Schwinden des Stupors völlig intakt. Dienstunfähig am 20. 4. entlassen. Weitere Erkundigungen blieben erfolglos.

Der Fall gibt ein instruktives Bild über den Verlauf und die Zustandsbilder einer hysterischen Situationspsychose. Durch eine in der Jugendzeit durchgemachte typhöse Erkrankung und ein Schädeltrauma war die Prädisposition für die Erkrankung geschaffen, die Emotivität des sonst pflichtiffrigen Mannes hatte schon wiederholt zu Konflikten mit dem Strafgesetz und der militärischen Disziplin geführt. Der Schreck über die drohende erneute Arreststrafe, vielleicht auch im ersten Augenblick der Wunsch, dem Arrest zu entgehen, führt in der akutesten Weise zur Krankheit, die über 14 Tage dauerte und ebenso unmittelbar, wie sie entstanden war, auch wieder abklang. Die deliriose Unruhe, die reaktiv vorübergehend zu den heftigsten Erregungszuständen auswuchs, machte nach Ueberführung in die Klinik einem scheinbar sehr tiefen Stupor Platz. Um Wiederholungen zu vermeiden, will ich mich über die durch den gleichzeitigen Negativismus gesteigerte symptomatische Ähnlichkeit mit einem katatonischen Stupor nicht näher auslassen. Dagegen mag an dieser Stelle schon auf ein auch in diagnostischer Hinsicht nicht zu unterschätzendes Kennzeichen hingewiesen werden, nämlich auf das Vorherrschen eines während der ganzen Erkrankung den Bewusstseinsinhalt anscheinend ausfüllenden Vorstellungskomplexes, welcher in stark affektbetonter Weise Ereignisse der Vergangenheit wiederspiegelte und durch Gesichtstäuschungen (ob echte Halluzinationen oder illusionäre Verkennung der Gegenstände, steht dahin) gestützt wurde. In dieser Beziehung ähneln die Erkrankungen durchaus den gewöhnlichen, von französischen Autoren (Richer) zuerst geschilderten hysterischen Reminiszenzdelirien; so betont für diese Psychosen u. a. Raimann, dass sich die Sinnestäuschungen des Delirs auf affektvolle Erlebnisse der Vergangenheit, eventuell auf die krankheits-

auslösende Ursache zurückführen lassen und sich das persönliche Element erkennbar darin wiederspiegelt, ebenso hebt Binswanger das charakteristische Auftauchen der Reminiszenzen, welche mit bizarren Phantasievorstellungen verknüpft sind, hervor; weitere Beispiele werden von Giannuli u. a. gebracht. Raecke hat dann hervorgehoben, dass auch in den Ganserzuständen der Kriminellen die Kranken sich oft delirierend mit den Erlebnissen beschäftigen, die dem Eintritt des Zustandes kurz vorangegangen sind. Dies zeigte in ausgesprochenem Masse Fall 15, der in seinem deliriösen Zustand immerfort „Der Inspektor hat mich rausgejagt . . . Alles verbrannt werden“ usw. murmelte und mehrfach dabei in ein kindliches Schluchzen ausbrach, also anscheinend dauernd sich mit dem unbesonnenen Streich, der ihm den Zorn des Gefängnisinspektors eingebracht hatte und so mittelbar an der Erkrankung mitbeteiligt war, beschäftigte. Der letzte Fall zeigt dagegen sehr deutlich das Auftauchen einer der ferneren Vergangenheit angeliörenden Reminiszenz, die in dem Stupor fortwirkte und in diesem an der stets prompt erzielbaren ängstlichen Spannung bei Anruf des Wortes „Bär“ erkannt wurde. Während die auch im deliriösen Zustande dauernd geäusserte Furcht vor dem Bären anfangs ganz unverständlich schien, klärte es sich später so auf, dass der mit ungewöhnlichen Körperkräften begabte Kranke tatsächlich einmal auf einem Jahrmarkte, um einen Preis zu gewinnen, einen Ringkampf mit einem Bären aufgeführt haben sollte. Die Gründe, welche zu dem Wiederauftauchen dieses in gesunden Zeiten schon ganz latent gewordenen Ereignisses in der Psychose geführt hatten, sind unbekannt. Dieses krankhafte Vorherrschen eines bestimmten affektbetonten, halluzinatorischen Komplexes findet man sowohl bei Personen, die, wie im vorigen Falle, ausser einer nervösen Reizbarkeit keine konstitutionelle Anomalien gezeigt hatten, als auch bei Erkrankungen, die von einer stark degenerativen Grundlage ihren Ursprung nahmen.

Ein solches Verhalten zeigte z. B., wenigstens andeutungsweise, ein 21jähriges Individuum, das aus einer schwer belasteten Familie stammte, auf der Schule schlecht lernte, von Jugend an trotz aller elterlichen Bemühungen sich als völlig unerziehbar, haltlos und unsiest erwies, viel — auch ohne Zweck — lag; alles, was schön und farbig war, stahl, und 1907, als Pat. wegen eines Einbruchs bei seiner Wirtin verhaftet werden sollte, an einem deliriösen halluzinatorischen Erregungszustand erkrankte, später in einen Zustand ängstlicher Hemmung geriet, in welchem er dauernd vor „einer eingebildeten Person“ scheu zurückwich. Dabei kindliches Wesen. Folgende Amnesie. Nach Ueberführung in die Klinik schnelle Aufhellung. In freieren Zeiten tritt die Neigung zu Konfabulieren und Unwahrhaftigkeit hervor. Die Katamnese bestätigt die völlige Haltlosigkeit des Mannes, der wegen Konflikten mit dem Strafgesetz

wiederholt in Anstalten war, zuletzt dauernd dort durch seine Stimmungsschwankungen und Neigung zu hypochondrischen Klagen auffiel.

Das gleiche Vorherrschen eines bestimmten affektbetonten Komplexes beobachtete ich bei einem Kranken, der ein von den bisher beschriebenen Krankheitsformen ganz verschiedenes Bild bot und erhebliche diagnostische Schwierigkeiten bereitete.

Fall 17. A. H., 27jähriger Schlachter. In der Klinik vom 3. 11. 1910 bis 9. 1. 11. Ein Bruder leidet an Epilepsie. Pat. selbst hat schlecht gelernt, galt immer als beschränkt. Im Jahre 1901 wegen öffentlicher Beleidigung mit Verweis, 1903 wegen Körperverletzung mit Geldstrafe, 1907 wegen Sittlichkeitsverbrechens zu 1 Jahr Zuchthaus verurteilt. Im Zuchthaus labiler Stimmung, weinte und klagte über die Straftat, erschien auch verlogen. Litt bei der Einlieferung an Kondylyomen.

Am 25. 6. 10 wegen Diebstahls verhaftet, in Untersuchungshaft geistig nicht auffallend, am 15. 8. zu 6 Monaten 2 Wochen Gefängnis verurteilt, dort anfangs nicht auffallend. Macht am 31. 8. den Eindruck „geistiger Verwirrtheit“, arbeitet aber weiter. Am 19. 10. macht er den „Eindruck eines fast Blödsinnigen“. Brief an die Braut: „Kiel, de Sonngag. Liebe Else, schicke mir Wurst und Schinken Leberwurst, Mett wurst Brot Zucker. Schick mir Postlager den Karl ser ich bin Tischeler gefordern, dus du mich lieben ich bin doch ein hübscher Kerl: Ich bin Sonntag zum Abendesse gekompe, frommer Kerl habe gexungen“ . . . usw. Bei Aufnahme in die Klinik in lebhafter läppischer Erregung. Weiss, dass er „aus dem Kittchen“ kommt, man habe ihn 3 Monate in ein dunkles Loch gesperrt, er sei ein feiner Kerl, er solle überhaupt freikommen und nicht in die Irrenanstalt. Schwatzt durcheinander, kommt, wenn man seiner Rede freien Lauf lässt, immer auf „die Else“, seine Braut, zu sprechen, die er an der Gefängnismauer gesehen haben wolle; in kindlicher Form werden Eifersuchtsideen geäussert. Oertlich nicht genau orientiert, weiss aber, wie er hierhergekommen und dass er in Kiel ist. Zeitlich nicht orientiert (1904). Spricht eindringlich auf den Arzt los. Das Benehmen, die Sprechweise ist die eines albernen Kindes: Renommiert mit seiner Figur. Einzelne Ganserantworten (zählt 1 . . 2 . . 4 . . 5 . . 7 . . 8 usw.). Somatisch: Totale Analgesie, grober Pseudo-Romberg.

4. 11. In der Nacht ruhig. Am Tage lebhafter Bewegungsdrang. Drängt nach Entlassung. Kindischer Zorn, wenn man ihm widerspricht. Er winkt in jungenhafter Manier den Arzt heran. Rechnet 3 mal 4 = 10, ist entrüstet, als man ihm nicht glauben will, dass er „fein rechnen“ kann. Bezeichnet Gegenstände falsch, nennt ganz falsches Datum. Renommiert mit seinem Geld usw.

In den nächsten Tagen weiss er zwar, dass er in einer Irrenanstalt ist, zeigt aber noch das puerile Wesen, rechnet 8 mal 5 = 100, ist ratlos entrüstet, wenn man ihm sein kindliches Wesen vorhält, liest, wenn man ihm die Zeitung umgekehrt hinhält: „Else . . Komm heraus . .“ Ein in diesen Tagen geschriebener Brief ist wieder völlig zerfahren: „Lieber Bruder. Komme mal mich besuchen. Robert Nervenklinik. Else ich mus immer Bette krank bin

nicht Kolinstrasse Robert Bruder H. . . . . Kiel Nummer 26. Raus meiner Else Wurst Schinken habe ich nicht gestohlen ich bin gesund und immer Bett liegen und besuch Statsanwalt mutes. Grüsse mir Else und Albert Schlachter.“

Vom 10. 11. ab beginnt er verständigere Antworten zu geben, ist dann teils bescheiden, zutunlich, teils kindliches Schimpfen, dass man ihn nicht herauslässt.

1. 12. Phantastisch paranoide Ideen: Der Staatsanwalt wolle ihm den Kopf abschlagen. Vorübergehende Erregungen, auf die Packungen für lange Zeit beruhigend einwirken.

In der nächsten Zeit ist er dauernd ruhig und geordnet, klar, orientiert, zufriedener Stimmung, bittet in ruhiger Weise ins Gefängnis zurück entlassen zu werden, da er nun gesund sei. Stets macht er einen etwas tölpelhaften Eindruck.

Am 9. 1. 11 ins Gefängnis wieder entlassen. Am 8. 2. wird notiert, dass H. nachts nicht schlafen könne, einen geistesgestörten Eindruck mache. Am 22. 2. wird er nach Kiel entlassen, soll noch immer den Eindruck eines Geistesgestörten machen, der anscheinend nicht fähig sei, sich selbstständig zu ernähren.

Neuere Recherchen nach seinem Verbleib sind erfolglos.

Im Gegensatz zu den zuletzt beschriebenen Erkrankungen, in denen die mit Perzeptions- und Aufmerksamkeitsstörungen, mit Hemmung oder völliger Absperrung verbundene Trübung des Sensoriums auch die Desorientierung (im engeren Sinne) und etwaige im Vorbeireden und anderen Erscheinungen sich äussernde assoziative Störungen erklärlich machen, ist bei diesem zweifellos imbezillen Individuum in Strafhaft eine Psychose entstanden, welche mit einer ausgesprochenen Trübung des Bewusstseins nicht gerade verbunden ist. Nichts Traumhaftes, nichts Deliriöses ist in dem Wesen des Kranken; in der lebhaften Exaltation, die bei der Aufnahme bestand, findet sich keine Aprosexie, fast ein gesteigertes Bedürfnis, sich anderen, dem Arzt gegenüber auszusprechen, es findet sich keine ausgesprochene Erinnerungslücke an die vorangehende Strafzeit, an den Transport nach Kiel. Gewiss kann man wohl von einer Einengung des Bewusstseins sprechen, fast der gesamte Bewusstseinsinhalt erscheint ausgefüllt durch irgend welche unklaren Vorstellungen, die sich an seine „Braut“ knüpfen und, wie es scheint, affektiv sehr wirksam sind. Aber die resultierenden psychischen Störungen sind doch viel erheblichere, als bei den in dieser Arbeit zuerst beschriebenen Erkrankungen, in denen ich eine erhebliche Trübung des Sensoriums zu Gunsten einer Einengung im Sinne Wernickes ausschliessen zu dürfen geglaubt habe. In der im Gefängnis ausgebrochenen Erregung, die in den ersten Tagen des hiesigen Aufenthaltes mit Bewegungsdrang, Rededrang und selbstprahlerischer Hyperthymie ver-

bunden, einen fast manischen Anstrich hatte, davor freilich durch die beigemengten pueristischen Züge sich auszeichnete, treten Symptome auf, die auf eine weitgehende Dissoziation des Vorstellungsablaufs hindeuten. Am besten zeigen das die im Gefängnis geschriebenen Briefe, die einen Zerfall und inkohärente Verbindung der einzelnen Gedankenreihen, Buchstabenverwechselung, Agrammatismus und Perseverationen erkennen lassen und so der katatonischen Sprachverwirrtheit ganz äquivalente Bildungen zu sein scheinen. Im sprachlichen Ausdruck in der Klinik kommt die Inkohärenz weniger zum Ausdruck, aber schriftliche Produktionen zeigen wieder eine ungewöhnliche Zerfahrenheit; neben ganz unverständlichen Faseleien, neben dem fast totalen Agrammatismus, dem Fehlen aller Interpunktionszeichen zeigen sich Andeutungen von Ideenflucht (ich mus immer Bette krank bin nicht) und Haftenbleiben, einförmige Wiederholungen der gleichen Gedankenreihen. Man wird hier-nach in diesem Falle auch die Ganserantworten weniger mit einer Auffassungser schwerung oder Denkbemmung, als mit der dissoziativen Störung in Verbindung bringen können, die ungekünstelt erscheinende kindische Entrüstung, in die der Kranke geriet, wenn man seine Antworten als falsch bezeichnet, die Selbstüberschätzung, die er dabei zeigte, deuten auf die den Aufgaben gegenüber bewiesene Verständnislosigkeit hin und lassen eine bewusste Vortäuschung des Falschantwortens wie einfache Lust zum Scherzen als unwahrscheinlich erscheinen.

Dagegen wird man sich ernsthaft fragen müssen, ob es sich bei dieser im Zustandsbild direkt als Zerfallspsychose imponierenden Erkrankung noch um eine hysterische Situationspsychose handelt. Auf das Vorkommen von Ideenflucht und Haftenbleiben im Vorstellungsablauf Hysterischer hat zwar schon Hey in sehr eingehender Weise aufmerksam gemacht, Sträussler fand Agrammatismus und Erschwerungen der Wortfindung, die der amnestischen Aphasie gleichen, im pueristischen Zustand, aber die hier sich zeigenden eben beschriebenen assoziativen Störungen müssen im Verein mit der läppischen Exaltation entschieden als ungewöhnlich für hysterische Verwirrheitszustände bezeichnet werden, wenn auch einzelne ähnliche Erfahrungen schon vorliegen (Raecke, Hysterischer Dämmerzustand, Fall 4. Die Zerfahrenheit mit Wortentstellungen zeigt sich hier bei läppischer Grundstimmung wieder besonders in schriftlichen Produkten, immerhin fehlt dort der völlige Agrammatismus, Ideenflucht und Perseverationen). Die Auflösung, dass es sich um eine fortschreitende katatonische bzw. hebephrene Erkrankung handeln könnte, wird scheinbar gestützt durch die Angabe, dass nach Rückversetzung ins Gefängnis psychische Störungen wieder aufraten, die noch bei der Entlassung von dort bestanden,

allerdings offenbar nicht, wie der Gefängnisdirektor befürchtete, den Mann unfähig machen, in Freiheit selbständig sich fortzuhelfen. Ich gebe aber zu, dass der Fall, dank der Unmöglichkeit, den Kranken in Freiheit einer Nachuntersuchung zu unterziehen, einer der unklarsten ist, die ich beobachten konnte, dass ich den Beweis für das Transitorische der Erkrankung nicht liefern kann und trotz aller Bedenken nur die Vermutung ausspreche, dass es sich doch um eine reine Situationspsychose handelt.

Die schnelle, offenbar bis zum konstitutionellen Zustande führende Besserung der wochenlang vorher in Haft bestehenden Psychose nach Ueberführung in die Klinik, das schnelle Wiedererkranken in Haft sprechen zur Genüge für die wesentlichen Einflüsse der Situation. (Dass die Erkrankung hier, wo nur noch eine kurze Strafzeit abzubüßen war, eigentlich zwecklos, direkt den Interessen des Individuums entgegengesetzt sich zeigt, ist nur ein Zeichen dafür, dass keine bewussten Motive die Erkrankung zu verursachen brauchen.) Für das Hysterische würde weiter die schnelle Beseitigung von Erregungen, die während des hiesigen Aufenthaltes auftraten, und phantastischen Ideen auf suggestive bzw. unangenehm wirkende Massnahmen, auch die in der Erregung beim Fehlen aller Sperrungssymptome sich zeigende totale Analgesie, der hysterische Pseudo-Romberg sprechen, wenn diese körperlichen Zeichen bekanntlich auch nicht beweisend sind. Man wird sich die tiefgehende Störung, die geringe Resistenz gegen Hafteinflüsse bei der Annahme einer Situationspsychose dadurch erklären können, dass man eine besonders starke psychogene Disposition annimmt, für die hier eine ausgesprochene Imbezillität verantwortlich zu machen ist.

Es ist ja nicht selten, dass nicht nur debile Psychopathen, sondern auch schwerer Schwachsinnige, die sonst keine gesteigerte Emotivität erkennen lassen, in Haft vorübergehend erkranken, ja bisweilen besonders leicht Hafteinflüssen unterliegen, wie der folgende Fall zeigt:

Fall 18. H. K., Heizer. Vater Potator. Mutter phantasiert manchmal. Vom Vorleben nur bekannt, dass Pat. auf Schule schlecht lernte, oft sitzen geblieben ist. Lange Zeit Bettläger, keine Krämpfe. Bei Marine im ganzen 15 Tage Arrest, keine Auffälligkeiten, keine schlechte Führung. Wegen einer Achtungsverletzung (forderte in charakteristischer Weise einen Maschinistenmaat, der ihm einen Befehl gab, auf, selbst zu heizen) zu 16 Tagen strengen Arrests verurteilt. Am 7. 5. 10 Arrest. In der Nacht zum 10. 5. klingelte er aufgeregt und ängstlich nach dem Aufseher, behauptete, ein Mann sei dagewesen. Im Lazarett schwankt er wie ein Betrunkener, lacht und weint durcheinander, fürchtet bald zu sterben. Perkussionsempfindlichkeit des Schädels. Der Klinik am 10. 5. zugeführt. Hier schon geordnet, orientiert, behauptet, die Kameraden nennen ihn dämlich. Leichte Hypalgesie. Druckpunkte. Klagt

in der Folgezeit etwas über Kopfschmerzen, im übrigen unauffällig, guter Stimmung.

Am 15. 6. an Bord entlassen. Erkrankte bald wieder, sah dauernd Männer, wurde „ganz stumpfsinnig“, beantwortete keine Frage, weigerte sich zu essen; erschien desorientiert, ass Seife, beschmutzte das Schiff. Im Lazarett reagierte er auf keine Fragen, hatte einen stumpfsinnigen Gesichtsausdruck, kaute an Papier, gegen Nadelstiche refraktär.

Am 20. 6. wieder Klinik. Stumpf, gleichgültiger Ausdruck. Reagiert auf Nadelstiche, schaut blöd nach der Stelle am Bein, an der man ihn gestochen. Befolgt die meisten Aufforderungen nicht. In allen Bewegungen etwas gehemmt. In der Nacht schläft er mit Unterbrechung, am Tage wieder das völlig stumpfe Verhalten; kaut an der Bettdecke, lutscht am Finger, achtet nicht darauf, dass man ihn beim Essen übergeht, steht aber selbst auf, um seine Bedürfnisse zu verrichten, isst mit gutem Appetit. Er beginnt dann am 23. 6. freier zu werden und sich mit anderen Kranken zu unterhalten. Amnestisch gegen Ereignisse an Bord. Wird schnell unauffällig, ruhig und zufrieden, beteiligt sich an Gartenarbeiten, immer torpides Wesen, wenig Affekt. Seine Kenntnisse sind sehr dürftig, obwohl er sich anscheinend Mühe gibt, auch sonst macht er stets einen beschränkten Eindruck. Anstellig bei Hausarbeit, höflich bei einem militärischen Verhör. Einmal typischer Migräneanfall. Am 14. 11. ins Marinelazarett verlegt, von wo er in seine Heimat entlassen wird.

Nach einem in Haft auftretenden halluzinatorischen Verwirrheitszustand, der in der Klinik überraschend schnell abklang, entwickelte sich nach Rückversetzung unter die militärische Disziplin ein Zustand, der mit den oben beschriebenen Stuporzuständen entschieden Aehnlichkeit hat. Ich habe den Fall nur aus dem Grunde abgetrennt, weil die Symptome der Hemmung oder Sperrung zurücktraten hinter vollkommenem, im Gesichtsausdruck, dem apathischen Wesen, den monotonen zwecklosen Bewegungen sich ausdrückender Stumpfheit des Kranken, welche bei oberflächlicher Betrachtung den Kranken als völlig verblödet erscheinen liess. Der Fall hat somit eine symptomatologische Verwandtschaft mit den Zuständen emotioneller Stupidität, die Jung beschrieben hat und die nach diesem Autor durch die auf verringelter Anpassungsfähigkeit beruhende Hinderung in der Verarbeitung von Affekten und neuen Eindrücken, durch die hierdurch bedingte beständige Fassungslosigkeit und Verlegenheit hervorgerufen wird. Es handelt sich nur um eine besonders gefärbte Verlaufsform hysterischer Psychosen, die, wie Jung schon dargelagt hat, in naher Verwandtschaft zu den Ganserzuständen, aber auch zu den Stuporen stehen, mit diesen Formen auch die rückbleibende Amnesie gemeinsam haben.

Während die bisher beschriebenen Psychosen sämtlich einen sehr akuten Verlauf und verhältnismässig geringfügigen Wechsel des Zustands-

bildes gezeigt hatten, sind jetzt noch einige protrahiertere Erkrankungen zu besprechen, die ein zum Teil sehr wechselndes Verhalten boten. Bisweilen bereitet die Diagnose trotzdem keine Schwierigkeiten, wie im folgenden Fall.

**Fall 19.** W. K., Matrose. Imbezill. Beim Militär scheu, unmotivierte Wutanfälle mit Gewalttätigkeit. Wegen unerlaubter Entfernung Arrest, steht ausserdem in Verdacht eines Diebstahls. Im Arrest Erregung, Suizidideen, Selbstverletzungen. Es folgt ein ganserartiger Zustand. In den nächsten Tagen äusserlich geordnet, aber zeitlich und örtlich desorientiert. Imitiert Stereotypien anderer Patienten. Nach kurzer Phase grösserer Luzidität 8 Tage sub-stuporös, Gancersymptome. Danach schwindet die Hemmung, Beschäftigung mit phantastischen Zeichnungen, will Erfindungen machen. Häufige Verstimmungen. Nach 14 Tagen nächtliche typische beängstigende Visionen (Männer mit Frauenköpfen), 10 Tage darauf plötzlicher Stupor.

Nachfolgende Erregung. Kindische Ideen. Affektierte Suizidideen in Briefen geäussert. Amnesie gegen Straftat.  $1\frac{1}{2}$  Monat später noch werden nach einer gerichtlichen Vernehmung ganz phantastische Konfabulationen geäussert. (Er habe einen Maaten erstochen, werde mindesten 6 Jahre Zuchthaus bekommen.) Später in eine andere Anstalt überführt, wo keinerlei psychotische Erscheinungen mehr, bis auf stets etwas gleichgültiges, sorgloses Wesen, beobachtet werden. Arbeitet später als Kohlenzieher.

Die Beurteilung dieses Falles ist einfach, wenn man bedenkt, dass die Erkrankung nur aus einer Kette von Einzelphasen besteht, wie sie als charakteristisch für hysterische oder Degenerationspsychosen angesehen werden müssen. Eingeleitet wird die Psychose — im Anschluss an einen ziemlich bedeutungslosen Suizidversuch — durch einen kurzen deliriosen Zustand mit Ganseranworten und Personenverkennungen; die zweite Phase nach Ueberführung in die Klinik — scheinbare Ordnung des Gedankenganges, Fehlen der Hemmung, aber zeitliche und örtliche Desorientierung, Beimengung von gekünstelten Krankheitszügen, die man sich ebensowohl autosuggestiv entstanden wie als Vortäuschungsversuch vorstellen kann; tatsächlich ist die Entscheidung unmöglich. Dritte Phase: Stuporöser Zustand mit Ganserantworten. Im Anschluss an den Stupor ein paranoides Stadium, welches die grösste Aehnlichkeit mit der III. Gruppe der von Bonhoeffer beschriebenen Degenerationspsychosen hat: Labilität des Persönlichkeitsbewusstseins, die sich in dieser Zeit in der kindischen Ueberzeugung, ein grosser Erfinder zu sein, später in phantastischen Konfabulationen, die an die Aeusserungen der phantastischen Pseudologisten erinnern, manifestiert. In dieses paranoide Stadium mischen sich nächtliche abstruse Visionen, die denen der hysterischen Deliranten gleichen. Unmotivierte Stuporzustände, anscheinend endogene Verstimmungen, affektiertes Zurschautragen von Suizidideen,

vervollständigen das Krankheitsbild. Das prompte Schwinden aller krankhafter Erscheinungen nach Ueberführung in eine andere Anstalt bestätigt die Diagnose. Die dort sich zeigende Gleichgültigkeit gegenüber der Zukunft erklärt sich zwanglos aus dem konstitutionellen Schwachsinn; es wäre verkehrt statt dessen eine affektive Demenz anzunehmen und den Fall der Dementia praecox zu subsumieren. Die starke degenerative Anlage mag auch für die lange Dauer und die Vielseitigkeit der Krankheitssäusserungen einen günstigen Boden abgegeben haben.

Treten nun bei diesen länger dauernden Erkrankungen katatonen Symptome und Erscheinungen von scheinbarem Zerfall der Persönlichkeit mehr in den Vordergrund, so kann die Diagnose allerdings längere Zeit unklar bleiben, bis eine überraschende, an äussere Umstände gebundene Heilung mit einem Schlag die Sachlage klärt.

Fall 20. W. K., 25jähriger Matrose. Jüngerer Bruder leidet an Krämpfen, angeblich litt der Vater an Erregungs- und Wutansfällen. Ueber Krankheiten usw. des Pat. nichts bekannt. Häufige Vorstrafen in Zivil (Sittlichkeitsverbrechen, Hausfriedensbruch, Diebstahl). Bei Marine mit Gefängnis wegen unerlaubter Entfernung und Widerstand, mehrfach mit Arrest bestraft. In letzter Zeit Neigung zum Trunk. Am 25. 5. 1910 Fahnenflucht. 14. 10. in K. verhaftet. Dort gibt er ganz geordnete, gewandte Auskunft. Am 24. 10. plötzliche Erkrankung im Arresthaus zu K., Tobsucht, Schreien. Dem Lazarett zugeführt, keine Antwort, Abwehrbewegungen, schreit sinnlose Worte. Am 25. 10. scheu, störrisch, sagt nur: „Ich weiss nichts“. 26. 10. zugänglich, aber verwirrt, desorientiert. Kann nicht sein Geburtsjahr nennen, verstummt manchmal in der Untersuchung, sinkt in sich zusammen, langsame müde, affektlose Antworten. Amnesie, somatisch: Fehlen der Konjunktivalreflexe, Analgesie inkl. Septum nar. (einige Tränen). Kniephänomen gesteigert. Bleibt verwirrt.

6. 11. Stupor. Teilnahmlos gegenüber Umgebung, befolgt Befehle automatisch. Analgesie. Siehtverständnislos um sich, keine Reaktion auf Befragen, erkennt Gegenstände nicht ordentlich.

7. 11. Wenig Anteil an Umgebung. Starrt viel auf eine Stelle. Kopfweh. Wird in den nächsten Tagen etwas regssamer, gestikuliert viel, ist etwas ängstlich, klagt über Brustschmerzen. Verkehrtheiten (setzt Glas auf die Stirn).

Mitte November lebhaft, heiter, sehr läppisch, dreht sich im Kreise herum, gestikuliert in manirierter Weise, nicht automatisch mit dem Kopf, legt sich nachts verkehrt zu Bett. Analgesie. Bleibt in der nächsten Zeit verwirrt, unorientiert, läppisch, tanzt in der Stube umher, lässt sich von Anderen zum Narren haben, in den Nächten verschiedentlich unruhig, einmal beim Baden Schwindelanfall. Isst viel, holt sich das Brot von anderen Kranken, raucht und priemt, was er bekommen kann, beantwortet Fragen falsch oder halb richtig. Im Dezember treten noch mehr katatonische Züge auf, Stereotypien

in Haltungen und Reden, Grimassieren. Mitte Dezember vorübergehend apathisch, dann ängstlich, am Kopf sehr empfindlich. Am 30. 12. scheint er gleichsam aus der Verwirrtheit zu erwachen, verfällt aber schnell wieder in den gleichen Zustand, sieht auf Fragen verständnislos auf. Schreckt oft ängstlich auf, zeigt wenig Interesse, scheint immer stumpfer zu werden, muss zu allen Verrichtungen angehalten werden. Will von Geisteskrankheit nichts wissen.

Am 18. 4. 1911 wird er in die Klinik verlegt. Zeigt einen niedergeschlagenen Ausdruck, vermag aber geordnet Auskunft zu geben. Kenntnisse gering, Merkfähigkeit scheint herabgesetzt. Sensibilität ganz intakt. Gibt an, sich des Aufenthaltes im Lazarett zu entsinnen, retrograd amnestisch gegen die Straftat, will von der Kaserne direkt ins Lazarett gekommen sein „wegen Lungenleidens“. Von Anfang an ruhiges und geordnetes Wesen, beteiligt sich an Gartenarbeiten. Im Gegensatz zu den geschickten Antworten bei der Exploration steht eine bemerkenswerte Unfähigkeit, einfache Definitionen zu geben. (Will nicht wissen, was unehelich sei.) Anfangs noch etwas verstimmt und zurückhaltend, später zufrieden, psychisch völlig unauffällig, verträglich und besonnen, zuletzt keine Stimmungsschwankungen; am 16. 5. geheilt entlassen.

Später (Ende 1911) wurde in K. das Verfahren gegen K. wieder eröffnet, mit dem Erfolg, dass K. wieder erkrankte, ein verständnisloses Wesen zeigte, arbeitsunfähig wurde; der Gerichtsarzt fand ihn teilnahmlos; K. hatte die einfachsten Daten vergessen, rechnete 3 mal 3 = 6 usw. Somatisch: Uebertriebener Romberg, fehlender Konjunktival- und Rachenreflex. Der Arzt stellte die Diagnose auf Degenerationspsychose eines Psychopathen; zur Zeit zeige K. ein eigenartiges Gemisch von Simulation und Krankheit.

Der kurze Auszug der Krankengeschichte zeigt uns, welche ausserordentliche Aehnlichkeit mit katatonen Erkrankungen der nach Verhaftung ausgebrochene wechselvolle Zustand hatte. Nach einem impulsiven Erregungszustand ohne stärkere Bewusstseinstrübung tritt ein Stupor ein, der durch automatisches Benehmen charakterisiert, allerdings nicht mit negativistischer Muskelstarre verbunden ist. Nach Schwinden des Stupors tritt ein läppisches Wesen ein, das durch recht bemerkenswerte Züge (Verkehrtheiten, Fresssucht usw.) ausgezeichnet ist und in Verbindung mit der zunehmenden scheinbaren gemütlichen Verstumpfung, den Gedanken an einen Defektzustand nahe legt. Das intensive Auftreten katatoner Symptome (Stereotypien, Grimassieren) scheint die Diagnose „Katatonie“ weiterhin zu festigen. Und doch handelt es sich nur um eine Situationspsychose. Sobald die Verlegung des Kranken in die Klinik stattgefunden hat, schwinden überraschend schnell alle Krankheitssymptome, bis auf ein etwas mürrisches Wesen und eine systematische Amnesie, deren tatsächliches Bestehen überdies anzuzweifeln ist (auch die dem sonstigen geordneten und in der Exploration nicht ungewandten Wesen inadäquate Kenntnislosigkeit bei einzelnen Fragen ist wohl kaum

echt). Die Zeit psychischer Genesung ist aber nur begrenzt, das Strafverfahren wird erneut eingeleitet, und diesmal versinkt der Kranke in einen Zustand, der nach den katamnestischen Berichten wohl als ein ganzerartiger Komplex mit stuporösem Verhalten zu deuten ist und von dem Gerichtsarzt in K. auch als Degenerationspsychose gedeutet wurde. Es ist wohl fraglos, dass in diesem Fall affektive Erschütterungen ätiologisch viel weniger wirksam waren, als ein bestimmter Krankheitswunsch; eine reine Vortäuschung möchte ich darum wenigstens für die erste Erkrankung bei der langen Dauer der Psychose, namentlich aber dem echten Gepräge der einzelnen Krankheitsäußerungen, der öfters bis zur Störung des Schlafes sich steigernden Unruhe, nicht annehmen. Möglich ist es, dass die ersten Erregungen noch einen Täuschungsversuch darstellen und allmählich erst eine autosuggestive Fixation der Krankheitsercheinungen eintrat. Auf welchem Wege dann eine so getreue Kopie einer katatonischen Psychose zustande kommen konnte, bleibt um so dunkler, als der Kranke wohl kaum vorher Gelegenheit gehabt hatte, derartige Erkrankungen zu sehen. So einfach es nun ist, diesen Fall retrospektiv richtig zu deuten, so unbefriedigend ist hier der Versuch aus dem Symptomenbild im floriden Stadium differentialdiagnostische Merkmale herauszuschälen. Die wesentlichen Merkmale, auf die uns hier Kräpelin weist: Zerfahrenheit des Gedankenganges, Urteilslosigkeit, unsinnige Einfälle und Ideenverbindungen, gemütliche Stumpfheit, Einförmigkeit und Ziellosigkeit des Handelns beim Katatoniker gegenüber der Findigkeit und Ueberlegenheit, Launenhaftigkeit und Empfindlichkeit, berechnenden Schläueheit, Herrschaftsucht und planmässigen Hartnäckigkeit der Hysteriker — lassen, wie der Fall zeigt, wenigstens für diese Haftpsychose im Stich. Die vielfach geäussernten hypochondrischen Beschwerden, die man bei Hysterischen und Degenerierten so häufig findet, zeigen auch Katatoniker (Tomaschny). Das Gleiche gilt von den Sensibilitätsstörungen (Meyer, Pförtner), wenn auch die (im Sinne Janets) lokalisierte Analgesie mit Hyperästhesie des Kopfes, die sich zeitweilig zeigte, soweit ich weiß, bei Katatonikern noch nicht beobachtet wurde, also als suspekt bezeichnet werden muss. Es muss weiter als verdächtig bezeichnet werden, dass auch bei fehlender Sperzung die Verständnislosigkeit, die Gedächtnisdefekte, einen abnorm hohen Grad erreichen, das Geburtsjahr vergessen war usw. (Aggravation?); die auffallendste Erscheinung aber bleibt der explosionsartige Krankheitsbeginn bei dem zwar haltlosen und ethisch minderwertigen, im übrigen aber vorher unauffälligen Mann in einer unlustbetonten Situation.

Man muss unter solchen Umständen stets mit einer transitorischen

Psychose rechnen, selbst wenn das Krankheitsbild vollkommen dagegen sprechen sollte. Dies zeigt auch der folgende Fall:

Fall 21. A. W., 23jähriger Arbeiter. In der Klinik vom 14. 3. bis 20. 5. und vom 14. 8. bis 5. 10. 1906.

Ungehoblich, Vater Potator. Als Kind nachts viel aufgeschrien. Ausserordentlich unstetes, vagabondierendes Leben. Zeitweise Zuhälter. In Zivil viel Potus. Während der Militärzeit machte er einen stupiden, wenig intelligenten, gleichgültigen Eindruck. Gegen Kameraden schroff, abstossend, ungefällig; verschlossener Charakter; Zornausbrüche und Schwermut wechselten. Vor der Militärzeit elfmal, beim Militär 9mal disziplinarisch bestraft. Nach Alkoholgenuss mehrfach (Akten) pathologischer Rausch und Erregungen, deshalb exkulpiert, vom Militär entlassen (1905).

November 1905 im Krankenhaus H. E., dort Neigung zu Zänkereien und Gewalttätigkeiten; im Dezember Einbruchsdiebstahl in angetrunkenem Zustand, stiehlt viel, demoliert das übrige Mobiliar. Am 20. 12. verhaftet, ins Gefängnis A. eingeliefert. Ist geständig, will kein Motiv zum Diebstahl nennen können. Anfangs in der Untersuchungshaft zwar geordnet, aber patzige freche Antworten. Anfang Februar plötzlicher Anfall, der als epileptischer gedeutet wurde, vom Arzt nicht gesehen (heftige Zuckungen in Arm und Bein, Kopf stark und krampfhaft nach hintenüber gebogen, Schaum vor dem Munde); der Anfall dauerte  $1\frac{1}{2}$  Stunden, dann steht W. auf, nimmt seine Mahlzeit ein, als wenn nichts Besonderes passiert sei. Es schloss sich an ein Zustand von Regungslosigkeit und Teilnahmslosigkeit, widerwillige aber richtige Antworten, verschlossen, ängstlich, verstört, später drohend. Zunehmende Steifheit und Mutismus, isst jedoch selbst. Weiterhin im „katatonen“ Stupor. Einmal löst er „zwecklos“ 2 Schrauben der Zellentür, im übrigen stets sinnlos-maniriertes Benehmen, Beterstellung. Er sträubt sich gegen alle Maassnahmen, sagt auf Alles „Rixdorf, ja, ja, ja“, gelegentlich auch echolal, im Zimmer leise murmelnd auf und abgehend. Im Krankenhaus lässt er viel Urin und Kot unter sich.

In der Klinik anfangs noch starr, sagt auf alles: „das weiss Gott“. Begleit keine Aufforderung (somatisch Sehnenreflexe gesteigert, Klonus ange deutet, Hypalgesie). Fängt später zu konfabulieren an: Er sei 2 Jahre im Gefängnis A. gewesen, weil er einen totgeschlagen habe solle, jeden Tag sei ein Kerl mit schwarzen Vollbart zu ihm in die Zelle gekommen, habe ihm das vorgeworfen; will 57 Jahre alt, 4 Jahre beim Militär gewesen sein. Daneben Antworten ohne alle Ueberlegung ( $6 \times 7 = 35$ ). Von Anfang an in der Klinik sauber.

Während des hiesigen Aufenthaltes anfangs widerwillig, ablehnend, aber nicht stuporös, konfabuliert weiter (will wegen Raubmordes angeklagt sein). Eines Nachts lacht er plötzlich auf „über Leute, die sich vergeblich bemühten, eine Leiche in einen Sarg zu legen“. Orientiert sich (Ende März), hat aber ein patziges Wesen, höhnisches Lachen. Geordnet, dabei amnestisch nur gegen fast alle Straftaten.

Anfang April stumpf-teilnahmslos, lächelt aber über andere Kranke. Steht nachts plötzlich auf, zertrümmert einen Spiegel, legt sich dann ruhig hin, hernach Stupor, Negativismus. Am nächsten Abend sagt er, er habe sich über den Arzt geärgert.

20. 4. Interesse an Kranken nur in Abwesenheit des Arztes. Später wechselt ziemlich geordnetes aber abweisendes Wesen mit plötzlichen Erregungen (singt und pfeift unanständige Lieder, geröteter Kopf, Puls 132).

Am 20. 5. durch Fenster entwischen.

In der Freiheit unauffällig gearbeitet. (Soll zu Verwandten gesagt haben, dass er als Simulant die Behörden getäuscht habe?). Es folgen Fahr-raddiebstähle: am 15. 6. schiesst er in angetrunkenem Zustande in einem Tanzlokal. Bei Verhaftung ruhig, geordnet. Im Gefängnis wieder starke Erregungen. Widerstreben, hernach Amnesie. (Gefängnisarzt: Erscheint geisteskrank.) In der Klinik (2. Aufnahme) somatisch und psychisch ohne krankhaften Befund.

Wird ins Gefängnis gebracht, dort tritt wieder Reaktionslosigkeit auf; nur mühsam Lippen zum Sprechen bewegt. Bleibt aber in Haft. Verurteilt am 29. 12. 06 zu 2 Jahren Gefängnis. Im Strafgefängnis reagiert er anfangs auf nichts, dann tritt wieder „normales Verhalten“ auf. Will von Verurteilung nichts wissen. Mehrfache Ablehnung von Wiederaufnahmeanträgen, Gnaden gesuchen. Am 12. 5. 08 schrieb er an den Kaiser, er sei in der Nervenklinik in einen hypnotischen Zustand gebracht und so ins Gefängnis zu A. gebracht worden. Ein gebildeter Mann habe ihm das gesagt. Ein anderer habe die Diebstähle begangen, der nun gestorben sei, aber keine Ruhe im Grabe habe. Er hätte nun zur Hälfte das Gesicht von dem Täter und zur Hälfte sein Gesicht usw.

Am 25. 5. 08 in die Anstalt zu N. gebracht, in der er sich noch befindet, zeitweise abweisend und gereizt ist, Beeinträchtigungsideen, bisweilen auch Vergiftungsideen vorbringt, oft verstimmt, zänkisch und heuchlerisch ist. Verleumdet andere Kranke, bereitet Instrumente zum Ausbrechen vor. Aus einem Briefe geht hervor, dass er sich jetzt der Verhandlung in A. erinnert.

Wiederum findet sich die grosse Ähnlichkeit der in Untersuchungs haft ausgebrochenen Psychose mit Katatonie, wiederum die Schwierigkeit in der katatonieähnlichen Krankheitsphase selbst differentialdiagnostische Merkmale auszusondern. Wenigstens enthielt die Krankengeschichte keine Anhaltspunkte für eine besondere Suggestibilität, Oberflächlichkeit oder affektierte Züge im Krankheitsbild (nur die eine Notiz von dem „zwecklosen“ Lösen zweier Schrauben der Zellentür erscheint suspekt), wohl aber finden wir den ganzen katatonen Symptomenkomplex mit dem Wechsel von negativistischem Stupor, Mutismus mit sinnlos-maniriertem Wesen, Stereotypien in Haltungen, Verbigerieren und Echolalie, ausserdem Unreinlichkeiten mit Stuhl und Urin. Nach Ueberführung in die Klinik änderte sich freilich bald der Zustand, ohne dass Heilung ein-

trat, so dass die Diagnose weniger Schwierigkeiten bot. Während die „katatonischen“ Motilitätsstörungen und die Unsauberkeiten aufhörten, wurde das Krankheitsbild durch Konfabulationen, die mit dem affektbetontesten Vorstellungskomplex des Kranken im Zusammenhang standen, und phantastische Visionen weiter ausgeschmückt. Ueber die Bedeutung der Konfabulationen habe ich schon gelegentlich eines früheren Falles gesprochen, man muss sich freilich hüten, dieselben mit den Wahnideen eines Dementia paranoides-Kranken zu verwechseln, wozu die gleichzeitig bestehende scheinbare Stumpfheit des Kranken hätte verleiten können. Später wurde diese Stumpfheit in einer vielleicht nicht unbedachteten Weise nur in Gegenwart des Arztes gezeigt. Beachtung verdienen dann noch die scheinbar ganz triebhaften Erregungszustände, die aber zum Teil wenigstens reaktiven Ursprungs sein dürfen. Bemerkenswert ist die starke Beteiligung des kardiovaskulären Apparates in diesen Erregungen. Klar zeigte sich ja das Charakteristische des Falles, das enge Gebundensein an Situationsverhältnisse, erst durch den Verlauf; wir sehen die prompte Genesung nach der Entweichung, die Wiedererkrankung in der Haft, Abheilung in der Klinik, erneuten Stupor in der Untersuchungshaft, Besserung in der Strafhaft, nach Ablehnung der Wiederaufnahme- und Gnadenbesuch die Entwicklung einer mehr chronischen Erkrankung mit höchst phantastisch-paranoiden Ideen, die das Persönlichkeitsbewusstsein stark beeinflussten und mit (angebl.?) Amnesie für bestimmte Zeiten verbunden waren, Erregungen, Stimmungsschwankungen usw. Es unterliegt hiernach wohl keinem Zweifel, dass es sich um eine ungewöhnlich wechselvolle, auf stark degenerativem Boden erwachsene Situationspsychose handelt, die Bezeichnung „Degenerationspsychose“ würde man natürlich gerade in diesem Falle auch nicht angreifen können. Der Fall, der auch von anderer ärztlicher Seite mehrfach untersucht war, wurde von Einigen als Epilepsie angesprochen, in Untersuchungshaft wegen des initialen „epileptischen“ Anfalls, der dann eintretenden scheinbaren Benommenheit, nach Ausbruch der Strafhaftpsychose wegen des Wandertriebes, der von früher Jugend bestand, der Intoleranz gegen Alkohol, der bei der Revolverschiesserei (zweite Verhaftung) bestehenden Bewusstlosigkeit, des anscheinend in der Strafhaft ausgebrochenen Dämmerzustandes. Abgesehen davon, dass auch nach der Beschreibung dieser 1½ Stunde währende Krampfanfall, dem keinerlei postparoxysmale Störungen, nicht einmal eine Somnolenz, folgten, unbedenklich als ein psychogener angesprochen werden kann, so wird man nach dem ganzen Verlauf die Frage einer epileptischen Erkrankung nicht näher zu diskutieren haben. Der Fall gibt uns aber Anlass, auf die Ueberschätzung, die in der Verkennung bestimmter Lehr-

meinungen einzelnen Merkmalen in der Epilepsiediagnose zuteil werden kann, hinzuweisen; dies gilt z. B. von dem Wandertrieb; nicht nur kommt ein solcher bei hysterischen und imbezillen Kranken vor, man muss sich auch hüten, jedes Vagieren, wie im obigen Fall, als krankhaften Wandertrieb aufzufassen, und ebenso Alkoholintoleranz kann bei jeder Form der Degeneration auftreten (sie dürfte übrigens die „Bewusstseinsstörung“ bei der Revolverschiesserei bedingt haben). Der in Strafhaft auftretende „Dämmierzustand“ entspricht der Bewusstseinstörung, die Birnbaum so häufig im Beginn der paranoiden Degenerationspsychosen gefunden hat. Etwas schwieriger ist die Abgrenzung gegen Simulation, zumal W. sich in gesunden Zeiten seiner Simulation gerühmt haben soll. Dass ein Vortäuschungsversuch vorgelegen hat, dass einzelne Erscheinungen hier übertrieben waren, kann nicht bestritten werden, die komplizierte, jahrelang dauernde Krankheit als einfach simuliert zu betrachten, dürfte nicht angehen, um so weniger, als W. schliesslich von seinem Kranksein nur Nachteile hatte, nicht nur die Untersuchungshaft enorm verlängerte, ohne dann freigesprochen zu werden, sondern in der Strafhaft, nachdem er  $\frac{3}{4}$  der Strafe schon verbüßt hatte, wieder erkrankte und nun schon jahrelang in einer Irrenanstalt sich immer noch krank befindet, während er normalerweise schon längst wieder auf freiem Fuss gewesen wäre.

Der Simulationsverdacht musste auch bei dem folgenden Fall auftauchen.

**Fall 22.** L. C., 30jähriger Arbeiter polnischer Herkunft, uneheliches Kind. Seit Kindheit viel Strafen: Diebstahl, Sachbeschädigung, ruhestörender Lärm, Einbruch in Gemeinschaft ( $2\frac{1}{2}$  Jahre Zuchthaus), Betteln, Landstreichen, Hausfriedensbruch, Nötigung und Widerstand. Bei einem Einbruch gleichzeitig sinnlose Zerstörungen (Zertreten von 550 Zigarren usw.), allerdings in angebrunkenem Zustande. Im Zuchthaus undisziplinierbar, wiederholt Arreststrafen. Im Gefängnis früher mehrfach Tobsuchtsanfälle. Mitarbeitern erschien er öfters zerstreut, komisch, kindisch, vergesslich. Hatte besondere Vorliebe für Uhren, deren er mehrere besass. Jetzige Tat: Diebstahl einer goldenen Uhr. War angetrunken, zeigte nachher die Uhr in der Wirtschaft vor, behauptete, sie für 5 M. gekauft zu haben. Verhaftet 27. 9. 1910. In Untersuchungshaft anfänglich unauffällig.

Am 29. 9. Erregung, lief mit dem Kopf gegen die Wand, schmierte mit Kot. Sobald jemand kam, stumm in einer Ecke.

Am 30. 9. Klinik. Schreit anfangs, gerät schnell in Starre. Flüstert: „Jetzt ist alles aus“. Geringe Spontaneität. Fast gesperrt gegen Aussenwelt. Ängstlich-theatralischer Gesichtsausdruck bei Drohbewegungen. Auf Frage nach Namen usw. immer nur: „Boizenburg“. Unmotiviertes läppisches Lachen unterbricht die ängstliche Hemmung; er versinkt schnell wieder in Stupor. Kein Negativismus. Beteiligt sich aktiv nicht während der Untersuchung. Auf

Nadelstiche erfolgt bisweilen keine Reaktion, bisweilen klägliches Schreien. Beim Versuch, Romberg zu prüfen, grobschlägiges Schüttelzittern der Arme. Hält sich im Stupor sauber, muss allerdings abgeführt werden.

1. 10. Angeredet, macht er einige hilflose Bewegungen, setzt sich nach kurzer Sperrung auf, sieht verlegen um sich, bleibt stumm. Betrübter Ausdruck. Auf Frage nach Namen: „Boizenburg. Gerichtsvollzieher — alles weggenommen.“ Auf weitere Fragen immer nur: „Boizenburg . . . alles ist weg . . .“ Federhalter bezeichnet er als Zigarre.

2. 10. Regungslos, bekümmerter Gesichtsausdruck, anscheinend unfixierbar. Lächelt aber über einen erregt-läppischen Kranken. Blickt den Arzt mit ratlos-erstaunten Blicken an, nennt Namen nach wiederholten Fragen.

Der Stupor hält noch einige Tage an, löst sich sehr langsam. In diesem Stadium Ganserantworten, Arzt wird als Amtsrichter bezeichnet. Stets maniert-ängstliches Zurückweichen bei Drohbewegungen.

Am 10. 10. plötzlich geordnet, ruft den Arzt heran, fragt denselben mürrisch, was er hier solle im Bett, er sei doch gesund. Weiss, dass er im Krankenhouse ist, will vom Kanal kommen, vorher in Boizenburg gewesen sein, wo man ihn von seiner Geliebten getrennt habe (letzteres faktisch). Angebliche Amnesie gegen Gefängnisaufenthalt. Als Datum nennt er den 26. 9.

11. 10. Spricht im Tonfall eines 5jährigen Kindes: „Den Doktor da kenn ich, und den auch . . .“ usw.

12. 10. Amnesie besteht weiter, durch Elektrisieren nicht beeinflusst.

13. 10. Bei erneutem Elektrisieren hochgradiger Erregungszustand; er schlägt in sinnloser Wut in eine Scheibe, springt dann mit schnellen Schritten angstfüllt aus dem Zimmer, danach vorübergehend leichter hysterischer Krampfanfall. Grosses Angst vor dem Arzt, der ihn elektrisiert hat, murmelt stereotypisch: „Brummkasten, Brummkasten“.

Am 15. 10. dauernd schmollend-kindlich. Gibt dem Arzt nicht die Hand: „Der beißt mich“. Dauernd leicht gehemmt. Wird möglichst ignoriert, worüber er sich sichtlich ärgert.

19. 10. Bespricht mit einem anderen Kranken phantastische Pläne. (Ein Schiff mit Kanonen liegt bereit, mit dem wollten sie Kiel totschiessen.)

22. 10. Aergerlich. Klagt über Kopfschmerzen, Herzstiche; Amnesie besteht fort.

23. 10. Wieder stuporöser. Wehrt sich nicht gegen Nadelstiche, schreit aber „Au“.

25. 10. Gehemmt in bequemer Lage zu Bett. Widerstand gegen passive Bewegungen. Fasst, wenn man ihn sticht, wie ratlos nach den Einstichstellen.

31. 10. Hemmung weicht. Augesprochener Infantilismus. (Hascht nach Bildern, die man ihm zeigt, versteckt sie, wehrt sich, wenn man sie ihm wieder nehmen will, schmollt dann, ängstigt sich vor Revolver auf Bild, freut sich kindlich über Tierbilder usw.) Puerile Sprechweise.

1. 11. Zieht alle Sachen verkehrt an. Lacht oft vor sich hin, macht dauernd, auch in Abwesenheit des Arztes, blöden Eindruck. Kein Konnex mit anderen Kranken.

11. 11. Moriaartige, alberne Heiterkeit. Wirft mit dem Bettzeug gegen die Lampen, versucht mit einem Nagel, den er sich irgendwie verschafft hat, andere zu stechen. In den Nächten schläft er fast immer gut, nur manchmal spricht er vor sich hin. Später zeitweise klarer, dann wieder läppisch albern. Gibt alle Vergehen zu, die man von ihm wissen will. Schreibt richtig den Namen des Unternehmers auf, bei dem er gearbeitet hat. Will im Gefängnis gewesen sein, um zu arbeiten. Geordnete Sprechweise.

(27. 11.) Später zeitweise missgestimmt, gereizt, schimpft oder spricht gar nicht, dann wieder läppisch pueril. Amnesie bleibt.

Am 19. 12. erneut unter Sträuben elektrisiert. Hernach ist er auf einmal klar und völlig geordnet, gibt in sehr eingehender Weise Auskunft, zeigt keine Amnesie gegen die Gefängniszeit, will im Untersuchungsgefängnis zum Simulieren verleitet sein. Das Infantile des Wesens ist geschwunden. Will aber aus Angst hier immer geantwortet haben, will hier von allen geschlagen sein. In den nächsten Tagen sehr gedrückt, äusserte paranoide Ideen (die Kranken bekämen hier alle absichtlich Gift, um Krach zu machen).

Im Januar 1911 wird er wieder läppischer. Als er Nachricht hört, dass er ins Gefängnis soll, wird er plötzlich ängstlich-gehemmt, fasst sich aber, geht ruhig mit. Bei der Gerichtsverhandlung zeigt er wieder neben grosser Ratlosigkeit denselben Puerilismus, wie er ihn hier so lange geboten hatte, freut sich kindisch, als er den Arzt sieht, ruft dem Richter zu: „Den Doktor kenn ich ...“ usw. Er wird (entgegen dem ärztlichen Gutachten) freigesprochen. Katamnese war nicht zu erlangen.

Die Aehnlichkeit mit katatonischen Erkrankungen ergibt sich hier hauptsächlich daraus, dass — ähnlich wie im Fall 10, 4. Erkrankung — nach Ablauen des Stupors mehrere Monate hindurch eine scheinbare Demenz, Gleichgültigkeit, läppisches Wesen bei ungestörter Auffassung bestand. Dass es sich trotzdem nur um eine Situationspsychose handelt, halte ich trotz des Fehlens einer Katamnese für sicher; am beweisendsten hierfür ist das nach dem Elektrisieren momentan einsetzende Schwinden der psychischen Störung; die scheinbare Demenz wurde durch ein geordnetes und besonnenes Wesen prompt ersetzt, zugleich damit schwand die Amnesie an die Straftat. In interessanter Weise zeigt sich der ungünstige Situationseinfluss in dem unvermittelten Wiederauftreten des pueristischen Verhaltens während des Gerichtstermins, wodurch die Richter den Eindruck gewannen, dass es sich um ein schwer schwachsinniges Individuum handele. Im Stupor zeigten sich wieder einige charakteristische Merkmale, auf die ich schon wiederholt aufmerksam gemacht habe: Das Vorherrschen eines ängstlichen Affekts mit theatralischen Beimengungen und eines bestimmten Vorstellungskomplexes der Vergangenheit, der einige Monate vorher erfolgten Trennung von seiner Geliebten. Während im Beginn der Erkrankung widerliche Unsauberkeiten nicht fehlten, bestand während des klinischen Aufenthaltes auch im Stupor ausgesprochene

Vorsorge für Erhaltung der Sauberkeit; Nahrungsaufnahme und Schlaf waren kaum gestört. Die zurückbleibende Amnesie für die Straftat ist ebenfalls beachtenswert.

Dass hier nicht nur der Krankheitswille pathogenetisch wirksam war, sondern sogar ein richtiger Simulationsversuch stattgefunden hat, muss nach den bestimmten Angaben des Kranken, von anderen Gefangenen zum „Markieren“ aufgefordert zu sein, als wahrscheinlich angenommen werden, wenn auch freilich nicht vergessen werden darf, dass die Angst vor erneutem Elektrisieren, der nach der Besserung auftauchende Wunsch, möglichst schnell das Verfahren zu beenden, die Angaben beeinflusst haben könnte. Aber selbst wenn wir den Simulationsversuch in Untersuchungshaft als gegeben erachten wollen, kann man doch nach meiner Meinung nicht die nun folgende Krankheit in ihrem ganzen Verlauf als Fälschung ansehen. Selbst wenn man zunächst einmal annehmen wollte, dass der nach der Anamnese zwar betrügerisch veranlagte, aber degenerierte und intellektuell sicher nicht hochstehende Mann, der durch seine völlige Undisziplinierbarkeit und Tobsuchten in Strafhaft schon seine verminderte Resistenz gegen Hafteinflüsse gezeigt hatte, die erstaunliche Gewandtheit besessen haben sollte, fast 3 Monate hindurch ein so kompliziertes, aus Stupor, Erregungen, Konfabulationen und Pseudodemenz gemischtes Krankheitsbild bewusst vorzutäuschen, selbst in Abwesenheit der Aerzte so wenig aus der Rolle zu fallen, dass er den Pflegern als blöd erschien, so muss uns doch das Verhalten nach dem Simulationsgeständnis von der Echtheit wenigstens eines Teils der krankhaften Aeusserungen überzeugen. Verblüffend ist zunächst schon, dass der Mann in demselben Zeitpunkt, in dem er reumütig seine Simulation bekennt, doch zeigt, dass die Erinnerung an den Höhepunkt des Stupors wenigstens nur eine rudimentäre ist, dass er mit ungekünsteltem Erstaunen behauptet, stets Fragen des Arztes beantwortet zu haben (zu gleicher Zeit aber auch Beeinträchtigungsideen äussert, z. B. nicht geredet haben will, um nicht ins Loch zu kommen oder geschlagen zu werden). Wir können uns nicht die Raffiniertheit so hoch vorstellen, um anzunehmen, dass die Simulation in demselben Augenblick, in dem sie mit dem Ausdruck der Aufrichtigkeit gestanden, auch schon wieder fortgesetzt wird. Es zeigt sich vielmehr die gleiche Tatsache wie in dem instruktiven — auch symptomatologisch ähnlichen — Falle Jungs, in welchem katatonieähnlicher Stupor von gesucht sinnlosem Vorbeireden, später blödem Wesen mit zeitweiligen Gewalttätigkeiten gefolgt war: nach Faradisieren Simulationsgeständnis, während viele Ereignisse der Simulationszeit ganz vergessen waren. Mit Recht weist Jung darauf hin, dass hier in diesem Falle zwar an Simulation nicht zu zweifeln

sei, daneben aber Aufmerksamkeitsstörungen und mangelhafte Auffassung bestanden, die die Simulationszeit überdauert hätten. Wir werden bei unserem Falle dasselbe anzunehmen haben, zumal hier der Verdacht, dass neben Simulation auch echt Pathologisches bestand, noch durch die vielen nach dem Simulationsgeständnis auftretenden krankhaften Erscheinungen gestützt wird. Obwohl der Kranke den Wunsch geäussert hatte, möglichst schnell ins Gefängnis zu kommen, bildete sich doch nach zuerst ganz besonnenem Wesen neben phantastischen Aeusserungen und abweisendem Benehmen wieder eine gewisse Kindlichkeit aus, die allerdings keine höheren Grade mehr erreichte, aber doch entschieden wieder einen leichten Rückfall ins Krankhafte bedeutete. Sehr gut zeigte sich dann seine Beeinflussbarkeit, als er hörte, dass er ins Gefängnis gebracht werden sollte und nun mit ungekünstelt erscheinender Fassungslosigkeit plötzlich gehemmt, starr wurde, so dass man einen erneuten, längeren Stupor befürchtete; auf gütliches Zureden wurde er allerdings wieder freier. Wie weit dann der glatte Rückfall in den Puerilismus bei dem Termin echt ist, ist wieder schwer zu entscheiden; man darf aber zwanglos aus den nach dem Simulationsgeständnis sich manifestierenden psychotischen Erscheinungen im Verein mit den Erinnerungsdefekten darauf schliessen, dass auch vor dem Geständnis schon krankhafte Momente mitspielten. Es ist hierbei nicht anzunehmen, dass die Simulation durch geistige Ueberanstrengung zur Psychose führte, so wie es von älteren Autoren für diskutabel erachtet wurde, sondern dass dieselben Umstände, die anfangs zu Motiven der Simulation wurden, Ursachen auch der späteren Geistesstörung waren (F. Leppmann). Beides beruht auf dem zugrunde liegenden Krankheitswillen. Die einzige Möglichkeit, sich diesen Uebergang von Simulation in Krankheit vorzustellen, beruht auf der Annahme einer besonders gesteigerten Autosuggestionsfähigkeit, welche das Individuum befähigt, sich in einen solchen autohypnotischen Zustand zu versetzen, dass ursprünglich gewollte Handlungen automatisch abzulaufen vermögen. Für den vorliegenden Fall wird diese Annahme durch den Nachweis einer degenerativen Grundlage und einer erheblichen Beeinflussbarkeit erleichtert. Im einzelnen lässt sich freilich die Grenze des Simulierten nicht feststellen, nur wird man nach den späteren Angaben wohl die retrograde Amnesie an Strafat usw. als stets bewusst falsche Aeusserung aufzufassen haben.

Ein Fall, den ich jetzt anschliesse, ist wahrscheinlich ähnlich zu beurteilen. Der Fall ist gleichzeitig vorzüglich geeignet, um die Bedeutungslosigkeit katatoner Symptome bei Haftpsychosen zu zeigen.

Fall 23. W., 35jähriger Arbeiter, In der Klinik vom 12. 9. 1905 bis 21. 10. 1906. Einwandsfreie Angaben über Heredität und psychische Anomalien.

sind nicht zu erzielen gewesen. Die Angaben des Pat. sind völlig unzuverlässig, an verschiedenen Stellen divergent. Angeblich Vater Potator, Mutter epileptisch, er selbst durch Sturz vom Fahrrad verletzt, wollte das Kind einmal Krampfanfall gehabt haben. Durch Zeugen ist bekannt, dass W. nicht geistesgestört erschien, aber merkwürdig war, stets beim Erzählen vom Hundertsten ins Tausendste kam, mehr, als er war, darstellen wollte. Oefters vorbestraft (Sodomie, Diebstahl). Unter falschem Namen verschiedene Schwindeleien; verhaftet am 15. 7. 05. Damals noch geordnet. Behauptet aber gar nicht zu wissen, wie er zu seinen Straftaten gekommen sei. Bei ärztlicher Begutachtung vermag er einfache Rechenaufgaben nicht zu lösen, zeigt plötzlichen Stimmungswechsel. Fluchtversuch, nach welchem er epileptischen Anfall „simulierte“. (Unterdessen kam heraus, dass W. viel mehr Beträgereien, alle sehr raffiniert, ausgeführt hatte.)

Am 25. 8. wird gemeldet, dass W. zu sprechen aufgehört habe, Geisteskrankheit simuliere, sich die Harnröhre zu verletzen gesucht habe. Dem Arzt machte er den Eindruck eines vollkommen Blödsinnigen. Bei gerichtlicher Vernehmung wackelte er fortwährend mit dem Kopf, rief: „ausfahren, ausfahren“, liess später unter sich, verzehrte seinen eigenen Kot. Bei Aufnahme in die Klinik sah er gebückt zur Erde, achtete auf nichts, sprach monoton „Wimi.. na di li...“, murmelt beständig vor sich hin. Schnappt nach vorgezeigten Gegenständen. Befolgt Aufforderungen nicht. Plötzlich erhebt er die Faust, droht nach der Seite. Beachtet Stiche nicht, am Septum nur leichtes Zucken, später auch auf Stich in diese Gegend keine Reaktion. Andeutung von Katalepsie. Später zunehmende Erregung. Redet auch in der Nacht vor sich hin.

13. 9. Sagt dem Pfleger, er müsse notwendig zu Gericht, polnisch sprechen; im übrigen mutistisch. Besorgt sich. In der Nacht murmelt er wieder dauernd vor sich hin. Tags stumm und teilnahmslos.

15. 9. Verlangt Wagen und Pferd, will zu Gericht fahren.

16. 9. Teils stumm, teils vor sich hin sprechend. Leerer blöder Blick, Mund halb offen. Auf Nadelstiche im Septum keine Reaktion, nachträglich Tränen, Kongestion.

18. 9. Stupor hält an, Elektrisieren ohne Erfolg, Will sich dann auf eine Ecke stürzen. Springt nachmittags plötzlich aus dem Bett, will auf den Schrank klettern.

19. 9. Meist starr, ruhig zu Bett. Sieht ängstlich in die Ecke, murmelt: „Da ist was.“ Pupillen weit. Ängstlicher Gesichtsausdruck. Auch weiterhin gleicher Zustand. Murmelt oft stereotyp: „Ich komme morgen weg ... ich soll vor Gericht ...“ Echopraxie. Grimassiert nach anderen Kranken hin. Isst Fliegen. Hat meist den Finger im Mund. Erneutes Elektrisieren ohne Erfolg.

Am 25. 10. wird vor Pat. gesagt, dass zum Krankheitsbild Unsauberkeit gehören. Am 27. 10. lässt er Kot ins Bett, versucht ihn zu essen. Im Reinigungsbad sucht er das Spülwasser zu trinken, Seife zu essen. Schmiert mit Speichel.

In den Nächten wird der Schlaf wieder unruhiger. Auf Fragen reagiert er noch nicht. Sucht aus dem Spucknapf, Tinte zu trinken.

November. Nässt nicht mehr ein, nachdem man zu ihm gesagt, man müsse Blase sonst elektrisieren. Schmiert dauernd mit Speichel. Reaktionslosigkeit, Mutismus unverändert. Am 8. 12. hält er einen Brief vom Gericht lange in den Händen, öffnet ihn aber auf dem Klosett, liest ihn, will ihn dann zerreißen. Steht später auf, steht teilnahmslos umher, spricht nicht, beschäftigt sich nicht, später kehrt er verkehrt, liest verkehrt herum Zeitung. Anfang Januar fleissiger werdend, spricht nur ganz kurz einmal mit dem Pfleger. Am 15. 1. beginnt er mit dem Arzt zu sprechen, klagt über Kopfschmerzen, bezeichnet Gegenstände zum Teil falsch, zählt falsch, rechnet 1 mal 1 nicht aus. Beginnt in den nächsten Tagen etwas freier zu sprechen. Amnesie an Strafzeit, weiss, dass er unsauber war. Gegenstände noch zögernd bezeichnet.

Am 20. 1. Entweichung auf geschickte Weise.

Schreibt am 21. 1. aus G. an den Mitkranke B.: „Ich bin aus der Gefangenschaft raus, ich bin so glücklich, dass ich die Freiheit habe, ich habe schon Geld, auch Zeug, ich reise 23. ab ins Ausland, ich komme nicht mehr in die Klinik . . .“ usw., Brief auch weiterhin ganz geordnet.

Ueber den weiteren Aufenthalt war lange nichts zu eruieren. Durch einen Zufall kam es schliesslich heraus, dass W. jetzt unter seinem richtigen Namen F. A. in der Irrenanstalt K. (in einer ganz anderen Provinz) sich befindet. Er hatte nach der Entlassung an den verschiedensten Orten, immer unter falschem Namen, zahlreiche raffinierte Beträgereien vorgenommen, wegen deren er am 5. 10. 07 in K. verhaftet war. Im Gefängnis begann er wieder stuporös zu werden, liess Urin in die Hosen, beschmierte sich Hände und Gesicht mit Kot, schöpft Suppe mit den Händen, z. T. Ganserantworten, zerriess eine Zeitschrift, die er erst sorgfältig gelesen. Kommt in die Anstalt K., zeigt dort den gleichen Mutismus, sitzt viel halbaufgerichtet im Bett, scheint teilnahmslos, bisweilen schmiert er mit Kot. Nach mehrfachem Elektrisieren beginnt er zu sprechen, zeigt Vorbeireden. Das Zustandsbild erscheint weiterhin vielfach gekünstelt und widerspruchsvoll. Vorübergehend auch phantastische Konfabulationen. Von Sachverständigen wird er für einen Simulanten gehalten, besonders auch, da „das Krankheitsbild aus dem jeder bekannten Psychose herausfalle“, daneben sei aber geistige Abnormität nicht auszuschliessen. Er kommt ins Gefängnis zu A., wo er Kot isst, Stücke von der Zigarette in den Mund steckt, sich unordentlich anzieht, während der Nacht oft unverständliche Selbstgespräche führte, von Gefängnisaufsehern für krank gehalten wird. In der Irrenanstalt K. wacht er allmählich auf, wünscht dann durchaus ins Zuchthaus, um Strafe zu verbüssen. W. wird nun zu 15 (!) Jahren Zuchthaus verurteilt. Bei der Aufnahme in die Strafanstalt (Juli 1908) „spielte“ er den Geisteskranken, lässt es aber auf Zureden und arbeitet dann ordentlich. Am 18. 11. 1909 legte er plötzlich die Arbeit nieder, wurde interesselos, besudelte sich mit Kot, kroch auf allen Vieren umher. Weiterhin langdauerndes katatonieähnliches Krankheitsbild mit Negativismus, Stereotypien, Speichelbluss, Katalepsie, aber lebhafter Gesichtsausdruck. Erhobener Arm bleibt bis 19 Minuten ohne Ermüdungserscheinungen erhoben. Später beziehungslose Antworten. Völliger Stupor bis

Oktober 1911. Erst nach Ueberführung in eine andere Anstalt wird er lebhafter, steht auf, bezeichnet aber Gegenstände falsch. Einmal springt er zum Fenster hinaus. Macht immer noch (1912) einen verwirrten Eindruck.

Die Durchsicht des Falles ergibt eine Menge ohne weiteres klarer simulationsverdächtiger Erscheinungen. Unter den hier gebotenen Symptomen nenne ich nur: die Veränderung des Krankheitsbildes auf eine in Gegenwart des Kranken gebrauchte suggestive Redewendung — ein nach Siemerling wichtiges Merkmal —, das Aufhören des Einnässens nach Drohen mit Elektrisieren, das heimliche aus Apathie heraus gebotene Lesen der Gerichtsnachricht, zeitweilige Beschränkung des Redens auf Unterhaltung mit den Pflegern, schnelles Schwinden der Krankheitercheinungen nach der Flucht aus der Klinik. Hierzu kommt dann noch der Umstand, dass man dem anscheinend ungewöhnlich raffinierten Individuum, einem dauernd in Betrügereien lebenden Menschen, eine geschickte Vortäuschung zutrauen durfte, und dass bei seiner Degeneration und moralischen Depravation auch die hier gebotenen widerlichen Handlungen ohne die Annahme einer Bewusstseinstrübung oder eines automatischen Triebes erklärlich erschienen (wie in den Fällen Liepmanns und v. Wagners). Die Entscheidung wäre um so schwieriger, als uns zwar von den erfahrensten modernen Autoren versichert wird, dass eine zielbewusste, durch Monate hindurch fortgeföhrte Simulation zu den grossen Seltenheiten gehört, aber noch keineswegs beweiskräftig feststeht, bis zu welchen Grenzen, bis zu welcher Zeittdauer von besonders geschickten Personen die Vortäuschung getrieben werden kann. Bedenken gegen die Annahme reiner Simulation erheben sich zwar schon, wenn man die Ausdehnung der Unruhe bis zur Schlafstörung, die besonders tiefe Störung des Schmerzgefühls, die man auch durch die bei Degenerierten sich bisweilen findende konstitutionelle Hypalgesie schwer erklären kann, berücksichtigt, aber klarer wird der Fall doch eigentlich erst durch die Katamnese. Auch bei der im Zuchthaus sich entwickelnden Psychose musste in Anbetracht der betrügerischen Natur des Mannes und der hohen Strafe der Simulationsverdacht begründet erscheinen, aber der nun folgende, zwei Jahre lang ununterbrochen dauernde tiefe Stupor wird, wie man getrost behaupten darf, nun nicht mehr als Ausfluss eines dauernd zielbewussten Handelns betrachtet werden können, zumal diesmal auch wirklich unvortäuschbare einzelne Symptome, insbesondere das Aufhören des normalen Ermüdungsgefühls bei passiven Bewegungen, beobachtet wurden. Retrospektiv wird man somit schliessen dürfen, dass das in der Klinik gebotene simulationsverdächtige Bild wenigstens sehr wahrscheinlich auch krankhafte Erscheinungen umschloss, dass bewusste und unbewusste

Simulation (Raimann) sich zu einem untrennbareren Ganzen vereinigten. Die Analyse des Falls ist wenig geeignet, um generelle differential-diagnostisch wertvolle Angaben zur Simulationsfrage beizusteuern, sie zeigt uns aber wiederum, welche Vorsicht auch simulationsverdächtige oder zweifellos vorgetäuschte Erscheinungen in der Beurteilung erheischen; sie zeigt uns, dass man auch bei dem Fehlen hysterischer Antezedentien, bei dem Nachweis eines zur Simulation besonders geeigneten Naturells mit der Annahme einer Vortäuschung bei hysteriformen Erscheinungen reserviert sein muss; und endlich zeigt der Fall in guter Weise, welche Regellosigkeit diese in den Rahmen keiner bekannten Krankheit recht passenden Psychosen annehmen können, ohne dass reine Fälschung anzunehmen ist, um so mehr, wenn der zu Grunde liegende Krankheitswille die (bewusste und unbewusste) Imitation fremder Erscheinungen modifiziert.

Die Abtrennung gegen eine andersartige Erkrankung erfordert nach dem Verlauf keine weitere Besprechung, bemerken möchte ich nur, dass der Fall unter meinem Material der einzige ist, welcher in dem (erst bei der dritten nicht hier beobachteten Erkrankung) ausserordentlich zähen Verharren im Stupor den Kutnerschen Fällen gleicht.

Im folgenden mögen noch einige Erkrankungen mitgeteilt werden, die von anderer Seite irrtümlicherweise als epileptische aufgefasst waren. Das Gemeinsame der 3 Fälle besteht, wie vorweggenommen sei, in dem Auftreten rezidivierender oder langdauernder Verwirtheitszustände, die vor den oben mitgeteilten Gansersyndromen und kurzdauernden Delirien durch die buntere Ausgestaltung des Zustandsbildes, den häufigen Wechsel der Erscheinungen (ähnlich wie im Fall 19), zum Teil durch die Kopie erheblicher psychischer Schwäche ausgezeichnet waren. Die Erkrankungen dürften mit den protrahierten hysterischen Dämmerzuständen, auf die Kraepelin u. a. aufmerksam gemacht haben, identisch sein. Die Fehldiagnose gründete sich zum Teil auf die übertriebene Bewertung früherer epileptischer oder als epileptisch angesehener Krampfanfälle, zum Teil auch auf die Verkennung der scheinbaren geistigen Defekte, die in Wirklichkeit nur analog der schon früher gekennzeichneten emotionalen Stupidität zustande gekommen waren. Bei vorurteilsfreier Betrachtung ergibt sich aber — auch bei dem Zugeständnis, dass einzelne Symptome wie Vorbeireden, bei Epileptikern vorkommen können — die psychogene Entstehungsweise der Zustände ohne Schwierigkeiten.

Der erste dieser Fälle ist in Form eines Gutachtens bereits von Siemerling<sup>1)</sup> mitgeteilt und eingehend begründet:

---

1) Siemerling, Strittige geistige Krankheit . . . usw.

Fall 24. Es handelt sich um den Arbeiter R., der in Untersuchungshaft nach Krampfanfällen ein läppisches Gebahren zeigte, verwirrt wurde, ausgesprochenes Vorbeireden bot, zeitweise im Stupor lag, auch stereotype Bewegungen machte, zeitweise sogar deutliche Sprachverwirrtheit zeigte, dazwischen auch puerilistisch war, konfabulierte. Mehrfache hysterische Krampfanfälle. Später scheinbar ganz blöd. Die Katamnese spricht trotz der langen Dauer der Krankheit durchaus für die Richtigkeit der hiesigen Auffassung. In der Anstalt, in die R. überführt wurde, war er still und teilnahmslos, beobachtete aber, was um ihn herum vorging, zeigte einen starren und blöden Gesichtsausdruck; Krampfanfälle, die als epileptische betrachtet wurden, aber vom Arzt nie gesehen waren, Erregungen, Stupor wechselten dann miteinander ab. Einem anderen Kranken soll er erzählt haben, dass man ihn in Kiel mit Elektrizität gequält und dass er sich gefühllos „gestellt“ habe. Sein naiv-kindliches oder reizbar-verdriessliches Wesen wird noch am Schluss hervorgehoben. Als er dann (fast 1 Jahr später) ins Ausland nach P. transportiert war, erschien er zwar nach anfänglich geordnetem Wesen bei der ersten Exploration noch wie geistesabwesend, auf Ansprache sank er langsam zu Boden, zuckte mit den Armen, röchelte, wurde bleich (Kornealreflex erhalten). Aber schon in wenigen Tagen war er — ohne Suggestion — ganz klar, gab gute Auskunft, alle Erinnerungslücken waren bis auf den Einbruchsdiebstahl und die Zeit im Gefängnis verschwunden. Auf Befragen wollte er Visionen und Phoneme gehabt haben. R. zeigte nun ein dauerndes, korrektes Verhalten, so dass er in einigen Monaten entlassen werden konnte. Was aus ihm später wurde, konnte nicht ermittelt werden.

In vortrefflicher Weise zeigt sich hier die Abhängigkeit von einer bestimmten Situation. Die jahrelang dauernden krankhaften Erscheinungen verschwinden fast mit einem Schlag in dem Moment, in dem durch die Ueberführung ins Ausland alle drohenden Gefahren von dem Kranken abgewandt waren. Ob die nun zurückbleibende, nur auf die Zeit des Einbruchs und des Gefängnisses sich erstreckende Amnesie echt ist, muss wohl sehr zweifelhaft bleiben. Diagnostisch war ja — ganz abgesehen von den charakteristischen Eigenschaften des Zustandsbildes — der Fall schon dadurch geklärt, dass die einzigen ärztlich beobachteten Anfälle typisch hysterische waren, während die Natur der anderen dunkel ist. In dieser Beziehung bot der folgende Fall etwas grössere Schwierigkeiten:

Fall 25. M. K., 37jähriger Arbeiter, geb. 1870. Vater Schlaganfall, Vaters Schwester Schlaganfälle und Krämpfe, Vaters Mutter gelähmt, Bruder als Kind Krämpfe. Patient war skrofulös, leidet seit dem 1. Lebensjahr an Krämpfen mit Bewusstseinstrübung und Blaufärbung, Schaum, bis zum 7. Jahr 2mal Fall auf Kopf. Kopfschmerzen. Schlechte Begabung. Von jeher Taugenichts, Diebstähle. Vergesslich und unordentlich. Furchtsam. 1886 (!) in Klinik L. Dort korrektes Verhalten. Später unstetes Leben. 2mal wegen Bettelns, 1mal Sittlichkeitsergehnis bestraft.

Wegen unsittlicher Handlungen 1907 in L. verhaftet. Auf dem Transport wiederholt Krämpfe, ebenso in Untersuchungshaft. Arzt: K. leide derart an Epilepsie, dass er fast den ganzen Tag in Krämpfen liege.

Am 29. 7. 07 wurde Pat. der Klinik zugeführt. Er lässt bei der Aufnahme die Beine nachschleppen, sich ganz hängen, sinkt auf den Stuhl hin, beantwortet Fragen nicht, zuckt aber bei Druck auf den Scheitel zusammen. Einige Stunden nachher langsame Antworten.

Weiss, dass im Krankenhaus, stellt die Anzeige als Racheakt seiner Frau dar, die ein Kind vergiftet habe; ist zeitlich ungefähr orientiert. Amnesie; will den ganzen Tag geschlafen haben. Klagt, dass ihm die Beine vor Mattigkeit schwer seien. Spannt beim Gehen alle Muskeln, lässt sich fallen. Ganser-antworten. 3 und 4 = 6 usw. Statt 1870 schreibt er 1807; liest in der Fibel statt Flachs „Lachs“, „aler“ statt Taler, leck = Fleck, lacht und weint durcheinander. Bilder richtig bezeichnet. Allgemeine Hypalgesie. Affektiertheiten bei Gehversuchen. (Eine gleichzeitig bestehende Atrophie des linken Arms mit fibrillären Zuckungen — Reste alter Poliomyelitis (?) — kann hier vernachlässigt werden.)

Zum Schluss aufgefordert, sich zu Bett zu legen, wirft er sich auf seine Decke auf den Boden und rutscht mit grosser Geschwindigkeit auf dem Boden entlang in den Saal hinein.

Schläft gut, liegt am nächsten Tage ruhig zu Bett, zeigt noch Abasie, hält das rechte Bein ganz steif, während er mit dem linken hüpfende Bewegungen macht. Klagt dann in erregtem Ton, dass er malträtiert werde.

In der nächsten Zeit zeigt er keine Hemmungen mehr, ist geordnet, oft weinerlicher, gedrückter Stimmung. Will noch nie bestraft sein, nur einmal 4 Wochen in einem Zuchthaus gesessen haben, weil er eine Frau geschlagen habe. Oefters Klagen über Kopfschmerzen. Beginnt aufzustehen. Dysbasie bessert sich.

Im Verlauf einer Exploration am 20. 8. gerät er in zunehmende Erregung, bricht in heftige Schimpfereien aus. Erinnert sich jetzt wegen Sittenverbrechen schon bestraft zu sein. Im Kopf will er völlig gesund sein.

In der nächsten Zeit wieder ruhig und geordnet, vor dem Arzt immer sehr kläglich, verdriesslich. Klagen über hypagogic Halluzinationen (sieht seine Frau ans Bett treten).

Am 4. 9. ängstliche Erregung nachts mit Amnesie. Am nächsten Morgen, als er zu Bett gebracht werden soll, heftige Erregungen. Widerstreben. Bekommt dann eine Art Anfall: Wirft sich wild im Bette umher, bäumt sich empor, spricht verwirrt: „Emma, Emma, wo sind die armen Kinder? Das verfluchte Weib! Komm her, langhaariges Scheusal, auffressen will ich Dich! Wo sind die armen Kinder! Ach, ach, Teufel, Teufel, helft, helft! Mensch, hast Du keine Courage? Hast Du keinen Mut? Bist Du bang? Ach, ach!“ Heftiges Atmen, starke Kongestion, Schweissausbruch, Pupillen mittelweit, reagieren. Nach Injektion Schlaf.

7. 9. Wieder ruhig. Beeinträchtigungsideen (Frau verfolge ihn). Kindliche Sprechweise.

18. 9. Plötzliche schwere Erregung. Schimpft auf die Frau. Verhält sich dann weiterhin so geordnet und ruhig, dass er am 19. 9. gebessert in Haft entlassen werden kann.

Bei Verhandlung am 5. 10. heftiger Tobsuchtsanfall. Zurückgebracht in die Klinik, wo er wieder ruhig und klar ist; erzählt, er habe seine Frau in dunkler Kammer gesehen, wisse nicht, was dann geschehen, sei erst heut zu sich gekommen. Allgemeine Hypalgesie.

Klagt auch am 7. 10., dass er das Gesicht seiner Frau nicht los werden könne.

In der Folgezeit oft gereizter Stimmung, die sich in Erregungen bisweilen entlädt; in diesen Erregungen behauptet er auch, dass die Pfleger Kranke marterten.

Am 6. 11. bekommt er einen Anfall. Er fällt mit den Händen aufklatschend im Einzelzimmer hin, bleibt liegen, steht nach Weile auf, sieht in den Saal, geht wieder ins Zimmer, fällt wieder hin, diesmal mit leichten Zuckungen. Verkriecht sich dann unter seine Decke und schimpft dauernd leise vor sich hin.

Am 16. 11. entweicht er zu seiner Frau nach F. Als er verhaftet wird, gerät er in Wut, droht mit Mord und Brandstiftung. Er wird nach Kiel zurückgebracht, am 23. 11. nach S. überführt. Die Gangstörung hat sich soweit gebessert, dass beim Gehen nur ein leichtes Schonen des rechten Fusses beobachtet wird.

In S. zeigt er anfangs ein noch wechselndes Verhalten, ist bald heiter und unterhält sich mit anderen, bald ist er in sich versunken, mürrisch, widerstrengig. Angebliche Amnesie gegen Zeit, kurz vor Aufnahme in die Klinik. Einfachere Fragen beantwortet er richtig, er ist aber abgeneigt gegen jedes tiefere Nachdenken, unlustig bei Intelligenzprüfung. In verhältnismässig kurzer Zeit wird aber die Stimmung ganz gleichmässig. K. beschäftigt sich regelmässig, schreibt einen verständigen Brief an seine Frau, erhält sich körperlich gut, bietet psychisch nichts Auffälliges. Auffällig bleiben nur umschriebene Gedächtnislücken; er will von der Entweichung aus der Klinik, den Drohungen bei der Wiederverhaftung nichts wissen.

Am 30. 12. 10 in L. wieder aufgenommen, weil er nach einer Kopfverletzung und Bewusstseinsverlust einen Tobsuchtsanfall und Krämpfe bekommen hatte. Er ist meist deprimierter Stimmung, klagt auch über Erscheinungen.

Am 4. 5. 11 wieder wegen Verdachtes eines Sittlichkeitsverbrechens in L. aufgenommen. Mässige Hemmung; zeitliche Desorientierung. Wird im Verlauf einer Exploration negativistisch; Fragen nach dem Sittlichkeitsdelikt negiert. Nachdem der Stupor gewichen ist, macht er dauernd einen stumpfen, denksaulen Eindruck, bietet „das Bild des angeborenen Schwachsinns“. Bisweilen verstimmt. Er arbeitet später regelmässig. Mehrere angeblich epileptische nächtliche Krampfanfälle (soweit ersichtlich, ohne Einnässen und Zungenbiss), ärztlich nicht beobachtet.

Wenn ich von dem hier nicht näher interessierenden wahrscheinlich spinalen Leiden (Atrophie des einen Arms) des Kranken absehe, so hat

der Fall Bemerkenswertes dadurch, dass bei dem aus belasteter Familie stammenden K. nach den in der Klinik L. gemachten Notizen früher mit Wahrscheinlichkeit eine echte (genuine?) Epilepsie bestanden hat (Krämpfe seit der Säuglingszeit mit Bewusstlosigkeit, Blaufärbung, Schaum vor dem Munde). Die schlechte Begabung, die Vergesslichkeit, Unerziehbarkeit und die ethischen Defekte des Knaben konnten sehr wohl als Folge einer epileptischen Degeneration gedeutet werden, ebenso würde damit die zweifellose Reizbarkeit, die auch hier in der Klinik sich zeigte, gut übereinstimmen. Trotz alledem hat es meiner Meinung nach keine Bedenken, die in der Klinik beobachtete Psychose den hysterischen Situationspsychosen beizurechnen. Ob Pat. nach seiner Kindheit überhaupt wieder Krämpfe gehabt hat, ist sehr zweifelhaft; das Wiederauftreten derselben in Haft ist also schon verdächtig, wenn auch Bestimmtes sich bei dem Mangel eigener Beobachtung nicht sagen lässt. Der nun folgende Stupor konnte namentlich bei den beobachteten Affektiertheiten, dem im Gegensatz zu den fehlenden Assoziationsstörungen in der Unterhaltung auffallenden Vorbeireden nicht gut als ein epileptischer angesehen werden. Dass später kurze Tobsuchten im Anschluss an unlustbetonte Ereignisse auftraten, könnte noch als Ausfluss epileptischer Reizbarkeit angesehen werden; aber klargestellt wird wohl der Fall durch das in den Vordergrund sich drängende Auftreten hysterischer Stigmata; einer typisch hysterischen Abasie, die allmählich zurückging und den Kranken an einer geschickten Entweichung nicht verhinderte, und von Krampfanfällen, die nach der Beschreibung wohl keinen Zweifel an der Diagnose lassen. Es stimmt mit unserer Annahme überein, dass nach Ueberführung in eine Anstalt, nach der Einstellung des Strafverfahrens alles Psychotische, selbst die Reizbarkeit und die Stimmungsschwankungen, schwand und nur lokalisierte Erinnerungslücken an Zeiten, deren Erinnerung dem Kranken unangenehm sein musste (Entweichung), sowie Zeichen einer angeborenen Intelligenzschwäche blieben. Bemerkenswert ist auch die Katamnese; über die Erkrankung bei der ersten Wiederaufnahme in L. (Tobsucht, Krämpfe und transitorische halluzinatorische (?) Psychose nach Kopfverletzung) will ich mir kein Urteil erlauben; die zweite Aufnahme aber erfolgte wiederum wegen eines Stupors, der aufgetreten war, als der Kranke in den Verdacht eines neuen Sittlichkeitsdeliktes geraten war; der Stupor schwand dann und es blieb das Bild des angeborenen Schwachsins. Es erscheint mir sehr wahrscheinlich, dass es sich hier wiederum nur um eine Situationspsychose gehandelt hat.

Dass man hier die alte Hypothese einer Hystero-Epilepsie wieder in Frage stellen müsste, erscheint mir völlig überflüssig; vielmehr meine

ich, wie das im Anschluss an Bratz-Falkenberg, Sommer u. a. Voss vor kurzem wieder betont hat, dass es sich um eine Koexistenz der beiden Störungen gehandelt hat; d. h. bei dem ursprünglich wahrscheinlich epileptischen Individuum ist ganz gesondert davon die hysterische Erkrankung hinzugetreten. Es unterliegt auch gar keinen Bedenken, sich vorzustellen, dass durch eine epileptische Degeneration ebenso wie durch so viele andere Formen der Degeneration eine Disposition bedingt wird, welche die Resistenz eines Individuums gegen Einflüsse der Haft vermindert und das Auftreten psychogener Haftpsychose erleichtert (dass nicht nur „hysterisch“ Veranlagte erkranken, zeigten schon mehrere Beobachtungen). In Analogie zu dem Fall steht der von Bratz und Falkenberg mitgeteilte Fall 29. (Schwer degenerierte Epileptica. In Untersuchungshaft charakteristischer hysterischer Dämmerzustand mit körperlichen Stigmata.) Die Bewertung „epileptischer“ Antezedentien ist schon in Fall 4, wo an die sog. Affektepillepsie gedacht werden konnte, gewürdigt worden. Wir sehen wieder, wie wenig die früheren Krampfanfälle bedeuten, wie nur die Beobachtung des Beginns des Zustandsbildes und des Verlaufs der gegenwärtigen Psychose diagnostisch entscheidend zu wirken hat.

Fall 26. H. H., 55jähriger Arbeiter. In der Klinik vom 10. 2. bis 26. 7. 1906. Heredität unbekannt. Angeblich seit früher Jugend Krampfanfälle. Vom Militär wegen epileptischer Anfälle (vom Arzt nicht beobachtet) entlassen. Später Potus. Zahlreiche Bestrafungen seit 1873 (Betteln, Unterschlagung, Diebstahl und sehr häufig Betrug und Vorspiegelungen falscher Tatsachen (1 mal Zuchthaus)). Während in den zahlreichen früheren Anklagen nichts über geistige Abnormitäten enthalten ist, machte er, als er 1897 nach einem geschickten Betrug vernommen wurde, verworrene Angaben, behauptete dabei, von einem Blitzschlag einmal getroffen zu sein. Das Verfahren darauf eingestellt. Es folgen erneute Beträgereien; nach der Verhaftung geistige Benommenheit, Erinnerungsdefekte an die Straftaten, Schwerbesinnlichkeit, fibrilläre Zuckungen im Fazialis (?). Wegen der offensichtlichen Sinnlosigkeit der Beträgereien (?) ärztlich epileptisches Irresein angenommen. Exkulpiert.

In der Anstalt X. gab K. an, nach der Militärzeit nie Anfälle gehabt zu haben. Er ist von Anfang an geordnet und zufrieden, keine Stimmungsschwankungen. Mehrfaches Entweichen. Ein Anfall in der Nacht nur nach eigener Angabe. Diagnose: Epilepsie. 1899 entlassen.

Nachher erst fleißiges Arbeiten, dann wieder Drang zum Wandern und Schwineleien. Er erschwindet unter geschickter Vorspiegelung falscher Tatsachen ein Fuhrwerk, mit dem er verschwand; als er endlich mit dem Wagen aufgefunden wurde, war er betrunken; doch gelang es ihm, zu verschwinden. Als er einen Monat später wegen Bettelns verhaftet wurde, erklärte er, „er sei unzurechnungsfähig gewesen und sei es auch noch“, hatte alles vergessen. Er wird aus der Haft entlassen, erneut wegen Bettelns ver-

haftet, wieder nach der Anstalt X. gebracht. Dort ist er bei der Aufnahme angetrunken, exaltiert, im übrigen dauernd geordnet, klar, stets unverwüstlich heiterer Stimmung. Ein Arbeitgeber teilt auch mit, dass H. in der Zwischenzeit sich ganz unauffällig gezeigt hatte. Mehrfache Entweichungen. Am 14. 6. 03 Entlassung. Krampfanfälle waren nicht beobachtet. Diagnose: Epilepsie.

Es folgen ein Diebstahl und eine Unterschlagung. Bei der Verhaftung auffällig. Wegen starken Schwachsinn, Alkoholismus und Halluzinationen am 23. 12. 03 nach Y. überführt. Dort zeigt er eine „Rigidität“ der Muskulatur, Spasmen beim Gehen, enormen Tremor, lokale Hypalgesie, psychisch ein apathisches aber geordnetes Wesen. Er behauptet, wenn er wild werde, laufe er im Lande umher, mache Dummheiten, könne sich nicht helfen; er habe in den 80er Jahren einen Schlaganfall mit Halbseitenlähmung und Sprachverlust gehabt. Mit leidendem Gesicht zu Bett, Kopfschmerzen. Er entsinnt sich keiner Bestrafung wegen Diebstahls. Später dauernd ruhig, fleissig, keine Anfälle. Geheilt entlassen. Diagnose: Periodische Psychose.

November 1904 erneute Schwindeleien, bei denen er zum Teil recht gewandt auftrat. Bei der Verhaftung erschien er geistesgestört.

Am 3. 12. wegen „hochgradigen Schwachsinn“ erneut nach Y. gebracht. Erzählt, man habe ihm seine Sachen gestohlen, er habe sich das rechte Bein verletzt und so sei er wild geworden. Zahlreiche körperliche Beschwerden. Einmal fuchtelt er mit den Händen umher, beklagt sich über einen Kerl, der ihn beschimpfe, ist abweisend, später sehr geordnet, gleichmässig guter Stimmung. Am 26. 5. 05 entlassen.

Bald darauf mehrfache erneute, meist erfolgreiche Beträgereien, bei denen er sich stets recht gewandt, geistig durchaus normal zeigte. Bei der Verhaftung am 27. 12. 05 behauptete er, nicht normal zu sein. Bemerkenswert ist auch, dass H. ein Zittern und schleppenden Gang zeigte, Erscheinungen, die nach den Zeugenaussagen vorher, zur Zeit der Beträgereien, gefehlt haben.

In der Haft machte er nach dem Arztbericht den Eindruck eines ganz verblödeten Menschen, konnte seine Personalien nicht angeben, war zeitlich und örtlich desorientiert, sah bei Fragenverständnislos auf, antwortete gar nicht oder nach langem Besinnen, kennt aber die Namen der Irrenanstalten, in denen er gewesen, weiß, dass er öfters warr sei. Er blieb weiterhin unorientiert, äusserte, dass in der Nacht immer jemand ihn rufe. Körperlich blöder Gesichtsausdruck, Schwäche der rechten Seite, „spastischer“ Gang, mit Nachschleppen des rechten Beines, feinschlägiges Zittern. Wegen „epileptischer Bewusstseinsstörung“ ausser Verfolgung gesetzt.

Am 16. 2. 06 der Klinik zugeführt. Körperlich: Maniriert-skandierende, hilflos-kindliche Sprache, die sich auf Zureden bessert. Zittern im rechten Arm, das bei Ablenkung schwindet. Keine Parese des rechten Armes, aber Händedruck = 0, auf Zureden mässig. Bei Widerstandsbewegungen rechts aktives Spannen. Anaesthesia dextra (anfangs öfters „nein“ gesagt bei Aufforderungen „ja“ zu sagen, so oft er fühle, „nein“, wenn er nicht fühle). Nadelstiche als Kneifsen empfunden. Beide Arme gleichmässig benutzt. Kurzer trippelnder

Gang, Nachziehen des rechten Beines. Keine Zungenbisse. Bewegungen bei Beobachtung langsam. Keinerlei Reflexstörungen.

Psychisch: Klägliches, langsames Sprechen, Ganserantworten. (2 mal 3 ist 5, zählt 10 . . , 11 . . , 14 . . , 16 . . , 20 usw.). Bei der folgenden Exploration benimmt er sich nicht ungeschickt. Will mehrfach Schlaganfälle gehabt haben, seit dem Herbst rechts schwach sein. Seine Personalien richtig angegeben.

In den nächsten Tagen liegt er ruhig zu Bett, zuckt mit dem rechten Arm, sobald er sich beobachtet sieht. Lumbalpunktion negativ. Klagt in der ersten Zeit noch über Kopfschmerzen. Später ist er dauernd geordnet, ruhig, frei von aller Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen, hilft sehr fleissig bei häuslichen Arbeiten der verschiedensten Art mit, nimmt sich sorgsam der hilfsbedürftigen Kranken an, äussert keine Klagen. Am 26. 7. 06 geheilt entlassen. Nachforschungen ergebnislos.

Die Diagnose der Epilepsie war hier grösstenteils auf die völlig unkontrollierbaren Angaben des Kranken über frühere Krämpfe und über die ärztlich nicht beobachteten „epileptischen“ Anfälle beim Militär begründet. Spätere Krampfanfälle waren von niemand beobachtet. Zungennarben fehlten. Aber auch angenommen, dass H. wirklich einmal an Epilepsie gelitten habe, so sind doch seine Hafterkrankungen nicht als epileptische aufzufassen. Epilepsieverdächtig erschienen die — immer rein subjektiven — Angaben über Wandertrieb (dessen Bewertung ich schon oben gestreift), über Verwirrtheitszustände, in denen die Straftaten verübt wurden, und zurückbleibende Amnesie. Zu wiederholten Malen erschien H. bei oder kurz nach den Verhaftungen benommen, verwirrt, apathisch oder mehr oder weniger blödsinnig. Es trat jedesmal psychische Erholung ein, und namentlich zur Zeit der Straftaten erschien er niemals nach irgend einer Richtung hin auffallend. Nun brauche ich nicht die jedem Psychiater geläufige Erfahrung von den oft überraschend geringen äusseren Anzeichen des epileptischen Dämmerzustandes näher zu erörtern; die weiten Reisen, welche die Kranken im Aequivalent ohne aufzufallen machen können, sind ja bekannt. Die eingehende Untersuchung würde zwar wohl assoziative Störungen aufdecken können; bei oberflächlicher Betrachtung aber wird, da komplizierte Handlungen ganz automatisch ablaufen, Gedächtnisvorgänge mitwirken können, das Benehmen durch Einflüsse der Aussenwelt modifiziert werden kann (Siemerling), die Bewusstseinstrübung bisweilen verborgen bleiben. Aber hier handelte es sich nicht um ein kurzdauerndes Delikt, etwa eine brutale Gewalttätigkeit oder eine sonst befremdliche Handlung, wie sie öfters die Taten der Epileptiker charakterisiert, sondern um ganz systematische raffinierte Beträgereien, die ein grosses Mass von Ueberlegungen erforderten, dem Normalverhalten

des Mannes völlig entsprachen und jedesmal nach Entlassung aus Anstalten, in denen das Verhalten zu keinen Klagen Anlass gegeben hatte, von neuem ausgeübt, dann mit der „Verwirrtheit“ entschuldigt wurden und mehrfach zur Exkulpation führten. Bemerkenswert ist auch, dass entgegen dem unaufälligen Benehmen bei den Straftaten nach der Verhaftung die psychische Störung dick unterstrichen war, jedem Laien auffallen musste, die Beobachter zur Annahme der geistigen Benommenheit, hochgradigen Schwachsinns, völligen Blödsinns führte. Unter diesen Umständen glaube ich die Annahme epileptischer Dämmerzustände von der Hand weisen zu dürfen. In charakteristischer Weise erkrankte der Mann, dessen degenerative Grundlage wir bei dem Mangel einer einwandsfreien Anamnese nur vermuten können, 5 mal nach Verhaftungen; jedesmal trat in der Anstalt mehr oder weniger schnelle Wiedergenesung so sehr ein, dass selbst solche Anomalien des Wesens, wie Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Interesselosigkeit nicht mehr beobachtet werden konnten. Es handelt sich also um eine rezidivierende hysterische Situationspsychose, die zuletzt mit einer ungewöhnlichen Fülle körperlicher hysterischer Stigmata verbunden war. In Berücksichtigung der Angaben H.s über Potus konnte man bei der ersten Aufnahme in Y. bei dem Vorliegen von allgemeinem Tremor und angeblichen Halluzinationen höchstens noch an eine alkoholische Psychose denken; bedenken wir aber, dass auch da die Erkrankung prompt im Anschluss an eine Verhaftung entstanden, dass das Zittern von hysterischen Stigmen (Hypalgesie, Dysbasie) begleitet war, psychisch in Y. keine Zeichen einer Halluzinose oder eines Deliriums bestanden, so wird man auch diese Annahme nicht halten können. Wie hochgradig der Alkoholmissbrauch bei H. war, ist überdies fraglich.

Schwierigkeiten bereitet im vorliegenden Fall die Differentialdiagnose gegenüber Simulation. H. ist ein von Jugend an betrügerisch veranlagtes Individuum; die Erkrankungen sind jeweils von kurzer Dauer, verschwinden oft schnell in Anstalten. Im Intervall lässt er „hysterische“ oder sonstige psychopathische Erscheinungen, soweit den Krankengeschichten zu entnehmen, nicht erkennen; es kommt hinzu, dass gerade die Simulation von Blödsinnszuständen, wie der zuletzt im Gefängnis gezeigte, teils bei sonst Gesunden, teils bei vorher psychisch Kranken von verschiedenen Autoren bemerkt wurden (Fürstner, F. Leppmann, Raimann, Siemerling). Der häufige Aufenthalt in Anstalten konnte auch genügend Gelegenheit zur Beobachtung psychisch Kranker gegeben haben. Andererseits war bei dem haltlosen, wahrscheinlich degenerierten Individuum die Möglichkeit einer psychogenen Disposition gegeben. So müssten wir vielleicht in der Abgrenzung der

in der Klinik gebotenen Störungen gegen Simulation ein „Non liquet“ aussprechen.

Auffallend erscheint freilich das Zusammentreffen der psychischen Störungen mit den zahlreichen, einer Ablenkung allerdings zum Teil zugänglichen, körperlichen hysterischen Stigmen. Man müsste dann eine Aufmerksamkeitsanspannung, ein ständiges Beherrschen der Situation, annehmen, das man sich bei einem nicht ungewöhnlich begabten und schlagfertigen Individuum schlecht vorstellen kann. Es ist wohl unwahrscheinlich, dass H. eine derartige Begabung besass.

Vielmehr müssen wir uns bei unseren jetzigen Erfahrungen damit behelfen, anzunehmen, dass Simulationsabsicht, Vortäuschung und psychogenes Kranksein in unentwirrbarer Weise miteinander verbunden sind. Es scheint ja fast, als ob gerade mit der zunehmenden empirischen Erfahrung über die Regellosigkeit, das Wechselvolle, die Beeinflussbarkeit gegen fremde und eigene Suggestionen der hysterischen Psychosen Nichtkrimineller unsere Sicherheit in der Simulationsdiagnostik keineswegs zugenommen habe. In einigen oben erwähnten simulationsverdächtigen Fällen konnten wir nur zu der Wahrscheinlichkeitsdiagnose gelangen, dass — eventuell neben vorgetäuschten Symptomen — auch echtes Kranksein vorlag. Von Wichtigkeit war mehrfach die Berücksichtigung der Anamnese und Katamnese. Die Schwierigkeit, die bei der Beurteilung entstehen kann, erhellt noch aus folgendem Falle in eindeutiger Weise.

Fall 27. E. S., 22jähriger Signalist. Nicht belastet. Sehr gut begabter Mann, psychisch in der Kindheit unauffälliges Benehmen. In der Marine seit 1903, anfangs gute Führung, später wurde er wunderlich, führte kindische Streiche aus, poppte Kameraden (Alkoholismus). Nach Urteil eines Vorgesetzten war er der grösste Hallunke, der an Bord existiere. Am 25. 5. 1906 Urlaubsüberschreitung. Am 27. 5. in angetrunkenem Zustande heimlich Entfernung von Bord, Widerstand gegen Festnahme; sinnloses Lärmeln (wahrscheinlich hatte S. Wein aus dem Offizierskasino entwendet und getrunken). In der Nacht zum 28. 5. äusserte er Vergiftungsidenen. Am 28. 5. sollte er gewöhnlichen Dienst machen; statt dessen Faxen, Spielen mit Papier schnitzeln, Beeinträchtigungsideen. Nach einer Stunde wieder vernünftig. In der Nacht zum 29. 5. beginnt er zu toben, beruhigt sich dann, startt vor sich hin. Am 29. 5. murmelt er unzusammenhängend vor sich hin, scheint sich aber Mühe zu geben, die vom Unteroffizier gegebenen Anweisungen zu verstehen. Auf dem Wege zum Lazarett ist er ruhig, führt die gegebenen Befehle richtig aus, antwortet in logischer Weise; er macht einen niedergeschlagenen Eindruck. Im Lazarett zieht er die Decke über den Kopf, blickt dann wild um sich. Stierer Blick, Befehle falsch befolgt. Ruhiger Schlaf. Am nächsten Tage Vergiftungsidenen, Kindereien, antwortet erst auf Zureden, dann aber fliessend. Widerstand gegen passive Bewegungen bei Ablenkung schwindend. Ganserantworten. Will Postdirektor in Berlin sein; Vater sei Papst in Berlin.

Der Klinik am 30. 5. zugeführt. Affektierte Ängstlichkeit. Gegenstände falsch bezeichnet, zählt falsch. Beachtet Nadelstiche nicht, zuckt aber bei Stichen ins Septum zusammen. Teilnahmloses Wesen, reagiert erst auf mehrfaches lautes Anrufen. Leerer Blick. Lebhafte Reflexe. Klonus angedeutet, Druckempfindlichkeit der Nerven, unregelmässiger langsamer Puls, Schüttelzittern. Will in den Schlüssel beißen. Sitzt später im Bett viel aufrecht, sieht „verwirrt“ umher. In den nächsten Tagen fiel das gleichmässig gezierte und gemachte Wesen auf; daneben aber ist auch notiert, dass er viel träumerisch ins Weite starrt. Ass in den ersten beiden Tagen wenig, sonst gut, Schlaf ungestört. Bleibt bei der Idee, Postdirektor zu werden. Bei Stichen ins Septum schreit er, man wolle ihn umbringen. Keine verkehrten Handlungen.

Am 5. 6. gesteht er dem Pfleger, er wisse, wo er sei, wolle es aber dem Arzt nicht sagen, weil er an Bord etwas begangen habe, militärfrei werden wolle.

Am 7. 6. nennt er dann seinen Namen richtig, will seit gestern da sein. Leugnet Vortäuschung. Angeblich Amnesie. Er sei gestern mit Kopfschmerzen aufgewacht. Die Sensibilitätsstörungen sind geschwunden. Bei der eingehenden Exploration fällt eine Zerstreutheit auf, die in ungekünstelter Weise zunimmt; Schwerbesinnlichkeit, Gähnen,

In der nächsten Zeit oft gedrückt, vage Beeinträchtigungsideen, zeitweise ungekünstete Erregungen.

27. 6. In Gegenwart der Ärzte schlaftrig, sonst munter. Später stets ruhig und geordnet. Am 4. 8. entlassen.

Später in Kaserne einmal vorübergehend Erregungszustand mit Verwirrtheit, sonst ganz unauffällig. In Untersuchungshaft, bei Verhandlung geordnet, ebenso später in Strafhaft (1 Monat).

Bevor ich die Beziehungen dieser Erkrankung zur Simulation streife, sind noch einige Worte über die Abgrenzung gegen eine „Dementia praecox“ am Platze. Nichts erscheint ja einfacher, als die Annahme einer solchen Erkrankung, wenn man die frühere Gesundheit, die in der Pubertät einsetzende Charakterumwandlung des Mannes, den auf Demenz hindeutenden Zerfall der Persönlichkeit, die läppischen Größenideen, die kindischen Spielereien innerhalb der psychischen Erkrankung berücksichtigt. Es kommt hinzu, dass wenigstens zeitweise Zeichen einer Bewusstseinstrübung, die das läppische Wesen hätte erklären können, klinisch nicht nachweisbar waren. Bei dem ganz akuten Beginn, dem ebenso abrupten Abschluss der Verwirrtheit mit Amnesie für alle unangenehmen Ereignisse, dem Fehlen zurückbleibender psychischer Schwächeerscheinungen, während eine Zeit lang noch Stimmungsanomalien, Reizbarkeit und Tendenz zu Beeinträchtigungsideen vorhanden waren, der kurzen ebenfalls völlig abheilenden erneuten Psychose nach Rückversetzung in eine unlustbetonte Situation glaube ich aber eine hebephrene oder katatonen Erkrankung nicht annehmen zu dürfen. Hiergegen spricht

eben nicht allein die defektfreie Heilung, die für sich allein noch nichts beweist, sondern vor allem der Verlaufstyp, die strikte Abhängigkeit der rezidivierenden Psychose von der Situation, das blitzartig Auftauchende und ebenso schnell Verschwindende der Erscheinungen. Vielleicht dürfte der Fall dazu beitragen, um uns auch vor der allzu übertriebenen Bewertung einer im Pubertätsalter sich scheinbar spontan entwickelnden Charakterumwandlung zu warnen, wenn sich nicht eindeutigere psychische Anomalien als — wie hier — ungewohnte Disziplinwidrigkeiten, Neigung zu leichtsinnigen oder auch wohl kindischen Streichen vorfinden. Dass derartige Erscheinungen die ersten Zeichen der Hebephrenie sein können, ist freilich ohne weiteres zuzugeben; wir sollten aber nicht vergessen, dass die gleiche ungewohnte Handlungsweise sogar bei ganz gesunden Individuen ohne dauernde Abweichung des Seelenlebens allein durch Milieuinwirkung, ungünstige Kameradschaft, Alkoholgenuss ihre hinreichende Erklärung findet. So dürfte es sich hier wohl auch verhalten haben.

Dass es sich nicht einfach um eine Rauschwirkung handelt, wird schon durch die jede akute Alkoholwirkung überdauernde Länge der Erkrankung bewiesen, wenn auch dem Alkohol die Rolle einer mitauslösenden Ursache zukommen dürfte; es ist nach dem blinden sinnlosen Treiben in der Betrunkenheit nicht ausgeschlossen, dass ein pathologischer Rausch dem Ausbruch der Psychose vorausgegangen ist. Eine chronische Alkoholpsychose dürfte ebenfalls nicht nur wegen der atypischen Verlaufsform, sondern auch wegen der wahrscheinlich allzukurzen Dauer des Alkoholmissbrauchs bei dem jugendlichen Mann ohne weiteres auszuschliessen sein. Es bleibt nun noch die Frage der Simulation.

Der Verdacht liegt ja nahe, bei dem gekünstelt, wie gemacht Aussenhender der einzelnen Symptome, dem schnellen, von der ärztlichen Beobachtung abhängigen Wechsel derselben im Beginn der Erkrankung. Gravierend kommt die scheinbare Uebertreibung des Symptomenbildes (die starke Verkindlichung), das Abstruse der Fäxen und der Grössenideen (Postdirektor; mit Papierschnitzeln, die er für Orden hält, spielend), die mangelhafte Uebereinstimmung mit den gewöhnlichen Stupor-, Ganser- oder deliriösen Zuständen, das vor allem anfangs anscheinende Fehlen einer gleichmässigen Bewusstseinsstörung, der Mangel einer von Kindheit an bestehenden psychopathischen Konstitution, vor allem aber die unbestreitbare Tatsache hinzu, dass S. einzelner Aggravationen oder Lügen sich sicher schuldig gemacht hat. Er erzählt dem Pfleger in klarer Weise, seinen Aufenthalt nun zu wissen, zwei Tage darauf erklärt er dem Arzt, gestern Abend aufgewacht zu sein; während er seine Straftaten dem Pfleger berichtet, will er vor dem Arzte nichts davon

wissen. Andererseits müssen das Auftreten körperlicher, zum Teil unvortäuschbarer Symptome (Reflexsteigerung bis zur Andeutung von Klonus), die nach Abschluss der Verwirrtheit bei eingehenden Explorationen zu Tage tretende bis zur Schwerbesinnlichkeit sich steigernde Zerstreutheit, die noch einige Zeit anhaltende der Konstitution nicht entsprechende Emotivität, der man nicht selten im Anschluss an Situationspsychosen begegnet, zur Vorsicht in der Beurteilung mahnen. Ich kann mich danach nicht dazu entschliessen, den Fall als reine Simulation anzusehen.

Vollends unmöglich kann aber die Diagnose werden, wenn die psychische Störung der Haft bei Ueberführung in die Klinik bereits abgelaufen ist.

**Fall 27a.** Das war z. B. der Fall bei dem Matrosen O. M., einem Mann von schlechter Führung, der bei der Verhaftung (wegen Urlaubsüberschreitung) in einen Verwirrtheitzustand geriet, erst zu lärmen anfing, dann verkehrte Antworten gab, völlig (auch autopsychisch) desorientiert war und Analgesie zeigte. Er wurde trotzdem nach dem Festungsgefängnis, wo er noch eine Strafe zu verbüßen hatte, transportiert und machte dort einen geordneten Eindruck. Spätere klinische Beobachtung ergab keine Geisteskrankheit, aber Reizbarkeit und Neigung zu unmotivierten Verstimmungen, anfangs Aufhebung, später Herabsetzung des Schmerzgefühls. Obwohl psychopathische Zeichen hier wohl sicher anzunehmen sind, muss das schnelle Schwinden der krankhaften Symptome nach Ueberführung in das Gefängnis naturgemäß den Verdacht erwecken, dass ein Vortäuschungsversuch nach Einsicht der Nutzlosigkeit derselben aufgegeben wurde.

Während unter den bisher mitgeteilten Fällen öfters trotz des Bestehens simulationsverdächtiger oder zweifelhaft vorgetäuschter Symptome das gleichzeitige Bestehen psychischer Störungen als wahrscheinlich angesehen werden musste, soll die Möglichkeit reiner Vortäuschung der oben geschilderten Krankheitsformen nicht bestritten werden. Der Beweis für die Simulation von Stuporen oder ganserartiger Komplexe lässt sich allerdings schwer erbringen. Siemerling erwähnt einen simulierten Stupor bei einem Mörder, der später begnadigt wurde; die weitere Beobachtung in Strafhaft bestätigte die geistige Gesundheit. Henneberg berichtet über einen Ganserzustand, der wahrscheinlich völlig vorgetäuscht war.

Aehnlich verhält es sich mit den schon oben erwähnten Fällen Rosenbachs. Namentlich der erste der Fälle, der wegen Mordes angeklagt war und einen bemerkenswerten Wechsel zwischen korrektem Verhalten auf Station und unsinnigen Antworten bei Explorationen zeigte, später monatelang stumm war und sein Schweigen aufgab, sobald er merkte, dass das Gutachten zu seinen Gunsten ausgefallen war, verdient hervorgehoben zu werden.

Die Simulation von Blödsinn kann mit dem Krankheitsbilde der emotionellen Stupidität Ähnlichkeit haben, vor allem wenn gleichzeitig Teilnahmlosigkeit besteht; wenn andererseits Verkehrtheiten im Handeln und Sprechen dabei auftreten, enthält das Zustandsbild Züge, welche im Gansersyndrom vorkommen. So zeigte der von F. Leppmann mitgeteilte Fall von Simulation (S. 199) ausser kindischen Grössenideen noch vorgetäuschte Analgesie, Blindheit des einen Auges, im Rechnen eine Unbeholfenheit und Unfähigkeit einfache Gegenstände zu bezeichnen, dass man an das Vorbeireden der Ganserkranken erinnert wurde. Die Simulation wurde in diesem Falle eingestanden, die geistige Gesundheit durch Beobachtung im Zuchthause bestätigt. Man wird auch bei gebührender Rücksichtnahme der Regellosigkeit und Beeinflussbarkeit hysterischer Hafterkrankungen und der von fast allen Autoren hervorgehobenen Seltenheiten reiner Simulation doch ziemlich eindeutig auch bei längerer Dauer Vortäuschung dann annehmen dürfen, wenn das gesamte Verhalten des Untersuchten den unsinnigen Aeusserungen in keiner Weise entspricht, wie im I. Fall Rosenbachs. Ich glaube unter diesen Umständen auch in einem Fall, der mit hysterischen Erkrankungen manche Ähnlichkeit bot, Simulation annehmen zu dürfen.

Fall 28. Es handelte sich um einen 32jährigen Schlosser W. J., der zahlreiche raffinierte Beträgereien ausgeübt hatte, keine psychischen Anomalien bot, einige Jahre vor der letzten Verhaftung allerdings eine erhebliche Kopfverletzung erlitten hatte, danach aber Jahre hindurch ohne Störung als Agent und Steward fungiert hatte. Er verteidigte sich anfangs nach der Verhaftung ganz gewandt, dann aber wurde er ganz unorientiert, läppisch, albern. In der Klinik beantwortete er am 1. Tage die einfachsten Orientierungsfragen nach seinem Geburtstag usw. falsch, wiederholte nur die ihm gestellten Fragen, sprach spontan, ohne jeden Affekt, dass er in Afrika Löwen gesehen habe, zeigte eine affektierte Angst vor Schlüsseln, maniriert-gepresste Redeweise, dabei verfolgte er die Fragen des Arztes sehr aufmerksam. Körperlich zeigte er ausser einer leichten Anisokorie und lebhaften Reflexen Hypalgesie, jedoch kniff er bei Stichen ins Septum die Augen zusammen, dabei traten ihm Tränen in die Augen. In wenigen Tagen war er orientiert, geordnet, die Gedächtnislücken wurden durch einmaliges Elektrisieren erheblich herabgesetzt. Sinnestäuschungen, die er später angab, wurden ohne jeden Affekt vorgebracht. Gegen Ende der Untersuchungszeit wurde er dann wieder unruhiger und begann erneut unorientiert zu werden; seine Gedächtnislücken nahmen wieder zu, er redete bei der Hauptvisite den Chef mit „Herr Ge—“ an, um dann schleunigst „Herr Doktor“ fortzufahren; es zeigte sich eine enorme Einengung des Gesichtsfeldes mit Verschiebung für Farben. Bei Explorationen wurde er rot im Gesicht und leicht erregt. Dabei war er auf der Station gänzlich geordnet und unterhielt sich gut mit anderen Kranken. Er wurde aus formellen Gründen freigesprochen. In der Verhandlung verteidigte er sich wieder gewandt. 2 Jahre später aber

wurde er erneut verhaftet, obwohl die Ehefrau wieder behauptete, ihr Mann sei sehr nervenschwach. Psychische Anomalien wurden damals nicht festgestellt.

Theoretisch lässt sich zwar auch in diesem Falle eine vorübergehende hysterische Erkrankung in Untersuchungshaft nicht ausschliessen; bedenken wir aber, dass schon die anfangs hier gebotenen, schnell schwindenden Erscheinungen in ihrem Widerspruch zwischen unsinnigen Antworten, totaler Desorientierung und scharfem Beobachten einen enorm übertriebenen Eindruck machten, dass die späteren Symptome, die allerdings hauptsächlich nur Erinnerungsdefekte und körperliche Erscheinungen (Gesichtsfeld) betrafen, wohl sicher rein vorgetäuscht waren, dass das Verhalten auf der Station bis auf die ersten Tage nichts Auffälliges bot, so wird man auch bei vorsichtiger Beurteilung eine Simulation als gegeben erachten, um so mehr, als es sich um einen zum Vortäuschen geneigten Mann handelte. Ein Simulationsgeständnis war zwar nicht zu erbringen, doch bestätigte sich — entgegen den Angaben der Ehefrau — die geistige Gesundheit bei der jüngsten Gerichtsverhandlung. Beachtenswert erscheint mir namentlich die — auch zur Zeit des Vorbeiredens — fehlende Aufmerksamkeitsstörung, das Fehlen der traumhaften Hemmung und Benommenheit, die man doch gerade bei den Ganserkranken in so ausgesprochenem Masse findet. Eine erhebliche Rolle musste in der Diagnose auch das Fehlen psychopathischer Antezedentien spielen, obwohl — wie wir gesehen haben — auch das nicht unbedingt gegen eine Psychose spricht. Die Gesichtsfeldeinschränkung konnte im Verein mit den sicherlich unwahren Erinnerungsdefekten ebenfalls zwanglos als eine vorgetäuschte, nicht hysterische, erachtet werden. Bemerkenswert war die Verschiebung des Gesichtsfeldes für Farben.

Auf eine nähere Beschreibung der Simulation von Erinnerungsdefekten kann ich in dieser Arbeit, in der nur die im Rahmen hysterischer Erkrankungen verlaufenden Situationspsychosen besprochen werden sollen, verzichten; dasselbe gilt von der Vortäuschung kurzer Erregungszustände und pananoischer Erkrankungen.

Ein anderes Gebiet dagegen erheischt noch ein kurzes Eingehen. Ich hatte im Anschluss an verschiedene andere Autoren durch Krankengeschichtsmitteilungen den Nachweis zu erbringen versucht, dass in Haft, namentlich in Untersuchungshaft, nicht selten katatonieähnliche Psychosen entstehen, die in Wirklichkeit rein psychogene Erkrankungen darstellen. Zu differentialdiagnostischen Untersuchungen stehen zwar neben den jedem Psychiater geläufigen Erfahrungen über katatonische Erkrankungen die bekannten Schilderungen der Lehrbücher zur Verfügung. Dagegen erscheint mir — im Gegensatz zu den ziemlich zahlreichen Arbeiten der

letzten Jahre über psychogene Hafterkrankungen — die Frage noch wenig behandelt, ob die katatonen, erst in Haft entstehenden Psychosen durch das besondere Milieu eine eigenartige Färbung erlangen, welche die diagnostischen Schwierigkeiten zu vermehren imstande ist. Die Fälle von Katatonie, welche Siefert erwähnt, bieten darin wenig Bemerkenswertes, zum Teil schon, weil die Straftat in die Zeit der Erkrankung gehörte und wohl höchstens der Verlauf der Psychose durch die Strafhaft ungünstig beeinflusst wurde, und nur Willmanns erwähnt kurz, dass bei den in Haft entstandenen Dementia praecox-Fällen die Wahnideen und Halluzinationen ihren Inhalt aus der Umgebung nehmen und es so zur Bildung einer Art Gefängniswahn kommt, während mit Zunahme des Persönlichkeitszerfalls die Krankheitsäusserungen immer „organischer“, zerfahren werden. Auch in den bekannten Handbüchern der gerichtlichen Psychiatrie wird vor allem nur die forensische Bedeutung der katatonen Erkrankungen, der Einfluss, den die Haft auf den Ausbruch derselben haben kann, behandelt, nicht aber auf den näheren Verlauf der katatonen Hafterkrankungen eingegangen. Ich halte es daher für angebracht, zum Vergleich mit den oben beschriebenen psychogenen Stuporen in Kürze einige katatone Haftstuporen mitzuteilen, zumal der Verlauf der Fälle einige bemerkenswerte Eigentümlichkeiten bot.

**Fall 29.** A. R., 33jähriger Kaufmann. Mutter aufgeregt. Vater Potator. Pat. ursprünglich intelligent, seit 1898 abergläubisch, nervös. Schrieb sich Zettel mit Bibelsprüchen auf, die er auf den Leib klebte. Seit 1900 hatte er einen Hass gegen alles Rote, schnitt von Handtüchern, Frachtbriefen die roten Streifen ab. Konnte nicht vertragen, dass Bilder schief hingen, hämmerte stundenlang, bis sie gerade waren. 1908 Gehirnerschütterung. In der letzten Zeit soll er sonderbarer geworden sein. In Untersuchungshaft nicht auffallend. Wegen Beträgereien, die — nach der Urteilsbegründung — mit grosser Dreistigkeit und Raffiniertheit begangen waren, zu 1 Jahr 2 Monaten Gefängnis verurteilt. Strafbeginn 10. 5. 1910. Geordneter Lebenslauf. Wird von anderen Gerichten noch verfolgt.

Am 8. 6. „eigenartiger Brief an die Frau:

„Liebes Muttchen, nächsten Mittwoch den 15. habe ich Termin in H., dazu brauche ich die Anklageschrift, letztere liegt entweder im Atlas antiquus oder in einem grauen harten Umschlag mit einer Hand darauf. Mein Haus und meine Welt, wie das im vorigen Jahr war, mein Kreuz darüber zeichnet, o schaffe mir wenn du auch nichts mehr an Wäsche hast gefunden, einen reinen Kragen. Liebe Mutter, du mein Haus und meine Welt bewahrest treu und unerschütterlich du dann, wo nicht erstickst Du Deinen Mann . . .“ usw.

Am 15. 9. wird gemeldet, dass R. an Gemütsdepressionen zu leiden scheine, im Lazarett die ganze Nacht umhergewandert sei. Aufregung wohl nur vorübergehend. Seit 18. 9. Nahrungsverweigerung.

Am 28.9. schreibt er einen völlig zerfahrenen Brief. Nach Durchstreichung einiger unleserlicher Worte heisst es: „..., Vater unser, du bist im Gefängnis, gibst mir meine Ehrenhaftigkeit durch meine Revision zurück, ich bin unschuldig, meine Frau und Kinder sind unschuldig, wir haben keine Schuld, so wir etwas böses, ich vergebe und vergesse dir Alles. Vater unser der du bist im Gefängnis, Du vergibst mir keine Schuld, so wahr jemals etwas Böses getan haben...“ (Weiterhin fortwährend „Vater unser, der du bist im Gefängnis“ wiederholt, schliesst dann:) „Unser Vater der du im Gefängnis gewesen bist, komme doch blos bald aus dem Gefängnis und bringe deine Revision wieder mit und regiere.“

Weiterhin wird am 10. 10. bemerkt, dass R. seit 12 Tagen nichts gegessen habe, einen schwer kranken Eindruck mache.

Am 11. 10. wird er der Klinik zugeführt. Er macht einen äusserst hinfälligen, kraftlosen Eindruck, wiegt 42,6 kg, äusserste Muskelabmagerung, trockene, spröde Haut, grosse Körperschwäche. Kleiner Puls. Keine Sensibilitätsstörung. Suspekt auf Tb. apicis dextr. Harn frei von Eiweiss, Zucker, Aceton, ungewöhnlich viel Indoxyl. Psychisch zeigt er keine eigentliche Hemmung, keine Aufmerksamkeitsstörung. Er ist ungefähr orientiert, zeigt keine Amnesien. Der Gedankengang scheint zunächst geordnet, es folgen aber einzelne auffallende Aeusserungen. So sagt er zum Arzt: „Ich bin immer ein grosser Simulant gewesen, ich bin unschuldig verurteilt und ich glaube, Sie, Herr Rat, sind mein Retter. Sie erkennen, dass ich unschuldig bin.“ Er bekennt, dass er Stimmen hört, schon in Untersuchungshaft habe es begonnen: „Lieber, komm doch blass einmal her!“ Nur seine Religion wolle er wieder haben. Schon sein Vater sei durch die Kriminalisation vernichtet worden. „Er ist nach meiner Meinung verkehrt umgedreht worden. Er ist falsch kriminalisiert. Er muss dadurch furchtbar gelitten haben.“

12. 10. Schläft gut, verlangt dauernd kräftige Getränke. Er selbst leugnet Arzt gegenüber Phoneme, scheint aber solche in Wirklichkeit zu hören. Grimassiert mittags stark. Mund stereotyp verzogen. Beginnt nachmittags stuporös zu werden, lässt sich mit Flüssigkeiten füttern. Am 13. 10. völliger Stupor; Reaktionslosigkeit; kurz danach ruft er den Arzt zu sich. Der Stupor wird immer tiefer und hält dann an. Vom 15. 10. ab tritt Einnässen und Einschmutzen hinzu. Meist in unbequemer, nie gewechselter Lage; zeitweise leichte Spannungen bei passiven Bewegungen. Augen in maximaler Konvergenz. Keine Reaktion auf Stiche im Septum. Lidbewegung fast aufgehoben. Durch starres Einnehmen derselben Stellung zieht er sich einen Decubitus am Ohr zu. Ganz vorübergehend schlägt er die Augen auf, schaut nach der Decke. Trinkt die gerechte Fütterung. Anfang Dezember beginnt er aufgerichtet stehen zu bleiben. Von der Frau heimgeholt. 13. 12. Gewicht um  $1\frac{1}{2}$  kg abgenommen.

Zu Hause (Bericht der Frau) anfangs apathisch; am 2. Tage erhob er sich plötzlich, rief ängstlich zu seinen Kindern: „Hans darf nicht so nahe ans Bett, das ist ein Polizeihund; Grete scharrt wie ein Huhn und Käte ist ein braunes Pferd.“ Nach 4 Wochen begann er wieder zu sprechen, stöhnte und klagte, dass man eine grosse Maschine an sein Bein angesetzt habe. Oben seien

Leute von der Kriminalpolizei angestellt, ihn zu beobachten. Einen vorbeifahrenden Wagen hielt er für eine von der Kriminalpolizei abgeschickte Maschine, um alles aufzunehmen, was er tue. Er entsann sich der Vorgänge in Kiel, wollte dort aus Furcht, fortgeholt zu werden, nicht gesprochen haben. Im März stand er öfters auf, setzte sich aufs Sopha und lachte. Dazwischen sprach er bisweilen ganz vernünftig. Als ihm am 13. 3. ein Rasiermesser verweigert wurde, geriet er in Erregung, schrie, äusserte Eifersuchtsideen. Er wurde von der Polizei in ein Pflegeheim gebracht, dort warf er das Essen an die Wand, geriet aber ziemlich schnell wieder in Stupor.

Am 8. 3. 1911 wieder der Klinik zugeführt, wo er bis zum 2. 6. in unverändertem Stupor blieb. Stets liegt der Kopf extrem nach einer Seite gedreht, die Bulbi entsprechend gedreht. Bei Geraderichtung des Kopfes tritt sofort extreme Konvergenz ein. Aktive Bewegungen werden selten ausgeführt, kommen aber vor; Muskellspannungen sehr gering; ganz leichte Katalepsie. Augen meist geöffnet; schon bei starker Annäherung der Finger an die Bulbi wird das Auge zusammengekniffen. Keine Reaktion auf Stiche im Rumpf; nach Stichen ins Septum mässige Pulsbeschleunigung. Gereichte Fütterung getrunken. Wird dann von der Frau abgeholt.

Zu Hause soll sich R. dann rein gehalten, sogar gesprochen haben. Er wurde am 24. 11. wieder ins Gefängnis gebracht, wo er sofort wieder Nahrung verweigerte, aber aufgestanden sein soll, um aus einem in der Nähe stehenden Wasserkrug zu trinken. Am 4. 12. soll er langsam und vorsichtig hingefallen sein. (Wurde als erkünstelt angesehen.) Drehen um die Achse, taktmässiges Auf- und Zumachen des Mundes wechselte ab mit stundenlangem Dasitzen in einer Stellung mit zusammengekniffenen Augenlidern. Unreinlich. Es wurde Verdacht der Simulation geäussert (!). R. wurde nach der Anstalt N. transportiert; dort befindet er sich (Frühjahr 1911) in dauerndem Stupor; Haut blass und kühl. Keine Reaktion auf Anrufe, Stiche usw. Die erhobenen Arme werden ohne Muskeltätigkeit schlaff herabfallen gelassen. Das Einnehmen gezwungener Stellungen wird fortgesetzt. Diagnose: Katatonie.

Die Notwendigkeit, diese Krankheit zur Katatonie zuzurechnen, scheint bei der langen Dauer und ungewöhnlichen Schwere des Stupors einer längeren Begründung nicht zu bedürfen. Eine nähere Ueberlegung führt uns aber zu dem überraschenden Resultat, dass die Diagnose in Wirklichkeit grosse Schwierigkeiten bereitet. Dass die Dauer des Stupors zum Entscheid allein nicht ausreicht, zeigt eine eigene Beobachtung (Fall 23) von  $1\frac{1}{2}$  Jahren dauerndem Stupor, in welchem die psychogene Entstehungsursache nach dem ganzen Lebenslauf, nach dem Verlauf der einzelnen Erkrankungen, meiner Ansicht nach ausser Frage steht. Die in diesem Stupor in ausgesprochenem Masse gebotenen Erscheinungen von Negativismus, Stereotypien, Verlust des Ermüdungsgefühls beweisen nur, mit welcher Reserve wir einzelnen Symptomen in diagnostischer Beziehung begegnen müssen, sie zeigen auch, dass die

Aeusserungen des „hysterischen“ Stupors durchaus nicht immer, wie Raimann sich ausdrückt, einen Zug der Unaufrichtigkeit zu tragen brauchen. Ich muss auch erneut auf die Kutnerschen Fälle hinweisen, deren Genese bei vorurteilsloser Betrachtungsweise unzweifelhaft psychogen erscheint. Die Aehnlichkeit mit dem obenbeschriebenen Falle erhellt am besten wohl aus dem 2. Fall Kutners. (Nach einem „gesucht“ erscheinenden Verwirrtheitszustand tritt ein langdauernder Stupor mit Stereotypien, Negativismus, Nahrungsverweigerung, Unsauberkeit, Gewichtsabnahme, Hornhautgeschwür infolge vermindernden Lidschlags auf. Das prompte Schwinden der Störungen nach Ueberführung in eine Anstalt entschied die Diagnose.) Wenden wir aber die Erfahrungen Kutners auf unsere Fälle an, so scheint es, als ob auch die Bedeutung der vegetativen Störungen des Kranken, der starken Gewichtsabnahme, der bis zur Selbstbeschädigung fortgetriebenen Innenhaltung von Zwangshaltungen, an Wert verlören. Ich erinnere hierbei auch an den von Lückerath mitgeteilten hysterischen Stupor, bei dem langdauernde Sondenernährung nötig war (Fall 1). Was besagt uns nun der Verlaufstyp unserer Psychose? Ein solch strikter, an die unlustbetonte Situation gebundener Wechsel von Gesundheit und Krankheit wie in früheren Stuporen, wie in den Fällen von Kutner, Raecke u. a., besteht allerdings nicht, wohl aber doch eine gewisse Modifizierung und erhebliche Abblassung der Krankheitsäusserungen in der gewohnten Umgebung der Familie. Und zwar handelt es sich nicht nur um die bei katatonisch Erkrankten nicht selten zu beobachtende „Versetzungsbesse rung“, das Aufhören von Verkehrtheiten, das Wiedererwachen der scheinbar erloschenen gemütlichen Regsamkeit im gewohnten Wirkungskreise, sondern die Besserung hält, ähnlich wie in den Situationspsychosen, nur so lange an, als der Kranke nicht in Haft oder unter fremder Beobachtung sich befindet, sofort nach der Entfernung aus dem Familienkreise kehrt der Stupor wieder. Auffallend ist ja auch, dass die Psychose — in Analogie zu manchen von mir mitgeteilten, in Strafhaft entstandenen Erkrankungen — (Fall 15) erst dann zum Ausbruch kam, als ein neues Strafverfahren gegen R. eingeleitet war.

Nun besteht allerdings eine bemerkenswerte pathogenetische Differenz zwischen den eben beschriebenen und den früheren Stuporen. Es handelte sich in diesen wie in den Fällen Raeckes und Kutners um Folgezustände einer erheblichen Bewusstseinseinengung oder Trübung des Sensoriums, denen eine mehr oder weniger ausgeprägte Amnesie folgte. Der Stupor R.s hat — wenigstens in seiner ersten Phase — eine ganz andere Ursache, wie aus dem glaubwürdigen Bericht der Ehe-

frau hervorgeht. Selbst im Zustand der höchsten Akinese, der völligen Absperrung von der Aussenwelt, waren Bewusstsein und Orientierung nicht wesentlich gestört, grobe Erinnerungslücken lagen wohl kaum vor. Es war mir selbst leider nicht vergönnt, den Kranken in diesem Zustand zu explorieren, die Frau betonte aber ausdrücklich, dass ihr Mann sich aller Vorkommnisse in Kiel erinnerte. Erklärt wird der Stupor durch völlige Ratlosigkeit und Angst infolge quälender Sensationen, Phoneme, illusionärer Fälschungen und darauf aufgebauter unlustbetontester Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen (die — um einen Werneckeschen Ausdruck zu gebrauchen — anscheinend zu totaler allopsychischer und somatischer Bewusstseinsverfälschung führten). Diese abnormen Sensationen und Wahnideen als spätere Erklärungsversuche zu deuten liegt um so weniger Grund vor, als sie auch nach Aufhören des Stupors in fast unvermittelter Stärke fortbestanden. Bis zu welchem Grad man daneben rein psychomotorische Störungen, wie weit man Halluzinationen des Muskelsinns (Cramer) annehmen könnte, mag hier unberücksichtigt bleiben, da ich nur zeigen wollte, wie sehr hier eine schwere primäre Bewusstseinsstörung hinter anderen Ursachen des Stupors zurücktrat, und wie dadurch die Ähnlichkeit mit katatonen Stuporen, in welchen man auch häufig durch die Geringfügigkeit der Bewusstseinstrübung überrascht wird, sich steigert. Aber selbst hier finden wir in der Literatur hysterischer Stuporen einen Vergleichsfall in der schon erwähnten Mitteilung Löwensteins. Der Kranke Löwensteins, der nach  $1\frac{1}{2}$ jährigem Wechsel zwischen Stupor und Erregung drei Monate gesund geblieben war, verfiel danach in einen zwei Monate lang dauernden Stupor, in welchem Mutacismus, Nahrungsverweigerung, Unsauberkeit, einförmige Körperhaltungen, federnde Spannung der Muskulatur hervortraten. Nach dem brüsken Ende des Stupors zeigte es sich, dass das Bewusstsein im Stupor frei geblieben war, dass Halluzinationen, die als von innen heraus kommend geschildert, und Wahnideen, die in ganz sinnvoller Weise verarbeitet wurden, das Handeln des Kranken bestimmt hatten. An der Diagnose eines rein psychogenen Stupors kann aber nach dem Krankheitsverlauf kein Zweifel sein. Löwenstein vergleicht die Erkrankung mit den sekundären Stuporen Ziehens; er weist darauf hin, dass der Katatoniker im Stupor wohl auch befehlende Stimmen hat, diesen aber gedankenlos gehorcht und nicht bestimmten Gedankengängen, die gut reproduziert werden können, folgt. Schliesslich empfiehlt er, wie erwähnt, mit Rücksicht auf das Fehlen von Bewusstseinstrübung das Abtrennen des hysterischen Stupors von anderen hysterischen Dämmerzuständen. Letzteres ist zwar im allgemeinen nicht angängig; wohl aber ist die Möglichkeit nicht zu bestreiten, dass auch

ausgeprägte Stuporen ohne tiefere Bewusstseinsstörung rein psychogener Natur vorkommen.

Alle diese theoretischen Erwägungen über die Möglichkeit einer ungewöhnlichen Länge, fast unbegrenzter Schwere und verschiedenartiger Pathogenese psychogener Haftstuporen erheischen nun freilich eine sehr, vorsichtige Anwendung in der Praxis. Man muss doch als fest erachten, dass solche jahrelang dauernden, allein durch psychische Einflüsse hervorgerufenen Erkrankungen zu den Seltenheiten gehören, dass dann entweder die exogenen Faktoren ungewöhnlich schwer sind (langdauernde Strafen) oder die degenerative Grundlage eine besonders starke ist. Zu beachten ist auch, dass die interessante Beeinflussung des Krankheitsprozesses durch Situationswechsel in unserem Falle nicht zu einem Schwinden aller psychischer Störungen, sondern nur zu einer Milderung der Krankheitsäußerungen führte, dass elementare Störungen fortwirkten. Ich halte mich danach nicht für berechtigt, in dem beschriebenen Fall eine ungewöhnlich verlaufende Situationspsychose zu sehen; späteren Forschungen mag es vielleicht vorbehalten sein, in solchen und ähnlich verlaufenden Krankheitsformen besondere Typen von „Degenerationspsychosen“ zu erkennen, nach unseren bisherigen Kenntnissen halte ich — ebenso, wie vorweggenommen, in den folgenden Fällen — eine Trennung von katatonen Erkrankungen für unmöglich und praktisch nicht angängig.

Es seien dann noch kurz folgende semiotische Punkte hervorgehoben: Neben den starken vegetativen Störungen wird das Krankheitsbild durch Stereotypien beherrscht; unter diesen ist die bemerkenswerteste die wochenlang bei jeder Untersuchung beobachtete extreme Konvergenz der Augen, die an einen Konvergenzkampf erinnerte. Der Eindruck der absoluten Starre wurde durch das fast völlige Fehlen des Lidschlages, durch den völlig leblosen Gesichtsausdruck vermehrt. Das bemerkenswerteste Symptom des Krankheitsbeginns ist die ungewöhnliche Zerfahrenheit in den schriftlichen Produktionen; in einem Brief dabei deutliches Verbigerieren. Eine ähnliche Störung des Gedankenablaufs ist mir unter den Situationspsychosen nur in 2 Fällen begegnet (Fall 17; auch der von Siemerling veröffentlichte Fall 24 zeigte Sprachverwirrtheit). Hinweisen möchte ich auch auf die konstitutionellen Eigentümlichkeiten, die sich im Gegensatz zu den früher so häufig beobachteten Erscheinungen von Reizbarkeit, Schwachsinn usw. hier in ganz auffallenden Verschrobenheiten, Hass gegen die rote Farbe usw. äusserten. Unsere bisherigen Erfahrungen berechtigen uns freilich nicht, hieraus irgend welche prinzipiellen Schlüsse zu ziehen. Bemerkenswert ist endlich, dass, ähnlich wie in psychogenen Haftekran-

kungen, das Vorstellungsmaterial des Kranken den gefühlbetonten Ereignissen, die seine Straftat und Inhaftierung betrafen, entnommen, dass auch dem krankhaft veränderten Vorstellungsleben durch die Haft eine besondere Färbung aufgedrückt war.

Weniger trat dies in dem folgenden Fall hervor.

**Fall 30.** H. R., 41jähriger Dienstknecht. Heredität nicht nachweisbar. Mangelhafter Schüler, 8mal mit Gefängnis, 1mal mit Zuchthaus vorbestraft. Vor der Strafhaft meist gute Führung, geringe Fassungskraft. Zuletzt wegen Diebstahls mit 5 Jahren Zuchthaus bestraft. Am 5. 8. 10 äusserte R. in der Strafhaft religiöse Ideen (der liebe Gott habe ihn bestraft). Am 10. 9. klingelte er den Aufseher, Jesus solle kommen, ihm die Lampe anzünden. Später Selbstbeschuldigungen. In I. Abt. M. negativistisch, widerspenstig, muss auf die Abteilung getragen werden. 14. 12. Fast ständig am Fussboden liegend. Mutistisch. Später Wechsel zwischen ängstlicher Hemmung und Erregungen. Glaubt, dass der Teufel in seinem Leibe sitzt, ihm Blut abzapft. Zunehmendes Widerstreben, Einnässen, Nahrungsverweigerung, so dass Sondenfütterung eintreten muss. Am 7. 3. 11 in die Klinik gebracht. Völliger Stupor. Schweres Atmen. Liegt mit hochgezogenen Beinen, auf den Leib gepressten Armen, erhobenem Kopf da; starre Spannung der Muskulatur, bei Versuch passiver Bewegungen Beschleunigung der Atmung. Augen geschlossen, Bulbi extrem nach unten gedreht. Völlige Reaktionslosigkeit auf Anrufe und Stiche, dabei aber Vertiefung der Atmung. Nur bei Stichen ins Septum Zurückweichen. Die passiv erhobenen Arme sinken sofort herab. Somatisch findet sich noch: Verkrüppelung der linken Hand (alte Verletzung), Lichtreaktion der Pupillen erhalten, leichte Pulsbeschleunigung, lebhafte Reflexe, verheilender Dekubitus am VII. H als wirbeldorn, diffuse Bronchitis, reduzierte Ernährung (50kg).

Der Stupor hält dauernd an; Mutismus nur einmal (23. 3.) unterbrochen durch eine kurze Aeußerung, dass er friere. Im übrigen liegt er meist unbeweglich in nicht unbequemer Lage zu Bett, Finger eingekrallt. Stuhl nur nach Einläufen, Urin in vorgelegte Flasche gelassen, selten beschmutzt er sich. In der Nacht schläft er, dreht sich zeitweise um, richtet sich aber nie auf. Das Essen wird vor ihn hingestellt; sobald der Pfleger sich entfernt hat, nimmt er den Löffel und isst, fast ohne sich zu rühren, ohne den Kopf zu heben, aber auch ohne sich besonders dabei zu beschmutzen; schlingt die Speisen ohne zu kauen herab. Ferner ist noch folgendes zu erwähnen.

22. 3. Jede passive Bewegung stösst auf starken Widerstand. Fast jedesmal tritt dabei starke Vermehrung und Vertiefung der Atmung ein. Auch beim Anreden Zunahme der Atemfrequenz. Bisweilen Vermehrung der Atemfrequenz ohne erkennbare Ursache bis auf 72 (!) Atemzüge. Lidschlag wechselt fortwährend, bisweilen ganz selten, dann 8—14 kräftige Lidschläge rasch hintereinander. Bei Lumbalpunktion (die im übrigen negativ) starke respiratorische Druckschwankungen.

19. 4. Die ruhige Atmung wird jedesmal, so bald man ans Bett tritt, beschleunigt. Vom Pfleger aufgestellt, bleibt er in jeder Haltung, die man ihm

gibt, stehen, im Untersuchungszimmer dagegen knickt er bei ärztlicher Untersuchung zusammen, fällt hin, nachdem er sich vorher vom Untersuchungstisch wie ein steifes Brett hat herunterheben lassen. Atmung 48! Bei dieser Untersuchung Lidschlag = 0! Bei Stichen ins Septum Zusammenzucken, im übrigen refraktär gegen Stiche. Widerstand gegen passive Bewegungen in den einzelnen Muskelgruppen dauernd wechselnd. Bei Stichen keine Pulsbeschleunigung, aber vermehrte Tränensekretion. Bei klinischer Vorstellung besteht die einzige Aenderung gegen sonst in stark vermehrtem Lidschlag.

Kühle Füsse, häufige Hyperidrosis.

Am 22. 5. 11 nach N. überführt. Dort bleibt, wie aus der dortigen Krankengeschichte hervorgeht, das kataton-negativistische Verhalten bis jetzt unverändert (22. 1. 12). Starker Widerstand, wenn man die zusammengefalteten Hände zu lösen versucht. Unsauberkeiten scheinen zugenommen zu haben.

Die Anamnese dieses Falles reicht nicht aus, um in das ursprüngliche Seelenleben des Kranken, insbesondere etwaige Schrullen und Sonderbarkeiten des Benehmens, so klaren Einblick wie im vorigen Fall zu gewinnen, sie genügt aber, um zu erkennen, dass wir es mit einem haltlos Debiilen zu tun haben, der wohl in seiner geistigen Minderwertigkeit dem Gewohnheitsverbrechertum anheimgefallen ist. Häufige Strafen werden ohne Schädigung ertragen, auch die letzte Zuchthausstrafe wird zu einem Drittel ohne Auffälligkeiten verbüßt. Die Psychose kommt zum Ausbruch, ohne dass neue affektive Momente hinzutreten wären. Wahnbildungen religiöser Art, die nur teilweise Beziehung zu der Inhaftierung haben, leiten die Erkrankung ein. Im Stupor wird das Symptomenbild durch den starren, viele Monate anhaltenden Negativismus und die zäh fortgesetzten Haltungsstereotypien beherrscht; irgend eine Beeinflussung des Krankheitsprozesses durch die vielen Ueberführungen lässt sich nicht nachweisen, höchstens eine — wohl nur zufällige — Verstärkung der Symptome nach Entfernung aus der Strafhaft. Wie im vorigen Falle findet sich die Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, die Rücksichtslosigkeit gegen Selbstschädigungen (Dekubitus). Ueber den Grad etwaiger Bewusstseinstrübung lässt sich nichts Genaueres sagen; einen Anhaltspunkt dafür, dass die Perzeptionsfähigkeit vielleicht gar nicht so tief, als es bei oberflächlicher Betrachtung schien, gestört war, besitzen wir in der eigenartigen Reaktion auf fast jeden äusseren Reiz, die in der lebhaften Beeinflussung der Respiration und der Lidbewegungen bei im übrigen gleichbleibender Akinese sehr deutlich zu Tage trat. Dass es sich nicht um unbewusst reflektorische Bewegungen handelt, geht aus dem oben geschilderten Verhalten beim Essen, aus der Verstärkung der Symptome beim Herantreten des Arztes, bei besonderen Untersuchungen, im Arztzimmer her-

vor. Die grosse Regelmässigkeit, mit welcher der Kranke das Essen zunächst stehen liess und dann sich darauf stürzte, sobald er sich unbeobachtet glauben durfte, macht es auch eigentlich unwahrscheinlich, dass es sich dabei um einen Negativismus im Kraepelinschen Sinne, um eine unmittelbare krankhafte Veränderung der Willensantriebe handeln sollte; es besteht jedenfalls nach diesem Verhalten die Möglichkeit, dass ganz bestimmt wahnhaftes (?) Vorstellungen Einfluss auf das Handeln des Kranken gewonnen haben könnten, und es ist nicht unwahrscheinlich, dass die Bewegungslosigkeit durch ähnliche Faktoren wie im vorigen Fall bedingt war.

Fall 31<sup>1)</sup>). J. Z., 24jähriger Matrose. Herd. O. Seit 1905 bei der Marine. 1906 Kopftrauma. Seitdem viel Kopfschmerzen. Disziplinwidrigkeiten, die zu häufigen Arreststrafen führten. Am 27. 7. 1907 wiederum mit strengem Arrest bestraft. Am 5. 8. im Arrest Krampfanfälle: anscheinender Bewusstseinsverlust, Papillenreaktion erhalten. Auf Aufforderung erhob sich Z. Halsschmerzen ohne objektiven Befund. Trank eine halbe Flasche Permanganatlösung, bekam danach einen gleichartigen Anfall. Nachdem dann in seiner Gegenwart von der Möglichkeit eines neuen Selbstmordversuchs gesprochen war, erfolgte prompt ein sehr schwächlicher Suizidversuch durch Erhängen. Keine Strangulationsfurche. Hierauf mutistisch; lag steif mit geschlossenen Augen. Unreinlichkeiten. Gelegentliche klare Antworten, die Fehlen von Amnesie erkennen liessen. Am 8. 8. 07 der Klinik überwiesen.

Bei der Aufnahme liegt er auf einer Tragbahre in starrer Haltung, richtet sich auf mehrfaches Zureden langsam auf, auf Fragen bewegt er zunächst nur die Lippen und schluckt, gibt dann mit tonloser Stimme Auskunft. Gang mit langsam schlurfenden Schritten. Mydriasis. Leerer, maskenartiger Blick. Spannungen bei passiven Bewegungen; erhobene Gliedmassen fallen schlaff herab. Reaktionslos gegen Stiche ins Septum, nachher einige Tränen! Sperrung beim Füttern. Sondenfütterung. Urin enthält Indikan und Azeton.

Stupor hält an; Negativismus nimmt zu. Bei Besuch von Angehörigen keine Reaktion. Dabei nimmt er von Vorgängen im Saal Notiz, blinzelt, wenn im Saal irgendwo gesprochen wird, dorthin. Beine aneinandergepresst, lassen sich nur gleichzeitig in die Höhe heben. Als in seiner Gegenwart davon gesprochen wird, dass das nicht zum Krankheitsbild passe, lässt er es. Mehrfach stereotypes stundenlanges Schreien; bei Sondenfütterung ruft er einmal: „Lieber Herr Dr., lassen Sie mich doch!“ Im übrigen gleichmäßig stuporös bis Februar 1908. Schnauzkrampf; zeitweise Flexibilitas. Zunehmender Dekubitus. Mitte Februar fieberhaftes Empyem. Rippenresektion in chirurgischer Klinik; bei der Rückverlegung auffallend gesprächig. Erzählt von der Operation. Klagt, Flöhe und Mäuschen im Leib zu haben. Am nächsten Tage wieder

---

1) Ausführlich veröffentlicht in der Dissertation von M. Hansen, Zur Lehre der Katatonie mit Stupor. Kiel 1908. Ich gebe hier nur einen kurzen Auszug der Krankengeschichte.

Stupor. Dann erregt, kurz danach spricht er wieder ganz klar. Er lässt aber noch gelegentlich Urin und Stuhl unter sich, glaubt, dass das von den Würmchen im Leibe komme. Die psychische Besserung hält an; das Empyem schritt jedoch vor; am 27. 4. trat der Exitus ein. Bei der Autopsie fand sich neben Lungengangrän und Pleuraschwarten ein Hydrocephalus internus und Trübungen der Pia mater.

Bei einer verhältnismässig geringfügigen Arreststrafe kam es hier zur Entwicklung eines schweren Stupors, der durch Situationswechsel keinerlei Aenderung erfuhr, sondern viele Monate lang in grosser Intensität anhielt, um dann gelegentlich einer schweren fieberhaften Erkrankung eine überraschende Besserung zu erfahren. Wiederum finden wir das Hervortreten des starren Negativismus, den maskenartig leeren Gesichtsausdruck, die starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens; die monatelang anhaltende Nahrungsverweigerung bedeutet gegenüber den vorigen Fällen noch eine Verschlimmerung der Krankheitsäusserungen. Stereotypien, Schnauzkampf, Unterbrechung des Stupors durch stundenlanges sinnloses Schreien vervollständigen das Krankheitsbild, das dem eines ausgesprochenen katatonen Stupors gleicht. Eine Abtrennung des Falls von der Katatonie erscheint mir bei unseren heutigen Kenntnissen als undurchführbar. Auf einige interessante Eigentümlichkeiten des Falls: die Bedeutung des Gehirnbefundes, den Einfluss der fieberhaften Erkrankung auf die Besserung des Stupors, die ätiologische Bedeutung des Kopftraumas muss ich mir versagen einzugehen; es sind Punkte, die ausserhalb des Rahmens meiner Arbeit liegen. Ausserdem hat aber der Fall auch noch ein differentialdiagnostisches Interesse, er bietet eine ungewöhnliche Menge „hysteriformer“ Symptome, die uns die beschränkte Bedeutung dieser Merkmale in ein rechtes Licht zu setzen vermögen. Hierzu gehört zunächst der Beginn der Psychose mit den scheinbar „hysterischen“ Krampfanfällen. Derartige Anfälle, die den hysterischen symptomatisch gleichen, sind zwar wiederholt, u. a. von Hüfler und Tomaschny, bei Katatonikern beschrieben worden; ungewöhnlich ist aber wohl das Oberflächliche, Subjektive und gekünstelt Erscheinende der in diesem Fall gebotenen Krämpfe, die auf Befehl prompt sistierten, den direkten Verdacht der Simulation erweckten. Aehnliches gilt von dem Suizidversuch, der so offensichtlich harmlos war, ausserdem psychogen erst auftrat, als in Gegenwart des Kranken von dem Selbstmord gesprochen worden war. Aehnliches gilt auch von dem Aufgeben einiger Aeusserungen des Negativismus, als wie neben-sächlich in Anwesenheit des Kranken bestimmte suggestive Andeutungen geäussert wurden. Es ist fraglich, ob es sich hier um Erscheinungen von der Art der Befehlsautomatie handelt, die, wie Kraepelin aus-

führt, für eine erhöhte Beinflussbarkeit von aussen her, völlige Hingabe an äussere Einflüsse sprechen; man hat jedenfalls den Eindruck, als ob bestimmte Vorstellungen und Ueberlegungen, vielleicht auch erhöhte Autosuggestibilität die Handlungsweise des Kranken modifiziert haben; man wäre fast geneigt, an Vortäuschung zu denken, wenn nicht der ganze Verlauf der Erkrankung diesen Verdacht auszuschliessen erlaubte.

Aus einem so kleinen Material von drei katatonen Haftpsychosen prinzipielle Schlussfolgerungen zu ziehen, ist natürlich nicht angängig. Die mitgeteilten Krankengeschichten sind aber vielleicht interessant genug, um zu weiteren Untersuchungen über den Verlauf katatoner Haftstuporen anzuregen. Ein bemerkenswerter Unterschied gegenüber den psychogenen Psychosen liegt zweifellos vor: Der Krankheitsprozess wird, sobald erst die Krankheit zum Ausbruch gekommen ist, durch die äussere Lage nicht wesentlich beeinflusst; auch im ersten der drei Stuporen wurde durch die Versetzung in häusliche Verhältnisse keine Heilung, sondern nur ein Nachlassen und eine Aenderung bestimmter Krankheitsäußerungen erzielt. Zum mindesten bei weit entwickelten Psychosen dürfte das, wie ich mit Siefert annehmen möchte, die Regel sein. Wilmanns findet zwar, dass auch bei den Dementia praecox-Kranken die Versetzung in andere Verhältnisse im Beginn bisweilen momentan die Krankheitsäußerungen zum Schwinden bringt, in einigen Fällen sogar ein Stillstand der Krankheit eintreten kann, er führt aber nicht an, dass ein so ausgesprochener Stupor wie einer der von mir erwähnten eine Besserung erfährt; außerdem ist es mir nach der Beurteilung des Siefertschen Standpunktes fraglich, ob nicht Wilmanns auch solche Fälle zu den „Dementia praecox“-Erkrankungen gerechnet hat, die nach meiner Auffassung noch zu den Situationspsychosen gehören würden. Aber wenn es auch erklärlieh ist, dass der Krankheitsverlauf dieser aus inneren und uns noch unbekannten Ursachen entstehenden Psychosen von der gegebenen Situation unabhängig ist, dass ätiologisch die Haftschädigungen höchstens die Rolle auslösender Faktoren haben oder durch Stoffwechselstörungen (? Wilmanns) krankmachend wirken, so wäre doch ein Einfluss der Haft auf die Erscheinungen der Psychose möglich. Durch weitere Untersuchungen wäre festzustellen, ob es zur Regel gehört, dass entsprechend den Befunden von Wilmanns und dem von mir erwähnten Fall 29 das Vorstellungsleben in Analogie zu den psychogenen Haftpsychosen aus den Komplexen der Bestrafung und der Haft seinen wesentlichsten Inhalt schöpft. Die Bedeutung von Komplexen bei Dementia praecox ist bekanntlich in weitem Mass von der Züricher Schule durchforscht und pathogenetisch verwertet worden. Aber auch ausserhalb dieser Be-

trachtungsweise ist auf das Vorkommen von bestimmten Vorstellungskategorien aufmerksam gemacht worden. Ich verweise insbesondere auf Tomaschny, der jedoch mit Recht hervorhebt, dass Komplexe bei jeder Psychose vorkommen können und ihr Einfluss sich darauf beschränkt, auf die Symptome modifizierend einzuwirken, während eine Kausalwirkung ihnen nicht zukommen dürfte. Von Wichtigkeit ist aber der Befund aus diagnostischen Erwägungen: Das Fortwirken affektbetonter Vorstellungen der jüngsten Vergangenheit im Stupor genügt allein nicht, um die Erkrankung als eine psychogene aufzufassen. Das Gleiche gilt von solchen Änderungen des Verhaltens, die einen gekünstelten Eindruck hervorrufen, und von hysterisch erscheinenden Krämpfen. Es ergeben sich hierdurch nur erneute Schwierigkeiten der Diagnosenstellung, die zu neuen genauen Untersuchungen drängen. Weitere katatone Haftekrankungen, die hier beobachtet wurden und meist schon vor dem inkriminierten Delikt bestanden hatten, kann ich hier übergehen.

Die Besprechung der einzelnen Krankheitsfälle möchte ich nunmehr abschliessen. Um überflüssige Wiederholungen zu vermeiden, konnte jeweils nur auf einzelne Punkte näher eingegangen werden. Es zeigen sich jedoch so zahlreiche Verschiedenheiten der psychischen Grundlage der Genese des Symptomenbildes und des Verlaufs der Psychosen, dass einige an dem Gesamtmaterial gewonnene Erlebnisse näher erörtert werden müssen.

Über die Berechtigung der von mir gestellten Diagnosen brauche ich mich, da ich im einzelnen Fall meiner Auffassung Ausdruck geben, hier nicht mehr zu äussern. Nur noch einmal möchte ich erwähnen, dass nur ein einziger Fall (17) auf Grund ungenügender Katamnese mir diagnostisch unklar geblieben ist, wenn auch die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Situationspsychose auf imbezillem Boden spricht. Es gelingt an einem anderen Material vielleicht ähnliche Formen läppischer Exaltation ohne stärkere Bewusstseinstrübung psychogener Entstehung wiederzufinden. In 75 pCt. der Fälle gelang es mir, ausreichende Katamnesen zu erhalten, mittels deren es bisweilen gelang, den Lebenslauf der Kranken über Jahre hinaus zu verfolgen; Rezidive unter ungünstigen äusseren Bedingungen habe ich zwar wiederholt gefunden, aber in keinem einzigen Fall war es nach Ablauf einer akuten Krankheitsphase zu einer manifesten Verblödung gekommen.

Auch eine nochmalige Begründung des von mir gewählten Ausdrucks „Situationspsychosen“ kann ich mir ersparen. Einen bisher noch nicht mitgeteilten Befund möchte ich nunmehr aber erwähnen:

Unter den 40 von mir durchgearbeiteten Fällen von hysterischer Situationspsychose finden sich trotz der vielfach hervortretenden psychi-

schen Anomalien, die reaktiv häufig zu Krämpfen, Wutanfällen, Depressionen usw. führten, nur 2, die auch ausserhalb der Haft oder drohender Inhaftierung an einer ausgesprochenen Psychose in Form eines Stupors, eines Deliriums usw. erkrankt waren, und auch bei diesen war teils eine unlustbetonte Situation ätiologisch wahrscheinlich wirksam, während bei dem anderen stark degenerativen Individuum ein kurzer Stupor nach einem Schädeltrauma entstanden war. Nun will ich natürlich keineswegs behaupten, dass die Kranken gegen die psychotische Wirkung kurzdauernder, nicht in die Zukunft wirkender psychischer Traumen, wie Schreck, kurze Aufregungen usw. gewissermassen immun sind; wohl aber erkennen wir die besondere psychogene Bedeutung, die der Situation, den daraus entspringenden Wünschen und Zukunftsbesürchtungen zukommt.

Diese besondere Bedeutung könnte eine dreifache Ursache haben: Erstens könnten akzidentelle somatische Erkrankungen oder Einwirkung der Haft auf die körperlichen Funktionen im weitesten Sinne die psychogene Disposition gesteigert haben, oder zweitens: Die durch die Verhaftung bedingten affektiven Erschütterungen könnten ganz besonders schwere und eigenartige sein, die gewöhnlichen keinem Menschen ersparten Emotionen an Wertigkeit übersteigen, oder drittens endlich: Der von Bonhöffer hervorgehobene Krankheitswille erklärt die überragende krankmachende Bedeutung der Haftsituation.

Die Wichtigkeit des ersten Punktes möchte ich auf Grund der an meinem Material gemachten Befunde negieren. Es kommen unter diesem überhaupt nur zwei Fälle in Betracht, bei denen eine Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens durch Blutverluste oder körperliche Störungen stattgefunden haben könnte, nämlich ein Kranke, welcher einige Monate vor der Erkrankung einen ernsthaften Suizidversuch gemacht und ein anderer, welcher nach einer ebenfalls suizidalen Salzsäurevergiftung eine schmerzhafte Pylorusstenose zurückbehalten hatte. Auch bei diesen lag keine ernsthafte Schwächung des Körperzustandes vor. Im übrigen fand sich bei keinem Kranken eine nennenswerte Organerkrankung [ich sehe ab von einer alten zuweilen noch schmerhaften Neuritis und einem spinalen Leiden (Poliomyelitis?), das auf den Allgemeinzustand nicht den mindesten Einfluss ausgeübt hatte]. Ich finde auch nicht, dass der Durchschnitt der Kranken, wie z. B. bei einigen von Hey mitgeteilten Fällen, körperlich schwächlich, blutarm ist. In zahlreichen Fällen wird das frische Aussehen, die gesunde Gesichtsfarbe, das ausgezeichnete Allgemeinbefinden betont. Vollends beweisend sind die Gewichtszahlen, die bei über 80 pCt. der erkrankten Männer zur Zeit

der Aufnahme ein Körpergewicht von mehr als 60 kg<sup>1)</sup>), in zahlreichen Fällen (14) von über 70 kg erkennen lassen. Ebenso kommt der körperlichen Abnutzung keinerlei Bedeutung zu; es erkranken in der Regel jüngere Individuen, deren Seelenleben vielleicht ein noch labiles ist, die aber körperlich von grosser Rüstigkeit sind. Als Durchschnittsalter finde ich 28½ Jahre; 24 von den 40 Kranken befinden sich sogar vor dem 25. Lebensjahr. Kopftraumen und chronischem Alkoholismus, über die weiter unten noch zu berichten sein wird, kam im allgemeinen nur ein Einfluss durch Verschlechterung der psychischen Konstitution zu. Die prinzipielle Bedeutungslosigkeit somatischer Hafteinflüsse, etwa durch zu einförmige Ernährung bedingter Stoffwechselstörungen, geht daraus hervor, dass die meisten Erkrankungen in den ersten Tagen der Untersuchungshaft, während kurzer Arreststrafen oder sogar noch vor der Verhaftung auftreten. Nur eine ausserhalb psychischer Reize liegende Schädigung finde ich, welche den Krankheitsausbruch in einigen Fällen nicht nur beförderte, sondern vielleicht unmittelbar auslöste: das ist die akute Alkoholintoxikation. Auch wenn ich von dem einen Kranken, der kurz nach der Entlassung von hier einen Alkoholexzess beging und im Anschluss daran erneut an einem Ganserzustand erkrankte, bei dem man auch allenfalls an einen alkoholischen Dämmerzustand (Voss) denken konnte, absehe, bleiben immer noch 9 Fälle, in denen die Psychose kurz nach oder in direktem Anschluss an einen bei einigen komplizierten Rausch sich entwickelte. (Dass bei 4 weiteren das Delikt im Rausch verübt war, ist nebensächlich.) Auch Raecke berichtet über einen derartigen Fall von kurzem Stupor nach Alkoholexzess. Der weitere Verlauf, die lange Dauer und die spätere Abhängigkeit der Psychosen von der Situation in meinen Fällen beweisen aber, dass später psychische Einflüsse, die denen anderer Situationspsychosen äquivalent sind, die Fortdauer der Erkrankung bedingten. Man kann wohl sagen: Waren diese Personen nicht verhaftet worden (es handelt sich stets um disziplinare Verfehlungen von Matrosen), so wäre nach Abklingen der Rauscherscheinungen die Psychose nicht zum Ausbruch gekommen. Jedenfalls ändern wohl auch diese vereinzelten Fälle nichts an der Tatsache, dass in ganz überwiegendem Masse psychische Einflüsse den Ausbruch der Psychose herbeiführen.

Wie steht es nun mit der pathogenetischen Wirkung der Affekte? Abgesehen von der erhöhten Emotivität, die, wie wir schon bei Besprechung der einzelnen Fälle gesehen haben, tatsächlich häufig be-

---

1) Alle diese Zahlen gelten natürlich nur für die hysterischen Situationspsychosen, nicht für die katatonen Stuporen, die oben beschrieben sind.

steht, müssen natürlich besonders starke, dem Individuum neuartige gemütliche Erschütterungen vorausgesetzt werden, wenn diese allein die Erkrankungen verursachen sollten. In vielen Fällen — das bedarf keiner Frage — sind solche Verhältnisse gegeben. In der Literatur ist die emotionelle Wirkung der Haft eingehend gewürdigt; so nennt Sklar als besondere Schäden der Untersuchshaft Reue, Beschäftigungslosigkeit, Furcht vor Bestrafung, shockartige Wirkung, unter den älteren Autoren erwähnt Reich die Wirkung der Affekte: Schreck, Furcht, Angst und Aerger, die durch die fehlenden ausgleichenden Hilfsmittel der Ablenkung, Bewegung, Arbeit, Teilnahme usw. gesteigert wird. Kirn nennt die durch die Einsamkeit besonders schädigende Wirkung der Einzelhaft, die ja auch für die Untersuchungsgefangenen zutrifft usw. Unter den Kranken meines Materials sind mehrere, welche die besondere Bedeutung starker und ungewöhnlicher Affekte klar zeigten. Ich erinnere an den Mann, der nach einem der heftigsten Eifersucht entsprungenen Mordversuch an der Frau und schwerem Suizidversuch in Untersuchungshaft erkrankte, an den Bootsmaat (Fall 1), der nach tadellosem Vorleben in der Betrunkenheit einen Raub ausführte und deshalb eine längere Gefängnisstrafe erhielt. Aehnliches gilt vielleicht von dem ebenfalls bisher unbescholteten Matrosen (Fall 5), der wegen eines fraglichen Einbruchsdiebstahls verhaftet wurde und in Untersuchungshaft prompt erkrankte. In einzelnen Fällen sehen wir auch eine plötzliche shockartige Schreckwirkung, z. B. bei einem Matrosen, der bei der ihm unerwarteten Verhaftung zusammenbrach und einen hysterischen Krampfanfall bekam, in dessen Anschluss dann ein längerer Verirrheitszustand emporwuchs, oder bei dem anderen Matrosen (Fall 7), der in erster Instanz freigesprochen, von der zweiten Instanz dann zu einer schweren Zuchthausstrafe verurteilt war und momentan nach der Urteilsverkündigung erkrankte. Andererseits aber sehen wir in sehr zahlreichen Fällen, dass wir mit der Annahme besonders heftiger Affektwirkung allein nicht auskommen. Ungewöhnliche Emotionen kann ich vor allem nicht bei den zahlreichen Gewohnheitsverbrechern anerkennen, die schon früher bestraft waren, ohne zu erkranken (ich finde deren 12), und jetzt keine abnorm hohe Strafe zu erwarten hatten bzw. in Strafhaft erkrankten, und ebenso kann ich nicht einsehen, warum bei den Matrosen, die wegen Disziplinarvergehen wiederholt bestraft waren und nun erneut in Arrest sich befanden oder wieder eine derartige Strafe zu gewärtigen hatten (6 Fälle), die affektiven Momente, etwa Reue und Scham über die Strafe oder Furcht vor der Zukunft, allein auf einmal einen solchen Grad erreicht haben sollten, dass eine schwere Psychose ausgelöst werden konnte. Vollends zweifelhaft wird die Bedeutung des

Affektes in den Fällen, in denen neben anstandslos überstandenen Strafen wiederholt die Verhaftung oder Inhaftierung zur Psychose führte, bzw. in Strafhaft die Psychose dann ausbrach, wenn ein neues Strafverfahren eingeleitet wurde.

Unter meinen Kranken findet sich ein solches Verhalten 8 mal. Hierbei sind die Rezidive, die kurz nach Beendigung der Psychose in Haft auftraten, gar nicht mitgerechnet. In manchen Fällen liegt wohl die Beurteilung dunkler; ich glaube aber die ätiologische Bedeutung seelischer Erschütterungen genügend zu würdigen, wenn ich zu dem Schluss komme, dass nur in einzelnen Fällen besonders starke Affekte allein die hysterischen Situationspsychosen hervorrufen; in der Mehrzahl der Erkrankungen kommt noch ein anderer Faktor hinzu, der nicht nur durch die gleichzeitig wirksamen und zweifellos oft mächtigen Affekte erweckt wird, sondern infolgedessen auch die geeignete Disposition zur Verwirklichung findet: und das ist der Wunsch, krank zu werden, es tritt so gleichsam die Flucht in die Krankheit ein.

Ich möchte also im Prinzip Bonhoeffers schon erwähnte Auffassung übernehmen, wenn ich auch in einzelnen Fällen unter besonders ungünstigen Verhältnissen eine reine Affektwirkung für möglich halte. Uebrigens hebt auch Raimann die Beeinflussbarkeit der Hysteriker überhaupt im Sinne des Krankheitswillens hervor; wieweit diese Anschauung berechtigt ist, braucht hier nicht erörtert zu werden. Die zahlreichen Autoren schon aufgefallene Häufigkeit der Erkrankungen in Untersuchungshaft bestätigt wohl auch die Wichtigkeit des Krankheitswillens<sup>1)</sup>, wenn auch nicht verkannt werden soll, dass gerade in Untersuchungshaft die einstürmenden Affekte besonders starke sein können. Dass in jedem einzelnen Falle der gegenseitige Einfluss von endogener Disposition, Stärke der affektiven Erschütterungen und Krankheitswunsch ein verschiedener ist, braucht kaum betont zu werden.

Ich meine nun nicht, dass dieser Krankheitswille immer aus mehr oder weniger klar durchdachten Gedankengängen erwächst. Dies ist

1) Die Psychose brach unter unserem Material aus:

in 18 Fällen (45 pCt.) in Untersuchungshaft,  
 „ 6 „ (15 „ ) bei der Verhaftung,  
 „ 5 „ (12½ „ ) kurz oder direkt nach Urteils verkündigung,  
 „ 3 „ (7½ „ ) in der Freiheit bei drohender Inhaftierung,  
 „ 8 „ (20 „ ) in Strafhaft oder Arrest.

Die relative Häufigkeit der Erkrankung in Strafhaft überrascht darum weniger, weil in 5 Fällen neue Anklagen erhoben waren.

so vielleicht bei den Erkrankungen, die Birnbaum einmal Simulationspsychosen bezeichnet, in denen die mit dem aufregenden Geschehnis zusammenhängenden Simulationsgedanken das Krankheitsbild im Sinne der ausgedachten Geisteskrankheit beeinflussen. Solche Erkrankungen, in denen anscheinend ausgesprochene Simulationsgedanken gehegt wurden, habe ich mehrfach angeführt und es scheint, als ob in diesen Simulation und echt Psychotisches besonders eng gemischt sein kann. In anderen Fällen mögen ganz dunkle und kaum bewusste Wünsche den Krankheitsausbruch fördern. Bis auf die Bedeutung, welche eine durch Affektwirkung gesteigerte Autosuggestibilität dabei spielen muss, ist uns die weitere Entstehungsweise, wie die Umsetzung in Bewusstseinsstörungen erfolgen kann, ziemlich unklar; aber diese Unklarheit besteht nicht nur für die Haftpsychosen, sondern für hysterische Krankheitsäusserungen überhaupt. Dass die Zufälle der Hysterischen im Anfang häufig nahezu willkürlich produziert gewesen waren, hat schon Charcot erkannt, und Janet, der diesen Anschauungen folgt, schildert den dabei sich abspielenden Vorgang an der Hand seiner Beobachtungen in anschaulicher Weise. Er schildert die Kranken, die anfangs kleine Zänkereien, Zornausbrüche, absichtliche Nahrungsbeschränkung wohl hätten unterdrücken können, aber ihre Handlungen fortsetzen in immer mehr automatischer Weise, bis die Kranken sich nicht mehr Halt gebieten können und es zum Delirium, zur Nahrungsverweigerung, zum Anfall kommt. Janet setzt diese Unfähigkeit, Halt zu machen, mit der Abulie der Hysterischen in Verbindung; diese würde freilich voraussetzen, dass nicht nur eine kurze Psychose in hysterischem Typ verläuft, sondern von jeher eine hysterische Konstitution bei dem betreffenden Kranken bestanden hat. Welche Rolle aber die Anlage für die Entstehung der Situationspsychosen spielt, möge jetzt besprochen werden.

Dass bei den Psychosen der Häftlinge überhaupt eine degenerative Grundlage von Bedeutung ist, wurde schon von den älteren Autoren mehrfach hervorgehoben (Gutsch, Reich, W. Sommer). Bei Besprechung der Gansersyndrome und hysterischen Stuporen hat Raecke betont, dass es sich in wohl allen Fällen um psychopathische oder direkt schwachsinnige Individuen gehandelt habe. Raecke konnte auch unter 9 Fällen 5 mal erbliche Belastung und degenerative Anlage nachweisen; die übrigen blieben in dieser Beziehung unklar. Ebenso sieht Hey die eigentliche Aetioologie für die Ganserzustände in der hereditären Belastung und in der Degeneration mit ihren Defektzuständen in der intellektuellen oder moralischen Sphäre. Sehr gut demonstrieren das die Fälle Vorsters und Lückes, in denen sämtlich schwere konstitutionelle Anomalien auf den verschiedensten Gebieten meist neben nach-

gewiesener Belastung vorhanden waren. Bei den Kranken Hennebergs findet sich auffallend häufig alkoholistische Degeneration, wohl eine Folge des benutzten grossstädtischen Materials. Ich selbst verfüge nur in 27 Fällen über einigermassen brauchbare anamnestische Daten bezüglich der Erblichkeitsverhältnisse. In 20 Fällen, also ungefähr 73 pCt., finde ich dann eine erbliche Belastung in weiterem Sinne, wenn man darunter Psychosen in der näheren Verwandtschaft, Potus, nervöse Störungen oder Gewohnheitsverbrechen in der direkten Aszendenz begreift. Uneheliche Geburt oder nicht ungewöhnliche Charakteranomalien der Eltern allein habe ich nicht mit verwertet. Ich glaube zwar gern, dass die von mir gefundene Prozentziffer bei noch genaueren Erhebungen erhöht würde, immerhin lässt sich auch in vereinzelten ausreichenden Anamnesen das Fehlen psychischer und nervöser Anomalien in der näheren Verwandtschaft feststellen. Die Art der Belastung ist nur selten eine schwere; insbesondere findet man selten ausgesprochene Psychosen (in der ganzen Verwandtschaft 5 mal), während verhältnismässig häufig eine direkte Keimverschlechterung durch Potus der Eltern wahrscheinlich gemacht wird mindestens (6 mal). Ofters zeigt sich auch „Nervosität“, Kopfschmerz und Debilität unter den nächsten Familienangehörigen. Das Material reicht nicht aus, um zu entscheiden, wie weit die Erblichkeitsverhältnisse mit modernen Forschungsergebnissen in Einklang zu bringen sind; um aber die Wichtigkeit des Alkoholismus der Eltern zu zeigen, füge ich eine Uebersicht über die Hereditätsverhältnisse der fünf am meisten belasteten und zugleich mit am stärksten psychopathischen Individuen an; mindestens in vier dieser Fälle waren Mutter oder Vater starke Trinker:

1. L. Mutter Verbrecherin, Vater Verbrecher und Armenhäusler, Potator! Uneheliches Kind. Eine Schwester leidet an Tobsuchten.
2. B. Vater Potator. Grossvater mütterlicherseits Potator. Vatersbruder ebenfalls Trinker. Ein Onkel der Mutter starb an Suizid. Vaters Tante psychotisch.
3. K. Vater und Mutter Trinker.
4. B. Trunksucht in beiden aufsteigenden Linien. Geisteskrankheit bei einem Bruder und zwei Schwestern der Mutter.
5. A. Vater leichtsinnig. Eine Cousine psychotisch. Eine Schwester leidet an periodischem Wahnsinn. Mehrere Brüder unordentlich.

Die Bewertung der psychopathischen Anomalien unserer Kranken bereitet aus verschiedenen Gründen Schwierigkeiten. Zunächst wird eine subjektive Beurteilung dessen, was man noch als krankhafte Abart gelten lassen will, schwer zu umgehen sein. Ich brauche auf die lebhaften Kontroverse über Vorkommen der „Moral insanity“ ebenso wenig

wie auf die Bewertung moralischer Defekte überhaupt in psychiatrischer Beleuchtung einzugehen; ich glaube aber nur einer notwendigen Vorsicht Genüge getan zu haben, wenn mir in einigen anamnestisch wenig geklärten Fällen die grosse Häufigkeit von Bestrafungen allein schon mit Rücksicht auf die Unkenntnis sozialer Faktoren noch nicht zur Annahme einer psychopathischen Grundlage genügte. Dass unter den Gewohnheitsverbrechern viel degenerative Elemente sind, mag dabei unbestritten bleiben. Dass eine völlige Undisziplinierbarkeit während einer Strafverbüßung oder beim Militär eine weit grössere Bedeutung als die Häufigkeit der Bestrafung an sich hat, braucht nicht erörtert zu werden; in solchen Fällen finden sich aber fast stets daneben andere Abweichungen auf intellektuellem oder affektivem Gebiet oder Haltlosigkeit bzw. Unerziehbarkeit von früher Jugend an und andere Mängel, in deren Rahmen sich dann auch etwaige ethische Defekte ungezwungen einordnen. In manchen Fällen bot bei ungenügender Anamnese das Verhalten der Kranken nach Ablauf der psychotischen Phase genügend Anhaltspunkte zur Beurteilung der Persönlichkeit. Immerhin bleiben noch einzelne unklare Fälle, in denen man die degenerative Grundlage mehr ahnen als beweisen kann. Grössere Schwierigkeiten treten aber noch bei dem Versuch auf die Frage nach der Häufigkeit einer hysterischen Konstitution der Kranken zu beantworten. Schuld daran ist die unklare oder unbestimmte Begriffsumgrenzung der hysterischen Persönlichkeit, des hysterischen Charakters.

Wir besitzen allerdings einige treffliche Schilderungen von den konstitutionellen Abweichungen, die man bei Hysterikern findet, und schon Janet berichtet über die Charakterveränderung der von ihm ausserordentlich sorgfältig beobachteten Fälle von grande hystérie in eingehender Weise. Er schildert die Unfähigkeit der Kranken neue Gegenstände zu erlernen, ihre Zerstreutheit, das Ueberwiegen der automatischen Leistungsfähigkeit im Gegensatz zu der sonstigen Willensschwäche, die Neigung zu Träumereien, die Tendenz diese Träumereien in fixe Ideen umzusetzen, die der Abulie entspringende Langeweile, die Suggestibilität der Kranken, ein eigentümlich widersprechendes Verhalten in der gemütlichen Erregbarkeit, nämlich seelische Stumpfheit (Psychopathie), Einbusse der Gesellschaftsempfindungen und altruistischen Gefühle und daraus entspringender Egoismus vergesellschaftet mit zeitweiliger Reizbarkeit, übertriebenen Aeusserungen und der Ursache inadäquater Stärke der Erregung, individuelle Einförmigkeit der Erregungen, unlustige Grundstimmung als Folge des subjektiven Unfähigkeitsgefühls u. a. Er behandelt die „Simulationen“ der Hysterischen, die er auf die Mangelhaftigkeit der inneren und äusseren Wahrneh-

mungen, auf die Vermengung von normalen Wahrnehmungen mit Traumzuständen und Halluzinationen zurückführt. Aber Janet erkannte auch schon, dass dieselben Erscheinungen bei anderen Kranken, bei im weiteren Sinne Geistesschwachen, vorkommen, er machte auf den auch im Kindesalter physiologisch hervortretenden Mangel an Verknüpfungsvermögen, den einfältigen Egoismus und die Haltlosigkeit aufmerksam. Als einigermassen typische Kennzeichen der Hysterischen erachtete er das Wankende und Widerspruchsvolle des Charakters. Eingehend beschäftigt sich mit dem hysterischen Charakter weiterhin Raimann, der als besonders typisch: abnorme Beeinflussbarkeit im Sinne des Krankheitswillens, Reizbarkeit und Schwäche (Abulie), Perversion und Dissoziation der seelischen Prozesse innerhalb bestimmbarer Grenzen nennt, die Weiterbildung des hysterischen Charakters aus physiologischen Eigentümlichkeiten hervorhebt und lebhaft für die Abtrennung vom Entartungssyndrom eintritt. Mit Recht betont aber Raecke, der die grosse Labilität der Gefühle, das Ueberwiegen der Phantasiefähigkeit, die gesteigerte Suggestibilität und die bemerkenswerte Neigung der Hysteriker, seelische Vorgänge in körperliche Störungen umzusetzen, hervorhebt, dass die Symptome des sogenannten hysterischen Charakters einerseits bei zahlreichen degenerativen Psychosen ohne sonstige Begleiterscheinungen der Hysterie vorkommen, andererseits aber bei den hysterischen Störungen ganz in den Hintergrund treten können. Aehnlich äussert sich Raecke in einer späteren Arbeit, in welcher er die üblichen seelischen Alterationen der Hysteriker in erweitertem Masse anführt: Unbeständigkeit der Stimmungslage mit launischer Reizbarkeit, plötzlichen Affektausbrüchen, abnorm starke Beeinflussbarkeit des Vorstellungsbildes, verbunden mit gelegentlicher Neigung zu impulsiven Handlungen und bemerkenswerter Fähigkeit seelische Vorgänge in körperliche Störungen umzusetzen, kritiklose Steigerung der Phantasietätigkeit bis zu direktem Fabulieren, Inkonsistenz und Sprunghaftigkeit des Denkens bei mangelhafter Auffassungsgabe und unzuverlässigem Gedächtnis, schrankenloser Egoismus mit dem Bedürfnis um jeden Preis eine Rolle zu spielen, Lust an Intriguierten und Klatschen, misstrauische Empfindlichkeit, Rachsucht und kindlicher Eigensinn. In schärferer Weise noch hebt Kraepelin die Zugehörigkeit der hysterischen Veränderung des Seelenbildes zum Entartungssyndrom hervor; eine Abgrenzung der „Entartung“ von der „Hysterie“ sei nur möglich, wenn man das Leiden rein vom neurologischen Standpunkt aus betrachtet, und gerade das sei ein Fehler. Nach Wilmanns lässt sich die hysterische Entartung namentlich von der *Pseudologia phantastica*, der Debilität und der erethischen Imbezillität nicht abtrennen, und ebenso weist auch

Bonhöffer auf die grossen Abgrenzungsschwierigkeiten des hysterischen Temperaments gegenüber den Degenerationszuständen der erethischen Debilität, der einfachen, nicht debilen Instabilität, der epileptoiden Entartung, der Pseudologia phantastica hin; weiter wird die Abgrenzung noch dadurch erschwert, dass die somatischen Stigmata nicht beweisend sind. Fest steht nach alledem jedenfalls, dass man auch, wenn man nicht geneigt ist, den Begriff des hysterischen Charakters aufzugeben, doch im einzelnen Fall oft die grössten Schwierigkeiten in der Beurteilung haben muss, dass sich eine gewisse Willkürlichkeit in dem Entscheid darüber, ob eine hysterische Entartung vorliegt, oft nicht vermeiden lassen wird.

Einfacher ist es jedenfalls, aus dem von mir benutzten Material eine grössere Reihe von Fällen herauszusondern, in denen eine hysterische Anlage nicht manifest ist. Hierher gehören zunächst zwei Kranke mit einfacher intellektueller Schwäche; einer darunter mit ganz charakteristischer torpider Imbezillität, die auch im Intervall zwischen psychischen Attacken und nachher sehr deutlich zu Tage trat, während das gleichmässig freundliche, zufriedene und ruhige Wesen sonst nichts Psychopathisches bot. Leichtere Grade von angeborenem Schwachsinn zeigen sich sehr häufig; trotz Lückenhaftigkeit der Anamnesen wird in zehn Fällen meines Materials eine debile Gründlage wahrscheinlich gemacht; meist bestehen daneben allerdings andere Anomalien, aber nur in vier Fällen solche, dass man von hysterischer Konstitution sprechen könnte. Bei den anderen sechs findet sich neben der intellektuellen Schwäche hauptsächlich: Haltlosigkeit, Reizbarkeit, ethische Defekte, Alkoholintoleranz. Als wahrscheinlich debil muss auch jener Kranke (Fall 22) angesehen werden, welcher von früher Jugend an mit dem Strafgesetz kollidierte, im Zuchthause sich als undisziplinierbar erwies und von Mitarbeitern als komisch, albern und auffallend vergesslich geschildert wurde; hysterische Antezedentien fehlen auch in diesem Fall.

In einer Reihe von Fällen treten affektive Abweichungen in den Vordergrund, und hier möchte ich besonders auf eine Gruppe von Personen hinweisen, die — alle auf dem Boden nachweisbarer Belastung — durch ihre ungewöhnliche Reizbarkeit, die Neigung auf verhältnismässig geringe Reize mit oft brutalen Gewalttätigkeiten zu reagieren, durch das blind Impulsive der Erregungen ausgezeichnet sind, daneben auch meist Alkoholintoleranz zeigen; Haltlosigkeit und ethische Defekte, mürrische Grundstimmung und Stimmungsschwankungen sind ebenfalls meist vorhanden. Der Charakter dieser Leute ähnelt dem der Epileptiker viel mehr als dem der Hysteriker — denn die Reizbarkeit allein

dürfte keineswegs zur Aufstellung hysterischer Veranlagung genügen — man hat dieselben neuerdings daher auch als epileptoid Degenerierte bezeichnet (Bonhoeffer). Ich zähle deren unter meinen Fällen mindestens 3, wahrscheinlich gehören noch einige unklarere Fälle dazu. Auch unter den debilen Kranken sind mehrere, die gleichzeitig eine ungewöhnliche Reizbarkeit erkennen lassen. Nicht uninteressant ist es auch, dass einer dieser Kranken, dessen sinnlose Reizbarkeit und Wut bei allen Zwistigkeiten, Gewalttätigkeit und ethische Depravation bekannt war, bei einer Streitigkeit einen Tobsuchtsanfall bekommen hatte, dem sich ein starrkrampfähnlicher Zustand mit folgendem Schlaf und Amnesie anschloss. Man wird hier wie in dem früher beschriebenen Fall (4) an die von Bratz und Volland beschriebenen affekt-epileptischen Anfälle erinnert. Eines Kranken, der in der Jugend wahrscheinlich an genuiner Epilepsie gelitten hatte, habe ich auch schon Erwähnung getan.

Weiterhin gehören zu den nicht hysterisch veranlagten Kranken die zwei, welche vor Ausbruch der Psychose überhaupt keine manifesten psychischen Anomalien geboten hatten, und einer, welcher ebenfalls psychisch unauffällig, gut begabt, ordentlich, immer freundlich gewesen war, aber in der letzten Zeit etwas getrunken haben sollte. Es ist allerdings bemerkenswert, dass der eine von diesen eine in der Psychose akquirierte Hemihypalgesie auch nach psychischer Aufhellung noch zurückbehalten hatte; es ist aber unbekannt, ob die Sensibilitätsstörung lange bestehen blieb; irgendwelche psychischen Auffälligkeiten, wie affektiertes Wesen oder Stimmungslabilität, waren nicht zurückgeblieben. In einigen weiteren Fällen bestand zwar seit der Kindheit oder beginnenden Pubertät eine mässige Nervosität, häufige Kopfschmerzen und leichte Erregbarkeit, bei dem einen durch Typhus verschlimmert, bei einem anderen kamen Krämpfe (unbekannter Genese) in den ersten 3 Lebensjahren hinzu, bei einem dritten noktambule Zustände in früher Jugend; aber auch diese Personen hatten vor der Erkrankung, soweit die eingehende Anamnese lehrte, nichts Hysterisches, keine Zeichen von Willensschwäche, von gesteigerter Phantasietätigkeit, von Leidsamkeit oder aufdringlichem Zurschauftragen subjektiver Beschwerden geboten, so dass man hier vielleicht besser ganz allgemein von einer endogen nervösen Grundlage sprechen könnte. Aber auch wenn ich diese wie einige anamnestisch weniger geklärte Fälle unberücksichtigt lasse, bleiben doch gegenüber 20 Personen, die in der Anlage und, wie ich hinzufügen kann, meist auch nach Ablauf der Psychose keinen hysterischen Charaktertyp erkennen lassen, nur acht, bei denen man in weitestem Sinne von einem solchen Typ sprechen könnte, wenn man etwa die von Janet und Raecke angeführten Wesenseigentümlichkeiten und insbesondere frühere

(ausserhalb einer Haftsituation bedingte) psychogene Krankheitsäusserungen auf somatischem und psychischem Gebiete berücksichtigt. Eine kurze Uebersicht wird zwanglos die „hysterischen“ Züge dieser Individuen demonstrieren; kaum in einem Falle enthüllt sich in ausgesprochenem Masse ein Charakterbild, wie wir es auch in Deutschland nicht selten bei schwer hysterisch degenerierten Persönlichkeiten finden:

1. B., 20jähriger Matrose. Gute Auffassungsgabe. Immer blass und erregt. Neigung zum Lügen. Von früher Jugend an Fugueszustände mit leichter Bewusstseinstrübung. Kopfschmerzen. Stimmungsschwankungen.
2. St. Debile Grundlage. Pseudologie (lügt auch ohne Zweck). Stiehlt von Jugend an. Unerziehbar. Haltlos. Auch nach Ablauf der Psychose in Kiel Fortsetzung zweckloser Diebstähle. Krankheitswillen prononziert. Stimmungsschwankungen. Kopfschmerzen.
3. Frau W. Von Jugend an Klagen über Schwindel. Menstruelle Erregungen. Mürrische Grundstimmung. Psychogene Depression. Nach einer Aufregung einmal hysterischer Krampfanfall.
4. Frl. Sch. Im Intervall zwischen Haftpsychosen affektiert, wehleidig, Betonung subjektiver Beschwerden. Zahlreiche hypochondrische Klagen. Lüghaft.
5. F. Leicht erregbar. Im Intervall und nach Haftpsychosen wehleidig, deprimiert, suggestibel. Nach Aufregung hysterischer Anfall.
6. J. Debile Grundlage. Kopftrauma, nicht rentenpflichtig. Später aufgeregt, Schwindel. Wahrscheinlich auch Potus. Nach Strafverbüßung bleiben hypochondrische Beschwerden. Jetzt (4 Jahre nach Psychose) grosse Wehleidigkeit, starke Gefühlsbetonung der Klagen (Schwindel, Kopfweh). Tic impulsif; fehlender Würgreflex, taumelnder Gang, leichte Dysbasie.
7. P. Debile Grundlage. Ebenfalls nicht rentenpflichtiges, schweres Kopftrauma. Kopfschmerzen und Reizbarkeit (Wutkrämpfe) von Jugend an. Alkoholintolerant. Zurzeit ( $3\frac{1}{2}$  Jahre nach Psychose) zahlreiche hypochondrisch gefärbte Klagen, gedrückte Stimmung, hysterische Sensibilitätsstörung. Vor wenigen Monaten Vergehen (Körperverletzung) in pathologischem Rausch.
8. A. Debile Grundlage. Starke Suggestibilität von Kindheit an. Nachts leicht aufgeschreckt. Missgestimmt. (4mal schnelles Versinken in Stupor bei Verhaftungen — Fall 10.)

Bemerkenswert ist, dass in der Hälfte der Fälle die Hysterie sich auf debiler Basis entwickelt hat und in 2 Fällen ein Kopftrauma eine sehr wesentliche Steigerung der nervösen Beschwerden bedingte, obwohl irgendwelche Begehrungsvorstellungen völlig ausgeschlossen werden konnten. Die schädigende Wirkung von Kopfverletzungen ist bereits von Ganser, Hey und Kutner vermerkt. Auch ich finde in nicht weniger als 11 Fällen (ausser den beiden schon erwähnten) frühere

Kopfverletzungen (oder Narben) vermerkt, meist handelt es sich allerdings um unkontrollierbare Angaben der Erkrankten; in 2 weiteren Fällen kommen Stichverletzungen des Gesichts bei Schlägereien ohne Erschütterung des Kopfes hinzu. Auch die Häufigkeit alkoholischer Degeneration lässt sich nur unsicher bestimmen, selbst wenn wir aus der Kindheit brauchbare anamnestische Daten besitzen. Es handelt sich ja zum nicht geringen Teil um Personen, die infolge ihres unsteten Lebens den Familienangehörigen entfremdet waren oder nur selten mit ihnen zusammentrafen. Allzu hoch schätze ich die Bedeutung des Alkoholmissbrauchs unter meinem Material nicht ein; es wird zwar von 25 p.Ct. der Fälle berichtet, dass Trinkexzesse früher öfters stattgefunden haben sollen, es handelt sich aber zum Teil um jugendliche Personen, z. B. Matrosen, die kaum schon lange dem Alkoholismus ergeben waren. Bezeichnend ist jedenfalls, dass nur bei einem einzigen Kranken körperliche (neuritische) Zeichen, die auf früheren Alkoholismus hindeuteten, nachweisbar waren. Es ist demnach kaum anzunehmen, dass Alkoholismus in besonders starkem Masse und häufig die Disposition für hysterische Hafterkrankungen erhöht.

Eine genaue, die in der Literatur vermerkten Fälle berücksichtigende, Wiedergabe der einzelnen Charaktertypen würde eine Mannigfaltigkeit ergeben, welche diejenige der verschiedenen Krankheitsformen noch übersteigt. Es genügt, zusammenfassend hierüber folgendes zu sagen:

Die hysterischen Situationspsychosen entwickeln sich in den meisten, wenn auch vielleicht nicht allen, Fällen auf dem Boden einer psychopathischen Veranlagung; ein spezifisch hysterischer Charakter liegt jedoch nur in einer verhältnismässig geringen Anzahl von Fällen vor.

Von Interesse wäre es nun, nachweisen zu können, dass eine individuelle Disposition für die besondere Verlaufsform der psychogenen Erkrankung bestände. Ich habe einzelne Fälle angeführt, in denen sich ein solcher spezifischer Reaktionstyp angedeutet findet, insbesondere den einen Kranken, der von Jugend an nach unangenehmen affektiven Erlebnissen einige Stunden wie stupid war und später bei Verhaftungen 4 mal in ausgesprochenen Stupor verfiel (vgl. auch Fall 13); es kommt auch hinzu, dass bei Einigen wiederholte Psychosen sehr ähnlichen Verlaufstyp zeigten: generell sind wir aber weit davon entfernt schon jetzt

dem einen Falle ein kurzer Stupor, in dem anderen ein Ganserzustand, in dem dritten ein langdauerndes katatonieähnliches Krankheitsbild folgt, kann aus der Konstitution nicht erschlossen werden. Ebensowenig ist dies natürlich bei den Personen möglich, welche während zweier auseinanderliegender Erkrankungen an ganz differenten Formen psychischer Störung litten.

Dagegen lässt sich eine gewisse Proportionalität zwischen Schwere der psychopathischen Veranlagung einerseits, Dauer, Intensität und Disposition zu Rezidiven andererseits nicht erkennen. Namentlich eine debile Grundlage scheint hierbei wenig günstig zu wirken. Da in jedem einzelnen Falle zu viele im Voraus unbestimmbare Faktoren den Krankheitsverlauf zu beeinflussen vermögen können freilich prognostische

### Diagnostische Bemerkungen.

Die im Anfange mitgeteilten Krankengeschichten haben eine Mannigfaltigkeit der Formen ergeben, aus welcher die Unmöglichkeit, bestimmt umgrenzte Krankheitsbilder zu schaffen, die eine schnelle und einwandsfreie Erkennung gestatten, klar hervorgeht. Langdauernde Psychosen mit einem Wechsel des Zustandsbildes wie in den Fällen 19—23 vermögen die diagnostischen Schwierigkeiten hell zu beleuchten, und ebenso führt uns die Betrachtung der Kutnerschen Fälle, der monatelang dauernden Stuporen, die Löwenstein und Lückerath beschrieben haben, klar vor Augen, auf welch unsicherem Boden wir bei etwas diffiziler liegenden Fällen gestellt sind. Die Häufigkeit, mit welcher die verschiedensten Autoren (Nissl, Kaiser, Wieg-Wickenthal, Lücke-rath, Tomaschny) hysterische Symptome bei andersartigen Psychosen, insbesondere Katatonie, festgestellt haben, macht die Schwierigkeiten grösser. Gewiss können wir retrospektiv in den mitgeteilten Fällen erkennen, um was es sich gehandelt hat, insbesondere erkennen wir die Abhängigkeit der jeweiligen Bewusstseinslage, der Krankheitsäußerungen, von äusseren Situationen, die manchmal überraschende Beseitigung psychischer Störungen auf äussere Massnahmen, wir sehen, dass selbst wiederholte schwere psychische Störungen keine bleibenden Defekte hinterlassen, aber worin besteht das eigentlich Charakteristische, das uns auf dem Höhepunkt einer etwas komplizierteren Erkrankung die richtige Entscheidung gestattet? Dass eine hysterische Charakterveränderung nicht vorauszugehen braucht, haben wir ja gesehen. Resigniert möchte man beinahe sagen: Je grösser unsere Kasuistik geworden ist, um so unsicherer sind wir geworden. Trotzdem wird es erforderlich sein, auf die wenigstens einigermassen charakteristischen Punkte näher einzugehen.

Am schwierigsten ist meist die Abgrenzung gegen Katatonie; einen gewissen Anhaltspunkt in der Differentialdiagnose vermag uns hier bisweilen schon der Beginn der Krankheit zu geben. Eine kurze Uebersicht mag die Art des Krankheitsbeginns an unserem Material darstellen:

- I. Perakuter Beginn in 31 Fällen ( $77\frac{1}{2}$  pCt.), und zwar:
  1. Plötzliche sinnlose Tobsucht in 19 Fällen;
  2. Ganz akut einsetzende halluzinatorische Erregung oder Verwirrtheit in 9 Fällen;
  3. Hysterischer Anfall in 3 Fällen.
- II. Beginn mit einige Tage anhaltenden gehäuften Krampfanfällen, zwischen denselben Stupor oder Verwirrtheit in 3 Fällen ( $7\frac{1}{2}$  pCt.)

III. Allmählichere Entwickelung in 6 Fällen (15 pCt.). (Innerhalb einiger Tage geraten die Kranken nach einem sonderbaren Benehmen oder scheinbarer Verblödung in Stupor. Nur in einem Fall längere Zeit vorangehende allgemeine „nervöse“ Beschwerden.)

Der brüske Krankheitsbeginn, der an diesem Material so deutlich hervortritt, wird auch von Löwenstein ausdrücklich hervorgehoben. Raecke betont für die Stuporen ebenfalls, dass oft die Erkrankung plötzlich in Untersuchungshaft, bisweilen allerdings auch nach einem Prodromalstadium mit nervösen Beschwerden, unangenehmen Wahnvorstellungen oder elementaren Sinnestäuschungen in Erscheinung tritt. Wilmanns findet gleichfalls häufig Beginn mit Krämpfen oder Tobsucht, daneben auch allmählichere Entstehung mit Prodromen von Kopfschmerzen oder hypnagogischen Halluzinationen. Betrachten wir demgegenüber die Entstehungsweise katatoner Erkrankungen, so finden wir viel häufiger auch einer akut ausbrechenden Erregung oder einem Stupor längere Zeit hindurch bestimmte Prodromalsymptome vorausgehen. So sagt Kraepelin, dass die Psychose in der Regel subakut mit den Anzeichen einer leichteren oder schwereren psychischen Depression beginnt oder die Prodromalsymptome so lange Zeit dauern, dass der Beginn der Erkrankung sich gar nicht bestimmen lässt. Aehnlich äussert sich Hoche. Siemerling gibt an, dass der Beginn bisweilen akut, meist subakut ist, mit vagen körperlichen Beschwerden, plötzlichem, sonderbarem, seltsamem Benehmen usw. An einer grösseren Reihe von Katatoniefällen, die ich zum Vergleich durchmusterte, fand ich ebenfalls, dass auch dann, wenn unmotiviert ein plötzlicher Erregungszustand ausgebrochen, doch den Angehörigen schon seit einiger Zeit eine gewisse Charakterveränderung aufgefallen war. Pathognomonisch ist nun freilich für Situationspsychosen der ganz akute Beginn ohne Prodrome nicht; ich verweise da selbst auf den oben mitgeteilten Fall von katatonem Stupor, der plötzlich in Strafhaft mit halluzinatorischer Erregung begann, während in einem zweiten Fall die Psychose mit einem hysteriformen Anfall anfing, nachdem freilich ganz schleichend eine leichte Umwandlung der Persönlichkeit stattgefunden hatte. Ich glaube aber wenigstens, dass man auf einen unerwartet in Untersuchungshaft ausbrechenden schweren Tobsuchtsanfall einiges Gewicht in der Differentialdiagnose legen darf. Ich kann daher auch mit Wieg-Wickenthals Angaben, dass jede akut oder subakut einsetzende Psychose mit hysteriformen oder neurasthenischen Zügen, die bei einem früher ganz gesunden Patienten ohne degenerative Veranlagung und ohne hysterisch-neurasthenische Antezedentien auftritt, einer Dementia praecox verdächtig ist, besonders dann,

wenn ein stuporöser Zustand oder tobsuchtsartige Erregung die Szene eröffnet, nicht ganz übereinstimmen. Im übrigen ergibt gerade die Durchsicht der von Wieg-Wickenthal mitgeteilten Katatoniefälle, welche suspekte hysterische Erscheinungen geboten hatten, dass auch dem akuten Beginn mit Tobsucht meist vage Prodrome vorausgegangen waren; ausserdem geht nicht hervor, ob Wieg-Wickenthal auch Haftpsychosen als Vergleichsobjekt benutzte.

Bezüglich der einzelnen Verlaufsformen wird die Diagnose am einfachsten sein, wenn in der Haft nach akutem Beginn ein kurz dauernder Verwirrtheitszustand mit Vorbeireden einsetzt, der nach wenigen Tagen mit Amnesie abklingt, ohne Sonderbarkeiten zu hinterlassen. In solchen Fällen wird man jetzt wohl nach allgemeiner Erfahrung eine katatone Erkrankung ausschliessen können, namentlich wenn in dem kurzen psychischen Stadium die charakteristische Bewusstseinslage, auf die schon Ganser und Raecke aufmerksam gemacht haben, das traumhaft Schwerbesinnliche, die Verlängerung aller Reaktionszeiten hervortritt. Wie steht es nun aber mit der besonderen Bedeutung des Ganserschen Symptoms an sich?

Dass die Langsamkeit der Antworten allein noch nicht den Ausschlag zu geben hat, wurde schon von Vorster und Hey hervorgehoben, und namentlich der letztere Autor führt den sehr instruktiven Fall einer — nicht kriminellen — Musikerin an, welche ein schwer fixierbares schwerfälliges, fast dämmerhaftes Wesen zeigte, monotone langsame Antworten, zum Teil im Sinne des Vorbeiredens gab, oft die Fragen wie verständnislos wiederholte. Es stellte sich bei der Kranken eine zunehmende Verblödung ein. In bemerkenswerter Weise gab aber die Kranke neben den Ganserantworten auch ganz beziehungs- und zusammenhanglose Antworten, während in einem anderen Fall von Vorbeireden bei Katatonie Wortentstellungen, die einen manirierten Eindruck machten, auffallen. Es ist nun zweifellos zuzugeben, dass weder die Tatsache des Vorbeiredens, noch die Art desselben eine Diagnosenstellung erlaubt, auch wenn man unter dem Ganserschen Symptom nicht jedes sinnlose Paralogieren, sondern nur jene Antworten versteht, welche erkennen lassen, dass die Frage erfasst ist, eine gewisse assoziative Verarbeitung stattgefunden hat und nur das Endresultat gewissermaassen am Ziel vorbeischiesst. Allerdings kommt es in dieser Umgrenzung bei Katatonie, auch wenn man die mit Sprachverwirrtheit oder starker Zerfahrenheit verbundenen Fälle durchmustert, keineswegs häufig vor, im Gegensatz zu den ganz inadäquaten Antworten, die man in diesen Zuständen erhält, während man das Symptom gerade bei den hysterischen Situationspsychosen ausserordentlich oft findet. So finde ich es an

unserem Material in 24 Fällen (60 pCt.). Rechnet man die Fälle von Stupor, in denen bis zur Aufhellung des Bewusstseins völlige Reaktionslosigkeit bestand, und die ganz leichten Fälle von ängstlicher Hemmung ab, so erkennt man die Häufigkeit des Vorkommens erst recht. Es überwiegen dabei bei Weitem die Fälle, in denen der ganze Ganser-komplex entwickelt ist, geringe Spontaneität besteht, sich selbst überlassen ein stumpfes Versinken erfolgt und die Kranken im allgemeinen den Eindruck der Benommenheit machen. Besonders deutlich tritt das in Fällen hervor, in welchen das Vorbeireden in der einem schwereren Stupor direkt folgenden Phase oder in dem etwas freieren Intervall eines stärkeren Stupors auftritt. Es wird zugleich dann meist über Kopfschmerzen geklagt, während Sinnestäuschungen nur manchmal gleichzeitig vorzukommen scheinen, häufig aber eine ängstlich-ratlose Grundstimmung besteht.

In einzelnen Fällen erfolgten allerdings die Antworten schnell, von einer Benommenheit konnte man nichts erkennen; bisweilen fand sich dann eine mürrisch-gereizte Stimmung, es trat der Wunsch, zufrieden gelassen zu werden, hervor, ähnlich wie dies Raecke für widerstrebende Kranke hervorhebt, aber diese Fälle sind ebenso selten wie die, in denen ein affektiert-läppisches, witzelndes oder maniriertes Benehmen oder sogar eine hochgradige Exaltation bei mangelnder Aufmerksamkeitsstörung bestand. In solchen Zuständen wird das Vorbeireden seine diagnostische Bedeutung völlig verlieren, und man wird sein Urteil nach anderen Symptomen oder dem ganzen Krankheitsverlauf bilden müssen.

Es ergibt sich hiernach als einziges Resultat, dass das Vorbeireden im Rahmen des ganzen Zustandsbildes einen bedingten Wert hat. Bei den hysterischen Situationpsychose liegen die Verhältnisse im allgemeinen so, dass die Kranken zwar langsam, einsilbig sind, schnell ermüden, aber doch eine geringere Assoziationsstörung, als es nach dem Symptom des Vorbeiredens allein scheinen könnte, zeigten. Bei der Exploration über ihr Vorleben usw. findet sich häufig ein geordneter Satzbau, Sprachverwirrtheit ist äußerst selten; in der fremden Umgebung finden sich die Kranken gut zurecht, das Vorbeireden bei geeigneter Fragestellung steht gewissermassen isoliert da, sei es, dass auf dem Boden der Assoziationshemmung oder des durch Affekte gebundenen Vorstellungslebens Suggestionen besonders wirksam sind oder eine mehr weniger bewirkte Absicht den falschen Antworten zu Grunde liegt. Bisweilen gelingt es durch Zureden die Antworten zu verbessern. Eine auch in der Exploration hervortretende Zerfahrenheit beweist zwar noch nicht den katatonen Ursprung, immerhin dürfte sie bei Situationspsychose selten sein; beim Katatoniker finden sich neben dem Vorbeireden

häufig (wie in den Heyschen Fällen) ganz beziehungslose Antworten; daneben können auch überraschend gute Antworten erfolgen. Wie weit man da von einer läppischen Lust zum Scherz reden darf, wird in jedem Falle schwer zu entscheiden sein. Man erkennt bei den Antworten der Hysteriker auch oft eine grössere Einförmigkeit, wie der folgende Vergleich zeigt:

#### A. Situationspsychose:

Vorgelegte Gegenstände:

(Bleistift): Stück Holz.

(Pinsel) . . .

(Löscher): Macht die Bewegung des Löschens.

(Bandmass): Band.

(Wachsstock): Talg.

(Nadel) . . .

(Federhalter): Feder.

(Zeigen Sie die Nase): . . .

(Linkes Ohr): Ohr rechts.

(Wv. Nasen haben Sie?) 3 Stück.

(Wv. Augen): 1.

(Wv. Köpfe): 1.

(Wv. Beine): 6.

(Zeigen Sie die 6 Beine): Starrt den Frager unbeweglich an.

(Wv. Beine?) 3.

( $2 \times 2$ ): 6.

( $1 \times 1$ ): 1.

( $3 \times 2$ ): 4.

( $3 \times 5$ ): Nach langer Pause: 15.

(1 und 1): 2.

(2 und 2): 7.

(3—1): 8.

Zählen: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18.

(Wochentage): Montag, Dienstag, Freitag, Sonntag, Montag, Mittwoch.

(In welchem Lande leben Sie?) „In Frankreich“.

(Denken Sie nach!) „Deutschland“.

(Kaiser?) „Wilhelm“.

(Wv?) „III“.

(Wo wohnt er?) „Berlin“. usw.

Weiterer Verlauf: In wenigen Tagen tritt Aufhellung des Bewusstseins auf; keine Andeutung mehr von Ganserantworten.

#### B. Katatonie:

Vormittags zögernde, nach Ueberlegung erfolgende Antworten.

(Zählen) . . .

(Angabe der Zahl der Gliedmassen) . . .

(Oertlich?) „Kiel“.

(Wo liegt Kiel?) „Schleswig-Holstein“.  
 (Wozu gehört Schleswig-Holstein?) „Zu Russland“.  
 (Hauptstadt von Russland?) „Belgien“.

Nachmittags eher gehobener Stimmung, leuchtende Augen, im Verlauf der Exploration gehemmter werdend, mühsam anwortend.

(Zählen) . . .  
 (Rückwärts): 9, 8, 7, 6, 4, 5, 3, 2, 1.  
 ( $3 \times 9$ ) . . .  
 (Wv. Augen? „Nur 2“.  
 (Hauptstadt von Deutschland?) „Das ist auch ein Ding, kann ich auch nicht sagen“.  
 (?) „Schleswig-Holstein“.  
 (Flüsse in Deutschland) . . . . . die Elbe“.  
 (Mehr): „Die Elbe mündet gegen . . . da kann ich nicht darauf kommen“.  
 (Städte an der Elbe): „Zu Cuxhaven“.  
 (Mehr?) „Und . . . ich kann es nicht sagen“.  
 (Welche Nationalität haben Sie?) „Ich bin aus Deutschland“.  
 (Was ist Deutschland?) „Handelsstadt“.  
 (Und Preussen?) Lächelnd: „Preussen ist Preussen, wir haben nur eine Fahne und die sozialdemokratische Flagge“.  
 (Was ist die Sozialdemokratie?) „Partei für sich, Volksrat für sich“.  
 (Wo liegt Bayern?) „Bei Tirol“.  
 (Was ist Bayern?) „Das mündet so . . . am Wasser“.  
 (?) „Es kann eine kleine Stadt sein, es kann auch eine grosse Stadt sein; es gibt auch bayrisches Bier“.

Unterbricht die Exploration spontan durch Erzählung, dass er grosse Seereisen gemacht, bis Australien und Amerika gekommen sei.

(Was ist denn Australien?) „Das ist bloss ein Flecken, da wohnen die Hottentotten“.  
 (Wie weit von Cuxhaven bis Amerika?) „Sind bloss ein paar Meilen. Ich kenn doch auch, was eine Maschine für eine Kraft hat...“ usw.

Man erkennt an den beiden Beispielen, wie bei A. sämtliche Antworten, soweit sie überhaupt falsch sind, gleichsam nur eine Entgleisung am Ziel vorbei darstellen, bei Rechenaufgaben die Fehler mit der Schwierigkeit zunehmen, durch Ermunterung eine Besserung der Leistungen eintritt. B. zeigt eine viel grössere Mannigfaltigkeit und Produktivität, die falschen Antworten werden oft in ideenflüchtiger Weise weiter verarbeitet; neben dem Vorbeireden finden sich Antworten, die nur in ganz oberflächlicher Beziehung zur Frage stehen. Das Gros der Situationspsychose lässt wohl ein Verhalten wie unter A. erkennen, wenn ich auch bestätigen muss, dass in keiner Form das Symptom des Vorbeiredens allein pathognomonisch ist.

Noch aussichtsloser fast erscheint der Versuch aus dem Zustandsbild des Stupors allein diagnostisch in allen Fällen verwendbare Merkmale herauszusondern. Bei oberflächlicher Betrachtung schon erkennt man, dass der Zustand der Kranken weniger dem der hysterischen Lethargie, wie sie unter den deutschen Forschern Löwenfeld und Binswanger uns geschildert haben, als dem des katatonen Stupors ähnelt. Im allgemeinen liegen die Kranken nicht wie schlafend mit geschlossenen Augen, ruhig atmend da, sondern sie machen mehr den Eindruck der Versunkenheit, der Sperrung; die geöffneten Augen blicken ins Leere, die Kranken bleiben aufgerichtet stehen, machen vielleicht einige hilflose Bewegungen oder versuchen zögernd, die Aufforderungen zu erfüllen, auch wenn jede Spontanbeweglichkeit erloschen zu sein scheint, auch im Bett nehmen sie selten die Lage des Schlafenden ein. Bezuglich der einzelnen Formen des Stupors kann ich mich mit Rücksicht auf die mitgeteilten Krankengeschichten kurz fassen. Der Vergleich mit den in der Literatur mitgeteilten Fällen ergibt, dass alle Grade von leichter ängstlicher Hemmung bis zum monatelang anhaltenden starren Stupor beobachtet werden. Aber diese letzten Fälle sind, wenn auch die Angabe Raimanns, dass der längste hysterische Stupor 5—6 Wochen gedauert haben dürfte, nicht mehr zutrifft, entschieden Ausnahmen; unter 18 stuporösen Kranken finde ich nur einen, der mehrere Monate in diesem Zustande blieb, übrigens auch später wieder an monatelang anhaltendem Stupor erkrankte; ein anderer Kranter blieb einen Monat im Stupor, während in den allermeisten Fällen in wenigen Tagen die stuporöse Phase beendet war. Noch seltener ist die längere Dauer völliger Akinese, wie in einzelnen Fällen von Kutner; meist besteht entweder ein ganz kurz (wenige Stunden oder Tage) dauernder Stupor mit völliger Starre, oder die Regungslosigkeit wird vorübergehend unterbrochen durch Umherwandern, Vorsichthinsprechen, flüchtiges Lächeln, Aufrichten bei Explorationsen; dauert der Stupor noch länger, so stellt er sich öfters in Form einer allgemeinen Hemmung mit Verlangsamung aller Reaktionen und zwar so dar, dass völliger Mutismus besteht, während Aufforderungen, wenn auch zögernd, befolgt werden. Oder es besteht die hochgradige Apathie mit dem blöden, stumpfsinnigen Gesichtsausdruck bei geringerer oder fehlender Motilitätsstörung, die wir in Fall 14 kennen gelernt haben. Nur in einem Fall finde ich unter den Beobachtungen der Klinik eine etwa 8 Tage dauernde einigermassen gleiche Starre. Wochenlang anhaltende Bewegungslosigkeit (wie bei dem Katatoniker Fall 29) wird also immer sehr skeptisch zu beurteilen sein, wenn nicht die degenerative Konstitution eine besonders schwere oder die Zukunft besonders gefährdend ist.

Von weiteren diagnostischen Angaltspunkten nennt Raecke das mehr attente Verhalten der Hysteriker im Stupor, das Vermeiden von Unbequemlichkeiten, die Vorsorge für Bedürfnisse und Mahlzeiten und endlich die Beeinflussbarkeit des Stupors von Vorgängen der Aussenwelt, für Katatonie sollen mehr: hartnäckige Abstinenz, Schmieren, Salivation, gezwungene Haltungen, starkes Grimassieren, zahlreiche Stereotypien und Manieren, fortgesetztes Verbigerieren und Sprachverwirrtheit, vor allem aber heftiger Negativismus mit blindem Widerstreben gegen jede Massnahme sprechen. Raimann betont die Ausdrucksbewegungen und Ausdruckshaltungen im hysterischen Stupor, er vergleicht denselben mit einem rudimentären Delir.

Bei der Nachprüfung dieser Angaben habe ich mich absichtlich auf das während des klinischen Aufenthaltes gebotene Verhalten beschränkt, und zwar hauptsächlich, weil gerade unter den ungünstigen Einflüssen der Haftsituation die krankhaften Erscheinungen eine solche Mächtigkeit erlangen, so stürmisch werden können, dass auch die feinen Unterschiede, welche später hervortreten, zunächst völlig unterdrückt sind. Ich habe oben verschiedene Fälle zitieren können, in welchen die Kranken in Haft ein viel automatenhafteres Wesen boten als später in der Klinik, widerliche Unreinlichkeiten, Kotschmieren einerseits, hartnäckige Nahrungsverweigerung andererseits erkennen liessen, während von alledem in der Klinik auch bei Fortdauer des Stupors nichts zu bemerken war.

Es ist dies ja ein Zeichen für die Beeinflussbarkeit des Stupors durch die äusseren Verhältnisse und ein charakteristisches Symptom der Situationspsychosen, wenn man auch in beschränktem Masse eine solche Besserung der vegetativen Störungen durch die Situationsänderung bei katatonen Haftpsychosen beobachten kann (s. Fall 30). Eine ausgesprochene Beeinflussung des Stupors durch die äussere Lage ist zweifellos, soweit sie nachweisbar ist, von diagnostischer Wichtigkeit. Es prägt sich darin eine Suggestibilität aus, die man nicht mit der Beeinflussbarkeit des Willens beim Katatoniker, welche zur Befehlsautomatie und Katalepsie führt, verwechseln darf; hier bedingt die Willensstörung bestimmte Symptome, aber es gelingt in der Regel nicht, durch äussere Einflüsse die Intensität der krankhaften Erscheinungen mit einem Schlage zu steigern oder zu verringern, eine ganze Krankheitsphase zu ändern. Gewiss kommen auch beim Katatoniker die überraschendsten Änderungen im Verhalten vor, welche auch bisweilen in Beziehung zu äusseren Veränderungen stehen, ich erwähne nur den oben genannten Kranken (Fall 30), welcher sich immer erst aufs Essen stürzte, wenn niemand zugegen war, und den von Raecke erwähnten Kranken, welcher

nach jahrelangem Stupor plötzlich beim Angriff zweier Kranker auf einen Pfleger um Hilfe schrie. Charakteristisch für Situationspsychosen ist nur die Beeinflussbarkeit des Krankheitsprozesses durch äussere Faktoren und auch dies nur, wenn die Wirkung schnell erfolgt und einen erheblichen Grad erreicht. Auch mit dieser Einschränkung lässt sich manchmal ein Nutzen aus dem Symptom ziehen, wenn auch oft erst nach einiger Zeit, und zwar erstens in den Fällen, in denen die Verlegung in die Klinik eine bei der Schwere der vorangegangenen Erscheinungen unerwartet schnelle Besserung bedingte (viermal unter den von mir benutzten Fällen deutlich), und zweitens in denjenigen, deren Stupor durch Elektrisieren beseitigt wurde (mit Einschluss der leichten Hemmungs- und Verwirrtheitszustände hatte das Faradisieren in 9 Fällen Erfolg). Der umgekehrte Schluss, dass die Erfolglosigkeit des Elektrisierens gegen Situationspsychose spricht, ist natürlich nicht erlaubt; ich führte mehrere Fälle an, in denen das Elektrisieren keine Aenderung des Stupors hervorrief (Fall 22, 23). Ein besonders frappanter Wechsel des Zustandsbildes, der sich in unverkennbarer Weise nach der Umgebung richtet, wird öfters im Beginn der Lösung eines Stupors beobachtet, so verlangt der eine Kranke vom Pfleger einen Löffel, ist dem Arzt gegenüber stumm, eine andere ist bei der Exploration noch völlig stuporös und spricht nachher mit der Pflegerin ganz geordnet (Fall 11). Der Verdacht eines willkürlichen Verharrens im Stupor kann in solchen Fällen nicht unterdrückt werden. Andere simulationsverdächtige Erscheinungen im Stupor habe ich bei Fall 23 erwähnt.

Wie steht es nun mit den sonstigen Merkmalen des hysterischen Stupors? Ich kann da die Angabe Raeckes, dass die Bequemlichkeit des Kranken im Stupor nicht zu sehr leidet, im allgemeinen bestätigen. Wiederholt finde ich ausdrücklich notiert, dass stuporöse Kranke gut geschlafen haben, nur bei einem Kranken, dass für einige Zeit hindurch nach stuporösem Verhalten am Tage leichte Unruhe in der Nacht bestand. Von grösserer Bedeutung ist es, dass auch am Tage unbequeme Stellungen, allzu langes Verharren in derselben Positur vermieden werden. Auch im tiefen Stupor drehen sich die Kranken von Zeit zu Zeit in eine andere Lage, oder sie sitzen bequem im Bett, liegen mit aufgestütztem Kopf da usw. Ausnahmen mögen vorkommen, sind aber selten. Mit einiger Regelmässigkeit findet man eine Vorsorge für die vegetativen Bedürfnisse. Nahrungsverweigerung ist, wie ich schon oben erwähnte, zwar gar nicht so selten, so lange die Kranken noch in Haft sind, kann dann auch recht hartnäckig sein, in der Klinik finde ich sie nur angedeutet und schnell schwindend bei einem Kranken. Bei Militärgefangenen, die zuerst ins Lazarett gekommen waren, persistiert dort

ofters die Nahrungsverweigerung wie auch bisweilen andere Symptome, die durch Verlegung in die Klinik beseitigt werden. Strässler hat aber schon mit Recht darauf aufmerksam gemacht, dass bei den Haftpsychosen überhaupt die Versetzung in das Militärspital nicht so günstig wirkt, wie den sonstigen Erfahrungen bezüglich Milieuwechsels entspricht, da die militärische Aufsicht und der Einfluss der militärischen Umgebung fortdauert. Vereinzelte Fälle, in denen hartnäckiges Abstinieren auch im Krankenhouse fortgesetzt wurde, sind zwar beobachtet worden (Kutner, Löwenstein, Lückerath), in der Regel ist aber der Appetit ein guter; meist nehmen die Kranken sogar im Stupor an Gewicht zu, nur bei einem einzigen Kranken finde ich leichte Gewichtsabnahme während der stuporösen Phasen. Unsauberkeiten im Stupor. (Einnässen, Einschmutzen, Kotschmieren, Speichelschmieren usw.) können zwar auch im Krankenhouse vorkommen, sind aber ebenfalls selten, unter den in der Klinik beobachteten Stuporfällen zeigte nur einer für längere Zeit hindurch ein solches — übrigens suggestiv ausgelöstes — Verhalten, ein weiterer Kranker vor der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus. Ofters beobachtet man, dass die Kranken nicht nur in das vorgelegte Glas urinieren oder auch beim Abführen Stuhl haben, sondern sogar ohne zu sprechen auf ihre Bedürfnisse aufmerksam machen, sich im Bett aufrichten und hilflos umherschauen oder aufstehen oder gar bei sonstigem Matismus mit starren Mienen auszutreten verlangen, selbst nach dem Klosett gehen, bei sonst völliger Akinese das Uringlas richtig legen usw. Nicht selten findet man auch, dass Urin und namentlich Stuhl retiniert wird, bis die Kranken abgeführt werden. In keinem Falle finde ich eine Störung des Allgemeinbefindens bis zur körperlichen Schädigung; die Beobachtung Kutners von einem Hornhautgeschwür infolge verminderter Lidschlags gehört zweifellos zu den grössten Seltenheiten.

Weniger Gewicht möchte ich auf das Erhaltenbleiben einer gewissen Vigilie im Stupor legen. Gewiss zeigen einige Kranke Interesse an der Umgebung, sie lächeln über einen läppischen Kranken, während sie sonst mit gleichmässig starrem Gesichtsausdruck daliegen, sie lauschen auf, wenn die Tür geschlossen wird, oder suchen sich mit hilflosem Ausdruck vergeblich aufzurichten, wenn der Arzt herantritt, in einzelnen Fällen wird dies Symptom auch ein sehr charakteristisches und diagnostisch nicht zu vernachlässigendes sein, nur darf man nicht erwarten, dass dieses Verhalten mit Regelmässigkeit auftritt. Viele Kranke zeigen während des Stupors dauernd eine völlige Teilnahmlosigkeit, selbst wenn reaktiv noch einzelne Aeusserungen erzielbar sind, andere achten wohl vorübergehend auf die Umgebung, während sie

tagelang apathisch daliegen, und manche (Fall 8) ziehen auch die Decke über den Kopf, als ob sie gar nicht gestört werden wollten. Auch nur in begrenzter Häufigkeit zeigt der Stupor Züge, welche einen affektierten Eindruck machen. Diese Erscheinungen sind von den Manieren der Katatoniker oft nicht zu unterscheiden, bisweilen heben sie sich von diesen durch besonders aufgetragene theatralischen Charakter ab. Hierher gehört es, wenn die Züge des Kranken beim scharfen Ansehen fassungsloses Entsetzen zeigen, wenn einmal der Kranke beim Berühren der Arme erbärmlich „Au“ schreit (Fall 22) oder beim Zeigen eines Schlüssels entsetzt zurückweicht. Im allgemeinen wird man aber gerade im Stupor ein theatralisches Benehmen schwer nachweisen können.

Das Vorkommen der sog. katatonen Symptome: Negativismus, Befehlsautomatie, Echopraxie, Manieren, Grimassieren, Stereotypien in Reden, Haltung und Bewegungen und Verbigerieren, bei hysterischen Haftpsychosen ist schon von Raecke, Hey, Kutner, Löwenstein, Lückerath u. a. beobachtet worden. Diese Symptome finden sich nicht nur im Stupor, sondern auch bei den anderen Formen der Situationspsychosen, insbesondere bei den deliriösen und den Zuständen von traumhafter Benommenheit. Da nicht anzunehmen ist, dass in den Krankengeschichten auch das vorübergehende Auftreten derartiger Erscheinungen stets notiert ist, vermeide ich eine genaue zahlenmässige Anführung. Sicher ist aber, dass in einer grösseren Reihe von Fällen alle katatonen Symptome fehlen und dass ihr gehäuftes Auftreten für längere Zeit hindurch nicht häufig ist. (Ich finde das unter meinem Material in 6 Fällen.) Am häufigsten noch finde ich Manieren, tänzelnd-hüpfbenden Gang, lispelnde Sprechweise u. a., Stereotypien in Bewegungen (ruckweise Kopfdrehungen mit schnauzkampfartigem Vorstrecken des Mundes, Wiegebewegungen usw.), stereotype Haltungen, die nicht selten etwas Posierendes haben, und stereotype Redewendungen. (Stereotypien im ganzen in 8 Fällen ausgesprochen.) Grimassieren, Verbigerieren kommt gelegentlich vor, ist aber selten, insbesondere Verbigerieren nur vorübergehend. Muskelspannungen sind selten; in den meisten Fällen sinken auch im Stupor die erhobenen Gliedmassen schlaff herab oder werden aktiv allmählich heruntergenommen. Eine der Katalepsie der Katatoniker oder dem hystero-kataleptischen Zustand (Binswanger) entsprechende Fixierung der Gliedmassen in passiv gegebenen Stellungen findet man zwar öfters angedeutet; aber es entspricht nur dem schon erwähnten Vermeiden von allzugrossen Unbequemlichkeiten, dass in der Regel doch schon nach kurzer Zeit die Gliedmassen wieder die Ruhelage aufsuchen. Ausgesprochene Flexibilitas cerea wurde entsprechend den Beobachtungen Raeckes in der Klinik nie beobachtet; dagegen

konnte ich einen Fall anführen, der bei einer späteren Erkrankung alle normalen Ermüdungsgefühle eingebüßt zu haben schien. Starrer, tage- und wochenlang fortgesetzter Negativismus gilt öfters als ein Zeichen, das gegen Hysterie spricht (Voss). Dass bei Situationspsychosen ein solches Verhalten möglich ist, halte ich nach den Mitteilungen von Kutner u. a. zwar für sicher, man findet es jedoch nicht sehr häufig. Auf das Abstinieren habe ich schon hingewiesen; heftiges Widerstreben bei Bewegungen finde ich bei 7 Patienten, meist allerdings nur für kurze Zeit; von Wichtigkeit erscheint mir die Tatsache, dass die Kranken dann immer einen lebhaften ängstlichen Affekt zeigten. Befehlsautomatie findet sich bisweilen in einer von der Katatonen nicht unterscheidbaren Form, vereinzelt kommt auch Echopraxie vor. Impulshandlungen dürften sehr selten sein; in 5 Fällen finde ich zwar sinnlose Gewalttätigkeiten, die einen zunächst triebhaften Eindruck machen; doch gelingt es bei näherer Betrachtung meist zu erkennen, dass es sich nur um ungewöhnlich heftige Reaktionen auf äussere Reize, um affektive Erregungen handelte. (Plötzliches Zertrümmern einer Fensterscheibe bei einem Kranken, der sich abends vorher über den Arzt geärgert hatte usw.) Immerhin können gelegentlich aus stuporösem Verhalten heraus Handlungen hervorgehen, die den Triebhandlungen der Katatoniker aufs Haar gleichen, zumal wenn die Kranken durch langen Aufenthalt in der Anstalt viel Zustände gesehen hatten, die ihnen zu bewussten oder autosuggestiven Imitationen dienen konnten. (Dies war z. B. so bei Patient W., Fall 23, der plötzlich aus dem Bett auf einen Schrank sprang; der Kranke zeigte zahlreiche simulationsverdächtige Symptome, s. oben.)

In den Phasen der Krankheit, in denen Stupor und traumhaftes Benommenheit geschwunden sind, wie in ausgesprochenen Exaltationszuständen, kann die Beurteilung des Zustandes namentlich dann erschwert sein, wenn ein läppisches Benehmen in den Vordergrund tritt. Erschwerend wirkt hierbei der Umstand, dass keineswegs immer in diesen Stadien die Zeichen einer manifesten Bewusstseinstrübung zu entdecken sind und dass ausgesprochene Grade eines solchen Benehmens mit besonderer Vorliebe sich bei langdauernden und komplizierten Psychosen entwickeln (Fall 20, 22, 24). Verkehrtheiten, unsinnige Grössenideen können diesen Zustand begleiten, und das Zustandsbild kann tatsächlich bisweilen nicht differenzierbar sein. Einen diagnostischen Anhaltspunkt gewähren bisweilen einzelne Affektiertheiten, scheinbare Uebertreibungen, wie sie auch im Stupor zu bemerken sind (der Kranke schreckt bei Anruf zusammen, fällt dann wie leblos aufs Bett, Fall 20); wichtiger ist aber das Vorherrschen eines psychischen Pueri-

lismus, auf dessen Vorkommen ich schon mehrfach aufmerksam gemacht habe (Fall 15). Kraepelin erwähnt diese Rückversetzung in eine frühere Lebensperiode, die Ekmnesie der französischen Autoren, als eine bisweilen zu beobachtende Erscheinung der Hysteriker mit doppeltem Bewusstsein. Während bisher diesem Phänomen in der Literatur wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, hat Sträussler einige Fälle genau beschrieben, die in hohem Masse die Umwandlung der Persönlichkeit auf ein kindliches Stadium zeigten: allerdings wurde die Rückversetzung in die Kinderjahre nicht in allen Einzelheiten durchgeführt, insbesondere eine Anzahl angenehmer, die Persönlichkeit fördernder Vorstellungs-komplexe blieb, wie Sträussler betont, erhalten. Der Autor betont auch die Aehnlichkeit der Genese mit dem Ganserschen Symptom und die Verwandtschaft des Symptomenbildes mit der von Fürstner und Raecke beschriebenen Moria. Neben Verkindlichung der Haltung, des Ganges, des allgemeinen Benehmens bemerkte Sträussler auch infantile Sprechweise und charakteristische Störungen schriftlicher Produktionen in formeller und inhaltlicher Beziehung, Regellosigkeit und Un-schicklichkeit der Züge, Auslassung von Buchstaben und Silben, Agrammatismus usw. In dieser Ausdehnung dürfte der Puerilismus nicht sehr häufig sein, oft findet man ihn aber angedeutet oder vor-übergehend auftreten. Besonders oft zeigt sich kindlicher Tonfall, den ich in 7 Fällen erwähnt finde, daneben kommen einzelne Handlungen vor, die in einer schwer zu schildernden, aber bei der Beobachtung ohne weiteres auffallenden Weise einen kindischen oder knabhaften Anstrich haben. Der eine ruft in kindlicher Hilflosigkeit nach der Mutter; ein anderer bietet das Stück Weihnachtskuchen, an dem er schon gegessen hat, dem Arzt zum Hereinbeissen an; ein dritter hascht die Bilder, die man ihm zeigt, schnell an sich, versteckt sie unter der Decke und schmollt dann heftig, wenn man ihm die Bilder wieder weg-nimmt usw. Agrammatismus in Briefen habe ich bei einem Kranken, der jedoch auch sonst grosse Zerfahrenheit zeigte, gefunden.

Weitere Beobachtungen müssen noch lehren, in welchem Grade die pueristische Färbung des läppischen Wesens diagnostisch verwertbar ist, ich glaube aber wohl, dass ein solches Verhalten, namentlich bei gleichzeitigen Affektiertheiten die Beurteilung des Zustandes erleichtern kann.

Sprachverwirrtheit gehört wie das Verbigerieren zu den seltenen Symptomen der Situationspsychosen. In einem Falle hielt der Kranke beziehungslose Selbstgespräche, in einem anderen kam es zu richtigem Wortsalat (*mia senta allerta femina*), aber auch bei diesen Kranken handelte es sich nur um vorübergehende Erscheinungen. Aehnlich ver-

hält es sich mit der Zerfahrenheit des Gedankenganges in schriftlichen und sprachlichen Aeusserungen. Alle diese Symptome können gelegentlich vorkommen, wie auch Fall 17 zeigt, so dass sie nicht ohne weiteres gegen Situationspsychosen sprechen, aber sie gehören zu den Ausnahmen. Meist ist der Satzbau, wenn überhaupt gesprochen wird, ein geordneter, und oft kann man auch, wie ich schon erwähnte, bei Explorationen ganz verständnisvolle Angaben erzielen, welche zu dem gleichzeitig bestehenden Vorbeireden in direktem Widerspruch zu stehen scheinen. Oefters findet sich in den Antworten Haftenbleiben an den gleichen Vorstellungen, namentlich wenn gleichzeitig Hemmung, Schwerbesinnlichkeit und Beherrschung des Gedankenganges durch einzelne affektbetonte Komplexe bestehen. Ideenflucht finde ich nur vereinzelt in den Falschantworten der Ganserkranken angedeutet.

Bietet ein Fall besondere diagnostische Schwierigkeiten, so wird man bisweilen zu einem Hilfsmittel zu greifen geneigt sein, das trotz seiner Unzuverlässigkeit in der Beurteilung psychischer Krankheiten dem Praktiker manchmal noch wichtigere Anhaltspunkte geben kann als die Beachtung einzelner Symptome, die bei verschiedenen Krankheiten vorkommen können. Es ist dies der unmittelbare Gesamteinindruck, der, wie Hey sagt, aus allerlei Komponenten sich zusammensetzt, ohne dass man im einzelnen sich immer Rechenschaft darüber geben könnte. Hierher gehört namentlich die schwer zu beschreibende häufige Beobachtung, dass das Verhalten der stuporösen Kranken nicht das automatisch Triebhafte hat wie das der Katatoniker. Es mag dies zum Teil durch Beimengung theatralischer Züge bedingt sein, oder dadurch, dass die Bewegungen des gehemmten Kranken nicht so unvermittelt kommen, solche Zwecklosigkeit zeigen, wie diejenigen der Katatoniker, nicht so automatisch starr sind. Die Kranken vermeiden oft direkt im Stupor den Untersucher anzusehen, starren an ihm vorbei. Endlich kann in manchen Fällen, auch wieder namentlich bei benommenen, gehemmten und stuporösen Personen, der Gesichtsausdruck Berücksichtigung finden. Henneberg bemerkt schon, dass die Kranken oft ein auffallend einfältiges oder dummes Gesicht machten, wie wenn ein Gesunder sich bemüht, ein möglichst dummes Gesicht zu machen. Kutner hebt den schlaffen, verschlafenen Ausdruck der schwer stuporösen Kranken hervor. Einen ausgeprägt stumpf-blödsinnigen Ausdruck finde ich in 2 Fällen erwähnt. Häufiger kommt es noch vor, dass die Gesichtszüge mit auffallender Gleichmässigkeit eine besondere Stimmungslage ausdrücken, tiefe Wehmut, Kummer, ängstliche theatralische Spannung, im Gegensatz zu dem starr-gespannten oder leeren Ausdruck der Katatoniker im Stupor. Selbstverständlich hat aber auch dieses

Hilfsmittel nur bedingten Wert; bisweilen bietet der Gesichtsausdruck nichts Charakteristisches.

Das gleichmässige Vorherrschen eines deprimierten oder ängstlichen Gesichtsausdrucks mag dafür sprechen, dass das Vorstellungsleben des Kranken durch bestimmte unlustbetonte Ideen eingenommen ist. Ich habe schon früher die Aehnlichkeit mancher Zustände mit hysterischen Reminiszenzdelirien besprochen, bei erregten oder delirierenden Kranken findet man solche Reminiszenzen gar nicht selten (Raecke); diagnostische Anhaltspunkte können dieselben auch bisweilen bei stuporösen Kranken gewähren. Es kann zwar wohl vorkommen, dass auch bei Katatonikern im Stupor Komplexe, eventuell wahnhafte Vorstellungen wirksam sind (s. Fall 29), wichtiger ist aber der manchmal gelingende Nachweis, dass irgend ein affektbetontes Erlebnis aus der Vergangenheit mit grosser Zähigkeit auch im ausgesprochenen Stupor festgehalten wird, der Stupor ein rudimentäres Remineszenzdelir darstellt (Raimann), wichtig natürlich vor allem, wenn das Erlebnis schon lange zurückdatiert, im gesunden Vorstellungsleben kaum eine Rolle mehr spielt. Ein solches Verhalten zeigte vor allem der Kranke, der im Stupor dauernd mit dem ihn beängstigenden Bären beschäftigt war (Fall 16); angedeutet findet man es bei mehreren anderen Patienten. Beeinträchtigungsideen infolge von Sinnestäuschungen finden sich bei delirierenden Kranken; doch muss betont werden, dass sich auch bei Ganserzuständen keineswegs immer Halluzinationen nachweisen lassen. Zu demselben Ergebnis kommt Hey. Unter den Sinnestäuschungen überwiegen die Visionen, die oft charakteristisch sind, z. B. schwarze oder tanzende Gestalten, die den Kranken bedrohen, bisweilen auch ganz phantastische Erscheinungen, Männer mit Frauenköpfen usw. Abenteuerlichen Grössenideen begegnet man nur zuweilen in den ersten Zeiten der Psychose, in denen Hemmung und Desorientierung besteht; nur ein einziger Kranke hielt solche Ideen — Postdirektor zu sein und vom Papste zu stammen — einige Tage fest. Etwas häufiger ist es, dass nach Ablauf der eigentlichen Verwirrtheit bei komplizierten und langdauernden Psychosen vorübergehend in phantastischer und kritikloser Weise Grössen- und Beeinträchtigungsideen geäussert werden, die meist mit wenig Ueberzeugung vorgebracht, auch nur selten festgehalten werden. Bisweilen hat man den Eindruck eines albernen Geschwätzes, das kaum geglaubt wird oder nur der Ausdruck des Aergers und Zornes ist, man erkennt die Aehnlichkeit mit hyperbolischen Renommistereien (Bonhöffer). Bisweilen zeigt sich hier eine Labilität des Persönlichkeitsbewusstseins, wie sie uns Bonhöffer bei Degenerierten geschildert hat, namentlich retrospektive Verfälschungen von Erlebnissen im An-

schluss an Emotionen kommen vor. So erzählte ein vorher schon wieder ganz geordneter Kranke nach einer gerichtlichen Vernehmung mit hochrotem Kopf, er sei zu Zuchthaus verurteilt, ein anderer, der in Wirklichkeit einen Einbruch verübt hatte, er stehe wegen Raubmordes unter Anklage. In kurzer Zeit dachten beide Kranken gar nicht mehr an diese Aeußerungen. Gerade in diesen Konfabulationen zeigt sich oft eine grosse Neigung zu Affektiertheiten; charakteristisch ist das Verhalten einer Kranken, die sehr erbost war über ihre Zurückhaltung in der Klinik und sich in einem inhaltlich sehr gewandten Brief beim Arzt beschwerte, dabei erst gegen den Schluss wie nebensächliche Bemerkungen einfließen liess, die auf die schreckhaftesten Sinnesstörungen und Beeinträchtigungsiden hinwiesen. Gegenüber andersartigen Wahnspsychosen wird das Gesamtverhalten der Kranken meist entscheidend sein können. Gerade bei der zuletzt erwähnten Kranken war die Neigung zu psychogenen Erregungen und Wutausbrüchen sehr charakteristisch.

Kurzdauernde Erregungen, bis zu tobsüchtigen Graden, meist reaktiv bedingt, können zu jeder Zeit innerhalb einer Situationspsychose entstehen. Langdauernde pausenlose Erregungen gehören aber nicht zu ihren Eigentümlichkeiten, wenn wir von den meist nur einige Tage dauernden initialen Delirien absehen. Auf die geringe Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens wird hier besonderes Gewicht gelegt werden können, insbesondere auf die geringe Beteiligung der Schlafstörungen. Wohl kommt es vor, dass einige Zeit hindurch auch die Nächte etwas unruhig sind, aber auch dann pflegt entweder spontan oder mit geringen Dosen von Schlafmitteln genügend lange Ruhe einzutreten.

Als ein besonderes Merkmal speziell der hysterischen Verwirrheitszustände mit Vorbeireden gegenüber Katatonie verlangt Kraepelin den Nachweis einer Bewusstseinstrübung, erschwerte Auffassung, Unbesinnlichkeit, Desorientierung und wenigstens vorübergehendes Schwinden der Erscheinungen in kurzer Zeit mit Zurückbleiben einer Erinnerungslücke und Auftreten von Krankheitseinsicht. Voss hat aber schon mit Recht betont, dass es bei stuporösen, ängstlich widerstrebenden Kranken nicht leicht ist, über den Grad der bestehenden Bewusstseinstrübung ins Klare zu kommen; bei den Ganserzuständen ist ja, wie ich erwähnte, der Eindruck des Traumhaften meist ein recht charakteristischer, doch kann auch bei diesen die Bewusstseinstrübung sehr wenig auffallend sein (Fall 17). Größeres Gewicht ist in Stupor- wie in Verwirrheitszuständen auf die zurückbleibende Amnesie zu legen. Hey fand unter 37 Ganserzuständen überhaupt 24 mal Erinnerungslücken, darunter 22 mal bei Hysterikern; er erwähnt auch ausdrücklich einen Katatoniker, der

zur Zeit des Vorbeiredens einen dämmерhaften Eindruck machte und trotzdem eine ziemlich detaillierte Erinnerung in diesen Phasen hatte. Auch Ganser, Raecke, Kutner führen Amnesie an. Der von Löwenstein beschriebene tiefe Stupor, der ohne Erinnerungsdefekte an die Zeit des Stupors abklang, steht isoliert da. Dass die Erinnerungslücken an die Zeit der Krankheit, die ja nachträglich einen Einblick in den Bewusstseinszustand während des Krankseins gestatten, ein charakteristisches Zeichen hysterischer Situationspsychosen bilden, zeigt eine Zusammenstellung der Angaben, welche die Kranken meines Materials machten:

1. Keine ausgesprochene Amnesie . . . . .	in 3 Fällen
2. Leichte Amnesie (summarische Erinnerung) . . . . .	" 1 "
3. Partielle Amnesie . . . . .	" 1 "
4. Völlige Amnesie, meist scharf mit Krankheitsbeginn und Ende der Verwirrtheit abschneidend . . . . .	" 19 "
5. Amnesie an die Krankheit und retrograde Amnesien	" 10 "
6. Unklare oder ganz widerspruchsvolle, wechselnde Angaben . . . . .	" 6 "

Nur in den ganz leichten Zuständen ängstlicher Hemmung ist in diesen Fällen die Auffassung und Verarbeitung äusserer Eindrücke erheblich genug, um tiefgreifende Erinnerungslücken zu verhindern. Eine Ausnahme bildet nur der mehrfach zitierte, allerdings diagnostisch nicht ganz geklärte Fall 17, der sich in einem schweren Zustand läppischer Erregung befand und trotzdem keine Erinnerungsdefekte zeigte. Am klarsten liegen die Verhältnisse bei den zahlreichen ausgesprochenen Verwirrtheits- und Stuporzuständen, die mit deutlich umgrenzter Amnesie abklangen. Die Regelmässigkeit, mit der diese Erinnerungslücken auch bei vorsichtigem Fragen angegeben werden, beweist uns, dass es sich hier in der Mehrzahl wenigstens nicht bloss um ein Nichtwissenwollen, um zielbewusste Vortäuschung oder den Wunsch, an unangenehme Dinge nicht mehr erinnert zu werden, handelt. Raecke hat auch auf die Häufigkeit und das zähe Festhalten der Erinnerungslücken bei Nicht-kriminellen hingewiesen. Immerhin scheint bei den Verwirrtheitszuständen der Kriminellen die Amnesie doch im allgemeinen eine konstantere zu sein als bei sonstigen hysterischen Dämmerzuständen. Binswanger betont sogar direkt, dass nicht einmal in der Mehrzahl der Fälle totale Amnesie bestehe. Auf die theoretische Deutung der Amnesien will ich um so weniger eingehen, als mir Untersuchungen in der Hypnose, welche die Erinnerungsdefekte ja oft zum Schwinden bringen soll, nicht zur Verfügung stehen, bei Explorationen und gegenüber suggestiven Fragen konnte jedenfalls ein Schwinden der Amnesie nie erzielt werden. Weniger

Vertrauen ist in die Angaben der Kranken über rückschreitende Erinnerungslücken zu setzen; verdächtig sind schon die Fälle, in denen nicht nur die Krankheit, sondern schon seit der Zeit kurz vor der Straftat alles vergessen ist; bei eingehendem Befragen pflegen sich hier fast stets Widersprüche zu ergeben. 5 Kranke aber gaben sogar ganz systemisierte, inselförmige Amnesien an frühere Bestrafungen an; dass diese Angaben bei den vielfach vorbestraften Kranken wenig Wert haben, bedarf keiner Begründung. Gegenüber all diesen tiefen Erinnerungslücken ist es bemerkenswert, wie der im starren katatonen Stupor befindliche Fall 29 im freieren Intervall eine ganz leidliche Erinnerung an die vergangenen Ereignisse zeigte. Wenn wir auch über den Bewusstseinszustand im katatonen Stupor noch wenig wissen, so wird man im Zweifelsfalle doch wohl eine ganz scharf abschneidende totale Amnesie zugunsten der Situationspsychose verwerten können.

Dass körperliche hysterische Stigmata von den verschiedensten Autoren bei Katatonie bzw. Dementia praecox beobachtet wurden, ist schon oben erwähnt; ich führte auch selbst einen Fall von katatonem Stupor an, der mit einem ganz hysterisch erscheinenden Krampfanfall begann. Wichtiger ist aber noch, dass die spezifisch hysterischen Stigmata bei den Situationspsychosen gar nicht so häufig sind. Als wichtigste körperliche Störungen des Nervensystems kommen 3 Gruppen vor:

I. Kardiovaskuläre Störungen, auf die bei den Stuporen schon Raecke aufmerksam gemacht hat. Pulsbeschleunigung besteht fast regelmässig auch bei den leichteren Hemmungszuständen und erreicht bisweilen hohe Grade, mehrfach 120. Ebenso findet sich häufig starkes vasomotorisches Nachröten, seltener kongestioniertes Gesicht. Einmal gefundene Pulsverlangsamung dürfte eine zufällige Ausnahme sein. Die Befunde bei Katatonie bzw. Dementia praecox sind nicht ganz übereinstimmend; E. Meyer fand nicht selten Pulsschwankungen und Pulsbeschleunigung, Pförtner findet neben auffallender Röte des Gesichts und Dermatographie selten Pulsbeschleunigung. Diagnostisch sind die Vasomotorenstörungen jedenfalls ziemlich bedeutungslos, vielleicht mit Ausnahme der bei Katatonie nicht so seltenen Gefäßlähmungen, die sich in Oedemen, eiskalt-zyanotischen Extremitäten usw. äussern. Nur in einem Falle von Situationspsychose finde ich die Angabe, dass die Hände livid verfärbt gewesen sein sollen. Bedeutung dürfte hier vielleicht die plethysmographische Untersuchung gewinnen (Bumke und Kehrer).

Wenig Wert ist im wesentlichen auf die II. Gruppe von Störungen zu legen, die Steigerung der Sehnenreflexe, die ebenfalls fast konstant ist, nicht selten zur Andeutung von Klonus führt. Letzterer ist aller-

dings, wenigstens unter meinen Fällen, nach wenigen Schlägen stets erschöpfbar. Diese Erscheinung findet sich aber auch in grosser Häufigkeit bei Dementia praecox (E. Meyer, Pförtner) wie bei anderen Psychosen und Neurosen als Zeichen allgemeiner Uebererregbarkeit. Weniger konstant findet sich Herabsetzung oder Fehlen der Schleimhautreflexe.

III. Sensibilitätsstörungen fehlen nur in den leichtesten Graden der Hemmung, hier kann sogar eine gewisse Ueberempfindlichkeit gegen Nadelstiche eintreten. In fast allen schwereren Stupor-, Verwirrtheits- und delirischen Zuständen aber ist die Schmerzempfindung mehr oder weniger tief herabgesetzt (nur eine Ausnahme). Bestimmte Regeln lassen sich über die Tiefe der Analgesie nicht aufstellen, im allgemeinen erreicht dieselbe solche Grade, dass Nadelstiche am Rumpf keine Reaktion, auch keine nachweisbare Pulsbeschleunigung hervorrufen, während auf Stiche an empfindlichen Körperstellen, insbesondere dem Septum narium, irgend eine, vielleicht ganz verdeckte Antwort erfolgt, seltener leichtes Zurückweichen oder Abwehrbewegungen, häufiger Lidschlagvermehrung oder gesteigerte Tränensekretion bei sonst unverändertem Gesichtsausdruck. Es kommen aber auch Fälle vor, in denen eine totale Analgesie zu bestehen scheint; hier konnte ich mehrfach eine während der Untersuchung eintretende autosuggestive Steigerung der Schmerzempfindlichkeitsstörung beobachten; während anfangs deutlich auf Nadelstiche reagiert wurde, hatten später selbst tiefe Nadelstiche keinerlei Wirkung. Im allgemeinen haben die Sensibilitätsstörungen nichts für Hysterie Charakteristisches! Sie sind meist diffus über den ganzen Körper verbreitet, und gerade diese Form der Störungen verschwindet, wie ich nach dem Ergebnis an 14 Kranken, über die ich entsprechende Angaben in den Krankengeschichten vorfand, behaupten möchte, nach Aufhellung des Bewusstseins ganz, oder es bleibt nur eine leichte Hypalgesie zurück, die man bei psychischer Torpidität nicht selten als konstitutionelle Eigenschaft findet (Bonhoeffer). Es handelt sich demnach in der Form um die gleichen Sensibilitätsstörungen, denen man auch so häufig im katatonen Stupor als Folge der Bewusstseinsänderung, der Aprosexie oder auch der psychomotorischen Störungen begegnet, unter den von mir angeführten katatonen Kranken besonders deutlich bei Fall 29. Aber auch bei den anderen Erscheinungsformen der Katatonie, bei verwirrten und erregten Kranken, findet sich Herabsetzung oder Aufhebung des Schmerzgefühls nicht selten (Kaiser, Knapp, Voss). Bedeutungsvoller sind fraglos lokalisierte Analgesieen (Voss). Diese treten aber gerade in den Hemmungs- und Benommenheitszuständen völlig hinter den generalisierten Gefühlsstörungen zurück; nur in 4 Fällen finde ich

stärkeres Befallensein einer Körperhälfte, in einem Falle Hyperästhesie des Kopfes bei sonst totaler Hypalgesie. Derartige „hysterische“ Sensibilitätsstörungen pflegen auch weniger eng an die jeweilige Bewusstseinslage geknüpft zu sein und längere Zeit anzuhalten. Oefters zeichnet sich die Abnahme des Schmerzgefühls dadurch aus, dass sie trotz völliger Wirkungslosigkeit von Nadelstichen dem faradischen Strom nicht standhält. In jenen Fällen von Stupor, welche durch den elektrischen Strom beseitigt werden konnten, begann meist die psychische Aufhellung mit Zeichen des Unwillens über die ihnen unangenehme Einwirkung. Ausnahmen kommen aber auch hier vor. Einzelne Druckpunkte finden sich nicht selten, namentlich am Kopf, im Hypochondrium, an den grossen Nervenstämmen; differentialdiagnostischer Wert kommt ihnen um so weniger zu, als auch bei Katatonie öfters Druckpunkte gefunden werden (E. Meyer). Hysterogene Zonen finde ich in keinem einzigen Falle erwähnt. Ausgesprochene funktionelle Lähmungen, Abasie, Astasie usw. können zwar in einzelnen Fällen das Krankheitsbild beherrschen (Fall 24, 27, 26), sie sind aber zu selten, um generelle Bedeutung zu erlangen; bei Katatonikern können auch ähnliche Störungen beobachtet werden. Eher können, wie in den oben erwähnten Fällen, die Symptome dann von Wert sein, wenn es sich um die Entscheidung gegenüber Epilepsie handelt. Der Nachweis von Rombergschem Schwanken bzw. hysterischem Pseudo-Romberg gelingt selten, nicht zum Mindesten wegen der häufigen Unmöglichkeit, die gehemmten Kranken zur Ausführung der gewünschten Bewegung zu bringen. Leichter Schütteltremor oder Zittern der gespreizten Finger besteht öfters, hat aber auch nichts Charakteristisches. Auch der Nachweis hysterischer Krampfzustände wird nicht ohne weiteres die Abgrenzung der Krankheit gegenüber Katatonie gestatten. Es kommt aber hinzu, dass zwar die initialen, hysterischen Krämpfe nicht ungewöhnlich sind, seltener aber ein ausgeprägter Stupor oder Verwirrtheit von Krampfanfällen durchbrochen wird. Man wird in diesen Fällen meist den Nachweis bringen können, dass die Krämpfe als Reaktion auf ein unangenehmes Ereignis hin auftreten.

Oefters (in etwa 25 pCt.) beobachtet man Mydriasis, die Bedeutung dieses Symptoms büssst wiederum ihren Wert dadurch ein, dass die Erweiterung der Pupillen gerade im katatonen Stupor nichts Seltenes ist. Ueber die feineren Störungen der Pupillenreaktion auf psychische und sensible Reize fehlen mir eigene Erfahrungen.

Ein ausserordentlich häufiges Begleitsymptom der Erkrankungen bilden, wie schon Raecke erwähnt, die Kopfschmerzen. In den Zuständen völliger Akinese fehlt zwar oft die Möglichkeit, dieselben nachzuweisen, aber auch dann gelingt es bisweilen, durch Beklopfen des

Kopfes am Zusammenzucken des Gesichtes den Nachweis für die Empfindlichkeit des Schädels zu erbringen. Soweit aber die Kranken überhaupt Auskunft gaben, klagten sie, auch bei vorsichtigem Fragen, fast regelmässig über Kopfweb, nur 3 Kranke erklärten beschwerdefrei zu sein. Beginnt der Stupor sich zu lösen, so wird gleichfalls fast stets über Stirn- oder Schläfenkopfschmerz, dummes und dösiges Gefühl im Kopf geklagt. Die Lokalisation der Schmerzen hat nichts Bemerkenswertes, oft handelt es sich um einen diffusen Kopfdruck. Diagnostische Bedeutung kommt ihnen bei der Häufigkeit von Kopfschmerzen bei den verschiedensten nervösen und psychischen Störungen gleichfalls nicht zu.

Fassen wir zusammen, so können wir zu dem Resultat kommen, dass nur in seltenen Fällen bei unseren bisherigen Kenntnissen gehäufte und charakteristische körperliche Stigmen neben den psychischen Symptomen die Differentialdiagnose gegenüber Katatonie erleichtern können.

Endlich wird man, wenn das Zustandsbild im Stich lässt, aus dem Verlauf der Erkrankung wichtige Schlüsse ziehen können. Der Wechsel der Erscheinungen an und für sich besagt allerdings, wie Voss mit Recht betont, gar nichts, wohl aber die Abhängigkeit des Krankheitsprozesses von äusseren Bedingungen, wie ich dies bezüglich der Stuporen schon oben anführte. Auch auf den Einfluss der Situation bei den übrigen Formen habe ich schon in einer früheren Arbeit hingewiesen. Zur Ergänzung führe ich nur folgendes an: Die akuten Erscheinungen des Stupors und der traumhaften Benommenheit pflegen, wenn nicht äussere Massnahmen erfolgen, allmählich abzuklingen. Die akuten Fälle überwiegen über die chronischen. Nach dem Eintreten der Klarheit zeigen sich allerdings noch meist für einige Zeit hindurch psychische Anomalien stärker ausgeprägt, als es der Konstitution entspräche, aber man findet keine Erscheinungen, die auf einen erworbenen geistigen Defekt hindeuteten. Raecke gibt an, dass nach dem Abklingen des Stupors misstrauische Stimmung und Neigung zum läppisch Manirierten noch lange zurückbleiben. Als häufigste Anomalien finde ich:

1. Gleichmässig gedrückte Stimmung; die Situation, in der sich die meist unter Anklage stehenden Kranken befinden, ist hier natürlich mit zu berücksichtigen.
2. Reizbarkeit; Beantwortung unangenehmer Erlebnisse mit Räsonnieren, groben Schimpfereien bis zu ausgesprochenen Wutanfällen, mehrfach deutliche vorübergehende Verstärkung der im sonstigen Leben herrschenden Emotivität.
3. Wehleidigkeit, klägliches Benehmen, Neigung zu Tränenausbrüchen.
4. Psychogene Verstimmungen.

Hierzu kommen in selteneren Fällen unmotivierte Stimmungsschwankungen, vorübergehende hypochondrische Beschwerden, ängstlich scheues Wesen, affektiert prahlerisches oder drohendes Benehmen, namentlich findet man öfters sehr wenig gefühlsbetonte Selbstmorddrohungen. Einzelne Kranke lassen Reste von dem vorher gebotenen Puerilismus noch einige Zeit erkennen. Die schnelle Wiedererweckung der gemütlichen Regsamkeit wird hier z. B. nach schweren Stuporen wertvolle diagnostische Anhaltspunkte geben können. Nur dann werden Fehldiagnosen näher liegen, wenn stumpf-tölpelhaftes oder albernes Wesen mit Neigung zu Kindereien nach Ablauf der akuten Störungen zurückgeblieben ist. Ein solches Verhalten gehört zwar bei den hysterischen Psychosen keineswegs zu den Regelmässigkeiten, aber auch da, wo es auftritt, belehrt uns die Anamnese in eindeutiger Weise, dass sie ebenso, wie die Unsauberkeiten, durch die degenerative Grundlage hinreichend erklärt werden, auch die scheinbare Stumpfheit und Albernheit in der Anlage des Kranken begründet sind. Bonhöffer hat schon ausgeführt, dass diese Affektindifferenz ein Degenerationssymptom darstellen kann, das jedem, der viel mit Gewohnheitsverbrechern, mit gewissen Sorten von Hysterie und Epilepsie zu tun habe, oft begegnet und bei geeigneter sonstiger Symptomgruppierung leicht mit hebephrenischer Verblödung verwechselt werden kann. Bonhöffer betont aber gleichzeitig, dass diese Erscheinung mehr in dem äusseren Verhalten zutage tritt, als genereller Abstumpfung des Interesses entspricht. Ich habe oben schon einen torpiden Imbezillen erwähnt (Fall 10), der nach wiederholter Attacke von Verwirrtheit bzw. Stupidität ein zwar geordnetes, aber etwas stumpfes Wesen zeigte und Anlass zu diagnostischen Fehlschlüssen hätte bieten können. Der Nachweis der imbezillen Grundlage war hier wie in einem zweiten Fall mit ähnlichen Folgeerscheinungen leicht, aber auch bei einem dritten Kranken, der nach einer sehr komplizierten Psychose scheinbare Indifferenz zeigte, gelang es nachzuweisen, dass er von jeher als ein stumpfer, dabei roher und reizbarer Mensch gegolten hatte. Das Raffinement, mit welchem es diesem Kranken dann gelang, einen Ausbruch ins Werk zu setzen, erinnert wieder vollkommen an die Bonhöfflerschen Ausführungen. Aehnliche Vorsicht ist dann nötig, wenn bei eingetretener Klarheit noch läppische oder kindische Streiche ausgeführt werden, wie ich in drei Fällen finde. Die Aehnlichkeit mit hebephrenen Albernheiten kann eine grosse sein, wenn auch die Handlungsweise nicht so sinnlos und durch Ermahnungen beeinflussbar zu sein pflegt. In den seltenen Zweifelsfällen werden Anamnese und weiterer Verlauf Aufschluss bringen.

Schwieriger kann die Entscheidung werden, wenn das eigentlich psychotische Stadium sich monatelang hinzieht. Gerade hier wird man zwar manchmal aus dem Eindruck, dass ursprünglich echte Psychosen willkürlich fortgesetzt oder wenigstens übertrieben werden, auch diagnostische Schlüsse ziehen können (s. Fall 23), oder der Wechsel der einzelnen Zustandsbilder (Delirium, grössere Klarheit, psychogener Stupor, konfubalutorisches Stadium mit theatralischem Benehmen [Fall 12] oder Stupor mit Affektiertheiten, rückbleibende Amnesie, puerilistisches Stadium mit wechselnder Klarheit, vorübergehend Gansersyndrom, schliesslich Heilung durch Elektrisieren wie in Fall 22) ist ziemlich charakteristisch; kommt es aber zur Entwicklung einer komplizierten katatonieähnlichen Erkrankung wie in Fall 20 oder eines negativistischen Stupors, wie in den Kutnerschen Fällen, so wird eventuell erst der überraschende Wechsel nach einer Situationsänderung Klarheit bringen.

Die Ergebnisse erscheinen im ganzen wenig befriedigend. Pathognomonische Symptome gibt es kaum, vielleicht mit Ausnahme eines objektiv schwer zu schildernden, besonders theatralisch affektierten Benehmens, das die Diagnose des Stupors erleichtern kann. In der Praxis wird man allerdings aus der Gesamtsumme der Krankheitserscheinungen und der Verlaufsform in vielen Fällen bestimmte Schlüsse ziehen können. Folgende Punkte möchte ich noch zusammenstellen, die mir immerhin stets besonderer Beachtung wert zu sein scheinen:

1. Die Anamnese. Hysterischer Charakter braucht den Situationspsychosen zwar nicht vorauszugehen, wichtig ist aber, dass wohl den meisten katatonen Haftekrankeiten zeitlich begrenzbare Charakterveränderungen, Verschrobenheiten, Depressionen vorausgehen.

2. Der Krankheitsbeginn. In Untersuchungshaft unvermittelt einsetzende tobsüchtige Erregung spricht mehr für Situationspsychosen.

3. Erhebliche Beeinflussbarkeit des Krankheitsprozesses durch die jeweilige äussere Lage deutet auf Situationspsychose; Fehlen dieses Symptoms spricht aber nicht dagegen, da auch bisweilen erst die Aufhebung jeder Beobachtung die Genesung einleitet. Nutzen verspricht oft der Versuch, die Störung durch therapeutische Massnahmen zu coupieren.

4. Nachweis eines vorherrschenden affektbetonten Komplexes, der oft der Erinnerung entnommen ist, kann in delirösen wie in Stuporzuständen die Diagnose erleichtern.

5. Bisweilen ist der Gesichtsausdruck ein charakteristischer.

6. Auch bei schweren und langdauernden Situationspsychosen fehlt meist die Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens.

7. Wesentlich ist die tiefe Amnesie nach Ablauf der akuten Erscheinungen.

8. Theatralische Färbung des Zustandsbildes kann in jeder Krankheitsphase gelegentlich als Hilfsmittel in Betracht kommen. Von Bedeutung kann auch vielleicht die Verkindlichung des Wesens in manchen Verwirrtheitszuständen sein.

Einfacher wird sich im allgemeinen die Abgrenzung gegenüber epileptischen Erkrankungen gestalten. Ich würde auch auf eine Besprechung derselben gar nicht näher eingehen, wenn nicht in mehreren der mitgeteilten Fälle (s. Fall 4, 21, 24, 25, 26) der Verdacht eines epileptischen Irreseins von anderer Seite aufgetaucht gewesen wäre. Bedenken werden wohl nur dann zu erwarten sein, wenn die Psychose durch Krampfanfälle eingeleitet wird oder wenigstens zu irgend einer Zeit des Lebens „Anfälle“ stattgefunden haben sollen. Genaue Kenntnis der Anfälle dürfte in der Mehrzahl der Fälle die richtige Diagnose gestatten, immerhin gibt auch Hoche zu, dass sich bei einer kleinen Minorität aus dem Anfall selbst keine sicheren differentialdiagnostischen Anhaltspunkte gewinnen lassen. Hierzu kommt, dass affektpileptische Anfälle, wie Bratz sie geschildert hat, ganz wohl die Einleitung zu Situationspsychosen bilden (Fall 4), dass auch bei einem früheren Epileptiker hysterische Psychosen sich entwickeln können (Bratz-Falkenberg) und dass schliesslich die Anfälle oft nicht ärztlich beobachtet sein werden. So mag es für eine beschränkte Zahl von Verwirrtheitszuständen notwendig sein, aus der Psychose selbst und ihrem Verlauf die Diagnose gegenüber epileptischen Dämmerzuständen zu stellen. Siemerling hat auf die starke Störung des Gedankenablaufs gegenüber den manchmal auffallend geringfügigen äusseren Anzeichen der Verwirrtheit im epileptischen Dämmerzustand aufmerksam gemacht, auch Raecke hebt hervor, dass gegenüber dem gleichmässig gehemmten Gebahren der Epileptiker, das nur durch einzelne automatenhafte Handlungen eine Unterbrechung findet, bei den Hysterikern im Dämmerzustand die Bewusstseinstrübung in der Regel keine so schwere, die Einförmigkeit des Krankheitsbildes nicht so gross ist, in der Unterhaltung entweder Ganserantworten oder phantastische Wahnideen mit Bildung einer zweiten Persönlichkeit hervortreten. Oft vertritt ein zerstreut schlafliches Wesen mit Einengung des Bewusstseins aus einem bestimmten Gedankengang die schwere Assoziationsstörung der Epileptiker. Kraepelin hebt die bisweilige Schwierigkeit in der Unterscheidung hysterischer und epileptischer Dämmerzustände hervor, im allgemeinen sind die epileptischen besonders häufig mit heftigen Angstanfällen, grosser Reizbarkeit und Neigung zu rohen gewalttätigen Handlungen verbunden,

die hysterischen pflegen ruhiger und theatralischer zu verlaufen. Ich verkenne nun keineswegs, dass die Differentialdiagnose zwischen epileptischen und hysterischen Psychosen überhaupt aus dem Zustand allein bisweilen nahezu unmöglich sein wird, aber gerade gegenüber den hier behandelten Haftpsychosen pflegt eine besondere Färbung des Krankheitsbildes die Unterscheidung oft zu erleichtern. Theatralische Beimengungen, die man im Stupor öfters vermisst, können bei den Verwirrtheitszuständen besonders stark in Erscheinung treten, so finde ich kaum einen anderen Kranken der ein so geziertes, affektiertes und effekthascherisches Wesen, dabei so wechselvolle Erscheinungen gezeigt hätte, wie der epilepsieverdächtige Fall 24. Die Oberflächlichkeit der assoziativen Defekte kann eine frappante sein; gerade im Gegensatz zu den Epileptikern, die trotz scheinbar noch geordneten Wesens tiefgreifende gnostische und assoziative Störungen erkennen lassen können, finde ich mehrfach (Fall 24, 26) die Erfahrung bestätigt, dass die äusseren Zeichen der Verwirrtheit bei den Hysterikern grosse sind, bei Explorationen zunehmen, die unsinnigsten Ganserantworten erfolgen, richtiges Lesen nicht mehr möglich ist, während andere Antworten vorher verhältnismässig gewandt und schlagfertig erfolgten, die Einordnung in die fremde Umgebung eine überraschend gute ist. Die Beeinflussbarkeit des Krankheitsbildes durch äussere Faktoren wird auch hier oft ein nützliches Hilfsmittel bilden (Fall 4). Ein gutes Kennzeichen gegenüber epileptischer Demenz kann darin bestehen, dass nach gewandtem und unauffälligem Benehmen vor der Verhaftung Krampfanfälle in der Haft unvermittelt die scheinbar höchsten Grade des Blödsinns hervorrufen (Fall 26), wie sie beim Epileptiker höchstens im Verlaufe vieler Jahre eintreten könnten. Symptomatologisch wird sich diese funktionelle Stupidität vom postepileptischen Stupor leicht unterscheiden lassen. Die Aufmerksamkeit pflegt eine bessere zu sein, der Eindruck der Benommenheit, des Traumhaften tritt hinter dem des Stumpfen und gesuchten Töpelhaften zurück; der Gesichtsausdruck ist ein blöder. Körperliche hysterische Stigmata können gegenüber einem epileptischen Dämmerzustand ein wertvollereres Unterscheidungsmerkmal bieten als es in der Abgrenzung gegen Katatonie möglich ist, besonders wenn es sich um so spezifische Störungen, wie Halbseitenlähmung, Abasie usw. handelt, wie in den Fällen 24—26. Das spätere Verhalten der Kranken wird allerdings auch zu berücksichtigen sein, das weitschweifig-umständliche, gedächtnisschwache und oft süßliche Wesen der Epileptiker wird man bei den Situationspsychosen in der Regel vermissen, man darf aber nicht vergessen, dass Reizbarkeit und Alkoholintoleranz nicht seltene Eigenschaften der Psychopathen, die das Material der Situationspsychosen

liefern, sind und daher nicht ohne weiteres im Zweifelsfall als Ausserungen der epileptischen Degeneration angesehen werden dürfen. Auf die Differentialdiagnose der Anfälle selbst brauche ich nicht näher einzugehen. Der Praktiker wird in jedem Falle gut tun, wenn er bei einer Psychose, die in Untersuchungshaft auch mit epilepsieverdächtigen Anfällen anfängt und auf einen Ganserzustand oder einen Stupor mit katatonem Symptomenkomplex hinausläuft, zunächst einmal an eine hysterische Situationspsychose denkt. Theatralisches Kolorit, Beeinflussbarkeit des Krankheitsbildes, Oberflächlichkeit und Wechsel der Assoziationsstörungen, körperliche Stigmata u. a. werden dann die weitere Diagnose sichern.

Von der grössten Schwierigkeit kann die schon wiederholt gestreifte Abgrenzung gegen Simulation sein. Man braucht nicht soweit zu gehen, wie Raimann, und sagen: Eine Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Simulation gibt es nicht; der Hysteriker will krank sein, der Simulant krank scheinen. Die Fragestellung lautet ja nicht: Wie weit kann der Krankheitswunsch auf die Auslösung und den Verlauf der psychischen Störung fördernd wirken? sondern: Sind die gebotenen Krankheitsäusserungen bewusste Vortäuschungsprodukte oder nicht? Hier kann es nun freilich ausserordentlich schwer sein, den Nachweis von der Echtheit wenigstens eines Teiles der Krankheitsscheinungen objektiv zu erbringen, wenn das Symptomenbild, wie so häufig, gekünstelte Züge enthält oder direkte Vortäuschungen sich nachweisen lassen. Folgende Gesichtspunkte werden wir in der Beurteilung berücksichtigen müssen:

1. Akut verlaufende Psychosen, die von den Erscheinungen der Hemmung oder Benommenheit beherrscht werden, die dazu noch einen deutlichen ängstlichen Affekt erkennen lassen, in wenigen Tagen mit Amnesie abklingen, werden auch dann nicht zur Annahme einer Simulation zu führen brauchen, wenn eine psychopathische Grundlage sich nicht erweisen lässt.

2. Die Verlaufsformen der Situationspsychosen sind so vielseitig und regellos, die Abhängigkeit von äusseren Erscheinungen eine oft so eklatante, dass wir aus dem auffallenden Wechsel der Erscheinungen und der Besserung nach Situationsänderung allein noch nicht eine Vortäuschung erschliessen dürfen. Auch die Coupierung eines Stupors durch den elektrischen Strom beweist nur die Oberflächlichkeit der Erkrankung, nicht aber ihre bewusste Vortäuschung.

3. Bei simulationsverdächtigen Erkrankungen wird es von grösster Wichtigkeit sein, die psychische Artung des Individuums aus der Vorgeschichte, aus dem Verhalten nach Ablauf der Psychose möglichst ge-

nau zu erforschen. Gewiss kann auch ein Psychopath simulieren, und viele Autoren sind sogar der Ueberzeugung, dass Simulationsversuche fast nur von Entarteten ausgeführt werden, andererseits aber wird uns doch die Kenntnis der Persönlichkeit insbesondere der Nachweis einer konstanten Beeinflussbarkeit des Verhaltens durch äussere Reize, in Stand setzen, die Tatsache der Erkrankung erklärlicher zu finden. Denn wenn auch mit Recht betont wird, dass gerade die Untersuchungshaft hinreichende Motive zu Simulationsversuchen bieten kann, so ist es doch andererseits auch ohne Weiteres einleuchtend, dass hier bei den besonders stürmischen Affekten der Wunsch, der quälenden Situation zu entrinnen, die beste Gelegenheit findet pathogenetisch wirksam zu sein und dass es unter diesen Umständen gerade bei suggestiven oder schwachsinnigen Individuen keine Schwierigkeiten haben wird, noch physiologische Haftwirkungen, Verblüffung, Schreck etc. so zu fixieren, dass eine völlige Absperrung gegen die Aussenwelt oder eine langdauernde Hemmung der Assoziationsfähigkeit, ein Stupor oder eine Verwirrtheit eintritt. Es begegnet auch keinen Schwierigkeiten sich vorzustellen, wie gerade im Beginn simulationsverdächtige oder direkt vorgetäuschte Erscheinungen die Psychose begleiten können. Sind uns auch im Einzelnen die Wege, auf denen Affekte und Suggestionen den Bewusstseinsinhalt und die Bewusstseinslage umzugestalten vermögen, noch unklar, so lehrt uns doch die Analogie mit unverdächtigen hysterischen Erkrankungen, dass Autosuggestionen überhaupt sehr wirksam sein können, wir erkennen da aber auch, dass bei offensichtlich krankhaften Störungen noch normale Gedankengänge Einfluss auf das Handeln der Kranken gewinnen können. Es kommt hinzu, dass gerade bei gehemmten oder schwerbesinnlichen Personen jeder Wunsch, als verwirrt oder geisteskrank zu gelten, viel leichter seine Verwirklichung finden kann als bei Gesunden. In der Literatur ist dem auch mehrfach Ausdruck gegeben. So sagt Raecke bei der Besprechung des hysterischen Dämmerzustandes mit Bezug auf das auffallende Symptom des Vorbeiredens, dass neben der Konzentrationsunfähigkeit, der Ratlosigkeit, der Denkhemmung der Kranken usw. wohl mehr oder minder bewusst der Wunsch aus der Haft befreit zu werden verschlimmernnd und eigentlich modifizierend auf das Krankheitsbild einwirken könne, dass hier die Fragen des untersuchenden Arztes geradezu suggestiv wirken können, denn es müsse ja z. B. auf einen matt denkunlustigen Kranken einen tiefen Eindruck machen, wenn er z. B. allen Ernstes gefragt würde, ob er bis 10 zählen könne. Von der naheliegenden Erwägung ja recht krank scheinen zu müssen, wenn man ihm die Beantwortung dieser Frage nicht zutraue, bis zu der Ueberzeugung die Antwort tatsächlich nicht zu wissen, sei

da nur ein Schritt. Aehnlich drückt sich Jung aus, dass sich Fälle denken lassen, bei denen durch die aufregenden Momente der Haft eine emotionelle Verwirrtheit entsteht, wodurch dem einen der Gedanke an Simulation nahe gelegt wird, die anderen aber durch ihre Disposition in einen Zustand von Stupidität versfallen, in welchem sich je nach der geistigen Beschaffenheit bewusste Uebertreibung, halbbewusste Schauspielerei und hysterische Automatismen zu einem unergründlichen Gemenge vereinigen können. Die pathologischen Affekte, die dadurch bedingte einseitige Hervorhebung einer Vorstellung und daraus folgende dissoziierende Wirkung auf das Bewusstsein begünstigen diesen Zustand. Das gleichzeitige Vorkommen von echten und gekünstelten Krankheitsäusserungen hebt auch Henneberg hervor, wenn er mit Bezug auf das Ganser sche Symptom hervorhebt, dass selbst in den ausgesprochenen Dämmerzuständen trotz der Trübung oder Einengung des Bewusstseins und trotz des Vorherrschens deliriöser Vorstellungen in der Regel das Bewusstsein der wirklichen Situation bei dem Kranken nicht jede Wirksamkeit verliere und auch in diesen Fällen der Wunsch krank zu erscheinen ätiologisch von Bedeutung sein wird. Als ein Grenzgebiet zwischen Vortäuschung und wirklicher Geistesstörung bezeichnet endlich F. Leppmann jene Zustände der erblich belasteten, labilen und degenerierten Personen, bei denen es unter der Wirkung starker seelischer Erregungen zu einer Fassungslosigkeit kommt, in welcher die Individuen ihre Lage als unerträglich empfinden, ohne rechte Ueberlegung ziellos wirre Reden führen und unverständliche Handlungen begehen, für die sie möglicherweise nachher einen Zustand getrübter Erinnerung haben. Zwischen dem Ganserschen Zustand und den oben gekennzeichneten Fällen scheine ein allmählicher Uebergang stattzufinden.

Nach alledem wird uns die Bedeutung des Nachweises einer psychopathischen Grundlage bei simulationsverdächtigen Fällen klar. Bei dem Nachweis einer ausgesprochenen Suggestibilität, Emotivität, oder wohl auch intellektuellen Schwäche des Kranken hat es bedeutend weniger Schwierigkeiten als bei einem sonst Gesunden sich vorzustellen, dass vorgetäuschte Einzelheiten auf psychotischer Basis sich entwickeln. Als suspekte Erscheinungen betrachte ich nun nicht jede etwas theatralische Färbung des Bildes; bei zahlreichen Psychopathen findet man z. B. grosses Pathos in den Gefühlsausbrüchen ohne jeden Uebertreibungs-wunsch,— sondern hauptsächlich solche Affektiertheiten, welche direkt den Verdacht des Uebertriebenen erwecken, besonders Oberflächlichkeit und Wechsel der Erscheinungen, endlich das Vorbereiten dann, wenn nicht die äusseren Zeichen der Benommenheit, der Denkhemmung ganz evidente sind. (Ich sehe hier natürlich ab von den Fällen, in denen

aus kindischem Witz oder aus mürrisch-abweisender Grundstimmung heraus in dem Wunsch zufrieden gelassen zu werden, falsch geantwortet wird). Die zahlreichen Fälle mit vortäuschungsverdächtigen Erscheinungen, die ich erwähnte, liessen fast alle sehr erhebliche psychische Anomalien erkennen (Fall 10) und gerade zwei Personen, welche mit ziemlicher Sicherheit Simulationsversuche tatsächlich unternommen hatten (Fall 22, 23), waren wohl zweifellos zeitweise geistesgestört gewesen.

Eine Ausnahme bezüglich der Grundlage bildet nur Fall 30, der auch am Meisten den Verdacht ein Simulant zu sein erwecken musste.

Aber gerade dieser Fall weist uns noch in einer anderen Beziehung darauf hin, wie notwendig es ist die Persönlichkeit in unserm Urteil zu berücksichtigen. Der wahrscheinliche Vortäuschungsversuch war von einer ungewöhnlich raffinierten Person, einem Meister in Betrugsvorwegen, ausgegangen; Individualitäten mit ähnlicher Vorliebe für Beträgereien sehen wir zwar nicht selten (Fall 10, 11, 23, 26,) und es hat nichts Ueberraschendes, dass wir gerade bei diesen Personen den Versuch, die Psychose durch bewusste Zutaten auszustalten, nachweisen können. Immerhin sind doch aber solche Personen nicht das Gros der Kranken; zum Teil sind es sogar Schwachsinnige, die wohl imstande sind, Diebstähle, Disziplinarwidrigkeiten, Sittlichkeitsvergehen auszuführen, denen man aber kaum das Kombinationsvermögen zutrauen kann eine etwas kompliziertere Psychose, wie etwa eine Denkhemmung mit Ganserantworten und schwerbesinnlichem Wesen bewusst zu komponieren ohne bei jeder Gelegenheit aus der Rolle zu fallen. Man wird sich also bei einigermassen langdauernden Psychosen nach der Kenntnis der Vorgeschichte erst einmal fragen müssen, ob man dem Individuum überhaupt eine Handlungsweise, zu welcher Intelligenz, Willenskraft und schauspielerische Begabung gleichmässig gehören, zutrauen kann. Oft wird man so von vornherein den Verdacht der Simulation von der Hand weisen können (z. B. Fall 16, 17, 18, 19.).

4. Der grosse Reichtum der Symptomengruppierungen macht es im Einzelnen zwar oft schwierig, aus bestimmten Symptomen auf die Falschheit der gebotenen Erscheinungen zu schliessen — theoretisch könnten wir eigentlich fast immer an Autosuggestionen denken — aber häufig wird uns der Verdacht der Vortäuschung doch mit genügender Wahrscheinlichkeit erbracht. Es kommt hier hauptsächlich darauf an, besondere Widersprüche im Krankheitsbild und Beschränkung der krankhaften Erscheinungen auf bestimmte Gelegenheiten nachzuweisen: Unsinnige Antworten bei einem sonst ganz geordneten Benehmen können zwangslässig als vorgetäuscht angesehen werden (Rosenbach, Henneberg), sobald Negativismus oder Lust an Witzeleien ausgeschlossen sind. Dass

der Kranke (Fall 23), der auf dem Klosett heimlich einen Gerichtsbeschluss liest und, als er sich beobachtet sieht, ihn schnell zerreisst, in dem Moment bewusst gehandelt hat, dürfte auch keinem Zweifel unterliegen. Eine Simulation liegt auch bei dem Kranken vor, der den Pflegern bekennt, dass er seinen Aufenthaltsort weiß, dieselben bittet ihn nicht zu verraten und nachher bei der Visite wieder verwirrt ist. Aber auch bei den zuletzt erwähnten Fällen ist neben der Vortäuschung eine geistige Störung wahrscheinlich oder sicher. Eine solche Kombination von Psychose und Simulation scheint vor Allem auf folgenden Wegen zustande zu kommen:

- A. In Untersuchungshaft wird ein bewusster Vortäuschungsversuch unternommen, der allmählich autosuggestiv in eine echte Psychose auswächst (Fall 10, 22, 26).
- B. Nach Ablauf der akuten Krankheitsphase werden die Symptome der Verwirrtheit, des Vorbeiredens etc. bewusst fortgesetzt, Amnesien für umangenehme Erlebnisse erheuchelt (Fall 21, 24, und verschiedene im Text nur flüchtig erwähnte Fälle). Daneben können zu jeder Zeit bewusste Uebertreibungen modifizierend auf das Krankheitsbild einwirken.

Wie häufig nun eine Simulation von Situationspsychosen ausgeübt wird, lässt sich kaum mit Sicherheit sagen. In sehr zahlreichen Fällen lässt sich jedenfalls der Nachweis sicher oder wenigstens mit Wahrscheinlichkeit erbringen, dass auch bei verdächtigen Erkrankungen zu irgend einer Zeit krankhafte Störungen vorgelegen haben. Bei genauer Kenntnis der Situationspsychosen wird mancher Fall von simulierter Epilepsie oder Katatonie, d. h. solche Erkrankungen, die durch effekthascherischen Anstrich oder überraschende Besserung als vorgetäuscht angesehen waren, in zwangloser Weise erklärt werden können.

Eine symptomatologische Abgrenzung der hysterischen Situationspsychosen gegenüber sonstigen hysterischen Geistesstörungen ist prinzipiell nicht möglich. Immerhin wird man bei letzteren die schweren katatonieähnlichen Formen kaum jemals sehen, überhaupt ist der Stupor, der doch ein anderes Gepräge zu haben pflegt als die lethargischen Zustände und stets mehr als eine Kopie katatoner Stuporen imponiert, eine besonders häufige und in gewissem Masse auch typische Erscheinungsform der Situationspsychosen. Ausgeprägte Stuporen von etwas längerer Dauer dürfen bei nicht kriminellen Hysterikern auch nur ausnahmsweise beobachtet werden. Ganserzustände sind zwar von zahlreichen Autoren, die ich schon oben anführte, auch ausserhalb der Haft nachgewiesen worden; es überwiegen aber auch hier die Kriminellen. Die grösste symptomatische Aehnlichkeit haben die unter den Situa-

tionspsychosen nicht sehr häufigen Reminiszenzdelirien. Aber auch zu geben, dass die von mir mitgeteilten Haftpsychosen dem hysterischen Typ folgen, so bleibt doch noch immer die ätiologische Differenz zu berücksichtigen. Auf der einen Seite handelt es sich um transitorische Erkrankungen, die bei den verschiedensten Arten der Psychopathie auftreten, auf bestimmte Situationen sich beschränken, in den verschiedensten Formen sich repräsentieren, und eine unleugbare Verwandtschaft zu andern transitorischen Haftpsychosen zeigen, auf der andern Seite handelt es sich meist nur um psychotische Episoden oder Paroxysmen von Individuen, die in der Regel doch auch ausserhalb der Psychose für lange Zeit oder von Jugend an körperliche und psychische Stigmen der Hysterie darbieten.

Endlich noch einige Bemerkungen über die Prognose und die forensische Stellung der Situationspsychosen. Prinzipiell muss zunächst daran festgehalten werden, dass die Erkrankungen heilbar sind, und tatsächlich ergeben ja auch alle Katamnesen, die überhaupt über den Verbleib der Kranken in Freiheit Auskunft geben, für diese Zeit das Fehlen psychischer Erscheinungen, insbesondere lässt sich bei keinem eine Verblödung nachweisen. Unter den 35 Patienten, von denen ich Katamnesen erlangen konnte, konnte ich bei 29 den Verlauf nach Entlassung aus der Klinik genügend lange verfolgen. Es besteht bei diesen jetzt folgender Status:

1. Ganz gesund gebliebene (mit Ausnahme ganz vorübergehender psychogener Störungen, bei eventueller Berücksichtigung konstitutioneller Anomalien): 13 Kranke;
2. Bleibende psychopathische oder neuropathische Eigentümlichkeiten im Vordergrund stehend: 8 Kranke (bei 4 Kranken scheint eine Zunahme der Haltlosigkeit und nervösen Störungen eingetreten zu sein).
3. Wiedererkrankungen: 8 Kranke (stets bei erneuter Situationsverschlechterung; bei Allen die Genesung in der Zwischenzeit wenigstens vorübergehend nachgewiesen).

Fälle, die nicht stets eine Tendenz zur Wiedergenesung gezeigt hätten, habe ich bei den klinisch beobachteten Erkrankungen nicht gefunden. Ich will nun Birnbaum gegenüber nicht bestreiten, dass nicht immer eine Heilung der psychogenen Störung einzutreten braucht; insbesondere ist es wohl sicher, dass die mehr allmählich sich entwickelnden Wahnkomplexe einen chronischeren Verlauf nehmen als die hysterisch verlaufenden Erkrankungen, und ich konnte auch selbst zwei Fälle anführen, in denen nach glattem Ablauf der in Untersuchungszeit ausgebrochenen Psychose später in Strafhaft sich entwickelnde Erkrankungen mit querulatorischen Ideen nur mangelhaft sich zurück-

bildeten. Aber auch in solchen Fällen ist zu bedenken, dass nach der Aufhebung jeder Art von Zwang in der Freiheit doch noch vielleicht eine völlige Beseitigung aller psychischen Störungen eintreten kann. Wie günstig die Prognose im Allgemeinen ist, geht noch daraus hervor, dass durch die Erkrankung so selten eine bleibende Verstärkung der früheren psychopathischen Eigenschaften bedingt wird. Ich konnte ein solches Verhalten, wie ich erwähnte, nur 4 mal nachweisen. Hierbei ist aber noch zu berücksichtigen, dass dem einen Kranken, der jetzt ein sehr empfindsames und wehleidiges Verhalten zeigt, in der letzten Zeit durch einen Ehescheidungsprozess schwere Aufregungen erwachsen waren, während ein zweiter gerade unter dem Druck eines neuen gegen ihn wegen Widerstands eingeleiteten Verfahrens stand. So kann nur bei zwei Personen der Psychose die einzige Schuld an der Verschlimmerung der Reizbarkeit bzw. der Haltlosigkeit und Energieschwäche zugeschoben werden. Beidemal hatte es sich noch dazu um ganz leichte Erkrankungen gehandelt, während nach viel schwereren oft völlige Abheilung eingetreten war. Rezidive traten stets nur dann ein, wenn die früher erwähnten Faktoren zur Erkrankung auf's Neue gegeben waren. Durch die Neigung zu Wiedererkrankungen in ungünstigen Situationen wird nun allerdings die Gesamtprognose für das spätere Leben etwas getrübt, denn trotz der Lückenhaftigkeit der Katamnesen finde ich Angaben über Rezidive irgend welcher Art in 55 pCt. der Fälle. Die Aussichten erscheinen dadurch aber etwas günstiger, dass nur 12 Erkrankungen längere Zeit — Monate oder Jahre — nach völliger Abheilung eines Krankheitsanfalls ausgebrochen waren, während sich 10 Rezidive unmittelbar an eine vorangehende Erkrankung anschlossen, also zu einer Zeit auftraten, in welcher eine völlige Erholung von den mit der Psychose verbundenen Schädigungen noch nicht erwartet werden kann. Ausserdem ist es beachtenswert, dass sich die Tendenz zu häufigeren Wiedererkrankungen fast nur bei solchen Personen zeigte, die eine sehr ausgesprochene psychopathische Grundlage oder schwere Belastung erkennen liessen (s. u. A. Fall 10, 21, 25, 26).

Bemerkenswert ist es endlich, wie gut im allgemeinen nach Beseitigung der Psychose die Strafhaft ertragen wird. In 19 Fällen schloss sich eine solche unmittelbar oder kurze Zeit nach der Entlassung aus der Klinik an; es handelte sich zum Teil um recht erhebliche Strafen (nur in 7 Fällen kürzere Gefängnisstrafen, in den übrigen Gefängnis über ein Jahr oder Zuchthaus bis zu 4 $\frac{1}{4}$  Jahren); in 17 Fällen konnte die Strafzeit ohne Unterbrechung verbüßt werden, nachdem nur bei zweien anfangs — wegen neurasthenischer Beschwerden bzw. eines kurzen psychogenen Stupors — Lazaretaufenthalt nötig gewesen war,

ein Kranker soll zwar bei der Entlassung geistesgestört gewesen sein (?), verbüsst aber doch den Rest der Strafzeit ohne Störung, und nur in 2 Fällen trat eine Wiedererkrankung auf, welche zur Unterbrechung des Strafvollzuges führen musste. Aehnlich lauten die Berichte, die ich den Katamnesen entnehme. Bei 4 Personen, die erneut in Strafhaft kamen, musste der Vollzug einmal unterbrochen werden, es handelte sich hier aber um Verbüßung einer 15jährigen Zuchthausstrafe. Also trotz der erheblichen psychischen Schädigungen, welche die Strafhaft mit sich bringt, ist die Gefahr der Wiedererkrankung auch hier keine grosse. Mögen daher auch unmittelbar nach Ablauf der psychischen Störung verschiedene Anomalien, Reizbarkeit und Labilität namentlich, besonders stark hervortreten, so kann doch die Anschauung vertreten werden, dass eine bleibende Erhöhung der Vulnerabilität des Gehirns im Allgemeinen durch diese transitorischen Psychosen nicht bedingt wird.

In forensischer Beziehung wird vor Allem darauf Bedacht genommen werden müssen, dass der Ausbruch der Situationspsychose wohl stets nach der Verhaftung erfolgt und dass retrograde Erinnerungslücken an die Straftat, selbst wenn sie nicht vorgetäuscht sind, vernachlässigt werden können. Die Tatsache der psychischen Hafterkrankung allein genügt keineswegs als Grund zur Strafbefreiung, wenn hierdurch auch ein gewisser Hinweis darauf, dass eine psychopathische Konstitution besteht, gegeben ist. Ausschlaggebend wird aber doch nur die Beurteilung der Persönlichkeit des Beschuldigten in gesunden Tagen und die Berücksichtigung der Umstände, unter denen die Tat ausgeführt ist, sein. Ich kann darin Hey nicht ganz folgen, dass nur in seltenen Fällen § 51 R.St.G. nicht zur Anwendung kommen könne, wenn ein hysterischer Dämmerzustand nachgewiesen sei, und dass die in der Erkrankung gezeigte psychische Alteration bis zu einem gewissen Grade wenigstens dem betreffenden Individuum dauernd anhafte. Es finden sich doch recht zahlreiche Fälle (s. Fall 2, 4, 11, 22 u. a.), in denen die der Verhaftung vorausgehenden Straftaten sehr zweckmässig oder sogar mit grossem Raffinement ausgeführt waren und nach Ablauf der Psychose sich zwar gewisse psychopathische Eigenschaften, aber weder intellektuelle Defekte noch solche Willensschwäche, dass man eine völlige Widerstandslosigkeit gegen verbrecherische Reize annehmen könnte, zeigen. Hier mag die geistige Minderwertigkeit strafmildernd in Betracht kommen, zur Exkulpierung liegt kein Zwang vor. Häufiger wird man bei Affektverbrechen den § 51 annehmen können; besonders leicht kommt es bei den zahlreichen reizbaren und alkoholintoleranten Psychopathen zu Vergehen im pathologischen Rausch.

Die vorliegende Arbeit musste in zahlreichen Punkten auf feste Begriffsumgrenzungen verzichten und sich damit begnügen zu beschreiben, einzelne charakteristische Erscheinungen hervorzuheben und zu weiteren Untersuchungen anzuregen. Zusammenfassend möchte ich namentlich auf folgendes aufmerksam machen:

1. Die hysterischen Situationspsychosen in der früher gegebenen Definition sind namentlich unter den Erkrankungen der Untersuchungshaft sehr häufig vertreten, es muss an sie gedacht werden, auch wenn das Symptomenbild völlig dem einer katatonen oder epileptischen Psychose gleicht, selbst wenn Krampfanfälle von epileptischem Charakter vorausgegangen sind.

2. Die Situationspsychosen erwachsen meist, wenn auch vielleicht nicht immer, auf dem Boden ausgesprochener psychopathischer Konstitution. Hysterische Antezedentien können völlig fehlen.

3. In der Genese spielt neben der Wirkung stürmischer Affekte der Krankheitswunsch oft eine erhebliche Rolle.

4. Symptomatologisch überwiegen die akut verlaufenden Stupor- oder Verwirrtheitszustände; von leichter Einengung bis zu tiefer Träbung des Sensoriums finden sich hier alle Uebergänge. Bei mehr chronischem Verlauf pflegt meist ein mehrfacher Wechsel des Zustandsbildes einzutreten.

5. In den leichteren Formen ist meist zu erkennen, dass der Bewusstseinsinhalt durch ängstliche Affekte beherrscht wird. Aber auch bei schwereren Bewusstseinstörungen lässt sich öfters der Nachweis affektbetonter Vorstellungskomplexe erbringen; die delirösen Formen können den Charakter der Reminiszenzdelirien annehmen; Andeutungen hiervon findet man öfters sogar im Stupor.

6. Fast alle einigermassen intensiven Störungen heilen mit Hinterlassung einer Amnesie aus.

7. In der Differentialdiagnose gegenüber Katatonie ist auf den akuten Beginn, die Beeinflussbarkeit ganzer Krankheitsphasen durch äussere Umstände, theatralische oder affektierte Färbung des Zustandbildes, das Fehlen von Störungen des Allgemeinbefindens, bezüglich des Stupors auch auf das Erhaltenbleiben des Sinnes für Bequemlichkeit, den charakteristischen stupiden oder kummervollen Gesichtsausdruck, vielleicht auch das Festhalten an bestimmten Vorstellungen der Erinnerung Gewicht zu legen.

8. Reine Simulation ist auch bei dem Auftreten vortäuschungsverdächtiger Symptome unwahrscheinlich; nicht selten ist dagegen Kombination von echten psychischen und simulierten Störungen.

9. Die Prognose der Psychosen ist eine exquisit günstige; eine Beeinträchtigung der geistigen Funktionen im späteren Leben wird durch sie generell in keiner Beziehung bedingt.

Anmerkung bei der Korrektur: Die kürzlich erschienene Publikation Aschaffenburgs über „Degenerationspsychosen und Dementia praecox bei Kriminellen“ (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. XIV, H. 1) erschien erst nach Fertigstellung vorliegender Arbeit und konnte im Text nicht mehr berücksichtigt werden. Der Verf. kommt zu dem Ergebnis, dass die Psychosen der Haft weit öfter, als im allgemeinen angenommen wird, nur Exazerbationen oder die ersten deutlichen Symptome der Dementia praecox, die durch die Haft nur ihre eigenartige Färbung erhalten, darstellen. Werden auch allem Anschein nach hauptsächlich die Psychosen der Strafgefangenen, welche andere als die von mir berücksichtigten Krankheitsbilder zu bieten pflegen, in Betracht gezogen, so erwähnt A. doch noch besonders die Ganserschen Dämmerzustände, die Raeckeschen Stuporen, katatonieähnliche Bilder u. a., die den von mir als hysterische Situationspsychosen beschriebenen Formen gleichen, als Erkrankungen, in denen in überwiegendem Masse die anfänglich gestellte Diagnose eines psychogenen Erregungszustandes nachher durch die immer deutlicher werdenden Erscheinungen einer Dementia praecox und den schliesslichen Ausgang widerlegt wird. Obwohl die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten des Symptomenbildes unbedingt anzuerkennen sind — auf einzelne Punkte bin ich oben eingegangen — und ich Aschaffenburg zugebe, dass die psychogene Entstehung, die Färbung des Vorstellungsinhalts und Zurücktreten der Symptome nach der Enthaltung an sich noch nicht eine katatonische Erkrankung ausschliessen lassen, glaube ich an der Auffassung der von mir beschriebenen Fälle nichts ändern zu brauchen. In der grossen Mehrheit ist doch der ganze Verlauf, das schnelle Abklingen psychotischer Erscheinungen in günstiger äusserer Lage, so charakteristisch, dass ich mich nicht dazu entschliessen kann, einen Verblödungsprozess an Stelle einer transitorischen psychogenen Erkrankung anzunehmen, vielmehr überzeugt bin, dass letztere Gruppe zum Mindesten unter den Erkrankungen der Untersuchungshäftlinge erheblich überwiegt. Aschaffenburg weist nun darauf hin, dass nicht immer eine sehr hochgradige Demenz zu erwarten sein wird. Auffallend ist es aber im Vergleich mit den sonst so häufigen schweren Verblödungen bei Katatonie doch sicherlich, dass überhaupt nicht — soweit es sich nach den Katamnesen bisher sagen lässt — eine ausgesprochene, dauernde, dem katatonen Blödsinn gleichende Demenz bei diesen Situationspsychosen resultiert. Gerade mit der Annahme leichter affektiver Demenz wird man sich aber um so grössere Reserve auferlegen müssen, als dieses Symptom, wie ich nachzuweisen suchte, häufig durch konstitutionelle Eigentümlichkeiten vorgetäuscht werden kann; hat doch auch Bonhoeffer auf die konstitutionelle Stumpfheit vieler Degenerierter schon nachdrücklich hingewiesen.

Am Schlusse dieser Arbeit sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Chef, Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Siemerling für Ueberlassung des Materials und die mir freundlichst gewährten Ratschläge meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

---

### Literatur.

1. Baumann, Ein seltener Fall von hysterischem Dämmerzustand. *Neurol. Zentralbl.* 1906. S. 849.
2. Binswanger, Hysterie. *Nothnagels Handb.* 1904. Bd. 12.
3. Binswanger, Ueber einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. *Monatsschr. f. Psych. u. Neurol.* Bd. 3.
4. Binswanger-Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie.
5. Birnbaum, Psychoosen mit Wahnbildung und wahnhaftes Einbildungen bei Degenerierten. *Halle, Marholdt*, 1908.
6. Birnbaum, Zur Lehre von den degenerativen Wahnbildungen. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* Bd. 66. H. 1.
7. Birnbaum, Simulation und vorübergehende Krankheitszustände auf degenerativem Boden. *Aerztl. Sachverst.-Ztg.* 1909. Nr. 3.
8. Birnbaum, Zur Frage der psychogenen Krankheitszustände. *Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol.* Bd. 7. S. 404.
9. Bonhöffer, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychoosen. *Samml. zwangl. Abhandl.* Bd. 7. H. 6.
10. Bonhöffer, Wie weit kommen psychogene Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* Bd. 68.
11. Bratz, Die affektpileptischen Anfälle der Neuropathen und Psychopathen. *Monatsschr. f. Psych. u. Neurol.* Bd. 29. S. 45 ff.
12. Bratz, Das Krankheitsbild der Affektpilepsie. *Aerztl. Sachverst.-Ztg.* 1907. S. 112 ff.
13. Bratz und Falkenberg, Hysterie und Epilepsie. *Arch. f. Psychiatrie.* Bd. 38. S. 500 ff.
14. Dietz, Simulation von Geistesstörung. Typus: Kopie eines Kindes. *Allg. Zeitschr. f. Psych.* Bd. 53.
15. Fürstner, Ueber hysterische Geistesstörungen. *Deutsche Klinik.* Bd. 6. II. Abt.
16. Fürstner, Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. *Arch. f. Psych.* Bd. 31. S. 627.
17. Ganser, Ueber einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. *Archiv f. Psych.* Bd. 30. H. 2.
18. Ganser, Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustand. *Arch. f. Psych.* Bd. 38. S. 34.
19. Giannuli, Fälle von männlicher Hysterie mit Delirien des affektiven Gedächtnisses. *Monatsschr. f. Psych.* Bd. 9. S. 107.
20. Gutsch, Ueber Seelenstörungen in Einzelhaft. *Allg. Zeitschr. f. Psych.* Bd. 19. H. 1.

21. Heilbronner, Ueber Fugues und fuguesähnliche Zustände. Jahrb. f. Psych. 1903. S. 107.
22. Henneberg, Ueber das Gansersymptom. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1904.
23. Hey, Das Gansersche Symptom. Berlin 1904.
24. Higier, Ueber einen eigenartigen im posthypnotischen Stadium zu beobachtenden Dämmerzustand. Neurol. Zentralbl. 1899. S. 831.
25. Hoch, Die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie. Berlin 1902.
26. Janet, Der Geisteszustand der Hysterischen. Uebers. von Kahane. 1894.
27. Jolly, Hysterie (Handbuch der Medizin v. Ebstein-Schwalbe. 1900).
28. Jung, Ueber Simulation von Geistesstörung. Journ. f. Psych. u. Neurol. 1902.
29. Jung, Ein Fall von hysterischem Stupor bei einer Untersuchungsgefangenen. Journ. f. Psychol. u. Neurol. 1902. H. 3.
30. Kaiser, Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58. S. 957 ff. Bd. 59. H. 1.
31. Kirn, Die Psychosen der Strafhaft. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 45.
32. Knapp, Körperliche Symptome bei funktionellen Krankheiten. Arch. f. Psych. Bd. 44. S. 709 ff.
33. Kraepelin, Lehrbuch der Psych. 7. Aufl. Leipzig 1904.
34. Kutner, Ueber katatonische Zustandsbilder bei Degenerierten. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 67.
35. F. Leppmann, Simulation von Geisteskrankheit. (Simulation von Krankheiten und ihre Bedeutung. Leipzig 1908.)
36. Löwenfeld, Ueber hysterische Schlafzustände, deren Beziehungen zur Hypnose und zur Hysterie. Arch. f. Psych. Bd. 30. S. 715.
37. Löwenstein, Beitrag zur Differentialdiagnose des katatonen und hysterischen Stupors. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65.
38. Lücke, Ueber das Gansersche Symptom. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 60. H. 1.
39. Lückerath, Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 68.
40. Lückerath, Ueber Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken. Vortrag, gehalten auf der Jahresvers. d. Deutschen Vereins f. Psych. 1909. Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych.
41. Luther, Klinische Beiträge zur Frage des degenerativen Irreseins. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66. H. 6.
42. Mattauscheck, Vorstellung eines Falles von hysterischem Dämmerzustand. Ref. Jahrb. f. Psych. Bd. 28. S. 374.
43. E. Meyer, Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66.
44. Moeli, Ueber irre Verbrecher. Berlin 1888.
45. Moeli, Vorstellung eines Falles von hysterischem Dämmerzustand mit Vorbeireden. Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58.
46. Mönkemöller, Die akuten Gefängnispsychosen und ihre praktische Bedeutung. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 1904.

47. Neisser, Ein weiterer Fall von Simulation von Schwachsinn bei bestehender Geistesstörung. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1893. S. 303.
48. Nissl, Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Vortrag. Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 59. S. 152 ff. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1902.
49. Pförtner, Körperliche Symptome beim Jugendirresein. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 28.
50. Raecke, Beiträge zur Kenntnis der hysterischen Dämmerzustände. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58. S. 115.
51. Raecke, Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58. S. 408.
52. Raecke, Einiges zur Hysteriefrage. Neurol. Zentralbl. 1902. Nr. 7.
53. Raecke, Zur Lehre vom hysterischen Irresein. Arch. f. Psych. Bd. 40.
54. Raecke, Ueber hysterische Schlafzustände. Deutsche med. Wochenschr. 1904.
55. Raecke, Hysterisches Irresein. Berl. klin. Wochenschr. 1907. Nr. 10.
56. Raecke, Ueber epileptische Wanderzustände. Arch. f. Psych. Bd. 43.
57. Raimann, Die hysterischen Geistesstörungen. Wien-Leipzig 1904.
58. Raimann, Ueber Simulation von Geistesstörungen. Jahrb. f. Psych. Bd. 22.
59. Reich, Ueber akute Seelenstörung in Gefangenschaft. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1871.
60. Risch, Ueber die Verkennung der psychogenen Symptomenkomplexe der frischen Haft. Monatsschr. f. Psych. Bd. 25.
61. Risch, Beitrag zum Verständnis der psychogenen Zustände. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 65.
62. Rosenbach, Simulierte Geistesstörung mit dem Symptom falscher Antworten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. H. 8.
63. Rüdin, Klinische Formen der Gefängnispsychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58. S. 447.
64. Sander u. Richter, Geistesstörungen und Verbrechen. Berlin 1886.
65. Siefert, Ueber die Geistesstörungen der Strafhaft. Halle, Marhold, 1907.
66. Siemerling, Strittige geistige Krankheit. Schmidtmann, Handb. d. ger. Med. Bd. 3.
67. Siemerling, Zur Lehre von den epileptischen Bewusstseinsstörungen. Arch. f. Psych. Bd. 42. S. 769 ff.
68. Siemerling, Simulation und Geisteskrankheit bei Untersuchungsgefangenen. Berl. klin. Wochenschr. 1905. Nr. 48.
69. Skliar, Ueber Gefängnispsychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 16.
70. W. Sommer, Beiträge zur Kenntnis der kriminellen Irren. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 40.
71. Stallmann, Ueber affektepileptische Anfälle bei Psychopathen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 68. H. 6.
72. Sträussler, Beiträge zur Kenntnis der hysterischen Dämmerzustände.

Ueber eine eigenartige, unter dem Bilde eines psychischen Puerilismus verlaufende Form. Jahrbücher f. Psych. Bd. 32.

73. Tomaschny, Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66.
  74. Volland, Beiträge zur Kasuistik der unsteten affektepileptischen Psycho- und Neuropathen (Bratz) und der psychasthenischen Krämpfe. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 8. S. 522 ff.
  75. Vorster, Ueber hysterische Dämmerzustände und das Vorbeireden. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 15. H. 3.
  76. G. Voss, Klinische Beiträge zur Lehre von der Hysterie. (Nach Beobachtungen aus dem Nordwesten Russlands.) Fischer, Jena 1909.
  77. Wernicke, Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig 1900.
  78. A. Westphal, Ueber hysterische Dämmerzustände und das Symptom des Vorbeiredens. Neurol. Zentralbl. 1903. Nr. 1 u. 2.
  79. A. Westphal, Ein Fall von traumatischer Hysterie mit eigenartigen Dämmerzuständen und dem Symptom des Vorbeiredens. Deutsche med. Wochenschr. 1904. Nr. 1.
  80. Wieg-Wickenthal, Zur Klinik der Dementia praecox. Samml. zwangl. Abhandl. Bd. 8. H. 2.
  81. Karl Willmanns, Ueber Gefängnispsychosen. Samml. zwangl. Abhandl. 1908. H. 1.
  82. Kurt Willmanns, Statistische Untersuchungen über Haftpsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 67. S. 847 ff.
-