

II.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität zu
Strassburg i. E. (Direktor: Prof. Dr. Wollenberg).

Zur Kenntnis der Pathogenese psychogener Dämmerzustände¹⁾).

Von

Dr. G. Heilig,

ehem. Assistenten der Klinik.

Krankengeschichte.

Am 9.8.12 wurde durch Polizisten ein junger Mann in die Klinik gebracht. Er war, nur mit einem Sporthemd bekleidet, aufgegriffen worden, und zwar hatte er, wie die Beamten angaben, in den Rhein springen wollen. Papiere, die über die Persönlichkeit des Kranken Aufschluss gegeben hätten, fanden sich nicht bei ihm. Er selbst war zu keiner Auskunft zu bewegen.

Es handelte sich um einen schätzungsweise 20jährigen, mittelgrossen jungen Mann in leidlich gutem Ernährungszustand. Die Gesichtsfarbe ist blass. Der Hirnschädel ist im Verhältnis zum Gesichtsschädel auffallend gross. Er ist hinten etwas hoch, die Stirn dagegen niedrig. Die Stirnhaut liegt in Querfalten. Aknepusteln im Gesicht. Angedeuteter Bartwuchs. Die Hirnnerven bieten nichts Besonderes. Die Pupillen sind ziemlich weit; sie reagieren prompt auf Licht und Konvergenz. Die Reflexe sind lebhaft, insbesondere die Patellarreflexe. Füsse und Hände sind kühl, letztere bläulich-rot verfärbt. Der Befund von Brust- und Bauchorganen bietet nichts Krankhaftes. Am linken Trochanter eingezogene Narbe, augenscheinlich von einer alten Osteomyelitis herrührend.

Ueber das psychische Verhalten findet sich in der Krankengeschichte vermerkt: „Stupor mit Augenblinzeln und tonischer Starre. Die Haltung macht zunächst einen „hysterischen“ Eindruck. Der Widerstand, den der Kranke bei passiven Bewegungen bietet, erscheint absichtlich, nicht starr.“

Auf Fragen gab der Kranke anfangs keine Antwort, insbesondere nicht auf Fragen nach seinem Namen und seiner Herkunft. Der Arzt war somit zunächst

1) Den hier bearbeiteten Fall verdanke ich der Güte meines verehrten ehemaligen Chefs, Geheimrat Wollenberg. Ich gestatte mir, auch an dieser Stelle ihm meinen verbindlichsten Dank für die Ueberlassung des Falles auszusprechen.

nur auf die Beobachtung des jungen Mannes angewiesen. Das Bild des leichten Stupors, das er am ersten Tage bot, war sehr bald weniger ausgesprochen. Der Kranke tat spontan verschiedene, ihrem Sinn nach zunächst wenig verständliche Aeußerungen und bot theatrale Gesten. Es heisst darüber in der Krankengeschichte: „Patient steht plötzlich auf und marschiert mit trippelnden Schritten, „wie reichlich beschäftigt“, einher, bleibt stehen und spricht: „Hat denn niemand europäische Bildung hier? Warum gibt man mir keinen Bleistift, damit ich schreibe? Professor Kassel hatte viel geistige Aszendenz auf mich“. Patient spricht in verbindlichem Ton, wie ein bedienender Kommiss. Lächelt erstaunt, wendet lebhaft den Kopf nach links und rechts, nickt mit dem Kopf. Der Tonfall ist sinngemäß (sächsischer Dialekt?).“

Auf Grund dieses Befundes und dieses Verhaltens wurde die Diagnose zunächst auf Dementia praecox gestellt. Der Bericht, den die Krankengeschichte aus der ersten Zeit der Beobachtung gibt, ist denn auch in diesem Sinne gehalten. Ich lasse ihn hier im Auszug folgen.

15. 8. Patient nennt seinen Namen nicht. Liegt zumeist inaktiv im Bett, nicht mit abgehobenem Kopfe, reagiert oft nicht, ist meist stumm; legt dann plötzlich mit ganz inkohärenten Leistungen los, die fliessend vorgebracht werden in leicht ironischem Tonfall. Patient verfasst einen Brief. Sinnestäuschungen nicht wahrscheinlich.

20. 8. „Studiert“ lange am Essen herum, bevor er isst. Leicht „vornehm“ gebundene Bewegungen. Lächelt auf einmal „verschmitzt“. Atmet schwer. Verlegenheitsbewegungen ohne Verlegenheit.

23. 8. Patient schreibt nachstehendes Produkt auf eigenes Verlangen. Vor dem Schreiben „sinnende Dichtergeste“, streckt den linken Arm weit aus, „blickt erleuchtet“ an die Decke, beschreibt mit der Feder einen Schnörkel in der Luft und sagt: „Das Papier wird nicht langen, ich bitte davon mehr.“ „Es war der Nachmittag einer Grossstadt. Ihre hundert Uhren schlugen die dritte Stunde. Vom Rathaus, vom Postamt, von Schulen, von Kirchen und anderen öffentlichen Gebäuden. Sonnig wie in behaglicher Nachmittagsrahe dehnten sich die grauen, steinernen, häuserumsäumten Strassen, die nach Südost lagen. Andere freilich kannten weder Sonne noch Nachmittagsruhe. Das waren jene, da das Leben des Verkehrs unaufhörlich pulsierte, die eng und voller Winkel, von hochgetürmten Gebäudekomplexen abgeschlossen, kaum ein schmales blaues Himmelsband hoch oben erscheinen liessen. Da gingen die Wogen des Verkehrs hoch, da trat kein Stillstand ein, ganz ungeachtet aller Tageszeit.“ „Ich möchte noch gern etwas weiter schreiben. Etwas Papier, — flott hinter einander würde ich jetzt noch nicht schreiben können, wo ein so ausgedehntes Gebiet in Betracht kommt. Es liesse sich das ja mit geistigem Auge überblicken.“

Wie schon erwähnt, hatte der Kranke auch sonst den Wunsch geäussert, zu schreiben. Sein ganzes Verhalten war jetzt etwas freier, weniger gebunden als bei der Aufnahme. Der Gesamteindruck, den er in psychischer Hinsicht machte, liess nicht unbeträchtliche Zweifel an der Richtigkeit der anfangs gestellten Diagnose Dementia praecox auftauchen. Es schien, als ob über das Innenleben des Patienten mehr Klarheit zu gewinnen wäre, wenn man ihm die

Möglichkeit gäbe, sich schriftlich zu äussern. Es wurde ihm daher reichlich Papier zur Verfügung gestellt, und in der Tat produzierte er nun in fast ununterbrochener Folge eine enorme Zahl von Schriftstücken. Er schrieb meist im Bett, ohne sich durch die Dinge, die um ihn vorgingen, beirren zu lassen. Gelegentlich wurde ihm einmal etwas von anderen Kranken fortgenommen oder vernichtet. Auch er selbst zerriss später gelegentlich einiges, ehe dies verhindert werden konnte. Im ganzen aber gelang es, seine schriftlichen Aeusserungen ziemlich vollständig zu sammeln. Eine vollständige Wiedergabe dieser Schriftstücke ist wegen ihres enormen Umfangs nicht gut möglich. Ich werde mich darauf beschränken müssen, sie ihrem Inhalt und ihrer Form nach zu charakterisieren und einige Proben zur Erläuterung beizufügen.

Im Anfang der Beobachtung schrieb der Kranke allerdings nichts wesentlich Auffallendes, nur ein paar Briefe an Personen, über die zunächst nichts zu ermitteln war. Auch in seiner notdürftigen Bekleidung, in der er aufgegriffen wurde, fand sich ein Brief an einen gewissen Erich. Bei so geringen Anhaltspunkten konnte anfangs über Namen und Herkunft des Kranken nichts in Erfahrung gebracht werden, und auch weiterhin waren bis Mitte Oktober 1912 — also über einen Zeitraum von fast $2\frac{1}{2}$ Monaten hin — alle Bemühungen in dieser Hinsicht vergeblich. Der Kranke antwortete nie dem Inhalt der an ihn gerichteten Fragen entsprechend, sondern wich stets aus. Im Gegensatz zu dem anfangs vorhandenen leichten Stupor war er schon Ende August freier, so dass sprachliche Aeusserungen zu erzielen waren. Wenn man ihn aber z. B. nach seiner Heimat fragte oder nach seinen Eltern, so spielte ein leichtes Lächeln um seine Lippen und er antwortete: „Ich habe doch Bücher bestellt. Ich möchte nur wissen, wo die bleiben.“ Eigentliches Vorbeireden im Sinne Gancers bestand dabei nicht. Der Satzbau der sprachlichen Aeusserungen war ganz kohärent. Paraphasie oder Agrammatismus war nie angedeutet.

Ganz abgesehen von dem Werte einer Anamnese für die Beurteilung des Krankheitsbildes war es natürlich aus zahlreichen äusseren Gründen wichtig, das Dunkel, das um die Persönlichkeit unseres Kranken lagerte, zu erhellen. Die Kriminalpolizei gab sich in dieser Richtung alle Mühe. „Unbekannt“, unter welchem Namen wir den Patienten in den Akten führten, wurde photographiert, ein genaues Signalement wurde von ihm aufgenommen, er wurde daktyloskopiert, und die Befunde gingen an die Polizeibehörden aller grösseren Städte Deutschlands. Die schriftlichen und mündlichen Aeusserungen des Kranken wurden natürlich, so weit möglich, verwertet. So hatte er gelegentlich das Haus Tauentzienstr. 14, Berlin W., erwähnt. Dort wollte er Bücher bestellt haben. Es wurde infolgedessen dort recherchiert, aber auch ohne Erfolg. Seine Schriftstücke unterzeichnete Unbekannt mit dem Namen William Harriman. Es lag von vornherein auf der Hand, dass es sich hier um ein Pseudonym handle. Diese Vermutung bestätigte sich später. Nur einen Brief, den der Patient gleich am zweiten Tage seines Aufenthaltes in der Klinik an eine Kusine richtete, unterzeichnete er mit einem Namen, der an seinen später ermittelten wirklichen anklang.

Erwähnt sei schon hier, dass X., wie ich den Kranken von jetzt an kurz nennen will, nach Ablauf der Psychose in der Rekonvaleszenz sich an nichts, was er erlebt und getan hatte, mehr erinnern konnte. So konnte er z. B. später nicht angeben, wer der Erich sei, an den der eine der erwähnten Briefe gerichtet war. Er kannte gar keinen Menschen namens Erich. Aus den Briefen sprach — das fiel zunächst auf — neben stilistischer Gewandtheit eine gewisse Belesenheit und Bildung. Der Kranke erwähnte Spielhagen, Stifter, Tolstoi und zeigte sich über geographische Fragen orientiert. Diese Belesenheit trat in den späteren Schriftstücken in noch viel höherem Masse zutage. An den ersten schriftlichen Produktionen erschienen zwei Punkte noch bemerkenswert: Erstens klagt der Kranke selbst über sein Befinden. Eine gewisse Krankheitseinsicht scheint vorhanden, wenn er von seinem „traurigen Gehirnzustand“ spricht und von den Kopfschmerzen, die ihn Tag und Nacht plagen. Zweitens kann er sich von seiner Umgebung kein rechtes Bild machen. Er schreibt an seine Kusine, dass er sich mit keinem Menschen verständlich machen könne: „Es wimmelt manchmal geradezu von ihnen, aber sie müssen bramatraisch, hindostanisch oder vielleicht gar jenen australisch-asiatischen Dialekt sprechen, der hunderttausend Jahre alt ist, als beide Kontinente vermutlich ein Landgebiet nur bildeten.“ An diese Beobachtung, diese völlige Verkennung der Umgebung, die zu dem übrigen Verhalten des Patienten sehr wohl stimmt, knüpft er weiterhin den ganz logischen Schluss, er müsse in eine fremde, exotische Gegend verschlagen sein, ohne dass er aber über das Wie zunächst nähere Angaben macht.

Waren aus diesen anfangs verfassten Briefen bereits Rückschlüsse auf die psychopathologischen Vorgänge bei X. zu ziehen, so in noch höherem Masse aus den späteren schriftlichen Produktionen. Die eigentliche „Schreibperiode“ des Kranken, in der er, wie oben erwähnt, eine sehr grosse Fülle von Schriftstücken zu Papier brachte, begann gegen Ende August 1912. Sie wurde eingeleitet durch eine Art Feuilletonartikel über die Grossstadt. Es folgten ein paar kleinere Fragmente philosophierenden Inhalts und um den 1. 9. herum der Bericht einer fingierten Reichstagssitzung, dessen Anfang für den Stil des Kranken so bezeichnend ist, dass ich ihn hier mitteile:

„Deutscher Reichstag. Parlamentsbrief.

Eine unerhörte, folgenschwere Sitzung! Das Zentrum flieht in Schnellzügen ins Ausland. Die konservative Partei endet durch gemeinsamen Selbstmord, 20 Nationalliberale sterben an ausgestandenem Schrecken, 15 Freisinnige verfallen dem Irrsinn, 10 Sozialdemokraten verscheiden unter Lachkrämpfen, 20 sind von mehr und minder schwerem Veitstanz ergriffen! Die Regierung aufs äusserste blossgestellt, Berlin am Vorabend der Revolution!“

So geht es in der phantastischsten Weise weiter. Sogar Bismarck lässt der Kranke auftreten.

In der Folge sind es phantastische Reiseerlebnisse, die den Patienten beschäftigen. Er selbst spielt darin meist eine im Mittelpunkt der Ereignisse stehende Rolle. Anfangs verlegt er in seinen Berichten den Schauplatz dieser fingierten Ereignisse an Orte, die er selbst — wie sich später ermittelten liess

und weiter unten dargelegt wird — besucht hat. Später spielen seine Reiseberichte in fremden Ländern, insbesondere Amerika, und erinnern in Form und Inhalt an Erzeugnisse eines Karl May und ähnlicher Schriftsteller.

Häufig versieht der Kranke seine Schriftsätze mit Datum. Es zeigt sich dabei, dass einerseits die zeitliche Orientierung eine Dauerstörung aufweist, insofern X. um fast 2 Monate in der Zeitrechnung zurück ist, dass aber andererseits auch innerhalb dieser Störung eine gewisse Unsicherheit in der zeitlichen Fixierung der Tage besteht. Er zählt die Tage nicht genau weiter und verwechselt selbst gelegentlich (innerhalb seiner Rechnung) die Monate. Einer Belehrung über örtliche und zeitliche Verhältnisse ist X. in dieser Periode seiner Krankheit noch nicht zugänglich. Er antwortet auch auf die einfachsten Fragen noch nicht sinngemäss und dem Inhalt der Frage entsprechend. Gelegentlich glaubt er sich in der Situation des Mitarbeiters einer Zeitung oder Zeitschrift zu befinden, wie aus Randnotizen für die Redaktion oder den Setzer zu ersehen ist.

Das Aufgehen und Leben in einer bestimmten Situation tritt nun — etwa von Mitte September an — immer markanter hervor, ganz besonders in einem der erwähnten Berichte von Reisen; die der Verfasser unternommen zu haben glaubt. Er beginnt jetzt auch, seine Schriftstücke mit entsprechenden Zeichnungen zu illustrieren, und entwirft unabhängig von diesen Illustrationen eine ganze Anzahl von Zeichnungen, teils mit, teils ohne Begleitworte oder Verse. Die Zeichnungen sprechen für ein keineswegs gewöhnliches Talent. Es sind teils exotische Landschaftsskizzen, teils nackte Frauengestalten oder symbolische Darstellungen. Sie wurden ohne jede Vorlage frei aus der Phantasie entworfen. Dem Kranken stand nichts als Bleistift und Papier zur Verfügung. An allen Zeichnungen fällt eine gewisse Manieriertheit der Linienführung auf, etwas Arabeskenhaftes, möchte man sagen. Die Verse, die manche Zeichnungen begleiten, sind nicht in gewöhnlicher Schrift geschrieben, sondern die Buchstaben sind durchweg in verschiedenen Stilarten künstlich gezeichnet. Gelegentlich findet sich dabei auch eine kurze Anweisung für den Drucker oder den Graveur über die gewünschte Art der Ausführung.

X. brachte auch einige vollständige Gedichte zu Papier. Nach Ablauf der Psychose waren einige ihm vollkommen fremd. Vielleicht sind sie innerhalb der Krankheit erst verfasst worden. Bei andern schien es sich um Reproduktionen von Erinnerungskomplexen zu handeln.

Das Verhalten des Kranken wird in dieser Zeit immer freier. Die stuporösen Züge schwinden vollkommen. Allerdings werden Fragen, sofern sie nicht ganz belangloser Art sind, ihrem Inhalt nach immer noch nicht beantwortet. Fragt man den Kranken, wie es ihm gehe, was er gegessen habe, und ähnliches, so antwortet er ganz korrekt. Sucht man ihn aber über seine Umgebung, über Ort und Zeit, über seine Persönlichkeit zu explorieren, so ist eine Verständigung noch nicht möglich. Vielmehr bewegen sich auch die mündlichen Aeusserungen des Patienten vollkommen innerhalb der Situation, die er, dem Inhalt seiner Schriftstücke entsprechend, zu durchleben glaubt. Illusionen oder Halluzinationen werden dabei nie beobachtet, und im Rahmen der jeweils verfälschten

Situation, des verfälschten Bewusstseinsinhaltes, ist das Denken des Kranken ganz kohärent und korrekt. Es ist jedoch zu erwähnen, dass mit dem allgemeinen Freierwerden des Patienten auch die zeitliche Desorientierung schwand. Wenigstens signierte er von Anfang an seine Schriftsätze von selbst mit dem — annähernd — richtigen Datum.

Gelegentlich wurden dem Kranken durch den Arzt unvollendete Zeichnungen fortgenommen, um sie vor der Vernichtung durch ihn oder andere Patienten zu bewahren. Denn dies war mehrfach geschehen. Auf diesen Eingriff in seine schriftstellerische und künstlerische Tätigkeit reagierte nun X. in höchst bemerkenswerter Weise. Nachdem er mehrfach gebeten hatte, ihm die Sachen wiederzugeben, und dabei — im ganzen Wesen immer noch eine leichte Hemmung oder Sperrung verratend — die Handlungsweise des Arztes in mildem Tone als inkorrekt bezeichnet hatte, schrieb er zwei fulminante Beschwerdebriefe an den Berliner Polizeipräsidenten v. Jagow. Diesen Briefen zufolge glaubte X., dass ihm seine Zeichnungen polizeilich konfisziert seien. Den Arzt hält er für einen Geheimkommissar der Polizei. Seine beiden Schreiben datiert er von Neapel bezw. von den „Ruinen von Herkulanium“. Dass nicht nur die Situation von dem Patienten verfälscht wird, sondern dass auch innerhalb der phantastisch veränderten Situation einzelne Widersprüche und Unmöglichkeiten von dem sonst leidlich korrekt und kohärent denkenden Kranken kritiklos hingenommen werden, somit also doch wohl ein gewisser Grad von Sejunktion besteht, darauf deutet die Annahme, der Berliner Polizeipräsident könne in Neapel Schriftstücke konfiszieren lassen.

Der Kranke befand sich nun bereits über 2 Monate in der Klinik, und noch immer war uns sein Name und seine Herkunft völlig unbekannt. Die Befürchtung, dass die Mittel zu einer objektiven Anamnese auch noch länger fehlen sollten, gewann neue Nahrung durch ein Ereignis, das uns am 13. 10. 12 überraschte. X. war in den letzten Tagen schon mehrfach in den Garten geführt worden. Ausser Bett war er seit einigen Wochen schon fast dauernd. Am 13. Oktober gelangte der Kranke infolge Unachtsamkeit eines Wärters allein in den Garten. Mit unglaublicher Gewandtheit kletterte er, ehe ihn jemand hindern konnte, über zwei hohe Mauern und war entflohen. Es wurden natürlich sofort alle nötigen Schritte von seiten der Klinik unternommen. Da der Kranke Anstaltskleidung trug, war übrigens für ihn die Wahrscheinlichkeit, weiterzukommen, nicht sehr gross. Immerhin musste damit gerechnet werden, dass X. verunglückte oder einen Suizidversuch machte.

In welch gefährliche Situation er in der Tat geriet, sollte sich denn auch bald zeigen. Schon am folgenden Tag, 14. 10., wurde er durch Beamte wieder in die Klinik gebracht. Er befand sich in einem traurigen Zustand. Seine Kleider waren zerrissen. Die Schuhe fehlten ihm. Von oben bis unten war er mit Schlamm bedeckt und zitterte vor Frost. Das Wetter war damals nasskalt und nebelig. Die Beamten gaben an, dass der Kranke in diesem Zustand im Rheinwald nahe bei Kehl aufgegriffen worden sei. Kehl liegt einige Kilometer östlich von Strassburg am Rhein. Auf Fragen hatte X. nur ein mildes Lächeln. Er war augenscheinlich sehr erschöpft. Von einer leichten Kontusion des linken

Fussgelenkes abgesehen, bot er keine Verletzungen. Auf der Krankenabteilung schien er sich wieder völlig zurechtzufinden.

In den nächsten Tagen berichtete X. über seinen Ausflug. Er gab jetzt ganz sinngemäße Antworten auf Fragen, stellte aber seine Flucht und seine Erlebnisse in folgender phantastisch verfälschten Weise dar. Er habe nach Ueberwindung einiger Hindernisse das Ufer des Mississippi (!) erreicht. Dort habe er ein Boot vorgefunden, es vom Ufer gelöst und, da es keine Ruder hatte, sich stromabwärts treiben lassen. Er schildert dann anschaulich die Nebel-landschaft. Ueber den Wassern, die gurgelnd dahinschllichen, wallte und wogte es. Keine zwei Meter weit konnte man sehen. Wie er sagt, hat er unvergessliche Eindrücke mit heimgebracht. Die Fahrt ging lange stromabwärts. Plötzlich geriet das Boot in einen Strudel und drehte sich fortwährend im Kreise. Da kein Ruder vorhanden war, sprang X. schliesslich ins Wasser und gelangte nach einiger Anstrengung glücklich ans Land. Hier sei er nun stundenlang gewandert, ohne ans Ziel zu kommen. Weithin dehnte sich nichts als Sumpf und Weidengebüsch. Auch mehrere Arme von Altwasser musste er durchschwimmen. Dabei habe er seine Schuhe verloren. Er beklagte sich dann, dass „das ganze Unternehmen schlecht vorbereitet gewesen sei. Das nächste Mal müsse man doch bessere Vorräte treffen.“ Die Schilderung der Landschaft, die X. gab, entspricht allen Einzelheiten der Wirklichkeit. Es kann dies umso eher festgestellt werden, als gerade der sogenannte Rheinwald und die Uferstrecken bei Kehl ein sehr charakteristisches Gepräge tragen. Bei genauerer Exploration lässt der Kranke eine stark ins einzelne gehende Ausdehnung seiner Erinnerungstäuschungen und Situationsverfälschungen erkennen. Er stellt sein Erlebnis so dar, als habe er sich in der Umgebung von New Orleans im Staate Louisiana (Nordamerika) befunden und befände sich noch dort. Als Ort, von dem er abgefahren sei, nennt er Jonesville. Es sei bemerkt, dass es mehrere Orte dieses Namens in Nordamerika gibt, nicht aber in der Nähe von New Orleans. Die Angaben des Kranken über das Ziel seiner Fahrt stimmen dagegen wieder zu den realen geographischen Verhältnissen: er berichtet, dass er die Absicht gehabt habe, Fort Jackson zu erreichen. Dieser Ort liegt in der Tat südöstlich von New Orleans im Mississippidelta. In seinem späteren schriftlichen Bericht verwechselte er übrigens den vermeintlichen Ausgangs- und Zielort seiner Fahrt. Den Zweifeln, die der Arzt vorsichtig inbezug auf die örtliche Benennung der Umgebung durch X. äussert, begegnet X. nur mit dem gewohnten Lächeln und drückt sein Erstaunen aus, wie man solche Zweifel hegen oder solche Fragen stellen könne. Er wird dann zurückhaltender und lässt sich auch über den Zweck seiner Fahrt nicht näher aus. Nur andeutungsweise spricht er von einer „Mission“. Wie scharf und folgerichtig bei alledem der Kranke zu denken vermag, ging aus folgender kleinen Probe hervor. Als X. erzählte, er habe auch mehrere Arme von Altwasser durchkreuzen müssen, wirft der Arzt die Bemerkung dazwischen, ob er sich da auch habe durch den Strom treiben lassen. X. antwortet überlegen lächelnd: „Altwasser ist natürlich ein totes Gewässer. Das sagt doch die Logik“.

Eine genaue körperliche Untersuchung ergibt jetzt einige nicht un wesentliche Befunde. Hände und Füsse sind ganz auffallend blaurot verfärbi t, kalt und feucht. Die Sehnenreflexe sind sämtlich gesteigert, besonders die Patellarreflexe. Im Gegensatz hierzu sind die Haut- und Schleimhautreflexe herabgesetzt. Der Kornealreflex ist beiderseits vorhanden, der Konjunktivalreflex ist nur äusserst schwach auslösbar, der Würgreflex fehlt vollständig. Babinski besteht nicht. Pupillen und Augenhintergrund sind intakt. Eine Gesichtsfeldaufnahme, für die der Kranke volles Verständnis und Entgegenkommen zeigt, ergibt eine konzentrische Einengung mässigen Grades für alle Farben. Umkehrungen von Gesichtsfeldern der Farben verschiedener Qualitäten lassen sich nicht nachweisen; auch besteht kein Förster'scher Verschiebungstypus. Die Prüfung der Sensibilität deckt eine ausgesprochene allgemeine Hypästhesie und Hypalgesie auf. Selbst tiefe Nadelstiche werden nur als stumpfe Berührungen angegeben. Im Gesicht ist diese Erscheinung weniger deutlich. Zonen von Sensibilitätsstörungen sind nicht aufzufinden, ebensowenig besondere Druckpunkte. Der übrige körperliche Befund weicht nicht von dem bei der Aufnahme erhobenen ab.

Nach seiner Flucht aus der Klinik setzte der Kranke zunächst seine vorher so ausgedehnte schriftstellerische und zeichnerische Tätigkeit nicht fort. Die vorübergehende Abwesenheit aus der Klinik, die neuen Eindrücke schienen ihn bis zu einem gewissen Grade aus den phantastischen Ideengängen, in denen er bisher gelebt, herausgerissen zu haben, wenn ja auch, wie betont, die Orientierung noch völlig verfälscht war. Unter diesen Umständen konnte man jetzt mit mehr Aussicht auf ein greifbares Resultat den Versuch unternehmen, dem Kranken seine wirkliche Umgebung näher zu rücken, sie ihm in ihren Einzelheiten vorzuführen und dabei dann seine psychische Reaktion zu studieren. Bei der Bildung und umfassenden Belesenheit, die der Patient in seinen schriftlichen Produktionen bisher gezeigt hatte, bei dem Reichtum seiner Ideenassoziation hätte es aber keinen Sinn gehabt, an seine Psyche mit den üblichen Methoden der Intelligenzprüfung oder ähnlichem gewohnten Rüstzeug heranzutreten. Es lag auf der Hand, dass ein Eindringen in das psychopathologische Geschehen hier nur gelingen würde, wenn man unter Hintansetzung jeden Schemas der Untersuchungstechnik und der üblichen Anstaltsbehandlung den Kranken, soweit dies den Umständen nach durchführbar war, loslöste von den besonderen Eindrücken und dem Zwange eines Krankenhauses und ihn nach Möglichkeit an einer seinem psychischen Niveau entsprechenden, an sich aber indifferenten Umgebung teilnehmen liess. Was hiermit gesagt sein soll, wird aus dem folgenden noch deutlicher hervorgehen. Jedenfalls wurde diesen Ueberlegungen entsprechend verfahren. X. wurde von jetzt an täglich mit in die Privatwohnungen der Aerzte genommen. Die Untersuchung und Beobachtung ging dort nicht in Form einer Exploration vor sich, sondern kleidete sich in das unauffällige Gewand der ungezwungenen Unterhaltung. Es wurden dem Kranke bei diesen Gelegenheiten Bücher vorgelegt, Kunstblätter, Städtebilderisse und dergl. mehr, und seine psychische Reaktion wurde beobachtet. Zuerst geschah dies am 16. 10. 12, also zwei Tage nach seiner Wiedereinlieferung in die Klinik. Bei einer Zigarette unterhält sich X. zunächst ganz kohärent

über Kunst und Literatur. Von der Norm abweichend ist nur noch eine entschieden etwas verlangsamte Reaktion. Der Kranke spricht langsam, bei Antworten sinnt er oft unverhältnismässig lange nach, die sprachlichen Aeusserrungen zeichnen sich durch einen gewissen Reichtum an Flickworten und Verlegenheitswendungen aus. Auch in den Armbewegungen ist noch ein geringer Grad von Hemmung nicht zu erkennen. Bemerkenswert erscheint eine dauernde Pulsbeschleunigung bis auf 114 Schläge in der Minute. Mehrfach ist eine ausgesprochene Komplexreaktion wahrzunehmen. So wird der Kranke plötzlich lebhafter, als er einige Bilder von Thoma zu sehen bekommt. Er spricht lauter und interessierter. Das gleiche Verhalten wird beobachtet, als das Gespräch sich München und seinen Kunstschatzen zuwendet und dem X. einige Ansichten der Stadt vorgelegt werden. Der Kranke bemerkt dabei, dass er vor einiger Zeit in München gewesen, und zeigt sich über lokale Einzelheiten orientiert. Es ist zweifellos, dass es sich hier um stark affektbetonte Erinnerungskomplexe handelt. Der Versuch eines näheren Eingehens darauf wird jedoch aus psychologischen Gründen noch verschoben. Dagegen werden dem Kranken wieder vorsichtig einige Fragen betreffs der örtlichen und zeitlichen Orientierung gestellt. Er bleibt noch heute dabei, dass er sich in einem kleinen Ort in der Nähe von New Orleans am Mississippi befindet. Den einen Arzt bezeichnet er als Herrn Dupont — „Nicht wahr, Sie sind doch Herr Dupont?“ sagt er — und den anderen als Dr. Wagner, beides fingierte Namen, für deren Anwendung durch den Kranken sich zunächst keine ursächlichen Beziehungen erkennen lassen.

Als X. auf dem Wandkalender zufällig das Datum (16. 10. 12) erblickt, meint er: „Da müssten aber noch einige Blätter abgerissen werden“. Befragt, behauptet er dann, unbedingt zu wissen, dass jetzt Mitte November — „wohl der 17.“ — 1912 sei; „es ist gar nicht anders möglich, denn am 15. November bin ich doch hier abgefahren.“ Nichts könnte deutlicher die noch schwankende zeitliche Orientierung bei unserem Kranken demonstrieren. Wenn er annimmt, dass der 17. 11. sei und er am 15. 11. seine „Mississippifahrt“ gemacht habe, so irrt er sich nach so kurzer Zeit schon um einen Tag. Denn seine Flucht aus der Klinik (13. 10. 12) liegt bereits um drei Tage zurück. Was aber die gröbere, schon früher beobachtete Störung betrifft, die man vielleicht passend als eine Verschiebung der zeitlichen Orientierung bezeichnen könnte, so fällt auf, dass diese Verschiebung im Vergleich mit früher jetzt in umgekehrter Richtung vor sich gegangen ist: während der Kranke noch in seinen unlängst produzierten Schriftstücken anderthalb Monate hinter der realen Zeit lebte, ist er ihr jetzt um einen Monat voraus.

Während der Unterhaltung fällt der Blick des Kranken auf ein an der Wand hängendes Aquarell des Strassburger Münsters. Er bemerkt, dass er es kenne und „vor einigen Jahren“ auf der Plattform gewesen sei. Dies bietet Gelegenheit, mit X. einen Versuch anzustellen, der von Interesse werden könnte. Es wird ihm erwidert, dass man ihm das Münster in Wirklichkeit zeigen könne, obgleich er doch meine, sich in New Orleans zu befinden. X. wird dann auf einen Platz nicht weit von der Klinik geführt, von wo aus man das Münster,

das er noch eben im Bilde identifiziert hatte, aus nächster Nähe erblicken kann. Auf dem Wege durch die umgebenden Anlagen erkennt X. plötzlich die Mauer wieder, über die er vor drei Tagen flüchtete. Er macht die Aerzte spontan darauf aufmerksam und erwähnt noch Einzelheiten, u. a. dass einige Frauenspersonen (wie sich später herausstellte, Wärterinnen einer anderen Klinik) in der Nähe gestanden und ihn lachend beobachtet hätten. Weiter geht X. dann aber auf dies Erlebnis nicht ein. Beim Anblick des Münsters ist er ganz konsterniert. Er erklärt, es gebe ja manche Täuschungen, und fragt auch einmal: „Wie machen Sie das nur?“ Auf dem Rückwege kann er es gar nicht glauben, dass er das Münster wirklich gesehen, und zweifelt doch auch wieder nicht an der Realität seiner Gesichtswahrnehmung. Auf Befragen meint er dann schliesslich, er wolle sich diese merkwürdige Sache überlegen und versuchen, in den Zusammenhang einzudringen. Er äussert dabei mehrfach: „Ich befindet mich doch nicht im Schlaf! Oder träume ich?“ Da sich jetzt eine deutliche Aspannung bei dem Kranken bemerkbar macht, wird für heute von weiteren Versuchen abgestanden.

Von besonderem Interesse musste nun sein, wie der Kranke das Erlebnis seiner Flucht und seiner Rheinfahrt schriftstellerisch gestalten würde. Aber auffälliger Weise schien der Strom seiner schriftlichen Produktionen jetzt ins Stocken geraten zu sein. Spontan begann X. nichts mehr zu schreiben. Aufgefordert aber, seine „Fahrt auf dem Mississippi“ zu schildern, verfasste er in Zeit vom 16. bis 18. 10. 12 einen ziemlich ausführlichen Bericht. Von diesem Bericht ist hervorzuheben, dass die unter einem Wust mehr abseits liegender Gedankengänge verstreuten Angaben über Einzelheiten der Fahrt nicht im geringsten zu den wirklichen Ereignissen im Widerspruch stehen, soweit man wenigstens deren Ablauf mit Wahrscheinlichkeit vermuten konnte. Diese Angaben sind vielmehr durchaus wahrscheinlich und entsprechen wohl im ganzen dem wirklichen Hergang des Abenteuers, wenn sie natürlich auch von X. noch im Sinne seiner krankhaft veränderten Vorstellungsinhalte und seiner phantastischen Verfälschungen der Wirklichkeit gedacht waren. Der Patient illustrierte übrigens den Bericht mit Zeichnungen in der schon früher von ihm beliebten Weise.

Wir wenden uns jetzt dem weiteren Verhalten des X. in den nächsten Tagen zu. An seiner „Fahrt auf dem Mississippi“ hält er auch am 17. 10. noch fest. An den gestrigen Anblick des Strassburger Münsters erinnert, äussert er wörtlich: Entweder habe ich die Fahrt auf dem Mississippi geträumt, oder ich träume jetzt“. Er beschäftigt sich tagsüber im wesentlichen mit der Niederschrift des erwähnten Berichtes. Ueber seine Persönlichkeit gibt er auch jetzt noch keine Auskunft, bleibt vielmehr dabei, dass er William Harriman heisse. Als er vom Arzt an einen gewissen S. erinnert wird, dessen Namen er in früheren Stadien seiner Krankheit ohne näheren Zusammenhang ein paar Mal erwähnt hatte, gibt er die Auskunft, dass dieser S. ein Freund von ihm sei, und dass er mit ihm in einem Orte bei P. (folgt die genaue Angabe eines kleineren Ortes in Sachsen) zusammen gewesen sei. Zu dieser spärlichen Mitteilung passt in gewissem Grade die Tatsache, dass der Kranke sächsischen Dialekt spricht.

Auch am nächsten Tage macht X. über seine Persönlichkeit noch die alten phantastischen Angaben. Einem Beamten der städtischen Verwaltung gegenüber erklärt er, er heisse William Harriman, geboren am 17. 11. 1883 zu Jackson im Staate Mississippi, Nordamerika, als Sohn von Alexandre André Harriman und Helene, geb. Holliet, wohnhaft zu Brüssel. Er habe bisher in Berlin, Tauentzienstr. 14, gewohnt. Diese Ortsangabe spielte übrigens schon in den früheren Produktionen des Kranken eine Rolle. Im ganzen ist X. heute auffallend abgespannt und erscheint psychisch weniger frei und klar als in den letzten beiden Tagen. Er antwortet in unzusammenhängenden, zum Teil ganz verwirrten Sätzen, mit Flickworten und Redensarten. Er betont schliesslich selbst: „Ich bin heute ganz verwirrt“. Er redet dann spontan „von dem Merkwürdigen seiner Situation“ und verspricht auf Befragen, wenn er sich „dies Merkwürdige“ erst mehr überlegt habe, sein Inkognito zu lüften.

Das geschah denn auch endlich am folgenden Tage, dem 19. 10. 12. Bei der Morgenvisite war der Kranke ganz klar und munter und bat um seine Kleider. Als ihm geantwortet wurde, er solle sie erhalten, wenn er seinen wahren Namen und seine Herkunft verrate, machte er ohne Zögern die eingehendsten Angaben. Schon hier sei bemerkt, dass diese Angaben sich bei Nachfrage an den entsprechenden Stellen als richtig herausstellten. Er nannte seinen Namen, die genaue Adresse seiner Eltern und seine Herkunft. Von Beruf ist X. — Schriftsetzerlehrling und in der mitteldeutschen Stadt, in der seine Eltern ansässig sind, in einer grossen Buchdruckerei beschäftigt gewesen. Er ist 1893 geboren. Bei der Frage, wie alt er dann jetzt sei, tritt noch einmal die noch nicht ganz sichere oder wenigstens nicht ganz fertig bereit liegende zeitliche Orientierung zutage; er antwortet zögernd: „19 oder 20, das weiss ich jetzt selbst nicht ganz sicher“.

An der Tatsache, dass er sich in der Nervenklinik zu Strassburg befindet, zweifelt X. jetzt nicht mehr, so sehr ihn diese Tatsache auch augenscheinlich in Erstaunen setzt. Er kann zunächst nicht erklären, wie er hierher gekommen ist, gibt dann aber auf Verlangen zusammenhängend und korrekt den folgenden Bericht. Auch hinsichtlich dieses Berichtes sei schon hier bemerkt, dass er sich bei späterer Nachprüfung, soweit eine solche möglich war, als wahrheitsgetreu herausstellte.

X. hat, wie er erzählt, in der zweiten Junihälfte 1912 seinen Wohnort verlassen. Schon wochenlang vorher fühlte er sich sehr unglücklich, besonders im Geschäft. Mehrfach ging er nicht zur Arbeit. Er verliess zwar morgens zur gewohnten Zeit die elterliche Wohnung, ging aber dann spazieren. Im Geschäft hatte er sich währenddessen krank gemeldet. Schliesslich erfuhren die Eltern und der Prinzipal die Sache. Es wurde ihm verziehen; aber bald verfiel er wieder in den früheren Fehler. Sein seelischer Zustand verschlimmerte sich von Tag zu Tag. Er fühlte sich todunglücklich, war tief deprimiert, unfähig zur Arbeit und lief ziellos in den Strassen, in den Anlagen und den Vororten der Stadt umher. Kopfschmerzen peinigten ihn unaufhörlich, und nachts fand er keinen Schlaf. Oft stand er nachts heimlich auf und ging stundenlang spazieren. Von seinen Angehörigen hatte er sich ganz abgeschlossen. Immer

tiefer geriet er in eine „weltschmerzliche Stimmung“ hinein und trug sich mit Selbstmordgedanken. Schliesslich entnahm er eines Tages der Kasse des Vaters 300 Mark und fuhr nach Berlin. Dort wohnte er einige Tage im Hotel. Er weiss nicht recht, was er in Berlin gemacht hat. Die Erinnerung an diese Tage ist ihm sehr verschwommen. Im wesentlichen sei er ziellos spazieren gegangen. Bald verliess er Berlin und bereiste Mittel- und Süddeutschland. Er nennt eine ganze Anzahl Orte, an denen er gewesen. So kam er nach Plauen im Voigtlände und nach Hof. Im Fichtelgebirge hielt er sich in Wunsiedel und Alexanderbad auf. Dann besuchte er den fränkischen Jura, kam nach Beilngries an der Altmühl, nach Dachau und schliesslich nach München. Von dieser Stadt sind ihm eine Anzahl lokaler Einzelheiten in Erinnerung geblieben. An der Hand eines Planes der Stadt gibt er darüber Auskunft. Er hat längere Zeit dort in einem kleinen möblierten Zimmer gewohnt, vermag aber die Strasse nicht wieder zu finden. Es fällt ihm jetzt ein, dass er dort in seiner Wohnung für etwa 50 Mark Bücher, die er unterwegs gekauft, hat stehen lassen. Er besuchte dann das bayerische Hochland und kam bis zum Königssee. Von dort sind ihm verschiedene Einzelheiten sehr deutlich im Gedächtnis haften geblieben, so mehrere Ausflüge in die Umgebung und ein Bad, das er im See genommen. Er hat sich dort mehrere Tage im Gebirge, im Wald aufgehalten und im Freien genächtigt. Der Patient bemerkte spontan, das müsse doch auch schon krankhaft gewesen sein. Denn obwohl stets ein grosser Naturfreund und eifriger Wanderer, habe er das früher nie getan. Ausserdem habe er noch 100 Mark, wie er sich entsinne, bei sich gehabt und sei doch nicht in ein Hotel gegangen, während er sonst stets Unterkunft aufgesucht habe. Er erinnere sich noch ganz genau, wie er in mehreren Nächten im Freien sehr gefroren habe. Einmal habe er auf dem Königssee gerudert. Das ist das letzte Moment, worauf er sich besinnen kann. Von da an verlässt ihn vollkommen die Erinnerung. Das erste Erlebnis, das ihm dann wieder klar im Gedächtnis vorschwebt, ist der Anblick des Strassburger Münsters, das ihm, wie oben berichtet, von einem Platz nahe bei der Klinik gezeigt wurde. Wie er nach Strassburg gekommen, davon hat der Kranke keine Ahnung. Dabei ist er jetzt vollkommen örtlich und zeitlich orientiert, kennt die Aerzte und nennt sie beim richtigen Namen. Aus dem Polizeibericht über die Auffindung des Kranken sei hier nachgetragen, dass er sich dabei — er war, wie schon mitgeteilt, nur mit einem Hemd bekleidet, nachts um $1/2$ Uhr in der Stadt aufgegriffen worden — als Journalisten ausgab und fortwährend unzusammenhängend von Berlin sprach, von Manuskripten, die er dort bestellt habe, und von der Tauentzienstrasse in Berlin W.

Die vorstehenden Mitteilungen wurden von dem Kranken ziemlich zusammenhängend gegeben. Einzelne Nachträge machte er spontan und auf Befragen noch in den folgenden Tagen. Sie sind hier gleich mit verwertet worden.

Es wurden dem Kranke nun sofort die Schriftstücke vorgelegt, die er bisher in der Klinik produziert hatte, und über sein Verhalten und insbesondere seine Flucht die wesentlichsten Punkte mitgeteilt. Denn nach Lage des Falles war die Möglichkeit vorhanden, dass jetzt — am 19. 10. 12, gegen 9 Uhr

vormittags — der Bestand an Erinnerungskomplexen und damit die Ausdehnung und auch der Grad der Amnesie abweichen würde von dem Befund an den folgenden Tagen. Diese Vermutung bestätigte sich vollkommen. Gegen 9 Uhr morgens waren dem Kranken noch Schriftstücke und Zeichnungen bekannt, die er vor ein bis zwei Wochen produziert hatte, allerdings nicht sämtliche aus diesem Zeitabschnitt, aber doch die Mehrzahl. So entsinnt er sich, den einen ihm vorgelegten Brief an den Berliner Polizeipräsidenten geschrieben zu haben; sogar bestimmte Redewendungen erkennt er wieder. Die meisten Zeichnungen, insbesondere die landschaftlichen Motive, aus der letzten Zeit haften noch in seinem Gedächtnis. Er vermag sich genau zu erinnern, dass er das Gedicht „Herbststurm“ niedergeschrieben und die dazu gehörige Zeichnung entworfen hat. Das Gleiche ist bei einem Gedicht „Herbst“ und einer weiteren Zeichnung der Fall. Allerdings kann es sich hier um Erinnerungskomplexe handeln, die — vielleicht teilweise — aus einer vor der Krankheit gelegenen Zeit stammen. Denn X. hat die fraglichen Verse früher einmal in zum Teil anderer Fassung zu Papier gebracht. Vielleicht ist dieser Umstand auch der Grund, weshalb er sich gerade auf die vor etwa zehn Tagen stattgehabte Niederschrift augenblicklich noch besinnen kann, während schon einige Verse und Bilder, die ein paar Tage später entstanden, die aber wahrscheinlich keine Vorbilder aus gesunden Tagen hatten, wie z. B. ein Gedicht „Klage der Sommerkönigin“ und ein anderes, das „Herbststimmung“ betitelt ist, schon jetzt vollkommener Amnesie verfallen sind. Das letztere gilt von allen Produktionen, die weiter als zwei Wochen zurückliegen, — auch von dem Brief, der bei dem Kranken gefunden wurde, als man ihn in die Klinik aufnahm, dem einzigen Schriftstück also, das nicht in der Klinik entstand. X. erkennt zwar die Handschrift als die seine an, weiß aber nicht, wann und unter welchen Umständen er die Sachen geschrieben. Dass er sich in der letzten Zeit des Namens William Harriman bediente, ist dem Kranken jetzt noch völlig erinnerlich. Von dem letzten umfangreichen Bericht, den er auf Verlangen über seine Flucht aus der Klinik verfasste und „Ein moderner Kommentar“ betitelte, ist ihm jede Zeile vertraut. Nach seiner Flucht und seiner Fahrt auf dem Rhein befragt, erklärt er, dass er sich auf alle Einzelheiten besinnen könne. Diese Fahrt auf dem Mississippi erscheine ihm als vollkommene Wirklichkeit. „Aber nach alledem, was Sie mir gesagt haben“, fügte er hinzu, „kann es ja nicht stimmen; das sagt mir mein Verstand“.

Gegen Mittag schon — also nach drei bis vier Stunden — hat sich das Bild total verändert. Eine ganze Anzahl Einzelheiten, auf die der Kranke sich am Morgen noch besinnen konnte, sind ihm jetzt schon entfallen, sind ihm fremd und neu, lösen in ihm nicht den psychischen Akt des Wiedererkennens aus, sondern impionieren ihm als bisher nicht erlebte Empfindungskomplexe. Fast von Stunde zu Stunde kann so eine anterograde Bewegung der Amnesie beobachtet werden, bis diese an einer bestimmten Stelle unter Erhaltung einiger Erinnerungsinseln zum Stillstand kommt. Der am Nachmittag des 9. 10. 13 erreichte Befund deckt sich ungefähr mit dem definitiven, wie er in der ganzen Folgezeit unverändert bestehen blieb. Das merkwürdige Phänomen

der wandernden Amnesie war also, verglichen mit der gesamten Psychose nur während eines sehr kurzen Zeitraumes, nur innerhalb einiger Stunden zu beobachten, während dieser Zeit aber auch in einwandfreier Deutlichkeit. Von einigen „Inseln“ abgesehen, fielen der Amnesie sämtliche schriftlichen Produktionen des Kranken anheim. Für die letzten Tage (etwa den 17. bis 19. 10) blieb eine traumhaft verschwommene Grenzzone bestehen, von deren einzelnen Ereignissen X. nie recht sicher sagen konnte, ob er sich ihrer wirklich erinnere, ob er sie wirklich erlebt habe, oder ob sie ihm nur erzählt worden seien. Der Fülle seiner Schriftstücke und Zeichnungen stand er jedenfalls schon vom Nachmittag des 19. 10 an als etwas absolut Fremdem gegenüber. Er vertiefte sich bald mit grossem Interesse hinein und las alles. Die Handschrift identifizierte er natürlich als seine eigene. Er versicherte aber immer wieder, dass er derartiges früher nie geschrieben und auch solche Zeichnungen nie entworfen habe. Gleichwohl findet der Kranke innerhalb seiner Schriftstücke — und diese Tatsache erscheint wichtig! — nichts, was ihm völlig neu ist, d. h. er kennt die darin vorkommenden Namen und Tatsachen, und auch die einzelnen Motive, die Gedankengänge und Ideen erinnern ihn an Dinge, mit denen er sich früher mehr oder weniger beschäftigt hat. Bestimmte Redewendungen erkennt er als ihm eigentümlich. Es ist sein „Stil“, was er da liest. Er erkennt sich selbst in diesen schriftlichen Produktionen.

In den nächsten Tagen und Wochen wird nun eine eingehende Anamnese erhoben. Die Angaben des Patienten werden durch Nachfrage bei seinen Eltern, seinen früheren Lehrern und bei einem Arzte, der ihn früher behandelte, kontrolliert; sie werden dabei von allen Seiten bestätigt und zum Teil noch ergänzt. Die Resultate dieser Erhebungen und der — wie gesagt, kontrollierten — Angaben des Kranken lassen sich etwa wie folgt zusammenfassen.

X. wurde 1893 in einer mitteldeutschen Grossstadt als Sohn eines einfachen Handwerkers geboren. Die Familie ist slavischer Abstammung. X. hat zwei Brüder und zwei Schwestern, die alle beruflich tätig sind und stets gesund waren. Der Vater war im letzten Jahr sehr melancholisch. Er wünschte sich immer den Tod und wollte sich einmal zum Fenster hinausstürzen. Sonst war von erblicher Belastung nichts zu ermitteln. Wesentliche Kinderkrankheiten machte X. nicht durch. Er litt weder an Zahnschmerzen noch an Bettlässern noch an englischer Krankheit. Seine Entwicklung ging auffallend rasch vor sich, war aber sonst zunächst normal. Schon mit dreiviertel Jahren lernte er laufen. Mit sechs Jahren erlitt X. ein Kopftrauma mässigen Grades durch Sturz auf die linke Schläfe. Im siebenten Lebensjahr kam er in eine achtklassige Bürgerschule und verliess sie nach acht Jahren. In der Schule galt er, wie er sich selbst ausdrückt, für ein „Phänomen“, so hervorragend waren seine Leistungen. Von der Schuldirektion wurde uns auf Ansuchen liebenswürdigerweise ein eingehender Bericht übermittelt. Er stammt von dem letzten Klassenlehrer des X., der sich unseres Patienten sehr genau erinnerte. Der Bericht gibt ein so lebendiges Bild von X. als Schüler, dass ich ihn am besten hier wortgetreu folgen lasse. Sein ehemaliger Lehrer schreibt:

„X. war ein hochbegabter Knabe, unbestritten der erste Schüler der Klasse, ist auch mit Zensur I abgegangen. Er war sauber und sorgsam in seinen schriftlichen Arbeiten. Besonders hervorragend war seine Gewandtheit im sprachlichen Ausdruck und seine Beherrschung der Sprache. Wer einen Aufsatz von ihm las, z. B. einen Morgenspaziergang, glaubte nicht, einen 13- bis 14jährigen Knaben vor sich zu haben. Seine Phantasie war äusserst lebhaft. Er hat mir verschiedene Gedichte übergeben. Eines derselben kann ich mich noch erinnern. Ich hatte die Schlacht bei den Pyramiden besonders ausführlich und lebendig geschildert. Er zeigte mir bald darauf die Behandlung in gebundener Rede. Ich hielt X. nicht für krankhaft erregt, sondern für hochbegabt, interessierte mich für ihn und habe manchmal gedacht: Was mag aus ihm geworden sein, was hätte bei einer zielbewussten, tieferen Bildung aus ihm werden können? Er war ein verträglicher Charakter. Ich kann mich nicht besinnen, dass er mich auch nur einmal belogen hätte. In seinen Schilderungen der Natur zeigte er, besonders wenn man sein damaliges Alter in Betracht zieht, gewisse Ueberschwänglichkeiten. Er warf zuweilen Streitsfragen auf, die er mit grosser Gewandtheit dann verteidigte. Er war durchaus kein Sonderling, sondern nahm an den Spielen seiner Kameraden teil. Ueber die Entwicklung seiner Sexualität ist mir nichts Besonderes bekannt. Vielleicht hat seine körperliche Entwicklung und Kräftigung nicht Schritt gehalten mit der überraschenden geistigen Entwicklung. Die Familie hatte wohl mit Nahrungs-sorgen zu kämpfen.“

Um das Bild zu vervollständigen, seien hier, soweit nicht schon oben verwertet, die Mitteilungen angefügt, die der Vater des Kranken auf Grund einer genau formulierten Fragestellung uns machte. Der Vater schreibt:

„Wie schon auf dem Fragebogen erwähnt, gab es in der Schulzeit und auch in den ersten drei Jahren nach dieser keinen arbeitsfreudigeren, streb-sameren Menschen wie meinen Sohn. Auch seine Lehrfirma N. N. waren voll des Lobes über ihn betreffs seiner Leistungen und Benehmens. Im dritten Jahre wohl seiner Lehrzeit musste er eines Geschwüres wegen an der Hüfte im hiesigen städtischen Krankenhaus N. N. operiert werden. Er lag 24 Tage da. Nach dieser Zeit war es dann vorbei mit den persönlichen Grundfesten und ver-nünftigen Lebensanschauungen meines Sohnes. Er ging fast auf im steten Schreiben und Lesen und versäumte dabei sein Geschäft tage- und wochen-weise. Vorhaltungen seitens seines Vaters wurden von ihm ganz energisch zurückgewiesen. Alle Ermahnungen waren nutzlos. Er war vollkommen eigen-sinnig und liess sich auch nicht im geringsten davon abhalten, sein Taschengeld in Büchern anzulegen und oft bis in die Nacht hinein zu schreiben und zu lesen. Ehe er zu Bett ging, nahm er oft (jedenfalls infolge Ueberanstrengung) ein Wannenbad mit eisigkaltem Wasser trotz Verbots. Er litt auch an Kopf-schmerzen und liess sich nachtsüber Umschläge machen. Er war dann sehr lange Zeit in nervenärztlicher Behandlung. Dann ging er wieder kurze Zeit ins Geschäft, allerdings ohne jedes Interesse dafür, und dann im Juni vorigen Jahres blieb er, ohne ein Wort zu äussern (er war über sein Persönliches stets wortkarg und in sich verschlossen), von unserm Haus fort, nachdem er sich

noch vorher mit Geldmitteln versehen hatte, und wir erhielten dann die erste Nachricht erst aus Ihrer Hand . . . Noch bemerken möchte ich, dass sich mein Sohn meines Wissens aller alkoholischen Getränke enthalten hat und wohl kein Vergnügen irgendwelcher Art mitgemacht hat. Was nun die Ursache seines so plötzlichen inneren Umsturzes gewesen ist, ist für mich natürlich nicht erklärlich . . .

Die einzelnen Fragen der Klinik beantwortet der Vater noch dahin, dass X. vom 16. Jahre an nervös und reizbar war, besonders wenn er nicht erhielt, was er sich einmal in den Kopf gesetzt hatte; er war eigenwillig. Krankhafte Neigungen — etwa zum Lügen, Stehlen, Tierquälen — hatte er nicht. An den Spielen der Altersgenossen nahm er nicht viel teil und war stets mehr für sich allein. Den Eltern und Geschwistern gegenüber war er sehr verschlossen. Zeitweise Zustände von Depression traten nicht auf. Eine strafbare Handlung (etwa in Geldangelegenheiten, im Geschäft des Vaters) hat X. sich früher nie zu schulden kommen lassen. In der Schule war er alle acht Jahre Klassen-erster. In der Buchdruckerfachschule, wo er drei Jahre war, erhielt er jedes Jahr eine Prämie.

Aus dem Schreiben des Vaters geht schon hervor, dass X. längere Zeit in nervenärztlicher Behandlung war. Herr Privatdozent Dr. Quensel — dies war der betreffende Nervenarzt — hatte die Liebenswürdigkeit, uns folgende Auskunft zu geben:

„Auf Ihre Anfrage vom 25. 10. 1912 kann ich Ihnen mitteilen, dass der Schriftsetzerlehrling X., damals 18 Jahre alt, zuerst vom 14. 7. bis 16. 9. 1910 in meiner Poliklinik für Nervenkrankte behandelt worden ist. Er ist nicht belastet, hat mit sechs Jahren eine Kopfwunde erlitten, sonst war er nicht krank. Er litt damals seit einem halben Jahr an Kopfschmerzen und Schwindelanfällen beim Bücken und bei Anstrengungen, Flimmern, Schwarzwerden vor den Augen. Die Gegenstände drehten sich vor ihm, so dass er sich geradezu niedersetzen musste. Er habe dumpfes Gefühl im Kopfe, könne keine Gedanken fassen, habe Ohrenklingen, Uebelkeit, aber kein Erbrechen, schlafe trotz Müdigkeit schlecht.

Objektiv fand sich lediglich Anämie und Pulsbeschleunigung bis zu 120 Schlägen in der Minute; der übrige Befund war normal, auch der Augenhintergrund, und der Verdacht einer Bleivergiftung wurde durch Blutuntersuchung im hygienischen Institut entkräftet. X. klagte immer darüber, er sähe, wie sich die Decke minutenlang über ihm und zwar im Gegensinne des Uhrzeigers drehte. Vor seinen geschlossenen Augen fliessé ein Gewebe vorbei. Wegen Kopfschmerzen und Schwindel musste er zeitweise Bettruhe einhalten. Bisweilen hatte er Nackenschmerzen, Nackensteifigkeit. Am 15. 9. 1910 hatte er einen Ohnmachtsanfall. Wegen einer Schmerhaftigkeit des linken Hüftgelenks musste ich ihn damals der chirurgischen Poliklinik überweisen.

Am 23. 10. 1911 kam er wieder in poliklinische Behandlung mit Klagen über Kopfdruck, Schwindel und Erbrechen. Ein charakteristischer objektiver Befund fehlte auch diesmal. Wir erfuhren noch von seinem Vater, dass er ganze Nächte hindurch philosophische Schriften und Romane lese, auf alle Zettel unverständliches Zeug von Weltuntergang und Elternliebe und dergleichen

schreibe, mit seinen Geschwistern in Streit gerate und einmal die Küche zu Hause demoliert habe. Bis zum 21. 3. 1912 ist er behandelt worden.“

Diese objektiven Anamnesen ergänzt der Kranke selbst noch in einigen Punkten. Die Kopfschmerzen, an denen er besonders im Jahre 1910 litt, traten ausgesprochen anfallsweise auf und waren von grosser Heftigkeit. Wegen seiner nervösen Beschwerden war er auch vier Wochen in einer Nervenheilstätte. Alkohol- und Nikotinmissbrauch sowieluetische Infektion wird verneint. Es finden sich dafür auch keine Anhaltspunkte. In sexueller Hinsicht ist X. auf fallend früh entwickelt gewesen. Schon mit zehn Jahren hatte er den ersten Verkehr. Mit 14 Jahren trieb er etwa ein Jahr Onanie in mässigem Grade. In den letzten Jahren hatte er regelmässig fast täglich Sexualverkehr mit seinem „Verhältnis“. Hinsichtlich der Schulbildung ist noch zu erwähnen, dass X. drei Jahre Unterricht im Französischen und ein Jahr im Englischen hatte. Latein könne er ein wenig, vom Griechischen das Alphabet. In der Fortbildungsschule lernte er u. a. fliessend stenographieren. Seine übrigen umfassenden Kenntnisse, insbesondere in der Literatur, hat er sich ausschliesslich durch Selbststudium angeeignet. Zu statten kam ihm dabei eine Privatbibliothek von fast 6000 Bänden, mit deren Besitzer er befreundet war. X. verkehrte viel mit Journalisten und befasste sich auch theoretisch mit Politik.

Aehnliche Zustände wie den, der ihn in die Klinik führte, will X. bisher nie gehabt haben. Einige Tage, nachdem er in dieser Hinsicht befragt worden, erzählt er jedoch spontan von einem eigentümlichen Erlebnis, das ihm nachträglich eingefallen ist. Als er vor ein bis zwei Jahren sehr ermüdet von einem Ausflug mit seinem Freunde heimkam, habe er in der Dämmerung auf der Landstrasse allerlei schreckhafte Schatten und Gestalten gesehen. X. schildert recht eindrucksvoll, wie ihm die bekannte Landschaft ganz verändert und unheimlich vorgekommen sei. Und obgleich er sich des Grauens nicht habe erwehren können und immer wieder die Schatten um ihn Tier- und Menschenformen angenommen hätten, habe ihm doch fortwährend sein Verstand gesagt, dass alles nur Täuschung sein könne. Es sei ein eigentümlicher Zustand wie zwischen Schlafen und Wachen gewesen. Neben den erwähnten Täuschungen habe er, gibt der Patient weiter an, grausige Pyramiden von menschlichen Leichnamen gesehen, Leiber, Glieder, Köpfe längs der Landstrasse durcheinandergeworfen. Es sei ihm dabei gewesen als habe er keinen Körper. Er habe sich selbst geschlagen und nichts gefühlt. Jede Empfindung für Raum und Zeit habe ihm gefehlt. Es war ihm, als irre er als körperloses Wesen seit Ewigkeiten durch die Welt. Amnesie bestand am nächsten Morgen angeblich nicht. X. sah aber vollkommen ein, dass es sich nicht um Wirklichkeit, sondern nur um einen vorübergehenden krankhaften Zustand gehandelt haben konnte.

Nachdem wir nunmehr über die Vorgeschichte des Kranken im Zusammenhang orientiert sind, wenden wir uns wieder der weiteren Beobachtung seines psychischen Zustandes zu. X. war also am Nachmittag des 19. 10. 13 klar und orientiert. Es wurde ihm nun gleich aufgetragen, an seine Angehörigen zu schreiben, da diese doch um sein Schicksal nichts wussten. X. kam dem-

Verlangen nach. Das Schreiben wurde ihm aber ausserordentlich schwer. Während er in seinen früheren Schriftstücken eine verblüffende Schnelligkeit im Finden des richtigen Ausdrucks, eine an Ideenflucht erinnernde Leichtigkeit der Produktion gezeigt hatte, musste er sich jetzt mühsam Satz für Satz zusammensuchen. Eine gewisse Hemmung war unverkennbar. Den ersten Versuch eines Briefes an die Eltern vernichtete er, weil er angeblich „ganz unbrauchbar“ war. Schliesslich brachte er nach stundenlangem Sitzen einen kurzen Schriftsatz zu Papier, der in recht charakteristischer Weise, wie folgt, beginnt:

„Man sagt mir, und die Umstände, soweit ich mich erinnere, lassen es glaubhaft erscheinen, dass ich eine gewisse Periode ohne Verstand gewesen. Eine Zeitlang dachte ich schaudernd an die Möglichkeit, dass ich auch hätte sinnlos, schwachsinnig bleiben können . . .“

Der Patient klagt dann weiter in ziemlich verworrender Weise, dass er nicht anders habe handeln können als er getan habe. Es sei alles gegen seinen Willen so gekommen. Nachdem X. den Brief niedergeschrieben, klagt er über heftige Kopfschmerzen und ist augenscheinlich deprimiert. Er äussert, dass er sich sehr unglücklich fühle, — „Sie wissen ja nicht, wie es in mir aussieht“.

An einem der nächsten Tage wird eine genaue körperliche Untersuchung vorgenommen. Sie ergibt einen Befund, der in einigen Punkten beträchtlich abweicht von dem zuletzt am 15. 10. 13. erhobenen. Das Gesichtsfeld ist jetzt völlig normal. Von der damals gefundenen konzentrischen Einschränkung ist keine Spur mehr nachzuweisen. Die Bindehautreflexe sind jetzt auslösbar, aber in schwacher Intensität. Der Würgreflex fehlt noch. Die Patellarreflexe sind gesteigert. Dermographie unverändert. Noch leichte Pulsbeschleunigung, 102 Schläge in der Minute. Bemerkenswert ist, dass X. nicht die geringste Erinnerung an die frühere Gesichtsfeldaufnahme hat, bei der er doch, wie betont wurde, gutes Verständnis und Entgegenkommen zeigte. Der Apparat und die einzelnen Hantierungen sind ihm etwas ganz Neues.

Gedächtnisstörungen, Erinnerungsfälschungen, wesentlichere und dauernde Hemmungen der Ideenassoziation werden jetzt nicht beobachtet. Sieben Ziffern werden ohne Fehler leicht nachgesprochen. Eine fünfstellige Zahl wird nach fünf Minuten, während deren der Kranke intensiv anderweitig beschäftigt wurde, richtig wiederholt. Rückläufige Assoziationen (Monate, Wochentage) werden fehlerlos und sehr rasch produziert. Bei Leistungen jedoch, die eine länger anhaltende Konzentration der psychischen, insbesondere der intellektuellen Fähigkeiten erfordern, treten noch deutliche Ausfallserscheinungen zutage. So verfasst der Patient einen Brief an einen Freund. Er braucht dazu fast einen ganzen Tag und klagt selbst, dass ihm das Schreiben „im Gegensatz zu früher (!) so schwer werde“; er könne seine Gedanken gar nicht recht zusammenbringen. Dieser Komplex von Ausfallssymptomen ist am Nachmittag deutlicher ausgesprochen als am Vormittag. Der fragliche Brief, bei dessen Niederschrift die Erscheinung besonders deutlich war, ist viel kürzer als manche Schriftsätze, die der Kranke früher innerhalb eines Tages in der Klinik ver-

fasste. Gleichwohl ist er umfangreicher als das dürftige Schreiben an die Eltern. K. spricht sich selbst etwas eingehender darin über seinen Zustand und seine bisherige psychische Entwicklung, so wie er sie beurteilt, aus.

Besonders betont er seinen Wissensdrang, der ihn seit Jahren beseelt und oft gequält habe: „Ich war in gewissen Momenten kein Mensch mehr, sondern nur noch eine einzige, grosse, gequälte, harrende und verstörte Frage: Wo liegt und was ist die Wahrheit über das Leben?“ — Im Vergleich mit dem fünf Tage früher verfassten Schreiben an die Eltern ist auch inhaltlich ein Fortschritt nicht zu erkennen: das ganze ist flüssiger geschrieben, die einzelnen Gedanken sind logischer aneinandergereiht, der ganze Brief hat mehr „Hand und Fuss“. Bemerkenswert ist, dass X. dem Freunde nicht das Nächstliegende mitteilt, ihm nicht über sein Umherreisen in Deutschland, seinen Aufenthalt in der Klinik, seine Krankheit berichtet, sondern sich in allgemeinen psychologischen Gedankengängen ergeht.

Die Symptome einer Insuffizienz der gesamten psychischen Fähigkeiten waren in den folgenden Wochen noch in wechselnder Deutlichkeit zu erkennen. Der Kranke klagte besonders noch in den letzten Oktobertagen viel über Müdigkeit und Abgeschlagenheit. Bei geistigen Leistungen trat eine abnorm rasche Erschöpfbarkeit zutage. Auf körperlichem Gebiet blieben die allgemeine Steigerung der Sehnenreflexe und die vasomotorische Uebererregbarkeit dauernd bestehen. Hinzu trat ein auffälliges Symptom, das etwa fünf- bis sechsmal in Abständen von mehreren Tagen beobachtet wurde, nämlich profuses Nasenbluten. Es setzte ohne besondere Veranlassung ein. Die Untersuchung der Nase und der Rachenorgane ergab keine wesentlichen Abweichungen von der Norm. Der Kranke berichtete übrigens, dass er in den letzten zwei bis drei Jahren schon öfter daran gelitten habe. Ein periodisches Auftreten des Nasenblutens wollte er nicht bemerkt haben.

Mehrere Wochen hindurch plagten den Kranken schreckhafte Träume. Die Traumbilder waren oft besonders charakterisiert durch das Grauenhafte ihres Inhalts. So sah er sich einmal auf dem abgehackten Kopf seiner jüngeren Schwester stehn. In der ersten Zeit nach Ablauf der eigentlichen Psychose spielten auch Erinnerungsbilder aus dieser in die Träume hinein. So berichtete X. am 26. 10. 12, dass er sehr lebhaft von seiner Bootsfahrt auf dem Rhein geträumt habe. Er habe sich aber im Traum auf dem Mississippi, nicht auf dem Rhein befunden. Die Fahrt war sehr gefährlich, und er stand im Traum eine solche Angst aus, dass er davon erwachte. Es sei daran erinnert, dass der Kranke in wachem Zustand nichts von einer während der wirklichen Fahrt auf dem Rhein ausgestandenen Angst weiß!

Ueber das Affektleben des X. wäre folgendes zu sagen. In der ersten Woche nach Ablauf der Psychose stand er seiner geistigen Erkrankung ganz ratlos gegenüber. Wenn man sich mit ihm über seinen Zustand unterhielt, so zeigte er keinen Affekt und war eigentlich ganz gleichgültig. Etwa von Anfang November an erwachte aber sein Interesse. Er besprach jetzt mit dem Arzt das Wesen seiner Krankheit, seine Vorgeschichte und seine ganze psychische Entwicklung und zeigte dabei viel Verständnis. Auch in der Folgezeit blieb die

volle Krankheitseinsicht dauernd erhalten. In noch einer weiteren Beziehung gewann übrigens die Erinnerung an die überstandene Krankheit eine affektive Betonung, insofern X. sich ihrer in gewisser Hinsicht schämte. Mehrfach bat er, wenn man „seinen Fall“ veröffentlichte, doch unter allen Umständen darauf zu achten, dass man weder ihn noch seine Angehörigen wiedererkennen könne. Im Betragen zeigte sich X. immer freundlich und zugänglich, ohne Launen, ohne Reizbarkeit. Er beschäftigte sich weiterhin viel mit Lektüre, die er vorzugsweise aus den Privatbibliotheken der Aerzte erhielt, und war dafür stets sehr dankbar.

Am 9. 11. 1912 wurde X. auf der 42. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte zu Strassburg vorgestellt. Er benahm sich dabei in keiner Hinsicht auffällig, beurteilte die Situation völlig korrekt und reagierte mit normalem Affekt auf das, was er hörte und sah, — auch bei der Demonstration seiner Zeichnungen mit dem Projektionsapparat.

Ob die nervösen Ausfallserscheinungen, die X. mehr oder weniger dauernd bot, schon vor der Psychose bis zu einem gewissen Grade bestanden, muss dahingestellt bleiben. Jedenfalls hat X., wie aus der Anamnese hervorgeht, schon früher an solchen Erschöpfungssymptomen neurasthenischer Art gelitten, und die jetzt noch bestehenden Krankheitszeichen hätte man ja auch gut als neurasthenisch ansprechen können. Es waren jedoch auch Ausfallserscheinungen sehr bemerkenswerter Art zu beobachten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit vor der Psychose nicht bestanden hatten, und diese lagen auf rein intellektuellem Gebiete. Sie betrafen zwar nicht die intellektuelle Leistungsfähigkeit, wohl aber den intellektuellen Besitzstand, nämlich eine ganz bestimmte Gruppe früher erworbener Erinnerungsbilder und assoziativer Verknüpfungen. Früher soll X. ziemlich fliessend haben stenographieren können, etwa 80 Silben in der Minute. Er war auch beobachtet worden, während er im Verlauf seiner Krankheit ein längeres Stenotachygramm zu Papier brachte. Damals schrieb er ganz flott. Jetzt vermag er nur noch sehr langsam und mit Anstrengung zu stenographieren. Er erklärt, dass er sich immer erst die Schriftzeichen vorstellen müsse. Sie fielen ihm nicht rasch genug ein. Es handelt sich also entweder um eine Erschwerung der Reproduktion der Schrifterinnerungsbilder oder um eine Ablassung, einen gewissen Grad von Zerstörung dieser psychischen Elemente. Ein ähnlicher Symptomenkomplex lässt sich an den fremdsprachlichen Kenntnissen des X. nachweisen. Er vermag auch einen einfachen englischen Text nicht mehr richtig vorzulesen. Auch die einfachsten Worte wie z. B. die Demonstrativpronomina vermag er nicht mehr richtig auszusprechen. Er versichert, dass er früher ganz fliessend habe lesen und richtig aussprechen können. Er habe die Aussprache total vergessen. Da X. ein Jahr lang englischen Unterricht gehabt hat, so ist unter Berücksichtigung seiner sonstigen Leistungen und seiner doch erst wenige Jahre zurückliegenden Schulzeit nicht anzunehmen, dass er so wenig gelernt oder schon vor der Psychose so viel vergessen habe, um auch nur die einfachsten Worte noch richtig aussprechen zu können. Für eine solche Annahme ist die vorliegende Störung zu grob. Viel wahrscheinlicher ist, dass es sich hier in der Tat um einen erst nach der

Psychose in Erscheinung getretenen Komplex von Ausfallssymptomen handelt. Die Störung scheint dabei nur die Aussprache, also Wortbewegungsvorstellungen, nicht aber die Schriftbilder zu betreffen. Denn wenn dem Patienten ein englisches Wort oder ein ganzer Satz, dessen Schriftbild er im Text vor sich hat, vorgesprochen wird, so fällt ihm augenblicklich die richtige Aussprache ein, und er spricht dann richtig aus. Und wenn nach einiger Zeit dasselbe Wort oder dieselbe Wendung wiederkehrt, so vermag er ohne Hilfe richtig auszusprechen. Im Gegensatz zum Englischen liest X. französisch ganz leidlich. Hierbei hat er auch subjektiv nicht die Empfindung, als habe sich etwas gegen früher geändert. Allerdings hat X. drei Jahre französischen Unterricht gehabt. Die festere assoziative Verknüpfung dieser sprachlichen Erinnerungskomplexe hat sie also wohl vor einer nachweisbaren Läsion bewahrt.

Abgesehen von diesen Störungen, die sich indessen nach und nach etwas auszugleichen schienen, waren während der ganzen Dauer der Beobachtung — und diese reichte bis Ende März 1913 — keine Ausfallssymptome der intellektuellen Fähigkeiten nachzuweisen, insbesondere keine solchen, die auf einen angeborenen Defekt gedeutet hätten. Es wurde aber schon betont, dass bei den psychischen Fähigkeiten unseres Patienten, bei seinem psychischen Niveau, die üblichen Methoden der Intelligenzprüfung von vornherein viel zu wenig subtil, viel zu grob erschienen, um mit ihnen zu brauchbaren Resultaten zu kommen. Das zeigte sich besonders auch bei einer Probe, die sonst Defekte und überhaupt Störungen der Ideenassoziation leicht aufdeckt. Dem Patienten wurde folgende kleine Geschichte einmal vorgelesen:

„Im indischen Ozean wurde der Sohn des Pfarrers Herbig aus Holzengel bei Greussen von einem Haifisch verschlungen. Er war als erster Offizier auf einem Hamburger Dampfer angestellt und wurde durch eine Welle plötzlich über Bord gespült. Da eine Rettung sich als unmöglich erwies, wurde der unglückliche junge Mann vor den Augen der entsetzten Schiffsmannschaft von einem den Dampfer umkreisenden Haifisch erfasst und zum Meeresgrunde gezogen, einen dunklen Blutstreifen hinter sich lassend.“

Die Nacherzählung dieser Geschichte pflegt neben anderem nicht selten ein Haften am Nebensächlichen oder ein phantastisches Ausschweifen oder Hinzudichten — letzteres besonders bei Hysterischen und bei Kindern — zu zeigen. (Ziehen.) Obgleich X. doch fraglos nach allem, was er bisher geboten, eine gesteigerte Phantasietätigkeit und erleichterte Ideenassoziation hatte, unterblieb hier jede Ausschmückung der Erzählung. Abgesehen von den Eigennamen wurde auch das Ganze ziemlich inhaltsgetreu wiedergegeben. Auf eine Merkstörung war also wohl auch nicht zu schliessen. X. reproduzierte die Geschichte schriftlich in folgender Form:

„Im indischen Ozean wurde der junge Seeoffizier Herbig aus bei in Ausübung seines Dienstes von einer plötzlichen Sturzwelle über Bord gespült und verschwand vor den Augen der entsetzten Bordmannschaft, ohne dass ihm Hilfe werden konnte, im ungeheuren Rachen eines herbeieilenden Haifisches, einen dunklen Blutstreifen hinter sich lassend.“

Viel geeigneter als dieser Versuch war es, wie sich herausstellte, den Patienten auf Reizworte assoziieren zu lassen. Es ergaben sich dabei so charakteristische Resultate, dass ich die ganze Assoziationstabelle hier mitteile.

hell „wüsste ich gar nichts“.	lagerter Menschenstaub und Gewandstaub“.
dunkel „momentan fällt mir nichts ein“.	stinkend „Shakespeares Witz: er soll zu Mörtel verrieben, und Latrinenrohre sollen damit ausgestrichen werden“.
weiss —	süss „Scherzwort: — jetzt ist es mir augenblicklich wieder entfallen“.
schwarz „Trauergestalten, Begräbnis“.	sauer —
rot —	bitter „Golgatha“.
grün —	salzig —
ruhig —	Sonne „Goethes Frühlingslied: Hier bin ich Mensch, hier darf ich's sein“.
langsam —	Sterne „Meyer, Bewohnte Welten“.
kalt —	(Kosmosbändchen, das er unlängst gelesen hat).
Lampe „ein Kunstdruckblatt, ein bestimmtes: eine Halbweltdame im Lampenschein. Der Kontrast war hervorgehoben zwischen dem dunklen Zimmer und dem weissen Körper“.	Krankheit „eigene Operation, Abszess am Becken“.
Palast „ich hatte einmal die Idee, ein Gedicht über einen Eispalast zu bringen, aus dem Nordstürme her vorbrechen“.	Unglück „Victor Hugo, Les Misérables“.
Strasse „Peterstrasse, Leipzig“.	Verbrechen „Referat über ein Berliner Zuchthaus, das ich unlängst gelesen“.
Bett —	Verfolgung —
Spiegel „Leo Putz, Dame vor dem Spiegel“.	Liebe „Leiden des jungen Werther“.
Tisch „Stillleben mit Früchten“.	Furcht „Traum vor einigen Jahren: stand in absolutem Dunkel und hatte die Vorstellung, Mittelpunkt aller Welt zu sein“.
kreischend „Maschinenlärm“.	Hass —
gellend „Weibsperson, nicht ehrbare“.	List „Fuchs“.
schmerzlich „Dantes Hölle“.	Befehl „Hauptmann von Köpenick“.
kitzelig „eine ganze Episode: habe mich mal mit einem Mädchen zum Scherz gekitzelt“.	Tätigkeit —
hungrig „bestimmtes Bild: eine sym bolische Frauengestalt in sibirischer Eislandschaft, dahinter sprungbereite Wölfe“.	Gesetz „Solon“.
durstig „Jules Verne'sche Episode: Fergusson, als der Ballon die Sahara durchquerte (5 Wochen im Ballon)“.	Staat „Anarchie“.
duftig —	Ordnung „Sprüchwort; dessen Begriff im allgemeinen“.
modrig „aha! Moritz Jokai, Weiberlist. Eine schauerliche Szene in unterirdischem Gang, wo Leichen seit Jahrhunderten liegen, — abge-	Traum —
	Denken „Hofnarr“.
	Schlaf „Hypnose“.
	Erkenntnis „ich weiss, dass ich nichts weiss“.

Absicht —	Schieferfertafel „Otto Ernst, Asmus Sempers Jugendland“.
Dummheit „Masse“.	Zuckerhut „Zuckerpflanzungen“.
Gericht „Tolstoi, Auferstehung“.	Haifisch „die kleine Geschichte, die ich nacherzählen sollte“ (s. oben).
Sohn —	Wasserfall „Niagara — Gedicht von Lenau, Die drei Indianer“.
Mohn	Oelkanne —
Lohn	Kehrbesen „Küchenfee“.
Hund	Vogelkäfig „bestimmte Episode: Stiegitz an Leimrute, den ich einmal befreit hatte“.
Wurm	Vogelfutter „Papageienschwarm“.
Regenwurm“.	Raubvogel „Alpen“.
Koffer —	Vogelei „bestimmte Methode, sich der Adlereier zu bemächtigen“.
Pfeffer —	Singvogel —
Affe „Urwald“.	Schulhaus „das eigene Schulhaus in N.“.
Löffel „bestimmte Kinoszene: Kinder, die mit Löffeln sich im Gesicht herumpatschen“.	Schullehrer —
Gummiball „Spielzeug“.	Schulferien —
Rauchtabak „Seeleben“.	Schulbuch —
Nähmaschine „Singer“.	Schulhof —
Walfisch „Jules Verne, Kapitänen von fünfzehn Jahren“.	
Lehnsessel „Strindberg, Rote Zimmer“.	
Waschkessel „Explosion“.	
Haselnus —	
Malkasten —	

Im wesentlichen geht aus dieser Assoziationstabelle zweierlei hervor: erstens werden bei X. durch die Reizworte vorwiegend optische Erinnerungsbilder ausgelöst, und zweitens sind diese Erinnerungsbilder von einer überraschenden Buntheit und Vielseitigkeit. Das Moment des Phantastischen ist es, das sie charakterisiert.

X. blieb bis zum 1. 4. 1913 in der Klinik. Wesentliche Krankheitserscheinungen wurden nicht mehr an ihm beobachtet. Die Restsymptome, die dauernd nachzuweisen waren und sich auch nicht zu ändern schienen, sind bereits oben besprochen worden. Sie waren vorwiegend neurasthenischer Art. Bis zu seiner Entlassung beschäftigte sich der Patient noch vielfach schriftstellerisch. So führte er einen während der Psychose niedergeschriebenen Bericht aus Alexanderbad im Fichtelgebirge, wo er vor seiner Aufnahme in die Klinik — wahrscheinlich schon in psychotischem Zustand — in der Tat gewesen war, weiter aus und gestaltete ihn zu einer Novelle, die von einer Zeitung angenommen und zum Abdruck gebracht wurde. Ausserdem schrieb er noch verschiedene Feuilletonartikel, die ebenfalls in der betreffenden Zeitung erschienen und entsprechend honoriert wurden. Aus leicht ersichtlichen Gründen muss von einer Mitteilung von Proben dieser Produktionen abgesehen werden. In Form und Stil, in der Neigung zum Phantastischen, hatten sie grosse Aehnlichkeit mit einzelnen Schriftstücken aus der Zeit der Psychose.

Der Kranke verliess, mit einigen Geldmitteln versehen, die er sich durch seine Artikel verdient hatte, die Klinik, um zunächst bei Verwandten auf dem

Lande sich noch zu erholen und sich später, wie er angab, der „journalistischen Laufbahn“ zu widmen.

Epikrise.

Ueberblickt man die im Vorstehenden eingehend geschilderte Psychose, so wird man ohne weiteres zugeben, dass es sich hier sowohl hinsichtlich des Verlaufs als auch hinsichtlich der Symptomatologie um ein recht eigenartiges Krankheitsbild handelt. Seine Einreihung in die Gruppen der uns bekannten Psychosen begegnet von vornherein Schwierigkeiten. Wir sehen von einer solchen Einreihung vorerst als wenig versprechend ab und wollen statt dessen durch eine möglichst weitgehende Zurückführung der vorliegenden Krankheitssymptome auf einheitliche Ursachen versuchen, in den Zusammenhang des hier stattgehabten psychopathologischen Geschehens einzudringen. Zu diesem Zweck werden wir die bei unserem Kranken beobachteten pathologischen Symptome zunächst einer ordnenden Zusammenstellung unterziehen müssen, und zwar nicht nur, soweit solche im Verlauf der eigentlichen Psychose vorkamen, es wird auch die ganze Entwicklung des Kranken sowie sein psychisches und körperliches Verhalten bis zu seiner Entlassung aus der Klinik eingehend zu berücksichtigen sein.

Charakteristisch für die in Frage stehende Psychose sind in erster Linie ihr Beginn, ihr Verlauf und ihr Ende. Sie setzt ziemlich rasch ein, erstreckt sich über mehrere Monate, um plötzlich zu enden und in Genesung überzugehen. Ihre einzelnen Symptome zeigen besondere Eigentümlichkeiten, die gleich des näheren zu besprechen sein werden. Für den weitaus grössten Teil ihres Verlaufs besteht Amnesie. Wir pflegen eine solche Psychose als Dämmerzustand zu bezeichnen. Mit dem Wort Dämmerzustand — das sei schon hier betont — stellen wir keine Diagnose im ätiologischen oder pathogenetischen Sinne, sondern sagen nur etwas über den charakteristischen Verlauf aus. Für das Verständnis des psycho-pathologischen Prozesses ist mit dieser Bezeichnung nicht das Mindeste gewonnen.

Die psychische Erkrankung wuchs in unserem Falle nun nicht ganz unvermittelt aus der Breite des Gesunden heraus. Vielmehr berichten uns die anamnestischen Erhebungen über eine ganze Anzahl mehr oder weniger bemerkenswerter Symptome, die in ihrer Gesamtheit für die Aetioologie in Betracht kommen können. Sie seien im folgenden zusammengestellt:

Der Vater soll zeitweise an melancholischen Zuständen gelitten haben. Ob mit diesem Moment von einer erblichen Belastung gesprochen werden kann, muss dahingestellt bleiben. Der Begriff der erblichen Belastung ist ein so vager, dass er überall mit grösster Vorsicht ver-

wendet werden sollte. Das Vorkommen von Affektstörungen in der nächsten Aszendenz unseres Kranken sei daher nur als Tatsache registriert. Als Kind hat X. eine Kopfverletzung erlitten. Nach jeder Richtung hin entwickelte er sich sehr rasch und auffallend früh. Das gilt insbesondere von seinem Intellekt, aber auch in körperlicher, speziell sexueller Hinsicht. In der Schule gilt er für ein Phänomen. (Vgl. den Bericht des Lehrers.) Wir sehen weiterhin, dass X. bei einfacher Volkschulbildung sich ein Wissen aneignet, welches das für gewöhnlich in seinen Kreisen anzutreffende Mass ganz erheblich überragt. In seinen in der Psychose verfassten Schriftsätzen wimmelt es von Zitaten aus allen möglichen Schriftstellern. Eine ganz verblüffende Belesenheit macht sich darin breit. Alles dies hat er sich durch rastloses Selbststudium angeeignet. Auch in dem Kriterium des Autodidaktentums müssen wir ein von der Norm abweichendes psychogenetisches Moment bei X. anerkennen, umso mehr, als heutzutage der Erwerb von Bildung und Wissen bei der ganz überwiegenden Mehrzahl der Menschen in wohl ausgetretenen und wohlungsgrenzen Bahnen vor sich zu gehen pflegt. Neben hervorragenden Fähigkeiten auf intellektuellem Gebiete — in der Schule sitzt er natürlich immer auf dem ersten Platz — zeigen sich bei X. früh leichte Störungen auf anderen Gebieten des psychischen Lebens. Er wird reizbar und verschlossen. In seine Umgebung vermag er sich nicht mehr zu schicken. Mit den Angehörigen vermag er nicht mehr auszukommen; unverstanden zieht er sich von ihnen zurück. Fast während der ganzen freien Zeit, die ihm nach der Entlassung aus der Schule die Lehrlingsarbeit in der Buchdruckerei lässt, begräbt er sich in Büchern, schliesslich in solchem Masse, dass die Nachtruhe darunter leidet. Nervöse Störungen stellen sich ein. Mit 17 Jahren schon muss er deshalb nervenärztlich behandelt werden. Der körperliche Zustand wird durch eine Osteomyelitis (?) am linken Femur, die Operation notwendig macht, verschlechtert. Seinem Milieu, seiner Umgebung entfremdet X. sich immer mehr. Er fühlt sich unglücklich in ihr. Gelegentlich kommt es zu unliebsamen Auftritten. Sein Phantasieleben steht mit der Wirklichkeit in schärfstem Kontrast. Er lebt und webt in seinen Büchern, in fernen Ländern und exotischen Situationen. Ein Zeichen für die hohe Ansprechbarkeit seiner Phantasie, für seine Neigung zu Illusionen und Täuschungen der Wahrnehmung ist das merkwürdige Erlebnis am Schluss einer sehr ermüdenden Wanderung (siehe oben S. 129). Dass die Ermüdung die adäquate Wahrnehmung der Umgebung zu beeinträchtigen und die erwähnte Ansprechbarkeit der Phantasie zu erhöhen imstande war, dürfte einleuchten, zumal bei einer Psyche wie der unseres Patienten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass wir es vor dem Beginn der Psychose mit einem Individuum von einer frühzeitig und in hohem Masse entwickelten Intelligenz zu tun haben. Mit einer sehr leichten Anffassungsfähigkeit, mit einer Neigung zu erleichterter Assoziation, zu rascher Anknüpfung und Aneinanderreihung von Vorstellungskomplexen verbindet sich ein enormes Gedächtnis. Ein Mensch von diesen Gaben, der dabei fort dauernd durch Selbststudium seine Kenntnisse erweitert, ist nun hineingepresst in engste häusliche und berufliche Verhältnisse. An der Tätigkeit eines Schriftsetzerlehrlings findet er wenig Freude. Im elterlichen Hause findet er kein Verständnis für seine von denen der Altersgenossen total verschiedenen Interessen und Neigungen. Mit diesen von Jahr zu Jahr immer schärfer sich ausbildenden Kontrasten sind naturgemäß dauernde Unlustaffekte gegeben. Die ätiologischen Wurzeln der Psychose scheinen mir im wesentlichen in diesen Verhältnissen zu suchen zu sein.

Auf dem so vorbereiteten Boden erwächst nun die Psychose keineswegs mit einer solchen elementaren Plötzlichkeit, wie wir das z. B. bei epileptischen Dämmerzuständen gewohnt sind. Vielmehr wird sie durch Handlungen und durch mehr allmähliche Veränderungen des ganzen Verhaltens eingeleitet, die dann die ausgebildete geistige Störung aus der Breite des Gesunden heraus psychologisch entstanden erscheinen lassen. Mit anderen Worten: wir beobachten, dass zwischen der gesunden Psyche und der kranken¹⁾ ein kontinuierlicher, vom psychologischen Standpunkt aus begreiflicher Zusammenhang des psychischen Geschehens besteht.

Wenden wir uns nunmehr der Untersuchung der Symptome zu, welche der Kranke während der Psychose selbst bot.

Im Gegensatz zu der Mehrzahl der ähnlichen Dämmerzustände, die nach Ablauf der Psychose oder erst bei ihrem Ausklingen in die Hände des Arztes kommen, konnte in unserem Falle ja einmal eine solche Psychose innerhalb der Klinik beobachtet werden. Da erscheint besonders bemerkenswert, dass der Kranke sich ziemlich ausschliesslich mit den Gedankengängen beschäftigt, die in seiner gesunden Zeit in erster Linie sein Interesse in Anspruch genommen hatten. Es sind also die affektbetonten Assoziationskomplexe, die den Inhalt seiner ganzen psychischen Tätigkeit während der Krankheit ausmachen. Wir sehen dabei den Ablauf der Ideenassoziation selbst nirgends unterbrochen oder

1) An dieser Stelle muss besonders daran erinnert werden, wie relativ die Begriffe „gesund“ und „krank“ gerade auf psychischem Gebiete sind. Eine Abgrenzung kann stets nur konventionelle Bedeutung haben.

wesentlich gestört. Es wurde schon oben betont, dass innerhalb der mit der Aussenwelt nicht übereinstimmenden Ideengänge das Denken des Kranken fast ganz korrekt ist. Das Wesen des Krankhaften besteht darin, dass die Reize der Aussenwelt nicht in adäquater Weise verwertet und nicht adäquate Vorstellungsreihen an sie angeknüpft werden. Der Ablauf der psychischen Prozesse erscheint so losgelöst von der Aussenwelt oder — richtiger gesagt — von den Empfindungen, welche durch die Reize der Aussenwelt vermittelt werden, und er wird bedingt fast ausschliesslich durch in hohem Grade affektbetonte Erinnerungsbilder und an diese angeknüpfte Vorstellungsreihen. Das ist der Grund, weshalb auch in den Produktionen des Kranken nichts eigentlich Neues erscheint. Der Inhalt seiner schriftlichen Auslassungen ist vielmehr eine Reproduktion von früher Gelesenem und Erlebtem, nur in anderer Verbindung und anderen Zusammenhängen. In letzterem ist allerdings ein gewisses produktives Moment gegeben, das man als phantasmagorisches bezeichnen könnte: der Patient schafft sich selbst neue phantastische Situationen, bringt sie zu Papier und kann augenscheinlich nicht mehr unterscheiden, ob er diese Situationen wirklich erlebt hat oder nicht.

Es handelt sich aber bei alledem lediglich um Variationen, Kombinationen und Kontaminationen von früher psychisch Erlebtem, in erster Linie von früher Gelesenem. Gelegentlich werden Widersprüche und Unmöglichkeiten von dem Patienten ruhig hingenommen. Aber dieser geringe Grad von Dissoziation ist nur selten zu beobachten und steht dann ganz im Hintergrunde der psychopathologischen Prozesse. Es ist damit ähnlich wie mit dem Traum. Im Traum reihen wir sehr oft die Erinnerungsbilder nicht auf Grund ihrer assoziativ-gesetzlichen Beziehungen aneinander, sondern lose und oft bunt durcheinander geworfen, ohne an den Widersprüchen Anstoss zu nehmen. Nur ist dies bei unserem Kranken in viel geringerem Masse der Fall. Insofern weichen die psychischen Vorgänge mancher Träume von der Norm in viel höherem Grade ab¹⁾. Wenn man von einer Sejunktion sprechen will, so ist sie bei X. zwischen den durch die Reize der Aussenwelt gegebenen Empfindungsreihen und den normalerweise sich an diese anknüpfenden Vorstellungsreihen zu suchen. Im Hinblick hierauf erscheint mir bemerkenswert, dass unter den somatischen Störungen die Gesichtfeld-einengung besonders deutlich war, eine Veränderung, die doch auch gerade auf Störungen der Perzeption hinweist.

1) Gelegentlich bot X. in seinen Schriften auch rein sprachliche Kontaminationen. So schreibt er statt „Fleisch und Blut“ „Bein und Blut.“

Das oben hervorgehobene phantasmagorische Moment in den psychopathologischen Prozessen bei X. erstreckt sich nun nicht nur auf die phantastische Wiedergabe oder Umformung von früher Gelesenem und Erlebtem. Es wird weiterhin auch die Umgebung transformiert. Es kommt zu Situationsverfälschungen. Dabei handelt es sich nicht um eine einzige fortlaufende Verfälschung der Situation im Sinne eines leitenden Gedankens, eines umgrenzten Vorstellungskomplexes, sondern sprunghaft sieht der Kranke die Umwelt bald in dem, bald in jenem Gewande. Einmal glaubt er sich im Kongostaat zu befinden, ein anderes Mal in Neapel. Erst gegen das Ende der Psychose wird — fraglos ein Anzeichen der Besserung! — ein einziges Leitmotiv etwas länger festgehalten, eine „Mission“, zu deren Erledigung der Kranke die vermeintliche „Fahrt auf dem Mississippi“ unternahm. Eine gewisse Logik ist bei der Assimilation der Eindrücke der Umwelt an die pathologischen Ideengänge übrigens nicht zu erkennen. Es sei in dieser Hinsicht an die Episode der vermeintlichen polizeilichen Konfiskation von Zeichnungen (s. oben S. 118) erinnert: der Arzt wird dabei dem Kranken zu einem Polizeikommissar. Die phantastischen Transformationen machen auch vor der eigenen Persönlichkeit nicht halt. Was er schreibt, glaubt der Patient selbst zu erleben oder erlebt zu haben. Es sind dabei wieder die affektbetonten Vorstellungsserien von früher und Erinnerungsbilder, die er nun in Wirklichkeit zu durchleben wähnt. Als Weltreisender besteht er Abenteuer über Abenteuer, und sogar sein Name ist ein anderer geworden. Der ganze Zusammenhang dieses pathologischen Prozesses weist aufs deutlichste auf die affektiven Wurzeln der Krankheit: was der armselige Schriftsetzerlehrling in nie gestilltem Hunger nach Erlebnissen und Taten sich in gesunden Tagen erträumt hat, Ereignisse und Schicksale, von denen er unzählige Bücher gelesen, das alles wird ihm jetzt zur Wirklichkeit. Die Erinnerungsbilder von stärkster Affektbetonung, die Zielvorstellungen, die sein ganzes Wünschen beherrscht haben, sind jetzt zu solcher Stärke angewachsen, dass die Empfindungsreihen der Aussenwelt hinter ihnen verblassen oder doch in ihrem Sinne pathologisch transformiert werden, und dass diese Erinnerungsbilder samt ihren phantastischen Transformationen den psychischen Inhalt ganz ausmachen, fast sinnliche Lebhaftigkeit gewinnen und für den Kranke Realität werden. Sie treten damit bis zu einem gewissen Grade an die Stelle des Erlebens der Aussenwelt, und diese adaptiert sich ihnen im psychischen Erleben des Patienten. Bei dieser Auffassung erübrigt sich völlig die Annahme einer Störung des Selbstbewusstseins, einer Aenderung des Persönlichkeitsbewusstseins, einer Verdoppelung der Persönlichkeit und anderer unverständlicher Vorgänge, die bei ähnlichen

Fällen gern in der Literatur zur „Erklärung“ herangezogen werden. Die Einführung derartiger Begriffe kann unser Verständnis für die in Frage stehenden psychischen Prozesse nicht im geringsten fördern, sondern nur trüben. Ebensowenig ist mit der Annahme eines „Wandertriebes“ irgend etwas gewonnen. Wo soll ein solcher „Trieb“ plötzlich herkommen? Welches sind seine pathogenetischen Wurzeln? Wir kennen in der psychischen Welt nichts weiter als die Empfindungen mit ihren Eigenschaften (Qualität, Gefühlston usw.) und die aus ihnen sich ableitenden Erinnerungsbilder und Vorstellungen, die nach gewissen, der psychologischen Analyse zugänglichen Assoziationsgesetzen sich aneinanderreihen, und lediglich aus diesen Elementen darf eine Forschung, die den Boden des Gegebenen nicht verlassen will, psychopathologische Phänomene abzuleiten und zu erklären suchen.

Der Ablauf der psychischen Vorgänge bei X. lässt nun im ganzen — vom Anfang der Beobachtung abgesehen — eine gewisse Beschleunigung und Erleichterung der assoziativen Prozesse erkennen. Als ein wesentliches Symptom spricht hierfür vor allem die Polygraphie des Kranken. Ein Schriftstück folgt dem andern. Wie ein angeschwollener Strom rollen die phantastischen Gedankengänge dahin. Einer entspringt dem andern und überbietet ihn. Nicht nur inhaltlich gilt dies, sondern auch rein formal, in bezug auf die Ausdrucksweise. Eine oft an Ideenflucht grenzende Weitschweifigkeit macht sich in den schriftlichen Aussassungen des X. breit. Der oben zitierte Anfang des fingierten Sitzungsberichtes aus dem Reichstag ist nur ein mässiges Beispiel dafür. Die hypomanischen Züge erstrecken sich in ihren Wirkungen auch auf die Orthographie, weniger allerdings auf die Syntax und auf die Schriftzeichen. Buchstaben werden ausgelassen und orthographische Fehler gemacht, die in der Rekonvaleszenz nie bei dem Patienten beobachtet und retrospektiv auch spontan von ihm korrigiert wurden. Ein recht eigenständliches Symptom boten dabei in den mehr anfangs produzierten Schriftstücken die orthographischen Fehler: der Patient, der sächsischen Dialekt sprach, schrieb oft phonetisch, indem er z. B. bei Dentalen und Labialen (seltener bei Gutturalen) die Tenuis mit der Media verwechselte. Eine Erklärung dieses Symptoms dürfte um so schwerer sein, als die als Restsymptome nach der Psychose beobachteten Störungen in der Kenntnis der englischen Sprache gerade ein umgekehrtes Verhalten boten: hier schienen die Schrifterinnerungsbilder unversehrt und die Wortbewegungsvorstellungen, die Aussprache, gestört (s. oben S. 133). Beziiglich der Symptome einer beschleunigten und erleichterten Ideenassoziation ist jedoch hervorzuheben, dass ein wichtiges Symptom, das sonst hypomanische Kranke bieten, fehlte, nämlich die gesteigerte Ab-

lenkbarkeit durch äussere Reize, die Hyperprosexie. Das Fehlen dieses Symptoms erklärt sich sehr einfach aus der oben besprochenen Lösung des psychischen Lebens des Kranken von den Reizen der Aussenwelt überhaupt und beleuchtet damit noch deutlicher die an dieser Grenze, aber in solchem Grade auch nur an ihr, vorhandene Sejunktion. Die Erleichterung und Beschleunigung der Ideenassoziation war auch nicht während der ganzen Krankheitszeit vorhanden, wie aus der obigen Krankengeschichte hervorgeht. Die Psychose verlief vielmehr während der klinischen Beobachtung in einer grossen Wellenlinie. In den ersten Wochen bestand ein gewisser Stupor mit Hemmung, die sich auch auf das rein motorische Gebiet erstreckte. Auf diesem Gebiet war die Hemmung auch noch längere Zeit nachweisbar, als der Kranke schon längst mit der Fülle seiner schriftlichen Produktionen und in deren Inhalt ausgesprochene Beschleunigung der Ideenassoziation bot. Diese Erscheinung ist wiederum erklärlich, wenn man bedenkt, dass die motorischen Aeusserungen, überhaupt alles, was wir Handeln nennen, in erster Linie bedingt wird durch die Beziehungen zur Aussenwelt, durch die Empfindungsreihen, die durch die Sinnesreize ausgelöst werden, durch die assoziative Verarbeitung dieser Empfindungsreihen und die daraus resultierenden Beeinflussungen der Affektlage. Gerade in diesen Gebieten des psychischen Geschehens aber waren ja, wie schon mehrfach betont, die sejunktiven Störungen bei unserem Kranken zu suchen.

Wie weit die Vorgänge gegen Ende der Psychose, insbesondere die Flucht aus der Klinik mit der Fülle der neuen Eindrücke von aussen, imstande gewesen sind, einen heilenden Einfluss auszuüben und den Konnex zwischen dem psychischen Leben des Kranken und den Vorgängen der Aussenwelt wiederherzustellen, ist schwer zu sagen.

Ein gewisser derartiger Einfluss scheint mir aber im Hinblick auf manche Einzelheiten im Verlauf dieses Krankheitsabschnittes nicht von der Hand zu weisen zu sein. Wir sehen, dass der Patient seine Umgebung nicht mehr völlig ignoriert. Er fängt an zu handeln, ergreift die Gelegenheit, die Klinik zu verlassen, sucht sich am Rhein ein Boot und fährt ab. Er zeichnet, in die Klinik zurückgebracht, aus der Erinnerung richtig die Rheinlandschaft mit ihren charakteristischen Pappelreihen. Die unmittelbaren Eindrücke der Aussenwelt hat er also zum grössten Teil richtig in sich aufgenommen. Allerdings nur zum Teil. Denn assoziativ verwertet er diese Eindrücke noch im Sinne seiner pathologischen Gedankengänge, und selbst von illusionären Störungen ist er vielleicht nicht ganz frei: er zeichnet nämlich in die Rheinlandschaft hinein Kaimans, die auf Sandbänken ruhen, und behauptet, diese

so im Nebel wirklich gesehen zu haben. Allerdings kann es sich hier, da er ja auf dem Mississippi gefahren zu sein glaubte, um eine retrospektive Erinnerungsfälschung im Sinne seiner krankhaften Ideen handeln.

Für den erwähnten sozusagen therapeutischen Einfluss der Eindrücke der Aussenwelt scheint besonders das oben beschriebene „Münsterexperiment“ zu sprechen. Die Aeusserung des Patienten: „Entweder träume ich jetzt, oder ich habe früher geträumt!“ (s. oben S. 122) ist hierfür charakteristisch. Man darf vielleicht annehmen, dass durch die zahlreichen neuen Eindrücke, die während der Flucht aus der Klinik auf die Psyche des Kranken einstürmten, die Möglichkeit einer Wiederverknüpfung der äusseren Sinnesreize mit dem assoziativen Geschehen vorbereitet wurde. Darum begann der Patient, als ihm jetzt das Strassburger Münster in Wirklichkeit gezeigt wurde, allmählich an der Realität seiner vermeintlichen Erlebnisse zu zweifeln und an die der wirklichen Umgebung zu glauben, während er noch vor der Flucht über jeden ärztlichen Versuch, ihm die Aussenwelt näher zu rücken und deren Sinnesreize einer adäquaten assoziativen Verwertung durch ihn wieder zugänglich zu machen, gelächelt hatte.

Was die Amnesie betrifft, so ist das Wesentliche darüber bereits bei der Schilderung des Krankheitsverlaufes gesagt worden. Es sei nur noch einmal darauf hingewiesen, dass innerhalb einer allerdings sehr kurzen Zeit (weniger Stunden) ein Wandern der Amnesie beobachtet werden konnte. Die „Inseln“, welche innerhalb des von ihr betroffenen Zeitraums stehen blieben, umfassen Erinnerungskomplexe besonders lebhafter und darum besonders affektbetonter Eindrücke der Aussenwelt. Es sind vor allem die vermeintliche Fahrt auf dem Mississippi und der kurze Spaziergang mit den Aerzten, bei dem dem Patienten das Münster gezeigt wurde. Die „Fahrt auf dem Mississippi“ wird dann nachträglich durch die mit der Rekonvaleszenz erwachende Kritik als Fahrt auf dem Rhein erkannt, und die davon übriggebliebenen Erinnerungskomplexe werden retrospektiv dementsprechend korrigiert.

Auch die in den folgenden Monaten noch beobachteten Restsymptome wurden, soweit wesentlich, schon besprochen. Bemerkenswert ist, dass mit dem Abklingen der Psychose, genauer gesagt: mit dem Zeitpunkt, von dem an der Patient die Sinnesreize der Aussenwelt wieder assoziativ richtig zu verwerten begann, die konzentrische Gesichtsfeldeinengung völlig verschwand. Diese Erscheinung ist verständlich auf Grund der oben angenommenen Beziehungen zwischen den im Vordergrunde stehenden psychopathologischen Symptomen einerseits und dem — auf somatischem Gebiete sonst ziemlich isoliert dastehenden — Symptom der konzentrischen Gesichtsfeldeinengung andererseits. Was

das psychische Gesamtbild des Kranken — abgesehen von den Restsymptomen — nach Ablauf der Psychose betrifft, so sehen wir, dass es im wesentlichen dem Bilde ähnlich ist, das wir uns von dem psychischen Zustand des Kranken vor Ausbruch der Psychose auf Grund der anamnestischen Daten machen können. Es erübrigt sich, den Vergleich im einzelnen durchzuführen. Er kann an der Hand der mitgeteilten Krankengeschichte leicht angestellt werden. Hervorzuheben wäre in dieser Richtung noch, dass die Art, wie X. nach der Genesung assoziierte, viel Verwandtes mit den innerhalb der Psychose gebotenen Symptomen zeigte. Ein Blick auf die obige Assoziationstabelle (S. 134—135) zeigt dies. Auch hier eine deutliche Erleichterung und Beschleunigung der Ideenassoziation. Dabei weist der Inhalt der assoziierten Vorstellungskomplexe wieder auf die Fülle von literarischen Einzelheiten, die der Patient in den Jahren vor der Erkrankung durch die Lektüre einer Unzahl von Büchern in sich aufgespeichert hat.

Es wird nunmehr unsere Aufgabe sein, uns über die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen von Fällen, die dem unseren ähnlich sind, zu unterrichten. Diese Aufgabe begegnet von vornherein gewissen Schwierigkeiten, weil, wie schon oben betont wurde, gerade die Abgrenzung unseres Krankheitsbildes gegen andere Psychosen und damit seine Klassifikation sehr fraglich ist. Es sind denn auch von den Autoren ähnliche Zustände unter den verschiedensten Namen beschrieben worden, und außerdem finden sich manche Syndrome, die für unser Krankheitsbild charakteristisch erscheinen, bei Zuständen geschildert, die ihrem Wesen nach sicher davon zu trennen sind. Ich habe am Schluss der Arbeit versucht, die einschlägige Literatur zusammenzustellen, einschlägig insofern, als es sich um Arbeiten über solche psychische Störungen handelt, die hinsichtlich ihrer Symptomatologie und ihres Verlaufs Parallelen zu unserem Fall bieten. Leider nicht oder nur wenig hinsichtlich der Aetiologie und der Pathogenese. Denn hierüber erfahren wir in den betreffenden Arbeiten fast nichts, oder es werden diese Fragen nur sehr nebensächlich behandelt.

In der Vorgeschichte der Fälle der Literatur finden wir öfters, wie bei unserem Falle, Kopftraumen erwähnt, so von Ullmann (84) und Heilbronner (30). Doch betont Janchen (39), dass das Trauma keineswegs immer den Kopf betreffe. Eine irgendwie ätiologische Bedeutung dürfte nach Lage unseres Falles dem in der Kindheit erlittenen Kopftrauma bei X. kaum zuzuerkennen sein. Dass es sich meist nicht um ganz „normale“ Persönlichkeiten handelt, wird vielfach hervorgehoben. Heilbronner (30), der die sogenannten Fugue-Zustände wohl am eingehendsten behandelt hat, sagt, dass „die Individuen sehr

häufig Zeichen einer minderwertigen psychischen Organisation bieten“. Mit dem Begriff der „psychischen Minderwertigkeit“ ist jedenfalls bei seiner Unbestimmtheit und Unklarheit wenig anzufangen. In Bezug auf unseren Fall kann man nur sagen, dass es sich um eine dis-
harmonische Entwicklung der psychischen Leistungen gehandelt hat: grosse intellektuelle Fähigkeiten stehen einer selbst in gesunden Tagen bis ins Krankhafte gesteigerten Tätigkeit der Phantasie, einer ausgesprochenen Affektlabilität und einer Herabsetzung der psychischen Widerstandsfähigkeit gegen die Anforderungen und Insulte des Lebens gegenüber. Diese Tatsache als „psychische Minderwertigkeit“ zu bezeichnen, würde nichts weiter als eine zusammenfassende Namengebung bedeuten, zum mindesten aber eine recht unzweckmässige.

Wesentlich charakteristischer scheinen einleitende Symptome allgemeiner Verstimmung zu sein, wie sie auch unser Fall bot. Donath (17) und Ganser (24) halten einen allmählichen, oft ganz unmerklichen Uebergang vom gesunden zum krankhaften Zustand für charakteristisch. Heilbronner (30) spricht von einem „dysphorischen Prodromalstadium“ und findet in konstitutionellen Verstimmungen Beziehungen seiner Fugue-Zustände zur Neurasthenie. Wir kommen damit zu der Frage, zu welcher Krankheitsgruppe die Autoren Fälle wie den unsrigen im allgemeinen rechnen. In erster Linie haben da die beiden grossen Gebiete der Neurasthenie und Hysterie herhalten müssen. Das, was wir gelegentlich als „neurasthenische Symptome“ bezeichnen, bietet ja auch unser Fall zum Teil. Es sei vor allem an die Zeit vor und nach der eigentlichen Psychose erinnert. Andererseits finden sich sowohl auf somatischem als auch auf psychischem Gebiete Symptome und Züge, denen wir vorzugsweise bei hysterischen Geistesstörungen begegnen. Dahin gehört der fehlende Würgreflex, die konzentrische Gesichtsfeld-einengung, deren Pathogenese auch in echt hysterischen Zuständen oft von der für unseren Fall angenommenen nicht wesentlich verschieden sein mag. Auch die phantastischen Erzählungen und Berichte, das In-einanderfliessen von wirklich Erlebtem und von nur Vorgestelltem, die Affektlabilität finden wir bei Hysterischen wieder. Fälle, die diese Züge besonders ausgesprochen aufwiesen, ausserdem aber noch in mehr oder weniger hohem Grade die anderen Kennzeichen der Hysterie — vor allem auch Halluzinationen während der Psychose! —, sind als hysterische Dämmerzustände vielfach beschrieben worden und zeigen natürlich viele Beziehungen zu unserem Fall.

Diejenigen Fälle der Literatur, welche in Verlauf und Symptomatologie am meisten unserem Fall ähneln, haben vorwiegend durch französische Autoren Bearbeitung gefunden. Es lassen sich dabei leicht

zwei Gruppen von Autoren unterscheiden. Die einen nähern sich in ihrer Auffassung dem bei uns noch geläufigen Begriff der Poriomanie und des impulsiven Irreseins. Pitres (63) schildert seine „impulsifs consciens“ und stellt sie den „impulsifs hystériques mit Amnésie“ gegenüber, wie sie Tissié (83) sowie Proust und Raymond beschrieben haben. Es sind dies dieselben Zustände, die Régis als „dromomanie“ bezeichnet. Auch Charcot (12) prägte eine Benennungsdiagnose, indem er von „automatisme ambulatoire“ sprach. Ihm folgten zahlreiche andere [Duponchel (19), Sous (77), Géhin (26)], ohne mit dieser Bezeichnung oder mit dem Begriff der „déambulation“ irgend etwas zur Klärung der eigentümlichen Zustände beizutragen. Die andere Gruppe der französischen Autoren gründet ihre Auffassung der in Betracht kommenden Fälle auf die Annahme einer Verdopplung des Bewusstseins und der Persönlichkeit. Hier sind zu nennen Boeteau (8), Bourru et Burot (9), Binet (5), Voisin (85) u. a. Eine Erklärung für das zunächst ganz unverständliche Phänomen bleiben sie uns schuldig. Das psychische Leben ausserhalb der Psychose wollen sie vollkommen von dem psychischen Geschehen während der Krankheit trennen. Sie sprechen in diesem Sinne von einem „état second“. Boeteau (8) behauptet geradezu eine „scission“ oder „séparation complète entre ces deux existences psychologiques“ und kommt zu dem Schluss, dass „ces deux états s'ignorent réciprocquement“. Davon kann natürlich keine Rede sein. Es besteht vielmehr — sowohl in unserem Fall als auch in allen ähnlichen und insbesondere den von den Franzosen bearbeiteten — der engste psychologische und pathogenetische Zusammenhang zwischen der Psychose und dem gesamten psychischen Leben vor ihrem Ausbruch. Man denke allein an das rein Inhaltliche der in der Psychose ablaufenden Vorstellungsreihen! Andere Autoren haben diesen inneren Zusammenhang mit Recht als besonders wesentlich erkannt. Am klarsten hebt Wollenberg (91) dies hervor, wenn er sagt, dass in erster Linie „Vorstellungen und Impulse im Dämmerzustand wieder auftreten, welche im wachen Zustand eine besonders starke Betonung erhalten hatten“. Es dürfte damit wohl nichts anderes als die Affektbetonung gemeint sein. Dass gerade in unserem Fall der Wollenberg'sche Satz zutrifft, hatten wir oben gezeigt. Eine gewisse Erläuterung dazu gibt übrigens die Beobachtung von Voisin (85), dass die Erinnerung an die Geschehnisse im Dämmerzustand erst in der Hypnose wieder auftrat. Der Versuch ist bei unserem Kranken nicht gemacht worden.

Die körperlichen Symptome werden von den Franzosen besonders betont. In erster Linie die konzentrische Gesichtsfeldeinengung. Dann aber vor allem vasomotorische Störungen: neben lebhafter Dermographie

„cyanose et asphyxie des extrémités; la peau des bras est ordinairement marbrée de taches violettes“ [Voisin (85), Boeteau (8)]. Das letztgenannte Symptom war auch bei unserem X. sehr deutlich. Es spricht jedenfalls für Störungen im Gefässtonus. Mit den in unserem Falle auf sprachlich-motorischem Gebiete (im weiteren Sinne) beobachteten Schreibstörungen sind wohl die leichten Artikulationsstörungen in Parallelle zu stellen, die von anderen bei manchen als hysterisch bezeichneten Dämmerzuständen gesehen wurden [Fürstner (22), Vorster (86)]. Stegmann (78) erwähnt, dass auch die Schrift in einem Fall während der Zeit des ausgesprochenen Dämmerzustandes verändert war. Neisser (60) und Sträussler (82) sahen Agrammatismus auftreten.

Die Artikulationsstörungen dürften zum Teil vielleicht auch auf die in allen diesen Fällen beobachtete Verlangsamung der Reaktion zu beziehen sein. Besonders Heilbronner (30), Vorster (86), Westphal (89) und andere heben hervor, dass die Kranken langsam und zögernd antworten und direkt einen benommenen Eindruck machen. Dass die verminderte und verlangsamte Reaktion auf Reize [Heilbronner (30)] sich aber eben nur auf die Reize der Aussenwelt bezieht, während im Ablauf der von den Empfindungsreihen dieser Aussenwelt losgelösten Ideenassoziation selbst eher eine Erleichterung und Beschleunigung vorherrscht, wurde oben schon betont. Das Symptom des Vorbeiredens, das bei unserem Kranken fehlte, wird mehr in den sogenannten hysterischen Dämmerzuständen beobachtet, wenn es auch keineswegs ausschliesslich auf diese beschränkt ist [Wollenberg (91)].

Fast alle Autoren sehen ein beinahe pathognomonisches Moment für die in Betracht kommenden Fälle in den phantastischen Ideen und Leitmotiven, welche die Psychose meist in ihrer ganzen Ausdehnung durchziehen und ihrer Symptomatologie ein ganz bestimmtes Gepräge verleihen. Insbesondere wird das oft eigentümlich Traumhafte der Motive hervorgehoben [Heilbronner (30), Voisin (85), v. Krafft-Ebing (46) u. a.]. Auch bei unserem Kranken war es vorhanden. Ebenso spielen einzelne romantische Ideen mit, bleiben aber unklar und gelangen nur vorübergehend zur Geltung von Motiven, die das Handeln bestimmen. So hören wir X. gelegentlich seiner Rückkehr von der Rheinfahrt geheimnisvoll von einer „Mission“ sprechen, die er eigentlich habe erfüllen wollen. Der Gedanke wird dann nicht weiter verfolgt und verfällt später der Amnesie. Dass Beziehungen zu den psychischen Vorgängen des Traumes bestehen, wurde schon betont. In noch höherem Masse ist dies bei den sogenannten hysterischen Dämmerzuständen der Fall, in denen ja auch oft „krankhafte Wanderungen“ unternommen werden. Noch eine, ätiologisch sicher ganz fernstehende Psychosen-

gruppe, das Delirium tremens und seine zahlreichen Varietäten, bietet bekanntermassen viele Beziehungen zum Traum. Es ist nun sehr interessant, dass auch beim Delirium tremens krankhafte Wanderungen, wenn auch selten, vorkommen, eine Tatsache, auf die besonders Schultze (74) mit Recht aufmerksam gemacht hat. Er findet auch, dass es sich meist um „ausgesprochene Affektnaturen“ handelt, und kommt damit zu einem ähnlichen Resultat wie wir im vorliegenden Falle. Dass die von ihm an anderem Orte [Schultze (72)] beschriebenen Krankheitszustände, die grosse Ähnlichkeiten mit unserem Falle aufweisen, epileptischer Natur seien, erscheint allerdings sehr zweifelhaft. Die Beziehungen der hier in Frage stehenden Krankheitsbilder zur Epilepsie scheinen überhaupt sehr geringe zu sein. In seiner umfassenden Arbeit kann Heilbronner (30) unter 12 Fällen zwar bei 3 epileptische Antezedentien nachweisen. Diese haben aber sicher mit der Pathogenese unseres und verwandter Fälle nichts zu tun.

Die Differentialdiagnose unseres Falles bedarf im Hinblick auf die zahlreichen ähnlichen Krankheitszustände, die in Betracht kommen könnten, einer genaueren Besprechung. Absichtlich wurde bisher nach Möglichkeit eine bestimmte Bezeichnung für die Psychose des X. vermieden, um nichts zu präjudizieren, und wo das Wort Dämmerzustand gebraucht wurde, sollte — das sei hier noch einmal ausdrücklich hervorgehoben — nichts weiter als eine charakteristische Verlaufsart der Psychose, für welche dieses Wort gebräuchlich ist, damit bezeichnet werden.

Die Annahme, dass es sich bei X. um Epilepsie handelte, ist von vornherein zurückzuweisen. Es finden sich nicht die geringsten Anhaltpunkte dafür in der Vorgeschichte. Die körperliche und psychische (Assoziationsstabelle!) Untersuchung hat nie Momente, die für Epilepsie sprachen, ergeben. Allerdings kommen Wanderungen und Reisen im epileptischen Dämmerzustand vor [Donath (17), Burgl (11)]. Verlauf und Symptomatologie dieser Zustände sind aber sonst von unserem Krankheitsbild so grundverschieden, dass darauf nicht näher eingegangen zu werden braucht.

Das Gebiet der Dementia praecox ist bei manchen nachgerade so gross geworden, dass es fast zu verwundern wäre, wenn sich nicht einige Stimmen für diese Diagnose im Falle X. erhöben. Wie oben erwähnt, war in der Tat auch von uns im Beginn der Beobachtung eine kurze Zeit lang daran gedacht worden. Der Verlauf der Krankheit liess von dieser Diagnose bald vollkommen absehen. Für die scheinbare Hemmung und verlangsamte Reaktion wurde oben bereits die Erklärung gegeben. Wenn man von einer Sejunktion sprechen wollte,

so war sie eben nur an der Grenze vorhanden, wo an die Empfindungsreihen, welche durch die Sinnesreize der Aussenwelt ausgelöst werden, normalerweise adäquate Vorstellungsreihen sich anknüpfen, während sich der Ablauf der Ideenassoziation in sich bald als beschleunigt und erleichtert herausstellte. Vermutlich wäre noch längere Zeit eine solche Hemmung bzw. Sperrung vorgetäuscht worden, wenn man dem Kranken jede Gelegenheit zu einer Projektion seines Innenlebens nach aussen, also vor allem die Möglichkeit zu schreiben, genommen hätte. Ullmann (84) erwähnt, dass bei hysterischen Dämmerzuständen „durch Inanspruchnahme der Psyche ein Defekt vorgetäuscht werden könne“. Sicher nur vorgetäuscht! Noch viel weniger als eine wirkliche Hemmung oder Sperrung in der Ideenassoziation war bei unserem Kranken ein Defekt nachzuweisen, ein Nachweis, dessen man zur Diagnose einer Dementia praecox auf die Dauer nicht wird entraten können. Im Gegenteil standen die intellektuellen Fähigkeiten bei X. auf einer den Durchschnitt weit überragenden Höhe. Im übrigen wird ja der weitere Lebensgang unseres Patienten bald lehren, ob man eine Dementia praecox bei ihm hätte diagnostizieren dürfen.

Etwas schwieriger dürfte die Abgrenzung unseres Falles von den sogenannten hysterischen Dämmerzuständen sein. Dass er mit diesen viele Berührungs punkte hat, geht aus der Krankengeschichte und aus der Durchsicht der Literatur hervor. Der sogenannte hysterische Dämmerzustand ist nun keineswegs ein einheitliches Krankheitsbild. Nur von wenigen Autoren — so von Baumann (4) — wird dieser Tatsache genügend Rechnung getragen. Der Versuch einer Umgrenzung zwecks Abgrenzung vom Falle X. würde hier zu weit führen. Es sei nur folgendes hervorgehoben: In hysterischen Dämmerzuständen pflegen ganz besonders Halluzinationen das Krankheitsbild zu beherrschen. Nie wurden solche Symptome bei X. beobachtet. Interessant ist allerdings, dass in ähnlicher Weise, wie bei den hysterischen Dämmerzuständen die Halluzinationen einen romantischen Inhalt und in ihrer Gesamtheit ein Leitmotiv haben, überhaupt „in einen Rahmen hineinpassen“ (Ziehen), so auch bei unserem Kranken der Ablauf der Ideenassoziation von bestimmten phantastischen Leitmotiven beherrscht wurde und immer ein gewisser Zusammenhang zwischen seinen einzelnen — an sich pathologischen — Produktionen gewahrt blieb. Vor und nach der Psychose wurden bei unserem Kranken keine Anzeichen von Hysterie gefunden. Die konzentrische Gesichtsfeldeinengung hat unseres Erachtens die oben gegebene Pathogenese. Sie mag in manchen Fällen von Hysterie, wie schon erwähnt, eine ähnliche haben. Das Vorliegen von Hysterie wird aber dann ebensowenig durch sie bewiesen wie durch das Fehlen des

Würgreflexes. Unseres Erachtens liegt der Schwerpunkt der Frage in der Würdigung des gesamten psychischen Lebens des Patienten, soweit es durch sorgfältige Anamnese und durch weitere Beobachtung und Untersuchung nach Ablauf der eigentlichen Psychose geklärt werden kann. Da die Hysterie als solche ein durch viele Symptome charakterisierter, von der Norm abweichender psychischer Zustand ist, der sich zwar keineswegs dauernd zu äussern braucht, aber doch gelegentlich durch gewisse Symptome sich zu erkennen geben muss, um diagnostiziert werden zu können, so ist es auch nur da statthaft, von einem hysterischen Dämmerzustand zu sprechen, wo ein Dämmerzustand auf dem Boden einer allgemeinen psychischen Veränderung erwächst, die wir in ihren Aeusserungen als Hysterie oder hysterische psychopathische Konstitution bezeichnen. Diese — unseres Erachtens unerlässliche — Voraussetzung für die Diagnose eines hysterischen Dämmerzustandes ist im Falle X. keineswegs erfüllt. Das gesamte psychische Leben des Patienten, soweit es sich bis in die Kindheit zurück ermitteln liess, bietet nirgends das Bild einer Hysterie. So können denn die „hysterischen Züge“ oder „hysterischen Symptome“ im Verlauf der Psychose des X. keine andere Bedeutung beanspruchen, als dass sie eben auch bei Krankheitszuständen auf hysterischer Grundlage vorkommen, wobei sogar dahingestellt bleiben muss, ob dort und hier der psychopathologische Mechanismus immer derselbe ist. Es sei schliesslich noch auf das Ganser'sche Symptom hingewiesen, das — wie die Halluzinationen — bei X. fehlte. Hysterische Dämmerzustände mit Halluzinationen und Vorbeireden treten nicht selten als „Gefängnispsychosen“ auf und sind als solche vielfach beschrieben worden. Sie haben auch nahe Beziehungen zur Katatonie [Kaiser (44)]. Das Vorbeireden wird bei Hysterie und Dementia praecox beobachtet [Westphal (89)]. In allen diesen Punkten entfernt sich unser Fall weit von den sogenannten hysterischen Dämmerzuständen.

Und die Möglichkeit der Simulation? Sie ist natürlich während der ganzen Beobachtungszeit dauernd und eingehend von uns berücksichtigt worden. Es hat sich niemals der geringste Anhaltspunkt dafür gefunden. Wer das oben geschilderte Krankheitsbild im ganzen überschaut, wird auch nicht den Eindruck eines Simulanten von X. gewinnen, ganz abgesehen davon, dass viele Symptome, die er bot, wie z. B. die konzentrische Gesichtsfeldeinengung, garnicht simuliert werden können. Erwähnt sei auch noch, dass nach dem Ablauf der Psychose die „Lust am Fabulieren“ bei X. zunächst ganz geschwunden war. Erst später begann er wieder langsam und in viel engeren Grenzen sich mit schriftlichen Arbeiten zu befassen. Die als „pathologische Schwindler“ in der Literatur beschriebenen Fälle bieten durchweg ganz andere Typen dar.

Der strikteste Beweis aber dafür, dass es sich bei der Psychose selbst nicht um Simulation gehandelt haben kann, scheint mir in der Amnesie und ihren Eigentümlichkeiten gegeben zu sein. Es wurde ja oben eingehend geschildert, wie ein „Wandern“ der Amnesie direkt beobachtet werden konnte, bis schliesslich definitive Grenzen unter Bildung ganz bestimmter „Erinnerungsinseln“ erreicht wurden. So komplizierte psychische Vorgänge können aber wohl niemals simuliert werden. Dass der Patient sich vor Beginn seiner Wanderfahrt einen Griff in die väterliche Kasse gestattete, kann selbstverständlich nicht als Beweis für die Simulation einer so komplizierten Psychose angesehen werden. Deren ätiologische Wurzeln führten, wie die obige Analyse ergab, auf unendlich mannigfaltigere, über lange Jahre sich erstreckende ursächliche Faktoren zurück. Ob dieser Diebstahl schon in die Psychose fällt oder noch in die Zeit vor ihr, ist für das Verständnis des ganzen Krankheitsbildes jedenfalls ganz gleichgültig. Es kann in ihm wohl nur ein den äusseren Verlauf der Dinge beeinflussendes Moment gesehen werden.

Welche Diagnose sollen wir nun in unserem Fall stellen? Mit Recht weist Schultze (74) auf die bei solchen Krankheitszuständen besonders naheliegende „Gefahr einer monosymptomatischen Bequemlichkeitsdiagnose“ hin und betont, dass es in erster Linie „einer recht genauen und eingehenden Analyse bedarf, um zu einer den Tatsachen gerecht werdenden Auffassung zu gelangen.“ In der Tat ist in keinem Zweig der Medizin eine solche Analyse des Falles unerlässlicher und eine Diagnose im landläufigen Sinne entbehrlicher als in der Psychiatrie und weiterhin in keinem Gebiete der psychiatrischen Forschung mehr als in dem der hier in Frage stehenden Zustände. Wir haben oben eine derartige Analyse des Falles X. versucht, und es hat sich gezeigt, dass die ätiologischen Wurzeln der Psychose in letzter Instanz in einer dauernden Zurückdrängung stark affektbetonten Vorstellungen, insbesondere von Ziel- und Begehrungsvorstellungen, zu suchen sind. Von allen Vorstellungsreihen und Assoziationskomplexen, welche die Psyche des intellektuellen sich rasch zu abnormer Höhe entwickelnden jungen Menschen erwarb, sind diejenigen am stärksten positiv affektbetont, deren Verwirklichung für den Schriftsetzerlehrling durch die äusseren Verhältnisse von vornherein ausgeschlossen erschien. In der dauernden Zurückdrängung (von einer „Verdrängung“ im bekannten Sinne zu reden, liegt kein Grund vor) dieser stark affektbetonten Vorstellungskomplexe müssen wir ohne Frage die Hauptursache dafür suchen, dass diese Vorstellungskomplexe und die an sie angeknüpften fortschreitenden Assoziationsreihen schliesslich imstande sind, dem Kranken den gesamten Wahrneh-

mungsinhalt der Aussenwelt im Sinne eben jener Vorstellungsinhalte zu verfälschen. Man wäre hier sehr wohl berechtigt, von einer Wirkung „überwertiger Vorstellungen“ zu sprechen. Dass es zu einer psychotischen Entladung dieser aufgespeicherten, zurückgedrängten, stark affektbetonten Vorstellungsreihen kommt, dazu bedarf es, wie unser Fall lehrt, noch sehr zahlreicher anderer Ursachen, die teils in der ganzen psychischen Entwicklung des Kranken, teils in äusseren Verhältnissen zu suchen sind. Endlich müssen „auslösende Ursachen“ hinzukommen. Der Vergleich mit einer Entladung erhält noch mehr innere Bedeutung durch den Verlauf der Psychose selbst, der in einer grossen Wellenlinie erfolgt und — besonders gegen Ende — noch kleinere, von äusseren Einflüssen abhängige Schwankungen erkennen lässt.

Im Hinblick auf den hier aufgezeigten pathogenetischen Zusammenhang müssen wir in unserem Krankheitsfall eine ausgesprochen psychologische Psychose sehen. Es liegt auf der Hand, warum solche Fälle so selten sind. Denn bei der ungeheuren Mannigfaltigkeit und Kompliziertheit der psychischen Prozesse einerseits und der psychischen Lebensbedingungen andererseits wird nur sehr selten eine Konstellation von ursächlichen Faktoren eintreten, aus denen ein solches Krankheitsbild als Wirkung sich ergibt. Es wird jetzt einleuchten, wie überflüssig eine diagnostische Etikettierung ist. Das Wesen des ganzen psychopathologischen Zusammenhangs lässt sich auch kaum mit einer Bezeichnung erfassen. Im Hinblick auf die charakteristische Verlaufsart und auf die wichtigsten ätiologischen Faktoren könnte man vielleicht mehr allgemein von einem „psychogenen Dämmerzustand“ oder spezieller von einem „affektogenen (nicht affektiven!) Dämmerzustand“ sprechen. Doch ist damit nichts gewonnen. Sehr misslich ist und bleibt vor allem das Wort Dämmerzustand, weil unter diesen Begriff auch psychische Störungen absolut anderer Genese — es sei an die alkoholistischen Dämmerzustände erinnert! — gefasst werden.

In der Literatur haben die dem unsrigen ähnlichen Fälle vorwiegend eine rein kasuistische Behandlung erfahren. Nach der hier vorgetragenen Auffassung haben sie unseres Erachtens einen ungleich höheren Wert, nicht nur für die Psychiatrie, sondern für unsere Kenntnis von den psychischen Vorgängen überhaupt. Mit Recht weist neuerdings Ziehen¹⁾ auf ihre „enorme Bedeutung für die Lehre von der Persönlichkeit und das Ich“ hin. Er sieht — und darin lehnt sich die hier vertretene Auffassung vollkommen an ihn an — in den bei solchen „Dämmer-

1) Erkenntnistheorie auf psychophysiologischer und physikalischer Grundlage. Jena 1913. S. 473.

zuständen“ im Vordergrunde stehenden „Störungen des Zusammenhangs der Persönlichkeit“ lediglich eine Unterbrechung in dem kontinuierlichen Zusammenhang der Ideenassoziation, wie er ähnlich beim Gesunden in den sogenannten Einfällen zu beobachten ist. Während aber hier „an die Einfallsvorstellung sofort wieder Vorstellungen angeknüpft werden, die den allgemeinen Zusammenhang mit den übrigen Vorstellungen wiederherstellen, erfolgt in pathologischen Fällen diese Wiederanknüpfung oft nicht, und es kommt dann zu sogenannten Dämmerzuständen und ähnlichen Krankheitsvorgängen“. Die Annahme eines mystischen *dédoublement de la personnalité*, eines alternierenden Bewusstseinszustandes und anderer Phantasmen erweist sich so als vollkommen überflüssig. Ein näheres Eingehen auf diese Probleme würde hier zu weit führen. Sie wurden hier nur gestreift, um die weittragende Bedeutung dieser wenn auch seltenen Psychosen ins rechte Licht zu rücken. „Man muss eben nur immer bedenken, dass die psychischen Vorgänge bei Geisteskranken nirgends andere Grundgesetze zeigen als bei Geistesgesunden, ebensowenig wie körperliche Krankheitsvorgänge einer anderen Physik und Chemie gehorchen als die normalen körperlichen Vorgänge“. (Ziehen, l. c.)

Zum Schluss noch ein paar kurze Bemerkungen über die Prognose und eine eventuelle Therapie unseres Falles. Sie ergeben sich aus dem obigen von selbst. Wenn X. nicht wieder unter ähnliche ungünstige Verhältnisse kommt, wie sie in ihrer Konstellation zu Ursachen seiner Psychose wurden, so dürfte ein Rezidiv nicht wahrscheinlich sein. Bei einigermassen günstigen äusseren Verhältnissen und nicht zu grossen Anforderungen an seine psychische Widerstandsfähigkeit durch die Insulte des Lebens ist die Prognose eher ziemlich gut zu stellen. Denn es handelt sich um einen hochbegabten Menschen, von dem vielleicht noch manches zu erwarten ist.

Eine Therapie war auf Grund der von der Pathogenese des Falles gewonnenen Auffassung, wie oben geschildert, in der Weise versucht worden, dass man dem Patienten half, die verloren gegangene adäquate assoziative Anknüpfung an die Wahrnehmungsinhalte der Aussenwelt wiederzufinden. Wie das „Münsterexperiment“ zeigte, vielleicht nicht ohne Erfolg. Sobald diese Anknüpfung wiedergefunden war, mussten die pathologischen Gedankengänge und ihre die Aussenwelt für den Kranken verfälschenden Wirkungen durch die — an sich ja intakte — Ideenassoziation auf ihren wirklichen Wert zurückgeführt, d. h. als krankhaft erkannt werden. Mit der wiedergefundenen Anknüpfung an die ursprünglichen, vor der Psychose erworbenen Erinnerungsbilder der Aussenwelt und an die Sinnesreize und Wahrnehmungsinhalte der Aussen-

welt selbst war aber wieder die ursprüngliche Kontinuität des gesamten psychischen Lebens gewonnen, die assoziativen Verknüpfungen mit den psychischen Vorgängen innerhalb der Psychose aber aufgehoben. Vielleicht ist an dieser Stelle auch der Schlüssel für das uns seinem Wesen nach noch so rätselhafte Phänomen der Amnesie gegeben.

Literaturverzeichnis.

1. Alzheimer, Ueber rückschreitende Amnesie bei der Epilepsie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1897. 53, 483.
2. Aschaffenburg, Ueber gewisse Formen der Epilepsie. 20. Wandervers. der südwestd. Neurol. u. Irrenärzte. Baden-Baden. 25. 5. 1895. Arch. f. Psych. 1895. 27, 955.
3. Barth, Ueber hysterische Schlafzustände. Inaug.-Diss. Kiel 1898.
4. Baumann, Ein seltener Fall von hysterischem Dämmerzustand. Neurol. Zentralbl. 1906. 25, 849.
5. Binet, Les altérations de la personnalité. Paris 1892.
6. Binswanger, Ueber einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand (Ganser). Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1898. 3, 175.
7. Derselbe, Die Hysterie. Wien 1904.
8. Boeteau, Automatisme ambulatoire avec dédoublement de la personnalité. Ann. méd.-psych. 1892. 15, 63.
9. Bourru et Burot, Changements de personnalité. 1888.
10. Breuer und Freud, Studien über Hysterie. Leipzig und Wien. 1895.
11. Burgl, Eine Reise in die Schweiz im epileptischen Dämmerzustande usw. Münchener med. Wochenschr. 1900. S. 1270.
12. Charcot, Leçons de mardi à la Salpêtrière. 1887/88. p. 155 u. 1888/89. p. 303.
13. Delbrück, Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler. Stuttgart 1891.
14. Denommé, Des impulsions morbides à la déambulation au point de vue médico-légal. Thèse de Lyon. 1894. (Ref. Virchow's Jahresber. für 1896. I. 474.)
15. Dessoir, Doppel-Ich. 1889.
16. Dietz, Simulation von Geistesstörung usw. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1897. 53, 1.
17. Donath, Der epileptische Wandertrieb (Poriomanie). Arch. f. Psych. 1899. 32, 335.
18. Derselbe, Ueber Suggestibilität. Wiener med. Presse. 1892. Nr. 31.
19. Duponchel, Etude clinique et médico-légale des impulsions morbides à la déambulation. Ann. d'hygiène publ. et de méd. légale. 1888. 20, 6.
20. Frenkel, Etude psycho-pathologique sur l'automatisme dans l'épilepsie et dans les autres maladies nerveuses. Thèse de Lyon. 1890.
21. Fürstner, Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Arch. f. Psych. 1899. 31, 627.

22. Fürstner, Ueber hysterische Geistesstörungen. Deutsche Klinik. 1901. 6, 169.
23. Ganser, Ueber einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Arch. f. Psych. 1898. 30, 633.
24. Derselbe, Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustande. Ibid. 1904. 38, 34.
25. Gaupp, Die Dipsomanie. Jena 1901.
26. Géhin, Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire ou vagabondage impulsif. Thèse de Bordeaux. 1892.
27. Giannulli, Fälle von männlicher Hysterie mit Delirien des affektiven Gedächtnisses. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1901. 9, 107.
28. Giessler, Die Grundtatsachen des Traumzustandes. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1901. 58, 164.
29. Hecker, Vorhandene Geistesstörung trotz Geständnisses der Simulation. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1874. 20, 15.
30. Heilbronner, Ueber Fugues und fugueähnliche Zustände. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 1903. 23, 107.
31. Heller, Periodische Geistesstörung — epileptische Zustände. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1876. 24, 273.
32. Henneberg, Zur Kenntnis psychischer Störungen bei Unfallkranken. Charité-Annalen. 1899. Bd. 24.
33. Derselbe, Zur Beurteilung des „Danebenredens“ (Ganser'sches Symptom) in forensischen Fällen. Ebendas. 28, 617.
34. Derselbe, Ueber das Ganser'sche Symptom. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1904. 61, 621.
35. Hess, Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1902. Nr. 36.
36. Hey, Das Ganser'sche Symptom. Berlin 1904.
37. Higier, Ueber einen eigenartigen, im posthypnotischen Stadium zu beobachtenden Dämmerzustand. Neurol. Zentralbl. 1899. 18, 831.
38. Hoche, Die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie. Berlin 1902.
39. Janchen, Beitrag zur Kenntnis epileptoider Zustände. Wiener med. Wochenschr. 1887. S. 499.
40. Janet, Der Geisteszustand der Hysterischen. Uebersetzt von Kahane. 1894.
41. Jolly, im Handbuch von Ebstein u. Schwalbe, Die Krankheiten des Nervensystems. 1900. 4, 769.
42. Jung, Ein Fall von hysterischem Stupor bei einer Untersuchungsgefangenen. Journ. f. Psych. u. Neurol. 1902. S. 110.
43. Derselbe, Ueber Simulation von Geistesstörung. Ebendas. 1903. S. 181.
44. Kaiser, Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1901. 58, 1126.
45. Kraepelin, Psychiatrie. 8. Aufl. Leipzig 1910.
46. v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 6. Aufl. Stuttgart 1897.
47. Derselbe, Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie. Stuttgart 1892.
48. Lancereaux, Ein Fall von hysterischem Schlaf. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1904. S. 685.

49. Legrand du Saulle, Etude médico-légale sur les épileptiques. Paris 1877. S. 110.
50. Löwenfeld, Ueber hysterische Schlafzustände, deren Beziehungen zur Hypnose und zur Grande hystérie. Arch. f. Psych. 1891. 22, 715.
51. Lücke, Ueber das Ganser'sche Symptom mit Berücksichtigung seiner forensischen Bedeutung. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1903. 60, 1.
52. Mesnet, Somnambulisme spontané dans ses rapports avec l'hystérie. Arch. de Neurol. 1892. 23, 289.
53. Michéa, Ann. méd.-psych. 1854.
54. Moeli, Ueber irre Verbrecher. Berlin 1888.
55. Derselbe, Ueber Hysterie. Sitzungsbericht. Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1901. 58, 740.
56. Mörchen, Ueber Dämmerzustände. Inaug.-Diss. Marburg 1901.
57. Moll, Der Hypnotismus. 2. Aufl. Berlin 1890.
58. Motet, Société méd.-psychol. 26./10. 1886. 30, 127.
59. Naef, Zeitschr. f. Hypnotismus. 1897. H. 6.
60. Neisser, Kasuistische Mitteilung. (Akuter Agrammatismus als Teilerscheinung eines Dämmerzustandes.) Sitzungsbericht. Ref: Allg. Zeitschr. für Psych. 1898. 55, 447.
61. Nissl, Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1902. 25, 2.
62. Pick, Ueber einen Fall von hysterischer Psychose mit Bemerkungen zur gerichtlichen Psychopathologie. Wiener klin. Rundschau. 1899. 13, 651.
63. Pîtres, Congrès des aliénistes et des neurologistes. Bordeaux, 3.8. 1895. Arch. de Neurol. 1895. 30, 249 ff.
64. Raecke, Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1901. 58, 115.
65. Derselbe, Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen. Ebendas. S. 409.
66. Derselbe, Einiges zur Hysteriefrage. Neurol. Zentralbl. 1902. 21, 299.
67. Derselbe, Ueber hysterische Schlafzustände. Berliner klin. Wochenschr. 1904. Nr. 51. S. 1323.
68. Raimann, Die hysterischen Geistesstörungen. Leipzig u. Wien 1904.
69. Rauby, L'hystérie de Sainte Thérèse. Arch. de Neurol. 1902. 14, 2. p. 125.
70. Saint-Aubin, Des fugues inconscientes hystériques et diagnostic différentiel avec l'automatisme de l'épilepsie. Thèse de Paris. 1890.
71. Schrenck-Notzing, Ueber Spaltung der Persönlichkeit (Sog. Doppel-Ich). Wien 1896.
72. Schultze, Beitrag zur Lehre von den pathologischen Bewusstseinstörungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1898. 55, 807.
73. Derselbe, Ueber epileptische Äquivalente. Münchener med. Wochenschr. 1900. S. 416.
74. Derselbe, Ueber krankhaften Wandertrieb. Allg. Zeitschr. für Psych. 1903. 60, 795.
75. Siemerling, Friedreich's Blätter f. gerichtl. Med. 1900. H. 3.

76. Souques, Automatisme ambulatoire chez un dispomane. Arch. de Neurol. 1892. 24, 61.
77. Sous, De l'automatisme comitial ambulatoire. Thèse de Paris. 1890.
78. Stegmann, Ein ungewöhnlicher Fall von hysterischem Dämmerzustand. Sitzungsbericht. Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1902. 59, 777.
79. Stern, Beiträge zur Klinik hysterischer Situationspsychosen. Arch. für Psych. 1913. 50, 690. (Literatur!)
80. Störring, Vorlesungen über Psychopathologie in ihrer Bedeutung für die normale Psychologie. S. 199ff. Leipzig 1900.
81. Sträussler, Beiträge zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 1911. 32.
82. Derselbe, Ueber den Zustand des Bewusstseins im hysterischen Dämmerzustand. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1913. 16, 441.
83. Tissié, Les aliénés voyageurs. Thèse de Bordeaux 1886/87.
84. Ullmann, Ueber protrahierte hysterische Dämmerzustände. Inaug.-Diss. Berlin 1907.
85. Voisin, Automatisme ambulatoire chez une hystérique, avec crises de sommeil. Dédoulement de la personnalité. Soc. méd.-psych. 29. 7. 1889. Ann. méd.-psych. 1889. 10, 418.
86. Vorster, Ueber hysterische Dämmerzustände und das Vorbeireden. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1904. 15, 75 und 171.
87. Wernicke, Grundriss der Psychiatrie. 2. Aufl. S. 294ff. Leipzig 1906.
88. Westphal, Superarbitrium betreffend unerlaubte Entfernung im wiederholten Rückfall. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1883. 39, 198.
89. Derselbe, Ueber hysterische Dämmerzustände und das Symptom des „Vorbeiredens“. Neurol. Zentralbl. 1903. 22, 7 u. 64.
90. Winslow, On obscure diseases of the brain and disorders of the mind. Sec. edit. London 1861.
91. Wollenberg, Ueber gewisse psychische Störungen nach Selbstmordversuchen durch Erhängen. Festschrift der Provinzial-Irrenanstalt Nietleben. Leipzig 1895.
92. Derselbe, Die forensische Bedeutung der Krampfkranken, insbesondere der Hysterischen. Sitzung des ärztl. Vereins in Hamburg. 29. 11. 1898. Ref. Münchener med. Wochenschr. 1898. S. 1603.
93. Derselbe in Hoche's Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. S. 686ff. Berlin 1901.
94. Ziehen, Neuere Arbeiten über pathologische Unzurechnungsfähigkeit. Das impulsive Irresein. Monatsschr. für Psych. und Neurolog. 1902. 11, 55 und 393.
95. Derselbe, Psychiatrie. 4. Aufl. Leipzig 1911.
96. Derselbe, Erkenntnistheorie auf psychophysiologischer und physikalischer Grundlage. Jena 1913.