

Ueber hysterische und katatonische Situationspsychosen.

Von

Prof. Dr. **Raecke** in Frankfurt a. M.

Das letzte Dezennium hat unsere Kenntnisse über die klinische Stellung der in Untersuchungshaft ausbrechenden Geistesstörungen erheblich erweitert. Noch in den ersten Jahren nach 1900 wurde die grosse Bedeutung psychogener Krankheitsbilder vielfach ausser acht gelassen. Als dann von allen Seiten Mitteilungen über derartige Beobachtungen in immer steigender Zahl erschienen, hatten sie lange mit hartnäckigem Widerspruch zu kämpfen, bis sie sich schliesslich durchsetzten und der hysterischen Haftpsychose die gebührende Stellung eingeräumt ward.¹⁾

Man lernte auf der einen Seite die hysterischen Bewusstseinsstörungen, Ganserkomplex und Stupor, von der bisher übergrossen Gruppe der Dementia praecox abgrenzen, andererseits abtrennen die flüchtige Wahnbildung psychopathischer Gefangener von den eigentlichen paranoischen Erkrankungen. Allein diese Ausdehnung unserer Erkenntnis auch auf psychogene, nichthysterische Krankheitsbilder in der Haft veranlasste bald eine Reihe von Autoren, zur leichteren Zusammenfassung von einander anscheinend verwandten Formen die Bezeichnung Hysterie ganz fallen zu lassen und nur noch allgemein von degenerativen Haftpsychosen zu reden.

Mit Recht hat Bonhoeffer²⁾ in seinem ausgezeichneten Referat über psychogene Krankheitszustände demgegenüber eingewandt, dass es im Interesse der klinischen Abgrenzung liege, die wirklich hysterischen Symptomenkomplexe von den sogenannten psychogenen im weiteren Sinne zu trennen, dass gerade der Wunsch, krank zu erscheinen, der im Gansezustande und Stupor der Untersuchungsgefangenen vorherrsche, die Bilder dem hysterischen Typus anreihe. Es handle sich da um eine Verdrängung der normal psychologischen Vorgänge unter dem Einflusse von Wunschorstellungen.

1) Vgl. Raecke, Zur Lehre vom hysterischen Irresein. Arch. f. Psych. 1905. Bd. 40.

2) Bonhoeffer, Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? Ref. Stuttgart 1911 auf der Tagung d. deutschen Ver. f. Psych.

Ebenso hat Raimann¹⁾ alle psychischen Störungen, die den Gesetzen der Hysterie folgen und die aus klassischen Beispielen abgeleiteten Grundelemente der Hysterie erkennen lassen, zu dieser hinzuzählen wollen.

Birnbaum²⁾ warnt in seiner neuen gründlichen Monographie über die psychopathischen Verbrecher ausdrücklich davor, die Bezeichnung Hysterie für entbehrlich zu halten und führt aus: „Sie bei forensischer Betrachtung nun aber ganz fallen zu lassen, erscheint trotz der Unbestimmtheit und unscharfen Abgegrenztheit des hysterischen Charakters und der hysterischen Krankheitszustände nicht zweckmässig; einmal, weil es sich um einen allgemein anerkannten Krankheitstypus handelt, den man nicht so ohne weiteres nach aussen hin preisgibt, um an seine Stelle noch einen allgemeineren und, wie offen zugegeben sei, vielleicht noch unbestimmteren, nämlich den degenerativen, zu setzen; zum zweiten, weil es in foro stets beweiskräftiger und einleuchtender wirkt, wenn man auf objektiv feststellbare Kennzeichen pathologischer Art, eben die körperlich-hysterischen Stigmata, hinweisen und damit einen Beleg dafür erbringen kann, dass auch die bestehenden psychischen Regelwidrigkeiten pathologischer Natur sind und auf bestimmter pathologischer Basis beruhen.“

Auch Stern³⁾ hat in seiner bekannten Bearbeitung der von ihm nach Siemerling's Vorschlag als Situationspsychosen benannten Hafterkrankungen das Adjektiv „hysterisch“ beibehalten, und Sträussler⁴⁾ betont, dass sich die hysterische Degeneration genügend scharf von den anderen Entartungsformen abhebe.

Dagegen haben andere Autoren wie Lückcrath⁵⁾, Siefert⁶⁾ und Wilmanns⁷⁾ den verschwommeneren Ausdruck „Degenerationspsychosen“ bevorzugt. Nun birgt gerade dieses Ausserachtlassen der klinischen Zugehörigkeit mancher Hafterkrankungen zur grossen Gemeinschaft der hysterischen Störungen die Gefahr in sich, dass man leichter, als es sonst der Fall sein würde, Zustände zu den rein psychogenen rechnet, denen ein sehr viel schwereres Leiden zugrunde liegt. Unwillkürlich

1) Raimann, Die hysterischen Geistesstörungen. Wien 1904.

2) Birnbaum, Die psychopathischen Verbrecher. Berlin 1914.

3) Stern, Beiträge zur Klinik hysterischer Situationspsychosen. Arch. f. Psych. Bd. 50.

4) Sträussler, Ueber Haftpsychosen usw. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1913. Bd. 18.

5) Lückcrath, Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie. Zeitschr. f. Psych. Bd. 68.

6) Siefert, Ueber die Geistesstörungen der Strafhaft. Halle 1907.

7) Wilmanns, Ueber Gefängnispsychosen. Halle 1908.

wird man bei der Umgrenzung eines hysterischen Krankheitsbildes schärfere Anforderungen stellen, als bei der Abtrennung einer „Degenerationspsychose“, denn bei dieser kann nach Auffassung vieler ungefähr alles vorkommen.

In erster Linie gilt das hier Gesagte von dem Stupor der Untersuchungsgefangenen. So sehr ich die Abgrenzung eines hysterischen Haftstupors früher selbst befürwortet habe¹⁾ und sie auch noch heute für einen theoretischen und praktischen Gewinn halte, so muss ich doch gestehen, in der Literatur Schilderungen von „degenerativem Haftstupor“ gelesen zu haben, wo mir der Name Katatonie sehr viel natürlicher erschienen wäre. Trotz der Versuche zahlreicher Autoren ist es leider noch nicht gelungen, einwandsfreie Unterscheidungsmerkmale festzulegen.

Wer nun auf das früher immer als wichtig erachtete Vorhandensein hysterischer Zeichen im freien Intervall keinen Wert mehr legt, kann die sogenannten „psychogenen Geistesstörungen Degenerativer in der Haft“ schliesslich überhaupt nur diagnostizieren aus ihrer Abhängigkeit von der Situation, und das geschieht heute im weitgehendsten Masse:

Kutner²⁾ will die katatonieähnlichen Zustandsbilder der Degenerierten dadurch von der Dementia praecox trennen, dass sie in einer affektiv stark erregenden Situation entstehen und einen eigentümlich monotonen Verlauf nehmen, um mit der Situationsänderung plötzlich ohne Hinterlassung geistiger Schwäche wieder zu verschwinden.

Siefert, der die haftpsychotischen Zustände der Degenerativen von den „echten Psychosen“ scheidet, definiert die ersteren als vermeidbare Kunstprodukte aus Milieuschädlichkeit und krankhafter Anlage, die daher mit einem Wechsel der ungünstigen Umgebung wieder zurücktreten. Dagegen leugnet Siefert bei seinen „echten Psychosen“ eine solche Bedeutung der Situation, so dass also die Haft nicht in erkennbarer Form die psychotischen Erscheinungen beeinflussen und keine engeren Beziehungen zu Verlauf und Symptomatologie besitzen soll. Siefert hält es demgemäss auch für einen prinzipiellen Irrtum von Rüdin³⁾, wenn dieser in akut psychotischen Attacken der Strafhaft nur Exacerbationen verkannter chronischer Prozesse vermutete.

Auch Stern erklärt, man dürfe sich durch das Auftreten noch so vieler perniziöser Symptome nicht beirren lassen, sofern der Krankheitsverlauf ausschliesslich an die Situation gebunden sei. Beseitigung des

1) Zeitschr. f. Psych. 1901. Bd. 58.

2) Kutner, Ueber katatonische Zustandsbilder bei Degenerierten. Zeitschr. f. Psych. Bd. 68.

3) Rüdin, Ueber die klinischen Formen der Gefängnispsychose. Zeitschr. f. Psych. 1901. Bd. 58.

Stupors durch Elektrisieren spreche gegen Katatonie. Wichtig sei auch ein mehr willkürliches Verharren im Stupor und ein anderes Verhalten gegen Aerzte und Pfleger.

Ferner gilt für Birnbaum¹⁾ die psychogene Auslösbarkeit eines psychopathologischen Zustandes als Kriterium des Degenerativen.

Am weitesten geht aber Risch²⁾ in seinem Bestreben, bei Verbrechen an dem Fehlen einer Charakterdegeneration und der hysterischen Stigmata die „nichthysterischen psychogenen“ Haftkomplexe von den hysterischen abzugrenzen. Risch gelangte zu der Behauptung: „Es gibt keine Katatonie, die nur dann ausbricht, wenn der Kranke verhaftet wird, und wie weggeblasen ist, wenn das psychische Trauma aufhört zu wirken.“

Darf man in der Tat dem einen Moment der Beeinflussbarkeit durch die Situation eine so ausschlaggebende Bedeutung beimessen?

Freilich die Annahme von Aschaffenburg³⁾, dass bei den verschiedensten Psychosen, wie z. B. Paralyse und Delirium tremens, sich ähnliche Bilder infolge äusserer Einwirkung sollten entwickeln können, hat keine Zustimmung gefunden. Dagegen ist die Richtigkeit der Behauptung von ihm und Wilmanns, dass eine erst in der Haft manifest gewordene Katatonie vorübergehend einem psychogenen Haftsyndrome ausserordentlich ähneln kann, nicht widerlegt worden. Hier bieten anamnestic Angaben über Fehlen oder Vorhandensein einer degenerativen Grundlage sowie die von Lückcrath geforderte Berücksichtigung der gesamten Persönlichkeit nicht immer ausreichende Anhaltspunkte zur Unterscheidung, da auch die Katatonie auf ausgesprochen psychopathischem Boden erwachsen kann. Vielmehr erhebt sich immer wieder für uns die eine Frage, ob fortgesetzte Abhängigkeit des Verlaufes von äusseren Vorgängen wirklich das Bestehen einer chronischen Geisteskrankheit ausschliesst.

Durch die eigenen Erfahrungen sind wir da in den letzten Jahren recht vorsichtig geworden und möchten in Zweifelsfällen nie allein von diesem einzigen Kriterium die Entscheidung abhängig machen. Wir sind zu der Ansicht gelangt, dass die differentialdiagnostische Bedeutung dieser Beeinflussung durch die Situation heute im allgemeinen überschätzt wird. Einige Beispiele mögen das zeigen:

1) Birnbaum, Dementia praecox und Wahnpsychosen der Degenerativen. *Zentralbl. f. Nervenheilk.* 1909.

2) Risch, Ueber die Verkenennung psychogener Symptomenkomplexe der frischen Haft etc. *Monatsschr. f. Psych.* 1909. Bd. 25.

3) Aschaffenburg, Degenerationspsychosen und Dementia praecox bei Kriminellen. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.* Bd. 14.

Fall 1. Der 20jährige Metzger David M. wurde am 20. März 1911 durch 2 Ziviltransporteure aus dem Strafgefängnisse der hiesigen Anstalt zugeführt. Er hatte daselbst eine zweijährige Gefängnisstrafe wegen Fahrraddiebstahls abzubüssen. Seine bis in den März 1911 hinein vorgebrachten Anträge auf Wiederaufnahme des Verfahrens mit der Begründung, er habe die zu seinen Gunsten vorhandenen Entlastungsmomente infolge nervöser Erregung bei der Hauptverhandlung vergessen, blieben erfolglos. Dagegen erhielt er noch eine Zusatzstrafe von 2 Monaten wegen Zuhälterei.

Am 15. Februar behauptete er, an Krampfanfällen infolge alter Syphilis zu leiden. Der Gefängnisarzt liess ihn darauf eine Schmierkur durchmachen. Am 9. März 1911 begann er plötzlich zu toben, zu schreien und sein Mobiliar zu zerstören. Fesselung hatte rasche Beruhigung zur Folge. Er war darauf mehrere Tage wieder völlig geordnet und ging zur Arbeit. Am 15. März trat ein neuer Erregungszustand auf mit Entkleiden und Kotschmieren. Auch dieses Mal beruhigte er sich sofort nach Anlegen der Kette. Indessen erschien nun doch seine psychiatrische Beobachtung erwünscht.

Bei seiner Aufnahme in die Irrenanstalt war er desorientiert, konnte sich nicht auf seine Personalien besinnen, gab sonderbare Antworten, die den Eindruck eines Ganserzustandes erweckten, führte auch nachts Selbstgespräche. Schon nach einer Woche war er klar und geordnet, hatte gute Erinnerung an seine Vergangenheit, auch an seine Straftaten, arbeitete und konnte von der Wachabteilung verlegt werden. Krampfanfälle wurden nicht bei ihm beobachtet. Am 6. Juni 1911 wurde er ins Gefängnis zurückgegeben, sass dort den Rest seiner Strafe ohne Störung ab.

Am 30. Juni des nächsten Jahres ward er von neuem und zwar aus dem Untersuchungsgefängnis eingeliefert. Die Diagnose des einweisenden Arztes lautete auf „Dämmerzustand“. Es handelte sich um eine neue Anklage wegen Zuhälterei. Dieses Mal erschien er zunächst stuporös. Er hatte die Augen geschlossen, liess die erhobenen Glieder fallen, antwortete nicht, befolgte keine Aufforderung.

Am folgenden Tage schon begann er zu sprechen, gab nun aber verkehrte Antworten nach Art des Vorbeiredens. Auf Zureden besserten sich dann diese Antworten. Er erkannte seine anfangs verleugnete Photographie vom ersten Aufenthalte an, gab zu, schon früher in der Anstalt gewesen zu sein. Klagte weinerlich: Wenn ich doch nicht immer allein wäre! — $7 + 9$ rechnete er 9, $7 - 3$ auch 9, $9 - 1$ sind 1 usw. Auch jetzt gelang es durch Zureden, manchmal bessere Antworten zu erzielen. Er zeigte ein ängstliches Wesen, äusserte einmal die Furcht, umgebracht zu werden, nahm mitunter wenig Nahrung. Bat um Arbeit.

Mitte Juli versank er allmählich in einen immer tieferen Stupor mit völligem Mutismus und Nahrungsverweigerung, so dass zur regelmässigen Sondenfütterung geschritten werden musste. Dieser Zustand dauerte ganz unverändert volle 4 Monate. Dann erkrankte er an einer kroupösen Pneumonie und starb nach 8 Tagen. Im Beginn des hohen Fiebers, das Temperaturen von 39 und 40° erreichte, erwachte er vorübergehend für einen Tag aus seinem Stupor, redete und erschien durchaus geordnet, nur deutlich gehemmt. Alsdann versank er

aber wieder und starb, ohne mehr von seiner Umgebung Notiz genommen oder nach seinen Angehörigen gefragt zu haben.

In diesem Falle hatte der Zustand zur Zeit der ersten Aufnahme in jeder Richtung den Eindruck einer hysterischen Haftpsychose gemacht. Die Diagnose wurde so gestellt und anscheinend durch den weiteren Verlauf bestätigt. Auch die Wiedererkrankung nach 1 Jahr im Anschluss an abermalige Verbringung in Untersuchungshaft passte sehr gut in das Bild. Nun jedoch erfolgte gewissermassen eine Entgleisung aus dem hysterischen Stupor in schwerste Katatonie hinein.

Hätte man dieses Resultat voraussehen, resp. die Diagnose von vornherein anders stellen können? Aus der von den Eltern erhobenen Anamnese wäre nur nachzutragen, dass zwei Tanten gemütskrank waren und sich ertränkt hatten. Der Pat. hatte die Schule gut durchgemacht, war in der Lehre fleissig, aber leichtsinnig. Wiederholt hatte er schon kleinere Strafen erlitten: wegen Unterschlagung 3 Tage, wegen Mundraub 3 Tage Haft, auch wegen Tierquälerei. Schon länger sollte er nervöse Krampfstände gehabt haben. Näheres war darüber nicht zu erfahren. Im Gefängnis hatte er bis kurz vor der Aufnahme ganz geordnete Eingaben und Briefe geschrieben. Hier wäre also nichts, was gegen Hysterie sprechen würde.

Auffallend war bei der 1. Beobachtung höchstens seine starre Haltung, die Art, wie er den Arzt unverwandt anblickte, das auch nach Ablauf des eigentlichen Dämmerzustandes stille und etwas stumpfe Wesen, der Mangel an Affekt. Gegebene Haltungen wurden kurze Zeit beibehalten, aber auf Aufforderungen sogleich zurückgemacht. Während des ersten Aufenthaltes nahm er 10 Pfund zu.

Im Vorbeireden nach der 2. Aufnahme mischten sich einzelne sonderbare hypochondrische Aeusserungen ein. Einmal sagte er: „Aus dem Bauch geht nichts raus!“, ein anderes Mal: „Im Bauch kann nichts mehr rausdrucken!“ Ferner bestand leichte Neigung zur Echolalie. Bei der Aufforderung zu schreiben, nahm er wohl den Federhalter in die Hand, blieb aber vom Tisch entfernt sitzen, rückte erst auf mehrmalige Aufforderung näher heran. Dann schrieb er richtig auf Diktat das Wort Frankfurt, schrieb aber nicht die Lösung einer einfachen Rechenaufgabe, wie $2 + 3$. Grimassieren oder stärkerer Negativismus wurden nicht beobachtet.

Als er freier geworden war, schrieb er geordnete Briefe nach Haus, die immer wieder die Versicherung enthielten, er sei unschuldig. Seine Klage war: „Glauben tut mir niemand was, und einen Zeugen bekomme ich nicht“.

Alles das sind keine Momente, die mehr für die Diagnose Katatonie als Hysterie in die Wagschale fallen mussten, während andererseits der

gesamte Verlauf und Entstehung die Annahme eines rein psychogenen Leidens wahrscheinlicher machten: Ausbruch im Gefängnis nach Ablehnung des Wiederaufnahmegesuchs und erfolgter abermaliger Verurteilung, rascher Ablauf in der Anstalt, Wiederausbruch in Untersuchungshaft nach Einleitung eines neuen Verfahrens. Um so überraschender wirkte die Wendung, als immer deutlicher der Stupor einen ausgesprochen katatonen Typus annahm.

Die später vorgenommene mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab übrigens: Deutliche Gliavermehrung in der Rinde, namentlich Vermehrung der Trabanzellen und Auftreten sogen. amöboider Formen; chronische Ganglienzellveränderungen, Lichtungen im Mark, zumal im Gebiet der Supraradiärfaserung. Keinerlei entzündliche Erscheinungen.

Fall 2. Elise M., Beamtenfrau, 48 Jahr. Seit Jahren nervös und erblich schwer belastet, indem beide Eltern geisteskrank gewesen waren, und die Schwester schon in der hiesigen Anstalt wegen Katatonie behandelt worden war. Nach Aussage des Ehemanns hatte die Pat. selbst seit Jahren ein äusserst launisches und reizbares Wesen an den Tag gelegt, an Schreianfällen gelitten, hatte vielfach über Schwindel und Kopfweh geklagt und deshalb das Bett gehütet. In der Schwangerschaft bekam sie Zustände von Aufregung und Luftmangel. In der Zeit der Menses neigte sie zu Wutausbrüchen mit Gewalttätigkeit gegen den Ehemann, ohne dass aber je Zeichen eigentlicher Geisteskrankheit von ihrer Umgebung beobachtet worden waren. Sie erschien zwar auffallend eifersüchtig, hatte indessen nie wirkliche Wahnideen oder gar Sinnestäuschungen geäussert. Sie klatschte und hetzte viel, drohte in der Aufregung fortzulaufen, sich umzubringen, hatte aber nie eine verkehrte Handlung begangen, über welche der Ehemann hätte berichten können. Nun ward sie in eine Anklage wegen Hehlerei verwickelt. Bei der Haussuchung fand sich ein ganzes Lager gestohlener Waren in ihren Zimmern versteckt. Sie hatte davon durch Mittelspersonen an Prostituierte verkauft. Auch sollte sie sich mit Abtreibung abgegeben haben.

Bei der Verhaftung benahm sie sich sehr aufgeregt, bestritt jede Schuld, verwickelte sich fortgesetzt in Widersprüche, wollte die Sachen bald hier, bald da gekauft haben. Im Gefängnis meldete sie sich fortgesetzt krank, brachte zahlreiche nervöse Beschwerden vor, obgleich sie blühend aussah und wollte durchaus ihre Entlassung aus der Haft durchsetzen. Bei ihrer Untersuchung durch den Gerichtsarzt machte sie erst einen geordneten und intelligenten Eindruck. Dann fing sie aber an, die Nahrung zu verweigern und nachts durch lautes Jammern zu stören, so dass schliesslich die Ueberführung in die Irrenanstalt zur Beobachtung erfolgte.

Hier bot sie zunächst vollständig das Bild eines Ganzer'schen Dämmerzustandes mit Vorbeireden, Klagen über heftige Kopfschmerzen und Schwerbesinnlichkeit; dann stuporöses Verhalten. Nur traten von Zeit zu Zeit heftige Wutausbrüche auf mit Angriffen auf die Umgebung. Hin und wieder schienen Gehörstäuschungen und flüchtige Beeinträchtigungswahnvorstellungen eine

Rolle zu spielen. Allmählich hellte sich die Bewusstseinstrübung auf, aber es blieb ein reizbar misstrauisches Wesen mit Neigung zu Zornausbrüchen bestehen. Die Frau ward schliesslich nach Hause entlassen, da sie noch nicht haftfähig erschien.

Im Gutachten wurde hier trotz des sonst ganz dem Ganzer'schen Symptomenkomplexe gleichenden Bildes die Möglichkeit einer Katatonie ausdrücklich betont, und zwar vor allem aus zwei Gründen: Einmal machte die schwere erbliche Belastung, die Tatsache, dass die Schwester an Katatonie erkrankt war, stützig, und dann vor allem hatten sich der Psychose gewisse triebartige Erscheinungen beigemischt, die etwas Stereotypes an sich zu haben schienen. So liess sich z. B. feststellen, dass die Patientin in dem Untersuchungsgefängnis durch ihr ununterbrochenes Schwatzen den Mitgefangenen lästig gefallen war. Die Mitgefangenen beklagten sich darüber, dass sie immer dieselben Sachen geredet und gefragt hätte und nicht davon abzubringen gewesen wäre.

Heute, wo die Erkrankung bereits im ganzen 11½ Jahre dauert und ein immer deutlicher katatonies Gepräge angenommen hat, wird man sich sagen dürfen, dass jenes Moment des sinnlos Triebartigen ein sehr wertvolles Unterscheidungsmittel im Beginn gewesen sein dürfte. Es ist nicht ausgeschlossen, dass dieser Zug auch sonst bei spezieller Nachforschung an Untersuchungsgefangenen mit psychogenem Situationskomplex die zugrunde liegende Katatonie zu verraten imstande wäre.

Zum Vergleich sei endlich der Fall eines nicht kriminellen Katatonikers herangezogen, welcher bei seiner 1. Aufnahme in die Anstalt vor nunmehr fast 14 Jahren als einfache Hysterie aufgefasst worden war, der auch vor ¾ Jahren wieder mit der gleichen Diagnose behandelt wurde, und der heute sich zu einer vorgeschrittenen Dementia praecox entwickelt hat.

Fall 3. Josef K., 35 Jahr alt, Buchdrucker. Ueber seine Vorgeschichte war uns von seiner Frau berichtet, dass er aus nicht belasteter Familie stamme (nur eine Tante hätte „Herzkrämpfe“ gehabt), dass er stets einer der besten Schüler gewesen, seiner Dienstpflicht genügt und später immer fleissig gearbeitet habe. In der letzten Stelle sei er 3 Jahre. Er hatte nur einmal beim Militär einen Krampfanfall mit Umsichschlagen gehabt und war deshalb vom Schwimmen dispensiert worden.

1900 kam er das erste Mal zur Anstalt: Er hatte nach Alkoholgenuss einen Wortwechsel mit seinen Geschwistern gehabt, war sehr erregt geworden, „durcheinander“, bekam Zitteranfälle und wurde durch die Rettungswache eingeliefert. Bei der Aufnahme lag er regungslos da mit geschlossenen Augen, reagierte nicht. Später öffnete er die Augen auf Anrede, nannte auch seinen Namen, gab aber sonst keine Antworten. Erst abends fing er an zu sprechen, schlief nachts ruhig.

Am folgenden Morgen war er klar und geordnet, zeigte für die Vorgänge bei der Aufnahme Erinnerung, hatte selbst das Empfinden, dass ihm im Kopf „verrückt“ gewesen sei. Als Ursache betrachtete er seine Aufregung nach Alkoholgenuss. Nach einigen Tagen erfolgte seine Entlassung, und er nahm seine Arbeit wieder auf.

Mai 1913 kam er müde heim, klagte über Luftmangel und Uebelkeit, brach vor dem Bett zusammen, erholte sich aber rasch nach einem kalten Umschlag. Ende September bekam er dann Streit mit einer Mitbewohnerin im Hause, die ihn beschimpfte und „Dieb“ nannte. In der Aufregung darüber bekam er wieder einen krampfartigen Anfall. Als er bald darauf nochmals ihre Stimme im Hause hörte, sprang er schimpfend auf, schlug die Fenster ein. Die Rettungswache brachte ihn zur Anstalt. Schon bei der Aufnahme hatte er sich beruhigt und berichtete selbst ausführlich über den Grund seiner Erregung. Da er nichts Auffälliges mehr bot und in regelmässiger Arbeit stand, ward er wieder nach wenigen Tagen auf Wunsch der Frau entlassen. Er ging auch gleich wieder an die Arbeit und bot ausser seiner alten Reizbarkeit nichts Auffälliges, bis Ende November neuer Aerger im Geschäft hinzukam. Als bald stellten sich seine krampfartigen Erscheinungen mit Herzbeklemmung, ohne Bewusstseinsverlust ein. Auf Rat der Frau fuhr er selbst mit dem Krankenschein zum Krankenhaus in der Trambahn, redete aber bereits bei der Aufnahme dort verwirrt und begann zu toben, so dass seine sofortige Verlegung in die hiesige Anstalt erfolgte.

Bei seiner 3. Aufnahme bot er ganz das Bild einer schweren Katatonie: Er grimmassierte heftig, vollführte zahlreiche sinnlose Stereotypen, redete ganz unzusammenhängend vor sich hin, halluzinierte lebhaft, hatte wechselnde Verfolgungsvorstellungen, neigte zu impulsiven Verkehrtheiten. Gelang es, ihn zu fixieren, zeigte er sich örtlich und zeitlich orientiert, aber ohne jedes Krankheitsgefühl. Seither zieht sich ein zwischen Stupor und Erregung wechselnder Zustand mit totaler Zerfahrenheit schon über $1\frac{1}{2}$ Jahr unverändert hin. Der Kranke muss dauernd auf der unruhigen Abteilung gehalten werden.

Interessant ist hier überall die Frage: Hat sich auf dem Boden einer alten Hysterie die Dementia praecox später entwickelt, oder sind schon die ersten psychogenen Erregungen als Vorläufer und Schübe dieser anzusehen? Im Fall 3 liegt hinsichtlich der vorletzten Aufnahme im September 1913 die zweite Annahme am nächsten. Dann ist aber zu beachten, dass hier der Anfall im September auch dem vor 14 Jahren ausserordentlich ähnelte. Jedenfalls ist das dritte Beispiel besonders lehrreich, weil es wieder zeigt, wie auch bei Nichtkriminellen uns heute die Entscheidung, ob Katatonie oder Hysterie, recht schwer fallen kann, obgleich jeder Verdacht auf Aggravation ausscheidet, und ferner, weil es daran erinnert, dass selbst bei ausgebildeter Dementia praecox der einzelne Schub auf rein psychischem Wege ausgelöst werden mag. Um so weniger dürfen wir uns darüber wundern, wenn wir gelegentlich die Erfahrung machen, dass bei einer bisher latenten Dementia

praecox Krimineller durch die Situation psychogene Krankheitsschübe hervorgelockt werden.

In unserem letzten Falle fehlten ausser den Krampfständen und der Reizbarkeit in den freien Intervallen sichere für Hysterie sprechende Züge. Insofern war die Diagnose nicht genügend gestützt gewesen. Vielleicht hätte gerade dieser Umstand zur grösseren Vorsicht mahnen sollen. Andererseits wäre auch nichts damit gewonnen gewesen, wenn wir etwa von einer nichthysterischen psychogenen Erkrankung gesprochen hätten. Die Abtrennung degenerativer Geistesstörungen von der Katatonie gelingt da am besten, wo uns ein klinisch gut charakterisiertes Bild entgegentritt, wie eben das einer gut ausgeprägten hysterischen Psychose. In allen zweifelhaften Fällen wird man sich heute doch zum Abwarten entschliessen müssen und sich vor zu weitgehenden Behauptungen zu hüten haben. Gerade aus diesem Gesichtspunkt ist die Einführung der „Situationspsychose“ in die psychiatrische Nomenklatur durch Siemerling und Stern wertvoll, weil solche Bezeichnung nichts präjudiziert. Es ist falsch, zu behaupten, dass die Abhängigkeit einer Geistesstörung in ihrem Verlaufe von der Situation allein ausschlaggebend sei für die spezielle Diagnose; nur unser Verdacht wird dadurch in eine bestimmte Richtung gelenkt. Es kann aber immer sein, dass es sich um eine unmerklich chronisch entwickelte Geisteskrankheit handelt, deren manifeste Schübe durch die Situation verursacht werden. Wahrscheinlicher ist freilich, dass nur ein transitorischer Ausnahmezustand vorliegt, wie er am häufigsten bei Hysterikern entsteht. Jedenfalls bedarf der Name „Situationspsychose“ stets eines näher erläuternden Prädikats, soll er eine wirkliche Diagnose bedeuten. Wir haben zu unterscheiden eine hysterische und eine katatonische Situationspsychose.

Unsere Schlussätze lauten:

Im Verlaufe einer Dementia praecox können wie bei der Hysterie exquisit psychogen entstandene Symptomenkomplexe auftreten, die allein durch die Situation geschaffen und erhalten zu sein scheinen und demgemäss mit derselben zunächst verschwinden.

Da die somit differentialdiagnostische Abgrenzung allein nach dem Verlauf lange Zeit auf Schwierigkeiten stossen kann, sollte man wieder mehr bestrebt sein, durch Vertiefung unserer Kenntnis von der Symptomatologie des Zustandsbildes weiter zu kommen.

Die zu allgemein gehaltene Bezeichnung „Degenerationspsychose“ für psychogene Hafterkrankungen ist unzweckmässig, weil sie den möglichen Verschiedenheiten der klinischen Bilder ungenügend Rechnung trägt.