

V.

Hysterische Dämmerzustände.

Von

Dr. Harald Siebert,

Nervenarzt und leitendem Arzt der psychiatrischen Abteilung
am Stadtkrankenhause in Libau.

Für die Erkennung fast aller Krankheiten kann es als notwendige Forderung erachtet werden, dass das jeweilige zu beurteilende Bild mit einer Reihe früher gesehener, analoger oder ähnlicher Zustände verglichen wird, dass gewissermassen die „Erfahrung“ als für die Diagnose ausschlaggebendes Moment anzusehen ist. Es gilt dieses ganz besonders für die Vielgestaltigkeit der hysterischen Zustandsbilder; die Worte Krehls¹⁾: „Von einer scharfen Beobachtungsgabe, der Fähigkeit zu kombinieren und dem Besitz einer grossen Reihe von Erinnerungsbildern wird der Erfolg abhängen“ — haben daher nicht unwesentlichen Bezug auf die richtige Deutung eines so komplizierten Nerven- und Seelenleidens, wie wir es in der Gestalt der Hysterie vor uns haben. Fast jeder kritisch denkende Beobachter, der an die Behandlung hysterischer Störungen herantritt, ist sich darüber klar, dass wir eine einheitliche Definition des Hysteriebegriffs nicht haben, und dass deshalb auch die Beurteilung mancher Störungen an der abweichenden Auffassung der einzelnen untersuchenden Aerzte auseinander geht; andererseits meinen vielfach Verschiedene dasselbe, sagen nur Verschiedenes. Sondern wir nun die nebensächlichen Begriffe und vergleichen als Komponente einer jeden Auffassung, so bleibt dabei doch meist die eine gleiche Tatsache bestehen, dass auf verschiedenen Seiten der gleiche Grundgedanke anzutreffen ist.

Wenn ich auch die Frage der Definition der Hysterie keineswegs vom prinzipiellen Standpunkt aus anschneiden möchte, so muss doch in Kürze auf die grundlegenden Theorien über das Wesen dieser Krank-

1) Pathologische Physiologie. 1907. Vorwort.

heit hingewiesen werden. Während Möbius¹⁾, Cramer²⁾, Strümpell³⁾ und andere, bei der Beurteilung der Hysterie der Vorstellungen den wesentlichsten Teil beim Entstehen der Störungen, besonders den Veränderungen des Körpers zuschreiben, hebt Oppenheim⁴⁾ die gesteigerte Affekterregbarkeit und den krankhaft gesteigerten Einfluss der Gemütsbewegungen auf die diese in der Norm begleitenden motorischen, sensorischen, vasomotorischen und sekretorischen Funktionen hervor. Auch neuerdings betont Oppenheim⁵⁾, dass wir keine präzise, allgemein anerkannte Begriffsbestimmung der Hysterie besitzen. Als Grundphänomen bezeichnet er den abnormen Seelenzustand: die Reizbarkeit, den jähen, unmotorischen Stimmungswechsel, die Charakteranomalien, die Neigung zu explosiven Handlungen, ferner die Steigerung des Einflusses der Affekte auf die körperliche Sphäre in typischer Ausdrucksform, die Entstehung und Beseitigung körperlicher Symptome auf ideagenem bzw. psychogenem Wege und die damit in der Regel verknüpfte Unbeständigkeit der Erscheinungen. „Die einfache Steigerung der emotionellen Erregbarkeit ist kein Charakteristikum der Hysterie, sie kommt auch der Neurasthenie, dem neuropathischen Zustand schlechtweg zu. Erst die Art ihrer Ausseerung (Lach- und Weinkrämpfe usw.) und das grobe Missverhältnis zwischen Reiz und Wirkung verleiht ihr das hysterische Gepräge. Bei der Hysterie ist der Affekt nur die Gelegenheitsursache, während die Grundlage der durch ihn ausgelösten Krankheitserscheinungen in der Persönlichkeit, und zwar in erster Linie in der gesteigerten Erregbarkeit und dem gesteigerten Einfluss der Gemütsbewegungen auf die körperliche Sphäre beruht, ausserdem in der besonderen Physiognomie dieser Ausdrucksbewegungen, die sie durch die Fixation erhalten.“

O. Binswanger⁶⁾ hält den Beweis für unmöglich, dass alle hysterischen Krankheitsvorgänge auf eine psychologische Grundformel zurückzuführen seien. Er ist der Meinung, dass zwar alle hysterischen Krankheitserscheinungen durch psychische Vorgänge beeinflusst werden können, dass aber der Satz, die Hysterie entstehe ohne jede Ausnahme aus psychischen Vorgängen

1) Neurologische Beiträge. 1898. S. 68.

2) Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger und Siemerling. 1907. S. 274.

3) Spezielle Pathologie und Therapie. 1907. II. 753.

4) Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 7. Aufl. S. 1203.

5) Die Neurosen infolge von Kriegsverletzungen. Berlin. 1916. S. 191.

6) Die Hysterie. In Nothnagels Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. 1904. S. 14.

nöch nicht bewiesen worden ist und auch nicht bewiesen werden kann. „Die hysterische Veränderung besteht darin, dass die gesetzmässigen Wechselbeziehungen zwischen der psychischen und materiellen Reihe gestört sind, und zwar in doppelter Richtung, auf der einen Seite fallen für bestimmte Reihen materieller Rindenerregungen die psychischen Parallelprozesse aus oder werden nur unvollständig durch jene geweckt; auf der anderen Seite entspricht einer materiellen Rindenerregung ein Uebermass psychischer Leistung, das die verschiedenartigsten Rückwirkungen auf die gesamten Innervationsvorgänge, die in der Rinde entstehen oder von ihr beherrscht werden, hervorruft“.

Sehr zurückhaltend verhält sich Reichardt¹⁾ bezüglich der Diagnosestellung auf Hysterie, auch er will mit Sommer²⁾, wenigstens dem Publikum gegenüber, lieber die Bezeichnung „Psychogenie“ angewandt wissen, zum mindesten um der weitverbreiteten Auffassung vom Zusammenhang zwischen dieser Neurose und den Sexualorganen (ἡ ὑστέρα- Gebärmutter) entgegenzutreten. „Was für das Wesen der Hysterie am meisten als charakteristisch gelten kann, ist die ausserordentlich gesteigerte Suggestibilität den äusseren Einflüssen, sowohl wie den eigenen Vorstellungen gegenüber“. Im Uebrigen akzeptiert Reichardt auch die Definition von Kraepelin³⁾. „Als wirklich einigermaßen kennzeichnend dürfen wir vielleicht die ausserordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit ansehen, mit welcher sich psychische Zustände in mannigfaltigen körperlichen Störungen wirksam zeigen: seien es Anästhesien, Parästhesien, seien es Ausdrucksbewegungen, Lähmungen, Krämpfe oder Sekretionsanomalien.“

Hellpach⁴⁾ betrachtet als die psychologische Grunderscheinung der Hysterie die intensive, extensive und qualitative Vermehrung der psychogenen psychischen Vorgänge (der Ausdrucksbewegungen im weitesten Sinne des Wortes) und ihre Disproportionalität zu den Gemütsbewegungen. Gegenüber der Psychogenie will er folgende Unterscheidung obwalten lassen⁵⁾: „psychogenisch ist einer, der krank sein kann, wenn er krank sein will, und so krank sein kann, wie er will — aber hysterisch erst einer, der (unter Aktualisierung solcher Potenzen) krank wird, weil er krank sein will.“

1) Leitfaden zur psychiatrischen Klinik. 1907. S. 192.

2) Diagnostik der Geisteskrankheiten. 1894. S. 125.

3) Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl. II. S. 684.

4) Lit. nach Oppenheim, Lehrb. der Nervenkr. II. S. 1209.

5) Die Physiognomie der Hysterischen. Neurol. Zentralbl. 1917. No. 15.

Den Unterschied der zuletzt genannten Begriffe habe ich auch in folgendem hervorgehoben¹⁾: „die meisten hysterischen Störungen sind psychogen bedingt, aber weit weniger psychogene Störungen sind hysterisch“. Auch ich bin der Ansicht²⁾, dass die Diagnose auf Hysterie viel zu oft gestellt wird, und will diese Diagnose nur für gewisse qualitative Veränderungen der psychisch-nervösen Funktionen reserviert wissen. Es erscheint mir daher unerlässlich, dass dafür die notwendigen Kriterien dieses Krankheitsbildes, wie das alterierte Vorstellungsleben und gesteigerte Affekterregbarkeit nachweisbar sind.

A. Behr³⁾ betont, dass „mit der Vorstellung krank zu sein, der Hysteriker den Wunsch verbindet krank zu sein“ — und Sokolowsky⁴⁾ hebt hervor: „der Simulant will krank scheinen, der Hysterische krank sein“, auch weiterhin: „der Hysterische findet in dem Kranksein den Rettungsanker für seine Minderwertigkeit, da er sich alsdann vom Kampf ums Dasein befreit glaubt und trotzdem eine Rolle spielt und die Beachtung findet, welche ihn allein befriedigt“.

An letzter Stelle soll noch in Kürze auf die Breuer-Freud'sche⁵⁾ Hysterieauffassung hingewiesen werden, welche ich, ob der ihr zeitweise wenigstens sehr weitgehend gezollten Anerkennung, der Erwähnung wert halte. Vom Begriff des „eingeklemmten Affektes“ ausgehend — hysterische Symptome verdanken nach Auffassung dieser Autoren ihre Entstehung bestimmten, vielfach dem Kranken selbst nicht erinnerlichen, erschütternden Ereignissen — waren sie bemüht durch die „Psychokatharsis“ das auslösende Ereignis, das „psychische Trauma“ in Hypnose festzustellen und durch „Abreagieren“ den Affekt zur Erledigung zu bringen. Auf dem Boden dieser Psychokatharsis kam Freud zur Auffassung von der Verdrängung und baute auf solchen Voraussetzungen seine Sexualtheorie auf, indem er annahm, bei seinen Beobachtungsobjekten bis in die zarteste Kindheit hinein sexuelle Traumata nach-

1) H. Siebert, Die Psychosen und Neurosen der Bevölkerung Kurlands. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 73.

2) H. Siebert, Einige Bemerkungen über die allgemeinen Neurosen. Monatsschr. f. Psych. Bd. 35. H. 4. S. 400.

3) Ein Fall von Hysterie im Anschluss an Leuchtgaseinatmung. Wiener med. Wochenschr. 1896 H. 40—42.

4) Petersb. med. Wochenschr. 1895. No. 51 u. Zentralbl. f. Nervenheilk. und Psych. 1896. Juni.

5) Psych. Mechanismus hyster. Phänomene. Neurolog. Zentralbl. 1893. Studien über Hysterie. 1895. Leipzig u. Wien. Kleine Schriften zur Neurosenlehre. 1906.

weisen zu können, und sah die Hysterie als Folge dieser Erlebnisse an. Allgemein werden sowohl der Standpunkt Freud's, obgleich sich ein Autor wie Bleuler an dem Ausbau der Neurosenlehre auf Grundlage der Verdrängung der Komplexe lebhaft beteiligt hat, als erst recht die weitgehenden Schlüsse und Behauptungen der Schüler und Anhänger Freud's in ihren wesentlichen Punkten von den meisten deutschen Gelehrten und psychiatrischen Schulen abgelehnt, ich erwähne dabei lediglich Sommer¹⁾, Hoche²⁾, Oppenheim³⁾, Schultz⁴⁾ und andere. —

Durch den Begriff der Verdrängung und das überaus scharfe Hervorheben des sexuellen Moments unterscheidet sich die Breuer-Freud'sche Auffassung nicht nur in quantitativer, sondern hauptsächlich in qualitativer Hinsicht von den meisten anderen Hysterietheorien der deutschen Psychiater. Die Gefahr, welche eine solche Anschauung in sich birgt, ist nicht zum mindesten darin enthalten, dass man in den Fehler gerät, Symptome isolierter Natur zu verallgemeinern, Nebensächliches als Hauptsächliches zu betrachten und da kausale Zusammenhänge zu suchen, wo nicht ein Auf- oder Nacheinander der Erscheinungen besteht, sondern höchstens ein Nebeneinander derselben, während dem Begriff der Minderwertigkeit, welcher in den wesentlichsten Bestandteilen ein Charakteristikum der Hysterie an sich ist, durch das Suchen nach neuen Komplexen oder Definitionen, welche in anderen Worten dasselbe sagen, eine zu geringe Beachtung geschenkt wird. Während die motorischen, sensiblen und die vom vegetativen Nervensystem regulierten sekretorischen, vasomotorischen und trophischen Störungen einerseits, die Charakteranomalien, die perversen Äusserungen der Stimmung und die Perfidien — als psychische Störungen — andererseits, bald mehr isoliert, bald kombiniert, relativ häufige Anzeichen der erwähnten Psycho-Neurose darstellen, sehen wir in den Dämmerzuständen krankhafte Erscheinungen vor uns, wie solche durchaus nicht so alltäglich auftreten, dass sie ohne weiteres Bedenken als eisernes Inventar in den Beobachtungs- und Erfahrungsschatz der meisten Aerzte aufgenommen werden dürften. Folgen wir in der Frage des Vorkommens hysterischer Dämmerzustände Ziehen⁵⁾, so finden

1) Psychologische Untersuchungsmethoden. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. 1911. Bd. 6. S. 227.

2) Medizinische Klinik. 1910.

3) Lehrbuch der Nervenkrankh. 7. Aufl.

4) Ueber Psychoanalyse in gerichtsärztlicher Beziehung. Monatsschr. f. Psych. Bd. 36. H. 4. S. 296.

5) Psychiatrie. 1911. S. 524.

wir an der Spitze seiner diesbezüglichen Abhandlung, dass „diese hysterischen Dämmerzustände, ebenso wie die epileptischen, teils in engerer Beziehung zu einem hysterischen Krampfanfall (prä- oder postparoxysmell, oder auch intraparoxysmell) oder freistehend vorkommen“. Ich will dann einiges hervorheben, was gerade Ziehen, der meiner Ansicht nach die klarste und am meisten umrissene Darstellung dieser psychotischen Symptomenkomplexe gegeben, als wesentlich betont: meist treten die hysterischen Dämmerzustände erst nach Vorbestehen jahrelanger, anderweitiger hysterischer Symptome auf, selten ist es, wenn der Dämmerzustand die erste erkennbare Äusserung der bis dahin „latenten“ Hysterie darstellt; öfter, als die epileptischen, schliessen sich die hysterischen Dämmerzustände unmittelbar oder nach einer mehrstündigen oder mehrtägigen Latenzzeit an eine Affekterregung — „gefühlbetontes Ereignis“ — an.

Da die epileptischen Dämmerzustände die häufigsten dieser Spezies von krankhaften Seelenäusserungen sind, richtet sich naturgemäss unser diagnostisches Augenmerk in erster Linie auf diese, den hysterischen homologen, Erscheinungen. Auch in der Diagnose sei die Ansicht Ziehen's wiedergegeben: „alle Zeichen sind nicht untrüglich, am wertvollsten ist im Sinne der hysterischen Störung die Beeinflussbarkeit durch Suggestionen, ferner sprechen gegen epileptischen Dämmerzustand und für hysterischen:

1. Remittierender Verlauf;
2. Allmähliches Abklingen;
3. Theatralische Nuancierung der Affekte;
4. Romanhafter Zusammenhang der Sinnestäuschungen und Beziehung auf ein dem Dämmerzustand vorausgehendes gefühlbetontes Erlebnis;
5. Ausgesprochene hysterische Symptome;
6. Selbstverständlich interkurrente hysterische Anfälle;
- 7 Suggestive Beeinflussbarkeit.

Nahe verwandt den hysterischen Dämmerzuständen sind die hysterischen Delirien. Sie unterscheiden sich von den Dämmerzuständen nur dadurch, dass sie erstens ausgesprochener remittierend zu sein pflegen, dass sie zweitens am Anfang und am Schluss nicht so scharf abgegrenzt sind, dass drittens die Assoziations- und Orientierungsstörung viel oberflächlicher ist und dass viertens die Amnesie fehlt.“ Solch eine Unterscheidung ist aus mehr als einem Grunde richtig, soweit sie sich eben nur immer anstellen lässt, in der Mehrzahl der Fälle dürfte jedoch bei genauer Analyse der Erscheinungen diese Abgrenzung durchführbar sein.

Dem Begriff der für solche Zustände erforderlichen Differentialdiagnose wird auch Wernicke¹⁾ gerecht, indem er als Hauptmerkmal der hysterischen Dämmerzustände „nicht sowohl die Benommenheit des Sensoriums“, als die totale allopsychische „Desorientierung“ hervorhebt, wobei sich die Kranken einer traumhaft veränderten, meist sehr affektiv gefärbten Situation entsprechend verhalten, andererseits steht Wernicke auf dem Standpunkt²⁾, dass Zustände von doppeltem oder auch alternierendem Bewusstsein oft auch unzweckmässig als Dämmerzustände bezeichnet werden, da „das Sensorium dabei anscheinend wohl erhalten ist, es sich gewissermassen um eine Unterbrechung der Kontinuität in dem Bewusstsein handelt, derart, dass zwei von einander ganz verschiedene Persönlichkeiten sich gegenseitig ablösen, die eine an die Stelle der anderen tritt. Die Unabhängigkeit der einen Persönlichkeit von der anderen beschränkt sich dabei nicht auf die Auswahl bestimmter Erinnerungen, sondern auf das Gebiet der Interessen, Neigungen und Abneigungen, Charaktereigenschaften und dergl. mehr, so dass ein bisher untadelhafter Charakter in dem zweiten Zustande die Gemütsverfassung eines vertierten Verbrechers darstellen kann.“

Diesen Zuständen gegenüber nimmt nun Wernicke den Standpunkt ein, dass ihre Tatsächlichkeit nicht angetastet werden soll, und auch ihr theoretisches Interesse nicht zu leugnen sei, doch scheinen sie zum Teil Kunstprodukte hypnotischer Suggestion zu sein und sind ausserdem so selten — so hatte er selbst nie einen solchen Fall zu Gesicht bekommen — dass sie für das praktische Leben keine wesentliche Bedeutung besitzen. K. Rieger³⁾ erwähnt aus Schröder van der Kolk's „Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten“ einen Fall, wobei ein junges Mädchen alternierend und in photographischer Regel- und Gesetzmässigkeit an einem Tage ein kindisch-läppisches Wesen aufwies, während sie am nächstfolgenden Tage vollkommen geordnet und besonnen war. Die Erinnerungslosigkeit ging bei der Kranken so weit, dass ihr Gedächtnis stets vom hellen zum übernächsten hellen Tage korrespondierte. Sie begann z. B. am läppischen oder kindischen Tage französisch zu lernen, während sie am luziden Tage ganz fliessend sprach; dasselbe wiederholte sich auch in bezug auf Erkennen bzw. Wiedererkennen von Personen und die umgebenden Verhältnisse. Rieger knüpft hieran die Bemerkung: „Das

1) Grundriss der Psychiatrie. 1906. S. 496.

2) Daselbst S. 299.

3) Der Hypnotismus. Jena 1884. S. 99.

eben Erzählte klingt ganz fabelhaft, die Autorität des Berichterstatters ist aber eine zu gute, der Bericht selbst zu bestimmt und ausführlich, als dass wir ihn in Zweifel ziehen dürften. Bei einem so exquisiten „doppelten Bewusstsein“ ist eine einheitliche Persönlichkeit gar nicht mehr möglich, solchen Individuen gegenüber hören derartige vom normalen psychischen Leben hergenommene Begriffe einfach auf“. Sehr beachtenswert ist die Auffassung Rieger's, dass, wie überall in psychologischen und psychiatrischen Zuständen, es keine scharfe Grenze zwischen erhaltener und völlig aufgehobener Erinnerung gibt, sondern nur gradweise Uebergänge zwischen beiden.

I.

Ich selbst bin vor kurzer Zeit in der Lage gewesen einen ähnlichen, aber selbstverständlich keineswegs so ausgesprochenen, Fall von alternierendem Bewusstsein zu beobachten.

Das 24jährige Fräulein L. wurde mir von ihren Angehörigen zwecks Untersuchung und Begutachtung zugeführt. Die Vorgeschichte ergab keine wesentliche hereditäre Belastung, die Entwicklung der jungen Dame war in der Jugend glatt vor sich gegangen, sie hatte nie viel an körperlichen Krankheiten zu laborieren gehabt, gute Fähigkeiten wies sie auf allen für sie in Frage kommenden Gebieten auf, lernte fleissig, war im Hause als hilfsbereit und fleissig bekannt. Mit 13 Jahren — die Menses bestehen seit dem 15ten Lebensjahre — stellten sich nervöse Reizzustände ein, welche anscheinend nicht eine psychologisch begründete Ursache besaßen, sie lachte und weinte ohne Veranlassung und konnte dann nur mit Mühe beruhigt werden. Die Pubertätszeit wurde gut überstanden, die erwähnten Anfälle wiederholten sich nicht mehr.

Mit 19 Jahren verlobte sie sich, nach zwei Jahren teilte ihr der Bräutigam schriftlich mit, dass er nicht in der Lage sei das Verlöbniß aufrecht zu erhalten. Bald nach diesem Vorfall setzte das unten zu schildernde Krankheitsbild ein.

Unter dem Bilde einer schweren psycho-motorischen Erregung, als einleitender Erscheinung, veränderte sich der Bewusstseinszustand der Kranken in auffälligster Weise. Während sie bis zum Ausbruch dieses Paroxysmus, welcher in lebhaftem zuckendem Spiel einzelner Muskelgebiete, im Haarraufen und lauten Schreien bestand, mit ihrer Umgebung in vollkommenem geistigen Konnex sich befand, an der Unterhaltung in sachgemässer und geordneter Weise teilnahm, kurzum nach allen Richtungen hin besonnen und geordnet erschien, veränderte das Einsetzen dieses Exzitationsstadiums gänzlich die ganze Persönlichkeit. Schon im Verlauf der motorischen Reizzustände schien das Bewusstsein sich gewaltig verändert zu haben, wie dieses durch die Ausdrucksbewegungen (Blick) unzweideutig dokumentierte; mit Nachlassen der sichtbaren körperlichen Phänomene, welche von durchaus wechselnder Dauer, bis zu einer

halben Stunde und mehr, waren, trat die Veränderung des Bewusstseins offensichtlich zu Tage: die Kranke war ihrer Umgebung anscheinend gänzlich fern, sprach wohl die sie umgebenden Personen an, schien jedoch für die Umgebung selbst und den Ort keine präzise Vorstellung zu bilden. Die Sprechweise war geordnet und ruhig, Akoasmen liessen sich nicht nachweisen, wohl aber fiel eine Personenverwechslung auf, indem sie einzelne, jedoch nicht alle, gerade anwesende männliche Verwandte als ihren ehemaligen Bräutigam ansprach und sich mit ihnen in lebhaftes Gespräch einliess. Eine besonders gesteigerte Affektivität konnte während dieser Gespräche nicht beobachtet werden, weder dass sie ihm Untreue oder Wortbrüchigkeit vorwarf, oder in Zorn geriet, noch dass eine besonders traurige oder heitere Stimmungslage dabei auftrat. Sie spielte auch komplizierte Klavierstücke und legte dabei musikalisches Verständnis an den Tag. Den Abschluss dieses veränderten Gemütsverhaltens, welches bis zu mehreren Stunden andauerte, bildete eine grosse Müdigkeit, der Kranken begannen die Augenlider schwer zu werden, sie zeigte gehemmte und trägere Bewegungen und begab sich meist spontan in ihr Zimmer, wo sie sich dann hinlegte und fest einschlief. Gewalttätigkeiten oder Drohungen gegen ihre Umgebung sind nie beobachtet worden, desgleichen niemals die Neigung zum Selbstmord. Beim Erwachen vom Schlaf bestand stets eine vollkommene Amnesie für die durchgemachte Episode, das Gedächtnis korrespondierte fast völlig lückenlos mit der Zeit kurz vor Einsetzen der Attacke, ohne dass die Kranke jedoch irgend eine Rechenschaft über das, vom veränderten Bewusstsein ausgefüllte, Intervall abzugeben instande war. Der Versuch eines Neurologen im Höhestadium der Bewusstseinsveränderung Hypnose einzuleiten, missglückte zu wiederholten Malen, wie überhaupt ziemlich jede Art einer Therapie — Suggestion, Sanatorium, Milieuwechsel — sich als refraktär erwies. Auffallend war aber das Phänomen, dass das Bewusstsein des Fräuleins wiederholt während des krankhaften Zustandes mit der vorhergehenden Attacke korrespondierte, und der Gedankengang gewissermassen im neuen Anfall vom vorhergehenden weitergesponnen wurde, während sie im luziden Zustand nichts mehr vom kurz bevor durchgemachten zu wissen angab: Sie führte ihre Gespräche fort, konnte die gleichen Musikstücke vorspielen und dergleichen mehr.

Diese Gemütsstörung dürfte nun nach genauer Analyse des Falles als eine bedingt hysterische aufgefasst und angesprochen werden, es ist vieles in derselben enthalten, was an den oben von Rieger erwähnten Fall Schroeder van der Kolk's erinnert, so das sonderbare Korrespondieren im Gedächtnis von einer Attacke zur anderen, bei gänzlicher Amnesie hierfür im luziden Zustande. Sowohl das Gesamtbild, wie auch das Anknüpfungsvermögen an die letztvorhergehende Störung spricht gegen einen epileptischen Zustand. Für hysterische Affektion kann ferner angeführt werden eine Reihe neuro-somatischer Phänomene, wie gelegentlicher Globus, unter dem Einfluss emotioneller Momente entstehende muskuläre Zuckungen und eine ausgesprochene

Herabsetzung aller Gefühlsqualitäten, besonders der Schmerzempfindung an der ganzen linken Körperhälfte „vom Scheitel bis zur Sohle“. Die Frage, welche hier bei der Beurteilung des Gesamtzustandes dringend gestellt werden muss, ist derart, ob und wie weit diese Bewusstseinsstörungen durch die Umgebung bzw. ein lebhaftes Interesse desselben an diesen Zuständen gefördert werden. Es spielt dieser Umstand hier sicher eine mitbestimmende Rolle, wenn auch wohl nicht die ausschlaggebende. Die Störung an sich macht, wenn man das Einsetzen derselben einmal genau studiert, durchaus den Eindruck einer primären Affektion der Geistesqualitäten und des Geistesgeschehens: das mit vollkommener Sicherheit zu erwartende Schwinden der richtigen Vorstellungen im Raum — die allopsychische Veränderung —, das Personenverkennen und der auffallende Wechsel im Inhalt des Blicks, den ich als Störung in der Innervation der mimischen Muskulatur betrachte —, sind Erscheinungen, die nach allen Richtungen hin die psychische Alienation als solche kennzeichnen. Vielseitige Behandlung, Aufenthalt im Sanatorium und manches mehr haben jedoch diese Erkrankung nicht beeinflussen können. Zugegeben auch, dass bis jetzt kein Arzt so weit im Besitz suggestiven Einflusses gewesen ist, um die Psychose am rechten Fleck noch in nötiger Weise zu packen, so hat dieses Moment sicherlich nur die Bedeutung rein quantitativer Natur. Das auffallende Korrespondieren im Gedächtnis während der einzelnen Attacken dürfte vielleicht auf Kosten äusserer, suggestiver Einflüsse geschrieben werden; möglich, dass durch frivoles Experimentieren der Angehörigen die Zustände eine ungeahnte Steigerung erfahren hatten, und dass auf diesem Gebiet auch therapeutisch etwas zu erreichen wäre. An sich halte ich hier Heilversuche nach Art der Psychoanalyse nicht für gerechtfertigt. Dass ein sexuelles (vielleicht unbefriedigtes und unerreichtes) affektives Moment hier eine Rolle spielt, ist wahrscheinlich, besitzt sicher eine relativ nebensächliche Bedeutung gegenüber den bereits vor der Pubertät aufgetretenen nervösen Allgemeinstörungen. Jedenfalls dürfte hier sicherlich ein Herumwühlen im Unbewussten und Unterbewussten auf sexueller oder überhaupt erotischer Grundlage, unter eventueller Heranziehung des „psychischen Traumas“ — der gelösten Verlobung —, kaum als die geeignete Psychotherapie erscheinen.

Ich benutze die Bezeichnung Hysterie für die Störungen des Fräulein L. deshalb, weil sie an sich eine Reihe hysterischer — *sit venia verbo* — Anzeichen darbietet. Ob die beobachteten transitorischen Veränderungen der Geistestätigkeit als hysterische anzusehen sind, ist eine Frage, welche ich, trotz gewisser Bedenken, im bejahenden Sinne beantworten möchte, teils weil die Störung überhaupt schwer in ein fest

umrissenes Krankheitsbild hineinpasst, teils weil die Grenzen des Hysteriebegriffs eben sehr weite sind. — Ich will hier auf die überaus merkwürdige Erscheinung der von Reichardt¹⁾ beschriebenen Marianne Illig hinweisen, wo sich periodische Hirnblindheit und Verwirrtheit, besonders in räumlicher und zeitlicher Hinsicht paarten. Der Fall Illig konnte nicht guterdings glatt als Hysterie bezeichnet werden. Wenn ich auch ohne Bedenken im Fall L. von Dämmerzuständen spreche und keineswegs eine so strenge Kritik in bezug auf die diesbezügliche Auffassung obwalten lasse, wie dieses Wernicke in der oben erwähnten Weise tut, so ist im Gesetzmässigen und in der Gleichartigkeit der Störung, welche, ohne sich durch Stereotypen oder Verschrobenheiten im engeren Sinne auszuzeichnen, deutlich zu Tage treten, doch ein prinzipieller Gegensatz zu den weiter unten zu beschreibenden genuinen hysterischen Dämmerzuständen zu erblicken, welche stets ein gewisses mehr affektvolles Gepräge aufwiesen. Die Unmöglichkeit bei Fräulein L., die Situationen durch Suggestion in weiterem Masse umzustalten, ist auch für mich ein Grund, neben den sicher hysterischen Zügen und Eigenarten, nicht näher präzisierbare psychoneurotische Störungen anzunehmen. Eine Epilepsie kann mit Sicherheit ausgeschlossen werden, desgleichen muss ich das Bestehen sonstiger wohlbekannter und genau definierbarer affektiver oder intellektueller Seelenstörungen ausschliessen, — es wäre eben ein eigenartiges Krankheitsbild von luzidem Verhalten und Dämmerzuständen, bei welchen jedenfalls das hysterische Moment ausschlaggebend ist.

Bevor ich mich der Betrachtung der weiteren hysterischen Dämmerzustände zuwende, soll noch in Kürze in gewisser Hinsicht der Symptomatologie dieser krankhaften Aeusserungen gedacht werden. In einer Arbeit „über die Psychosen und Neurosen der Bevölkerung Kurlands“²⁾ habe ich auf die recht beträchtliche Reihe meiner Beobachtungen auf dem Gebiet der hysterischen Dämmerzustände hingewiesen und betonte direkt, dass ich mich in bezug auf Anerkennung eines solchen, ganz besonders in forensischer Hinsicht, der äussersten Vorsicht und Zurückhaltung befeissigt habe. In der Regel sprach ich nur solche Geistesstörungen als Dämmerzustände an, wenn auch in der Tat nachgewiesenermassen die Kriterien der hysterischen Konstitution vorhanden waren. Ich muss betonen, dass ich nie in der Lage war und vielleicht auch nicht im Stande wäre, eine bis dahin latente Hysterie, welche sich durch einen Dämmerzustand der Umgebung kund gibt, von einer simu-

1) Arbeiten aus der psych. Klinik zu Würzburg. H. 8. S. 730.

2) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 73.

lierten Störung unterscheiden zu können, falls bei der dieses Leiden vor-täuschenden Persönlichkeit in der Tat gewisse für Hysterie sprechende Anzeichen bestehen. Ich habe bisher auch keinen einzigen Diebstahl, als im hysterischen Dämmerzustand begangen und deshalb der freien Willensbestimmung bar, in gerichtlicher Hinsicht zur Begutachtung gehabt. Die derartigen Fälle waren teils (anscheinend) simuliert, teils war keineswegs ein so tiefer Erinnerungsdefekt vorhanden, dass man die Anwendung der entsprechenden Schutzparagraphen zubilligen konnte, hingegen habe ich eine recht grosse Anzahl von hysterischen Dämmerzuständen, wo für die Auslösung derselben emotionelle Momente mitspielten, beobachtet; die Dämmerzustände setzten dann als prompte Reaktion auf ein reizendes Etwas ein, im Verlauf — meist zu Beginn führte das betreffende Objekt eine Gewalthandlung aus oder zeigte sich zerstörungswütig. Solche Erregungen dauerten dann meist mehrere Stunden bis zu anderthalb Tagen in einem Fall, so dass das klinische Bild, auch vor Festlegung der dämmerhaften Bewusstseinsstörung genau den Weg für die folgerichtige Beurteilung wies. Auf Grund meines Materials muss ich dabei von einem gänzlichen Versagen des Ganser'schen Symptoms¹⁾ sprechen. Das Fixieren einzelner Kranker und das Anhalten zu einem geordneten Antworten war gelegentlich schwer, oder gar, wegen allopsychischer Verwirrtheit, unmöglich, ein regelrechtes Vorbeireden ist mir in der von Ganser betonten Weise nicht begegnet, wobei ja sicherlich die Verschiedenheit des Materials eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen dürfte. Ich glaube nicht, dass ich einen zu laienhaften Standpunkt einnehme, wenn ich der Ansicht bin, dass das Ganser'sche Symptom, dessen grosse nosologische und psychologische Bedeutung keineswegs abgestritten werden soll und darf, doch bereits das Allgemeingut vieler Psychopathen, Minderwertiger, überhaupt unsozialer Persönlichkeiten, ja auch genuiner Hysteriker, geworden ist, welche mit demselben bei passender oder unpassender Gelegenheit operieren und von demselben gegebenen Falles Gebrauch machen.

II.

Anna D., 35 Jahre alt, russischer Nationalität, Frau eines russischen Obersten. Die Mutter der Kranken litt an schwerer Hysterie, welche sich im wesentlichen in Form von gehäuften Anfällen äusserte. Sie war viele Jahre hindurch Patientin von Charcot. Die Tochter Anna ist das einzige Kind, sie zeigte von frühester Jugend auf ausgesprochene neuropathische Züge, wie Reizbarkeit, nächtliche Schreianfälle und Tics universeller Art. Bei Eintritt der

1) Arch. f. Psych. Bd. 30 und 33.

Pubertät schwanden diese nervösen Zustände gänzlich, mit 20 Jahren stellten sich die ersten für Hysterie charakteristischen Erscheinungen ein. Sichtlich ohne irgend einen psychogenen Anlass bekam sie plötzlich Weinkrämpfe und muskuläre Uebererregbarkeit. Trotz sachgemässer Behandlung kehrten solche Anfälle alle Monate etwa, jedoch in keinem Zusammenhang mit den Menses, wieder. Ausser diesen sehr hervortretenden Symptomen beherrschte eine sehr wechselnde Stimmungslage, eine groteske Launenhaftigkeit und Sprunghaftigkeit das Wesen der Anna D., daneben liessen sich vielfach bedeutungslose Anzeichen von untergeordnetem Wert, wie Globus, Gefühlsstörungen u. a. nachweisen. Nach Angaben sehr hervorragender Neurologen war die Kranke ein schwer zu behandelndes und wenig beeinflussbares Objekt. In der Ehe, die sie mit 25 Jahren einging, besserte sich die Krankheit recht beträchtlich, jedenfalls verloren sich die schweren Anfälle in kaum weiter bemerkbarer Art; der Mann übte anscheinend einen beruhigenden und ausgleichenden Einfluss auf die disharmonischen Eigenschaften aus.

Erregungen, besonders bei kleinen Streitigkeiten, traten oft auf, Dämmerzustände sind früher nie beobachtet worden. Zwei Geburten wurden glatt überstanden, die Kinder, 8 und 6 Jahre alt, sind gesund, zeigen einstweilen keinerlei psycho-neuropathische Züge oder Gefplogenheiten. Im Juli 1912 schwerer Herpes zoster beiderseits, die Interkostalnerven X, XI und XII waren befallen. Oktober 1912 allgemeine Urtikaria, welche in einigen Tagen, angeblich nach suggestiver Behandlung abklang.

Januar 1913 — in keinem Zusammenhang mit den Menses — setzte der erste, unten zu beschreibende Dämmerzustand ein. Anlass zur psychischen Erregung gab eine an sich sachlich geführte Auseinandersetzung mit dem Mann, welcher seiner Frau nicht auf der Stelle die Einwilligung gab zu ihrer Mutter nach Petersburg zu reisen und sie bat etwas zu warten, besonders da die Reise eben, in Hinblick auf die Erziehung der Kinder, inopportun erschien. Hierauf ging der Mann zum Dienst. Frau D., welche bis dahin ganz ruhig und besonnen gesprochen, nur ihren äusserst dringenden Wunsch nach der Reise geäussert, rief das Dienstmädchen, liess sich ihre Kleider bringen und erklärte, dass sie zu ihrer Mutter verreisen wolle. Sie hatte sich ganz ordnungsgemäss angezogen und sprach ruhig, so dass das Dienstmädchen sich nichts bei diesem Ausspruch dachte. Von Hause ging sie direkt zum russischen Polizeipräsidenten, der sie auf Grund persönlicher Bekanntschaft auch umgehend empfing, und meldete demselben ruhig und in sicher vorgetragener Weise, dass ihr Mann sie heute früh vergiften wollte und seine Absicht um die Mittagszeit sicher realisieren würde, falls die Polizei nicht vorher seine Verhaftung vornehme. Sie schilderte dabei bis ins kleinste und genaueste die Art, wie der Mann die Manipulationen vorgenommen habe, dass in ihren Worten durchaus der Charakter der Wahrscheinlichkeit enthalten zu sein schien. Immerhin glaubte der Beamte derselben nicht blindlings, versprach ihr Obacht zu geben und liess dabei Frau D. nach Verlassen des Hauses unauffällig verfolgen. Sie begab sich darauf zur Kirche, wo gerade eine gottesdienstliche Handlung stattfand, der sie etwa innerhalb einer halben Stunde

beiwohnte; nach Schluss derselben suchte sie den Popen auf und beichtete ihm eine Reihe von Sünden: dass sie ihren Mann betrüge, ihre Kinder umbringen wolle und dergleichen mehr. Hierauf bestieg sie eine Droschke, fuhr zum Bahnhof und trat dortselbst an den geschlossenen Fahrkartenschalter und verlangte mehrfach mit lauter Stimme, so dass die anwesenden Personen ringsum aufmerksam wurden, ein Billett nach Petersburg. Hierauf sank sie plötzlich ohnmächtig zu Boden und wurde vom Schutzmann, der sie die Zeit über beobachtet, nach Hause gebracht.

Bei meinem Eintreffen fand ich die Kranke unter dem Bilde eines stuporösen Zustandes. Lider krampfhaft geschlossen, Bulbi nach oben verzogen, Pupillen rechts gleich links, schlaff-hypotonisches Verhalten der quergestreiften Muskulatur, alle Reflexe ungestört, dabei gänzliche Analgesie der Hautdecken. Herztätigkeit leicht beschleunigt — 92 Pulse¹⁾. Bei Einatmen von NH_3 sofortiges Erwachen vom Stupor, die Kranke richtete sich auf, blickte erstaunt auf den Arzt und fragte, wozu er hergekommen und was ihr fehlen solle. Sie hatte weder gleich noch später jemals eine subjektive Erinnerung an alle Vorfälle, an ihre eigenen Handlungen und Aeusserungen; auch ein genaues Referieren über dieselben war nicht imstande in ihr die Vorgänge ins Gedächtnis zu rufen, sie erschienen ihr sämtlich so absurd, kritiklos und unverständlich, dass sie das Faktum derselben kaum glauben wollte. Sie wusste nichts davon, dass sie ihr Haus verlassen, dabei war die Erinnerungslosigkeit so weit retrograd, dass sie sich nicht einmal der Gespräche mit dem Mann kurz vor Ausbruch des Dämmerzustandes entsinnen konnte. Die Entstehung dieser Störung war anscheinend eine langsame, sie muss aus dem vollen Bewusstsein allmählich in den schleierhaften Dämmerzustand mit völliger Amnesie hinübergeführt haben. Diese Erinnerungslosigkeit brachte es auch mit sich, dass die Frage nach eventuellen Sinnestäuschungen, welche das ganze Handeln möglicher Weise geleitet oder die wahnhaften Empfindungen in gewisser Richtung geformt, sich als vollkommen illusorisch erwies. Vortäuschung war hier gänzlich ausgeschlossen, es wäre zwecklos gewesen solche Handlungen zum Schein zu ersinnen, zudem waren dieselben bizarr und sprachen von einer inneren seelischen Disharmonie. Beim Abklingen der Erscheinungen war die geistige Genesung von den krankhaften Symptomen des Dämmerzustandes eine gänzliche, in jeder Richtung vollkommene, das Pathologische war wie abgeschüttelt.

Die transitorische Störung hatte 6—7 Stunden gedauert, eine Anstaltsbehandlung erwies sich nicht als notwendig.

Bis zum Januar 1915, wo ich die Kranke letztmalig untersuchte, haben sich keine weiteren psychotischen Episoden, wie die oben geschilderte, wiederholt, ob für späterhin muss naturgemäss als unentschieden hingestellt werden; die hysterische Konstitution bleibt bestehen,

1) Vgl. Chr. Siebert, Zur Kasuistik der lethargo-kataleptischen Zustände. Petersburger med. Wochenschr. 1910. Nr. 36.

und daher ist die Wiederholung eines Dämmerzustandes als durchaus im Betracht der Möglichkeit liegend anzusehen, in dem Sinne lautet auch die Prognose den Angehörigen gegenüber. Ein Krankheitsgefühl hatte Frau D. in ausgesprochener Weise, die ihr gemachte Schilderung des Vorkommnisses gewährt der hoch intelligenten Persönlichkeit sich vollkommen in das Schleierhafte und Rätselhafte der Episode hineinzufinden, jedoch ist das Krankheitsbewusstsein in der Hinsicht nur ein partielles, weil die Erinnerungsbilder für die Ereignisse jedenfalls in den liquiden Bewusstseinsvorgängen nicht beliebig nach subjektivem Ermessen zur Disposition gestellt werden können, hingegen hat sich auf Grund der objektiven Darlegungen eine vollkommene Krankheits-einsicht gebildet. Im Gegensatz zu Paranoischen, welche gelegentlich wohl ein Krankheitsbewusstsein besitzen können, da sie auch im Stande sind, kraft ihrer Besonnenheit die Wahnbildung sich selbst vorzuhalten und über jeden (wahnhaften) Gedanken ihre ganze Verstandestätigkeit und Kombinationsgabe ins Gewicht zu legen, jedoch trotzdem keine Einsicht für das Falsche und Verkehrte ihrer Denkweise besitzen, hat unsere erwähnte Kranke trotz Fehlens der Erinnerung, für die Episode ihrer Wahnbildung, die beste Einsicht für das Unsinnige ihrer falschen Gedanken. Hierin liegt eben der, meines Erachtens, grundsätzliche Gegensatz zwischen den dämmerhaften, durch Suggestionen verschiedener Art herausgeforderten, Wahnideen und der stabilen Wahnbildung im Gefüge der funktionellen — nach unserer heutigen Auffassung und Klassifikation — Psychosen.

Im konkreten Fall hier lässt sich die schwerwiegende Bedeutung des auslösenden Moments nicht sicher herauschälen. Ist in der Tat der Umstand, dass der Mann ganz mit Recht die gewünschte Reise abschlug, Grund genug, um den ersten Dämmerzustand, zudem so schwerer Natur, auszulösen? Darf man hier etwa in dieser Reaktionsform einen „eingeklemmten Affekt“ nach der Devise: „Los vom Mann um jeden Preis“ — suchen, der sich in einer so perversen Form nach aussen hin entlud. Mein psychiatrisches Empfinden lehnt dieses entschieden ab, und auch die, wie gesagt, sehr intelligente Kranke spricht in ganz sachgemässer und ruhiger Weise, dass ihr die psychische Alienation bei sich vollkommen rätselhaft ist, und sie weder in sexueller, noch in persönlicher Hinsicht mit ihrem Mann in tatsächlichem Konflikt oder unbefriedigtem Verhältnis gelebt. Wenn auch der Streit an sich noch keinen Shock aufs Nervensystem ausgeübt hat, so muss indes dem für Hysterie charakteristischen groben Missverhältnis zwischen Reiz und Reaktionsform Rechnung getragen werden, welches einem die schwierigsten Probleme vorlegen kann, ohne dass man darauf eine

befriedigende Antwort geben könnte. Auch der gänzlich unerklärliche Umstand der schweren Wahnbildung — ob der Wahn vorübergehend oder bleibender Natur ist, spielt dabei keine Rolle — ist ein irrealer Vorgang und steht in keinem Verhältnis zur Wirklichkeit¹⁾, und darum halte ich hier ein Suchen im Unbewussten und Unterbewussten für zwecklos und nicht sinnentsprechend.

III.

Emma O., 22 Jahre alt, Littauerin, seit einem Jahr an einen Letten verheiratet, vor 2 Monaten Geburt eines Kindes, welches sie eben stillt. Von frühester Jugend auf ein nervöses Individuum, war in überaus auffälliger Weise jedem Eindruck von aussen her unterworfen, indem sie mit schweren krankhaften Aeusserungen körperlicher und seelischer Natur auf oft recht unbedeutende Anlässe reagierte. Sie stand eigentlich stets in ärztlicher Behandlung, ohne dass eine solche jemals andauernde Besserung hervorgerufen hätte, meist genügte jede neue Ordination für eine kurze Frist, bis dann das alterierte Vorstellungsleben der Krankheitsbildung auf einer anderen Stelle die Pforte öffnete. — Die Kranke ist an sich recht ungebildet, dabei aber intelligent und tatkräftig, sie ist eine sehr religiöse Natur. Die Ehe musste von Anfang an als denkbar unglücklich bezeichnet werden. Der Mann ist ein Produkt der Halbbildung, liest viel populär-wissenschaftliche Literatur, bewegt sich viel im Theater und in Versammlungen, vernachlässigt die Frau auf Schritt und Tritt, gibt ihr stets zu verstehen, dass sie ganz ungebildet sei, und ergeht sich andauernd in Spottreden über ihre Volksart und den, von dem seinen verschiedenen, Glauben der Frau. Solche Verhöhnungen wurden sowohl nüchtern, als auch in betrunkenem Zustande geäussert. Die fortgesetzten Erregungen, das fast bei jedem Zusammensein erfolgende Reizen und Kränken wirkten naturgemäss stark zermürend auf die Gemütslage der Kranken ein; toxischen Einflüssen unterlag sie nicht.

Im Februar 1914 kehrte der Mann schwer betrunken nach Hause und bedrohte unvermittelt seine Frau mit dem Stock in Gegenwart mehrerer fremder Personen. Sie erschrak so heftig darüber, dass sie sofort zu Boden stürzte. Im Bett liess sie sich nicht halten, sondern stand auf, war jedoch wie gänzlich von ihrer Umgebung entrückt. Auf Fragen gab sie keine Antworten oder reagierte sprachlich mit einem unverständlichen und keineswegs zusammenhängenden Gerede. Die psychische Anlienation steigerte sich progressiv und äusserte sich in einer gänzlichen allopsychischen Desorientiertheit, dabei war sie motorisch nicht sonderlich erregt. Sie verkannte ihre Umgebung, achtete nicht auf ihr Kind, redete eine fremde Frau für ihre ferne Mutter an; auch mit dem Mann sprach sie, wie mit einer gänzlich fremden Persönlichkeit, doch äusserte sie hierbei weder Verstimmung noch Aerger oder überhaupt irgendwie

1) H. Siebert, Zwei Fälle paranoischer Erkrankung. Sommer's Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 10. H. 1.

betonten Affekt. Von Stunde zu Stunde steigerte sich die Erregung, es entwickelten sich Sinnestäuschungen sowohl visueller als auch akustischer Art: sie hörte sich rufen, antwortete bald leise bald schreiend, horchte an der Tür, wandte sich an irgend einen Gegenstand und führte laute Selbstgespräche. Sie sah Teufel und Gestalten, welche dann wieder mit den Gehörstäuschungen verquickt wurden. Dabei klagte sie über unerträgliche Kopfschmerzen, hielt sich beständig die Stirn; das Gesicht war turgeszent, es liess sich überhaupt eine beträchtliche Kongestion des Kopfes nachweisen.

Die somatische Untersuchung, welche ich in diesem Zustande vornahm, ergab eine enorme Hyperästhesie des ganzen Körpers, indem jede Berührung der Körperoberfläche lebhaft Abwehrbewegung auslöste, besonders jedoch eine Steigerung der Schmerzempfindung; dabei keine Differenz zwischen rechts und links, sonst liess sich am Nervensystem kein Befund erheben. Bis zu einem gewissen Grade war die Kranke dabei suggestibel, indem sie sich der Exploration glatt unterzog und während derselben von ihren Sinnestäuschungen gänzlich abgelenkt schien, sie sprach auch die Person des ihr gänzlich fremden Arztes sofort als solche an und dokumentierte dadurch ihre teilweise Orientierungsfähigkeit. Bei der Ungunst der häuslichen Verhältnisse riet ich doch umgehend zur Anstaltsbehandlung, obgleich die Prognose an sich mir nicht schlecht erschien, und konnte die Verbringung in die von mir geleitete psychiatrische Abteilung umgehend vorgenommen werden. Hierselbst wiederholte sich im Grossen und Ganzen das gleiche Bild psychischer Exzitation, wie es zu Hause wahrnehmbar gewesen. Per os dargereicherte narkotische Mittel übten keinen Einfluss auf den Zustand aus, die Kranke war in der Abteilung im Laufe von 36 Stunden schlaflos. Es begann langsam und allmählich ein Nachlassen der Sinnestäuschungen sich bemerkbar zu machen, sie wurde sichtlich luzider, erlangte auf dem Wege der Kombination ihre Orientierung wieder, und jetzt stellte sich bei ihr erst eine psychologisch begründete Zornempfindung über das Verhalten des Mannes ein. Teilweise noch in dämmeriger Benommenheit, teilweise in verständlicher Begründung stiess sie eine Reihe von Drohungen und Verwünschungen gegen ihn aus. Die Kopfschmerzen hatten jetzt gänzlich nachgelassen. Die Prüfung der kutanen Sensibilität ergab, im Gegensatz zu kurz vorher angestellten Untersuchung, eine gänzliche Analgesie der Hautdecken und Schleimhäute. Man konnte die Haut durchstechen und durchbohren, ohne dass die Kranke selbst oder auf Befragen angab einen Schmerz zu empfinden oder auch nur eine Abwehrbewegung machte. — Der nach der Erregung eintretende Schlaf war von vierstündiger Dauer. Beim Erwachen war das Sensorium nicht gänzlich frei, die Kranke war wohl besonnen und orientiert, doch betonte sie dabei nicht genau zu wissen, was in ihr vorgeht, — es bestand hierin, sowie überhaupt in ihren Angaben, ein deutliches Krankheitsgefühl, doch liess sich ein stündliches Nachlassen desselben beobachten. Nach etwa 48 Stunden war die Kranke vollkommen klar, die Erinnerung bezog sich nur auf den Vorfall mit ihrem Mann; nach demselben „stieg ihr eine solche Hitze in den Kopf, dass sie sich weiterer Vorgänge nicht mehr entsinnen konnte“. Für die Dauer der krankhaften Vorgänge fehlte ihr jede Erinnerung,

auch die Ueberführung in die Anstalt lag ihr nicht im Bewusstsein, erst langsam und allmählich konnte sie sich wieder auf sich und ihre Umgebung besinnen.

Sie hielt sich nun für gesund, konnte sich den Vorgang nur so erklären, dass durch den grossen Schreck und die Erregung sich bei ihr eine Störung eingestellt hatte, welche „Gehirn und Geist umnachtete“. Den Mann wollte sie weiterhin nicht mehr sehen und beabsichtigte mit dem Kinde zur Mutter zu ziehen und vom Manne weiterhin getrennt zu leben.

Die Kranke hat dieses auch ausgeführt, lebt seitdem vom Mann getrennt bei ihrer Mutter. Erregungszustände sind weiter nicht vorgekommen. Im März 1915 wurde die Kranke nach einer Beschiessung der Stadt aphonisch. Auch diese Erscheinung beruhte auf einer funktionellen Störung im Gebiet der Phonationsmuskeln. Die Behandlung war schwierig und bis zum Schwinden der Ausfallserscheinungen vergingen viele Wochen — eine Beobachtung, welche ich in bezug auf die Behandlung der körperlichen Aeusserungen der Hysterie bei der litauischen Volksart oft gemacht habe. Seit weiteren $2\frac{1}{2}$ Jahren sind gröbere Störungen auf psychisch-nervösem Gebiet nicht weiter wahrnehmbar gewesen. Die Kranke hat mich oft konsultiert, meist jedoch trug sie lediglich indifferente Klagen vor; ihre Krankheitsvorstellungen waren derart, wie sie von jeher zu ihrer Persönlichkeit und zu ihrem psychisch-nervösen Geschehen gehörten.

Dauer der krankhaften Störung des Bewusstseins etwa 48 Stunden. Anstaltsbehandlung wurde angewandt.

Dass wir es hier mit einer hysterischen Störung zu tun hatten, dürfte wohl auf Grund der Vorgeschichte, als auch auf Grund der Erhebungen über die konstitutionellen Eigenheiten ohne jeden Zweifel sein; auch hier ist die blitzartige Verdämmerung des Bewusstseins auffällig. Ich glaube, dass wir uns bezüglich des Ausbruchs der psychischen Alienation bei Emma O. die Auffassung Bonhöffer's¹⁾ zu eigen machen müssen, dass die Schreckemotion einen vasomotorischen neurotischen Komplex hervorruft, und nicht den hysterischen. Der Kurzschluss im Bewusstsein wäre hier eben durch gewaltige vasomotorische Vorgänge angebahnt und hervorgerufen worden, und nachdem konnte sich auf diesem Boden die hysterische Bewusstseinsstörung — der Dämmerzustand — voll entwickeln.

Betrachten wir nochmals, rekapitulierend, die charakteristischen Merkmale des Dämmerzustandes an sich, so imponiert, wie ausdrücklich herorgehoben, das plötzliche und umgehende Einsetzen der Störung; der Uebergang vom Normalen, soweit es die Umgebung beurteilen konnte, zum Psychopathologischen vollzog sich im Handumdrehen, hin-

1) Psychogene Krankheitszustände. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 68.

gegen machte sich, dann eine stündlich zunehmende Steigerung der krankhaften Aeusserungen bemerkbar, zur Desorientiertheit gesellten sich die Sinnestäuschungen, so dass jedenfalls ein ständiger Progress unverkennbar war. Daneben muss dringend das auffällige Verhalten der Sensibilität in einer für Hysterie charakteristischen Weise im Auge behalten werden. Relativ gering, wenn auch vorhanden, war die Suggestibilität der Kranken, auf alle Fälle wäre dieses noch keineswegs ein Grund, um Zweifel an der Richtigkeit der Auffassung über die hysterische Qualität der Störung aufkommen zu lassen. Ich hob gerade oben die geringe Suggestibilität der hysterischen Littauer überhaupt hervor und erwähnte hier die Schwierigkeit der späterhin erfolgten Behandlung der aphonischen Störungen. Für Hysterie sprechen auch die glatte Heilung mit vollkommener Einsicht, das langsame und sukzessive Schwinden der krankhaften psychischen Phänomene, sowie die durchaus beachtenswerte Schnelligkeit, mit welcher bei unserer Kranken sich psychische Momente in körperliche Projektionsformen umzuwandeln vermochten.

IV.

Betty K., 25 Jahre alt, Jüdin, Inhaberin eines grossen kaufmännischen Betriebes, dem sie seit etwa 3 Jahren in mustergiltiger Weise vorsteht. Sie ist seit 6 Jahren verheiratet, 2 Kinder. Der Mann ist eine völlig nichtsagende Persönlichkeit, der eigentlich von der Frau unterhalten wird. Frau K. ist nach Angabe aller Bekannten eine äusserst energische und tüchtige, aber auch eine hochgradig nervöse und reizbare Persönlichkeit. Sie ist wechselnd in ihrer Gemütslage, sprunghaft in ihren Neigungen, ist zu Hause durch die Launenhaftigkeit und Nörgeleien ein überaus schwierig anzufassendes Wesen. Körperlichen Vorstellungen gegenüber sei sie von jeher sehr suggestibel gewesen, es lagen bei ihr andauernd die verschiedensten allgemeinnervösen Störungen vor, bald Globus, bald Schmerzen, bald Gehstörungen, dann wechselte die Stimmung in auffallender Weise — kurzum es bestand der Symptomenkomplex, der wohl meist vom Arzt und von den Angehörigen als Hysterie bezeichnet wird. Um den noch neuerdings von Hellpach über die Physiognomie der Hysterischen (S. 155 Lit. 5) gemachten Ausführungen gerecht zu werden, sei auch hier erwähnt, dass sich sowohl „Boopie“, als auch das eigenartige Lächeln in charakteristischer Weise beobachten liessen.

Die psychische Bewusstseinsstörung wurde hier durch folgenden Vorfall ausgelöst. Die Frau K. wurde plötzlich davon benachrichtigt, dass sie umgehend in einigen Tagen eine recht umständliche und mit grossen Schwierigkeiten verbundene Reise antreten müsse, um vor einem Gericht in einer recht schwerwiegenden Sache, von der sie angeblich etwas wissen solle, als Zeugin aufzutreten. Da Eile geboten war, hatte sie in etwa 12 Stunden abfahren müssen. Diese plötzlich an sie herantretende Tatsache übte einen so

gewaltigen Einfluss auf sie aus, dass sie umgehend aus ihrem psychischen Gleichgewicht herausgehoben wurde und in einen bis dahin nie dagewesenen Zustand psychischer Alienation verfiel. Sie warf, laut aufschreiend, ihre Sachen durcheinander, verliess ohne Hut und Ueberkleider das Geschäft und rannte auf die Strasse, so dass sie nur mit Mühe ihrer Wohnung zugeführt werden konnte. Hier beging sie auch eine Reihe verkehrter Handlungen, sie stellte die Stühle auf die Tische, kleidete ihre Kinder grundlos aus, schüttete Wasser ins Feuer usw. Den hinzugezogenen Arzt begrüßte sie freundlich, erkannte ihn anscheinend nicht, jedenfalls vermochte sie nicht seinen Namen zu nennen. In Bezug auf die Zeit war sie gänzlich verwirrt, gab jedoch an zu Hause zu sein. Sie sah Gestalten, hörte Pferdegetrappel, Kanonenschüssen, glaubte sich auf einem Schlachtfelde zu befinden. Auch bei dieser Kranken liess sich eine Exploration gut ausführen, indem sie prompt allen an sie gerichteten Wünschen und Aufforderungen Folge leistete.

Vom rein neurologischen Standpunkt konnte, ausser einer leichten Hyperalgesie, nichts von Bedeutung nachgewiesen werden. War jedoch die Kranke einen Augenblick nicht fixiert, so wurde ihre Aufmerksamkeit umgehend durch jeden neuen Eindruck gefesselt, es schien dann, ob sie ihn sofort im Sinne einer Illusion verarbeitete; auch sich selbst überlassen, hielt das unbeständige Gebahren und Sprechen, das Hasten und Delirieren an. Zwischendurch erfolgten kurzandauernde Lach- oder Weinkrämpfe, welche sich in ihrer Intensität durch suggestive Einflüsse mildern liessen. Der Schlaf, der nach etwa zehn Stunden dämmerhaften Delirierens eintrat, war kurz, er stellte sich erst nach einer Skopolamin-Pantopon-Injektion ein. Beim Erwachen besteht die Bewusstseinsstörung in unverändertem Masse fort; im Laufe des nächstfolgenden Tages keine nennenswerte Veränderung, die Suggestibilität der Kranken scheint indes geringer zu sein, sie ist schwerer zu untersuchen, die Lach- und Weinkrämpfe sind kaum beeinflussbar. Die Verbringung ins Krankenhaus erfolgt mit grosser Schwierigkeit, die Veränderung der Umgebung und der sachgemässe Umgang beeinflussen bis auf weiteres das Verhalten der Kranken keineswegs. In der zweiten Nacht nach Morphin-Skopolamin 6 Stunden Schlaf, beim Erwachen ist sie sichtlich luzider, halluziniert nicht mehr, ist aber im Raum und in der Zeit völlig unorientiert. Im Laufe des dritten Tages langsames Schwinden des Dämmerzustandes. Sie kann sich kaum irgend welcher Vorgänge entsinnen, glaubt nur aus der Stadt fortgewesen zu sein, konfabuliert, indem sie anscheinend noch unter dem Eindruck der auf sie vorher einstürmenden Sinnes-täuschungen steht. Trotz der weitgehenden Besserung noch häufige, aber leichtere, Lach- oder Weinanfälle. Am vierten Tage gänzlich klar und besonnen, hält sich für gesund, nur noch für sehr angegriffen und müde. Enormes Schlafbedürfnis, ständiges, krampfhaftes Gähnen. Die ganze Erkrankung liegt wie ein Traum ziemlich erinnerungslos hinter ihr; der Sinnes-täuschungen entsinnt sie sich nur dunkel, als etwas Fremden und Unangenehmen, Einzelheiten fehlen ihr im Gedächtnis. Die Einsicht ist eine vollkommene, insofern als alle diese Erscheinungen als Aeusserungen krankhaften geistigen Geschehens von ihr angesprochen werden.

Dauer des Dämmerzustandes drei Tage. Anstaltsbehandlung erforderlich.

Auch hier dürfte an der Hysterie, als der Grundlage des Dämmerzustandes kein Zweifel bestehen; beachtenswert erscheint dabei die Frage des Dämmerzustandes vom rein forensischen Standpunkt bezw. von dem für das Gericht in rein praktischer Hinsicht bedeutungsvollen Ausblick zu sein. Dass eine Reise während der Erregung und des veränderten Geisteszustandes ausgeschlossen erschien, auch wenn, wofür keinerlei Anhaltspunkte bestanden, hier beabsichtigte Täuschung oder Uebertreibung vorgelegen hätten, muss als selbstverständlich angesehen werden. Ich hielt aber auch eventuelle Zeugenaussagen der Frau K. in einer Sache, die bald nach erledigtem Dämmerzustand zur Verhandlung käme, deshalb für unerwünscht und keineswegs für genügend einwandfrei, weil die Gefahr als durchaus berechtigt und möglich angesehen werden muss, dass Frau K. infolge ihrer eben stark aus dem Gleichgewicht geworfenen hysterischen Konstitution leicht unrichtige oder durch Konfabulationen geleitete Angaben machen könnte. Hierdurch wäre der Sache an sich mit nichts gedient, und Frau K. wäre leicht der Gefahr ausgesetzt selbst mit dem Strafgesetz in Konflikt zu geraten, weil bei ihr nach Atklingen des Dämmerzustandes von einer Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung wohl keine Rede sein würde. Aus diesem Grunde erscheint mir an sich ein Vermeiden von Zeugenaussagen effektiv schwerer hysterischer Individuen, wie unsere Kranke es ist, nach Möglichkeit als geboten.

V.

Wilhelm S., 18 Jahre alt, Lette, Mutter Littauerin, wird aus der chirurgischen Abteilung im stuporösen Zustand der psychiatrischen Abteilung des Stadtkrankenhauses überwiesen. Er wurde von seinem Fabrikbetriebe, an dem er tätig war, blutüberströmt ins Krankenhaus eingeliefert, ohne dass ihm ein Unfall oder ein besonders schädigendes Ereignis zugestossen wäre. In der chirurgischen Abteilung war eine Hämoptoe festgestellt worden, zugleich erweckte jedoch das psychische Verhalten den Verdacht auf gleichzeitig vorhandene Geistesstörung, weshalb auch die psychiatrische Behandlung angezeigt erschien.

Die erste Untersuchung zeigte den Kranken im tiefen Stupor, eine allgemeine Hypotonie der Extremitätenmuskulatur, eine gänzliche Reaktionslosigkeit bei Nadeleinstichen in die Haut, der spontane und der reaktive Mutismus sprachen für ein schweres Daniederliegen oder Verschrobensein der psychischen Funktionen. Am nächsten Tage war der Kranke aufgestanden, ging umher, die Mimik war lebhaft; er achtete auf alle Fragen, antwortete jedoch nur pantomimisch und schrieb auf Papier, dass er nicht sprechen könne. Die Sen-

sibilitätsprüfung ergab dann anscheinend eine bessere allgemeine Leitung als am Tage vorher. Nach weiteren 24 Stunden sprach er, jedoch in deutlich stotternder Weise, nach einigen Tagen war die Sprache vollkommen glatt und fließend.

Aus seiner Vorgeschichte liess sich ersehen, dass er von Jugend auf ein neuropathisches Kind war, er war bald furchtsam, bald tollkühn, log viel, war unfolgsam, lernte schlecht. Besondere Belastung konnte nicht nachgewiesen werden. Mit 13 Jahren wurde er Trapezkünstler und Degenschlucker, zog dann mit einer Gauklergesellschaft umher. Er trank nicht, vertat jedoch sein Geld. Darauf hat er verschiedene Beschäftigung gehabt, welche er teils schlecht, teils zufriedenstellend verrichtete. Seit dem 16ten Lebensjahre ist eine Lungentuberkulose manifest, welche auch mehrere Blutstürze zur Folge hatte. Zu der Zeit wurde S. für einen Diebstahl bestraft. — Späterhin begann er in Oel zu malen und stellte auch einige Gemälde aus, obgleich er nie eine Malstunde gehabt. Gleichfalls mit dem 16ten Jahre sind nun die ersten Störungen auf psychisch-nervösem Gebiet in einer für seine Angehörigen greifbaren Weise aufgetreten. Es liess sich nämlich zeitweise beobachten, dass S., sei es nach Erregungen oder auch ohne dass solche direkt erwiesen wurden, die Sprache verlor und dann stundenlang, wie geistesabwesend, umherlief, er vagierte ziellos in der Stadt, kehrte aber stets in kürzerer oder längerer Zeit zurück. Auffallend war, dass meist nach einigen Stunden, selten erst nach einem Tage, der S. klarer wurde, sich ganz besonnen und geordnet verhielt, jedoch nicht im Besitz der Sprache war, diese kehrte dann nach Ablauf weiterer Tage wieder, und zwar, wie dieses oben bereits als Beobachtungsergebnis geschildert, unter anfänglichem Stottern. — Jetzt steht S. im Verdacht seinem Kameraden den Schrank aufgebrochen zu haben, von einer Veränderung des Geisteszustandes vor der Tat ist niemand etwas bekannt, soweit die Umgebung solches beurteilen kann, er selbst stellt den Vorgang in Abrede. Forensische Begutachtung erwies sich als nicht erforderlich.

Der innere Organbefund, vom Spezialisten erhoben, rechtfertigt vollkommen die Auffassung vom Bestehen einer Lungentuberkulose als Ursache der Hämoptoe. Vom rein psychiatrischen Standpunkt aus betrachtet ist S. ein Individuum, das wenig gelernt hat, aber über eine glänzende Kombinationsfähigkeit verfügt, er bildet Begriffe und Vorstellungen, welche für sein Milieu geradezu überraschend sind. Auch ist er durchaus weltgewandt und frühreif. Sexuell hat er sich viel und lebhaft betätigt (Tuberkulose + Psychopathie?) Er ist jetzt zum zweiten Male verlobt! Bei seiner Einlieferung war er im Besitz verschiedener narkotischer Mittel, mit denen er sich angeblich vergiften wollte, auch gelang es ihm umgehend durch einen aus der Anstalt hinausbeförderten Brief einen Pfleger anonym bei der Direktion zu denunzieren, und nur durch Zufall konnte er daraufhin ertappt werden. Dabei versuchte er rastlos hohe Temperaturen vorzutäuschen oder die verschiedensten Krankheitssymptome vorzuspiegeln, so dass bei der tatsächlichen recht groben Störung der Atmungsorgane ein vielfach unentwirrbares Chaos von Wahrheit und Dichtung entstand.

Ich habe nun während des mehrmonatigen Anstaltsaufenthalts bei S. einige dieser Dämmerzustände beobachtet, die mehr oder weniger einen gleichartigen Charakter trugen, nur war die Dauer der Bewusstseinsstörung wechselnd von einer Stunde bis etwa einem vollen Tage. Im Gegensatz zu den anderen, genau studierten Beobachtungen, war hier das Einsetzen der Störung kein plötzliches, sondern ein langsames, kaum merkliches. Während die übrigen Fälle wohl eine sukzessive Steigerung, ob ohne oder durch Suggestibilität bleibt dahingestellt, aufwiesen, wobei die Ausschaltung aus dem normal fließenden geistigen Geschehen eine plötzliche war, ging der Prozess bei S. in steter Weise vorwärts, bis der Bewusstseinsverlust den Grad des Dämmerzustandes erreicht hatte, indem die Desorientierung und die Unfähigkeit im Handeln den Zustand als solchen dokumentierten.

Der Schlaf konnte ungestört sein, nach dem Erwachen bestand die Störung fort. Sinnestäuschungen traten nicht in ausgesprochener Weise auf; er schien Musik zu hören und begann zu tanzen. Es liess sich das Faktum der Halluzinationen nie genau feststellen, da der begleitende Mutismus zu der Zeit nie fehlte, und hierdurch die Untersuchung sehr erschwert wurde. Einen Stuporzustand habe ich nur das eine Mal gesehen, sie sind angeblich vorher auch nicht vorgekommen. Ueber die Erinnerungsfähigkeit liess sich, nach abgelaufener Störung, wenig Positives ermitteln, da man bei dem bekannten Lügen des Kranken über den Grad der Amnesie, die er stets als vollkommen schilderte, die Angabe nur sehr mit Vorbehalt verwerten konnte. Ein schweres Krankheitsgefühl bestand unzweifelhaft, über die Einsicht in den Zustand waren die Ermittlungen auch ungenügend, da man desgleichen mit beträchtlichen Aggravationen einerseits, mit grosser Durchtriebenheit andererseits zu rechnen hatte, zudem hielt ich ein allzu intensives Eingehen auf den Krankheitszustand aus didaktisch-therapeutischen Gründen für unerwünscht. Simulation der Zustände dürfte wohl ausgeschlossen sein, soweit eben überhaupt unsere Diagnosestellung auf Hysterie Fug und Recht besitzt. Für Epilepsie bestanden keine Anhaltspunkte; 0,03 bzw. 0,05 Cocaini muriat. mehrfach subkutan angewandt riefen auch keine epileptischen Zustände hervor, wie solche überhaupt eigentlich nicht in Frage kamen. Sonderbar verhielt sich die kutane Sensibilität während des Bestehens der stotterneurotischen Erscheinungen nach Abklingen des Dämmerzustandes. Man erhielt am Körper die verschiedensten anästhetischen und analgetischen Zonen und Flecke, wie solche etwa auf den berühmten Darstellungen Charcot's sichtbar sind. Auch diese merkwürdige Koinzidenz erhärtete wohl wesentlich die Diagnose der Hysterie gegenüber Schwindel und Simulation eines Psychopathen. —

Bei S. war demgemäss die Dauer der Dämmerzustände von einer Stunde bis zu einem Tage; sie traten sowohl im häuslichen Leben, als auch in der Anstalt auf.

Ueber meine Auffassung, dass ich diese Krankheitsbilder den hysterischen Dämmerzuständen zurechnen möchte, habe ich oben bei der

Betrachtung eines jeden einzelnen Bildes berichtet. Es fragt sich nun, ob eine solche Anschauung auch gerechtfertigt erscheint. Gaupp¹⁾ weist ausdrücklich auf die Schwierigkeit einer solchen Auffassung hin, indem er nach Erwähnung der Schwankungen dieses Begriffs seit Charcot, die Feststellung Hoche's vom Jahre 1902 anführt: „Wer die These aufstellen wollte, dass es überhaupt ein Krankheitsbild Hysterie nicht gibt, sondern nur eine besondere Form psychischer Disposition, die man als hysterisch bezeichnet, wäre gar nicht zu widerlegen“. Es wird hierbei von Gaupp darauf hingewiesen, dass von den Psychosen und Vergiftungen besonders die zur Dissoziation führenden häufig mit hysterischen Symptomen verknüpft sind (Dementia praecox, Paralyse, Stirnhirntumor, Sklerose). Solche Bedenken über die Richtigkeit und die Berechtigung mit der Hysterie und dementsprechend mit den einzelnen Symptomengebilden derselben, als mit einer festgefügtten Einheit im nosologischen Sinne, operieren zu dürfen, sind nicht nur erwünscht, sondern sprechen und mahnen immer in dem Sinne, dass Krankheitsbilder nur dann als hysterisch bezeichnet werden sollen und können, wenn wir in der Tat anderweitige Affektionen mit Sicherheit ausschliessen dürfen. Es fragt sich nun, welche Krankheitsbilder aus differentialdiagnostischen Gründen in Erwägung gezogen werden müssen. Nehmen wir die Beobachtungen II, III und IV, so lässt sich in klarster Weise verfolgen, dass dem Ausbruch des Dämmerzustandes unmittelbar ein affektvolles Ereignis vorherging, an welches sich dann die Bewusstseinsstörung nebst den sonstigen psychoneurotischen Phänomenen anschloss. Dieser Umstand lässt naturgemäss daran denken, dass hier eine affektive Seelenstörung im Spiel sein könnte. Nach der psychiatrischen Betrachtungsweise v. Krafft-Ebing's²⁾ müssen wir bei den Hysterischen folgende Störungen des Seelenlebens unterscheiden: 1. transitorische Irreseinszustände, 2. protrahierte, delirante Zustände, analog den protrahierten psychischen Aequivalenten und 3. die hysterischen Psychosen. In diesem Sinne wären die geschilderten Beobachtungen kaum sachgemäss in der einen oder anderen Klasse unterzubringen, eher könnten schon die Beobachtungen I und V unter die transitorischen Irreseinszustände rubriziert werden. — Die Gesamtauffassung Krafft-Ebing's wird wohl heute von einer relativ geringen Anzahl Fachgenossen geteilt, so dürfte der Frage der hysterio-epileptischen Delirien, sowie der Melancholie und der Manie auf hysterischer Grundlage doch nur mit grösster Reserve näher getreten werden.

1) Ueber den Begriff der Hysterie. Neurol. Zentralbl. 1911. Nr. 11.

2) Lehrbuch der Psychiatrie. 1903. VII. Aufl. S. 508 ff.

Neben der Manie und der Melancholie, als Prototypen einer affektiven Seelenstörung, hat Ziehen¹⁾ auf eine Gruppe anderer affektiver Psychosen hingewiesen, welche er als protrahierte Affektschwankungen bezw. als Eknoia bezeichnete. Er betrachtet diese Störungen als Herausreissung aus den normalen Denkgeleisen durch die Affektstörung und betont, neben dem seltenen Vorkommen der Eknoia, die Möglichkeit der Verwechslung mit der Amentia. Der Unterschied beruht jedoch im Wesentlichen darauf, dass im Anschluss an den ätiologischen Affektstoss sich eine unverkennbare pathologische Affektsteigerung entwickelt, auf deren Boden sich erst nachträglich Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und Inkohärenz einstellen. Es liegen ähnliche Schilderungen von Bresowsky²⁾ vor, welcher warm für die nosologische Selbständigkeit der protrahierten Affektschwankungen eintritt. Abgesehen von den ausgesprochenen „hysterischen“ Zeichen, welche die von mir beobachteten Kranken darboten und dadurch das „hysterische“ Moment als solches sicherten, getraue ich für meine Person nicht eine so komplizierte Diagnose auf Eknoia anzuwenden. Wenn ein Meister im Fach, wie Ziehen, aus seinem enormen Material solche Beobachtungen schöpfen konnte, so ist dieses verständlich, in praxi wird jedoch kaum jemand in der Lage sein, seine diesbezügliche Auffassung folgerichtig vertreten zu können. Dass Zustände von schwerer Bewusstseinstörung vorkommen, welche nicht zur Hysterie gehören, hebt auch Bonhoeffer³⁾ hervor, wobei die Unsicherheit des Hysteriebegriffs eine sachgemässe Behandlung dieser Frage sicher sehr erschwert; solche Beobachtungen gehören nicht zu den häufigen Vorkommnissen, auch rechnet Bonhoeffer ferner die eigentlichen haftpsychotischen Zustände, den Ganser'schen Dämmerzustand, die psychogene Pseudodemenz und den hysterischen Stupor zur Hysterie, für welche unter anderem der Wunsch für geisteskrank zu gelten, als charakteristisch anzusehen ist.

Es sind weiterhin in Frage zu ziehen gewisse Erscheinungen, die bei den Verblödungsprozessen der Gruppe der *Dementia praecox* (*hebephrenica*) vorzukommen pflegen. Besonders diejenigen Krankheitsvorgänge, welche unter dem Bilde einer pseudo-hysterischen Neurose ihren Beginn dokumentieren, können am allerehesten Anlass zu ver-

1) Psychiatrie. 1911. S. 421.

2) Ueber protrahierte Affektschwankungen und eknoische Zustände. Monatsschr. f. Psych. Bd. 31 und Neurol. Bote (russisch) 1914. H. 3.

3) Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind. Neurol. Zentralbl. 1911. Nr. 11.

hängnisvollen Verwechslungen geben. Auch die Spaltung der Persönlichkeit, wie sie im Fall I, zwischen luzidem Verhalten und krankhafter Bewusstseinsstörung auftritt, gibt durchaus berechtigte Hinweise darauf, dass man einen zerebralen Abbauprozess in Frage ziehen muss, indes ist bei der stürmischen Art des Auftretens der Erscheinungen, wie eine solche alle unsere Beobachtungen auszeichnet, das Einsetzen so tiefer und nachhaltiger Remissionen ohne jeden Intelligenzdefekt und bei ausgesprochener Krankheitseinsicht eine Vermutung, die eigentlich keine positive Stütze besäße.

Die Frage grober organischer Störungen, in deren Verlauf, etwa bei Tumor und Paralyse, transitorische Bewusstseinsstörungen den Beginn der Erkrankung einleiten könnten, darf mit völliger Sicherheit verneint werden.

Der Erwähnung wert wären noch toxische Vorgänge, welche durch direkte Schädigung des Gehirns Störungen, wie die oben erwähnten, bedingen könnten. Ich habe selbst einen Fall beschrieben¹⁾, wo ein Delirium tremens alcoholicum im Beginn, während eines halben Tages, bei einem früher nicht hysterischen Individuum unter dem Bilde einer hysterischen Erregung verlief, bis dann mit Steigerung der spezifischen Störung die pseudohysterischen Störungen schwanden. Auch A. Behr²⁾ hat eine Beobachtung von einem Abstinenzdelir bei chronischem Paraldehydmisbrauch mitgeteilt, wo eigentlich nur die genaue Kenntnis der Vorgeschichte mit Sicherheit vor einer Verwechslung mit einem hysterischen Dämmerzustand schützen konnte. Erwähnt sei noch von anderen toxischen Dämmerzuständen die Vergiftung mit Hyoscyamus niger³⁾ und den ihm analog wirkenden Alkaloiden, doch dürften hierbei die Störungen an den Pupillen und die Trockenheitserscheinungen einzelner, von sezernierenden Drüsen versehener Körperabschnitte vor Verwechslung schützen.

In letzter Linie sei noch der Epilepsie mit einigen Worten gedacht, die wesentlichsten Punkte darüber wurden bereits oben hervorgehoben; die differentialdiagnostische Unterscheidung des hysterischen Dämmerzustandes gegenüber dem epileptischen ist insofern die schwierigste, weil eben die epileptischen Bewusstseinsstörungen quantitativ am

1) H. Siebert, Zur Klinik der Geschwisterpsychosen, anscheinend exogenen Ursprungs. Monatsschr. f. Psych. Bd. 42. H. 2. S. 43.

2) Beitrag zur Kasuistik der Paraldehyddelirien und Bemerkungen über die Trunksucht der Frauen besserer Stände. Petersburger med. Wochenschr. 1902. H. 14.

3) Vergl. Chr. Siebert, Vergiftungspsychose nach Radix Hyoscyami nigri. Petersburger med. Wochenschr. 1911. H. 35.

häufigsten in Frage kommen. Die provokatorische Anwendung subkutaner Kokaininjektionen, als eines einem epileptischen Anfall auslösenden Mittels, ist eine noch zu ungewisse und unpräzise Massnahme, um überhaupt positive unterscheidende Bedeutung zu besitzen. Unter 41 Epileptikern, denen ich wiederholt Kokain injizierte, reagierte bloss einer mit einem leichten Anfall, doch auch bei dem wurde das Mittel zu einer Zeit angewandt, in der der Kranke an sich eine Reihe von Paroxysmen hatte. Für die Frage der Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie würde ich für meine Person jedenfalls hiervon Abstand nehmen, wir haben uns darin doch bis auf weiteres lediglich an rein klinische Beobachtungsergebnisse zu halten.

So sehr auch an sich vor einem übereilten und übertriebenen Anwenden des Hysteriebegriffs gewarnt werden muss, weil sowohl organische, als auch überhaupt destruirende Störungen, wie andererseits auch einfache Vortäuschung, sich hinter, uns als hysterisch anmutenden Zuständen verbergen können, ist es trotzdem unerlässlich für eine ganze grosse Reihe von Krankheitsbildern die nosologische Einheit „Hysterie“ festzuhalten. Wichtig ist dabei, dass die abnorme Reaktion auf psychische und zum Teil auch somatische Reize¹⁾ nachgewiesen ist, dann ist man auch in die Lage gesetzt zu zeigen, dass die Psychoneurosen wirklich Krankheiten sind, was lange Zeit hindurch geleugnet wurde und was auch heute noch von mancher Seite bestritten wird. Ich halte die völkische und rassenindividuelle Verbreitung der Hysterie für so wechselnd und schwankend, dass es wohl verständlich ist, dass mancher Beobachter weniger Hysterien zu Gesicht bekommt als ein anderer. Mein spezieller Wirkungsradius gewährt mir die Möglichkeit gerade unter der jüdischen und litauischen Bevölkerung Krankheitsbilder in reichem Umfange zu studieren, die nur mit Hysterie bezeichnet werden können.

Zum Schluss will ich noch hervorheben, dass hysterische Störungen und besonders hysterische Dämmerzustände nach meinen Erfahrungen selten Objekte der Anstaltspsychiatrie werden (bezüglich der Kliniken, besonders solcher mit einer Nervensstation, lässt sich solches nicht sagen); nur zu oft haben Katamnesen späterhin ergeben, dass die anscheinend hysterische Störung doch nur eine Begleiterscheinung oder der Deckmantel eines groben Defektzustandes war.

1) E. Stern, Beitrag zur Pathogenese der Psychoneurosen. Sommer's Klinik f. psych. und nervöse Kranke. Bd. 10. H. 1. S. 22.