

# Encephalitis epidemica acuta, Delirium tremens und Hypnose.

Von

**Dr. Otto Kauders,**

Sekundararzt an der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik.

(Eingegangen 15. August 1924.)

Die Beziehungen und Ähnlichkeiten zwischen der deliranten Form des psychischen Krankheitsbildes bei der akuten hyperkinetischen Encephalitis und dem klassischen Bilde des akuten alkoholischen Delirs sind bekannte und in der Literatur immer wieder angegebene, so z. B. bei *Dimitz*<sup>1)</sup> und *Schilder*<sup>2)</sup>, *Sterz*<sup>3)</sup>, *Hußler*<sup>4)</sup>, *Hans W. Maier*<sup>5)</sup>, *Runge*<sup>6)</sup> usw. Die Ähnlichkeit zwischen diesen beiden Zustandsbildern ist in vielen Fällen bekanntlich eine so weitgehende, daß eine Differentialdiagnose aus dem psychotischen Bilde als solchen, sofern nicht neurologische Begleitsymptome, anamnestische Umstände u. ä. von vorneherein eine Sonderung gestatten, oft unmöglich erscheint und die jeweils gestellte Diagnose erst aus dem weiteren Krankheitsverlaufe ihre Bestätigung erfahren muß.

Außer diesen hinlänglich bekannten differentialdiagnostischen Schwierigkeiten sei hier noch auf zwei Umstände verwiesen, die in diesem Zusammenhange von Interesse sind. In einem auffallend hohen Prozentsatz der frischen Encephalitisfälle findet sich nämlich die anamnestische Angabe chronischen Alkoholismus in Quantitäten, die recht wohl auch zu einem Delirium tremens hätten führen können. Es hat diese Tatsache in den bisher erschienenen klinischen Statistiken über die Encephalitis noch nicht den entsprechenden Ausdruck gefunden, was vielleicht mit dem Wechsel des lokalen und epidemiologischen Kolorites der einzelnen Encephalitisepidemien, respektive mit dem Konkurrieren verschiedener ätiologisch wichtiger Momente zusammenhängen dürfte. Während der ganz kurz dauernden und begrenzten Encephalitisepidemie der Frühjahrsmonate 1923 in Wien — es handelt sich im folgenden durchaus um Fälle aus dieser Epidemie — fand sich unter 8 klinisch sichergestellten männlichen Encephalitisfällen 3 mal die anamnestische Angabe schweren chronischen, 1 mal die leichten Alkoholabusus vor. Ein zweiter Umstand, der die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten, damit aber auch die mannigfachen Beziehungen zwischen diesen beiden Erkrankungen vermehrt, kann hier nur flüchtig gestreift werden. Es ist dies die eigentümliche Stellungnahme, die

die hyperkinetischen Encephalitiskranken der deliranten Phase zu ihrer motorischen Störung zeigen: die Motilitätsstörung geht überall in die psychotischen Inhalte ein, sie läßt sich ebensowohl in den Halluzinationen und Wahnideen, als auch in der psychologischen Verarbeitung derselben („Erklärungswahnideen“ im Sinne *Wernickes*), in den durch den deliranten Bewußtseinszerfall immer wieder gestörten Ansätzen zur Systemisierung der einzelnen psychotischen Elemente als inhaltlich ausschlaggebender Faktor nachweisen. Das neurologisch faßbare Symptom der Motilitätsstörung ist dann bei dem Kranken im akuten encephalitischen Delir psychisch in durchaus analoger Weise repräsentiert wie eben seine Wahnideen und Sinnestäuschungen, also nicht etwa als körperliche und als solche verstehbare Störung, sondern als Bestandteil, als wesentliches Erlebnis der Psychose, eingegliedert in die übrigen psychotischen Inhalte und motiviert aus der durch die psychotische Bewußtseinsabänderung veränderten Einstellung zur Umwelt. So verstand einer dieser Kranken seine agitierte Hyperkinese als Folge der Einwirkung eines elektrischen Stromes, ein anderer als bedingt durch das massenhafte Eindringen halluzinierter Bakterien in seinen Körper; die Wahnbildung nahm im ersten der angeführten Fälle von der Motilitätsstörung ihren Ausgangspunkt und entsprach von der Schizophrenie her geläufigen Mechanismen. Wesentlich abhängig erscheint hierbei die Art dieser Einstellung zur eigenen Motilitätsstörung von dem Grade der deliranten Bewußtseinsstörung; bei nur leicht deliranten Fällen wird die Hyperkinese zwar gleichfalls psychologisch motiviert oder als Reaktion der Persönlichkeit anerkannt, aber die Einstellung ist eine unsichere, schwankende. Solche Kranke pflegen dann ihre Bewegungsunruhe als Gewohnheits-, Verlegenheits-, gesteigerte Ausdruckbewegungen zu erklären, wenn sie ihr nicht überhaupt dissimulierend, d. h. nicht anerkennend gegenüberstehen, wie dies ja auch gelegentlich bei Fällen von Chorea beobachtet werden kann, während gerade das „Anerkennen“ der eigenmotorischen Störung bei Chorea niemals vorgefunden wird, sondern ein speziell für die delirante hyperkinetische Encephalitispsychose charakteristisches Moment darzustellen scheint. Auf die so eigentümlichen Wechselbeziehungen zwischen psychologischer Einstellung und motorischer Störung, die formal der Ausdrucksmotilität ja oft außerordentlich nahe steht, bei der hyperkinetischen Encephalitis ist *Stertz*<sup>3)</sup> ausführlicher eingegangen. Auch *Economo*<sup>7)</sup> hat in seinem letzten Encephalitisreferat die hyperkinetische Funktionsstörung bei der Encephalitis dadurch gekennzeichnet, daß sie psychisch nicht objektiviert, sondern als subjektiv, d. h. zur Persönlichkeit gehörig, aufgefaßt werde und hat anschließend daran eine von *mir* angestellte Beobachtung mitgeteilt, in der ein Encephalitiskranker seine Wischbewegungen mit den

Händen unter dem Charakter des Zwanges subjektiviert\*). Über die Beziehungen zwischen Persönlichkeit und Motilitätsstörung und ihren Qualitätscharakter, die für die Erfassung des Problems der Psychomotilität von erheblicher Bedeutung zu sein scheinen, soll an anderer Stelle an der Hand geeigneten Materiales ausführlich die Rede sein, hier sei nur nochmals darauf hingewiesen, daß bei Vorherrschen deliranter Erscheinungen, zumal wenn die als neurologisches Herdsymptom faßbare Hyperkinese, formal einer psychotischen Hyperkinese angenähert, von den Kranken durchaus als solche erlebt wird, die Verwandtschaft oder die Ähnlichkeit zu den entsprechenden psychotischen Bildern, dann aber auch die Schwierigkeit differentialdiagnostischer Abgrenzung erheblich steigt. Wie komplex hier die Beziehungen sind und wie schwierig eine Entscheidung oft zu treffen ist, mag auch daraus hervorgehen, daß bekanntlich *Economo*<sup>7)</sup> die Vermutung ausgesprochen hat, daß es sich bei den Fällen *Kleists*<sup>8)</sup> in den so hervorragenden Untersuchungen über die Psychomotilität der Geisteskranken um Fälle einer kleinen Encephalitisepidemie gehandelt haben dürfte, welcher Vermutung *Kleist*<sup>8)</sup> allerdings später widersprochen hat.

In der Literatur findet sich eine scheinbar bisher noch nicht nachgeprüfte Angabe von *Spät*<sup>9)</sup>, der in einigen Fällen klinisch einwandfreier hyperkinetischer deliranter Encephalitis Hypnose mit erstaunlichem Erfolge bis zur völligen Ruhigstellung der Kranken angewendet hat. Von verschiedenen Erwägungen, zumal von der eingangs geschilderten Ähnlichkeit im Reaktionstypus der beiden Erkrankungen ausgehend, wurde nun der Versuch unternommen, Möglichkeit und Grad einer hypnotischen Einflußnahme sowohl auf die akute hyperkinetische Encephalitis, als auch auf das Delirium tremens an einem größeren Materiale systematisch zu untersuchen. Über Hypnoseversuche bei Delirium tremens sind bisher in der Literatur — außer einer kurzen Kongreßbemerkung von *Bonse*<sup>10)</sup>, der über Erfolge berichtete — noch keine Angaben niedergelegt; auch *Voisin*<sup>11)</sup>, der, von optimistischen therapeutischen und theoretischen Voraussetzungen ausgehend, sich mit der Anwendbarkeit der Hypnose im Gebiet der Psychosen ausführlich beschäftigt hat, zählt Fälle von Delirium tremens in seinen Beobachtungsmateriale nicht auf. Die Hypnoseversuche wurden im ganzen an 10 Fällen akuter hyperkinetischer Encephalitis und an 14 Fällen von Delirium tremens ohne Auswahl, fortlaufend nach dem Datum der Aufnahme, vorgenommen. Von den 10 Encephalitisfällen verhielten sich 3 der Hypnose gegenüber als

\*) Über den Zwangscharakter in der psychologischen Einstellung zur encephalitischen Hyperkinese in akuten und Folgezuständen vgl. meine Ausführungen in Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 74. 22.

refraktär, ebenso von den 14 Deliriumfällen 4. Über die Gründe des Versagens der Hypnoseversuche bei diesen Fällen, ferner über Grade und Abstufungen der Hypnosefähigkeit bei den übrigen Fällen wird später im Zusammenhange die Rede sein.

Hinsichtlich der von uns befolgten Hypnosetechnik wäre nur noch zu bemerken, daß sie durchaus der allgemein üblichen Fixations- und Einschläferungsmethode entspricht, natürlich unterstützt durch entsprechend höheren Aufwand an Energie und autoritativer Suggestion. Im allgemeinen erfordert ja die Eigentümlichkeit des Materiales ein langsames Vertrautwerden mit der individuell für den Hypnotiseur sich am geeignetsten erweisenden Technik; zahlreiche Versager in der ersten Zeit der Versuche, auch mehrmalige Versager an ein- und demselben Kranken dürfen von weiteren Versuchen nicht abhalten, sondern werden die richtigen Wege der einzuschlagenden Technik weisen. Von Nutzen hat sich uns hierbei die Befolgung einer von *Bonhoeffer*<sup>12)</sup> gemachten Beobachtung erwiesen, der eine deutliche Abnahme der deliranten Unruhe bei plötzlichem Ortswechsel beobachtet. Es wird also der Kranke ganz plötzlich aus seinem Gitterbett — wenn nötig, unter irgendeinem Vorwande — in eine möglichst ruhige Isolierzelle gebracht, wobei man mit einer Art Überrumpelungstechnik ein möglichst großes Quantum der flottierenden Aufmerksamkeitsbindung auf das bevorstehende Ereignis zu lenken sucht. Auf der Zelle wird der Kranke zu Bett gebracht und nun zunächst unter eventueller Zuhilfenahme von Pflegepersonen einigermaßen ruhiggestellt, worauf sogleich die Versuche einsetzen, die Aufmerksamkeit des Pat. auf den Hypnotiseur zu binden, einen intensiveren Rapport mit Befehlsentsprechung herzustellen. Ist das letztere einmal gelungen, so ist damit die eigentliche Hypnoseschwierigkeit überwunden, die Schlafsuggestion wirkt dann meist mit überraschender Schnelligkeit und auch eine Zuhilfenahme von Pflegepersonal erübrigt sich dann sogleich. Mitunter gelingt es allerdings erst nach wiederholten, mühevollen Versuchen, die erforderliche Aufmerksamkeitsbindung herzustellen, der zur Hypnose geeignete Zeitpunkt wird dabei leicht ganz versäumt. Auch läßt sich in einigen Fällen von Delirium tremens ein eigentümliches, wie befehlsnegativistisches Verhalten oder verspätetes Wirken der Suggestion beobachten: Fälle, bei denen der Hypnoseversuch wegen nicht zu beeinflussender deliranter Unruhe aufgegeben worden war, wurden einige Minuten später entsprechend der erteilten Suggestion ruhig schlafend vorgefunden.

Aus dem zur Verfügung stehenden Materiale sind hier, um Wiederholungen zu vermeiden, nur einzelne Krankengeschichten und diese nur auszugsweise, soweit sie für die vorliegende Frage von Bedeutung sind, wiedergegeben.

*Beobachtung 1.* Hyperkinetische Encephalitis. F. F., 43 Jahre, Geschäftsführer. Erkrankungsbeginn vor 14 Tagen mit Grippe (?), Temperaturen andauernd zwischen 37° und 38°, später Schmerzen im Rücken und Bauch. Seit 3 Tagen Verwirrtheit, Beschäftigungsdelirien, gleichzeitig Zuckungen der Bauchmuskulatur und an den u. E. Starker Potator, 6—8 Vierteln Wein täglich, seit 14 Tagen Abstinenz.

Aufnahme am 12. IV. 1923. Pupillen leicht entrundet und träge reagierend. Nystagmus. Lebhaft myoklonische Zuckungen vorwiegend der Bauchmuskulatur, der Flexoren und Adduktoren der Oberschenkel, an den u. E. meist synchron auftretend. Allgemeine choreiforme Unruhe, besonders kurze ausfahrende choreatische Zuckungen an beiden o. E., windende Bewegungen des Rumpfes, Bewegungsunruhe des Kopfes. Bei Willkürbewegungen Entgleisung in choreatische Zuckung. Grobschlägiger Tremor der Hände und der r. u. E., der sich mitunter zu einem Schütteltremor steigert. Mangelhaft orientiert, im Gedankengang abspringend, unaufmerksam, leicht delirant, zeigt Rededrang. Vorübergehend Situations- und Personenverknennung. *Halluziniert lebhaft:* Unter dem Bett eine Fußdecke, darauf ein Spatz, ein Meerschweinchen, einen Floh am r. Ohr. Gestern sah er „gelbgestrichene Mäuse“. Halluziniert von einem leeren Blatt Papier Geschriebenes, zeigt illusionäre Verknennung der Umgebung. Bezüglich der Bewegungsunruhe befragt: „Das ist der Muskelrheumatismus . . . ich weiß ja nicht, wo ich hin soll mit die Händ', weil ich gewohnt bin zu arbeiten . . .“ Später: „Das ist eine üble Gewohnheit, wie mancher sich als Kind den Lutscher herausnimmt und wieder hineinsteckt, so gibt es auch beim Erwachsenen solche Sachen.“

14. IV. Zustand unverändert. Hypnose. Außerordentlich suggestibel. Schläft sofort tief und fest ein, atmet schwer, leichte Rötung des Gesichtes, Abnahme der Pulsfrequenz. Es gelingt durch entsprechenden suggestiven Auftrag innerhalb 2 Minuten, den Pat. völlig ruhig zu stellen, die Bewegungsunruhe, die choreatischen Zuckungen kehren von da ab in der Hypnose nicht mehr wieder, die beschriebenen myoklonischen Zuckungen bleiben hingegen anhaltend, sind nicht beeinflussbar. Völlige Schläffheit der Muskulatur. Der in die Höhe gehobene Arm wird durch ca. 2 Minuten ganz ruhig gehalten, worauf choreatische Unruhe wieder einsetzt, die suggestiv neuerdings wieder unterdrückt werden kann. Gerät in Tiefhypnose, schläft durch 20 Minuten völlig ruhig gestellt. Schreckt danach plötzlich, wie aus tiefem Schlaf auf, ruft: „Herr Doktor, ich muß arbeiten gehen . . .“ Gleichzeitig setzt die delirante Unruhe wieder unverändert ein, ein Rapport ist nicht mehr herzustellen.

16. IV. Delirium mit Halluzinationen andauernd. Hypnose. Schläft sofort ein, gerät in Tiefhypnose. Völlige Ruhigstellung. Verschiedenste Suggestionen bezüglich Motilität und Sensibilität werden ohne weiteres angenommen. Optisch ist Pat. nicht suggestibel, auch auf Bulbusdruck halluziniert er nicht. Auftrag, 2 Stunden ruhig zu schlafen. Pat. erwacht schon nach einer halben Stunde spontan, ist vorübergehend gut ansprechbar, fühlt sich subjektiv erleichtert, gibt an, gut geschlafen zu haben. Über die Dauer des Schlafes keine Angaben, für die Ereignisse während der Hypnose besteht Amnesie.

17. IV. nachts: Hochgradige motorische Unruhe und Halluzinationen. Zerreißt das Bettzeug, faselt verworren vor sich hin, Sprache verwaschen. Gesicht gerötet, Puls schwach und unregelmäßig. Muß zur Hypnose von Pflegern niedergehalten werden. Auf die ersten Worte des Schlafbefehles gerät er sofort in Tiefschlaf, der hypnotische Rapport ist anfänglich lose, später überhaupt nicht mehr herzustellen. Schläft durch 2 Stunden völlig ruhig. Beim Spontanerwachen Amnesie, nur allmähliches Wiedereinsetzen des Deliriums.

18. IV. Die choreatischen Zuckungen treten innerhalb der allgemeinen Bewegungsunruhe mehr zurück. Hypnose. Es erfolgt schon spontan teilweise

Ruhigstellung, die suggestiv zu einer völligen gesteigert wird. Nimmt diesmal auch optische Suggestionen an. Begleitet die optischen Halluzinationen mit lebhaftem Affekt, agiert mit den halluzinatorischen Gegebenheiten, gerät, von der suggerierten Halluzination ausgehend, ins freie Phantasieren, delirante Züge mischen sich ein. (Suggestion einer Landschaft mit einem Walde): anerkannt sofort die Suggestion, beginnt über Aufforderung zu beschreiben, halluziniert eine kleine Ortschaft, Vieh usw. hinzu, beschreibt genau die Lage der Örtlichkeit im Wienerwald. Sieht dann plötzlich einen Zug Wallfahrer den Berg hinaufkommen, wird ängstlich, es müsse etwas geschehen sein, die Leute laufen so durcheinander. Die Halluzinationen endigen auf Suggestion sofort. Schläft danach durch ca. 2 Stunden ruhig und tief, wird dann geweckt. Für die Hypnose, auch für die Halluzinationen, besteht Amnesie. Eine für den Augenblick des Erwachens gegebene posthypnotische Suggestion wird nicht ausgeführt. Über die Schlafdauer vermag er sich nicht zu orientieren, glaubt viel länger geschlafen zu haben.

19. IV.—26. IV. Fortdauer des delirant-hyperkinetischen Zustandsbildes. Mehrfache Hypnosen nach Art der oben geschilderten, immer mit positivem Erfolge. In Bezug auf Motilität (Ruhigstellung, Sistieren der Hyperkinese mit Ausnahme der myoklonischen Zuckungen) ausgezeichnet suggestibel, in diesem Zustande auch optische Suggestionen zeitweise durchführbar. Kann im hypnotischen Zustand von einem Zimmer ins andere geführt werden, schläft dort ruhig weiter; der Gang ist dabei ataktisch und taumelig, wie bei einem Schlaftrunkenen, aber ohne die sonst so charakteristischen choreatischen Entgleisungen. In der Hypnose werden bei dem sonst andauernd schlaflosen Patienten Schlafdauern bis zu 4 Stunden erzielt, die Dauer und Tiefe des Schlafes nehmen deutlich zu, je mehr sich das Zustandsbild dem lethargischen Stadium nähert. Ein hypnotischer Rapport läßt sich bei längerer Dauer der Hypnose meist nicht mehr herstellen, Pat. erwacht spontan wieder zu deliranter Unruhe. Für die Ereignisse in der Hypnose stets Amnesie.

27. IV.—6. V. Lethargisches Stadium, Bewegungsunruhe, choreatische Zuckungen nur mehr vorübergehend nachweisbar, keine Myoklonismen. Somnolenter Stupor, keine Halluzinationen. In diesem Stadium keine Hypnosen.

31. V. Wieder völlig hergestellt. Psychisch frei, über das Delir nur mangelhafte katamnestic Angaben. Daß er wiederholt hypnotisiert wurde, erinnert er, weiß darüber gleichfalls nichts Näheres zu berichten. Der Nachtschlaf ist ungestört, tagsüber klagt er noch zeitweilig über Müdigkeit und Schläfrigkeit. Bei einer neuerlichen Hypnose wird nur mitteltiefer Schlaf erzielt, Suggestionen, auch optische, werden angenommen, berichtet aber nachher, daß er die Bilder nur wie durch einen Schleier gesehen habe. Für die Hypnose besteht keine Amnesie, eine posthypnotische Suggestion wird ausgeführt. Pat. wird nach Hause entlassen.

*Beobachtung 2.* Hyperkinetische Encephalitis. R. Sch., 55 Jahre, Beamtensfrau. Vorstadium der Erkrankung durch 10 Tage mit Fieber, Spannung der Bauchdecken, Druckempfindlichkeit der Appendixgegend. (Sollte operiert werden.) Seit 3 Tagen Bauchmuskelszuckungen, gleichzeitig Rededrang, Personenverkennerung, verrichtet in planloser Weise häusliche Arbeiten. Seit 1 Tag besteht auch Bewegungsunruhe, große, ausführende Bewegungen mit Armen und Beinen. Nachts schlaflos. — Aufnahme am 8. IV. 1923. Pupillen rund und prompt reagierend. Doppelbilder bei extremer Blickbewegung nach links. Keine Paresen. Reflexe normal auslösbar. Allgemeine Bewegungsunruhe, besonders windende, drehende Bewegungen des Rumpfes mit oft totaler Lageverrückung und Kreuzhohlhaltung. Eigentümliche Torsionsbewegungen an den o. E., die an lebhafteste Gestikulation erinnern, mitunter vom athetotischen Typus. An den u. E. kurze klonische und myo-

klonische Zuckungen. Bauchmuskelszuckungen. Psychisch annähernd orientiert, vielredend, sich in Details verlierend, lebhaft, leicht delirant. Berichtet über optische Halluzinationen. Klagt, daß ihre Wohnung ganz verändert sei, in der Küche ist zuviel Geschirr, die Möbel sind verstellt, im Vorzimmer werden Kabinen eingebaut, Leute rennen durch die Wohnung, ein Aufzug geht auf und nieder. Hält an dieser Orientierungsstörung fest, wird sehr erregt. Bezüglich der Bewegungsunruhe: „es zieht ja hier so . . .“, später: „ich genieß' mich ja so, nicht wahr, das ist nicht anständig?“ Ein erster Hypnoseversuch gelingt nur unvollständig, es erfolgt zwar leichter Schlaf und teilweise Ruhigstellung, doch ist dieser Effekt nur auf wenige Minuten festzuhalten, gleich darauf Wiedereinsetzen der Bewegungsunruhe, zerfahrenes Sprechen. Ist während der Hypnose optisch suggestibel, sieht einen suggerierten Garten und beschreibt lebhaft. Für die Hypnose keine Amnesie.

9. IV.—11. IV. Bewegungsunruhe zunehmend, ausgesprochene triviale Delirien mit Situationsverkennung, hält eine Mitpatientin für ihre Hausgehilfin, will mit ihr fortrennen, halluziniert besonders nachts lebhaft. Auf suggestivem Wege ist sie nicht zum Halluzinieren zu bringen. In den Hypnosen ist Pat. schwer fixierbar, unaufmerksam, unterbricht wiederholt, sagt: „heute tobt und reißt es wieder, ich kann nicht ruhig halten . . .“. Die Bewegungsunruhe ist nur ganz vorübergehend beeinflussbar, dabei ist Pat. optisch gut suggestibel, meist sind es aber gerade die suggerierten Bilder, die ein Wiedererwachen der Pat. veranlassen, indem sich an diese irgendein Bewegungs-, Tätigkeitsdrang knüpft.

12. IV. Hypnoseversuch mit entsprechenden Suggestionen muß wegen mangelnder Fixierbarkeit aufgegeben werden. Einige Minuten später wird Pat. schlafend angetroffen, die Bewegungsunruhe hat merklich abgenommen. Pat. schläft durch  $1\frac{1}{2}$  Stunde (das erste Mal seit ihrer Spitalaufnahme) tief.

13. IV. Nachts schwere delirante Unruhe. Glaubt, ihr Mann, der krank ist, sei in der Zelle. Ein Rapport zur Vornahme der Hypnose ist erst nach wiederholten Versuchen herstellbar. Auf das Schlafkommando schläft sie dann plötzlich, ohne weitere Suggestion, ein. Gleichzeitig erfolgt suggestiv völlige Ruhigstellung der Pat., die großen Zuckungen hören ganz auf, die Arme sind ruhig, die Muskulatur schlaff. Die myoklonischen Zuckungen an Bauch und u. E. bestehen weiter, ebenso kurze choreiforme Zuckungen der Unterschenkel. Ansätze zu allgemeiner Bewegungsunruhe können suggestiv sofort unterdrückt werden. Pat. ist optisch nicht suggestibel, auch auf Bulbusdruck nicht. Schläft auf entsprechende Suggestion ca. 1 Stunde ruhig und tief, aus dem Schlafe heraus allmählich Wiederauftreten der Bewegungsunruhe und der Zuckungen, murmelt unverständlich vor sich hin, erwacht bald. Für die Hypnose besteht teilweise Amnesie, die Schlafdauer wird richtig abgeschätzt.

14. IV.—22. IV. Pat. ist ruhiger, aber noch immer zeitweise desorientiert, ideenflüchtig verworren. Halluziniert nicht mehr. Die allgemeine Bewegungsunruhe und die Myoklonismen haben nachgelassen, dagegen bestehen noch choreiforme Zuckungen an beiden o. und u. E. Ist andauernd schlaflos. Wiederholte Hypnosen gelingen ausgezeichnet, dabei besteht starke Suggestibilität, nur optisch ist Pat. nicht immer suggestibel. Für die meisten Hypnosen besteht Amnesie, bei den nicht amnesierten Hypnosen besteht, obwohl Pat. wie immer motorisch völlig ruhig gestellt ist, geringere Schlaftiefe. Einige Stunden nach einer dieser leichteren Hypnosen wird auch ein komplizierterer posthypnotischer Auftrag richtig ausgeführt. Auffällig ist die richtige Zeitabschätzung, die Pat. für die Dauer des Hypnoseschlafes hat, auf diese Weise kann eine Art „Terminschlaf“ durchgeführt werden, Pat. wacht zum gegebenen Zeitpunkt annähernd pünktlich auf. Es werden Schlafdauern bis zu 3—4 Stunden erzielt, mit Herannahen der lethargischen Phase können auch weitere Verlängerungen erzielt werden.

22. IV.—3. V. Lethargische Phase mit andauerndem Schlaf oder Somnolenz, Pat. ist benommen, schwer ansprechbar. Die Bewegungsunruhe ist bis auf kurze choreiforme Zuckungen der Unterschenkel, die auch während des Schlafes anhalten, geschwunden. Während dieser Phase keine Hypnose.

4. V.—4. IX. 1923. Stadium der Rekonvaleszenz mit gelegentlichen kleineren encephalitischen Nachschüben, nach einem Erysipel endgültige Besserung. Pat. leidet an starken, wie lanzinierenden Schmerzen und Parästhesien an den u. E. Die klonischen Zuckungen halten noch durch mehrere Monate in wechselnder Stärke an. Psychisch ist Pat. andauernd frei, leidet an chronischer Schlaflosigkeit. Wiederholte während dieser Zeit vorgenommene Hypnosen ergeben mittelgute Hypnosefähigkeit, Suggestibilität auf allen Sinnesgebieten, auch optisch. Doch kommt Pat. dabei nie in hypnotischen Tiefschlaf, für die Hypnose selbst besteht keine Amnesie. Eine andauernde hypnotische Behandlung der Agrypnie erweist sich als ungenügend wirksam, die Hypnose ist in diesem Stadium nur als Hilfe für das Einschlafen und die ersten beiden Schlafstunden brauchbar, dann erwacht Pat. meist wieder.

12. II. 1924. Ist andauernd symptomfrei, zu Hause.

*Beobachtung 3.* Deliriums tremens. J. T., 40 Jahre, Hilfsarbeiter. Typische alkoholische Anamnese. Ist Schnapstrinker. Seit 2 Tagen ist er, nur nachts, verwirrt, brüllt, äußert Angst. Hört Stimmen vom Gange und Hofe, sieht Männer, die mit dem Messer auf ihn losgehen. Tagsüber arbeitsunfähig, abstiniert, ist unruhig und rabiät.

19. XII. 1923. Kommt ruhig auf die Klinik, beginnt erst einige Stunden später zu delirieren. Sieht Hunde, Ratten, Wanzen u. dgl. Leichte Temperatursteigerung.

20. XII. Bei der Aufnahme zeitlich und örtlich mangelhaft orientiert, macht aber seine Orientierungsangaben mit größter Bestimmtheit, spricht gereizt und hastig. Macht energische Bewegungen, zittert dabei heftig. Halluziniert während des Examens optisch, sieht im Nebenzimmer seine Kinder, die ihm das Essen bringen, der Knabe fällt hin und schüttet das Kraut aus, Pat. will die halluzinierte Gestalt züchtigen. Die Halluzinationen, über die er berichtet, sind zum Teil recht phantastischen Inhaltes, er reproduziert mit Lebhaftigkeit katastrophale Szenen, die hauptsächlich grausame Folterung, Verbrennen der Schamteile u. ä. zum Inhalt haben. Außerdem massenhaft Tierhalluzinationen, dagegen keine akustischen Halluzinationen: „alles ist wie ein Stummerl gegangen“.

Bei einem Hypnoseversuch gerät Pat. schnell in oberflächlichen Schlaf, die Augenlider bleiben aber noch unruhig, die Extremitäten zeigen bei passiven Bewegungen Starre und negativistisches Widerstreben. Psychisch und motorisch ist völlige Ruhigstellung erfolgt, die Atmung ist tief, frequent. Suggestierte Analgesie der Haut wird angenommen. Auf Anregung beginnt er sogleich zu halluzinieren, sieht einen Hund, eine Katze, alles „wie auf einem Zifferblatt, beweglich eingestellt, das Ganze umgeben von einem Stern.“ Sucht dann über Befehl im hypnotischen Zustand das Bett auf, schläft hier durch einige Minuten tief. Wacht dann, durch die Geräusche des Saales geweckt, plötzlich auf, sagt, er habe ausgezeichnet geschlafen, vielleicht eine halbe Stunde (!), auffällig sei es ihm, daß er jetzt besser wie früher die Lider bewegen könne. Keine Amnesie, beschreibt genau die optischen Halluzinationen während der Hypnose, fügt noch einiges hinzu. Ist auf ganz kurze Zeit ruhig gestellt und gut ansprechbar, bald darauf setzen delirante Unruhe und Halluzinationen wieder ein.

21. XII. 10 Uhr vorm. Wegen hochgradiger Unruhe auf der Zelle. Halluziniert dort lebhaft, fängt Fliegen, spricht mit seinen Vorgesetzten. Beschäftigungsdelirien. Muß zur Hypnose gehalten werden, ist anfangs schwer fixierbar, verfällt

dann plötzlich in hypnotischen Tiefschlaf. Der hypnotische Rapport ist dabei stets vorhanden, Suggestionen, besonders in bezug auf Motilität und Sensibilität werden ohne weiteres angenommen. Optisch halluziniert der Pat. auch auf Bulbusdruck nicht. Wird im Schlafe in ein ruhigeres Zimmer geführt, schläft dort außerordentlich tief, ca. 1 Stunde lang, wacht dann gleich wieder zu deliranter Unruhe auf. Für die Hypnose besteht Amnesie, schätzt die Schlafdauer mit einigen Stunden ab, glaubt, jetzt sei Abend.

5 Uhr nachm. Delirium anhaltend. Hypnose mit Suggestion, die Nacht durchzuschlafen. Gleich anfangs Tiefhypnose mit Tonusschlaffe der Muskulatur, allen äußeren Zeichen des Tiefschlafes. Optische Halluzinationen werden in der Hypnose nicht erzielt. Schläft bis 11 Uhr nachts (durch 6 Stunden), ist dann auf 2 Stunden wieder wach, zeigt delirante Unruhe, leichtern Grades, halluziniert Teufel, die ihn brennen wollen, schläft schließlich spontan wieder ein.

22. XII. Kritischer Schlaf bis 11 Uhr vorm. Erwacht spontan, ist ruhig, geordnet und annähernd orientiert. Halluziniert nicht mehr, die Einstellung zum abgelaufenen Delir ist eine noch unsichere. Verfällt sogleich in hypnotischen Tiefschlaf, in dem er bis zu seinem Erwecken um 2 Uhr nachm. trotz des starken, um ihn herrschenden Lärmes verbleibt.

24. XII. Ist ruhig, orientiert und geordnet, krankheitseinsichtig, Schläft — mit kurzen Unterbrechungen — Tag und Nacht. Keine Hypnose. Wird an die Irrenanstalt abgegeben.

*Beobachtung 4.* Delirium tremens (leichtere Form). J. W., 47 Jahre, Hilfsarbeiter. Alkoholabusus seit mehreren Jahren, in den letzten Monaten starker Schnapskonsum. Zertrümmert die Wohnungseinrichtung, ist tobsüchtig, verwirrt und wird auf dem Wege über die Polizei der Klinik überstellt.

2. I. 1924. Kommt nachts an. Ist verwirrt, deliriert leicht, schläft nicht. Temp. normal.

3. I. vorm. Pat. ist zeitlich und örtlich annähernd orientiert, ist zerstreut und unaufmerksam, lebhaft, heiter und gesprächig. An die Szene in der Wohnung will er sich nicht erinnern, stellt sie dann anders dar. Seit einigen Tagen „lebhaft Träume“ von ganzen Fuhren Fleisch und Wurst, wenn er dann erwache und darnach suche, sei nichts da. Gestern abends habe er Hische, Pferde, Hunde gesehen, „alles in einer Farbe, zeitweise auch bewegt“. Derzeit halluziniert Pat. auch auf Suggestion nicht.

Hypnose. Schläft gleich fest ein, tiefe Atemzüge, Abnahme der Pulsfrequenz, Schlaffe der Extremitäten. Nimmt die verschiedensten Suggestionen an, geht in der Hypnose zum Tisch und trinkt aus einem halluzinierten Glase, beißt an einer Zündholzschachtel wie an einer Semmel herum u. a. m. Über Suggestion, optisch zu halluzinieren, sieht er einen Reiter, einen Ulanen, beginnt dabei heftig zu zittern, zeigt Angstaffekt. Auch diese optische Halluzination ist ohne weiteres abbrechbar. Hypnose wird unterbrochen. Nachher völlige Amnesie, Gefühl der Erleichterung, die Schlafdauer wird auf eine halbe Stunde (in Wirklichkeit nur etwa 10 Minuten) abgeschätzt. Durch einige Stunden nach der Hypnose wesentlich ruhiger.

11 Uhr abends. Ist in leicht deliranter Unruhe. Arbeitet im Gitterbett herum, lacht vor sich hin, sagt, er müsse jetzt aufstehen, zur Arbeit. Hypnose. Gerät außerordentlich rasch in Tiefschlaf, delirante Unruhe gänzlich behoben. Ist gut suggestibel, halluziniert optisch, aber nur undeutlich. Suggestion, die Nacht durchzuschlafen. Schläft, völlig ruhig gestellt, bis 5 Uhr morgens, wo er spontan erwacht. In den letzten beiden Stunden des Schlafes werden eigentümlich delirante Bewegungen mit den Händen, leise Unruhe, Vorsichhirmurmeln beobachtet. Nach dem Erwachen keine Erinnerung für die Ereignisse des vorigen Abends.

4. I. Ruhiger, zeigt vorübergehend Situationssverkennung. Ist einsilbig, leicht benommen. Negiert optische Halluzinationen, verlangt aber gleich darauf, man solle die Eidechsen aus seinem Bette verschrecken. Verlangt spontan eingeschlafert zu werden, „weil mir das so gut tut“. Fällt schon auf die ersten Worte der Schlaf-suggestion hin in Schlaf. Ist gut suggestibel, an den suggerierten optischen Halluzinationen hält er nicht fest, ist auch durch Bulbusdruck nicht zu lebhafterem optischen Halluzinieren zu bringen. Schläft dann trotz des ihn umgebenden Lärmes im offenen Saale durch 3 Stunden, nachm. mit Unterbrechungen und die ganze Nacht durch.

5. I. Somnolent, gibt wenig Auskunft, ist aber annähernd orientiert und geordnet. Schläft tagsüber mit kurzen Unterbrechungen. Halluziniert nicht mehr.

10. I. Seit 3 Tagen klar und geordnet, schläft normal. Ist krankheitseinsichtig, für das abgelaufene Delir nur mangelhafte Erinnerung, erinnert sich nur an einzelne Halluzinationen, erinnert sich wiederholt „eingeschlafert“ worden zu sein. Hypnose. Schläft rasch und tief ein. Nimmt sämtliche auch optische Suggestion ohne weiteres an. Auf die Suggestion des im Delir halluzinierten Reiters ändert sich plötzlich das Bild, Pat. wird ängstlich, stöhnt, zeigt psychomotorische Unruhebewegungen. Ist von da ab auch suggestiv nur mehr im verminderten Maße zugänglich, agiert selbständig unter lebhafter Affektäußerung, beinahe deliranter Unruhe mit den halluzinierten Gebilden: „Da, da kommt er . . . ein Reiter mit einer Lanze . . . nein, eine ganze Kosakenpatrouille . . . einen führen sie in der Mitte, mit einem grauen Rock und ohne Hut . . . (Das ist ein Bauer!) „Das ist kein Bauer, ein Geistlicher ist es ja . . .“ Wird immer ängstlicher und unruhiger, nimmt die Suggestion, daß die halluzinierte Person an einem Baum aufgehängt werde, nicht an, sieht immer mehr Reiter „wie toll“ hinzukommen, beschreibt wie die Person gebunden und mißhandelt wird, spinnt das unter lebhafter Unruhe noch weiter aus. Esgelingt erst mit einiger Mühe, diese halluzinierte Szene wegzusuggestieren. Nach Abbruch der Hypnose fühlt sich Pat. erschöpft, erzählt spontan, er habe dieselbe Szene sich abspielen gesehen, als er noch im Gitterbett lag. Über Befragen negiert er, eine ähnliche Szene im Kriege, den er in der Etappe mitmachte, erlebt zu haben. Für die Hypnose besteht keine Amnesie.

11. I. Abgabe an die Irrenanstalt.

*Beobachtung 5.* Delirium tremens. A. P., 40 Jahre, Gastwirt. Vater an Säuferwahnsinn gestorben. Chronischer schwerer Alkoholiker, trinkt Bier, Schnaps, Grog, täglich in großen Quantitäten. Vor 14 Tagen Influenza mit Fieber, seitdem abstinent. Seit 5 Tagen nächtliche Delirien, sieht Katzen, Hunde, Einbrecher.

28. III. Bei der Aufnahme abends ruhig und geordnet, beginnt nachts zu delirieren.

29. III. In lebhafter psychomotorischer Unruhe, zerrt an den Gitterschnüren des Bettes, ist desorientiert, verwirrt. Ruft: „Hier wird ausgeschenkt . . .“ (Wo denn?) „Da in der Ecke steht das Fassel . . .“ zeigt dabei auf einen Kübel. (Halluzinationen?) „So unvernünftige Viecherln . . . ein Flohzirkus . . . Flöhe und Stichler, kleine Vögelchen wie die Spechte.“ Dazwischen fortwährend Beschäftigungsdelirien, bestellt für den Arzt „ein Krügel frisch“, tut so, wie wenn er Banknoten abzählen würde usw. Auf einem leeren Blatt Papier halluziniert er den Kopf Bismarcks. Ist andauernd erregt, atmet mühsam und oberflächlich, hat starke Tremores. Als er in eine Zelle zur Hypnose gebracht werden soll, wehrt er sich heftig, fürchtet, daß inzwischen die Kasse geplündert werde. Muß bei dem Einschläferungsverfahren von Pflegepersonen gehalten werden, ist von seinen Beschäftigungsdelirien nicht abzubringen, kaum fixierbar. Schließt dann ganz plötzlich und unerwartet die Augen, die Atmung wird vertieft, die Delirien hören völlig auf. Der Schlaf ist nur oberflächlich, optische Halluzinationen sind weder

suggestiv noch auf Bulbusdruck anregbar. Erhält die Suggestion, eine Stunde zu schlafen, erhebt sich aber plötzlich, als der Arzt die Zelle verläßt, ruft: „Guten Tag, danke schön, Herr Doktor.“ Allein gelassen, schläft er gleichwohl wieder ziemlich tief ein und bleibt durch 10 Minuten in diesem Zustande, dann wieder Einsetzen des Delirs.

30. III. Hochgradig verwirrt und unruhig. Spricht von einer großen Variétéattraktion, sieht tanzende kleine Teufel und Fliegen mit *g-spaltene*n Köpfen. Hypnose. Schläft diesmal rasch und fest ein, ist völlig ruhig gestellt und gut suggestibel. Auf Bulbusdruck sieht er Feuerräder, kreisende Sterne, nimmt auch optische Halluzinationen an, halluziniert aber spontan nicht. Fährt plötzlich aus dem Schlaf aus, tastet mit der Hand herum, ruft: „Eine Eidechse.“ Läßt sich sofort wieder einschlafen, auch die Halluzination ist ohne weiteres abbrechbar. Schläft etwa 20 Minuten. Wacht spontan wieder auf, ist für die Hypnose amnestisch.

31. III. Verwirrtheit andauernd. Zeigt in Rückenlage musitierende Delirien Ist zerfahren, murmelt vor sich hin, Sprache verwaschen, z. T. kaum verständlich. Durch längere Zeit ist er nicht fixierbar. Reagiert aber plötzlich doch auf Schlaf-suggestion, schläft tief ein. Schläft durch 10 Minuten tief, bald tritt trotz anhaltenden Schlafes die musitierende Unruhe wieder auf. Diese unruhigere Schlafphase dauert ca. 1 Stunde, dann wacht Pat. wieder auf und wird neuerdings auf kürzere Zeit in hypnotischen Schlaf gebracht.

1.—2. IV. Schläft mit kurzen Unterbrechungen Tag und Nacht, keine Hypnosen.

3. IV. Annähernd orientiert, geordnet, noch etwas gehemmt und deprimiert. Zeigt Tendenz zu Konfabulationen. Erinnernt sich nur an einzelne Bruchstücke des Delirs, will darüber keine genauen Angaben machen, erinnert sich, wiederholt eingeschläfert worden zu sein, auch hier fehlen nähere Angaben.

12. IV. Andauernd munter, orientiert und geordnet. Hypnose. Kommt nur in oberflächlichen Schlaf, zeigt Schlaffe der Muskulatur, auf Suggestion taktile und optische Halluzinationen. Es werden Bestandstücke des Delirs optisch suggeriert, dabei wird Pat., der bisher die suggerierten Bilder ziemlich passiv hingenommen hatte, lebhafter, zeigt und macht Greifbewegungen mit den Händen. Agiert lebhaft mit den halluzinierten Gebilden, sieht zu den „tanzenden Teufeln“ immer neue hinzukommen, begleitet diese Halluzinationen mit abgerissenen Ausrufen. Durch Suggestion sind die Halluzinationen sogleich zum Schwinden zu bringen. Nach dem Erwachen aus der Hypnose keine Amnesie. Pat. wird nach Hause entlassen.

Fassen wir nun zusammen, was sich zunächst über Hypnosefähigkeit und Art der Hypnose an dem von uns beobachteten Materiale feststellen läßt. Hyperkinetische Encephalitis und Delirium tremens weisen auch in diesem Punkte derartig viel Gemeinsames und Ähnliches auf, daß eine gesonderte Besprechung der hypnotischen Reaktionen beider Erkrankungen sich erübrigt und nur einzelne Differenzen hervorgehoben werden sollen. Zunächst konnte die Beobachtung *Späts*<sup>9)</sup> über die Hypnosefähigkeit hyperkinetischer Encephalitiskranker in vollem Umfange bestätigt werden, und es muß hinzugefügt werden: Ein großer Prozentsatz der hyperkinetischen Encephalitiskranken sowie auch der Fälle von Delirium tremens sind nicht nur gut hypnotisabel, sondern sie bilden in der ganz eigenartigen, oft wie blitzartigen Umwandlung von höchster motorischer Irritation zu plötzlicher Bewegungslosigkeit und Tiefschlaf eine eigene Gruppe

der hypnotischen Reaktionen für sich. Es sind immer wieder gerade die körperlichen Begleiterscheinungen der Hypnose, die den Eindruck derartiger Fälle zu einem oft frappanten gestalten. Der Umstand, daß ein eben noch verwirrter, halluzinierender, einer intensiveren Aufmerksamkeitsbindung kaum fähiger Kranker in hochgradiger motorischer Unruhe oder mit choreiformen Zuckungen im Gesamtkörperbereich nun plötzlich nach Aufmerksamkeitsfixierung und oft nicht einmal so intensiver Schlagsuggestion bewegungslos, tiefatmend, meist mit leicht gerötetem Gesicht und herabgesetzter Pulsfrequenz daliegt, verleiht dem ganzen Phänomen einen zunächst schwer definierbaren, wie *organischen Grundcharakter* und erinnert entfernt an die plötzliche, Umstellung des Gesamtverhaltens, wie sie bei Tierhypnosen beobachtet werden kann. Was nun die Hypnosefähigkeit unseres Materiales anlangt, so verhielten sich, wie schon erwähnt, ca. 30% der Encephalitisfälle und ca. 28% der Deliriumfälle der Hypnose gegenüber völlig refraktär. Es sind dies im allgemeinen Fälle, bei denen infolge hochgradiger Unruhe und Verwirrtheit auch eine nur vorübergehende Unterbrechung der Delirien unmöglich war, jedoch läßt sich in einigen, auch nicht höhergradig verwirrten Fällen von Delirium tremens ein Versagen der Hypnose beobachten, das weniger mit der Verwirrtheit als mit der hyperprosektischen Haltung der Kranken zusammenhängen dürfte, die häufig auch eine anfangs gelungene Hypnose endgültig unterbricht. In Bezug auf die Abstufung der Hypnosefähigkeit während des Krankheitsverlaufes läßt sich bemerken, daß dieselbe während der akuten deliranten Phase im Steigen begriffen ist, in der ersten Zeit nach Ablauf der lethargischen Phase — bei Deliranten nach Beendigung des kritischen Schlafes — noch etwas erhöht ist, um schließlich wieder zur individuellen Norm herabzusinken. Ob das Ansteigen der Hypnosefähigkeit während der deliranten Phase mit einer Art Gewöhnung an die ja täglich vorgenommenen Hypnosen zu erklären ist, oder ob hier noch andere Gründe eine Rolle spielen, wird später zu erörtern sein. Als auffälliges Moment muß es bezeichnet werden, daß die Hypnosefähigkeit während der deliranten Phase gegenüber der im Normalzustand deutlich erhöht ist, und zwar kommt dies weniger in Bezug auf die Suggestibilität als vielmehr in Bezug die Tiefe des erreichten hypnotischen Schlafzustandes zum Ausdruck. Fast alle Kranke, die nach Ablauf der Psychose hypnotisiert wurden, gerieten in oberflächlichen hypnotischen Schlaf, und es trat charakteristischerweise beim Erwachen eine Amnesierung des in der Hypnose Erlebten, was bei den während der Psychose vorgenommenen tiefen Hypnosen beinahe die Regel ist, nicht auf. Ein Unterschied gegenüber den Hypnosen im Normalzustand wäre darin zu erblicken, daß diese in Bezug auf ihre Dauer in der Regel vom Belieben des Hypnotiseurs abhängt,

während den in der Psychose gemachten Hypnosen nur eine zeitlich enger oder weiter begrenzte (es wurden hypnotische Schlafzustände in der Dauer weniger Minuten und solche von 6—8 Stunden beobachtet), jedenfalls nicht mehr vom Belieben des Hypnotiseurs, sondern von organischen Faktoren abhängige Dauer zukommt. Was nun die Unterschiede der beiden Arten des Krankenmaterials in Bezug auf Hypnosefähigkeit anlangt, so liegt die größere Hypnosefähigkeit auf Seite der Encephaliker, bei Deliranten können im allgemeinen meist nur kürzere hypnotische Schlafzustände erzielt werden, die, wenigstens im Anfang des Delirs, nicht die außerordentliche Tiefe der Encephalithypnosen zeigen.

Wir kommen nun auf die besondere Art der Hypnose an dem beobachteten psychotischen Materiale zu sprechen. Man hätte sich da zunächst, ausgehend von dem schon erwähnten organischen Grundcharakter des ganzen Phänomens, die Frage vorzulegen, ob man überhaupt berechtigt ist, diese durch Suggestion hervorgerufene, das Krankheitsbild plötzlich unterbrechende Art der Schlafreaktion als Hypnose zu bezeichnen. Es liegt vorläufig kein Grund vor, diese Frage zu verneinen. Denn es wird ja der Schlafzustand — noch dazu bei vorher andauernd schlaflosen Kranken — einzig und allein durch den Schlafbefehl des Hypnotiseurs eingeleitet, und es behält der entstandene Schlafzustand auch weiterhin alle Charakteristica der Hypnose bei, ja die Suggestibilität ist sogar für bestimmte Sinnesgebiete, wie gleich zu besprechen sein wird, als eine außerordentlich hohe zu bezeichnen. Immerhin konnte schon im vorhergehenden ein Unterschied gegenüber der Normalhypnose in bezug auf die Dauer der Hypnose festgelegt werden, ganz allgemein kann aber zur Charakteristik folgendes gesagt werden: *Bei den an unserem Krankenmateriale auszulösenden, unzweifelhaft als Hypnosen zu bezeichnenden Schlafreaktionen tritt, besonders bei längerer Dauer, eine Umwandlung in der Weise auf, daß, bei gleichzeitiger Lockerung der Bindung des Hypnotisierten an den Hypnotiseur, die Schlafkomponente in den Vordergrund tritt; aus dem hypnotischen Schlafzustand wird eine „Schlafhypnose“, aus der sich dann in manchen Fällen unter gänzlicher Aufgabe der hypnotischen Beziehung auch der natürliche Schlaf entwickeln kann.*

Nun zu dem wichtigsten Punkte unserer bei der Hypnose gemachten Erfahrungen, daß es nämlich in allen Fällen während der Hypnose, meist schon nach ganz kurzer Dauer, gelingt, das bestehende Übermaß an Motilität, die motorische Unruhe fast völlig zu beseitigen und die Kranken ruhig zu stellen. Es erscheint diese Tatsache weniger auffällig für die Fälle von Delirium tremens, bei denen die Bewegungsunruhe als Ausdruck der trivialen Situationsverkenntung, der Halluzinationen, als psychomotorische Unruhe im *Kraepelinschen* Sinne, die ja auch gelegentlich einmal auf anderem psychischen Wege als

dem der Hypnose vorübergehend beeinflußt werden kann, aufgefaßt wird; obwohl bemerkt werden muß, daß eine feinere, vom neurologischen Standpunkte ins Detail gehende Analyse des „Bewegungsgesamt“ (*Homburger*) der Deliranten, die den möglicherweise vorhandenen, neurologisch und hirnanatomisch faßbaren, also nicht psychischen Anteil dieses so eigentümlichen Bewegungsbildes — es sei an die Tremores, die mitunter deutlich zu beobachtende Störung der Diadochokinese, die Parakinesien der Deliranten erinnert — abzutrennen vermöchte, derzeit noch aussteht. Anders verhält sich die Sache bei der motorischen Unruhe der akuten hyperkinetischen Encephalitis. Hier haben wir ganz bestimmte, neurologisch wohl charakterisierte, vorwiegend ins Corpus striatum und die angrenzenden Kernsysteme zu lokalisierende Bewegungsstörungen wie choreiforme und klonische Zuckungen, Jaktationen usw. vor uns, die also zunächst mit der rein psychomotorischen Bewegungsstörung nichts zu tun haben, wiewohl gerade hier auch auf den eingangs unserer Erörterungen besprochenen Umstand verwiesen werden muß, wie häufig diese hyperkinetisch-encephalitische Bewegungsstörung in psychische Abläufe eingeschaltet und einbezogen erscheint. Jedenfalls hat sich aber bei den Hypnoseexperimenten herausgestellt, daß auch diese neurologisch faßbare Bewegungsstörung der akuten, hyperkinetischen Encephalitis durch Hypnose weitgehend einflußbar ist und daß sich somit die so auffällige Ruhigstellung der Kranken während der Hypnose nur als ein Einzelfall der immer wieder erwähnten, in ihren theoretischen Grundlagen besonders von *Schilder*<sup>2)</sup> herausgearbeiteten Zugänglichkeit des striopallidären Systemes von der psychischen Seite her repräsentiert. Es wäre nur noch hinzuzufügen, daß die hypnotische Beeinflußbarkeit der encephalitischen Hyperkinese nur bis zu einer gewissen Grenze geht: Die verschiedenen myoklonischen sowie die ruckartigen klonischen Zuckungen der Extremitäten, also auf niedrigerer Stufe stehende, wahrscheinlich spinal zu lokalisierende motorische Reizerscheinungen werden auch durch die Hypnose kaum wesentlich beeinflußt.

Bevor wir den Versuch unternehmen, auf die möglichen theoretischen Grundlagen der so eigentümlichen hypnotischen Reaktionen unseres Materiales näher einzugehen, seien aus der Fülle hier nicht aufzuarbeitender psychologischer Details, die die Beobachtungen boten, einige Fragen flüchtig berührt. Es hat sich nämlich, insbesondere für einige Fälle von Delirium tremens, übereinstimmend herausgestellt, daß in Tiefhypnose auch bei Kranken, die unmittelbar vor der Hypnose noch lebhaft optisch halluziniert hatten, die optische Suggestibilität fast völlig geschwunden war und die Kranken auf keine Weise, auch nicht unterstützt durch irgendwelche sensorische Reize, zum optischen Halluzinieren zu bringen waren. Dabei waren diese Kranken

auf anderen Sinnesgebieten gut suggestibel, sie nahmen Suggestionen in bezug auf Sensibilität ohne weiteres an, ihre außerordentliche Suggestibilität in bezug auf Motilität wurde ja schon erwähnt. Es betraf dieses Schwinden der Suggestibilität also isoliert die optische Sphäre, was bei der bekannten, überwiegend optisch orientierten Suggestibilität der Deliranten im Wachzustand besonders auffällig berühren mußte. Von den mitgeteilten Beobachtungen ist z. B. Fall 5 (Delir.), der unmittelbar vor der ersten Hypnose noch auf das lebhafteste spontan und suggestiv — auf einem leeren Blatt Papier — halluziniert hatte, in der Hypnose selbst nicht zum Halluzinieren zu bringen. Bei einigen dieser Kranken werden in der Hypnose die durch Bulbusdruck erzeugten entoptischen Sensationen zu Halluzinationen umgestaltet, andere wieder geben zwar an, die suggerierten Bilder zu sehen, doch scheint die sinnliche Lebhaftigkeit dieser suggerierten Halluzinationen zum Unterschied von denen während des Delirs und ganz in Analogie zu dem, was man bei Normalhypnosen in der Regel beobachtet, eine geringe zu sein. So gab einer dieser Pat. an, die suggerierten Halluzinationen nur wie durch einen Schleier zu sehen, die Haltung der meisten Pat. den Halluzinationen gegenüber ist eine leicht zögernde, wenig affektbetonte. Es sei dieses dem Wachzustand der Deliranten gegenüber so paradoxe Verhalten, dieser eigentümliche Antagonismus zwischen maximal gesteigerter Suggestibilität in bezug auf Motilität und gesunkener optischer Suggestibilität, der ja noch genauerer experimenteller Nachprüfung bedürfte, zunächst einmal als solcher verzeichnet — es fällt vorläufig schwer, eine befriedigende Erklärung hierfür zu finden. Vielleicht hätte man die Ursache der gesunkenen optischen Suggestibilität in dem schon erwähnten Schlafcharakter unserer Hypnosen zu suchen, vielleicht hätte man sich auch vorzustellen, daß das von vorneherein geringe verfügbare Quantum an Aufmerksamkeit, schon zu Beginn der Hypnose auf Schlaf und motorische Suggestionen gelenkt, sich nun nicht mehr mit der nötigen Intensität den suggerierten optischen Vorstellungen zuwenden könne, so daß Halluzinationen zwar vorhanden wären, ihnen infolge ihrer geringen Aufmerksamkeitsbesetzung aber nur schwache sinnliche Lebhaftigkeit zukäme. Diese Annahme würde zugleich an Anschauungen *Janets*<sup>13)</sup> anknüpfen, der den Bewußtseinszustand der Deliranten wiederholt mit den durch Hypnose bei Hysterie erzeugten Somnabulzuständen vergleicht und der immer wieder darauf verweist, daß bei den Somnabulzuständen sinnliche Wahrnehmungen und suggerierte Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten gegeben seien, daß aber infolge der eigentümlichen Bewußtseinseinnengung der Hypnotisierten, des „*retrécissement du champ de la conscience*“, dennoch die Suggestibilität vornehmlich nach einer Sinnesqualität hin orientiert sei

und die Möglichkeit zur Synthetisierung sämtlicher gegebener Sinnesindrücke zu einem einheitlichen Ganzen fehle. Ob die bei den Hypnosen Deliranter angetroffenen Verhältnisse im verringerten Maßstabe und mit gewissen Einschränkungen auch bei Normalhypnosen maßgebend sind und ob man auch hier „motorische“ und „optische“ Hypnosen oder besser gesagt, Hypnosen, deren Suggestibilität vorwiegend motorisch und solche, deren Suggestibilität vorwiegend optisch orientiert ist, zu unterscheiden habe und inwieweit hierbei individuelle Differenzen der Hypnotisierten eine Rolle spielen, könnte gleichfalls erst durch eingehende experimentell-psychologische Untersuchungen entschieden werden.

Ein gewisses psychologisches Interesse darf das Verhalten der Pat. nach abgelaufenem Delir beanspruchen, denen nachträglich in der Hypnose irgendeine, während des Delirs besonders häufig aufgetretene Halluzination optisch suggeriert wird. Es konnte in einigen Fällen übereinstimmend festgestellt werden, daß der Charakter der Hypnose dabei sogleich eine gewisse Änderung erfährt. Die Kranken, die die ihnen bisher erteilten optischen Suggestionen mit einer gewissen Passivität und ohne stärkere affektive Anteilnahme angenommen hatten, werden lebhaft, gestikulieren und geraten gar nicht selten in ausgesprochenen Angstaffekt. So wurde z. B. Fall 4 unserer Beobachtung, in dessen Delir die Gestalt eines Reiters mit einer Lanze besonders häufig wiederzukehren schien, diese Vorstellung in einer mehrere Tage nach Ablauf des Delirs vorgenommenen Hypnose optisch suggeriert. Der Pat. nahm diese Suggestion sofort lebhaft an, die bisher gezeigte passive Haltung wich einem ausgesprochenen Angstaffekt und einer deutlich an das Delir erinnernden psychomotorischen Unruhe. Von da ab war der Pat. auch suggestiv nur mehr im verminderten Maße zugänglich und phantasierte unter starker Unruhe, frei halluzinierend, eine lebhaft bewegte, schreckhafte, scheinbar mit Kriegsereignissen zusammenhängende Szene zu der einmal gegebenen Halluzination hinzu, wobei es erst nach einiger Mühe gelang, die halluzinierte Szene abubrechen und den Pat. aus der Hypnose zu erwecken. Nach der Hypnose gab der Pat., dessen Erinnerung an das abgelaufene Delir bisher eine sehr mangelhafte gewesen war, an, daß er sich nunmehr genau erinnere, dieselbe Szene im Delir durcherlebt zu haben, im übrigen könne er nicht angeben, was diese Szene für eine Bedeutung habe, während der Kriegszeit habe er jedenfalls nichts Ähnliches erlebt. Es scheint diese sowie andere, ähnlich verlaufene Beobachtungen darauf hinzuweisen, daß es möglich sei, in der Hypnose Teile der amnesierten Inhalte des alkoholischen Delirs wieder zur Erinnerung zu bringen. Das geschilderte eigentümliche Verhalten während des Halluzinierens macht den Eindruck, als wäre hier in der Hypnose unter dem Anstoße einer aus dem Delir stammenden, optisch wieder sugge-

rierten Halluzination der delirante Zustand selbst, wenigstens vorübergehend, wieder aktiviert worden\*).

Wir kehren nun zu der eingangs festgestellten gesteigerten Hypnosefähigkeit der Kranken des akuten encephalitischen und alkoholischen Delirs zurück. Anknüpfend an den schon wiederholt erwähnten Schlafcharakter der bei unseren Kranken erzielten Hypnosen, sei zunächst einmal erwähnt, daß beide Erkrankungen, Encephalitis wie Delirium tremens, ja mit höchst charakteristischen Störungen des Schlafes einhergehen. Der Encephalitiker ist während des hyperkinetisch-deliranten Stadiums andauernd schlaflos, es folgt dann das oft durch viele Wochen sich hinziehende lethargische Stadium, also das Stadium des fortgesetzten, nur vorübergehend unterbrochenen Schlafes. Aber auch der Delirant ist andauernd schlaflos, und der Übergang zum Normalzustand wird durch einen tiefen, kritisch einsetzenden, oft über 12 Stunden und länger dauernden Schlaf eingeleitet, auch während der folgenden Tage besteht noch häufig Somnolenz, Tagesschlaf und auffällig lange Dauer des Nachtschlafes. *Economo*<sup>7)</sup> hat bei der Encephalitis eine Läsion des Schlafzentrums angenommen, und den Ort der Störung in die Gegend der hinteren Wand des dritten Ventrikels und des an dieselbe anstoßenden Graues der Interpedunculargegend des Aquädukts und der Haube lokalisiert. Gerade bei der hyperkinetisch-lethargischen Encephalitis hat *Stern*<sup>14)</sup> in Übereinstimmung mit *Economo* darauf hinverwiesen, daß wir uns einen Großteil der Störungen nicht als pathologisch-anatomisch bestimmte und genau lokalisierbare Herderscheinungen, sondern als Ausdruck der toxisch-irritativen Allgemeinschädigung des Gehirnes aufzufassen haben. Auch das Delirium tremens wird seit *Wagner-Jauregg*<sup>15)</sup> als akute, durch alkohologene Gifte hervorgerufene Intoxikation aufgefaßt, und die Annahme liegt nahe, an eine toxische Mitbeteiligung des Schlafzentrums in einer ähnlichen, nur weniger ausgesprochenen Weise wie bei der Encephalitis auch beim Delirium tremens zu denken. *Schilder*<sup>2)</sup>, der in Übereinstimmung mit den meisten anderen Autoren, wie *Forel*<sup>16)</sup>, *Vogt*<sup>17)</sup>, *Flatau*<sup>18)</sup>, die Hypnose als identisch mit dem natürlichen Schläfe oder nur durch quantitative Differenzen von ihm unterschieden auffaßt, hat es als erster unternommen, die hauptsächlich aus der Encephalitisforschung gewonnenen Erfahrungen mit einer biologisch-psychologischen Auffassung der Hypnose in Einklang zu bringen und nimmt

---

\*) Auf Gedächtnisleistungen in der Hypnose in bezug auf im Wachzustande amnesiertes Material hat wiederholt *Schilder* hingewiesen (vgl. hierzu die in dieser Zeitschrift erscheinende Arbeit: Zur Lehre von den Amnesien usw.). *Schilder* konnte in der Hypnose nicht nur amnesierte epil. Dämmerzustände wieder aufhellen, sondern die Kranken erlebten in der Hypnose die epil. Dämmerzustände selbst mit allen Einzelheiten wieder durch.

eine direkte Einwirkung der hypnotischen Suggestion auf das in der Gegend der hinteren Wand des dritten Ventrikels gelegene Schlafzentrums, als den wichtigsten Teil des zentralen Schlafapparates, an. Versuchen wir nun, diese Anschauung auf die von uns gemachten Beobachtungen zu übertragen, so müssen wir sagen, daß die sowohl für den encephalitischen Prozeß wie für das Delirium tremens anzunehmende Schädigung — ob rein toxischer oder entzündlich-infektiöser Art bleibt dabei irrelevant — des zentralen Schlafapparates, insbesondere des in der Nähe des Höhlengraues des dritten Ventrikels gelegenen Schlafzentrums, in unseren Fällen wahrscheinlich die Grundlage für eine erhöhte Schlafbereitschaft und damit auch für die erhöhte Hypnosefähigkeit abgegeben hat. Ohne uns auf die mutmaßlichen dynamischen Verhältnisse des Erregungsablaufes im Schlafzentrum (Reizung oder Lähmung) hier näher einzulassen, müssen wir noch bemerken, daß in unseren Fällen die hypnotische und Schlafwirkung sozusagen antezipiert wurde, d. h. daß sie zu einer Zeit erfolgte, wo die toxische Schädigung anderer Hirnabschnitte noch eine stärkere ist und in Form von Unruhe, Delirien, klonischen und choreatischen Zuckungen durchaus im Vordergrund des Zustandsbildes steht. Von dieser Annahme aus ist auch der Schlafcharakter unserer Hypnosen verständlicher und es erklärt sich dadurch nun auch, warum die Dauer unserer Schlafhypnosen im allgemeinen eine eng begrenzte und vom Belieben des Hypnotiseurs unabhängige ist. Die Wirkung der um diese Zeit noch stärkeren toxischen Irritation der dem Schlafzentrum benachbarten Hirnanteile, vor allem des Corpus striatum und des Cortex, kann eben nur vorübergehend unterdrückt und sozusagen auf ein Nebengeleise geleitet, aber begreiflicherweise nie völlig ausgeschaltet werden. In eigenartiger Weise ließ sich dabei an einigen unserer Fälle beobachten, wie die hypnotische Wirkung und das wiedereinsetzende Delir ineinander übergehen, einander überschneiden. Derartige Kranke liegen dann zwar noch schlafend da, es besteht aber dabei eine allmählich immer stärker werdende Körperunruhe, die Kranken murmeln vor sich hin und scheinen zu halluzinieren. Stern<sup>14)</sup> konnte derartige Zustände wiederholt an Encephalitikern (auch Delirante zeigen Ähnliches) beobachten und hat sie als Begleitdelirien bezeichnet.

Es zeigt sich also, daß ein so extrem von psychischen Faktoren abhängiges Phänomen wie die Hypnose durch eine toxische oder entzündlich-infektiöse Schädigung seines organischen Anteils, des ihm zugrunde liegenden Hirnapparates in weitgehender Weise beeinflußt, abgeändert und wie in unserem Falle sogar verstärkt werden kann. Man kann diese aus der organischen Schädigung des Schlafapparates hervorgegangene Verstärkung der Hypnosefähigkeit ohne weiteres der schon viel länger bekannten und studierten pharmakologischen

Beeinflussung des Schlafapparates durch Schlafmittel und der dadurch erzielten Vertiefung des hypnotischen Schlafes, also der sogenannten „Schlafmittelhypnose“ zur Seite stellen. Es sind die sogenannten hypnosigenen Mittel, vor allem Äther und Chloroform, zur Vertiefung von Hypnose bei Personen, die schlecht oder gar nicht in hypnotischen Schlaf geraten, unmittelbar vor der Hypnose verabfolgt, schon seit langem in Gebrauch, und erst kürzlich hat *Kauffmann*<sup>19)</sup> wieder eingehender über die vertiefte Wirkung der Schlafmittelhypnose (mit Veronal oder Medinal) berichtet\*). Ebenso wie die toxische oder infektiöse setzt die pharmakologische Wirkung unmittelbar am Schlafapparat selbst an, und aus beiden Wirkungen geht jedesmal die Vertiefung des hypnotischen Schlafzustandes hervor.

*Zusammenfassung: Es konnten sowohl beim akuten encephalitischen sowie beim alkoholischen Delir in einem hohen Prozentsatz der Fälle Hypnosen von kürzerer und längerer Dauer (10 Minuten bis einige Stunden) erzeugt werden. Die Kranken zeigen während des Delirs meist gesteigerte Hypnosefähigkeit und erreichen oft tiefe Schlafzustände. Die Hypnosen weisen einen charakteristischen organischen Grundcharakter auf und müssen als Schlafhypnosen bezeichnet werden. Es gelingt in den Hypnosen, die deliranten Kranken motorisch völlig ruhig zu stellen, auch die encephalitische Hyperkinese sistiert während der Hypnose bis auf myoklonische Zuckungen vollständig. Die optische Suggestibilität ist in den Hypnosen auffälligerweise meist merklich herabgesetzt. Zur Erklärung der Hypnosefähigkeit während des Delirs wird eine toxische, respektive entzündlich-infektiöse Schädigung des zentralen Schlafapparates (Schlafzentrum) angenommen, und es wird diese Erscheinung zu den Schlafmittelhypnosen in Parallele gestellt.*

#### Literaturverzeichnis.

- <sup>1)</sup> *Dimitz und Schilder*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **68**. 21. — <sup>2)</sup> *Schilder*: Hypnose. Berlin Med. Klinik Nr. 18. 1923.; Medizinische Psychologie. Berlin 1924. — <sup>3)</sup> *Stertz*: Ref. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **21**. 1920. — <sup>4)</sup> *Stertz und Hußler*: Münch. med. Wochenschr. 1920. Nr. 16. — <sup>5)</sup> *Hans W. Maier*: Schweiz. med. Wochenschr. 1920. Nr. 12. — <sup>6)</sup> *Runge*: Neurol. Zentralbl. 1920. Nr. 22. Ref. — <sup>7)</sup> *Economo*: Jahrbuch f. Psychoanalyse. **38**. 1917; Wien. med. Wochenschr. 1923. — <sup>8)</sup> *Kleist*: Untersuchungen zur Kenntnis usw. Leipzig 1908/09; Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **52**. 1922. — <sup>9)</sup> *Spät*: Wien. klin. Wochenschr. 1920. Nr. 33. — <sup>10)</sup> *Bonse*: Internat. Alk.-Kongr.-Bericht. Wien 1901. — <sup>11)</sup> *Voisin*: Emploi de la suggestion etc. Paris 1897. — <sup>12)</sup> *Bonhoeffer*: Habil.-Schr. Breslau 1897. — <sup>13)</sup> *Janet*: L'automatisme psychologique. Paris 1913. — <sup>14)</sup> *Stern*: Die epidemische Encephalitis, Berlin 1922. — <sup>15)</sup> *Wagner-Jauregg*: Wien. klin. Wochenschr. 1901. Nr. 15. — <sup>16)</sup> *Vogt, O.*: Zeitsch. f. Hypnotismus **3/4**. 1895/96. — <sup>17)</sup> *Forel*: Suggestion und Hypnose. — <sup>18)</sup> *Flatau*: Psychotherapie u. Hypnotismus. Berlin 1918. — <sup>20)</sup> *Kauffmann*: Suggestion und Hypnose. Berlin 1920.

\*) Über einige Wirkungen der Schlafmittelhypnose, insbesondere in therapeutischer Hinsicht (Tiebehandlung), soll an anderer Stelle die Rede sein.