

(Aus der Universitäts-Nervenlinik der Charité, Berlin  
[Direktor: Prof. Dr. *Max de Crinis*].)

## Pseudohalluzinationen bei organischen Krankheiten.

Von  
**Wolfram Kurth.**

(Eingegangen am 12. Juni 1940.)

In der Psychiatrie werden als Sinnestäuschungen herkömmlich drei bestimmte Arten unterschieden: Illusionen, Halluzinationen und Pseudohalluzinationen. Im Rahmen dieser Arbeit stehen die Pseudohalluzinationen im Vordergrund der Erörterung. Vielen Gesunden sind solche Erscheinungen geläufig. Nach Überanstrengung, Ermüdung, stundenlangem Mikroskopieren oder Bernsteinsuchen am Strande (*Bonhoeffer*) sind sie dann am Abend zu beobachten. Klassische Beispiele für Pseudohalluzinationen sind die von *Johannes Müller* und *Kandinsky*. Ihr Auftreten ist an die Willkür nicht gebunden. Im Zusammenhang mit den eigentlichen Pseudohalluzinationen stehen die sog. hypnagogen, sie setzen ein gewisses Maß von Bewußtseinstörung voraus und stellen sich häufig aus dem Schläfe heraus plötzlich ein, gelegentlich im Anschluß an wirklich gehörte Geräusche, welche die Nacht und die dabei auftretende physiologische Erwartungsangst ja so zu verzerren und zu vergrößern pflegt.

Nicht immer war die Unterscheidung in die drei verschiedenen Untergruppen so eindeutig. *Krafft-Ebing* bemerkt in seinem 1890 erschienenen Lehrbuche die gelegentliche Schwierigkeit der Unterscheidung. Auch er führt gerade die Traumsituation an. Traumgebilde werden gelegentlich in die reale Welt hineingetragen, als ob sie wirklich erlebt waren. Ein Mangel an Kritik sei notwendig, um dann zur Annahme zu kommen, daß die Erscheinungen Realitätscharakter besitzen können. Dieser Mangel finde sich bei psychischen Schwächezuständen. *Krafft-Ebing* jedoch weist auch schon auf ein später entscheidend wichtiges Unterscheidungsmerkmal der Pseudohalluzination gegenüber der eigentlichen Halluzination hin, auf die *Unbestimmtheit* der Angaben der Kranken. Der Kranke ist im Zweifel, ob es wirklich mit der erlebten Erscheinung seine Richtigkeit hat, ob sie wirklich real ist.

Auch *Bleuler* spricht noch in seinem Lehrbuch im Zusammenhang mit den Pseudohalluzinationen von *Kandinsky* von „Abstufungen durch alle Halluzinationen“, die als solche erkannt, aber doch mit sinnlicher Deutlichkeit wahrgenommen werden und diejenigen, von denen der Kranke nicht sagen kann, ob sie Visionen oder lebhaftere Vorstellungen,

Stimmen oder „eingegebene“ Gedanken seien (psychische Halluzinationen), bis zu den gewöhnlichen Gedanken und Vorstellungen“. *Bleuler* macht die Beobachtung, daß derartige Pseudohalluzinationen, deren Krankhaftigkeit trotz Schärfe der Trugwahrnehmung erkannt wird, „noch am ehesten“ beim Gesichtssinn vorkämen.

*Kahn* meint kurz in seiner Abhandlung der Schizophrenie im Handbuch der Erbkrankheiten 1940, daß neben den eigentlichen Trugwahrnehmungen die sog. Pseudohalluzinationen festzustellen seien; sie entspringen aus gewissen Vorstellungen und stellen „illusionäre Umdeutungen wirklicher Wahrnehmungen“ dar. Zwischen diesen großen Gruppen scheinen alle erdenklichen Übergänge möglich zu sein“. Um die dennoch vorhandene prinzipielle Unterscheidung zwischen Halluzination und Pseudohalluzination hat sich vor allem *Jaspers* bemüht, wie es auch *Mayer-Groß* zum Ausdruck bringt. Er zitiert dabei einen Ausspruch von *Jaspers*, aus dem die Schwierigkeit, welche der Fragekomplex der Pseudohalluzinationen darstellt, hervorgeht. *Jaspers* sagt: „Diese Dinge sind ja nicht einfach zu ‚lernen‘, sondern es bleibt ein Rest von Gefühl für die Unterschiede, das durch Schilderungen lebendiger, aber nicht mehr klarer wird.“

*Jaspers* also hat als erster völlig übersichtlich exakt analysierend die Unterschiede zwischen Trugwahrnehmung (Halluzination) und Trugvorstellung (Pseudohalluzination) herausgearbeitet. Er sagt selbst dazu, daß man mit den Halluzinationen lange Zeit eine Klasse von Phänomenen verwechselt habe, die sich bei näherer Untersuchung nicht als leibhaftige Wahrnehmungen, sondern als eine ganz besondere, merkwürdige Art von Vorstellungen erweisen. *Jaspers* geht ganz allgemein von den Unterschieden von Wahrnehmung und Vorstellung überhaupt aus, die gleichzeitig auch den Schlüssel für die Unterscheidungsmöglichkeit von Trugwahrnehmung und Trugvorstellung geben: „Wahrnehmungen sind leibhaftig (besitzen Objektivitätscharakter), sie erscheinen im äußeren objektiven Raum, Vorstellungen sind bildhaftig (besitzen Subjektivitätscharakter), sie erscheinen im engeren subjektiven Vorstellungsraum“. So auch entbehren nun die Pseudohalluzinationen der Leibhaftigkeit und erscheinen „im inneren subjektiven Raum“. Mit allen Details und Einzelheiten eines mit den Sinnen wahrnehmbaren Bildes stehen sie vor dem Bewußtsein. Sie zerfließen nicht gleich, sondern können konstant bestehen bleiben, bis sie schließlich verschwinden. Diese Bildhaftigkeit gestattet den Vergleich mit den eidetischen Nachbildern, besonders der Gruppe der T.-Typen. Ihnen stehen ja auch häufig Bilder vor Augen, drängen sich ihnen sozusagen auf, so daß die betreffenden Eidetiker darunter leiden können. Die Bilder können starrstabilen Charakter haben, sie können aber auch fließend sein; im letzteren Falle handelt es sich dann mehr um die Eidetiker vom B.-Typus. Schließlich gehören auch die vorwiegend optischen Sinnestäuschungen, wie sie

das sog. „zweite Gesicht“ vornehmlich in Niedersachsen und Westfalen bestimmten dafür prädestinierten Menschen vorzeichnet, in diesen Rahmen.

Zu den visuellen Pseudohalluzinationen gesellen sich die akustischen. *Jaspers* bezeichnet sie als „innere Stimmen“, auch werden sie „geistige Stimmen“ genannt. Bisher sind, wie *Jaspers* meint, Pseudohalluzinationen nur bei Gesicht und Gehör als innere Bilder und innere Stimmen festgestellt worden, sie dürften jedoch auch bei den übrigen Sinnen vorkommen. Ablenkung durch äußere Dinge kann die Pseudohalluzinationen zum Verschwinden bringen.

Die Bildhaftigkeit unterscheidet sich von der wirklichen Leibhaftigkeit auch in gewisser qualitativer Hinsicht. Das Bildhafte ist eben nicht so real, ist nur etwas ideelles im eigentlichen Wortsinne. Es ist deshalb auch den Schwankungen der Seele in bestimmtem Maße unterworfen. Mit dem Auftreten der Pseudohalluzinationen können zugleich an der Realität der Bilder Zweifel entstehen. Und die Bilder selbst verlieren dadurch an Realitätscharakter, obwohl sie vielleicht, als sie eben auftraten, ganz deutlich, so wie auch *Jaspers* es zeichnet, in allen Einzelheiten vor Augen standen. Die Patienten sagen selbst, es sei so, „als ob“ etwas erscheine. Sie sind sich selbst nicht endgültig im Klaren, sind unsicher. Darin liegt ein wesentlicher Unterschied gegenüber echten Halluzinationen. Auch *Grünbaum* findet als besonders wichtiges Kennzeichen derartiger, „Vorstellungen“ (= Pseudohalluzinationen) „eine positive Unbestimmtheit der räumlichen Charaktere“. Für ihn reduziert sich der Unterschied zwischen Wahrnehmung und Vorstellung überhaupt auf Unanschauliches. Diese Bemerkung ist bedeutungsvoll hinsichtlich des Falles Willi T., der anschließend erörtert werden soll.

*Mayer-Groß* weist in Verbindung mit der „Unbestimmtheit der räumlichen Charaktere“ auf den Meskalinvergifteten hin, bei dem auch „höchst eigenartige paradoxe räumliche Eigenschaften“ auftreten, die ähnlich vielleicht nur beim Einschlafen zu beobachten sind“. Es sei kein Zufall, meint *Mayer-Groß* weiter, daß *Grünbaum* seine „Vorstellung“ in einem Zustand starker Ermüdung und Langeweile, des Halbschlafes erlebt, daß er erst wieder wahrnimmt, als er „voll wach“ sei.

Auch *Jaspers* hält die Schlafsituation oder vielmehr die Zeit vor dem Einschlafen oder im leichten Halbschlaf für prädisponiert zum Auftreten der Pseudohalluzinationen. Er sagt dazu: „Nachdem in stetiger Zunahme der Müdigkeit das Stadium der Somnolenz sich entwickelt hat, erfolgt plötzlich, fast insultartig, der Übergang zum Stadium der Dissoziation. Diese plötzlichen Verdunklungen zum Schlaf können sich mehrmals wiederholen, indem immer wieder ein geringes Erwachen zur Somnolenz hin und damit ein Schwanken des Bewußtseins zwischen Schlaf

und Wachen eintritt. In dieser Zeit treten vielfach pseudohalluzinatorische und zuweilen auch leibhaftige Sinnesphänomene auf (hypnagoge Halluzinationen). Visionen tauchen plötzlich auf und verschwinden ebenso schnell, abgerissene Worte und Sätze werden gehört, oder es werden pseudohalluzinatorische szenenartige Zusammenhänge erlebt, die vom Traum nicht mehr zu trennen sind und in ihn übergehen“. Diese letzten Bemerkungen treffen auch auf den Fall Willi T. zu.

Endlich sei, ehe in die kasuistische Erörterung eingegangen werde, noch eine abschließende Bemerkung zu der Bedeutung, die dem affektiven Verhalten im Zusammenhang mit den Pseudohalluzinationen zukommt, hinzugefügt. Es scheint so, als ob das Auftreten von Pseudohalluzinationen nicht nur von dem Ermüdungszustand, sondern auch gerade vom Affekt maßgeblich abhängig ist. Das trifft sowohl auf den Fall Willi T. zu, hat aber auch in anderen Fällen Gültigkeit, in denen es sich nicht um das Vorliegen von symptomatischen oder eigentlichen Psychosen handelt. Pseudohalluzinationen kann, wie eingangs erwähnt wurde, auch der Gesunde, nicht-psychotisch Veränderte haben. So sei hierzu bei der Frage nach der Beteiligung des Affektes kurz von einem Patienten mit einer Neurose berichtet, bei dem in Verbindung mit einem eindrucksvoll erschütternden Spätkindheitserlebnis durch die Gegenwart des Vaters, der vor Jahren verstarb, dieser dem Patienten plötzlich eines Abends in der Dämmerung, als ob er leibhaftig wäre, erschien, als der Patient im Begriff war, eine früher vom Vater streng verbotene Handlung begehen zu wollen. Dem Patienten kam diese Erscheinung wie ein Bild vor und er berichtete auch, daß das Bild allmählich in nichts zerfloß, je mehr er über das Unwahrscheinliche der Erscheinung nachdachte. Der Affekt war hier auch maßgeblich bei dem Zustandekommen der Gestaltung dieser Pseudohalluzination beteiligt.

Bei den nun anzuführenden Krankheitsbildern handelt es sich um Patienten mit organischem Nervenleiden. Der eine leidet an den Folgen einer Kriegsverletzung des Weltkrieges, wobei er ein Auge verlor und eine Facialisparese und eine Innenohrschwerhörigkeit zurückbehielt. Bei dem anderen Patienten liegt eine symptomatische Epilepsie vor, die sich als Folge einer Hirngeschwulst (Cyste) einstellte. Bei beiden traten Pseudohalluzinationen auf.

Fall Willi T., geb. 6. 11. 1889. Aus den uns anlässlich einer Begutachtung für das Versorgungsamt übersandten Akten entnehmen wir zur Vorgeschichte Folgendes: Außer einer Verstauchung des Kniegelenkes im Jahre 1915 im Felde und eines Magenkatarrhs wurde T. im Oktober 1916 durch Granatsplitter an der linken Gesichtshälfte, Oberkiefer, Auge und rechten Oberarm verwundet. Die Reste des linken Augapfels wurden bis zum Sehnervstumpf entfernt. Eine Eröffnung der Schädelhöhle war nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Infolge der schweren Verletzung wurde das D.U.-Verfahren bei T. eingeleitet. Wegen narbiger Verwachsungen in der Nasengegend war im Jahre 1917 eine Durchtrennung dieser Verwachsungen notwendig. Die darauf noch nicht endgültig sistierende Eiterung aus

der Nase wurde auf einen Oberkieferhöhlen- bzw. Stirnhöhlenprozeß zurückgeführt. Wegen einer Oberarmverletzung wurde der Pat. damals ebenfalls in der hiesigen Nervenpoliklinik untersucht. Dabei wurde vorwiegend eine Ulnarisschädigung festgestellt mit Sensibilitätsstörung und Entartungsreaktion der von diesem Nerven versorgten Muskelgruppen. T. wurde 1919 seiner Verletzungsfolgen wegen  $66\frac{2}{3}\%$  Erwerbsminderung zuerkannt. Auf Grund von Besserung des allgemeinen Zustandes wurde die Rente im Jahre 1925 auf 30% herabgesetzt. Nach längerem Bemühen T.s wurde die Rente endgültig auf 50% festgesetzt. Der Titel des Anspruchsrentenleidens lautet: chronischer Stirnhöhlenkatarrh links, Verlust des linken Auges, Schwäche des linken Gesichtsnerven. T. arbeitete seit vielen Jahren als Postbote bis zum Jahre 1938. Anlässlich eines Gesuches um Kostenübernahme für eine Begleitperson bei Eisenbahnfahrten, weil T. an Schwindel und Ohnmachtsanfällen leide, wird bei der nervenfachärztlichen Untersuchung hervorgehoben, daß es sich bei den in Frage stehenden Anfällen entweder um psychogene oder um vasomotorische oder um cerebrale Reizerscheinungen handeln könne. Es sei wohl möglich, daß sie cerebral ausgelöst werden durch Reizvorgänge, die von dem ehemaligen Verwundungsgebiet herkommen. Objektiv wurde nur einmal von der vorgesetzten Behörde ein derartiger Ohnmachtsanfall beobachtet. Infolgedessen wurde, als T. über ein ganzes Jahr davon frei war, die Kostenübernahme für die Begleitperson anlässlich von Eisenbahnfahrten T.s wieder zurückgenommen. Über psychische Veränderungen enthalten die Rentenakten nichts Auffälliges.

Auch ein poliklinisches Krankenblatt der hiesigen Klinik, welches im Jahre 1917 angelegt wurde, bemerkt keine psychischen Veränderungen. Diese traten erst viel später auf. In der Poliklinik wird T. damals wegen Trigeminiäsläsion und der bereits erwähnten peripheren neurologischen Störungen untersucht. Ebenfalls ist er seit Jahren in Beobachtung der Hals-, Nasen und Ohrenklinik der Charité. Im Jahre 1938 wurde er wiederum in der hiesigen Poliklinik von der Hals-, Nasen- und Ohrenpoliklinik zur Mituntersuchung überwiesen, weil er über dauerndes Ohrensausen und Kopfschmerzen und Schwindel klagte. Der objektive neurologische Befund war gegenüber den früheren im wesentlichen nicht verändert. Es fanden sich eine leicht entrundete rechte Pupille bei prompten Reaktionen. Der linke Nervus frontalis erwies sich an der Austrittsstelle als druckempfindlich, es bestand eine Hypästhesie im Ausbreitungsgebiet. Geringe Schwäche des linken Mundfacialis. Der Facialis war schon 1917 elektrisch o. B. An den peripheren Nerven fand sich eine geringe Hypästhesie im Ulnarisgebiet. Die geklagten Kopfschmerzen wurden als vasomotorisch bedingt angesehen. Ein Zusammenhang mit der früheren Schußverletzung wurde für nicht wahrscheinlich gehalten.

In der hiesigen Klinik wurde T. am 18. 12. 39 aufgenommen. Im Vordergrund stehen jetzt schwere psychische Veränderungen. Er war bereits vorher im Jahre 1939 zweimal in einer Berliner Heilanstalt für mehrere Monate gewesen. Dort wurde die Diagnose: „Reaktive Depression auf psychopathischer Grundlage“ gestellt. Als Ursache des Krankheitsgeschehens wurde „Kriegspsychopathie“ angenommen. Aus der hier erhobenen Vorgeschichte ist außer dem bisher aus den Akten bereits Angeführten bemerkenswert: Seit Kriegsende klagt er dauernd über Kopfschmerzen, dauernd leide er unter Eiterabsonderungen aus der linken Augenhöhle. 1933 hatte er einen Nervenzusammenbruch als Postangestellter erlitten und sei dabei bewußtlos gewesen. In den folgenden Jahren habe er über die gleichen Beschwerden geklagt, habe in jedem Jahr längere Zeit mit der Arbeit aussetzen müssen. Der Gang sei zeitweilig taumelnd gewesen, das Sehen auf dem noch verbliebenen rechten Auge sei auch nicht mehr so gut wie früher. Der Schlaf sei schlecht gewesen. Geschlechtskrank sei er niemals gewesen, er sei seit dem Jahre 1918 verheiratet. Zwei Kinder leben. Der Nervenarzt, den er aufgesucht hatte, hatte ihn in die Heilanstalt eingewiesen. Dort Klagen, „als ob lauter Spatzen unter dem

Kopf schwirrten“. An der linken Schädelseite habe er das Gefühl, als ob alles „verkleistert“ sei. Rechts sei es, „als ob Wasser im Schädel fließe, links dauerndes Sausen, nach dem Essen drehe sich alles im Kopf, es flimmere ihm vor den Augen, er sehe Sterne“. Bei der körperlichen Untersuchung war besonders das starke Schwanken beim Gang und beim Stehen mit geschlossenen Augen auffällig. In psychischer Hinsicht stand eine depressive Note im Vordergrund des Verhaltens, gelegentlich zeigte er sich etwas verstört und verwirrt. Zuerst konnte der Eindruck, daß er irgendwelche Sinnestäuschungen hatte, nicht gewonnen werden. Im Verlaufe seines Aufenthaltes jedoch warf er sich eines Tages auf den Boden, „man solle ihn doch töten“. Er drohte den Zimmergenossen, ihnen an den Hals zu springen und die Kehle umzudrehen. Anscheinend hatte er durch auftretende Sinnestäuschungen seine Umgebung verkannt. Später beruhigte er sich, so daß er entlassen werden konnte. Nach einigen Wochen mußte er bereits wieder eingeliefert werden. Diagnose: „Akute Psychose mit Tobsuchtsanfällen“. Da er sich und andere durch Suicidversuche gefährdete, wurde er in die geschlossene Abteilung gebracht. Angstvorstellungen beherrschten jetzt auch wieder das Bild, er wolle, „nicht in den Bunker“. Seine Frau berichtete, daß er zu Hause auch dauernd „simuliert“ (d. h. wirr durcheinandergesprochen) habe und unberechenbar getobt habe. In der Anstalt war er gedrückt, ängstlich, depressiv, zeitlich und örtlich orientiert, arbeitete etwas in der Küche, verhielt sich im Verlaufe seines Aufenthaltes auf der Station ruhig und unauffällig. Er bewährte sich auch anläßlich eines kurzen mehrstündigen Probeurlaubs. „Er habe in letzter Zeit immer eine Stimme gehört, dadurch sei er so unruhig geworden“. Klagen über Ohrensausen. T. wurde nach einigen Monaten entlassen. Abschlußdiagnose: „Reaktive Depression und Verwirrheitszustände bei Kriegspsychopathie“.

Anläßlich der Aufnahme in die hiesige Klinik war zu ermitteln, daß T. als Kind Veitstanz gehabt habe. Seine Familie sei gesund. Die jetzt im Vordergrund des Leidens stehenden Beschwerden berichtet die Ehefrau des Pat.: Seit  $2\frac{1}{2}$  Jahren habe sich ein „Rauschen“ im Kopf eingestellt, das habe ihn immer mehr belästigt und sei mit der Zeit unerträglich geworden. Ihr Mann habe immer die Empfindung gehabt, als ob ein Wasserhahn lief, er bat darum, den doch abzustellen, obgleich gar kein Hahn im Zimmer war. Auch schien es ihm, als ob dauernd „Vögel piepsend seinen Kopf umfliegen“. Seit dem Herbst 1938 könne er seinen Beruf nicht mehr ausüben. Er äußerte immer häufiger seine allmählich mehr und mehr zunehmenden und ihn belästigenden Sinnestäuschungen: Die Elektrizität müsse aus der Leitung herausgenommen werden, er hatte das Gefühl, als ob Blitze um seinen Kopf herumsausen. Allmählich wurde er immer apathischer, nahm wenig Notiz von seiner Umgebung, habe viel geschlafen oder habe dauernd schlafen wollen. Er habe schließlich in die Anstalt eingeliefert werden müssen. Nach seiner Entlassung unternahm er einen Suicidversuch und bedrohte die Ehefrau tätlich; sie veranlaßte die erneute Einlieferung. Während ihr Mann früher viel Interesse an der Umgebung, Politik, Theater, Konzert hatte, sei er jetzt ganz in sich versunken, man könne ihn als stumpf bezeichnen. Die Ehefrau hat den Eindruck, als ob ihr Mann sich verfolgt fühle. Das innere Verhältnis zu ihr, insbesondere auch das eheliche, sei seit Monaten gestört. Am Tage seiner Einlieferung in die hiesige Klinik versuchte der Pat. noch einmal, seine Frau zu erstechen und das Haus anzuzünden. Der einweisende Arzt stellte die Diagnose: manisch-depressives Irresein.

Der körperliche Befund in der hiesigen Klinik weicht nicht weiter von den früher erhobenen ab. Internistisch fand sich nichts Krankhaftes. Die Ohrenpoliklinik stellte auch heute, wie damals schon, eine Innenohrschwerhörigkeit beiderseits fest.

Die serologischen Untersuchungen von Blut und Liquor ergaben außer seiner mäßigen Goldsol- und Normomastixzacke nichts Wesentliches. Die Röntgen-schädelübersicht ergab keinen Anhaltspunkt für eine Verletzung der Schädelkapsel.

Die an und für sich unvollkommene Luftfüllung bei der Encephalographie ergab geringe Ventrikelerweiterung auf der linken Seite und außerdem eine geringgradige Verbreiterung der Subarachnoidalspalten in der Stirnregion.

In psychischer Hinsicht war folgendes zu beobachten: T. ist örtlich, zeitlich und über seine Person völlig orientiert. Sein Spontanverhalten ist wechselnd. Gelegentlich ist er innerlich recht unruhig, ängstlich, an anderen Tagen wieder ausgeglichen, freundlich, ruhig. Er verfolgt im allgemeinen, wenn er nicht stundenlang apathisch in sich versunken ist, die Vorgänge seiner Umgebung, beteiligt sich an der Unterhaltung, soweit er das akustisch versteht, ist Fragen zugänglich, gibt sich auch Mühe bei der Assoziationsprüfung, obwohl diese wegen der bestehenden Schwerhörigkeit nur unvollkommen durchzuführen ist.

In seinem Denkablauf erschien er etwas umständlich, die Verständigung war jedoch auch häufig wegen der Schwerhörigkeit mit ihm erschwert. Koordinationsstörungen und Inkohärenzen liegen nicht vor, jedoch wird der Denkinhalt durch das „Sausen im Kopf“, das „Rauschen“, das „Rufen im Kopf“, die „Elektrizität“ mitunter gestört.

Das Gedächtnis, das Schulwissen, die Merkfähigkeit und die Intelligenz erweisen sich als im Wesentlichen ungestört. Störungen der Willenssphäre waren ebenfalls nicht zu beobachten, es sei denn, daß der Pat. mitunter von den inneren Stimmen recht gequält wurde, so daß er sich seiner schlechten depressiven Stimmung hilflos hingab, weinte, oder stumpf herumvegetierte. Wenn es gelang, den Kranken abzulenken, dann war es möglich, ihn aus seiner trüben Stimmung herauszureißen. Er läßt dann auch sein häufiges Lamentieren und Wehklagen sein. Sich selbst überlassen sinkt er wieder in die ihn beherrschenden Wahnvorstellungen hinein, und sein Affekt wird weitgehend davon beherrscht. Er ist der Situation oder auch der vermeintlichen vom Pat. erlebten Situation angepaßt und immer adäquat.

Im Vordergrund der psychischen Störungen stehen jetzt vorwiegend die Trugvorstellungen, also die Pseudohalluzinationen, gelegentlich auch die Trugwahrnehmungen, die Halluzinationen. Mitstenographierte Explorationen geben die Erlebnisse des Kranken wieder:

„Heute Nacht war so ein großer Krawall... Es sind heute Nacht Bilder vor den Augen erschienen, da ist heute Nacht eine Dame erschienen — ein gewisser Herr Oberarzt (Was war denn los?) „Daß da Dummheiten gemacht werden zwischen den beiden... das hieß, Herr Oberart... das kam mich entgegen... da waren zwei Betten und die beiden lagen zusammen.“ (Haben Sie das gesehen?) „Die Bilder wurden mir entgegengeschrieben... das kam so im Schlaf. Vorher bekam ich einen Ruck am Bett, da wurde ich wach, da war ich halb wach und da kamen die Bilder... ein Pfleger hat an mein Bett gestoßen.“ (Ich war aber nachts nicht hier?) „Nein, in der Privatwohnung.“ (Und wer war die Frau?) „Meine!“ — er lacht bei dem Gefragten. Derartige Phänomene beobachtete der Kranke auch schon früher nach Angaben der Ehefrau. „Das ist gerade, als ob etwas reindringt und rausspringt... Zu Hause soll irgendeine Gefahr schweben in meiner Behausung, habe ich erfahren... Ich glaube ja daran nicht, ich weiß allein nicht, wie das kommt, daß da irgend etwas... (was denn?)... daß irgend etwas in die Ohren schreit und dann kommt als ob. Ist mir schon Diebstahl aufgebürgt worden.“ (Wer hat das gesagt?) „Das möchte ich ja gerne wissen, entweder ist das hier aus dem Saal oder aus einem... (meinen Sie das wirklich?) Wenn ich das wüßte, ich merke wohl, daß immer einer im Fenster steht und reingeht und am Fenster immer irgend etwas spricht oder wird eingefangen.“ — „Es dringt eine Stimme rein und kommt dann wieder raus. Es kommt manchmal vor, daß man mir sagt, ich wäre nicht der richtige. Ich war schon mal weg, in Weißensee und da gucke ich immer nach oben und da wars, als ob man verfolgt wird, gegriffen

wird.“ (Jetzt auch?) „Jetzt rauschts, jetzt klopfts im Kopf, als ob jemand auf den Kopf schlagen tut.“ (Kommt Ihnen das richtig vor, mit den Zurufen?) „Das drückt mich hier (klopft auf seine Brust) und dann kommt was von innen hoch“. (Überwiegende Krankheitseinsicht bei leisem Zweifel). — Zu seinen Erscheinungen befragt: „Das war so vor mir, ging an mir vorbei; das andere war ein Bild. Verschiedene Bilder sind schon vor'm Auge gekommen“. (Ist das in Wirklichkeit so?) „Nein, ein Bild“. (Wie im Kinofilm?) „Ja.“ — „Diese Nacht war wieder Herr Oberarzt zu sehen. Es war von weitem. Es kam von weitem so, als ob auf einmal ein Schein vor'm Auge war, an der Decke. Plötzlich war ich dann wach.“ (Haben Sie mein Gesicht gesehen?) „Direkt so ganz vollständig, langsam vorbeigegangen. Das war im Halbschlaf und einmal hörte ich meinen Namen rufen und da wurde ich wach, und da war auf einmal das Bild vor Augen. Dann wachte ich auf und mußte dann austreten. Und von weitem war gerade, als ob ich meine Frau hörte und es war auch gerade, als ob jemand den Gang lang läuft. Das Bild war ganz weit“. (Wielange sahen Sie es?) „Zwei bis drei Minuten“. „Gleichzeitig hatte ich eine Unruhe im Körper, als ob mir jemand einen Stuk gibt, daß ich wach wurde; sonst waren die Bilder dicht vorm Auge, da konnte ich ganz genau sehen.“

Während seines Aufenthaltes wechselte das Verhalten. Teilweise lag der Kranke teilnahmslos, schläfrig im Bett, meistens Vormittags, stand gegen Mittag auf und beteiligte sich dann mehr oder weniger an den Vorgängen seiner Umgebung. Gelegentlich aber war er von wahnhaften Erlebnissen und Personenverkennungen, unter denen er litt, doch recht gequält. So stürzte er sich anlässlich eines Besuches eines früheren Mitpatienten, der einige Zeit neben T. gelegen hatte, auf ihn in höchster Erregung und schrie: „Das ist ja der R., der hat immer behauptet, er sei mein Bruder und hat mich beschimpft.“ Er bedroht den Besucher, wies ihn aus dem Saale und schlug ihm schließlich mit der Faust ins Gesicht. Er bedurfte starker Sedativa, um ihn zu beruhigen.

Bei dem vorliegenden Krankheitsbild handelt es sich um einen Patienten, der, früher gesund, im Weltkrieg verwundet wurde, wobei er ein Auge verlor, eine Gesichtsnervenlähmung erlitt und Störungen im Bereiche des Trigeminus zurückbehielt. Außerdem resultierte auch eine Schwerhörigkeit und weitere Störungen von seiten des Hörapparates mit Ohrensausen, Schwindel. Encephalographisch bestehen leichte Anzeichen eines hirnatrophischen Prozesses.

Erst im Laufe der letzten Jahre entwickelte sich aus den vorwiegend otogen bedingten Störungen auch eine psychische, indem der Kranke aus dem störenden Summen und Rauschen allmählich Wörter herauszuhören glaubte, er hörte sich auch bei Namen gerufen. Auf Grund dieser Sensationen entwickelten sich mehr und mehr Beziehungsvorstellungen mit Mißtrauen, und daraus sich bildende Eifersuchtsgedanken, wie sie bei Schwerhörigen, die zum Teil an den Gesprächen der Umgebung nicht mehr teilnehmen können, nicht selten zu beobachten sind. Zu den akustischen Phänomenen gesellten sich seit einigen Jahren optische. Der Kranke sieht die verschiedensten Situationen bildhaft vor seinem geistigen Auge abrollen, es ist wie im Kino, jedoch entstehen weniger beim Sehen, als hinterher bei vollem Bewußtsein — denn oft treten die Trugvorstellungen auf im Halbschlaf kurz vor dem eigentlichen



Erwachen — Zweifel an der Realität, der Wahrhaftigkeit und Leibhaftigkeit der Phänomene. Es ist ihm so, „als ob“ er das alles erlebt. Dazu besteht in gewisser Hinsicht Krankheitseinsicht. Seiner Meinung nach können derartige Szenen, wie er sie vor Augen sieht, besonders die ihn zu Eifersucht anregende, zwischen dem behandelnden Arzt und seiner Frau, nicht wirklich sein. Besonders bemerkenswert erscheint die Tatsache, daß das Auftreten der Trugvorstellungen an Schwankungen des emotionalen Verhaltens gebunden sind, daß also dem Affekt auch in diesem Falle, wie bereits angeführt, eine entscheidende Rolle für das Zustandekommen der Pseudohalluzinationen zukommt. Es bestehen hier neben echten wahnhaften Verkennungen der Umgebung und neben sicherlich auch echten Halluzinationen mehrfache Pseudohalluzinationen auf dem Boden einer organischen traumatischen Hirnstörung.

Der zweite Kranke gestattet wegen der größeren Einförmigkeit der bei ihm auftretenden Pseudohalluzinationen eine kürzere Erörterung seines Krankheitsbildes. Es handelt sich um den am 9. 2. 1904 geborenen Malermeister Otto H. Im Jahre 1930 suchte der Kranke einmal auf Veranlassung seines ihn behandelnden Arztes die hiesige Poliklinik auf. Hier konnte anläßlich der körperlichen und insbesondere neurologischen Untersuchung ein krankhafter Befund bis auf eine unscharfe Begrenzung der rechten Papille nicht erhoben werden und die schon vom Arzte vorher gestellte Diagnose „genuine Epilepsie“ wurde bestätigt. Im Jahre 1939 wurde er wiederum von seinem Arzte der hiesigen Poliklinik überwiesen, da sich die „Stauungspapille rechts vergrößert“ habe. Die Untersuchung der hiesigen Augenklunik ergab eine Stauungspapille beiderseits und Blutungen. Außerdem wurde bei Blickrichtungen extremer Art ein horizontaler Nystagmus beobachtet.

Anläßlich der darauf erfolgenden Aufnahme in die hiesige Klinik konnte ermittelt werden, daß der Kranke keine typischen genuin-epileptischen Anfälle mit beginnendem Aufschrei usw. gehabt habe, sondern daß den Anfällen meist ein Stadium von Schwindel, Übelkeit vorangegangen sei. Gelegentlich kündigte sich auch der Anfall durch vorherige Parästhesien im linken Fuß an. Seit dem Jahre 1927 traten im Ganzen etwa 5 Anfälle pro Jahr auf. Auf seinen eigenen Antrag sei er durch Beschluß des Erbgesundheitsgerichtes im Jahre 1937 unfruchtbar gemacht worden. Seine drei Kinder seien bis jetzt ganz gesund und unauffällig. In späteren Jahren zeigten sich mehr Anfälle vom Jacksontyp, besonders im Gesicht und Kopf, die teilweise mit vollem Bewußtsein erlebt wurden.

Seit Herbst 1939 leide er an anfallsweisen Kopfschmerzen, innen in der rechten Gehirnhälfte scheinen sie zu beginnen und zögen dann durch den ganzen rechten Kopf. Oft lassen sie sich auch hinter das rechte Auge lokalisieren. Internistisch konnte anläßlich der klinischen Aufnahme im Jahre 1940 ein krankhafter Befund nicht erhoben werden. Neurologisch war außer den bereits erwähnten Augenhintergrundsveränderungen nur wenig zu beobachten: die Zunge weicht eine Spur nach links ab. Es finden sich an den Extremitäten leichte Reflexdifferenzen, keine spastischen Zeichen. Beim Gang mit geschlossenen Augen fand sich eine leichte Fallneigung nach links. Bei der serologischen Untersuchung des Liquors wurden Anzeichen für das Vorliegen einer Lues nicht gefunden, ebenso nicht im Blut. Es bestand jedoch eine Eiweißvermehrung von  $\frac{1}{3}$  (normal  $\frac{1}{6}$ ) pro Mille. Eine Luftfüllung gelang damals nicht. In psychischer Hinsicht bot er nichts wesentlich Auffälliges, insbesondere keine besondere epileptische Wesensveränderung. Der Kranke wurde auf seinen eigenen Wunsch entlassen.

Die erneute Aufnahme im April 1940 war notwendig. Anfälle traten weiter zu Hause ein, vor allem wurde im Januar das Sehen sehr viel schlechter, besonders auf dem linken Auge. Die Stauungspapille hat bei der Kontrolle durch die Augenklinik jetzt zugenommen bis auf 3 Dptr. rechts, links 2 Dptr. Der Visus erwies sich bei der Untersuchung als erheblich eingeschränkt, leichte Gesichtsfeldeinschränkung bestand außerdem. Die Liquorkontrolle ergab am 26. 4. 40 ebenfalls eine Verschlechterung des Befundes: Gesamteiweiß jetzt  $1\frac{1}{6}$  bzw. am 7. 5. 40  $3\frac{3}{4}$  pro Mille, tiefe Goldsol- und Normomastixkurve. Zellerhöhung auf 14:3 (vorher normal). In neurologischer Hinsicht keine wesentlichen Abweichungen gegenüber der Untersuchung im Januar. Die diesmal gelungene Encephalographie und noch mehr die darauffolgende Punktion der Cyste bestätigte die durch die klinische und anamnestiche Untersuchung gewonnene Annahme, daß es sich hier um eine cystische Geschwulst vorwiegend im Bereich des Parietalhirns handle.

In psychischer Hinsicht konnte durch die Exploration im Januar andeutungsweise, jetzt jedoch ausführlicher ein Phänomen herausgestellt werden, unter welchem der Kranke litt. Er selbst äußerte dazu Folgendes: „Ich dachte zuerst, daß ich eine Augenkrankheit hätte, daß ich neben mir eine Gestalt sähe, ich kann nicht sagen, Mann oder Frau, jedenfalls Lebewesen, und daß ich dadurch Furchtgefühl hatte, weil es ja nicht vorhanden war. Das Furchtgefühl steigerte sich dann, und ich hatte Angst, daß dadurch ein Anfall ausgelöst werden könnte. Das war früher auch schon so, daß z. B. durch Geräusche ein Anfall ausgelöst wurde.“ (Wie sah die Gestalt aus?) „Es waren nur Umrisse, ich konnte niemals was deutlich erkennen, wenn ich mich umdrehte, wars weg. Ich hatte immer das Empfinden, als ob jemand neben mir stand oder ging. Meistens kam die Gestalt von links, erschien links. Ganz nahe, in Armeslänge. Grau in Grau. Sobald ich ging, ging sie mit. Sonst stand sie still. Immer nur eine Gestalt.“ (Seit wann?) „Im vorigen Jahr, im Herbst (1939) zum ersten Male bis jetzt. An verschiedenen Tagen kam sie mehrfach, dann ist sie wieder ausgeblieben“ (Dauer der Einzelercheinung?) „Wenige Minuten. Wenn ich mich ablenkte, war es weg. Immer war es dasselbe Bild, immer schnell verschwunden. Wie gesagt, feste Gestalten habe ich nie sehen können, immer nur Umrisse, flatterhaft. Ein genaues Gesicht habe ich nicht wahrnehmen können. Ich hatte das Empfinden, als ob jemand neben mir geht, obwohl ich doch allein gegangen bin. Es war ganz bildhaft, aber durch den eigenen Willen habe ich das Furchtgefühl wegbringen können und damit die bildhafte Erscheinung. Durch die Ruhe hier und das Liegen ist es jetzt ganz weg“.

Auch hier handelt es sich um eine Pseudohalluzination. Sie tritt ganz singulär auf, nicht in Gemeinschaft mit anderen psychischen Störungen, von denen der Kranke völlig frei ist. Hier steht die Kritik an den bildhaften Erscheinungen noch mehr im Vordergrund, es melden sich nicht alleine Zweifel, sondern hier besteht vollste Einsicht dem Krankhaften, Unrealen gegenüber, was der Kranke zu erleben gezwungen ist, weil es sich ihm aufdrängt. Es läßt sich in diesem Falle bei den geschilderten Pseudohalluzinationen ebenfalls die Frage aufwerfen, wie weit es sich ähnlich, wie es bei den eigentlichen Trugvorstellungen des Kranken Willi T. vorausgehenden Akusmen den Anschein hatte, auch hier um Reaktionen auf Hirnreize handelt, die durch den erhöhten Hirndruck zur Auslösung kamen. Außerdem aber ist auch hier das Zustandekommen der Trugvorstellung mit erhöhter Erregbarkeit und Furcht verknüpft, also einer Affektbeteiligung im Sinne einer Störung, wie sie auch bei dem Kranken Willi T. zu beobachten war.

### Zusammenfassung.

Im Vorhergehenden wurden zwei Krankheitsberichte mitgeteilt. In dem einen Falle handelt es sich um einen Kranken mit einer symptomatischen Psychose nach Kopfverletzung (Verlust des linken Auges, Innenohrschwerhörigkeit und Facialisparese links) im Weltkriege unter wahrscheinlicher Beteiligung des Gehirnes. Im zweiten Falle liegt eine cystische Geschwulst im Bereiche des linken Parietalhirnes vor. Beide Kranke boten Pseudohalluzinationen, die sich charakteristisch von echten Halluzinationen unterscheiden lassen. Diese entwickelten sich wahrscheinlich im Zusammenhang mit cerebralen Reizen auf Grund der Destruktionen im Bereiche des Hirnes, außerdem kommt der Affektlage eine wesentliche Bedeutung für das Zustandekommen von Pseudohalluzinationen zu.

---

### Schriftennachweis.

*Bleuler*: Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Aufl. 1920. — *Grünbaum*: Z. Neur. **37** (1917). — *Jaspers*: Allgemeine Psychopathologie. 3. Aufl. 1933. — *Kandinsky*: Arch. f. Psychiatr. **11** (1881). — *Kahn*: Die Schizophrenie. Handbuch der Erbkrankheiten. 1940. — *Krafft-Ebing, v.*: Lehrbuch der Psychiatrie. 1890. — *Mayer-Groß*: Pathologie der Wahrnehmung. *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 1. 1928. — *Müller*: Über die phantastischen Gesichterscheinungen. 1826.

---