

Aus der Nervenabteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder
in Linz/Donau (Leiter: Dr. med. habil. H. LENZ)

Die Dissoziation der Schlafkomponenten beim Parkinsonsyndrom

(Ein Beitrag zur Psychopathologie des Parkinsonismus
und zum Glauben „tot zu sein“)

Von
HERMANN LENZ

(Eingegangen am 15. März 1956)

Ein aufmerksamer Selbstbeobachter kann bei sich — beliebig oft wiederholbar — folgendes Phänomen in variabler Form feststellen: Wenn man nicht allzu müde ist und der Schlafeintritt nicht sehr rasch erfolgt, spürt man plötzlich ein „Wurrln“ in allen Gliedern und schließlich im ganzen Körper aufsteigen, — der Kenner solcher Zustände weiß, daß der nun zu beschreibende Zustand eintritt. Es werden die Glieder und der ganze Körper sehr rasch schwer wie Eisen und sind unbeweglich. Auch die Lider kann man nicht mehr öffnen. Man hört ein Sausen, ein fernes Läuten oder auch gleichmäßig unterbrochene Geräusche, wie z. B. solche von Schritten im Nebenzimmer. Man kann auch ein Flimmern wahrnehmen und ähnlich primitive Sinnestäuschungen. In diesem Augenblick befällt den Selbstbeobachter eine unbestimmte Angst, die manchmal auch von Beklemmung auf der Brust begleitet wird. Die Sinnestäuschungen erhalten dementsprechende Bedeutung, z. B. „es sind Schritte eines Einbrechers im Nebenzimmer“. Obwohl man mit voller Erkenntnis für diesen Zustand in denselben hineingegangen ist, überwältigt offensichtlich jenes primäre Angsterlebnis jedes „Wissenwollen“. Man will sich von dem Zustand unter allen Umständen befreien, versucht die Beweglichkeit seiner Glieder wieder zu erlangen. Es gelingt dies auch meist sehr rasch und dann ist alle Angst und Sinnestäuschung vorbei.

Es ist wohl unzweifelhaft, daß man hier den Eintritt des Schlafes erlebt, wobei das Motorische abgeschaltet ist, das Bewußtsein aber noch da ist, bzw. eben im Begriffe ist, langsam zu erlöschen, ähnlich den Lampen am Beginn einer Theatervorstellung. Es ist der Zustand den hyponoischen Zuständen KRETSCHMERS verwandt, bzw. gehört ihnen an.

Dieses physiologische Einschlaferlebnis sehen wir beim Parkinson in vielfältiger Weise abgeändert wieder. ECONOMO hat bekanntlich seit Beginn als das Wesen der nach ihm benannten Grippe-Encephalitis die Schlafstörung beschrieben und in seinem Lehrbuch 1929 die Dissoziation

des Körper- und Hirnschlafes bei der akuten Form ausführlich behandelt. Er beschreibt aber auch auf Seite 129 unter den Nachkrankheiten das Phänomen der Schlafdissoziation mit nächtlichen Delirien und anderen mehr. In jenen Jahren finden sich kasuistische Mitteilungen über Einzelfälle, die die Psychopathologie solcher Zustände genauer beschrieben. In der Folgezeit aber wurde dieser mir für die Psychopathologie des Parkinson sehr wesentlich scheinende Teilaspekt vergessen oder kaum mehr beachtet. Ich möchte daher zunächst drei eigene Beobachtungen kasuistisch mitteilen, soweit sie für die hier anzustellenden Erörterungen von Bedeutung sind.

Eine heute 50jährige einfache Frau hatte 1925 eine typische Kopfgrippe. 1934, 1937 und so weiter, in mehrjährigen Abständen, in den letzten Jahren aber bereits alle paar Wochen, beobachtete sie folgende Anfälle, die immer beim Einschlafen auftraten: Sie bekommt Herzklagen, kann sich dann nicht mehr rühren, hat große Angst, glaubt, daß der Atem aussetzt und das Herz stille steht. Häufig hört sie Glocken läuten und meint, mit ihrem Kind am Arm zu fliegen, wobei sie die Angst hat, das Kind fallen zu lassen. Oft ist sie schon in diesen Zuständen auf eine Kirchturmspitze geflogen. Bei dem Fluge kommt sie meist zu einer Mauer und in dem Zustand größter Angst und Verzweiflung gelingt es ihr, diese Mauer zu durchstoßen. Damit aber ist dieser ganze Anfall beendet, sie kann sich wieder bewegen, die Angst ist verschwunden. Vor kurzem hat sie in diesem Zustand sich selbst unbeweglich in ihrem eigenen Sarg gesehen und gehört, wie die Leute sie für tot hielten. Sie hatte große Angst nun lebendig begraben zu werden.

Die Ambivalenz solcher Zustände, z. B. im Bild und Ton sowie im gefühlsmäßigen Erleben tot zu sein und doch andererseits zu wissen, daß man noch lebt, ist sehr charakteristisch für diesen Zustand. Die Pat. weiß, daß Lärm und große Aufregungen das Auftreten solcher Zustände verhindern kann. Wenn man sie fragt, ob denn das Ganze nicht ein Traum wäre, so streitet sie dies entschieden ab: „Alles wäre viel zu lebendig und zu deutlich für einen Traum“, gibt sie dann meist zur Antwort. Die Tochter der Pat. gibt an, daß ihre Mutter in diesen Zuständen tatsächlich kaum zu atmen scheint, ansonsten aber sich wie schlafend verhält. Es wurden bei der Pat. nie Blickkrämpfe beobachtet, wohl aber hat sie in den letzten Jahren auch untertags oft ein unüberwindliches Schlafbedürfnis, dem sie nachgeben muß, so daß oben beschriebene Anfälle jetzt auch oft untertags kommen.

Der körperliche Befund ergibt normale Verhältnisse an den Pupillen, jedoch eine monotone Sprache, eine starre Mimik und Gestik und eine allgemeine Verlangsamung im Sinne eines Parkinson. Zur Vorgesichte ist bemerkenswert, daß sie als junges Mädchen einmal einen „Geist“ in ihrer Kammer angeblich gesehen hat.

2. Ein heute 50jähriger Arbeiter hatte 1923 eine typische Kopfgrippe mit tage- langem Schlaf und Doppelbildern. Er berichtet von folgenden Zuständen, die seit vielen Jahren im Einschlafen oder Aufwachen vorhanden sind. Unmittelbar vor dem Einschlafen hat er jedesmal das Gefühl es sei der letzte Abend auf der Erde. Er sei nun sicher, daß die Seele den Körper verlässe. Dann käme ein Rauschen und Donnern, er fliege auf einen Wolkenkratzer oder auf ein Hochhaus hinauf. Dort aber werde er meist schlecht behandelt und er fliege wieder hinab. Schließlich erfolgt ein erlösendes Piepsen, Knacken oder Morsezeichen und dann könne er sich wieder bewegen, „seine Seele sei wieder im Körper“. Der Zustand vor dem Einschlafen ist wieder hergestellt. Auch diesen Pat. begleiten in solchen Zuständen große Angstgefühle, er habe schon Flammen gesehen, sich mit Messern verfolgt gefühlt usw. Der Pat. ist fest überzeugt, daß diese Zustände oder Anfälle kein Traum seien, nach

seiner Meinung sei es die Trennung der Seele vom Körper. — Dieser Pat. hat auch im vollen Wachbewußtsein des Tages das Gefühl, daß „Geister“ seine Gedanken und seine Tätigkeit steuern und dann sein Körper „tot“ sei. Er meint auch, daß er beim Denken und Räuchen von rechts her angeschaut wird und daß er umfällt, wenn er selbst nach rechts schaut. Er hatte 1931 das Gefühl, daß eine Helle durch die Ohren in seinen Kopf gekommen sei, denn er habe damals bemerkt, wie von dem Schattenbild seines Kopfes auf dem Wasser Strahlen ausgingen. Seit einem Jahr sei das Zentrum des Strahlenausgangs nicht mehr in seinem Kopf, sondern neben seinen Kopf. Auf die Frage, was die Helle bedeute, meint er, diese sei das Leben, daher lebe er nicht mehr wirklich, bzw. nur mehr brückstückweise. Er könne daher keine Arbeit mehr fertig bringen (was tatsächlich stimmt) und habe große Mühe, beim Denken die richtige Verbindung herzustellen. Schließlich kommen bei diesem Pat. noch Größenideen hinzu, nämlich die, daß er der rechtmäßige Besitzer und Träger dieser Welt sei, Meere und Kontinente sich bei seinem Tode verschieben werden, er das Wetter bestimme, er der einst auferstehen werde usw. Diese Ideen werden aber nur „nebenbei“ berichtet, als ob es selbstverständlich und keiner Debatte wert seien. Schließlich berichtet dieser Pat. auch von einem Zustand des Scheintods im Jahre 1940, in dem er angeblich durch mehrere Stunden sich nicht bewegen konnte und kaum geatmet habe. Der körperliche Befund ergibt einen oft stechenden, immer etwas starren Blick, eine beiderseits sehr träge und unausgiebige Reaktion der Pupillen auf Licht und Konvergenz und fehlenden PSR beiderseits. Die Liquoruntersuchung ergibt 12/3 Zellen, normale Eiweißwerte und Eiweißrelationen, normale Kolloidkurve und negative serologische Reaktionen. Außer einer geringen Verlangsamung ist der Pat. sonst unauffällig. Er soll früher kurzdauernde Anfälle von Bewußtlosigkeit nach Art von Synkopen gehabt haben.

3. Ein inzwischen bereits verstorbener Masseur wurde im Alter von 53 Jahren aus folgenden Gründen psychisch auffällig: Wenn er allein und sich selbst überlassen war, besonders aber im Einschlafen und Aufwachen geriet er — wie er es bezeichnete — in einen Trancezustand. Es sei dann alles ausgeschaltet (womit er die Motorik meinte), er hörte zunächst nur Klagen und Glockenläuten, dann auch Stimmen, die ihn bedrohten, er glaubte dann jeweils, daß man ihm seine Erfahrung rauben wollte oder daß er für die Priesterschaft büßen müsse. Er hatte in diesen Zuständen auch schon das Gefühl, daß sein Sohn schwer krank sei oder daß nun die ganze Welt untergehe. Er hat auch bedrohliche Gestalten gesehen und gemeint, daß sein trockener Mund durch Vergiftung zustande komme (der Mund war tatsächlich damals trocken). Der Pat. beschäftigte sich damals viel mit Pendeln und meinte, daß er von anderen „verpendelt“ wurde. Diese Zustände dauerten später oft viele Stunden und waren dann nicht immer mit motorischer Unbeweglichkeit verbunden. Er ist einmal in einem solchen Zustand aus dem Fenster hinausgesprungen. Wenn man sich aber mit dem Pat. beschäftigte, dann war er aus diesen Zuständen immer heraus zu reißen. Er sagte selbst vor Jahren einmal zu mir, „wenn diese Zustände da sind, bin ich so von ihrer Wirklichkeit überzeugt, daß ich nicht anders denken und handeln kann“. Während die beiden vorhergehenden Pat. kaum über Träume berichteten, erzählte dieser, daß er oft Angsträume habe, diese Zustände wären aber ganz anders, wie die eben geschilderten Zustände. Ich habe diesen Pat. schon im Endstadium eines fortgeschrittenen Parkinson mit Maskenstarre des Gesichtes, Rigor aller Extremitäten, kleinschrittigen Gang und Retropulsion gesehen. Die Lichtreflexe der Pupillen waren beiderseits etwas träge, es bestand häufiger Blinzelschlag, aber keine Blickkrämpfe. Der Mund war auffallend trocken, die serologischen Reaktionen waren negativ, auch sonst war kein nennenswerter krankhafter Befund zu erheben. Der Sohn, der heute Arzt ist, berichtete mir, daß sein Vater in solchen Anfällen auffallend flach, bzw. kaum merkbar geatmet habe. Dieser Pat. hatte in

der Jugend einmal bei einem predigendem Franziskaner einen Heiligenschein gesehen. Er hatte sich dann jahrelang bemüht, bei verschiedenen geistlichen Orden unterzukommen.

Schließlich wurde er aber doch Angestellter und im Nebenberuf „Kräuterdoktor und Heilmasseur“.

Wenn man die *Literatur* nach ähnlichen Fällen durchsucht, findet man folgende ähnliche Beobachtungen:

1928 hat BONHOEFFER unter einem fast gleichen Titel wie hier einen Kranken geschildert, der sich in solchen Anfällen nicht mehr bewegen konnte, nicht sprechen konnte, aber doch alles wahrnahm. Unter Zuckungen der Glieder kam die Bewegung derselben und damit der Normalzustand wieder. Unzweifelhaft ist es jenes Zucken, das jeder Beobachter bei seinem Bettnachbar wahrnehmen kann, wenn er selbst später einschläft als dieser. Es ist das sichtbare Zeichen, daß der Schlaf innerhalb der nächsten Minuten vollständig eingetreten sein wird. Der Kranke BONHOEFFERS gab an, daß er in diesen Zuständen glaubte, in die Erde sinken zu müssen. Es ist dies das Gegenteil der Flugsensationen meiner Kranken, bzw. das Analogon meines zweiten Kranken, der sich vom Hochhaus wieder auf die Erde zurück und hinabgezogen fühlte, wenn er dort schlecht behandelt wurde. Unzweifelhaft sind diese Flugsensationen nichts anderes als von der Augenbewegung induzierte vestibuläre Sensationen. Die in die Schlafstellung gehende Bulbi gehen bekanntlich nach oben außen und machen im Aufwachen die umgekehrte Bewegung.

Noch ausführlicher hat 1930 LEONHARD eine Kranke dieser Art beschrieben. Diese Pat. sah „Schwarz-Weißes“ an ihrem Bett sitzen, hörte sie Bedrohendes sprechen, meinte von Ratten gebissen zu werden, wollte sich jeweils gegen diese Zustände wehren, konnte es aber nicht. Auch bei ihr begannen diese Zustände mit Poltern, Rollen usw., sie wußte im Beginn, daß alles nicht wirklich sei. Wenn der Zustand aber zur Gänze eingetreten war, war es auch für diese Pat. sehr schrecklich, das Herz krampte sich ihr zusammen. Sie war in diesen Augenblicken von der Realität des ganzen überzeugt und meinte im Nachhinein „für einen Traum sei dies alles viel zu deutlich“. Auch diese Kranke ist in solchen Zuständen geflogen, hatte zahlreiche optische Sinnestäuschungen, sah z. B. Männerköpfe aus Flimmerskotomen hervor-gehen, Gestalten aus dem Jenseits vorbeiziehen usw. Die Pat. äußerte damals die Ansicht, daß durch Hypnose bei ihr diese Zustände erzeugt worden wären.

Während BONHOEFFER bei seinen Kranken diese Zustände als hyponoisch bezeichnete, erklärt sie LEONHARD als partielle Schlafzustände.

Schließlich hat BERINGER 1931 ein Anfallsyndrom beim Parkinson beschrieben, das eine Kranke mit folgenden, ganz ähnlichen Symptomen, wie schon beschrieben, betraf. Im Beginn stehen Angstzustände mit Eintreten körperlicher Starre. Dabei wird die Atmung oberflächlich, Bewußtseinsverlust tritt aber nicht ein. Die Gedanken können stille stehen oder mit bedrängender Fülle kommen. Schließlich werden auch hier optische, akustische und vestibuläre Halluzinationen berichtet. Am Beginn steht wieder ein schwankendes Urteil betreffend der Realität der Sinnestäuschung. BERINGER verglich damals diese Zustände mit der Katalepsie. Mir scheint es aber unzweifelhaft, daß auch hier nichts anderes als ein partieller Schlafzustand bei einem Parkinson vorlag.

Vor diesen drei Autoren hat bereits E. LEYSER in der Schilderung der psychopathologischen Bilder bei metencephalischen Prozessen folgendes 1925 betont: In traumhaften Zuständen, die jeweils nachts kommen, werden optische und akustische Halluzinationen erlebt, die auch mit Größenideen oder paranoiden Ideen verbunden sind, so daß z. B. der Eindruck der Hypnose entsteht. Zwischendurch wird alles als

Unsinn und Täuschung bezeichnet, die Wahniddeen sitzen nur „locker“. Übrigens glaubt auch der Kranke LEYSERS in einem Teil seiner Attacken „tot zu sein“.

Andere Beobachtungen jener Zeit z. B. die von E. v. DOMARUS, OSTMANN, TRUNCK u. a. geben nur das Bild der Psychose mit Halluzinationen auf allen Gebieten wieder oder auch den Angstzustand, der sie den Tod sehen lässt. Der Zusammenhang mit der körperlichen Lähmung und mit dem Schlafeintritt wird aber nicht betont. Ähnlich sind auch die drei Beobachtungen von H. BÜRGER u. W. MAYER-GROSS. Nur der erste ihrer drei Fälle hat im Beginn seiner psychotisch wirkenden Phase immer einen Starrezustand erlebt.

Im neueren Schrifttum findet sich von SCHWAB, FABING u. PRICHARD eine Untersuchung über die psychischen Symptome bei 200 Parkinson-Kranken. Es werden hier zirkuläre Bilder, depressive Reaktionen und delirante Zustände geschildert, die alle mit der Parkinson-Erkrankung selbst nichts zu tun haben sollen. Als viertes psychopathologisches Bild werden von diesen Autoren aber phasenartig auftretende Zustände geschildert, die mit dem Parkinson in einem ursächlichen Zusammenhang stehen. Es sind dies Angst und Zwangszustände, die meist mit Blickkrämpfen verbunden sind, paranoide Attacken, schizoide Reaktionen und Depressionen. Diese Zustände dauern meist nur Minuten, höchstens Stunden und sind häufig von dem Gefühl des kommenden Todes begleitet. Es werden hier auch Irrealitätserlebnisse und Depersonalisation geschildert. Ein Hinweis auf den Zusammenhang mit einem gestörten Schlafeintritt, auf körperliche Unbeweglichkeit oder auf die Analogie zu hyponoischen Mechanismen findet sich aber nirgends. ANDERSON und GUERRA untersuchten 150 Parkinson-Kranke der Klinik in Rom. Sie fanden nur in 13 Fällen psychische Auffälligkeiten, glaubten aber diese nicht mit dem encephalitischen Prozeß in einem ursächlichen Zusammenhang bringen zu können.

Dem stehen gegenüber Einzelkasuistiken, wie z. B. die von J. BULLO. Dieser Autor beobachtete bei einem Parkinson-Kranken eine optische und akustische Halluzinose im Zeitpunkt von twilight states. Oder A. SCORTA, der im Stadium von Blickkrämpfen beim Parkinson Halluzinationen beobachtete, die von Angst begleitet waren. Beide Autoren führen dies auf analoge Prozesse zurück, wie sie bei der Halluzinose pedunculaire von J. LHERMITTÉ vorliegen. Auch hier sind es bekanntlich Visionen im Halbschlaf. Sie werden von LHERMITTÉ, VAN BOGAERT u. a. auf mesencephalische Prozesse bezogen. L. R. BALLESTEROS schließlich hat einen Parkinson-Kranken beschrieben, der sich mit einem „bösen Gedanken tötete“ und nun seit 3 Jahren glaubt tot zu sein.

Man wird demnach als das Wesentliche der Symptomatologie meiner drei Fälle und der Einzelkasuistiken von BERRINGER, BONHOEFFER, LEONHARD, LEYSER und des einen Falles von BÜRGER u. MAYER-GROSS folgendes zusammenfassen können: Es gibt als Spätkrankheit nach Encephalitis Economo ein psychopathologisches Syndrom, das sehr charakteristisch ist und unmittelbare Folge dieser Erkrankung ist. Es lässt sich aus der Dissoziation der Schlafkomponenten erklären. Das was der Gesunde nur innerhalb von Sekunden andeutungsweise erleben kann, erlebt der Parkinson-Kranke oft auf Stunden ausgedehnt und mit einem entsprechend bunten psychopathologischen Bild. Es beginnt mit primitiven, taktilen, optischen, vor allem aber akustischen und vestibulären Sensationen, jede Bewegung ist unmöglich, Angst erfüllt den Betroffenen. Aus den primitiven Sinnestäuschungen entwickeln sich — dem vorhandenen Angstaffekt entsprechend — sehr bald Halluzinationen bedrohlichen

Inhaltes. Häufig findet man Flugsensationen. Oft wird auch körperlicher Tod erlebt. Unter als Ruck, Stoß, Reißen usw. empfundenen Eindrücken schwindet das ganze Bild. Am Beginn, wie nach Abklingen des Zustandes besteht oft kritische Krankheitseinsicht. Man könnte das Ganze eine anfallsartig auftretende Angsthalluzinose mit Unbeweglichkeit bei Parkinson bezeichnen.

Aus der psychopathologischen Schilderung dieses Anfallsgeschehens, wie aus der Ableitung von einer Dissoziation der Schlafkomponenten ergibt sich die enge Verwandtschaft zu den Wachanfällen, eine Untergruppe der Narkolepsie, wie sie insbesondere von ROSENTHAL 1927 beschrieben worden sind. Die Herausstellung dieses Syndroms erschien mir notwendig, da bisher nur Einzelkasuistiken vorlagen und dieselben von den einzelnen Autoren nicht einheitlich gedeutet wurden. Man sieht dies besonders bei den neuen zusammenfassenden Arbeiten. So wird zwar von SCHWAB, FABING u. PRICHARD das psychopathologische Bild ganz ähnlich beschrieben, es wird aber der Ausgangspunkt, die Schlafdissoziation offensichtlich übersehen oder in anderen größeren Arbeiten, wie z. B. von ANDERSON u. GUERRA ein Zusammenhang mit der Encephalitis Economo zur Gänze geleugnet. Andere Einzelbeobachtungen neuerer Zeit, wie die schon erwähnten von BULLO, SCIORTA und BALLESTEROS schildern analoge psychopathologische Syndrome, erklären es aber mit der Halluzinose pedunculaire von LHERMITTÉ. Dies trifft aber nach oben Gesagtem meiner Meinung nach nicht ganz das Wesentliche. Es fehlt nämlich bei der Halluzinose pedunculaire der für die hier beschriebenen Fälle so charakteristische Zusammenhang mit der Unbeweglichkeit der Glieder und dem begleitenden Angsterlebnis. Auch der Vergleich mit der Katalepsie ist nicht ganz zutreffend.

Dieses beschriebene psychopathologische Anfallsgeschehen hat nichts mit den dauernden psychischen Veränderungen beim Parkinson zu tun. In diesem Zusammenhang soll auch nicht auf die Bedeutung dieses Syndroms für den Mechanismus der Psychose eingegangen werden, obgleich zwei wesentliche Elemente der Psychose, nämlich Angst und Beeinflussungen von außen her hier enthalten sind.

Ein psychopathologischer Punkt bedarf bei dem beschriebenen Syndrom noch einer besonderen Erörterung, nicht nur weil er häufig zu beobachten ist, sondern weil er psychopathologisch allein nicht zu klären ist und auch mit dem Ort des Krankheitsprozesses im Hirnstamm zusammenhängen kann. Ich will hier nicht von den Zwangssymptomen sprechen, die im übrigen bei den beschriebenen Kranken nicht zu beobachten waren, insbesondere auch nicht Blickkrämpfe, wie dies früher oft bei Beobachtungen des hier beschriebenen Syndroms behauptet wurde. Ich meine vielmehr das Erlebnis des „Totseins“ und — damit wohl eng zusammenhängend — das Erlebnis der

Seelenwanderung. Ich habe schon in zwei früheren Arbeiten dieses Problem berührt.

1949 beschrieb ich einen Hirnverletzten, der eine Verletzung der li. lateralen Brückenhaube und der Lobuli semilunaris, des Dentatussystems (vor allem rechts) und der Wurmanteile aufwies. Dieser Kranke war monatelang der Meinung, er sei tot und führe tief unter der Erde ein Scheindasein, das einzig Wirkliche für ihn waren die Sterne am Firmament. Die Rückbildung dieses Glaubens zugleich mit Besserung der vorliegend cerebellaren Symptomatik erfolgte unter Wirklichkeitszuerkennung zunächst für die Umgebung und schließlich für sich selbst und gleichzeitigem Auftreten einer Reihe von Zwangsvorstellungen — woraus die Verwandtschaft dieses hier erörterten Zustandes mit Zwangsprägnanomen hervorgeht.

Ebdort habe ich einen zweiten Stammhirnverletzten beschrieben, der das Bild einer WEBERSchen Hemiplegia cruciata bot und beide Schläfehirne und Hirnstamm verletzt hatte. Dieser glaubte in den ersten 6—8 Wochen nach seiner Verwundung, daß er träume.

In der ersten Arbeit habe ich einen Maler geschildert, der im Anschluß an eine WEBERSche Hemiplegia cruciata und später im Anschluß an ein WALLENBERG-Syndrom die Richtung seiner künstlerischen Leistung passager änderte. Er, der ein Liebhaber der Natur war und sie in liebevollen Zeichnungen wiedergab, hatte im Anschluß an diese Attacken kurzdauernde Episoden, in denen er sich im nachhinein als im Trancezustand seien bezeichnete und nur religiöse Bilder malte.

Diesen 3 Kranken kann der hier beschriebene Fall 1 angeschlossen werden, der in seinen Zuständen sich öfters tot wähnte. Auch der Fall 2 war von dem Sterben und Auswanderung seiner Seele jeden Abend fest überzeugt; in der letzten Zeit glaubte er auch untertags nicht mehr richtig zu leben. Der Kranke von LEYSER und der Kranke von BALLESTEROS glaubte ebenfalls tot zu sein, ersterer attackenweise, letzterer seit 3 Jahren dauernd.

Der erste Fall der Hirnverletzung, die beiden ersten Fälle der hiesigen Arbeit und der Fall von LEYSER und BALLESTEROS glaubten demnach attackenweise oder auch dauernd tot zu sein. Meine zweite Beobachtung einer Hirnverletzung und der von mir publizierte Maler bezeichneten diesen Zustand als Trance oder Traum. Ich glaube, daß man dies zum Glauben „tot zu sein“ in Analogie setzen darf, das gemeinsame Prädikat heißt hier „unwirklich“, „nicht erdenhaft“ usw. Es besteht hier eine fließende Grenze zur Anosognosie, die sich darin nur insofern unterscheidet, daß sie nicht die ganze leib-seelische Person betrifft, sondern eben nur Teile, wie die gelähmte Körperseite oder die Schrift, das gesprochene Wort, die Idee usw. Ich habe dies in der Arbeit über die Neuropathologie der Irrealitätserlebnisse näher ausgeführt und dort auch auf die besonders leichte Auslösbarkeit derartiger Zustände von der Gegend des Mes- und Rhombencephalon hingewiesen. Diese Fälle würden erneut die frühere Annahme bestätigen, da nach ECONOMO Herde am Übergang von Zwischen- und Mittelhirn angenommen werden müssen.

Totsein, Transcendentsein und Auswandern der Seele ist verwandt mit den normalen Zuständen der Ekstase, d. h. des „Außer-sich-sein“. Ich erinnere hier an die Predigten den deutschen Mystikers Meister Ekkehard

über das „Einswerden mit Gott“ oder an das, was J. LHERMITTÉ in dem 1953 erschienenen Buch über echte und falsche Mystiker auf S. 48 ff. sagt. In diesen Ekstasen, wie sie uns ebendort z. B. von AMIEL geschildert werden, spürt man keinen Körper, aber weiß sich eins mit dem ganzen Geist, der die Welt beseelt. Dort, wie z. B. auch aus einem Ausspruch J. W. Goethe wird aber auch klar, daß in dem Erleben dieser Zustände schon jeder Gesunde eine außenstehende Macht fühlt, die ihn beeinflußt, dessen Werkzeug er nur ist. So sagt Goethe: „Jede Produktivität jeder Art, jedes bedeutende Apercu, jede Erfindung, jeder große Gedanke, der Früchte bringt und Folgen hat, steht in Niemandes Gewalt. Es ist dem Dämonischen verwandt, das übermäßig mit ihm tut, was ihm beliebt und dem er sich bewußtlos hingibt, während er glaubt, er handle aus freiem Antrieb“. Die Möglichkeit des Verlustes des Wirklichkeitsgefühles für die eigene Person, wie auch für seine Umgebung ist jedem mehr oder weniger gegeben. Ebenso gibt es eine Möglichkeit einer Einflußnahme von außen auf das normale Ich. Es beginnt bei der unbewußten Suggestion, die täglich von unserer Umgebung auf uns ausgeübt wird und endet in der Religion. Wir kennen also schon in der normalen Ekstase oder künstlerischen Schaffensperiode zwei Tatsachen: Das eine ist das Selbständigen werden unseres seelisch geistigen Ich, eventuell unter Verlassen unseres Körpers. Das zweite ist das Erfühlen einer Macht von außen, die uns lenkt und mit Glück oder auch Schaudern erfüllt.

Die hier beschriebenen Kranken erleben ihr „Totsein“ oder ihre Seelenwanderung nicht in jenem Zustand innerer Harmonie, großen Glückes und Aufgeschlossensein gegenüber einem Höheren. Sie sind von Angst erfüllt, gelähmt im wörtlichen und übertragenen Sinne, solange sich der Zustand entwickelt. Sobald aber der Zustand zur Gänze eingetreten ist, ist es für sie selbstverständlich, daß sie tot sind, — ebenso wie es für uns selbstverständlich ist, daß wir wirklich leben und kein Scheindasein führen. Es sprechen daher diese Kranken auch kaum darüber und man erfährt meist nur zufällig bei längerer Unterhaltung, daß sie sich für tot wähnen. Diese Kranken sind in einer anderen Welt auf Grund eines primären Erlebnisses, so wie wir im tiefen Traum von der Wirklichkeit desselben überzeugt sind. Bei diesen Kranken ist auch nichts von dem Zustand einer Ekstase zu bemerken, sie haben keine affektiv, eventuell eingeengte Bewußtseinsbreite oder besondere Bewußtseinsweite, sie sind im Gespräch völlig unauffällig. Vielleicht ist manchmal sogar eine gewisse affektive Leere vorhanden. Es scheint Benito Mussolini in seinem letzten Interview gegenüber Frau Molier Maddalena von sich selbst einen ähnlichen Zustand zu beschreiben. Seinen unweigerlichen Untergang voraus sehend, sagt er und empfindet es selbst als *komisch*: „Ich betrachte mich nicht mehr als Hauptdarsteller dieser Tragödie, sondern sehe dem unvermeidlichen Ablauf des Dramas zu, als säße ich im Parkett, als ganz

unbeteiligter Zuschauer in der letzten Reihe“. Den Wechsel von der Realität zur Irrealität erlebt jeder von uns im Aufwachen, wenn man dann an das Erlebnis des Traumes denkt. Grillparzer hat in seinem dramatischen Märchen „Der Traum ein Leben“ uns gezeigt, wie jener Wechsel von der Realität zur Irrealität nicht immer so glatt und prompt vollzogen werden muß, zweifelt doch sein Rustan lange, was nun wirklich ist, was er eben erlebt hat oder was jetzt ist. Die hier beschriebenen Kranken vollziehen offensichtlich nicht jenen vollständigen Eintritt in das wirkliche Leben, wie wir es jeden Morgen aus dem Schlaf heraus tun. Der gestörte Schlaf-Wachzustand passagerer Art beim Parkinson und dauernder Art bei Verletzungen metencephalitischer Gegenden scheint diesen vollständigen Eintritt zu verhindern. Es bleibt das dem beendeten Zustand des Traumes normalerweise zukommende Irrealitätsgefühl bei unseren Kranken dem ganzen „Ich“ erhalten. Sie fühlen sich daher als träumend, tot, unwirklich, ohne Seele usw. Es basiert demnach dieses abnorme Gefühlserlebnis auf einer Störung vitaler Gefühle, die aus der Dissoziation der Schlafkomponenten erklärbare bzw. ableitbar ist. Manches Depressive und Paranoide unserer Kranken wird im übrigen so leicht verständlich.

Ich glaube, daß Fälle wie die beschriebenen auch vom religionspsychologischen Standpunkt nicht uninteressant sind. Denn sie enthalten einen naturwissenschaftlich wenigstens andeutungsweise erfaßbaren Ansatzpunkt zu Erlebnissen, die zum „Hinauf in den Himmel“, „Hinab in die Hölle“, zur „Auswanderung der Seele“, zum „Wiedererstehen“ und anderes mehr führen. Es sind Erlebnisse, die jeder Psychiater auch in einem begrenzten Kreis von Epileptikern hören kann, die nicht umsonst seit Jahrtausenden die heilige Krankheit heißt. Ich möchte aber auch hier betonen, daß sich diese kleine — aber immerhin naturwissenschaftliche — Seite derartiger Erlebnisse nur bei disponierten Personen aufzeigen läßt.

Zusammenfassung

Es wird ein bestimmtes anfallsweise auftretendes psychopathologisches Syndrom beschrieben, das in Einzelkasuistiken auch früher schon mehrfach mitgeteilt wurde, aber bisher bezüglich seines Entstehungsmechanismus verschieden beurteilt wurde. Mit ECONOMO, BONHOEFFER und LEONHARD wurde hier eine Störung der Dissoziation der Schlafkomponenten als der zugrunde liegende Mechanismus angenommen. Auf die Analogie zu den Wachanfällen wird verwiesen. Anschließend wird der bei diesen Kranken relativ häufig zu beobachtende Glaube tot zu sein besprochen. Er ist ebenfalls phasenweise vorhanden und wird in gleicher Weise auf eine Störung der Dissoziation der Schlafkomponenten zurückgeführt, wobei das normalerweise den Traum zukommende Irrealitätsgefühl dem ganzen Ich erhalten bleibt.

Literatur

ANDERSON, M., u. G. GUERRA: Wahnsyndrome im Verlaufe des encephalitischen Parkinson. *Rass. Neuropsychiatr.* **5**, 22—44 (1951). — BALLESTEROS, L. R.: Das Erleben des Totseins. *Arqu. Neuro-Psiquiatr.* **11**, 278—282 (1953); ref. *Z. Neur.* **128**, 207 (1954). — BERINGER, K.: Über ein ungewöhnliches Anfallssyndrom beim postencephalitischen Parkinson. *Z. Neur.* **136**, 259 (1931). — BONHOEFFER, K.: Über Dissoziationen der Schlafkomponenten bei Postencephalitikern. *Wien. klin. Wschr.* **1929**, 279. — BÜRGER, H., u. W. MAYER-GROSS: Schizophrene Psychosen bei Encephalitis lethargica. *Z. Neur.* **106**, 438 (1926). — BULLO, J.: Psychosensorielle Störungen in einem Fall von postencephalitischen Parkinson. *Prensa méd. argent.* **1950**, 1394—1399; ref. *Zbl. Neur.* **119**, 53 (1952). — DOMARUS, E.: Über hallucinatorisch-paranoide Bilder bei Metencephalitis. *Arch. f. Psychiatr.* **78**, 558 (1926). — ECONOMO, C.: Die Encephalitis lethargica, ihre Nachkrankheiten und ihre Behandlung. Verlag Urban-Schwarzenberg 1929. — KRETSCHMER, E.: *Hysterie, Reflex und Instinkt*. Stuttgart: Thieme 1948. — LENZ, H.: Richtungsänderung der künstlerischen Leistungen bei Hirnammerkrankungen. *Z. Neur.* **170**, 89—107 (1940). — Zur Neuropathologie des Irrealitätserlebnisses. *Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur.* **181**, 489 bis 516 (1949). — LEONHARD, K.: Partielle Schlafzustände mit Halluzinationen beim Parkinson. *Z. Neur.* **131**, 234 (1931). — LEYSER, E.: Über die Differentialdiagnose metencephalitischer und schizophrener Störungen. *Z. Neur.* **99**, 424 (1929). — LHERMITTÉ, J.: Echte und falsche Mystiker. Luzern: Räber 1953. — SCHWAB, R. S., H. D. FABING and J. PRICHARD: Amer. J. Psychiatry **107**, 901 (1951). — SCIORTA, A.: Die psychische Lage bei den Blickkrämpfen des encephalitischen Parkinson. *Acta neurol. (Napoli)* **7**, 755—796 (1952).

Doz. Dr. H. LENZ, Linz/Donau (Österreich)
Nervenabteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder