

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOTHERAPIE UND MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE

I. JAHRGANG

SEPTEMBER 1951

HEFT 5

Kopie für Sandoz Mitarbeiter
Zum persönlichen Gebrauch

LSD 21

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli, Zürich (Direktor: Prof. Dr. Bleuler)

Beispiel einer strukturanalytischen und pharmakodynamischen Untersuchung an einem Fall von Alkoholhalluzinose, Charakterneurose und psychoreaktiver Halluzinose

Von Dr. G. Benedetti

Lebensgeschichtliche Strukturen sind nicht nur für das psychoreaktive und neurotische Krankheitsgeschehen, sondern mehr oder weniger für die gesamte Psychopathologie von Bedeutung. Wir kennen heute kaum ein psychopathologisches Zustandsbild, bei dem die Lebensgeschichte des Kranken für die Symptombildung völlig belanglos gewesen wäre. Wir sind heute bestrebt, jedes psychopathologische Geschehen, gleich welchen Ursprungs, in die Polarität des Menschen zwischen lebensgeschichtlich-persönlichem Wesen und naturgesetzlich-objektivem Sein hineinzustellen; denn wir haben die grundsätzliche Erfahrung gemacht, daß das psychopathologische Phänomen immer in irgendeinem Zusammenhang mit der persönlichen Lebenssituation des Kranken steht.

Solchen Zusammenhängen im Einzelfall nachzugehen, lebensgeschichtliches, also geistiges Sein zu entdecken, wo man früher nur Ungeist, Unsinn als Folge somatischer Funktionsstörungen sah oder vermutete, gehört zu einer der faszinierendsten und lohnendsten Aufgaben unserer wissenschaftlichen Epoche. Aber es wäre ein geradezu verhängnisvoller Irrtum, die Bedeutungsgrenzen der auf diesem Wege erreichbaren Erkenntnisse zu übersehen und immer lebensgeschichtliche (d. h. psychoreaktive) Kausalität im psychopathologischen Geschehen anzunehmen, wo lebensgeschichtliche Daseinsgehalte in Erscheinung treten. Gerade die Erkenntnis, daß das psychopathologische Phänomen, seinem Wesen entsprechend, immer vom lebensgeschichtlichen Sein des Menschen kündigt, sollte uns vor dem Irrtum bewahren, in dem, was immanente Struktur, Seinsweise des Phänomens ist, zugleich seine kausale Begründung zu sehen; oder mit anderen Worten: Wir haben uns davor zu hüten, existentiellen Ursprung mit pathogenetischem Ursprung zu verwechseln. So wie die Erkenntnis, daß bestimmte psychopathologische Erscheinungen durch somatische Krankheitsvorgänge verursacht werden, uns von der Frage nicht entbinden kann, was diese psychopathologischen Phänomene uns über die persönliche, lebensgeschichtliche Substanz des Kranken zu sagen haben, so darf uns andererseits die existentielle Deutbarkeit des Krankheitsgeschehens nicht über seine unmittelbare pathogenetische Bedingtheit hinwegtäuschen. Psychoreaktive Kausalität von psychodynamischer, lebens-

geschichtlicher Verständlichkeit sauber zu trennen: das ist eine der Hauptaufgaben unserer heutigen psychiatrischen Forschungsarbeit.

Nehmen wir als Beispiel ein Fieberdelir, dessen psychopathologische Struktur deutliche Zusammenhänge zwischen Symptombildung und psychotraumatischem, lebensgeschichtlichem Erleben erkennen läßt. Im Lichte einer mehrdimensionalen Diagnostik, welche alles menschliche Kranksein in die polare Spannung zwischen lebensgeschichtlichem Werden und biologischem Sein hineingestellt sieht, könnte man versucht sein, an eine mehrschichtige Pathogenese des psychopathologischen Phänomens zu denken, an ein Zusammenwirken psychoreaktiver Krankheitsmomente im pathogenetischen Ablauf des akuten exogenen Reaktionstypus. Es ließe sich z. B. denken, daß das Delir in der psychischen Konfliktspannung ein wesentliches genetisches Moment voraussetzt; daß die psychoreaktive Lebenssituation die Entwicklung des Delirs durch Nachlassen der psychischen Resistenz begünstigt habe usw. Allein, alle diese Schlüsse aus dem psychodynamischen Zusammenhang zwischen Delir und Lebensgeschichte ableiten zu wollen, wäre ein rein spekulatives Unternehmen. Man könnte ebensogut umgekehrt argumentieren: Psychische Traumen, affektive Komplexe, Verdrängungen usw. gehören zum normalen Menschen ebenso wie zum Kranken, so daß ihnen nicht ohne weiteres die Bedeutung psychoreaktiver Krankheitsfaktoren bzw. psychopathologischer Phänomene im engeren spezifischen Sinne zugeschrieben werden dürfte. Treten solche normalerweise im Gleichgewicht der Seele neutralisierten psychischen Spannungen im Verlauf einer toxischen Psychose erscheinungsbildlich in den Vordergrund des Geschehens und bestimmen sie die spezifische Symptombildung, so bedeutet dies: in der Krankheit wird lebensgeschichtliches Sein sichtbar; oder auch: während der Krankheit des gesamten menschlichen Organismus nehmen auch lebensgeschichtliche Gehalte eine krankhafte Gestalt an.

Aber auch wenn sich das Delir auf dem Boden einer eindeutig psychoreaktiv veränderten, d. h. schon als pathologisch zu bezeichnenden Persönlichkeit entwickelt, wie dies z. B. beim Delirium tremens in typischer Weise zutrifft, so ist damit der Beweis bei weitem noch nicht erbracht, daß die psychoreaktive Situation tatsächlich ein Glied in der Kette der pathogenetischen Faktoren bildet. Zwar lassen sich in den Wahnideen, dem Beschäftigungsdrang, den Halluzinationen der Alkoholdeliranten leicht ihre reaktiven Alkoholikerkomplexe nachweisen. Das ist aber nur psychodynamische Spiegelung lebensgeschichtlicher Substanz im Krankheitsgeschehen; erst der statistische Nachweis, daß Alkoholdeliranten im Durchschnitt psychoreaktiv mehr geschädigt seien als nicht delirierende schwere chronische Alkoholiker (bei gleich schwerem körperlichem Schaden), würde uns eine psychoreaktive Teilpathogenese des Delirium tremens wahrscheinlich machen.

Die mehrdimensionale Diagnostik ist für den Fortschritt unseres psychiatrischen Wissens sehr bedeutungsvoll geworden, indem sie uns vor einem diagnostischen Erstarren in einer lebensfremden Schematik befreit hat. Es ist aber vielleicht nicht überflüssig, auch auf die Gefahren hinzuweisen, welche sich aus einer unkritischen Anwendung der Methode ergeben könnten. Die Auffassung menschlichen Krankseins als eines Geschehens in der Spannung polarer Gegensätze (Konstitution und Lebensgeschichte, Soma und Psyche usw.), so wichtig sie auch vom philosophischen, anthropologischen Gesichtspunkte aus ist, könnte — unkritisch angewendet — das für den

psychiatrischen Fortschritt bisher so wichtige Interesse an der pathogenetischen Frage nach dem „Entweder — Oder“ in ungünstiger Weise dämpfen. Sie könnte auch unkritische Geister in die Versuchung bringen, konstitutionelle Krankheitsmomente prinzipiell anzunehmen, wo solche nicht sichtbar sind, oder andererseits in allen Fällen psychodynamisches Kräftespiel als psychoreaktive Kausalität aufzufassen, auch wenn es nur als immanentes Attribut, spezifische anthropologische Qualität des psychopathologischen Phänomens zu verstehen wäre.

Diese Ausführungen im Vorwort zu einer strukturanalytischen Studie möchten keinerlei Kritik an der strukturanalytischen Forschungsmethode selbst üben. Sie wollen nur die außerordentliche Kompliziertheit des Problems beleuchten, das wir zum Gegenstand dieser Arbeit gewählt haben, und die Art der methodischen Fragestellung rechtfertigen, aus der diese Studie als Beispiel einer strukturanalytischen Untersuchung an einem psychopathologischen Phänomen hervorgegangen ist.

In unserer Klinik befand sich in letzter Zeit ein Patient mit einer chronischen, in Schüben verlaufenden und zur Zeit der Untersuchung bereits im Abklingen begriffenen Halluzinose, deren Symptomatik weder auf eine schizophrene Psychose noch auf einen klinisch faßbaren hirnanorganischen Schaden hinwies. Die Halluzinose hatte sich auf dem Boden einer charakter-neurotischen Vorgeschichte entwickelt. Nur bei wenigen halluzinatorischen Episoden ließen sich sichere zeitliche Zusammenhänge mit Alkoholexzessen nachweisen. Schließlich zeigte der Proband eine deutliche Tendenz, auf psychoreaktive Traumata sowie auf exogene toxische Noxen (z. B. auf das Lysergsäurediäthylamid) mit gleichartig strukturierten psychopathologischen Phänomenen, nämlich mit einer dramatischen, szenenhaft-kathartischen Halluzinose von klinischem Gepräge einer Alkoholhalluzinose zu reagieren. Es erhebt sich nun die Frage nach der pathogenetischen Struktur dieser Psychose. Sie soll strukturanalytisch geprüft werden. Zunächst ist zu untersuchen, ob sichere kausalgene Zusammenhänge zwischen psychoreaktiven Momenten und Halluzinose einerseits sowie zwischen exogenen Vergiftungen und akuten psychotischen Erscheinungen andererseits bestehen, ferner, wie die Psychose des Probanden als Ganzes aufzufassen ist und in welchem Verhältnis Lebensgeschichte, Charakterstruktur, Konstitution und toxische Krankheitsabläufe zueinander stehen. Schließlich soll noch versucht werden, zu der allgemeinen und vielumstrittenen Frage nach der Pathogenese der Alkoholhalluzinose, die wir massenstatistisch geprüft haben, mit diesem Einzelfall einen neuen Beitrag zu leisten. Ein endgültiges Urteil über allgemeine pathogenetische Fragen läßt sich natürlich auf Grund einer Einzelkasuistik nicht fällen. Unser psychiatrisches Denken erkennt jedoch immer bewußter, daß die genaue Erforschung von pathodynamischen Zusammenhängen an besonders anschaulichen Grenzfällen für die Erfassung des gesamten Krankheitsphänomens ebenso wichtig und fruchtbar ist, wie die massenstatistische Abgrenzung des Typischen und Allgemeingültigen.

Proband: Willi R., geb. 1915, ledig, Bauernknecht. Hospitalisierung vom 23. September 1950 bis 17. November 1950.

Der Proband stammt aus einer Familie, in der wir verschiedene trunksüchtige, haltlose und wenig intelligente Menschen finden. Vater und Großvater vs. waren chronische Alkoholiker; 2 Brüder des Vaters tranken ebenfalls übermäßig und mußten in Anstalten versorgt werden; ein 3. Bruder beging Suizid. Die Mutter des Probanden wird als eine nervöse,

gemütsarme und wenig intelligente Frau geschildert; über ihre Eltern und Geschwister ist nichts Pathologisches bekannt. 2 von den 3 Geschwistern des Probanden sind schwach begabt und kränklich; 1 Bruder litt längere Zeit unter Kopfweh und Schwindel und versagte im Beruf; 1 Schwester zitterte und stotterte in der Schule, bereitete erzieherische Schwierigkeiten und mußte eine Zeitlang versorgt werden. Organische Befunde wurden bei den Verwandten des Probanden nicht erhoben.

Der Proband erlebte eine unglückliche Kindheit und Jugendzeit. Die Mutter kümmerte sich wenig um den Mann und die 4 Kinder, ging täglich auf Arbeit aus und sah in einem solchen Nebenverdienst (der damals für die Familie nicht nötig war) ihre Hauptaufgabe. Der Vater sei bald nicht mehr nach Hause gekommen, da er seine Mahlzeiten nicht bereitegefunden habe; so sei er allmählicher Trunksucht verfallen. Willi erinnert sich heute noch lebhaft, wie häufig der Vater abends betrunken heimgekehrt sei und alles kurz und klein geschlagen habe. Auch will er als Schulbube erfahren haben, daß der Vater der Mutter stets untreu war. Diesem haltlosen, jähzornigen und trunksüchtigen Manne gegenüber spürte der kleine Willi eine starke innere Abneigung; dagegen fühlte er sich eher zur Mutter hingezogen, so wenig Zeit und Gefühlswärme diese ihren Kindern auch bieten konnte. Auch bei der Mutter durfte der Knabe nicht länger bleiben; schon mit 7 bis 8 Jahren wurde er einem Bauern überlassen, bei welchem er außerhalb der Schulzeit streng arbeiten mußte. Er sei deswegen häufig zu spät in die Schule gekommen, was ihm Schläge von seinem Lehrer eingetragen habe. Wenn er aber, um pünktlich in die Schule zu kommen, das Vieh nicht sauber geputzt hatte, habe er von einem der Söhne des Bauern „auf den Ranzen“ bekommen. Er habe es in keinem Falle dem Lehrer und dem Landwirt recht machen können. Noch mehr als die Erinnerung an die Schläge und die harte Arbeit beeindruckt ihn heute noch der Gedanke, daß er nie mit andern Knaben habe spielen dürfen. Es kommen ihm die Tränen, wenn er erzählt, daß er gar nie habe jung sein dürfen, er kenne beispielsweise kein einziges Ballspiel. Für ihn habe es nur die Arbeit gegeben, und abends sei er jeweils totmüde ins Bett gefallen. Selbst den Religionsunterricht habe er nicht besuchen dürfen, und er sei aus diesem Grunde auch nicht konfirmiert worden.

Schon früher entwickelten sich beim Probanden neurotische Störungen. Bis zur Schulzeit näßte er regelmäßig das Bett und die Hosen. In der Schule stotterte er derartig, daß er nicht instande war, etwas vorzulesen, weshalb er von seinen Kameraden stets ausgelacht wurde. So zog er sich allmählich von seinen Mitmenschen zurück und machte schließlich einen menschen scheuen, gehemmten Eindruck. Mit 16 Jahren wurde er von seinem Vater auf Wirtschaftstouren mitgenommen und zum Trinken ermuntert. Im Rausche konnte er auf einmal seine Hemmungen und Minderwertigkeitsgefühle mit einem Schlage überwinden und Spaß treiben. Er spielte dann den lustigen Trinker und bekam regen Kontakt mit den Wirtshauskumpanen, die den leicht suggestiblen, willensschwachen und dazu noch debilen Burschen immer wieder leicht zum Alkoholgenuß verführen konnten. So entwickelte sich allmählich das Bild eines recht schweren chronischen Alkoholismus. In der Schule und bis zum erfolgreichen Abschluß einer Maurerlehre konnte sich der Proband sozial noch halten. Trotz seiner leichten Debilität, seinen neurotischen Hemmungen und seiner beginnenden Trunksucht brachte er sich noch ordentlich durch. Mit 18 Jahren verfiel er aber immer mehr einem haltlosen, arbeitsscheuen, vagantischen und schließlich auch kriminellen Lebenswandel; er wechselte unzählige Male seine Arbeitsstellen, setzte seinen Lohn fast gänzlich in Alkohol um, trieb sich dann mittel- und arbeitslos herum und beging gelegentlich kleine Betrügereien und Diebstähle, weswegen er auch wiederholt zu Gefängnisstrafen verurteilt wurde. So sank der ursprünglich noch geordnete, fleißige und gutmütige junge Mann auf die Stufe eines haltlosen Kriminellen hinab; er wurde von seiner Umgebung verachtet und schließlich auf längere Zeit in einer Verwahrungsanstalt versorgt.

In dieser Anstalt fing nun der Proband nach einer neunmonatigen Abstinenzzeit an zu halluzinieren. Bei völliger Besonnenheit und Orientierung litt er zeitweise unter akustischen Halluzinationen, besonders an Stimmen von Drittpersonen, welche sich abschätzig, schimpfend und drohend über ihn, „den faulen, trunksüchtigen Schuft, den gemeinen Dieb“ usw., äußerten. Es entwickelte sich das Bild einer chronischen Halluzinose,

welche psychopathologisch völlig dem Typus einer Alkoholhalluzinose entsprach, und andert-halb Jahre lang, nämlich fast bis zur Anstaltsentlassung, andauerte. Die akustischen Halluzinationen traten beim Probanden fast immer in einem subjektiv klar wahrgenommenen Zusammenhang mit „seelischen Aufregungen“ auf, und zwar in solchen Zeiten, wo der Proband am meisten von Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen gequält wurde. Es erschien ihm, als ob die ängstliche innere Spannung durch das Auftreten der Halluzinose wesentlich gemildert würde. Sehr anschaulich schildert der Proband, wie die halluzinatorischen Phasen mit nichthalluzinatorischen abwechselten, in denen sich die Angst bis ins Unerträgliche steigerte; es war dann für ihn wie eine Befreiung, wenn sich die dumpfen, drückenden Angst- und Schuldgefühle in (halluzinatorische) Beschimpfungen und Vorwürfe von Drittpersonen realisiert hatten. Unmittelbar nach einer solchen halluzinatorischen Phase fühlte sich der Proband entspannter und ruhiger.

In der Freiheit wurde der Proband sofort wieder rückfällig in seinen chronischen Alkoholismus. Während dieser Zeit litt er gelegentlich, aber nur selten, im Anschluß an starke Alkohol-exzesse unter zusammenhängenden Gehörshalluzinationen. Mitte 1948 kam der Proband in Untersuchungshaft; er wurde nach Abbüßung einer Gefängnisstrafe für die Dauer eines ganzen Jahres in einer Trinkerheilanstalt versorgt und lebte also von Juni 1948 bis April 1950 völlig abstinent. Im August 1949, also nach 14 Monaten Alkoholabstinenz, entwickelte sich beim Prob. eine 2. halluzinatorische Episode, die gegen Ende der Hospitalisierung, im April 1950, völlig abklang. Auch diesmal waren die unmittelbaren dynamischen Zusammenhänge zwischen psychoreaktiven Gemütsbewegungen und Gehörssinnestäuschungen subjektiv evident. — Nach der Entlassung aus der Anstalt hielt sich der Prob. etwa 4 Monate lang abstinent; während dieser Zeit litt er noch zweimal, wenige Tage lang, im Anschluß an soziale Konfliktspannungen unter Gehörhalluzinationen. Dann verfiel er neuerdings seiner schweren Trunksucht. Im Oktober 1950 erkrankte er schließlich nach schwersten Alkoholexzessen an einer typischen akuten Alkoholhalluzinose, welche einige Tage andauerte und zum Eintritt des Kranken in unsere Klinik Anlaß gab. Bei völliger Besonnenheit und intakter Orientierung hörte der Prob. massenhaft „Stimmen“, die ihm seinen Alkoholismus vorwarfen und ihn mit Folterungen bedrohten; in einer schweren Angst irrte der Kranke 3 Tage lang im Walde umher, wo „alle Bäume und Blätter sich abschätzig und bedrohlich über ihn äußerten“. In der Abstinenz bildeten sich die psychotischen Symptome restlos zurück. Bei der klinischen Nachuntersuchung konnte man beim Prob. keine residuellen Wahnideen und keine sonstigen Zeichen einer geistigen Störung nachweisen; insbesondere ließ sich eine schizophrene Wesensveränderung bei dem rapportfähigen, affektiv ausgeglichenen, realitätsangepaßten und durchaus einsichtigen Patienten mit Sicherheit ausschließen. Andererseits lagen beim Prob. keine psychoorganischen Befunde vor; Gedächtnis, Merkfähigkeit und Auffassung erwiesen sich als intakt; Kritik und Urteilsfähigkeit waren nicht im Sinne eines organischen Psychosyndromes gestört. Die affektive und intellektuelle Einstellung des Prob. zu der abgeklungenen Psychose war durchaus einfühlbar. Dagegen ließ die systematische Prüfung der intellektuellen Funktionen einen Schwachsinn leichten Grades erkennen. Die körperliche Untersuchung ergab keine Zeichen eines alkoholischen Schadens sowie keine besonderen körperlichen Anomalien.

Die klinische Exploration wurde durch eine pharmakodynamische Untersuchung ergänzt. Im völligen Einverständnis mit dem Prob. entschlossen wir uns, seine Reaktionsbereitschaft auf das Lysergsäure-diäthylamid (LSD. 25), ein Phantastikum aus der Mutterkorngruppe, zu prüfen [siehe Literatur bei Stoll (6) und Condrau (3)]. Uns leitete dabei die Absicht, festzustellen, ob auf Grund besonderer Persönlichkeitsstrukturen und Konstitutionstypen verschiedene Reaktionsformen auf das LSD. im Rahmen des akuten exogenen Reaktionstypus abzugrenzen seien, und ob z. B. Alkoholhalluzinanten hierbei eine besondere Stellung einnahmen. Diese Fragen gehen freilich über den Rahmen der vorliegenden Arbeit weit hinaus.

Am 21. Oktober 1950, um 9 Uhr, wurde dem Prob. 50 γ LSD. verabreicht. Da nach 2 Stunden noch keine Wirkung eingetreten war und da wir Zweifel an der Wirksamkeit des Präparates hatten, ließen wir den Prob. weitere 50 γ einnehmen. Ungefähr 1 Stunde nach der 2. Verabreichung entwickelte sich beim Prob. eine akute halluzinatorische Psychose, die im

ganzen etwa 4 Stunden dauerte und bei der wir 2 verschiedene Gruppen psychopathologischen Phänomene unterscheiden konnten.

a) Einerseits entwickelten sich beim Prob. halluzinatorische Phänomene, die grundsätzlich vom gleichen Typus wie die von Stoll und Condrau an zahlreichen Versuchspersonen in unserer Klinik beobachteten und geschilderten waren. Diese Sinnestäuschungen waren zwar deutlich ausgeprägt, blieben jedoch im Hintergrund des Symptombildes. Es handelte sich dabei um optische, vorwiegend farbige elementare Halluzinationen (leuchtende Strahlen, farbige Fische, rote, blaue, gelbe Feuerkugeln, Sterne usw.), Körper- und Gesichtshalluzinationen im Sinne von Autometamorphosen („enorm große linke Hand“, „wurstig-dicke Finger“ usw.) und von Eterometamorphosen (Deformierungen der Umgebung), Raumsinnstörungen (der Raum war „eng“ geworden; die Krankenbetten lagen dicht nebeneinander; der Prob. staunte, als er sah, wie sich die Leute noch zwischen den Betten hin und her bewegen konnten), Depersonalisationserlebnisse (Gefühl, die eigene linke Körperhälfte sei aus dem Ganzen ausgeschieden, wie verlorengegangen). Die Innen- und die Außenwelt schienen dem Prob. wie durch eine vertikale Achse in 2 auseinandergerissene, in bezug auf Farbe, Temperatur, räumliche Dimensionen und Gefühlston gegensätzliche, aber genau symmetrische Hälften getrennt zu sein; alles, was links von der Vertikalen lag, war „brennend heiß“ (am eigenen Körper), „brennend hell“ (in der Außenwelt) und negativ gefühlsbetont (furchterregend, ein Symbol der Gefahr); alles, was rechts von der Vertikalen lag, war hingegen „ruhig, still, im Schatten liegend, dunkel, beruhigend“.

b) Im Vordergrund der akuten Psychose standen psychopathologische Erscheinungen, welche an das Krankheitsbild einer Alkoholhalluzinose außerordentlich stark erinnerten, ja grundsätzlich vom gleichen Typus waren. Der einzige Unterschied gegenüber der klassischen Alkoholhalluzinose bestand im stärkeren Hervortreten optischer Halluzinationen. Der Prob. schilderte uns am Ende des Versuches seine Erlebnisse wie folgt:

Viele fremde und bekannte Leute hätten plötzlich um ihn gestanden und ihn aufgefordert, seine Lebensgeschichte zu erzählen. Auf einmal sei ihm seine Vergangenheit, „sein ganzes Lebenselend“ gegenwärtig geworden, es habe ihm, „wie in einer Stunde zusammengepreßt“, lebhaft und aktuell vor Augen gestanden, „ganz anders, als es sonst im Gedächtnis ist“. Da war der böse Vater, der in den Wirtshäusern herumsaß, die Kinder bei fremden Leuten einquartierte und den jungen Prob. zum Trinken verführte; dort Bekannte und Verwandte, die ihn auslachten, bedrängten und bedrohten. Seine Räusche, seine Diebstähle seien ihm „vor Augen geführt worden“; Stimmen von Drittpersonen hätten seine Lebensgeschichte Punkt für Punkt besprochen, durchgenommen und ad acta gelegt, „und immer war das Urteil ein vernichtendes“. Zu Hunderten hätten sich schadenfrohe, höhrende Verfolger, grauenhafte, kichernde Gestalten um sein Bett gedrängt; man habe ihn öffentlich angeklagt, ihn als den „schlechten Süufer, den Lumpen, faulen Chaib und schmutzigen Hund vor der ganzen Welt hingestellt“; immer wieder kamen Rufe: „Gebe dich aufhängen!“, „Warum lebst du noch?“, „Du bist nicht einmal den Strick wert, du Schuft!“, „... den schlagen wir zusammen, den Willi, den verscharren wir, den hauen wir in Stücke, der muß verrecken...“ Von allen Seiten her seien die Bösewichte „wie eine Völkerwanderung“ über ihn gekommen; sie kamen alle von links her, tummelten sich in trüben, grauen, „rostbraunen, graugrünen, schwarzblauen“ Farben, zeigten mit Fingern auf ihn; und überall war der „Alkoholteufel“, mit spottendem, grimmigem Gesicht und gelben, lüsternen Augen. Andere Leute schmeichelten ihm, sie meinten es jedoch nicht aufrichtig und wollten ihn nur tiefer ins Elend hineinstoßen; „genau so, wie meine Trinkgesellen“, kommentierte der Prob. Von der rechten Seite her seien dann „die wahren Helfer“ gekommen: der Arzt, die Krankenschwester; sie standen in hellen, leuchtenden Farben, wie der Erzengel Michael, und zeigten ihm einen geraden Weg, der durch ein großes helles Tor führte und sich in eine leuchtende Ferne — die Zukunft — verlor. Daneben lag der Zickzackweg der Trunksucht, der in die Hölle führte, und wohin der Teufel ihn zu drängen versuchte. Die Stimmen der Helfer tönnten jedoch „wie Musik“, und schließlich sei der Zauber gebrochen, der Teufelsspek verbannt worden.

Das Erleben des Prob. während der Halluzinose war sehr stark affektbetont; es blieb kein Raum frei für neutrale Affektinhalte und Vorstellungen; Prob. konnte z. B. in der

Psychose an keinen Arzt oder Pfleger denken, ohne gegen den Betreffenden lebhaftes Sympathie oder starke Abneigung zu verspüren. Die ganze Umwelt bestand nur aus Engeln oder Teufeln, es gab keine Abstufungen dazwischen. Selbst der Raum, die gegenständliche Umgebung wurde in diesen großen Kampf zwischen guten und bösen Mächten hineingerissen; alle Dinge verkündeten dem Prob. mit ihren Farben, ihrer Gestalt, ja ihrer bloßen Gegenwart entweder Heil oder Unheil, sie waren nur entweder schön oder häßlich, wünschenswert oder gefährlich.

Während des Versuches stand der Prob. so stark unter dem Eindruck seines Erlebens, daß er keinen Abstand davon nehmen und keine Auskunft darüber geben konnte. Er bedeckte ängstlich das Gesicht mit den Händen, riß sich in der Verzweiflung Haare aus, verkroch sich unter die Bettdecke, schlug gewalttätig um sich oder griff hilflos nach der Hand des Arztes. Er war völlig in seine Wahnwelt versunken, faßte jedoch — im Gegensatz etwa zu den Deliranten — alles genau auf, was sich in seiner Umgebung abspielte. Nach dem Versuch konnte er seine Halluzinose bis ins kleinste Detail klar und anschaulich schildern, wie es z. B. Alkoholhalluzinanten zu tun pflegen. Von wirrem Spuk, wie er die Wahngelbte der Deliranten prägt, war in seinen scharfen, plastischen Schilderungen nichts zu spüren.

Der Prob. erlebte diese LSD-Halluzinose wie eine tiefgreifende Psychokatharsis. Er glaubte, durch den LSD-Versuch an einen Wendepunkt seines Lebens gelangt zu sein. Etwas Entscheidendes habe sich dort ereignet, meinte er; „die Würfel sind gefallen und ein neues Leben hat begonnen“. Er habe sogar „den religiösen Glauben“ wiedergewonnen, nachdem er „dem Teufel ins Gesicht geschaut“ hätte; vor allem aber sei es ihm so klar wie noch nie geworden, daß er künftig keinen Tropfen Alkohol mehr zu sich nehmen dürfe. Während der ersten Tage nach dem LSD-Versuch zeigte der Prob. ein ausgesprochenes Ekelgefühl dem Alkohol gegenüber; er meinte of, „stinkenden Alkohol“ zu schmecken, und verzog dabei seine Miene unwillkürlich im Ausdruck äußersten Abscheus und Ekeis. Die LSD-Halluzinose entsprach daher in ihrer unmittelbaren Wirkung einer „psychodynamischen Ekelkur“.

Am Schluß unserer Krankengeschichte geben wir 2 Rorschach-Protokolle wieder, welche innerhalb einer kurzen Zeitspanne, nämlich wenige Tage vor dem LSD-Versuch und unmittelbar nach demselben, von uns aufgenommen wurden.

I. Protokoll (vor dem LSD-Versuch), Dauer: 15 Minuten

Tafel I

(G) Fledermaus und im Schatten ein Mensch G F+ TV
G FHd M

Tafel II

(G) Weiblicher Geschlechtsteil G FFb— Sex.

Tafel III

(G) Dasselbe G FFb— Sex.

Tafel IV

(G) Es ist ungefähr dasselbe G F— Sex.

Tafel V

(G) Dasselbe G F— Sex.
(G) Es gäbe auch eine Art Fisch, wo in den Algen lebt . . . G F— T

Tafel VI

(Oberes D in A-Stellung) Wie ein Sommervogel (aber es ist zu dick) D F+ T
(Oberes Dd in A-Stellung) Wie ein Totenkopf, da oben wie eine Zange Dd F— Anat.
(Dd am unteren Pol, in A-Stellung), oder weibliches Geschlecht . . . Dd F— Obj. Sex.

Tafel VII

Die zwei oberen Dinge wären wie zwei Karikaturen, zwei Köpfe D F+ Md
 Ida habe immer das Gefühl, es sei immer dasselbe, weiblicher Geschlechtsteil G F- Sex.
 (D in Stellung B und D) Wie zwei Hunde D F+ T

Tafel VIII

(Achse) Rückgrat in den After hinüber Dd F- Anat. Lage
 Wie zwei Wasserbüffel D F+ TV

Tafel IX

(Grüner Fleck) In der Geographie gegen Asien, so ein Staat . . . D FFb- Geogr.
 (Mittleres Grau) Und da Geschlechtsteil, wieder von einem Frauenzimmer; und da der Gang in die Gebärmutter DZw F+- Sex.

Tafel X

(Graues D in A-Stellung) Weibliches und männliches Glied zusammen beim GV D F- Sex.
 (Blauer Fleck, lateral) Tintenfisch D FFb TV
 (Rot, medial) Rotes Meer D FbF Geogr.

Antworten: 21

G	8 (7-)	F+	5	Anat.	2	O+	-
D	8	F+-	1	M	1	O-	-
Dd	4	F-	9	Md	1	V	4
DZw	1						
	21						
		FFb	4	T	6	F+ %	37
		FbF	1	Td	-	T %	29
		FHd	1	Obj.	1	Anat. %	10
			21	Geogr.	2	V %	20
				Sex.	8		
					21		

Erfassungstypus: G- (D) - Dd- DZw 3 Fb: oB
 Sukzession sehr gelockert

II. Protokoll (nach dem LSD.-Versuch), Dauer: 20 Minuten

Tafel I

(D Mitte) Ein Mensch D F+ M
 Eine Fledermaus G F+ T V

Tafel II

Kopf eines Indianers Dd F+ Md
 (Hundskopf, laterale Kontur) oder eines Kamels Dd F+ Td
 (Rot oben) Götze aus der römischen Zeit D F- Fig. O
 Geschlechtsteil der Frau G FFb- Sex.

Tafel III

Zwei Karikaturen G B+ M V
 Blutgefäße D FbF Anat.

Tafel IV

Fell eines Leoparden oder eines Tigers G F+ T V
 (Mediales D in A-Stellung) Schneckenkopf mit Fühlern und Hörnern D F+ Td
 Wie ein Schiffli Dd F+ Obj.

Tafel V

(Oberer Dd in A-Stellung) Hundskopf	Dd F+	Td	
(Laterale Hälfte) Schlafender Mann (terminaler Ausläufer) Bein eines im Kriege Gefallenen, ist schon von den Würmern abgefressen, und der Mann muß sterben	D B+	M	O+
	Dd Fhd	Md	

Tafel VI

Fell eines Krokodils oder eines Tigers	G F+	T	V
Menschenfigur	Dd F-	Fig.	
Menschenkopf, in Stein gehauen	Dd F-	Md	

Tafel VII

Karikaturen, sie schauen sich an und winken sich	D B+	M
--	------	---

Tafel VIII

Zwei Wasserbüffel	D F+	T	V
(Achse) Rückgrat	Dd F-	Anat.	Lage

Tafel IX

(Gelb-orange) Zwei Larven oder Zwerge, wie in der Fastnacht	D B+	M (Maske)
(Grüner Fleck) Staat in Asien	D FFb-	Geogr.
(D rot, lateral) Menschenkopf	D F+	Md

Tafel X

(Blau, lateral) Tintenfisch	D FFb	T	V
(Rot, medial) Fleisch, dabei Krampfader und verstocktes Blut	D Fb		Fleisch
(D grau) Vielleicht Geschlechtsteil	D F-	Sex.	

Antworten: 26

G	5 (1-)	F+	11	Anat.	3	O+	1
D	13	F-	5	M	6	O-	1
Dd	8			Md	3	V	6
	26			Sex.	2		
		FFb	3	T	5	F+ %	69
		FbF	1	Td	3	T+ %	31
		Fb	1	Obj.	1	Anat. %	10 ca.
		Fhd	1	Fleisch	1	V %	20 ca.
		B	4	Geogr.	1		
			26	Fig.	1		
					26		

Erfassungstypus: G — D Dd
 Erlebnistypus: 4 B : 4 Fb

Diskussion des Falles

Zwei Momente sind in diesem klinischen Fall beachtenswert:

- a) Das Vorkommen einer rein psychoreaktiven Halluzinose neben einer klassischen Alkoholhalluzinose in der gleichen Krankengeschichte;
- b) die gleichartige psychopathologische Strukturierung der Alkoholhalluzinose und der LSD.-Halluzinose.

Ad a): Es besteht kein Zweifel darüber, daß es sich bei der ersten 1½-jährigen halluzinatorischen Episode unseres Prob. um eine rein psychoreaktive Halluzinose gehandelt hat. Für die psychoreaktive und gegen eine alkoholtoxische Genese sprechen folgende Gründe:

1. Die sicher nachgewiesene, außergewöhnlich lange Dauer (9 Monate), welche zwischen dem Alkoholgenuß des Prob. und dem Beginn der Halluzinose liegt. H a r -

der (4) hat in unserer Klinik an Hand genauer Diagramme nachgewiesen, daß der zeitliche Zusammenhang zwischen Alkoholenß und Halluzinose meist sehr eng ist; die ersten Halluzinationen entwickeln sich gewöhnlich unmittelbar im Anschluß an alkoholische Exzesse, spätestens nach 3—4 Tagen voller Abstinenz. Frühere Autoren behaupten, daß Alkoholhalluzinosen auch nach 1—2 Wochen völliger Abstinenz noch entstehen könnten, was in seltenen Fällen auch nach unserer Erfahrung zutrifft. Eine Latenzzeit von mehr als 1 Monat ist jedoch sicher nie beobachtet worden.

2. Der besonders klar einfühlbare psychodynamische Zusammenhang zwischen den Halluzinationen und der Lebensgeschichte sowie die identische Struktur von Halluzination und Traum (der Prob. hatte im Schlafe Träume mit gleichem Inhalt und Gepräge wie die Halluzinose). Der Proband kommt sich im Leben infolge seiner ungünstigen Kindheits- und Jugendentwicklung hilflos und minderwertig vor. Er greift in dieser starken psychoreaktiven Angst zum Alkohol, vergeift sich aber dabei als chronischer Alkoholiker an der Gesellschaftsordnung, am sozialen Anstand, am sittlichen Gesetz und versagt beruflich schwer. Er wird verachtet, bestraft, versorgt. In der Haft hört er Stimmen von Drittpersonen, meistens von Leuten aus seiner Umgebung, die sich abschätzend über ihn äußern, ihn beschimpfen und bedrohen.

3. Die psychokathartische Wirkung der Halluzinose. Der Prob. schildert anschaulich, wie seine Angst- und Minderwertigkeitsgefühle in der Halluzinose nachlassen, abklingen. In der Halluzinose werden die Angstgefühle nach außen projiziert und dramatisiert; in der dramatischen Auseinandersetzung wird die Angst abreagiert.

Weder der zweite noch der dritte Punkt allein würden genügen, um eine toxische Halluzinose auszuschließen. Der Nachweis psychodynamischer Momente im psychotischen Bild besagt nichts gegen die Diagnose eines akuten exogenen Reaktionstypus. Ferner gehört die Alkoholhalluzinose bekanntlich zu einem psychopathologischen Grenzgebiet, wo sich verschiedene Formkreise (akuter exogener Reaktionstypus, chronisches organisches Psychosyndrom, Schizophrenie) zu überschneiden scheinen. — Gegen den ersten Punkt ließe sich theoretisch einwenden, daß unter Umständen und in seltensten Fällen die alkoholische Noxe auch nach Jahren noch zur schädigenden Wirkung kommen könnte; ist doch aus der Geschichte der Encephalitis epidemica bekannt, daß psychopathologische Zustandsbilder oft erst einige Jahre nach der klinischen Heilung des infektiösen Prozesses auftreten können. Dieses Argument können wir aber wohl fallen lassen, denn es wirkt hier rein hypothetisch und widerspricht jeder klinischen Erfahrung auf dem Gebiete der Alkoholhalluzinosen. Es erscheint um so unwahrscheinlicher, als im gegebenen Fall außer der Halluzinose absolut keine Zeichen eines fortschreitenden hirnrorganischen Geschehens weder auf psychopathologischem noch auf neurologischem Gebiete nachweisbar sind. Gestützt auf die drei hervorgehobenen Gründe, dürfen wir die Diagnose einer psychoreaktiven Halluzinose bei ungünstiger psychoreaktiver Lebensentwicklung mit Sicherheit stellen.

Ad b): Zunächst eine Bemerkung: Die von uns geschilderte toxische Halluzinose ist bis jetzt einmalig in der Literatur und das erste Beispiel einer szenenhaft-psychodynamisch aufgebauten, durch eine starke akustische Komponente geprägten Halluzinose nach Lysergsäurediäthylamid. Die von Stoll und Condrau an zahlreichen Gesunden und Geisteskranken in unserer Klinik beobachteten LSD.-Räusche liegen

in der Skala der akuten exogenen Zustandsbilder weit entfernt vom klinischen Typus einer Alkoholhalluzinose. Sie enthalten kein dramatisches Geschehen (im Sinne unserer Schilderungen) sowie auch keine differenzierten Gehörs-Sinnestäuschungen. Die LSD.-Sinnestäuschungen sind bekanntlich vorwiegend optischer und elementarer Struktur. Werden sie bei schizophrenen Halluzinanten erzeugt, so vermengen sie sich nicht mit der schizophrenen Halluzinose, sondern werden von den Kranken subjektiv als qualitativ ganz verschiedene Phänomene empfunden und geschildert (Stoll). Ganz anders hier, bei unserem Probanden, wo die LSD.-Halluzinose tief aus der lebensgeschichtlichen Substanz des Prob. zu entspringen scheint, durch und durch dem dramatischen Aufbau einer Alkoholhalluzinose entspricht und vom Prob. subjektiv als ein tiefgreifendes kathartisches Geschehen wahrgenommen wird.

Einen Einblick in die psychokathartische Wirkung des LSD.-Versuches, und zwar in seinem „objektiven“ Aspekt (gegenüber dem „subjektiven“ Erleben des Probanden), gewinnen wir durch die Analyse der Rorschach-Protokolle, welche beim Probanden innerhalb weniger Tage, nämlich einige Tage vor und unmittelbar nach dem LSD.-Versuch, aufgenommen wurden. Wir ließen beide Protokolle durch einen Kollegen auswerten, der den Probanden nicht kannte, um somit den Objektivitätswert unserer Rorschach-Befunde genauer zu prüfen. Die folgenden Befunde sind also als Ergebnisse eines „Blindversuches“ aufzufassen, wenn auch ihre endgültige Formulierung nach einer gemeinsamen klinischen Diskussion des Falles erfolgte.

Beim ersten Protokoll handelt es sich prima vista um einen sehr auffälligen und ungewöhnlichen Befund. In etwa 15 Minuten werden 21 Antworten gegeben, aber nur zum geringen Teil geläufige Deutungen. Formal ist vor allem das enorm schlechte Formprozent von 37% F+, davon unter 8G:7G— hervorzuheben! Der Erfassungstyp zeigt ein schweres Defizit an D und zuviel Dd. Die Sukzession ist sehr gelockert und wirkt durch das Herausgreifen absurder Dd mitunter fast zerfahren. Der Erlebnistypus ist koartativ-extratensiv. Inhaltlich dominieren meist abstruse Sexualdeutungen. Der Perseveration auf diesem Thema ist das schlechte F+% weitgehend zuzuschreiben. Besonders auffallend ist, daß identische Sexualdeutungen — immer weibliche Genitale — sowohl in schlechten G- als auch in absurden Dd-Antworten gegeben werden. Die Interpretation des Protokolls gibt hinsichtlich des Psychostatus folgende Hinweise: geringe Intelligenz (leichte Debilität fraglich); Infantilismus (u. a. Sexualphantasien, dabei z. B. Regression in den Mutterleib bei Tafel IX); Angst, Selbstunsicherheit vor der Frau, vor dem Leben, vor seinen existentiellen Aufgaben als Mensch (Beispiele, die auf die Gesamthaltung hinweisen: das weibliche Genitale wird bei Tafel VI als Zange gesehen; der Mensch wird bei Tafel I „im Schatten“ gesehen; das Rückgrat bei Tafel VIII mündet im After, d. h. dieses Symbol der Festigkeit gründet sich auf Kot). Klinisch kommt in Frage entweder eine Neurose, d. h. eine infantil-neurotische Entwicklungshemmung mit dominierenden Sexualkomplexen, oder eine Psychose (Manifestation existentieller und sexualneurotischer Ängste durch einen flach verlaufenden schizophrenen Prozeß). Verdächtig für eine Schizophrenie sind besonders die angedeutete Zerfahrenheit und die Abstrusität einzelner Deutungen, wie etwa der durch isolierte („freiflottierende, aus jedem menschlichen Verband herausgelöste“) Genitalien imaginierte Coitus in Tafel X. (Interessanterweise kommen — wie dies schon von Weber [7] hervorgehoben worden ist — schizophrenieverdächtige Merkmale in den Rorschach-Protokollen von sicher nicht schizophrenen Alkoholhalluzinanten recht häufig vor, welcher Befund vielleicht mit der massenstatistisch faßbaren familiären Mehrbelastung der Alkoholhalluzinanten mit Schizophrenie im Zusammenhang steht.)

Das zweite Protokoll weist eine erstaunliche Veränderung auf; ein „neuer“ Mensch tritt uns hier entgegen. Man beachte die Bereicherung des ganzen Protokolls, die starke Verbesserung des F+% auf 69% (von 5G nur noch 1G—), die erhebliche Vermehrung der D-Antworten. Im Erlebnistyp finden wir zwar noch ziemlich unbeherrschte Fb-Deutungen, die aber durch die neu auftauchenden B allerdings vollen Ausgleich erhalten. Mit dem

Auftreten zahlreicher M- und Md-Deutungen kommt eine Vermenschlichung des ganzen Protokolls zustande. Die Sexualdeutungen sind auf 2 gesunken. Inhaltlich fallen zum Teil lebenswürdige Dinge auf, z. B. der Schneckenkopf mit Fühlern und Hörnern (gleichsam tastende Neuorientierung in der Welt nach der Wiedergeburt aus dem Chaos), das Schiffli (als kleines Rettungsboot, das den Probanden nach der Sintflut sicher ans Land bringt). Interessant sind ferner der schlafende Mann, eine ganz gute, originelle B-Deutung, etwas Geruhames und Erlöstes; darunter der Krieger, der sterben muß und von den Würmern gefressen wird, wie eine Symbolisierung des eigenen „Untermenschen“, des Dämons im Ich („Alkoholteufel“ in der Halluzinose), der bekämpft und besiegt werden mußte von einem reineren Ich. (Wie schon erwähnt, handelt es sich dabei um „blinde“ Interpretationen des Protokolles; eine analytische Prüfung wurde solchen Deutungen nicht unterzogen.)

Beide Protokolle zeigen vor allem, daß beim Probanden mit der LSD.-Halluzinose eine entscheidende Wandlung eintrat, und zwar im Sinne einer Erlösung und Befreiung aus dem Chaos, der Überwindung des eigenen Dämons, des Schöpfens von Hoffnung und Zuversicht an Stelle der vorherigen ausweglosen Angst. LSD.-Räusche bewirken, wie es sich aus noch unveröffentlichten Beobachtungen Stolls in unserer Klinik ergibt, fast immer eine Verschiebung der Stimmungen und deshalb auch eine dementsprechende Veränderung der Rorschach-Protokolle. Bei unserem Probanden, dessen Rorschach-Protokoll nach dem LSD.-Versuch jedoch eine existentielle Persönlichkeitsweiterung und -festigung aufweist, läßt sich dieser Strukturwandel eigentlich nur im Rahmen eines tiefgreifenden psychokathartischen Geschehens verstehen.

Warum nun hat dieser Proband auf das LSD. so ganz anders reagiert als die bisherigen Versuchspersonen? Sicherlich ist dies nicht allein auf die relativ starke Dosierung des Giftes zurückzuführen, da gleiche LSD.-Mengen, z. B. bei Schizophrenen, oft völlig wirkungslos bleiben und bei Gesunden (nach eigener Erfahrung) nur zu leichten delirösen Erregungen führen. Man könnte versucht sein, die besondere Reaktionsbereitschaft des Exploranden aus der Tatsache zu erklären, daß er als ehemaliger Alkoholhalluzinant vielleicht konstitutionell zu einem ganz bestimmten exogenen Reaktionstypus prädisponiert sei. Bonhoeffer (2) meinte, Alkoholhalluzinanten seien — im Gegensatz etwa zu Alkoholdeliranten — zu akustischen Halluzinationen konstitutionell prädisponiert und begründete diese Ansicht durch seine (von anderen Autoren nicht bestätigten) Beobachtungen, nach denen Alkoholhalluzinanten eine markante, im Vergleich zu den übrigen Alkoholikern überdurchschnittliche sprachliche und stilistische Gewandtheit aufwiesen. Ein solcher Schluß wäre jedoch beim jetzigen Stande unseres Wissens ziemlich aus der Luft gegriffen: weder wissen wir heute, ob Alkoholhalluzinanten tatsächlich zu gleichartig strukturierten LSD.-Räuschen neigen (der Proband ist ja der erste Alkoholhalluzinant, bei dem ein LSD.-Versuch angestellt wurde), noch können wir etwas Endgültiges darüber aussagen, ob bei Alkoholhalluzinanten überhaupt eine allgemeine konstitutionelle Prädisposition zu Halluzinosen vorliegt [eine solche konstitutionelle Prädisposition läßt sich nicht einmal mit einer massenstatistischen Erbpathologie einigermaßen sicher begründen (1)]. — Wenn wir also die Bereitschaft unseres Probanden, auf verschiedene exogene Noxen (Alkohol, LSD.) in gleichartiger, homeotypischer Weise zu reagieren, nicht einfach als „Konstitution“ hinstellen wollen, so müssen wir einmal schauen, was das psychopathologische Phänomen selbst darüber auszusagen hat: Sofort springen uns eindrucksvolle psychodynamische Zusammenhänge zwischen der LSD.-Halluzinose und der Lebensgeschichte in die Augen. Sehr prägnant und anschaulich drückte der Proband selbst dieses Verhältnis in dem Satze aus, daß er im LSD.-Rausch seine ganze Lebens-

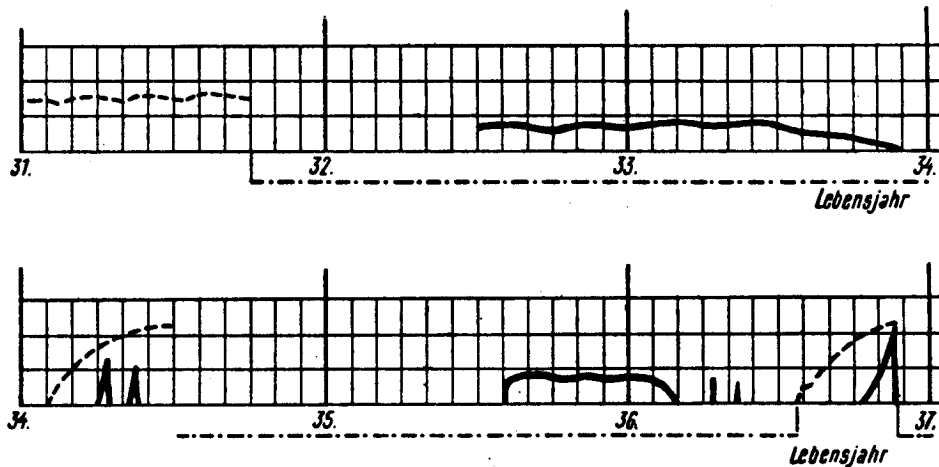
geschichte im vollen Umfang und in „dreifacher Wiederholung“ nochmals durchgemacht habe. Ferner finden wir in der Vorgeschichte verschiedene halluzinatorische Episoden, welche, gleichviel ob psychoreaktiver oder toxischer Genese, immer wieder dieselbe dramatische Lebenssituation darstellen, die sich schließlich im LSD.-Rausch zum titanischen Lebenskonflikt steigert. — Von besonderer Bedeutung ist aber vor allem die Tatsache, daß diese lebensgeschichtliche Konfliktsituation auch spontan, unabhängig vom Rahmen eines exogenen Reaktionstypus, dramatische halluzinatorische Erlebnisse hervorbringen kann. Wir stehen also vor der Tatsache, daß unser Proband einerseits, ganz ohne Einwirkung exogener Noxen, zu psychoreaktiven Halluzinosen neigt, und daß er andererseits das erste Beispiel einer szenenhaft-dramatischen Halluzinose vom Typus einer Alkoholhalluzinose in der LSD.-Literatur darstellt.

Beide Verhaltensweisen dürften wohl miteinander in Zusammenhang stehen; der Schluß liegt nahe, daß die besondere atypische Reaktionsbereitschaft des Probanden auf das LSD. in derselben Persönlichkeitsstruktur begründet liegt, welche auch spontan ganz gleichartige halluzinatorische Phänomene hervorgebracht hatte.

Wir kommen nun zu der Frage nach der Pathogenese der Alkoholhalluzinose. Unser Proband erkrankte in den Jahren 1948 und 1950 typisch an zwei Alkoholhalluzinosen. Die Diagnose stützt sich auf sichere und einwandfreie Nachweise: auf das typische klinische Bild, den Verlauf und den unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zwischen Alkoholabusus und Halluzinose. Die pathogenetische Frage erlangt nun im Lichte der obigen Ausführungen ein besonderes Interesse.

Wie bekannt, ist die Pathogenese der Alkoholhalluzinose umstritten. Es liegt nicht im Rahmen dieser kleinen Arbeit, das gesamte Problem, das wir in einer andern Publikation eingehend untersucht haben, wieder aufzurollen. Wir möchten hier nur erwähnen, daß die Frage, ob psychoreaktive Momente eine faßbare Rolle in der Pathogenese der Alkoholhalluzinose spielen, noch nicht als erledigt gelten darf. Jedenfalls erscheinen gerade bei dieser Psychose die dynamischen Zusammenhänge zwischen lebensgeschichtlichem und psychopathologischem Geschehen viel unmittelbarer, einfühlbarer und fließender zu sein, als z. B. beim Delirium tremens. Man bekommt oft ein klares Bild davon, wie sich die Psychose aus der ängstlichen, schweren Affektspannung der präpsychotischen Phase allmählich entwickelt, wenn die Alkoholhalluzinanten erzählen, wie sie schon vor dem eigentlichen Beginn der Halluzinose unter der qualvollen Angst litten, die Leute würden überall über sie abschätzig reden; man spürt direkt, wie die ersten akustischen Sinnestäuschungen dieser diffusen, paranoiden Stimmung entspringen. Andererseits läßt sich eine solche paranoide Wahnstimmung aber auch stufenweise aus der typischen alkoholischen Wesensveränderung ableiten; es finden sich fließende Übergänge mit einer weitgespannten Variationsbreite vom bloßen Alkoholikermißtrauen bis zum reaktiven Wahn. Alle diese Zusammenhänge scheinen auf eine psychoreaktive Wurzel der Alkoholhalluzinose hinzuweisen. Man könnte aber von einem methodisch-kritischen Gesichtspunkt aus auch anders argumentieren: es gehört ja zum Wesen eines psychopathologischen Phänomens, daß es sich mehr oder weniger in der Kategorie des lebensgeschichtlichen Seins, des geschichtlich Persönlichen vollzieht; es gibt keine von der geschichtlichen Persönlichkeit losgelösten Krankheitssymptome. Wir stoßen hier auf ein kategorisches Verhalten des psychopathologischen Geschehens, welches sich nicht unter den Kausalitätsbegriff bringen läßt, ja mit einem kausal-genetischen Vorgang nicht verwechselt werden sollte. — Ein weiterer kritischer Einwand würde lauten: „Die Evidenz eines verständlichen Zusammenhanges aber beweist noch nicht, daß dieser Zusammenhang nun auch in einem bestimmten Einzelfall wirklich sei, oder daß er überhaupt wirklich vorkomme. Die Übertragung auf den Einzelfall kann falsch sein, trotz der Richtigkeit des generellen (ideal-typischen) Verstehens jenes Zusammenhanges. Alles Verstehen einzelner wirklicher Vorgänge bleibt

mehr oder weniger ein Deuten, das nur in seltenen Fällen relativ hohe Grade der Vollständigkeit überzeugenden objektiven Materials erreichen kann" (Jaspers [5]). Wir haben uns vor dem Irrtum jenes Arztes zu hüten, dem es gelungen war, die ganze Symptomatologie eines Diabetes insipidus restlos aus der Krankengeschichte zu erklären, bis der weitere Verlauf einen Hirntumor feststellen ließ. Hier ist freilich die Situation eine andere, aber sie ist ebenso kompliziert. Eine eindeutige Abklärung der pathogenetischen Frage könnte erst der Nachweis bringen, daß Alkoholhalluzinanten im Durchschnitt psychoreaktiv stärker geschädigt seien als nichthalluzinierende, ebenso verwahrloste chronische Alkoholiker. Diese Frage ist angesichts der relativen Seltenheit der Alkoholhalluzinose massenstatistisch schwer zu beantworten. Wir selbst hatten Gelegenheit, eine größere Anzahl Alkoholhalluzinanten nachzuuntersuchen; die Voraussetzungen für eine eingehende tiefenpsychologische Exploration der Kranken war in den meisten Fällen jedoch aus äußeren Gründen nicht gegeben. — Das



Übersicht über den Krankheitsverlauf:

Die Abszisse entspricht dem Lebensalter, die Ordinate der ungefähren Schwere der Krankheit

————— Halluzinose
 - - - - - Alkoholismus
 - Alkoholabstinenz

Experimentum cracis, ob die Alkoholhalluzinose wesentlich seltener auftreten würde, falls die Alkoholiker in einem ihnen wohlgesinnten Milieu den wichtigsten Grund zur psychoreaktiven Angst verlören, läßt sich wohl als theoretische Möglichkeit denken, aber praktisch nicht durchführen.

Die Alkoholhalluzinose unseres Probanden stellt innerhalb der Kategorien der Alkoholhalluzinosen sowie der akuten exogenen Reaktionsbilder einen Grenzfall dar, an dem die Mitwirkung psychoreaktiver Momente im pathogenetischen Ablauf unabhängig vom massenstatistischen Nachweis klar und anschaulich erfaßt werden kann. Wir denken dabei nicht allein an die Möglichkeit, das Krankheitsgeschehen aus der Lebensgeschichte des Probanden nachführend abzuleiten; das wäre, wie wir es am Anfang unserer Ausführungen dargelegt haben, wohl ein dynamisches Verstehen, aber noch kein sicheres kausalgenetisches Erklären und Begründen. Wichtig ist hier für unsere Fragestellung einerseits die Kombination der Alkoholhalluzinose mit einer

rein psychoreaktiven Halluzinose, und andererseits die Bereitschaft des Probanden, aus einer psychoreaktiven inneren Lage heraus auf eine unspezifische exogene Noxe (LSD.) spezifisch im Sinne einer Alkoholhalluzinose zu reagieren. Das spezifische psychopathologische Phänomen einer zusammenhängenden, dramatisch strukturierten, psychodynamisch bewegten Halluzinose scheint hier also nicht von der Art des exogenen Schadens, sondern von der psychoreaktiven Grundlage der Persönlichkeit abhängig zu sein; dies dürfte per analogiam auch für die Pathogenese der eigentlichen alkoholhalluzinatorischen Episoden des Probanden zutreffen.

Zum Schluß ein Wort zur Konstitutionsfrage. Die Bedeutung des konstitutionellen Momentes ist in unserem Fall nicht klar ersichtlich. Körperlich handelt es sich beim Probanden um einen robusten, athletisch gebauten Mann ohne dysplastische Merkmale. Im Familienbild finden wir lediglich Fälle von Trunksucht (Vater, Onkel) und von psychischen Entwicklungsstörungen (Stottern, Enuresis, erzieherische Schwierigkeiten), die sich alle mit psychoreaktiver Genese erklären ließen und jedenfalls kein spezifisches erbpathologisches Merkmal darstellen.

Eigene massenstatistische Untersuchungen an Alkoholhalluzinanten haben nun gezeigt, daß die Alkoholhalluzinose einen bestimmten Konstitutionskreis voraussetzt, welcher im Einzelfall allerdings meist nicht faßbar ist. Unsere Befunde weisen nämlich darauf hin, daß in der Verwandtschaft von Alkoholhalluzinanten wesentlich mehr Schizophrenien und akute exogene Psychosen (vor allem Alkoholdelirien) anzutreffen sind als in der Durchschnittsbevölkerung und in der Verwandtschaft gewöhnlicher Alkoholiker; ferner, daß eine bestimmte Anzahl von Alkoholhalluzinanten (in unserer Kasuistik etwa 10%) später schizophren werden. Unter diesen Voraussetzungen betrachtet, sind auch in diesem besonderen Einzelfall konstitutionelle Momente faßbar; sie dürften allerdings hier gegenüber der psychoreaktiven Konstellation in dem toxischen Krankheitsmoment nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Zusammenfassung

1. Die vorliegende Arbeit geht von einem Probanden aus, bei dem eine Alkoholhalluzinose mit einer Charakterneurose und einer deutlichen Tendenz, auf psychische und toxische Noxen mit Halluzinosen zu reagieren, vorliegt. Es stellte sich die Aufgabe, durch eine eingehende psycho- und pharmakodynamische Analyse abzuklären, ob genetische Beziehungen zwischen den verschiedenen Störungen des Probanden zu vermuten seien. Die strukturanalytische Untersuchung der genetisch verschieden konstellierte psychopathologischen Phänomene wies auf eine gleichartige klinische Strukturierung und auf einen gemeinsamen psychodynamischen Ursprung des Krankheitsgeschehens hin. Zuerst zeigte sich nämlich, daß psychoreaktive und alkoholische Halluzinose beim Probanden dasselbe klinische Gepräge aufwiesen und in bezug auf Verlauf und psychodynamischen Aufbau kreisförmig ineinandergriffen; bei der pharmakodynamischen Exploration mit LSD. stellte man ferner beim Probanden die Entwicklung einer toxischen Psychose fest, die einerseits — wohl im Gegensatz zu den bisher in der Literatur geschilderten LSD.-Räuschen — dem „dramatischen“ szenenhaften Aufbau einer Alkoholhalluzinose entsprach und andererseits in derselben Konfliktspannung wurzelte, aus der auch die hysterische Halluzinose hervorgegangen war. Die besondere Prädisposition des Probanden zu dieser Form des exogenen Reaktionstypus ließ sich in klarer Weise auf seine psychoreaktive Entwicklung zurückführen.

2. Die Alkoholhalluzinose unseres Probanden nimmt in der Kasuistik dieser Krankheitsform eine besondere Stellung ein. Sie dürfte als eine hysterisch-alkoholische Hallu-

zinoſe bezeichnet werden, da dem psychoreaktiven Moment eine nicht nur pathoplastiſche, ſondern ſicher auch pathogenetiſche Bedeutung zugeſchrieben werden muß. Während die Alkoholhalluzinoſe bis jetzt faſt immer nur als der kliniſche Schrittpunkt toxiſch exogener und ſchizophrener Krankheitsabläufe angeſehen worden iſt, zeigen uns beſondere Grenzfälle, wie der unſeres Probanden, daß auf dieſem Gebiete auch fließende Übergänge zu der Gruppe der hysteriſchen Psychoſen vorliegen. Die Halluzinoſe des Probanden ſtellt ſchließlich das ſehr ſeltene Beiſpiel einer chroniſchen, zur völligen Remiſſion neigenden Halluzinoſe bei chroniſchem Alkoholismus dar und ſteht als ſolche im Gegenſatz zu den meiſten chroniſchen Alkoholhalluzinoſen, die ſich ſo gut wie immer nach unſeren Erfahrungen (1) entweder zur organiſchen Demenz oder zu ſchizophrenen Psychoſen entwickeln.

Schrifttum

1. Benedetti, G.: Die Konſtitutionspathologie der Alkoholhalluzinoſe und das Problem der Anlage zu den alkoholischen Psychoſen (im Druck). — 2. Bonhoeffer, K.: Die akuten Geiſteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Fiſcher, Jena 1901. — 3. Conrad, G.: Kliniſche Erfahrungen an Geiſteskranken mit Lysergſäure-Diäthylamid. Acta psychiatrica et neurologica 24, 9, 1949. — 4. Harder, A.: Das Weſen der Alkoholhalluzinoſe. Diſs. Zürich 1946. — 5. Jaspers, K.: Psychopathologie. Berlin 1946. — 6. Stoll, W. A.: Lysergſäure-Diäthylamid, ein Phantaſtikum aus der Mutterkorngruppe. Schweiz. Arch. Neur. u. Psych. Bd. LX, H. 1/2, 1947. — 7. Weber, A.: Delirium tremens und Alkoholhalluzinoſe im Rorſchachſchen Formdeutverſuch. Ztschr. f. Neur. u. Psych. Bd. 159, 446, 1937.