


## IX.

# Simulation und Geistesstörung.

Von

Dr. A. Schott,

Oberarzt der Königl. württ. Heilanstalt Weinsberg.



Obgleich ich mir nicht verhehle, dass über Simulation und Geistesstörung schon eine sehr umfangreiche Literatur vorliegt, so glaube ich doch, dass die nachstehend aufgeführten beiden Fälle ein erhöhtes psychiatrisches Interesse zu beanspruchen vermögen. Die Eigenartigkeit derselben liegt darin begründet, dass beide in Betracht kommenden Individuen einer wiederholten specialistischen Beobachtung und Begutachtung unterstanden haben und dass sich die Beobachtungsdauer auf eine längere Zeit erstreckt, als wir bei der überwiegenden Mehrzahl der casuistischen Mittheilungen zur Verfügung haben. Nachdem ich schon den grössten Theil meiner Literatur zusammengestellt hatte, erschien Bresler's Monographie, welche wohl geeignet ist, die zahlreichen Lücken meiner Literaturzusammenstellung auszufüllen. An und für sich kam es mir weniger darauf an, die Casuistik erschöpfend zusammenzutragen, als aus den Ansichten der psychiatrischen Autoritäten, wie sie sich theils aus ihren Lehrbüchern, theils aus Ausführungen im Anschlusse an veröffentlichte Gutachten, theils endlich aus den Lehrbüchern der gerichtlichen Medicin ergeben, die Hauptsätze herauszuschälen.

Bresler's (1) Arbeit ist gewiss sehr verdienstvoll und namentlich auch historisch interessant, aber sie sollte m. E. als Abschluss doch die zusammenfassende Ansicht des Autors dem Leser vorführen, weil ja dadurch dem Leser durchaus nicht die Möglichkeit benommen ist, sich nach eigenem Gutdünken ein Urtheil zu bilden. Gerade dies hier nachzuholen, ist der Zweck dieser Arbeit und werden demzufolge einige Leitsätze als Extract der Literaturangaben das Ganze beschliessen. Der gewiss sehr interessanten Frage, unter welches Krankheitsbild sich die

beiden nachstehenden Fälle unterordnen lassen, wird nach Möglichkeit nahe getreten werden.

### Fall I.

G. B. aus R., evangelisch, verheirathet, Wirth, geboren 8. März 1855, aufgenommen 14. Mai 1901, entlassen 24. Juni 1901.

Ueber erbliche Belastung ist nichts Sicheres in Erfahrung zu bringen. Körperliche und geistige Entwicklung gingen ohne Auffälligkeiten von Statten. Potus wahrscheinlich. Im Alter von 20 Jahren Trauma (Bruch des linken Unterschenkels und anscheinend leichte Kopfverletzung). Seither hat B. seinen Beruf als Wirth und Bierbrauer aufgegeben und als Reisender in verschiedenen Artikeln seinen Unterhalt gesucht. Im Jahre 1880 — 25 Jahre alt — erste Ehe, seit 1886 zum zweiten Male verheirathet. 1880 und 1881 erfolgten die ersten Gesetzesübertretungen, welche kleine Geldstrafen zur Folge hatten. Von 1894 ab zahlreiche Delicte. 1895 wegen 5 Vergehen des Creditbetrugs 9 Monate 14 Tage Gefängniss. Während der Strafverbüßung vom 4. März bis 8. November 1895 im Landesgefängniss H. benahm sich B. mehrfach ungehörig und wurde disciplinirt. 1897 in Untersuchung wegen 6 Vergehen des vollendeten Betrugs und wegen 2 des versuchten Betrugs. Urtheil: 2 Jahre 2 Monate Gefängniss. In der Hauptverhandlung behauptete B., an Gedächtnisschwäche zu leiden. Gleich zu Beginn des Strafvollzugs im November 1897 äusserte B. ziemlich verwaschene Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Ende 1897 und Anfang 1898 benahm sich B. „wiederholt frech und unverschämt und verweigerte den Gehorsam“.

Im Laufe des Jahres 1898 fortgesetzt widerstrebend, gerieth in Wuth, wenn ihm etwas abgeschlagen wurde, schrie, schimpfte, beleidigte und bedrohte die Mitgefangenen, hetzte dieselben auf u. ä. m.

Anfang October 1898 Einzelhaft; B. wurde nicht mehr disciplinirt, weil seine Zurechnungsfähigkeit fraglich erschien.

Das Zeugniss des Anstaltsarztes Dr. B. vom 26. October 1898 constatirt moralischen Schwachsinn; in einem weiteren Bericht desselben Arztes wird von Beeinträchtigungs- und unter dem 13. Februar 1899 von dem Vorherrschen von Vergiftungsideen gesprochen, ausserdem findet sich darin noch folgender uns hier interessirender Vermerk: „Der Gemüthszustand B.'s ist hypochondrischer wie je geworden, auch ist der Intellect gemindert, sofern B. keine Belehrung mehr gelten lässt, dazu macht sich eine ungewohnte Gedächtnisschwäche bemerkbar.“

Die erste Beobachtung in der psychiatrischen Klinik Tübingen vom 13. März bis 25. Juli 1899 ergab: „1. B. ist geisteskrank; 2. B. bedarf der Behandlung in einer Irrenanstalt.“

December 1899 wieder in Untersuchung wegen verschiedener Betrüge-reien. Unter dem 11. Juni 1900 wird von Sanitätsrath Dr. F. über B. folgende Aeusserung abgegeben: „Beides nun, sowohl Simulation resp. Uebertreibung, wie das positive Vorhandensein psychischer Abnormitäten, wurde aus den vorhandenen Acten, als schon von früheren Beobachtern bestätigt erwiesen. Aus

den Voracten geht hervor, dass B. einen Theil der Symptome unterdrückt, dass er also nicht bloß übertreibt, simulirt, sondern auch dissimulirt. Wenn auch über die specielle Form der geistigen Störung zunächst kein bindendes Urtheil gefällt werden kann, so hat doch auch schon die diesseitige Beobachtung erwiesen, dass B. ein Geisteskranker ist, der der Irrenanstaltsbehandlung bedarf.“

Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde von diesem Gutachter auf Katanie gestellt, daneben aber auch an Hysterie gedacht.

Januar 1901 wieder wegen Betrügereien verhaftet. Bei der Vernehmung machte B. theils falsche Angaben, theils verweigerte er jede Auskunft; das Protokoll unterschrieb er nicht. Bei anderen Vernehmungen hüllte er sich in hartnäckiges Stillschweigen. Wegen des Verdachts der Geistesstörung wurde B. zur Vorbereitung eines Gutachtens vom 29. Januar bis 11. März 1901 in der psychiatrischen Klinik zu Tübingen beobachtet. Der Tenor des dort abgegebenen Gutachtens lautet: „B. ist zur Zeit nicht als geisteskrank im Sinne des Gesetzes anzusehen und es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass B. zur Begehung der That geisteskrank war.“

In der Strafhaft bot B. wieder so mancherlei Auffälligkeiten dar, dass seine Ueberführung auf die Krankenabtheilung nothwendig wurde. Am 25. April 1901 äusserte sich der Strafanstaltsarzt Med.-Rath Dr. P. dahin: „Ich bin daher auch ausser Stande, ein bestimmtes abschliessendes Urtheil über B.'s Geisteszustand abgeben zu können; ich kann zunächst nur so viel sagen, dass das ganze Verhalten des B. während seines Hierseins im Wesentlichen den Eindruck der Simulation auf mich gemacht hat, wobei ich es aber dahingestellt sein lassen möchte, ob nebenher nicht doch tatsächlich noch eine Geistesstörung, etwa in Form eines Verfolgungswahns, bei ihm besteht, wie das nach seinem Vorleben ja keineswegs als ausgeschlossen angesehen werden kann.“

Auf Antrag dieses Begutachters wurde B. vom 14. Mai bis Ende Juni 1901 in der K. Heilanstalt Z. beobachtet. Das über ihn abgegebene ausführliche Gutachten kommt zu dem Ergebniss:

„1. Dass Anhaltspunkte dafür, dass B. während der letzten und der seiner Verhaftung in H. unmittelbar vorangegangenen Zeit an Geisteskrankheit gelitten bzw. sich in einem Zustande krankhafter Störung seiner Geistesthätigkeit befunden hat, durch den seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, nicht vorliegen;

2. dass er aber Erscheinungen eines geschwächten Centralnervensystems zeigt, das für ihn nicht nur eine Prädisposition für die Entstehung von Geisteskrankheiten bildet, sondern auch zu der Veränderung seiner geistigen und moralischen Widerstandsfähigkeit geführt haben dürfte.“

Das Gericht stellte daraufhin das Verfahren gegen B. ein, „da die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass der Angeschuldigte zur Zeit der Begehung der Betrügereien und der Urkundenfälschungen sich in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befunden habe“.

Vom 16. November 1901 bis 14. März 1902 befand sich B. zum 3. Male in der psychiatrischen Klinik zu Tübingen und lautet der uns hier interessierende Passus des dort über ihn ausgestellten ärztlichen Zeugnisses: „B. ist als geisteskrank der Aufnahme in eine Irrenanstalt bedürftig, um so mehr, als ihm jede Einsicht in das Verwerfliche seines Handelns abgeht.“

Die Psychose wird mit den Worten gekennzeichnet: „Geisteskrankheit mit Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, hauptsächlich der Verfolgung.“

In der K. Heilanstalt S., wo B. vom 23. März bis 20. Juli 1903 untergebracht war, lief er unter der Diagnose Paranoia.

Ende August 1902 nur kurz, zum 4. Male in der psychiatrischen Klinik zu Tübingen verpflegt, wird sein Zustand mit „einfacher Seelenstörung“ charakterisiert.

B. hat, wie vorausszusehen war, von seinen verbrecherischen Neigungen in keiner Weise abgelassen, sucht vielmehr nach wie vor in den Zeiten der Freiheit durch Lug und Trug sich seinen Unterhalt zu erwerben und pendelt vorerst noch zwischen Irrenanstalt und Gefängnis hin und her.

## Fall II.

E. B. aus K., evangelisch, ledig, Kutscher, geboren 29. Mai 1862, lebenslänglicher Zuchthausgefangener. Ueber erbliche Belastung nichts Sicheres bekannt. Als Kind kränklich und schwächlich, als Knabe unartig und roh. Als Jüngling führte er ein leichtsinniges Leben. 18 Jahre alt, im Jahre 1880, Eintritt beim Militär als 4jährig Freiwilliger (Cavallerie): Zwei längere Festungsstrafen wegen Diebstahls und verschiedene kleinere Strafen, Soldat II. Klasse. Juni 1886 bis April 1887 10monatliche Gefängnisstrafe wegen Diebstahls in der Strafanstalt H. Bald nach seiner Entlassung wegen Einbruchdiebstahls 1 Jahr 6 Monate Zuchthaus, welche B. im Zuchthaus L. verbüßte und wo er sich zahlreiche Disziplinarstrafen zuzog. Gegen Ende der Strafzeit „stellte sich B. geisteskrank, um der Bestrafung für sein widersetzliches und ungehöriges Verhalten zu entgehen“. Entlassung Januar 1890. März 1890, 28 Jahre alt, Diebstahl, kam wieder in die Strafanstalt L., simulierte zum 2. Male Geistesstörung, führte sich dann einige Monate geordnet, simulierte zum 3. Male und kam am 31. Jan. 1891 zum 1. Male in die K. Heilanstalt Z., wo sein Zustand als psychopathische Degeneration und zwar vorwiegend in moralischer Richtung aufgefaßt wurde.

Am 28. Juli 1891 entwich B. aus der Anstalt, in welche er Ende März 1892 wieder verbracht wurde und welche er nach Verfluss von einigen Monaten in Form der Beurlaubung verliess.

Am 25. Juli 1892 verübte B. einen Raubmord, begab sich dann in die Schweiz, woselbst er wegen mehrerer Diebstähle in das Gefängnis kam und dort ebenfalls „Geistesstörung simuliert“ haben sollte. Vom 14. März bis 6. April 1893 befand sich B. behufs Ausstellung eines Gutachtens zum 3. Male in der K. Heilanstalt Z. Die damalige Beobachtung kam zu dem Ergebniss, dass „B. an einer angeborenen psychopathischen Degene-

ration leidet, welche die freie Willensbestimmung nicht ausschliesst, jedoch Erschwernisse für ihn im Gefolge hat, wenn es sich darum handelt, verbrecherischen Antrieben zu widerstehen. Ferner hat sich B. zu der Zeit, da er die ihm zur Last gelegten Handlungen beging, auch sonst nicht in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befunden, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen gewesen wäre, und B. befand sich in einem solchen Zustand auch nicht während der Zeit seiner neuesten Beobachtung in Z. und nicht am 6. April 1893, als er aus der Anstalt abgeholt wurde.“

B. wurde auf Grund dieses Gutachtens zum Tode verurtheilt, welche Strafe durch die Gnade des Landesherrn in lebenslängliche Zuchthausstrafe umgewandelt wurde.

Unter dem 4. August 1894 giebt der Strafanstaltsarzt Dr. K. ein ausführliches Gutachten über B. ab, worin er nachweist, dass B. „derzeit thatsächlich geistesgestört“ ist und zwar an Paranoia leidet.

Dieser Gutachter beantragte demzufolge die Ueberführung des B. in eine Irrenanstalt, welchem Antrage jedoch zunächst nicht stattgegeben wurde. Derselbe Beobachter berichtete am 18. Januar 1895 über B. „meines Erachtens kann gar kein Zweifel mehr bestehen, dass B. in der That geisteskrank und dringend irrenanaltsbedürftig ist“. Unter dem 20. Juni 1895 wird von demselben Arzte über B. geäußert: „E. B. aus K. befindet sich derzeit im Zustande absoluter Verblödung“.

B. wurde am 5. Juli 1895 wiederum in die K. Heilanstalt Z. überführt, woselbst er ein anderes Verhalten als in der Strafanstalt bot, so dass die Direction unter dem 17. August 1895 sich über B., wie folgt, ausliess: „B. giebt sich hier wesentlich anders, als er sich in der Strafanstalt zu S. in der letzten Zeit gegeben hat. Es ist aber zweifellos, dass B. hier simulirt, wie er auch in S. simulirt hat. . . . .“

Vom 11. December 1895 liegt folgende berichtliche Aeussderung der Direction vor: „ . . . . . dass der in hiesiger Anstalt untergebrachte Zuchthausgefangene B. weder an Verrücktheit, noch an Gefangenenwahnsinn, noch an erworbener Verblödung leidet, und dass die bei ihm beobachteten Erscheinungen von den Symptomen aller bekannten klinischen Bilder von Geisteskrankheit wesentlich abweichen. Die Beobachtung hat vielmehr ergeben, dass alle auffälligen Erscheinungen, insbesondere die Grössenideen und Aufregungszustände und das ganze läppische Benehmen des B. vorgetäuscht sind, um den wirklichen Geisteszustand des B. zu verhüllen. Die lange und consequent fortgesetzte Simulation beruht jedoch insofern auf krankhafter Basis, als B., wie sein ganzes Vorleben beweist, eine psychisch abnorme, speciell psychopathisch degenerirte Natur ist“.

Den Entscheid über die Irrenanaltsbedürftigkeit des B. behielt sich die Direction für später vor und gab darüber in einem besonderen Bericht, welcher sich auch mit der klinischen Einreihung des uns hier beschäftigenden Falles befasst, nachfolgende Darstellung: „Dass das Verhalten des E. B. in der Hauptsache auf grober Simulation beruht, ist ohne Weiteres

einleuchtend. Nicht so einfach war hingegen die Entscheidung der Frage, ob hinter dieser Simulation eine geistige Störung verborgen sei? Die Annahme einer chronischen Verrücktheit (Paranoia im engeren Sinne) lässt sich als unzutreffend ausschliessen. Von den charakteristischen Eigenthümlichkeiten dieser Krankheit war nichts nachzuweisen. B. zeigte nicht bloss keine stetig fortwirkende Eigenbeziehung und keine systematisch ordnende Wahnbildung, sondern es war von Beachtungswahn überhaupt und von irgend einer Neubildung von Wahnideen nie etwas bei ihm zu beobachten. Für den scheinbar bei ihm vorhandenen Grössenwahn war weder ein Ursprung, noch eine Entwicklung zu finden.

Eine einzige fremdartige abenteuerliche Grössenidee wurde von ihm völlig unvermittelt geäussert, ohne dass ein innerer Zusammenhang dieser Vorstellung mit seinem übrigen Seelenleben ersichtlich geworden wäre.

Auch bei einem bereits verblödeten Verrückten hätte immerhin, wenn auch nur in trümmerhafter Form, eine breitere Basis des Grössenwahns, namentlich aber eine gewisse Amalgamirung desselben mit seinem Denken, Reden und Handeln nachweisbar sein müssen. Uebrigens war gerade die Verblödung bei p. B. offenkundig gefälscht. B. bekundete nach mancher Richtung hin eine gute Reflexion, so dass es frappiren musste, wenn sein Grössenwahn so schlecht motivirt und unvollkommen ausgebaut war. Das Fehlen jeder Spur von Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, der Mangel einer Auseinandersetzung mit seiner Lebenslage, die sich ihm doch gewiss auffällig genug fühlbar machte, wäre bei einem Verrückten doch wohl nicht zu verstehen. Einem Simulanten aber konnte es wohl passiren, dass er bei der allerplumpsten äusserlichen Darstellung eines Grössenwahns stehen blieb und die feinere psychologische Verarbeitung der Grössenidee übersah.

Ein so unvollkommen motivirter Grössenwahn würde kaum bei einem Paralytiker vorkommen. Die Unmöglichkeit der Annahme einer paralytischen Erkrankung braucht übrigens kaum discutirt zu werden. Die ganz respectablen intellectuellen Leistungen, welche B., auch abgesehen von der Simulation, verrieth, die Geschicklichkeit, mit der er auf seinen Vorthail bedacht war, die erstaunliche Energie und Consequenz und nicht zuletzt die Sicherheit und Gewandtheit in motorischen Functionen verbieten es, an progressive Paralyse zu denken.

Nicht ganz so leicht ist die Ablehnung der Katatonie und der übrigen zur Verblödung mit vorherrschender Albernheit und Gebundenheit führenden Geisteskrankheiten. Auch Herr Dr. K. scheint in seinem Gutachten die katatonische Verrücktheit und Verblödung im Auge gehabt zu haben. Der Gesamtverlauf mit Einschluss der früheren Anfälle würde gegen diese Gruppe von Psychosen nicht sprechen. Nicht einmal der sichere Nachweis der Simulation bez. Uebertreibung würde einen katatonischen Blödsinn ausschliessen. Der abrupte unmotivirte Grössenwahn würde am ehesten noch zu dieser Krankheitsform passen und das affectirte alberne Benehmen ist ja bei Katatonikern sehr häufig. Um auch in dieser Richtung zu einem sicheren Urtheil zu kommen, war eine langfortgesetzte Beobachtung unentbehrlich. Die kritische Prü-

fung einzelner Symptome z. B. der Nahrungsverweigerung, der stereotypen Gewohnheiten u. a. hat jedoch so principielle Abweichungen von den Aeusserungen katatonischer Kranker ergeben, dass auch die Katatonie mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Von wirklicher Gebundenheit war nie etwas nachzuweisen. Als ausschlaggebend dürfte die Thatsache angesehen werden, dass während eines Zeitraums von mehr als einem Halbjahr nie krampfähnliche oder zwangsmässige Reactionen, nie irgend welche Zeichen von Katalepsie oder Negativismus bei B. zu Stande kamen. Ausserdem fehlten völlig die charakteristischen somatischen Begleiterscheinungen der Katatonie.

Die Vermuthung einer Imbecillität konnte sich bei kritischer Würdigung des ganzen Lebenslaufes des B. überhaupt nicht erheben; wohl aber war an gewisse andere angeborene Schwächezustände von vornherein zu denken. B. zeigt eine Reihe von somatischen Degenerationszeichen, es ist bei ihm im Verein mit einer ungewöhnlich starken vasomotorischen Erregbarkeit eine ganz excessive Gemüthsreizbarkeit zu beobachten, die bisweilen zu maasslosen Affectausbrüchen führt. Die moralischen Gefühle sind bei B. ausserordentlich schlecht entwickelt. Er hat auch bei seinem jetzigen Aufenthalt eine Gemüthsrohheit gezeigt, welche den von ihm begangenen Mord nur allzu begreiflich erscheinen lässt. Zu seinem rücksichtslosen Egoismus gesellt sich eine recht auffällig hervortretende prahlerische Eitelkeit und Selbstgefälligkeit, die ihn ausserordentlich empfindlich und leicht beleidigt erscheinen lässt und ihn rachsüchtigen Tendenzen zugänglich macht. B. zeigt in geschlechtlicher Richtung eine ungezügelter Gier und ist nicht frei von perversen Antrieben. Er ist durch und durch unwahrhaftig und neigt offenbar schon unter gewöhnlichen Umständen zu schauspielerischer Verstellung. Bei der gründlichen Verkümmern seines Seelenlebens auf ethischem Gebiete ist seine Intelligenz unverhältnissmässig leistungsfähig. B. ist sehr gewandt, schlau und verschlagen und zu consequenter und zielbewusster Geistesarbeit befähigt; allerdings ist auch seine Intelligenz nicht völlig intakt. B. verliert oft die Uebersicht und fällt bisweilen plumpen Versehen anheim. B. besitzt zweifellos eine sehr rege Phantasie, die ihm bei seiner Simulation sehr zu Statten kommt. Die von ihm vorgetäuschten Grössenideen mögen eine natürliche Grundlage haben in gewissen eitlen Träumereien, denen sich solche Individuen besonders dann überlassen, wenn sie ihrem Hang zu lebhafter Geselligkeit nicht nachgeben können und in der Gefangenschaft auf sich selbst angewiesen sind.

Alles, was in dem Verhalten des B. über diese Eigenthümlichkeiten hinausging, muss auf Simulation zurückgeführt werden. Dass diese Verstellung wesentlich eine Uebertreibung gewisser in seinem Seelenleben vorgebildeter Züge darstellte, ist nur natürlich. Dadurch erklärt sich auch, dass B.'s jetziges Verhalten in den wichtigsten Punkten mit seinen früheren Simulationsleistungen so grosse Aehnlichkeit aufweist. B. hatte als lebenslänglicher Zuchthausgefangener hinlänglichen Anlass zur Simulation. Dass er neben seiner Verstellung consequent den Plan verfolgte, sich zu befreien oder sich wenigstens Erleichterungen seiner Strafe zu erringen, ist wiederholt recht deutlich geworden.

Da psychopathisch degenerirte Individuen unter dem schädigenden Einfluss des Gefängnislebens leicht sich verschlimmern und oft genug in Geisteskrankheiten verfallen, war eine gründliche und langwierige ärztliche Beobachtung geboten. Es konnten jedoch gar keine Anhaltspunkte für die Annahme beigebracht werden, dass B. sich im Vergleich zu seinem früheren Geisteszustand wesentlich verändert habe.

Ob eine psychopathische Degeneration der Art, wie sie bei B. vorliegt, die Verpflegung in einer Irrenanstalt erforderlich macht oder nicht, darüber sind nicht alle Irrenärzte derselben Ansicht. Eine Einigung kann wohl, da es sich um eine Frage der Schätzung handelt, überhaupt nicht erreicht werden.

Die Direction ist der Ansicht, B. kann zwar nur als psychisch abnorm veranlagter Mensch richtig verstanden und zweckmässig behandelt werden, d. h. auf möglichst humane Weise unschädlich gemacht werden; allein der seelische Defect erreicht bei ihm keinen so hohen Grad, dass es gerechtfertigt wäre, ihn der Strafanstalt zu entziehen und der Irrenanstalt zuzuweisen. B. ist nicht so stark psychisch geschädigt, dass er beständiger ärztlicher Ueberwachung bedürfte. Ein ärztliches Eingreifen wird vielmehr nur ausnahmsweise und vorübergehend z. B. bei schweren Affectausbrüchen in Frage kommen. Auch bei seinem diesmaligen Aufenthalt in der Irrenanstalt sind bei B. vereinzelte Erregungszustände vorgekommen, in welchen er für seine Thaten nicht hätte verantwortlich gemacht werden können. Diese Erregungszustände waren jedoch so kurzdauernd, dass sie keinen Anlass bieten, eine dauernde Verwahrung des B. in einer Irrenanstalt zu befürworten, vielmehr dürfte die Rückversetzung des B. in die Strafanstalt angezeigt erscheinen“.

Auf Grund dieses Gutachtens wurde B. am 5. October 1896 wieder in die Strafanstalt zurückversetzt.

In der Strafanstalt musste B. sofort wieder mehrfach disciplinirt und schliesslich auf die Krankenabtheilung verlegt werden.

Der Strafanstaltsarzt Dr. K. bezeichnete B. als an Paranoia leidend, weshalb B. vom 23. Mai bis 26. October 1898 wiederum in Behandlung der K. Heilanstalt Z. stand, ohne dass diese Beobachtung zu einem anderen als dem in dem früheren Gutachten ausgeführten Ergebnisse geführt hätte. Wegen des überaus gefährlichen Charakters des B. und wegen der durch ihn dauernd bedingten Störung des Krankendienstes wurde er am 26. October 1898 in das Zuchthaus S. zurückversetzt. Seit dieser Zeit befindet sich B. in der Strafanstalt, und zwar wegen seines gemeingefährlichen Charakters in der Einzelhaft. Mehrfach traten Erregungszustände ein und musste B. des Oefteren disciplinirt werden. Der derzeitige Strafanstaltsarzt fasst die geistige Störung des B. als degeneratives Irresein auf. Anhaltspunkte für Epilepsie fanden sich nicht.

---

Aus den zahlreichen Mittheilungen der Fachliteratur geht hervor, dass schon frühzeitig darauf hingewiesen worden ist, wie wenig Simulation, d. h. willkürliches Erzeugen oder Vorgeben irgend welcher abnormer Erscheinungen für die geistige Gesundheit charakteristisch wäre.



Nach Jakobi (2) ist in derartigen Fällen die Frage nicht auf Simulation zu stellen, sondern darauf, ob der Seelenzustand krank oder gesund sei. Mit der Erkenntniss der Simulation hört nach Damerow (3) die Aufgabe des Gerichtsarztes nicht auf, sondern es bleibt die Frage, ob dieselbe einem normalen oder krankhaften Zustande entsprungen und in beiden Fällen, wie dieser Zustand entstanden sei. „Offenbar ist es also gar nicht das, was der Richter zu wissen verlangt, sondern er fragt nur deshalb so, weil er meint, Simulation und Geisteskrankheit schlössen sich aus. Der Sachverständige, welcher das Gegentheil weiss, wird aber diese Frage für Nebensache halten und vielmehr die Beschaffenheit des Zustandes ohne alle Tendenz in's Auge fassen müssen“ [Jessen (4)].

Richarz (5) unterscheidet die physikalischen durch Vorstellungen nicht vermittelten Symptome, welche meist nicht simulirbar d. h. nicht darstellbar seien, und die psychisch vermittelten Krankheitserscheinungen, welche subjectiver und objectiver Natur seien. Um die psychisch vermittelten Erscheinungen objectiver Natur, welche Gegenstand der sinnlichen Wahrnehmung durch Andere seien, handle es sich hauptsächlich bei der Simulation. „Immer bleibt daher das allgemein entscheidende Kriterium für alle Erscheinungen, welche wirklich und ganz simulirt sind, ihre Zerstörbarkeit durch psychische Einwirkungen, durch Wegnahme, durch Entfernung jener ihr Motiv bildenden Vorstellungen von Nutzen oder Lust, und immer wird dies als möglich anzunehmen sein, so lange und insoweit die Simulation rein ist“.

Eine Simulation, die so zur Gewohnheit geworden, dass sie nicht immer deutlich bemessen und beabsichtigt ist, sei, insoweit sie diese Eigenschaft besitzt, eben keine Simulation mehr, sondern zur Krankheit geworden. Reine Simulation sei selten und immer nur von kurzer Dauer.

Delbrück (6) betont, dass man fast in der Regel bei irren Verbrechern das Leugnen und Beschönigen der verbrecherischen That findet und also daraus keinen Beweis der Simulation führen dürfe. Das Verbrecher- und Zuchthausleben macht nach ihm den Menschen mit der Zeit durch und durch unwahr. „Solche alte Zuchthausobjecte sagen selten die Wahrheit, lügen und verheimlichen oft ohne allen Zweck, und mit der eigenen Unwahrheit wächst das Misstrauen gegen ihre Mitmenschen. Diese angewohnten Seelen- und Gemüthszustände bleiben auch oft dem Irren, ja sie steigern sich oft noch im Irresein“.

Die Simulation von Geistesstörung berührt eine Verfügung des preussischen Ministers des Innern an die Regierungen vom 26. October 1858: . . . „in allen Fällen, wo es sich um Fortbringung eines ver-

urtheilten Sträflings aus der Strafanstalt wegen Geisteskrankheit handelt, mit grösster Sorgfalt und Vorsicht zu verfahren, theils weil nicht selten verschmitzte Verbrecher in der Hoffnung, sich dadurch in eine bessere Lage zu bringen, Geisteskrankheit bloss simuliren, theils weil auch wirkliche Geistesstörungen erfahrungsmässig zuweilen in einer Form auftreten, wodurch das Irresein, die innere Bösartigkeit und der Verbrechersinn noch keineswegs verschwunden ist, so dass durch die Enthebung eines solchen geisteskranken Verbrechers aus der sicheren Haft des Zuchthauses die Irrenanstalt, der er übergeben wird, sowie zugleich die öffentliche Sicherheit leicht grosser Gefahr ausgesetzt werden kann“.

D. und W. Jessen (7) äussern sich dahin, dass die Erkenntniss der Simulation (abgesehen von zufälligen und rein äusserlichen Beweismitteln) von der Prüfung der inneren Wahrscheinlichkeit der Symptome abhängt. „Wahrscheinlich sind letztere, sobald sie zusammengenommen dem Bilde einer besonderen Krankheitsform entsprechen, unwahrscheinlich, sobald sie derselben widersprechen“.

v. Krafft-Ebing (8) hat sich sehr eingehend mit der Frage der Simulation von Geistesstörungen befasst. Dieser Autor weist darauf hin, dass wirklich Irre zuweilen zu ihrer Geistesstörung noch Krankheits-symptome hinzusimuliren, und Hysterische psychopathische Symptome simuliren oder übertreiben zwecks Erregung des Mitleids oder der Aufmerksamkeit.

Als Grundsatz habe bei der Frage, ob Simulation oder Geistesstörung, zu gelten, „dass der Beweis der Simulation erst mit dem Nachweis der völligen Geistesintegrität geliefert ist“.

Ferner warnt v. Krafft-Ebing (8), daraus, dass die am Exploranden beobachteten auffälligen Erscheinungen mit keiner der empirisch wahren und bekannten Formen psychischer Erkrankung übereinstimmen, auf Simulation zu schliessen“.

Ueber die Begutachtung simulirter Geisteskrankheit schreibt Scholz (9) [1874]: „... an Stelle der deductiven Methode hat die inductive zu treten. Der mühsame Weg der Kritik jeder Einzelerscheinung muss beschritten werden und statt eines in sich geschlossenen Ganzen hält man schliesslich nur lose Theile in der Hand“.

Nach Kirchhoff (10) ist es nicht immer nothwendig, dass ein bestimmtes System zur Einreihung dieser Formen angenommen wird, sondern es handelt sich um die Frage, ob der klinische Verlauf eines Falles naturgemäss ist.

Wille (11) versichert, dass er nie geistig ganz intacte Simulanten gefunden habe; alle waren epileptisch, hysterisch, Alkoholiker oder Hereditärer; geistig intacte Simulanten seien grosse Raritäten.

Sander (12) äussert sich zu der Frage der Simulation: „Im Allgemeinen, sehr vereinzelte Fälle ausgenommen, kann man wohl sagen, dass, wenn ein wirklich sachverständiger, gewissenhafter Beobachter in einer Irrenanstalt länger als 2 bis 3 Monate zweifelhaft bleibt, ob er einen blossen Simulanten oder einen Geisteskranken vor sich hat, die Geistesstörung anzunehmen ist.“ Fürstner (13) stellt verschiedene Gruppen von Geistesstörungen auf, welche nach seiner Erfahrung simulirt zu werden pflegen. Am häufigsten wird nach diesem Autor das Bild des Blödsinns darzustellen versucht. Als diagnostisch verwertbar giebt Fürstner (13) bei dem simulirten Blödsinn die plötzliche Entwicklung desselben aus voller Gesundheit heraus, ohne jede ätiologische Basis an. Eine intellectuelle Schwäche entwickle sich bei vorher gesunden Personen nicht ohne Vermittlung tief greifender Krankheitsprocesse. Der Verdacht müsse bestärkt werden durch die Absurdität der sprachlichen und schriftlichen Aeusserungen, durch den Mangel an Uebereinstimmung, die zwischen den letzteren, dem Gesichtsausdruck und den Handlungen zu bestehen pflegen. Die Diagnose der Simulation könne zuweilen dadurch gestützt werden, dass es gelinge, das Unterrichtsobject zu eruiiren, dessen Krankheitsäusserungen der Verdächtige copirte. Die vierte von Fürstner (13) aufgestellte Gruppe umfasst aus sehr variablen, unregelmässig mit einander wechselnden Symptomencomplexen sich zusammensetzende Bilder, die sich unter die geläufigen Krankheitsformen nicht unterbringen lassen. Unter diese Gruppe fallen meist Gewohnheitsverbrecher, deren psychischer Mechanismus gewöhnlich eine oder mehrere Schädigungen (Trunk, Excesse, Kopfverletzungen, Epilepsie, Gemüthsbewegungen, wiederholte Strafvollzüge) erlitten hatte und häufig schon von Hause aus geschwächt und disponirt war. Dazu komme, dass diese Individuen gewohnheitsmässig übertreiben und lügen, auch wo es die Situation nicht erfordert. Derartige alte Verbrecher sind im gewissen Sinne Artefacte, erkranken sie nun wirklich psychisch, so weicht das Krankheitsbild wesentlich von der uns geläufigen Gestaltung der einzelnen Formen des Irreseins ab, die dauernd bestehenden psychischen Anomalien modificiren es und die Neigung der Kranken, einzelne wirklich vorhandene Symptome in übertriebener Weise darzustellen, andere direct vorzutäuschen, trägt noch mehr zur Erzielung eines völlig atypischen Symptomencomplexes bei, ebenso wie das bald süsslich-devote, bieder männliche, mit Religiosität coquettirende, bald freche, cynische Wesen absticht von dem Verhalten eines unbescholtenen Kranken.“

Moeli (14) mit seiner grossen Erfahrung über irre Verbrecher neigt der Ansicht zu, dass die Simulation von Irrsinn nicht zu

selten, sondern noch zu häufig angenommen werde. Die Gründe, welche in solchen Fällen die richtige Erkenntniss erschweren, sieht Moeli (14) darin, dass Leuten, die in öftere Berührung mit den Organen der Strafrechtspflege gekommen sind, besonders alten Zuchthäuslern, das Lügen, welches häufig ohne besonderen Zweck und ohne bestimmte Absicht geschieht, in Fleisch und Blut übergegangen sei. Diese Eigenschaft brauche sich bei ihnen während des Entstehens und der Dauer einer Geisteskrankheit ebenso wenig zu verlieren, wie bei einem geisteskranken Handwerker seine technische Fertigkeit. Das bewusste Vorbringen von Unwahrheiten ist daher bei solchen Leuten nicht ohne Weiteres mit einem gemachten Benehmen, das den Anschein der Geistesstörung erwecken soll zu identificiren.

Etwaige Begründung des Verdachts auf Simulation mit dem Hinweis, dass die Erscheinungen des Falles nicht in den Rahmen bestimmter Krankheitsbilder passten oder dass mehrere solcher Formen „gemischt“ seien, erklärt Moeli (14) als Folge des Fehlens technischer Ausbildung und Erfahrung, der übermässigen Werthung von Aeusserlichkeiten und von aus Lehrbüchern entnommenen schematischen Vorstellungen. Ein Uebergang von Simulation zu Geisteskrankheit oder gar die Entstehung von Geistesstörung durch Simulation allein, obgleich sie mit Rücksicht auf die geistige Anstrengung und die Gemüthsbewegung denkbar, kommt nach Moeli (14) nur in verschwindenden Ausnahmefällen vor.

Mitunter werde Simulation simulirt.

Nach Moeli (14) kann der sichere Nachweis der Simulation unter Umständen eher auf das Vorhandensein einer Geistesstörung als Grund der Verstellung hinlenken und beweist er mindestens gegen das Bestehen einer psychischen Abweichung in keiner Richtung etwas.

Fritsch (15) hat unter 200 Untersuchungsgefangenen nur 10 Simulanten und darunter 2 geistesgesunde gefunden. „Jene Einseitigkeit, die den Psychiater zur Präsumption einer Krankheit führen könnte, wo lediglich Simulation vorliegt, findet übrigens ihr Analogon in einer gewissen Geneigtheit der richterlichen Kreise, Simulation zu vermuthen oder direct anzunehmen, wo Geistesstörung besteht.“ Von den zehn Simulanten, welche Fritsch (15) beobachtete, standen, was er selbst hervorhebt, sieben wegen Eigenthumsdelikten in strafgerichtlicher Untersuchung und von den übrigen waren zwei bereits vorher schon wegen Diebstahls abgestrafte Individuen.

Geistige Störungen werden nach Heller (16) hauptsächlich von Rekruten vor der Einstellung simulirt und zwar das einfache „Sichdummstellen“ bis zur völligen Idiotie.

A. Leppmann (17) schreibt: „Eine zielbewusste Vortäuschung

von Geistesstörung, namentlich über längere Zeit hin, ist ein so seltener Ausnahmefall, dass er kaum in Betracht zu kommen braucht.“ Bei der vielgestalteten Menge der Untersuchungs- und Strafgefangenen kämen allerdings häufig genug Sonderbarkeiten des Verhaltens vor, welchen der Arzt zunächst zweifelnd gegenüber stehe, doch ergäbe sich bei vorurtheilsfreierer Abwägung und sorgfältiger Beobachtung, dass man es mit vorübergehenden oder dauernden geistigen Störungen zu thun habe oder höchstens mit den Uebertreibungen und schwächlichen Simulationsversuchen, welche an und für sich ein Symptom geistiger Invalidität seien. Leppmann (17) legt Gewicht auf die Beobachtung körperlicher Begleitsymptome.

Dretz (18) glaubt, dass man bei der reinen Simulation, d. h. der Simulation nicht geistig abnormer Menschen, einen Typus des Gesunden und einen des ethisch Degenerirten unterscheiden könne. Im ersten Falle finde nur eine bewusste Uebertreibung wirklich vorhandener Gemüthsstimmungen statt; es ist dies die natürlichste Art zu simuliren die „einfache Simulation.“ Der Simulant brauche dabei sein eigentliches Innenleben nicht zu verbergen und erscheine zugleich als krank. Ein Beispiel hierfür sei Hamlet. Der zweite Typus ist durch die durchdachte Unwahrheit und Lüge charakterisirt.

Siemerling (19) in seinen casuistischen Beiträgen zur forensischen Psychiatrie hat unter 12 Beobachtungen 4, in welchen das Vorhandensein einer Geistesstörung nicht erwiesen werden konnte. Von diesen 4 liess sich einmal der Versuch, Erinnerungsdefect zu simuliren, nachweisen, bei Beobachtung 4 ergab sich, dass es sich um einen reinen Simulanten handelte, welcher chronische Verrücktheit simulirte. Dieser letztere Fall verdient in Rücksicht auf die uns hier beschäftigende Frage ein näheres Eingehen auf das motivirte Gutachten, welches in seinen Hauptzügen folgendermaassen lautete: „ . . . . in diesem Zugeständniss (der Simulation) dürfen wir nicht allein den Beweis der Simulation erblicken, sondern dieses darf nur als eine Bestätigung des auf Grund unserer Beobachtung gewonnenen Urtheils angesehen werden. Der eigentliche Beweis muss von unserer Seite erbracht werden, nicht bloss durch die Aussagen des Beobachteten. Die mehrwöchentliche Untersuchung hat ohne Zweifel ergeben, dass M. simulirt hat und überhaupt nicht geisteskrank ist . . . . Wenn wir uns umsehen, in welchen Rahmen einer Geisteskrankheit ein solcher Zustand, wie ihn M. darbott, gehört hätte, dann könnten wir ihn noch am ähnlichsten der Verrücktheit erachten. Gerade bei dieser Erkrankung sehen wir das Festhalten an einem bestimmten Wahn, hier können wir die Umwandlung der ganzen Persönlichkeit in eine andere verfolgen. Derartige Erkrankungen

nehmen aber ihrem innersten Wesen nach einen gesetzmässigen Verlauf. Sehen wir ganz ab von dem Inhalt des Wahnes, recurriren wir auf den Ursprung desselben. Im ganzen Leben des M., so weit wir darüber Auskunft zu erhalten im Stande waren, finden sich keine Anhaltspunkte, dass er früher geisteskrank gewesen oder auch nur sonderbar, verschoben, verkehrt in seinen Handlungen und Aeusserungen. Von einer etwaigen hereditären Belastung ist in seiner Familie nichts bekannt . . . . Eine solche Umwandlung der Persönlichkeit kommt niemals in der Weise mit einem Schlage zu Stande, wie sie M. darbot. Entweder die Transformation geht äusserst langsam vor sich, allmählig schleicht sich der Wahn in das Vorstellungsleben ein und wandelt die Persönlichkeit um, oder der Ausbruch einer solchen Erkrankung erfolgt plötzlich, dann können wir sicher sein, dass derselbe mit einer Betheiligung der Affecte einhergeht. Von alle dem finden wir bei M. keine Spur. Weder eine langsame chronische Entwicklung, noch ein plötzliches Einsetzen mit Betheiligung des Affects können wir hier constatiren. Gerade dieser Umstand fällt am allerschwersten in's Gewicht und schon in ihm haben wir einen untrüglichen Beweis der Simulation. Betrachtet in diesem Lichte, wird uns auch das ganze übrige sonst schwer verständliche Verhalten klar.“

In Beobachtung 5 wird die Annahme einer Simulation durch den Nachweis einer schweren hypochondrischen Verrücktheit hinfällig, ebenso bei Beobachtung 6, 7 und 12. Bei den Fällen 7 und 12 liess sich die Simulation als Ausfluss der Geistesstörung erweisen. Bei dem Gutachten Fall 12 heisst es: „Wenn aber der Herr Vorgutachter die Ansicht ausspricht, dass es einer geeigneten psychologischen Analyse wohl stets gelänge, den Simulanten zu entlarven, so darf dem entgegen gehalten werden, dass es der psychiatrischen Erfahrung in der Regel gelingt, hinter dem vermeintlichen Simulanten die Geisteskrankheit nachzuweisen.“

Bei der Frage der Simulation geistiger Störungen verdient das Ganser'sche (20) Symptom besondere Beachtung, da dasselbe selbst nach der Meinung der Autoren besonders geeignet ist, bei dem unkundigen Beobachter den Eindruck des Simulanten zu erwecken.

Jolly (62), Raecke (21) und Lücke (22) neigen mit Ganser (20) der Ansicht zu, dass es sich hierbei um eigenartige hysterische Erscheinungen handle, während Nissl (23) das Ganser'sche Symptom überhaupt in erster Linie für eine eigenartige Aeusserung des katonischen Negativismus hält, jedoch auch zugeben muss, dass es bei wirklich Hysterischen beobachtet werden kann.

Aus den Arbeiten Raecke's (21) und anderer Autoren über hyste-

rischen Stupor geht hervor, dass sich dadurch die Simulationsfrage nur noch schwieriger gestaltet hat.

In neuester Zeit hat sich Raimann (24) mit der Frage der Simulation von Geistesstörung befasst. „Eine Krankheitsform, deren Erscheinung, auch wenn kein Verdacht vorliegt, häufig den Eindruck von etwas Gemachtem erwecken könne, ist die Hebephrenie (täppische, übertriebene Sonderbarkeiten des Redens und Thuns, zeitweilige Klarheit, dann unvermittelt sinnlose Handlungen); gleiches gilt von den katonen Formen: neben zerfahrenem Gedankengang oft unsinnige Wahnideen bei guter Orientirung, Triebhandlungen und Bewegungsstereotypien, letztere zuweilen von aussen beeinflussbar. „Atypische Fälle“, bei denen keine bestimmte Diagnose gestellt werden kann, kommen gerade häufig bei Gefängnispsychosen vor. Das Vorhandensein eines genügenden Motivs für Simulation, schliesst Geistesstörung nicht aus. Fehlen eines Motivs beweist nichts gegen Simulation. Häufig ist blosser Arbeitsscheu das Motiv zur Simulation.

Man darf nach Raimann (24) nicht a priori sagen, dieser Mensch simulirt, ergo ist er nicht normal; sondern man muss fragen: „ist das Individuum des Gebrauches seiner Vernunft so völlig beraubt, dass es die That nicht zu verantworten vermag, deren strafrechtliche Verfolgung jetzt die Simulation von Geisteskrankheit veranlasst“.

Auch E. Schultze (25) glaubt, dass manche Fälle, welche in der Literatur unter Simulation beschrieben worden sind, zum Capitel der Dementia praecox gehören. „Bei der Dementia praecox ist eben, was die psychischen Symptome angeht, einfach alles möglich, vom scheinbar tiefsten Blödsinn bis zur maniakalischen Ausgelassenheit, von der ausgesprochensten Depression bis zu einem Grössenwahn, dessen sonst nur der Paralytiker für fähig gehalten wird, von der tiefsten gemüthlichen Gleichgültigkeit bis zur grössten Reizbarkeit und Empfindlichkeit, von einer klaren Diction bis zum Wortsalat“.

Schultze (25) stellt in Rücksicht auf die Schwierigkeit des Nachweises reiner Simulation (zumal bei der Seltenheit ihres Vorkommens) die Forderung auf, dass keine Verurtheilung wegen Simulation geistiger Störung erfolgen sollte, bevor der Angeschuldigte in einer Irrenanstalt geraume Zeit beobachtet worden ist.

Diese Mittheilungen aus der Casuistik mögen genügen, zumal Bresler (1) dieselbe in ziemlich erschöpfender Weise behandelt hat und es uns viel mehr darauf ankommt, den principiellen Standpunkt der Gutachter, wie wir ihn schon vorstehend in den Vordergrund gerückt haben, kennen zu lernen. Zur Vervollständigung dieser

Absicht erübrigt es sich daher, noch aus den Lehrbüchern der Psychiatrie die entsprechenden Punkte hervorzuheben.

Griesinger (26) bespricht bei der allgemeinen Diagnostik der psychischen Krankheiten die Frage der Simulation mit den Worten: „Beim Verdacht der Simulation hat man besonders auf folgende Umstände zu achten. Dem Simulanten, falls er nicht gerade psychiatrische Kenntnisse haben sollte, gelingt es sehr selten, die Symptome irgend einer Form von Geisteskrankheit treu und consequent nachzuahmen, meist mischt er die Erscheinungen mehrerer Formen untereinander, so dass ein wenig naturwahres Krankheitsbild geliefert wird. Der Simulant übertreibt ferner gewöhnlich die Phänomene der gestörten Intelligenz, er glaubt, dass in Allem das Unterste zu oberst gekehrt werden müsse, giebt statt Wahnvorstellungen Absurditäten und benimmt sich, als ob im Irresein der grösste Theil der Urtheilskraft und des Gedächtnisses gestört sein müsste, oft als ob er nicht mehr zählen, nicht mehr lesen und schreiben etc. könnte, seinen Namen nicht mehr wüsste etc. Der Simulant ist vorsichtig und zeigt sehr häufig grosse Unsicherheit in der Art, wie er am besten den Irren zu spielen habe; er spricht und verschweigt, was ihm nützen oder schaden könnte. Der Simulant zeigt keine oder wenig allgemeine (körperliche) Krankheitssymptome, er hat weit mehr das Bedürfniss der Ruhe und des Schlafes als viele Kranke, und ist keines anhaltenden Muskelaufwandes (z. B. wochenlangen Forttobens ohne Unterbrechung) fähig. Deshalb sind die ruhigen Formen des Irreseins viel leichter zu simuliren als die sehr agifirtten; am leichtesten ist die Täuschung bei Nachahmung des Blödsinns, schwierig für das Urtheil können auch die Fälle werden, wo eine Art vages Delirium mit Schwächecharakter simulirt wird. . . . Sehr wichtig aber ist es, dass selbst der Nachweis vorhandener Simulation keineswegs ein sicherer Beweis psychischer Gesundheit ist, dass auch Geisteskranke zuweilen noch simuliren, ja dass es eine Art entschieden krankhafter Lust am Simuliren giebt, welche mit den analogen hysterischen Stimmungen verglichen werden kann, aber im Geringsten nicht identisch mit denselben ist“.

Schüle (27) führt beim hysterischen Charakter die Tendenz der Kranken, ihre Leiden zu übertreiben, zu simuliren oder zu dissimuliren auf.

Meynert (28) bespricht „die Simulation eines Gesunden behufs seiner Entlastung durch Geisteskrankheit. Die Leistung der Simulation ist verschieden, je nachdem der Kranke Lehre genossen oder nicht. Eine Simulation ohne bekanntes Motiv kommt nicht vor. Die Güte der



Simulation hängt auch mit seinem Darstellungstalent zusammen und kann die Entlarvung auch dem Fachmann grosse Schwierigkeit setzen“.

J. L. A. Koch (29) äussert sich zur Frage der Simulation der Geisteskrankheit wie folgt: „Diese wird von vielen Aerzten und Richtern sehr gefürchtet und kommt doch weder so häufig vor, wie man wohl meint, noch ist sie schwer zu entlarven. Das kommt dafür leider häufiger vor, dass man Simulation thatsächlich zu bemerken glaubt, wo keine vorhanden ist. . . . Ein Punkt übrigens ist bei dieser Frage noch besonders zu beachten, der Umstand nämlich, dass noch am meisten Geisteskranke und Minderwerthige selbst, namentlich die letzteren, eine besondere Neigung haben, zu simuliren und zum Theil auch eben durch ihren Zustand darauf hingeführt und darin unterstützt werden. Auf der anderen Seite kommt auch das Dissimuliren bei Geisteskranken vor“.

Nach Fr. Scholz (30) sind Simulationen viel seltener als Laien anzunehmen geneigt sind. „Am häufigsten werden sie noch, wie es scheint, von geriebenen Verbrechern geübt, welche hoffen dürfen, zur Beobachtung in eine Irrenanstalt, von wo aus die Entweichung leichter zu bewerkstelligen ist, überführt zu werden. Doch kommt es auch vor, dass Geisteskranke ausserdem noch simuliren, lediglich aus dem krankhaften Drange zu Lug und Täuschung. Namentlich gilt dies von erblich belasteten Personen, welche moralisches Irresein darbieten. Die simulirenden Uebertreibungen vieler Hysterischen sind gleichfalls bekannt. . . . Zur Beurtheilung sind die vasomotorischen Störungen wichtig, welche fast ganz ausser dem Bereich des Könnens des Simulanten liegen. . . . Freilich soll man sich aber stets gegenwärtig halten, dass Geisteskrankheiten häufig auch, namentlich bei Belasteten, atypisch verlaufen, und soll deshalb nicht allzu viel Werth auf Nichtübereinstimmung der Symptome mit den klassischen Krankheitsbildern legen. Die individuellen Verschiedenheiten sind so gross, dass jeder Fall seine eigenen Züge aufweist und keiner dem anderen gleicht, auch wenn er derselben Gruppe angehört“.

Wernicke (31) giebt zu, dass in manchen Fällen die bestimmte Entscheidung darüber, dass und inwieweit ein Geisteskranker simulire, nur sehr schwer abgegeben werden kann. „Zwei Gesichtspunkte sollten dann bei der Beurtheilung nicht ausser Acht gelassen werden. Erstens giebt es Geisteskranke, welche den sich massenhaft aufdrängenden unsinnigen Gedanken mit halber Kritik gegenüber stehen, so dass sie z. B. selbst über den Unsinn lachen, welchen sie im gegebenen Momente produciren. . . . Schwieriger ist der zweite Fall, wo meist auch die äusseren Umstände den Verdacht der Simulation nahe legen. Es handelt

sich meist um Gefangene, welche den Verdacht, sei es wirklicher Geisteskrankheit, sei es der Simulation, erregt haben und deshalb zur Beobachtung in die Irrenanstalt geschickt werden. Die Erfahrung lehrt nun, dass die meisten dieser Individuen wirklich geisteskrank sind, selbst wenn sie nachweislich auch simuliren. Die reine Simulation ohne bestehende Geisteskrankheit oder Schwachsinn ist an sich selten, so dass auch der erfahrenste Irrenarzt nur vereinzelte Fälle davon kennen lernt. . . . Freilich bleibt oft auch dann noch ein befremdliches Krankheitsbild zurück; aber solche Modificationen werden uns dadurch verständlich, dass es sich in diesen Fällen um sittlich verkommene und verwahrloste Menschen handelt, meist schon aus Familien stammend, in denen sie sich zu Verbrechern entwickeln mussten. In anderen Fällen stellt sich bald heraus, dass zwar die Geisteskrankheit simulirt ist, aber ein, sei es angeborener, sei es erworbener Schwachsinn dem Versuch der Simulation zu Grunde liegt, oft mit epileptischen Anfällen complicirt“.

Nach v. Hofmann (32) ist Simulation von Geisteskrankheit keineswegs so häufig, wie gewöhnlich angenommen wird, und zwar vorzugsweise deshalb, weil eine gelungene, d. h. auch den Sachverständigen zu täuschen geeignete Simulation einer Geistesstörung neben psychiatrischen Kenntnissen eine Energie und Ausdauer, eine Entfaltung von psychischer und physischer Anspannung erfordert, die kaum möglich ist. . . . Nicht zu übersehen ist, dass auch Geisteskranke simuliren und dissimuliren können, und dass Geisteskrankheit und Simulation sich keineswegs ausschliessen. Die originär abnormen Individuen liefern hierbei das Hauptcontingent“.

Nach Kreuser (33) ist Simulation von Geisteskrankheit schon deshalb nicht so häufig, weil der Explorand sich in der Regel wohl bewusst ist, dass er, im Falle er für geisteskrank erklärt werden sollte, in eine Irrenanstalt kommen würde, was er begreiflicher Weise perhorrescirt.

Leppmann (34) behandelt die Simulation nicht näher, sondern führt nur an, dass der Sachverständige nicht immer durch wiederholte persönliche Exploration des Angeschuldigten in der Wohnung desselben oder im Gefängniß zu einem abschliessenden Urtheil über dessen Geisteszustand gelange, namentlich nicht, wenn „3. der Angeschuldigte geschickt simulirt, oder auch nur seine wirklichen geistigen Abnormitäten durch Uebertreibung unklar macht. Gerade das Letztere, die Sucht zur Uebertreibung, kommt bei Geisteskranken in der Untersuchungshaft nicht selten vor“.

v. Krafft-Ebing (35) betont bei der Diagnose der geistigen Er-

krankung, dass besonders bei zweifelhaften Fällen die neuropathologische Untersuchung werthvolle Fingerzeige zu geben vermag. „Es kann räthlich erscheinen, die zweifelhaften psychischen Symptome vorläufig bei Seite zu lassen und die Frage allgemein nach dem Bestehen einer (angeborenen oder erworbenen) Gehirnnervenkrankheit überhaupt zu stellen. Finden sich dann neben anatomischen und functionellen Degenerationszeichen, neben vasomotorischen, motorischen, sensiblen Functionsstörungen, die auf eine centrale Ursache zurückführbar sind, zudem psychische Symptome von zweifelhaftem Werth (Gemüthsreizbarkeit, pathologische Affecte, perverse Acte, unsittliche Neigungen und dergl.), so wird ihre Bedeutung in das rechte Licht gestellt und die Vermuthung, dass auch sie krankhaft bedingt sind, nahezu zur Gewissheit“.

Nach Hoche (36) ist der nothwendige Bestandtheil des Begriffes Simulation in jedem Falle die bewusste Absicht der Täuschung. Ein besonders grosses Contingent zu den Simulanten geistiger Störung scheinen die Eigenthumsverbrecher zu stellen. „Allgemein gültige Kennzeichen für das Bestehen von Simulation geistiger Störung existiren nicht. In erster Linie ist zu prüfen, ob das vorhandene Krankheitsbild sich unter eine der erfahrungsgemäss vorkommenden klinischen Erscheinungsformen unterordnen lässt. . . . Unter denjenigen Zuständen, die neben der Simulation am häufigsten angetroffen werden, finden wir die Hysterie, die verschiedenen Formen des Schwachsinnes und die Zustände der Entartung“.

Cramer (37) schliesst sich in der Hauptsache der Ansicht Moeli's an, dass Simulation am häufigsten von bereits geisteskranken Individuen versucht wird. Simulation ist anzunehmen, wenn nachgewiesen wird, dass die anscheinend krankhaften Handlungen oder Aeusserungen nicht unter den von der psychiatrischen Wissenschaft festgestellten charakteristischen Begleiterscheinungen auftreten. Aber nicht jede Abweichung vom regulären Verlauf eines Krankheitsbildes berechtigt uns zur Diagnose Simulation. Auch wenn ein Mensch zugiebt, dass er simulirt, ist damit noch nicht erwiesen, dass er nicht geisteskrank ist.“

R. Sommer (38) sagt betr. Simulation von Geistesstörung: „Wichtig ist die Untersuchung der Simulirbarkeit einzelner Symptome. Wie weit lassen sich die einzelnen Symptome willkürlich zum Zweck der Täuschung hervorrufen? . . . . Aus diesen Auseinandersetzungen ist klar, dass:

1. die Simulation von psychopathischen Symptomen sehr selten ist und meist wirkliche Geisteskrankheiten vorliegen;

2. sich die Simulation in den wenigen Fällen bei differentialdiagnostischer Betrachtung meist erkennen lässt;

3. dass, wenn sie vorliegt, häufig eine pathologische Grundlage (Schwachsinn, Depression u. a.) vorhanden ist.

Die Diagnose auf eine Simulation ist also nur mit grösster Vorsicht zu stellen.“

Pilez (39) behandelt die Simulation im Anhang an den moralischen Schwachsinn und äussert sich hierüber: „Was das Symptom der Simulation anbelangt, so ist zweifellos richtig, dass dasselbe so gut wie ausschliesslich bei pathologischen Naturen vorkommt (ein vollwerthiges Individuum hat eben a priori nicht die Motive zu simuliren) . . . . . Die Erkennung der Simulation kann gelegentlich auf grosse Schwierigkeiten stossen.“ Pilez (39) bespricht dann die Unmöglichkeit, allgemein gültige Grundsätze zur Entlarvung zu entwickeln. „Hier entscheidet einzig und allein die Erfahrung. Unbedingt muss auch die Anschauung verworfen werden, dass ein Zustandsbild, welches sich nicht in den Rahmen einer der bekannten Krankheits-typen einfügen will, darum allein schon als simulirt bezeichnet werden darf.“

Kraepelin (40) hebt hervor, dass ein solches widerspruchsvolles Krankheitsbild selbst zusammen zu setzen, weitgehende fachmännische Kenntnisse erfordert. „Ausserdem ist aber noch eine ganz ungewöhnliche Geschicklichkeit und Ausdauer nöthig, um die angenommene Rolle wirklich durchzuführen und festzuhalten . . . . . Indessen so leicht und sicher die absichtliche Täuschung als solche erkannt zu werden pflegt, so schwierig ist es oft genug, das Bestehen einer Geistesstörung ausser der Verstellung auszuschiessen . . . . . Die erfahrensten Irrenärzte theilen mit, dass wirklich geistig gesunde Menschen unter den Simulanten nur in verschwindend geringer Zahl vorkommen, wenn auch die eigentliche Störung eine ganz andersartige ist, als die nachgeahmte. Namentlich Katatoniker, Querulanten, Hysterische, Schwachsinnige sind hierher zu rechnen. Ich selbst kann nur sagen, dass ich mit der Annahme reiner Verstellung ohne anderweitige Geistesstörung im Laufe meiner Erfahrung immer zurückhaltender geworden bin, nachdem ich eine ganze Anzahl meiner ehemaligen Simulanten nachträglich habe verblöden sehen. Darum kann ich nur dringend rathen, nach Jahren immer wieder einmal die Reihen derer zu prüfen, die einst als Simulanten „entlarvt“ wurden. Man wird übrigens auch bei ruhiger Ueberlegung finden, dass für den Gesunden triftige Beweggründe zur Vortäuschung von Irresein naturgemäss recht selten sein müssen.“

Nach Maschka (41) kommt die Simulation, das Vorschützen einer Geistesstörung, aus verschiedenen Anlässen vor und erfolgt unter verschiedenen Formen. „Es bezieht sich die Simulation entweder auf das Vorschützen eines angeblich noch fortbestehenden oder auf das Vorschützen eines angeblich früher bestandenen abnormen Geisteszustandes, und zwar entweder in einer bestimmten Form der psychischen Störung oder aber nur einzelner Symptome einer solchen . . . . Bei angeregtem und bei bestehendem Verdachte der Simulirung einer geistigen Störung hat man eine genaue Erhebung der Anamnese der Krankheitsentwicklung, des bisherigen Krankheitsverlaufes und des vortretenden Symptomencomplexes der somatischen und psychischen Krankheitserscheinungen vorzunehmen, sodann vor Allem auch die Momente zu würdigen, welche den Verdacht der Simulation anregen, ebenso auch die muthmaasslichen Motive der Simulation.

Borntraeger (42) schreibt: „Geisteskrankheit wird sowohl simulirt wie dissimulirt. Vor Täuschungen schützt am besten eine genaue Untersuchung. Das Nachweisen einzelner Uebertreibungen genügt aber nicht allein zur Annahme der Simulation (Hysterie!).“

A. Delbrück (43) in seiner gerichtlichen Psychopathologie äussert sich wie folgt: „Nur bei der bewussten Absicht eines Menschen, Geistesstörung zu simuliren, sollte man in gerichtlichen Gutachten von „Simulation“ schlechthin sprechen. Auch Geisteskranke können Geistesstörung simuliren. Reine Simulation von Geistesstörung ist sehr selten. Im Zweifel stelle man fest:

1. ob das beobachtete Krankheitsbild einem bekannten Krankheits-typus entspricht. Eine Auffälligkeit in dieser Beziehung berechtigt aber nicht unbedingt zur Diagnose der Simulation;
2. ob sich die entsprechende Entwicklung des fraglichen Krankheits-bildes nachweisen lässt;
3. ob ein hinreichendes Motiv zur Simulation vorliegt (Verdacht auf „pathologische Lüge“) . . . .

Wir haben jedenfalls die Regel zu entnehmen, dass man in jedem Falle sorgfältig zu prüfen hat, welche scheinbar krankhaften Symptome simulirt werden, und ob nicht, abgesehen von der Simulation, wirklich krankhafte Symptome vorhanden sind . . . . Im Zweifel sei man mit der Diagnose der Simulation recht vorsichtig. Es werden sicherlich sehr viel mehr Kranke für Simulanten erklärt, als umgekehrt . . . . Nicht jede Abweichung vom Typus berechtigt also zur Diagnose der Simulation; man hüte sich, eine solche auf Grund irgend eines einzigen Widerspruchs zu stellen. Hier, wie bei jeder anderen Diagnose, handelt es sich nicht um ein einziges Symptom, sondern um

den gesammten Symptomencomplex . . . . . So wird ein Psychiater auch bei unreinen, nicht dem Typus entsprechenden Fällen, meistens entscheiden können, ob ein bestimmtes Symptom des fraglichen Krankheitsbildes, wenn auch atypisch, so doch mit der in Frage kommenden Diagnose überhaupt vereinbar ist oder nicht . . . . . In manchen Fällen, die für den Moment Schwierigkeiten bieten können, wird die Anamnese völlige Klarheit verschaffen.

Endlich frage man nach dem Motiv der Simulation! Kein gesunder Mensch und kein Geisteskranker will im Zweifel für einen „Narren“ gehalten werden. Wenn sich also ein Gesunder entschliesst, einen solchen Glauben bei seiner Umgebung zu erwecken, so muss er gewichtige Gründe dafür haben, und er wird seine diesbezüglichen Wünsche dann auch nicht verbergen können.“

Nach H. Emminghaus (44) ist, was die Simulation von Seelenstörung anlangt, nur ein Punkt von allgemein pathologischem Interesse. „Niemand wird leugnen, dass es eine krankhafte Lust am Uebertreiben gewisser anormaler Erscheinungen, eine Freude am „Affectiren“ nicht vorhandener Störungen giebt. Hysterische liefern alle Tage die Beweise dafür. E. Hecker (44) macht wahrscheinlich, dass dergleichen auch bei der „Hebephrenie“ vorkomme. Es mag aber dahin gestellt bleiben, ob, wie Jessen (44) annimmt, alle Simulanten mehr oder weniger psychisch gestört sind.“

Nach Casper-Liman (45) scheint die Thatsache der Häufigkeit der Simulation übertrieben worden zu sein. Es werden dann folgende Erfahrungssätze aufgestellt:

1. Dem Simulanten gelingt es gewöhnlich nicht, die Zeichen einer Form von Geisteskrankheit in ihrer Gesamtheit treu und consequent nachzuahmen, vielmehr findet man gewöhnlich einen Mangel an Uebereinstimmung zwischen den Aeusserungen, dem Inhalt derselben und dem Gebaren und Habitus des Exploranden. Der Simulant übertreibt.

2. Der Simulant spielt sich auf. Daher ist es Verdacht erweckend, wenn er selbst fortwährend erklärt, dass er geisteskrank sei oder nicht wisse, was er thue . . . . .

Endlich ist noch zu erwähnen, dass die Simulation und namentlich die Uebertreibung, Geisteskrankheit nicht ausschliesst.

Wenn es nun nach Kirchhoff (46) in der Regel auch gelingen wird, die absichtliche Täuschung zu erkennen, so ist es um so schwieriger, die daneben wirklich bestehende geistige Störung auszu-schliessen.

Noch verwickelter wird die Sache dadurch, dass die Neigung zur

Simulation vorzugsweise neben solchen geistigen Störungen vorkommt, die auf erblicher Grundlage entwickelt in der Form der Entartung verlaufen und daher von den gewöhnlichen Krankheitsbildern schon an und für sich manche Abweichungen darbieten. Doch ist hervorzuheben, dass Simulation zweifelsohne am meisten von Angeschuldigten und Verbrechern ausgeübt wird, auch ohne dass eine krankhafte geistige Grundlage besteht.

Verfasser weist dann noch auf die Wichtigkeit der Beobachtung in einer Anstalt und die Bedeutung der körperlichen Begleiterscheinungen einer Psychose hin.

Nach Strassmann (47) wird in Laienkreisen im Allgemeinen angenommen, dass die Simulation das wichtigste und am häufigsten in Betracht kommende Capitel der gerichtlichen Psychiatrie darstellt. „Das ist nicht richtig. Die Häufigkeit der Simulation, des Vorkommens der „wilden Männer“ wird sicher weit überschätzt. . . . Die Hauptschwierigkeit bei diesen Untersuchungen beruht darin, dass mit dem Nachweis der Simulation noch nicht die geistige Gesundheit nachgewiesen ist, dass vielmehr neben der Simulation noch Geisteskrankheit bestehen kann. Mit dem Nachweis der ersteren ist daher unsere Aufgabe noch nicht erledigt. . . . Alle diese Erwägungen werden uns bestimmen, mit der Annahme einer blossen Simulation nicht zu schnell bei der Hand zu sein. Die Zahl der Fälle ist nicht gering, in denen fälschlich Simulation dort angenommen worden ist, wo wirkliche Geistesstörung vorlag“.

Vorübergehende Simulation von Tobsucht, Stummheit, Blödsinn kommt nach Dittrich (48) nicht selten vor; „die Betreffenden sind jedoch meistens nicht im Stande, dieselbe durchzuführen. Fälle, in denen Simulation einer Geistesstörung speciell von Leuten aus der minder gebildeten Volksklasse lange Zeit hindurch consequent durchgeführt wird, sind äusserst selten. Besteht ein solcher Verdacht, so empfiehlt sich die Unterbringung des Betreffenden in einer Anstalt behufs längerer Beobachtung. Die nachgewiesene Simulirung einzelner Symptome schliesst die Möglichkeit einer Geistesstörung noch keineswegs aus, da bei einzelnen Geistesstörungen, so speciell bei Hysterie, geradezu eine Sucht zu simuliren vorkommt.

Das Eingeständniss, simulirt zu haben, ist für Simulation nicht absolut beweisend. Dies Eingeständniss hat bei geisteskranken Verbrechern oft, namentlich wenn die zu erwartende Strafe voraussichtlich gering ist, den Zweck zu erreichen, dass sie aus der Irrenanstalt entlassen und lieber gerichtlich abgestraft werden und lässt sich bei längerer Beobachtung meistens richtig deuten.

Simulanten übertreiben die Erscheinungen sehr oft und glauben in jeder Beziehung verkehrt sprechen und handeln zu sollen.

Wichtig sind die den Körper betreffenden Begleiterscheinungen der Geistesstörungen, da dieselben nur sehr schwer simulirt werden können“.

R. v. Krafft-Ebing (49) betont, dass nach der gemachten Erfahrung Simulation von Geistesstörung selten ist und noch seltener einem wirklich Sachverständigen gegenüber Erfolg hat. . . . Daraus ergibt sich vorwiegend die Regel, mit der Vermuthung der Simulation nicht leichtsinnig zu sein und, wenn eine Präsumption überhaupt zulässig wäre, eher an wirkliche Krankheit denn an Simulation zu denken, endlich die Forderung, die exploratorische Aufgabe erst mit der vollen Ueberzeugung, dass Krankheit nicht nachweisbar sei, nicht aber mit dem blossen Nachweis der Simulation als beendet anzusehen.

Bezüglich der Chancen für den Simulanten ist zu berücksichtigen, dass Irresein eine Krankheit ist, die wie jede andere ihre Ursachen, ihre empirisch wahre gesetzmässige Entwicklung, ihren Verlauf, logischen Zusammenhang der Symptome hat und als eine Gehirnkrankheit nicht auf psychische Phänomene ausschliesslich beschränkt ist. . . . Der synthetische Weg der Beobachtung ist der einzig richtige.

Nicht Einzelsymptome, sondern die Würdigung der ganzen Persönlichkeit, nicht Präsumption, sondern vorurtheilslose Auffassung der gesammten Thatsachen müssen die Diagnose herbeiführen.

Gelingt der Nachweis, dass das Bild der fraglichen Krankheit einem der geläufigen der Classification entspricht, so erweist sich dasselbe als ein empirisch wahres; durchaus nicht darf jedoch aus der Nichtübereinstimmung desselben mit den Schulbildern des Lehrbuches der umgekehrte Schluss gezogen werden. Alle unsere Eintheilungen sind dogmatisch und bei der individuellen Mannigfaltigkeit dieser „Krankheiten der Person“ niemals erschöpfend. Giebt es doch degenerative Krankheitsbilder, namentlich auf hereditärer Grundlage, denen gerade das Proteusartige, ins psychologische Classificationsschema nicht einreihbare Individuelle des Krankheitsbildes ein anthropologisch-klinisch bedeutsames Merkmal aufdrückt und sind doch gerade häufig Verbrecher, bei denen man sich der Simulation zu versehen hat, belastete, degenerative, psychische Existenzen.“

Nach Siemerling (50) hat sich die Erkenntniss durchgerungen, „dass Simulation und Geisteskrankheit sich nicht ausschliessen, dass Simulation verhältnissmässig sehr selten ist, dagegen zu häufig angenommen wird . . . Eine vorurtheilsfreie Beobachtung, Eingehen auf die Vorgeschichte, körperliche und geistige Entwicklung, genaue Untersuchung der begleitenden somatischen Symptome, richtige Würdigung,



Beobachtung und Aufzeichnung der geistigen Erscheinungen, das sind die Mittel, welche wir heutigen Tages anwenden bei der Feststellung der Simulation. Mit Energie ist die früher lang vorherrschende Meinung, dass Simulation häufig zur Geisteskrankheit führe, zurückgewiesen.“

Geisteskrankheit wird nach Mendel (51) zuweilen simulirt, besonders zu forensischen Zwecken, um eine Entschädigung für die durch einen Dritten oder durch einen Unfall angeblich hervorgebrachte Krankheit zu erhalten etc. „Die Formen von psychischen Störungen, welche hierbei besonders in Betracht kommen, sind 1. die Tobsucht, 2. der Blödsinn, 3. der Stupor, 4. die epileptische Geisteskrankheit . . . Die Simulation von Geisteskrankheit ist, so weit dieselbe sich auf eine längere Zeit, Wochen und Monate erstreckt, ein sehr seltenes Vorkommniss. Je grösser die Erfahrung des Arztes geworden, um so seltener wird er in die Lage kommen, Simulation zu diagnosticiren. Oefter simuliren Geisteskranke gewisse Symptome, sei es „zum Spass“, sei es, um die Aerzte oder andere Beamte zu ärgern, sei es, um bestimmte persönliche Vortheile zu erreichen.“

Der objectiv aufgenommene Befund ist nach Dornblüth (52) das beste Schutzmittel gegen Simulation von Geisteskrankheit. „Sie wird an Häufigkeit sicher weit überschätzt, weil Unerfahrenen ein so anderes Bild vom Irresein vorzuschweben pflegt, dass sie die wirklichen Erscheinungen dann nicht anerkennen wollen. Erfahrung in der Psychiatrie ist bei derartigen Beurtheilungen um so nothwendiger, weil nicht selten auch Geisteskranke und unzurechnungsfähige Belastete etwas dazu simuliren, also Simulation die Geisteskrankheit noch nicht ausschliesst.“

Nach Ziehen (53) ist der Satz zu berücksichtigen, dass „1. wenn ein oder mehrere Symptome simulirt sind, doch andere thatsächlich sein können, dass 2. wenn ein oder mehrere Symptome thatsächlich sind, doch andere simulirt sein können und dass 3. selbst grobe Uebertreibung noch von vollständiger Simulation zu unterscheiden ist. Es muss also in zweifelhaften Fällen jedes einzelne Symptom auf seine Thatsächlichkeit geprüft werden . . . Im Allgemeinen halte ich totale Simulation von Psychosen für selten, Hinzusimuliren ist viel häufiger.“

Die Simulation von Psychosen ist nach Aschaffenburg (54) ebenso schwierig wie selten. „Die Erfahrung lehrt, dass Simulation meist von Kranken versucht wird . . . Auch vorsichtig urtheilende und gewiegte Psychiater haben gelegentlich Simulanten gefunden; immerhin sind die Fälle reiner Simulation ohne krankhafte Grundlage ganz vereinzelt.“

Aus allen diesen Aeusserungen der vorstehend genannten Autoren geht übereinstimmend hervor, dass reine Simulation bei völlig Geistesgesunden überaus selten ist, während sich Simulation und dann häufig auch Dissimulation vorwiegend auf degenerativer Grundlage nicht zu selten finden. Unsere beiden Fälle sind besonders deshalb so lehrreich, weil sich die Beobachtung über eine Reihe von Jahren erstreckt und die Fälle verschiedenen Gutachtern unterstanden haben.

Was die klinische Rubricirung anbetrifft, so haben wir gesehen, dass die gestellten Diagnosen eine reiche Abwechslung aufwiesen, welcher Umstand beweist, dass es sich um kein eindeutiges Krankheitsbild gehandelt haben kann.

Diese Vieldeutigkeit des Krankheitsbildes, dieser Wechsel der klinischen Erscheinungen findet sich, wenn wir, wie oben auseinander-gesetzt, von Katatonie absehen, hauptsächlich bei den degenerativen Irreseinsformen, und zwar in erster Linie der Hysterie [Psychogenie Sommer's (55)].

Würden wir bei unseren beiden Fällen weibliche Individuen mit den ihrem Geschlechte zukommenden Eigenthümlichkeiten vor uns haben, so würden wohl die meisten Gutachten eine hysterische Psychose als das Wahrscheinlichste annehmen. Die hysterische Psychose des Mannes ist überhaupt viel weniger bekannt und beschrieben und muss naturgemäss dem Geschlechtscharakter entsprechend unverkennbare Verschiedenheiten gegenüber der weiblichen Hysterie aufweisen.

Es fragt sich also in erster Linie darum, was wir als das der Hysterie zukommende Characteristicum ansehen wollen.

Die Grundsätze der eigenartigen geistigen Veranlagung, welche den ererbten oder erworbenen Boden für das Zustandekommen hysterischer Krankheitsbilder bildet, bestehen nach Wollenberg (56) in der Labilität des psychischen Gleichgewichtes, in der abnorm gesteigerten Erregbarkeit des Nervensystems und in dem Missverhältniss zwischen dem ruhig abwägenden Verstande einerseits, der Gefühls- und Phantasiethätigkeit andererseits, derart, dass diese über jenen überwiegt. „So finden wir bei der Hysterie vor Allem eine überaus lebhafte Affectbewegung und abnorm erleichterte und intensive Entäusserungen der Affecte auf dem körperlich nervösen Gebiet, sei es in der Richtung motorischer und sensibler oder vasomotorischer und secretorischer Phänomene. Dazu kommt entsprechend dem überwiegenden Gefühls- und Phantasieleben als eine weitere Fundamentalstörung die gesteigerte Suggestibilität der Hysterischen, insofern als sie sich von zufälligen Eindrücken und momentan auftauchenden Vorstellungen widerstandslos hinnehmen lassen,

besonders wenn diese in ihnen selbst entstanden sind (Autosuggestionen). Dagegen muss hervorgehoben werden, dass sich unter den weiterhin hysterisch werdenden solche Individuen, welche die Zeichen der allgemeinen psychopathischen Degeneration (Koch), insbesondere auch als Defecte auf moralischem Gebiet, an sich tragen, in verhältnissmässig grosser Zahl finden; es scheint, dass sie in Folge der in ihrem gesamten psychischen Leben zum Ausdruck kommenden Ungleichmässigkeit und Labilität in besonderem Grade dazu disponirt sind, weiterhin bei Einwirkung auslösender Ursachen an Hysterie zu erkranken. Hierher gehören viele jener Individuen, die erst nach einer strafbaren Handlung in Folge der auf sie einstürmenden Gemüthsbewegungen hysterisch werden. Die kriminell besonders wichtigen Fälle, in denen von vornherein die Zeichen eines ethischen Defects dominiren und jene der Hysterie in den Hintergrund treten, oder überhaupt erst später dazu kommen, betreffen vorwiegend Schwachsinnige und Degenerirte.

Bei zweifelhaften Simulanten ist nach Jung (57) stets an Hysterie zu denken und auf hysterische Stigmata und Antecedentien zu untersuchen.

Nach Kraepelin (58) ist einigermaassen kennzeichnend für alle hysterischen Erkrankungen: die ausserordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit, mit welcher sich psychische Zustände in manigfaltigen körperlichen Störungen wirksam zeigen. Ausserdem finden wir bei hysterischen Psychosen: Schwankungen der Stimmung, erhöhtes Selbstgefühl, gesteigerte Beeinflussbarkeit, launenhafte Eigenwilligkeit, eine gewisse Unruhe und Unstetigkeit, Uebertreibung der Ausdrucksbewegungen, körperliche Functionsstörungen und Dämmerzustände.

„Schon die Schwierigkeit einer scharfen Begriffsbestimmung des hysterischen Irreseins deutet nach Kraepelin (58) auf die nahen Beziehungen hin, die dasselbe zu verwandten Krankheitszuständen aufzuweisen hat. Namentlich die männliche Hysterie ist es, welche diese Beziehungen am klarsten hervortreten lässt. Nach der einen Seite hin haben wir zahlreiche Uebergänge zu den verschiedenen Formen des Entartungsirreseins zu verzeichnen. Indessen pflegen jene Krankheitsbilder weit einförmiger zu sein als die Hysterie; überdies fehlen ihnen die Dämmerzustände und die mannigfachen körperlichen Begleiterscheinungen.“

Nach Hoche (59) sind die Grundzüge des hysterischen Temperaments: Labilität der psychischen Functionen insbesondere abnorme Affectbewegung mit ihren erleichterten Entäusserungen, Suggestibilität und überwiegende Phantasiethätigkeit (mangelnde Reproductionstreue, Neigung, Thatsächliches und Gedachtes fabulirend zu vermischen).

Bei den psychogenen Zuständen Sommer's (55) handelt es sich um Krankheitszustände, welche durch Vorstellungen hervorgebracht und durch Vorstellungen beeinflusst sind. „Die pathologische Steigerung der bei jedem normalen Menschen vorhandenen Beeinflussbarkeit ist die Grundlage des psychogenen Charakters“.

Wir finden hier einen „überaus leichten und schnellen Uebergang zu Handlungen, in welche sich Vorstellungen umsetzen, welche ihrerseits wegen der abnormen Beeinflussbarkeit dieser Individuen einen zu der Intensität der äusseren Eindrücke unproportionalen Wechsel zeigen“.

Es ist ganz falsch nach Sommer (55), aus der Thatsache, dass jemand Krankheitssymptome simulirt, zu schliessen, dass ihm in Wirklichkeit gar nichts fehlt.

„Wir verstehen unter Psychogenie eine Psychoneurose, welche functionelle Reiz- und Lähmungserscheinungen in sensiblen und motorischen Gebieten aufweist und sich dabei in psychischer Richtung durch die abnorm starke Beeinflussbarkeit sowie die Wirkung, welche Vorstellungen bzw. cerebrale Reize auf objective Vorgänge des gesammten Körpers ausüben, kennzeichnet“.

Ohne dieses psychogene Moment ist für Sommer (55) der Begriff der Hysterie nicht erfüllt, speciell spielt bei der Diagnose der hysterischen Krampferscheinungen nach demselben Autor der psychomotorische Charakter der betreffenden Bewegungen die wesentliche Rolle. „Andererseits gehört zu der Diagnose der Psychogenie in unserem Sinne der Nachweis von nervösen Reiz- oder Ausschaltungserscheinungen im sensiblen oder motorischen Gebiet“.

Die wichtigsten Symptome der hysterischen psychopathischen Constitution sind nach Ziehen (60):

1. Labilität der Affecte und egocentrische Gruppierung derselben;
2. Erinnerungsentstellungen und andere Störungen der Phantasie-thätigkeit;
3. Störungen der Aufmerksamkeit.

Nach Raëcke (61) zeigen auch ausgesprochene hysterische Psychosen in ihrer Zusammensetzung noch den Ursprung aus den elementaren psychischen Störungen der Hysteriker, also Sinnestäuschungen, Wahnideen bestimmter Art, namentlich passagere Grössenideen, insbesondere aber die lebhaften Affectwirkungen, die man als Raptus oder Furor hystericus zu bezeichnen pflegt. Als weitere hysterische Elementarsymptome schliessen sich dann die verschiedenen Dämmerzustände an, die wachen Träume der Hysterischen, der schwere hysterische Stupor, der in Begleitung hallucinatorischer Vorgänge als Ekstase auftritt und als typisch die Bewusstseinsstörung der Hysteriker, das sogen. spezifische

Delir, bei dem sich Hallucinationen und Illusionen um eine affectbetonte Erinnerung gruppieren. Aus diesen Grundelementen muss eine Psychose zusammengesetzt sein, wenn sie als hysterisch bezeichnet werden soll.

Für Hysterie sprechen differentialdiagnostisch neben den hysterischen Stigmata der ausserordentlich wechselnde Charakter des Krankheitsbildes, das Sprunghafte, die leichte Beeinflussbarkeit durch äussere Vorgänge, die Oberflächlichkeit der Störungen“.

Eine Geistesstörung ist nach Binswanger (63) allein dann als hysterische zu bezeichnen, wenn sie direct aus unzweifelhaften hysterischen Krankheitselementen hervorgegangen ist. „Die grösste Tendenz zur Entwicklung derartiger Psychosen stellen die degenerativen Fälle der Hysterie dar. . . . Ihre Abstammung von der Hysterie wird gelegentlich nur durch die genaueste Kenntniss der Vorgeschichte des Krankheitsfalles klargestellt“.

Hey (64) hat in jüngster Zeit das Ganser'sche Symptom einer kritischen Würdigung unterzogen und die einschlägige Literatur aufgeführt.

Hey (64) verlangt, dass nur solche Antworten unter den Begriff des Ganser'schen Symptoms fallen, welche verrathen, dass „der zur Frage gehörige generelle Vorstellungskreis erregt wurde“.

Wenn auch das Vorhandensein einzelner hysteriformer Züge bei nicht hysterischen Psychosen noch lange nicht immer den Schluss auf eine Combination mit Hysterie zulässt, so gewinnt andererseits die Fortdauer jener nach Abklingen des eigentlichen psychotischen Zustandes eine erhöhte Bedeutung. Einen gewissen Theil der verkehrten Antworten glaubt Verf. durch Ideenflucht erklären zu können.

Von diesen vorstehend aufgeführten Characteristica der hysterischen Psychosen finden wir in unseren beiden Fällen einige ausgesprochen vor, so dass wir geneigt sind, beide degenerativen Irreseinsfälle unter den engeren Begriff der „männlichen Hysterie“ zu subsumiren. Wir verhehlen uns dabei nicht, dass kein restloses Aufgehen unserer Fälle in der Hysterie vorliegt, glauben aber doch, dass sie sich unter dieses Krankheitsbild relativ am ungezwungensten einordnen lassen. Jedenfalls steht so viel fest, dass beide hier geschilderten Individuen, sei es angeboren, sei es erworben, degenerirt sind und dass sich auf dem so vorbereiteten Boden eines geschwächten Centralnervensystems die psychischen Störungen aufgebaut haben. Wie weit in dem einzelnen Falle die Minderung der freien Willensbestimmung geht, lässt sich nicht im Voraus und stricte entscheiden, hier auf diesem Gebiete der irrenärztlichen Schätzung werden die individuellen Anschauungen der einzelnen Begutachter stets Abweichungen zur Folge haben, welche

andererseits mit der grundsätzlichen Auffassung der Simulation nichts zu thun haben. Es zeigt sich eben auch hier wie bei vielen gerichtsärztlichen Fragen, dass Theorie und Praxis sich nicht decken und daher eine verschiedene Auffassung zu Stande kommen lassen.

Für uns ergeben sich aus Vorstehendem folgende durch vielfache Erfahrung bekräftigte Sätze:

1. Es erscheint fraglich, ob reine Simulation von Geistesstörung bei völlig Geistesgesunden überhaupt vorkommt, jedenfalls ist sie verschwindend selten.
2. Simulation von Geistesstörung findet sich weitaus am häufigsten bei degenerirten Individuen und ist als Ausfluss der Degeneration aufzufassen.
3. Das Geständniss der Simulation ebenso wie die „Entlarvung“ des Simulanten beweisen nichts für die geistige Gesundheit des Individuums.
4. In diesen Fällen besteht die Aufgabe des Gutachters darin, den Nachweis für die geistige Gesundheit des Angeschuldigten zu erbringen.
5. Alle schwierigeren Simulationsfälle erheischen eine stete sachverständige Beobachtung und Ueberwachung in einer Klinik oder Anstalt.
6. Sollte in besonders complicirten Fällen die 6 wöchige Beobachtung nicht zu einem abschliessenden Urtheil führen, so scheue man sich nicht, sein *non liquet* auszusprechen und bemühe sich, einen Aufschub des Strafvollzuges bis zur Klärung der Sachlage anzustreben.
7. Je nach dem Grade der der Simulation zu Grunde liegenden Degeneration wird das ärztliche Gutachten verschieden ausfallen in Bezug auf die forensische Beurtheilung des Falles.
8. Die früher vielfach geäusserte Annahme, dass durch Simulation von Geistesstörung das betreffende Individuum schliesslich thatsächlich in Geistesstörung verfallen könne, wird durch die neueren Untersuchungen nicht bestätigt. Es ist vielmehr anzunehmen, dass es sich in derartigen Fällen um Verkennung der Anfangerscheinungen der später zum Ausbruch gelangten Psychose gehandelt hat.
9. Irgend ein Characteristicum für Simulation existirt nicht, vielmehr bedarf es zu ihrer Beurtheilung ebenso wie bei allen anderen psychischen Zuständen der umfassenden Untersuchung und vorurtheilsfreien Berücksichtigung aller Umstände und

einer eingehenden somatischen und psychischen Durchforschung des Individuums.

10. Ein genaues Studium der männlichen Hysterie ist sehr erwünscht und verspricht auch für die Frage der Simulation werthvolle Aufschlüsse zu liefern.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, der Direction Zwiefalten für die gütige Ueberlassung der Krankheitsgeschichten meinen ergebenen Dank abzustatten. Der Direction Schussenried, sowie meinem früheren hochverehrten Chef, Herrn Prof. Dr. Wollenberg, bin ich für ergänzende Krankheitsnotizen, sowie Letzterem insbesondere für die lebenswürdige Erlaubniss zur Benützung der Bibliothek der psychiatrischen Klinik Tübingen sehr verbunden.

### Literatur-Verzeichniss.

1. J. Bresler, Die Simulation von Geistesstörung und Epilepsie. 1904.
2. Jacobi, citirt nach Bresler.
3. Damerow, citirt nach Bresler.
4. W. Jessen, Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 12, S. 618ff.
5. Richarz, Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 13. S. 256ff.
6. Delbrück, Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 11. S. 57ff.
7. P. und W. Jessen, Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 20. 2. Suppl.-Heft.
8. v. Krafft-Ebing, Friedr. Bl. f. ger. Med. 1871.
9. Scholz, Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 30. S. 227ff.
10. Kirchhoff, Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 39. S. 769ff.
11. Wille, Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 43. Liter. S. 23.
12. Sander und Richter, Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen.
13. Fürstner, Archiv für Psych. Bd. 19. S. 601ff.
14. Moeli, Ueber irre Verbrecher. Berlin 1888.
15. Fritsch, Jahrb. für Psych. 1889. 8. Bd. S. 115ff.
16. Heller, Simulationen und ihre Behandlung. II. Aufl. 1890.
17. Leppmann, Vierteljahrsschr. für ger. Med. 3. Folge. III. Bd. 1892.
18. Dietz, Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 53.
19. Siemerling, Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medicin. 3. Folge. Bd. XII. und XIII.
20. Ganser, Archiv für Psych. Bd. 30.
21. Raecke, Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 58.
22. Lücke, Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 60.
23. Nissl, Centralbl. für Nervenheilk. und Psych. Bd. XXV. No. 144.
24. Raimann, Jahrb. für Psych. Bd. 22.
25. E. Schultze, Ueber Psychose bei Militärgefangenen. Jena, G. Fischer. 1904.

26. W. Griesinger, Patholog. und Ther. der psych. Krankheiten. 4. Aufl. S. 124ff.
  27. Schüle, Klinische Psychiatrie. S. 237.
  28. Meynert, Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. S. 100.
  29. J. L. A. Koch, Leitfaden der Psychiatrie. II. Aufl. S. 168ff.
  30. Fr. Scholz, Lehrb. der Irrenheilk. S. 297.
  31. Wernicke, Grundr. der Psychiatrie. S. 555.
  32. R. v. Hofmann, Lehrb. der ger. Medicin. 9. Aufl. S. 1004ff.
  33. Kreuser, Württ. med. Correspondenzbl. 1882.
  34. Leppmann in Schlockow, der Kreisarzt. V. Aufl. Bd. 2. S. 276.
  35. v. Krafft-Ebing, Lehrb. der Psychiatrie. VII. Aufl. S. 235ff.
  36. Hoche, Handbuch der ger. Psychiatrie. S. 539ff.
  37. Cramer, Gerichtliche Psychiatrie. III. Aufl. S. 98.
  38. R. Sommer, Criminalpsychologie. S. 216ff.
  39. Pilez, Lehrb. der spec. Psychiatrie. S. 202ff.
  40. Kraepelin, Lehrb. der Psychiatrie. VII. Aufl. Bd. 1. S. 381ff.
  41. Maschka, Handb. der ger. Medicin. IV. Bd. S. 149ff.
  42. Borntraeger, Compendium der gerichtsarztl. Praxis. 1892. S. 581.
  43. A. Delbrück, Gerichtl. Psychopathologie. S. 54ff.
  44. H. Emminghaus, Allg. Psychopathologie. S. 273.
  45. Casper-Liman, Handbuch der ger. Medicin. 1889. S. 444ff.
  46. Kirchhoff, Lehrb. der Psychiatrie. 1892. S. 217ff.
  47. Strassmann, Lehrb. der ger. Medicin. 1895. S. 596.
  48. Dittrich, Lehrb. der ger. Medicin. 1897. S. 255ff.
  49. v. Krafft-Ebing, Lehrb. der ger. Psychopathologie. 3. Aufl. 1900. S. 39ff.
  50. Siemerling, Berliner klin. Wochenschr. 1900. No. 22.
  51. E. Mendel, Leitfaden der Psych. 1902. S. 109.
  52. O. Dornblüth, Compendium der Psych. II. Aufl. S. 70ff.
  53. Ziehen, Lehrb. der Psych. II. Aufl. S. 513ff.
  54. Aschaffenburg, Das Verbrechen und seine Bekämpfung. S. 158.
  55. Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten. 2. Aufl. S. 281ff.
  56. Wollenberg in Hoche's Handb. der ger. Psych. S. 682ff.
  57. Jung, Journ. für Psych. und Neurol. Bd. II. S. 181ff.
  58. Kraepelin, Lehrb. der Psych. VII. Aufl. Bd. 2. S. 684ff.
  59. Hoche, Handbuch der ger. Psych. S. 685.
  60. Ziehen, Lehrb. der Psych. S. 520.
  61. Raecke, Ref. Monatsschr. für Psych. Bd. XV. H. 6.
  62. Jolly, Allg. Zeitschr. für Psych. 1901. Bd. 58.
  63. O. Binswanger, Die Hysterie. 1904.
  64. Julius Hey, Das Ganzer'sche Symptom etc. 1904.
-