

VI.

Ueber Krankheitseinsicht.

Von

Dr. Ernst Herzig (Wien-Steinhof).

Während ältere Autoren nur von einem Bewusstsein, welches bei Geisteskranken in Bezug auf ihre Krankheit und deren Symptome sich zeigen könne, sprechen, haben spätere im Anschlusse an einen Aufsatz von Pick im Archiv für Psychiatrie (1882) an einer strengen Abtrennung des Krankheitsgefühls vom Krankheitsbewusstsein festgehalten. Pick selbst hat noch den Ausdruck Krankheitsbewusstsein als Allgemeinbezeichnung für die Gesamtheit der in Frage stehenden Erscheinungen: Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht aufgefasst. Die letztere stehe streng genommen in keinem reinen Gegensatz zum Krankheitsgefühl, weil auch dieses, wenn noch ein gewisser Grad von Befangenheit bestehe, zu klarer Krankheitseinsicht führe. Diese werde gegenüber dem Krankheitsgefühl charakterisiert durch ihre vorwaltend räsonierende Genese. Nach Pick hat man vielfach eine schärfere Abgrenzung des Begriffes der Krankheitsgefühle vorgenommen, wie mir scheint erst dadurch möglich gemacht, dass man als Krankheit nicht mehr die geistige Krankheit in das Auge fasste, sondern den vollen Komplex der durch die krankhaften Gebirnvorgänge bewirkten Unlustgefühle zusammenfasste. Heilbronner hat auf dieser Auffassung aufbauend vorschlagen, von Krankheitsgefühl überall da zu reden, wo der Betroffene überhaupt nur eine Veränderung seines Zustandes bemerkte. Erst, und nur, wenn man diesen Sinn mit dem Ausdruck des Krankheitsgefühles bei geistigen Krankheiten verbindet, gelangt man zu einer Erklärung der psychologischen Möglichkeit, dass ein solches nicht nur als Grundlage einer auftretenden Krankheitseinsicht vorhanden sei, sondern als ein selbständiges psychologisches Moment bei Geisteskranken eine Rolle spiele. Denn dann wird nur gesagt, dass die entstandenen Hirnempfindungen noch nicht zu einer Eindeutigkeit ihres Ausdrückes geführt haben, aus der die Richtung eines auf ihnen basierenden Erkenntnisaktes festzulegen sei. Im gewöhnlichen Leben bringt man durch

die Redensart: Ich habe das Gefühl, als ob . . . zum Ausdruck, dass die einen klaren und bestimmt gerichteten Erkenntnisvorgang bietenden Vorgänge des niederen Erkenntnisvermögens nicht vorhanden sind, sondern, unterdessen wenigstens, weniger klare und weniger sichere, weil mehrdeutige Allgemeingefühlsveränderungen zum Bewusstsein kommen. Der psychologische Ablauf der im Vorwurfe in Betracht gezogenen Vorgänge muss sich in analoger Weise erklären lassen. Darüber werde ich später ausführlicher meine Anschauungen entwickeln. Wo es sich nicht mehr bloss um die Empfindung einer somatischen Veränderung, sondern um jene Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit handelt, pflegt man von Krankheitsbewusstsein zu reden. Ob man als Unterscheidungsmerkmal des Krankheitsbewusstseins vom Krankheitsgefühle ausserdem noch das Vorhandensein oder das Fehlen von Erklärungsideen anführen kann, scheint mir von keinem wesentlichen Werte zu sein, sondern ein nebensächliches Moment zu bilden, wie auch jene Forderung, dass das Krankheitsbewusstsein unmittelbar der erwähnten Empfindung folge. Bezüglich des zweiten Punktes meine ich, dass es gleichgültig sei, ob die Genese eine unmittelbare oder mittelbare sei.

Von Krankheitseinsicht spricht man gewöhnlich dann, wenn der Kranke nicht nur das Gefühl einer eingetretenen Veränderung, auch nicht nur das Bewusstsein einer durch krankhafte Momente bedingten Beeinträchtigung seiner psychischen Funktionen hat, sondern auch imstande ist, den Einzelsymptomen der Erkrankung gegenüber Kritik zu üben.

Eine scharfe Abgrenzung des Krankheitsgefühles vom Krankheitsbewusstsein wird in den meisten Krankheitsfällen auf die Anfangsstadien geistiger Erkrankungen beschränkt bleiben, weil nur hier jene Disharmonie in der Tätigkeit der Nerven und dem Wollen als unangenehm empfunden wird, welche als die Grundlage des Krankheitsgefühles zu gelten hat. Solange die natürliche Harmonie in jenen beiden Punkten vorhanden ist, ist die Entstehung eines Krankheitsgefühles, welches nebst dem Gefühl der Unlust noch die Beziehung einer chronischen Störung der physiologischen Funktionstätigkeit beinhaltet, eine ganz natürliche Folge, welche bei keinem Individuum, welches davon betroffen wird, ausbleiben kann. Es kommt nur allzu oft vor, dass bei späterer Aufnahme einer Anamnese von den Kranken das Vorhandensein eines solchen Krankheitsgefühles geleugnet wird. Für solche Vorkommnisse hat man ausser Erinnerungsdefekten die Scheu der Kranken in Betracht zu ziehen, ihr Innenleben dem forschenden Arzte zu enthüllen. Ein gradueller Unterschied und individuelle Verschiedenheiten

im Ausdrucke des Gefühles werden durch die physiologische Reaktionsweise des betroffenen Individuums an sich erklärt, nachdem insbesondere in den erwähnten Anfangsstadien eine Änderung derselben gegenüber dem Gesundheitszustande unmöglich ist, da eine so tief greifende Alteration naturgemäß erst die Folge eines länger dauernden Andrängens der geänderten Nervenvorgänge an die Psyche sein kann. Diese Änderung der Nervenvorgänge tritt in Erscheinung durch Abnormitäten des Gemeingefühles, welche nach Kundt als Resultate aus den Empfindungen der inneren Teile aufzufassen sind. Es ist gleich, ob man nun der Meinung beitrete, das hier in erster Linie in Betracht kommende Gehirn löse jene unangenehmen Organgefühle aus oder jene, durch Stricker inaugurierten, dass wir von dem die Vorstellungen vermittelnden Gebirnteile gewisse Gefühle erhalten. Diese Divergenz der Anschauungen wird immer eine rein theoretische sein.

Von dem Vorhandensein eines Krankheitsgefühls kann man nur dann reden, wenn das betreffende Individuum sich desselben bewusst geworden ist. Da also nach dieser Richtung hin eine Abgrenzung gegen das Krankheitsbewusstsein nicht stattfindet, hat man durch eine abstrakte Abgrenzung oder durch eine gewählte Anschauungsrichtung eine Scheidung der Begriffe vorgenommen, die also logisch dasjenige auseinanderhält, was in psychologischer Einheit verknüpft sich vorfindet. Das seiner Natur nach Differentia wird geschieden. Auf Grund dieser psychologischen Erkenntnis konnte man in eine weitere Erörterung der sich erhebenden Frage eintreten, ob also ein bewusstes Krankheitsgefühl und das Bewusstsein des Krankheitsgefühls nicht inhaltlich Gleisches besagen und deswegen die Gewohnheit, beide als verschiedene psychologische Vorgänge zu betrachten, einen Wert habe und Nutzen bringe. Vielleicht hängt es mit dem verneinenden Resultate, zu welchem die verschiedenen Autoren bei dem Nachdenken über letztere Frage kamen, zusammen, dass man an die Auseinandersetzung über die Frage des Krankheitsgefühls wenig Worte zu verschwenden pflegt. Ueber diesen Punkt wird stets nur in den Einleitungen der das Krankheitsbewusstsein und die Krankheitseinsicht behandelnden Aufsätze gesprochen.

Uebrigens ist ja auch die Trennung dieser Vorgänge keine so tiefgehende, als es beim ersten Hören scheinen könnte. Die Wundt'sche Psychologie bietet in der Perzeption und der Apperzeption ein Analogon. Das bei der Krankheitseinsicht zum Krankheitsbewusstsein Hinzukommende, das den zugrunde liegenden Erkenntnisakt Erweiternde ist die zielbewusste Willenstätigkeit, welche die einzelnen intellektuellen Akte erschöpft. Das Krankheitsbewusstsein ist für die Krankheitseinsicht das psychologisch Primäre, nach meiner Meinung, in gleicher

Weise wie das Krankheitsgefühl dem Krankheitsbewusstsein vorausgehen muss.

Das Krankheitsbewusstsein kann man als relative Krankheitseinsicht bezeichnen, wenn man diese als das Absolute einer psychologischen Skala ansehen will.

B. F., geboren 1882, ledig protestantisch Augsb. Bek. Im Sommer 1902 wanderte er von Galizien nach Amerika aus. Neben seiner beruflichen Tätigkeit als Schlosser und Werkzeugmechaniker beschäftigte er sich mit der Ausbildung von Erfindungen, welche er aber nie zu einem eigentlichen Abschluss brachte, weil Zweifel an der Vollkommenheit derselben ihn abhielten, damit in die Öffentlichkeit zu treten. In den letzten 2 Jahren seines Aufenthaltes in Amerika (er kam im Dezember 1913 wieder nach Europa) belästigten ihn unlustverregende Wahrnehmungen; er hatte das Gefühl des Hypnotisiertwerdens, dann, dass man ihm seine Gedanken abziehe, indem man durch seinem eigenen Gedankengange entgegenarbeitende Einmischung ihn zwinge, nicht seine, sondern fremde Gedanken zu denken. Im Februar 1913 liess er sich, da ihm die bereiteten „seelischen Leiden“ unerträglich wurden, in ein New-Yorker Spital aufnehmen, welche ihn in eine Irrenanstalt überstellte. Im Dezember 1913 wurde er nach Europa gebracht, wo er die Monate bis zum Kriegsausbruch bei seinen Eltern verbrachte, ohne sich zu irgend einer Arbeit aufzuraffen zu können. Jene erwähnten seelischen Qualen machten ihm eine Arbeitsleistung unmöglich. Nachdem er im Februar 1914 als tauglich erklärt worden war, rückte er bei der Mobilisierung im August 1914 ein, geriet im Dezember 1914 in russische Kriegsgefangenschaft, aus der er im Oktober 1916 im Austauschwege nach Oesterreich zurückkam. Nach mehrwöchiger Beurlaubung wurde er zum Hilfsdienste bestimmt; aus den schon bekannten Gründen erklärte er sich zum Dienste unfähig. Zum Zweck der Konstatierung gab man ihm am 31. 5. 1917 in die psychiatrische Abteilung des Krakauer Garnisonspitales ab, von wo er am 9. 8. 1917 unserer Anstalt zuwuchs.

Ich explorierte den Kranken mehrere Male speziell in Bezug auf sein Krankheitsbewusstsein und seine eventuelle Krankheitseinsicht. Die diesbezüglichen Angaben des Kranken gebe ich im Folgenden unter Beibehaltung der von ihm selbst gebrauchten Ausdrücke und Redewendungen wieder. Seit Jahren habe er gegen die ihm aufgedrängten fremden Gedanken, welche zum grossen Teil gegen seinen Glauben gerichtet waren, aktiv abwehrende Stellung eingenommen. Dadurch sei es ihm ab und zu gelungen, diese Gedanken aus sich herauszubringen, in den meisten Fällen hätten diese aber die Oberhand behalten, wodurch er schreckliche seelische Schmerzen leiden musste. Die Quelle dieser Schmerzen bildete die Erkenntnis, dass jene Gedanken die Reinheit und Folgerichtigkeit seines Denkens trübten und seine geistige Leistungsfähigkeit durch sie herabgesetzt werde. Die fremden Gedanken seien wirkliche und tatsächliche Beeinflussungen von aussen, ein Zwang, von andern ihm vorgelegte Gedanken nachzudenken. Er sei sich klar darüber, dass jeder Gedanke Produkt seiner psychischen Aktivität sei, doch nehme er an, nach den an sich selbst

gemachten Erfahrungen, dass jemand auf die Seele eines anderen einen derartigen Einfluss gewinnen könne, dass jede Freiheit des Denkens aufgehoben werde. Während er früher glaubte, kein Gedanke könne ohne die entsprechende Willenskraft in ihm aufsteigen, respektive, wenn aufgestiegen, wieder unterdrückt werden, sei er durch die Erfahrung eines andern belehrt worden. Nach einer Diskussion über Willensfreiheit und Willensschwäche, behauptet der Kranke die zum Losreissen von seinen Zuständen erforderliche Willensstärke fehle ihm, er leide an psychischer Schwäche.

Bei diesem Kranken existiert ein ausgesprochenes Krankheitsbewusstsein, welches in der Erkenntnis der Verursachung des in Betracht kommenden Zustandes den Begriff desselben im angenommenen Sinne überschreitet, durch die fehlende Erkenntnis der Irrealität des von aussen Aufgezwungenwerdens sich aber von der Krankheitseinsicht abscheidet.

Die Grundbedingung, dass Krankheitseinsicht zustande komme, ist die Möglichkeit, dass zu einer bestimmten Zeit die Erinnerung und die Erinnerungsmöglichkeit früherer Zustände gegeben sei. Diese beiden Momente sind erforderlich, wenn die Frage, ob Krankheitseinsicht bestehet, für die Zeit der Rekonvaleszenz und der Gesundheit aufgeworfen wird, ebenso, als wenn sie für manche luzide Intervalle im Ablaufe der Krankheit in Frage gestellt wird. Besitzt ein Genesener oder Geenesender nicht die Erinnerung an seine früheren krankhaften Zustände, dann fehlt ihm die Grundlage für den vergleichenden Akt, als welcher die Krankheitseinsicht in psychologischer Hinsicht aufzufassen ist. Die Kenntnis des gegenwärtigen Zustandes muss wie jene des früheren dem Einsichtigen gegenwärtig sein, damit er beide nebeneinander prüfen könne. Diese letztere ist das geistige Richtmass, welches das Individuum an alles es Betreffende anlegt. Es verhält sich hier genau wie in dem Falle, wo es sich um den Vergleich zweier normaler Zustände handelt. Deswegen findet auch die Tatsache, dass die Gründlichkeit der Einsicht in gerade proportionalem Verhältnisse zur Klarheit, Detailierung und Sicherheit der Zustandserinnerungen steht, auch für die in Betracht kommenden psychotischen Fälle ihre Anwendung. Weiter folgt daraus, dass die Einschätzung früherer Zustände umso schwerer sein wird, jemehr dieselben mit dem normalen Leben des Genesenden verankert und verknüpft sind. Krankhafte affektive Störungen werden daher stets einer nachträglichen korrigierenden Erkenntnis eher zugänglich gemacht werden, wie wahnbefleckte Zustände, welche dem vorpsychotischen Lebensgange des Individuums sich verkettet haben. Dieser Fall wird eintreten, wenn zwischen Wahnidéen und früheren Gedankengängen irgend eine Kongruenz besteht. Fremdere, der Persönlichkeit des Kranke fernliegende Ideen regen leichter die Kritik des Individuums an,

weil sie mit diesem Fernerliegen dem Streben abseits liegen. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass solche Ideen erfahrungsgemäss (man sehe ab von den organischen Geisteskrankheiten) in jenen Psychosen zum Vorscheine kommen, welche akut verlaufen und schon aus diesem Verlaufe besondere Aussichten auf Gesundung und Eintreten der Krankheitseinsicht bieten. Diese eben angeführte Tatsache gründet sich in der, dass bei jenen ersten Ideen der Beziehungscharakter derselben leicht Anknüpfungen zu den allgemeinen Lebensverhältnissen des Individuums findet, wodurch gleichzeitig die affektive Verkettung eine leichtere und innigere wird nach dem Gesetze der affektiven Assoziation. Bei den letzteren aber macht es gerade die Loslösung derselben von dem normalen Lebensinhalte, dass sie doch ihre schwere affektive Bedeutung verlieren, damit aus dem Zusammenhange hervortreten und dadurch leichter Objekt einer Krankheitseinsicht werden können, als jene, welche diesen genannten Charakter nicht haben. Von vornherein affektive Störungen werden darum in Hinsicht auf sich ausbildende Krankheitseinsicht umso mehr Aussicht bieten, je weniger dieselben in ihren Verläufen zur Ausbildung von festen Wahnsinnesideen führten. Für diese Auffassung kann man auf die Tatsache hinweisen, dass der Grossteil der rein manischen und melancholischen Krankheitsbilder einen diesbezüglichen günstigen Verlauf hat.

Krankheitseinsicht ist dennoch in allen jenen Fällen nicht zu erwarten, in denen jene Erinnerung oder Erinnerungsmöglichkeit nicht da ist, in jenen Fällen, in denen Amnesie für die krankhaften Vorfälle besteht. Fehlerhaft ist daher die Ansicht jener, welche die Krankheitseinsicht als Kennzeichen einer Heilung verlangen, welche da sein müsse, um von einer Heilung überhaupt reden zu können. Abgesehen von hysterischen und epileptischen Ausnahmezuständen, Alkohol und Fieberdelirien widersprechen einer solchen Auffassung viele Fälle von Amnestia-Erkrankungen. Auch das hilft nicht über die aus diesen Fällen sich erhebende Unmöglichkeit, die genannte Ansicht zu vertreten, hinweg, dass man zwischen detaillierter und summarischer Krankheitseinsicht unterscheidet. Denn auch die letztere ist oft nicht vorhanden.

Ein Soldat wurde in einem schweren akuten Erregungszustande eingebracht, der im Beginne eines kurzen Urlaubes aufgetreten war. Mit dem Ausdrucke weitgehender affektiver Erregung berichtet er, seine Frau sei mit einem Liebhaber durchgebrannt, er habe zu Hause nur leere Wände gefunden und der Liebhaber habe ihm 15000 Gulden gestohlen. Nach zwei Tagen war der Patient vollkommen klar. Als ihm seine früheren Aussagen vorgehalten wurden, war er verdutzt, hielt es für unmöglich, dass er so etwas auch nur denken konnte. Die wieder eingetretene psychische Ordnung war von Dauer, es kam

dem Patienten nie eine Spur einer Erinnerung. Er musste als geistesgesund geworden angesehen werden, nachdem sein Handeln zur psychologischen Norm zurückgekehrt war. Der Fall wurde mangels aller alkoholischen, hysterischen, toxischen und epileptischen Antezedentien und hysterischen Stigmata als Amentia diagnostiziert.

Die Tiefe der zu Stande kommenden Krankheitseinsicht ist nicht in allen Fällen die gleiche. Sie entspricht immer der geistigen Reife des in Betracht kommenden Individuums und seiner Fähigkeit, sein eigenes geistiges Leben in seinen verschiedenen Kurven zu beobachten, dem Masse der Selbstkritik, welches jedes zu üben gelernt hat. Die Stufenleiter der fortschreitenden Möglichkeiten verläuft hier proportional der allgemeinen geistigen Ausbildung der Individuen. Dieselbe dürfte entscheidend sein, ob es im einzelnen Falle zum Krankheitsbewusstsein (in dem eingangs erwähnten Sinne) oder zur Krankheitseinsicht kommt. Diese Erwägung führt von einer anderen Richtung wie jene des vorhergehenden Absatzes zur Erkenntnis, die dort erwähnte Ansicht, man müsse die wiedergekehrte geistige Gesundheit durch die Krankheitseinsicht bestimmen, unrichtig sei. Denn die kindlichen Psychosen führen meistens zur vollständigen geistigen Gesundheit, ohne dass irgend eine relative oder absolute Krankheitseinsicht sich entwickelt.

Ich sagte früher, die Krankheitseinsicht sei das Resultat eines Vergleiches des im Augenblick des Vergleichaktes bestehenden und vom Bewusstsein erfassten Zustandes mit einem anderen als erinnerter bewussten. Dass er den ersten als den objektiv richtigen erkennt, begründet sich in der dem naturgemäßen Streben des Individuums nach Befriedigung entsprechenden Natur der jetzt von ihm gesetzten äusseren und inneren Akte; dass er den letzteren gegensätzlich findet, indem nach der Erinnerung gegensätzlichen Charakter der entsprechenden Akte. Entsprechend der teleologischen Einrichtung des Universums besteht für die Beurteilung der menschlichen Handlungen, ob sie normal oder abnormal seien, der Gesichtspunkt zu Recht, dass sie danach zu bewerten seien, ob sie zur Selbsterhaltung und Selbstentfaltung, zur Befriedigung beitragen. Normal ist jener Mensch, dessen Handeln jenen Zielen angepasst ist. Als normal beurteilt das Individuum jene Handlungen, welche zu diesem Ziele führen. Auch das kranke Individuum wird in den meisten Fällen eine Bezeichnung seiner Handlungen als krankhafter entschieden zurückweisen, auf dem Standpunkt stehen, seine Handlungsweise sei die gesunde.

Früher hatte man auch in wissenschaftlichen Kreisen die Ansicht, dass jedem geisteskranken Individuum die Beurteilung seiner Handlungen als krankhafter unmöglich sei. Erst um die Mitte des vergangenen

Jahrhunderts tauchten Stimmen auf, welche für eine gegenteilige Ansicht eintraten. Pick hat im 13. Bande des Archivs für Psychiatrie eine eingehende Studie über dieses Thema im zweiterwähnten Sinne veröffentlicht. In derselben sind auch Erklärungsversuche erwähnt, durch welche einzelne Autoren der Erfassung der Tatsache auf den Grund zu kommen suchten.

Zu einer psychologischen Erklärung kann der Vergleich mit dem nächststehenden Akte aus dem normalen Geistesleben einige Anhaltpunkte geben. Dieser Akt ist der Irrtum. Dass derselbe zur Erläuterung herangezogen werden kann, wird nur dadurch möglich, dass bei den normal-psychologischen wie bei den patho-psychologischen Handlungen dieselbe in ihrem Grundvermögen unveränderliche Psyche als Wirkungsursache da ist. Die Grundeigenart der Psyche bleibt auch unter den gestörten Bedingungen ihrer Wirksamkeit dieselbe. Jene psychologischen Momente, die bei der Irrtumseinsicht wirken, werden darum auch dort einen ursächlichen Einfluss haben, wo es um Irrseinseinsicht sich handelt. Die die Irrtumseinsicht begünstigenden Momente werden auf das Entstehen einer Irrseinseinsicht förderlich wirken, die jene hemmenden Momente für das Entstehen dieser ein Hemmnis sein. Zur ersteren Kategorie gehört die Freiheit von krankhafter affektiver Erregtheit und Erregbarkeit, zur zweiten deren Vorhandensein.

Es scheint mir, dass man die wichtige Rolle, welche die Affektivität im Geistesleben überhaupt spielt, oft nicht in gebührender Weise einschätzt, da man doch immer wieder Stimmen hört, welche für die Eigenkraft der Vorstellungen eintreten, als ob die den Willen treibende und bestimmende Kraft derselben nicht der psychologisch notwendigen sofortigen Verknüpfung von Erkenntnis und Gefühl, sondern auch nur in einem Falle der Vorstellung als solcher entspringen würde. Man braucht durchaus kein bedingungloser Anhänger der Freud'schen Schule zu sein, um den Wert ihrer Bestrebungen, der Affektivität eine höhere Bewertung in der Beurteilung der psychologischen und der psychopathologischen Zustände zu verschaffen, rückhaltslos anzuerkennen. Wie im Geistesleben im Allgemeinen darf man die Einflussnahme des Gefühllebens bei der Entstehung und der Behinderung der Krankheitseinsicht nicht übersehen. Das Verhältnis der affektiven Betonung zur Krankheitseinsicht wird immer das der umgekehrten Proportion sein. Die Erkenntnis eines Irrtums gelingt dann, wenn das in Frage kommende Erlebnis, sei es durch die Ueberlegung, sei es durch den Einfluss der Zeit, seine gemütliche Schärfe verloren hat. In gleicher Weise wird ein Hauptfordernis zum Zustandekommen der Krankheitseinsicht sein, dass die allzu leichte und allzu scharfe Reaktion auf Erkenntnis-

akte aufgehört hat. Diese teleologisch inadäquate Reaktion ist für alle physisch abnormen Zustände der Schlüssel zu deren Verständnis. Jede Schwierigkeit zur Erkenntnis einer psychischen Abnormalität entsteht, abgesehen von den reinen Defektzuständen, beim betroffenen Individuum selbst aus der übermäßig gesteigerten Kraft, welcher ein bestimmter Affekt über die mit anderen Erkenntnisakten sich erhebenden gewinnt. Dieselbe erzeugt Hemmung oder sogar Aufhebung der Folgerichtigkeit des Denkens und Handelns, weil sie das ganze Leben in eine dem objektiven Lebenszweck entgegenlaufende Einseitigkeit hineindrängt.

Erst nach Aufhebung dieses Einflusses kann eine energische intellektuelle Arbeit einsetzen, welche zu einer Vertiefung der einmal möglich gewordenen Einsicht führt. Diese Festsetzung hat für die Krankheitseinsicht gesunder und gesund gewordener Individuen in der gleichen Weise Gültigkeit, wie für die in den längeren und kürzeren Krankheitsremissionen, welche letztere man mit Vorliebe als luzide Intervalle bezeichnet. Forscht man nach dem Grunde dieser Erscheinung, wird man kaum einen anderen angeben können, als dass aus jener affektiven Beetonung eine Verbindung mit der geistigen Persönlichkeit entspringt, welche eine Loslösung von dem Erkenntnisakt erschwert oder unmöglich macht, welche dem einzelnen psychischen Inhalte einen Ueberzeugungscharakter gibt, der dem betreffenden Individuum als objektive Wahrheit imponiert. Solange dieser Ueberzeugungscharakter besteht, ist es dem Individuum unmöglich, zur Erkenntnis der Unrichtigkeit des Erkenntnisaktes vorzudringen.

Die erwähnte affektive Tonung irgend eines Erlebnisses begründet die jedesmalige innere Stellungnahme des Individuums. Ob diese Stellungnahme innerhalb eines noch in der Gesundheitsbreite liegenden Zeitraumes einer Änderung zur objektiv richtigen Bewertung fähig ist, oder erst ein darüber hinausliegender dazu führt oder eine Unkorrigierbarkeit der eigennommenen Stellung bestehen bleibt, hängt wieder von der habituellen Reaktionsweise des Individuums ab, ausschlaggebend ist auch meiner Ansicht wiederum die Beschaffenheit des affektiven Vermögens der Psyche.

Die Stellung des Individuums kann zunächst eine zweifache sein; entweder gelingt es ihm schon zur Zeit der Kenntnisnahme zur objektiven Wahrheit durchzudringen oder nicht. Im letzteren Falle kann entweder nach einem bei verschiedenen Fällen und verschiedenen Individuen verschieden langen Zeitraum eine Korrektur ausbleiben. Auch dann, wenn der erste Fall gegeben ist, kann doch trotz des richtigen intellektuellen Aktes, trotz der richtigen Erkenntnis jenes Gefühl des

Befriedigtseins fehlen, welches der allgemeinen psychischen Zweckmässigkeit und Naturerfüllung folgt. Dieser Defekt hat seinen Grund in der dann bestehenden Willensunentschiedenheit. Umgekehrt bildet ein unrichtiger Erkenntnisakt keinen Grund, das erwähnte Gefühl unmöglich zu machen. Nur darf man damit nicht ein anderes verwechseln, welches nicht von dem Inhalte eines Erkenntnisaktes an sich seinen Ursprung nimmt, sondern einer zufälligen Verknüpfung entspringt, welche Handlungen und Erlebnisse mit diesem haben; dieselben können dann, wenn sie eine Unannehmlichkeit zur Folge haben, ein Unlustgefühl auslösen; mit dem als wahr hingenommenen Inhalt hat dasselbe aber nichts zu tun. Auch dann, wenn die intellektuelle Haltung des Individuums nicht gleich die Einsicht in das Fehlerhafte des Erkenntnisaktes gestattet, kann die Stellungnahme desselben eine zweifache sein, indem der Korrektionsakt nach einiger Zeit sich einstellt oder ausbleibt. Durch die Gegensätzlichkeit dieses Verhaltens erklärt sich die Wesensverschiedenheit psychologischer Akte.

Diese Tatsachen lassen die Assoziationspsychologie als fehlerhaft erkennen, denn bei der Voraussetzung derselben, dass der Wille nicht vom Erkenntnisvermögen wesentlich Verschiedenes sei, wäre eine verschiedene Stellung des Individuums gegenüber logisch gleich begründeten Erlebnissen nicht möglich. Es würde überhaupt unmöglich sein, dieselbe zu erklären, insbesondere aber, wie im Laufe der Zeit eine einmal eingenommene Stellung verändert werden könnte; mit anderen Worten wie Irrtumskorrektur und Krankheitseinsicht zu Stande kommen. Das Erlebnis bleibt dasselbe. Wodurch geschieht es, dass das Individuum zu verschiedenen Zeitpunkten in ein anderes Verhältnis zu ihm tritt, dass es seine innerliche Beziehung zu ihm ändert? Und wenn man gar bedenkt, dass diese Stellungsänderung einer Entscheidung des Individuums selbst entspringen kann, während die Erkenntnistätigkeit ein rein passives Vermögen ist, wird dem Denkenden klar, dass die Assoziationspsychologie, welche das ganze geistige Leben in einer Summation von Erkenntnisakten sich erschöpfen lässt, zur Erklärung der psychologischen Akte des behandelten Themas nichts beitragen kann.

Aus der früheren Zweiteilung ist somit eine Vierteilung geworden. Erstens kann zur Zeit des sich vollziehenden Erkenntnisaktes der entsprechende Anerkennungsakt ohne weiteres sich einstellen, zweitens kann zu jener Zeit der Anerkennungsakt unmöglich sein, weil der Wille zu einem abschliessenden Urteile sich nicht durchsetzen kann; drittens kann der objektiv richtige Erkenntnisakt einem früheren falschen doch nach einiger Zeit folgen, wenn die Hemmungen äusserlich richtiger Erkenntnis

gefallen sind; viertens kann der objektiv richtige Erkenntnisakt innerhalb einer noch als normal-psychologisch zu bezeichnenden Zeit unmöglich sein, infolge innerer Hemmungen. Im ersten Falle ergibt sich das Bild vollkommener geistiger Normalität, welches im dritten eigentlich nur verdeckt wird. Dagegen erscheinen 2 und 4 psychologische Zustände. Zwei behalten die Zwangsvorstellungszustände, vier die paranoischen Geistesstörungen und die affektiven Psychosen.

Es ist nicht notwendig, eine Unterscheidung zwischen akut verlaufenden und chronischen paranoischen Zukunftsbildern zu machen, da für das vorliegende Thema nur das Paranoische einfach hin in Frage kommt.

Solange die gemütlichen Störungen der affektiven Psychosen so heftige sind, dass die aus den Innenempfindungen geborene Störung der zerebralen Zentren durch die Psyche nicht überwunden werden kann, ist bei denselben an das Zustandekommen einer Krankheitseinsicht nicht zu denken. Sobald aber ein Abklingen jener zentralen Störung, eine Beruhigung der aus ihrer Ruhelage herausgeworfenen biologischen und vielleicht anatomischen Funktionen, eingetreten ist, erscheint damit die Grundlage für die Ausbildung der Krankheitseinsicht gegeben. Für das mehr oder minder Kritische, für die Tiefe des diesbezüglichen Raisonnements, ist die habituelle Kritikfähigkeit des einzelnen Individuums massgebend. Detaillierter darf man sie bei einer geistig höher stehenden, summarischer bei einer geistig niedrig stehenden Person erwarten. Außerdem darf man nicht übersehen, dass auch für die Ausweitung jener Einsicht die retrospektive Meditation eine grosse Rolle spielt, zumal ja die Erinnerung an alle in der Krankheit durchlebten Erlebnisse nicht in einem Bilde und mit einem Schlag, sondern gewöhnlich erst im Ablaufe der Zeit kommt.

In Hinsicht der Krankheitseinsicht, dem nach durchgemachter affektiver Psychose wiederkehrenden Gesundheitszustande gleich, ist oft das mit der jenem früheren Zustande in der grundlegenden Verstimmung im Gegensatze stehende spätere Krankheitsbild. Im manischen Zustande kann Einsicht für die früheren depressiven Krankheitserscheinungen und im depressiven für frühere manische bestehen. Besonders im Beginne der diesbezüglichen Krankheitszustände und bei geringer Intensität derselben sind derartige Beobachtungen zu machen. Während aber die Details vielleicht in besonderer Schärfe herausrücken, ist der objektive Wert einer solchen Einsicht doch zum wenigsten kein besonderer, weil man nie einer der Wirklichkeit entsprechenden Adäquatheit derselben sicher sein kann, sondern immer an Uebertreibung der gegen-

sätzlichen Erinnerung denken muss. Die Art, in welcher solcher Einsicht Ausdruck gegeben wird, kann Anhaltspunkte dafür geben, als Bilder welcher zusammengesetzten Psychose jene zu betrachten seien.

Bezüglich der Krankheitseinsicht ist bei jenen beiden affektiv-psychotischen Zustände eine Verschiedenheit zu vermerken, insoferne, als bei den manischen eine solche bezüglich der depressiven häufiger in die Erscheinung tritt. Ich bin entfernt davon zu behaupten, dass sie bei letzteren in Bezug auf erstere nicht ebenso häufig vorhanden sei. Nachdem sich aber dieser Vorgang als innerer der direkten Kenntnisnahme entzieht, ist es unmöglich, darüber ein Urteil zu fällen, während die verbalen Mitteilungen der Kranken über die Richtigkeit der ersteren Behauptung keinen Zweifel lassen. Möglicherweise lassen die depressiven Verstimmungen nur weniger eine solche Mitteilsamkeit der Individuen aufkommen und verdecken dadurch das Bestehen der vorhandenen Einsicht für den Beobachter.

Am leichtesten verständlich ist die Krankheitseinsicht bei den Zwangsvorstellungen, weil bei denselben die Einsicht in den psychologischen Vorgang einen wesentlichen Zug des ganzen Krankheitsbildes darstellt. Denn der subjektiv empfundene Zwang hat zur notwendigen Bedingung, dass die Erkenntnis des Widerstreitens durch logisches Denken hervorgerufener und frei aufsteigender Vorstellung dem Willen einen Zwang bereite, der dadurch bewirkt wird, dass es diesem nicht gelingt, zum entscheidenden Beschluss zu kommen, nur die eine Vorstellung als die Norm seines Handelns wirken zu lassen. Der daraus entspringende innere Kampf, welchen das Individuum durch das Auftreten der sogenannten Zwangsvorstellung im Gegensatze zu einer gleichzeitig bestehenden logisch richtigen Vorstellung zu bestehen hat, ist das den psychischen Zwang kennzeichnende.

Dieser Begriff des psychischen Zwanges wurde vielfach verkannt. Man hat sich heute in vielen Kreisen daran gewöhnt, aus ihm das Gefühl des Subjektivempfundenwerdens auszuschalten und psychische Vorgänge als Zwangsvorgänge in gleichem Sinne wie die Zwangsvorstellungen zu bezeichnen, bei welchen der Zwang nur für den Beobachter als eine durch eine bestimmte Willensrichtung gekennzeichnete Form einer menschlichen Handlung erscheint; Empfindungen, Tiks und Angstanfälle können nie in dem von mir in Anlehnung an Westphal festgehaltenen Sinne mit dem Bestimmungsworte des Zwanges versehen werden, weil für ihr Zustandekommen der Wille als genetischer Faktor versagt. Auch das Moment der Unverdrängbarkeit gibt den Begriff des psychischen Zwanges nicht gehörig wieder, da damit nichts über die Stellung einer Handlung im Rahmen des spezifisch Menschlichen

ausgesagt wird. Denn die natürliche Art der menschlichen Handlungsweise erfährt bei durch diese Eigenschaft gekennzeichneten Handlungen keine Beinträchtigung. Zur Empfindung eines Zwanges kann es nicht kommen. Alle psychischen Vorgänge sind von den Zwangsvorstellungen ausgeschlossen, bei welchen es nicht von vornherein zu einem Eingreifen des überlegenden Ichs kommt im Augenblicke ihres Auftrittes.

Der Begriff der Zwangsvorstellungen war schon dem Hippokrates bekannt; Westphal hätte also richtiger nicht von einem neuen Krankheitsbilde der Zwangsvorstellungen gesprochen, sondern nur von einer erneuten Darstellung desselben. Wem fielen, wenn er die von Nasse (*De insania commentatio secundum libros Hippocraticos*, Leipzig 1819) wiedergegebene Erzählung des Altmasters der Medizin, von einem gewissen Timokles liest, nicht die Diskussionen der letzten Dezennien über Agoraphobie ein? Timokles wurde, an einem Graben oder einer Brücke angelangt, von unüberwindlicher Angst, hinabzufallen, ergriffen, die ihm das Ueberschreiten unmöglich machte. Aus dem von Hippokrates gebrauchten Ausdrucke *λυσωματεῖν* schliesst Nasse: *Aegrotum non solum vertigine tentatum fuisse sed etiam fixa sibi cogitatione laborasse*. Der Kranke besass also Krankheitseinsicht.

Es ist selbstverständlich, dass man in vielen Fällen von Zwangsvorstellungskrankheit sich mit einer relativen Krankheitseinsicht wird begnügen müssen. Dass aber diese in irgend einem Falle fehlen solle, scheint mir unmöglich, wenn man nur mit jenem Grade sich bescheidet, der bei dem Bildungsgrade des Individuums möglich ist. Schliesslich bedeutet die Ausdrucksweise für den an sich gleichen inneren Vorgang nicht mehr, als eine mehr oder minder schöne Einkleidung desselben. Dieselbe ist Sache des Bildungsniveaus. Warum kämpft denn der Betroffene gegen seine Vorstellungen an? Doch nur, weil er dieselben als Etwas seinem Ich Schadenbringendes erkennt. Das Auftreten gegen dieselben ist ein sicheres Kennzeichen, dass er von den Unzukämmlichkeiten jener Vorstellungen, von deren Unvereinbarkeit mit seinem geistigen Wohlergehen überzeugt ist, dass er weiss, dass nach denselben zu handeln, seinem geistigen Leben abträglich ist. Dass er oft für sie das Wort Krankheit nicht anwendet, mag ja sein, das Ausschlaggebende ist, dass er ihnen gegenüber eine Stellung einnimmt, wie er sie nur Krankheiten entgegenträgt, die Stellung der Abwehr.

Diese Stellungnahme bezieht sich auf jene Vorstellungen unmittelbar, nicht auf irgend ein unangenehmes Erlebnis, welches dem Individuum begegnet, wenn es jenen Vorstellungen gemäss handelt. Eine solche kann bei den Zwangsvorstellungen auch vorhanden sein; sie ist aber nicht dasjenige, wodurch die Reaktion des Individuums gegenüber jener auf andere psychologische Ereignisse charakterisiert ist.

Den Zwangsvorstellungen in Hinsicht auf Krankheitseinsicht zunächststehend sind die Pseudohalluzinationen. Bei ihnen kommt es zur Hervorrufung sinnlicher Vorstellungen und sinnlicher Bilder, welche an sich von den echten Halluzinationen sich nicht unterscheiden, aber noch im Momente ihres Auftretens von dem betroffenen Individuum als etwas subjektiv Entstandenes erkannt werden. Diese Erkenntnis des subjektiven Ursprunges schliesst die Erkenntnis des ganzen Vorganges als eines krankhaften in sich, da ja damit die Erkenntnis eines naturwidrigen Entstehens vorliegt. Wie bei den Zwangsvorstellungen gehört die Krankheitseinsicht zum Wesen des ganzen Krankheitsbildes der Pseudohalluzinationen. Das geistige Gebilde, auf welche sich hier die Einsicht bezieht, ist ein anderes. Der Pseudohalluzinant steht den Halluzinationen gegenüber wie einer, der ein Gemälde betrachtet und dasselbe kritisiert. Der Unterschied der geistigen Gebilde der Zwangsvorstellungen und der Pseudohalluzinationen wird öfter mit dem oft vorhandenen Unterschiede in der erst sekundär auftretenden Affektlage verwechselt. Tatsache ist, dass die Zwangsvorstellungen immer von einem Affekte der Unlust begleitet, während Pseudohalluzinationen Lust ebenso wie Unlust erzeugen können. Eben deswegen werden erstere als etwas Zwangsmässiges empfunden, was bei lustbetonten Vorstellungen garnicht der Fall sein kann, erst dieses Zwangsmässige führt dazu, dass das betroffene Individuum jene Vorstellungen als etwas Fremdes empfindet. Krankhafte psychische Gebilde geben so lange keinen Anlass zu einem Entgegenstreben des Individuums, als sie nicht zum wenigsten als etwas Lästiges oder Fremdes empfunden werden. Sicher als solches treten nun die Pseudohalluzinationen in jedem Falle auf, da sie dem Individuum gegenüber seinen sonstigen Wahrnehmungen als etwas Neues imponieren. Sie erzeugen zwischen sich und der übrigen Persönlichkeit einen Gegensatz. Die Einsicht in diesen Gegensatz ist die Krankheitseinsicht bei Pseudohalluzinationen.

Bei allen anderen Halluzinationen ist die für längere oder kürzere Zeit bestehende Ueberzeugung von der Objektivität derselben kennzeichnend. Von einer Krankheitseinsicht kann erst die Rede sein, wenn die durch sie bewirkte Persönlichkeitsveränderung vorübergehend oder dauernd schwindet, wenn Remission des Krankheitsprozesses oder seine Heilung eingetreten ist. Dann kommt es zur normalen Perzeptionsfähigkeit, welche alle der Natur des Individuums zuwider gehenden äusseren und inneren Handlungen richtig erkennt und zu jener Assoziationsfähigkeit, welche durch objektiv richtige Verknüpfung der einzelnen Wahrnehmungs- und Erinnerungsvorstellungen charakterisiert ist. In den Remissionen steht der Kranke in einer stabilen Ruhelage gegenüber

seinen früheren Zustände, nicht anders, als ein normales Individuum nach einem Affektzustande demselben nach Eintritt der Beruhigung gegenübersteht. In der Erinnerung sind ihm seine früheren Erlebnisse haften geblieben, er kritisiert dieselben in Bezug auf ihre seiner Natur entsprechende Tragfähigkeit und gewinnt aus dem Fehlen derselben die Ueberzeugung ihrer Schädlichkeit. Bei den Halluzinationen besteht diese Prüfung darin, dass er der Begründung der in Betracht kommenden von ihm gemachten Wahrnehmungen nachgeht. Sobald er nun einen Gegensatz zu der natürlichen Bildungsart seiner sonstigen Wahrnehmungen findet, ist ihm ohne weiteres die Krankhaftigkeit der ohne äussere (nähere oder entferntere) Kausalität dagewesenen Wahrnehmungen klar.

In ähnlicher Weise bildet sich die Krankheitseinsicht bei den Wahnideen. Auch hier bildet die Grundlage derselben die Möglichkeit eines Urteiles, in dessen Prämissen die beiden zu beurteilenden Vorstellungsgattungen durch einen oder mehrere Mittelbegriffe verglichen werden.

Dass Remissionen während des Krankheitsverlaufes tatsächlich vorkommen, ist jedem Psychiater bekannt. Durch die Leugnung dieser Tatsache würde man sich hinter die Mitte des vergangenen Jahrhunderts zurücksetzen. Auf die psychologische Begründung hat man aber vielfach nicht jene Aufmerksamkeit verwendet, welche eine diesbezügliche Erkenntnis wert ist. Jene psychologische Begründung stützt sich auf den Wegfall der Hemmungen, welche die freie Betätigung der natürlichen Assoziationsfähigkeit einschränken oder aufheben. Alle diese Hemmungen sind affektiven Charakters. Man hat sich aber daran gewöhnt, nur jene als solche zu bezeichnen, welche letzten Endes als ihr direkt in die Augen springendes Kennzeichen das affektive Moment hervorkehren. Andere, bei denen intellektuell assoziative Störungen im Vordergrunde erscheinen, hat man abgetrennt.

Zu diesen letzteren zählt man vor allem die der bestimmten Individualität wesentliche geistige Konstitution. Ausser dieser gehören hierher die berufliche und ausserberufliche Beschäftigung des Kranken, das ihn umgebende soziale Milieu und der ihm zugewiesene oder aufgezwungene Umgang. (Die Wirksamkeit dieser Faktoren ist, wie ich schon betonte, auch auf der von ihnen ausgelösten Stimmung beruhend). Die aus ihnen im gegebenen Falle entspringende Hemmung in Hinsicht einer sonst möglichen Krankheitseinsicht begründet sich psychologisch darin, dass die erwähnten Momente, wenn sie in der den vorhandenen Wahnideen gleichlaufenden Richtung wirken, notwendigerweise zur Ausbildung von Erklärungsideen führen, welche dann eine Verschärfung der Grundideen in der Weise verursachen, dass dieselben dem Indivi-

duum eine breitere Basis geben. Diese Tatsache an sich, wie auch die Erfahrung, dass eine solche Verknüpfung der einzelnen Ideengänge die Einsicht in die Fehlerhaftigkeit der an der Spitze stehenden pathologischen Idee verhindert, sind imstande, die Bedeutung der Erklärungs-ideen in das rechte Licht zu rücken. Die Reaktion im Sinne der Ausbildung von Erklärungs-ideen ist nicht als das Resultat einer abnormalen Gedankentätigkeit, sondern als durch krankhafte Stimmungslage verursachte, energische Reaktion auf die einmal gesetzte Veränderung des Bewusstseinthaltes zu betrachten. Die beim Ausbau der Erklärungs-ideen sich bekundende Denkkraft ist ebenso normal wie jene beim Zustandekommen der Krankheitseinsichten zu betätigende. Einzig die Richtung ist eine verschiedene, bewirkt dadurch, dass ein subjektiver, aber als objektiv richtig hingenommener geistiger Vorgang die Grundlage für ein Gedankengebäude abgibt.

Die Erkenntnis des Irrtumes kann auf einem doppelten Wege geschehen, indem entweder die erkannte Unmöglichkeit einer der Erklärungs-ideen rückwärtsschreitend zur Korrektur der Grundidee führt oder in erster Linie diese erschüttert und damit das ganze über ihr sich erhebende Gebäude dem Zusammenstürze preisgegeben wird. Man sollte meinen, dass beim Irresein dieser doppelte Weg ebenfalls eingeschlagen werde. Nach meiner Erfahrung wird immer nur der zweite Weg gegangen; die lehrreichsten Beispiele, welche dieselbe belegen, werden durch die typischen Trinkerdelirien gegeben. Ein langer tiefer Schlaf führt erstens zu einer vollständigen Persönlichkeitsänderung der im Delirium befangen gewesenen Person, alle Sinnestäuschung ist vorüber und was in der Erinnerung davon hängen blieb, wird ohne Weiteres als „Dummheit“ „Unsinn“ und „Krankheit“ erkannt. Ich bin bei meinen retrospektiven Krankenexplorationen wiederholt dieser Erscheinung nachgegangen und habe in den psychologischen Gang derselben einzudringen gesucht. Verwertbar wurde mir beim Auseinanderlegen desselben, dass die Kranken selbst bei sonstiger guter Assoziationsfähigkeit sich nie dazu aufraffen konnten, sogar bei Unsinnigkeit der Erklärungswahnideen rückwärtsgehend der unterliegenden Grundidee ihre logische Berechtigung abzuerkennen; im Gegenteil waren sie immer bereit zu erklären, es musste halt doch so sein. In dieser Erscheinung findet das dem Menschen natürliche Streben nach Konsequenz im Denken beredten Ausdruck. Dieses Streben ist ununterdrückbar.

Man darf mit demselben an sich die Möglichkeit nicht verwechseln, den Ausdruck derselben anhalten zu können; dieselbe ist gleichbedeutend mit der Möglichkeit der Simulation. Diese hängt davon ab, ob für das Individuum wichtige Interessen vorliegen, welche für längere oder kürzere

Zeit es ermöglichen, Handlungen im Sinne der Wahnideen zu unterlassen oder gar denselben entgegenlaufende auszuführen. Bei den meisten Anstaltskranken, welche für diesen Punkt in Betracht kommen, liegt dieses wichtige Moment in dem Wunsche, die Freiheit zu erlangen. Unter zwei Bedingungen wird es dem Individuum unmöglich zu simulieren. Erstens, wenn die mit der Wahnidee verbundene affektive Kraft die zum Zustandekommen der Simulation notwendige Selbstbeherrschung unmöglich macht, und zweitens, wenn ein allgemeiner Defekt des Affektlebens, welcher in Indifferenz gegenüber seiner Situation zum Ausdruck kommt, dem Individuum die Notwendigkeit der Zurückhaltung in den Äusserungen seiner Wahnsichtigkeit nicht mehr aufdrängt.

Umgekehrt können einem Individuum in seiner Interessensphäre sich Gründe aufdrängen, welche ihm nahelegen, trotz vorhandener innerer Einsicht dieselbe nicht in erkenntlicher Weise nach aussen treten zu lassen, eine vorhandene Krankheitseinsicht zu dissimulieren. Neben der Beobachtung der Handlungsweise des Kranken kann man auch hier einen Anhaltspunkt für die Wahrscheinlichkeit der Dissimulation gewinnen aus der Ueberlegung der Vorteile, welche einem Individuum aus dem Weiterbestande der Krankheit entstehen. Man könnte deswegen meinen, dass gerade unter dem militärischen Material der psychiatrischen Anstalten wenigstens eine grössere Zahl von Patienten zu finden sein werde, bei der eine solche Dissimulation in Frage kommen könnte. In unserer Anstalt haben wir Aerzte eine dahingehende Erfahrung nicht gemacht; auch habe ich in der umfangreichen deutsch geschriebenen psychiatrischen Kriegsliteratur keine diesbezügliche Angaben machen können, woraus man wohl mit Sicherheit schliessen kann, dass zum wenigsten bei keiner nennenswerten Patientenzahl derartige Beobachtungen gemacht wurden. Uebrigens: wer kann einem, der einen akuten Gelenkrheumatismus überstanden hat, gegen dessen Aussagen beweisen, dass alle schmerhaften Reste geschwunden sind? Niemand. Wer kann also schon gar einem nach einer Geisteskrankheit rekonvaleszenten Individuum auf den Kopf zusagen, dass diese oder jene neuropathischen oder psychopathischen Erscheinungen, zu denen seine Krankheit abgeklungen ist, nicht wahrhaft noch bestehen?

Wenn von einer Simulation oder Dissimulation gesprochen wird, ist es vor allem nötig, auf die Verschiedenheit der Individuen hinzuweisen, welche das Subjekt der Simulation oder Dissimulation sind. Dasselbe kann ein geistesgesundes (gesundgewordenes) oder ein noch geisteskrankes sein. Alle jene Individuen können Krankheitseinsicht simulieren oder dissimulieren, welche in Bezug auf Geisteskrankheit die genannten zwei Fähigkeiten entwickeln können. Denn in der Aenderung des Ob-

jetzes der letzteren liegt kein Grund, die mögliche Ausübung derselben auch nur in Frage zu ziehen. Bezüglich der Geistesgesunden steht die Beantwortung der diesbezüglichen Frage ausser aller Diskussion; bezüglich der Geisteskranken aber braucht sie eine Unterscheidung.

Ob nur der Geistesgesunde imstande sei, Krankheitseinsicht zu simulieren, ist eine Frage, welche hier zu behandeln, mir von Vorteil scheint. Diese Frage kann man vielleicht deutlicher (unter Berücksichtigung des Themas) so formulieren: Ist das Vorhandensein von Krankheitseinsicht unter allen Umständen ein Beweis, dass das betreffende Individuum nicht geisteskrank sei?

Sich für eine positive oder eine negative Antwort zu entscheiden, hängt von der Stellung in der Grundfrage ab, ob bei einem geisteskranken Individuum Symptome da sein können, welche auch dasselbe als krankhaft erkennen kann. Ich glaube, diese Frage bejahend beantworten zu müssen. Hierher zu rechnen sind die jedem Psychiater unterkommenden Fälle, in denen Paranoiker gelegentlich durchgemachten Erregungszuständen das Brandmal krank aufdrücken, Epileptiker und Hysteriker für ihre Krämpfe und Ausnahmezustände die Bewertung als krankhafter zum Ausdruck bringen, Schwachsinnige und Dementia praecox-Kranke für einzelne Handlungen selbst den Ausdruck kranke Handlung gebrauchen. Wann immer der allgemeine Geisteszustand des Individiums eine solche Erkenntnis ermöglicht, kann Krankheitseinsicht sich ausbilden. Ich selbst bin weit davon entfernt, alle jene Beteuerungen der Schwachsinnigen, dass sie ihre Aufregungen als Krankheitszeichen erkennen, als klingende Münze zu nehmen. Sie haben dem Anstaltsaufenthalte seine trüben Stunden abgeschaut, finden dieselben doch zu unangenehm und suchen unter Weinen und Schwüren die Freiheit zu gewinnen. In gleicher Weise sieht man bei Paranoikern Krankheitseinsicht sich einstellen respektive als vorhanden zum Ausdruck gebracht in Bezug auf schwerere Erregungszustände, zu welchen sie sich in der Reaktion auf seine Sinnestäuschungen fortreissen lassen. Der Erkenntnis, dass dieselben abnormal und darum krankhaft seien, steht an sich kein grundsätzliches Hindernis entgegen. Unter den oben erwähnten Voraussetzungen kann man also hier von einer Krankheitseinsicht bei einem Paranoiker trotz Weiterbestehens einer paranoischen Krankheit reden. Die Krankheitseinsicht bezieht sich nicht auf das Wesen seiner Geisteskrankheit, sondern auf etwas derselben Externes, unwesentlich und rein äusserlich Verknüpftes. Insbesondere bei Hysterikern ist die Möglichkeit einer im gleichen Sinne laufenden Erkenntnis gegeben.

Dieselbe begründet die Ansicht, dass also in Bezug auf jene Aeusserlichkeiten Krankheitseinsicht simuliert (und dissimuliert) werden

könne. Wenn dem einzelnen Individuum es möglich ist, zur Erkenntnis eines aus einem bestimmten Krankheitssymptome ihm entstehenden Vorteils oder Nachteils zu gelangen und jenen Vorteil oder die Vermeidung jenes Nachteils die Motivation seiner äusseren Handlungsweise sein zu lassen, ist damit das psychologische Requisit für das Auftreten von Simulation (und Dissimulation) gegeben. Der Geisteskranke steht den erwähnten Vorkommnissen in derselben Weise gegenüber wie ein Gesundgewordener oder in Remission Befindlicher den Zuständen der ehemaligen Geisteskrankheit. Solange es in seiner Gewalt steht, äussere Erscheinungen durch Absicht hervorzurufen, kann bei jedem Geisteskranken Simulation möglich sein; psychologisch erklärt, so lange es in seiner Gewalt steht, aus Vorstellungen von einem durch den Glauben anderer an die Wirklichkeit eines nicht vorhandenen Zustandes zu erlangenden Vorteil (oder abzuweisenden Nachteile) Handlungen entspringen zu lassen. Simulation und Krankheit, sagt Richarz, haben ein Gemeinsames, nämlich die Anomalie der äusseren Erscheinungen. Das beide Unterscheidende liegt darin, dass bei ersterer die Erscheinungen durch die Absicht der Täuschung vermittelt werden, während bei letzterer diese Absicht gar nicht einmal in Frage kommt, allerdings nur in Hinsicht auf die Krankheitserscheinungen selbst.

Manche Autoren betrachten als die Grundlage sich fixierender Wahnideen Schwachsinn des betroffenen Individuums (also eine allgemeine Minderung der geistigen speziell der intellektuellen Leistungsfähigkeit). Da es schliesslich nun doch Fälle von Heilung bei wahnbildenden Psychosen gibt, hätte man in ihnen ein klares Beispiel für die eben abgetanen Ausführungen. Dafür, dass man vielleicht annimmt, jener Schwachsinn werde den Wahnideen voraus geheilt, habe ich in der mir zugänglichen reichen Literatur keine Anhaltspunkte gefunden. Eine andere naheliegende Auffassung, dass man denselben auch bei wissenschaftlicher Exploration leicht übersehen könne, ist mir auch nicht untergekommen. In allen diesen Fällen würde die Heilung von den Wahnideen nicht gleichbedeutend sein einer Heilung des Individuums schlechthin. Eine Einsicht in die Krankhaftigkeit der Wahnideen würde nicht Einsicht in seine krankhafte Persönlichkeit sein. Simulation (und Dissimulation) in Hinsicht auf die Wahnideen würden gleich zu bewerten sein, wie ich früher von diesen psychologischen Vorgängen, von den Erregungszuständen der Schwachsinnigen es behauptete.

Der Anschein des Schwachsinnns bei Paranoikern wird erweckt durch den passiven Zwang des Individuums, nach einer bestimmten Richtung in objektiv dem Inhalt der Wahnidee inadäquater Weise zu denken. Indem deswegen durch den Ausfall der jene Idee korrigierenden Er-

fahrungen das ganze Denken in Einseitigkeit hineingedrängt wird, erweckt die entstehende Monotonität des geistigen Lebens den Eindruck geistiger Schwäche.

Diese Auffassung besagt nicht, dass nur bei geistig rüstigen Menschen es zur Ausbildung von Wahnideen kommen könne und komme, sondern nur, dass Schwachsinn kein notwendiges Erfordernis derselben bilde.

Nach Jessen kommen die heharrlichsten und methodischsten Simulanten unter den Geisteskranken vor.

Das eventuelle Geständnis von Simulation darf darum nicht dazu verleiten, den Geständigen als geistig Gesunden anzusehen. Denn, wenn Kranke behaupten, dass sie dieses oder jenes Symptom willkürlich erzeugt hätten, dann haben sie damit, wenn die Wahrheit dieser ihrer Angaben sich herausstellt, nur bewiesen, dass trotz der Störung der Selbstbeherrschung, des Denkens und des Empfindens ein gewisses Mass von freier Selbstbestimmung ihnen geblieben ist. Wird ein hierher gehöriger Fall forensisch, dann haben die Sachverständigen den Richter darauf aufmerksam zu machen, dass Simulation und Geisteskrankheit sich nicht ausschliessen.

Man hat im Laufe der letzten Dezennien die Erfahrung gemacht und therapeutisch auszuwerten gesucht, dass organisch begründete Geisteskrankheiten durch fieberrhafte körperliche Erkrankungen günstig beeinflusst werden, indem während derselben für kürzere oder längere Folgezeit Pausen des Krankheitsprozesses sich einstellten. Bei Paranoikern tritt oft bei schwereren körperlichen Krankheitszuständen weitgehende Beruhigung ein, durch welche die psychopathologischen Vorgänge so tief in den Hintergrund gedrückt werden, dass sie dem nur zuschauenden, aber nicht prüfenden Beobachter als vollständig verschwunden imponieren können. Entscheidend dafür, ob man hier tatsächlich von einer Heilung jener paranoischen Erscheinungen sprechen kann, oder nur von einer Herabsetzung der psychischen Aktivität sprechen dürfe, ist immer der spätere Verlauf; meist gelingt bei jenen Krankheitszuständen während ihrer Dauer oft überhaupt nicht eine solche Feststellung trotz eingehender Explorationen, weil die der körperlichen nebenhergehende geistige Erschöpfung nicht zulässt, dass der Patient eine geistige Spannung bekomme, welche notwendige Bedingung zur Ausbildung paranoischer Zustandsbilder ist. Noch weniger als bei dieser allgemeinen Feststellung kommt man zu einem Resultate, wenn man die Frage beantworten will, ob bei dem Kranken Einsicht in seine pathologischen Ideen vorhanden sei.

Tatsache ist bei körperlichem Leiden ein Zurücktreten der psychotischen Symptome. Die vollständige Analogie mit psychischen

Leiden, welche nach einer anderen Richtung zielen wie die habituellen psychischen Erscheinungen, lässt von vornherein vermuten, dass hier ein beiden gemeinsames Moment die Begründung für die gleiche Folgewirkung abgebe. (Voraussetzung ist das Erhaltensein einer klaren Perzeptionsfähigkeit.) Dasselbe findet sich in der tiefen und scharfen affektiven Erregung, welche die einen wie die anderen begleitet. So lange dieselben in einem Grade vorhanden ist, welcher jenen durch die pathologischen Symptome der niederen oder der höheren Erkenntnissphäre bewirkten überragt, wird die Aufmerksamkeit des Kranken von jenen besetzt, bleibt es so lange, als die letzteren nicht gradweise überschlagend werden. Für den Beobachter mag öfter die Graduierung, wenn er beide Erlebnisse nebeneinander stellt, widerspruchsvoll sein; die Reaktion des Individuums ist aber eine unfehlbar sichere. Um dieselbe nachzuhören zu können, müsste der Beobachter notwendig in die Erkenntnis- und Auffassungsweise des kranken Individuums sich einzubringen. Schon im täglichen Umgange mit Geisteskranken macht man die Erfahrung, dass dieselben durch momentan wichtige Ereignisse aus ihrem Krankenbett herausgeworfen werden, ihre Ideen vergessen zu haben und davon frei zu sein scheinen. In demselben Masse, in welchem diese Ereignisse abbllassen, drängen sich die zurückgedrängt gewesenen pathologischen Erscheinungen wieder vor. Während der erwähnten Pause gehörte eben die Aufmerksamkeit des Kranken nicht mehr allein oder in besonderer Weise jenen psychischen Vorgängen, deren Resultat die pathologischen Bewusstseinseinhalte sind, sondern wurde in weitgehendem Masse von neuen Erlebnissen absorbiert, so dass für die Vorgänge des Halluzinierens und der aktuellen Wirksamkeit der Wahnideen nicht mehr jenes Mass an psychischer Energie zur Verfügung stand, welches notwendig ist, damit sie als aktuell wirksam auftreten können. Der gleiche Gedankengang hat für die völlig gleiche Wirkung körperlicher Krankheitszustände Geltung. Solche Zustände wirken die Aufmerksamkeit ableitend.

Jene körperlichen Zustände brauchen nicht Krankheitszustände im engeren Sinne dieses Wortes zu sein. Jede vorübergehende körperliche Unannehmlichkeit hat dieselbe Wirkung, welche in der Dauer der aktuell einwirkenden Unannehmlichkeit umgekehrt proportioniert ist, so dass man von einem Gegensatz von akuter körperlicher Krankheit und offenliegender Geistesstörung reden kann. Richtig ist die auf solchen Beobachtungen basierende Ansicht, dass Wahnideen Resultate zeitlicher geistiger Produktivität seien und in der Art ihres Vorhandenseins von tieferliegenden somatischen Bedingungen mit abhängen. Die Therapie der alten Psychiatrie suchte aus dieser Beobachtung prakt-

tischen Nutzen zu schöpfen. Die Anwendung der von ihr im therapeutischen Inventar durch Dezennien mitgeschleppten mechanischen und instrumentellen Zwangsmittel bezweckte, die Ablenkung zu erzielen. Der Fehler, den sie dabei beging, war, dass sie übersah, welche weitgehende allgemeine psychische Schwächung durch die wiederholte körperliche Schwächung und durch die Erregung von vornherein nicht vorhanden gewesener Zwangsaffekte als Folgen der körperlichen Misshandlungen sie verursachen musste.

Auf dem Prinzip der Aufmerksamkeitsablenkung fußt auch alle Psychotherapie. In der Methodik derselben gibt es dann im allgemeinen zwei Wege, auf welchen man zum Ziele zu gelangen sucht: Jenen der Ueberredung und jenen der Ueberzeugung. Der erstere will gar nicht dem betroffenen Individuum auf dem psychologisch natürlichen Wege der Willensbestimmung auf Grund einer vorausgehenden Erkenntnis in die Details der einzelnen willensbestimmenden intellektuellen Akte, also auf Grund einer Krankheitseinsicht seine geistige Gesundheit zurückgeben, er bescheidet sich bei einer rein autoritativen Willensdirigierung. Der zweite führt durch Berücksichtigung der natürlichen Anlage des Individuums zur Krankheitseinsicht und damit automatisch zur gesunden Handlungsfähigkeit. Nur dieser zweite Weg kann zum Ziele führen. Die typischen Belege für die Richtigkeit dieser Behauptungen geben die Fälle nicht zu weit vorgerückter Charakterveränderung. Ein einfaches Ueberrumpeln solcher Kranken kann ja ein zeitweiliges Pausieren krankhafter Symptome herbeiführen, ein Ausbleiben derselben nur für längere Zeit kann zufälliger Weise eintreten. Dann ist es aber Zufall, nachdem es nicht unmittelbar durch jene überraschende Handlung herbeigeführt wird, sondern durch eine derselben folgende Reihe von Schlüssen, welche in ihrem Aufbau nicht Vorlagen des Therapeuten, sondern Ausflüsse der ureigensten und selbständigen geistigen Tätigkeit des Patienten sind. Dafür, ob dieser Weg im einzelnen Falle eingeschlagen werde, ist der habituelle intellektuelle Zustand des Individuums maßgebend.

Nach Aschaffenburg entstehen Wahnideen auf der Grundlage einer Affektstörung bei stark egozentrischer Richtung des Denkens. Aus dieser krankhaften Eigenbeziehung müsse man das Wahnbedürfnis zu erklären suchen, da durch dieselbe der Kranke in den Mittelpunkt der veränderten Denkrichtung trete; beim Irrtum sei eine Lösung von der Persönlichkeit des Irrenden denkbar. Normale Handlungen des Kranken seien darum auf jenen Gebieten möglich, welchen eine Einmischung der Eigenbeziehung fern liegt. Ein wahnbildender Kranker könne deshalb ein genialer Mathematiker sein. Entsprechend dieser Auf-

fassung wäre das Zustandekommen von Krankheitseinsicht gleich der Behebung dieser krankhaften Eigenbeziehung oder mit der Zurückführung des Denkens auf das richtige Beziehungsverhältnis. Dieses letztere ist immer dann da, wenn das Denken nicht von seinem natürlichen Wege abgeleitet wird. Ableitung aus dem natürlichen Geleise ist nur durch Einmischung der Affektivität möglich. Diese gibt dem Denken eine von seiner naturgemäßen abweichende Richtung, die selbstverständlich nicht durch zu grosse Objektivität, sondern nur durch Subjektivität des Denkens sich ausdrückt. Wann diese Subjektivität vom Individuum noch überwunden werden kann und wann nicht mehr, dafür besitzen wir keine aprioristische Entscheidungsmöglichkeit; die Empirie gibt Ausschlag. Denn man findet im Inhalt der Wahnideen nichts hierfür Entscheidendes, man kann auch aus der Zeit ihres Bestandenhabens keine Anhaltspunkte gewinnen. Allerdings pflegen alle psychischen Vorgänge bei längerer Dauer sich mehr weniger fest zu fixieren; wann aber diese Fixation in eine nicht mehr trennbare Konsolidation übergeht, kann man auch nicht annähernd von vornherein bestimmen. Man hat für ein diesbezügliche Berechnung nur einen ganz beiläufigen Anhaltspunkt in dem früheren habituellen Zustande der geistigen Aktivität eines bestimmten Individuums. Derselbe ist von Einfluss auf die Krankheitseinsicht nach der Genesung von geistiger Krankheit wie auf jene, welche in manchen sogenannten Iuziden Intervallen sich einstellt. Sowohl die Tiefe wie die Dauer werden von demselben mitbestimmt; und zwar nach doppelter Hinsicht. Erstens einmal, indem derselbe eine seichtere oder tiefere Erkenntnis des krankhaften Vorgangs und Erlebens bewirkt, und zweitens, indem die an sich stärkere Willenskraft es eher zustande bringt, jenen Umständen aus dem Wege zu gehen, welche erkannter Weise die psychologische Grundlage jeder Wahnbildung sind. Jaspers hat diese Umstände zusammenfassend als Wahnstimmung bezeichnet. Nach Hagen bezeichnet er dieselbe als ein Gefühl der Haltlosigkeit und der Unsicherheit, welches den Kranken instinktartig treibe nach einem festen Punkt zu suchen, an welchem er sich halten und anklammern könne. Wie jeder Gesunde unter analogen Umständen findet auch er ihn in einer Idee, welche infolge der durch jenes Gefühl einseitig gewordenen Denkrichtung dem objektiven Weltgehalte nicht mehr entspricht und damit als wahnhafte gekennzeichnet erscheint. Ob er diese Idee unter allen Umständen festhalte oder zeitweise von derselben frei sei, hängt von der Umwandlung ab, welche die Persönlichkeit als Ganzes durch die Krankheit erfahren hat. Ein Moment, welches engstens mit der ehemaligen geistigen Kraft und Widerstandsfähigkeit des Individuums

zusammenhangt. Je grösser dieselbe ist, um so schwerer werden von aussen andrängende Ereignisse dieselbe zu biegen oder gar zu brechen vermögen oder, wenn es schon dazu gekommen ist, werden günstige Einflüsse dieselbe leichter wieder aufzurichten vermögen. Wie also jener frühere psychische Zustand eine Hemmung der Ausbildung der Krankheit entgegenstellen kann, so bedeutet er andererseits eine Erleichterung, wenn Krankheitseinsicht sich einzustellen beginnt. Der Psychotherapeut kann mit vielem Vorteile von dieser Erkenntnis Gebrauch machen, indem er dieselbe bei der Dosierung seiner — sit venia verbo — psychotherapeutischen Medizin als Leitsfaden dafür verwendet, in welcher Schnelligkeit er auf seinem Heilwege nach vorwärts rücken kann. Dem an selbständiges Denken Gewöhnten braucht er nur einige Schlagworte für sein Denken zu geben, an denen derselbe genugsam Stoff für seine geistige Arbeit findet, während er dem schon von früher her geistig tiefer stehenden ein detailliertes Denkrezept und oft in vielfacher Wiederholung vorlegen muss.

Erfolg hat diese psychotherapeutische Arbeit nur dann, wenn die intellektuelle Potenz in ihrer aktuellen Kraft nicht bis zur Unmöglichkeit gestört ist und der Wille Kraft genug aufbringt, um an der Hand der Vernunftvorlagen das Ziel seines Handelns zu verfolgen. Eine direkte Einflussnahme auf den letzteren ist für den Psychotherapeuten ein Ding der Unmöglichkeit. Unfehlbar wirkt darum sein psychotherapeutisches Mühen nie.

Wo oder in was liegt das Hindernis für das Zustandekommen der Krankheitseinsicht?

Bei den rein affektiven Geisteskrankheiten kann das Hindernis von keiner anderen Seite kommen als aus diesem Affekte heraus. Das heisst aus der Behinderung der überlegenden Verstandestätigkeit. Jenes Moment also selbst, welches bei diesen Psychosen das hervorstechendste Merkmal derselben bildet, hemmt diejenige geistige Fähigkeit, in deren Resort die Krankheitseinsicht als intellektueller Akt fällt. Dass gerade bei diesen Psychosen während der Krankheitsdauer vorübergehende Ruhepausen in der Intensität der affektiven Stürme zu ebenso vorübergehenden Krankheitseinsichten führen, ist von vielen Autoren betont und hervorgehoben werden. An und für sich macht es keinen Unterschied, ob jene affektiv-psychotischen Zustände im Verlaufe einer zusammengesetzten Psychose oder aber auch als selbständige Erkrankung auftreten. Meine Erfahrungen liessen mich aber erkennen, dass oft gerade das Verhalten der Kranken im vorliegenden Punkte Fingerzeige gab, wie dies ganze Krankheitsbild zu klassifizieren sei. Wie in anderer

Hinsicht erscheint auch in der angeregten die Begründung darin gegeben, dass in solchen Pausen die habituelle psychologische Persönlichkeit nach aussen tritt mit jenen Änderungen, welche sie im Laufe krankhafter Attacken erfahren hat. Dieselben imponieren in jenen Zuständen vorübergehenden stabilen psychischen Gleichgewichtes als Charaktereigentümlichkeiten. Nur derjenige, welche den einzelnen Fall kennt, ist klar über die tiefer liegende geistige Schädigung, welche dem Verhalten des Individuums zugrunde liegt.

Anders liegen die Verhältnisse bei den psychotischen Krankheitsbildern, welche mit intellektuellen Störungen, mit Wahnbildungen und Sinnestäuschungen einhergehen. Während man in den früheren Fällen es mit durch den Affekt verursachter Änderung im Assoziationsablauf zu tun hatte, handelt es sich hier um einen Defekt in der Per- und Apperzeption selbst, welcher neben der affektiven Störung, welche ihn verursacht hat und bestehend erhält, seine Selbständigkeit hat. Dadurch wird es möglich, dass jener Defekt nach dem Abklingen des Affektes weiter fortbesteht und in einer vom Affekte unabhängigen Persönlichkeitsänderung sich kundgibt. Nach Ablauf des floriden Krankheitsprozesses können also noch psychotische Symptome vorhanden sein, welche durch das Fehlen der psychischen Potenz gekennzeichnet sind. Dieselben können in nichts anderem bestehen, als in einem Defekte der intellektuellen Potenz. Indem sich derselbe als eine Abweichung vom physiologischen Typus darstellt, andererseits durch Insuffizienz der psychischen Potenz gekennzeichnet ist, fasst er alle Sekundärzustände nach akuten Psychosen in sich. Objektiv treten dieselben als solche in Erscheinung; im Individuum selbst hat sich weitgehende Gleichgültigkeit gegenüber den in Betracht kommenden psychopathologischen Inhalten eingestellt. Die Tatsache, dass es derartige Zustände gibt, bestätigt meine Behauptung, dass der intellektuelle Defekt neben dem affektiven selbständig auftreten kann. Das Zustandekommen dieser Selbständigkeit kann keine andere Erklärung haben, als dass die in Betracht kommenden Ideen im nichtpsychischen Anteile der menschlichen Natur, also im somatischen Teile des psychozerebralen Systems starre Fixation gefunden haben, andererseits aber die Affektivität ihnen gegenüber schon vollständig sich abgestumpft hat, gleichgültig geworden ist. Damit deute ich an, dass in allen diesen Krankheitsfällen von einer Krankheitseinsicht nicht die Rede ist und sein kann. Denn in diesen Kranken hat ihre Stellung nicht zu den wahnhaften Ideen an sich eine Änderung erfahren, die Reaktion auf diese Erkenntnisvorgänge ist dem Nullpunkte nahegekommen oder an demselben angelangt.

Für die praktische Psychiatrie ist dieses Angelangtsein von Wichtigkeit, weil es die Stellungnahme des Psychiaters bei der Entscheidung, ob für ein derartiges Individuum die geschlossene Anstaltsbehandlung notwendig oder nützlich sei, bestimmt. Allerdings kann auch hier keine einfache Schablone festgestellt werden. Denn, obwohl jenes Herabsinken der Aktivität gewöhnlich ein ganz allgemeines für die Verhältnisse innerhalb und ausserhalb der Anstalt ist, gibt es doch manche Fälle, welche im Leben ausserhalb der Anstalt bald eine Wiedererhöhung ihrer Affektivität erfahren, während sie in der Anstalt durch Ruhe und Gelassenheit imponieren. Besonders hervorstehend ist solches Verhalten bei an Beziehungswahn Leidenden. Mit den Wahnideen selbst scheinen auch die Lebensgewohnheiten der Kranken etwas Fixiertes geworden zu sein. Indem ihnen gleichzeitig durch ihre geistige Minderwertigkeit die Akkommodationsfähigkeit an neue Lebensverhältnisse verloren ging, können sie sich in die doch erhöhten sozialen Ansprüche des Aussenlebens nicht mehr finden. Sie stellen den Grossteil der wegen geistiger Hilflosigkeit Pflegebedürftigen. Gelangen solche Individuen in das Leben zurück, ohne eine regelmässige ruhige Tätigkeit und geordnete soziale Verhältnisse vorzufinden, so kann es zur Ausbildung eines stabilen deprimierenden Affektes kommen, der in weiterer Folge zu neuerlicher Wahnbildung führt, eine ganz neue Psychose auslöst. Weil die affektive Reaktionsfähigkeit des kranken Individiums ihre Hemmungslosigkeit verloren hat, braucht man das ungezügelte Losfahren bei Berührung seiner Wahnideen nicht mehr zu fürchten. Die psychologische Tatsache der Gewöhnung kommt hier zur vollen Geltung, da sie infolge ihrer Allgemeinheit die normal psychologische Handlungsweise ebenso wie die psycho-pathologische unter sich fasst. Dass trotz der eingetretenen Beruhigung keine Krankheitseinsicht sich entwickelt? Weil sich gleichzeitig Schwächung der Assoziationsfähigkeit eingestellt hat, welche die Verminderung an affektiver Erregbarkeit wieder quitt macht. Was die individuelle Luzidität auf der einen Seite gewann, verlor sie auf einer anderen reichlich, so dass das Gesamtresümee bei den erwähnten Zuständen eigentlich dasselbe geblieben ist und die allgemeine Eignung zur Ausbildung von Krankheitseinsicht sich nicht erhöht hat.

F. Ch. E., geboren 1879, verheiratet, Anstreicher gehilfe, aufgenommen 15. 9. 1917.

Aus der Vorgeschichte ist zu erwähnen, dass der Kranke schon von 1905 bis 1909 in einer galizischen Irrenanstalt interniert war, wegen „Stimmen hörens“, welches in den letzten 9 Monaten seines dortigen Aufenthaltes vollständig verschwand. Schon im einen früheren Jahre war er nach einjähriger

Militärdienstzeit dauernd wegen Geisteskrankheit beurlaubt worden. Die Angaben, welche der Kranke über die damals bestanden habenden Symptome macht, sind so verschwommen, dass man sich nicht einmal darüber klar werden kann, ob Sinnestäuschungen bestanden oder nicht.

Bei seiner Einrückung zur Kriegsdienstleistung als Feldgendarm sei er nach seiner Meinung geistig vollkommen gesund gewesen, in jener Verfassung, in welcher er die erwähnte Irrenanstalt verlassen hatte und seitdem seinem Berufe nachgegangen war. Bis zum Spätsommer 1916 hatte er keinen Anstand im Dienste. Da aber begann wieder das Stimmenhören; er müsse davon auch seinen Kameraden erzählt und diese dem Rittmeister Meldung gemacht haben. Letzterer bestimmte ihn zum Rapporte und schickte ihn vom Fleck weg in die Irrenabteilung eines Lubliner Spitäles. Nach dreimonatigem Aufenthalt dort wurde er in seine Heimat beurlaubt und während des Urlaubs aus dem Militärverbande ausgeschieden. Während des Spitalaufenthaltes Schwinden der Stimmen, so dass er wieder eine Arbeit aufnebmen konnte in einer Papierfabrik in der Nähe Wiens.

Nach ungefähr 10monatiger Pause begannen im August 1917 wieder die Belästigungen durch die Stimmen, welche nach Art und Inhalt des früher Gehörten ganz analog waren. Nach der letzteren Richtung sind sie charakterisiert als Beschimpfungen und ekelhafte Kritiken seiner Handlungsweise. Wenn er zu Zeiten innerer Ruhe über die Stimmen nachdenke, komme er dazu, sie als Krankheitserscheinungen seines Gehirns zu erkennen, und nehme sich fest vor, sich durch sie zu keiner Reaktion hinreissen zu lassen. Trotz allèdem gelinge es ihm in den entscheidenden Momenten nie, seinem Vorsatze treu zu bleiben, bis nach Ablauf eines inneren schweren Druckes innere Erleichterung, Beruhigung eintrete und die Stimmen von selbst schwinden. Der jedesmalige Anlass zum Auftreten werde durch vorhergegangene gemütliche Erregungen gegeben. Vor seiner Internierung in Lublin war er durch vielen und strengen Dienst in seinen Nerven geschädigt worden; seiner letzten waren Aufregungen wegen der durch die Teuerung geschaffenen Notlage seiner Familie vorangegangen.

Das hauptsächlichst Unlusterzeugende bei diesen Kranken war allerdings durch den negativen Inhalt seiner Stimmen gegeben; er ist sich auch bewusst, dass gerade durch diese Stimmen seine Leistungsfähigkeit beschränkt werde. Er besitzt aber auch zeitweise eine vollkommene Einsicht in die Krankhaftigkeit jenes psychischen Vorganges, den er wie Halluzinanten oft als Stimmenhören bezeichnet; welches er aber wegen mangelnder Selbstbeherrschung nicht unterdrücken kann.

Krankheitseinsicht lässt sich immer erwarten, solange die Heftigkeit der gemütlichen Erregungen die intellektuellen Vorgänge nicht in dem Grade verwirrt, dass letztere in objektiv richtiger Art zustande kommen. Insbesondere bei geringgradig affektiven Störungen ist daher oft ein Verständnis für den bestehenden gemütlichen Defekt vorhanden, ohne dass die aus diesem Verständnis erwachsenden sittlichen Motive eine derartige Kraft erlangen, dass das Individuum den Gefühlsantrieben

Widerstand leisten kann, indem jene sittlichen Motive auf Art und Richtung der durch diese Antriebe ausgelösten Handlung entscheidend einwirken. Die Handlungsweise des Individuums bleibt eine krankhafte.

Dass krankhafte intellektuelle Vorgänge selbst in ihrer Krankhaftigkeit erkannt werden, erscheint von vornherein dem psychologischen Verständnis unüberwindliche Schwierigkeiten bietend, verständlich in dem Momente, da man sich vorhält, dass der Kranke ja nicht zu allen Zeitpunkten der Krankheitsdauer in gleicher Weise seinen psycho-pathologischen Vorgängen gegenübersteht. Abgesehen davon, dass in letzter Linie die habituelle psychische Eigenart für das Auftreten und für die Art der auftretenden Krankheitseinsicht massgebend ist, ist auch bei den sogenannten intellektuellen Psychosen die Grundlage die gemütliche Aenderung. Tritt dieselbe zurück, dann muss unter allen Umständen die nur unterdrückte, aber nie aufgehobene natürliche Betätigung der Psyche sich auch darin äussern, dass sie den objektiv krankhaften Vorgang auch subjektiv als solchen bewertet.
