

Aus der Universitätsnervenklinik Münster
(Direktor: Prof. Dr. med. FRIEDRICH MAUZ)

Über Veränderungen des Gewissens beim Wahn

Von

B. PAULEIKHOFF

(Eingegangen am 30. Oktober 1959)

Es ist allzu bekannt, daß einige schizophrene Wahnkranke zu „gewissenlosen“ brutalen Handlungen fähig sind, die im Gegensatz zu ihrer in gesunden Tagen vorhandenen Gewissenhaftigkeit stehen, und daß bei einer Gruppe endogen depressiver Kranker unbegründete paranoide Schuldgefühle und Selbstvorwürfe als abnorme Gewissensphänomene auftreten. Diese klinischen Tatsachen weisen — neben anderen — auf Veränderungen des Gewissens bei diesen Kranken hin.

Eine Schwierigkeit in der Darstellung der Beziehungen zwischen Wahn und Gewissen bzw. Veränderungen des Gewissens ergibt sich dadurch, daß es sich beim Gewissen im psychologischen Sprachgebrauch um einen komplexen und vieldeutigen Begriff handelt und auch die begriffliche Abgrenzung des Wahns in mancher Hinsicht noch ungeklärt ist. Wir wollen zunächst zu verdeutlichen suchen, was wir hier unter dem Begriff des Gewissens verstehen.

In der Wissenschaft waren es bisher vorwiegend Theologen und Philosophen, die über das Gewissen nachgedacht haben. Das mag auf den Ernst und die Tiefe dieses Problems hinweisen. Wir können hier nur kurz andeuten, was Philosophen zu dem Phänomen des Gewissens zu sagen haben und weisen auf Ausführungen von SCHELER und HEIDEGGER hin. SCHELER schreibt: „Sagen wir: ‚das Gewissen regt sich,‘ so bedeutet dies ohne weiteres soviel wie: es wehrt sich etwas gegen das betreffende Verhalten; nie aber: das Gewissen sagt, es sei etwas gut. Darum ist auch das ‚schlechte Gewissen‘ eine entschieden positivere Erscheinung als das ‚gute Gewissen‘, das für ein bestimmtes sittlich in Frage gestelltes Verhalten eigentlich nur das erlebte Fehlen und der erlebte Mangel des ‚schlechten Gewissens‘ ist“. HEIDEGGER betont den Rufcharakter des Gewissens und hebt hervor: „Alle Gewissenserfahrungen und -auslegungen sind darin einig, daß die ‚Stimme‘ des Gewissens irgendwie von ‚Schuld‘ spricht“. — „Das ‚gute‘ Gewissen ist weder eine selbständige noch eine fundierte Gewissensform, das heißt überhaupt kein Gewissensphänomen. Sofern die Rede von einem ‚guten‘ Gewissen der Gewissenserfahrung des alltäglichen Daseins entspringt, verrät dieses damit nur, daß es, auch wenn es vom ‚schlechten‘ Gewissen spricht, das Phänomen im Grunde nicht trifft“.

Wenn nach diesen Ausführungen von SCHELER und HEIDEGGER das Gewissen „keine ursprünglich positive Einsicht gebende, sondern nur eine kritische, teils warnende, teils richtende Funktion“ (SCHELER) hat und stets irgendwie von Schuld sprechen soll, so dürfte dieser vorwiegend das Erlebnis der Gewissensstimme und das Schulterleben umfassende

Begriff des Gewissens für die Psychologie und Psychopathologie zu eng sein. Eine Erweiterung dieses Begriffes nach zwei Richtungen dürfte notwendig und wichtig sein. Wir haben die persönliche Gewissensstruktur als Disposition und zentrales Glied der Charakterstruktur bei jedem Menschen zu berücksichtigen; und wir müssen eine „ursprünglich positive Einsicht gebende“ Seite des Gewissens anerkennen. Das Gewissen als Glied der Charakterstruktur steht in engem Zusammenhang mit dem Gemüt; und die „positive“ Seite des Gewissens dürfte insbesondere in dem Bewußtsein (Gefühl) der Pflicht und Verantwortung und in den mit diesem Bewußtsein eng verbundenen Gefühlen der Ehrfurcht, der Achtung, der Verehrung, der Treue, der Liebe zum Ausdruck kommen.

Die engen Beziehungen von Gemüt und Gewissen und auch die „positive“ Richtung gebende Seite des Gewissens werden von LERSCH und insbesondere WELLEK hervorgehoben. LERSCH schreibt: „In den Regungen des Gewissens wird die Erfüllung oder Nichterfüllung der in den Gemütsregungen erfahrenen Verbindlichkeiten und Bindungen endo-thym erlebt.“ — „Sofern also im Gewissen das Gefühl der Verantwortung gegenüber den von den Sinnwerten ausgehenden Verpflichtungen erlebt wird, gehört es dem Bereich des im weitesten Sinne verstandenen Gemütes an“. WELLEK spricht von der Zweieinigkeit von Gemüt und Gewissen: „Gemüt ist der Ort der Bindungen, Gewissen der verantwortlichen Bindungen“. — „Gemüt ist also eine Instanz des Gefühls, Gewissen eine des Willens und damit — auch — des Geistes, der Vernunft. Beide aber sind übergeordnete Instanzen, die Ordnung und Richtung geben: das Gemüt dem Fühlen, das Gewissen dem Wollen und dem Tun“. WELLEK sagt weiter, Gemüt trage oder fundiere Gewissen. Gewissen setze Gemüt voraus. Das heiße aber nicht, daß Gewissen weiter nichts wäre als eine Fortbildung oder Variante des Gemüts. Vielmehr repräsentiere das Gewissen ein eigenes Prinzip über das Gemüthafte hinaus: ein Männliches gegenüber einem Weiblichen. LÜCKERT, der neben der Stimme des Gewissens als Umkreisphänomene des Gewissens das Schuldbewußtsein, das Reue- und Sühneerlebnis, das Pflicht- und Verantwortungsgefühl, das Scham- und Ehrgefühl, die Ehrfurcht und die Liebe unterscheidet, betont ebenfalls den „unmittelbar positiven Inhalt“ des Gewissens und weist darauf hin, daß das Gewissen als Disposition identisch sei mit der ethisch-sittlichen Grundhaltung und das Kernmoment des Gewissens in der verpflichtenden Stellungnahme zum eigenen Verhalten bestehe.

In der Darstellung der Beziehungen zwischen Wahn und Gewissen wollen wir kurz auf Veränderungen der Gewissensdispositionen bei endogen depressiven Kranken eingehen. Anschließend wollen wir ausführlicher untersuchen, in welcher Weise bei schizophrenen Wahnkranken im Wahnerleben und insbesondere in den mit dem Wahn verbundenen Persönlichkeitsveränderungen Veränderungen der Gewissensstruktur zum Ausdruck kommen.

Unmittelbare Beziehungen zwischen Wahn und Gewissen bzw. Veränderungen des Gewissens treten eindrucksvoll in den bei einer Gruppe endogen depressiver Kranker vorhandenen paranoiden Schuldgefühlen hervor. In ähnlicher Weise wie die endogen depressive Verstimmung bestimmte Veränderungen des Gemüts bei diesen Kranken anzeigt,

weisen die paranoiden Schuldgefühle auf bestimmte Veränderungen der Gewissensstruktur der Kranken hin, und wir fragen hier, welche Veränderungen der Gewissensstruktur in den paranoiden Schuldgefühlen neben den vorhandenen gemütlichen Veränderungen zum Ausdruck kommen. Diese Frage nach Veränderungen der Erlebnisdispositionen des Gemüts und des Gewissens bei endogen depressiven Kranken ist zu trennen und zu unterscheiden von der Frage des Zusammenhangs zwischen den Erlebnisphänomenen der depressiven Verstimmung und des Schuldgefühls, die in der Literatur häufiger erörtert worden ist. Dabei wurde einerseits die sinnvolle Beziehung zwischen Depression und Schuldgefühl (WYRSCH u.a.) hervorgehoben, andererseits aber auch die Selbständigkeit und gegenseitige Unableitbarkeit beider Phänomene (WEITBRECHT u.a.) betont. Eine Annäherung beider Standpunkte gibt K. SCHNEIDER, wenn er schreibt, daß es sich bei den depressiven Ängsten um durch die Psychose bloßgelegte Urängste des Menschen handelt.

Wir richten hier unseren Blick von den Erlebnisphänomenen der depressiven Verstimmung und des Schuldgefühls und ihrer gegenseitigen Beziehungen auf die mit diesen Erlebnisphänomenen verbundenen Veränderungen der Erlebnisdispositionen des Gemüts und des Gewissens. Wir fragen also weniger, was erlebt der Kranke in der depressiven Phase und welche Beziehungen bestehen zwischen den Erlebnisphänomenen der depressiven Verstimmung und des Schuldgefühls, sondern fragen vielmehr, zu welchen Erlebnissen ist der Kranke während seiner Depression im Gemüt und im Gewissen *noch fähig* und zu welchen Erlebnissen ist er *nicht mehr fähig*, in welcher Weise kommen in den vorhandenen Erlebnisphänomenen Veränderungen der Erlebnisdispositionen zum Ausdruck bzw. auf welche Veränderungen der Erlebnisdispositionen des Gemüts und des Gewissens weisen die Erlebnisphänomene der depressiven Verstimmung und des Schuldgefühls hin.

Im Hinblick auf Veränderungen des Gemüts haben wir an anderer Stelle darauf hingewiesen, daß bei endogen depressiven Kranken die Ansprechbarkeit des Gemüts, seine Reaktions- und Schwingungsfähigkeit herabgesetzt bzw. mehr oder weniger verstummt ist (vgl. JANZARIK, PETRILOWITSCH. Auf die Unterschiede in den Standpunkten dieser Autoren im Vergleich zu unserem Standpunkt können wir hier nicht eingehen.) Das Verstummen der gemütlichen Ansprechbarkeit kommt unter anderem deutlich in den von endogen depressiven Kranken oft vorgebrachten Klagen, daß sie sich *nicht mehr freuen können*, zum Ausdruck. Gelegentlich wird von endogen depressiven Kranken auch angegeben, daß sie in bestimmten Situationen *nicht mehr wissen und nicht mehr spüren*, was recht und unrecht ist. Bei diesen Kranken stehen zwar keine Schuldgefühle im Vordergrund — manche Kranke leiden gerade darunter, daß sie sich nicht mehr schuldig fühlen können —, aber man

hat bei diesen Klagen des Nicht-mehr-Wissens und Nicht-mehr-Spürens den Eindruck, daß — in ähnlicher Weise wie die Ansprechbarkeit des Gemüts — auch die Ansprechbarkeit des Gewissens, seine Regsamkeit und Entscheidungsfähigkeit herabgesetzt bzw. mehr oder weniger verstummt ist. W. SCHULTE, der unter dem Gesichtspunkt von Veränderungen des Glaubenslebens in der melancholischen Phase diese Gruppe von Kranken deutlich abgrenzt von den Kranken mit paranoiden Schuldgefühlen, führt als Beispiel das Beschwerdebild eines Kranken an, der unter anderem klagte, „das Gewissen sei abgestumpft“. Abgestumpftes Gewissen bedeutet hier jedoch nicht lediglich, daß diese Kranken keine Regungen des Gewissens mehr erleben, sondern das abgestumpfte Gewissen dieser Kranken ist besonders dadurch gekennzeichnet, daß die Kranken sehr darunter leiden, daß ihr Gewissen sich nicht mehr wie sonst regt und nicht mehr wie sonst ansprechbar ist (vgl. SCHULTE). Man hat den Eindruck, daß weniger der Zustand des abgestumpften Gewissens als vielmehr das Schweigen sonst vorhandener Gewissensdispositionen, weniger ein abgestumpftes als vielmehr ein verstummtes Gewissen diese Kranken quält.

Im Gegensatz zu den Kranken mit abgestumpftem bzw. verstummtem Gewissen ist bei endogen depressiven Kranken mit paranoiden Schuldgefühlen eher eine dauernde Erregung und Unruhe des Gewissens zu beobachten. „Mein Gewissen quält mich dauernd und ich finde keine Ruhe mehr.“ Aber die mit den Schuldgefühlen verbundene dauernde Erregung und Unruhe des Gewissens ist nicht in dem Sinne zu verstehen, daß das Gewissen dieser Kranken in der Depression besonders feinfühlig und geschärft ist, sondern — wie der Kranke mit „abgestumpftem“ Gewissen — ist auch der Kranke mit dauernder Gewissensunruhe und Schuldgefühlen während der Depression unfähig, echte Regungen und Entscheidungen des Gewissens zu erleben, und bei beiden Kranken ist die Ansprechbarkeit des Gewissens, seine Regsamkeit und Entscheidungsfähigkeit eher herabgesetzt bzw. verstummt. WERTBRECHT spricht unter anderem von der „Gewissensverzerrung“ bei den Kranken mit paranoiden Schuldgefühlen und weist in engem Zusammenhang mit der Betonung der primären Unableitbarkeit der Schuldgefühle bei endogen depressiven Kranken darauf hin, daß die Schuldgefühle „sich sehr oft nicht des Materials bemächtigen, das vielleicht objektiv Anlaß böte zu Schuld- und Reuegefühlen, sondern daß das Gewissen seine metaphysische Sicherheit verliert und häufig seine ganze durch die Krankheit ohnehin vervielfachte Wucht an liederliche Banalitäten verschwendet“. Weiter fällt auf, daß die Kranken an solchen „Banalitäten“ starr festhalten und meist jede ärztliche und priesterliche Hilfe entschieden ablehnen bzw. in keiner Weise für ärztlichen oder priesterlichen Zuspruch zugänglich sind. Gelegentlich kann man bei diesen Kranken im Verlaufe

der Behandlung ein Stadium der Besserung beobachten, in dem die „positiven“ Schuldgefühle wieder zurücktreten und die Kranken angeben, daß sie nicht entscheiden können und nicht wissen, was recht und unrecht ist. In diesem Stadium sind die Kranken zwar zugänglich, aber ohne einen eigenen festen Standpunkt. Eine Kranke in diesem Stadium sagte zu uns: „Ich habe keine eigene Stellungnahme. Ich übernehme einfach das, was Sie oder mein Mann zu mir sagen.“

Neben den unmittelbaren Angaben endogen depressiver Kranker, daß sie in ihren Gewissensentscheidungen unsicher geworden sind, weisen also insbesondere die Themenwahl und das starre Festhalten an für die Kranken in gesunden Tagen wenig belangvolle Themen bei den Schuldgefühlen darauf hin, daß das Gewissen der Kranken in der Depression nicht mehr in der sonst gewohnten Weise wertbezogen und ansprechbar ist (vgl. „Behinderung der Wertaktualisierung“ im Sinne von JANZARIK und „endogenes Wertverlöschen“ im Sinne von KAESTNER) und nicht mehr kritisch Stellung nehmen und nicht mehr sicher entscheiden kann. Falls Kranke einmal über „berechtigte“ Schuldgefühle und Selbstvorwürfe klagen, so bleibt — wie bei den Kranken mit völlig „unberechtigten“ Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen — auch bei diesen Kranken das in der Depression Erlebte nach Abklingen der Depression kaum wirksam (vgl. SCHULTE, WEITBRECHT). Das dürfte darauf hinweisen, daß auch diesen „berechtigten“ Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen in der Depression keine echten Gewissensregungen zugrunde liegen. Das Gewissen der Kranken wird in der Depression nicht besonders wach und feinfühlig, sondern das Schuldgefühl bei endogen depressiven Kranken ist mit einem Unvermögen des Gewissens verbunden, sich wie sonst zu regen, kritisch Stellung zu nehmen und sicher zu entscheiden; daher kommt es zu „Fehlentscheidungen“. Man gewinnt bei diesen Kranken den Eindruck, daß ihr Gewissen sich nicht mehr wie sonst regen kann, aber dauernd erregt ist und ihr Gewissen nicht mehr wie sonst sicher entscheiden kann, jedoch irgendeine Entscheidung trifft, an der es starr festhält. Da die Ansprechbarkeit sonst vorhandener Dispositionen des Gemüts und des Gewissens in der Depression verstummt ist, lehnen die Kranken jedes Angesprochenwerden im Sinne eines ärztlichen oder priesterlichen Zuspruchs ab.

Während die meisten Kranken mit Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen auch über gemütlliche Veränderungen klagen und einige Kranke insofern die gemütllichen Veränderungen für ihr Schuldigsein verantwortlich machen, als sie sich wegen ihrer Gefühllosigkeit anklagen, kann man gelegentlich auch Kranke beobachten, die das Vorhandensein gemütllicher Veränderungen entschieden ablehnen und immer wieder betonen, daß nur ihr Gewissen sie plagt. Ob es jedoch eine weitgehend isolierte Störung des Gewissens bei endogen depressiven Kranken gibt,

ist kaum zu entscheiden, da mit Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen stets eine deutliche innere Unruhe und Angst verbunden sind. Der Zusammenhang von Gemüt und Gewissen ist zudem so eng, daß eine scharfe Trennung dieser beiden Glieder der Persönlichkeitsstruktur auch gar nicht möglich ist.

Die enge Zusammengehörigkeit und aber auch die Selbständigkeit von Gemüt und Gewissen als Glieder der Persönlichkeitsstruktur dürften gerade in der Symptomatik endogen depressiver Erscheinungsbilder mit Schuldgefühlen deutlich werden. Der sichere Eindruck, den man im Gespräch mit diesen Kranken immer wieder gewinnt, daß die endogene depressive Verstimmung und das Schuldgefühl einerseits eng und sinnvoll zusammengehören, andererseits jedoch nicht auseinander abzuleiten sind, sondern selbständige und voneinander unabhängige Phänomene darstellen, dürfte darauf hinweisen und zum Ausdruck bringen, daß die diesen beiden Phänomenen zugrunde liegenden strukturellen Veränderungen des Gemüts und des Gewissens ebenfalls eine sinnvolle Einheit bilden und aber auch selbständige Glieder der Persönlichkeitsstruktur sind. Unter diesem Aspekt dürfte der Zusammenhang von Verstimmung und Schuldgefühl bei endogen depressiven Kranken besser verständlich sein. Dabei ist im Hinblick auf die folgenden Ausführungen besonders hervorzuheben, daß bei endogen depressiven Kranken keine Wandlung bzw. Umwandlung der Persönlichkeitsstruktur, insbesondere des Gemüts und des Gewissens vorliegt, sondern bei diesen Kranken in erster Linie die Ansprechbarkeit sonst vorhandener Erlebnisdispositionen des Gemüts und des Gewissens mehr oder weniger verstummt ist.

Wesentlich schwieriger als die Gewissensveränderungen bei endogen depressiven Kranken mit paranoiden Schuldgefühlen sind die Gewissensveränderungen bei jenen Wahnkranken des schizophrenen Formenkreises zu beurteilen, die sich auffallend wenig schuldig fühlen, den „Zeiger der Schuld“ nicht auf sich, sondern eher auf ihre Mitmenschen richten (SCHEID) und gelegentlich zu „gewissenlosen“ brutalen Handlungen fähig sind. Die Annahme, daß auch die ursprüngliche Persönlichkeit dieser Kranken wenig Gewissen besitze und die Kranken auch vor ihrer Psychose sich wenig schuldig fühlten, die Schuld eher bei anderen Menschen als bei sich selber suchten und bei ihnen immer schon eine Neigung zu „gewissenlosen“ Handlungen vorhanden war, ist — wie bekannt — keineswegs berechtigt. Ganz im Gegenteil handelt es sich bei diesen Kranken ursprünglich in der Regel um sehr gewissenhafte und ordentliche Menschen mit einem starken Verantwortungs- und Gerechtigkeitsgefühl und die im Wahn vorhandene „Gewissenlosigkeit“ scheint in scharfem Gegensatz zu der bei diesen Kranken ursprünglich vorhandenen „Gewissenhaftigkeit“ zu stehen. (Vgl. KRETSCHMER.)

Eine andere Annahme, die zur Begründung „gewissenloser“ Handlungen bei Wahnkranken angeführt werden kann und auch wohl meist in erster Linie angeführt wird, ist die, das Wahnerleben sei für die Kranken so überzeugend und die Wahngewißheit so stark, daß das Gewissen dieser Kranken gleichsam ausgeschaltet sei und keine Möglichkeit habe, selber zu entscheiden und zu den krankhaften paranoischen Erlebnisweisen und den damit verbundenen „gewissenlosen“ Handlungen Stellung zu nehmen. In dieser Annahme wird das Wahnerleben wohl meist ohne Zusammenhang mit der Gewissenstruktur der Kranken gesehen.

KRETSCHMER hat sehr anschaulich dargestellt, wie bei entsprechenden Charakteren mit einer überempfindlichen Gewissensfunktion eine Wahnbildung auftreten kann. Er hat den sensitiven Charakter beschrieben und gezeigt, daß bei sensitiven Persönlichkeiten durch das Zusammenwirken von Charakter, Erlebnis und Milieu paranoide Phänomene entstehen können. Wir fragen im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht nach den Bedingungen der Wahnentstehung, also nicht danach, ob die Gewissenstruktur der Kranken für die Entstehung des Wahns von Bedeutung ist, sondern wir wollen vielmehr die Frage zu beantworten suchen, ob mit dem Wahnerleben Veränderungen der Gewissenstruktur der Kranken verbunden sind, ob die Gewissensdispositionen bei Wahnkranken verändert sind. Wir richten dabei unseren Blick in erster Linie auf die Gruppe der geordneten Wahnkranken, die am ehesten zu „gewissenlosen“ brutalen Handlungen fähig sind.

Beim schizophrenen Wahneinfall ist die Entscheidung darüber, ob überhaupt und eventuell in welcher Weise ein Zusammenhang mit der Gewissenstruktur bzw. mit Veränderungen der Gewissenstruktur besteht, insofern besonders schwierig, als wir nicht einmal genau wissen, welche Erlebnisweisen beim Wahneinfall verändert sind. Bei dem Versuch einer begrifflichen Abgrenzung des Wahneinfalls haben wir an anderer Stelle die besondere Art der subjektiven Wahngewißheit genauer beschrieben und hervorgehoben, daß die Art der Wahngewißheit das Vorhandensein eines emotionalen (affektiven) und rationalen Anlasses für das Auftreten des Wahneinfalls ausschließt. An Hand der Anschauungen N. HARTMANNs über die Realitätsgegebenheit haben wir weiter darauf hingewiesen, daß die feste subjektive Gewißheit bei Wahnkranken in der realen Gegebenheitsweise des Wahneinfalls begründet und diese reale Gegebenheitsweise durch eine besondere Art des unmittelbaren emotionalen Betroffenseins und Erfäßtseins gekennzeichnet sei.

Während die Begriffe Gefühl, Affekt, Emotion in der Psychopathologie oft gleichsinnig gebraucht werden, ist das Erlebnis des emotionalen Betroffenseins und Erfäßtseins bei der Realitätserfahrung jedoch scharf zu trennen von Gefühlszuständen bzw. Affekten. SCHELER hat die Erlebnisweise des „intentionalen Fühlens von etwas“, des „Wertfühlens“

deutlich abgegrenzt von Gefühlszuständen einerseits und vom Denken andererseits. (Vgl. auch die Unterscheidung zwischen dem ästhetischen und dem affektiven Erlebnisbereich im Sinne von ZUTT.) SCHELER schreibt: „Gefühlszustände und Fühlen sind also grundverschieden“. — Beim Fühlen handelt es sich „um eine punktuelle, je nachdem vom Ich aus gegenständlich gerichtete oder auf das Ich zukommende Bewegung, in der mir etwas gegeben *wird* und ‚zur Erscheinung‘ kommt. Dieses Fühlen hat daher genau dieselbe Beziehung zu seinem Wertkorrelat wie die ‚Vorstellung‘ zu ihrem ‚Gegenstand‘ — eben die intentionale Beziehung“. — „Man nehme dagegen einen Affekt. Ein Zornaffekt ‚steigt in mir auf‘ und ‚läuft dann in mir ab‘. Hier ist die Verbindung des Zorns mit dem, ‚worüber‘ ich zornig bin, sicher keine intentionale und keine ursprüngliche.“ — SCHELER unterscheidet 1. das Fühlen von Gefühlen, 2. das Fühlen von gegenständlichen emotionalen Stimmungs-Charakteren, 3. das Fühlen von Werten. Wir können hier auf diese Unterscheidungen nicht im einzelnen eingehen und heben — da im Rahmen dieser Arbeit „das Fühlen von Werten“ von besonderer Bedeutung ist — nur hervor, daß im Unterschied zu den beiden ersten Arten des Fühlens das Fühlen von Werten neben seiner intentionalen Natur auch noch eine kognitive Funktion besitzt. Im Gegensatz zu anderen Forschern, die annahmen, daß „das intentionale Fühlen ein bloß ‚dunkles‘, verworrenes‘ Begreifen und Denken“ sei, betont SCHELER, daß es sich, beim intentionalen Fühlen von Werten um ein ursprüngliches, vom Denken unabhängiges Erkennen handelt. Nur im Fühlen gewinnt der Mensch Zugang zu den Werten, und diese Erkenntnis ist „von allem Wahrnehmen und Denken *toto coelo* verschieden“. — „Ein auf Wahrnehmen und Denken beschränkter Geist wäre zugleich absolut wertblind.“

Das Wertfühlen spielt in den zwischenmenschlichen Beziehungen eine große Rolle. Als eine besondere Art des Wertfühlens beschreibt SCHELER das „Erfahren“, „Erkennen“, „Erschauen“ der Gesinnungen der Mitmenschen. Dabei weist SCHELER unter anderem darauf hin, daß es einerseits sehr häufig eine Kleinigkeit ist, „die uns auch nach Kenntnis einer großen Menge von Handlungen des betreffenden Menschen plötzlich seine *wahre* Gesinnung aufweist“. — „Und andererseits pflegen wir da, wo wir die Gesinnung eines Menschen zu kennen meinen, nicht so vorzugehen wie im obengenannten Falle, daß wir nämlich bei Kenntnisnahme neuer Handlungen unser *Bild* von seiner Gesinnung ändern (wie im Falle des ‚Charakters‘), sondern so, daß wir sagen: wir müssen die Handlung noch nicht vollständig verstanden haben, da sie, in dieser Weise verstanden, der uns bekannten Gesinnung widerspricht, es ist notwendig, sie *genauer zu analysieren*; d.h. wir korrigieren unsere Auffassung dieser Handlung hier nach der *uns bekannten Gesinnung* des

Menschen, die mithin eine von der Reihe der Handlungen selbst *unabhängige* und *nicht aus ihr induzierte* Tatsache der *Anschauung* darstellt, deren Evidenz keine induktive Gewißheit, sondern wahre *Einsicht* darstellt.“

Wir haben hier gerade das „emotionale Erfahren“ von Gesinnungen der Mitmenschen herausgehoben, weil Kranke mit einem Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn oft gerade die Gesinnungen ihrer Mitmenschen verkennen. In den Angaben dieser Wahnkranken wird in der Regel sehr deutlich, daß sie von der „feindlichen“ Gesinnung der Mitmenschen unmittelbar betroffen und erfaßt werden. Viele Kranke sagen ohne irgendein Bedürfnis nach einer weiteren Begründung ihrer Behauptungen: Das weiß ich und fühle ich. Diese und manche andere klinische Erfahrung bei Wahnkranken weist darauf hin, daß die subjektive Gewißheit beim Wahneinfall nicht in bestimmten Beobachtungen begründet ist, sondern es sich hier in erster Linie um ein auf Störungen des Wahrnehmens, Denkens und auf Affekte nicht zurückführbares *ursprüngliches Fühlen und Wissen* handelt. Das ursprüngliche Wahnwissen kann auch nicht durch neue Beobachtungen und kritische Überlegungen korrigiert werden, sondern weitere Beobachtungen und Überlegungen können in der Regel nur das ursprünglich gefühlte Wissen bestätigen.

Wenn in dieser hier nur kurz aufgezeichneten Richtung eine Abgrenzung des Wahneinfalls von anderen Erlebnisweisen möglich sein dürfte und wir annehmen, daß es sich beim Wahneinfall um ein auf Störungen des Wahrnehmens, Denkens und auf Gefühlszustände nicht zurückführbares ursprüngliches „emotionales Erfahren“ und „Betroffensein“ handelt, so erhebt sich nun die weitere, für das Thema dieser Arbeit besonders wichtige Frage, welche *Persönlichkeitsveränderungen* mit dieser Erlebnisweise des Wahneinfalls verbunden bzw. insbesondere bei geordneten Wahnkranken vorhanden sind. Es wird nicht selten die Ansicht vertreten, daß bei geordneten Wahnkranken die Persönlichkeit nicht wesentlich verändert sei, da sich diese Kranken im Gespräch in ihrem Denken klar und geordnet und in ihren affektiven Reaktionen angepaßt und ausgeglichen verhalten. Diese Ansicht berücksichtigt damit neben der Denkstruktur in erster Linie nur jenen Bereich der Persönlichkeit, der den affektiven Regungen des Gemüts zugrunde liegt. Die Analyse der Erlebnisweise des Wahneinfalls ergibt jedoch, daß es sich beim Wahnerleben um eine Störung des von der Affektivität und vom Denken weitgehend unabhängigen „emotionalen Erfahrens“ handelt, und wir werden daher die mit dem Wahneinfall verbundene Veränderung der Persönlichkeit auch in erster Linie in dem diesem „emotionalen Erfahren“ zugrunde liegenden Bereich der Persönlichkeit suchen müssen.

Wenn wir hier unseren Blick noch einmal auf normalpsychologische Tatbestände richten und fragen, welche Persönlichkeitsbereiche beim

„emotionalen Erfahren“ von Gesinnungen anderer Menschen von Bedeutung sind, so könnte man an Beispielen leicht aufzeigen, daß bei diesem Erfassen von Gesinnungen gerade die eigene Werthaltung, *die eigene Gesinnung* von großer Wichtigkeit ist. Ob ein anderer zu uns in seiner Gesinnung freundlich oder feindlich eingestellt ist bzw. wir die Gesinnung des anderen als freundlich oder feindlich erfahren oder ob der andere überhaupt eine gesinnungsmäßige Bindung zu uns hat bzw. wir uns überhaupt für die Gesinnung des anderen interessieren, hängt doch stets in entscheidender Weise davon ab, welche Gesinnung wir besitzen und welche gesinnungsmäßige Einstellung wir dem anderen gegenüber einnehmen bzw. welche Gesinnung der andere von uns erfährt. In der Regel werden wir nur von den Gesinnungen jener Menschen unmittelbar berührt und betroffen, die mit unserer Interessensphäre in enger Verbindung stehen, und wir werden nur von jenen Gesinnungen tiefer ergriffen und erfaßt, die zu der eigenen Gesinnung eine innere Beziehung haben. So wird das Erfassen von Gesinnungen der Mitmenschen und überhaupt die gesamte Wertperspektive eines Menschen durch die Gesinnung seiner Persönlichkeit geprägt und begrenzt.

Ob wir mit GRUHLE Gesinnungen als „klare, bestimmte, dauernde Entscheidungen zu den Werten des Lebens“ definieren oder ob wir mit LERSCH unter Gesinnung „eine auf Wertungen beruhende Einstellung eines Menschen zu einem objektiven Wertträger und zwar unter dem Gesichtspunkt dessen, was der Wertträger von jenem Menschen zu erwarten, wessen er sich von ihm zu versehen hat“, verstehen (vgl. auch PFÄNDER, WELLEK u. a.), so ist trotz der Schwierigkeit einer eindeutigen Definition des Begriffs der Gesinnung wohl leicht einzusehen, daß die Gesinnung bei Wahnkranken verändert ist, und zwar handelt es sich gerade bei geordneten Wahnkranken um einen *tiefgreifenden Gesinnungswandel*. Der Wahnkranke ist zwar meist davon überzeugt, daß er sich nicht in seiner Gesinnung und auch sonst nicht verändert habe. Er betont mit Nachdruck, daß nicht er, sondern seine Mitmenschen anders geworden seien und deshalb auch sein Verhalten sich verändert habe. Aber jene Mitmenschen, die plötzlich als Feinde und Verfolger verkannt werden, erkennen meist recht bald, daß der Kranke im Grunde seines Wesens anders geworden ist. Diese Wesensänderung ist stets mit einem Wandel der gesinnungsmäßigen Einstellung und Bindung des Kranken zu seinen Mitmenschen verbunden. Dabei ist der Wandel der gesinnungsmäßigen Einstellung und Bindung keineswegs nur auf jene Menschen beschränkt, die auch von dem Kranken in ihrer Gesinnung verkannt werden, sondern erstreckt sich — wenn auch in unterschiedlichem Maße — auf alle Menschen, mit denen der Kranke zusammen ist und zusammentrifft. Wahnkranke, die sich lediglich von *einem* bekannten oder unbekanntem Menschen verfolgt fühlen bzw. *nur wenige* Mitmenschen als ihre Verfolger betrachten, sind

stets auch in ihrem Mitgefühl und ihrer Fürsorge und damit in ihrer Gesinnung zu allen Menschen, auch zu den nächsten Angehörigen deutlich verändert.

Wir heben hier den Gesinnungswandel bei Wahnkranken hervor, da von dem Begriff der Gesinnung her am ehesten ein Zugang zur Erforschung der Gewissensstruktur bzw. der Veränderungen der Gewissensstruktur gegeben sein dürfte. So weist WELLEK bei der Erörterung der Frage, wie man die charakterologischen Bereiche des Gemüts und des Gewissens erforschen solle, darauf hin, daß man in der Beantwortung dieser Frage in erster Linie festzustellen habe, „ob einer *überhaupt* Gesinnungen, Werthaltungen, Bindungen ‚hat‘ und mit welcher Innigkeit, Festigkeit oder Hingebung er dazu steht“.

Als Beispiel für den Gesinnungswandel bei einer Wahnkranken geben wir hier einen kurzen Auszug aus der Lebensgeschichte von Frl. Erna, geb. 1922, die vom 19.3.—3.6.1958 in der Klinik behandelt wurde. Erna lebt zu Hause bei ihren über 70 Jahren alten Eltern; sie hat 3 ältere und 2 jüngere Geschwister, von denen 3 verheiratet sind. Sie war nach dem Besuch der Volksschule vorwiegend als Fabrikarbeiterin tätig. Sie soll immer etwas still, ängstlich, sehr gewissenhaft, strebsam und etwas ehrgeizig gewesen sein. Eine intimere Bekanntschaft zu einem Mann hatte sie bisher angeblich noch nicht. — Etwa 3 Jahre vor der Aufnahme in die Klinik trat Erna einer Gruppe der Katholischen Arbeiterbewegung (KAB) bei. Sie habe sich davon viel vorgestellt, sie habe nur Gott dienen und den Menschen helfen wollen. Bereits am ersten Tag sei ihr aufgefallen, daß die Gruppe nicht richtig funktionierte, und sie sei sehr enttäuscht gewesen. In der Gruppe seien 9 Mädchen im Alter von 25—40 Jahren. „Die haben alle dieselbe Krankheit, daß die alle keinen Mann haben. Und auf mich waren die immer neidisch, weil ich heiraten könnte, aber es nicht tue; ich habe meine eigene Aufgabe“. In der Gruppe habe sie öfters verschiedene Vorschläge gemacht, z. B. mehr zu den armen Leuten zu gehen; die Vorschläge seien von den anderen aber nie für gut gehalten worden. „Ich habe auch vorgeschlagen, Pakete für arme Leute zu machen, und dann war es aus“. — Die ersten psychotischen Erscheinungen traten am 5. Oktober 1956 auf, nachdem die Gruppe gemeinsam an mehrtägigen Exerzitien teilgenommen hatte und als Erna am letzten Tag der Exerzitien am Kaffeetisch plötzlich hörte, wie unter anderem erzählt wurde, daß sie zu verschiedenen Familien gegangen sei und dort von anderen Familien Böses erzählt habe. Die ganze Gruppe sei schließlich überzeugt gewesen, daß sie (Erna) schlecht sei, und man habe sie sogar umbringen wollen. „Ich glaube nicht, daß ich an und für sich krank bin, aber man sagte es mir immer wieder. Ich muß so viel weinen, weil jetzt alle gegen mich sind, die Freundinnen, womit ich früher umgegangen bin. Die haben mich sogar umbringen wollen. So war ich am Samstag bei einer Bekannten. Ihre Tochter sagte zu ihr: ‚Gib ihr doch eine Tasse Kaffee und tue etwas drin‘. Die Bekannte sagte darauf: ‚Ich habe doch nichts im Hause, gestern war sie im Flur, da hätten wir es tun können‘. Das habe ich wirklich gehört; wenn das vors Gericht ging, dann könnte ich darauf einen Eid ablegen. Die sind schuld, daß ich hier bin“.

(Wir weisen darauf hin, daß Beginn und Erscheinungsbild der Erkrankung Ernas große Ähnlichkeit zu der von uns an anderer Stelle 1957 veröffentlichten Krankengeschichte Heinrichs aufweist.)

Das paranoid-halluzinatorische Bild bei Frl. Erna, in dessen Mittelpunkt die Gruppe der KAB steht, deren Mitglieder seit etwa 1½ Jahren

über Erna Schlechtes erzählen und sie umbringen wollen, können wir — unabhängig von der Frage nach der Genese — unter verschiedenen Aspekten betrachten. Wir können unseren Blick in erster Linie auf die psychotischen *Erlebnisphänomene* des Krankheitsbildes richten und z. B. festzustellen suchen, in welcher Weise die paranoid-halluzinatorischen Erlebnisse von normalpsychologischen Erlebnisweisen verschieden sind, wie der Zusammenhang der Erlebnisphänomene verändert ist usw. Wir können aber auch vorwiegend die „äußeren“ Bedingungen des Erlebens, die *Situation* Ernas betrachten und z. B. die Fragen zu beantworten suchen, welche situative Konstellation zur Zeit des Beginns der Wahnerkrankung vorhanden war, in welcher Weise sich in der Wahnerkrankung die Situation, insbesondere die Gruppe der KAB für Erna verwandelt hat usw. Und wir können schließlich den *Persönlichkeitsaspekt* in den Vordergrund rücken und z. B. darauf achten, in welchem Stadium der Persönlichkeitsentwicklung die Erkrankung aufgetreten ist, wie sich die Persönlichkeitsstruktur im Wahn verändert hat usw. Daß diese verschiedenen Betrachtungsweisen eng zusammengehören und wir mit ihnen lediglich verschiedene Seiten des untrennbar zusammengehörigen seelischen Ganzen erfassen, bleibt in der Beurteilung der Einzelaspekte stets zu berücksichtigen.

Wir richten hier unseren Blick auf den Persönlichkeitswandel bei Erna, und zwar auf den mit dem Wahn verbundenen Gesinnungswandel. Wenn wir den Wandel der Gesinnung bei Erna deutlich machen wollen, müssen wir zunächst ein Bild von ihrer *ursprünglichen Gesinnung* haben, auf die wir hier jedoch nur kurze Hinweise geben können. Es interessiert uns in erster Linie die ursprüngliche Gesinnung Ernas zur Gruppe der KAB, da sich ihre Gesinnung zu dieser Gruppe mit dem Auftreten des Wahns in besonders auffälliger Weise gewandelt hat. Wenn Erna auch vor ihrer Erkrankung zu den anderen Mädchen der Gruppe kein besonders herzliches Verhältnis hatte, so stand sie der Gruppe doch auch nicht — wenigstens nicht allen Mitgliedern der Gruppe — von Anfang an mit Abneigung gegenüber. Erna nannte sogar einige Mitglieder der Gruppe ihre Freundinnen. Es ist allerdings anzunehmen, daß der Entschluß zum Eintritt in die Gruppe der KAB nicht so sehr in sympathischen Gefühlen zu den Mitgliedern der Gruppe begründet war, sondern vielmehr in erster Linie mit der Absicht verbunden war, auf diese Weise armen Menschen besser helfen zu können und zu wollen, wie es Erna wiederholt betonte. Diese zunächst vorhandene soziale Gesinnung wurde später — schon vor der Erkrankung — dadurch getrübt und gelockert, daß die Vorschläge Ernas zur sozialen Arbeit von den anderen Mitgliedern der Gruppe nicht so aufgenommen und berücksichtigt wurden, wie Erna es sich vorgestellt und erwartet hatte.

Seit dem 5. Oktober 1956, als Erna am letzten Tag der Exerzitien das Gespräch am Kaffeetisch hörte, hat sich ihr Verhältnis zur Gruppe in

grundlegender Weise verändert. Wenn wir sagen, daß Erna an diesem Tage paranoid-halluzinatorische Erlebnisse hatte und seither die Gesinnungen ihrer Mitarbeiterinnen in paranoider Weise verkennt, und wir — im Hinblick auf die oben gemachten Ausführungen — annehmen, daß bei den paranoiden Erlebnissen in erster Linie eine Veränderung des „intentionalen Fühlens“ vorliegt, so ist damit vorwiegend die *Erlebnis*-störung grob skizziert. Diese Störung des „intentionalen Fühlens“ ist jedoch aufs engste mit einer Veränderung der *Persönlichkeit*, insbesondere einem Wandel der *Gesinnung* verbunden. Daß Erna in dieser Weise anders „fühlen“ und mit dieser zweifelsfreien Gewißheit von den „schlechten“ Gesinnungen ihrer Mitarbeiterinnen unmittelbar betroffen und erfaßt werden kann, weist darauf hin und setzt voraus, daß sich Erna in ihrer Gesinnung verändert hat. Dieser Gesinnungswandel besteht nicht lediglich darin, daß Erna den Mitarbeiterinnen gegenüber etwa unfreundlicher und mißtrauischer geworden ist, sondern es ist vielmehr ein *Wandel im Gesinnung-Haben* bei Erna zu beobachten. Die gesinnungsmäßige Einstellung und Bindung Ernas zur Gruppe der KAB ist während der Wahnerkrankung zwar fester und unerschütterlicher als vor der Erkrankung, aber sie ist nur negativ und ablehnend und es besteht keine positive Bindung mehr zu den Mitarbeiterinnen in der Gruppe. Ernas Gesinnung rückt mit dem Auftreten des Wahns zwar in den Mittelpunkt der Gruppe und der Gespräche in der Gruppe, während sie vor der Erkrankung von den Mitgliedern der Gruppe wesentlich weniger beachtet wurde, aber das vor der Erkrankung mehr oder weniger vorhandene Verbundensein bzw. die Bereitschaft zum Verbundensein mit der Gruppe und ihrer sozialen Arbeit ist mit Beginn der Wahnerkrankung aufgehoben und unmöglich gemacht. Erna fühlt und kennt die Gesinnungen ihrer Mitarbeiterinnen während der Wahnerkrankung zwar wesentlich klarer und bestimmter als vor der Erkrankung, aber mit dem Auftreten der Wahnerkrankung kann Erna nur noch „schlechte“ Gesinnungen ihrer Mitarbeiterinnen erfahren und ist sie unfähig geworden, die Gesinnungen der Mitarbeiterinnen in der rechten Weise zu erfassen und zu bewerten und kritisch zu beurteilen.

Die Gesinnung ist Grund und Voraussetzung für das Sympathie-Fühlen. „Sympathie-haben“, schreibt GRUHLE, „heißt also — korrekt gefaßt — den anderen so bewerten, daß ich ihm die Qualität zubillige, meine Zuneigung zu besitzen“. Der Gesinnungswandel Ernas zur Gruppe der KAB zeigt sich insofern in einer Störung der Fähigkeit zum Sympathie-Fühlen, als Erna unfähig geworden ist, die Gesinnungen der Mitarbeiterinnen in der rechten Weise zu bewerten und mit ihren Mitarbeiterinnen im Sinne der Zuneigung verbunden zu sein (vgl. PETRILOWITSCH). Beides, das Bewerten und das Verbundensein ist bei Erna tiefgreifend gestört und in seiner Struktur völlig „verrückt“. Die Störung

besteht nicht lediglich in einer Einengung, Herabminderung bzw. einem Verstummen sonst vorhandener Fähigkeiten und Bereitschaften des Erlebens, insbesondere des Sympathie-Fühlens, sondern an Stelle des Sympathie-Fühlens bzw. der Bereitschaft zum Sympathie-Fühlen mit der Gruppe und ihrer sozialen Arbeit ist jene eigenartige Einstellung und Bindung zur Gruppe getreten, daß Erna die Gesinnungen ihrer Mitarbeiterinnen nicht mehr wie sonst erfassen kann, aber von den „schlechten“ Gesinnungen ihrer Mitarbeiterinnen in bestimmter Weise erfaßt wird, Erna von den Mitarbeiterinnen eindeutig abgelehnt wird, aber sich von ihnen nicht abwenden kann, Erna mit ihren Mitarbeiterinnen nicht mehr verbunden sein kann, aber fest und dauernd an sie gebunden bleibt.

Wir erinnern hier an die Auffassung von KRAEPELIN, der bei dem Krankheitsbild der Paranoia die mit der Wahnbildung verbundene Veränderung der Persönlichkeit mit folgenden Worten kennzeichnet: „Hierbei pflegt sich jene tiefgreifende Umwandlung der gesamten Lebensanschauung, jene „Verrückung“ des Standpunktes gegenüber der Umwelt zu vollziehen, die man mit dem Namen der „Verrücktheit“ zu kennzeichnen wünschte“. Während nach Ansicht KRAEPELINS die Wahnbildung durch eine krankhafte Störung des Verstandes bedingt ist, dürfte KRAEPELIN mit der „Umwandlung der gesamten Lebensanschauung“ und der „Verrückung des Standpunktes gegenüber der Umwelt“ in erster Linie den tiefgreifenden Gesinnungswandel bei Wahnkranken meinen. Die „Umwandlung der gesamten Lebensanschauung“ kann man dabei vorwiegend im Sinne der Umwandlung der Fähigkeit des Erfassens von Gesinnungen der Mitmenschen bzw. des Wert-Erfassens verstehen, und die „Verrückung des Standpunktes gegenüber der Umwelt“ ist wohl in engem Zusammenhang mit dem Wandel der Bereitschaft zum Verbundensein mit den Mitmenschen bzw. zum Wert-Verbundensein zu sehen.

Wenn wir hier im Rückblick auf unsere Ausführungen noch einmal bedenken, daß beim Wahnerleben eine Störung des „emotionalen Erfahrens“, insbesondere des Erfahrens von Gesinnungen der Mitmenschen und bei Wahnkranken ein tiefgreifender Gesinnungswandel, insbesondere ein Wandel der gesinnungsmäßigen Einstellung und Bindung zu den Mitmenschen vorliegt und damit die Fähigkeit zum Wert-Erfassen und die Bereitschaft zum Wert-Verbundensein sich grundlegend gewandelt haben, so dürfte leicht einsichtig werden, daß auch die Gewissensstruktur bei Wahnkranken verändert und insbesondere die Schuldfähigkeit tiefgreifend gestört sein muß.

Gesinnung und Schuldfähigkeit hängen auf engste miteinander zusammen. Ob überhaupt bzw. in welcher Weise bei einem Menschen Schuldgefühle auftreten, ist von der Gesinnung seiner Persönlichkeit in

starkem Maße abhängig, und das Fehlen von Schuldgefühlen bzw. die Unfähigkeit zum Sich-schuldig-Fühlen bei schizophrenen Wahnkranken dürfte mit dem Gesinnungswandel ihrer Persönlichkeit in engster Verbindung stehen. Die Gesinnung ist eine wesentliche Bedingung und Voraussetzung für das Auftreten von Schuldgefühlen, und von der Art der Gesinnung hängt es ab, welche Schuldgefühle bei einem Menschen auftreten können. Da z. B. Erna der Gruppe der KAB in erster Linie in der Absicht beigetreten war, armen Menschen besser helfen zu können, hätten bei ihr vor Beginn der Wahnerkrankung im Bereich der Beziehungen zur Gruppe der KAB vorwiegend dann Schuldgefühle auftreten können, wenn sie den aus dieser sozialen Gesinnung für sie sich ergebenden Verpflichtungen gegenüber in „schuldhafter“ Weise versagt hätte. Für das Entstehen dieser Schuldgefühle war es eine notwendige Voraussetzung, daß Erna die sozialen Werte in ihrer Rangordnung erfassen konnte und sich ihnen frei verbunden fühlte. Mit Beginn der Wahnerkrankung ändert sich aber — wie oben gezeigt wurde — gerade die Struktur des Wert-Erfassens und Wert-Verbundenseins in grundlegender Weise. Die ursprünglichen Beziehungen zu den Werten werden durch ganz neuartige und völlig andersartige Beziehungen ersetzt, und das Wert-Erfassen und Wert-Verbundensein ist insbesondere insofern in seiner Grundstruktur umgekehrt und umgewandelt, als die Kranken die Werte nicht mehr erfassen können, aber bestimmte Werte ihnen aufgezwungen werden, die Kranken mit den Werten nicht mehr frei verbunden sein können, aber an bestimmte Werte gebunden sind. Mit dieser Umkehrung und Umwandlung des Wert-Erfassens und Wert-Verbundenseins wird das Auftreten von Schuldgefühlen unmöglich gemacht; denn der Kranke kann sich in dieser Situation nicht mehr für und wider die Werte entscheiden, sondern im Bereich des Wahns ist bzw. wird alles „von außen“ mit zweifelfreier Gewißheit entschieden, und der Kranke kann daher den Wahn-Werten gegenüber auch nicht in „schuldhafter“ Weise versagen bzw. das „Gefühl“ haben, daß er versagt habe. Dazu kommt, daß Kranke mit einem Verfolgungswahn den eigenen Gesinnungswandel nicht als solchen erleben, sondern den Grund für den eigenen Gesinnungswandel in den schlechten Gesinnungen ihrer Mitmenschen erblicken, von denen man — wie eine Kranke es ausdrückte — immer noch zu anständig und nicht schlecht genug denkt. Bei diesem Wandel des Erlebens und der Persönlichkeit dürfte es leicht einsichtig sein, daß diese Kranken sich nicht schuldig fühlen können und die Schuld eher bei ihren Mitmenschen suchen müssen.

Wenn dieser *tiefgreifende Wandel der Schuldfähigkeit* auch nur im Bereich des Wahns bzw. den Wahn-Werten gegenüber in ausgeprägtem Maße vorhanden ist, so sind jedoch gleichzeitig bei diesen Kranken stets auch das Wert-Erfassen und Wert-Verbundensein und damit die Bereitschaft zum Sich-schuldig-Fühlen in den Beziehungen zu jenem

situativen Bereich, der *nicht* in paranoider Weise umgewandelt ist, mehr oder weniger verändert. In ähnlicher Weise wie Kranke mit einem Verfolgungswahn sich nicht nur in ihrer gesinnungsmäßigen Einstellung und Bindung zu ihren „Verfolgern“ gewandelt haben, sondern stets auch in ihrem Mitgefühl und ihrer Fürsorge zu jenen Menschen, die *nicht* in paranoider Weise verkannt werden, deutlich verändert sind, besteht bei Wahnkranken nicht nur ein Wandel der Schuldfähigkeit den Wahn-Werten gegenüber, sondern stets auch — wenn auch in verschiedener Weise — eine *umfassende Veränderung* der Bereitschaft zum Sich-schuldig-Fühlen allen Werten gegenüber.

Versuchen wir hier die in dieser Arbeit beschriebenen Veränderungen der Gewissensstruktur bzw. der Schuldfähigkeit bei endogen depressiven Kranken mit Schuldgefühlen und bei schizophrenen Wahnkranken ohne Schuldgefühle zusammenzufassen und einander gegenüberzustellen, so ist folgendes hervorzuheben: Endogen depressive Kranke mit Schuldgefühlen und schizophrene Wahnkranke können in ihrer Krankheit die Werte nicht mehr — wie sonst — in ihrer Rangordnung erfassen, kritisch beurteilen und sich ihnen frei verbunden fühlen. Ursprünglich vorhandene Fähigkeiten und Bereitschaften des Erlebens, die dem Wert-Erfassen und Wert-Verbundensein zugrunde liegen und insbesondere in der Gesinnung bzw. im Gewissen mitverankert sind, sind in auffälliger Weise verändert und können nicht mehr in der sonst gewohnten Weise wirksam sein. Während jedoch bei endogen depressiven Kranken ursprüngliche Dispositionen des Gewissens lediglich in ihrer Ansprechbarkeit, ihrer Regsamkeit und Entscheidungsfähigkeit eingeengt, herabgesetzt bzw. verstummt sind, hat sich bei schizophrenen Wahnkranken die Struktur der Gesinnung und des Gewissens grundlegend gewandelt. Während bei endogen depressiven Kranken der Zugang zu den Werten lediglich erschwert, verdeckt ist, sind bei schizophrenen Wahnkranken ursprünglich vorhandene Beziehungen zu den Werten durch völlig andersartige Beziehungen ersetzt. Während die „gesteigerte“ Schuldfähigkeit bei endogen depressiven Kranken insbesondere dadurch gekennzeichnet ist, daß das Gewissen sich nicht mehr wie sonst regen kann, aber dauernd erregt ist, nicht mehr wie sonst entscheiden kann, aber irgendeine Entscheidung trifft, ist der Mangel an Schuldfähigkeit bei schizophrenen Wahnkranken insbesondere dadurch bedingt, daß den Kranken bestimmte Werte „von außen“ aufgezwungen werden, sie an diese Werte gebunden sind und so die Möglichkeit einer eigenen Entscheidung und Stellungnahme und damit auch eines „schuldhaften“ Versagens ausgeschlossen wird.

Diese Unterschiede in der Schuldfähigkeit, in den Beziehungen zwischen Wahn und Gewissen, zwischen Wahnphänomenen und strukturellen (dispositionellen) Veränderungen der Persönlichkeit machen

deutlich, daß die bei endogen depressiven Kranken und bei schizophrenen Wahnkranken vorhandenen seelischen Veränderungen gerade in ihrem Wesen, in ihrem Kern, in ihrem Grunde verschieden (grundverschieden) sind. W. SCHEID hat bereits 1934 die „Schuldrichtung“ in ihrer Bedeutung für die Prognose involutiver Psychosen ausführlich untersucht und gezeigt, daß aus der „Schuldrichtung“ prognostische Schlüsse erlaubt sind. In den von SCHEID hervorgehobenen verschiedenen „Schuldrichtungen“ kommen grundverschiedene Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur zum Ausdruck. Gerade für die Prognose endogener Krankheitsbilder dürften die mit den psychotischen Phänomenen verbundenen Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur von größerer Bedeutung und Wichtigkeit sein als die weitgehend unabhängig von der Persönlichkeit des Kranken betrachteten psychotischen Phänomene (vgl. MAUZ).

Die Beziehungen zwischen psychotischem Phänomen und Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur sind untrennbar eng und wechselseitig. Bei endogen depressiven Kranken sind die paranoiden Schuldgefühle und die Veränderungen der Gewissensdispositionen aufs engste miteinander verknüpft, und man kann nicht einseitig sagen, daß die Schuldgefühle die Veränderungen des Gewissens bedingen oder umgekehrt. Bei schizophrenen Kranken können Wahn und Wandel der Gesinnung bzw. der Gewissensstruktur weder unabhängig voneinander noch in einer einseitigen Abhängigkeit voneinander betrachtet werden. Wenn man — wie wir oben erwähnten — zur Begründung „gewissenloser“ Handlungen bei Wahnkranken anführt, daß das Wahnerleben und insbesondere die zweifelsfreie Wahngewißheit das Gewissen des Kranken gleichsam ausschalte, so darf bei dieser „Begründung“ die Wahngewißheit nicht unabhängig von der Gewissensstruktur der Kranken gesehen werden, sondern zwischen Wahngewißheit und Wandel der Gesinnung bzw. der Gewissensstruktur besteht insbesondere insofern ein enger Zusammenhang, als die Wahngewißheit nur deshalb so überzeugend und so zweifelsfrei erlebt werden kann, da der Kranke sich im Grunde seines Wesens gewandelt hat. Der Gesinnungswandel ist bei diesen Kranken keineswegs lediglich als Folge der Wahnbildung, sondern eher als notwendige Bedingung für das Auftreten des Wahns anzusehen. Wenn wir bei schizophrenen Wahnkranken von „gewissenlosen“ Handlungen bzw. von „Gewissenlosigkeit“ gesprochen haben, so ist dabei zu bedenken, daß der Wandel der Gesinnung bzw. des Gewissens weniger in einem Verlust, als vielmehr in einem völligen Anderswerden der Gesinnung bzw. des Gewissens besteht und daher die Begriffe „Gesinnungslosigkeit“ bzw. „Gewissenlosigkeit“ leicht ein schiefes Bild von den Persönlichkeitsveränderungen bei diesen Kranken geben können.

Zu Beginn dieser Arbeit hatten wir darauf hingewiesen, daß neben dem Bewußtsein (Gefühl) der Schuld insbesondere auch das Bewußtsein

(Gefühl) der Pflicht und Verantwortung im Gewissen verankert ist. Im Verlauf der Arbeit haben wir uns jedoch in erster Linie mit Veränderungen der Schuldfähigkeit bei Wahnkranken beschäftigt und sind auf Veränderungen der Verantwortungsfähigkeit nicht näher eingegangen.

Zum Schluß dieser Arbeit heben wir daher noch besonders hervor, daß im Rahmen unseres Themas die Frage der Verantwortungsfähigkeit bei Wahnkranken ebenso wichtig ist als die Frage der Schuldfähigkeit. Bei gesunden Menschen dürfte gerade das Bewußtsein (Gefühl) der Verantwortung in paralleler Abhängigkeit zum Gewissen-Haben stehen, und man darf wohl sagen: Je mehr Gewissen jemand hat, desto verantwortungsbewußter wird er handeln und umgekehrt. Bei Wahnkranken können die Veränderungen der Verantwortlichkeit (vgl. v. BAEYER) und der Verantwortungsfähigkeit sehr verschiedenartig sein. Wir weisen nur darauf hin, daß die Weise, in der sich ein Kranker für das im Wahn Erlebte verantwortlich weiß und fühlt und in seinem Handeln bestimmt wird, sehr verschiedene Grade besitzen und auch weitgehend fehlen kann, so daß man von einer „doppelten Buchführung“ bei Wahnkranken gesprochen hat, bei der der Kranke auffallend wenig von der „Wahnerkenntnis“ in seinem Verhalten und Handeln beeinflusst wird. Als Beispiel dafür, in welcher Weise die „Wahnerkenntnis“ ein zum Handeln verpflichtendes Wissen sein kann, erwähnen wir den von GAUPP beschriebenen Hauptlehrer Wagner. Eine ausführlichere Beschäftigung mit der Frage der Verantwortungsfähigkeit bei Wahnkranken ist hier aus Raumgründen nicht möglich.

Zusammenfassung

Nach einer Begriffsbestimmung des Gewissens wurde untersucht, in welcher Weise bei endogen depressiven Kranken mit paranoiden Schuldgefühlen und bei schizophrenen Wahnkranken mit Mangel an Schuldgefühlen die Gewissensdispositionen, insbesondere die Fähigkeit und Bereitschaft zum Sich-schuldig-Fühlen verändert sind. Bei endogen depressiven Kranken mit Schuldgefühlen und bei schizophrenen Wahnkranken sind ursprünglich vorhandene Fähigkeiten und Bereitschaften des Erlebens, die dem Wert-Erfassen und Wert-Verbundensein und damit auch dem Sich-schuldig-Fühlen zugrunde liegen und insbesondere in der Gesinnung bzw. im Gewissen mitverankert sind, in auffälliger Weise verändert. Beide Kranke sind unfähig, die Werte — wie sonst — zu erfassen, sich ihnen frei verbunden zu fühlen und sich für oder wider die Werte zu entscheiden, und beide Kranke können sich nicht mehr in der rechten Weise schuldig fühlen. Die „gesteigerte“ Schuldfähigkeit bei endogen depressiven Kranken ist dadurch gekennzeichnet, daß das Gewissen dieser Kranken in seiner ursprünglichen Regsamkeit und Entscheidungsfähigkeit eingeengt bzw. verstummt ist, aber in seiner

dauernden Unruhe irgendeine Entscheidung trifft. Der Mangel an Schuldfähigkeit bei schizophrenen Wahnkranken ist dadurch bedingt, daß ein tiefgreifender Wandel der Gesinnung bzw. des Gewissens vorliegt, der die Möglichkeit des Sich-schuldig-Fühlens ausschließt. Die Beziehungen zwischen Wahnerleben, Gesinnungswandel und Wandel der Schuldfähigkeit bei schizophrenen Wahnkranken werden ausführlicher dargestellt.

Literatur

BAEYER, v. W.: Über Freiheit und Verantwortlichkeit von Geisteskranken. *Nervenarzt* **25**, 265, 417 (1954). — GAUPP, R.: Der Fall Wagner. Eine Katamnese, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Paranoia. *Z. ges. Psychiat. Neurol.* **60**, 312 (1920). — GRUHLE, H. W.: *Verstehende Psychologie*. 2. Aufl. Stuttgart 1956. — HARTMANN, N.: *Zur Grundlegung der Ontologie*. 3. Aufl. Meisenheim 1948. — JANZARIK, W.: Die zyklotyme Schuldthematik und das individuelle Wertgefüge. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* **80**, 173 (1957). — KAESTNER, G.: Das Werterleben in der vitalen Depression. *Arbeiten zur Psychiatrie, Neurologie und ihren Grenzgebieten*. (Festschrift für KURT SCHNEIDER); Willsbach u. Heidelberg 1947. — KRAEPELIN, E.: *Psychiatrie*. 8. Aufl. Leipzig 1909—1915. — KRETSCHMER, E.: *Der sensitive Beziehungswahn*. 3. Aufl.; Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1950. — LERSCH, PH.: *Aufbau der Person*. 6. Aufl.; München 1954. — LÜCKERT, H.-R.: *Konfliktpsychologie*. München, Basel 1957. — MAUZ, FR.: *Die Prognostik der endogenen Psychosen*. Leipzig 1930. — PAULEIKHOFF, B.: Versuch einer begrifflichen Abgrenzung des Wahneinfalls. *Nervenarzt* **24**, 199 (1953). — Über die Bedeutung situativer Einflüsse bei der Auslösung endogener depressiver Phasen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **197**, 669 (1958). — Methodologische Besinnung über das Dasein von Psychosen. *Nervenarzt* **29**, 498 (1958). — PETILOWITSCH, N.: Zur Psychopathologie und Klinik der Entfremdungsdepression. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **194**, 289 (1956). — Zur Strukturtheorie der endogenen Psychosen. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* **81**, 322 (1958). — PFÄNDER, A.: *Zur Psychologie der Gesinnungen*. *Jb. Philos. u. phänomenolog. Forsch.* I, 325 (1913); III, 1 (1916). — SCHEID, W.: Der Zeiger der Schuld in seiner Bedeutung für die Prognose involutiver Psychosen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **150**, 528 (1934). — SCHELER, M.: *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*. 4. Aufl.; hersg. von MARIA SCHELER. Bern 1954. — SCHNEIDER, K.: Die Aufdeckung des Daseins durch die zyklotyme Depression. *Nervenarzt* **21**, 193 (1950). — *Klinische Psychopathologie*. 5. Aufl. Stuttgart 1959. — SCHULTE, W.: Das Glaubensleben in der melancholischen Phase. *Nervenarzt* **25**, 401 (1950). — WEITBRECHT, H. J.: Zur Psychopathologie der cyclothymen Depression. *Arbeiten zur Psychiatrie, Neurologie und ihren Grenzgebieten* (Festschrift für KURT SCHNEIDER); Willsbach u. Heidelberg 1947. — Zur Typologie depressiver Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **20**, 247 (1952). — WELLEK, A.: *Die Polarität im Aufbau des Charakters*. Bern 1950. — WYRSCH, J.: in M. REICHARDT: *Allgemeine und spezielle Psychiatrie*. B/V. Stuttgart 1955. — ZUTT, J.: Vom ästhetischen im Unterschied zum affektiven Erlebnisbereich. *Wien Z. Nervenheilk.* **10**, 285 (1955).

Doz. Dr. Dr. B. PAULEIKHOFF, Münster (Westf.), Univ.-Nervenambulanz