

IV. Allgemeine Diagnostik.

Die Beantwortung der Frage nach dem Vorhandensein einer Geistesstörung im einzelnen Falle hat sich auf die klinische Analyse der gesammten körperlichen und psychischen Persönlichkeit an der Hand der feststehenden wissenschaftlichen Erfahrung zu stützen. Zwei Schwierigkeiten sind es hauptsächlich, die bei der Lösung dieser Aufgabe dem Arzte entgegenreten können, einmal die Abgrenzung des Krankheitsbildes von der Breite des Normalen, dann aber die Erkennung absichtlicher Simulation und Dissimulation.

A. Diagnose der Geistesstörung.

Was den ersteren Punkt betrifft, so ist derselbe in der Geschichte der Psychiatrie der Gegenstand zahlloser, angestrenzter Bemühungen, scharfsinniger Auseinandersetzungen und spitzfindiger Argumentationen gewesen, bis endlich jetzt die unvermeidliche Erkenntniss sich immer mehr Bahn zu brechen beginnt, dass die Fragestellung von vornherein eine falsche war, dass es hier wirklich scharfe Grenzen und unfehlbare Kriterien der Natur der Sache gemäss ebensowenig geben kann, wie bei der Unterscheidung von körperlicher Gesundheit und Krankheit. Die psychopathischen Symptome sind eben durchaus nicht absolut fremdartige und durch das Irresein neu erzeugte Erscheinungen, sondern sie haben ihre Wurzeln in normalen Vorgängen und verdanken ihren eigenartigen Charakter nur der einseitigen, maasslosen Ausbildung oder dem Untergange dieser oder jener Funktionen, sowie der besonderen Ver-

bindung der verschiedenartigen Elementarstörungen. Wir haben somit ein ausgedehntes Uebergangsbereich zu verzeichnen, auf dem es sich lediglich um die Abschätzung gradueller Differenzen handelt, so dass es durchaus dem Belieben und dem Standpunkte des Beobachters überlassen bleibt, wie weit oder wie eng er die Grenze der Geisteskrankheit stecken will. Dies ist der Grund, warum so häufig die Gutachten selbst hochstehender wissenschaftlicher Autoritäten bei der Beurtheilung des gegebenen Falles vollständig auseinandergehen: die wissenschaftlichen Kriterien versagen hier bisweilen völlig und lassen einzig dem subjektiven Ermessen die Entscheidung zufallen.

Verhältnissmässig leicht wird die Erkennung einer Geistesstörung dann, wenn es gelingt, den Nachweis zu führen, dass die verdächtigen Erscheinungen nicht von jeher bestanden haben, sondern etwas Gewordenes sind. Zwar kommen ja auch im gesunden Leben Wandlungen vor, die bis in das innerste Wesen der Persönlichkeit eingreifen, aber im Allgemeinen legt dennoch die Beobachtung einer auffallenden Veränderung im Denken, Fühlen und Handeln des Individuums den Gedanken an eine krankhafte Natur derselben sehr nahe. Zur Gewissheit wird diese Vermuthung, wenn die hervortretenden Symptome sich widerspruchslos in eines der bekannten klinischen Krankheitsbilder einordnen, und wenn vielleicht auch ursächliche Momente sich auffinden lassen, welche erfahrungsgemäss jene Gruppe von Störungen häufiger zu erzeugen pflegen. Genaue Erhebung der Anamnese, sorgfältige Ausnutzung der früher besprochenen Untersuchungsmethoden und eine gewisse Zeit fortlaufender Beobachtung wird in solchen Fällen regelmässig zum Ziele führen.

Weit schwieriger jedoch gestaltet sich die Sachlage, sobald nicht über das Bestehen eines krankhaften Processes, sondern über das Vorhandensein eines krankhaften Zustandes entschieden werden soll. Im ersten Falle war uns die Norm der Beurtheilung in dem Verhalten des Kranken selber vor der eingetretenen Veränderung gegeben; hier dagegen sind wir gänzlich auf die Abgrenzung nach den allgemeinen Begriffen angewiesen, die sich in

der Wissenschaft als Gradmesser für die Bestimmung des Pathologischen fixirt haben. Das grosse, sicher noch viel zu wenig gekannte Gebiet klinischer Formen, mit dem wir es hier zu thun haben, ist dasjenige des angeborenen Schwachsinnnes. Die Erscheinungen desselben treten uns in allen Richtungen des psychischen Lebens entgegen, und wir müssen daher wenigstens einen kurzen Blick auf die sich darbietenden Grenzgebiete werfen, nicht sowol, um die vorhandenen Schwierigkeiten zu lösen, sondern um auf die Unmöglichkeit einer durchgreifenden Lösung derselben hinzuweisen. Von Seite der Intelligenz sind es zwei Formen der Störung, welche wir als Typen der Schwäche auseinanderhalten können, einmal die mangelnde intellektuelle Leistungsfähigkeit, dann aber die Kritiklosigkeit in Folge von abnormer Ausbildung des Kombinationsvermögens, wie wir sie oben zu schildern Gelegenheit hatten. Als das physiologische Analogon der mangelnden Leistungsfähigkeit, die sich durch das Fehlen abstrakter Begriffe, Enge des Gesichtskreises, Ideenarmuth, geringe Aktivität und Spontanität des Vorstellungsverlaufes charakterisirt, können wir jene Form der Dummheit betrachten, die man als Beschränktheit bezeichnet. Die höchsten Grade der Beschränktheit fallen aber mit den leichteren Fällen des Schwachsinnnes unterschiedslos zusammen; es giebt kein einziges Merkmal, welches eine andere als graduelle Abtrennung gestattete.

Mit dem zweiten klinischen Bilde des Schwachsinnnes ist die Gruppe der Phantasten (Mystiker) nahe verwandt. Beide zeichnen sich durch ein Ueberwuchern der Phantasie über die Grenzen verstandesmässiger Ueberlegung, die Kritiklosigkeit gegenüber den Produkten ihrer intellektuellen Thätigkeit aus, Züge, die wir in dem erwähnten Krankheitsbilde, nur in schärferer Ausprägung, ebenfalls wiederfinden, ohne dass sich hier prinzipielle Grenzen fixiren liessen. Den Beispielen einseitiger Begabung bei Schwachsinnigen und Idioten lassen sich manche der sog. verkannten Genies an die Seite stellen, bei denen die mangelnde Harmonie der Gesamtanlage auch den hervorragenden Eigenschaften ihrer Persönlichkeit die freie und

segenreiche Entfaltung verkümmert. Es ist endlich kein Zweifel, dass auch das wirkliche Genie nicht selten eine gewisse Verwandtschaft mit den letztgenannten Formen des Schwachsinnens erkennen lässt. Die überraschende Kühnheit der Kombinationen, die Lebhaftigkeit der Phantasie, die Vernachlässigung des Details sind Züge, die beiden Veranlagungen gemeinsam sind, aber sie werden beim Genie durch die gleichzeitige Ausbildung des regulativen Verstandes in sicheren Grenzen gehalten, während sie dort gänzlich die Herrschaft über die intellektuellen Vorgänge gewinnen. Gleichwol deutet sich doch auch bei derartigen Kranken nicht selten durch unerwartete Wendungen und vereinzelte treffende Aperçus jene Verwandtschaft an, wie ja andererseits auch das Genie neben glänzenden Leistungen fast regelmässig unbegreifliche Schwächen erkennen lässt. Sehr wichtig ist es für diese Frage, dass Genialität und psychopathische Belastung sich häufig in derselben Familie neben einander vorfinden.

Von grosser Tragweite und darum von jeher am eifrigsten versucht worden, ist die Abgrenzung des Krankhaften von der Gesundheitsbreite auf dem Gebiete des Gefühlslebens und des Handelns, die wir hier gemeinsam ins Auge fassen wollen. Hier gilt es ganz besonders, jene Handlungen, welche aus pathologischen Motiven entsprungen sind, abzutrennen von denjenigen, die ihre Quelle in unmoralischen Beweggründen haben. Man wird hier nicht lange im Zweifel sein, wenn es gelingt, eine Wahnidee, eine Sinnestäuschung oder auch ein unmotivirtes Angstgefühl, einen triebartigen Drang als die Ursache der That aufzufinden. Die allergrössten Schwierigkeiten indessen beginnen sofort, sobald nicht qualitative Veränderungen der Gefühle, sondern nur graduelle Abstufungen derselben der ärztlichen Beurtheilung unterliegen. Jede menschliche Handlung kommt dadurch zu Stande, dass die treibenden Motive das Uebergewicht über die etwaigen hemmenden Gegenmotive erlangen. Eine unmoralische Handlung kann somit entweder auf einer starken Ausbildung der unmoralischen Antriebe oder aber auf einem Mangel der moralischen Hemmungen beruhen, und endlich kann sowol jene

übermässige, wie diese ungenügende Entwicklung aus krankhaften Ursachen hervorgegangen sein. Die pathologische Zornmüthigkeit (*Iracundia morbosa*) geht ganz allmählich in die Leidenschaftlichkeit des Cholerikers über, die ihn vielleicht zum Affektverbrechen treibt, und die leichten depressiven Verstimmungen des Neuropathischen sind nur Steigerungen der oft ebensowenig objektiv motivirten melancholischen Anwandlungen des Pessimisten, die ihn an dem Werthe des Daseins verzweifeln lassen. Der Selbstmord in den letzteren, der Mord in den ersteren Fällen sollte je nach der Krankhaftigkeit oder der normalen Beschaffenheit des Gemüthszustandes eine gänzlich verschiedene moralische Qualifikation erhalten, aber auch die genaueste Analyse vermag hier oft die Grenze nicht zu finden, aus dem triftigen Grunde, weil dieselbe nicht existirt.

Noch schlagender tritt dieses Verhältniss hervor, wo der krankhafte Mangel der sittlichen Gefühle von der blossen „ethischen Depravation“ abgegrenzt werden soll. So wenig wie der Mangel einer Niere in einem Falle krankhaft sein kann, im andern nicht, so wenig geht es an, eine normale sittliche Verwilderung neben einer pathologischen aufzustellen. Ein Defekt ist und bleibt ein Defekt, mag er angeboren, erworben oder wie immer entstanden sein; nur nach der Grösse desselben kann man normale und krankhafte Grade unterscheiden, wie ja auch die Kleinheit der Niere erst unter einer gewissen, ziemlich willkürlichen Grenze anfängt, pathologisch zu werden. Wenn der Verlust der höheren moralischen Gefühle als Theilerscheinung gewisser Krankheitsprocesse vorkommt (z. B. *Dementia paralytica*), so schliesst dieser Umstand nicht aus, dass auch der durch sittliche Verwahrlosung erzeugte Defekt, sobald er ein gewisses Maass erreicht hat und nicht beseitigungsfähig ist, als krankhaft zu betrachten sei. Jedes Organ unseres Körpers bedarf der Uebung und Ausbildung, um die geforderte Arbeit leisten zu können; der unerzogene Taubstumme bleibt anerkanntermaassen auf der psychischen Entwicklungsstufe des Schwachsinnnes stehen; sollte allein der moralisch Unerzogene eine Ausnahme machen, sollte nicht bei ihm ebenfalls eine Unvollkommen-

heit der gemüthlichen Ausbildung vorhanden sein, die unter Umständen eine pathologische Ausdehnung erlangen kann? Eine anthropologische, objektiv naturwissenschaftliche Betrachtung der Immoralität führt uns somit zu dem Schlusse, dass auch der Mangel sittlicher Gefühle nicht nur zweifellos der Begleiter bestimmter klinischer Krankheitsformen ist, sondern in seinen höheren Graden überhaupt ohne scharfe Abgrenzung in das Gebiet des Krankhaften hinüberspielt und als ein Symptom der Schwäche im Gemüthsleben zu betrachten ist, welchem im Bereiche des Verstandes die mangelnde Leistungsfähigkeit der intellektuellen Funktionen genau entspricht.

Es bleibt daher in derartigen Fällen bei der gerichtlichen Diagnostik der Geistesstörung bis zu einem gewissen Grade häufig Sache des subjektiven Ermessens, ob die gestellte Frage bejaht oder verneint werden soll. So zuverlässig es fast stets gelingen wird, wenigstens bei längerer Beobachtung, das Bestehen einer Manie, Melancholie, Verrücktheit oder gar einer Dementia paralytica mit Sicherheit zu erweisen oder auszuschliessen, so rathlos steht selbst der ausgezeichnetste Scharfsinn den graduellen Abstufungen des Schwachsinnes, vor Allem des angeborenen, gegenüber. Die Schuld dafür trifft gewiss nicht die Psychiatrie, sondern lediglich die richterliche Fragestellung, welche nur scharfe Grenzen zwischen Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit kennt, alle die zahllosen Uebergangsformen aber einfach ignorirt. Vielleicht wird auch uns noch ein eingehenderes Studium des Schwachsinnes zu einer schärferen Erfassung der krankhaften Erscheinungen verhelfen; die Ueberwindung der prinzipiellen Schwierigkeiten aber und die Gewinnung allgemeiner unzweideutiger Gesichtspunkte kann sicherlich nur durch eine andere Formulirung der forensischen Fragen an den ärztlichen Sachverständigen erreicht werden.

B. Diagnose der Simulation.

Erheblich einfacher liegt die Aufgabe dort, wo nicht allgemein die Entscheidung über das Bestehen geistiger

Gesundheit oder Krankheit gefällt werden soll, sondern wo es sich um die Aufdeckung von Simulation handelt. Hier ist eine sichere Richtschnur der Beurtheilung durch die Erwägung gegeben, dass der vorliegende Symptomenkomplex sich mit einem der erfahrungsgemäss feststehenden Krankheitsbilder decken muss. Bei der Mannigfaltigkeit psychischer Störungen erfordert es ziemlich weitgehende fachmännische Kenntnisse, ein widerspruchsloses, in sich wahrscheinliches, einheitliches Krankheitsbild zu kombiniren, ausserdem aber noch eine ganz ungewöhnliche Geschicklichkeit und Ausdauer, die angenommene Rolle wirklich durchzuführen und festzuhalten. Die Anschauungen über Geisteskrankheiten unter Laien weichen fast durchgehends so sehr von dem wahren Verhalten ab, dass es in der Regel für den Irrenarzt ein Leichtes ist, die Simulation zu erkennen und zu entlarven. Namentlich ist es die Sucht der Simulanten, zu übertreiben, widersprechende Erscheinungen durcheinander zu mischen und ihre Geisteskrankheit möglichst glaubhaft zu machen, welche sie von den wirklichen Kranken unterscheidet. Ueberaus selten sind die Fälle, in denen selbst bei längerer Beobachtung die Simulation nicht zweifellos festgestellt werden kann.

Indessen, so leicht und sicher die absichtliche Täuschung als solche erkannt zu werden pflegt, so schwierig ist es nicht selten, das Bestehen einer psychischen Störung ausser der Simulation auszuschliessen. Neumann fordert mit Recht, dass überhaupt kein Arzt jemals das Zeugniß geistiger Gesundheit ausstellen solle; bei Simulanten ist in dieser Hinsicht doppelte Vorsicht geboten. Die erfahrensten Psychiater theilen mit, dass wirklich geistig gesunde Individuen unter den Simulanten nur in ganz geringer Zahl vorkommen, wenn auch die eigentliche Störung eine ganz andersartige ist, als die simulirte. Namentlich Verrückte, Querulanten, Schwachsinnige sind hierher zu rechnen. Die Mittel und Methoden, welche zur Entlarvung von Simulanten in Anwendung gebracht werden, die Schlüsse, welche man aus dem Benehmen eines Individuums vor, während und nach einer verbrecherischen That auf seinen Geisteszustand ziehen kann, und eine Reihe ähnlicher Punkte müssen wir

hier übergehen, da sie den Aufgaben der gerichtlichen Psychopathologie angehören.*)

C. Diagnose der Dissimulation.

Wir haben endlich noch der Dissimulation von Geistesstörungen zu gedenken, die bisweilen von Melancholikern und Rekonvalescenten, namentlich aber von Verrückten mit grosser Virtuosität geübt wird, um die Entlassung aus der Irrenanstalt zu erreichen. Die Erfolge einer antiquirten Behandlungsmethode, der „Intimidation“, d. h. der systematischen Misshandlung der Kranken bei jeder krankhaften Aeusserung, gründeten sich auf diese Fähigkeit. Es giebt unheilbare Irre, die Jahre lang ihre äussere gesellschaftliche Haltung zu bewahren wissen und das Nest ihrer Wahnideen tief in ihrer Brust verschliessen, bis eine unbedachte Aeusserung, ein gelegentlicher Affekt plötzlich der erstaunten Umgebung die Augen öffnet und ihr die Erklärung für so manche Bizarrerien und Sonderbarkeiten des Benehmens giebt, die man so lange für „berechtigte Eigenthümlichkeiten“ gehalten hatte. Wer nicht mit dem geheimen Zusammenhange und den Anknüpfungspunkten der Fäden bekannt ist, aus welchen sich das Wahnsystem zurechtspinnet, dem wird häufig die tiefe Störung manches Verrückten völlig verborgen bleiben, auch wenn dieselbe gar nicht besonders dissimulirt wird, eine Erfahrung, die laienhafte Besucher einer Irrenanstalt regelmässig zu machen Gelegenheit haben. Aber es begegnet selbst dem Arzte bisweilen, dass er trotz seines allgemeinen bestimmten Verdachtes sich lange vergebens abmüht, in das Innere eines Kranken einzudringen, und dass ihm erst die Nachrichten über das Vorleben, das Benehmen in der Freiheit, eine klare Einsicht in die wirkliche Ausdehnung der krankhaften Störung verschaffen. Solche Kranke zeigen sich in der Anstalt überaus harmlos und ungefährlich, stellen alle Berichte der Angehörigen, alle Wahnideen völlig in Abrede

*) v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie, 2. Auflage, 1881.

und wissen ihre auffallenden Handlungen so ungezwungen und schlau zu motiviren, dass es recht schwierig wird, die pathologischen Züge klar zu erfassen. Unerfahrene, namentlich Personen aus der Umgebung des Kranken, lassen sich daher oft vollständig von ihnen täuschen. Da solche Kranke nicht selten recht gefährlich sind, ist äusserste Vorsicht bei der Beurtheilung derselben geboten; das Benehmen in der Freiheit pflegt allerdings sehr bald die Sachlage festzustellen.

Besonders sei hier schliesslich noch auf die Dissimulation besonnener selbstmordsüchtiger Melancholiker hingewiesen, die bisweilen mit grösstem Raffinement ihre krankhaften Ideen und Gefühle zu verbergen, Besserung und heitere Stimmung zu simuliren wissen, um den stillen Vorsatz des Selbstmordes bei weniger sorgfältiger Ueberwachung zur Ausführung bringen zu können. Nur die genaueste Vertrautheit mit dieser höchst beachtenswerthen Gefahr und unausgesetzte Wachsamkeit kann hier vor bitteren Erfahrungen schützen.
