Das ideagene Moment in der Entstehung des Zitterns bei Kriegsteilnehmern

und die introspektiv-psychologische Richtung in der Neurologie überhaupt.

Von Priv.-Doz. Dr. med. et phil. E. Niessl v. Mayendorf (Leipzig),
z. Z. in Brünn.

Fürnrohr lehnt in Nr. 1 dieser Wochenschrift die von mir in einem Vortrage¹⁾ und einer Abhandlung gegebene Erklärung des pathologischen Zitterns bei Kriegsteilnehmern, dessen Mechanismus ich in abnorm ablaufenden Reflexvorgängen selbst dann erblickt habe, wenn auch andere Stigmata die Diagnose Hysterie rechtfertigten, ohne daß man zu der Intervention krankhafter Vorstellungen Zuflucht nehmen müßte, ab und hält sich für berechtigt, das „ideagene Moment“ als die gemeinsame Grundlage der Zitterformen anzusprechen. Seiner Anschauung gibt er in folgenden Sätzen Ausdruck: „Dieses gemeinsame, für die Entstehung und ganz besonders für die Fixierung des Tremors Notwendige sehe ich in den mancherlei Wünschen, Vorstellungen, Begehungen, Hoffnungen, die jedes einzelnen Mannes Herz jetzt mehr bewegen als sonst in ruhigeren Zeitläuften. Mag man es „Wunsch nach Ruhe“, Heimweh, Angst vor Vorgesetzten oder dergl. mehr nennen, jedenfalls scheint mir hier der gemeinsame Boden zu liegen, der für die einheitliche Betrachtung der in Rede stehenden Krankheitsfälle nötig ist, und nur wo derartige Vorstellungen eine gewisse Intensität erreicht haben, kann sich ein dauernder Tremor entwickeln. Auf dieser Basis erfolgt dann die „Flucht in die Krankheit“, die Vorstellungen wandeln sich zur Neurose, und der Tremor wird eine nützliche Waffe im Kampfe gegen die Umwelt“.

Ehe ich mich zu der Beleuchtung dieser, für eine ganze Richtung in der Neurologie höchst charakteristischen Weise, die Kriegsneurose zu betrachten und zu interpretieren, wende, sei es mir gestattet, auf die einzelnen Argumente, mit welchen Fürnrohr die von mir vertretene Auffassung von dem Zustandekommen des Zitterns bekämpft, einzugehen.

Vor allem erscheint Fürnrohr meine Qualifikation der Zitterneurose als einer „Kommotionsneurose“ schon aus dem Grunde unhaltbar, weil dem permanenten Zitterkrampf, wie er mit Recht hervorhebt, eine materielle Erschütterung des Nervensystems nicht immer vorauszugehen braucht. So ist es gar nicht selten eine längere Einwirkung des kalten Wassers auf die unteren Extremitäten, welche das Zittern später allmählich in Erscheinung treten läßt. Aber auch ein nur psychischer Shock, ein länger währender seelischer Druck u. dgl. vermögen zweifelsohne bei Veranlagten eine Zitterneurose hervorzubringen. Es gibt eben verschiedene Ursachen, welche dasselbe Symptom zur Folge haben. Auf diese verschiedenen kausalen Momente habe ich jedoch in meiner oben zitierten Arbeit über pathologische Tremorformen hingewiesen. Wenn ich von Kommotionsneurosen sprach, so konnte ich natürlich nur jene Zitterformen meinen, in deren Vorgeschichte eine schwere materielle oder psychische Erschütterung des Nervensystems — und eine solche findet sich bei den unblutigen Granatverletzungen fast ausnahmslos — gemeldet wird. Damit erging ich mich jedoch nicht pleonastisch in einer selbstverständlichen Namengebung, sondern wollte im Gegensatz zu jenen, welche mit komplizierten psychischen Vorgängen die Symptome der Kriegsneurosen zu deuten versuchen, den unmittelbaren Kausalnexus zwischen Trauma und Neurose kennzeichnen, ohne in eine nähere Begründung eines solchen Zusammenhanges einzugehen.

Im Gange seiner Ausführungen gelangt Fürnrohr, im Widerspruch mit sich selbst, zu der von ihm mir vorgehaltenen und widerlegten Annahme einer gemeinsamen Grundlage für alle Zitterneurosen, in Anbetracht des Gemeinsamen der äußeren Erscheinung zurück. „So müßten also auf verschiedenem Wege gleiche oder wenigstens ganz

¹⁾ Mschr. f. Psych. u. Neurol. 39. April 1916 H. 4.

ähnliche Bilder entstehen. Gerade das aber will mir nicht recht einleuchten, und darum erscheint es mir berechtigt und notwendig, nach einer einheitlichen Ursache zu suchen.“ Dieser Rückschluß in der von ihm vorgebrachten Fassung trägt seine volle Unhaltbarkeit an der Stirne, denn dasselbe klinische Bild kann erfahrungsgemäß ganz verschiedener Herkunft sein. Dabei schwebt Fürnrohr offenbar die sich ihm aufdrängende Notwendigkeit vor, daß dieselben Symptome nur aus derselben krankhaften Störung des nervösen Mechanismus hervorgehen könnten, gleichviel, welche Ursache diese Störung auch immer haben möchte. Diesem zwingenden Raisonement entsprang auch die von mir vertretene Ueberzeugung, daß in letzter Linie stets dasselbe pathologische Spiel, und zwar, wie ausgeführt, abnorm ablaufende Reflexvorgänge dem Zitterkrampf zugrundeliegen müßten. Fürnrohrs ideogene Entstehung des Zitterns wäre folgerichtig nur dann annehmbar, wenn er den Weg zeigte, auf welchem die von ihm beschuldigten Vorstellungen gerade jenes pathologische Spiel herbeiführten, dessen klinischer Ausdruck als Zitterneurose zur Beobachtung gelangt. Die erste Voraussetzung hierfür wäre natürlich ein exakter Nachweis der Anwesenheit dieser krankhaften Vorstellungen. Leider weicht dieser Forderung Fürnrohr mit dem Geständnis vorsichtig aus, daß dieser Nachweis im einzelnen Falle exakt wohl schwer zu erbringen sein dürfte.

Aber nicht nur der positive Nachweis hierfür mangelt, sondern den direkten Gegenbeweis liefert Fürnrohr selbst, wenn er gegen mich geltend macht, daß ein Bad oder ein anstrengender Marsch eine Zitterneurose verursachen könne. Wo sind in diesen Fällen Vorstellungen, und zwar in solcher Intensität auffindbar, daß sich aus ihnen ein dauernder Tremor entwickeln kann und ihre Verwandlung in eine Neurose auch nur wahrscheinlich wäre? Ist es wahrscheinlicher, daß nach einem Bad eine Zitterneurose infolge zu intensiver und langdauernder Temperatureinwirkung des Wassers oder aus Vorstellungen, wie „Wunsch nach Ruhe“, „Heimweh“, „Angst vor Vorgesetzten“ entsteht? Zitterneurosen nach Kälteeinwirkung sind durchaus nichts Seltenes, sondern typische Vorkommnisse, sodaß ihnen von Szarbo¹⁾, wenn auch nicht berechtigt, eine allgemeinere ätiologische Bedeutung zuerkannt wird. Hier muß man wohl die von Fürnrohr verpönte, grob materielle Entstehungsweise als die einzig mögliche anerkennen.

Eine zweite Gruppe von Zitterneurosen scheidet gleichfalls aus der Diskussion, da die Kommotionswirkung so foudroyant ist, daß das Auftreten von Vorstellungen zwischen dem primären Shock und der unmittelbaren diesem sich anschließenden oder später folgenden Neurose mit Bestimmtheit auszuschließen ist. Letztere braucht sich noch nicht klinisch bemerkbar gemacht zu haben, und doch kann die pathologische Grundlage durch das Trauma bereits gelegt sein. Fürnrohr will jedoch auch für diese Fälle seine ideogene Entstehungstheorie aufrecht erhalten und stützt sich dabei auf die Namen Bonhoeffer und Hauptmann.²⁾ Wie ich glaube, ist es aber weder ersterem noch letzterem gelungen, nachzuweisen oder auch nur wahrscheinlich zu machen, daß ein von einer Granate verschütteter oder in die Luft geschleudertes Soldat, welcher schon während der Verletzung das Bewußtsein verliert, eben noch Zeit findet, Vorstellungen zu produzieren, die eine ihm später nützliche Krankheit erzeugen. Die Anekdote aus seiner Kinderzeit, welche Bonhoeffer im Berliner Verein für Psychiatrie als ein auch bei Kriegsteilnehmern eventuell mögliches Vorkommnis erzählt hat, halte ich für kein gelungenes Analogon. Das Zitat aus Hauptmanns Arbeit ist nur eine Behauptung, nichts weniger als ein Beweis, ja nicht einmal der Versuch eines solchen.

Es verbleiben demnach nur jene Fälle, bei denen sich während der Lazarettbehandlung eine Zitterneurose entwickelt hat und in denen die Kranken durch ihre Äußerungen und ihr ganzes Gehaben den Verdacht rechtfertigen, daß sie „Begehrungsvorstellungen“ unablässig beschäftigen. Ich habe echte, stabile Zitterneurosen im Spital an bis dahin nervengesund erschienenen Personen, welche kein Kriegstrauma erlitten haben, nicht gesehen, halte jedoch ihr Vorkommen für durchaus möglich, da das Zittern ein hysterisches Symptom ist und eine latente Hysterie in dem Milieu eines Krankenhauses wohl symptomatisch erst manifest werden kann. Der springende Punkt in der strittigen Frage ist aber der Nachweis, daß in der Seele des zitterkranken Soldaten die supponierten Vorstellungen wirklich vorhanden sind und seine Zitterneurose ausgelöst haben. Einen solchen Nachweis hat nun Fürnrohr weder durch seine Krankengeschichten noch durch sonst irgendeine zwingende Argumentation erbracht. Die Befunde der Fälle 2, 3, 4 — im Falle 1 wird eine materielle Erschütterung zugegeben —, welche an Genauigkeit manches zu wünschen übrig lassen, weisen neben dem Zittern eine Reihe rein körperlicher Symptome auf, sodaß der Tremor gleichfalls als ein solches im Bilde einer Neurose gut zu verstehen ist. Im Fall 2 werden heftige Kopfschmerzen, Ohrensausen, Hypästhesie und Hypalgesie des rechten Armes, an welchem sich das Zittern zeigt, angegeben. Fall 3: Bei einem ängstlichen, nervösen Menschen

traten im Anschluß an einen heftigen Schreck Krampfanfälle auf, die später einen ausgesprochenen hysterischen Charakter annahmen. Hypästhesie und Hypalgesie der rechten Hand, welche zittert. Der Patient des 4. Falles litt an kardialen Anfällen nervösen Ursprungs, an Kopfweh, Stechen in der Herzgegend. „An beiden Unterschenkeln bis etwas unterhalb des Knies ist das Gefühl für Pinsel und Nadel mit zirkulärer, oberer Begrenzung aufgehoben.“ Die typischen Sensibilitätsstörungen in den Fällen 2 und 4, die Krampfanfälle im Fall 3 beweisen, daß die Kranken an Hysterie litten. Der stabile Tremor ist ein auch in Friedenszeiten bekanntes hysterisches Symptom. Also auch in ruhigeren Zeitaläufen, wo „jedes einzelnen Mannes Herz weniger als jetzt bewegt wird“, wo also die Begehrungsvorstellungen fehlen, kann sich ein Tremor entwickeln, und zwar nicht auf der Basis von Vorstellungen, sondern auf dem Boden einer Neurose. Die Hypothese von der ideogenen Entstehung schwebt daher auch für diese Zitterneurosen vollkommen in der Luft.

Die ideogene Erklärung somatischer Erscheinungen bei den Kriegsneurosen knüpft konsequent an die Mode gewordene Deutung hysterischer Symptome. Einer stattlichen Anzahl von neueren Autoren sind Hysterie und Psychogenie identische Begriffe. Der Ausdruck „psychogen“ wird von dem einen so weit gefaßt, daß mit ihm alle Erkrankungen verstanden werden, welche aus seelischen Erschütterungen entspringen, während die anderen nur den krankmachenden Einfluß bestimmter Vorstellungsguppen als Erkrankungsquelle dabei im Auge haben. Nur der letztere Entstehungsmodus, wie ihn Liepmann nennt, der „ideogene“, kann für die Psychogenie in Frage kommen, da die sogenannten physischen Begleiterscheinungen gemüthlicher Emotionen, besonders die Wirkungen auf das Gefäßsystem so gewaltig sein können, daß sie allein die Grundlage einer Neurose abgeben.

Die Konfundierung der Hysterie mit der Psychogenie beruht auf einer Nichtberücksichtigung der Tatsache, daß die Psychogenie als eine nicht immer konstante Begleiterscheinung einer Hysterie auftritt, dagegen der Widersinn einer psychogen entstandenen Hysterie jedermann einleuchtet. Mancher hysterisch Kranke produziert durch fremde und Selbsteinredung andere hysterische Symptome, der Nervengesunde kann durch Suggestion niemals hysterisch werden. Jene Autoren, welche auf dem Standpunkt einer psychogenen Kriegshysterie stehen, müssen folgerichtig eine traumatische Hysterie überhaupt leugnen und eine latente, wohl durch eine angeborene Anlage gegebene Hysterie bei allen hysterischen Kriegsteilnehmern postulieren, eine Annahme, die noch sehr eines Beweises bedürfte, welcher aber mit zwingender Objektivität zu führen kaum möglich sein dürfte.

Betrachtet man im Lichte dieser Erörterungen Fürnrohrs Gedankengänge, so würde, selbst wenn sich in einzelnen Fällen Vorstellungen, wie Wunsch nach Ruhe, Heimweh, Angst vor Vorgesetzten u. dgl. mehr, feststellen ließen, noch immer der Beweis der Psychogenie, d. h. der abnormen Macht dieser Vorstellungen auf die pathologische Aenderung körperlicher Vorgänge, ihre Umwandlung in eine Neurose, welche zu dem Zitterphänomen führen, zu erbringen sein. Es ist doch klar, daß man aus dem Zitterphänomen, für welches eine pathologische Grundlage gefunden werden soll, allein eine Psychogenie, d. h. pathologischen Autosuggestionszustand nicht folgern darf. Man pflegt zwar in solchen Fällen den Nachweis einer Hysterie durch Auffindung der sogenannten hysterischen Stigmata zu versuchen. Wie wir oben aber darlegten, gehen hysterische Symptome keineswegs mit der pathologischen Suggestibilität stets einher, es hat daher ihre Feststellung keine Beweiskraft für das Vorhandensein jener. Es stützen sich demnach Folgerungen auf Annahmen, welche wieder Annahmen zum Halt dienen sollen.

Wenn derartig willkürliche Erklärungsversuche, wie wir sie hier bei Fürnrohr lesen, eine allgemeinere Verbreitung gefunden, so weisen dieselben auf Vorredner zurück, welche in der psychiatrischen und neurologischen Diskussion das große Wort führen. Der Begriff der Psychogenie ist in der Unfallneurologie geläufig geworden, und jene Psychiater, denen die Auslegung fremder Seelenvorgänge durch die Schilderung der eigenen genügt, fundieren ihre Lehre von der Hysterie auf Selbstempfundenes und Selbsterdachtes. Sie sind felsenfest davon überzeugt, daß ein Unfallverletzter oder ein Hysteriker so und nicht anders fühlen und denken kann. Wir sind überrascht über die Bestimmtheit und Genauigkeit, mit der wir erfahren, was der beobachtete und untersuchte Kranke für geheime Willensregungen hat, um so erstaunter, als diese von ihm nicht kundgegeben werden, ja nicht einmal ihm bekannt sind, sondern „unterbewußt“ zur Triebfeder seiner Handlungen werden. In dem Unterbewußt-Wirksamen liege der Kern des Pathologischen. Der Kranke denkt, fühlt und will, was er selbst nicht weiß, sondern nur der Arzt ergründet.

Eine Lehre, welche auf Schritt und Tritt mit unbewiesenen Dogmen operiert, findet es zweckmäßig, sich eine möglichst vieldeutige, bequeme Terminologie zu prägen. Was will man mit Phrasen, wie „Wille zur Krankheit“, „Begehrungsvorstellungen“, „Flucht in die Krankheit“, „Bereitschaftsstellung“, „Fixierung des Tremors“, „unterbewußt“, „Umwandlung von Vorstellungen zur Neurose“, „Nichtwollenkönnen“ usw.,

¹⁾ W. kl. W. 1916 Nr. 34. — ²⁾ Mschr. f. Psych. 39. H. 1.

beweisen oder klären? Sie sind nichts weiter als Abkürzungen subjektiver Lehrmeinungen, welche nur durch introspektive Psychologie am grünen Tisch gewonnen wurden und geeignet sind, weniger kritische Köpfe zu verwirren, wenn sie von Männern im Munde geführt werden, die vermöge ihrer Stellung im Vordergrund der Fachkollegen stehen.

Die Gefahr einer Verbreitung theoretischer Irrtümer wäre für den Augenblick das wenigste. Folgeschwer sind aber solche Talmiwahrheiten dann, wenn sie zur Richtschnur des Handelns werden und wichtige Entscheidungen in der militärärztlichen Praxis herbeiführen sollen. Dies ist der Fall in Fragen der Therapie und der Simulation.

Nimmt man an, daß ein Symptom ideagen, d. h. wie in der Hypnose ein pathologisch somatisches Phänomen durch eine wachgerufene Vorstellung direkt erzeugt ist, dann ist natürlich die Psychotherapie, die Ausredung der einzige und der souveräne Heilfaktor. Wann und wie läßt sich aber der Nachweis führen, daß das Muskelzittern einem solchen, von außen geweckten, inneren Imperativ entsprungen ist, daß die Vorstellung des Muskelzitterns zuerst da war und hierauf das Muskelzittern wirklich in Erscheinung trat. Man wird mir mit Recht einwenden, daß für den Erfolg der therapeutischen Praxis dieser Nachweis nicht erforderlich ist, sondern die Konstatierung der Hysterie, bei der sich das Symptom der Psychogenie sehr häufig findet und die beliebigen Symptome ausgedeutet werden können, genügt. Das ist sehr richtig. Das Muskelzittern ist in der Hypnose wiederholt beseitigt worden. Damit ist aber noch nicht bewiesen, daß dasselbe ideagen gewesen ist, sondern nur, daß das Individuum sich in einem Zustande pathologisch gesteigerter Suggestibilität befunden hat. Allein auch dieser kann nicht als ideagen betrachtet werden, sondern ist, wie bereits gesagt, eine klinische Seite der Hysterie, welche sich nach allgemeiner Annahme, die mir freilich noch nicht hinlänglich gesichert erscheint, stets aus einer angeborenen Anlage entwickeln soll. Die Basis, auf der sich der Tremor einstellt, ist daher nicht, wie Fürnrohr meint, die krankmachende Vorstellung, sondern die Neurose, und das Ziel der Therapie darf daher nicht die Entfernung der ersteren, sondern die Heilung oder Besserung der letzteren anstreben.

Der praktische Therapeut wird sich den Vorteil, welcher sich aus einer bequemen Verwischung der für eine gewissenhafte Prognose unerläßlich zu trennenden Krankheitsbegriffe „Hysterie“ und „pathologische Suggestibilität“ ergibt, kaum entgehen lassen. Das Effektivste der hypnotischen Therapie darf ein hinterher auftauchender Zweifel, ob die Krankheit wirklich geheilt oder nur ein Zeichen derselben vorübergehend beseitigt sei, nicht verdunkeln. Es ist dies ja meist erreicht, wenn der Patient als geheilt aus den Augen des Arztes und seiner Umgebung in das Feld verschwindet. Auch die Bezeichnungen „lokale Hysterie“, „monosymptomatische Hysterie“ deuten auf die Tendenz, die scharfe Scheidung zwischen den fraglichen krankhaften Zuständen aufzugeben, jedoch ohne ihre Zugehörigkeit zu dem typischen Krankheitsbilde ganz anzuerkennen, vielmehr heilbare Abarten in ihnen zu erblicken.

Diese Auffassung hat zweifellos viel für sich; die lokalen und monosymptomatischen Hysterien nehmen schon klinisch durch die häufige Abwesenheit der hysterischen Stigmen eine Sonderstellung ein. Auch das körperliche oder psychische Trauma, der Shock liegt fast ausnahmslos in der Anamnese klar zutage. Ferner sind hereditäre Belastung sowie neuropathische Konstitution in sehr vielen Fällen meist einwandfrei auffindbar. Man könnte daher diese „lokalen“, „monosymptomatischen“ Hysterien nicht ohne Grund als eine besondere Gruppe erworbener Krankheitszustände, als „Shockneurosen“ von dem Gros der stationären Formen abtrennen. Ungeachtet dessen sind aber auch diese nicht ideagen zu nennen. Verliert ein, angenommen vollständig gesunder, Mensch durch ein körperliches oder psychisches Trauma eine sensorische oder motorische Fähigkeit plötzlich, so müssen Gedankengänge, welche Bewußtseinsklarheit, die doch im Augenblick schwindet oder stets getrübt ist, erfordern, ausgeschlossen werden, und das Ausfallssymptom ist nur das Produkt einer Shockwirkung des Gehirns, ebenso wie seine plötzliche Entfernung auf einer ähnlichen Wirkung beruhen muß.

Wenn Fürnrohr den ideagenen Tremor der Kriegsteilnehmer als eine nützliche Waffe gegen die Umwelt bezeichnet, so unterscheiden sich seine Kranken von Simulanten nur dadurch, daß sie Vorstellungen „unterbewußt“ in körperliche Vorgänge umsetzen, während der Simulant die Zitterbewegungen der Kranken willkürlich zum Zwecke der Täuschung nachahmt. Die Imitation einer Zitterneurose ist bei darauf gerichteter, aufmerksamer ärztlicher Beobachtung schon wegen der Stabilität des krankhaften Tremors kaum durchführbar und die Entlarvung einer gespielten Zitterneurose nicht sehr schwer. Mit dieser ist aber nur eine Grenze zwischen Krankheit und Vorgabe einer Krankheit gewonnen, keineswegs aber der seelische Mechanismus der Krankheit selbst geklärt, die unterbewußte Genese aus Vorstellungen letzterer bleibt noch zu beweisen.

Es hat sich eine Schulmeinung auf Grund theoretischer Voraussetzungen dahin ausgesprochen, daß die Simulation selbst einen psychopathologischen Ursprung habe und in der abnormen Macht von Ge-

dankenkreisen wurzle, wie sie gewissen Formen der Hysterie eigen ist. Die Unbrauchbarkeit und die Gefahren einer solchen Lehre für die militärärztliche Praxis im Kriege liegen auf der Hand. Ein mit dem nüchternsten Raffinement sein Ziel verfolgender Komödiant wird ob seiner Kunst und Beharrlichkeit für krank erklärt und als militärisch unbrauchbar aus dem Heeresdienst entlassen. Das gesunde Gefühl der Selbsterhaltung, eine Kette logisch gefügter Gedanken, welche in durchaus verständlicher Weise das Spiel der Simulanten begründen, sind Kriterien eines krankhaften Seelenzustandes. Aus diesem grotesken Widerspruch der praktischen Konsequenzen leuchtet grell und überzeugend der nur durch eine leichtfertige Supposition mögliche theoretische Irrtum. Forel¹⁾ konnte bereits in der ersten Auflage seiner bekannten Abhandlung über den Hypnotismus Bernheims Behauptung, daß, wenn ein Arzt nicht 80% der in seiner Behandlung stehenden Kranken zu hypnotisieren vermöchte, keine Erfahrung in der Kunst zu hypnotisieren besitze, vollinhaltlich unterschreiben. Wir sehen hieraus, eine wie hohe, bis zum Verfallen in den hypnotischen Schlaf sich steigende Suggestibilität ohne gleichzeitige Hysterie, ohne Neurose bestehen kann. Eine schwere, chronische, funktionelle Nervenerkrankung, wie sie die Hysterie ist, geht ihrer pathologischen Wesenheit nach nicht in einer abnorm starken Suggestibilität und Autosuggestibilität, in der Psychogenie ihrer Erscheinungen auf. Auch ein durch kein krankhaftes Zeichen auffallender Nervengesunder kann sehr suggestibel und autosuggestibel sein und ein Hysteriker sich gegen die Hypnose refraktär erweisen. Wenigstens liegen zahlreiche Tatsachen vor, die diesen Satz erhärten.

Es ist ferner sehr fraglich, ob die scheinbare Freude des Hysterischen, seine Umgebung zu hintergehen, derselbe willkürlich psychische Vorgang ist, wie der mit Ueberlegung gesponnene Betrug des Simulanten, ob wir mit Recht hier wie dort dieselben Gedanken, dieselbe Willensrichtung annehmen dürfen. Der echte Hysteriker denkt und handelt stets unfrei, zwangsmäßig. Mit einem Wortspiel, wie „Nichtkönnenwollen“ und „Nichtwollenkönnen“, sind subjektive Deutungen ausgedrückt, mit denen wir um keinen Schritt einer objektiven Wahrheit näher rücken. Intimere Seelenzustände, als welche verschlungene Ketten von Vorstellungen zu betrachten sind, bleiben ein Geheimnis, und nur ihre letzten Endglieder, welche sich in motorischen Äußerungen kundgeben, sind mit annähernder Zuverlässigkeit zu erraten. Man hüte sich daher, aus dem psychischen Verhalten des Exploranden allein die Differentialdiagnose zwischen Simulation und Krankheit zu stellen und dort, wo eine Unterscheidung nicht gelang, mit der Floskel „psychische Abnormalität“ sich herauszuhelfen.

Das Gespenst einer dualistischen Philosophie macht sich in den dunkelsten, vielleicht aber darum so beliebten Auslassungen moderner Psychiater, welche die wahrnehmbaren Formen und Eigenschaften des Seelenlebens nur durch sie selbst erkennen wollen und jeden Bezug auf die solide, in der anatomischen Besonderheit des Zentralnervensystems sich darbietende Realität verächtlich ablehnen, mit erschreckender Unverhohlenheit breit. Die moderne Psychiatrie — und die Neurologie, insofern sie mit psychologischen Erklärungen operiert — tritt wieder abseits von den übrigen medizinischen Disziplinen, indem sie in echt philosophischem oder theoretischem Sinn den körperlichen Erscheinungen Seelenvorgänge gegenüberstellt und jene durch diese verstehen will. Sie übersieht hierbei, daß wir nur von unseren eigenen Seelenvorgängen wirkliche Kenntnis besitzen und nur aus den körperlichen Erscheinungen unserer Mitmenschen mit Zuhilfenahme jener uns eine beiläufige Vorstellung über ihre inneren Zustände machen können, daß es uns aber versagt ist, den umgekehrten Weg zu gehen und eine Ideagenese dort bestimmt zu postulieren, wo körperliche Erscheinungen aus sich selbst erklärbar sind.