Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung. (Der Verfolgungswahn der sprachlich Isolierten.)

Von
Rudolf Allers.

(Eingegangen am 2. Juli 1920.)

Im Verlaufe mehrjähriger Tätigkeit in verschiedenen militärischen Krankenanstalten konnte ich drei Beobachtungen eines anscheinend psychogenen Zustandsbildes machen, die mir der Mitteilung nicht unwert scheinen, da — soviel ich sehen kann — Ähnliches bisher nicht veröffentlicht wurde. Es handelt sich um ein Syndrom, welches man seiner Struktur, wie seiner mutmaßlichen Genese nach der von Kraepelin beschriebenen Psychose der Schwerhörigen an die Seite zu stellen berechtigt sein dürfte. Wie der Schwerhörige oder Taube durch seinen Sinnendefekt nicht imstande ist, die Äußerungen der ihn umgebenden Personen zu erfassen, vielmehr auf die Auslegung ihres Verhaltens, ihrer Gebärden angewiesen bleibt, so auch derjenige, in dessen Umgebung eine ihm völlig unverständliche Sprache gesprochen wird. Auch er kann nur raten, sich eine Meinung aus allerhand Anhaltspunkten bilden. Freilich könnte man glauben, daß der Sprachfremde besser daran sei als der Schwerhörige. Denn er versteht zwar die Worte nicht, aber er könnte doch manches auch hörend entnehmen. Er könnte vor allem feststellen, ob sein Name genannt werde oder nicht, ob von ihm die Rede sei oder nicht, während der andere diesen Verdacht immer hegen könne. Er könnte ferner aus dem Tonfall der Rede entnehmen, ungefähr welcher Affektlage diese angehört, ob sie z. B. drohend oder freundlich gemeint sei. Zweifellos spielen diese Momente eine Rolle. Vielleicht sind sie die Ursache des offenbar nur seltenen Vorkommens der zu beschreibenden Störung. Es scheint mir aber, daß die Verwertung solcher Hilfen erstens eine gewisse Höhe der Intelligenz voraussetzt, welche zumindest zweien meiner Fälle abgegangen sein dürfte; ferner jedoch glaube ich, daß die Unterschiede, die sich in der sprachmelodischen Ausdrucksweise der verschiedenen emotiven Färbungen — wo es sich nicht um ganz ausgesprochene Affekte handelt — geltend machen, doch groß genug sind, um ein einigermaßen verlässliches Auffassen der Effektlage einer Äußerung zumindest sehr zu erschweren. Man kann, wenn man eine ganz fremde Sprache hört,

vielleicht unterscheiden, ob der Sprechende Sätze spricht oder nur Vokabeln auf sagt; denn nur im ersteren Falle ist die Abfolge der Worte wirklich in eine Melodie, eine als ein organisches Ganzes auffaßbare Reihe von Intervallen eingespannt. Und bekanntlich kann man auch ganz sinnlose Worte und Silben so sprechen, daß der Eindruck des Satzgefüges entsteht. (Dafür ist ein gutes Beispiel das „Gedicht“ von Chr. Morgenstern in seinen Galgenliedern, das als das große *Lalu-La* überschrieben ist). Das liegt aber daran, daß diese sinnlosen Worte in der Sprachmelodie der uns geläufigen Sprache erklingen. In der polyglotten Armee des ehemaligen Österreich-Ungarn kam ich oft genug in die Lage, um mich eine Sprache reden zu hören, von der ich vielleicht das eine oder andere Wort, niemals aber einen Zusammenhang verstehen konnte, z. B. Ungarisch. Ich muß gestehen, daß ich meist nicht hätte angeben können, ob eine Frage oder eine Behauptung ausgesprochen wurde, ob die — natürlich als solche wahrnehmbare — Erregung freudiger oder peinlicher Natur gewesen sei. Mehr als einmal hielt ich eine lebhaft, freundschaftliche Unterhaltung für einen Streit. Wenn das schon für jemanden, der doch immerhin durch Sprachkenntnis geschult ist, auch fremdartige Sprachmelodien zu verstehen, so ungemein schwierig ist, so dürfte es begreiflich erscheinen, daß ein einfacher Bauer — und um solchen handelte es sich in allen drei Fällen — dieser Aufgabe gegenüber vollkommen versagen muß. Somit glaube ich, daß trotz erhaltenen Hörvermögens die Situation für meine Kranken doch grundsätzlich der des Schwerhörigen zu analogisieren ist.

Daher scheinen alle Vorbedingungen zur Entwicklung einer psychogenen Störung vom Typus der erwähnten Psychose der Schwerhörigen gegeben. In der Tat stimmt auch das Zustandsbild, welches meine Fälle boten, mit der Kraepelinschen Schilderung weitgehend überein. Es seien nun kurz die Krankengeschichten mitgeteilt, um darauf die symptomatologischen Beziehungen und weiteren Anhaltspunkte für die hier vertretene Auffassung herauszustellen.

Fall 1. 23jähriger Bauer aus der ungarischen Tiefebene, wurde mit einer Weichteilverletzung des Unterarmes im September 1914 in ein Wiener Krankenhaus eingeliefert, wo er in einem Krankenzimmer untergebracht wurde, in dem außer ihm ausschließlich Deutschösterreicher — Tiroler, Kärntner — lagen. Auch vom Pflegepersonal und den behandelnden Ärzten konnte niemand Ungarisch sprechen oder verstehen.

Der Kranke fiel mir nach der ersten Woche durch sein eigentümlich scheues und gedrücktes Wesen auf. Seine Nahrungsaufnahme war ungenügend. Er lag meist, ohne durch seinen körperlichen Zustand — seine Wunde heilte reaktionslos — im mindesten dazu gezwungen zu sein, in oder auf seinem Bette. Ihm gereichte Liebesgaben, Zigaretten u. dgl., nahm er, sagte wohl auch einige Worte; sein Gesichtsausdruck verriet aber nichts von Freude oder Dankbarkeit. Gelegentlich stand er auf, wandte sich an irgendeinen seiner Mitkranken, an eine Schwester oder sonst jemanden vom Personal und sprach auf ihn ein, sichtlich erregt, deutete

wohl auch auf diesen oder jenen seiner Mitkranken, gab aber dieses Unternehmen, da er sich nicht verstanden sah, bald wieder auf. Im weiteren Verlaufe erhob er sich überhaupt nur mehr vom Bette, wenn er dazu nachdrücklich durch Gebärden aufgefordert wurde. Zuweilen schien er in zornigen Affekt zu geraten, redete vor sich hin, finsternen Gesichtes, ballte drohend die Faust.

Am 15. Tage seines Aufenthaltes im Spital versuchte er sich zum offenen Fenster des im ersten Stock gelegenen Krankenzimmers hinauszustürzen, wurde von seinen Mitkranken daran gehindert, wobei er sich heftig zur Wehre setzte seinen Widerstand aber bald angesichts der Übermacht aufgab.

Es wurde ein Dolmetscher beschafft und mit dessen Hilfe die etwas mühsame Unterhaltung mit dem Kranken gepflogen. Er erwies sich als durchaus orientiert und geordnet. Anfänglich ziemlich unzugänglich ließ er sich im Laufe des Gespräches doch zu ausführlicheren Äußerungen bewegen. Er gab an, daß die Leute in dem Krankenzimmer über ihn redeten, und zwar durchaus abfällig. Er könne zwar nicht verstehen, was man rede, doch wisse er genau, daß von ihm gesprochen werde. Und zwar bestände sicherlich ein Komplott gegen ihn, das bezwecke, seine Heimkehr zu verhindern, man fange auch alle Briefe ab, die an ihn kämen; auch seine Frau sei mit den Leuten im Bunde, wie das zugehe, könne er sich zwar nicht gut vorstellen, trotzdem sei es so. Er glaube, daß die Leute von der Untreue seiner Frau sprächen. Es sei beabsichtigt, ihn umzubringen, damit seine Frau ihn los sei. Auch außerhalb des Krankenzimmers spinne sich dieses Komplott fort. Was den Kranken zu dieser Überzeugung veranlaßt, ist nicht zu ermitteln; Stimmen zu hören stellt er entschieden in Abrede.

Schon während des Gespräches schien die ausgesprochen depressiv-ängstliche Stimmung des Kranken etwas zu weichen.

Er wurde in eine andere Abteilung übergeführt, wo er im Kontakt mit Landsleuten und ungarisch sprechenden Ärzten rasch zur Norm zurückkehrte. Nach 4 Tagen bereits konnte er als völlig frei und einsichtig gelten.

Er bat um Verzeihung und meinte, wenn man seine Umgebung nicht verstehe und fern von zu Hause sei, so komme man auf solche „dumme Gedanken“.

Zusammenfassend läßt sich über diesen Fall vielleicht dieses sagen: Das Zustandsbild ist gekennzeichnet durch ängstliche, vielleicht weniger rein depressive, als depressiv-gereizte Affektlage. Zu Beginn mag die Depression mehr im Vordergrund gestanden sein, wobei sie aber als immerhin verständliche, in die Breite des Normalen fallende Reaktionsweise angesehen werden darf. Der einfache Landmann, noch unter dem Eindrucke des plötzlich aus seinem Lebenskreise durch die Einberufung Herausgerissenseins, fremd in einer fremden Stadt, außerstande, seine Wünsche, seine Befürchtungen vorzubringen, von der Sehnsucht bewegt, seine Frau, sein Dorf wiederzusehen, im Ungewissen über sein Schicksal mochte wohl alle Ursache zu trauriger Verstimmung haben. Teilweise war es gewiß auch Heimweh, das ihn beherrschte. In fortdauernder sprachlicher Vereinzelung entwickelte sich aber ein durch Beziehungsideen persekutorischen Charakters, illusionäre Umdeutung der Vorgänge in der Umgebung ausgezeichneter Zustand, mit dessen Entstehung die Stimmung einerseits ängstlicher wurde, eine ängstliche Spannung auftrat — erwartete er doch allerlei Unheil aus den unheimlichen Anzeichen jetzt und jetzt erwachsen zu sehen —,

andererseits gereizt, indem sich eine Abwehrhaltung gegen die drohenden Gefahren und die Bosheit der Mitmenschen geltend machte.

Vielleicht verdient noch der Umstand Aufmerksamkeit, daß der Kranke angab, nicht nur aus den Gebärden und dem Verhalten der ihm sichtbaren Umgebung die feindseligen Absichten entnommen, sondern auch gewußt zu haben, daß außerhalb des Krankenzimmers, jenseits der verschlossenen Türen das Komplott weitergesponnen werde. Irgendwelche halluzinatorische Phänomene, welche eine solche Annahme hätten begründen können, bestritt er sowohl bei der ersten Untersuchung als auch nach erlangter Einsicht. Es ist also wohl nur anzunehmen, daß hier eine Art Projektion aus der Umgebung auf die unzugängliche Form vorgenommen wurde, etwa nach dem Typus der Überzeugung, mit der man nicht so selten einen Kreis von Menschen verläßt: jetzt werden sie, kaum daß ich zur Tür draußen bin, sicherlich über mich herfallen.

Zu weiteren Bemerkungen dürfte der Fall keine Veranlassung bilden, da die differentialdiagnostischen und ätiologischen Erwägungen für alle drei Beobachtungen gemeinsam angestellt werden sollen.

Fall 2. Ein in mittlerem Alter stehender, mit einer Unterschenkelschußfraktur eingelieferter russischer Kriegsgefangener, über dessen Personalien, Alter usw., gar nichts zu erfahren ist, da er eine völlig unbekannte Sprache spricht, mit ihm in die Hand gegebenem Papier und Bleistift nichts anzufangen weiß, offenbar nicht schreiben kann.

Auch dieser Kranke zeigte schon in den ersten Tagen seines Spitalaufenthaltes ein ängstlich erregtes Wesen, sah den im Zimmer umhergehenden Personen mit gespanntem Gesichtsausdruck nach, verhielt sich aber still, ohne auch nur den Versuch zu machen, mit den anderen Kranken oder dem Pflegepersonal in Beziehungen zu treten. Im weiteren Verlaufe wurde er sichtlich verstimmt und ängstlicher, auch einigermaßen gereizt. Insbesondere fiel auf, daß er die Nahrung zurückwies, gelegentlich, daß er in Momenten, in welchen er sich unbeobachtet glaubte, Speisen zu verstecken oder wegzuschütten versuchte.

Ein glücklicher Zufall wollte es, daß sich um diese Zeit ein zweiter russischer Kriegsgefangener einfand, welcher mit unserem Kranken sich verständigen konnte und mit dessen und eines zweiten Dolmetsch Hilfe es möglich war, den Kranken zu befragen. Es ergab sich, daß er ein mohammedanischer Krimtatar war, nicht schreiben konnte und auch sein Alter nur sehr angenähert anzugeben wußte.

Die Aussagen des Kranken klangen recht ähnlich denen des ersten. Auch er war überzeugt, daß er durch die ihn umgebenden Menschen an seiner Heimkehr gehindert werden sollte, man rede unaufhörlich von ihm, mache Zeichen, daß man ihm den Hals abschneiden werde, deute auf ihn; er glaube, daß man sein Essen vergiftet habe, daß es einen sonderbaren Geschmack habe (nebenbei bemerkt, gab er ausdrücklich an, nicht etwa durch religiöse Bedenken am Genuß der Nahrung gehindert worden zu sein, da er sich die Befolgung der rituellen Vorschriften im Kriege ohnedies habe abgewöhnen müssen).

Außerdem habe er — in seiner Sprache natürlich — gehört, wie im Nebenzimmer über ihn gesprochen wurde, man habe gesagt, er müsse aus dem Wege geräumt werden, einmal, morgen werde dies geschehen. Einen Grund, warum die Leute gegen ihn solche Absichten hegten, wisse er nicht anzugeben.

Auf die Frage, warum er nicht versucht habe, sich gegen alle diese Drohungen zur Wehre zu setzen, oder zumindest doch irgendwie sich dem Arzte oder der Krankenschwester verständlich zu machen, gab er eine echt orientalische Antwort: er habe sich gedacht: wie Gott gibt.

Durch die Möglichkeit indes, seinen Befürchtungen Ausdruck zu geben, überhaupt mit einem Menschen wieder sprechen zu können, zeigte er sich sichtlich erfreut. Er erwies sich auch Aufklärungen und Zureden gegenüber als zugänglich, behauptete einsehen zu können, daß die Möglichkeit eines Irrtums vorliege. Nur an der Realität der in seiner eigenen Sprache gehörten Worte und Sätze hielt er unter allen Umständen fest; was er mit seinen Ohren gehört und verstanden habe, könne kein Irrtum sein. Eine weitere Aufklärung scheiterte schon an der technischen Schwierigkeit der doppelten Verdolmetschung.

Die Aussicht indes, bald das Spital verlassen zu können und in ein Gefangenenlager unter Landsleute zu kommen, richtete ihn sichtlich auf. Er konnte in ziemlich guter Verfassung 8 Tage nach dieser Aussprache einem Krankentransport übergeben werden.

Im großen und ganzen gilt für diesen Kranken dasselbe, wie für den ersten. Er unterscheidet sich von ihm in zweifacher Hinsicht. Erstens ist der Affekt anscheinend weniger lebhaft, zumindest führt er nicht zu solch lebhafter Reaktion wie dort. Dies mag an der fatalistisch-ergebenen Einstellung dem Leben gegenüber liegen, welche der Kranke, wie so viele seiner Religionsgenossen zeigte. Wer z. B. bosnische Soldaten als Kranke zu sehen Gelegenheit hatte, kennt dieses: „wie Gott will, Bruder“ sehr gut. Dem Tode, der Operation, dem Abtransport, dem Wiedereintrücken sehen viele von ihnen mit derselben Ergebenheit, oder eigentlich Indifferenz entgegen. Der zweite Unterschied liegt darin, daß wir hier Sinnestäuschungen begegnen. Es ist natürlich nicht festzustellen, ob der Kranke wirklich im Nebenraum erklingende Stimmen im Sinne seiner Befürchtungen umgedeutet oder ob er reine Halluzinationen produziert habe. Wenn eine Vermutung in diesem Punkte zulässig ist, so möchte ich eher das letztere glauben, und zwar aus den einleitend ausgeführten Gründen. Sprachmelodisch unterscheidet sich doch das Deutsche — und um solches dürfte es sich, etwa noch um Polnisch gehandelt haben — ganz beträchtlich von den orientalischen Sprachen. Wenigstens klang mir die Unterhaltung des Kranken und seines Kameraden außerordentlich fremdartig. Es scheint fast unverständlich, daß deutsche (oder polnische) Sätze zur illusionären Umdeutung Anlaß gegeben hätten. Dazu kommt noch, daß nach der Aussage des Kranken, er nur zwei- oder dreimal solche Reden hörte, während doch im Nebenraum — wie er auch selbst beobachtete — viel öfter gesprochen worden war. Schließlich spricht das bei dem folgenden Falle einwandfrei festzustellende Vorkommen akustischer Halluzinationen für die Annahme solcher auch hier. Bei diesem Falle sehen wir also ebenfalls ein ängstlich-depressiv gefärbtes Zustandsbild sich entwickeln, mit Verfolgungsideen geradeso wie bei dem ersten.

Fall 3. Die Duplizität der Fälle brachte es mit sich, daß nicht lange nach dem zweiten ein weiterer zur Beobachtung kam und zwar wiederum ein Tatar, was natürlich darin seine Ursache hatte, daß in unserer Nähe kaukasische und Krimregimenter lagen.

Auch hier begann die Störung mit ängstlich-depressivem Verhalten, zu dem aber sich bald recht heftige Reaktionen gesellten. Der durch einen Streifschuß an der Schulter mit Infraktion des Akromion verletzte Kranke zeigte ein finsternes Gesicht, schlich zuweilen hinter Mitkranken oder Sanitätssoldaten her, schlug auch einmal plötzlich auf einen dieser mit der gesunden Faust los. Sein Gesichtsausdruck wechselte, bald verschlossen und finster-abweisend, bald ängstlich-gespannt. Bei einem nächtlichem Rundgang fiel mir Pat. auf, da er mit gespannt-lauschendem Ausdruck im Bette saß, auf begütigendes Zureden — das er freilich nicht verstand — und freundliche Gebärden nur unwillig abwehrte, um weiter angestrengt in die lautlose Nacht hinauszuhorchen. Tags darauf versuchte er mit einem Messer, das allerdings dazu ganz ungeeignet war, sich die Kehle durchzuschneiden.

Die ersten zwei Beobachtungen hatten mich indes gelehrt, was von diesem Zustande zu halten sei, und es gelang auch, einen Dolmetscher aufzutreiben. Die Unterhaltung mit dem Kranken war anfangs schwierig; denn wiewohl er sichtlich durch den Klang vertrauter Worte erfreut wurde, erwies er sich zunächst als ziemlich zurückhaltend und unzugänglich. Erst auf längeres Zureden und die wiederholte Versicherung, daß man ihm nur wohlwolle, ließ er sich zu eingehenderen Äußerungen herbei. Was er mitteilte, hätte der zweite Kranke genau so sagen können. Auch ihm kam es vor, als sei er Gegenstand höhnischer und feindseliger Bemerkungen seitens der Mitkranken — zufällig befand sich darunter kein Russe —, die ihn offenbar zur Seite räumen wollten. Man werde ihn nachts erschlagen. Es werde schon das Grab gegraben. (In der Tat wurde zu dieser Zeit nahe dem Krankenzimmer ein Brunnen angelegt.) Er habe deutlich gehört, daß man in der Nacht davon gesprochen habe, ihn umzubringen, daß er nie wieder nach Hause zurückkehren dürfe. Nur aus Bosheit, erklärte er, spreche man vor ihm eine Sprache, die er nicht verstehe, während er doch gehört habe, wie nachts sich die Leute verständlich unterhielten.

Um den Qualen, die ihm bevorstünden, zu entgehen, habe er versucht, sich das Leben zu nehmen.

Trotzdem der Kranke im Laufe des Gespräches sichtlich freier wurde, zeigte er doch keinerlei Einsicht und hielt an der Begründetheit seiner Wahnideen durchaus fest. Immerhin gab er das Versprechen, keinen Selbstmordversuch zu unternehmen. Erst nach wiederholten Unterhaltungen und als er erfuhr, er werde mit Landsleuten zusammen abgeschoben werden — seine Wunde war mittlerweile geheilt und er sollte einem Gefangenentransport angeschlossen werden — erlangte er so viel Einsicht, daß er an den bösen Absichten seiner Mitkranken zu zweifeln begann. Diese Besserung nahm zu, als ein Kranker, in dem er den Rädelsführer der gegen ihn gesponnenen Intrigen sah, die Anstalt verließ.

Schließlich gab er die Möglichkeit zu, daß er sich geirrt haben könne. Daß er die unheilvollen Worte gehört habe, ließ er sich nicht ausreden; er war indes spontan bereit zuzugeben, daß man ihn vielleicht nur zum Scherze ängstlich machen wollte.

Dieser Fall vereinigt die Züge des ersten und des zweiten. Die stärkere Erregtheit und Aggressivität, das Tentamen suicidii des ersten ist mit den Halluzinationen des zweiten gepaart. Im übrigen ist die Ähnlichkeit der Zustandsbilder so groß, daß weitere Bemerkungen nur eine Wiederholung des schon Gesagten sein würden.

Überblickt man die drei Krankenbeobachtungen, die freilich infolge der Umstände, unter welchem sie gemacht wurden, an wünschenswerter Ausführlichkeit eingebüßt haben mögen, so läßt sich m. E. eine auffallende Übereinstimmung nicht verkennen. Das Syndrom läßt sich vielleicht folgendermaßen beschreiben: Bei ängstlich-depressiver, zeitweise — besonders im weiteren Verlaufe — auch gereizter Stimmung entwickeln sich persekutorische Wahnideen, die sich um Besorgnisse der Sicherheit des eigenen Lebens wegen gruppieren, aber sich gelegentlich auch auf die Angehörigen erstrecken. Sie sind begleitet von und bilden den Inhalt einer interpretativen Auffassung der Umwelt und illusorischer Umdeutung von Vorgängen in derselben, manchmal auch von akustischen Halluzinationen. Die halluzinierten Reden richten sich nicht an den Kranken, sondern handeln von ihm in der dritten Person. Die ängstliche Stimmung kann zu gewaltsamen Reaktionen, Aggressionen und Selbstmordversuchen führen. Die Selbstmordversuche bei Fall 1 und 2 sind offensichtlich nicht einem *Tedium vitae* entsprungen, sondern der Verzweiflung, als letztes Mittel den drohenden Gefahren und der quälenden Ungewißheit zu entgehen.

Behebung der peinigen Situation, Herstellung des sprachlichen Kontaktes mit der Umgebung läßt die Erscheinungen rasch zurücktreten. Wenn sie auch nicht — was ja kaum zu erwarten — augenblicklich vollständig verschwinden, so macht sich doch eine gewisse Einsicht und Erleichterung tatsächlich sofort geltend. Soweit sich dies beurteilen läßt — nur im ersten Falle reicht die Beobachtung bis zum tatsächlichen Verschwinden der Symptome — tritt die Rückkehr zur Norm rasch und restlos ein. Es besteht dann vollkommene Krankheitseinsicht und ungetrübte Erinnerung.

Zu ätiologischen und differentialdiagnostischen Erwägungen bieten diese Fälle kaum einen Anlaß. Es dürfte offensichtlich sein, daß es sich um einen psychogenen Zustand handelt; sprach es doch der erste Kranke selbst aus. Der ganze Verlauf schließt die Möglichkeit einer Depression anderer Genese, etwa zirkulärer Natur wohl aus, wogegen auch der Mangel jeglicher Hemmung, sowie der ausschließlich persekutorische Inhalt der Wahnideen sprechen würde. Auch der spezielle Mechanismus, durch den die Störung zustande kommt, dürfte klar sein, so daß den einleitenden Ausführungen nichts hinzuzufügen ist.

Immerhin dürfte die hier vertretene Auffassung durch einen Vergleich mit den unter grundsätzlich ähnlichen Bedingungen entstehenden Psychosen der Schwerhörigen an Sicherheit gewinnen. Kraepelin beschreibt im 4. Bande seiner Psychiatrie unter den „Verkehrspsychosen (Homilopathien)“ S. 1441 den „Verfolgungswahn der Schwerhörigen“ als einen „etwas verschwommenen Verfolgungswahn mit eigentümlich unbestimmten Sinnestäuschungen und halb ängstlicher,

halb gereizter Stimmung, der seine Wurzel anscheinend in dem Gefühle der Unsicherheit hat, wie sie durch die Unterbindung der wichtigsten seelischen Beziehungen zur Außenwelt hervorgerufen wird“. Die Kranken deuten die Vorgänge der Umgebung in für sie feindselige Handlungen um, äußern Ideen vergiftet zu werden, man wolle sie ärgern, krank machen, sollen gefesselt, vergiftet werden usw. Sie sind argwöhnisch, mißtrauisch, ängstlich, unglücklich, äußern Selbstmordgedanken, zeitweise sind sie gespannt, streitsüchtig, gewalttätig, ziehen sich zurück und werden oft menschenscheu. Der Krankheitsverlauf ist zwar vielfach ein chronischer, schlimme Erfahrungen verschlechtern das Befinden. „Umgekehrt sieht man die Kranken in verständnisvoller freundlicher Umgebung meist rasch sich beruhigen.“ (S. 1445.)

Soweit ist die Übereinstimmung gewiß recht auffallend. Manche Unterschiede bestehen allerdings. Doch fallen sie, glaube ich, nicht genügend ins Gewicht, um die Analogisierung der beiden Zustände hinfällig zu machen. Erstens standen Kraepelins Kranke überwiegend in höherem Alter, trotzdem die Schwerhörigkeit oft schon jahrelang gedauert hatte, was Kraepelin auf die erschwerte Anpassungsfähigkeit älterer Personen bezieht. Sie befanden sich überdies fast alle in schwierigen Lebensverhältnissen. Alle drei von mir beobachteten Kranken waren dagegen jugendlicheren Alters, standen im 3., vielleicht im 4. Lebensjahrzehnt. Dieser Umstand mag zu der schnellen Ausgleichbarkeit der Störung nicht unwesentlich beigetragen haben. Die besonderen Umstände des Lebens im Schützengraben — alle drei Kranke gehörten der Infanterie an — die vorangegangenen Anstrengungen, Aufregungen des Einrückens usw. dürften anderseits eine Disposition zu psychogenen Erkrankungen gesetzt haben, wie das ja auch sonst die Erfahrung gezeigt hat.

Ein weiterer Unterschied liegt in der anscheinend raschen und mutmaßlich vollständigen Heilung in unseren Fällen, während bei den Psychosen der Schwerhörigen eine solche wohl kaum vorkommt. Dies liegt natürlich daran, daß dem Schwerhörigen der verursachende Defekt nicht genommen werden kann, während die sprachliche Isolierung bei unseren Fällen behoben und damit jede Ursache zur Wahnbildung beseitigt wurde. Könnte man ebenso einem verfolgungssüchtigen Schwerhörigen plötzlich das Gehör zurückgeben, so würde man wohl auch Sinnestäuschungen und Wahnideen verschwinden sehen, wie hier. Ich glaube also, daß man mit Recht den Verfolgungswahn der sprachlichen Isolierten dem der Schwerhörigen an die Seite wird stellen dürfen.

Soweit ich nun die Literatur übersehe, sind derartige Beobachtungen bisher nicht gemacht oder zumindest veröffentlicht worden. Da muß man sich doch wohl fragen, warum. Es scheinen mir dafür mehrere

Gründe bestimmend zu sein. Erstens sind diese Störungen offenbar recht selten. Unter den vielen tausend Kranken und Verwundeten, die ich in diesem Kriege gesehen habe, sind mir ja auch nur diese drei Fälle begegnet. Denn einmal wird die Bedingung der sprachlichen Isoliertheit doch nur selten verwirklicht sein. Nur zu Kriegsbeginn konnte es geschehen, daß ein Ungar sprachlich isoliert war, als noch wenige ungarischen Kranken in den Wiener Spitälern waren und die Organisation des Transport- und Pflegedienstes noch nicht klappte. Und damit ein russischer Kriegsgefangener in einem Spital in Polen sprachlich isoliert sei, mußte er schon eine so absonderliche Sprache reden, wie das Krimtatarische. Dazu kam, daß die beiden letzten Kranken in einer Zeit geringster kriegsrischer Aktion eingeliefert wurden, als einzelne verwundet und gefangengenommen worden waren, während zu anderen Zeiten doch meist mehrere Angehörige einer Truppe zugleich in Gefangenschaft zu geraten pflegten. In Kriegsgefangenenlagern, wo man sonst das seelische Verhalten Fremdsprachlicher zu beobachten Gelegenheit hatte, sind natürlich die Bedingungen für die Entwicklung des „Verfolgungswahnes der sprachlich Isolierten“ keineswegs gegeben.

Dann mag für die Nichtbeachtung dieser Störung, die ja doch wohl hier und da noch vorgekommen sein dürfte, der Umstand mitspielen, daß psychiatrische Beobachtungen im Felde und in nicht spezialistischen Krankenanstalten im allgemeinen nicht angestellt zu werden pflegen. Das Interesse ist natürlich auf die Verletzungen und Krankheiten gerichtet, nicht auf den Seelenzustand des Verletzten oder Kranken. Trübe Stimmung, Heimweh, die begreifliche Depression des Verwundeten und Kriegsgefangenen mögen für solche Erscheinungen verantwortlich gemacht und so die Besonderheit der Störung übersehen worden sein. Es kann aber bei eindringenderer Beobachtung kein Zweifel darüber bestehen, daß die beschriebene Psychose mit solchen „physiologischen“ traurigen Verstimmungen nichts zu tun hat. Heimweh spielt wohl als Teilerscheinung in dem Gesamtbild eine Rolle, ist aber doch offenbar dafür nicht konstitutiv. Ob eine besondere neuropathische Disposition für das Entstehen der Störung verantwortlich zu machen oder vorauszusetzen sei, ist nicht festzustellen. Ich möchte es aber bezweifeln.

Zusammenfassend glaube ich schließlich sagen zu können, daß die mitgeteilten drei Fälle die Annahme nahelegen, es gäbe bei sprachlicher Isolierung eine depressiv-ängstlich gefärbte paranoisch-halluzinatorische Reaktion, die mit den Haftpsychosen, insbesondere aber mit den psychogenen Störungen der Schwerhörigen symptomatologisch und dem pathogenetischen Mechanismus nach in eine Gruppe gehören dürfte, und die man vielleicht als den „Verfolgungswahn der sprachlich Isolierten“ bezeichnen darf.