Degenerationspsychosen und Dementia praecox bei Kriminellen.¹⁾

Von

Prof. Dr. Gustav Aschaffenburg,

(Eingegangen am 16. November 1912.)

I.

Während im Anfange bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts, ja bis in Griesingers Zeit hinein die Annahme, daß psychische Erkrankungen durch Affekte und stark affektiv erregende Erlebnisse verursacht würden, kaum irgendwelchen Zweifeln begegnete, trat gegen das Ende des Jahrhunderts ein völliger Umschwung ein. Vielleicht wird das durch nichts so gut illustriert, wie durch die Tatsache, daß in Ernst Meyers Darstellung der „Ursachen der Geisteskrankheiten“ aus dem Jahre 1907 die Besprechung der körperlichen Ursachen der Psychosen 128, die der psychischen Ursachen (mit Ausschluß der psychischen Infektion) nur 7 Seiten umfaßt. Erst in den letzten 10 Jahren ist der Bedeutung der psychischen Ursachen wieder in wachsendem Maße Aufmerksamkeit zugewandt worden.

Von der einen Seite durch die Freudsche Schule; sie glaubte, die Ursache der psychasthenischen Zustände — darunter verstehe ich Hysterie, Neurasthenie und Zwangsdenken — in heftigen Gemüterschütterungen ersehen zu dürfen, die, weil nicht ausreichend abreagiert, sich in nervöse Symptome umwandeln. Freud selbst und später Bleuler, Jung und O. Groß haben dann weiter versucht, diese Auffassung auch auf die eigentlichen Psychosen zu übertragen. Ich kann hier davon Abstand nehmen, näher auf diese Anschauungen einzugehen, da, wenigstens soweit die Psychiater in Frage kommen, seitens Bleulers und Jungs, nicht die Psychosen selbst, sondern nur deren Symptome auf die Freudschen Mechanismen zurückgeführt worden sind.

Sehr viel bedeutsamer für die Frage nach den wahren Ursachen der Psychosen sind die Arbeiten Hellpachs, Bonhoeffers, Wilmanns', Birnbaums, Siefert's und mancher anderer. Hellpach hat die abnormen Zustände, die in sich die Richtung ihrer Fortentwicklung tragen, und deren Weg unabänderlich bestimmt ist, als produktive Ab-

¹⁾ Nach einem auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Münster am 18. September 1912 gehaltenen Vortrage.

normitäten von den reaktiven zu trennen vorgeschlagen. Gegeben ist bei der reaktiven Abnormität nur Instabilität, Labilität, verminderter Widerstand; das Leben und die in dem Lebenskampfe unvermeidlichen Schädigungen entscheiden, welches Krankheitsbild entsteht. In dieser gleichen Richtung bewegen sich zahlreiche andere Arbeiten, die alle darauf hinauslaufen, die psychogene Entstehung buntfarbigster und verschiedenartigster Krankheitsbilder zu beweisen, als deren gemeinsame Grundlage die degenerative Veranlagung aufgefaßt wird.

Es ist nicht ganz leicht zu diesem Begriff der degenerativen Veranlagung Stellung zu gewinnen. Sie einfach mit der erblichen Belastung zu identifizieren, geht nicht an. Denn wir finden auf der einen Seite in schwer belasteten Familien völlig gesunde Individuen, auf der anderen alle Symptome einer konstitutionellen Entartung ohne jede Spur von familiärer Disposition zu Nerven- und Geisteskrankheiten. Wilmanns bezeichnet als charakteristisch für die psychotischen Zustände auf dem Boden der Entartung, daß sie krankhafte Steigerungen der verschiedenen Entartungen oder pathologische Reaktionen auf überstarke Reize darstellen. Bonhoeffer erklärt mit Birnbaum: „Die psychogene Auslösbarkeit eines psychopathologischen Zustandes ist ein Kriterium der degenerativen Veranlagung“. Beide legen also den Hauptwert auf die reaktive Auslösung der abnormen Zustände.

Diese Auffassung stellt uns vor die schwierige und in vielen Fällen kaum lösbare Frage nach den Ursachen eines psychotischen Zustandes. Der Tragweite dieser Fragestellung wird man sich am besten bewußt, wenn man den Ursachen der psychischen Veränderung in einer größeren Zahl von Fällen nachzugehen versucht. Kaum jemals wird man dann irgendwelche affektive Erlebnisse vermissen, die den Beginn der Erkrankung markieren. Aber auch nur markieren; denn bei weiteren Nachforschungen zeigt sich, daß das, was als Ursache der Psychose angegeben und oft auch als solche angesehen wird, bereits ein Symptom der Erkrankung war, oder daß eine bis dahin noch latente Psychose durch die psychische Erregung eine Verschlimmerung erfahren hat. Daß dem so ist, beweisen Fälle von Paralyse, von Delirium tremens, also von Psychosen, deren exogene Entstehung kaum bezweifelt werden kann, und die sich doch in unmittelbarem Anschluß an Gemütsbewegungen entwickeln.

Besonders schwierig ist die Entscheidung, welche Bedeutung den Gemütsbewegungen für das Zustandekommen der Psychose zukommt, bei Depressionszuständen, besonders bei denen des manisch-depressiven Irreseins. Das manisch-depressive Irresein stellt eine ausgeprägt konstitutionelle Erkrankung dar, deren einzelne Manifestationen sich zuweilen mit geradezu maschinenmäßiger Regelmäßigkeit wiederholen. Und doch sehen wir sogar bei solchen typischen Fällen gelegentlich eine

überraschende Beeinflussung durch die Zufälligkeiten des Lebens, Herauszögerung des Eintretens der Anfälle durch freudige, Verlängerung der Anfälle selbst durch traurige Erlebnisse. Der eine Anfall setzt nach einem Wochenbett, der andere nach einem großen Kummer ein. Sind nun diese Anfälle als verschieden von denen zu betrachten, die ohne jede erkennbare äußere Veranlassung auftreten? Ich glaube nicht. Eduard Reiß hat nachgewiesen, daß zwischen den konstitutionellen Depressionen und den manisch-depressiven Formen eine recht große Verwandtschaft besteht, ferner aber auch, daß manche Anfälle des zirkulären Irreseins einen durchaus reaktiven Charakter tragen, d. h. sich zeitlich und in ihrer Art so eng an eine Gemütsbewegung anschließen, daß ein tieferer Zusammenhang nicht von der Hand zu weisen ist.

Ich möchte darin sogar noch etwas weitergehen als Reiß und Bonhoeffer; in dem Auftreten einer manischen Phase nach unlustbetonten Erlebnissen sehe ich wenigstens keinen Anlaß, die psychogene Entstehung abzulehnen. Die Grenzen der normalen Affekte laufen doch leicht ineinander über; zumal bei der Reizbarkeit ist es oft recht schwer zu bestimmen, ob sie mehr von der heiteren oder mehr von der depressiven Seite her entstanden ist. Die Forderung, daß ein krankhafter Affekt der auslösenden Veranlassung inhaltlich entsprechen soll, scheint mir ebensowenig eine unentbehrliche Bedingung der „Reaktivität“ einer Verstimmung, wie die weitere, daß der Krankheitszustand der Schwere der auslösenden Ursache einigermaßen entsprechen muß. Gilt doch nicht einmal für die alltäglichen Gemütsregungen von Menschen mit stark emotiver Veranlagung, daß die Affekte in ihrer Schwere und Dauer in einem genauen Verhältnis zu ihrem Anlaß stehen.

Wenn wir die Reihe lebhafter Affektschwankungen von den Gemütsbewegungen des empfindsamen, weichherzigen, und des leicht gereizten Menschen bis zu den schwersten, reaktiv bedingten Depressionszuständen betrachten, so stoßen wir überall auf die Grundlage einer konstitutionellen Veranlagung. Auch der Gesunde kann auf einen Affekt einmal stark reagieren, aber überall da, wo wir ernstere Gemütsbewegungen häufiger sehen, sei es daß sie allzu oft, sei es daß sie zu stark auftreten, überall da ist das Ausschlaggebende die Prädisposition; nicht die exogene Veranlassung, sondern die endogene Veranlagung, die Reaktionsbereitschaft ist das Ausschlaggebende.

So tritt die psychische Veranlassung wieder in den Hintergrund, soweit sie als Ursache der Krankheit in Frage kommt; denn die Krankheit selbst ist die psychopathische Konstitution in Form der konstitutionellen Verstimmbarkeit, der konstitutionellen Verstimmung oder der manisch-depressiven Veranlagung. In den Vordergrund aber tritt die psychische Ursache, so weit es die Krankheitserscheinun-

gen betrifft. Damit ergibt sich auch ein klares Verhältnis zwischen Ursache und Wirkung. Auf der einen Seite stehen die Fälle, in denen selbst sehr schwere psychische Erregungen nur zu leichten psychischen Reaktionen Anlaß geben, auf der anderen die reaktive Bereitschaft, die bei jedem Anlaß sofort mit starken Affektschwankungen reagiert, und deren ausgeprägteste Form die Fälle des manisch-depressiven Irreseins darstellen, deren einzelne Anfälle ohne jede uns erkennbare Ursache auftreten.

II.

Mir erschienen diese Ausführungen wichtig, um verständlich zu machen, warum ich fürchte, daß die Überschätzung der psychischen Ursachen, die meines Erachtens zurzeit in der Literatur zu finden ist, uns in Gefahr bringt, ganz einfache Zusammenhänge zu übersehen. Den Mittelpunkt der stärkeren Betonung der psychischen Ursachen bildet der Streit um das Wesen bei Haftpsychosen. Ein dunkles Kapitel der psychiatrischen Forschung! Hat doch Siefert geradezu gesagt: „Alles in allem besteht ein solch unglaublicher und unlösbarer Wirrwarr in Theorie und Praxis, daß der Vorschlag, unter dieses halbe Jahrhundert psychiatrischer Durchforschung einer Detailfrage einen dicken Strich zu machen, es — mit Ausnahme einiger wertvollster Arbeiten — der Vergessenheit zu überantworten und einfach wieder von vorn anzufangen, schwerlich unberechtigt erscheinen kann.“ Tatsächlich glaube ich auch, daß wir auch heute noch und vielleicht heute erst recht allen Grund haben, die Frage nach der klinischen Stellung der Haftpsychosen mit größter Sorgfalt zu studieren.

Sie ist nicht nur praktisch bedeutsam. Dieser Gesichtspunkt hat früher den Hauptanlaß zu den meisten Arbeiten gegeben, weil die Einzelhaft, diese unentbehrliche und wertvolle Einrichtung des modernen Strafvollzuges, durch die Auffassung der Haftpsychosen als Folgen der Isolierung diskreditiert wurde. Mindestens ebenso wichtig ist für uns die Frage vom klinischen Standpunkt aus. Kann der Strafvollzug und besonders die Einzelhaft für die Entstehung von Psychosen verantwortlich gemacht werden, so sind wir um einen Einblick in die Genese der psychischen Erkrankungen reicher, die auch für die Prophylaxe anderer Psychosen wertvoll ist.

Augenblicklich geht die Auffassung ganz allgemein dahin, daß der Strafvollzug imstande ist, haftpsychotische Uustände auszulösen, die dem degenerativen Irresein zugerechnet werden. Damit setzt sich diese Anschauung in einem gewissen Gegensatz zu Rüdins Forderungen, nur dann von in der Haft auftretenden und durch sie verursachten besonderen, selbständigen Krankheitsprozessen zu reden, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

„Erstens darf der Symptomenkomplex nicht auf dem Boden einer psychotischen Persönlichkeit entstehen.

Zweitens müssen Beginn und Verlauf typisch sein. Es muß Heilung eintreten oder Ausgang in eine für die Krankheit charakteristische, von anderen, namentlich katatonischen Endzuständen verschiedene Schwachsinnform.

Drittens muß die Beobachtung eines in der Haft an dem Symptomenkomplex Erkrankten sich über sein ganzes Leben vor und nach der Haft erstrecken.“

Wo diese Bedingungen zutreffen, liegt zweifellos eine Haftpsychose als eine selbständige Krankheitsform vor. Ob es allerdings berechtigt ist, diese Forderungen zu stellen, bedarf der Prüfung. Sie sind äußerst schwer, ja fast unmöglich zu erfüllen. Die erste der Bedingungen erfordert gleich eine ganz einwandfreie Bestimmung dessen, was wir eine psychotische Persönlichkeit nennen. Ich glaube Rüd in richtig zu verstehen, wenn ich annehme, er will damit ausdrücken, daß die Haftsyndrome nicht als Symptome einer ausgesprochenen Psychose, also etwa einer Paralyse, einer Dementia praecox aufzufassen sind.

Leichtere psychische Anomalien, degenerative Charakterzüge, Neigung zum Schwindeln, geringe Intelligenz, Einseitigkeit, Erregbarkeit, hysterische und epileptische Symptome sind bei Verbrechern häufige Erscheinungen. (Ich will damit natürlich nicht behaupten, daß wir von vornherein bei jedem Kriminellen eine degenerative Veranlagung voraussetzen dürfen.) Wie ich oben bereits auseinandergesetzt habe, ist die endogene Veranlagung eine Vorbedingung reaktiver Erregungen. Wir dürfen also wohl unter der psychotischen Persönlichkeit im Sinne Rüd ins nicht die psychopathische Veranlagung, sondern nur Psychosen im engsten Sinne des Wortes verstehen. Sonst gäbe es sicher keine Haftpsychose, denn die erste Bedingung wäre von vornherein unerfüllbar.

Auf die zweite Bedingung gehe ich später ein.

Um das Bestehen einer Haftpsychose mit Sicherheit ausschließen zu können, ist aber besonders die dritte der Rüd inschen Forderungen von Bedeutung, daß wir das Leben der Kranken vor und nach der Haft hinreichend kennen. Dieser Forderung entsprechen meiner Meinung nach nicht alle der in letzter Zeit als Haftpsychosen beschriebenen Erkrankungen. Ich verfüge über eine ganze Anzahl von Fällen, wo schon jahrelang vor der Inhaftierung psychische Störungen aufgetreten sind, dann aber so zurückgetreten waren, daß sie vielfach dem Gerichte gar nicht zur Kenntnis kamen und nicht selten auch dem Gutachtern nicht, die dann dadurch zu Fehlschlüssen kommen mußten.

Ich gebe ohne weiteres zu, daß die Aufgabe, das ganze Leben eines Verbrechers zu verfolgen, oft fast unlösbar ist. Über die äußeren Geschehnisse geben uns die Akten leidlich Auskunft. Aber in den Akten

steht nur das, was den Gerichten wesentlich ist, nicht aber das, woraufes uns ankommt. Daß aber gerade die hebephrenen Erkrankungen oft durch ein jahrelanges Stadium hindurchgehen, in denen nur vereinzelte kleine Sonderbarkeiten, Nachlassen der normalen affektiven Erregbarkeit, des Interesses, der Initiative auf das kommende Verderben hinweisen, dürfte wohl nach Bleulers großem Schizophreniewerke auch von denen anerkannt werden, die mit seiner theoretischen Auffassung und seiner Ausdehnung des Krankheitsbegriffes nicht einverstanden sind. So mancher hebephrene Zug, dessen Kenntnis gerade für den Fachmann von ausschlaggebender Bedeutung ist, wird als harmlose Schrulle von der Umgebung ignoriert. Ich erinnere mich aus der Zeit, als ich die Katamnese von mehreren hundert Dementiapræcoxfällen erhob, wie oft mir Kranke von den Angehörigen und Ärzten als geheilt geschildert wurden, bei denen ich ohne Schwierigkeit das Weiterbestehen der Erkrankung oder die charakteristischen Zeichen des Endzustandes, affektive Stumpfheit und Verschrobenheit des Wesens, feststellen konnte.

Die Trennung der degenerativen von den hebephrenen Krankheitsbildern ist zweifellos eine Notwendigkeit; ich möchte durch die Kritik, die ich an dem augenblicklich vielbeliebten Standpunkt übe, nicht etwa hemmend in die Entwicklung unseres Wissens eingreifen. Im Gegenteil; das Problem der haftpsychotischen Zustände und ihrer nosologischen Stellung halte ich für eine außerordentlich wichtige Zukunftsaufgabe, und meine Ausführungen sollen nichts weiter bezwecken, als durch die Feststellung, wie unsicher unsere Kenntnisse sind, zu neuen Untersuchungen anregen.

III.

Nach welchen Kriterien lassen sich nun die psychogenen Zustände von der Dementia præcox trennen? In Frage kommen als solche Kriterien der Ursprung, die Symptomen und der Ausgang.

Die psychogene Entstehung kann sicher nicht als ausschlaggebend betrachtet werden. Ich habe bereits in der Einleitung darauf aufmerksam gemacht, daß wir aus der Tatsache des zeitlichen Zusammenhangs zwischen einer Gemütsbewegung und einer Psychose nur berechtigt sind, auf die konstitutionelle Grundlage der Erkrankung zu schließen, nicht aber derartigen psychischen Zustände allein schon deshalb eine Sonderstellung einzuräumen. Die Erscheinungen der degenerativen Veranlagung stimmen äußerlich vielfach mit den Symptomen einer schleichend sich entwickelnden Hebephrenie überein. Wenigstens insofern, als wir aus den Schilderungen der Kranken selbst oder deren Familie nur ein ganz oberflächliches Bild bekommen, Äußerlichkeiten erfahren, die uns keinen wirklich verwertbaren Einblick in die Natur der früheren Symptome gestatten.

Aber selbst wenn die sorgsamste Anamnese nichts Pathologisches für die Vergangenheit ergibt, so ist damit der kausale Zusammenhang zwischen der Haft oder den sonst erregenden Ereignissen und der Psychose noch nicht so klar, daß wir psychogene Zustände ohne weiters von eigentlichen Psychosen zu trennen vermöchten. Wir sehen doch gelegentlich ausgesprochen exogene Erkrankungen im Anschluß an heftige Gemütsbewegungen ausbrechen, wo auch bei sorgfältigster Durchforschung der Vergangenheit nicht der geringste Anhaltspunkt dafür spricht, daß bereits vorher die Krankheit langsam und schleichend sich entwickelt hat. Es wäre wohl gesucht, bei der Häufigkeit solcher Fälle anzunehmen, daß der Affektsturm zufällig mit dem Ausbruch der Erkrankung zusammen gefallen ist. Auch Siefert, Birnbaum und Wilmanns, die mit der Diagnose des degenerativen Irreseins sehr viel freigebiger sind als ich, bezweifeln den Ausbruch einer Dementia praecox in Gefängnissen nicht, und Wilmanns geht sogar so weit, zu sagen, daß die Strafhafte eine Dementia praecox bei Personen erzeugen kann, die unter günstigen Umständen davon verschont geblieben wären.

Ich weiß nicht, ob wir zu so einer gewagten Annahme berechtigt sind. Wir haben allerdings wohl gelegentlich den Eindruck, daß wir durch Bettruhe und Beruhigung ein drohendes Delirium tremens im Keime ersticken können, aber mehr als eine gewisse Wahrscheinlichkeit dafür, daß sonst die Symptome sich schnell zu einem ausgeprägten Delirium gesteigert hätten, haben wir nicht. Ich glaube auch, daß vielleicht ohne eine eingreifende Schädigung gelegentlich einmal eine Dementia praecox nur in ganz leichter Andeutung der Symptome, sozusagen latent verlaufen kann, die durch einen ernsten Anlaß zu voller Entwicklung kommen würde. Aber — und ich meine, so will wohl auch Wilmanns verstanden werden — die Dementia praecox besteht in solchen Fällen, und nur die Syndrome werden durch die Haft ausgelöst.

Ein zweiter Grund, der gegen die kausale Bedeutung der Haft spricht, ist die Tatsache, daß die von dem haftpsychotischen Symptomenkomplex befallenen Kranken überaus häufig alte Stammgäste der Zuchthäuser und Gefängnisse sind. Das schließt stärkere Gemütsbewegungen nicht aus, mahnt aber doch zur Vorsicht. Eine recht große Zahl z. B. der von Birnbaum als „Psychosen mit Wahnbildung und wahnhaften Einbildungen bei Degenerativen“ beschriebenen Fälle war vor dem Ausbruch der Krankheit schon häufiger in langjähriger Haft gewesen, so daß im allgemeinen eine sehr starke Erregung durch die neue Straf- oder Untersuchungshaft eigentlich nicht zu erwarten ist. Besonders schwere und vor allem solche Strafen, die der Bestrafte als ungerecht empfindet, mögen allerdings auch bei ganz alten Zuchthäuslern einen lebhaften Affekt auslösen, ebenso Disziplinarstrafen, die subjektiv als zu Unrecht verhängt aufgefaßt werden. Auch langdauernde Internierungen, zumal

wenn sich Enttäuschungen über abgeschlagene Begnadigungsgesuche hinzugesellen (Többen). Aber gerade, weil hier so vielerlei affektive Ursachen ineinandergreifen, deren Gewicht wir im einzelnen nicht zu bemessen vermögen, kann uns die Tatsache, daß ein Mensch in der Haft erkrankt, kaum als verwertbarer Anhaltspunkt für die psychogene Entstehung eines psychotischen Zustandes dienen.

Vielleicht aber gestattet uns das Symptomenbild, die psychogenen Zustände von der *Dementia praecox* zu trennen. Sehr wahrscheinlich ist das von vornherein nicht. Das Bild der *Dementia praecox* ist so vielgestaltig, daß wohl kaum eine Fehldiagnose, von der Idiotie bis zur Paralyse, vom manisch-depressiven Irresein bis zur Epilepsie nicht schon oft gestellt worden ist und täglich noch gestellt wird.

Bonhoeffer unterscheidet unter den psychogenen Zuständen zwei Typen: Zustände, bei denen das psychogene Zustandsbild eine Steigerung einer bestimmten affektiven Anlage bedeutet, und psychogene Erkrankungen, in denen das psychotische Bild der vorhandenen ursprünglichen Konstitution selbständiger gegenüber tritt. So häufig und so vorzüglich auch in der letzten Zeit die psychopathischen Persönlichkeiten geschildert worden sind — ich erinnere z. B. an Birnbaums Darstellungen — so schwierig ist es in der Praxis, diese Veranlagung von andersartigen Erkrankungen zu trennen. Und das müßte doch möglich sein, wenn wir, wie bei dem ersten Typus Bonhoeffers, die psychopathischen Symptome in ihrer Art als eine Fortsetzung und Weiterentwicklung der konstitutionellen Eigenart erkennen sollen. Aber gerade *Dementia praecox*-kranke sind oft schon jahrelang auffällig, still, mißtrauisch und ängstlich, erregbar und empfindsam, in ihrer Stimmung ewig wechselnd, oder auch voller phantastischer Ideen, Reformatoren, Sonderlinge, Eigenbrödlerr, Krakehler. Es mag hier unerörtert bleiben, ob es sich bei so ausgeprägter Charakterveranlagung um eine degenerative Veranlagung oder bereits um die Umgestaltung der Persönlichkeit durch die hebephrene Erkrankung selbst handelt. Entwickelt sich nun dieses Bild bei einer *Dementia praecox* in der gleichen Richtung im Anschluß an erregende Einflüsse weiter, so wird es dadurch ganz unmöglich, die Differentialdiagnose auf Grund des Bonhoefferschen Kriteriums zu entwickeln.

Aber auch da, wo die Form des psychotischen Symptomenkomplexes einen ganz andersartigen, mehr selbständigen Typus trägt, ist die Abtrennung von hebephrenen Symptomen schwer, wenn nicht unmöglich. Ich will hier als Beispiel nur auf Birnbaums Schilderung der Wahnbildungen bei Degenerierten hinweisen. „Gegenüber den unerschütterlichen und unkorrigierbaren paranoischen Vorstellungee charakterisieren sich die degenerativen Ideen ganz allgemein durch eine gewisse Oberflächlichkeit. Diese kommt bald in der Unzulänglichkeit und den

Schwankungen ihres Realitätswertes zum Ausdruck, bald in der Variabilität und Beeinflussbarkeit ihres Inhaltes, bald in ihrer Mobilität, ihrer Unbeständigkeit und Flüchtigkeit“. Genau dieselben Merkmale kommen aber auch den Wahnbildungen der Hebephrenen zu.

Eine Eigentümlichkeit des psychogenen Haftsyndroms scheint wertvoller für die Differentialdiagnose zu sein, die Färbung des Inhaltes durch die dem Inhaftierten naheliegenden Gedankengänge; etwa wie die Furcht vor einer Lähmung nach einem Schlag auf den Arm eine psychogene Lähmung, die Neigung zu Schwindel eine Agoraphobie, die Furcht vor dem öffentlichen Sprechen Stottern, die Furcht vor oder auch der brennende Wunsch nach einer Gravidität eine hysterische Schwangerschaft hervorrufen können. Wenn sich das Mißtrauen eines Strafgefangenen in der Form eines Verfolgungswahns verdichtet, wenn er dann die Stimme der Aufseher hört, die über seine Schlechtigkeit, seine Bestrafung, die Möglichkeit, ihn aus dem Wege zu räumen, beratschlagen, oder wenn ein zu lebenslänglichem Zuchthaus Verurteilter seine Hoffnungen und Wünsche psychisch verwirklicht sieht, wenn er aus den Mienen der anderen, den Worten des Personals seine Begnadigung herausliest, so ist das nur eine wahnhafte Fälschung und Weiterbildung seiner Befürchtungen und Wünsche. Auf derartige Gedankengänge trifft die Bezeichnung psychogen zu. Nur müssen wir uns hüten, aus dem Vorhandensein und selbst aus dem Überwiegen derartigen Denkens die Berechtigung abzuleiten, die ganze Erkrankung als psychogene Reaktion auf die Haftschädigung aufzufassen.

Bleuler hat bekanntlich in seiner Darstellung der Schizophrenie den Versuch gemacht, viele der uns ganz unverständlichen Sonderbarkeiten und bizarren Äußerungen der Hebephrenen in Zusammenhang mit den von den Kranken verdrängten affektiven Erlebnissen und Wünschen zu bringen. Ich kann ihm weder in seiner Beweisführung, die sich der Freudschen Mechanismen und Untersuchungsmethoden bedient, folgen, noch den Umfang, in dem er solche Abhängigkeit erkennen zu können glaubt, für berechtigt halten. Aber schon allein die Tatsache, daß auch bei Dementia praecox die Wunschkomplexe als Erklärung für die Gestaltung der Symptome herangezogen werden können, zeigt uns, wie bedenklich es ist, in dem psychologischen Zusammenhang zwischen den psychotischen Symptomen und den auch für unser Empfinden begreiflichen Befürchtungen und Wünschen ein Kennzeichen des psychogenen Charakters der Psychose erblicken zu wollen.

Wer häufiger Gefängnispsychosen gesehen hat, wird sich des gar nicht seltenen Falles erinnern, daß ein typischer Haftkomplex, etwa ein ganz ausgeprägter Verfolgungswahn mit Sinnestäuschungen belästigenden, bedrohlichen oder verheißungsvollen Inhaltes, sich als das erste deutliche Symptom einer Paralyse entpuppt. Typische Katatoniker,

Manisch-Depressive, deren Vorgeschichte und spätere Entwicklung an der Diagnose keinen Zweifel gestatten, erkranken in der Haft zuweilen unter den ganz gleichen Symptomen der Haftpsychose. Natürlich ist der Verlauf ein anderer, und bei der klinischen Analyse wird man meist bald zu der Erkennung der Grundkrankheit kommen. Aber die äußerlich am meisten in die Augen fallenden Symptome entstammen dem Gedankenkreise des Gefangenen. So schien mir früher und scheint mir auch heute noch der Schluß berechtigt, daß die engumgrenzte Welt des von der Außenwelt gänzlich abgeschnittenen Häftlings imstande ist, jeder Psychose, die im Verlaufe der Haft entsteht, den Inhalt und die eigentümliche Färbung zu geben, ohne daß aus der Ähnlichkeit der Symptome die Gleichartigkeit des psychotischen Prozesses gefolgert werden darf.

Bonhoeffer zählt als haftpsychotische Komplexe auf: Gansersche Dämmerzustände, psychogene Pseudodemenzen mit Ausfall der elementarsten Kenntnisse und Erfahrungen, hysterische Stuporzustände (Raecke), halluzinatorisch-delirante Zustände mit Pseudodemenz und funktioneller Amnesie; ferner katatonische Bilder, durch die psychogene Auslösung, Abhängigkeit von psychischen Faktoren, Vermengung mit Ganserschen Symptomen, Ausbleiben der Defekte und sofortiges Wiederauftreten der katatonischen Bilder nach jeder Internierung unterschieden von der echten Katatonie. Ich glaube und hoffe, daß wir dereinst imstande sind, diese Bilder von den Symptomen der *Dementia praecox* zu unterscheiden, einstweilen sehe ich für mich persönlich dazu keinen klaren Weg. Denn alle diese Erscheinungen haben eine solche Ähnlichkeit mit den Bildern der *Dementia praecox*, daß ich, sie zu trennen, für unmöglich halte. Tatsächlich habe ich auch, wie auch wohl jeder von uns, eigne und fremde Fehldiagnosen genug schon gesehen, in denen der weitere Verlauf die Unrichtigkeit der ersten Auffassung erwies. Und ich muß hinzufügen, die Fälle überwiegen bei weitem, in denen die zuerst gestellte Diagnose eines psychogenen Erregungszustandes nachher durch die allmählich immer deutlicher werdenden Erscheinungen der *Dementia praecox* und den schließlichen Ausgang widerlegt werden; das Umgekehrte ist, mir wenigstens, sehr selten begegnet.

Wie in diesen Fällen ist es nach in anderen: Die Richtigkeit der Diagnose ergibt sich aus dem weiteren Verlauf. Hier müssen wir zweierlei unterscheiden. Das Zurücktreten der Symptome und den endgültigen Ausgang.

Das Zurücktreten der Symptome auch der Enthaffung wird mit Recht als Zeichen aufgefaßt, daß die Schädigung der Internierung die Erscheinungen verschuldet hat. Tatsächlich erleben wir überaus häufig, daß Strafgefangene ihre Sinnestäuschungen sofort verlieren, ihre ganzen

Wahnideen schnell korrigieren, sobald sie in eine freundlichere Umgebung, in die Freiheit entlassen oder in eine Irrenanstalt versetzt werden. Und umgekehrt dauert es meist nicht lange, bis die erneut angeordnete Strafvollstreckung die gleiche Erregung, die gleichen Verfolgungsideen, die gleichen Halluzinationen wiederaufleben läßt.

Aber wir erleben Ähnliches, um nicht zu sagen Gleiches bei unseren Katatonikern und Hebephrenen allen Tage. Ich erinnere mich besonders einiger Fälle, in denen Kranke, die monatelang wegen ihrer Nahrungsverweigerung künstlich ernährt werden mußten, oder deren sinnloser Selbstschädigungsdrang oder heftige Erregung jeden Gedanken an eine Entlassung verboten, sofort, von einem Tage zum anderen, gegen den ärztlichen Rat von den Angehörigen aus der Klinik herausgeholt, ganz ruhig und verständig wurden; so plötzlich war der Wechsel, daß die Angehörigen wiederholt recht mißtrauisch gegen den Krankenhausaufenthalt wurden. (Daß ich hier nur von Fällen spreche, in denen der weitere Verlauf die Richtigkeit der Diagnose bestätigte, ist selbstverständlich.) Im kleinen Maßstabe sehen wir fast täglich, wie überraschend oft die Verlegung eines Kranken in eine andere Abteilung das Bild verändert. Bleuler hat diese merkwürdige Erscheinung als Versetzungsbesserung eingehend beschrieben. Wenn aber die Versetzung in eine andere und günstigere Umgebung solche Besserung bei der Dementia praecox hervorrufen kann, so wächst dadurch die Gefahr, diese Besserungen mit Heilungen zu verwechseln und daraus auf einen psychogen bedingten Zustand zu schließen.

Der endgültige Ausgang allerdings muß auch die Diagnose endgültig klären. Wer, wie ich, mit Bleuler an der prinzipiellen Unheilbarkeit der Dementia praecox festhält, muß auch erwarten, daß die charakteristische Demenz des Hebephrenen, die affektive Stumpfheit und die Verschrobenheit des Wesens, nicht ausbleiben darf. Aber ich weise nachdrücklichst darauf hin, daß ich nicht in jedem Falle eine sehr hochgradige Demenz erwarte. Die Intaktheit des Gedächtnisses täuscht sehr häufig über das Maß der affektiven Stumpfheit. Auch das verdient besonders hervorgehoben zu werden, daß gelegentliche Affektausbrüche kein Beweis gegen das Bestehen einer Gemütsverödung sind. Stürmisch aufflammende Gemütsregungen sind durchaus vereinbar mit dem Fehlen der normalen Affektbereitschaft. Sehen wir doch auch bei stumpfen Schwachsinnigen zuweilen Affektstürme, ohne daß wir deshalb ihr Gemütsleben für normal halten. Im Gegenteil, gerade der Widerspruch zwischen den Erlebnissen und der gemüthlichen Reaktion ist uns ein wertvoller Anhaltspunkt für das Fehlen eines normalen Gemütslebens. Die gewöhnlichste Form der affektiven Anästhesie oder Hypästhesie ist die mangelnde Ansprechbarkeit für die kleinen Ereignisse, die Gleichgültigkeit gegen

das Alltagsleben. Ich halte es für überaus schwer, das jederzeit und in jedem Falle nachzuweisen.

Das gleiche gilt auch für die Verschrobenheiten des Wesens, die spezifisch katatonischen und hebephrenen Manieren in Haltung und Bewegung, in Schrift und Sprache, in Denken und Handeln. Oft läßt nur eine längere Beobachtung, die bei den „geheilten“ Kranken meist undurchführbar ist, alle diese Sonderbarkeiten mit ausreichender Deutlichkeit zutage treten. Deshalb ist auch die 2. Forderung Rüdins so schwer erfüllbar, der Nachweis der Heilung oder der Ausgang in eine für die Krankheit charakteristische, von anderen, namentlich von katatonischen Endzuständen verschiedene Schwachsinnform. Diese Forderung, die ich im ganzen Umfange unterschreibe, scheint mir aber nicht immer mit der wünschenswerten Strenge erfüllt zu sein. Denn sehr viele als endogene Haftpsychosen beschriebenen Fälle sind nicht geheilt und lassen sehr viele Züge erkennen die, wenn sie auch nicht für das Bestehen einer Dementia praecox beweisend sind, doch anderseits den Verdacht, daß diese Erkrankung vorliegt, nicht als unberechtigt erscheinen lassen. In der Praxis aber sind mir Fälle genug begegnet, in denen der weitere Verlauf eine Dementia praecox ergab, wo die Fehldiagnose der psychogenen Haftpsychose zu recht ernststen Folgerungen geführt hat.

Denn es handelt sich bei der Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Degenerationspsychosen nicht nur um eine theoretisch interessante wissenschaftliche Streitfrage. Eine Dementia praecox schließt — ich stehe hier, wie ich glaube, mit der überwiegenden Mehrzahl meiner Fachgenossen im schroffsten Gegensatz zu Bleuler — meines Erachtens die Zurechnungsfähigkeit im Sinne des § 51 aus, ebenso die Haftfähigkeit. Ein psychogener Erregungszustand läßt die Frage, ob der Kranke nach der Heilung wieder in den Strafvollzug zurückkehren kann, offen; nicht selten gelingt es bei einiger Vorsicht und zweckmäßigem Verhalten der Strafvollzugsbeamten die Strafe ohne Schaden zu Ende verbüßen zu lassen. Dagegen würde die Verantwortlichkeit für die nach Ablauf der Psychose begangenen Straftaten unbedenklich angenommen werden dürfen, soweit nicht bei Affekthandlungen die gesteigerte Gemütsirregbarkeit in Frage kommt.

Ich habe schon oben angedeutet, wie gefährlich der Umfang, in dem zurzeit die Auslösung von psychogenen Psychosen durch die Haft angenommen wird, für die Auffassung von der Zulässigkeit der Einzelhaft ist. Ist die augenblicklich herrschende Lehrmeinung richtig, so muß der Strafvollzug reformiert werden. In gemeinsamer Haft verbüßen im allgemeinen diejenigen ihre Strafe, die als Gewohnheitsverbrecher angesehen werden, und bei denen aus dem Zusammensein mit anderen verkommenen und verwahrlosten Menschen keine weitere Schädigung mehr zu befürchten ist. Die unverdorbenen Gelegen-

heitsverbrecher, unter denen der größte Teil der Verbrecher aus Haltlosigkeit oder Leidenschaft sich befindet, werden in Einzelhaft genommen. Ist aber die lastende Einsamkeit der Zelle tatsächlich eine gesundheitliche Gefahr, so müßten wir gegen die weite Ausdehnung der Einzelhaft Einspruch erheben, und zwar gerade am entschiedensten bei den Menschen, für die aus kriminalpolitischen Gründen die Absonderung von der großen Masse des Gewohnheitsverbrechertums am notwendigsten wäre.

So greift unsere Streitfrage aus dem Gebiete klinischer Forschung in das Gebiet der angewandten Rechtswissenschaft hinüber. Nach der anderen Seite aber in unsere ganze wissenschaftliche Auffassung von den Ursachen geistiger Erkrankungen. Trägt die moderne Richtung, die den Affekten einen so großen Anteil an der Entstehung der Psychosen einräumt, den Sieg davon, so wird damit eine völlige Umgestaltung unserer bisherigen ätiologischen Betrachtungsweise eingeleitet. Statt des oft so verzweiflungsvollen Fatalismus, der unser ärztliches Können in der Bekämpfung der Symptome sich erschöpfen läßt, wird auch bei den eigentlichen Psychosen ein Optimismus berechtigt sein, der uns die weit lohnendere Aufgabe der Prophylaxe stellt. In dem Streite um die Berechtigung der Anerkennung psychogener Zustände auf dem Boden der Degeneration ist unser Wünschen zweifellos auf seiten dieser Anschauung. Aber unser klarer Blick, unsere Kritik darf sich dadurch nicht beeinflussen lassen. Noch ist das Bild der Degenerationspsychosen zu wenig scharf umschrieben, noch erfüllen die klinischen Veröffentlichungen nicht Rüdins strenge Forderungen. Neue und unablässige Arbeit wird noch auf lange Zeit erforderlich sein, bevor wir mit der notwendigen Bestimmtheitsagen können, welche Auffassung für den größeren Teil der Fälle zu Recht besteht, diejenige, die in den Haftsyndromen eine psychogene Reaktion auf degenerativem Boden ersieht, oder die, die darin nur einen akuten Ausbruch oder eine Verschlimmerung einer Dementia praecox erblicken zu können glaubt.

Zusammenfassung.

Die Haft und die mit der Verhaftung verbundenen psychischen Erregungen können bei prädisponierten Menschen neben anderen Formen der Psychosen auch Syndrome auslösen, die einen deutlich psychogenen Charakter tragen. Weder die Entstehung dieser Zustände in der Haft noch ihr Schwinden nach der Enthftung beweisen, daß es sich um psychogene Entartungszustände handeln muß. Es sind vielmehr weit öfter, als im allgemeinen angenommen wird, nur Exacerbationen oder die ersten deutlichen Symptome der Dementia praecox. Die Haft gibt ihnen nur die eigenartige Färbung, die sie mit den sehr viel selteneren wirklich psychogenen Haftpsychosen gemeinsam hat.

Literaturverzeichnis.

- Birnbaum, Karl, Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerierten. Halle a. S. 1908.
- Zur Frage der psychogenen Krankheitsformen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **1**, 27 und **2**, 404.
- Die strafrechtliche Beurteilung der Degenerierten. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1911, Nr. 5.
- Über psychopathische Persönlichkeiten. Wiesbaden 1909.
- Zur Lehre von den degenerativen Wahnbildungen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **66**, 19.
- Bonhoeffer, K., Über den pathologischen Einfall. Deutsche med. Wochenschr. 1904, Nr. 39.
- Klinische Beiträge zur Lehre von den Gefängnispsychosen. Halle a. S. 1907.
- Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **68**, 371.
- Bumke, Oswald, Zur Frage der funktionellen Psychosen. Fortschritte der naturwissenschaftl. Forschung **6**, 131. 1912.
- Hellpach, Grundlinien einer Psychologie der Hysterie. Leipzig 1904.
- Lückerath, Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **68**, 312.
- Meyer, E., Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena 1907.
- Reiß, Eduard, Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **2**, 347.
- Rüdin, Ernst, Über die klinischen Formen der Gefängnispsychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **58**, 446.
- Eine Form akuten halluzinatorischen Verfolgungswahnsins der Haft ohne spätere Weiterbildung des Wahns und ohne Korrektur. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **60**, 852.
- Siefert, Über die Geistesstörungen der Strafhaft. Halle a. S. 1907.
- Többen, Ein Beitrag zur Psychologie der zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe verurteilten oder begnadigten Verbrecher. Monatsschr. f. Kriminalpsychologie **9**, 449.
- Wilmanns, Karl, Über Gefängnispsychosen. Halle a. S. 1908.
- Wilmanns, Kurt, Statistische Untersuchungen über Haftpsychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **67**, 846.