

(Aus der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München).

Zum Verständnis der mangelnden Selbstwahrnehmung der eigenen Blindheit, zugleich ein Beitrag zur Symptomatologie der Tabesparalyse.¹⁾

Von
Prof. G. Stertz.

(Eingegangen am 21. Januar 1920.)

Das Problem der mangelnden Selbstwahrnehmung der eigenen Blindheit und Taubheit ist zuerst von Anton²⁾, und zwar an der Hand von Fällen mit zentraler Ursache des Defektes erörtert worden. Eingehend hat ferner Pick³⁾ ihm sein Interesse zugewandt. Die ähnlichen Verhältnisse bei der Selbsttäuschung von Apathikern über ihre Defekte (Wernicke in Hinsicht auf die Worttaubheit), finden sich hier und da in der einschlägigen Literatur erwähnt, und neuerdings hat wiederum Pick⁴⁾ einen wertvollen Beitrag zur Lösung dieser Frage geliefert. Der zentrale Sitz der Läsion ist aber nicht eine unentbehrliche Bedingung des Fehlens der Selbstwahrnehmung, sondern die letztere kann sich auch auf peripher lokalisierte Blindheit und Taubheit beziehen. Redlich und Bonvicini⁵⁾ haben unter umfangreicher Berücksichtigung der einschlägigen Literatur die Frage auch unter diesem Gesichtspunkt untersucht. Sie kamen insofern zu einem negativen Ergebnis, als sie nachwiesen, daß die bis dahin für die Entstehung des Symptoms verantwortlich gemachten hirnpathologischen und psychischen Veränderungen dasselbe an sich nicht zu erklären vermögen. Sie können relativ schwach ausgeprägt sein bei Vorhandensein des Symptoms und trotz

¹⁾ Nach einem in der Sitzung vom 27. XI. 1919 gehaltenen Vortrag mit Krankendemonstration.

²⁾ Anton, Selbstwahrnehmung der Herderkrankung bei Rindenblindheit und Rindentaubheit. Archiv f. Psych. **32**, 86.

³⁾ Pick, Eigentümliche Selbststörung senil Dementer. Jahrbücher f. Psychiatrie **22**.

⁴⁾ Pick, Über das Verständnis des eigenen Defektes bei Aphasischer. Monatsschrift **43**. 1918.

⁵⁾ Redlich und Bonvicini, Über das Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit bei Hirnkrankheiten. Jahrbücher f. Psychiatrie **29**. Dasselbst Kasuistik und Literatur. — Neurol. Centralbl. 1918.

stärkerer Ausprägung das letztere vermissen lassen. Nur eine hochgradige und allgemeine Störung der Hirntätigkeit kann für eine Erklärung in Betracht kommen.

Die Berechtigung dieser Ausführungen ist nicht zu bestreiten, es muß zugegeben werden, daß von zwei bei der Analyse in allen wesentlichen Zügen übereinstimmenden Kranken der eine das Symptom darbieten, der andere es vermissen lassen kann, daß also die feststellbaren Differenzen jedenfalls nicht vollständig den fundamentalen Unterschied in der Reaktionsweise der Kranken auf ihren so groben Defekt zu erklären vermögen.

Diese negativen Feststellungen enthalten aber den Ansporn, den Verhältnissen weiter nachzugehen. Zweifellos ist das Phänomen das Produkt einer Kette von Bedingungen, und wenn sich der Ring für unsere Betrachtung auch noch nicht geschlossen hat, so ist damit doch nicht gesagt, daß die bisher gefundenen Glieder nicht ihren Wert beanspruchen dürfen. Ihre Bedeutsamkeit tritt z. T. unmittelbar dort hervor, wo es sich um die Nichtbeachtung oder um die mangelnde Wahrnehmung von für das Seelenleben weniger schwer ins Gewicht fallenden Defekten handelt als gerade des Sehens und Hörens.

Die nachfolgenden Erörterungen schließen sich an die Untersuchung von zwei amaurotischen Tabesparalysen an, deren Demonstration zunächst folgen möge.

1. Fr. S., Rechtsanwalt, geb. 1871. Aufgenommen: 13. V. 1919.

Vorgeschichte: 1911 erste Ehe geschieden. Zwei Aborte. 1913 zum zweitenmal verheiratet. Ein Abort der Frau. Über den Zeitpunkt der syphilitischen Infektion ist nichts bekannt. Vor 10 Jahren beginnende Opticusatrophie. Die WaR. fiel positiv aus. Zwei Salvarsankuren. Seit 1913 vollständige Erblindung, die Pat. möglichst vor seiner Umgebung geheimzuhalten suchte. Seit September 1918 wurde ein geistiger Rückgang beobachtet. Ende 1918 stellte sich eine Contractur der Halsmuskeln ein (Torticollis). März 1919 Erregungszustand, Größenideen, Zerstörungsdrang, Unsauberkeit. Die Sprache wurde schlechter. Am 10. V. paralytischer Anfall mit vorübergehendem Sprachverlust.

Befund im Mai 1919: Spastische Contractur im linken Accessoriusgebiet. Pupillen weit, $r. > l.$, lichtstarr, Konvergenzreaktion nicht zu prüfen. Lebhafter Nystagmus in allen Blickrichtungen. Sehnenreflexe fehlen, Sphinkterenstörung. Grober Zungentremor. Sprache: unartikulierte Lallen.

Psychisch: Dämmert vor sich hin, beantwortet Fragen stark verzögert, zeigt amnestisch-aphasische Störungen.

Er bestreitet krank zu sein, auch seine Blindheit. Wird gereizt, wenn man Einwände macht und gerät dabei u. a. in einen Erregungszustand mit Schreien, Schimpfen und Toben.

Verlauf: Nachdem sich die unmittelbaren Erscheinungen des vorausgegangenen Anfalls: die Benommenheit, die amnestische, zum größten Teil auch die artikulatorische Sprachstörung zurückgebildet hat, besteht folgender, in den letzten 6 Monaten unveränderter Zustand einer eigenartigen, ungleichmäßigen Demenz:

Das Bewußtsein ist bei der Untersuchung frei von jeder Trübung, alle Reaktionen erfolgen prompt, die Aufmerksamkeit ist leicht erweckbar, aber bald durch

eigene Gedankengänge abgelenkt. Eine besondere Ermüdbarkeit besteht nicht. Die Merkfähigkeit ist gut, infolge seiner inneren Abgelenktheit und seiner Blindheit ist sein Wissen um die Ereignisse seit seiner Erkrankung sehr gering. Das Gedächtnis ist in mancher Beziehung gut, vieles wird bis in die kleinsten Einzelheiten dargestellt. Auffallend ist eine sehr grobe Störung in der Schätzung der zeitlichen Zusammenhänge. Nach 6 Monaten glaubt er 9 Tage in der Klinik zu sein und ist davon nicht abzubringen. Durch die Untersuchung wird leicht ein gewisser Rededrang ausgelöst, dessen engbegrenzter Inhalt ein Gemisch von Reminiszenzen und Konfabulationen bildet, das sich auf seine Alltagsverhältnisse, seine schöne Wohnung in der Stadt, Besuche auf seinem Landhause, Veranstaltungen seiner Studentenverbindung u. dgl. bezieht. Bemerkenswert ist nun, daß alle diese Konfabulationen sich als fixiert erweisen, sie werden in der gleichen Form immer wieder vorgebracht, und auf Gegenvorstellungen hin nicht korrigiert. Ebensowenig ist es möglich, ihm Erinnerungsfälschungen zu suggerieren, höchstens gelegentlich solche, die in seinen Ideengang hineinpassen. Die geringe Produktivität und Einengung auf bestimmte Vorstellungskreise wird im Laufe der Zeit sehr augenfällig. Die Stimmungslage nimmt bei der Untersuchung meist eine euphorische Färbung an. Der sich selbst überlassene Pat. dämmert im allgemeinen apathisch vor sich hin, er stellt sich aber sogleich auf die Art und Weise, wie er angesprochen wird ein; eine erhöhte Reizbarkeit fällt auf. Bei Widerspruch wird er erregt, selbst tätlich. Doch bilden diese Erregungen eine kurze Welle ohne alle Spuren von Nachwirkungen. Absurde Scherzfragen lösen keine entsprechende Heiterkeit oder Verwunderung aus. Dem Besuch der Frau bringt er Anteilnahme entgegen.

Das Rechenvermögen ist ziemlich gut. Die Urteilsbildung ist gestört, vor allem versagt seine Kritik vollständig gegenüber seinen Konfabulationen, seiner Krankheit, seiner Lage, seiner Zukunft usw. Er macht im Rahmen seiner dürftigen Scheinwelt auch Pläne für die Zukunft, eine Initiative ergibt sich aber nicht daraus.

Die Orientierung in der Zeit ist etwas ungenau, die örtliche im allgemeinen erhalten, in Einzelheiten aber konfabulatorisch verfälscht.

Die Sprache ist zuweilen, besonders bei abgesunkener Aufmerksamkeit, etwas verworren.

Er hält sich für vollkommen gesund, wiederholt immer wieder, daß er bald nach Hause bzw. auf seine Parkvilla gehen würde. Er will von seinem Torticollis ebensowenig wissen, wie von der Insuffizienz seiner Sphinctern, vor allem aber stellt er stets aufs lebhafteste jede Beeinträchtigung seiner Sehkraft in Abrede.

Ein in dieser Richtung angestelltes Examen möge hier folgen.

(Tag oder Nacht?): Ziemlich spät.

(Tag oder Nacht?): Also vielleicht 6.

(Ist es hell oder dunkel?): Ziemlich dunkel, es hat geschneit (—).

(Monat?): „15. Oktober.“

(Hell oder dunkel?): Na also was verstehen Sie unter dunkel, brennt schon Licht?

(Hell oder dunkel?): Also meinen Sie dunkel — meine Frau ist um 3 gekommen (+).

(Hell oder dunkel?): Lacht.

(Brennen die Lichter?): Ja.

(Was für welche?): Elektrisch.

(Was für welche?): (blickt umher) — also, sagen Sie mal selber . . . elektrisch?

(Gas?): Meinen Sie Gas?

(Brennen Lampen?): Sie sagen es doch selbst.

(Brennen die Lampen hier?): Ja.

(Nein!): Also vielleicht ist es 4 Uhr.

(Weshalb können Sie es nicht sagen?): Weil man sich jetzt hart tut mit dem Licht.

(Frage wiederholt): — Lacht — Was haben Sie eigentlich, es ist jetzt doch nicht dunkel.

(Es ist aber doch dunkel!): So, also ist es dunkel, da muß man Licht anzünden.

(Sie selbst können es also nicht unterscheiden!): Aber jetzt gehen Sie weg! (vorwurfsvoll) — also dort liegt doch der See und dort sieht man das Seeufer.

Nachdem er alle vier Richtungen als die der Fenster ohne Zustimmung durchgeraten hat, wird er erregt und droht tätlich zu werden, er ruft gereizt: „Also Sie wollen mir weiß machen, daß hier kein Fenster ist, ich sehe Sie genau.“

(Wie sieht mein Rock aus?): Ziemlich hell.

(Woher wissen Sie es?): Ich glaube es halt.

(Glauben gilt da nicht!): Gilt nichts? (zornig).

(Was habe ich für einen Bart?): Haben Sie überhaupt einen? — Rät die einzelnen Arten durch, wird dann wieder erregt: „Sie sitzen doch hier auf der Seite und ich soll es sagen.“

(Blond oder schwarz?): Vielleicht schwarz.

(Nein!): Also blond.

(Herr S., jetzt ist es klar, daß Sie nicht sehen!): Ich seh' Sie doch (erregt).

Das optische Gedächtnis, geprüft an den Farben geläufiger Gegenstände ist ungestört.

(Können Sie lesen?): Natürlich.

Ein ihm gereichtes Buch tastet er ab, fragt „wo steht es, hier oben oder hier unten? Ist es ein Geschichtsbuch? u. ä. m. Zum Konfabulieren kommt es dabei nicht. Je stärker er in die Enge getrieben wird, um so erregter wird er.

Bei den oft wiederholten Untersuchungen kommt stets das gleiche Resultat heraus, nur ist es niemals wieder vorgekommen, daß S. zugegeben hätte: „Man tut sich hart mit dem Licht.“

Niemals während der 6 Monate seines Aufenthaltes in der Klinik hat S. — auch außerhalb der ärztlichen Untersuchung — eine Äußerung getan, die auf das Bewußtsein seiner Blindheit in irgendeiner Weise hätte schließen lassen. Einmal war er zu dem Eingeständnis zu bewegen, daß er früher vorübergehend blind geworden sei, er habe aber nun wieder sehen gelernt.

In allgemeinen blickt er vor sich hin, angerufen oder bei Geräuschen macht er aber auch zuweilen Einstellbewegungen mit den Augen.

Pat. hat spontan oder unter dem Einfluß von Ermüdung Schwankungen seines Zustandes, in denen alle seine Leistungen bedeutend schwächer erscheinen. Die Konfabulationen werden dann zusammenhanglos, Rechnen, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit ganz ungenügend.

Aber die geschilderten Eigentümlichkeiten seines psychischen Verhaltens sind auch dann vorhanden, die Behauptung, daß er sähe, bleibt unerschüttert, auch dann, wenn ihm beispielsweise eine besondere Behandlung in Aussicht gestellt wird, durch die er sein Sehen wieder erlangen könne. Er lehnt auch das mit dem Bemerken ab: „Aber was wollen Sie denn, das ist ja gar nicht nötig. Ich sehe ja gut.“

2. R. E., Kaufmann, geb. 1867. Aufgenommen am 29. I. 1918.

Vorgeschichte: Der früher gesunde Pat. infizierte sich 1908 mit Lues, ohne sich spezifisch behandeln zu lassen. Erst im Jahre 1914 machte er eine Salvarsankur, in deren Verlauf er akut erblindete. Schon vorher zeigte er ein aufgeregtes Wesen, machte viel Einkäufe. Die Erblindung nahm er sehr schwer, er schimpfte viel, war lange erregt, beruhigte sich aber allmählich. Mitte 1916 hatte er einen Anfall von Bewußtlosigkeit. 14 Tage vor der Aufnahme wurde er wieder erregt und äußerte unsinnige Größenideen.

Befund: Bei der Aufnahme befindet er sich in heiterer gehobener Stimmungslage, produzierte kritiklose Größenideen, glaubt bald Palestrina, bald Christus, bald Kaiser zu sein; ist ohne Einsicht für seine Krankheit und seine Situation, abgesehen von dem Bewußtsein seiner Blindheit. Die Orientierung ist dabei erhalten, Gedächtnis und Merkfähigkeit ohne grobe Störung, er besitzt ein gutes Rechenvermögen.

Körperlich: Gut genährt. Genuine Opticusatrophie, fehlende Sehnenreflexe. Romberg +. Wassermann im Blut und Liquor +, 70 Zellen, Nonnesche Reaktion ...

Verlauf: Monatelang in gleicher Weise hypomanisch, im Laufe der Zeit wechseln die Größenideen. Die Augen spielen dabei stets eine große Rolle. Er will sich solche aus Diamanten einsetzen lassen, große Ärzte in fremden Ländern aufsuchen.

Gegen Ende 1918 wird er ruhiger, aber zeitweise verstimmt, äußert Vergiftungsideen, ist gereizt und widerstrebend und nimmt stark ab. Bezüglich der Augen und der Wiederherstellung der Sehkraft äußert er ähnliche Vorstellungen wie früher.

Oktober 1919. Sich selbst überlassen dämmert er meist vor sich hin, zeigt sich der Untersuchung abgeneigt. Gedächtnis defekt, Zeitbeziehungen grob gestört. Orientierung desgleichen. Er lebt ganz in einem engen Kreis von Vorstellungen, Reminiszenzen aus der Alltagsumgebung vermischen sich mit Konfabulationen. Die früheren Größenideen werden energisch in Abrede gestellt, gelegentlich tritt er aber mit neuen hervor. Zuweilen ist er hypochondrisch verstimmt, dabei besteht aber nach wie vor die unerschütterliche Überzeugung, daß er von seiner Blindheit geheilt wird. Er widerstrebt jeder Fremdsuggestion, während er an seinen eigenen Phantasieprodukten beharrlich festhält, sie auch in der gleichen Form immer wieder vorbringt.

In affektiver Beziehung ist er ganz gut ansprechbar, zuweilen gereizt, besonders bei Widerspruch, dann wieder humoristisch, gemütlich.

Die Aufmerksamkeit ist für eine gewisse Zeit ganz gut fixierbar, bei ihrem Absinken verlieren die Konfabulationen den Zusammenhang und die Sprache wird undeutlich.

Merkfähigkeit für Zahlen, Rechenvermögen noch immer leidlich erhalten. Ab und zu treten Erregungszustände paranoiden Charakters ein. Pat. beklagt sich über Verfolgungen, Vergiftungen, phantastische körperliche Mißhandlungen, die wohl Sensationen ihren Ursprung verdanken. Halluzinatorische Vorgänge, insbesondere Phoneme sind — bei ungetrübtem Bewußtsein — damit verbunden, auch eine gewisse lockere Systematisierung der übrigens unkorrigierbaren Wahnvorstellung kommt zustande. Eine Prüfung des optischen Gedächtnisses ergibt eigenartige Reaktionen, an denen besonders das starre Festhalten an seinen Behauptungen bemerkenswert ist. So behauptet er auf die Frage nach der Farbe der Kohle: es gibt schwarze, braune, weiße und blaue, und auf den Einwand, daß das Unsinn sei: „Gehen Sie nach New York, da werden Sie es sehen.“ Bei weiterem Widerspruch wird er erregt.

In beiden Fällen handelt es sich um Tabesparalyse mit Amaurose. Bei S., dessen Opticusatrophie 9 Jahre vor dem Auftreten der Paralyse begann, nahm die letztere zunächst einen stürmischen Verlauf, um aber dann stationär zu werden. E., dessen Amaurose akut unter Salvarsanwirkung entstand, leidet schon 6—7 Jahre an seiner Paralyse, die aber zunächst in Schüben mit weitgehenden Remissionen verlief. Beide Kranke bieten jetzt neben einem partiellen — in mancher Beziehung allerdings vorgeschrittenen — geistigen Defekt, einen eigenartigen, seit Monaten unveränderten psychischen Einengungszustand

dar. Sie leben in einer monotonen, engumgrenzten Scheinwelt aus Reminiszenzen und Konfabulationen, um welche sich alles dreht, während die reale Welt in völlige Bedeutungslosigkeit versinkt. Die Einengung hat eine affektive und eine Defektkomponente. Die affektive steuert die Phantasietätigkeit, die bei S. sich in einer gehobenen, zur Selbstüberschätzung tendierenden, bei E. oft in einer mehr paranoiden Richtung bewegt. Der Defekt äußert sich in der außerordentlichen Monotonie der Phantasieprodukte und ihrer widerspruchsvollen Kritiklosigkeit. Bemerkenswert ist nun, daß alle Einfälle und Konfabulationen der Kranken für sie einen krankhaft erhöhten Realitätswert besitzen, sie fixieren sich zu einem großen Teil, und mit der erhöhten Autosuggestibilität verbindet sich eine völlige Unbeeinflussbarkeit durch Fremdsuggestion, so daß alle Behauptungen der Kranken — oft auch solche indifferenten Natur — hartnäckig festgehalten werden, ein Unfehlbarkeitsanspruch, der ganz eigentümlich anmutet. Der geistige Defekt ist insofern ungleichmäßig, als die Merkfähigkeit, die Rechenleistungen, die affektive Ansprechbarkeit bei weitem nicht in dem gleichen Maße wie die Urteilskraft geschwächt sind.

Der Zustand unterscheidet sich trotz der Neigung zum Konfabulieren dadurch vom Korsakowschen Komplex, daß bei letzterem die Phantasieprodukte im allgemeinen keinen hohen Realitätswert besitzen, stark der Beeinflussung von außen und einem steten Wechsel unterworfen sind, während die Merkfähigkeit den bekannten Defekt aufweist. Das Sicheinspinnen in einen engen Horizont bzw. eine dürftige konfabulatorische Scheinwelt dürfte in unseren Fällen durch die Blindheit begünstigt sein, doch ist in der Hauptsache der partielle und stationäre Defektzustand dafür verantwortlich. Der Tabesparalyse werden im allgemeinen gewisse Besonderheiten zugeschrieben. Die Kranken behalten oft längere Zeit eine gewisse geistige Regsamkeit und ein leidliches Gedächtnis, sie scheinen dadurch auch mehr als die gewöhnlichen Paralytiker zum Auftreten ausgesprochen paranoider Episoden disponiert zu sein. Der Verlauf ist oft protrahiert, durch gute Remissionen ausgezeichnet, die Sprachstörung geringer und weniger charakteristisch, Eigenschaften, die wohl mit einer gewissen Milde des Krankheitsverlaufes und einer besonderen Lokalisation des pathologisch-anatomischen Prozesses zusammenhängen müssen, ohne daß darüber bisher Näheres bekannt wäre.

Immerhin sind aber diese Besonderheiten nicht konstant und schon ein Vergleich unserer beiden Fälle lehrt, in wie verschiedenen Zeiträumen ein annähernd gleicher Grad von Verblödung erreicht werden kann.

Eine ganz ungewöhnliche Komplikation stellt im Falle S. der Torticollis dar. In welcher Beziehung er zu dem tabischen bzw. paralytischen Krankheitsprozeß steht, läßt sich kaum sagen.

Um nun auf unser Thema zu kommen, so fehlt — trotz des in vieler Beziehung gleichartigen Zustands unserer beiden Patienten — in dem einen Falle die Selbstwahrnehmung der Amaurose, während sie bei dem anderen im Mittelpunkt der Beachtung steht und sogar zum Gegenstand von Größenwahnvorstellungen gemacht wird. Schon dieser Umstand weist auf die Schwierigkeit des Problems hin und die folgenden Untersuchungen werden zeigen, daß es vielleicht überhaupt aus dem psychopathologischen Zustand als solchem nicht restlos zu erklären ist.

Ehe wir auf die einzelnen Zustände näher eingehen, bei welchen mir das Symptom der fehlenden Selbstwahrnehmung grober Sinnesdefekte finden, empfiehlt es sich, die Bedingungen zu streifen, welche theoretisch als Voraussetzung für die Wahrnehmung derselben angesehen werden müssen.

Das Bewußtsein des Ausfalles eines Sinnesorgans kann nur dadurch gewonnen werden, daß die ihm zugehörigen Erregungen vermißt werden. Hierzu ist erforderlich, daß die Aufmerksamkeit auf das betreffende Sinnesgebiet gerichtet werden kann. Schwächt sich diese Funktion ab — wie bei schwerer Benommenheit oder tiefer Verblödung, so ließe sich in gradueller Steigerung schließlich ein Zustand denken, in dem ebensowenig wie die Reize intakter Sinnesorgane der Verlust eines solchen dem Kranken zum Bewußtsein kommen würde. Dasselbe Ergebnis könnte durch eine anderweitige Absorption der Aufmerksamkeit — affektive Einengung des Bewußtseins erzielt werden. Auf der Höhe eines Affektsturmes oder dem darauf folgenden Affektstupor können bedeutende Defekte von der Wahrnehmung ausgeschlossen sein. Apathie ist ganz allgemein der Grund, weshalb dunkel empfundene Defekte unbeachtet bleiben und die mangelnde Beachtung führt fließend zu dem Nichtwissen um die letzteren hinüber. Auch das Gedächtnis erscheint für das Bewußtsein eines Ausfalles bedeutungsvoll. Schwere Gedächtnisstörungen lassen die Kenntnis des letzteren, wenn sie unter einer günstigen Konstellation entstanden war, bald wieder in Vergessenheit geraten. Die Erkenntnis eines Ausfalls setzt auch die Möglichkeit voraus, den augenblicklichen Zustand mit dem früheren gesunden zu vergleichen, und hierfür ist neben dem notwendigen Gedächtnismaterial auch eine Urteilskraft, sowie besonders eine Initiative zur Inangsetzung dieser Funktion erforderlich. Gedächtnis- und Intelligenzstörungen, in welche auch Affekt- und Willensstörungen mit eingehen, können daher auch aus diesem Grunde die Wahrnehmung eines bestehenden Defektes beeinträchtigen.

In Wirklichkeit verweben sich alle diese Einzelleistungen bzw. ihre Störungen unentwirrbar und wenn auch die eine oder andere dominieren mag, finden wir uns doch auch hier, wie bei allen analytischen Versuchen, immer wieder einer unteilbaren Persönlichkeit gegenüber. Je wichtiger

ein Organ, desto aufdringlicher macht sich sein Funktionsausfall bemerkbar und desto bedeutender muß eine psychische Störung sein, damit sie dennoch sich der Wahrnehmung entzieht. Der Verlust der Selbstwahrnehmung unbedeutender Funktionsstörungen auf sensoriellem wie motorischem Gebiet ist daher etwas ganz Gewöhnliches bei Erkrankungen, welche im obigen Sinne die erforderlichen Bedingungen erfüllen — bei Blindheit, Taubheit oder Lähmung einer Extremität handelt es sich aber auch dann um sehr seltene Vorkommnisse.

In praxi empfiehlt sich eine Unterscheidung zwischen dem peripher und dem zentral bedingten Defekt eines Sinnes. Im ersteren Falle muß jeder Erklärungsversuch der mangelnden Selbstwahrnehmung lediglich dem psychischen Allgemeinzustand gelten, in letzterem kann ein lokales Moment hinzukommen, das zwar allein für die Erklärung nicht genügt, dessen Bedeutung aber doch nicht zu unterschätzen ist.

Welchen psychischen Abweichungen befinden wir uns nun praktisch in den Fällen mangelnder Selbstwahrnehmung grober Sinnesdefekte gegenüber?

Was zunächst Intelligenzstörungen anlangt, so können sie zweifellos sehr bedeutend sein, ohne das Bewußtsein einer bestehenden Blindheit (oder Taubheit) auszulöschen. Schon ein Vergleich unserer beiden Fälle lehrt, daß es auf die Demenz allein nicht ankommen kann, da sie in dieser Hinsicht keine groben Unterschiede aufweisen.

Dabei muß noch betont werden, daß S. jahrelang das Bewußtsein seiner Blindheit besessen hatte, ehe er es im ersten akuten Schub seiner Paralyse einbüßte. Sein psychischer Defekt ist bei weitem nicht ausreichend, um diese auffallende Erscheinung zu erklären. Seine Aufmerksamkeit, seine Urteilsbildungen, sein allgemeines Interesse befähigen ihn zu viel komplizierteren Leistungen als der primitiven, die hierfür in Betracht kommt. Von affektiven Störungen steht Euphorie, ein erhöhtes Gesundheitsgefühl, vielfach der Gewinn einer Einsicht von Defekten im Wege. Sie findet sich als Teilerscheinung mancher Bewußtseinstörungen, z. B. bei Hirndruck. Die optimistische Beurteilung der Lage, der Mangel an Selbstwahrnehmung der vorhandenen Störungen — selbst Kopfschmerz wird manchmal trotz entsprechender Anzeichen bei Befragen in Abrede gestellt — ist gerade bei Hirntumoren oft sehr auffallend, und auch die mangelnde Selbstwahrnehmung der Blindheit betrifft in einigen Fällen der Literatur Hirntumoren verschiedenen Sitzes, bei denen die Amaurose die Folge der Stauungspapille war.

Daß eine rein manische Erregung zu so groben Selbsttäuschungen führen könnte, ist nicht bekannt, und es ist auch an sich nicht wahrscheinlich, dagegen ist ein mangelndes Gefühl selbst größerer Ausfälle charakteristisch für die Paralyse auch dann, wenn sie weniger mit einer manischen Stimmungslage einhergeht, als mit jener stumpfen.

Euphorie, welche die Abwesenheit aller psychischen Irritationen bei geordneten vegetativen Funktionen mit sich bringt. Eine gewisse Benommenheit, vor allem die Hemmung jeder kritischen Initiative kommen für die Erklärung hinzu. Man könnte denken, daß eine genügend durchgeführte Analyse dieses Seelenzustandes, der tatsächlich das geistige und körperliche Elend mit dem Schleier der Unbewußtheit bedeckt, die Lösung unseres Problems erschöpfen müßte. Das ist aber nicht der Fall, wenigstens nicht in dem Sinne, daß ein solcher Geisteszustand der Wahrnehmung etwa der eigenen Blindheit unbedingt im Wege stände. E. hat sogar auf der Höhe seiner paralytischen Manie das Bewußtsein seiner Blindheit nicht verloren. Bei S. ist das zwar geschehen, aber daß auch hier die manische Erregung und die damit verbundene Kritiklosigkeit nicht ausschlaggebend war, beweist das Ausbleiben einer Korrektur nach ihrem Abblassen. Dennoch ist hier die euphorische Gemütsverfassung, die S. niemals ganz vermissen läßt, zweifellos von Bedeutung, jedenfalls in dem Sinne, daß unter den Verhältnissen einer depressiv-hypochondrischen Einstellung der Verlust des Bewußtseins der Amaurose oder die Aufrechterhaltung der Selbsttäuschung kaum eingetreten wäre.

Allerdings zeigen Beobachtungen der Literatur, daß die mangelnde Selbstwahrnehmung der Blindheit oder Taubheit sich mit übertriebener hypochondrischer Bewertung anderer — leichter — Ausfälle verbinden kann (ein Fall Antons). Es dürfte sich dann aber wohl immer um zentrale Defekte handeln, bei denen jenes lokale Moment mit wirksam ist, auf das ich noch weiter zurückkomme.

In manchen Fällen der Literatur wird eine Störung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit — Korsakowsche Zustände — zur Erklärung des Symptoms mit herangezogen. Daß eine Gedächtnisstörung etwa einseitig alle früheren Gesichts- oder Gehörseindrücke vernichten könnte, so daß sich ein solcher Pat. verhalten würde, wie jemand, der nie gesehen oder gehört hat (Antons 2. Fall), ließe sich nur bei der Annahme einer Umschriebenheit und Lokalisierbarkeit dieser psychischen Erlebnisse vorstellen, die mit den tatsächlichen Verhältnissen in schroffem Widerspruch steht. Dagegen kommt für das habituelle Fehlen des Bewußtseins eines Defektes eine grobe Merkstörung immerhin in Betracht, zum mindesten erklärt sie, daß die auf irgendeinem Wege gewonnene Erkenntnis des Defektes — zumal wenn sie einer normalen Affektresonanz entbehrt — immer wieder bald verlorengeht, wie es z. B. ein Fall von Redlich-Bonvicini erkennen läßt. Nicht dadurch zu erklären ist aber das Festhalten der Idee zu sehen oder zu hören bei handgreiflichen Gegenbeweisen. Im Falle S. ist die Gedächtnis- bzw. Merkstörung nicht sehr ausgesprochen, sie kann also zur Erklärung unseres Phänomens kaum etwas beitragen.

In einem Falle Bonhoeffers¹⁾, in dem sich ein Korsakowscher Zustand kombinierte mit einer Hemianopsie, amnestischen Aphasie und Alexie, besaß der Pat. ganz einseitig kein Bewußtsein seiner Lese- störung. Er konfabulierte, zum Lesen aufgefordert, wie ein Alkohol- delirant. Ich glaube, daß hier weniger die Gedächtnisstörung an sich, als eine gewisse optische Suggestibilität und die Leichtigkeit, mit der sich aus dem Gedankeninhalt Konfabulationen anboten, den Kranken über seine Unfähigkeit zu lesen hinwegtäuschten.

Eine besonders ausgeprägte Suggestibilität trägt auch in anderen Fällen der Literatur zum Zustandekommen der Selbsttäuschung wesentlich bei. Die durch andere Sinnesgebiete vermittelten Wahrnehmungen bzw. Vorstellungen erweckten z. B. bei einem blinden Kranken sogleich auch die optische Komponente der letzteren so intensiv, daß er den betreffenden Gegenstand nun auch zu sehen glaubte. Er sah ein Streich- holz aufleuchten, sobald er die Wärme an seiner Wange fühlte oder das Geräusch der Entzündung wahrnahm, der blinde und taube Kranke Riegers²⁾ hörte einen Frosch quaken, sobald er dessen schlüpfrige Haut fühlte. Man könnte nun überhaupt annehmen „Suggestibilität ist die Lösung des Rätsels“. Aber in dem eben angeführten Sinne ist sie nicht immer vorhanden. Auch bedeutet das Wort nur eine Um- schreibung des Tatbestandes. In letzter Linie kommt es doch auf den seelischen Zustand an, welcher die Suggestibilität bedingt.

Sinnestäuschungen begleiten bekanntlich gelegentlich die Blind- heit und Taubheit, gleichgültig, ob die genannten Defekte eine zentrale oder periphere Ursache haben, und es liegt die Annahme nahe, daß dies eine Voraussetzung für die Selbsttäuschung der Pat. über ihren Defekt werden könnte. Wir wissen aber, daß auch lebhaftes Halluzi- nieren dem Bewußtsein der Blindheit oder Taubheit keinen Eintrag zu tun braucht, wenn nicht andere Bedingungen erfüllt sind. Erst kürzlich hatten wir Gelegenheit bei einem älteren, seit 10 Jahren ertaubten und seit längerer Zeit an einer sehr lebhaften Gehörshallu- zinose leidenden Mann diesen Sachverhalt festzustellen. Anders verhält es sich, wenn beispielsweise die Halluzinationen Teilerscheinungen von Delirien, z. B. auf arteriosklerotischer oder seniler Grundlage sind. Dann allerdings geht — wie eine Beobachtung Redlich-Bonvicinis zeigt — das Bewußtsein der Blindheit unter, und die Pat. bewegen sich in ihrer halluzinierten Scheinwelt — ganz ebenso wie sehende Deli- ranten des Nachts — ohne Rücksicht auf die wirkliche Umgebung. Etwas Ähnliches erleben wir auch im Traum. Spielt in diesen Fällen die primäre Bewußtseinstörung eine maßgebende Rolle, so kann bei eigentlichen Psychosen der desorientierende Charakter der Sinnes-

¹⁾ Bonhoeffer, Kasuistische Beiträge zur Aphasielehre. Archiv f. Psych. **37**.

²⁾ Wolff, Über krankhafte Dissoziation der Vorstellungen. Habilitationsschrift.

täuschungen — in einem Falle Antons der Phoneme — zumal wenn sie bei entsprechender Erregung und Ratlosigkeit die Aufmerksamkeit ganz in Anspruch nehmen, eine so lebhafte Überzeugung des Hörens bei einem tauben Kranken erwecken, daß demgegenüber die gegenteiligen Beweise der Außenwelt nicht zur Geltung kommen. In letzter Linie spielt auch dabei eine — allerdings sekundäre — Trübung des Bewußtseins mit.

Hierüber liegen nur ganz spärliche Beobachtungen vor, man wird aber sagen können, daß gerade in diesen Sonderfällen am ehesten das sonst so schwer verständliche Phänomen begreiflich wird.

Unser Fall S. halluziniert nicht, und ein Überblick über die bisher besprochenen Bedingungen läßt erkennen, daß bei ihm keine derselben in genügendem Maße besteht, um sein Verhalten zu erklären. Dagegen ist bei ihm für die Nichtbeachtung der Blindheit der geschilderte Engengungszustand sicher nicht ohne Bedeutung. Dieser bewirkt, daß sich das ganze psychische Leben des Pat. in einem merkwürdig engen Gedankenkreis erschöpft, während ein großes, an sich noch vorhandenes Material an Erfahrungen, Vergleichsstoff, Urteilsmöglichkeiten vollständig brachliegt. Da nun dieser enge Vorstellungskreis aus der Alltagsumgebung entnommenen Situationskonfabulationen von offenbar großer sinnlicher Lebendigkeit besteht, so wird es begreiflich, daß S. in seinem habituellen Zustande das Sehen nicht vermißt. Gegenüber E., bei dem letzteres unter sonst ähnlichen Bedingungen der Fall ist, kommt vielleicht hier ein individuelles Moment hinzu. Es gibt Menschen, deren Erinnerungs- und Phantasiebilder sich durch besondere Plastik und Farbenreichtum auszeichnen, während bei anderen das Gegenteil der Fall ist. S. gehört vielleicht zu dem erstgenannten Typus. Von einer zweiten individuellen Eigenschaft, die ihn auszeichnet, soll weiter unten die Rede sein.

Zuvor aber möchte ich, um das Problem auch von dieser Seite zu beleuchten, auch auf die zentral bedingten Ausfälle des Sehens bzw. Hörens zu sprechen kommen, von denen die Betrachtungen Antons ihren Ausgang nahmen. Es handelte sich um 2 Fälle von Taubheit und einen Fall von Blindheit durch doppelseitige Zerstörung der betreffenden Rindengebiete. Der Autor zog aus seinen Fällen den Schluß, daß die Erscheinung der mangelnden Selbstwahrnehmung in der Hauptsache der anatomischen Zerstörung aller assoziativen Verbindungen zwischen dem Herd und dem übrigen Gehirn seine Entstehung verdankt. Er spricht in einem Falle auch von der Möglichkeit einer so vollkommenen Zerstörung aller perzeptiven Endstätten des Hörens, daß der Pat. nicht nur taub sei, ohne es zu wissen, sondern sich wie ein von jeher Tauber verhalte. Diese rein-anatomisch-lokalisatorische Erklärung des Phänomens wird den Verhältnissen schon deshalb nicht voll gerecht,

weil sie auf die gleiche Erscheinung bei peripher bedingtem Ausfall eines Sinnesorganes gar nicht Bedacht nimmt. Aber auch die anatomischen und psychologischen Voraussetzungen treffen nicht vollkommen zu. Bereits Bonhoeffer (l. c.) hat bezüglich des ersteren darauf hingewiesen, daß eine völlige Absperrung eines Herdes durch anatomische Unterbrechung aller assoziativen Verbindungen kaum jemals vorkommen kann. In psychologischer Beziehung aber ist nicht einzusehen, wie eine noch so vollkommene Isolierung eines sensorischen Territoriums von dem übrigen Gehirn einen Mangel der Selbstwahrnehmung des entsprechenden Sinnesausfalls hervorrufen könnte. Denn die optischen bzw. akustischen Komponenten des Vorstellungslebens sind ja damit nicht völlig beseitigt und dem Pat. verbleibt die Fähigkeit, durch Urteilsbildung und Vergleiche des gegenwärtigen Zustandes mit dem früheren den Ausfall eines Sinnesorgans zu konstatieren. Wir werden daher auch hier m. E. zwingend auf den psychischen Allgemeinzustand verwiesen. Dennoch bin auch ich der Meinung, daß eine lokale Komponente der Herderkrankung zum mindesten in gewissen Stadien eine bedeutungsvolle Rolle für das Zustandekommen unseres Phänomens spielen kann und daß man somit nicht berechtigt ist, den peripheren und zentralen Ausfall in dieser Hinsicht ganz gleich zu bewerten, wie es Redlich und Bonvicini tun. Wie eine herdförmige Erkrankung einen Einfluß auf an sich nicht mehr lokalisierbare psychische Funktionen ausüben kann, lehrt das Beispiel der sog. optischen bzw. akustischen Unerweckbarkeit, einer Erscheinung, die wir nach Insulten bei organischen Hirnkranken gelegentlich antreffen und welche in der subjektiven und objektiven Unmöglichkeit, die Aufmerksamkeit des Pat. auf das gestörte Sinnesgebiet zu lenken, ihren Ausdruck findet. Dieses und das hier behandelte Symptom sind nicht identisch, aber doch in gewisser Beziehung verwandt. Eine Identität besteht schon deshalb nicht, weil die „Unerweckbarkeit“ bei einem noch vorhandenen Seh- bzw. Hörrest sich einstellen kann. Aber die Unfähigkeit des Pat., seine Aufmerksamkeit auf das betreffende Sinnesgebiet zu richten, führt dazu, daß er von diesem Rest keinen Gebrauch macht und somit als blind oder taub imponiert. Inwieweit unter solchen Umständen ein Bewußtsein des Defektes besteht, läßt sich, zumal bei gleichzeitigen aphasischen Störungen, nicht immer leicht erkennen. Jedenfalls kann es fehlen, wie ich mich erst kürzlich bei einer Lissauerschen Paralyse nach einem Anfall überzeugen konnte, der einen zunächst sehr umfangreichen Ausfall in der Sehsphäre bewirkt hatte. Die Entstehung dieser „Unerweckbarkeit“ wird man sich am ehesten unter dem Gesichtswinkel der Diaschisis im Sinne v. Monakows erklären können, einer durch Shock bedingten Ausschaltung feinsten funktioneller Beziehungen der betreffenden Sinnessphäre. Es handelt sich daher auch gewöhnlich

um eine vorübergehende, durch einen Insult hervorgerufene Erscheinung.

Daß bei Rindenblindheit (evtl. auch bei corticaler Hemianopsie) und ebenso bei Rindentaubheit sich die gleichen Wirkungen der Diaschisis einstellen können, unterliegt wohl keinem Zweifel. Es steht dann dem Kranken die einfachste Quelle der Erkenntnis seines Defektes nicht zu Gebote, nämlich die Einstellung der Aufmerksamkeit auf die betreffende Sinnessphäre. Er ist immerhin auf kompliziertere Schlüsse angewiesen, die einen relativ intakten psychischen Gesamtzustand voraussetzen. Die Beeinträchtigung des letzteren durch den Shock nach einem encephalomalacischen Insult oder der Verlust der Initiative zu einer kritischen Stellungnahme als Teilerscheinung einer psychischen Schwäche oder Benommenheit können sich dann leicht mit den lokalen Einflüssen verbinden, um die Selbstwahrnehmung des Defektes vollends zu verhindern.

Schon Anton hatte ferner darauf hingewiesen, daß es für das Zustandekommen der Selbstwahrnehmung nicht gleichgültig ist, ob es sich um eine Schädigung zentripetaler oder zentrifugaler Funktionen handelt, und Pick, der das Phänomen hauptsächlich bei den Aphasikern studiert hat, hat einen weiteren beachtenswerten Gesichtspunkt beigebracht. Es ist eine ältere Erfahrung, daß den sensorisch Aphasischen die paraphasische Qualität ihres Redeflusses leicht entgeht, während die Selbstwahrnehmung der motorisch-aphasischen Störungen und der amnestischen Aphasie nicht beeinträchtigt zu sein pflegt. Dieses Verhalten ist nicht etwa darauf zurückzuführen, daß dem Sprachtauben die Kontrolle über seine sprachlichen Produkte fehlt (letztere spielt, wie Pick zugegeben werden muß, keine wesentliche Rolle), sondern es entspricht einem allgemeinen Prinzip, demzufolge die Störungen der von der Willkür eingeleiteten und getragenen Funktionen viel leichter als die automatisierten, unwillkürlichen zur Kenntnis des Kranken gelangen. Es ist auch das Tempo des Übertragungsvorganges der Gedanken in den expressiven Teil des Sprechens für die Selbstwahrnehmung von Bedeutung. Bei den Motorisch-Aphasischen und bei der Wortamnesie ist es verlangsamt, bei der Logorrhöe der Sensorisch-Aphasischen eher beschleunigt. Die Gefühle aber, welche die vermehrte Willensanstrengung bei den erstgenannten Formen begleiten, setzen sich besonders leicht im Bewußtsein durch, während der glatte Ablauf des Sprechaktes bei den mit ihrer Aufmerksamkeit dem Gedankengang zugewendeten Kranken der letzteren Art leicht zu einer Selbsttäuschung über ihre sprachlichen Produkte Veranlassung gibt. Auch auf anderen Gebieten können wir erkennen, daß die Störungen der automatisch ablaufenden Funktionen eher unbeachtet bleiben, als die an ausgesprochene Willensvorgänge geknüpften. Eine motorische Parese bleibt bei einiger-

maßen klarem Bewußtsein kaum unbeachtet, weil die vermehrte Willensanstrengung, die zu ihrer Überwindung aufgeboten werden muß, mit den begleitenden Willensgefühlen sich eindringlich dem Bewußtsein einprägt. Nur in den seltenen Fällen verhält es sich anders, wo analog der sensorischen Unerweckbarkeit eine entsprechende motorische besteht, d. h. die paretische Extremität gewissermaßen vergessen wird, eine auf sie bezügliche Willensentwicklung überhaupt nicht zustande kommt. Ein solches Verhalten habe ich z. B. einmal bei einem großen Tumor des linken Stirnhirns gesehen. Nicht ohne Interesse ist es in diesem Zusammenhang auch, daß die in den automatischen Koordinationssystemen sich abspielenden unwillkürlichen, insbesondere die choreatischen Bewegungen von den Erkrankten auffallend wenig beachtet werden, während sich die Kranken paretischer oder spastischer Symptome, die durch vermehrte Willensanstrengung überwunden werden müssen, regelmäßig. Ich beobachtete einen an Huntingtonscher Chorea leidenden Kranken, der auf Befragen seine Bewegungsunruhe in Abrede stellte. Daß in allen diesen Fällen Störungen des psychischen Allgemeinzustandes mitwirken, ist nicht zu verkennen.

Unter den hier erörterten Gesichtspunkten wird auch das verschiedene Verhalten des gleichen Pat. seinen verschiedenen Ausfällen gegenüber verständlich, so wußte ein Rindenblinder Antons nichts von diesem Defekt, während er das deutliche Gefühl der gleichzeitig bestehenden, mit Paraphrasie einhergehenden amnestischen Aphasie hatte.

Wir haben uns bisher mit der Nichtbeachtung oder Nichtwahrnehmung der Ausfallserscheinungen zentraler und peripherer Herkunft beschäftigt. Etwas anderes ist es nun aber, ob ein Kranker seinen Defekt nicht beachtet, bzw. in dem sich selbst überlassenen Zustande nicht wahrnimmt oder ob er seine Selbsttäuschung auch gegenüber einer bündigen Beweisführung aufrechterhält. Beides geht daher nicht immer parallel. Manche Kranken lassen sich durch geeignete Versuchsanordnung überführen, ja sie kommen auch von selbst unter günstigen Bedingungen zu einer allerdings schwankenden Einsicht. Andere sind vollkommen unbelehrbar, und hier gibt es wieder eine ganze Anzahl verschiedener Reaktionsformen. Ein Rindentauber Antons schützte bei dem Versuch, ihn seiner Taubheit zu überführen, seine Halluzinationen vor: er verstände vor dem Schreien sein eigenes Wort nicht. In die Außenwelt projiziert wird auch die Störung bei jenen Blinden, die ihre Sehunfähigkeit auf die bestehende Dunkelheit, die heruntergelassenen Rolläden beziehen, sie behaupten im Keller zu sein, schützen Nebel, eine Träne im Auge vor. Andere lehnen mehr oder minder affektiv die Untersuchung ab, sie seien müde, man solle sie in Ruhe lassen. Unser Kranker S. rät bei Fragen, die sich nur auf Grund des Sehver-

mögens beantworten lassen, einfach darauf los; wenn man eine Auskunft als falsch bezeichnet, so behauptet er leichthin etwas anderes, das Gegenteil, und wenn er festgenagelt werden soll, wird er grob. Er und andere hierher gehörige Kranke fassen es als eine Beleidigung auf, wenn ihnen gesagt wird, daß sie blind seien.

Bei näherem Zusehen haben alle diese Reaktionsweisen das Gemeinsame, daß unter dem Einfluß der Untersuchung ein dunkles Bewußtsein der Unsicherheit bei den Kranken auftritt und wir werden uns fragen müssen, welcher Umstand das erstaunliche Ergebnis zeitigt, daß dieses dunkle Fühlen sich nicht zur subjektiven Klarheit über den wahren Tatbestand durchzuringen vermag.

Im Falle S. ist zu erwägen, ob der Kranke nicht aus einer bestimmten Einstellung heraus seine Blindheit bewußt dissimuliert. Das lag insofern nahe, als von ihm bekannt ist, daß er schon vor seiner paralytischen Erkrankung nach Möglichkeit bestrebt war, seine Schwäche vor der Außenwelt zu verheimlichen. Ich will nicht bestreiten, daß dieser aus der Geistesgesundheit in die Krankheit hinübergenommene Komplex des Dissimulationsbestrebens eine die Reaktionsrichtung des Pat. bestimmende Bedeutung hat — und hierin liegt neben der Annahme eines visuellen Typus (s. o.) ein zweites individuelles Moment für die Erklärung unseres Phänomens. Die Reaktion selbst wird aber dadurch nicht erklärt. Die Neigung, eigene Schwächen vor der Umgebung zu verbergen, liegt ja in dem Charakter eines Teils der Menschen begründet, während ein anderer sie, um Mitleid zu erwecken, geflissentlich in den Vordergrund stellt. Daß aber eine Dissimulationsneigung oder ein Nichtwissenwollen um einen Defekt tatsächlich zum Nichtwissen, zum Verlust des Krankheitsbewußtseins führt, das ist jedenfalls bei so groben Defekten wie dem des Sehens oder Hörens etwas Außergewöhnliches, das sich nur unter ganz besonderen Bedingungen verwirklichen kann.

S. hat tatsächlich für gewöhnlich kein Bewußtsein seiner Blindheit. Denn weder seiner Frau noch irgend jemand gegenüber hat er seit seiner psychischen Erkrankung jemals mit einem Wort darüber geklagt; den in ganz unverfänglicher Weise ihm gelegentlich gemachten Vorschlag, durch eine besondere Kur sein Sehvermögen zu bessern, lehnt er ohne Zögern mit dem Hinweis darauf ab, daß er ja gut sehe. Eine Dissimulationsneigung, die ohne zwingende Gründe solche Belastungsproben mit niemals müder Konsequenz erträgt, würde eine Energie voraussetzen, wie sie sich kaum mit dem allgemeinen Defektzustand des S. verträgt. Wenn er dennoch bei der Prüfung eine Reaktionsweise zeigt, welche ein dunkles Gefühl seiner Unzulänglichkeit vermuten läßt, so ist dieses auffallende Verhalten m. E. nur unter dem Gesichtspunkte eines psychopathologischen Verdrängungsmechanismus zu verstehen,

der die emportauchende Bewußtheit der Blindheit im statu nascendi auslöscht. Dem erwachenden Gefühl der Unzulänglichkeit tritt das dem Habitualzustand eigene Bewußtsein der körperlichen Intaktheit gegenüber; das mangelnde Krankheitsbewußtsein der Blindheit verdichtet sich zu der Idee zu sehen und diese nimmt alsbald die gleiche unbeirrbare Bestimmtheit an, die, wie wir gesehen hatten, den ganzen an sich dürftigen Inhalt des eingengten psychischen Zustandes auszeichnet. Es wurde darauf hingewiesen, daß hier ganz generell einer außerordentlichen Autosuggestibilität eine starke Resistenz gegen Fremdsuggestion gegenübersteht.

Die Verwandtschaft dieses psychogenen Mechanismus mit dem hysterischen, aber auch mit dem verdrängenden Einfluß überwertiger Ideen bei der Wahnbildung fällt ohne weiteres ins Auge. Das Tertium comparationis wird gebildet durch eine, allen drei Zuständen eigene Bewußtseinsenge, welche, an sich verschiedenen Ursprungs, doch ähnliche psychophysische Wirkungen zeitigt.

Damit möchte ich die Analyse des Falles abschließen, in der Hoffnung, etwas zur Erklärung des auffallenden Symptoms der mangelnden Selbstwahrnehmung der eigenen Blindheit und der Unkorrigierbarkeit dieser Selbsttäuschung beigetragen zu haben. Daß das Ergebnis eine Verallgemeinerung zuläßt, soll nicht ohne weiteres behauptet werden. Jeder Fall dürfte in gewisser Beziehung anders gelagert sein, seine Individualität besitzen. Indessen glaube ich, daß die wesentlichen Prinzipien, welche zur Lösung des Problems dienen können, im Verlauf der Ausführungen berührt worden sind. Bemerkenswert ist dabei, daß wir in unserem Falle ohne die Hinzuziehung individueller, d. h. der gesunden Persönlichkeit zukommender psychischer Eigenschaften nicht ganz auskommen konnten. Darin liegt in gewissem Sinne etwas Unbefriedigendes, die Beschäftigung mit dem Problem ist dennoch mehr als eine psychologische Spielerei, denn sie bildet eine Brücke zum Studium der Krankheitseinsicht bei psychischen Erkrankungen im allgemeinen, deren Vorhandensein oder Fehlen für Diagnose und Prognose die bekannte hohe Bedeutung besitzt.