

# **SIMULATION VON GEISTESKRANKHEITEN UND DEREN GRENZZUSTÄNDEN**

VON

PRIV.-DOZ. DR. MED. K. LELLEP

---

TARTU 1934



## **Zur Entwicklungsgeschichte des Simulationsbegriffs.**

In der zweiten Hälfte des verfloffenen Jahrhunderts bewegte sich der Fortschritt der medizinischen Wissenschaft in der Richtung einer Vertiefung der allgemeinen Grundlagen der einzelnen Spezialdisziplinen. Im neuen Jahrhundert ist das Hinübergreifen der Medizin auf Wissenschaften, die nicht naturwissenschaftlichem Boden entstammen, eine charakteristische Erscheinung geworden.

Diese enge Annäherung besteht u. a. darin, dass die Psychiatrie gezwungen wird Stellung zu nehmen zu solchen Berührungspunkten, die sich in die rein ärztliche Betrachtungsweise nicht ganz einfügen lassen. Der wichtigste und folgenschwerste Schritt über ihr eigentliches Gebiet hinaus dürfte in ihrer Annäherung an die Straf- und Zivillehre, die soziale Fürsorge und die Rentenforderungen zu suchen sein.

Mit diesen ist die Simulationsfrage eng verknüpft, weil jede Zweckverfolgung auch Täuschungsversuche zur Folge hat. 1883 schrieb *Simens* (1), dass die Abhandlungen und die Kasuistik über Simulationen wohl reichhaltig sind, doch die Frage nicht gelöst ist, weil bei dem Studium der Simulation ein Chaos von Widersprüchen und verwirrenden Angaben entstanden ist. „Die Autoritäten der Psychiatrie sind noch nicht völlig einig darüber, ob Simulation von Geisteskrankheiten seitens geistig Gesunder überhaupt vorkommt oder nicht.“ Dieser Ausspruch könnte mit Recht noch heute und immer gültig sein, denn der Entwicklung der Psychiatrie als Wissenschaft passen sich auch die Spitzfindigkeiten der Simulanten an.

In der Simulationsfrage nimmt das Vortäuschen seelischer Störungen die bedeutendste Stelle ein, sowohl nach der Wichtigkeit wie auch nach der Zahl der Fälle. Die Störungen begründen „Begehrungsvorstellungen“ und Forderungen und können die Erfüllung unangenehmer Pflichten in rechtlich wirksamer Weise hinhalten, ebenso die Verantwortlichkeit für Handlungen ausschliessen, von denen der Täter sonst üble Folgen erwarten müsste.

Überblicken wir zuerst die sozialen und die Rechtsverhältnisse, unter denen der Anreiz zur Vortäuschung einer Seelenstörung entstehen kann. Jede staatliche Fürsorge begünstigt die Entstehung von Neurosen. Obgleich die höchsten Spruchbehörden sich dahin ausgesprochen haben, dass Zustände, die durch „Begehrungsvorstellungen“ (Strümpell 2) hervorgerufen werden, nicht zu Entschädigungen berechtigen, werden sie noch heute gezüchtet.

A. Nach dem Wortlaut der allgemeinen Strafrechtslehre (Aschaffenburg 3) gilt allgemein eine strafbare Handlung als nicht vorhanden, wenn zur Zeit der Tat Bewusstlosigkeit oder Geisteskrankheit vorlag, durch welche die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war<sup>1</sup>). Es resultiert ohne weiteres der Vorteil einer Simulation für Kriminalinkulpaten und Rentenkämpfer.

Die Strafprozessordnung besagt, dass eine Einstellung des Verfahrens beschlossen werden kann, wenn der Angeeschuldigte nach der Tat in Geisteskrankheit verfallen ist, und dass die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe aufzuschieben ist, wenn der Verurteilte in Geistesstörung verfällt. Die Strafprozessordnung besagt, dass an geisteskranken Personen ein Todesurteil nicht vollstreckt werden kann. Hieraus ersehen wir die Vorteile für simulierende Sträflinge.

B. Das bürgerliche Gesetzbuch (E. Schultze 4) erklärt, dass derjenige entmündigt werden kann, welcher wegen Geistesschwäche oder Geisteskrankheit seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, und die Prozessordnung, dass derjenige nicht geschäftsfähig ist, der sich im Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet. In der Zivillehre sowie in der Zivilprozessordnung finden wir den Keim zur Begünstigung der Simulation und zu Milderungen für die angeblich Geisteskranken.

C. Auch Verstöße gegen die durch die Ehe begründeten Pflichten (Hübner 5), die sonst einen Scheidungsgrund abgeben, werden gelegentlich mit Geisteskrankheit entschuldigt, ebenso disziplinäre Verstöße der Beamten.

---

1) Nach dem estnischen Wortlaut des neuen estnischen Kriminalgesetzes § 39: „Süüks ei arvata süütegu, mille saatis korda isik, kes kordasaatmise ajal oma teo iseloomust ja tähenduselt ei võinud saada aru või juhtida oma tegevust, olgu vaimuhaigusliku rikke, meelemõistuseta oleku või keha veast või haiguselt oleneva mõistusliku arenematusel tagajärjel“.

D. Geisteskrankheiten können auch Terminsunfähigkeit und Eidesunfähigkeit bedingen (Weygand 6).

E. Während der Vollstreckung von Freiheitsstrafen macht das Verfallen des Häftlings in Geisteskrankheit eine ärztliche Begutachtung notwendig, da durch die Krankheit zum mindesten eine wesentliche Modifikation, in der Regel eine Unterbrechung des Strafvollzugs notwendig wird. Die positive Begutachtung gilt aber als interruptio temporis, d. h. sie gibt einem Simulanten keine Vorteile.

Die Simulation zum Zwecke der Unterbrechung des Strafvollzugs kommt nur in Fällen vor, wo ein Häftling an dem Vorhandensein einer Geisteskrankheit Interesse hat. Nur zu oft werden in Strafanstalten Geisteskrankheiten simuliert, um in eine psychiatrische Klinik zu kommen, um den Ort zu wechseln. Die Simulation ist das letzte Mittel, das die Gefangenen als Abwehrreaktion anwenden.

In den 80er bis 90er Jahren galten Wahnsinn, Verrücktheit, Narrheit, Tobsucht, Blödsinn als psychische Krankheiten „sui generis“. Fürstner (7) spricht von der Simulation des apathischen Blödsinns, von der Bewusstseinstrübung, von Erregungszuständen mit Verwirrtheit, aber auch von Mischbildern.

Pellmann (8) weist darauf hin, dass am häufigsten Imbezillität und manische Erregung vorgetäuscht werden.

Es wurden zu häufig Simulationen gefunden, weil die Geisteskrankheiten symptomatologisch und nicht nach dem einheitlichen Krankheitsverlauf beurteilt wurden. An die Möglichkeit der Simulation einzelner Krankheitsmerkmale wurde nicht gedacht. Jung (9) hält daher den Standpunkt der alten Psychiatrie in der Simulationsfrage nicht für einen naturwissenschaftlichen.

Die Anerkennung der Kraepelin'schen *Dementia praecox*, ebenso die Aufstellung des Katatonie- und Hebephrenie-Begriffes von Kahlbaum und Haecker haben der alten Psychiatrie ein Ende gemacht. Man fand, dass Krankheitseinheiten, beispielsweise Tobsucht und Blödsinn, sich häufig miteinander kombinieren. Die neue Methode stellt Krankheitseinheiten auf und versucht sich von den als Zustandsbildern erkannten Krankheitsformen zu emanzipieren. Es ist verständlich, dass der alte Simulationsbegriff „Simulation liegt vor, wenn die fragliche Erkrankung sich in keine bestehende bekannte Krankheitsform einordnen lässt“ (Isserlin 10), nicht weiter bestehen bleiben konnte.

In der neuesten Literatur verfällt man ins andere Extrem. Man beginnt die Simulation zu bestreiten. Dazu bedurfte es langer Wandlungen.

Idler (11) sagt schon 1857: „selbst die allein gültige Regel, die Simulation des Wahnsinns aus psychologischen Widersprüchen zu erweisen, schützt nicht gegen Missgriffe, wenn nicht die ganze Individualität des Falles der sorgfältigsten Prüfung unterworfen wird, — wobei noch oft genug Probleme ungelöst bleiben. Denn jeder Charakter schliesst eine solche Menge von Widersprüchen ein, dass es schwer fällt, ihn unter eine allgemeine Formel zu bringen, welche eine befriedigende Rechenschaft von seiner Eigentümlichkeit gibt.“

Kraepelin (12) sagt, dass er in der Beurteilung der Simulation ohne Geistesstörung zurückhaltend sei, nachdem er seine ehemaligen Simulanten habe verblöden sehen.

Sander und Richter (13) meinten, dass ein Begutachter, der im Laufe von 2—3 Monaten die Simulation nicht festgestellt hat, den Begutachteten für geisteskrank erklären muss.

Birnbaum (14) hält das Vorkommen der Simulation für so selten, dass er unter seinem Material keinen Fall von Simulation gesehen hat.

Leppmann (15) sagt, dass eine zielbewusste Vortäuschung von Geistesstörung über längere Zeit hinaus ein so seltener Fall ist, dass er kaum in Betracht gezogen werden kann.

Die moderne Anschauung, das Abstreiten der Simulation, hängt mit der neuen psychiatrischen Betrachtungsweise zusammen. Früher wurde die Simulation gesucht, jetzt wird nach der Geisteskrankheit geforscht. Merkmale der Geisteskrankheit finden sich immer ein, denn unter den Rentenbegehren und Strafneurotikern ist die Zahl der Degenerierten immer gross gewesen (Birnbaum 16).

In der Frage des Simulationsbegriffes stehen wir eben so weit, dass einerseits eine echte Simulation der Geisteskrankheit für möglich gehalten wird (Raecke 17, Rosenbach 18), andererseits die Simulation selbst als Krankheit betrachtet wird (Birnbaum 19, Crell 20). Das heisst, in willkürlichen Simulationen will man mindestens Geistesstörungen erblicken, ob nun in der Form der „Simulationspsychosen“ von Birnbaum, oder in der Form einer affektiven Reaktion auf unangenehme Ereignisse, die eine „Flucht in die Krankheit“ (Jung 21) ermöglicht.

Infolgedessen ist die Beantwortung der Frage über die Echtheit seelischer Störungen schwieriger als die Beantwortung der Frage über Simulationserscheinungen bei körperlichen Krankheiten. Während die letzteren in ihrer Mehrzahl somatische Veränderungen hervorbringen (Bing 22), die selten einer willkürlichen Erzeugung zugänglich sind, und während selbst die funktionellen Nervenkrankheiten die Funktionen des Körpers in objektiv feststellbarer Weise beeinflussen, — gehen die Geisteskrankheiten nur in einem kleinen Teil aller Fälle mit unvortäuschbaren körperlichen Veränderungen einher (Dementia paralytica, Epilepsie). Die Geisteskrankheit kennzeichnet sich sonst auch durch den Einfluss auf das Aussehen, Reden und Handeln der Befallenen (Kirchhoff 23).

Die Schwierigkeit der Beurteilung der Simulation ist von der heutigen psychiatrischen Wissenschaft noch nicht überwunden; daher muss der Psychiater mit allen Mitteln die Echtheit eines Krankheitsbildes prüfen und in Zweifelsfällen unter Berücksichtigung aller Gründe für und wider die Simulation, nicht leichthin sein Urteil auf Simulation abgeben. Wie zweifellos viele hysterisch-funktionelle Bilder zunächst für organisch gehalten werden, so werden auch Geisteskrankheiten für Simulationen gehalten.

In den Strafvollzugsakten finden wir oft, dass Täuschungen angenommen sind, wo der Beweis wirklicher Geistesstörung nicht unwiderleglich geführt war. Diese Verfahren führen zu Missständen, denn durch Disziplinarstrafen werden die Geisteskrankheiten nur verschlimmert.

Will man heute zur Simulation von Geisteskrankheiten Stellung nehmen, so ergibt sich immer wieder, dass auch trotz der Objektivität des Begutachters bei der Schilderung eines Falles ein subjektives Bild entstehen kann, wie bei den 4 Begutachtungen des Reiner Stockhausen'schen Falles (Kirchhoff 24). — In diese Art der Begutachtung kann auch ein moderner Psychiater verfallen.

„Es bleibt zu bedenken, sagt Raecke (25), dass wir noch lange nicht genügend die Bilder des Irreseins kennen, um ohne weiteres zu sagen, dieses oder jenes Krankheitsbild gibt es nicht.“

Ohne eine klinisch-psychiatrische Exploration ist eine Begutachtung undenkbar. Die Echtheit einer Geisteskrankheit ist aber zuweilen auch klinisch unnachweisbar, ohne dass deswegen die Diagnose Simulation berechtigt wäre (Laehr 26).

So ist der gegenwärtige Stand der Simulation in der Psychiatrie aufzufassen. Jedenfalls haben sich gegen früher die Grenzen der Simulationsfrage erweitert, von einer allgemeingültigen Umgrenzung des Begriffs sind wir aber trotzdem weit entfernt (Isserlin 27). — Die Psychiatrie ist sich noch nicht einig, wo Simulation von Geisteskrankheiten beginnt und wo sie aufhört.

## Literatur.

1. Simens. Zur Frage der Simulation von Seelenstörungen. Arch. f. Psych. Bd. 14, H. 1. 1883.
2. Strümpell. Kongress der inner. Mediz. 1893, S. 89, zitiert nach His, Deutsche med. Wochenschr. 1925, Nr. 5, S. 182.
3. Aschaffenburg. Gerichtl. Handbuch d. Psychiatrie. Berlin 1909, Abschnitt Strafrecht und Strafprozess.
4. E. Schultze. Gerichtl. Handbuch d. Psychiatrie. Berlin 1909, Abschnitt Bürgerliches Gesetzbuch.
5. Hübner. Das Eherecht der Geisteskranken u. Nervösen. Bonn 1921.
6. Weygand. Gerichtliche Psychiatrie, Ausg. Goeschen.
7. Fürstner. Über Simulation geistiger Störungen. Arch. f. Psych. Bd. 19, S. 601.
8. Pellmann. Beiträge zur Lehre von der Simulation, zitiert nach Penta, Simulation v. Geisteskrankheiten. Übersetz. Würzburg 1906.
9. Jung. Über Simulation von Geistesstörung. Journal f. Psych. u. Neurol. Bd. 2. 1903.
10. Isserlin. Die Entwicklung d. Simulationsbegriffs in der Psychiatrie. Zeitschrift für Psych. Bd. 80, S. 355.
11. Idler. Lehrbuch d. gerichtl. Psychologie. Berlin 1857, zitiert nach Isserlin.
12. Kraepelin. Psychiatrie. Leipzig 1909.
13. Sander u. Richter. Geistesstörungen u. Verbrechen. Berlin 1886, zitiert nach Isserlin.
14. Birnbaum. Die psychopathischen Verbrecher. Berlin 1914.
15. Leppmann. Simulation von Geisteskrankheiten, zitiert nach Becker. Die Simulation. Leipzig 1908.
16. Birnbaum. Siehe Nr. 14.
17. Raecke. Über Aggravationen u. Simulationen geistiger Störung. Arch. f. Psych. Bd. 60, S. 521. 1919.
18. Rosenbach. Drei Fälle simulierter Geistesstörung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65, S. 978. 1908.
19. Birnbaum. Siehe Nr. 14.
20. Crell. Über Simulationen und Dissimulationen von Geistesstörungen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 56, S. 454.
21. Jung. Siehe Nr. 9.

22. Bing. Neurolog. Zentralblatt 1912, Nr. 14; Münchener mediz. Wochenschr. 1910, Nr. 29, S. 1542.
23. Kirchhoff, Th. Der Gesichtsausdruck u. seine Bahnen. Berlin 1922.
24. Kirchhoff. Nachweisung von Simulation bei einem Strafgefangenen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 39. 1883.
25. Raecke. Siehe Nr. 17.
26. Laehr. Zitiert nach Penta, siehe Nr. 8.
27. Isserlin. Siehe Nr. 10.

## Methoden.

Den Begriff der Simulation umgrenzen wir in der Art, dass wir diejenigen Fälle und Zustände in Betrachtung ziehen, in denen jemand zum Zweck der Täuschung auf Krankheiten oder Krankheitssymptome bezügliche Angaben macht, von denen er selbst weiss, dass sie falsch sind.

In der vorliegenden Arbeit wollen wir nicht bloss diejenigen Fälle besprechen, die die Erreichung eines materiellen Vorteils verfolgen, sondern auch diejenigen, wo auf Grund besonderer oder krankhafter Gedankengänge absichtlich falsche Angaben über den eigenen Zustand gemacht und entsprechende Handlungen vorgenommen werden. Diese absichtlich falschen Angaben finden wir bei den simulierenden Schwachsinnigen, bei den täuschungsverdächtigen Schizophrenen, den phantastisch Minderwertigen, ebenso auch in den Grenzzuständen, den psychogenen Krankheiten und der Epilepsie.

Für die psychiatrische Beurteilung der Simulation sind diese Fälle ebenso schwierig und wichtig wie die materiellen, in denen egoistische Gründe als Motiv der Handlungsweise dienen.

Der Nachweis der Simulation ist bei den Geisteskrankheiten im Prinzip ebenso zu führen, wie bei den somatischen Krankheiten. Auch hier fusst der Nachweis auf der exaktesten, eingehendsten und wiederholten Aufnahme des objektiv erweisbaren Krankheitsbefundes; er wird aber in vollem Umfange und mit Sicherheit erst möglich, wenn die äusseren Umstände und die Persönlichkeit des Betreffenden mit berücksichtigt werden.

Schon Snell (1) macht uns auf die wichtigen Kriterien der Simulation aufmerksam, auf das Fehlen von starken gemüthlichen Erregungen und von Schlaflosigkeit, welche zum Beginn echter Geisteskrankheit gehören. Wir werden bedenken müssen, dass die vorhandene Differenz zwischen objektiv nachweisbaren

und subjektiv behaupteten Krankheitserscheinungen oft statt durch Simulation auch durch Schwachsinn oder Hysterie sich erklären lässt.

Gerade bei alten Rentenkämpfern, bei Gefangenen (Raecke 2), Prostituierten und anderen zu Simulation neigenden Leuten ist die Hysterie in jeglicher Form häufig anzutreffen. Eine Verwechslung der Hysterie mit Simulation ist auch deshalb zu befürchten, weil alle oder fast alle Symptome der Hysterie auch willkürlich erzeugt werden können, weil die Übergänge zwischen beiden oft fließend sind und eine echte Kombination beider gleichfalls nicht selten beobachtet wird (W. Mayer 3).

Die Möglichkeit des Bestehens einer Simulation wird ferner fraglich, weil der Beginn so mancher Psychose nicht nur durch den Verfall der Kritikfähigkeit, sondern auch durch eine Veränderung des Organgefühls sich kennzeichnet.

Die Gesamtsumme aller dieser Erwägungen kann uns nur Zurückhaltung gebieten und uns bestimmen, die Diagnose auf Simulation erst am Ende einer ausgiebigen und wiederholten klinischen Beobachtung und Untersuchung zu stellen. Auch dann darf die Annahme einer Simulation uns nie hindern, weiterhin den Betreffenden im Auge zu behalten, ihn von neuem zu untersuchen und unser Urteil auf Grund neuen Materials immer wieder von neuem zu prüfen. Es bedarf stets besonderer Prüfung, wieviel Krankheit nach Abzug der Simulation noch übrigbleibt (H o c h e 4), einer Prüfung, deren Notwendigkeit theoretisch selbstverständlich ist, die aber in praxi deshalb vernachlässigt wird, weil der Untersuchende aus Empörung über den Betrug leicht die sachliche Betrachtung aufgibt.

Von den Methoden zur Nachweisung der Simulation wäre zuerst die empirische zu erwähnen. — Die empirische Methode ist mit Griesinger aufgekommen. Es wird nicht danach geforscht, ob zwischen den Krankheitsäusserungen ein wirkliches Band nachweisbar sei, bzw. ob das Krankheitsbild allgemeinen Gesetzen der Psychologie entspreche, sondern einfach danach, ob die Erscheinungen und der Verlauf der Krankheit mit den Erfahrungen übereinstimmen, welche die Psychiatrie sonst über die Erscheinungsformen und Verlaufsweisen von Geisteskrankheiten besitzt. — Bei dieser Methode würde also an einem psychologisch unverständlichen Zusammentreffen verschiedener Symptome kein Anstoss genommen werden, sofern dasselbe Zusammentreffen auch

bei wirklich Kranken beobachtet worden ist, dagegen würde eine Simulation angenommen werden, wenn der Zusammenhang der Symptome zwar psychologisch verständlich wäre, aber der allgemeinen psychiatrischen Kenntnis widerspräche.

Wir wissen heute, dass das Verfahren, die Vortäuschung durch Vergleich des Einzelfalles mit der allgemeinen Erfahrung zu ermitteln, als unzulänglich abgelehnt wird. „Wie sollte es wohl ein Simulant anfangen, ein Bild zu produzieren, das eine absolute pathologische Unmöglichkeit wäre?“ (Bolte 5).

Der geschlossene Beweis der Simulation kann tatsächlich nicht mit mathematischer Sicherheit auf Grund eines blossen Vergleiches zwischen dem durch Beobachtung gewonnenen Bilde des Einzelfalles und den sonst möglichen echten Krankheitsbildern gewonnen werden, denn wir vergessen, dass meist nicht die Simulation, sondern die Geisteskrankheit bewiesen werden soll. Somit ist eine psychologische Beobachtung weit wichtiger für unsere Untersuchung der Simulation.

Von Mitteln zur Nachweisung der Simulation (Jessen 6, Richarz 7) kommt in erster Linie die Abschreckungsmethode in Betracht. Sie hat vorwiegend geschichtliches Interesse. Bevor man wusste, wie weitverbreitet und wie schwer erkennbar die Geistesstörungen sind, hielt man bei jedem abnormen Verhalten eines Menschen, der sich etwa von einer Geisteskrankheit Vorteil versprechen konnte, den Verdacht einer Vortäuschung gleich für so selbstverständlich, dass man ohne weiteres meinte, strafrechtliche Massnahmen dagegen treffen zu müssen. So berichtet Penta (3), dass als ein Angeklagter in Lyon 1828 Geisteskrankheit und Stummheit simulierte, sich die Sachverständigen entschlossen ihn mit glühenden Eisen an den Fusssohlen zu brennen, bis der Unglückliche seine Simulation bekannte. Penta erwähnt auch, dass zu den Zeiten Zaccias (1650) die Simulanten mit Ruten geschlagen wurden, um sie zum Geständnis zu bringen. Hitzig (9) veröffentlichte noch im Jahre 1839 mit Ausdrücken tiefster Empörung einen Fall, wo ein simulationsverdächtiger Untersuchungsgefangener 26 Rutenhiebe erhielt, mit glühendem Eisen gebrannt, jeglichen Getränkes beraubt und nur mit salzigen und dursterregenden Speisen gefüttert wurde. — In den Zeiten der alten Psychiatrie war man mit den Mitteln nicht wählerisch: kalte Duschen, elektrische Ströme, Kauterisation, Narkosen, ja sogar Hungernlassen waren die Entlarvungs-

methoden. Manche Autoren (Idler 10) bedauern, dass man nicht immer den Zweck damit erreichte. Aber damals hat man noch nicht gewusst, dass es sich bei den überstandenen Peinigungen nicht um Verachtung der Schmerzen handelte, sondern um Analgesien (Casper 11).

Diese Methode, auch in ihrer mildesten Form, wäre durchaus unzweckmässig anzuwenden, weil eine durch Zwangsmittel bewirkte Unterdrückung von Krankheitsäusserungen nicht den mindesten Beweis gegen das Bestehen einer Geisteskrankheit darstellen würde. Die mildeste Form der Abschreckungsmethode, etwa ein elektrischer Strom (Kaufmann 12), fällt wohl noch unter das gesetzlich Erlaubte.

Hierbei kann das Bedenken nicht unterdrückt werden, dass der wirklich Kranke, namentlich wenn er Wahnideen hat, aus solchen Einwirkungen neue Nahrung für seine Krankheit ziehen kann, zielbewusste Simulanten dagegen ihnen ruhig widerstehen können.

Man hat ferner versucht, Simulationsverdächtige durch Narkosen in einen derartigen Zustand zu bringen, dass sie die Herrschaft über ihren Willen verloren; man hat geprüft, ob sie sich dann, unmittelbar nach dem Aufhören der Betäubung, immer noch in demselben Sinne krankhaft benahmen wie vorher. Ursprünglich benutzte man zu diesem Zwecke Opium, dann in der Mitte des vorigen Jahrhunderts Äther und Chloroform (Stolz 13). Aber schon Buknill und Tuke (14) berichten, dass zu Chloroform nur in der Annahme gegriffen wurde, dass der Geistesranke während der Narkose zu delirieren fortfahren werde, der Simulant aber nicht. In vereinzelt Fällen wurde auch Positives erzielt. So wird von einem scheinbar Verwirrten berichtet, der im Gerichtssaal selbst chloroformiert wurde und beim Erwachen aus der Narkose nicht gleich an seine Simulantenrolle dachte, sondern zunächst geordnet sprach.

So nützlich solche Beobachtungen sind, so kann sich die ihnen zugrunde liegende Methode dennoch nicht als fruchtbar erweisen. Schon daran, dass die meisten, seien es Gesunde oder Kranke, sich gegen eine Narkose, von der sie sich selbst keinen Vorteil versprechen, heftig sträuben, würde die Anwendung dieses Mittels im modernen Rechtsstaat scheitern, — aus den gleichen Gründen, aus denen die Folter als Beweismittel unerlaubt ist. Ausserdem ist sie körperlich nicht ungefährlich, was schon

Krafft-Ebing (15) nachwies, vor allem wenn Angst und Widerstand dazukommen.

Eine weitere Entlarvungsmethode, der Täuschungsversuch von seiten des Beobachters, geht darauf aus, die Unechtheit des Krankheitsbildes zu beweisen, indem man dem vermutlichen Simulanten neue, dem vorgetäuschten Krankheitsbilde widersprechende Verkehrtheiten suggeriert (Engelken u. Rangetto 16, Pilcz 17). Man lässt also in seiner Gegenwart etwa die Äusserung fallen, die Krankheit sei jetzt so weit vorgeschritten, dass wohl bald Nahrungsverweigerung eintreten werde. Oder man fragt leise, aber doch so, dass es der Untersuchte hören kann, den Pfleger, ob der Betreffende wohl schon geäußert habe, dass er Gift im Essen schmecke, oder dergleichen. Wenn jemand auf solche ihm nahegelegte Veränderungen seines Krankheitsbildes eingeht, so hat man vielfach angenommen, er beweise damit indirekt, dass er simuliere. Aber die Entgegnung liegt nahe, dass der geriebene Täuscher viel zu misstrauisch ist, als dass er sich fangen liesse. Es macht den Eindruck, dass die Untersuchten, welche sich durch gelegentliche Äusserungen zu einer Änderung ihrer Krankheitserscheinungen verführen lassen, in der Regel entweder angeborene Geistesschwäche aufweisen, oder sogar in engerem Sinne geisteskrank sind. Es gibt ferner Formen, die durch eine starke Suggestibilität gekennzeichnet sind, vor allem in den kriminalistisch so wichtigen Gebieten der Hysterie und der Dementia praecox.

Mit der psychologischen Methode (Risch 18 u. Strüssler 19) gelangen wir zum erstenmal zu den wirklich brauchbaren Grundlagen der Simulationsdiagnose. Die psychologische Methode beruht auf der Annahme, dass auch das Seelenleben des Geisteskranken, wie dasjenige des Gesunden, bestimmten Gesetzen folgen muss. Selbst die schwerste Verwirrtheit, die tiefste Verblödung kann den inneren Zusammenhang der seelischen Vorgänge nicht vollständig aufheben. — Die Verkennung dieser letzteren Tatsache hat vielfach irrtümliche Simulationsdiagnosen verursacht (Clauss 20; Dedicher 21). Zur Annahme der Simulation neigte man, sobald man nicht mehr begriff, wie die einzelnen Lebensäußerungen der angeblich Kranken psychologisch miteinander verknüpft sein sollten. Man beachtete nicht, dass zweifellos Geistesranke sich oft verstellen, sich uneinheitlich, läppisch und widerspruchsvoll benehmen (Schizophrenie). Gerade dieses wurde als Beweis der Simulation angesehen.

Wenn z. B. ein Mensch, der sonst starr und trübe dasitzt, öfters weint und Selbstmordgedanken äussert, plötzlich bei der Erzählung eines Witzes hell auflacht, so ist man der Ansicht, dass er vortäusche. Ebenso wenn jemand, der nur ganz verworren redet, einen ganz klaren Brief schreibt oder wenn er geschickt genug ist, um die Verrichtungen des täglichen Lebens zu begreifen, aber  $2 \times 2 = 3$  rechnet, dreissig Finger zu haben behauptet und ein Kupferstück eine Silbermünze nennt, — so liegt der Verdacht der Simulation auf der Hand.

In allen diesen Fällen kann die Annahme einer Simulation einen Fehlschluss bedeuten, denn die neuere Forschung hat uns gelehrt, dass die Gemütsstimmung unberechenbaren Schwankungen unterliegen kann, bei der zwanghaft unsinniges Reden vollkommen vereinbar mit geordnetem Handeln, völlig verworrenes Schreiben vereinbar mit klarem Sprechen ist, — bei denen reichlich produzierte Wahnideen den Kranken keineswegs veranlassen, auch seinen übrigen Bewusstseinsinhalt im Sinne seines Wahns zu revidieren.

Solange wir ausserstande sind, für jeden Fall geistiger Störung die psychologischen Gesetze zu ergründen, so lange müssen wir äusserste Vorsicht bei der Behauptung walten lassen: die Krankheit sei simuliert, weil die einzelnen Krankheitsäusserungen psychologisch nicht miteinander vereinbar seien.

Dagegen dürfen wir ausgiebigeren Gebrauch von der Verwertung einer allgemeinen psychologischen Erfahrung machen. Eines Geisteskranken Seelenleben offenbart sich in hundertfach mannigfaltigen Formen im Aussehen, Reden und Handeln. Eine simulierte Krankheit aber wird nur einige wenige abnorme Züge mehr oder weniger geschickt wiedergeben.

Unsere psychiatrische Untersuchung besteht in der Prüfung des Status wie auch des psychischen Zustandes des Kranken, des Gesichtsausdrucks, der Haltung, Gangart, Mimik und Gestikulation, der Schreib- und Sprechweise, Esslust, Schlafmangel etc.

Die Stimmungsäusserungen werden registriert, der Besitzstand an Schul- und Lebenskenntnissen erwogen, die Schnelligkeit und Ermüdbarkeit und die Produktivität der geistigen Arbeit und die Verbindung der Gedanken geprüft. Weiter wird festgestellt, ob der geistige Horizont eng oder weit ist, ob das ganze Denken auf eine kleine Gruppe von Gegenständen konzentriert

ist, ob das Gedächtnis gestört ist — für die weit zurückliegende oder für die nächste Vergangenheit — oder wieder für bestimmte Erinnerungsgebiete, vielleicht auch nur für Merkaufgaben. Man beobachtet das Verhalten zu der Umgebung, die Betätigung und das Reagieren auf bestimmte Änderungen der Situation.

Bei dieser Untersuchung können die Simulanten versagen, denn der Simulant hat bestimmte Tricks einstudiert, hält an diesen fest in vorgeschriebener Form und ist nicht imstande, auch noch die Finessen der Geistesstörung auf allen möglichen Gebieten vorzuspiegeln.

Die meisten absichtlichen Simulanten wählen instinktiv solche Störungen, bei denen ihrer Meinung nach eine genaue Kontrolle des Geisteslebens unmöglich ist, indem sie entweder gar nicht reden oder eine eingehende Unterhaltung vermeiden. Sie vergessen dabei, dass das Geistesleben keineswegs in den Reden des Menschen allein seinen charakteristischen Ausdruck findet.

## Literatur.

1. Snell. Über die Simulation von Geistesstörung. Allgemeine Zeitschr. f. Psych. Bd. 13, S. 1.
2. Raacke. Zur Lehre vom hysterischen Irresein. Archiv für Psych. Bd. 40, S. 171.
3. W. Mayer. Über Simulation und Hysterie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Bd. 39, S. 315.
4. Hoche. Handbuch d. gerichtl. Psychiatrie. Berlin 1909, S. 567.
5. Bolte. Über einige Fälle von Simulationen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 60, S. 47. 1903.
6. Jessen. Über psychische Untersuchungsmethoden. Allgem. Zeitsch. f. Psych. Bd. 12, S. 618.
7. Richarz. Über psychische Untersuchungsmethoden. Allgem. Zeitsch. f. Psych. Bd. 13, S. 256.
8. Penta. Simulation und Geisteskrankheit. Übersetzt von Ganter. Würzburg 1906.
9. Hitzig. Zitiert nach Penta.
10. Idler. Lehrbuch der gerichtl. Psychologie. Berlin 1857.
11. Casper. Wahnsinn oder Simulation, zitiert nach Isserlin.
12. Kaufmann. Handbuch der Unfallmedizin. Stuttgart 1915.
13. Stolz. Chloroform und Schwefelaether als Hilfsmittel zur Erkenntnis zweifelhafter psychischer Zustände. Wiener mediz. Wochenschr. 20. 1876, zitiert nach Isserlin.

14. Bukinill and Tuke. A manual of medicinal psychology, S. 278, zitiert nach Penta.
15. Krafft-Ebing. Forensische Psychopathologie. Stuttgart 1892.
16. Engelken und Rangetto. Nachweis der Simulation durch das Assoziationsexperiment. Ärztl. Sachverst.-Zeitung 1916, Nr. 4, zitiert nach Isserlin.
17. Pilcz. Absichtlich hervorgerufene Geistesstörungen. Wiener mediz. Wochenschr. 1919, Nr. 10, zitiert nach Isserlin.
18. Risch. Beitrag zum Verständnis der psychogenen Zustände. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65.
19. Sträussler. Zur Psychopathologie des Simulationsversuches. Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psych. Bd. 46. 1919.
20. Clauss. Ein Fall von simulierter Geisteskrankheit. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 33, S. 153.
21. Dedichen. Ein Fall von simulierter Geisteskrankheit. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 56, S. 407.

## Zur Frage der Simulation von Geisteskrankheiten.

### I.

H o c h e (1) sagt, dass die Simulation der Geisteskrankheiten schwierig festzustellen sei, weil es keine allgemein anerkannten Kennzeichen der Simulation gebe. W i l l m a n n s (2) meint, dass unter den Fällen, welche die Literatur aufweist, mehr als einer falsch diagnostiziert sei; er sagt, dass durch Ausdauer, Geschicklichkeit, Intelligenz und Willenskraft schon mancher Simulant den Sachverständigen irregeführt habe.

Nach K l i n e b e r g (3) gibt es 3 Arten von Vortäuschung geistiger Störungen: durch die bewusst gewollte Erzeugung geistiger Krankheitserscheinungen (Missbrauch von Mitteln zur Erzeugung künstlicher Schlaflosigkeit), durch die Mitteilung einer gefälschten, aber dafür um so ausführlicheren Anamnese, und durch die bewusste Vortäuschung geistiger Erkrankungen von seiten Hysterischer und Psychopathen.

H ü b n e r (4) zählt die simulierten Krankheitssymptome auf: Schwachsinn, Bewusstseinstörungen, Depressionen, Sinnestäuschungen und Wahnideen, Stummheit, sowie die Simulation der Epilepsie.

Der Entschluss zu einer echten Simulation kann bei den Begutachteten nur auf Grund einer vielseitigen Überlegung zustande kommen. Wenn also jemand einer Strafe entgehen will, so steht fest, dass eine Entmündigung ihm vorteilhafter ist als eine Strafe; dabei muss er erwägen können, ob ihm die Kräfte ausreichen werden, um den Begutachter zu täuschen. Meist fehlt aber die vorherige Erwägung, daher beruhen in den meisten Fällen die Simulationsversuche auf Dummheit und Verschrobenheit.

Wir finden jedoch unter den Simulanten auch Schwachsinnige, Schizoide, Hysterische, Epileptiker und phantastisch Minderwer-

tige. Bei allen diesen hat es der Begutachter nicht leicht zu entscheiden, wo der unvertauschbare Geistesdefekt aufhört und wo die Aggravation beginnt. Wir sehen bei Sträflingen, bei Unfallverletzten u. a. die läppische Art Geistesstörungen und Gedächtnismängel zu simulieren, während gleichzeitig der psychische Status und die Stigmata auf Krankheit deuten. Gerade solche Fälle sind für den Beobachter Probleme.

Wir wollen einige Fälle in aufsteigender Folge besprechen:

#### F a l l I.

Johannes J., Landarbeiter, 25 J. alt. — In der Psychiatrischen Klinik, Tartu, vom 21. I. 31. bis zum 8. IV. 32. Wird vom Tallinn-Haapsaluschen Friedensgericht zur Begutachtung eingeliefert.

Über die Vorgeschichte nichts bekannt. — Pat. wurde von der Gemeindeverwaltung der Polizei übergeben und hierauf in Untersuchungshaft genommen. Hat nach seinen Angaben bei der Voruntersuchung ungelesen einige Papiere unterschrieben, dasselbe im Gericht getan, ist deswegen auf Veranlassung des Gerichts in die Psychiatrische Klinik zwecks Begutachtung überwiesen worden.

Er gibt an, 3 Jahre in der Volksschule gewesen zu sein, habe dann als Hirt gedient und später Feldarbeiten getan. Die Exploration ergibt keine Symptome einer geistigen Störung, obgleich der Pat. mitunter  $3 \times 2 = 9$ ,  $2 \times 9 = 20$  und  $7 \times 7 = 36$  rechnet. Er ist in allem vollkommen klar orientiert, auch in der Situation. Man will ihm zur Last legen, dass er einen Meineid geschworen habe. Er glaubt auch selbst durch das Unterschreiben ungelesener Papiere die Veranlassung zum Verdacht gegeben zu haben.

Aus den Angaben des Pat. geht hervor, dass er in Tallinn in der Irrenanstalt Seewald gewesen ist. Ein Bericht über ihn aus der Anstalt geht auf das Jahr 1927 zurück. Er betrifft seine Dienstzeit im Militär. Er wurde aus dem Militärhospital in die Irrenanstalt Seewald (vom 7. VII bis zum 12. VII. 27) als ein nervöser Mensch mit gelegentlichen Angstzuständen und Selbstmordversuchen übergeführt. Gleich nach dem Eintritt in den Dienst hatte er sich im Truppenteil erhängen wollen und sich deswegen in das ungünstige Licht eines Vortäuschers oder Geisteskranken gesetzt.

In der Universitätsklinik hält er sich von seinen Stuben-

genossen fern, ist scheu, spricht mit gesenktem Haupt und äussert die Idee verfolgt zu werden; von wem, könne er nicht sagen. Antwortet sonst auf alle Fragen prompt. Klagt nur über schlechtes Gedächtnis für seine persönlichen Verhältnisse, auch für die jüngste Vergangenheit. Demonstriert gelegentlich seine geistige Schwäche: er könne nicht denken, antworten usw., sei stets in gedrückter Stimmung mit hypochondrischen Ideen. Das gerichtliche Verfahren, welches wegen seiner angeblichen Geistesstörung ausgesetzt worden war, könne nun seinetwegen beginnen, er habe keine Interessen mehr, nur zum Abschluss solle es kommen, und nach Hause sehne er sich. In den letzten Tagen des klinischen Aufenthalts spricht er sehr wenig, besinnt sich bei den Fragen lange, brütet meist vor sich hin.

Das Gutachten erklärt ihn für verhandlungs- und strafverbüssungsfähig.

Der Fall J. bietet nichts Besonderes. Ähnliche Erfahrungen kann man in allen Anstalten haben; dennoch ist es angebracht, auf die hier zutage tretenden Simulationsversuche hinzuweisen. Man kann im Fall J. nicht einmal von richtiger Simulation sprechen, dazu produziert er zu wenig. Der Mann hatte es bis dahin leicht gehabt, denn er wurde 1927 vom Militärarzt sofort in die Anstalt geschickt und auf Grund der Begutachtung vom Dienst befreit. Er ist sich jetzt dieses Vorteils bewusst und will ihn auch in seinem letzten Rechtskonflikt ausnutzen.

Es würde daher nicht zu bezweifeln sein, dass J. im Falle einer Verurteilung ohne Störung seine Strafe absitzen würde.

Bei J. kann man lediglich von der Aggravation einer tatsächlich vorhandenen Reizbarkeit reden, die übrigen Symptome und auch die Wahnidee verfolgt zu werden sind wohl hinzugeichtet. Diese Zustände weisen aber eine gewisse Ähnlichkeit mit den simulierten Zuständen auf, welche von *Bonhoeffer* (5), *Birnbaum* (6) und anderen als solche der psychischen Degeneration beschrieben sind.

In unserem Falle handelt es sich wohl um eine primäre Vortäuschung. J. hätte sich aber mit der Zeit vielleicht in eine Psychose hineingearbeitet. Beachtenswert sind die Selbstmordversuche, schon lange vor dem Beginn seiner klinischen „Laufbahn“. Die Anamnese aus *Seewald* beruht auf den Angaben der Angehörigen, welche 3 Selbstmordversuche konstatierten.

Der zweite Fall ist weniger primitiv:

## Fall II.

Eduard K., Rekrut. — In der Psychiatrischen Klinik, Tartu, vom 31. III bis zum 27. IV. 32.

Nach Angaben des Vaters: Trinkerfamilie, Mutter epileptisch. K. als Kind gestürzt, nachher Krämpfe. In den Schuljahren ist ihm das Lernen schwer gefallen. War 2 Jahre Hirt, später Landarbeiter; als letzterer führte er ein ganz unstehtes Leben. Suchte sich später nur noch Beschäftigung als Holzarbeiter und wechselte häufig die Stellen. Hat sich mit keinem vertragen, „machte nur was er wollte“. Starker Alkoholgeniesser, vertrug mehr als sein Vater. „Ist auch gelegentlicher Betrüger, lässt sich aber selbst nie betrügen, obgleich er nicht ganz normal ist.“ Im Jahre 1929 Diebstähle ausgeübt, zur Verantwortung gezogen, — immer dem Gerichte auszuweichen verstanden. Kurz vor dem Eintritt in den Militärdienst besuchte er Verwandte und war bei diesen auffallend zerfahren und in gedrückter Stimmung.

Schon während der ersten Woche seiner Dienstzeit zog er sich einige Disziplinarstrafen wegen Unsauberkeit und Ungehorsam zu, und machte auch sonst durch träges, verstocktes, absolut gleichgültiges Wesen bei dem Regiment einen ungünstigen Eindruck. Meldete sich wegen unbestimmter Beschwerden krank, wurde aber mangels objektiven Befundes jedesmal als gesund zum Dienst zurückgeschickt.

Das weitere ersehen wir aus dem Rapport des Leutnants Tamm an seinen Vorgesetzten und aus den Mitteilungen des Arztes. Aus diesen Berichten geht hervor, dass es im März 1932 zu einem schweren Konflikt gekommen war. Während des Exerzierdienstes lachte K. den Leutnant an, beim Befehl „kehrt“ wiederholte er das Wort und machte alles verkehrt. Infolge dieser Achtungsverletzung vor versammelter Mannschaft mit Verharren im Ungehorsam wurde er wegen frechen, faulen, unmilitärischen, ungehorsamen Verhaltens bestraft. Später, als er in seinen Truppenteil zurückkehrte, hielt er sich eine Zeitlang ganz gut. Nachher wiederholten sich die Konflikte.

Vor dem Regimentsarzt erklärte er, dass er glaube, eine innere Krankheit zu haben, er leide auch oft an Blutandrang zum Kopf und könne sich, wenn er angeschrien werde, nicht be-

herrschen. Darauf wurde die Untersuchung seines Geisteszustandes eingeleitet.

Bei der ersten ärztlichen Befragung in der Psychiatr. u. Nervenkl. der Universität trug K. ein augenscheinlich exaltiertes (kann nicht gehen!), dazwischen aufgeregtes Wesen zur Schau, das bei der Aufforderung zu einer ruhigen Aussprache einem ganz geordneten, vernünftigen Verhalten Platz machte. — In seinen Reden dominiert die Antwort „ich weiss nicht“. Er will nicht wissen, wie lange er die Schule besucht habe, kennt nicht den Kalender, will nie den Namen seines Kompagniechefs gehört haben, will die einfachste Aufgabe ( $2 \times 2$ ) nie früher gelöst haben. Später noch auffallendere Behauptungen:  $3 \times 5 = 8$ ,  $2 \times 8 =$  ich weiss nicht,  $2 \times 6 = 16$ , usw. Fehlerhaft löst er Rechenaufgaben nur in Gegenwart des Arztes; mit einem Stubengenossen, einem gewesenen Pädagogen, soll er sich sogar geistig beschäftigt haben.

Am 6. IV. 32 ist er aus der Klinik fortgelaufen und hat sich circa 5—6 Kilometer weit entfernt, wurde aber eingeholt und zurückgebracht. Den Grund der unerlaubten Entfernung weiss er nicht anzugeben.

Pat. ist kräftig gebaut und gut genährt. Die Muskulatur gut entwickelt, Gewicht 75,5 kg. Das Gedächtnis trotz der angeblichen Defekte gut. Die Sprache fliessend und ohne Fehler. Atmet stossweise. Glaubt er sich unbeobachtet, so ist die Atmung vollkommen normal.

Der dritte Fall ist ein Konsultationsfall aus der Armee:

### Fall III.

Alexander S., geb. 8. X. 1910, Sattler. Beobachtet im Aug. u. Sept. 31 in Tallinn.

Aussagen der Mutter: Keine Belastung. S. litt als Kind an Rachitis, im 10.—12. Jahr an Krämpfen. Die Leistungen in der Schule gut. Die erste Lehrstelle schon nach  $\frac{1}{2}$  Jahr verlassen, dann 1 Jahr beim zweiten Meister, — gute Aufführung. In der folgenden Zeit oft Stellen gewechselt, hielt es nur einmal 7 Monate aus, sonst meist 1—2 Monate. Ein Arbeitgeber entliess ihn wegen Verspätungen, ein anderer wegen Frechheit. Die übrigen haben nichts Ungünstiges berichtet.

Aussagen eines Freundes und Dienstgenossen des Begutachteten: Bekannt seit dem 12. Lebensjahr, durch sein prahle-

risches Wesen in der Schule berühmt, prügelte seine Mitschüler. Kurz vor der Einstellung ins Militär Veränderung des Charakters, sprach fast gar nicht, verhielt sich abweisend.

Dem Konsultanten berichtet der Regimentsarzt folgendes: S. klagt stets über leichte Ermüdbarkeit und Körperschwäche. Er kann nicht dasselbe wie die anderen. Gewehrgriffe hat er richtig gemacht, jedoch langsamer als die übrigen. Auf dem Wege nach dem Schiessstand und beim Felddienst trat er, obwohl nur mit freiem Rücken marschierend, gleich hinter der Stadt aus der Kolonne aus, legte aber dann hinter ihr dieselbe Wegstrecke zurück. Im Einstudieren der Instruktion gab er sich anfangs Mühe und zeigte auch hinreichende Auffassungsgabe, aber später liess er nach, antwortete nicht oder nur leise, oder dummes Zeug mit schläfrigem Gesichtsausdruck. Ausserhalb des Dienstes soll sein Verhalten oft genau das Gegenteil sein. Zu mehreren Leuten hat er geäussert, er sei nicht so dumm wie er aussehe.

Nach einem ersten Aufenthalt im Militärkrankenhaus wegen einer inneren Krankheit meldete er sich im August wieder 3 mal krank, darunter 2 mal wegen Magenbeschwerden. Die übrigen Male wurde er nach eingehender Untersuchung zum Dienst geschickt. Inzwischen hatte er sich schon 3 Arreststrafen wegen Ungehorsams und eigenmächtigen Verlassens des Regiments und eine Disziplinarstrafe wegen Unsauberkeit zugezogen. — Bei der Erfolglosigkeit der bisherigen Ausbildungsversuche und dem widerspruchsvollen Verhalten entstand der Verdacht von Simulation und S. wurde im Sept. 1931 im Militärkrankenhaus einer eingehenden Beobachtung unterzogen, über deren Ergebnis folgendes gesagt werden kann:

Er fiel dadurch auf, dass er eines Nachts nach der Benutzung des Abtritts ein anderes Zimmer aufsuchte, die Schlafenden belästigte, laut sang und weinte. Dieses Ereignis erweckte den Verdacht, dass S. geistige Störung simulieren wolle. Die Beobachtung wurde nun fortgesetzt; jetzt veränderte er sein Verhalten, machte nicht mehr Täuschungsversuche, schlief gut, liess sich mit den Stubengenossen in ganz vernünftige Unterhaltung ein.

Die Begutachtung empfahl einen nochmaligen Versuch mit dem Dienst; S. zeigte aber dasselbe Verhalten wie vorhin, d. h. er kam auf dem Wege zum Schiessstand nicht mit fort. Dieser

Zustand wurde für die Kompagnie vom Standpunkt der Disziplin unerträglich. — Da wiederholte Untersuchungen im Oktober 1931 kein anderes Ergebnis zeigten als früher, wurde ein Bericht wider ihn wegen Simulationsverdachts eingereicht. Die Veranlassung dazu ergab folgende Beobachtung: Pat. spricht vor sich hin, redet bei der Visite den Arzt bald mit „Sie“, bald mit „Du“ an, spricht zusammenhanglos, ist dauernd erregt, setzt aber auch oft zu einer richtigen Antwort an. Die Wache meldete, dass dieser anscheinend verwirrte Zustand erst bei der Visite auftrate. Nach einigen Tagen antwortete er im allgemeinen richtig, blieb auch weiterhin klar, war jedoch frech. Bei einer längeren Exploration im Oktober gab er gute Auskunft, auch über das, was er früher nicht gewusst haben wollte, benahm sich anständig, und während er sonst einen ironisch-verbissenen, fast frechen Gesichtsausdruck hatte, lächelte er gemütlich und liess die Äusserung fallen, dass man sich durch Fragen vom geistigen Zustande eines Menschen ein Bild machen könne. Hier endete seine Dienstzeit und er wurde befreit. — Das weitere Verhalten unbekannt. — Körperlich schwach, aber sonst ohne Befund.

\* \* \*

Unsere 3 Fälle bilden Abstufungen von einem leichten bis zu einem beträchtlichen Simulationsversuch. — Sicher ist, dass das letzte Krankheitsbild von dem weit abweicht, was man sonst bei der Simulation zu sehen gewohnt ist, und ohne die krankhafte Erregung, die sich erst kurz vor der Entlassung aus dem Dienst zeigte, würde der Fall in der Hauptsache als Simulation gedeutet werden. Die Begleiterscheinungen sind bei keinem der anderen Fälle so charakteristisch wie hier, um eine Schizophrenie glaubhaft zu machen. — Zwischen den einzelnen Anfällen aller 3 Fälle bestanden Pausen, in denen die Patienten sich von den Anstrengungen der vorausgegangenen Simulation und Aggravation ganz gut erholen konnten. Uns scheint, dass es sich beim dritten Fall nicht nur um eine Mischung von Simulation und Seelenstörung oder eine einfache Aufeinanderfolge dieser oder jener handelt, sondern dass dieser Fall in ein Grenzgebiet zwischen Vortäuschung und wirklicher Geistesstörung gehört.

Uns bleibt jetzt noch eine Frage zu erörtern: gibt es nicht auch einen Übergang von Simulation zu echter Geistesstörung? Kann nicht einer so lange simulieren, bis er durch die beständige

Spannung und Aufregung, also reaktiv, geistig zusammenbricht? Dergleichen wird behauptet, aber es wird sich schwer beweisen lassen. In einzelnen Fällen müssen wir die Annahme der anfänglichen Simulation trotz der späteren Geistesstörung aufrechterhalten, aber auch hier halten wir die Geistesstörung nicht für die Folge einer Gehirnüberreizung durch lange fortgesetzte Simulation, sondern sehen in ihr nur Umstände, die anfangs zu Motiven der Simulation — und schliesslich zu Ursachen der späteren Geistesstörung wurden.

Einen ähnlichen Fall glauben wir begutachtet zu haben:

#### Fall IV.

Wassili B., 27 Jahre alt. — Aus dem Strafgefängnis übergeführt in die Irrenanstalt Seewald 2. I. 28 — 4. VII. 28.

Im November 1927 begutachtete eine Kommission den Fall B. im Zentralgefängnis und stellte eine Simulation fest. Zu Weihnachten erfolgte eine zweite Begutachtung, welche die Überführung des Betreffenden nach Seewald zwecks Beobachtung veranlasste. — Der Begutachtete hat in der Grenzwache gedient und mit einem Kameraden, beide bewaffnet, einen Bauern überfallen, — ist wegen Raubes zu 20 Jahren (Kriegszone!) Gefängnis verurteilt.

Die Veranlassung zu der ersten Begutachtung war sein unleidliches Betragen im Gefängnis. Er schlug um sich, sprach unverständliche Worte vor sich hin und war den übrigen Gefängnisinsassen durch lautes, in der Nacht anhaltendes Brüllen und Lärmen sehr störend. Bei der Begutachtung macht er einen sehr aufgeregten Eindruck, erklärt, er wolle nach Hause gehen, ist aber sonst besonnen, antwortet auf alle Fragen, ist orientiert örtlich, zeitlich und in der Situation. Am folgenden Tage gibt er zu, simuliert zu haben.

Bei der zweiten Begutachtung sitzt der Pat. steif und hölzern da, der Gesichtsausdruck leer, der Blick starr. Er gibt den Monat, das Jahr richtig an, über den Wochentag ist er nicht im klaren. Er befinde sich in einem Krankenhause (richtig! Gefängnislazarett). Der Begutachtete beginnt plötzlich zu lachen, presst dabei die Lippen zusammen und hält sich die Hand vor den Mund, meint: „Ich kann nichts dafür, dass ich lachen muss“.

Sonst ist er ruhig, geordnet und besonnen. Er fasst gut auf, antwortet aber mühsam, mit monotoner Stimme. Zuweilen

muss man ihn drängen, bis man eine Antwort bekommt. Er hält sich für gesund, nur bisweilen komme die Krankheit über ihn, dann könne er nicht denken und müsse sich bemühen den Gedanken „herauszupressen“.

Körperlicher Befund: Mittelgross, Muskulatur spärlich, Ernährungszustand mittelmässig, sonst — ohne Befund.

Jetzt erfolgt seine Überführung nach Seewald. Die Erregung hielt in dem gleichen Grade bei gehobener Stimmung eine Woche lang an, fortwährend sprach er zusammenhanglos und liess sich nur für Augenblicke beim Gespräch festhalten, sang dann oft russische religiöse Lieder, die er so abänderte, dass seine Person die Hauptrolle darin spielte. Als er ruhiger wurde, war er stundenweise verständig, nannte seinen Namen, gab das Geburtsjahr 1900 an, er sei jetzt 25 Jahre alt, habe 3 Jahre lang die Volksschule besucht. Seine Eltern hätten ein Gesinde, er habe 9 Geschwister. Er sei seit 1921 im Militärdienst gewesen, anfangs in Tallinn, später in Erastvere (Kirchspiel Kanepi) und schliesslich an der russischen Grenze als Grenzsoldat.

Die Antworten sind besonnen. Er spricht aber mit müdem, leerem, etwas ängstlichem Gesichtsausdruck, liegt im Bett, ohne von den Vorgängen im Zimmer Notiz zu nehmen. Jetzt komme er aus dem Zentralgefängnis. Der Pat. erzählt genau die Vorgeschichte seiner Bestrafung und fügt noch hinzu, er habe eigentlich bloss 12 Jahre bekommen, aber weil er leugnete — 20 Jahre. Er habe jetzt um Amnestie, resp. Herabsetzung der Straffrist gebeten. Seine Tat habe er im Alkoholrausch vollbracht. Im Gefängnis habe er Buchdruckerei gelernt. — Er besinne sich nicht, wie er jetzt ins Krankenhaus gekommen sei. Hoffe aber fest, zum 24. Februar amnestiert zu werden.

Sein weiteres Betragen von Ende Januar bis Ende Februar war das eines vernünftigen Menschen. Im Februar 1928 wurde ihm die Strafe von 20 auf 12 Jahre ermässigt. Da er 7 Jahre, d. h. über die Hälfte seiner ihm nun zugemessenen Strafe abgessen hatte, stellte die Gefängnisfürsorge den Antrag, ihn zu befreien.

Ogleich B. von seiner baldigen Befreiung wusste, reagierte er wenig auf die freudige Nachricht. Im Gegenteil, die Krankheit hatte Fortschritte gemacht: er war schlaff und gleichgültig, sah blass und verfallen aus, erzählte ohne Spuren von Affekt von Halluzinationen, von seiner trüben Stimmung und dem Le-

bensüberdruss — „er werde wohl nicht mehr lange mitmachen“. Ist wenig zugänglich, hat sonderbare Essmanieren: führt den Löffel zum Munde, legt ihn dann in die Schale, starrt in die Suppe, ergreift wieder den Löffel usw. Am Abend steht er statuenartig neben seinem Bett mit süsslich verzogenem Gesicht. Gibt sonst gut Auskunft, „kann nichts dafür, dass er da stehen muss“.

Wurde schliesslich am 4. Juli 1928 von Verwandten nach Hause gebracht. Beim Fortgehen kniete er auf dem Hof nieder und faltete die Hände.

## II.

Bei der Besprechung der simulationsähnlichen Geisteskrankheiten erscheint es uns notwendig, eine kurze Übersicht über die spezielle Symptomatologie der Geistesstörungen zu geben und zugleich auf zwei Gruppen hinzuweisen, auf die Schwachsinnigen und die Schizophrenen. Die letztere Gruppe ist besonders geeignet, durch die widerspruchsvolle Zusammenstellung der bei ihr auftretenden Einzelstörungen den Verdacht der Simulation zu erwecken.

Wenn ähnliche Kranke unter den Druck der Lebensverhältnisse kommen, kann die Störung bei ihnen atypisch verlaufen. Sie verwenden dann kritiklos Gedanken, die sie früher als Ausrede bei einer Anklage oder einer Begehrungsvorstellung erfunden haben, zur Bildung von Wahnideen, produzieren Worte und begehen Taten, welche sie dann simulationsverdächtig machen.

Der Imbezille besitzt keine abstrakten Vorstellungen, keine Aufmerksamkeit, bei ihm fehlen die ethischen Gefühle, in der Handlung ist er unselbständig. — Bei den Debilen sind die konkreten Begriffe normal erhalten; sie vollziehen daher auch komplizierte Handlungen, aber der ethische Defekt verrät sich früh rein äusserlich, wie z. B. in der Neigung zum Lügen und Stehlen. Der Schwachsinn bringt die Behafteten oft auf die Verbrecherbahn und veranlasst Strafhandlungen. Es kommen Diebstähle, Sittlichkeitsverbrechen, Brandstiftungen u. a. vor, beim Militär Disziplinarvergehen und Desertion.

Imbezillität schliesst die Zurechnungsfähigkeit stets aus, Debilität in vielen Fällen. Verdacht verursachen besonders die Erregungszustände der Schwachsinnigen und der phantastisch Minderwertigen. Von Interesse wäre der nachfolgende Fall:

## Fall V.

Ida T., 23 Jahre alt. — Begutachtet im Strafgefängnis am 16. VIII. 31 u. 20. III. 32. In der Irrenanstalt Seewald 2 mal begutachtet (Imbezillität).

Angaben der Administration und Autoanamnese: Vorbestrafte Diebin, eben in der 3. Voruntersuchung als Brandstifterin (habe im Treppenhaus des städtischen Wohlfahrtsamtes Feuer angelegt). Das 8. Kind aus einer landischen Arbeiterfamilie, 4 Jahre lang eine Volksschule besucht, nur 2 Klassen durchgemacht. Will immer gesund gewesen sein. Im Gefängnis schlaflos, unruhig, sonst nichts Besonderes, auch keine Anfälle. Periode seit dem 19. Lebensjahr, zuletzt während der Brandstiftung.

Im 16. Lebensjahr vorbestraft (1. Bestrafung) wegen Aneignung fremden Eigentums. Gibt an, in der Wollspinnerei gearbeitet zu haben, hat oft Stellen gewechselt, gelegentlich prostituiert, will oder kann die Stellen nicht nennen, dazwischen sei sie Tagelöhnerin gewesen. Im 16. Jahr lernte sie einen jungen Mann kennen, verkehrte mit ihm 2 Jahre lang, dann brach das Verhältnis ab. Kurz vor der zweiten Verhaftung, im 21. Lebensjahr, hatte sie wiederum ein Verhältnis von kurzer Dauer. Eben (3. Verhaftung) sehr aufgeregt. Spricht unzusammenhängend von einem Soldaten, nennt oft den Namen „Marie“.

Simulationsverdächtig, weil sie mit den Zelleninsassen geordnet redet und geäußert haben soll, sie versuche freizukommen. Wird 3 Tage nach der Verhaftung wegen unruhigen Verhaltens in den Karzer versetzt, verlangt hinausgelassen zu werden, haut an die Tür, demoliert die Bettstelle, schreit und wütet, wird eine Woche später vom Referenten besucht und auf seine Veranlassung milder behandelt.

Status psychicus: Die Begutachtete ist in gereizter Stimmung, wandert auf und ab, in allem orientiert, spricht in übermäßig lautem, lispelndem Ton. Antwortet auf die an sie gerichteten Fragen: „Was geht das Sie an, nicht ich, sondern Marie stiehlt“. Sie kehrt dabei dem Referenten den Rücken, bleibt dann mit verächtlicher Miene achselzuckend stehen, senkt das Haupt, richtet sich wieder auf, schlägt sich mit der Hand an die Brust, reckt sich in die Höhe, reisst die Augen auf und spricht in lautem Ton, mit übertriebener Betonung: „Was heisst verliebt, was heisst brennen, Marie hat es getan“. An den

Referenten: „Bringen Sie mir kein Gift, sonst müsste ich Ihnen ins Gesicht spucken“. (Stimmen?) „Ich höre nicht mehr, als ich will!“ „Geben Sie mir, bitte, eine Zigarette“ (Refer. macht Notizen). „Ich bin nicht schuld, wenn ihr auch alle 3 Schlüssel habt (?), ich habe nicht angezündet, das tat der Soldat.“ Bittet ihr „Gift“ einzuspritzen, zeigt auf die Decke und sagt, diese stinkende Pferdedecke (?) wolle sie schon bald weghaben. „Mehr als eine Soldatendecke ist hier nicht.“ „Da braucht kein ganzes Regiment zu kommen, denn eine Soldatenmutter bin ich nicht.“ „Als Soldatenmädchen gehöre ich allen. Es ist die höchste Zeit, dass er komme, dass er hier ist, weiss ich längst.“ (Geisteskrank?) „Ich bilde mir nämlich nicht ein, dass es mir schlecht gehe. Nur des Nachts möchte ich ruhen, auch rauchen, ich bitte für mich um Tabak und Schnaps.“

#### Körperlicher Status:

Kleine Gestalt, von blassem, unintelligentem Aussehen, schlitzäugig.

Augen: rechte Pupille grösser als die linke, reagiert auf Licht und Konvergenzreflexe.

Hals, Struma, Lungen: OB, Herz: hebender Spitzenstoss, mitr. accentr.

Reflexe: Corn. +, Conjunctiva +, Triceps +, Biceps +, Bauchdeckenrefl. +, Patellarrefl. ++, Achilles +, kein Babinski, kein Romberg. Mobilität und Sensibilität intakt. Wa im Blut —.

Eine Woche später ist Pat. bedeutend ruhiger. Auf eine ausdrückliche Befragung gibt sie den Simulationsversuch zu, aus dem Gespräch geht aber hervor, dass sie ihn auch ebensogut hätte verneinen können. — Beobachtet man den Fall längere Zeit, so sieht man, dass die Pat. keineswegs in der Art einer richtigen Geisteskranken die Rolle getreulich durchführt, die ihr Wahn ihr vorschreiben müsste, dass sie vielmehr ihre Angaben wechselt, dass sie launenhaft, mutwillig, ungezogen ist, dass sie denselben Arzt, den sie des Giftmordes beschuldigt, im nächsten Augenblick um eine Zigarette und Schnaps bittet. — Aber die Echtheit ihrer Geistesschwäche offenbart sich in ihrem blinden Wüten (in der Zelle), in ihrer ohne Rücksicht auf die eigene Person ausartenden Reizbarkeit, in ihrer krankhaften Einsichtslosigkeit und schliesslich auch in dem ganz allmählichen Verblässen und Abklingen jener Krankheitserscheinungen.

## III.

Die Gruppe der Geistesstörungen, bei welcher der Verdacht der Täuschung besonders nahe liegt, ist die der Schizophrenie. Unter diesem Begriff sind mannigfaltige Krankheitsformen zusammengefasst, bei denen man als gemeinsame Eigentümlichkeit den Ausgang in die Verblödung oder in eine besondere Art von geistiger Schwäche wahrnimmt. Die Verblödungen sind überaus häufig und betreffen oft Personen, bei denen man eine Simulation gar nicht vermutet, — kommen aber auch bei solchen zustande, die keine Veranlassung zu simulieren hätten.

Leicht irreführend kann bei diesen Formen der Gesamtverlauf sein. Es gibt richtige Verblödungen, selbst schwerster Art, denengar kein auffälliges Kranksein vorausgegangen ist. Könnten wir aber jeden Fall ganz genau verfolgen, so würden wir feststellen, dass eine gewisse Wesensänderung in Gestalt von verstärkter Reizbarkeit, Verstimmungen, Zerfahrenheit, Nachlassen der geistigen Aufnahmefähigkeit und Produktivität schon monatelang vorausgegangen ist; das entgeht manchmal selbst den nächsten Angehörigen.

Eine weitere häufige Verlaufseigentümlichkeit der Verblödung ist der regellose Wechsel des Krankheitsbildes. Derselbe Mensch, den wir das eine Mal in einem Zustand tiefster Hemmung haben liegen sehen, läuft einige Wochen später in tobsüchtiger Erregung herum, dann äussert er wieder geordnete Wahnideen, und zwischendurch kann er monate- und jahrelang normal erscheinen. — Die krankhaften Züge zeichnen sich durch Unstetheit und eine Einengung des geistigen Horizontes aus. Während der Krankheit entwickelt sich beim Kranken ein läppischer Zug, die Neigung zu hypochondrischen Klagen und Reizbarkeit. Solche Personen werden in den Strafanstalten nicht als Kranke betrachtet, weil sie grosse Ähnlichkeit mit den von Geburt an Minderwertigen haben, welche bekanntlich einen grossen Prozentsatz des Verbrechertums ausmachen (L e n z 7). Der Unterschied ist nur der, dass es sich bei den Schizophrenen in den allermeisten Fällen, trotz zeitweiliger Remission, dennoch um eine fortschreitende Krankheit handelt. Die Bedeutung dieser Erscheinung muss wesentlich höher bewertet werden, als die Bedeutung der angeborenen Minderwertigkeit, welche durch die Erfahrung und Erziehung einigermassen ausgeglichen werden kann (T r ü p e r 8).

Bei den Schizophrenen kann die Vereinigung mancher gleichzeitiger Symptome widerspruchsvoll sein. Ein Mensch, welcher wochen- und monatelang in sich versunken starr und stumm sitzt, fängt plötzlich an zu singen, reisst sich die Kleider vom Leibe, weint und lacht. Dann fängt er ganz vernünftig zu sprechen an und zeigt sogar Einsicht in seine Krankheit, verfällt aber später wieder in seinen alten Zustand.

Nur allzu leicht kann das Verhalten der Kranken irreführen. Die trübe, gewaltsame Spannung in ihren Zügen lässt manchmal nach, der Blick wird aufmerksamer, bisweilen heiter, die Kranken fangen schon an zu sprechen und bleiben nur Fremden gegenüber stumm und regungslos.

Es sind die bizarren Gewohnheiten, die sinnlos phantastischen, unsinnigen, spielerischen, manchmal wie beabsichtigter Hohn klingenden Äusserungen der Kranken, die zur Annahme von bewussten Übertreibungen oder von völliger Vortäuschung führen.

Die Schilderung eines Kranken (Kraepelin 9), der es zum Volksschullehrer gebracht hatte und statt der Schularbeit mit den Kindern Versteck spielte, aus „Mutwillen“ sich in eine Krippe legte, den Kopf in den Brunnen steckte, weil er seiner grossen Sünden wegen recht gut Taufe brauchen könne, — ist in bezug auf die Simulationsfrage ungemein treffend.

Sehr auffällig ist bei den Schizophrenen das häufige affektlose Lachen, welches sich bei jeder Unterredung ohne den geringsten Anlass immer wiederholt. Bisweilen sind auch Gesichterschneiden, Grunzen, Neigung zu stereotypen Handlungen und Bewegungen, oder gezierten Gebärden zu beobachten. — Bei den sprachlichen Äusserungen kommen Deklamationen, Wiederholungen bestimmter Redensarten und alter Witze vor, auch übertriebene Phrasen, absichtliche Verdrehung der Worte, affektiertes Lispeln und Anwendung ungewöhnlicher fremdsprachiger Ausdrücke. Irgendein langer oder kurzer, häufig sinnloser Satz wird stunden- und tagelang wiederholt, bald laut, bald flüsternd, bald sogar in bestimmter Melodie, — die falsch gesprochenen Worte erleben Wandlungen.

Verschiedenen Wandlungen unterliegen auch die Stimmung und die Ideen der Kranken. Jeder Hinweis auf die Ungereimtheit und Zusammenhanglosigkeit der geäusserten Ideen prallt an den Kranken ab. Häufig fallen aber auch Äusserungen, die auf ein gewisses

Krankheitsgefühl hindeuten. — Besonders auffallend ist der oft mangelnde Zusammenhang zwischen dem aufregenden Inhalt der Wahnideen und dem gleichgültigen Wesen der Kranken.

Die Verwendung dieser Symptome bei einer Simulation ist möglich. Trotz alledem kann man das wirkliche Kranksein bei ausgiebiger Beobachtung erkennen, vor allem wenn man den ganzen Lebensverlauf der zu Beurteilenden in Betracht zieht, insbesondere die Unvortauschbarkeit charakteristischer Erregungs- und Stupiditätszustände, ebenso auch manche körperliche Begleiterscheinungen, und gerade während der Remissionszeiten das Vorhandensein charakteristischer Zeichen von Geistesschwäche.

Ein Fall aus dem Zentralgefängnis ist ungemein lehrreich. Der Begutachtete war imstande, seine Aufführung mit seinen Reden in Einklang zu bringen, ohne sein Benehmen zu ändern. Das Geständnis der Simulation erfolgte erst nach der Entlassung aus der Strafanstalt. Die Exploration ist so regelmässig gewesen, dass man hier von einer richtigen Geisteskrankheit reden könnte.

#### Fall VI.

J. M., 34 Jahre alt, Mechaniker. — Beobachtet im Zentralgefängnis 10. XI. 30 — 25. II. 31.

Angaben der Angehörigen: Elektrotechniker aus Petersburg, Bolschewistenumsturz mitgemacht, nach Estland optiert, dann im estnischen Militärdienst als privatangestellter Mechaniker tätig gewesen. Im Dienst habe er einen Offizier gehorfeigt (?), den Dienst dann quittieren müssen, sei später Chauffeur gewesen, habe aber das auf Abzahlung gekaufte Auto weiterverkauft und sei dafür mit Gefängnis (§ 1684) bestraft worden.

Autoanamnese: Der Vater des Begutachteten ist mit 61 Jahren am Schlaganfall gestorben. Die Mutter lebt, ist leicht depressiv. Ein Bruder leidet an Lues. Keine Geisteskrankheiten in der Familie. Pat. hat als Kind an Bettnässen gelitten. Keine Krämpfe, keine Anfälle. Vom 9. bis zum 15. Lebensjahr korpulent gewesen, jetzt hager. In der Schule wegen Trägheit und Mangels an Konzentrationsfähigkeit oft sitzengeblieben. In Petersburg im Polytechnikum gewesen, hat so gut wie gar nicht studiert, infolge von Privatbeschäftigungen und Revolution.

Es hatte sich in Russland zwischen ihm und einer Dame ein Verhältnis angesponnen, das in Tallinn, wohin die Dame vor den Bolschewisten geflohen war, fortgesetzt wurde. Während

es sich bei ihm um die erste tiefe Liebe (?) handelte, wurde er sich allmählich immer klarer darüber, dass die Dame ihn als Spielzeug behandelte und dass sie gleichzeitig neben ihm noch andere Freunde mit ihrer Gunst beglückte. Diese Erkenntnis, für die er lange keinerlei positive Beweise hatte, die aber trotz seiner Bemühungen sie als dumme Grille zu verscheuchen immer wiederkehrte, brachte ihn zusammen mit ungünstigen Nachrichten aus Petersburg (Tod des Vaters, Gefahren für die Mutter, Gefahr des Vermögensverlustes, unsichere Zukunft etc.) so aus dem seelischen Gleichgewicht, dass er alle paar Tage stundenlang dauernde Verstimmungszustände bekam, während derer er sich mit Selbstmordgedanken abgab, tief unzufrieden mit sich selbst war und schweres Insuffizienzgefühl hatte.

Das Merkwürdigste aber waren die Beziehungsideen, die sich ihm aufdrängten. Er brachte fast alle, auch fremde Personen in Zusammenhang mit seiner Liebe. Er glaubte, dass alle Menschen sich mit ihm beschäftigen, ihm und seiner Dame Taktlosigkeiten sagen und ihm durch die Blume ausdrücken, dass sie Beziehungen zu ihr hätten. So habe ihn im Dienst ein Offizier „durchblicken“ lassen, er werde von einer perversen Dame sehr verwöhnt. Dies konnte sich nur auf sie beziehen. Ein früherer Kollege aus dem Polytechnikum macht Anspielungen bei der Erklärung einer technischen Arbeit, spricht von Rundungen, die sich nur auf die Dame beziehen können. Jetzt besucht ihn der Kollege; er trägt nur an den Tagen, an welchen er mit der Dame ihn im Gefängnis besucht, einen braunen Anzug, den sie an Herren besonders liebt. —

Pat. gibt zu, dass bei ihm ein absonderlicher Eifersuchts-wahn besteht. „Wahn“ deshalb, weil Pat. für alle seine Behauptungen, wie er selbst zugibt, keinerlei Beweise hat. Er ist überzeugt, dass seine Freundin „nymphomanisch und lesbisch“ veranlagt sei, obwohl sie fast mit niemandem verkehrt, sich sogar auffallend zurückzieht und selten mit jemandem spricht. Für Untreue will er allerdings zwei Beweise haben. Einmal habe er durch ein Fenster seine Dame in intimer Stellung mit einem Herrn gesehen, das andere Mal habe er ihre Stimme im Zimmer eines anderen Herrn gehört. Die Dame habe ihm gegenüber alles geleugnet und wolle sich stets völlig korrekt benommen haben. Sie habe ihn aber mit Kaffebodensatz vergiften wollen. — Hier erzählt Pat., dass er nicht etwa befürchtet habe, es sei Gift darin gewe-

sen, „das wäre ja nicht logisch“, sondern er habe nur angenommen, es befinde sich ein Schlafmittel darin, um ihn zu beruhigen.

*Status psychicus:*

Pat. ist allseitig vollkommen orientiert, klar und besonnen, und gibt gewandt, fließend und zunächst ohne Erregung eine sehr anschauliche Lebensbeschreibung. Bei der Erzählung seiner Liebesgeschichte ändert sich dieses Verhalten insofern, als er Zeichen lebhafter Gemütsregung zu zeigen beginnt. Er wird sichtlich verlegen, die gewandte Art zu sprechen lässt nach, trotz sichtlicher Bemühung möglichst klar seine Eindrücke und Empfindungen auszudrücken, — seine Sätze werden sprunghaft, die Gedankengänge verlieren den logischen Zusammenhang, werden teilweise direkt zerfahren und unverständlich. Auch nachdem sich Pat. wieder beruhigt und volles Vertrauen zum Refer. gewonnen hat und ohne Scheu seine innersten Gedanken mitteilen will, fällt doch eine deutliche Zerfahrenheit in manchen Ideenverbindungen auf. Ein besonderer Affekt ist nicht erkennbar.

*Status somaticus:*

170 cm, grosser Mann von mittlerem Ernährungszustand.  
 Pupillen gleichweit, rund. Lichtreflex rechts —, links +.  
 Kornealreflex herabgesetzt.  
 Rachenreflex herabgesetzt.  
 Patellarreflex rechts —, links lebhaft.  
 Achillesreflex rechts —, links +.  
 Babinski 0.  
 Kremasterreflex +.  
 Bauchdeckenreflex nicht zu prüfen, weil die Bauchhaut faltig, schlaff ist.  
 Motilität und Sensibilität intakt.  
 Romberg 0.  
 Wassermann im Blut negativ.

Zwei Wochen nach der obigen Exploration wird er aus dem Gefängnislazarett zurück in die Strafanstalt versetzt, weil er angeblich befürchtet nach Seewald geschickt zu werden und jetzt besonnen redet. In der Zelle renommiert er, er habe nur den Geisteskranken gespielt, um freizukommen.

Da sein Benehmen der Gefängnisadministration gegenüber tadellos ist, wird er auf Antrag der Gefängnisfürsorge vor der

Frist, im Februar 1930, befreit. — Besucht gelegentlich den Refer. und erzählt besonnen in einer längeren Unterhaltung, er habe im Gefängnis nur den Geisteskranken markieren wollen; gibt an simuliert zu haben, um seine Befreiung durchzusetzen. — An die Zeit seiner angeblichen Erkrankung im Gefängnislazarett kann er sich nicht erinnern, will sich auch nicht davon überzeugen lassen, dass er nun unter der Fürsorge- resp. polizeilichen Aufsicht stehe. Eine Krankheitseinsicht erfolgt nicht. — Ein Mitte April eingelaufener Brief der Mutter hebt zwar die Beschäftigungsfähigkeit des Begutachteten hervor, spricht aber von gewissen Eigentümlichkeiten. —

Für den Psychiater liegen die praktischen Nutzenwendungen der Simulation deutlich auf der Hand. Es ist selbstverständlich, dass man, um den Tatsachen auf den Grund zu kommen, möglichst lange Beobachtungen anstellen, die Erhebung einer möglichst genauen Vorgeschichte fordern und alle Akten, Angaben der Angehörigen und Zeugenaussagen ausnutzen muss. Ist einmal, trotz der vorgetäuschten Erscheinungen, eine Krankheit nachgewiesen, die sich über die gewöhnliche Psychopathie hinaus erstreckt, oder ist angeborener Schwachsinn und Hysterie festgestellt, dann darf Simulation nicht angenommen werden, obgleich man der Überzeugung ist, dass der Täter sich einer Aggravation schuldig gemacht hat.

---

## Literatur.

1. H o c h e. Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Berlin 1909.
2. W i l l m a n n s. Über Gefängnispsychosen, zitiert nach Isserlin, Zeitschr. für Psych. u. Neurol. Bd. 80.
3. K l i n e b e r g. Über Simulationen geistiger Störungen. Zeitschr. für d. gesamte Psych. u. Neurol. Original Bd. 71, S. 239.
4. H ü b n e r. Weitere Versuche und Beobachtungen zur Simulationsfrage. Deutsche mediz. Wochenschr. 4, S. 95.
5. B o n h o e f f e r. Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen, zitiert nach Isserlin.
6. B i r n b a u m. Die psychopathischen Verbrecher. Berlin 1914.

7. Lenz. Grundriss der Kriminalpsychologie. Wien 1927.
8. Trüpper. Anfänge abnormer Erscheinungen im kindlichen Seelenleben. Altenburg 1912.
9. Kraepelin. Einführung in die psychiatrische Klinik. Leipzig 1921.

Klinische Krankengeschichten (Psychiatrische und Nervenlinik der Universität Tartu):

Nr. 13.110, 12.906, 13.083, 13.059, 13.106, 12.866, 12.867, 12.869, 12.872, 12.904, 13.003, 13.026, 13.028, 13.040, 13.050, 13.048, 13.059, 13.089, 13.126, 13.133, 12.863, 12.874, 12.876, 12.916, 12.928, 12.929, 12.953, 13.014, 13.018, 13.096, 13.098, 13.137.

## **Psychogene Geisteskrankheiten und Grenzgebiete.**

Die psychogenen Erkrankungen erregen den grössten Verdacht auf Simulation. — Alles Unklare und Missverständliche beruht auf einer Verkennung des Verhältnisses zwischen psychogenen Krankheiten und Simulation. Die Beziehungen zwischen beiden sind eng und eigenartig. Ihre Kenntnis bildet den Unterbau, auf dem wir im Einzelfalle die Simulations- oder die Krankheitsdiagnose aufbauen können.

Als klinisch wesentliches Ergebnis hebt Bonhoeffer (1) die Schwierigkeit der Unterscheidung hervor. Dieses haben auch Schultze (2), Seeligmüller (3) und Oppenheim (4) in ihrem 1891 erstatteten Gutachten behauptet und die Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen Simulation und psychogener Krankheit erwähnt.

Die funktionellen Erkrankungen des Nervensystems haben in der Geschichte des Sachverständigenwesens immer eine Rolle gespielt. Ursprünglich vielfach nicht erkannt und nicht anerkannt (Kretschmer 5), wurden sie in den neunziger Jahren zum Gegenstand einer lebhaften Diskussion.

Einzelne Autoren (Risch 6) wollten die psychogenen Erkrankungen ganz als Simulation auffassen, während andere eine Aggravation der latenten Erkrankung darunter verstanden (Birnbäum 7, Stern 8). Auch heute ist dieser Streit noch nicht beendet. Aber die Frage der Simulation der funktionellen Störungen des Nervensystems kann man wohl als geklärt betrachten. Eine reine Simulation der funktionellen Symptome ist eine Seltenheit. Wenn man mit dem Namen „funktionelle Störung“ eine schwere und vielseitige psychogene Krankheitserscheinung bezeichnet, die eine Erwerbsunfähigkeit zu begründen sucht, so wird man hier selten Simulanten finden. Versteht man darunter aber die nach den Ereignissen sich richtenden nervösen Allgemeinerscheinungen, ohne ein Zeichen eines organischen Leidens, so findet

man hier eine ganze Anzahl Kranker, die auch dann ihre Behauptungen fortsetzen, wenn sie über nichts mehr zu klagen haben. Unter diesen findet man öfters Simulanten.

Aggravationen wie auch vollständige Fälschung einzelner Symptome kommen im letztgenannten Falle häufig vor. Diese Erscheinungen finden wir in klinischen Fällen der Hysterie wieder (M a r c u s e 9), in Fällen mit körperlichen Symptomen und in Fällen mit hypochondrischen Vorstellungen ohne manifeste Symptome.

In der Begutachtung der funktionellen Erkrankungen können wir immer nur von dem Grundsatz ausgehen: niemals aus der Simulation oder Aggravation einzelner Krankheitszeichen auf die Simulation der ganzen Krankheit zu schliessen.

Um die echten funktionellen Störungen von den simulierten zu unterscheiden, bedient man sich folgender Methoden: Die erste (engere) Methode hält es für wichtig, das Nervensystem des zu Untersuchenden in allen Einzelheiten zu durchforschen, um möglichst viel Material für eine objektive Diagnose zu haben. Es wird Wert gelegt auf die Prüfung verschiedener Gefühlsarten am ganzen Körper, der Sehschärfe, des Gesichtsfeldes, des Riechens und Schmeckens, auf die Durchforschung der Körperfläche nach druckempfindlichen Punkten, auf die Untersuchung des Pulses und des Herzens beim Bücken, beim Liegen und Aufstehen und bei völliger Ruhe.

Die psychiatrische (weitere) Methode legt Wert auf die genaue Beobachtung des seelischen Verhaltens des Neurotikers, auf das Stimmungsleben, auf die geistige Regsamkeit und auf sein Gedächtnis und seine Willensbetätigung.

Über psychische Untersuchungsmethoden berichtet uns schon J e s s e n (10). Seit K r a e p e l i n (11) und S o m m e r (12) wendet man bei den Untersuchungen die Methoden der neueren experimentellen Psychologie an. Bei solchen Prüfungen ist der zu Untersuchende nicht imstande, willkürliche Ergebnisse zu bewirken (E n g e l k e n und R a n g e t t o 13).

Die dritte, gemischte neurologisch-psychiatrische Methode (E r b e n 14) empfiehlt zur Unterscheidung der Simulation von funktionellen Störungen gewisse häufig wiederkehrende Krankheits-symptome zu beobachten, und zwar in bezug darauf, welche Bedeutung sie für das Vorhandensein einer wirklichen Krankheit haben.

Eine Simulation zu entlarven gelingt wohl immer bei einer

Vereinigung beider Methoden. Ergeben sich aber Zweifel, so ist der Zweifel durch eine (weitere) psychiatrische Untersuchungsweise zu lösen.

Eine ganze Reihe von Autoren, unter anderen W. Mayer (15), Forster (16), Sträussler (17), berichten, dass bei der Untersuchung öfters Täuschungsversuche beobachtet werden, bei denen man auch betrügerische Mittel anwendet.

Wir wollen zunächst unsere Beobachtungen psychogener Krankheiten in 3 Kategorien teilen: 1) in funktionelle, bloss körperliche Erkrankungen, 2) in echte Störungen, und 3) in mehr oder weniger bewusste Übertreibungen.

Die I. Gruppe der Störungen, welche wir diagnostisch verwerten wollen, umfasst jene Fälle, wo manifeste körperliche Symptome, die Stigmata der nervösen Erscheinungen, produziert werden. Die Beständigkeit der einzelnen Symptome lässt sich nicht immer zur Kontrolle ihrer Echtheit verwerten. Dieses gilt ganz besonders von denjenigen Erscheinungen, welche den Leidenden selbst wenig belästigen und ihm erst bei der Untersuchung zum Bewusstsein kommen. Wenn aber bestimmte Störungen der Herz-tätigkeit, Zittern und Reflexstörungen, Lähmungen und Muskelschwäche, Krampf, Schwindel, Gleichgewichts- und Sprachstörungen u. s. w. simuliert werden, so wird man erwarten müssen, dass diese Störungen nur zeitweise bei der ärztlichen Untersuchung auftreten und nicht dauernd zum Ausdruck kommen.

Gegenwärtig steht fest, dass wir auch experimentell Simulationen erzeugen. Löwenstein (18) teilt seine Versuchspersonen in 2 Gruppen: die einen, die körperliche Symptome produzierten und sie mit Klagen vorzeigten, und die anderen, die nur Klagen ohne körperliche Symptome vorbrachten. — Die dadurch entstehenden körperlichen Symptome können wir auch als Reaktionen auf die Untersuchungsmethode ansehen; diese simulierten Symptome sind aber von hysterischen Symptomen nicht zu unterscheiden. — Solche Manifestationen der Simulation sind als Erfolg bewusster, nach Vorstellungen zweckmässig geleiteter Willenstätigkeit anzusehen (Vallon 19).

So kann die Untersuchung des gesamten Nervensystems für die Entscheidung der Frage, ob Simulation oder Neurose, die Rolle eines zweiseitigen Schwertes spielen. Bei einer Unter-

suchung kann dem wirklich Kranken eine ganze Anzahl Krankheitserscheinungen suggeriert, dem Simulanten aber Anregung zu Täuschungsversuchen gegeben werden.

Wir lassen hier eine Krankengeschichte mit simulierten funktionellen Symptomen folgen:

#### Fall VII.

Oswald E., geb. 10. XI. 1899 in Tartu.

Objektive Ergebnisse: Erbliche Belastung. Eine Tante in Riga in der Irrenanstalt. Patient mit 17 Jahren Scharlach, mit 23 Jahren symmetrisches Ekzem beider Hände.

Subjektive Ergebnisse: Tachykardie, ständiges Schwitzen; durch Aufregungen, Sorgen (Einberufung zum Militärdienst) und physische Anstrengungen Verschlimmerung des Zustandes.

Der Fall ist in den Jahren 1923—1932 4 mal begutachtet worden:

- 1) 1923—27 vom Referenten.
- 2) 1927 Begutachtung der Nervenlinik.
- 3) 1927 Begutachtung der Psychiatrischen u. Nervenlinik.
- 4) 1932 nochmalige Untersuchung des Referenten.

#### I. Begutachtung des Referenten.

Herz — ohne Befund, Lungen — ohne Befund, Puls 140. Zittern des Körpers. Das Zittern hört auf, nachdem die Füße der Stütze beraubt werden. Dabei geht die Pulsbeschleunigung auch zurück, Pat. lässt sich die Haut bestreichen, ohne Schmerzáusserungen kundzugeben. Gibt an, Tast- und Gefühlsstörungen am ganzen Körper zu haben. Bei der Berührung der Rückenlinie, rechts und links innerhalb 3 cm Fläche, ist er nicht imstande anzugeben, wo er berührt wurde. — Es entwickeln sich allmählich Zitterbewegungen in den unteren Extremitäten. Schwitzt stark am ganzen Körper. Bei der Untersuchung des Korneal- und des Konjunktivalreflexes — starke Abwehrbewegungen. Ist bemüht die Reflexe zu unterdrücken, obgleich sie eher nur herabgesetzt sind. Tracheal-, epigastr., Ventral-, Sohlen-Reflex vorhanden, werden aber abgeleugnet. Bei der Untersuchung des Trachealreflexes Tränen in den Augen. Temperatursinn und Lokalisationsvermögen ohne Befund. Störungen des Geschmacks, Störungen des Geruchs nicht vorhanden. Tremor des ganzen Körpers.

Grobschlägige und langsamschlägige Zitterbewegungen. Pulszählen; Beschleunigung des Pulses durch den faradischen Strom. Beim Zittern Schweißstropfen auf der Stirn.

Diagnose: *Neurasthenia vera*.

Schlussfolgerung: starke Aggravation. Dienstfähig.

## II. Begutachtung der Nervenkl.ink.

Patient erkrankte gleich nach der Einberufung zum Militärdienst. Vom 21. bis zum 23. X. 1927 in der Universitäts-Nervenkl.ink (Prof. Puussepp). Keine Abweichungen von den Allgemeinforderungen (cranii, vertebr.), ebenso keine Absonderlichkeiten in Wort und Schrift. Liquor cerebrospinalis nicht untersucht. Puls 130—140. Röntgenaufnahme des Herzens ohne Befund.

### I.

#### Nervi cerebrales.

Mimik — ohne Befund.	
Augen	OB
Sensibil.	OB
Visus	OB
Zunge	OB
Mund	OB
Geschmack	OB
Geruchsinn	OB
Gehör	OB

### II.

#### Sphaera sensitiva.

Haut	OB
Knochen	OB
Muskeln	OB
Stereognost.	OB
Druckempfindl.	OB
Reaktion auf Elektr.	OB
Mechanisch. Nervenreiz	OB

### III.

#### Sphaera motorica.

Muskelkraft	OB
Bewegung	OB
Tremor	OB
Koordination	OB
Cerebellumerschein.	OB
Hyperkinet. Erschein.	OB
Apraktische Erschein.	OB

### IV.

#### Vegetat. Nervensystem.

Demograph. — rot, in normal. Grenzen.
Réflexe pilomoteur — norm.
Réflexe oculocardiaque — keine Veränderung d. Rhythmus.
Sekretor. — Schwitzen des Gesichts, der Axillarhöhlen u. der Hände.
Speichel — normal.
Tränen — normal.

## Reflexe:

	dextr.	sinistr.
korneal	+	+
tracheal	+	+
epigastr.	+	+
ventral	+	+
cremast.	+	+
triceps	+	+
biceps	+	+
patella	+	+
Achill.	+	+
Radius	+	+
Babinski	—	—
Oppenheim	—	—
Puussepp	—	—
Barré	—	—
Phaenom. patellae	—	—
„ pedis	—	—

Diagnose: Palpitatio cordis. Aggravatio.  
Schlussfolgerung: Dienstfähig.

## III. Begutachtung der Psychiatrischen Klinik.

Patient wird in die Psychiatrische Klinik übergeführt (13. IV.—26. IV. 1927).

Pat. mittelgross, stark gebaut, gut entwickelt. An beiden Händen chron. symmetr. Ekzem. Tachykardie 104—124. Blutdruck 175—200 mm Hg, psychisch deutlich beeinflussbar. Lungen — OB. Herz 4+11 cm, im Stehen II. Ton über dem ganzen Herzen stärker als derjenige der Aorta, links vom unteren Sternalrande I. Ton leicht gespalten, über der Spitze nicht. In den Lungen auch über der Spitze I. Ton etwas gespalten. II. Aortenton am lautesten, Spitzenstoss schlecht fühlbar, aussetzend, nicht hebend oder verbreitet. Leber  $\frac{1}{2}$ —1 Querfinger fühlbar empfindlich, am meisten an der Mamillarlinie, bei Lagenwechsel etwas beweglich. Pupillen recht weit, reagieren gut. Dermographismus. Pilomotorreflex +, kein Tremor der Hände. Urin urobiligen +.

	am Morgen mm Hg	am Abend mm Hg
16. IV. Puls 100—120	—	—
17. IV. Puls 120—132	RR 168	90
19. IV. Puls 100—124	RR 175	180
20. IV. Puls 110—120	RR 170	175
nach d. Treppensteigen 136		
21. IV. Puls 112—120	RR 170	175
22. IV. Puls 120	RR 170	160, 165, 170
23. IV. Puls 104	RR 165	175—170
<sup>1</sup> / <sub>2</sub> Stunde später 130		
24. IV. Puls 104—112	RR —	165—175
nach d. Treppensteigen 132		
25. IV. Puls 116	RR 155	165
26. IV. Puls 104—116	RR 160	
nach d. Treppensteigen 140		
nach körperl. Anstreng. 168		

Diagnose: Sympathikotonischer Zustand. Schlussfolgerung: Dienstunfähig.

#### IV. Untersuchung des Referenten.

Untersucht vom Referenten am 22. IV. 1932.

Patient gibt an, im Jahre 1927 simuliert zu haben. Ein medizinisch vorgebildeter Kurpfuscher soll ihn dazu angeregt haben. Eben behauptet er, die Technik der willkürlichen Pulsbeschleunigung vergessen zu haben.

Wenden wir uns zunächst zur Erörterung der subjektiven Klagen des Begutachteten. Die erste Angabe betrifft die Störung der Sensibilität. Wenn man aber bedenkt, dass auch gesunde Menschen nicht imstande sind, über ihre Hautgefühlsqualitäten Angaben zu machen, so kann man hier leicht fälschlich eine Gefühlsstörung diagnostizieren. Die von Lombroso (20) als Stigmata verbrecherischer Anlage aufgefasste Minderempfindlichkeit gegen Schmerzreize ist vielen Menschen eigen. Die individuelle Empfindlichkeit ist sehr verschieden, weil die Schwellenwerte ganz ungleich hoch sind.

Ergibt sich eine anästhetische Zone genau entsprechend dem Verbreitungsgebiete eines peripheren Nervs, so kann wohl im allgemeinen kein Zweifel entstehen, — dabei darf jedoch nicht vergessen

werden, dass ein Simulant von sachkundiger Seite eingeübt sein könnte.

Beim oben beschriebenen Fall fänden wir herabgesetzte Schleimhautreflexe (I. und II. Begutachtung) sowie Tast- und Gefühlsstörungen am ganzen Körper, wobei die Herabsetzung der betreffenden Reflexe allerdings zweifelhaft ist. Wenn auch das Fehlen der genannten Reflexe bei abgelenkter Aufmerksamkeit nichts beweist, so wurden in unserem Fall tracheale, epigastrische und ventrale Reflexe ausgelöst, an den seitlichen unteren Teilen des Brustkorbes und an den Fusssohlen Kitzelreflexe erzeugt. Bei der Prüfung von Schleimhautreflexen treten bei der Unterdrückung des Würgaktes dem Patienten Tränen in die Augen, während bei der Berührung der Cornea der Reflex prompt auftritt. Die simulierte rechtsseitige Tastempfindung wurde durch eine Berührung der Rückenlinie (Stiche innerhalb 3 cm Fläche) entdeckt; Patient ist nicht imstande anzugeben, ob die Berührung rechts oder links stattfand, und ist in seinen Angaben unsicher.

Die Abstumpfung des Schmerzgefühls ist schwer vorzutäuschen. P e n t a (21) berichtet über einen Simulanten, der bei der Berührung angeblich unempfindlicher Stellen mit dem elektrischen Pinsel nicht nur keinen Schmerz äusserte, sondern sogar gleichzeitig Rechenaufgaben löste. Solche Selbstüberwindung ist nur dann möglich, wenn die Aufmerksamkeit des Untersuchten auf die Prüfung gerichtet ist. O p p e n h e i m (22) und P u u s s e p p (23) warnen davor, das blosses schreckhafte Zusammenzucken, wie es auch durch Berührung zu erzielen sei, als Schmerzzuckung zu deuten. Eine Prüfung mit dem faradischen Strom ergab nur eine Pulsbeschleunigung. B e c h t e r e v (24) behauptet aber, dass ein schmerzhafter Reiz auch eine Pulsänderung bewirken kann. Wer also keinen Schmerz empfindet, darf auch keine Pulsveränderung zeigen.

Die körperlichen Untersuchungen der Patienten werden von einem ständigen Tremor der Extremitäten begleitet, was den Eindruck von willkürlichem Zittern macht. Als Massstab für die Echtheit des Zitterns gilt seine Form und seine Dauer. Die Untersuchung ergibt (R i s c h 25), dass das Zittern des Neurasthenikers schnell, kleinschlägig und regelmässig ist, durch Aufregung und Anstrengung aber sich verstärkt. Das Zittern bei der multiplen Sklerose pflegt unabhängig von seelischer Erregung zu sein, abhängig dagegen von Zielbewegungen (O p p e n h e i m 26). Das

Schüttelzittern bei Paralysis agitans ist grobschlägig, langsam und regelmässig, allen Ablenkungen zugänglich.

Andere Zittererscheinungen findet man als Alteserscheinungen, bei Alkoholikern, sowie bei Quecksilbervergiftungen (Hoppe 27); bei der Hysterie kommen alle sonst beobachteten Arten des Zitterns vor.

Was nun die Pulsbeschleunigung unseres Falles anbetrifft, so liegt hier die Voraussetzung zugrunde, dass sie ein Zeichen einer ungewohnten Kraftanstrengung ist; es erwies sich in unserem Fall, dass mit der Unterbindung des Zitterns durch die Muskelentspannung, welche durch die Beraubung der Körperstütze erzielt wurde, die Pulsbeschleunigung sofort nachgab.

In der II. Gruppe der beobachteten psychogenen Krankheiten handelt es sich um echte Störungen, wenn auch in anderem Sinne als bei körperlich Kranken. Bei dieser Gruppe müssen wir der subjektiven intentionellen Stellungnahme des Patienten freieren Raum geben, was wir bei der Aufstellung der klinischen Bilder nicht können. Irgendein äusserer Anlass (Erregung, Schreck, Verhaftung etc.), auch ein unbehagliches Organgefühl, erweckt die Vorstellung eines krankhaften Zustandes. Infolge des abnormen Seelenzustandes wird diese Vorstellung nicht korrigiert, sondern gewinnt für den Pat. überzeugende Gewalt. Die Empfindungen, welche der Kranke von Empfindungen realen Ursprungs gar nicht zu unterscheiden vermag, wandeln sich um. Der Kranke glaubt nicht mehr sprechen, hören, nicht mehr gehen zu können.

Diese krankhaften Empfindungen sind auf dem Wege verstandesmässigen Überlegens nicht zu beseitigen. Sie schwinden aber, wenn die Aufmerksamkeit davon abgelenkt wird. Bei den schweren Formen der Hysterie gelingt dieses entweder gar nicht oder nur für einzelne Krankheitszeichen, oder nur durch sehr starke Gemütserschütterungen.

Bei leichten Formen kommt es nicht nur vor, dass eine intensive Hinlenkung der Aufmerksamkeit des Kranken auf andere Gegenstände durch einen Dritten die betreffenden Störungen zeitweise beseitigt, — sondern hier können die Hysterischen selbst auf kürzere oder längere Zeit über anderen Interessen jene Symptome „vergessen“.

Da diese psychogenen Krankheitszeichen im Vorstellungsleben ihren Ursprung haben, so entsprechen sie in ihrer Erscheinungsform auch nicht dem Bilde solcher Störungen, wie sie bei körperlichen Kranken vorkommen.

Am markantesten sind die Veränderungen des Stimmungslebens (Fürstner 29). Die Stimmungsumschläge gehören zur Regel; dabei verlässt den Patienten auch im Affekt nicht der Hang zur Selbstbeobachtung. In seinen Wesenseigentümlichkeiten liegt manches, was an Simulation erinnert, jedoch auch manches erkennbare Unterscheidungsmerkmal. Die charakteristischen Seh-, Sprach- und anderen Störungen, auch Stimmungsanomalien, kann ein Simulant nicht leicht markieren. Der Vortäuscher hält die Maske nur so lange vor, als er sich untersucht weiss, oder zeigt sich von vornherein affektlos, oder wendet seine ganze Kunst nur auf die Demonstration körperlicher Abnormitäten an. Die Erregungsausbrüche der Hysterischen haben in ihrer Mischung von echter Leidenschaft und Pose auch etwas Kennzeichnendes, und die tieferen Hemmungs- und Depressionsformen lassen sich auf längere Zeit hinaus nicht vortäuschen.

Das vortäuschungsverdächtige Gebahren der Hysterischen wird uns verständlich allein durch die Kenntnis des Mechanismus der Hysterie und ist in seinem Kern nur mit dem Massstab des Psychiaters zu messen.

Wir beschreiben hier einen Fall aus dem Kommunistenprozess im März 1931.

#### Fall VIII.

Helene J., 43 Jahre alt, Arbeiterin. Verurteilt zu 10 Jahren Zwangsarbeit.

Über die Vorgeschichte ist nichts bekannt. Anfang November 1930 in Tallinn ergriffen, soll kommunistische Agenten bei sich beherbergt haben, wurde in Untersuchungshaft genommen. Seit der Zeit — mutistisch.

Beantwortet an sie gerichtete Fragen weder dem Untersuchungsrichter noch dem Gericht. Wird von den Ärzten (Dr. Wiborg) für eine Simulantin erklärt. Dem Arzte gegenüber, dem sie schon während der Haft zugeführt wurde, äussert sie nichts, bleibt stumm und gleichgültig allen Fragen gegenüber, spaziert mit verständnisloser Miene in der Zelle herum. Auf das hingereichte Papier schreibt sie ihren Namen, Geburtsjahr

und Wünsche in gedrängter Form. — Die Zelleninsassen und die Gefängnisadministration geben an, dass H. J. mit ihnen einige Sätze gesprochen und verschiedene Wahnvorstellungen geäußert habe, so halte sie sich für eine Erfinderin und eine Weltverbessererin.

Seit der Verhaftung war sie ihren gerichtlichen Angelegenheiten gegenüber vollkommen gleichgültig.

Bei der Rückkehr aus dem Gericht sei sie aufgeregt gewesen, habe Wein- und Lachkrämpfe gehabt, sei einige Tage später aber schon stumpf gewesen und habe vor sich hingebütet.

Nach ungefähr 6monatiger Haft beginnt sie gezwungene Stellungen einzunehmen: stundenlang bewegungslos gestanden und sich sonderbar verhalten, alles verkehrt gemacht, — sogar den Kaffee sich über den Kopf gegossen und den Bodensatz ausgetrunken.

Wird in dieser Zeit auch vom Referenten begutachtet. Fortwährende Beweglichkeit, bevor sie aber ein Vorhaben ausführt, setzt sie 5—6 mal dazu an; z. B. wenn sie zur täglichen Gefängnispromenade ausgehen muss, kommt sie von der Zellentürschwelle zurück, ehe sie sich endgültig wegbegibt. Im Korridor der Strafanstalt kehrt sie auf dem halben Wege um. Beim Sprechen bewegen sich meist die Lippen, dabei spricht sie nicht, nur dazwischen redet sie plötzlich ganze Sätze, nicht aber dem Referenten gegenüber. Bei Beginn der Haft Nahrungsverweigerung.

Die Anwaltschaft stellte der Gefängnisdirektion den Antrag auf Untersuchung des Geisteszustandes. — Im September kam sie ins Gefängnislazarett. Hier hatte sie Krampfanfälle (hysterische?), legte sich verkehrt ins Bett, — nach einer Woche aber war sie wie umgewandelt, verhielt sich bescheiden und korrekt, konnte sprechen. Bei Gesprächen über alltägliche Dinge und in ihrem ganzen Wesen fiel sie nicht besonders auf, eine eingehende Befragung ergab aber kritiklose Vorstellungen hinsichtlich ihrer Gegenwart und Zukunft. — Sie wollte sich auch bessern, wieder eine gute Bürgerin werden, etc. Sie sei gar nicht im Gefängnis, sondern im „Gutsschloss“. Die „Vernunft“ habe ihr vordiktirt die Stumme zu spielen, um mit einer mildereren Strafe davonzukommen.

Status somaticus:

2. III. 1931. Anästhesie der Haut (Manschettenform), Mutismus.  
Störungen der Haut- und Schleimhautreflexe.

Singultus, Angstgefühl.

Schnellschlägiger Tremor.

Die beiden oberen Extremitäten durch Muskelspannung fixiert.

Status psychicus:

Labilität der Stimmung. Angstzustände, übergrosse Erregbarkeit.

Absoluter Mangel an Konzentrationsfähigkeit.

Das Handeln offensichtlich planmässig.

Mangelhafte Reproduktionstreue.

Kann auf Aufforderung nicht bis 10 zählen,  $2 \times 2 = 5$ .

Nennt die Uhr „Schere“, den Bleistift „Katze“.

Wir sehen hieraus, dass eine angebliche Simulation durchaus den Eindruck des Krankhaften machen kann, und genau wie eine Haftpsychose, ein „Ganserscher“ Dämmerzustand etc. wirkt. Hier besteht eine so enge Verwandtschaft zwischen Krank- und Nichtkranksein, dass eine Scheidung der psychogenen Störungen von den Simulationen nicht denkbar ist. Stern (30) nennt sie Situationspsychosen, weil sie wieder verschwinden, wenn die Lage sich günstig wendet. Jung (31) erklärt, dass die einzelnen Momente auf den angeblichen Simulanten dermassen wirken, dass er einer Autohypnose erliegen kann. Willmanns (32) meint, dass ein Teil der Dämmerzustände dem Wunsche krank zu sein entspringe.

Die Forschungen über den Ganserschen Zustand lassen vermuten, dass zwischen diesem und unserem Falle eine Verbindung besteht. Bekanntlich beschrieb Ganser (33) einen Symptomkomplex, für welchen gerade dasjenige Verhalten bei der Verstandesprüfung charakteristisch sei, welches man sonst als sicherstes Merkmal der Simulation angesehen habe. Seine Kranken gaben auf die einfachsten Fragen Antworten, die als absichtlich falsch erscheinen mussten, behaupteten keine Augen zu haben, erklärten, ein Pferd habe 3, ein Elephant 5 Beine.

Bei seinen Untersuchungsgefangenen hatte Ganser den Mut zu behaupten, dass weder Simulation noch bewusste Übertreibung vorliege, denn das Verhalten der Personen sei durchaus beweisend für eine echte Störung gewesen,

sie hätten ihre unsinnigen Antworten nur auf besonderes Befragen gegeben, sich zurückhaltend, zum Teil scheu und gehemmt benommen. Der ganze Zustand sei dann nach einigen Tagen mit einem Schlage verschwunden.

Bei der dritten Gruppe der begutachteten psychogenen Geisteskrankheiten handelt es sich um mehr oder weniger bewusste Übertreibungen und Fälschungen auf Grund eines krankhaften Seelenlebens. Nicht alle Erscheinungen sind als subjektiv echt anzusehen. Wir können nie ohne weiteres bewusste Aggravation und Simulation in jenen Fällen annehmen, in denen die Annahme einer wirklichen subjektiven Krankheitsüberzeugung zu ihrer Erklärung nicht ausreicht. Aber beim Hysterischen geschieht alles unter dem Einfluss krankhafter Charaktereigenschaften. Der Hysterische hat den Drang, sein Leiden recht ungewöhnlich erscheinen zu lassen. Er findet Vergnügen daran, sein Leiden möglichst grell darzustellen oder sich mit seinen ungewöhnlichen Erscheinungen interessant zu machen.

Durch das Vorkommen fließender Übergangsstadien von den leichtesten Hysterieformen zu normaler menschlicher Schwäche wird die Aufgabe des ärztlichen Sachverständigen ungemein schwierig.

Die Hysterie ist eine Krankheit, welche in ihren schwersten Formen, ganz so wie körperliches Leiden, die Leistungsfähigkeit aufhebt. Das Gebahren der Hysterischen macht aber vielfach den Eindruck des Gekünstelten, und wenn wir die Echtheit der Erscheinungen prüfen, ergeben sich bei Hysterischen Merkmale, die sonst nur bei der Simulation vorkommen.

Unseren Fällen gemeinsam ist das Bestehen von Krankheitsvorstellungen, die durch Vernunftgründe nicht beseitigt werden können, die aber verschwinden, sobald die betreffenden Personen unter dem Einfluss eines moralischen Zwanges entschlossen sind, ihre Kräfte wieder ernstlich zu erproben.

Solche Personen als Simulanten zu bezeichnen, wäre verhängnisvoll, wenn man daraus strafrechtliche Folgerungen zöge.

Im Falle ganz schwerer Formen ist bei ihnen die Zurechnungsfähigkeit ebensoweit aufgehoben, wie die Leistungsfähigkeit herabgesetzt ist. — Bei den leichteren Formen trennen sich natürlich die Wege. Abgesehen von zielbewussten Betrügereien, wird man die Übertreibungen vom Gesichtspunkt der Straffe-

setzung immer mit der dem Hysteriker eigenen seelischen Verfassung entschuldigen.

Wenn wir nun daran gehen, die Differenzialdiagnose der Hysterie und der reinen Simulation zu erörtern, so können wir nur an die Worte von Bruns (34) erinnern, dass die Hysterie sich nicht nach physikalischen, sondern nach psychologischen, und zwar nach ihren eigenen psychologischen Gesetzen richtet.

Es ist falsch, immer das hysterisch zu nennen, was nicht in ein Krankheitsbild hineinpasst, — ebenso falsch aber ist es, das Krankheitsbild nach bestimmten Symptomen zu umgrenzen und alles, was nicht in diese Grenzen hineinpasst, simuliert zu nennen.

## Literatur.

1. Bonhoeffer. Deutsche medizin. Wochenschrift 1926, S. 182.
2. Schultze.
3. Seeligmüller. } Zitiert nach Bonhoeffer.
4. Oppenheim. }
5. Kretschmer. Die Gesetze der willkürlichen Reflexverstärkung in ihrer Bedeutung für das Hysterie- u. Simulationsproblem. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 41. 1918.
6. Risch. Beitrag zum Verständnis der psychogenen Zustände. Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 65.
7. Birnbaum. Zur Frage der psychogenen Krankheitszustände. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 7. 1911.
8. Stern. Beiträge zur Klinik hysterischer Situationspsychosen. Archiv für Psych. Bd. 50. 1913.
9. Marcuse. Zur psychologischen Unterscheidung von Hysterie u. Simulation. Mediz. Klinik 1918, Nr. 9 u. 10.
10. Jessen. Über psychische Untersuchungsmethoden. Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 12.
11. Kraepelin. Psychiatrie. Leipzig 1909.
12. Sommer. Kriminalpsychologie. Leipzig 1904.
13. Engelken u. Rangetto. Nachweis d. Simulation durch d. Assoziationsexperiment. Ärztl. Sachverständ.-Zeitung 1916, Nr. 4, zitiert nach Isserlin.
14. Erben. Begutachtung der Kriegsneurosen u. Diagnose ihrer Simulation. Wiener med. Wochenschr. 1919, Nr. 19.

15. Mayer, W. Über Simulation u. Hysterie. Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psych. Bd. 39.
16. Forster. Hysterische Reaktion u. Simulation. Monatschr. für Psych. u. Neurol. Bd. 42.
17. Sträussler. Beiträge zur Kenntnis der hysterischen Dämmerzustände. Jahrbuch für Psych. Bd. 32.
18. Löwenstein, O. Experimentelle Studien zur Symptomatologie der Simulation und ihrer Beziehungen zur Hysterie. Archiv f. Psych. Bd. 72, S. 359. 1925.
19. Vallon. Vorbauende Simulation. Annales médico-psychol. Bd. 56, refer. Allgem. Zeitschr. f. Psych.
20. Lombroso. Der Verbrecher in anthropologischer, ärztlicher u. juristischer Beziehung. Hamburg 1896.
21. Penta. Simulation von Geisteskrankheit. Würzburg 1906.
22. Oppenheim. Die traumatischen Neurosen. Berlin 1889.
23. Pussep. Peripherische Nervenkrankheiten. Tartu 1931.
24. Bechterev, zitiert nach Pussep.
25. Risch. Beitrag zum Verständnis der psychogenen Zustände. Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 65.
26. Oppenheim. Siehe oben (Nr. 22).
27. Hoppe. Die Tatsachen über den Alkohol. München 1912.
28. Nissel. Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Vortrag refer. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 59, S. 152.
29. Fürstner. Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Archiv f. Psych. Bd. 31, S. 627.
30. Stern. Beiträge zur Klinik hysterischer Situationspsychosen. Archiv f. Psych. Bd. 50, S. 640.
31. Jung. Ein Fall von hysterischem Stupor bei Untersuchungsgefangenen. Journal f. Psych. u. Neurol. 1902, Bd. I, S. 110.
32. Willmanns. Über Gefängnispsychosen. Sammlung zwangloser Abhandlungen. Halle 1908, zitiert nach Raেকে, Aggravation geistiger Störungen, Arch. f. Psych. Bd. 60.
33. Ganser. Archiv für Psychiatrie 1898, Heft 2.
34. Bruns. Handbuch der Nervenkrankheiten etc. Berlin 1912.

## Epilepsie.

Die Mannigfaltigkeit der Krampfformen, welche die moderne Neurologie kennt, ist viel zu gross, als dass man es unternehmen könnte, über Echtheit oder Unechtheit eines Krampfes durch die blossе Betrachtung der dabei ausgeführten Muskelaktionen zu entscheiden. Wir müssen uns hier auf die Angabe einiger Richtlinien beschränken, in denen sich unser diagnostisches Erwägen bewegen muss.

Die Krämpfe sind ähnlich zu beurteilen wie das Zittern: unsimulierbar sind diejenigen, welche sich auf einen einzelnen Muskel beschränken, sofern derselbe willkürlich nicht isoliert bewegt werden kann, ferner diejenigen, welche einzelne Teile solcher Muskeln betreffen, die wir willkürlich nur im ganzen bewegen können. Unsimulierbar sind ferner sehr rasch und lange aufeinanderfolgende Kramp fzuckungen und endlich solche Krämpfe, welche niemals völlig nachlassen, also nicht einmal nachts.

In bezug auf die Unterscheidung echter simulierbarer und unechter Krämpfe müsste die Frage offen bleiben, zumal auch die ersteren als einzelne Krankheitserscheinungen ohne nachweisbares Grundleiden vorkommen können. — Diese Möglichkeit wird bei den wichtigsten und häufigsten aller Krampfarten in Frage kommen, nämlich bei den hysterischen und epileptischen Krämpfen.

Zu hysterischer Reaktion neigt aber jeder Mensch in mehr oder weniger ausgesprochenem Masse (Forster 1). Den hysterischen Krampfanfall rechnen Oppenheim (2) und Strümpell (3) zu den unvortäuschbaren Zeichen der Hysterie.

In der Literatur über Simulation nervöser Krankheiten (Calmeil 1, 4, L. Meyer 5, C. Westphal 6 u. a.) finden wir die am sichersten beweisbaren Vortäuschungsfälle bei epileptischen Krampfanfällen.

Schon Schmetzer (7) erkannte, dass die Epilepsie von Militärflichtigen gern vorgetäuscht wurde. Die Bedeutung der Epilepsie für die Simulation ist seitdem bekannt, und die Lite-

ratur hat sich seit 1829 an Beschreibungen der Nachahmung epileptischer Anfälle stark bereichert. Es ist ein Verdienst Mönkemöller's (8) und Hüber's (9), unsere Aufmerksamkeit auf die Häufigkeit der Simulation der Epilepsie gelenkt zu haben.

Es hat eine ganze Anzahl von Personen gegeben, welche den grossen epileptischen Krampfanfall in so zweifelloser Form produzierten, dass sich sogar Romberg (10) und Esquirol (11) täuschen liessen. Bemerkenswert ist es, dass man diese Fähigkeit häufig bei Leuten gefunden hat, die zu irgendeiner Zeit ihres Lebens echte epileptische Anfälle gehabt hatten, — aber auch Gesunde haben diese Kunstfertigkeit erlernt.

Raecke (12) berichtet, dass im Weltkriege in Krankenabteilungen die Krämpfe systematisch eingeübt wurden. Henneberg (13) will im Hospital schriftliche Anweisungen zur Belehrung über Simulation von Epilepsie gefunden haben. Siemering (14) empfiehlt, niemals die Epilepsie als sicher anzusehen, ehe man selbst einen Anfall beobachtet hat.

Die Merkmale für die Echtheit des epileptischen Anfalls sind dabei nicht wenig zahlreich. Der Epileptiker erblasst beim Beginn des Anfalls. Geht dem Anfall die „Aura“ voraus, so legt sich der Epileptiker vor Beginn des Krampfes nieder. Beginnen aber die Krämpfe plötzlich, so wird er rücksichtslos hinstürzen, oft mit einem grellen Schrei, niemals wird er noch im Fallen versuchen, sich vor Verletzungen zu schützen. Seine Pupillen werden in der Regel starr und weit, während der Krämpfe ist die Atmung röchelnd und Schaum tritt vor den Mund, oft mit Blut vermischt. Die Gesichtsfarbe wird hierbei allmählich bläulich, die Krämpfe treffen die gesamte Rumpf- und Gliedmassenmuskulatur. Die Daumen sind meist eingeschlagen, biegen sich aber, wenn man sie gewaltsam aufbricht, erst beim nächsten Krampfstoss wieder zusammen. — Stiche oder elektrische Reize beeinflussen den im Krampf Liegenden gar nicht; sein Bewusstsein ist völlig aufgehoben, und auch unmittelbar nach dem Aufhören der Erscheinungen noch deutlich getrübt, so dass er auch dann auf Fragen und Anordnungen zunächst nur wie im Traume oder gar nicht zu reagieren pflegt.

Der Beweis, dass ein nach allen diesen Richtungen vollkommen ausgeprägter Anfall künstlich erzeugt werden kann, ist noch nicht geführt. Aber die Krampfbewegungen der Muskeln, die Unempfindlichkeit, die Bewusstlosigkeit, Schaum und Blut

vor dem Munde, das Röcheln, die Zyanose infolge der behinderten Atmung, — das alles lässt sich, bei eingehenden Studien und grosser Übung, künstlich erzeugen.

Ein von Salgo (15) beobachteter Simulant soll es sogar fertiggebracht haben, durch Anhalten des Atems und starres Fixieren eines Punktes eine scheinbare Starre der Pupillen hervorzubringen. Nach Salgo soll auch ein Fall vorgekommen sein, wo nach jahrelanger Simulation Reflexepilepsie mit Erfolg vorgetäuscht wurde.

Und dennoch müsste die Simulation der Anfälle von einem echten epileptischen Anfall zu unterscheiden sein. Wir bringen hier einen charakteristischen Fall aus der Gefängnispraxis.

#### Fall IX.

August R., geb. 1880, Schuhmacher. Am 26. V. 1926 ins Strafgefängnis eingeliefert.

Angaben der Gefängnisfürsorge. Schon als Kind eigensinnig, Wutanfälle mit getrübttem Bewusstsein (?). In seinem Handwerk tüchtig gewesen, kam aber in der Jugend auf Abwege, betrank sich oft schwer und liess sich zum Diebstahl verleiten. Mit 30 Jahren gab A. R. seine Beschäftigung auf und wurde Hehler. Nun arbeitete er nur noch gelegentlich und wurde 3 mal wegen Entwendung fremden Eigentums bestraft. Als er in Paide wegen Diebstahls eine Gefängnisstrafe von 1 Jahr und 8 Monaten verbüsste, wurde er in der Gefängniswerkstatt als Schuster angestellt. Hier fand er Gelegenheit sich zu betrinken (?), geriet in Streit mit einem Strafinnassen und fügte mit seinem Schustermesser nach einem Wortgefecht seinem Gefährten eine schwere Bauchwunde mit tödlichem Ausgange zu. Daraufhin wurde er zu 10 Jahren Gefängnis verurteilt und nach Reval in die Strafanstalt übergeführt.

Im Strafgefängnis benahm er sich fortgesetzt frech, behauptete epileptische Krämpfe zu haben, verlangte nach Befreiung, und konnte auch formell die Epilepsie durch ein ärztliches Zeugnis für den Rakvere-Paideschen Gerichtshof dokumentieren. Die Krämpfe wurden aber durch die Gerichtsexpertise für simuliert erklärt. — Fortwährend verlangte er im Strafgefängnis nach einer ärztlichen Untersuchung, bedrohte den Oberarzt (Dr. Reimann), beschimpfte den Referenten. Wegen fortwährenden Ungehorsams

und frechen Betragens wurde er oft in den Karzer gesperrt, und erhielt im Laufe von 6 Monaten 8 Disziplinarstrafen. Wurde dann wieder ins Paidesche Gefängnis versetzt und verhielt sich dort fast ein Jahr lang unauffällig.

Im Frühling 1932 wollte er sich durch einen listigen Überfall auf die Wärter befreien. Er machte Feuer (?) in der Arbeitskammer des Gefängnisses und drohte mit einem Stück Holz alle Vorgesetzten totzuschlagen. Wurde wieder nach Reval ins Zentralgefängnis versetzt. Hier hatte er einen Anfall, der einem epileptischen glich. Er verweigerte im Anschluss daran 4 Tage lang die Nahrungsaufnahme. Im Laufe des Sommers 1932 erhielt er 7 Disziplinarstrafen, darunter 2 mal Einzelhaft von je 3 Wochen.

Schon von Anfang November 1930 an brachte er häufig Klagen vor über seinen Zustand, beklagte sich über Schwindelanfälle, Ohnmachten und namentlich über Krämpfe. Einige Wärter wollten diese auch gesehen haben, dem Arzte und dem Gefängnisfeldscher gelang es jedoch nie, einen Anfall zu beobachten. Er sah aber nach angeblichen Anfällen schlecht aus und hatte eine schlaffe Körperhaltung. — Während einer 3wöchigen Behandlung im Lazarett des Zentralgefängnisses demonstrierte er einige Male seinen Anfall, einmal auch vor dem Referenten: dem Anfall gingen Zuckungen der Gesichtsmuskeln voraus, dann folgte ein tonischer Krampf der gesamten Körpermuskulatur. Das Gesicht war zyanotisch. — Die Pupillen waren jedoch nicht erweitert und nicht reaktionslos, auch die klonischen Zuckungen der Kiefermuskeln führten zu keinem Zungenbiss, der Mund war nicht mit Schaum bedeckt. — Der Krampfanfall dauerte auffallend lange, 10 Minuten. — Ähnliche Anfälle hatten sich nach Aussagen der Wärter oftmals wiederholt, hatten aber keine nachhaltigen Folgen.

Auch klagte A. R. über innere Unruhe und Überempfindlichkeit gegen Geräusche, behauptete schwer epileptisch krank zu sein, wurde jedoch im August 1932 wieder aus dem Lazarett ins Gefängnis zurückgeschickt. — Nach all diesen Anstrengungen verlor er aber nicht seinen Lebensmut, hielt sich dazwischen für vollkommen gesund. — Ende August 1932 klagte er jedoch von neuem über Krämpfe und wähnte sich unheilbar krank, dem Tode nahe zu sein. Anfang September liess er sich eine ausdrückliche Gehorsamsverweigerung zuschulden kommen. Das gab Anlass zu neuerlicher Bestrafung. Nun behauptete er, ver Einzelte Sinnestäuschungen zu haben, verschiedene Gegenstände

und furchtbare Raubtiere zu sehen, dabei lachte er unmotiviert, was mit der Halluzination der Raubtiere in Widerspruch stand. — Auf Fragen gab er jetzt zu, Epilepsie simuliert zu haben, „ist einem nicht alles erlaubt für die Wiedererlangung der Freiheit?“ Deshalb wurde er auf Antrag der Gefängnisverwaltung im Herbst 1933 durch eine Kommission für gesund erklärt.

In diesem Falle konnte die Vermutung aufkommen, ob es sich hier nicht um eine epileptische Psychose handle; können doch die transitorischen Störungen von wochenlanger Dauer sein und äussert sich doch auch die epileptische Konstitution in Reizbarkeit und Neigung zu Zornausbrüchen.

Wir wissen auch nicht, ob der Betreffende im Verlauf der Strafverbüßung erkrankt ist, oder ob das widersetzliche Gebahren in den ersten Jahren der Gefängnishaft schon ein Kennzeichen einer Psychose gewesen ist, die sich früher entwickelt hatte. Die Krämpfe schienen sich indes nur dann einzustellen, wenn sie seinem Zweck nützlich erschienen. Dazwischen behauptete er wieder vollkommen gesund zu sein.

Beachtenswert ist, dass die Beteuerung epileptisch zu sein abwechselnd mit Beteuerungen der Gesundheit einhergeht. Schäfer (16) meint, das sei eine beliebte Methode.

Es kommt nur zu oft vor, dass Delinquenten Epilepsie vortäuschen wollen. Daher gibt es eine so grosse Anzahl solcher Personen, die durch die Folgeerscheinungen der Epilepsie, wie Raimann (17) sagt, forensische Vorteile zu erringen versuchen.

---

## Literatur.

1. Forster. Hysterische Reaktion u. Simulation. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 42, Heft 5 u. 6. 1917.
2. Oppenheim. Lehrbuch.
3. Strümpel. Spezielle Pathologie u. Therapie.
4. Calmeil, zitiert nach Raecke, Über Aggravationen u. Simulationen geistiger Störungen, Archiv für Psych. 60, S. 581. 1919.
5. L. Meyer, zitiert nach Raecke (wie oben Nr. 4).

6. C. Westphal, zitiert nach Raecke (wie oben Nr. 4).
7. Schmetzer. Über die wegen Befreiung vom Militärdienst vorgeschützten Krankheiten und deren Entdeckungsmittel. Tübingen 1824, zitiert nach Mönkemöller, siehe Nr. 8.
8. Mönkemöller. Die Simulation psychischer Krankheitszustände. Archiv f. Psych. Bd. 60, S. 604.
9. Hübers, zitiert nach Mönkemöller.
10. Romberg. Lehrbuch d. Nervenkrankheiten des Menschen. Berlin 1851.
11. Esquirol. Geisteskrankheit u. ihre Beziehung zur Medizin und Staatsarzneikunde. Berlin 1838.
12. Raecke. Über Aggravationen u. Simulationen geistiger Störungen. Archiv f. Psych. Bd. 60, S. 581. 1919.
13. Henneberg. Über Aggravationen u. Simulationen. Neurol. Zentralbl. 1917, Nr. 18, S. 765.
14. Siemerling. Simulation der Geisteskrankheit von Untersuchungsgefangenen. Berliner klin. Wochenschr. 1905, Nr. 48.
15. Salgo. Fälle von Simulationen. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 52, S. 900.
16. Schäfer. Simulation von Geisteskrankheit. Monatschr. für Kriminalpsychologie, 10. Jahrgang, S. 604.
17. Raimann. Über Simulationen von Geistesstörungen. Jahrbuch für Psych. Bd. 58, S. 445.

## Zusammenfassung und Ergebnisse.

Eine Simulation soll nie behauptet werden, bevor man sich darüber klar ist, ob die betreffende Krankheitserscheinung überhaupt simulierbar ist. Dieser Forderung ist nicht immer leicht zu genügen, denn was ein unbefangener Mensch beim ersten Versuch nicht fertigbringt, kann ein hartnäckiger Simulant bei entsprechender Energie willkürlich ausführen.

Ein Beispiel dafür ist die Simulation epileptischer Krämpfe (Fall IX), welche immerfort behauptet und auch ausgeführt werden. Um aber anzunehmen, dass ein gesunder Mensch eine bestimmte Haltung tage- und wochenlang willkürlich beibehalten kann, sich monatelang stumm stellen, die Herztätigkeit zum Spielball seiner Wünsche machen kann, — müssen wir eine völlige Veränderung des Körpers und der Seele durch die Willenskraft voraussetzen. Der Sachverständige hat aber auf Grund allgemeiner Erfahrungen nur den Einzelfall zu beurteilen. — Die Zahl der beobachteten Simulanten steht jedoch im umgekehrten Verhältnis zu dem psychologischen Wissen des Beobachters.

Unter welchen Umständen und von welchen Personen haben wir hauptsächlich Simulationen zu erwarten? Zunächst 1) von Menschen, denen ein schweres Unglück, etwa der Verlust ihres Vermögens bevorsteht, oder harte Strafe droht oder begegnet ist, die also unter dem Einfluss einer Erregung stehen; 2) von alten, erfahrenen, seelisch entarteten Verbrechern, die meist durch ein unregelmäßiges Leben und die beständigen Aufregungen ihres Handwerks, durch bereits erlittene schwere Strafen, vielleicht auch durch Trunk und Ausschweifungen in ihrer seelischen Widerstandsfähigkeit beeinträchtigt sind; 3) von Personen, die um einen Vermögensvorteil zu erlangen, die Lebensführung eines geistig gesunden Menschen aufgeben und ihre bürgerlichen Rechte aufs Spiel setzen.

Mit verschwindenden Ausnahmen wird sich eine ausreichende ätiologische Grundlage für die angebliche Geistesstörung heraus-

finden lassen. Sollten wir sie aber einmal vermissen, so müssen wir bedenken, dass uns doch die erbliche Belastung und das Vorleben der zu Untersuchenden nur zum geringsten Teil bekannt sind, und dass wir daher mit der Annahme des Fehlens von Krankheitsursachen dem Untersuchten sehr leicht Unrecht tun können.

I. Nach dem Inhalt unserer vorliegenden Ausführungen wird man verstehen, dass das Aufzählen einzelner Täuschungssymptome nicht möglich ist. Eben darum haben manche Forscher unter völlig gleichartigem Beobachtungsmaterial eine riesige Zahl von Simulanten, andere aber nur eine geringe, und Birnbaum, der den Begriff „Simulationspsychose“ prägte, — gar keine Täuschungen aufgewiesen.

Für das Bestehen der reinen Simulation führt die Psychiatrie aus der alten (Simons) wie auch aus der neuen Literatur (Raecke) Beispiele an. Bei genügend langer Beobachtung wird der echte Simulant seinen Täuschungsversuch aufgeben, während ein Geisteskranker seinem Schicksal zweifellos verfällt. Vielleicht ist die Gewissheit für das Vorhandensein reiner Simulation dadurch entstanden, dass 1) die Autoren sich begnügt haben, ohne ein Geständnis oder ohne den Verlauf des Zustandes des Begutachteten in den nächsten Jahren abzuwarten, ihr Urteil zu fällen, oder dass sie 2) bei der Mischung von wirklichen und erheuchelten Krankheitserscheinungen auf die erheuchelten den Hauptwert gelegt und die wirklichen zu bewerten unterlassen haben.

Mit Sicherheit ist eine Simulation auch dann nicht zu diagnostizieren, wenn 1) ein charakteristisches Geständnis abgelegt ist und 2) die geistige Gesundheit in einer längeren Bewährungsfrist anhält. Die Tatsache, dass jemand zugibt, Geisteskrankheit vorgetäuscht zu haben, kann wichtig, aber auch belanglos sein.

Während nach eingehender Beobachtung die Motive des Geständnisses sich prüfen lassen, kann die Richtigkeit des Geständnisses durch das gleiche Verfahren bestätigt werden. — Es kommt auf die Umstände und die Art des erfolgten Geständnisses an. Die wenigsten Geisteskranken verlieren restlos die Überlegung, bei vielen kommen sogar Handlungen vor, deren Motivierung sich nicht von der des Geistesgesunden unterscheidet (Fall IV, S. 25).

Ein Anlass zu falschen Selbstdenunziationen ist die Renommiersucht der Verbrecher; wenn die Geisteskrankheit abgelaufen ist, so machen sie aus der Not eine Tugend und belügen sich und andere mit der Behauptung, sie hätten die Krankheit nur markiert (Fall VI, S. 32). Wenn wir dieses berücksichtigen, dann sehen wir die sehr geringe Verwertbarkeit der Geständnisse

Wenn aber jemand, der eine Zeitlang verwirrt erscheint und nach fortgesetzten Strafen, auch Fragen, allmählich klar redet und schliesslich bekennt, früher getäuscht zu haben (Fall V, S. 28), so bleibt die Möglichkeit zu bezweifeln, ob nicht natürliche Besserung echter Krankheitserscheinungen einem erheuchelten Geständnis vorausgegangen ist.

Es ist falsch zu glauben, dass simulierende Verbrecher den zeitlich unabsehbaren Aufenthalt in der psychiatrischen Anstalt der zeitlich begrenzten Internierung in der Strafanstalt vorziehen, — sie behaupten nötigenfalls, sie hätten nur simuliert. — Die Begutachteten bleiben trotz ihres Geständnisses genau so geisteskrank wie vorher. Die Angst vor einem befürchteten Nachteil kann zu einem falschen Geständnis führen (Fall VI, S. 32).

Ein Geständnis der Simulation hat auch in der klinischen Praxis nicht die volle Bedeutung; hier ist unseres Erachtens eine bestimmte Beurteilung nur dann möglich, wenn eben nicht Simulation, sondern echte Geisteskrankheit gefunden wird; wenn der Begutachtete nach dem Aufhören der Krankheitserscheinungen auch kein Geständnis ablegt, können dennoch wichtige Schlüsse aus seinem Verhalten gezogen werden. Man kann sagen, wenn überhaupt eine Geisteskrankheit vorgelegen hat, so muss sie episodischer Natur gewesen sein (Fall I, S. 19; Fall II, S. 21; Fall III, S. 22) und hat zur Zeit der fraglichen Straftat, oder bei Zivilprozessen zur Zeit des fraglichen Vertrages, bestanden.

II. A. Man nimmt an, dass die psychogene funktionelle Störung mit der Simulation nichts zu tun habe, weil die affektive Reaktion auf ein Ereignis bei der psychogenen Störung das Primäre ist und durch die geistige Suggestibilität simulationsähnlich wirkt. Wir sehen aus der Zusammenfassung unseres Falles VII (S. 40), wie vorsichtig man die Vermutung einer Simulation aussprechen muss. Die Beziehungen zwischen Simulation und psychogenen Funktionsstörungen zeigen, dass man in Zweifelsfällen mit der Diagnose reiner Simulation zurückhaltend sein muss, besonders wo eine psychogene Störung in Frage kommt.

B. Psychogene Störungen, bei denen der Wille zur Geisteskrankheit das Primäre ist, beginnen mit bewusster Simulation, aber eine solche Täuschung erfolgt unter Bedingungen, welche auch als Ursachen seelischer Erkrankungen wirken können. Die Schwere eines Unfalls und die Grösse einer Erregung können eine Geisteskrankheit nicht hervorrufen, wenn nicht eine psychopathische Anlage, eine Wunschvorstellung den Bedingungen vorangegangen ist.

Was die klinische Seite der Frage betrifft (Fall VIII, S. 46), so ist es klar, dass die Hysterie als eine psychopathologische Reaktion zu betrachten ist, die auf einen Erwartungsaffekt hin auftritt, und bei der alles Weitere durch Charakter, Anlage und die auf die Persönlichkeit einwirkenden Umstände gegeben wird. Ein Geständnis der Hysterischen hätte also keinen Wert.

Unsere Ausführungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die reine Simulation und die Geisteskrankheit sind voneinander nicht zu unterscheiden; was aber wohl zu unterscheiden ist, sind die Simulationsversuche.
2. Die Überrumpelungen und Entlarvungen von Betrügern lassen nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei ähnlichen Untersuchungen Geisteskranke für Simulanten gehalten werden können.
3. Bei längerer Beobachtung wird der Simulant seine Täuschungsversuche aufgeben, oder er kann bei einer psychopathischen Anlage resp. Wunschvorstellung der Geisteskrankheit verfallen.
4. Mit abgelegtem Geständnis bei anhaltender geistiger Gesundheit ist die Simulation noch lange nicht bewiesen.
5. Klare Antworten nach langem Fragen oder auch nach einer Bestrafung können ein Zeichen der Besserung der Geisteskrankheit sein, nicht aber das Zeichen einer aufgegebenen Simulation.
6. Die Befürchtung eines Nachteils durch die Versetzung in die Heilanstalt kann den geisteskranken Verbrecher zum falschen Geständnis führen.
7. Die Simulation schliesst weder die Geisteskrankheit, noch die psychogene Störung aus.

8. Die Simulationen und die psychogenen Krankheitssymptome sind in ihren Einzelheiten nicht voneinander zu unterscheiden.
9. Die Abgrenzung der Simulationen von den psychogenen Geisteskrankheiten werden wir auf die Kenntnis der psychopathologischen Gesetze gründen müssen.
10. Die Zahl der Simulationen der Geisteskrankheiten und ihrer Grenzgebiete steht heutzutage noch in umgekehrtem Verhältnis zu dem psychologischen Wissen des Begutachters.

---

#### **Berichtigungen.**

S. 29 Zeile 16 v. u.: statt Mobilität lies Motilität.

S. 35 Zeile 6 v. u.: statt Psych. u. Neurol. lies Neurol. u. Psych.

## Inhalt.

	Seite
Zur Entwicklungsgeschichte des Simulationsbegriffs . . . . .	3— 9
Methoden . . . . .	10—17
Zur Frage der Simulation von Geisteskrankheiten . . . . .	18—36
Simulation von Geisteskrankheiten: I. Normale Personen . . . . .	18—27
Simulationsähnliche Geisteskrankheiten: II. Schwachsinn . . . . .	27—29
Simulationsähnliche Geisteskrankheiten: III. Schizophrenie . . . . .	30—35
Psychogene Geisteskrankheiten und Grenzgebiete . . . . .	37—51
I. Gruppe. Funktionelle Symptome . . . . .	37—45
II. Gruppe. Echte Störungen . . . . .	45—49
III. Gruppe. Bewusste Übertreibungen . . . . .	49—50
Epilepsie . . . . .	52—57
Zusammenfassung und Ergebnisse . . . . .	58—62
Berichtigungen . . . . .	62

## Fälle.

	Seite		Seite
I. . . . .	19	VI. . . . .	32
II. . . . .	21	VII. . . . .	40
III. . . . .	22	VIII. . . . .	46
IV. . . . .	25	IX. . . . .	54
V. . . . .	28		

## Literatur.

Seite: 8—9, 16—17, 35—36, 50—51, 56—57.