

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Greifswald  
[Direktor: Prof. E. Forster].)

## Experimentelles über Sinnestäuschungen.

Von

Privat-Dozent **Konrad Zucker,**  
Assistenzarzt.

(Eingegangen am 2. März 1928.)

Das Kapitel der Sinnestäuschungen unter irgendeinem Gesichtspunkte gemeinsam abzuhandeln, dürfte aus mehr als einem Grunde unratsam und unzweckmäßig sein, erstens besitzen wir in dem Referate von *Jaspers*<sup>1</sup> von 1912 eine sehr eingehende, fast dieses Gesamtgebiet und die bis zu der Zeit vorliegenden Tatsachen berücksichtigende Darstellung. Und dann sind seither unsere Kenntnisse in der Halluzinationsfrage mit Ausnahme der später zu erwähnenden Arbeiten von *Schröder*, nur um wenig grundlegend Tatsächliches, sondern meist nur um reichlich weitgehend Theoretisches erweitert worden. Es ergeben sich aber schon aus den *Jasperschen* Darlegungen im Prinzip die Unmöglichkeit und die Unzweckmäßigkeit, die heute mehr noch als vordem einem solchen Versuch entgegenstehen. Würde doch ein solcher Versuch an sich schon der kaum erledigten Meinung wieder Vorschub leisten, daß den Sinnestäuschungen, sei es nun begrifflich deskriptiv oder genetisch etwas Gemeinsames zugrunde liege, aus dem heraus sich alle verstehen oder ableiten ließen. Selbst bei einer Beschränkung auf das Gebiet der eigentlichen Halluzinationen werden die Schwierigkeiten nicht kleiner, deren ausschlaggebende wiederum die auch heute noch nicht allgemein als haltlos erkannte Annahme ist, daß da, wo wir Erscheinungen beobachten, die vom normalen Wahrnehmungserlebnis abweichen, d. h. zu etwas führen, was wir mit Halluzination bezeichnen, stets gleichsinnige Faktoren eine Rolle spielen. Fast möchte man meinen, der Grund dieser Auffassung läge in der scheinbar selbstverständlichen Forderung, daß sich für alles das, was wir mit einem gemeinsamen Ausdruck belegen können, auch eine gemeinsame Erklärung werde finden müssen.

Zum Teil schon spiegelte sich diese Voraussetzung in der Schwierigkeit einer einheitlichen Begriffsdefinition der Halluzinationen wieder, die somit auch heute noch nicht restlos zum Abschluß kommen konnte: eine nach rein psychologischen Gesichtspunkten gegebene Definition

---

<sup>1</sup> *Jaspers* Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. R. 4, H. 4. 1912.

mußte beispielsweise das Realitätsurteil als nicht zum Tatbestand gehörig betrachten (*Jaspers*<sup>1, 2</sup>), während andere Definitionen, die den praktischen Erscheinungen mehr Rechnung trugen, in dem Punkte einig waren, daß sie das (positive) Realitätsurteil mehr oder weniger ausdrücklich mit in den Halluzinationsbegriff einbezogen. In dem somit erstere in ihrem Wert als Prüfstein für klinische Erscheinungsformen wenig brauchbar sein mußte, erschien letztere vom psychologischen Standpunkt aus angreifbar.

Die hierin schon zum Ausdruck gebrachte Verschiedenartigkeit der Forschungsmethoden, d. h. der psychologisch-deskriptiv orientierten einerseits und der praktisch beobachtenden und nach verstehbaren Zusammenhängen suchenden andererseits, zieht sich mit all den ihr notwendigerweise anhaftenden Unvereinbarkeiten als der rote Faden durch die gesamte, diesem Kapitel gewidmete Literatur, zu dem häufig noch, ohne daß sich der betreffende Autor seiner Zugehörigkeit und der ihn dadurch verpflichtenden Konsequenz voll bewußt ist. — *Jaspers*<sup>3</sup> erwähnt schon die hier gemeinte Schwierigkeit, indem er bezüglich der Illusionen zugibt, daß *praktisch* eine Trennung der Illusionen und Halluzinationen nicht immer strikte durchführbar sei. Aber der Versuch, diese Begriffe abzutun durch die Behauptung, daß es Übergänge gäbe, sei gefährlich für die weitere Beobachtung und übe lähmende Wirkung aus auf weitere Analysen und Beobachtungen! — Leider gedenkt er dabei weniger der auf der anderen Seite liegenden Gefahr, die, wie nun mal die Erfahrung lehrt, darin beruht, daß zahlreiche, an sich bekannte Erscheinungen dadurch einer vorurteilsloseren und somit richtigeren Deutung entgehen, daß immer wieder versucht wird, diese in bestehende Begriffsschemata unterzubringen, die für sie keineswegs immer genügende erklärende Vorstellungsmöglichkeiten bieten. Für die psychologische Definition sind mancherlei Sinnestäuschungen gleichwertig, die unter sich die größten Heterogenitäten zeigen, und die Frage, ob es sich z. B. um eine „echte“ Halluzination handelt, ist von Kriterien abhängig, die psychiatrisch verwandte, wenn nicht gar identische Erscheinungen, auseinanderreißen.

Eine nicht geringe Rolle in den einzelnen Darlegungen über Halluzination spielen die verschiedenen Auffassungen über das Wesen von Wahrnehmung und Vorstellung. Auch hier liegt der Grund der Verschiedenheit in den beiden Standpunkten: ob sich psycho-pathologische Erscheinungsformen zweckmäßig zunächst einmal an bestehenden, der normalen Psychologie entlehnten Begriffsdefinitionen zu messen hätten, oder ob man, den Tatsachen gehorchend, ohne Gefahr der von *Jaspers* angedrohten Versandung, theoretische Grenzen verwerfend,

<sup>1</sup> *Jaspers*: l. c.

<sup>2</sup> *Jaspers*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. 6, 460.

<sup>3</sup> *Jaspers* Referat.

eben die Möglichkeit von Übergängen anerkennt. Den ersteren Standpunkt vertritt *Jaspers*<sup>1</sup> nochmals in seiner allgemeinen Psychopathologie. Denselben auch für die Praxis nimmt unter anderen *Herzig*<sup>2</sup> ein, während *Goldstein*<sup>3</sup> für seine Anschauungen einen scharfen Unterschied zwischen Leibhaftigkeit der Wahrnehmung und Bildhaftigkeit der Vorstellungen für das Kind und für Primitive nicht anerkennt. Wenn er auch keinen allmählichen Übergang zwischen Vorstellung und Wahrnehmung angenommen wissen will, so sei doch der Tatbestand des Einzelerlebnisses kein prinzipiell verschiedener. — Ähnlich *Lipps*<sup>4</sup> mit der Ansicht, daß in jeder Vorstellung die Tendenz liege, zu einer Wahrnehmung zu werden, eine Tendenz, die normalerweise durch Gegenteilstendenzen gehemmt werde. — Auch *Schröder*<sup>5</sup> äußert sich dahin, dass Wahrnehmung und Vorstellung nicht ihrem Wesen nach ganz verschiedene Leistungen seien, sondern sie seien die Enden einer langen Reihe von seelischen Geschehnissen.

Weniger das gegensätzliche dieser Betrachtungsrichtungen als das häufige Durcheinanderfließen derselben, das schon bei Befassung mit den Präliminarien des Halluzinationsproblems keine Klarheit aufkommen läßt, macht sich in noch einschneidenderem Maße geltend bei einem Teil der Versuche, über Wesen oder Entstehung der Halluzinationen etwas auszusagen.

Bei Betrachtung der vielen Theorien muß man meinen, daß es gemäß den heutigen Anschauungen kaum noch eine Vorstellungsmöglichkeit mehr gibt, die nicht schon irgendwie als Unterlage für einen Erklärungsversuch gedient hat.

*Bleuler*<sup>6</sup> sieht einen wesentlichen Faktor für das Zustandekommen der Halluzinationen neben der Wirkung zentraler Reizzustände in einer Schwächung der Hemmungen für die Herbeiziehung sinnlicher Engramme. Die unbrauchbaren Engramme unverarbeiteter Sinnesempfindungen und Wahrnehmungen würden im allgemeinen durch eine aktive Ausschaltung abgesperrt. Bei Abnahme der Aktivität (im Schlaf, Vergiftungszustände, bei Ermüdung . . . und in der Schizophrenie) seien sie dagegen besonders leicht ekphorierbar und träten als Anschauungsbilder und Halluzinationen hervor. — *Goldstein*<sup>7</sup> sieht zunächst allgemein ein wichtiges Moment zum Zustandekommen von Halluzinationen darin, daß die im normalen Zustand gegebene Inkongruenz des Erlebnisraumes von Vorgestelltem (innerer Raum) und Wahrgenommenem (äußerer Raum) übersehen

<sup>1</sup> *Jaspers*: Allgemeine Psychopathologie. 3. Aufl. Berlin: Julius Springer 1923.

<sup>2</sup> *Herzig*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **30**, 476. 1915.

<sup>3</sup> *Goldstein*: Ebenda. **14**, 502.

<sup>4</sup> *Lipps*: Vom Fühlen, Wollen und Denken. 2. Aufl. 1907.

<sup>5</sup> *Schröder*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **101**, 599.

<sup>6</sup> *Bleuler*: Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie. **13**, 88.

<sup>7</sup> *Goldstein*: l. c.

werde. Für dieses Übersehen gibt er an, daß das Urteil des Individuums oder das „*Meinen*“ in irgendeiner abnormen Weise verändert sei. Z. B. einerseits durch den Affekt oder äußere Umstände, die eine Unterscheidung erschweren, andererseits aber spiele eine Bewußtseinstrübung oder -einengung eine Rolle. Sodann statuiert er, hirnphysiologische Gesichtspunkte hinzuziehend, zwei Arten von Halluzinationen: spontan-entstehende und von Vorstellungen angeregte. Bei ersteren schaffen besondere funktionelle, morphologische oder noch unklare Bedingungen die Auswahl der bestimmten Halluzinationen. Bei letzteren wirken die Vorstellungen, allerdings nur inhaltsbestimmend mit; hier seien die Sinneszentren von den Assoziationszentren ansprechbar, und zwar nicht durch eine abnorme Erregung von seiten der Vorstellungen, sondern auch wieder bei abnormen Vorgängen im Sinnesfelde selber.

Dem gegenüber fordert *Herzig*<sup>1</sup>, von der Überzeugung ausgehend, daß ein wesentlicher Bestandteil der Halluzinationen in dem sinnlichen Anteil liege, die Möglichkeit einer zentrifugalen Erregbarkeit der Sinneszentren zu den peripheren Sinnesorganen bei Abnormalität oder Krankheit dieser Hirnteile. Immerhin bilde ein solcher Vorgang nie die Ursache sondern nur die Veranlassung zur Bildung einer Halluzination, deren nähere Inhaltsbestimmung trotzdem nicht leicht sei.

Von der ebenso verführerischen, wie allerdings auch naheliegenden Idee, Sinnestäuschungen allgemein erst mal hirnphysiologisch mit einem mehr oder weniger elektiven Befallensein der Sinneszentren in Beziehung zu bringen, haben wohl fast alle Theorien Gebrauch gemacht. Vielfach wurde aber dann doch mit unbekannten Größen ein Kompromiß geschlossen, indem man diesen als entweder „psychischen“, „vorstellungsmäßigen“, „individuellen Faktoren“ oder als „halluzinatorische Disposition“ (*Bouyer*<sup>2</sup>), inhaltsbestimmenden oder gestaltenden Einfluß zusprach. In dieser Kombination liegt für die einzelne Theorie ein gewisser Vorteil an Plausibilität und nicht leichter Angreifbarkeit. Aber wenn sie auch durch ihre somit garantierte Variationsbreite einen gewissen Spielraum des Verständnisses für verschiedenartige Formen von Sinnestäuschungen lassen, so liegt ihnen wiederum durch die hirnmechanistischen Vorstellungen ein mehr oder weniger ausgesprochenes Vorurteil zugrunde, wonach *wenigstens von dieser einen Seite aus* Halluzinationen als gleichartig aufzufassen sind, die sich eventuell in nichts als in dieser subjektiven Meinung des Beobachters gleichen.

Beiträge, die zu der zweifellos irrigen Auffassung Veranlassung geben könnten, daß Halluzinationen, im wesentlichen wenigstens, gleichartige Erscheinungen seien, können sich aus den Erklärungsversuchen ergeben, die ausschließlich durch hirnphysiologische Vorstellungen

<sup>1</sup> *Herzig*: l. c.

<sup>2</sup> *Bouyer*: *Encephale*. Jg. 22, Nr. 6. Zit. nach *Mayer-Groß*: *Zentralbl. f. d. geñ. Neurol. u. Psychiatrie*. 48, 174.

diktirt sind. — So sucht *Nißl v. Mayendorf*<sup>1</sup> das Auftreten von (auf den Angstaffekt sich gründenden) Wahnvorstellungen und von Halluzinationen hirnmechanisch, d. h. durch irgendwie bedingte Zirkulationsstörungen in cerebro zu erklären (Hyperämie in den von der Arteria fossae sylvii gespeisten Sinnesphären und gleichzeitiger Verringerung der Blutspeisung in den Rindengebieten des übrigen Großhirns).

*Schrottenbach*<sup>2</sup> stellte Reaktionszeitmessungen auf optische und akustische Reize bei optisch und akustisch halluzinierenden Patienten an. Er findet bei Halluzinanten (generell!) eine Verlängerung der betreffenden Reaktionszeit gegenüber dem Normalen. Er folgert daraus eine Veränderung der funktionellen Leistungsfähigkeit des bezüglichen Sinnesrindenfeldes. Ein und derselbe Krankheitsprozeß im optischen und akustischen Sinnesfelde führe einerseits zu dieser erwähnten Störung und andererseits sei er eine Bedingung zum Auftreten von Trugwahrnehmungen, deren Zustandekommen er dann noch des näheren durch die damit bedingte Herabsetzung der Erregbarkeit der Sinnesrinde gegenüber exogenen Reizen und ihre jetzt stärkere Erregung durch endogene Reize motiviert. — Da sich diese Arbeit auf experimentelle Studien stützt und im Falle der Anerkennung ihrer Ergebnisse m. E. schwerer ins Gewicht fiele als manche rein theoretische, so sei hier eine ganz kurze Kritik bezüglich zweier Punkte angebracht: 1. Die Zahl von 6 Fällen als normales bzw. nichthalluzinierendes Bezugsmaterial dürfte als nicht genügend groß zu bemessen sein, zumal schon deren Einzelwerte untereinander eine nicht unerhebliche Streuung aufweisen. 2. Die an dem halluzinierenden Material gefundene Verlängerung oder auch das gegenüber dem normalen vorgeschobene Verhältnis von akustischer zur optischer Reaktionszeit (auf das *Schrottenbach* Wert legt), auf eine Veränderung der funktionellen Leistungsfähigkeit der bezüglichen Sinnesrinde zu beziehen, ist nur *eine* von vielen Möglichkeiten. Und sie hat m. E. auch nicht die größte Wahrscheinlichkeit, da sich der größere Teil seiner 11 bzw. 12 Versuche auf Fälle bezieht, bei denen, nach der Diagnose zu urteilen, schwerere Allgemeinschädigungen im Vordergrund stehen, auf deren Auswirkung die abnormen Werte zwangloser zu beziehen wären. Es wäre zuvor also noch zu untersuchen, wie solche Fälle ohne halluzinatorische Zustandsbilder sich hinsichtlich ihrer Reaktionszeiten und auch des Verhältnisses von akustischer zu optischer Reaktionszeit verhalten.

Eine Reihe weiterer Autoren gelangt auf Grund klinischer Beobachtungen ebenfalls zu der dadurch zwingend scheinenden Annahme, daß das Auftreten von Halluzinationen an mehr oder weniger grobe Veränderungen der diesbezüglichen Sinnesrinde geknüpft ist. Das größte

<sup>1</sup> *Nißl v. Mayendorf*: Vortrag zur 88. Versamml. d. sch. Naturf. u. Ärzte. Innsbruck 1924. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. 40, 123.

<sup>2</sup> *Schrottenbach*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. 78, 87.

Material hat wohl *Henschen* zusammengestellt. Es handelt sich da meist um Fälle mit Veränderungen in den Hinterhauptslappen, bei denen es gerade zum Auftreten von optischen Halluzinationen gekommen sein soll.

*Horax*<sup>1</sup> berichtet interessanterweise über ein Material von 17 Fällen mit Schläfenlappentumoren, bei denen es aber auch zu optischen Halluzinationen kommt. Zur Klärung dieses Umstandes nimmt er folgendes an: Optische Sinnestäuschungen elementaren Charakters seien auf den Hinterhauptslappen zu beziehen, komplexe Gesichtshalluzinationen stellten jedoch ein Lokalsymptom des Schläfenlappens dar. — Auf Grund diesbezüglicher Beobachtungen, „das ebenso wie bei echten Halluzinationen auch bei Anschauungsbildern der Simultankontrast vorkommt“, scheint *A. Pick*<sup>2</sup> der Nachweis erbracht, daß der Erscheinung der optischen Halluzinationen parallel ganz bestimmte Vorgänge in bestimmten Schichten der Sehrinde ablaufen.

Eine Kritik solcher Auffassungen gibt nun *P. Schröder*<sup>3</sup>, indem er sich besonders gegen *Henschen* wendet. Er macht geltend, daß es sich in einem sehr erheblichen Prozentsatz der Kranken, die bei nachweisbaren Schädigungen der Sinnesrinde optisch halluzinieren, um Fälle handelt, die zur Zeit des Halluzinierens delirieren oder wenigstens deliriöse Traumbestände haben, soweit sie nicht ausgesprochen geisteskrank sind oder sich in epileptischen Dämmerzuständen befinden. „Das Träumen, wie das Halluzinieren, sind seelische Geschehnisse, welche an sich sehr wohl Teil- oder Resterscheinungen einer quantitativ herabgesetzten, qualitativ nicht veränderten Tätigkeit sein können und durchaus nicht Ausdruck pathologischer Reizzustände sein müssen“. Die Gegebenheit der Tendenz zum Halluzinieren sei in dem allgemein abgeänderten seelischen Zustande der Kranken zu suchen, unabhängig von der Lokalisation eines besonderen Augen-, Opticus- oder Hirnleidens. Die Tatsache, daß ähnliche Fälle, die eine Hemianopsie haben, hauptsächlich oder nur im hemianopischen Gesichtsfelde halluzinieren<sup>4</sup>, erklärt *Schröder* damit, daß bei gegebener Tendenz zum Halluzinieren in den blinden Gebieten günstigere Bedingungen zum Halluzinieren insofern bestehen, als hier eine Korrektur durch tatsächliche Gesichtseindrücke nicht stattfinden kann.

Mit dieser und drei weiteren Arbeiten *P. Schröders*<sup>5</sup> über die Frage der Halluzinationen wurde das Problem auf eine andere Basis gestellt, von der ausgehend sich die Möglichkeit zu neuen Fragestellungen ergab,

<sup>1</sup> *Horax*: Zit. nach *Wexberg*: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **36**, 82.

<sup>2</sup> *Pick, A.*: Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **52**, 65.

<sup>3</sup> *Schröder, P.*: Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **73**, 277.

<sup>4</sup> *Henschen*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **47**, 94 ff.; vgl. auch *Henschen*: Ebenda. **87**, 531. Punkt 13.

<sup>5</sup> *Schröder, P.*: Monatsschr. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **37**, 1; **49**, 189 und Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **101**, 599.

die in sich weniger präjudizierten als bisher üblich war. *Schröder* betonte zunächst das seltene Vorkommen solcher Halluzinationen, die im Sinne der Autoren (*E. Mendel, Binswanger, Goldstein, Heveroch*) für den Kranken selbst das gleiche wie normale Wahrnehmungen sind. Mit besonderem Nachdruck hebt er wiederholt hervor, daß alles das, was man mit Halluzinationen zu bezeichnen pflegt, mannigfach differenzierte Phänomene sind, so daß es wohl nicht eine Theorie für alle gibt. Er vergleicht das Symptom des Halluzinierens treffend mit dem biologischen Begriff der Konvergenzerscheinung. Es gelte, Symptomenkomplexe zu suchen, für welche die jeweils bei ihnen vorkommenden Sinnestäuschungen charakteristisch seien und somit verschiedenes Gepräge, verschiedene Genese und verschiedene Bedeutung hätten. Er zeigt dann selbst mehrere solcher Komplexe mit den für sie charakteristischen Sinnestäuschungen auf, in denen sich wohl der größere Teil der letzteren unterbringen läßt: 1. Delirien mit ihrer herabgesetzten kombinatorischen Fähigkeit und Kritikschwäche. — 2. Die Halluzinose im Sinne *Wernickes* mit ihrem „Als-ob-Charakter“ begründet auf dem Fremdheitsgefühl. — 3. Sinnestäuschungen bei verschiedenen affektbetonten Komplexen (Beziehungswahn, Angst, Depression). — 4. Bei der Halluzinosis phantastica (Paraphrenie), in deren Vordergrund die Wahnbildung steht. — Schließlich kommen dazu noch hypochondrisch-wahnhaftige Bewertung von Körperempfindungen.

Eine ähnliche Stellungnahme gegenüber dem Halluzinationsbegriff vertreten unter anderen *Scharnke*<sup>1</sup>, *Klieneberger*<sup>2</sup> und ferner *Wolpert*<sup>3</sup>. *Scharnke* spricht sich daher sehr skeptisch gegen den Versuch aus, die (an sich noch sehr fragwürdigen) Anschauungsbilder bei Eidetikern mit den Halluzinationen in irgendwelche Beziehung zu bringen, da es ein einheitliches Symptom „Halluzination“ nicht gäbe. — *Klieneberger* vergleicht unter Vorbehalt, daß eben alle Theorien über Sinnestäuschungen keineswegs auf alle Fälle anwendbar seien, gelegentliche illusionäre oder halluzinatorische Erlebnisse bei Gesunden mit denselben bei Kranken. Bei Gesunden werde durch die Plötzlichkeit, durch das zunächst Unerklärbare ein Fremdheitsgefühl bedingt und dieses gäbe wieder den Wahrnehmungen im Sinne des Wahrnehmenden einen ausgesprochen halluzinatorischen Charakter; während im Gegensatz dazu beim Geisteskranken der Sinnestäuschung gegenüber ein Fremdheitsgefühl kaum aufkomme! — Nun geht es aus *Klienebergers* Darlegungen nicht ganz klar hervor, ob sein Begriff des Fremdheitsgefühles dem von *Schröder* bei Schizophrenen gebrauchten entspricht. Wenn ja, dann

<sup>1</sup> *Scharnke*: Jahresversamml. d. dtsh. Vereins f. Psychiatrie. Düsseldorf 1926. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **45**, 523.

<sup>2</sup> *Klieneberger*: Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **73**, 345.

<sup>3</sup> *Wolpert*: Jahresversamml. d. dtsh. Vereines f. Psychiatrie. Düsseldorf 1926. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **45**, 526.

wäre dazu zu sagen, daß das erstens auch wohl nicht für alle Kranke mit Halluzinationen zutrifft; und zweitens, daß das Fremdheitsgefühl, wenn es beim Gesunden eine Folge des die Halluzinationen auslösenden Momentes ist, es bei einem großen Teil von Kranken (Gruppe 2, *Schröder*) mit zu den ursächlichen Faktoren gehören dürfte, die als Ergebnis oder Reaktion eine Sinnestäuschung haben, und es kann nun auch gar nicht als eine weitere Folge davon nochmals erwartet werden. — Übrigens ließe sich auch manches dafür geltend machen, daß beide Male das Fremdheitsgefühl etwas sehr Verschiedenes ist.

*Wolpert* möchte unterscheiden zwischen „Trugwahrnehmungen“ Deliranter und bei Erkrankungen der Sinnesorgane und den „Halluzinationen“, die immer eine für die Schizophrenie charakteristische Störung bedeuten. Indem auch er das Fremdheitsgefühl mit dem Auftreten letzterer in Beziehung bringt, nähert er sich ganz wesentlich den Anschauungen *Schröders* hinsichtlich dessen einer Kategorie. Wie dieser bestreitet auch *Wolpert* die Gleichheit solcher Halluzinationen und der Wahrnehmungen. Die unerschütterliche Überzeugung der Patienten (Schizophrener) von der Realität — sagt er weiter — sei durch das Realitätsurteil noch nicht genügend charakterisiert; das gäbe aber dennoch keine Veranlassung, dafür dann noch eine zweite selbständige Störung anzunehmen, sondern das übrige sich bei der Auffassung, daß die Halluzination selbst ein wahnhaftes Erlebnis sei!

Eine Behauptung wie die letzte mußte natürlich den Einspruch vom psychologisch-deskriptiv orientierter Seite hervorrufen, wie das denn auch in der Diskussion durch *Langelüddeke* geschah. Und gerade diese Kontroverse führt uns recht anschaulich das vor Augen, was oben bezüglich der beiden verschiedenen Standpunkte gesagt wurde. Hier ist dazu zu bemerken: Die begriffliche Schwierigkeit, auf die *Langelüddeke* hinweist, daß Wahnhaftes etwas Gedachtes sei, die Halluzination jedoch als etwas Sinnliches zur Wahrnehmung gehöre, braucht als reine Definitionsschwierigkeit nicht dem Tatsächlichen zu widersprechen. Denn eine solche Trennung bleibt als theoretische eine künstliche. Und der Gehalt an Wahnhaftem in einer Äußerung eines Kranken über seine Halluzinationen wird sich nie rein darstellen lassen, bzw. von dem abziehen lassen, was wir in der Äußerung über Trugwahrnehmungen erfahren, die wir als solche ja nicht selbst beobachten können.

Wie es, im Prinzip ähnlich wie hier in pathologischen Fällen, im Laufe der normalen Entwicklung zu einer Verschmelzung von Erlebnis und Urteil kommt, das drückt *Goldstein*<sup>1</sup> in folgendem Gedanken aus: Allmählich erst, auf Grund diesbezüglicher Erfahrungen, stattet das Bewußtsein die einen Erlebnisse mit dem Urteil „außen verursacht“, die anderen mit „innen bedingt“ aus. Die Beziehungen zwischen

<sup>1</sup> *Goldstein*: I. c.



Erlebnis und Urteil werden dann allmählich so innige, daß letzteres jetzt unmittelbar auftaucht, gar nicht mehr zum Bewußtsein kommt, sondern nur als bestimmter Gefühlston, Gefühl der Leibhaftigkeit, auftaucht.

*Wolpert* stellte seine Behauptung, daß für das falsche Realitätsurteil keine selbständige Störung angenommen zu werden brauche, als nur für schizophrene Halluzinationen gültig auf. Diese Meinung generell zu erweitern, wäre natürlich falsch. Denn es ist ja bekannt, wie bei anderen Psychosen in ein und demselben Falle bei dauerndem Auftreten gleichartiger Sinnestäuschungen das Realitätsurteil häufig wechseln kann, jeweils abhängig von dem übrigen Geisteszustand des Kranken. Diese wichtige Abhängigkeit ist unter anderen gerade von *Schröder* fruchtbringend zum Studium der Halluzinationen verwandt worden. — Das Auftreten einer Sinnestäuschung zunächst einmal als gegeben hingenommen, ist aber die erwähnte Abhängigkeit des Realitätsurteils vom übrigen Geisteszustand nicht die einzige. Wie das *Jaspers*<sup>1</sup> und *Goldstein* hervorheben, ist das Realitätsurteil weiterhin noch abhängig von der Art der Sinnestäuschung selbst. Diese steht aber offenbar in manchen Fällen auch in wichtiger Beziehung zum Geisteszustand (z. B. beim Paranoiker). — In dem Studium dieser dreierlei Beziehungen gipfelt das Halluzinationsproblem, soweit es sich überhaupt verfolgen läßt, über jeden der drei Bezugspunkte können die beiden anderen, je nachdem, wie weit sie in ihrem Wesen erkannt sind, wichtiges aussagen.

Der Punkt, dessen Klärung nun die geringsten Schwierigkeiten bietet, ist scheinbar das Realitätsurteil, da es sich ja in zwei oder drei Möglichkeiten erschöpft, d. h. positives, negatives und eventuell schwanken- des Realitätsurteil. Wir haben aber zu bedenken, daß das gefällte Realitätsurteil oft genug erst das Ergebnis kritischer Erwägungen ist („vermitteltes Realitätsurteil“ *Jaspers*<sup>2</sup>), über deren Einzelheiten uns der Patient in den allerseltensten Fällen Angaben machen kann. Wir erfahren in dem Realitätsurteil selbst nur den Schluß einer Reihe psychischer Vorgänge, deren Kenntnis uns sicher wichtigste Anhaltspunkte geben könnte über den eigentümlichen Erlebniswert, den die verschiedenen Halluzinationen für den Erlebenden haben. — Gewiß werden wir bei einem Versuch der Prüfung, welchen Erlebniswert bezüglich ihrer Realität Sinnestäuschungen für den einzelnen Halluzinanten haben, vielfach schon bei einer genügend eingehenden Exploration, wie *Schröder* das zeigte, soweit kommen, daß gerade auch in den Fällen, wo die spontanen oder provozierten Schilderungen zunächst den Eindruck machten, daß die Trugwahrnehmungen tatsächlich realen als völlig gleichwertig erachtet wurden, das Realitätsurteil sich eigentlich doch als negativ oder zum

<sup>1</sup> *Jaspers*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. 6, 460.

<sup>2</sup> *Jaspers*: ebenda.

mindesten als schwankend (Als-ob-Charakter) erweist. Aber selbst bei eingehendster Exploration einerseits oder andererseits da, wo eine solche auf Grund des übrigen Geisteszustandes des Patienten nicht möglich ist, bleiben etliche Fälle, wo das Realitätsurteil unbedingt positiv bleibt, bzw. durch das Verhalten des Patienten als positiv angenommen werden muß. Gerade bei solchen Fällen erhebt sich die Frage, ob ein so erhärtetes positives Realitätsurteil den Schluß zuläßt, daß solche echte Halluzinationen allemal gegenüber gleichgearteten realen Wahrnehmungen einen qualitativ gleichen Erlebniswert haben oder ob dieser bei ersteren doch in irgendwie für das Subjekt ein anderer ist. — Explorationen, die auf diesen Punkt zielten, ergaben — immer in Fällen mit gleichbleibend positivem Realitätsurteil — wechselnde Resultate. Die einen meinten, willkürliche Nachahmungen ihrer Halluzinationen doch vielleicht unterscheiden zu können, andere wieder gaben zu: Wenn es ganz dasselbe sei, könne man es ja nicht unterscheiden. — Hier gehört vielleicht folgender Bericht her:

Ein sehr intelligenter, mit guter Beobachtungsgabe ausgezeichnet, geisteswissenschaftlich interessierter Herr machte in seinem 38. Jahre (vor jetzt etwa 17 Jahren) eine subakut beginnende, mehrere Monate dauernde, einwandfrei schizophrene Psychose mit praktischer restitutio ad integrum durch. Während derselben hatte er entsprechend seinen Größenideen mehrmals als einziges folgendes halluzinatorisches Erlebnis: Während er in seinem Bette lag, hörte er des abends zu bestimmter Stunde auf dem Flur die Schritte einer größeren Menge Menschen vorbeigehen und hörte deutlich die mehrfachgerufenen Worte: „Der Kaiser, der Kaiser!“, womit man ihn gemeint habe. Dieses Erlebnis sei ihm bis heute noch mit allen Einzelheiten erinnerlich geblieben. — Dieser, wie wohl ganz selten zu verständiger Einstellung und klaren Angaben geeignete Fall gab auf Grund eingehender Exploration über dieses Erlebnis an, er habe zwar beim Hören der Schritte zwei, für ihn auch heute noch unvereinbare Bewußtheiten von gleicher leibhafter Dignität gehabt; indem er einerseits gewußt habe, daß da draußen nur ein oder zwei Wärter gegangen seien, habe er andererseits aber ebenso sicher gewußt, daß es eine Menschenmenge gewesen sei. Die gehörten Worte aber habe er ohne bewußte Zuordnung zu einer der beiden Bewußtheiten gehört. Wenn er heute auch, auf Grund der Tatsache, daß er zur Zeit krank gewesen war, überzeugt ist, daß das Gehörte eine Sinnestäuschung gewesen war, so lehnt er doch dafür jede Erklärung im Sinne des „Denkenhörens“ oder des „Als-ob-Charakters“ mit Bestimmtheit ab. Das Vernommene habe eindeutig akustisch adäquaten Leibhaftigkeitscharakter gehabt. — Für unsere Betrachtung wichtig ist nun seine Stellungnahme zu der Frage, ob er es wohl irgendwie hätte unterscheiden können, wenn zu Versuchszwecken draußen auf dem Flure tatsächlich mehrere Stimmen in von ihm angegebenen Tonfalle: „Der Kaiser, der

Kaiser!“ gerufen hätten. Nach längerer Überlegung und Vergegenwärtigung kommt er zu dem Ergebnis, es sei ihm unmöglich, diese Frage mit Ja oder Nein zu beantworten jetzt, da diese Vergleichsmöglichkeit eben keine gegebene mehr sei, sondern nur eine gedachte!

Wir werden zugeben müssen, daß also über diesen Punkt per explorationem eine einwandfreie Klarheit nicht zu erreichen ist.

Beim weiteren Eingehen auf diese Frage, deren Klärung aus oben gegebenen Gründen im Studium der Halluzinationen von größtem Werte ist, erscheint folgende Betrachtung noch bemerkenswert: Innerhalb der so überaus mannigfaltigen Erscheinungsformen der Sinnestäuschungen im allgemeinen sind diejenigen zweifellos auffallend selten, die weder nach Form und Inhalt noch in bezug auf die durch sie bei dem Patienten ausgelöste Reaktion irgend etwas besonders Auffälliges bieten. Es bedeutet doch wohl, um nur ein Beispiel zu nennen, etwas prinzipiell Beachtbares, wenn ein Patient sich mit einem halluzinierten Flecken an der Wand, der, soweit exploriert werden konnte, nach Form und Farbe nichts Besonderes an sich haben sollte, beschäftigt, während ihn andere, tatsächlich vorhandene Flecken an den Wänden des Zimmers gar nicht interessieren. — Am häufigsten finden sich Sinnestäuschungen, die — nach dem Eindruck des Beobachters — in diesem Sinne gegenüber realen Wahrnehmungen keinerlei Besonderheiten zu haben scheinen, manchmal bei Deliranten und gelegentlich mal im Verlaufe älterer Prozeßpsychosen. — Wenn nun auch die Seltenheit solcher Sinnestäuschungen an sich schon den Gedanken nahelegen könnte, daß doch erhebliche Qualitätsunterschiede im Erlebnis zwischen den meisten Halluzinationen und realen Wahrnehmungen vorliegen, die aber im Realitätsurteil und überhaupt in der Exploration doch nicht recht zum Ausdruck kommen, so bleiben diese Unterschiede selbst so lange zweifelhaft, als man lediglich auf den Eindruck als Beobachter oder auf die gerade hier vielfach wenig besagenden Explorationsergebnisse angewiesen ist.

Soviel Theoretisches nun über das Kapitel der Halluzinationen besteht, so wenig hat man andererseits das Experiment zur Klärung zu Hilfe genommen. (Warum nebenbei psychiatrischerseits scheinbar weitgehend mit der Entbehrlichkeit experimentellen Denkens gerechnet wird, ist nicht einzusehen.) — Gesetzt den Fall, unser Verdacht, differenter Erlebniswerte trotz positivem Realitätsurteils wäre berechtigt, worin liegt dann die Schwierigkeit für den Patienten, uns nicht doch darüber etwas zu erzählen? Die Begründung, daß das Halluzinierte häufig so fremd- oder neuartig sei, daß dem Erlebenden sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten dafür fehlten, hat viel Plausibles für sich. Es wird aber diese Deutung erstens nur für einen Teil der Fälle anwendbar sein und gerade im Einzelfall wissen wir nicht, ob sie stimmt. Zweitens ist es eine Erklärung, die *wir* geben und nur recht selten vom Patienten selbst genannt wird; und schließlich ist sie zu allgemein, als daß wir uns Näheres

darunter vorstellen könnten. Sie enthält aber einen naturwissenschaftlich verwertbaren Kern, wenn wir den Begriff „Fremdartiges“ durch „Mangel an Vergleichsmöglichkeit“ ausdrücken.

Durch Schaffung solcher, den jeweiligen Inhalten der einzelnen Halluzinationen tunlichst angepaßter Vergleichsmöglichkeiten wäre nun ein Weg für das Experiment gegeben. Dieses wird in erster Linie darüber Auskunft geben, in welchem Falle die Halluzination die gleiche Dignität für den Erlebenden hat wie die reale Wahrnehmung und in welchem Falle das nicht so ist. Außerdem werden wir erfahren, ob sich das Fremdartige einer Sinnestäuschung für das Subjekt in den äußeren Umständen erschöpft, z. B. daß jemand elektrisiert wird ohne zu wissen, woher, ohne Apparatur oder Drähte zu bemerken, oder daß jemand Stimmen hört, ohne daß eine Person, die sie sprechen könnte, für ihn bemerkbar ist; oder ob Sinnestäuschungen darüber hinaus noch andere Qualitäten haben. Schließlich wird das Experiment etliche andere Einzelheiten beleuchten, deren Kenntnis eine noch so eingehende Exploration nie wird vermitteln können.

### Versuchsbedingungen.

Zu den Versuchen wurden selbstverständlich nur Patienten genommen, bei denen nicht nur das Realitätsurteil ihren Halluzinationen gegenüber positiv blieb, sondern wo selbst längeres und eingehendstes Befragen ergab, daß für den Patienten selbst offenbar kein Unterschied zwischen seinen Sinnestäuschungen und realen Wahrnehmungen bestand; oder aber, wo z. B. bei Deliranten zum Teil mit aus der Art ihrer Zuwendung zum Inhalt ihrer Sinnestäuschung dieses mit Bestimmtheit geschlossen werden konnte. — Daraus erklärt sich ohne weiteres die relative Kleinheit des hier vorzuführenden Materials, welches nicht nur die geeigneten Fälle enthält, die im Laufe von 10 Monaten die Greifswalder Universitäts-Nervenklinik passierten, sondern auch noch die der Provinzialheilanstalt Stralsund<sup>1</sup>. Es kann ungefähr gesagt werden, daß von etwa 10 Fällen, soweit sie zunächst überhaupt für diese Bedingung geeignet schienen, 9 dann doch nicht verwendet wurden, da die Exploration schon bei zwar positivem Realitätsurteil mehr oder weniger deutliche subjektive Unterschiede ergab. — Der eigentliche Versuch bestand darin, daß der Inhalt einer Halluzination nach Möglichkeit mit allen Nebenumständen nachgeahmt wurde, worauf im einzelnen beim Bericht des jeweiligen Versuches selbst näher eingegangen wird. Dieser Umstand dezimierte das Material wieder um einige sonst wohl geeignete Fälle, da eben nicht alles Halluzinierte imitiert werden kann. Auch schied ein Fall aus, der nur

---

<sup>1</sup> Für das überaus freundliche Entgegenkommen und für die Möglichkeit, das dortige Material für die vorliegende Fragestellung zugänglich zu machen, bin ich Herrn Direktor Dr. Horstmann zu großem Danke verpflichtet.

eine, von ihm genau qualifizierte Stimme hörte, da sich der Patient hier auf rein äußere Unterscheidungsmerkmale hätte berufen können. Wenn irgend angängig, wurde die Nachahmung dann geboten, wenn der Patient gerade die entsprechende Halluzination hatte, oder doch möglichst bald danach. Daß vor und während des Versuches natürlich alles vermieden wurde, was den Patienten auf den Gedanken hätte bringen können, daß hier etwas zu seiner Prüfung inszeniert wurde, braucht kaum besonders erwähnt zu werden, und tatsächlich gelang dies auch ausnahmslos. Nachdem zuvor die Art der Reaktion bzw. Zuwendung des Patienten auf die entsprechende Halluzination beobachtet worden war, wurde nun auch jene auf den Versuch hin genau beachtet. Ferner wurden zunächst etwaige spontane Äußerungen des Patienten nach dem Versuch abgewartet und protokolliert, und erst dann je nach Sachlage sofort oder beiläufig das Gespräch auf das fragliche Ereignis gebracht.

### Versuche und Ergebnisse.

An 12 Fällen wurden brauchbare Versuche angestellt, die nach den Diagnosen geordnet vorgetragen werden sollen: 4 Fälle von Schizophrenie; 1 Pfropfhebeaphrenie, 1 Paraphrenie phantastica, 1 paranoide Involutionspsychose, 1 senile Demenz mit hypochondrischen Wahnbildungen, 1 Paralyse, 1 delirantes Zustandsbild bei Stirnhirntumor und 2 Alkoholdelire. Leider bot sich keine Gelegenheit, an einem Fall von Beziehungswahn mit Halluzinationen einen Versuch zu machen. Da aber erstens diese Fälle selten sind, und da ferner der einzelne Fall gar nicht häufig halluziniert, und schließlich gerade hier der Versuch nur dann ein brauchbares Resultat ergeben würde, wenn er direkt im Moment des Halluzinierens angestellt wird, dürfte wohl die Gelegenheit hierzu noch etwas länger auf sich warten lassen.

*Fall 1:* Männlicher Patient. Landwirt, 54 Jahre.

Seit Jahren bestehende *Schizophrenie*. Bot längere Zeit ein katatonisches Zustandsbild mit allerlei Stereotypen, Negativismus und Maniertheiten. Zur Zeit der Untersuchung massenhaft haptische Halluzinationen und Beeinträchtigungsideen. Wird mit langen Nadeln von hinten in die Schläfen gestochen. Pfeile oder so was, was man gar nicht genau sehen kann, wird ihm von hinten in die Oberschenkel geschossen. Durchs Schlüsseloch werden prickelnde Strahlen auf ihn gespritzt, die er dann an den von den Kleidern nicht bedeckten Stellen spürt, einmal feinere, die nur schwach zu fühlen sind, einmal stärkere. Reibt und hält sich während solcher Beeinträchtigungen laut jammernd die betroffenen Körperteile und schimpft und flucht auf die „Massenmörder“ und macht heftige Abwehrbewegungen. Verstopft die Schlüsselöcher und untersucht gelegentlich mißtrauisch die Umgebung.

(Sehen Sie denn auch die Massenmörder, die das tun?) — „Ach was, ich weiß nicht, wie die das machen, aber ich fühle das doch. Mit so langen Nadeln stechen sie mich 2 Zoll tief hier rein, und dann so prickelnde Strahlen werden gespritzt, und ich weiß nicht, was das soll.“ (Fühlen Sie denn wirklich, daß Sie gespritzt und gestochen werden, so, wie wenn einer von uns Sie etwa stechen würde?) — „Das ist genau so, so wahr, wie ich hier sitze. Das schwöre ich Ihnen.“

*Versuch:* In einem Moment, wo Patient gerade wieder durch Bespritzen und Stechen beeinträchtigt wird, sitzt er mit dem Rücken gegen die angelehnte Tür im Einzelzimmer auf einen Stuhl, ihm gegenüber ein Pfleger, dem er unter Jammern und Abwehrbewegungen sein Leid klagt. Nun wird er von hinten mit einem Chloräthylspray aus etwa  $1\frac{1}{2}$  m Entfernung von dem hinter der Tür befindlichen und von ihm nicht zu sehenden Ref. für etwa 2 Sekunden gespritzt. Er fährt darauf hoch und schimpft: „Was fällt denn dem Kerl ein, mich zu spritzen“: — Als Ref. nach einigen Minuten eintritt, schreit er ihn an: „Sie Lump, was sollte das vorhin?“ (Meinen Sie mich oder werden Sie wieder von den Massenmördern beeinträchtigt?) — „Nee reden Sie nicht, ich weiß es genau, Sie waren es, das war doch was anderes!“

An der Tatsache des Unterscheidens besteht somit kein Zweifel, aber auch die weitere Exploration fördert darüber keine weiteren Einzelheiten.

*Fall 2:* Männlicher Patient, 56 Jahre, Kapellmeister. Alte *Schizophrenie*.

Bietet zur Zeit massenhafte Stereotypen und Maniertheiten, katatonie Motorik; allerlei paranoide Beeinträchtigungsideen, die zum Teil mit seinen ausschließlich haptischen Sinnestäuschungen in Beziehung stehen. Der Kopf wird ihm dauernd hin und her gedreht, das sei der Regierungswahn (äußert sich darüber nicht weiter). Ist meistens nur schwer zu fixieren. Unter anderem gibt er an, er werde auch des öfteren so gespritzt, erst vorhin sei das wieder gewesen, „das war so 'ne Dusche, das kam von oben, das war hier im Zimmer, da mußte ich dann gleich wieder so Zeremonien machen“. — (Haben Sie denn das wirklich auf der Haut gefühlt oder erklären Sie sich das so?) — „Na, 'ne Dusche fühle ich doch . . .“! (War es denn wirklich Wasser, mit dem Sie bespritzt wurden?) — „Ja, ja, das kam so von oben, wie eben 'ne Dusche mit feinen Strahlen.“ Während der Exploration dauerndes Kopfdrehen und stereotypes Brüllen und Singen.

*Versuch:* Referent entfernt sich und läßt Patient für etwa 15 Minuten allein, tritt dann, während Patient unter lautem Brüllen und Singen und allerlei Maniertheiten, der Tür den Rücken kehrend, in seine Beinkleider steigen will, auf einen hinter die angelehnte Tür gestellten Stuhl und bespritzt so durch den oberen Türspalt den Patienten für 3 Sekunden mit Chloräthyl. Während des Bespritzwerdens hält Patient plötzlich mit Brüllen inne und steht, ohne sich umzuschauen, für einige Sekunden regungslos da. Dann nach Aufhören des Spritzens fährt er mit seinem Brüllen und seinen Stereotypen wieder fort. Nach 3 Minuten kommt Referent ins Zimmer. Patient nimmt keine Notiz von ihm und brüllt weiter. (Warum brüllen Sie so?) — Patient schelmisch lächelnd spontan: „Ja, ja, ja, das war was anderes; früher war das trocken, man konnte keinen Tropfen sehen; jetzt war es naß, gesehen habe ich ja jetzt auch nichts, nein.“ (Nun, was war denn los?) — „Ja, ich will keinem zunahe treten, keinen beleidigen, aber mir war es doch, mir schien es so, ich glaube!“ — brüllt wieder. (Na, was glauben Sie, antworten Sie?) — „Ich glaube wohl, daß Sie es gewesen sein müssen.“ (Nun, es war doch wohl der, der Ihnen den Hals dreht, und der Sie früher mit der Dusche

gespritzt hat?) — „Nein, nein, nein, das war der nicht, das war doch viel anders. Ich denke schon, Sie werden es gewesen sein!“

Also auch hier sofortige eindeutige Unterscheidung. Seine Motivierung ist nicht uninteressant. Das Argument, daß man früher keinen Tropfen habe sehen können, nimmt er, als ihm selber scheinbar nicht ausreichend, gleich wieder zurück: „Gesehen habe ich ja jetzt auch nichts!“ Für 2–3 Sekunden von hinten aus 2 m Entfernung gespritzt, konnte er auch wohl kaum die einzelnen sehr feinen Chloräthyltropfen sehen. Die Unterscheidung: jetzt sei es naß, früher aber trocken gewesen, kann aber auch nicht den Kern dessen, was er wohl eigentlich ausdrücken möchte, treffen. Das Chloräthyl wurde von mir ja in diesem und ähnlichen Versuchen gerade deshalb genommen, weil es, zumal aus der Entfernung bei seiner rapiden Verdunstung für das Auge jedenfalls keine, und für das Gefühl nur sehr unsicher zu entscheidende Feuchtigkeitsspuren zurückläßt.

*Fall 3: Männlicher Patient, 36 Jahre. Landarbeiter. Schizophrenie.*

War schon seit einigen Jahren allmählich stiller und initiativ ärmer geworden. Wurde dann in letzter Zeit vor der Aufnahme ängstlich erregt, fürchtete vergiftet zu werden und verhext zu sein. In der Klinik klang seine ängstliche Erregung, die an sich nicht hochgradig war und nur zeitweilig auftrat, sehr bald ab. Keine Intelligenzdefekte. Sehr wortarm, geringe Anteilnahme an der Umgebung, spricht spontan gar nichts. Affektleeeres Verhalten. Auf Fragen antwortet er knapp, gelegentlich mit absonderlich geschraubten Redewendungen. Äußerte auch hier, aber nur in den ersten Wochen, Vergiftungsideen und die Befürchtung, verhext zu sein. Alles das wurde aber in völlig affektleeerer Form vorgebracht und ohne weitere Erklärungen. „Ja, das weiß ich auch nicht.“ Außerdem wurde er „elektrisiert“. Das sei nicht immer, er werde nur ab und zu täglich für etwa  $\frac{1}{2}$ –1 Stunde lang elektrisiert, meist, wenn er im Bette liege. Der Strom ginge am Rücken entlang, es sei „so 'n richtiger prickelnder elektrischer Strom“, er kenne das ja, da er sich als junger Mann aus Spaß mal habe elektrisieren lassen. — (Woher kommt denn der Strom?) — „Ja, das weiß ich auch nicht.“ — (Kommt er aus dem Bett?) — „Nein, da ist ja kein Apparat drin.“ — (Kommt er etwa aus Ihrem Körper selbst?) — „Nein, das muß von draußen kommen. Aber ich sehe ja nichts, das kann ich ja auch nicht sagen.“ Auch weitere Explorationen fördern keinerlei Anzeichen dafür, daß der halluzinierte Strom in irgendwas vom wirklichen Elektrisieren, welches er ja selbst auch kennt, irgendwie unterschieden wird. — Die Wahnbildungen des Vergiftetwerdens und Verhextseins klingen unter weiterer affektiver Versandung ab. Das Elektrisiertwerden bildet zur Zeit des Versuches das einzige halluzinatorische Erlebnis, das er beibehält und für das er sich nach wie vor keinerlei Erklärungsvorstellungen gebildet hat. Zweimal war zufällig Referent dabei, als nach des Patienten Aussagen das Elektrisieren gerade wieder begann. Patient äußerte während der Unterhaltung mit völlig gleichbleibender affektleeerer Mimik und ohne irgendwelche erkennbare zu- oder abwendenden Gebärden, kurz ohne sich im geringsten zu rühren: „Eben fängt der Strom wieder an . . .“

*Versuch:* Im Bette eines Einzelzimmers werden zwei leicht angefeuchtete Plattenelektroden (ohne Stiele) unter den Bezug, diesen kaum merklich durchfeuchtend, gelegt; die eine in Höhe des Gesäßes, die andere in etwa Schulterhöhe. Das Zimmer ist durch eine Tischlampe erleuchtet,

das Bett im Halbdunkel. Die mit den Elektroden in Verbindung stehenden Leitungsschnüre werden unter dem an der Wand stehenden Bett (Kopfseite zur Tür) am Boden und an der Wand entlang, wegen der Dunkelheit für den Patienten völlig unsichtbar, zur Tür hinaus zu dem weit draußen in dem ebenfalls dunklen Flur stehenden Pantostaten geführt. Letzterer steht hinter einer spanischen Wand und ist durch mehrere Woldecken absolut schallsicher abgedeckt. Der faradische Strom wird zuvor auf eine schwache, aber gut merkbare Stärke eingestellt. Sodann wird der Patient, der gerade zuvor halluzinierte, ins Zimmer geführt, wo er sich nackt in das Bett legt und mit einer Decke bedeckt wird. Es wird dann zunächst für 10 Minuten eine gleichgültige Unterhaltung mit ihm geführt, die allmählich auf sein „Elektrisiertwerden“ gebracht wird. (Werden Sie jetzt auch wieder elektrisch beeinflusst?) — „Nein, jetzt nicht.“ — Jetzt wird draußen der Strom ange stellt. — (Also Sie fühlen es jetzt gar nicht?) — „Nein, jetzt gar nicht.“ — Fährt direkt darauf plötzlich mit dem Kopf ein klein wenig hoch und schaut den Arzt mit großen, offenbar erstaunten Augen an und spricht in merklich etwas schnellerem Tonfalle als sonst: „Augenblicklich merke ich es ja, entschuldigen Sie, Herr Hausarzt, augenblicklich merke ich es.“ Wird aber gleich wieder ruhig und bleibt mit wieder gleichgültig werdender Miene liegen. — (Es ist also doch wie vorhin, daß Sie wieder elektrisiert werden?) — Zögernd: „Ein bißchen ja, ein bißchen anders ist es, dies wird wohl Starkstrom sein, das andere war schwächer.“ — Schaut dann forschend umher: „Dies kommt so von hinten, ich glaube wohl, daß es da anfängt.“ — (Ja, aber es ist doch auch wieder die Beeinflussung?) Immer wieder zögernd: „Nein, ganz so ist es mir nicht, weil das andere mehr von oben kam.“ — „Dieses ist wohl mehr ein Geräusch.“ — „Das andere traf mich mehr im Körper, dies fühl' ich nicht so ganz so.“ — (Fühlen Sie es jetzt also nicht genau so wie sonst?) — „Mir kommt es so vor, als wenn dieses nicht so schlimm ist, es scheint dieses weiter entfernt zu sein.“ — (Geht denn beides mit natürlichen Dingen zu?) — „Ja, dieses ist auch angestellt, das sind wohl die Strahlen, die auf den Körper fallen, und dann wird der Körper elektrisiert.“ — (Was glauben Sie, wozu werden Sie denn jetzt elektrisiert?) — „Zum Operieren.“ (Und wozu ist das, was Sie sonst fühlen?) — „Das weiß ich gar nicht.“ — (Also beides ist nicht dasselbe?) — „Nein, dieses ist ja schwächer... Ja dieses ist etwas ganz anderes.“ — (Glauben Sie, daß wir jetzt das gemacht haben?) — „Ich weiß nicht, woher das jetzt kommt.“

An diesem Versuche ist allerhand Interessantes. Es sei auf folgende Punkte aufmerksam gemacht: 1. Der Patient, der von früher her das Gefühl des Elektrisiertwerdens kennt, vergleicht dieses zunächst mit seinem halluzinatorischen Erlebnis. 2. Für letzteres hat er sich keinerlei Erklärungsvorstellungen gebildet; er nimmt es — wohl dank seiner Affektlage — als etwas scheinbar Selbstverständliches hin. 3. Im Beginn



des wirklichen Elektriziertwerdens zeigt er, ganz im Gegensatz zu seinem Verhalten dem halluzinierten gegenüber eine zwar geringe, aber unverkennbare Reaktion des Erstaunens; und die weitere Unterhaltung ergibt dann auch eindeutig, daß der Patient ohne weiteres unterscheidet. Man sollte meinen, daß wenn irgendwo die Umstände günstig waren, dem Patienten die Möglichkeit einer Identifizierung zu geben, dann in diesem Falle, zumal der Patient auch für den wirklichen Strom keinerlei Erklärungsmöglichkeiten findet. Auch hier wieder die Schwierigkeit oder besser die Unmöglichkeit, die qualitativen Differenzen, die ihm an sich natürlich gegeben sind, auch nur annähernd zum Ausdruck zu bringen. Einmal meint er, „das andere“ sei schwächer, später dagegen „dieses ist ja schwächer“!

*Fall 4:* Weibliche Patientin. Dieser Fall blieb trotz jahrelanger klinischer Beobachtung bezüglich seiner Zuordnung zur Schizophrenie nicht ganz sicher.

23jährige, sehr gracil gebaute Patientin. Über die Anamnese war so gut wie nichts in Erfahrung zu bringen. Sie wurde als Dienstmädchen auf Veranlassung ihrer Dienstgeberin eingeliefert wegen ihres sonderbaren, wechselnden Verhaltens. In letzter Zeit sollte sie sehr einsilbig gewesen sein und Sinnestäuschungen gehabt haben. In der Klinik wechselte ihr Verhalten in Abständen von Wochen bis Monaten erheblich. Neurologisch ohne Befund, gute Intelligenz. Zeitweilig hochgradig erregt, griff Pflegerinnen und Patientinnen an, trieb, wo sie konnte, allen möglichen Schabernack; oder sie lag mürrisch, abweisend im Bett, gab keine oder drohende und ironische Antworten. Ihre sprachlichen Äußerungen an sich waren formal stets geordnet, ihre Handlungen waren getragen von einem zielstrebenden Wutaffekt. Zeitweilig waren einige paranoide Tendenzen erkennbar. („Warum reizt mich die Schwester, sie soll mich zufrieden lassen.“) — Dann wieder war sie längere Zeit ruhig, half fleißig mit bei allen Arbeiten, blieb aber dann ziemlich einsilbig bei sehr regem, nicht immer einfühlbarem Mienenspiel. Ärzten gegenüber sehr zurückhaltend, wich ihnen meist mit spöttisch beobachtendem Lächeln aus, das sie auch in wieder uneinführbarer Weise während einer jeden Unterhaltung beibehielt. Auch in ihrem übrigen affektiven Verhalten blieb immer etwas Fremdes, fast Mißtrauisches. Staffierte sich unter Zuhilfenahme von Blumen und farbigen Bändern zwar nie unschön, aber doch phantastisch übertrieben aus. Näheren Unterhaltungen, speziell ihre psychischen Erlebnisse betreffenden, wich sie stets aus. So wurde über eigentliche Wahnbildungen bei ihr nichts bekannt. Des öfteren, nur abends, schaute sie, sich im Bette aufrichtend, durch das hinter ihrem Bett befindliche Fenster jeweils nur für einige Sekunden hinaus, ohne durch Gebärden oder Miene irgendetwas zu verraten. Auf diese Auffälligkeit betreffende Fragen ging sie nicht ein, bis es einmal, 2 Tage vor einem erneut einsetzenden Erregungszustand gelang, durch Exploration Näheres zu erfahren: Es stände da draußen im Garten immer 10—15 Schritte vom Fenster entfernt ein Mann in schwarzer Lederjacke und einem Gürtel mit Silberschnalle, ohne Hut. Er trage eine Stange, etwa wie ein Besenstiel, in einer Hand. Sein Gesicht habe sie noch nie genau erkennen können, da er dort nur des Abends im Halbdunkel stände. Er sei nicht jeden Abend da. (Wissen Sie denn schon vorher, ob er da ist, ehe Sie hingeschaut haben?) — „Nein, ich kenne ihn ja gar nicht.“ Sie habe ihn noch nie kommen oder gehen oder sich bewegen sehen, er stände nur da oder er sei fort. (Können wir denn den auch sehen?) — „Sehen Sie doch raus!“ Referent schaut hinaus: (Ich sehe niemanden.) — Spöttisch lächelnde Gebärde. (Warum steht der denn da?) — „Das weiß ich nicht, die Schwester wird es schon wissen, aber die sagt es mir ja nicht.“ — (Wenn nun die Schwester hinausginge, würde die ihn dann

sehen und würden Sie dann dort zwei richtige Menschen sehen?) — „Die Schwester, die wird sich schwer hüten.“ — (Ist denn das ein richtiger Mensch wie wir auch?) — „Ach Gott, fragen Sie doch nicht so albern.“ Wendet sich ärgerlich ab. — Gesprochen habe der Mann noch nie und irgendwelche Gebärden habe sie auch an ihm noch nicht bemerkt. — Es lassen sich keinerlei Anhaltspunkte dafür gewinnen, daß die halluzinierte Gestalt für sie keiner realen entspricht.

*Versuch:* Am nächsten Abend wird wieder beobachtet, daß Patientin einige Male vom Bett aus durchs Fenster blickt. Referent geht nun zu ihr und beginnt ein zunächst gleichgültiges Gespräch. Währenddessen begibt sich ein Kollege, der der halluzinierten Gestalt genau entsprechend angetan ist (barhäuptig, hochgeschlossene schwarze Lederjacke, Gürtel, Besenstiel), an genau den Punkt im Garten, wo Patientin die Gestalt zu sehen konstant angibt. Der Garten wird um diese Tageszeit sonst von Niemandem betreten. Die Dunkelheit gestattet zwar nicht das Erkennen von Einzelheiten; das aus den Fenstern fallende Licht jedoch genügt durchaus, um Personen als solche in ihren Umrissen wahrzunehmen. Der Kollege hat völlig unbeweglich zu stehen. Referent: (Sie schauten vorhin aus dem Fenster, steht der Mann da wieder?) — „Ja“. — (Sie müssen sich irren, ich sehe nichts). Patientin schaut jetzt selbst hinaus, stutzt einen Moment, lächelt dann erstaunt: „Das ist ja, da steht ja jemand, ein anderer!“ — (Nanu, noch einer, nun sind es zwei?) — Springt aus dem Bett und stellt sich ans Fenster. (Sind da nun zwei?) — Lachend: „Nee, das ist ein anderer.“ (Also den meinen Sie nicht?) Geht ins Bett zurück und wendet sich ab: „Wenn Sie nicht glauben, daß das ganz was anderes ist; aber ich weiß schon, was Sie wollen!“ Ist zu weiteren Antworten nicht zu bewegen.

Wie gesagt, es konnten wohl Zweifel über die Diagnose Schizophrenie für diesen Fall aufkommen, aber nicht darüber, daß es sich bei der Patientin um eine Sinnestäuschung handelte, die nach Realitätsurteil und eingehender Exploration eine „echte“ sein mußte. Trotzdem zeigt der Versuch, daß die Patientin prompt zwischen dieser und einer dieser offenbar entsprechenden realen Wahrnehmung unterscheidet. Die Verhältnisse lagen zudem noch dadurch sehr günstig, daß das Halluzinierte leicht zu imitieren war, und daß die Dunkelheit eine Unterscheidung nach etwaigen Äußerlichkeiten kaum zuließ.

*Fall 5:* Weibliche Patientin, 24 Jahre. *Pfropfhebeaphrenie.*

In der Schule sehr schwer gelernt. Schwer erziehbar; moralisch haltlos. Puella publica. Zuletzt im Mädchenheim, von dort der Klinik überwiesen, weil sie durch allerlei unsinnige Handlungen und unmotivierter Affektausbrüche auffällig wurde. Schwer debile Patientin, unbekümmert burschikoses, zum Teil unflätiges Verhalten. Meist mürrisch, ablehnend, nur selten etwas zugänglicher. Äußert in stets gereiztem Tone allerlei inhaltlich wechselnde Beeinträchtigungsideen. Zeitweilig sinnlose Erregungszustände, in denen sie gefährlich wird, Mitpatientinnen, Personal und Ärzte angreift, und die sie zum Teil inadäquat, zum Teil paranoid motiviert, man habe sie beschimpft, man wolle ihr ans Leben, sie wolle sich hier nicht vergiften lassen. Optische und akustische Sinnestäuschungen. Sieht z. B. einen Gendarmen im Zimmer, verlangt dessen Entfernung usw. Zeitweilig starkes

Grimassieren, sonst keine katatone Motorik. Wassermannreaktion im Blute positiv. Neurologisch ohne Befund. Außerdem halluziniert sie häufig, daß sie gespritzt werde, sie gibt darüber an: „Es sind feine Tropfen wie aus 'ner ganz engen Spritze“, die träfen sie in den Nacken, ins Gesicht oder auf die Arme; woher das käme, wisse sie nicht, wahrscheinlich durch das hinter ihrem Bett befindliche Fenster. Ärzte und Personal werden von ihr diesbezüglich nie verdächtigt. (Fühlen Sie denn das ganz so, als wenn z. B. Sie irgendjemand von uns so bespritzen würde?) — „Na, wie denn sonst.“ — (Aber es scheint doch nicht so, denn Sie wissen ja noch nicht einmal, woher das Spritzen kommt?) — „Ach was, Sie Kaffer, man fühlt doch, wenn man so 'nen Segen ins Gesicht kriegt!“ — Sobald sie sich bespritzt fühlt, fängt sie zwar laut an zu schimpfen, macht aber bemerkenswerterweise keine bestimmten Abwehr- oder Abkehrbewegungen, macht nur fluchend richtungslose Drohgebärden.

*Versuch:* Das Bett der Patientin, in dem sie während des Versuches von einem Stricknetz umgeben liegt, so daß sie sich nicht oder wenigstens nicht rasch aufrichten kann, steht an einer Wand, an der auch zu Füßen des Bettes sich eine Tür befindet, die zum Nebensaale führt. Die Tür ist nach ihrem Bette zu weit geöffnet. An der Angelseite der Tür entsteht dadurch zwischen dieser und der Wand ein etwa 3 cm schmaler Spalt. Da das Licht diesseits der Tür (im Sinne der Patientin) ist, befindet sich der Raum jenseits der Tür im Dunkeln. Vom Türspalt bis zum Kopfe der Patientin sind es etwa  $2\frac{1}{3}$  m. — Nach Bericht der Schwester hatte die Patientin etwa 3—4 Minuten vor dem Versuche gerade wieder über das verdammte Spritzen geschimpft. Patientin hatte Referenten an dem Tage nur bei der Morgenvisite (vor 9 Stunden) gesehen. Im Moment des Versuches blieb Patientin ruhig unter dem Netz. Sie wird nun durch den Türspalt von Referenten mit Chloräthyl an den Kopf gespritzt. Patientin fährt jäh im Bett empor, sich unflätig schimpfend in Richtung der Tür wendend: „Lassen Sie das sein, Sie Schwein. Sonst komme ich heraus und zeige es Ihnen!“ — Nach 4 Minuten tritt Referent, wie zur Visite kommend, ein. Patientin: „Was sollte das vorhin mit der Schweinerei?“ — (Nun, was ist denn?) — „Tun Sie man nicht so. Einer von Ihnen hat mich da bespritzt“. — (Sie klagten doch schon immer darüber. War es denn heute nicht dasselbe wie sonst?) — „Nein, das waren Sie mit son'n ollen Dreckkram“. — Nach 14 Tagen wird der Versuch unter den gleichen Bedingungen wiederholt. Zunächst dieselbe hinkehrende Reaktion der Patientin, sie sich dann schimpfend unter der Bettdecke verbirgt.

Der Versuch, der im Prinzip dasselbe zeigt wie die vorangehenden: felsenfeste Realitätsüberzeugung, Versagen der Exploration bezüglich Angaben über Anderwertigkeit der Halluzination gegenüber gleichen realen Wahrnehmungen, lehrt im besonderen, daß auch das Bestehen deutlicher Intelligenzdefekte die prompte Unterscheidung in unserem Sinne keineswegs hindert. Die sofortige deutliche hinkehrende Reaktion, die bei ihrem halluzinierten Bespritztwerden fehlt, war hier besonders eindrucksvoll.

*Fall 6:* Männlicher Patient, 56 Jahre. Alte *Paraphrenia phantastica* mit massenhaften, einwandfrei aber nur haptischen Sinnestäuschungen, über die er reichlich inkohärent berichtet.

Beeinflussung mit elektrischem Strom, er wird gestochen, gepriekt, geschnitten und gesägt am Genitale und am Unterleib. Ins Gesicht werden ihm *allerlei übel-riechende Substanzen gespritzt*. Massenhafte, in unsystematischer und inkohärenter Form, mit den Sinnestäuschungen in Beziehung gebrachte Wahnbildungen. Er ist Direktor der Anstalt, ist Mediziner, er ist überhaupt alles und kann alles. Der Patient ist an sich ein fleißiger Arbeiter, der zu allen möglichen Betätigungen herangezogen werden kann. Aber fast alle Verrichtungen des Tages sowie fast alle realen Erlebnisse werden, soweit zu erfahren ist, mit seinen Wahnvorstellungen verknüpft bzw. haben für ihn irgendeine, in zerfahrener Weise vorgebrachte wahnhaftige Bedeutung: Im Essen ist Zehrpulver, durch das Bedienen der Strickmaschine wirkt er auf die Koblode ein usw. Er kennt zwar seine Umgebung, nimmt aber an ihr keinerlei adäquaten Anteil. Während der Unterhaltung, bei der er kaum zu fixieren ist, horcht er, ähnlich wie auch bei der Arbeit, plötzlich in sich hinein, um festzustellen, woher resp. von wem er gerade eben beeinträchtigt oder belästigt wurde und gibt dann darüber Auskunft: „Das war aus dem Meere, W 75“, oder „Es war 30,6 oben!“ Einmal berichtet er, wie er beeinträchtigt wird, ein andermal beeinträchtigt er selbst wieder seine Peiniger. Beim Erleben seiner Sensationen schlägt er zum Teil plötzlich nach hinten um sich, wobei er mit etwas unsicherem Blick entweder nach oben oder nach unten schaut und sich sofort dann sprachlich mit dem jeweiligen Beeinträchtigten in Verbindung setzt; oder er faßt sich an die getroffene Körperstelle und konstatiert einfach die Tatsache des Gepeinigtheits mit nur geringem Affekt. Oder er steht in starrer Haltung da, allerlei Stereotypen vollführend: wackelt mit dem Kopf und den Händen, kniet mehrmals nieder, hebt sich auf die Fußspitzen usw., um, nach seiner Erklärung, die Beeinträchtigten abzuwehren. Die Personen seiner Umgebung werden von ihm mit seinen Wahn-erlebnissen und Halluzinationen als Urheber in keinerlei Beziehung gebracht, im Gegenteil, er nimmt an, daß auch sie in mehr oder weniger ähnlicher Weise wie er beeinträchtigt werden.

*Versuch:* Patient sitzt in einer, im übrigen völlig leeren Einzelzelle auf einem Stuhle mit dem Rücken halb gegen die eben angelehnte Tür gekehrt, 2 m von dieser entfernt. Er wird gerade, um ihn motorisch zwanglos zu fixieren, von einem vor ihm stehenden Pfleger zum Rasieren eingeseift. Er sitzt mit geschlossenen Augen da. Jetzt wird er zum ersten Male vom Referenten durch den ganz schmalen Türspalt von halbhinten mit Chloräthyl ins Gesicht gespritzt. (Beobachtung durch ein 10 × 10 cm Türfenster.) Patient öffnet mit eindeutig verwunderter Mimik die Augen, schaut zunächst den Pfleger an und darauf in dessen Ärmel, ihn heftig anfahrend: „Lassen Sie das sein“. — Der Pfleger (wie verabredet): „Na, das war wohl wieder was von denen da oben oder da unten?“ Patient antwortet auf diese Bemerkung des Pflegers nicht, lehnt sich wieder, die Augen schließend, ruhig zurück. — Darauf zum zweiten Male für 4 Sekunden gespritzt. Patient schreckt, die Augen sofort öffnend, lebhaft empor, schaut sich suchend im Raume um, fährt dann abermals ziemlich erregt den Pfleger an: „Hier wird doch gespritzt: Lassen Sie das!“ Schaut dann wieder kontrollierend in den Ärmel des Pflegers, der ihn abermals beruhigt. Als er zum dritten Male gespritzt wird,

wehrt er mit beiden Armen ab (Mimik nicht erkennbar), blickt nach oben, schaut dann zur Türe hin und murmelt etwas Unverständliches. — Referent, der sich schnell leise entfernte, kommt nach einer halben Minute mit lauten Schritten auf die Tür zu und tritt ein. Der Pfleger bringt rasch das Gespräch auf den Vorfall, und vom Referenten jetzt gefragt, äußert der Patient: „Ja, das müssen die kleinen 50 cm großen Mädchen getan haben“, horecht dann in sich hinein und sagt: „Nein, das waren die unten 50“. — (War das dasselbe Spritzen wie sonst?) — „Ja, das taten die Neuen, es kamen vorhin gerade Neue an, die machten das“. Auch auf nochmaliges Fragen, ob er wirklich der Ansicht sei, daß das Spritzen von vorhin auch von seinen Beeinträchtigern komme, und ob es ganz so gewesen sei wie sonst, antwortet er in bejahendem Sinne.

*Nachversuch:* Als der Versuch nach einer halben Stunde, während sich Patient gerade an einer Strickmaschine beschäftigt, von dem weit hinter ihm stehenden Referenten wiederholt wird, erklärt Patient, nachdem er zunächst denen im ersten Versuche ähnliche Spontanreaktionen zeigte, auf Befragen: Das sei dasselbe Spritzen wie vorhin und wie sonst auch gewesen. Das hätten auch „die von unten“ getan, das sei aus dem Meere gekommen. Vorhin sei es allerdings aus dem Ärmel des Pflegers gekommen, aber eigentlich aus dessen Körper heraus. Das täten eben „die von unten“ durch den Körper des Pflegers hindurch. — Als Referent ihm nun die Chloräthylflasche zeigt und ihn vor seinen Augen einiger Entfernung bespritzt und ihm erklärt, daß er (Referent) es auch vorhin gewesen sei, der ihn bespritzt habe, weist Patient mit allerlei wahnhaften Motiven diese Erklärung zurück: Der Doktor könne ihn gar nicht spritzen, das werde auch „von denen da unten“ durch den Doktor gemacht. Es scheine zwar so, als ob der Doktor ihn eben gespritzt habe, vorhin aber hätten es „die Unteren“ getan, dann vielleicht durch den Doktor hindurch, welch letzterer auch durch die Unteren beeinflußt sei.

Durch diesen Versuch erfahren wir wieder wichtige Einzelheiten, denen wir, um Verallgemeinerungen vorzubeugen, nur für ähnlich gelagerte Fälle die ihnen zukommende Bedeutung beimessen dürfen. — Während der Patient bei seinen halluzinierten Beeinträchtigungen unter anderem beim Bespritztwerden stets in abwegiger, d. h. seiner kaum zu überbietenden Wahnstimmung entsprechender Weise reagierte, zeigt er beim realen Bespritzen zunächst durchaus *adäquate* Ausdrucksreaktionen. Diese vervollständigte er anfangs durch ein ebenfalls völlig verstehbares und richtiges Urteil: beim Fehlen sonstiger erkennbarer Quellen mußte es der Pfleger sein, der ihn gespritzt hatte; während er sonst nicht nur niemals seine Umgebung verdächtigte, sondern ihm vielmehr sofort die Quellen in wahnhaften Gebilden gegeben waren. Die Beobachtung der Ausdrucksbewegungen bei den beiderlei Gelegenheiten und dann deren eindeutige Differenz zeigt erstmal zweierlei:

1. daß der Patient haptische Sinnestäuschungen hat, die von vornherein wenigstens durch die Erklärung wahnhafter Erinnerungs-fälschungen oder Konfabulationen nicht recht weggeleugnet werden können; 2. daß auch dieser Patient primär eindeutig unterscheidet und somit scheinbar gleichgeartete halluzinatorische und reale Wahrnehmungen für ihn verschiedene Qualitäten haben. Erst sekundär erfährt nun bezüglich der realen Wahrnehmung sein anfangs richtiges Urteil eine Umbildung im Sinne der bestehenden Wahnvorstellungen, ganz ähnlich, wie wohl fast alle seine realen Erlebnisse und so ist dann selbst durch Demonstrierung des wirklichen Sachverhaltes dieses umgebildete Urteil nun nicht mehr zu erschüttern.

Daß von diesen bislang erwähnten 6 Fällen, die 5, die mit Sicherheit der Schizophreniegruppe zuzurechnen sind, haptische Halluzinanten waren, ist sicherlich kein Zufall. Von der großen Zahl diesbezüglich untersuchter schizophrener Fälle erfüllten nur 5 und gerade nur mit ihren haptischen Halluzinationen die Bedingungen des Versuches, nämlich ein unerschütterliches Realitätsurteil und die Unmöglichkeit, spontan oder provoziert von sich aus Qualitätsdifferenzen zwischen halluzinatorischen und realen Wahrnehmungen zu äußern. Bei den optischen oder akustischen Sinnestäuschungen Schizophrener kam man, ganz wie *Schröder*<sup>1</sup> es gezeigt hat, schon auf Grund mehr oder weniger eingehender Exploration zu dem eindeutigen Resultate, daß den Patienten die qualitative Differenz gegenüber realen Wahrnehmungen gegeben war, so daß sie sie irgendeiner, wenn auch sehr behelfsmäßigen Form zum Ausdruck bringen konnten. Das hat seine Erklärung in einer bekannten, schon im normalen Erleben begründeten Tatsache: Optische und akustische Wahrnehmungen bieten an sich und unter anderem dadurch, daß sie im (vom Körper gesprochen) äußeren Raume erlebt werden, wesentlich mehr Vergleichs- und Unterscheidungsmöglichkeiten als haptische Wahrnehmungen, zumal, wenn sie außerdem weniger zusammengesetzten und mehr elementaren Charakter haben. Kurzum, es sind dem Menschen durch das dauernde Üben des Vergleichens auf optischem und akustischem Gebiete wesentlich mehr sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten gegeben als auf dem Hautsinnesgebiete bezüglich dessen mehr elementaren Wahrnehmungen. Während nun diese sinnlichen Vergleichs- und sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten dem optisch oder akustisch halluzinierenden Patienten zu einem gewissen Teile dazu dienen, daß Differente ihrer Trugwahrnehmungen, wenn auch gar nicht treffend zu charakterisieren, so doch wenigstens beispielhaft anzudeuten, fehlen ihnen als haptisch Halluzinierenden diese Möglichkeiten, oder sie sind doch beträchtlich geringer. Diese Betrachtung gibt uns *ein* Beispiel dafür, wie der Inhalt des Realitätsurteils durch die Art der Sinnestäuschung mitbestimmt wird. Es wird *ceteris paribus* ein haptisch

<sup>1</sup> *Schröder*: I. c.

Halluzinierender eher zur Gleichheitserklärung realer und halluzinatorischer Wahrnehmungen neigen als ein optisch oder akustisch Halluzinierender.

*Fall 7:* Weibliche Patientin, 41 Jahre, unverheiratet. 1 Monat vor dem Versuch ziemlich akut beginnende *paranoide Involutionenpsychose*.

Familienanamnese ohne Befund. Die prämorbid Persönlichkeit der Patientin hat nach der Anamnese bis vor etwa 2 Monaten nichts besonders Auffälliges geboten. Sie war als Köchin in einer größeren Familie in Berlin jahrelang tätig und soll auch dort in keiner Weise aufgefallen sein. Sie hat zur Zeit ein ganz gut geordnetes Wahnsystem: Sie bekomme zeitweilig Anfälle von „Nervenzucken“ (objektiv liegt nichts Epi-Verdächtiges vor, was sie damit überhaupt meint, wird nicht ganz klar); das habe sie sich nur durch fernhypnotische Beeinflussung durch ihre Feindin Lotte B. erklären können (eine tatsächliche frühere Bekannte), diese wolle sie damit krank machen oder schwächen, um sie vielleicht auch um Hab und Gut zu bringen. Diese Feindin werde von anderen Personen, die nicht hypnotisieren könnten, bezahlt und übernehme für diese Aufträge. Diese anderen Personen kenne sie nicht, aber die hätten das gleiche Interesse an ihrem Krankwerden. Von Lotto B. wiederum beauftragt seien wieder andere, die hier in der Nähe sein müßten, und die ihr ab und zu, um sie zu ärgern und um sie mürrisch zu machen, hämische Bemerkungen zuriefen. Gibt spontan den Inhalt einiger solcher Zurufe wieder: „Du Aas, Du sollst krepieren!“ „Ja, ja, wir sind es, die Dich trietzen, wir, die Juden“ usw. Die Stimmen höre sie ganz deutlich. Sie gibt Qualität, Intensität und Richtung der Stimmen genau an. Die Stimmen seien meist eine tiefe weibliche Stimme, oft auch seien es Männerstimmen, einige tiefe davon klangen genau so, wie wenn die betreffende Person durch einen Grammophontrichter spräche. Sie höre alle diese genau so, wie sie die Stimme des Arztes höre. Wenn sie sich die Ohren zuhalte, höre sie die Stimmen nicht. Patientin lehnt jeden Vergleich mit Gedankenhören, innerlichem Hören, Hören mit dem Kopfe und ähnliches mit Bestimmtheit ab. Betont während jeder, gerade diesem Punkte gewidmeten Exploration immer wieder, daß sie die Stimmen genau so wie die Stimme eines anderen Menschen, der vor ihr stehe oder sich etwa im Nebenzimmer befände, mit ihren Ohren höre. Des öfteren wird beobachtet, wie die Patientin plötzlich während eines Gesprächs oder einer Handarbeit aufhorcht und sich dann mit den Stimmen in Form von Rede und Gegenrede unterhält. Ferner gibt sie an, sie sähe, wenn sie in Angst oder Furcht sei und dann zu beten anfänge, einen weißen Engel, wie zu ihrem Troste und zu ihrer Hilfe. Über diese letzte Erscheinung ist zwar ihr Realitätsurteil dauernd positiv; hinsichtlich aber des näheren Erlebniswertes befragt, sagt sie: „Ja, das ist eben kein Mensch, sondern ein Engel.“ Im übrigen ist die Patientin durchaus geordnet, besonnen, von guter Intelligenz und benimmt sich bezüglich Affekt und Ausdrucksbewegungen ganz adäquat, ja sogar lebhaft. Gutes Situations- und Witzverständnis. Man führt längere Gespräche mit ihr, ohne daß sie irgendwie auffallend wirkt.

*Versuch:* Patientin sitzt mittags handarbeitend mit einer Schwester am Fenster eines großen Zimmers, mit dem Rücken nach einer von der Patientin etwa 7 m entfernten Tür, die nie benutzt wird und durch einen großen Schrank voll verdeckt ist. Patientin kann den etwa 5 cm breiten Spalt der Tür, die an diesem Tage vor dem Eintreten der Patientin schon geöffnet wurde, daher überhaupt nicht sehen. Der wandbreite Raum zwischen Schrank und Tür gestattet das Unterbringen eines Pappsprachtrichters, der mit seiner breiten Öffnung nach oben gerichtet

ist, und dessen schmale Öffnung Referent jenseits der Tür im Nebenzimmer durch den Türspalt an den Mund führt. Nachdem Patientin, die kurz zuvor sich wieder mit ihren Stimmen unterhielt, sich etwa 20 Minuten handarbeitend in dem Zimmer befand, wird ihr vom Referent mit verstellter tiefer Stimme durch den Trichter etwas zugerufen. Der Inhalt des Gesprochenen entspricht wörtlich den am häufigsten wiederkehrenden Versionen ihrer halluzinierten Stimmen: „Warte, Du Aas, Du sollst krepieren“ usw. — Sobald Patientin das Zugerufene hört, schaut sie kurz von der Arbeit auf, wendet aber nicht den Kopf und handarbeitet dann während des Schlusses des Zurufes ruhig weiter. Auf Befragen der Schwester, warum sie so aufgeschaut habe, erzählt sie, ohne eine weitere Erklärung zu geben, das, was sie gehört hat und gibt weiter an, sie habe gleich dabei einen weißen Engel gesehen. An diese Unterhaltung mit der Schwester anknüpfend spricht 5 Minuten später Referent mit ihr. (Nun, wann haben Sie zuletzt die Stimmen gehört?) — Antwort mit einem ernsten, etwas mißtrauischen Blick: „Heute Vormittag, da war es die Frau W. Ich weiß genau, die wollte wieder...“ (Die Schwester erzählte mir aber, daß Sie gerade vorhin auch wieder eine Stimme gehört hätten?) — Antwort in lächelndem Tone: „Das war 'ne andere Stimme“. (Ach so, also nicht von Frau W., von einem anderen Feinde?) — „Nein, nein, das war überhaupt 'ne andere Stimme“. Schaut sich lächelnd nach der Schwester um und dann weiter fortfahrend: „Nein, das war nicht so wie sonst“. (So, dann wurden Sie also nicht beschimpft.) — „Ja, ja, das war aber doch 'ne andere Stimme.“ (Ja, aber inwiefern denn anders?) — „Das wurde, das... (nach Worten suchend) wurde ja direkt gesprochen, so geflüstert.“ — (Die Andern sprechen oder flüstern doch auch?) — „Ja, das ist doch wieder anders.“ — (Also, war es keiner Ihrer Feinde?) — „Nein!“ — (Und woher wissen Sie das?) — „Ja, ja, das sage ich mir so, das weiß ich, das war 'ne andere Menschenstimme, so von hier, vielleicht waren Sie es oder wer anders.“ (Ja, wenn es wer anders war, wie kommt denn das?) — „Vielleicht, um das genau auszukundschaften, ob das wahr ist mit den andern Stimmen, ob ich die höre, oder wie ich die vielleicht höre. — Zuerst, als ich es hörte, kriegte ich einen Schreck und dachte: Was das wohl nun sein kann, wozu das nun wohl ist! Und wenn ich in Angst bin, fang ich an zu beten, und dann sehe ich immer den Engel, den sehe ich auch sonst.“ (Waren Sie denn in Angst vor den Feinden, ich meine zu allererst, als Sie die Stimmen hörten?) — „Ja, ich war in Angst, aber das hab' ich gleich gemerkt, daß das keine Stimmen von den Feinden waren.“ (Zu allererst waren Sie aber doch wohl im Zweifel?) — „Ach, nein, das war ich wohl nicht, ich erschreck mich nur so.“

Von 6 paranoiden Involutionspsychosen (alle im Alter von 40 bis 46 Jahren) mit akustischen Sinnestäuschungen, die diesen gegenüber dauernd völlige Realitätsüberzeugung hatten, blieb dieser Fall der einzige,



in dem die Exploration schließlich nicht doch irgendwie einen Hinweis ergab, daß die Stimmen für sie andere Dignität wie reale Stimmen hatten. Der Fall ist außerdem beachtenswert, weil die Patientin vor allem in ihrem übrigen psychischen Zustande am allerwenigsten verändert war. Während die übrigen schon bald nach Ausdrucksmitteln zu suchen schienen, um die Differenz verständlich zu machen, blieb diese Patientin von Anfang bis zu Ende von der völligen Gleichwertigkeit für sich unbeirrt überzeugt. Hier konnte erst der Versuch dem Beobachter zeigen, daß auch für sie die halluzinierten Stimmen anderen Erlebniswert hatten als reale.

*Fall 8:* Männlicher Patient, 80 Jahre, Major a. D. *Senile Demenz* mit paranoider Wahnbildung.

Auf dem linken Auge Star, auf dem rechten, wo Patient eine Chorioretinitis hat, nimmt er nur Lichtschein wahr. Sensibilität nicht erkennbar gestört. Es bestehen aber deutlich trophische Hautstörungen an den Händen. Sonst neurologisch ohne Befund. Soll früher unauffällig gewesen sein. Psychose begann vor einigen Jahren mit Beeinträchtigungsideen: die Schwiegertochter wolle ihn vergiften. Jetzt leidlich orientiert, mäßige Merkschwäche, affektiv etwas gleichgültig, in der Unterhaltung noch recht geordnet, vor allem in der Form noch durchaus erhalten, konventionell freundlich und höflich. Spricht gerne über seine Krankheit (Augenleiden) und auch über den Inhalt seiner haptischen Sinnestäuschungen, die zum großen Teil wenigstens als wahnhaftige Bewertung von Körperempfindungen (Parästhesien) gelten könnten: abends im Bett geht ihm ein elektrischer Strom durch den ganzen Körper. Wenn er abends vor dem Schlafengehen das Bett kontrollieren wolle und er fahre dann mit der Hand so unter die Decke, dann liege da immer so eine mehrlartige Substanz, die Finger würden davon dann ganz glatt, „es ist schrecklich, dieses Glättegefühl!“ (Haben Sie auch mal etwas davon in die Hand genommen?) — „Ja, das kann ich so in die Hand nehmen, es ist Mehl oder Puder.“ — (Nun sehen Sie ja schlecht, ist es vielleicht nur so ein Gefühl in den Händen selbst, ohne daß vielleicht etwas im Bett drinnen ist?) — „Ach, Sie meinen, ich täusche mich da, weil meine Augen nicht mehr gut sind? Nein, nein, nein. Ich sage ja, ich fühle es ganz deutlich, und daß es dann weiß in meiner Hand ist, soviel kann ich noch sehen. Der Pfleger säubert mir ja dann mein Bett auch immer, der muß es ja doch auch sehen können.“ — (Wie kommt denn das ins Bett hinein?) — „Ja, das kann ich nicht sagen. Ob das durch Elektrizität kommt? Ich denke, daß da draußen vielleicht so 'ne Maschinen stehen. Ja, wer das tut, ich weiß es wirklich nicht.“ — Patient untersucht jeden Abend das Bett und konstatiert ohne jede erkennbare Erregung, daß wieder etwas darin sei. Den anderen haptischen Sinnestäuschungen gegenüber verhält er sich ähnlich affektarm.

*Versuch:* An der Stelle im Bett unter der Decke, wo Patient des abends gewöhnlich nachsieht, wird eine dünne Schicht Reispuder hingestreut in einer Ausdehnung von etwa Tellergröße. Patient wird dann gesprächsweise auf den Inhalt seiner Sinnestäuschungen gebracht. Er macht dann bald selber den Vorschlag, die Sache mit Ref. zusammen zu untersuchen, um ihm auch zu beweisen, daß er sich nicht täusche. Ans Bett geführt, sucht er dann mit den Händen und kommt bald an die Stelle, wo der Reispuder liegt. Er stutzt dabei leicht und sagt: „Ja, was ist das? Ja sehen Sie, dieses ist jetzt hier feucht: das ist ja auch

so was, aber das andere ist trocken. Und hier bleibt mir ja auch was an der Hand kleben, das andere reibt sich immer leicht wieder ab.“ (Ist das das nun, was Sie mir zeigen wollten?) — „Ja, das kann ich nicht sagen, es ist ja wohl möglich, so war es allerdings sonst nicht; man sieht ja, daß es feucht ist.“ — (Glauben Sie, daß das auf die gleiche Weise hineingekommen ist?) — „Möglich ist es, wie ich sage, aber entscheiden kann ich es nicht.“ — (Aber, es ist doch wohl so, wie Sie es sonst finden?) — „Nein, das ist nicht hineingestreut, dieses ist hineingeschüttet!“ — Patient sagt das alles ohne erkennbaren besonderen Affekt. — Nachdem das Gespräch 10 Minuten eine andere Wendung eingenommen hat, wird nochmals darauf zurückkommen. (War das nun auch auf dieselbe Weise hineingekommen wie das andere?) — „Ach, na, das glaube ich kaum, das wird wohl dahin geschüttet sein, um mich auszuprobieren, will mal sagen, um zu sehen, was ich dazu sage.“ Lacht dabei.

Die Schilderung dieses Falles legt uns den Gedanken nahe, daß es sich hier im *Schröderschen* Sinne um die wahnhafte Bewertung körperlicher Mißempfindungen (Parästhesien) handelt, wobei allerdings auffallend bliebe, daß der Patient diese Sinnestäuschung nur bei der Gelegenheit hat, wo er sein Bett untersucht. Eindrucksvoll war, wie der Greis zuerst von seiner Empfindung aus der Erinnerung sprach: „Es ist schrecklich dieses Glättegefühl“, wobei er das Gesicht verzog und sich die Hände rieb. Außerdem sei noch auf folgendes hingewiesen: Der Patient war praktisch blind. Ob nun die Blindheit, d. h. die fehlende Kontrollmöglichkeit durch die Augen, eine Mitbedingung dazu war, daß aus einer Parästhesie eine halluzinatorische Wahrnehmung wurde, möchte ich für wahrscheinlich halten, ohne es allerdings beweisen zu können. *Jaspers*<sup>1</sup> sagt bezüglich der Sinnestäuschungen auf dem Gebiete des allgemeinen Sinnes: „Es ist schwierig, aber prinzipiell zu fordern, die wirklichen sinnlichen Erlebnisse . . . von den wahnhaften Deutungen zu trennen . . .“, denn letztere gehören nach psychologischer Definition nicht mehr mit zum Tatbestande einer Sinnestäuschung<sup>2</sup>. Demnach hätten wir es eventuell gar nicht mit einer Sinnestäuschung, sondern nur mit einer Wahnidee zu tun. Auf die Gründe solcher Art entstehender reiner Definitionsschwierigkeiten wurde oben schon zur Genüge hingewiesen. Letztere sind für den Zweck der vorliegenden Untersuchungen zunächst belanglos.

Also auch hier primär nicht nur völlige Realitätsüberzeugung, sondern offener Gleichheitswert mit realen Wahrnehmungen: „Es ist Mehl oder Puder“. Der Patient will es dem Arzt auch durch Demonstration beweisen. Und trotzdem wird im Versuch wiederum unterschieden. Beachtsam ist allerdings dabei, daß der Patient anfangs zu schwanken schien, „Ja, das kann ich nicht sagen, es ist ja wohl möglich . . .“.

<sup>1</sup> *Jaspers*: Ref. S. 334.

<sup>2</sup> *Jaspers*: Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Julius Springer 1924. S. 61 ff.

Seine Unterscheidungsargumente besagen recht wenig, zum Teil sind sie sogar falsch: „Dieses ist jetzt hier feucht“. Zum Teil bezieht er seine Argumente sogar aus einer Kontrollsphäre, die ihm gar nicht mehr gegeben ist (Man sieht ja, daß...“ und ferner „hingestreut“ und „hingeschüttet“). Doch Ähnliches beobachten wir ja auch bei sonst geistig intakten alten Leuten, die praktisch blind sind, und die das nicht gern wahrhaben wollen. Wir begegnen dieser Tendenz eines Erblindeten im Versuche 10 wieder.

*Fall 9:* Männlicher Patient, 50 Jahre. *Paralyse.*

Zur Zeit des Versuches bezüglich Intelligenz noch nicht wesentlich dement, bietet er eher das Zustandsbild eines erregten Schizophrenen: motorisch erregt, zahlreiche optische, akustische und haptische Sinnestäuschungen, reichliche, wenig systematisierte paranoide Wahnbildungen. Unterhält sich nur brüllend mit seinen Stimmen, die ihm von oben allerlei Gemeinheiten zurufen. Häufig sieht er auch „diese verfluchten Hunde“. „Sie stehen oben auf der Mauer“ und werfen ihm Stricke zu; auch spritzen sie ihn vorn und hinten. (Woher wissen Sie, daß die da oben stehen?) — „Da steht er ja. der Hund.“ Zeigt in die gegenüberliegende Ecke und brüllt dann den Gesehenen weiter an. Eine genauere Exploration ist leider nicht möglich. Gegen die zugeworfenen Stricke wehrt er sich heftig mit den Armen, fängt sie auf und wirft sie zurück; fühlt er sich aber bespritzt, so verkriecht er sich heulend unter der Bettdecke.

*Versuch:* Während Patient sich gerade wieder gegen zugeworfene Stricke wehrt und heftig schimpfend im Bette herumagiert, wird er, während ihn ein vor ihm stehender Kollege zu fixieren sucht, von Referenten aus einer Entfernung von  $2\frac{1}{2}$  m von hinten mit Chloräthyl bespritzt. Bricht seine Bewegungen und sein Schimpfen sofort ab: „Na, was ist das für ein Dreck“. Kollege: (Was meinen Sie denn?) — „Das weiß ich nicht, da spritzte was.“ — (Kam das von oben von den Leuten, mit denen Sie reden?) — „Ach was!“ — (Woher denn?) — „Das weiß ich nicht, wo der Dreck herkam.“ Erblickt, sich umdrehend, am anderen Ende des Saales den Referenten, der ihm schon den Rücken zugekehrt hat: „Das waren Sie, Herr Doktor. Sie haben da so'n Dreckzeug gespritzt.“

Der Versuch zeigt im Prinzip dasselbe wie die ersten.

*Fall 10:* Männlicher Patient, 47 Jahre, Kammerdiener. Klinisch nicht zu lokalisierender und durch die Hirnpunktion erst kurz ante mortem gefundener *Stirnhirntumor links.*

Obduktion: Schwammiges Gliom an der Unterseite des Poles und an der Basis des linken Stirnhirnes, das bis zur Hypophyse heranreicht. Während der letzten Lebensmonate trat trotz genügender Entlastung beiderseits völlige Amaurose ein. Patient, der zuvor schon erhebliche Gedächtnis- und Merkfdefekte hatte, wurde allmählich zunehmend *delirant*. Neurologisch aus der Zeit des Versuches: P.S.R. links stärker als rechts. Links fraglicher Babinski, sonst keinerlei Lokalleichen, keine einseitige Akinese, keine Iterationen, keine gnostischen oder praktischen Störungen, keine aphasischen Zeichen. Zur Zeit des Versuches *delirant*, glaubt zu Hause zu sein, müsse nun dies und jenes arbeiten, unterhält sich teilweise ruhig, fast sachlich mit halluzinierten Bekannten: „Was sagst Du? . . . . Na meinetwegen, Karl, denn mach' das man . . . ., nimm Gustav mit, adjüs . . . ! Nec, geh hier rum, da kommst nicht weiter durch den Dreck!“ Gefragt, ob er noch sehen könne, gibt er zum Teil an, daß er es nicht genau mehr könne, aber

etwas ginge es ja noch (de facto sieht er nichts mehr), teilweise aber, zumal wenn er deliriert, beschreibt er das, was er optisch halluziniert nach Form und Farbe in Einzelheiten. Einige Male gab er auch an, eine schaukelnde Landschaft zu sehen, die er dann ebenfalls in Einzelheiten beschreibt. Ferner beobachtete man öfter, wie er auf seiner Bettdecke (nach seinen Angaben) nach einem halluzinierten Bande oder einem Faden suchte, deren Farbe er auch angab; schien ihn dann gefunden zu haben, wickelte ihn um den Zeigefinger und legte ihn neben sich; wollte ihn gleich danach wieder nehmen, fand ihn nicht und suchte wieder vor sich auf der Decke.

*Versuch:* Patient sucht gerade wieder mit beiden Händen auf der Bettdecke. (Was suchen Sie da?) — „Ich hatte hier eben 'nen Bindfaden.“ — (Wie dick?) — „Na ziemlich dünn.“ (Einen langen?) — „So lang.“ Zeigt mit den Fingern etwa 30 cm. Während er nun weiter sucht, wird ihm vom Referenten, der ganz leise wieder herangetreten ist, ein Faden, wie er ihn beschrieb, auf die Stelle der Decke gelegt, die er dauernd absucht, so daß der Faden des öfteren zwischen die suchenden und greifenden Finger gerät. Patient befühlt zwar den Faden kurz, hält ihn auch zweimal für knapp 1 Sekunde zwischen den Fingern, nimmt aber weiter keinerlei Notiz davon, sondern sucht vielmehr den halluzinierten Faden weiter, den er dann findet und aufwickelt, sich um den realen Faden gar nicht weiter kümmernd. Dann wickelt er den halluzinierten Faden wieder ab, faßt ihn an beide Enden und will ihn in der Mitte etwa in den Mund nehmen. Dabei machen seine geöffneten Lippen dauernd schnappende, suchende Bewegungen, und die Hände, die die Enden halten, heben oder senken sich beide dabei. Als ihm nun der vom Referenten in ähnlicher Weise gehaltene reale Faden an die Lippen gebracht wird, hält er ihn, unter erkennbarer Reaktion, etwas Gesuchtes gefunden zu haben, mit den Lippen und Zähnen fest. — Derselbe Versuch konnte, nur, den Angaben des Patienten entsprechend, mit einem dünneren Faden mit genau den gleichen Resultaten am gleichen Tage noch einmal wiederholt werden. Bei diesem wurde auch darauf noch geachtet, daß sich der Patient, wenn er beim Suchen auf der Bettdecke zufällig für kurze Zeit den realen Faden zwischen den Fingern hielt, sich diesen leicht jedes Mal fortnehmen ließ. — Während des Versuches wurde kein Wort gesprochen und der Patient auch nicht irgendwie berührt.

Der erblindete, delirante Patient sucht also mit den Händen einen halluzinierten Faden, von dem er auch optische Vorstellungen hat. Seine Angaben lassen mit Sicherheit den Schluß zu, daß ihm auch während des Suchens der halluzinierte Faden optisch gegeben ist. Die scheinbare Inkonsequenz, daß der Patient den Faden, den er doch sieht, trotzdem nicht gleich mit den Fingern erfaßt, sondern mit diesen erst noch einige Zeit sucht, sehen wir auch bei anderen, nicht erblindeten optisch und taktil halluzinierenden Deliranten, für die gleichermaßen die optische wie auch taktile Leibhaftigkeit ihrer Halluzination besteht.

Sie dürfte ihre Erklärung finden einmal in einem nicht immer gleichzeitig gegebenen Zusammentreffen von optischen und taktilen Leibhaftigkeitseinzelheiten über zwar den gleichen halluzinierten Gegenstand. Daß andererseits diese „Inkonsequenz“ dem Patienten selber nicht auffällt, ist zwanglos durch seine Aufmerksamkeitsstörung zu erklären. Andere Delirante suchen über diesen Punkt mit mehr oder weniger plausiblen Bemerkungen hinwegzutäuschen: „Die Biester bewegen sich so schnell“ — „Ich bin wohl etwas erregt, meine Hände zittern“ — „Es fällt mir immer wieder aus der Hand“ usw. Aber mal kommt es zur Deckung optischer und taktiler Sinnesanteile, und der Patient hat den Gegenstand, in diesem Falle den Faden, in der Hand. Bis soweit haben aber halluzinierter und realer Faden differente Erlebniswerte für ihn, eine Differenz, die keine zwingende Erklärung durch die Annahme findet, daß zwischen optisch halluzinatorischem und taktil realem Eindruck eine Inkongruenz im *obigen Sinne* besteht. Denn der Patient sieht den halluzinierten Faden ständig, taktil besteht aber nur eine suchende Erwartung, die beim Berühren des realen Fadens zufriedengestellt werden müßte, *wenn* der halluzinierte Faden als Gesamterlebnis bislang eben nicht subjektiv ein anderer gewesen wäre. Sobald der Patient aber den Faden im Munde fühlt, kommt es plötzlich zu einer völligen Gleichheit der Erlebniswerte. Wie kommt das? Was man im Munde hat, kann man nicht oder nicht mehr sehen. Diese mit zum frühesten Erfahrungsbesitze des Normalen gehörende Tatsache setzt auch dem optisch Halluzinierenden zwingende Grenzen (soweit wir es nicht mit einer „extrakampinen“ Halluzination im Sinne *Bleulers*<sup>1</sup> zu tun haben, welche jedoch nach *Jaspers*<sup>2</sup> keine echten, sondern „bestimmt lokalisierte Pseudohalluzinationen“ sind). Außerdem haben Zunge und Lippen als taktile Wahrnehmungsorgane vor allem für die Stereognose längst nicht die Differenzierungsmöglichkeit wie Hände oder Finger. Auf unsern Fall übertragen besagen diese Überlegungen: Der halluzinierte Faden bekommt durch den Fortfall der gesamten halluzinatorisch gemeinten optischen und eines Teiles der taktilen Kontrollmöglichkeit konsequenterweise für das Subjekt im Munde einen anderen Erlebniswert, der sich von dem ersten, durch seine wesentlich geringere Qualifizierbarkeit unterscheidet. Und diese erst gestattet dem Patienten jetzt, den halluzinierten mit dem realen Faden zu identifizieren.

Diese Erklärung kann — das sei ausdrücklich gesagt — nur für diesen oder einen ganz ähnlich gelagerten Fall berechnete Anwendung finden, der mit anderen Deliranten gegenüber vielen anderen Halluzinanten überhaupt die irgendwie primär gegebene Neigung zum Identifizieren hat. Worin diese Neigung gegenüber anderen beruht, darüber soll unten, soweit wie möglich, noch Näheres gesagt werden.

<sup>1</sup> *Bleuler*: Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1903. Nr. 3.

<sup>2</sup> *Jaspers*: Ref. S. 335.

*Fall 11:* Männlicher Patient, 54 Jahre, Gastwirt. *Alkoholdelirium.*

Bei der Aufnahme örtlich und zeitlich völlig desorientiert. Delirante motorische Unruhe. Starker Tremor. Zeitweilig noch ganz gut zu fixieren. Sich selbst überlassen, halluziniert er allerlei, wohl ausschließlich optisch. Ist aber bemerkenswerterweise absolut nicht suggestierbar bezüglich des Halluzinierens. Hat also nur spontane Sinnestäuschungen. Beim Zungezeigen sucht er hastig ängstlich in der Bettdecke: Seine Zunge sei ihm heruntergefallen. Ebenso sucht er plötzlich erregt beim Kniehackenversuch nach seinem Fuß, der fortgefallen sei. Meist halluziniert er Menschen und Tiere (Hunde, Kaninchen, Hasen) oder er erlebt halluzinatorisch seine gewohnte Umgebung. Nur selten ängstlicher Affekt, meist humorvoll gemüthlich. Mit dem Patienten wurden gleich während der beiden ersten Tage, also auf der Höhe des Delirs, drei Versuche gemacht, von denen der erste den den übrigen Versuchen zugrunde gelegten Bedingungen entspricht. Der zweite und der dritte Versuch sollten zur weiteren Orientierung über andere Einzelheiten dienen.

*Versuch 1:* Patient sitzt im Bett, Referent steht vor ihm. Plötzlich weist Patient in die Richtung hinter Referenten: „Kiek da, die Kaninchen. Donner, ist das 'ne Menge.“ — (Wieviele?) — „Na 10, 20 Stück.“ — (Aussehen?) — „Weiße und braune.“ — (Woher kommen denn die?) — „Die müssen da vom Felde hier in den Hof reingekommen sein.“ — Sofort wird, ohne daß weiter etwas mit Patient gesprochen wird, ein braunes Kaninchen geholt, das vom Patient unbemerkt, an die Stelle gesetzt wird, wo er eben die Kaninchen halluziniert hat. Nicht durch Worte aufgefordert, sondern einer hinweisenden Kopfbewegung des Referenten folgend, erblickt Patient das Tier und zeigt darauf: „Kiek da! Dat is noch eens von de!“ — (Woher kommt denn das Kaninchen?) — Ich sage ja, die müssen vom Felde her hier reingelaufen sein.“ — (Ist das nicht doch ein ganz anderes?) — „Nee, das ist eins von denen, die waren genau so groß.“

Recht interessant ist, was der Patient drei Tage später und dann noch in gleichem Sinne nach einer Woche, als er schon wieder völlig geordnet, zeitlich wie örtlich orientiert und frei von Sinnestäuschungen war, über dieses Erlebnis auf Befragen angab: Wie er hierher gekommen sei, das wisse er nicht. An das Erlebnis mit den Kaninchen entsinne er sich. Er sei der festen Überzeugung, daß der Arzt mit ihm zusammen auf seinem Hofe gestanden habe; „erst kam da so 'ne ganze Herde von Kaninchen, und dann saß da noch ein einzelnes, da liefen nachher noch die Jungens hinterher.“

Hier beobachten wir also bei einem Alkoholdeliranten, der übrigens eine gute Intelligenz besaß, eine spontane primäre Identifizierung seiner Halluzination mit einer gleichartigen realen Wahrnehmung, welch letztere er sogar weiter noch — nach späterer Aussage — mit in sein halluzinatorisches Erlebnis hineinbezog. Ob das Letztere (da liefen . . . die Jungens hinterher“) nicht eine irgendwie bedingte Erinnerungsfälschung ist, das läßt sich mit Sicherheit natürlich nicht ausschließen.

*Der 2. Versuch* zeigt im Prinzip dasselbe wie der erste, nur mit einer

anderen Methode. *Liepmann*<sup>1</sup> beschrieb schon, wie Alkoholdelirante bei Augenschluß sehr häufig allerlei Visionen hatten, zum Teil ganze Landschaften sahen, von deren Realität sie vielfach so überzeugt waren, daß sie glaubten, man habe sie dahingeführt. (*Liepmann* war seinerzeit der Überzeugung, diese Visionen würden ausgelöst durch einen Druck auf die Bulbi, d. h. durch periphere Erregungen, eine Ansicht, die durch *Bonhoeffer* u. a. als zum mindesten unwahrscheinlich dargetan wurde, und die sicher auch unbegründet ist.) — Ein ähnlicher Versuch wurde mit diesem Patienten angestellt. Dem Patienten wurden vom Referenten die geschlossenen Lider durch leichten Druck auf die Wimpern gegen den unteren Orbitalrand fixiert. Anfangs wird der Patient gefragt, ob und was er sehe, später stellt sich Referent, als ob er selbst die Situation miterlebe und fragt mehr unter diesem Gesichtspunkte. — Für die erste halbe Minute gibt Patient an: „Ich sehe gar nichts“. Dann: „Jetzt kommt von rechts so 'n schwarzweißer Vogel, Elster sagt man ja wohl dazu“. Darauf sieht er eine Mauer, und dann befindet er sich auf seinem Anwesen zu Hause und sieht seine Scheunen vor sich und beschreibt, was an Leuten und Tieren dort zu sehen ist. (Nun lassen Sie uns mal um die Ecke gehen!) — Patient macht darauf eine von dem hinter ihm stehenden Pfleger rasch gebremste Rechtswendung mit Kopf und Oberkörper. (Was ist denn dies nun hier?) — „Dies ist die Vorderseite von der Scheune, da ist das Tor...“, erklärt weiter. Als ihm nun mitten im Erzählen plötzlich die Augen geöffnet werden, fährt er erstaunt und erschrocken zusammen: „Ach so! — Ja, hier!“ Dann lacht er Ref. etwas verlegen an. (Wo sind wir hier?) — „Ja, wohl beim Arzt!“

Das Ergebnis besagt, daß es, wenn auch nicht für die psychologische Definition, so doch für das Begreifen von Tatsachen das gleiche sein dürfte, ob der Alkoholdelirante seine Sinnestäuschungen „im Augenschwarz“ oder bei geöffneten Augen erlebt.

Es wurde bei der Schilderung dieses Falles schon erwähnt, daß der Patient hinsichtlich des Auftretens von Sinnestäuschungen so gut wie gar nicht suggestiv zu beeinflussen war. Es wurde daher versucht, ob dieses durch andere, außen bedingte Faktoren zu erreichen war, und zwar durch folgenden Versuch:

*Versuch 3:* Dem Patienten wurde, während er im Bette sitzend sich in einem Gespräch mit dem Pfleger befand, von hinten eine summende Stimmgabel (C 128) an das linke Ohr gehalten. Er macht sofort eine kurze zuwendende Bewegung, d. h. nach links oben zur Tonquelle hin; dann schaut er wieder gleichgültig gerade aus. Sofort gefragt (Was ist denn, warum drehen Sie den Kopf?) „De treckt wedder an, de Lokomobile, de brummt allwedder“. — (Wo steht denn die Lokomobile, ich sehe sie nicht?) — Patient weist mit der Hand nach rechts, also in eine

<sup>1</sup> *Liepmann*: Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 27, 172.

der Tonquelle entgegengesetzte Richtung: „Da unten steht sie ja an der Ecke von W's Hause“.

*Moravsik*<sup>1</sup> schildert einen ganz ähnlichen Versuch, wo ein Alkoholist, der schon frei von Halluzinationen war, beim Erklängen einer Stimmgabel hinter seinem Kopfe nach kurzem ruhigen Hinsinnen sich ängstlich erregt auf den Boden wirft, seine Kleider ausklopft usw. und sich über das zahlreiche Ungeziefer beklagt. — *Kahlbaum* hat diese und diesen nur insofern ähnliche Halluzinationen, soweit sie durch Reize von anderen Sinnesorganen her ausgelöst werden, mit dem Namen Reflexhalluzinationen belegt, ein Begriff, der wirklich entbehrlich ist, da unter ihm auch wieder auf Grund äußerlicher Ähnlichkeiten ihrem Wesen nach ganz heterogene Erscheinungen zusammengefaßt werden, die besser noch so lange unbenannt und getrennt blieben, bis ihre inneren Zusammenhänge bzw. Bedingungen eine Klärung und Sonderung gefunden haben. Denn es ist doch etwas prinzipiell Verschiedenes, wenn die oben beschriebene nichtdelirante Patientin (Fall 7) beim Hören der vom Referenten ihr zugerufenen Worte einen weißen Engel sieht, oder wenn ein Deliranter beim Hören der Stimmgabel assoziativ dazu passende optische Sinnestäuschungen hat.

Unser Patient läßt sich also in seiner halluzinatorischen Gestaltung durch die grobe Verbal suggestion nicht beeinflussen; wird aber eine Art der Beeinflussung gewählt, die ihm nicht Einzelheiten aufnötigt, die ihm vielmehr etliche Möglichkeiten läßt, sie seinen zur Zeit vorhandenen Vorstellungsinhalten zwanglos anzupassen, so wird sie eben akzeptiert. Es handelt sich daher bei beiden Vorgängen um sehr verwandte Erscheinungen bei Deliranten, wenn sie einmal verbal, das andere Mal nur durch andere äußere Einflüsse wie Stimmgabelhören oder Ähnliches zum Halluzinieren veranlaßt werden. — Es liegt sehr nahe, in diesem Zusammenhange auf die sog. experimentellen Träume hinzuweisen. Es gelingt gelegentlich bei einem Schlafenden durch Gehörs- oder Geruchsreize Träume auszulösen oder seinen Traumvorstellungen eine Wendung zu geben, die mit der Qualität der Reize in eindeutiger assoziativer Verknüpfung stehen. So gab eine Frau, die, nachdem ihr schlafend einige Narzissen unter die Nase gehalten waren, und die aufgeweckt und nach etwaigem Traume gefragt wurde, an, sie sei im Traume in Les Avants (oberhalb Montreux) gewesen, wo im Frühjahr große Narzissenfelder blühen. — Eine Patientin mit Encephalitis, der eine Stimmgabel ans Ohr gehalten wurde, träumte, wie sie danach gefragt, angab, Mai-käfer seien ihr um den Kopf geflogen. Und Ähnliches mehr.

Auf die des öfteren schon betonte Ähnlichkeit des Geisteszustandes der Alkoholdeliranten und Träumender soll unten noch eingegangen werden. Hier soll noch auf eine Besonderheit des letzten Versuches

---

<sup>1</sup> Zit. nach *Jaspers*: Ref. S. 318.



aufmerksam gemacht werden: Sowohl bei unserem Patienten als auch bei dem Falle von *Moravsik* beobachten wir, daß den Pat., die durch das Brummen der Stimmgabel ausgelöste Sinnestäuschung nicht sofort oder primär gegeben ist. Beide stutzen zunächst einen Moment; unser Patient macht auch die bei jedem Menschen vorhandene Zuwendungsbewegung. Dieser reflektorische Mechanismus, der den Sinn hat, sich über woher und Qualität eines unerwarteten Reizes zu informieren, wird aber von dem Deliranten selbst gar nicht bemerkt, oder vielleicht besser gesagt, nicht adäquat ausgenützt. Der Delirant bewertet vielmehr nur den Reiz als solchen, und zwar im Sinne seiner gerade zur Zeit vorhandenen Vorstellungsinhalte.

Bei unserem Patienten wurde der gleiche Versuch mit der Stimmgabel nach einigen Stunden nochmals wiederholt, in einem Augenblicke, wo der Patient gerade halluzinatorisch erlebte, daß er zu Hause in seinem Zimmer säße. Zunächst der gleiche Erfolg einer zuwendenden Bewegung. Dann gab er an, draußen führe ein bestimmtes Auto durchs Dorf, das brumme immer so laut. — Nach der psychologischen Definition würde es sich in dem letzten Falle nicht um eine Reflexhalluzination, ja überhaupt nicht um eine Halluzination, sondern um die wahnhaftige Bewertung eines akustischen Reizes handeln; denn der Patient *urteilte* nur, es sei ein Auto, er *sah* es aber nicht. — Wir können auf diese, vom psychologischen Standpunkte durchaus berechtigten Unterscheidungen, hier gerne verzichten. Sie stören das Verstehen des Zusammenhanges eher als sie es fördern. Der Patient sitzt in seinem Zimmer und hört plötzlich ein Brummen. Dieses erlebt er in oben beschriebener Weise und auf Grund seiner stark herabgesetzten Aufmerksamkeit realen Vorgängen gegenüber als das Geräusch eines ihm bekannten Autos. Es liegt eine selbst einem Deliranten zuzugestehende durchaus verstehbare Konsequenz darin, daß er im Zimmer sitzend, das ferne Auto im Dorfe jetzt nicht sieht, sondern nur hört. Inwieweit solch konsequentes Folgern den Deliranten gegeben ist, hängt begreiflicherweise vom einzelnen Falle ab, d. h. zum Teil von der Art der Sinnestäuschung, zum Teil aber auch von der Schwere der Aufmerksamkeitsstörung und der Beeinträchtigung der Kritikfähigkeit.

*Fall 12:* Männlicher Patient, 65 Jahre, Oberstudienrat. *Alkoholdelirium*.

Nahm bis vor einem Jahre zeitweilig auch Cocain. Bei der Aufnahme örtlich und zeitlich völlig desorientiert. Andeutung einer flüchtigen und schwach systematisierten paranoischen Wahnbildung: Er sei Reaktionär, habe daher viel heimlich intrigierende Gegner u. Ähnliches. Formal völlig erhalten, äußerst korrekt, konventionell höflich, dabei etwas mißtrauisch. Drückt sich sehr gewählt und etwas umständlich aus, wodurch er seine schwere Aufmerksamkeitsstörung und Merkschwäche oft sehr geschickt bemäntelt. In der Unterhaltung ganz gut zu fixieren. Sich selbst überlassen zahlreiche optische und zum Teil taktile Halluzinationen. Fragt, was der große Hund mit der schwarzen Brille hier soll; halluziniert einen Regenschirm, eingeklemmt zwischen der Tür und versucht, ihn herauszuziehen. Auf der weißen Bettdecke sieht er Quadrate, Radiergummistückchen

und auch Käfer, wonach er greift. Erlebt sich halluzinatorisch in seiner Wohnung, wie sie von Dieben ausgeräumt wird usw. Außer spontanen Sinnestäuschungen halluziniert er alles prompt, was man ihm suggeriert. Liest deutsche und griechische Texte und sinnlose Worte von der weißen Wand und vom leeren Blatt. Bei genügender Fixierung gelingt ihm an *Binet*-Bildern das Erkennen von Einzelheiten sowohl wie das Erfassen des Sinnes sehr gut! Bis zu siebenstellige Merkmahlen werden zunächst richtig wiederholt, jedoch nach kurzen Zwischenfragen wieder vergessen. Starker Tremor, wodurch alle Bewegungen reichlich unsicher werden. Sonst neurologisch ohne Befund.

*Versuche:* Den hauptsächlichsten Inhalten seiner spontanen Halluzinationen entsprechend, werden etliche Gegenstände und Tiere zur sofortigen Benutzung in Bereitschaft gehalten. Während er, sich selbst überlassen, zunächst einige Zeit erzählt, gibt er plötzlich an, auf seiner Bettdecke säßen einige Käfer. (Wieviele?) — „Hier ist ein größerer schwarzer und da zwei kleinere.“ — Es werden ihm drei größere schwarze Käfer („Schwaben“) auf die Decke gesetzt, von denen zwei davonlaufen und einer sitzen bleibt. Den einen Davonlaufenden erblickt er und sagt: „Jetzt läuft der große schwarze davon“. Als er dann auf den realen, noch darsitzenden aufmerksam gemacht wird: „Nun sitzt hier noch einer“. — (War der das, den sie zuerst sahen?) — „Ich weiß nicht, welchen Sie nun meinen.“ — (Wieviele große schwarze sehen Sie?) — „Es sind jetzt vier, glaube ich.“ — (Zählen Sie sie und tippen Sie dabei auf jeden mit dem Finger!) — Patient zählt und tippt etwas unsicher mit dem Finger suchend auf drei halluzinierte und auf den realen Käfer, welcher von ihm unterschiedslos von den drei halluzinierten mit Nummer 3 gezählt und betippt wird. — Er soll nun zwischen einem halluzinierten und dem realen, die von ihm gesehenen Unterschiede angeben, worauf er antwortet, der eine (reale) würde sich mehr zur mikroskopischen Untersuchung eignen. Als nachher die gleiche Frage nochmals gestellt wird, drückt er sich ganz ähnlich aus, weist dabei aber auf den halluzinierten Käfer.

Einige Minuten danach wird ihm, etwa 4 m von seinen Augen entfernt, am Boden ein Kaninchen suggeriert, das er beschreiben soll. Prompt sieht er es und sagt: „Es scheint mir aus Metall hergestellt“. — Jetzt wird ihm am gleichen Orte ausdrücklich ein lebendes Kaninchen suggeriert, welches er wieder beschreiben soll: „Es bewegt die Ohren ein wenig, ist etwa 30 cm hoch, unten weiß und oben braun“. — Sofort danach wird an die gleiche Stelle ein wirkliches lebendes Kaninchen von zufällig gleicher Färbung gesetzt. (Ist das dasselbe Kaninchen?) — „Dasselbe Kaninchen, nur in anderer Färbung, scheint mir durch grün beeinflusst.“ — (Jetzt nehme ich in jede Hand ein Kaninchen, in welcher halte ich das erste und in welcher das zweite?) Dieses sagend stellt sich Referent gebückt vor Patienten hin und hält in der linken Hand das reale Kaninchen an den Ohren am Boden, die rechte Hand in gleicher Haltung ist leer. „In der rechten halten Sie das erste und das zweite in der linken.“ — (Wie

halte ich das linke Kaninchen?) — „An den Löffeln“ [stimmt] (und das rechte?) — Patient zögert einen kurzen Augenblick „Am Vorderlauf!“ — Patient schließt auf Geheiß die Augen. Referent hält ihm dann das reale Kaninchen in den Händen entgegen: (Herschauen! Ist dieses das erste oder das zweite Kaninchen?) — „Das erste halten Sie in der Hand, das zweite ist das da unten.“

Nach abermals einigen Minuten wird direkt vor dem Patienten auf dem Boden ein etwa  $40 \times 25$  cm großer Kasten hingestellt, in welchem sich außer den Resten des zuvor entfernten Heues nur ein isabellenfarbenes Meerschweinchen befindet. Es wird dem Patienten gesagt, er solle in den Kasten schauen und sagen, was für Tiere er darin sähe. Patient schaut scheinbar angestrengt hinein und nennt ziemlich fließend: „Zwei Kaninchen, ein großes und ein kleines, ein Maikäfer, eine Raupe und dann, was ist das, ein Igel? Nein, der hat ja wohl Stacheln. Scheint mir, was anderes zu sein. Ja, und da noch eine Kellerassel und ein Hirschhornkäfer!“

Es mußte auffallen, daß der Patient, der allerlei Tiere sah, gerade das wirkliche Meerschweinchen nicht nannte. Ob er wirklich mit dem Igel das Meerschweinchen meinte, war nicht sicher, schien aber so, da er sich selbst wieder verbesserte „Nein, der hat ja wohl Stacheln“. Referent nahm nun das Meerschweinchen mit dem Rücken nach oben, Kopf zum Patienten hingedreht, in die Hand und hielt es ihm direkt vor die Augen. Das Tier verhielt sich dabei völlig regungslos. Hierauf nun hingewiesen mit den Worten (Was ist das?) sagt der Patient nach einigem angestrengten Hinschauen: „Das ist eine Bürste!“ — Das schien zunächst unerklärlich, da, wie besonders erwähnt wurde, der Patient, wenn er genügend fixiert wurde, selbst aus etwas weiterer Entfernung, die viel kleineren Binetbilder in Einzelheiten richtig erkannte. Es ließ dieser Umstand die Vermutung aufkommen, daß der Patient ein Meerschweinchen gar nicht kannte. — Tatsächlich bestätigte er diese Vermutung später, als er völlig geordnet und besonnen war. [Der Herr war Altphilologe, „ein richtiger, der mit Scheuklappen durchs Leben geht“, wie er selbst ironisierend bemerkte.] — Dieser Zufallsbefund gibt uns einen besonders guten Einblick in die Wahrnehmungsvorgänge des Deliranten: Die optische Vorstellung eines Meerschweinchens besaß er also nicht. Sie konnte ihm demnach bei der Wahrnehmung von etwas für ihn Neuem nicht mit zu Hilfe kommen. Wie groß die Auffassungsstörung des Deliranten ist, sobald er nur auf das *rein* wahrnehmungsmäßig Gegebene angewiesen ist, zeigt die Tatsache, daß er das ihm mit dem Kopf zugewandte Meerschweinchen noch nicht einmal als ein Tier erkannte, sondern, faut de mieux als Bürste bezeichnete (*Jaspers*<sup>1</sup> nennt diese Erscheinung Unaufmerksamkeitsillusion). Andererseits sieht man

<sup>1</sup> *Jaspers*: Allgemeine Psychopathologie. S. 44.

auch daraus wieder, ein welch überwiegend großer Teil des Wahrnehmungsinhaltes inklusiv Urteil Deliranter aus Vorstellungsmäßigem besteht.

Der Gedanke, daß auch alle anderen Sinnestäuschungen der Deliranten solche ins weiteste gesteigerte illusionäre Verkennungen seien (bei geschlossenen Augen würden dann entoptische Erscheinungen das real auslösende Moment abgeben), hat manches für sich. Es würde uns das Verständnis dafür noch weiter vereinfachen, daß, wie unsere Versuche ergeben, die Sinnestäuschungen und reale Wahrnehmungen für die Patienten völlig gleiche Qualität im Erleben haben. — Es würden dann praktisch genommen die Sinnestäuschungen Deliranter nicht nur ihren Vorstellungen entsprechen, sondern sie würden diese selber sein. Aber dieser Unterschied, der — das soll ausdrücklich zugegeben werden —, psychologisch theoretisch wesentlich ist, ist für uns praktisch keines Streites wert, und darum wäre es auch hier nicht von großer Bedeutung, ob sich die genannte Auffassung beweisen läßt. Ganz ohne Schwierigkeiten ist sie immerhin auch nicht, z. B. wenn man sich erinnert, daß der Patient das reale und das halluzinierte Kaninchen, natürlich nur im Sinne rein äußerlicher Merkmale, zweimal richtig auseinanderhielt. Ob da die Erklärung ausreicht, der Patient habe zwei leidlich differente Vorstellungen nicht nur gewonnen, sondern auch behalten, so daß dann beim Anblick des realen Kaninchens die entsprechende Vorstellung auftauchte und die andere per exclusionem für das halluzinierte assoziativ erwachte, muß zweifelhaft bleiben.

Wegen eines ganz interessanten Nebenumstandes ist noch ein letzter Versuch an dem Patienten erwähnenswert: Dem im Bette liegenden Patienten wurde in der  $1\frac{1}{2}$  m von seinen Augen entfernten ausgestreckten Hand des Referenten ein kleiner roter Gummihund, Kinderspielzeug, suggeriert, Referent hielt also nichts in der Hand. Der Patient, der bei den übrigen Versuchen eine, seine beidseitige Myopie korrigierende Brille trug, hatte diese jetzt nicht aufgesetzt. Er blinzelte in die Richtung der Hand und sagt: „Ja, ich habe meine Brille nicht, so sehe ich nur verschwommen Ihre Hand und etwas Rotes, aber Sie wollen wohl Einzelheiten wissen“. — Er setzt nun die gereichte Brille auf und äußert mit dem Ausdruck zufriedener Bestimmtheit: „Ja, nun sehe ich es ganz deutlich. Den kleinen roten Hund haben Sie an einem Bande hängen und drum herum ist so ein Ährenkranz und darin stecken Edelweiße.“ Sobald ihm die Brille abgenommen wird, gibt er an, nun sehe er es wieder so verschwommen undeutlich. — *Jaspers*<sup>1</sup> berichtet über Beobachtungen von *Seppili* und *Pick*, wo bestehende Halluzinationen durch Prismen verdoppelt, durch Konkav- oder Konvexgläser verkleinert resp. vergrößert gesehen werden. Hierher gehört wohl auch die Beobachtung, daß einzelne Stimmen hörende Patienten die Stimmen bei zugehaltenen

<sup>1</sup> *Jaspers*: Ref. S. 319.

Ohren nicht oder nicht mehr hören (vgl. unseren Fall 7). Solche Erscheinungen sind eigentlich nicht im besonderen verwunderlich. Denn, wenn schon mal ein Mensch, sei es unter dem Drucke gänzlich fremd und neuartiger psychischer Erlebnisse (Schizophrene) oder im geschilderten Sinne Deliranter eine Externalisation in die Sinnessphäre vornimmt, dann bedeutet es nur eine verstehbare Konsequenz und keine größere Anforderung an die Kritik, wenn er bei geschlossenen Augen oder Ohren das Halluzinierte nicht wahrnimmt oder es durch vorgehaltene Gläser entsprechend größer, kleiner oder deutlicher sieht. Man wird dabei nicht nur annehmen können, daß der betreffende Patient um den Erfolg solch abgeänderter Bedingungen weiß, sondern daß ihm die durch solche Bedingungen gleichzeitig veränderte Umwelt (größer, kleiner, deutlicher oder gar nicht gegeben) einen zwingend vergleichenden Maßstab bietet.

Nachdem nun dieser Patient vier Tage später wieder völlig geordnet und orientiert war, entsann er sich eines Teiles seiner Sinnestäuschungen und der Versuche noch recht genau. Seine Erlebnisse nannte er spontan „Die Träume“, er habe aber heute kein Kriterium dafür, was in der Zeit real erlebt und was „geträumt“ sei. Auf eine diesbezügliche Frage sagte er weiter: „Das ist kein Vergleich mit Träumen, es sind Träume gewesen“. Er gab aber auf Vorhaltung den ihm nicht erklärlichen Unterschied zu, der darin besteht, daß er ja, wenn er wirklich träume, sehr wohl nachher wisse, daß dessen Inhalte eben Traum- und keine realen Erlebnisse waren, während er dieses von seinen jetzigen „Träumen“ doch nicht wisse. — (Worauf sich dieser Unterschied gründet, darauf wird unten noch eingegangen werden.) — Bezüglich des Käferversuchs war er erstaunt, daß sich unter den Käfern, von denen er von dreien spontan noch seinen damaligen Erlebnissen entsprechende Einzelheiten des Aussehens angeben konnte, nur ein realer befunden haben sollte. Er konnte diesen auch jetzt als solchen nicht angeben. — Den Gummihund hielt er auch jetzt noch für einen realen „Versuchsgegenstand“.

### Schlußbetrachtungen.

Wir haben aus den vorgetragenen Versuchen nicht nur eine Bestätigung der *Schröderschen* Annahme über die Halluzinationen ersehen, sondern darüber hinaus experimentell noch allerlei wichtige Einzelheiten erfahren, von denen die meisten auf andere Weise kaum zur Darstellung zu bringen gewesen wären. Am meisten haben die Versuche zum Verständnis deliranter Sinnestäuschungen beigetragen. Wir können nun sagen, daß diese den Vorstellungen der Kranken jeweils entsprechen, oder daß sie diese gar selber sind. Wenn wir somit zu wissen glauben, was die Halluzinationen Deliranter sind, so wissen wir damit noch nichts Eigentliches über ihre Entstehungsbedingungen. Es soll hier nicht auf psychophysische Beziehungsfragen eingegangen werden,

Fragen, die meist, wo sie gestellt werden, in sich schon ein falsches Vorurteil enthalten<sup>1</sup>, über dessen Größe häufig keine genügende Klarheit herrscht. — Den Psychiater hat es zu interessieren, welche Abweichungen vom normalen Geisteszustand die jeweils konstellativen Bedingungen zum Auftreten von Sinnestäuschungen abgeben. Diese Abweichungen sind uns aber mit einiger Klarheit nur bei wenigen Geisteskrankheiten so bekannt, daß wir bei den uns als einzelne Symptome gegebenen Faktoren ihr gegenseitiges Bedingungsverhältnis verstehen. Mit andern Worten, daß wir sagen könnten, welches die *conditio sine qua non* zum Auftreten von Sinnestäuschungen ist.

Es wurden eingangs in zwar schematisch trennender, aber das Verständnis erleichternder Weise die drei Punkte: Geisteszustand, Art der Sinnestäuschung und Realitätsurteil und ihre Beziehungen erwähnt, deren Studium den Sinn des Halluzinationsproblems ausmacht. Wir hatten uns hier in erster Linie vorgenommen, an Hand experimentellen Eingreifens etwas über das Realitätsurteil zu erfahren, oder eigentlich über den dem Realitätsurteil zugrunde liegenden Erlebniswert der Sinnestäuschungen für verschiedene Halluzinanten. — Da das Realitätsurteil zweifach bedingt ist, einmal durch den Geisteszustand und weiterhin durch die Art der Sinnestäuschung, werden wir einiges vielleicht über diese Bedingungen aussagen können. Es gibt dann noch eine dritte, die von Geisteszustand zur Art der Sinnestäuschung, über die unsere Versuche direkt wenigstens nichts sagen können. — Da aber diese Trennung eine künstliche, nur der Orientierung dienende ist, da die Beziehungen im Einzelfalle auch nicht immer strikte getrennt werden können, so kann eine Einteilung des Textes nach ihnen nicht vorgenommen werden. Versuchen wir daher, an Hand dessen, was wir über den Erlebniswert der Sinnestäuschungen bei wenigstens einigen Psychoseformen in Erfahrung brachten, etwas zur Charakteristik ihrer Halluzinationen beizutragen.

Bei der Gruppe der eigentlichen Schizophrenien sahen wir eine spontane und primäre Unterscheidung gegenüber allen Nachahmungen ihrer Sinnestäuschungen auch da, wo nach unserem Ermessen äußere, mehr zufällige Unterscheidungsmerkmale auszuschließen gewesen wären. Nun konnten wir durch die Versuchsanordnung ferner ausschließen, daß es etwa das *äußerlich* Fremdartige, Überraschende, das „Nicht-wissen-woher und -wozu“ ist, was die Sinnestäuschungen der Schizophrenen irgendwie charakterisiert. Daß diese Faktoren irgendwo mal beim Auftreten von Halluzinationen eine Rolle spielen könnten, war von vornherein nicht auszuschließen, und *Klieneberger*<sup>2</sup> erklärt damit

<sup>1</sup> Bezüglich dessen, was hier gemeint ist, sei auch auf die Ausführungen von *Hoche: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. 12, 1912* verwiesen, wo *Hoche* unter anderem an einem sehr schönen Beispiel das *Incommensurable* von Psychischem und Physischem erläutert (vgl. daselbst S. 547).

<sup>2</sup> *Klieneberger: l. c.*

ihr gelegentliches Vorkommen beim Normalen. — Daß auch der Faktor eines veränderten Bewußtseinszustandes in Richtung einer Trübung dabei keine oder doch nur eine sehr untergeordnete Rolle spielt, braucht kaum näher erwähnt zu werden. Ähnlich wie uns nur Negative zur Charakterisierung dieser Sinnestäuschungen gegeben sind, so fehlen auch selbst intelligenteren unter diesen Kranken positive Kriterien dergestalt, daß sie sich sprachlich oder begrifflich darüber äußern könnten. Das läßt den schon von *Schröder, Wolpert* u. a. geäußerten Schluß zu, daß es sich hier um Erlebnisse handelt, die dem normalen psychischen Geschehen derartig fremd und neuartig sind, daß diesen Patienten jede adäquate sprachliche Ausdrucksmöglichkeit dafür fehlt. Ob nun diese Erlebnisse primär überhaupt wahrnehmungsähnliche sind, oder ob sie erst sekundär urteilsmäßig von dem Erlebenden dazu umgedeutet werden, darüber könnte man streiten. Das im selben Falle gemeinsame Vorkommen und Ineinanderübergehen von Trugwahrnehmungen, wahnhaftem Wissen um etwas und wahnhaften Umdeutungen läßt es denkbar werden, daß all diese Erscheinungen aus einer gemeinsamen psychischen Wurzel stammen. Diese Einheit, die bei mehr plötzlich beginnenden Schizophrenien ihren Niederschlag häufig in dem Entfremdungsgefühl sich selbst und der Umwelt gegenüber findet, ist dann als recht fundamental und allgemein zu denken. Auf diese Basis einmal gestellt, wird nun der Kranke unter dem Zwange, sich wieder zurecht zu finden, eine Neuorientierung vornehmen, die uns in ihren Einzelheiten ebenso wie das veranlassende Moment uneinfühlbar bleiben muß. Die Sprache aber, die nicht wie seine Erlebnisse sein Eigentum ist, kann er diesen nicht oder doch nur recht wenig anpassen (zum Teil durch Neologismen). Es hängt wohl von der Art der Erlebnisse im einzelnen ab, jedenfalls aber keineswegs von der Intelligenz des betreffenden Patienten, ob er einmal seine halluzinatorischen Erlebnisse realen im sprachlichen Ausdruck völlig gleichsetzt und keine Unterscheidung von sich aus findet, oder ob er sich zu solchen Unterscheidungen veranlaßt fühlt. In letzterem Falle werden dann da, wo nach Maßgabe des Sinnesgebietes, in welchem halluziniert wird, an sich mehr äußere Unterscheidungsmöglichkeiten bestehen, diese als Behelfe herangezogen. Aber sie treffen nie den Kern des Unterschiedes. Dieser bleibt, wie das halluzinatorische Erlebnis selber, für den Patienten eine nicht zu analysierende Evidenz. Bezeichnend für die Unmöglichkeit, solche Erlebnisse mit passenden Ausdrücken zu schildern, ist die Erklärung, die man hier und da mal von Kranken hört, sie hätten das mit einem sechsten Sinne wahrgenommen. Ganz ähnlich verhält sich ein interessanter Fall von *Feuchtwanger*<sup>1</sup>, ein taubstummer Schizophrener mit Halluzinationen. Zum Teil hat dieser Kranke Sinnestäuschungen, die er auf den Gehörssinn bezieht und ins Ohr

<sup>1</sup> *Feuchtwanger*: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. 47, 254.

lokalisiert. Man geht wohl nicht fehl in der Annahme, daß er, der keinerlei Vorstellungen von Gehör und Gehörtem hat, der aber von der Existenz eines solchen Sinnes bei anderen weiß, einen Teil seiner Erlebnisse, deren Wahrnehmungsqualität zu erklären, ihm Schwierigkeiten macht, diesem, ihm unbekannten Sinne zuschreibt.

Da, wo der Patient zunächst von sich aus auch behelfsmäßige Unterschiede nicht kennt, aber durch das Experiment zur Stellungnahme quasi gezwungen wird, sahen wir, wie sich seine sprachlichen Möglichkeiten hierzu erschöpften in der allgemeinen, nichts besagenden Formel: Es ist eben anders!

Das ist streng genommen das einzig Positive, was unsere Versuche an Schizophrenen erhärten konnten. Es entspricht der Beziehung von Art der Sinnestäuschung zum Realitätsurteil. — Eine weitere Klärung des Wesens dieser Halluzinationen liegt in dem Studium der Beziehung von Geisteszustand zu Art der Sinnestäuschung. Und auch das ist experimentell angreifbar. Es wurde schon a. a. O.<sup>1</sup> in programmatischer Kürze auf den Wert des Studiums der Wirkung von Rauschgiften für die Psychiatrie hingewiesen. Kennen wir deren Wirkung (Canabis, Mescaline u. a.) bzw. ihre die Sinnestäuschungen bedingenden Abänderungen des normalen Erlebens erst bei Gesunden genau (Selbstversuche!), dann werden uns diese Gifte, angewandt bei schon Halluzinierenden wichtige Vergleichsmöglichkeiten bieten. *Mayer-Groß* und *Stein*<sup>2</sup> hatten bereits in diesem Sinne mit Mescaline an Normalen Versuche angestellt, die wichtige Einzelheiten gefördert haben, deren hauptsächlichste sie in drei Punkte zusammenfassen: 1. eine Störung des Umstimmungsvorganges (Verfeinerung der Unterschiedsschwelle der Sinne), 2. Verminderung und Aufhebung der Fähigkeit, Bewegungen und Scheinbewegungen wahrzunehmen, wodurch alle Bewegungen der Menschen eckig, marionettenhaft oder auch wurmförmig gesehen werden, sie führt zu dem unheimlichen Eindruck, daß ein Orts- oder Lagewechsel vollzogen wird, ohne daß der Bewegungsvorgang selbst wahrgenommen wird... 3. Die Synästhesien, die hier vorwiegend als optische Mitempfindungen auftreten, haben meist den Charakter echter Halluzinationen, z. B. Bellen eines Hundes, bewirkt Flackern der Beleuchtung usw. — Ferner sei auf die kürzlich erschienene Mitteilung von *Straub*<sup>3</sup> hingewiesen, die einige, allerdings noch recht kurze Selbstschilderungen (zum Teil von Psychiatern) über die Canabinolwirkung enthält, wonach ebenfalls für dieses Studium allerlei zu erwarten sein dürfte. Interessantes ergibt schon der Vergleich der Wirkungsart dieser beiden Gifte und auch

<sup>1</sup> *Zucker*: Die pharmakologische Betrachtungsweise usw. Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 42.

<sup>2</sup> *Mayer-Groß* und *Stein*: Vortrag z. 48. Jahresversamml. d. nordwestdeutschen Psychiater. Tübingen 1925. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. 42, 616.

<sup>3</sup> *Straub*: Bayr. Haschisch. Münch. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 1, S. 49.



anderer Rauschgifte (Fliegenpilz, Caapi). Wir finden dabei, ganz abgesehen von individuellen Abweichungen, eine Reihe giftspezifische psychische Störungen, ferner aber auch solche, die sich bei beiden bzw. bei mehreren finden: Zeitsinnstörungen, hyperästhetische Vorgänge und das eigentümliche Erlebnis psychischer Spaltung (vgl. auch bezüglich der Rauschgiftwirkung *Lewin*<sup>1</sup>). Sollten also verschiedene Noxen zum Teil gleiche psychische Veränderungen machen neben den ihnen eigentümlichen, so wäre eine solche Tatsache nicht ohne Belang für das Verständnis psychiatrischen Krankheitsgeschehens<sup>2</sup>.

Für unsere Zwecke würde uns diese Überlegung auf den Gedanken bringen, daß das Wesen der akustischen Halluzinationen bei unserem Fall 7 der paranoiden Involutionspsychose dem bei Schizophrenen gleichartig ist, wofür auch die Art ihrer Stellungnahme im Realitätsurteil nach dem Versuche spricht: sie unterscheidet zwar, weiß aber genauere Qualitäten nicht anzugeben. Mit einer solchen Gleichartigkeit der Sinnes-täuschungen ist dann natürlich noch nichts über Gleichartigkeit des übrigen Psychosebildes gesagt, und de facto hatte unsere Patientin außer ihrer, sogar noch leidlich systematisierten Wahnbildung und diesem Stimmenhören sonst nichts Schizophrenes: der späte Beginn könnte auch dagegen sprechen.

Die hauptsächlich mit, der Hirnphysiologie entlehnten Vorstellungen operierenden Theorien nehmen gerade auch für diese Art der Halluzinationen mehr oder weniger ausdrücklich an, daß es sich dabei um, zwar der Qualität nach abgeänderte, aber doch reine Wahrnehmungsvorgänge handelt, eine Annahme, die eigentlich erst noch bewiesen werden müßte. Sie machen es sich bei dieser Schwierigkeit insofern leicht, indem sie für ihre durchaus nicht psychologischen Zwecke einer rein psychologischen Definition physiologischen Wert beimessen. Woher weiß aber die Psychologie, daß ihre, für die normale Wahrnehmung unangreifbare Definition auch für Vorgänge zutrifft, wie diese Art der Halluzinationen? — Zwar scheint sie recht zu haben, denn die Leibhaftigkeit, die Erscheinung im äußeren objektiven Raume, die bestimmte Zeichnung, die volle sinnliche Frische, die Konstanz, die Unabhängigkeit vom Willen<sup>3</sup> sind alles Merkmale, die auch den Halluzinationen eignen können und in seltenen Fällen auch alle zusammen eignen. Aber, so sagt auch *Jaspers*<sup>4</sup>, „die eigentlichen Beobachter in der Lehre von den Halluzinationen sind die Kranken, nicht wir“. Wieviel

<sup>1</sup> *Lewin*: Phantastica. Berlin: G. Stilke. 1924.

<sup>2</sup> Vgl. hierzu auch *Bonhoeffer*: Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen usw. Deuticke 1912; ferner die im Prinzip dasselbe, wie hier nur angedeutet, betonenden Darlegungen von *Krisch*: Die cerebralen Reaktionsweisen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. 102, S. 425.

<sup>3</sup> *Jaspers*: Allgemeine Psychopathologie. S. 49.

<sup>4</sup> *Jaspers*: Ref. S. 46.

also von den Einzelheiten, deren *Summe* erst den Schluß „Wahrnehmung“ zuläßt, uns von den Kranken schon im Sinne einer „*Denominatio e potiori*“<sup>1</sup>, also durch urteilsmäßige Deutung verändert vorgebracht wird, darüber wissen wir besten Falles nichts. Meist sogar fördert die Exploration schon das, was *Jaspers* bezüglich der optischen Sinnestäuschungen mit Recht sagt: „Die Mehrzahl der im laxen Sinne sog. optischen Halluzinationen erweisen sich als Pseudohalluzinationen“<sup>2</sup>, also als eine besondere Art von vorstellungsmäßigen Gegebenheiten. — Über die geringe Anzahl schizophrener und ihnen gleich zu erachtender Halluzinationen, die durch die Exploration noch nicht als „Pseudohalluzinationen“ entlarvt werden, sagen unsere Versuchsergebnisse wenigstens *das* aus, daß sie auch für das Erleben des Patienten selbst *nicht die Qualität realer Wahrnehmungen* haben. — Vergewärtigen wir uns nicht nur das vorhin schon genannte bunte Ineinanderübergehen und Vorkommen im gleichen Falle von Halluzinationen, wahnhaften Deutungen und wahnhaften Bewußtheiten, sondern auch die Tatsache, daß im gleichen Falle und bei *gleichem Inhalte* sich die Sinnestäuschung einmal als echte Halluzination und kurz darauf oder zuvor als „Pseudohalluzination“ definieren läßt, so müssen wir die große Unwahrscheinlichkeit zugeben, daß diese Halluzinationen überhaupt wahrnehmungsartige oder auch nur wahrnehmungsähnliche Vorgänge sind. — Der Schluß, daß sie also dann *per exclusionem* ins Bereich der Vorstellungen zu verweisen seien, würde sich meines Erachtens auf eine nur normalpsychologisch berechnete Alternative stützen. Wir suchten ja schon am Vergleiche normaler Wahrnehmungen und schizophrener Halluzinationen zu zeigen, daß normalpsychologische Definitionen zum Charakterisieren dieser psychiatrischen Erscheinung durchaus nicht ausreichen. Sie sind dem normalen psychischen Geschehen als Abstracta entnommen und finden nicht überall im psychopathologischen Geschehen ihre zweckmäßige Anwendung. —

Die Psychologie unterscheidet an einer Wahrnehmung: 1. Empfindungselemente. 2. Räumliche und zeitliche Orientierung und 3. den vergegenständlichen Akt. Letzterer kann (vgl. *Jaspers*<sup>3</sup>) ohne die Basis von Empfindungsmaterial vorkommen. Dieses unanschauliche Gegenwärtighaben nennt man Bewußtheit.

Trugwahrnehmungen definiert *Jaspers* weiter: ... „meint dieser vergegenständliche Akt einen neuen, gar nicht realen Gegenstand, so sprechen wir von Trugwahrnehmungen“. Es fragt sich also nun, inwieweit wir es bei einer Halluzination jeweils mit einer Bewußtheit oder mit einer (Trug)-Wahrnehmung zu tun haben. Das wäre demnach

<sup>1</sup> *Schröder*: 1. c.

<sup>2</sup> *Jaspers*: Leibhaftigkeit und Realitätsurteil. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. 6. 460.

<sup>3</sup> *Jaspers*: Allgemeine Psychopathologie. S. 38 u. 39.

abhängig davon, ob dem Erlebenden bezüglich des Gemeinten Empfindungselemente und raumzeitliche Orientierung gegeben waren und zudem noch, zum Unterschiede von Vorstellungen, in einer für Wahrnehmungen charakteristischen Form (Erscheinung im äußeren Raume usw.). Ob und wie wir das erfahren, hängt wiederum wie beim Normalen davon ab, was und wie uns der Kranke darüber berichtet. Nun sahen wir bereits, wie sehr Schizophrene hinsichtlich solcher Erklärungen in Schwierigkeiten stecken bleiben, deren Gründe, wie gesagt, in dem Anderserlebnis beruhen. Die obige Definition generell anerkennen, hieße den Unterschied übersehen, der in einer auch gleichlautenden Erklärung hierüber zwischen Normalem und Schizophrenem besteht. Der Schizophrene meint mit seinen Halluzinationen nicht nur *etwas Anderes*, sondern sogar wohl *Alles ganz anders*.

Der Einwand, daß wir zur Zeit keine besseren Definitionen an die Stelle der oben gemeinten setzen können, ist kein Kriterium gegenüber der Gefahr und dem Zweifelhaften, wie es der Glaube an ihre Reichweite bislang mit sich brachte. Und nur das sollte gezeigt werden.

Bei der Paraphrenia phantastica (Fall 6), eine Diagnose, die wohl kaum zu Beginn der Erkrankung gestellt werden wird, da diese Fälle zunächst meist Zustände durchmachen, die allgemein als schizophrene gelten, sehen wir dieses Durcheinander von uns als Halluzinationen, wahnhaften Umdeutungen usw. erscheinenden Symptomen in einem nicht zu überbietenden Grade. Weniger nach dem, was uns diese Patienten spontan oder provoziert in ihrer zerfahrenen Art erzählen, als aus ihrem mimischen und sonstigem motorisch hinkehrendem Verhalten könnten wir gelegentlich (wie in unserem Falle) zu der Überzeugung kommen, daß der Patient scheinbar einwandfrei auch halluziniert. Dann dürfte es sich aber wohl am ehesten noch um haptische Sinnestäuschungen handeln. — Aber das, was über den Charakter der schizophrenen Halluzinationen im allgemeinen eben gesagt wurde, wird uns durch die paraphrenen Zustände noch besonders zwingend vor Augen geführt. Und unser Versuch an dem Falle 6 ist nicht durch seine Bestätigung der Ergebnisse an Schizophrenen interessant, sondern dadurch, daß er uns zeigt, wie eine reale Wahrnehmung doch nicht sofort wahnhaft umgedeutet wird, sondern trotz ihres, für den Patienten unerklärlichen Charakters zunächst eine durchaus adäquate Reaktion und Zuwendung zur Folge hat. Dem Patienten ist also an sich eine reinliche Scheidung zwischen Wahrnehmung und Urteil möglich. Und wenn er sie bezüglich seiner durch die Krankheit bedingten Erlebnisse nicht macht, dann sind diese eben dadurch im obigen Sinne charakterisiert. — Nach unserer Auffassung handelt es sich also bei den Sinnestäuschungen der Paraphrenia phantastica nicht um prinzipiell andere Vorgänge wie bei den eigentlichen schizophrenen Psychosen. — Die wahnhaften Umdeutungen und Erinnerungsfälschungen, die hier

besonders in den Vordergrund treten, ließen schon andere Autoren die Sinnestäuschungen dieser Patienten als solche sehr problematisch erscheinen.

Auf die Sinnestäuschungen *Deliranter* wurde oben schon des näheren eingegangen. Sie entsprechen bzw. gleichen den jeweiligen Vorstellungen des Patienten. Diese Erklärung, die nur prinzipiellen und richtungsgebenden Wert hat, muß natürlich, noch anderen Faktoren Rechnung tragend, von Fall zu Fall modifiziert werden. Diese gemeinten Faktoren sind zweierlei Art. Die einen sind gegeben durch die Schwere der Veränderung des Bewußtseinszustandes (Beziehung von Art der Sinnestäuschung zu Geisteszustand). Die anderen entsprechen dem jeweiligen Vorhandensein von Vergleichsmöglichkeiten. Letztere sind es, von denen *ceteris paribus* das Realitätsurteil abhängig ist (Beziehung von Art der Sinnestäuschung zum Realitätsurteil). ad 1. Die Behauptung, daß das Auftreten von Halluzinationen bei Deliranten überhaupt abhängig ist von der Schwere der Vergiftung bzw. der Allgemeinschädigung, ist wohl richtig, aber sie besagt wenig darüber, welch abgebaute Funktion schließlich das Eintreten von Sinnestäuschungen zuläßt. Es ist bekannt, daß auch bei Zuständen mit hochgradigsten Orientierungsstörungen, stärkster Merkschwäche und bei Neigung zu Konfabulationen Sinnestäuschungen oft nicht vorhanden sind. Ihr Auftreten scheint vielmehr parallel zu gehen mit der eintretenden Unmöglichkeit, bei gehaltenen Sinneseindrücken die jeweiligen, zur genaueren Qualifizierung des Wahrzunehmenden notwendigen passenden Erinnerungsvorstellungen zu reproduzieren. Diese Lockerung eines im Normalen zwangsläufigen Vorganges scheint etwas für delirante Sinnestäuschungen Charakteristisches zu sein. Von dem Grade dieser Störung scheint es dann weiter abhängig, inwieweit der Patient überhaupt noch für sein Erleben Gebrauch von realen Sinneseindrücken macht, und inwieweit er sie durch Vorstellungsmäßiges ergänzt bzw. ersetzt. Es ist das natürlich im gleichen Falle zu verschiedenen Augenblicken auch wechselnd, je nachdem dem Patienten durch eine Unterhaltung Aufmerksamkeitshilfen gegeben werden, oder ob er sich selbst, d. h. dem mehr oder weniger freien Walten seiner, jetzt durch keinen Zwang mehr gefesselten Vorstellungsbilder überlassen bleibt. — So läßt uns nicht irgendeine andere Qualität, sondern nur der Grad, inwieweit noch reale Sinneseindrücke zur allgemeinen oder speziellen Orientierung mit in das delirante Erleben hineinbezogen werden, dieses vom normalen Traumzustande unterscheiden, dem ersteres sonst im wesentlichen gleicht. — (Wir vergleichen hier nur delirante Sinnestäuschungen und Trauminhalte, nicht den Gesamtzustand Deliranter und den Schlafzustand.) — Dieser Vergleich und die ihm zugrunde liegende Auffassung von nur quantitativen Abänderungen von normalen psychologischen Abläufen geben uns einerseits bis zu einem gewissen Grade die Möglichkeit

erklärenden Verstehens, andererseits die Berechtigung, *hier* normal-psychologische Begriffe in Anwendung zu bringen, wenn wir auch hinsichtlich etlicher Erscheinungen das Zwingende ihrer theoretisch definierten Grenzen nicht anerkennen können (z. B. zwischen Illusionen, echten Halluzinationen und Pseudohalluzinationen). — Eine Bestätigung für die obige Behauptung, daß delirante Sinnestäuschungen nur in quantitativen Abweichungen des normal-psychischen Geschehens ihren Ausdruck finden, geben uns auch unsere Versuchsergebnisse an Deliranten, indem wir hier die Möglichkeit einer Identifizierung von Halluziniertem und Realem vor uns haben, die uns sagt, daß diese Patienten *qualitativ* dasselbe *meinen*. Wie gesagt, die Möglichkeit. Wieweit der einzelne Fall es tut, hängt, abgesehen von dem Grade der eben genannten Störung, in oft wesentlichem Maße von äußeren Faktoren ab, die nun als Beziehungen zwischen Art der Sinnestäuschung und Realitätsurteil ad 2. kurz zu besprechen sind; Beziehungen, deren erklärender Wert auch über das Gebiet deliranter Sinnestäuschungen hinaus seine Anwendung findet:

Je weniger bei gegebener Tendenz zu nicht schizophrenen und ihnen verwandten Sinnestäuschungen aus irgendeinem Grunde Vergleichsmöglichkeiten gegeben sind oder diese herangezogen werden, desto mehr nähern sich Sinnestäuschungen für den Erlebenden dem Charakter realer Wahrnehmung. Das hat einmal z. B. für die Träume zu gelten, wo bei fehlender Vergleichsmöglichkeit das Subjekt den widersinnigsten Erscheinungen sich hinsichtlich seiner Kritik wie realen Wahrnehmungen gegenüber verhält. — *Goldstein*<sup>1</sup> meint das gleiche, wenn er sagt: „Die optischen Vorstellungen erschienen deshalb unmittelbar bildhaft, so lange sie neben wirklichen Wahrnehmungen beständen. Im Traume, wo diese Gegenüberstellung wegfalle, seien auch die optischen Vorstellungen leibhaftig!“ — Mit aus dem gleichen Grunde sehen wir bei jüngeren Kindern, deren realer Erlebnisschatz und die somit erforderlichen vorstellungsmäßig gegebenen Vergleichsmöglichkeiten noch gering sind, die Erscheinung, daß sie Traumerlebnisse mit solchen im Wachen verquicken. — Paßt nun einmal, wie das bei oberflächlichem Schlafe gelegentlich vorkommt, ein Traumerlebnis, meist das letzte, ganz und gar in die wirkliche Situation hinein, so wird das Subjekt des öfteren völlig im Zweifel darüber bleiben müssen, ob das fragliche Erlebnis noch Trauminhalt oder realer Natur gewesen ist. — Von analogen, durch die Situation gegebenen mangelnden Vergleichsmöglichkeiten wird die Stellungnahme deliranter und etlicher anderer Halluzinanten ihren Sinnestäuschungen einerseits und ihnen ähnlichen oder gleichenden realen Wahrnehmungen (Nachahmungen) andererseits gegenüber mit abhängen.

<sup>1</sup> *Goldstein*: l. c.

An dem Falle 10, dem Deliranten mit Stirnhirntumor, wundert uns deshalb weniger die Tatsache, daß er, als er den Faden im Munde hatte, identifizierte, sondern gerade das, daß er zuvor nicht identifizierte. Das erklärt sich aber aus dem oben Gesagten einfach damit, daß er blind war. Er hatte also von dem halluzinierten Faden eine bestimmte optische Vorstellung, die durch wirkliche optische Eindrücke nicht modifiziert werden konnte, wie das bei sehenden Deliranten sonst der Fall sein kann. Er meinte also solange einen anderen Faden, bis er auf Grund von aus gesunder Zeit gegebenen Erfahrungen auf seine optischen Vorstellungen verzichten mußte.

Es ist ferner noch zu erwähnen, daß — die anderweitig gegebene Tendenz zum Auftreten von Halluzinationen immer vorausgesetzt — mangelnde Vergleichsmöglichkeiten dadurch gegeben sein können, daß Trugwahrnehmungen in einer Sinnessphäre auftreten, wo genauere Unterscheidungen schon normalerweise manchmal schwierig sind. *Goldstein*<sup>1</sup> sagt dementsprechend: „... dies gilt besonders z. B. bei akustischen Halluzinationen, bei denen schon das Realitätsurteil der normalen Wahrnehmungen relativ unsicher ist“. — So wird auch ferner eine Parageusie oder Parosmie verhältnismäßig häufiger den Charakter einer Sinnestäuschung sogar mit positivem Realitätsurteil erlangen, als analoge Erscheinungen auf dem Gebiete des Gesichtssinnes. Vgl. hierzu die von *Jaspers*<sup>2</sup> erwähnten *Külpeschen* Versuche, wo Normale im Dunkelmzimmer gar nicht immer sicher zwischen schwachem wirklichen Lichtschein und entoptischen Erscheinungen unterscheiden konnten.

Zu den, eine Sinnestäuschung veranlassenden, bzw. die Art einer solchen mitbedingenden Faktoren gehört dann schließlich noch das Plötzliche, Unerwartete, das „Nichtwissen-woher“ einer realen Wahrnehmung, so daß es dadurch je nach zur Zeit bestehendem Vorstellungsinhalt einerseits und Art des übrigen Geisteszustandes andererseits zu Verkennungen auch bei Normalen (*Klieneberger*)<sup>3</sup> oder wohl hauptsächlich bei Normalen kommen kann. Dieser Faktor wurde schon genügend gewürdigt und, wo nötig, auch ausgeschlossen. Er erklärt uns durchaus verständlich z. B. die Reaktion des schon von spontanen Sinnestäuschungen befreiten Alkoholisten, den *Moravsik* schildert. Immerhin ist er, auch bei gegebener Tendenz zu Sinnestäuschungen, lange nicht immer maßgebend. So befand sich in unserer Beobachtung ein eben gerade abgeklungenes Alkoholdelir. Der Patient hatte für seine Halluzinationen von durchweg angsterregendem Inhalt kein positives Realitätsurteil: es seien schreckliche Bilder oder Erscheinungen gewesen! Diesem wurde ebenfalls — ohne vorherige Versuche — eine

<sup>1</sup> *Goldstein*: l. c.

<sup>2</sup> *Jaspers*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. 6. 460.

<sup>3</sup> *Klieneberger*: l. c.

tiefe Stimmgabel von hinten ans Ohr gehalten, ohne daß er dieselbe, auch wenn er sich umdrehte, hätte bemerken können. Er erschreckte zwar heftig und gab auch später an, er habe ganz zuerst genau dieselbe Angst gehabt wie dann, wenn er die „Bilder“ sähe; er habe aber nichts daraufhin gesehen, und er zog sofort den, wenn auch falschen aber normal verstehbaren Schluß, das Brummen müsse wohl von einem Wasserrohre in der Wand gekommen sein.

Die ad 2. hauptsächlich zum Verständnis deliranter Sinnestäuschungen aufgezählten Momente werden als mitbedingende Faktoren auch bei Trugwahrnehmungen auf dem Boden anderer Krankheitsformen eine Rolle spielen können. Die Hauptursache, die Tendenz zum Auftreten, machen sie wohl weniger aus, als andere, in dem irgendwie veränderten Geisteszustand beruhenden Größen, die uns zum Teil noch nicht genügend bekannt sind. Selbst wenn sie es wären, so ließe sich für die noch übrigen Sinnestäuschungen keine einheitliche Erklärung abgeben. Hier trägt vielleicht noch mehr als bislang hervorgehoben, jeder Fall sein eigenes Gepräge, welches jeweils zu analysieren wäre. Darum kann das, was noch über den Fall 8 gesagt werden soll, eigentlich nur kasuistischen Wert haben, wenngleich eine ähnliche Verknüpfung der Bedingungen des öfteren vorkommen wird. — Der Patient hatte, wenn auch nicht sehr krasse, senil demente Erscheinungen; ferner waren ihm deutliche paranoide Züge eigen (Vergiftungsideen). Sodann war er praktisch blind; und endlich werden wir mit Recht das Vorhandensein von Parästhesien bei ihm annehmen. Es nützt uns hier nicht viel, die Definition, wonach es sich um eine wahnhafte Verwertung körperlicher Sensationen handelt. Uns kümmert das Was und Wie des Realitätsurteils. Nach dem körperlichen Befunde handelte es sich bei dem Patienten nicht um die Sensationen, wie sie häufig bei hypochondrischen Psychopathen mit vegetativ neurotischen Erscheinungen auftreten, die immer mehr in die Tiefe und entlang der ganzen Extremität lokalisiert werden, sondern um die mehr an der Oberfläche empfundenen Parästhesien, wie sie bei zentral bedingten trophischen Hautstörungen meist in der Hand selbst resp. an den Extremitäten-Enden empfunden werden. — Seine paranoide Komponente gibt in ihrer Vigilanz die eigentliche Tendenz zum Auftreten von Sinnestäuschungen ab, die durch die besonders abends sich bemerkbar machenden Parästhesien, deren anderweitige Erklärung dem Patienten nicht gegeben ist, adäquate Veranlassung und Inhalt findet. Auf der einen Seite wird nun dieses „Wissen um etwas“ durch die bestehende Kritikschwäche als Ausdruck seiner Demenz nicht gestört (Beziehung von Geisteszustand zum Realitätsurteil). Andererseits fehlt es ihm hinsichtlich des vermeintlichen Befundes von Mehl in seinem Bette wegen seiner Blindheit an genügenden Kontrollmöglichkeiten. Soweit die Beziehungen der einzelnen Komponenten zueinander. Wichtig ist, was uns der Versuch des näheren

über die Beziehung von Art der Sinnestäuschung zum Realitätsurteil sagt: Den Unterschied zwischen dem haptischen Eindruck von Reispuder und dem seiner Parästhesien gibt er zu, ohne sich auch jetzt über den Charakter der letzteren klar zu werden. Er *meint* also auch etwas Anderes, scheinbar ähnlich wie ein Schizophrener. Doch er unterscheidet sich wesentlich von diesem dadurch, daß er zunächst ausdrücklich die Möglichkeit zuläßt, daß Beides aus gleicher Quelle kommen könnte, diese Möglichkeit, die der Schizophrene stets ablehnt. Er nähert sich hierin in gewisser Beziehung dem Tumor-Deliranten, von dem er sich andererseits aber wieder dadurch unterscheidet, daß seinem Meinen nicht rein Vorstellungsmäßiges, sondern durch die Parästhesien etwas tatsächlich Wahrnehmungsmäßiges zugrunde liegt.

In seiner allgemeinen Symptomatologie wie auch bezüglich seiner haptischen Sinnestäuschungen gehört dieser Fall wohl zu denen, die *Seelert*<sup>1</sup> 1915 unter dem Titel „Paranoide Psychosen im höheren Lebensalter“ beschrieb. *Seelert* bezieht die bei seinen Kranken vorhandenen haptischen und taktilen Sinnestäuschungen alle auf Sensationen mit organischer Basis und hebt ebenfalls den Unterschied dieser wahnhaften Mißdeutung gegenüber den Empfindungen bei Dementia praecox hervor. Allerdings gelingt ihm dieses auch nicht hinsichtlich der bei seinen Patienten zum Teil bestehenden akustischen Halluzinationen. Für das Gesamtbild fordert er einen organischen Hirnprozeß, wobei aber doch bemerkenswert bleibt, daß, soweit sich anamnestic eruierten ließ, die meisten seiner Kranken Menschen mit von jeher abnorm ausgeprägter Affektivität waren.

Von den Hauptgruppen, innerhalb deren wir Halluzinationen von irgendwie besonders zu charakterisierendem Gepräge finden, wären noch die akustischen Sinnestäuschungen zu nennen, wie sie gelegentlich einmal bei der Paranoia (Querulantenwahn; sensitiver Beziehungswahn) auftreten. *Bumke*<sup>2</sup> meint in seinem Lehrbuch allerdings, daß dabei wirkliche Halluzinationen in der Regel nicht auftreten, daß solche sogar gegen die Diagnose Paranoia sprächen. Es würde demnach die Mehrzahl dieser an Hand einer der schon besprochenen Mechanismen ihre Erklärung finden. Für den wirklichen Rest aber, also für Phoneme höhnenden, beleidigenden Inhaltes bei paranoischen Patienten mit einfühlbarem Wahnsystem und ohne Prozeßerscheinungen ließe es sich ohne große Schwierigkeit zeigen, daß es sich dort um affektbedingte Erinnerungsfälschungen handelt. Der starke Affekt, unter dem ein gewisser Vorstellungskomplex steht, hemmt die Kritik und läßt den Patienten um etwas wissen, so daß es ihm oft direkt danach wahrnehmungsmäßig gegeben erscheint. Können wir doch im Verlaufe dieser Fälle, d. h. bevor es zu solchen scheinbaren Halluzinationen

<sup>1</sup> *Seelert*: Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 55.

<sup>2</sup> *Bumke*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München: J. F. Bergmann 1924.



kommt, diese etappenmäßige Entwicklung im einzelnen beobachten; zuerst das Wähnen („es wird schon so sein“), dann das Wissen („es ist so“) und dann erst das Erleben („ich hörte es“).

Wenn nun auch nicht verkannt werden soll, daß die vorliegenden Darlegungen, wie sie sich zu ihrem größeren Teile auf die besprochenen Versuche stützen, nicht alle Möglichkeiten des Auftretens von Sinnestäuschungen erschöpfen, so müssen wir doch zugeben, daß für folgende Auffassungen kein Raum bleibt: 1. daß alle Halluzinationen mit einer Theorie zu erklären seien, und 2. daß Halluzinationen überhaupt mit der normalen Wahrnehmung qualitativ in direkte Beziehungen zu bringen sind, welch letztere in der Breite psychischen Erlebens einen Spezialfall darstellt.

Das weitere Studium der Halluzinationen liegt, soweit wir uns nicht mit theoretischen Plausibilitäten begnügen wollen, im Experiment, wobei die künstliche Abänderung des Geisteszustandes durch in ihrem Wesen bekannte Größen (Giftwirkung) die Hauptrolle spielt.

---