

McGill University Libraries



3 100 160 522 S

132.

H2865

Spez. Teil

1 Abt.



No. 51743



McGill



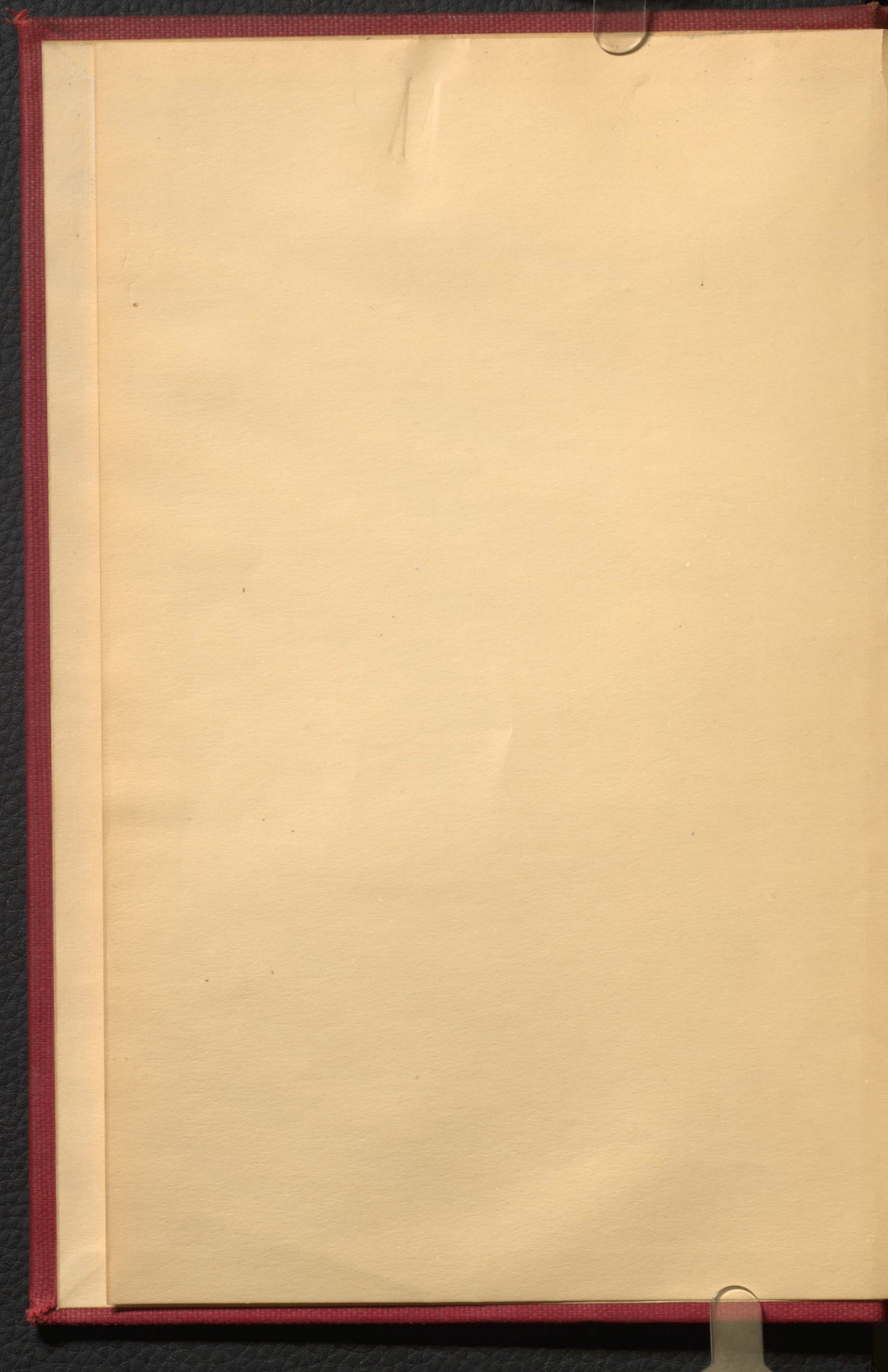
Osler
Library
Montreal

DAMAGE TO BOOKS

Readers are reminded that under the provisions of the Canadian Criminal Code any wilful damage to property constitutes a criminal offence for which severe penalties can be inflicted.

Minor damages render the offender liable to a fine of \$20.00, and he is also bound to compensate the owner up to a limit of \$20.00. Refusal to pay these sums is punished with imprisonment up to two months (Sections 539-540).

More serious damage can be visited with a term of imprisonment up to two years (Section 510-E).



HANDBUCH DER PSYCHIATRIE
NEUHAANDBUCH DER PSYCHIATRIE

Handbuch der Psychiatrie, herausgegeben von
Prof. Dr. H. W. Volpert, Leipzig
Verlag von G. Fischer, Leipzig
1912

PROFESSOR Dr. H. W. VOLPERT
LEIPZIG

PROFESSOR Dr. H. W. VOLPERT
LEIPZIG

SPEZIELLER THEIL

DIE ERTEILUNG DER PSYCHOSEN
VON FROSTEN, Dr. G. FISCHER, LEIPZIG

ERTEILUNG

VON FROSTEN, Dr. H. W. VOLPERT

LEIPZIG UND WÜRZBURG
FRANZ DEUTSCHER

HANDBUCH DER PSYCHIATRIE.

UNTER MITWIRKUNG VON

PROFESSOR A. ALZHEIMER (MÜNCHEN), PROFESSOR E. BLEULER (ZÜRICH),
PROFESSOR K. BONHOEFFER (BRESLAU), PRIVATDOZENT G. BONVICINI (WIEN),
PROFESSOR O. BUMKE (FREIBURG I. B.), PROFESSOR R. GAUPP (TÜBINGEN),
DIREKTOR A. GROSS (RUFACH I. E.), PROFESSOR A. HOCHÉ (FREIBURG I. B.), PRIVAT-
DOZENT M. ISSERLIN (MÜNCHEN), PROFESSOR TH. KIRCHHOFF (SCHLESWIG), DIREKTOR
A. MERCKLIN (TREPTOW A. R.), PROFESSOR E. REDLICH (WIEN), PROFESSOR
M. ROSENFELD (STRASSBURG I. E.), PROFESSOR P. SCHROEDER (BRESLAU), PROFESSOR
E. SCHULTZE (GREIFSWALD), PRIVATDOZENT W. SPIELMEYER (FREIBURG I. B.),
PRIVATDOZENT E. STRANSKY (WIEN), PROFESSOR H. VOGT (FRANKFURT A. M.),
PRIVATDOZENT G. VOSS (GREIFSWALD), PROFESSOR J. WAGNER RITTER VON
JAUREGG (WIEN), PROFESSOR W. WEYGANDT (HAMBURG-FRIEDRICHSBERG)

HERAUSGEGEBEN VON

PROFESSOR DR. G. ASCHAFFENBURG

IN KÖLN A. RH.

SPEZIELLER THEIL.

1. ABTHEILUNG.

DIE EINTEILUNG DER PSYCHOSEN.

VON PROFESSOR DR. G. ASCHAFFENBURG.

EPILEPSIE.

VON PROFESSOR DR. H. VOGT.

LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1915.

DIE EINTEILUNG DER PSYCHOSEN

VON

Geistes
PROF. DR. G. ASCHAFFENBURG

IN KÖLN A. RH.

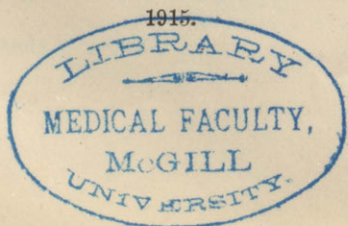
EPILEPSIE

VON

Geistes
PROF. DR. H. VOGT

IN WIESBADEN.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.



Copyright 1914 by Franz Deuticke, Leipzig und Wien.

Verlags-Nr. 2243.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.



Inhaltsverzeichnis.

DIE EINTEILUNG DER PSYCHOSEN.

VON

PROF. DR. G. ASCHAFFENBURG.

	Seite
I. Die Aufgaben und Grenzen der Psychiatrie	3
II. Krankheitsbilder und Krankheitstypen	14
III. Richtlinien der Einteilung der Psychosen	21
IV. Die Einteilung der Psychosen	28
Literatur	47

EPILEPSIE.

VON

PROF. DR. H. VOGT.

Ätiologie	53
Symptomatologie	71
A. Der allgemeine epileptische Symptomenkomplex. Beginn der Krankheit	71
Beginn	72
B. Spezielle Symptomatologie	76
1. Die motorische Epilepsie	76
Der große Anfall	76
Jacksonscher Anfall	78
Abortive Anfälle. Petit mal-Äquivalente	81
Aura	82
Begleiterscheinungen und Nachstadium der Anfälle	86
Die intervallären Symptome	87
2. Die psychische Epilepsie	91
Psychologisches	91
Der interparoxysmelle psychische Zustand der Epileptiker	92
Die transitorischen psychischen Störungen der Epileptiker	98
Die periodische Verstimmung der Epileptiker	104
Psychische Aura	106
Präparoxystische psychische Störungen	106
Verwirrtheit	108
Paranoide Zustände	109

	Seite
Fugues	110
Dipsomanie	116
3. Der körperliche Zustand der Epileptiker	117
Blut. Stoffwechsel	120
Linkshändigkeit	124
Anhang: Theorie des Anfalls. Theorie der Krankheit	124
Die epileptischen Krankheitszustände	128
Einteilungsprinzipien	128
Genuine Epilepsie	133
Anatomie	145
Gehäufte kleine Anfälle	149
Hysterie und Epilepsie	151
Spasmophilie und Epilepsie	152
Psychasthenische Krämpfe	154
Die sogenannte Affektepilepsie	155
Epilepsie und zerebrale Lähmung. Sogenannte „organische“ Epilepsie	157
Tuberöse Sklerose	166
Hydrozephalische Epilepsie. Epilepsieartige Zustände bei verschiedenen Idioten. Unklare Formen	171
Syphilis und Epilepsie	175
Migräne und Epilepsie	181
Paralepsie	183
Myoklonie und Epilepsie	183
Schwangerschaft und Epilepsie	185
Alkohol und Epilepsie	187
Senile Epilepsie. Arteriosklerose und Epilepsie	192
Allgemeines über Diagnose, Verlauf und Prognose	195
1. Diagnose	195
2. Diagnose aus den psychischen Veränderungen	202
3. Verlauf und Prognose	205
Therapie	213
Allgemeine Behandlung	213
Therapie des Anfalles und des Status epilepticus	219
Medikamentöse Therapie. Brom	221
Die Wahl des Brommittels und seine Dosierung	225
Sonstige Medikamente	231
Die sogenannte Stoffwechseltherapie	232
Chirurgische Therapie	235
Anstaltspflege. Soziales	241
Heirat	244
Forensische Behandlung	245
Literatur	256

DIE
EINTEILUNG DER PSYCHOSEN.

VON

PROF. DR. G. ASCHAFFENBURG.

DIE
EINTEILUNG DER PSYCHOSEN

VON

Prof. Dr. G. ASCHAFENBURG.

I.

Die Aufgaben und Grenzen der Psychiatrie.

Die Psychiatrie, die Seelenheilkunde, ist eine Erfahrungswissenschaft; ihre Aufgabe besteht in der Behandlung und Heilung der psychischen Erkrankungen. Aber die aus der Erfahrung gewonnenen Behandlungsprinzipien können doch nur dann Anspruch auf wissenschaftliche Anerkennung machen, wenn sich die Psychiatrie nicht darauf beschränkt, die als brauchbar erkannten und bewährten Methoden der Behandlung zu beschreiben, sondern das weitere Problem zu lösen versucht, Wesen und Art der geistigen Erkrankungen zu erforschen, wenn sie darnach strebt, ihre Ursachen zu erkennen, aus den Ursachen die Berechtigung und die Wirksamkeit des therapeutischen Vorgehens verständlich zu machen und bis zu dem Punkte vorzudringen, wo uns der Verlauf des abnormen psychischen Geschehens in seinen Zusammenhängen und Beziehungen klar zu werden beginnt. Dann erst wird die Psychiatrie, die Wissenschaft der Seelenheilkunde, zur Psychopathologie, zur Wissenschaft vom krankhaft veränderten Seelenleben.

Jede naturwissenschaftliche Forschung wird ihre erste Aufgabe darin sehen, aus der scheinbar bunten Mannigfaltigkeit der Erscheinungen die Regeln ihres Ablaufes und die Gesetze ihres Zustandekommens abzuleiten. Insofern ist auch die Psychopathologie in erster Linie eine naturwissenschaftliche Disziplin, als ihr die Aufgabe zufällt, Lebensvorgänge zu beobachten und zu beschreiben. Daß wir uns dabei zum größten Teile anderer Beobachtungsmethoden bedienen müssen, als sonst in der medizinischen Wissenschaft üblich ist, macht die Aufgabe schwieriger, aber nicht unlösbar.

Objekte unserer Forschungen sind Empfindungen und Gefühle, Bewußtsein und Bestrebungen eines kranken Menschen. Die äußerlich vor unsern Augen sich abspielenden Erscheinungen sind unserer Beobachtung zugänglich. Wir sehen einen Menschen weinen, lachen, sich schweigend absondern oder gegen seine Umgebung gewalttätig werden. Aber indem wir auf eine traurige oder heitere Stimmung, auf wahnhafte Verkennung der Absichten der Umgebung schließen, legen wir dem äußerlichen Geschehen, so wie es sich vor unsern Augen abspielt, die seelischen Vorgänge unter, die wir selbst empfinden. Das Recht dieser Deutung gibt uns die Erfahrung, daß Lachen in der Regel einer gehobenen, Weinen einer gedrückten Stimmung entspricht; auch die sprachlichen Äußerungen des Kranken, seine Reaktion auf Zureden und Ablenkung können uns als Richtschnur für unsere Auffassung dienen. Ob aber



tatsächlich der Kranke in der gleichen Weise empfindet, ob die Stärke seiner Stimmungsveränderung von uns richtig beurteilt wird, ob eine Handlung den Motiven entspringt, die wir voraussetzen, das alles läßt sich nur schließen, nicht zwingend beweisen.

In dieser Richtung werden wir uns bescheiden und unumwunden zugeben müssen, daß wir hinter den Beobachtungsergebnissen der anderen beschreibenden Wissenschaften zurückbleiben. Sie vermögen, wenn auch nicht immer, die Erscheinungen exakt zu messen und auf Gesetze zurückzuführen. Die Psychologie muß sich darauf beschränken, Regeln abzuleiten, die der zwingenden Gesetzmäßigkeit ermangeln. Immerhin kennen wir allmählich für einen Teil des psychischen Lebens annähernd die Regeln, nach denen es sich abspielt, so z. B. wie sich die Sprache entwickelt, wie die Wahrnehmung, die Vorstellungsbildung vor sich zu gehen pflegt.

Aber die Psychologie und mit ihr die Psychopathologie verläßt den Boden der naturwissenschaftlichen Erfahrung, sobald sie in die Tiefe zu gehen versucht.

Die Frage, wie wir uns die Umsetzung des materiellen Vorgangs im Gehirn, den wir auf Grund der anatomischen Untersuchungen bei vielen Erkrankungen kennen und für alles psychische Geschehen voraussetzen müssen, in Fühlen, Denken und Handeln vorstellen sollen, liegt außerhalb unseres Erkenntnisvermögens. Aber von den erkenntnistheoretischen Bestrebungen, deren letztes Ziel, ein restloses Erfassen des innern Zusammenhangs der körperlichen und seelischen Vorgänge und der Gesetze des psychischen Lebens, in unerreichbarer Ferne liegt, bleibt das naturwissenschaftliche Arbeitsfeld zwar nicht unberührt, aber unabhängig. Wie sich die Denkvorgänge äußerlich abspielen, welche von uns erkennbaren und beeinflussbaren Vorgänge ihren Verlauf beeinflussen, welche Erscheinungen in zeitlicher Abhängigkeit voneinander stehen, das alles läßt sich exakt beobachten, und das ist die Aufgabe der Psychopathologie als einer naturwissenschaftlichen Disziplin.

Mit allen andern naturwissenschaftlichen Fächern hat die Psychopathologie dieselbe Forschungsrichtung, dieselben Forschungsmethoden gemeinsam. Wir gehen dabei von der für den Arzt unzweifelhaften Voraussetzung aus, daß unser Seelenleben, also auch das krankhaft veränderte Seelenleben, an die Funktionen des Gehirns gebunden ist, ohne damit der Frage, wie das Verhältnis des psychischen Lebens zu den materiellen Vorgängen in der Hirnsubstanz zu denken ist, näher treten zu müssen.

Die psychische Eigenart jedes Individuums, die uns in seinem Fühlen, Denken und Handeln entgegentritt, ist ein Produkt seiner geistigen Veranlagung und Entwicklung, steht also in unmittelbarer Abhängigkeit von der ursprünglichen Organisation seines Gehirns und dem Einflusse, den die Lebensereignisse auf diese Veranlagung ausgeübt haben. Diese Auffassung bedingt nicht, daß wir uns der Hoffnung hingeben könnten, für die Verschiedenheiten der Veranlagung und Entwicklung, die sich in ihren Erscheinungen oft so scharf voneinander abheben und den Individualcharakter bedingen, einen anatomisch greifbaren Unterschied bei der Hirnuntersuchung zu finden.

Nur in den seltensten Fällen gestattet die Menge und Art der funktionstüchtigen Einzelelemente eines Organes einen Rückschluß auf seine Leistungs-

fähigkeit. Je verwickelter die Aufgabe eines Organes, je komplizierter sein Aufbau, um so weniger wird mittels Maßstabes, Abzählens und Abwiegens ein Einblick in das Verhältnis seines Zustandes zu seiner Funktion zu gewinnen sein. Gilt das schon für alle unsere Körperorgane, so erst recht für das Gehirn. Sein architektonischer Aufbau deutet schon auf die außerordentliche Verschiedenheit der Funktionen hin, die seinen einzelnen Abschnitten zukommen. Mit dem Eindringen in die Geheimnisse der Struktur der Hirnrinde selbst, deren feinere Gestaltung besonders in dem letzten Jahrzehnt durch Nissl, Vogt, Brodmann und andere allmählich klarer geworden ist, ist auch die Gewißheit gewachsen, daß uns die Beurteilung der geistigen Leistungsfähigkeit auf Grund einfacher Meß- und Zählmethoden wohl für immer verschlossen bleiben wird.

Damit soll nicht ausgesprochen werden, daß die Hirnforschung für die Psychopathologie ergebnislos geblieben ist und bleiben wird. Die Funktionen des Gehirns, die Sinnesreize zu erfassen und zu verarbeiten, die Bewegungen zu leiten und das Zusammenarbeiten der Muskulatur zu ermöglichen, sind an bestimmte Örtlichkeiten gebunden, deren Erkrankung Störungen der Leistung hervorruft. Damit haben wir Anhaltspunkte gewonnen, diese Störungen mit engumgrenzten Hirnteilen in Verbindung zu bringen, und dank dieser lokalisatorischen Feststellungen sind uns Eingriffe bei Hirntumoren, Abszessen, Blutungen möglich geworden, die niemand ohne diese Kenntnisse wagen dürfte.

Sehr viel geringer ist die Bedeutung der Hirnanatomie für die Seelentätigkeit. Je weiter wir uns von den elementaren Funktionen der Auffassung von Sinneseindrücken und der Innervation von Bewegungen entfernen, um so mehr versagt unser Wissen. Aus der vergleichenden Anatomie ergibt sich, daß mit der Zunahme des Hirnmantels auch die uns erkennbare intellektuelle Leistung wächst, und die pathologische Anatomie belehrt uns, daß der Minderung der geistigen Leistungsfähigkeit im Greisenalter oder bei der Paralyse, der geringen intellektuellen Entwicklung bei der Idiotie ein Schwund oder eine unvollkommene Ausbildung der Hirnrinde entspricht. Aber wir haben damit — auch innerhalb des Rahmens des naturwissenschaftlichen Erkenntnisvermögens — noch keinen Einblick gewonnen, auf welchen Veränderungen oder welchem Mangel an Elementarbestandteilen der Hirnrinde die geistige Anomalie beruht. Wir dürfen uns ruhig gestehen, daß unsere Hoffnungen, die wir vielleicht noch bezüglich dieser groben Ausfallserscheinungen hegen dürfen, völlig den verwickelteren psychischen Vorgängen, dem schöpferischen Spiele unserer Gedanken, der Phantasie, den Affekten, der Angst, wohl auch den Halluzinationen gegenüber versagen. Ja, selbst wenn wir jemals soweit gelangen könnten, die Störungen des Gemütslebens mit bestimmten Gegenden oder bestimmten Zellgruppen des Gehirns in Zusammenhang zu bringen, so würden wir doch nie erwarten dürfen, die Art der affektiven Störungen anatomisch zu ergründen.

Bei zahlreichen Formen der Geistesstörung sind uns die anatomischen Begleiterscheinungen bekannt. Wir kennen weder das Bild der lebendigen, funktionierenden noch das Bild der nicht mehr oder in pathologischer Weise tätigen Zelle. Aber wir kennen das Äquivalentbild, wie Nissl den Zustand einer Zelle bezeichnet hat, die, in einer ganz bestimmten, stets gleichen Weise behandelt, der mikroskopischen Besichtigung zugänglich gemacht ist. Die Ver-

änderungen des Äquivalentbildes unter pathologischen Verhältnissen erlaubt uns, sobald der Befund sich als typisch erwiesen, den Rückschluß, daß wir bei ähnlichen Lebenserscheinungen die gleichen anatomischen Veränderungen erwarten dürfen, ebenso wie umgekehrt aus einer Gleichheit des anatomischen Bildes auf gleiche seelische Störungen geschlossen werden darf. Damit haben wir, wenn auch keinen Einblick in die tiefsten Zusammenhänge dieser parallelen Symptomenreihen, doch den Vorzug einer pathologisch-anatomischen Kontrolle unserer klinischen Beobachtungen und damit eine feste Grundlage zur klinischen Differenzierung der Krankheitsprozesse. Wenn uns diese Betrachtungsweise noch vielfach im Stich läßt, so liegt das wohl daran, daß wir erst über wenige brauchbare Methoden der Hirnforschung verfügen, und daß unsere jetzigen Hilfsmittel für die Feststellung der allerfeinsten Störungen noch nicht ausreichen. Aber wer den Gang der Entwicklung der Hirnpathologie der letzten Jahrzehnte verfolgt hat, weiß, wie mit der wachsenden Verfeinerung der Untersuchungsmethoden immer neue und ungeahnte Gebiete erschlossen worden sind, und wird deshalb mit berechtigtem Optimismus von dem weiteren Fortschreiten dieser Forschung große Entdeckungen erhoffen dürfen.

Damit soll nicht etwa die Erwartung ausgesprochen werden, daß wir je dahin gelangen könnten, für jede geistige Tätigkeit, jede Gemütsregung die anatomische oder physiologische Parallelerscheinung zu finden. Die Unerreichbarkeit dieses Zieles beweist nicht, daß unser Weg ein falscher ist, und widerlegt gewiß nicht die Annahme eines untrennbaren Zusammenhanges zwischen Seelenleben und Gehirntätigkeit. An dieser Auffassung dürfen wir festhalten, wenn uns auch noch vieles unbekannt ist, und der allerletzte Schritt, durch das anatomische Bild ein Verständnis dafür zu gewinnen, warum das psychische Erleben in bestimmter Weise verändert ist, als über den Rahmen der naturwissenschaftlichen Erkenntnis hinausgehend, ungeschehen bleibt und bleiben wird. So kommen wir zu dem Schlusse, daß die Psychopathologie nicht nur die Wissenschaft des krankhaften veränderten Seelenlebens ist, sondern die Wissenschaft der Erkrankungen des Gehirns, soweit sich die Veränderungen im Seelenleben abspielen.

Allerdings, so weit zu gehen, wie Meynert, der an die Stelle des Ausdrucks Psychiatrie den der „Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns“ gesetzt hat, ist bedenklich, umso bedenklicher, je mehr diese theoretisch gewiß richtige Auffassung zur Grundlage der klinischen Forschung gemacht wird. Geniale Ideen, wie die Meynerts von dem Antagonismus zwischen Großhirn und Mittelhirn als Erkenntnisquelle für die psychischen Funktionen, wie die der Übertragung der Lehre von der Aphasie auf die geistigen Störungen durch Wernicke, sind überaus fruchtbar für die klinische Forschung gewesen. Aber übereine, wenn auch vielleicht unendlich wertvolle Anregung haben diese Bestrebungen nicht hinaus führen können. Der Weg, aus bestimmten, uns bekannten Gesetzen — vorausgesetzt, daß wir überhaupt schon einen ausreichenden Einblick in die Wechselwirkung zwischen den einzelnen Hirnteilen oder in das Wesen der Aphasie hätten — weitere Hypothesen abzuleiten, ist gefährlich. Denn unsere Kenntnisse von den Regeln des psychischen Lebens sind noch zu unsicher und wir bauen mit unsicherem Material auf unsicherem Grunde. Ferner aber sind die Analogieschlüsse, zu denen dieser Weg nötigt, gerade bei den Erscheinungen

des Seelenlebens sehr bedenklich und können leicht in die Irre führen. Die deduktive Forschungsmethode hat in der Psychiatrie wie auch sonst in der Naturwissenschaft nur den Wert des den Weg erhellenden, vielleicht auch den Wegweisenden Blitzes. Aber einstweilen ist der bessere und richtigere Weg der sehr viel bescheidenere des fleißigen Beobachters. Wir können nur dadurch vorwärts kommen, wenn wir induktiv vordringen. Allgemein gültige Gesetze können in der Psychiatrie als einer beschreibenden Wissenschaft nur dadurch gefunden werden, daß wir in unablässiger Kleinarbeit die Erscheinungen beobachten, sammeln, vergleichen, abwägen, aus der Fülle der Einzelercheinungen die allgemeinen Gesichtspunkte, die stets wiederkehrenden Regeln ableiten und so schließlich zur Erkenntnis gewisser Gesetzmäßigkeiten des psychopathologischen Geschehens gelangen.

Daraus ergibt sich als die erste Aufgabe der Psychiatrie die Sammlung eines möglichst umfangreichen und sorgfältig beobachteten Materials. Aus diesen Bausteinen ein Gebäude zu errichten, das der steten Nachprüfung standhält, und das auch stärkeren Erschütterungen, die in der Psychopathologie nicht ausbleiben werden, gewachsen ist, läßt sich nur dann ermöglichen, wenn wir das Material nicht nach vorgefaßten Theorien sammeln, sichten und ordnen, sondern wie bei jeder klinischen Forschung — wenigstens bei dem jetzigen Standpunkte der allgemeinen Psychopathologie ist das unvermeidlich — alle von der Norm abweichenden Erscheinungen als gleich wichtig betrachten, bis sich durch die Fortschritte unseres Wissens der klinische und vielleicht auch der theoretische Zusammenhang als unmittelbare Folge induktiv ergibt.

Zu dem gleichen Ziele führt die zweite Aufgabe, die Vertiefung der Symptomatologie. Jede Wissenschaft muß sich ihre besonderen Untersuchungsmethoden selbst schaffen oder die üblichen Methoden in der für sie geeigneten Weise ummodellieren. Das stößt in der Psychiatrie auf sehr viel mehr Schwierigkeiten als in den andern klinischen Fächern. Uns fehlen die exakten Prüfungsarten, die den andern Fächern zur Verfügung stehen, fast ganz, insbesondere da, wo es sich nicht um die körperlichen Begleiterscheinungen der Psychosen handelt. Aber auch der innere Mediziner konnte bereits eine beginnende Tuberkulose, einen Typhus, der Chirurg einen Schädelbruch diagnostizieren, bevor die Thermometrie, die bakteriologische Prüfung und das Röntgenbild ihm bequemere und weniger trügerische Handhaben zur Diagnose gaben. Wir werden also nicht deshalb auf eine Verfeinerung unserer Diagnostik verzichten dürfen, weil unsere Methoden an Exaktheit noch so weit hinter der bequemen Messung, hinter der chemischen Reaktion, der Bakterienkultur und der elektrischen Entartungsreaktion zurückbleiben.

Eine besondere Erschwerung der Beobachtung liegt in der starken Bewertung, die bei der psychiatrischen Diagnose den subjektiven Erscheinungen zukommt. Auch für den Chirurgen sind der Schmerz, seine Lokalisation, seine Ausdehnung und seine Art, auch für den innern Mediziner die Angstempfindungen des Herzkranken, das Ameisenkribbeln und das Gürtelgefühl bei der Tabes wertvolle diagnostische Anhaltspunkte. Aber diese subjektiven Klagen wertet er doch nur an zweiter Stelle, während sie wie alle andern psychischen Symptome für den Psychiater die Hauptrolle spielen.

Der innere Kliniker kann im allgemeinen bei der völligen Klarheit des

Bewußtseins und der vorauszusetzenden geistigen Gesundheit seiner Kranken auf eine leidlich objektive Darstellung der subjektiven Empfindungen rechnen. Wir aber stehen bei dem psychisch Kranken einer durchaus subjektiven Schilderung gegenüber, die uns den Verzicht auf die Selbstbeobachtung des Kranken als Quelle der psychologischen Deutung gebietet oder doch mindestens zur Vorsicht bei der Verwertung seiner Klagen und Empfindungen mahnt.

Die Schwierigkeit, sein eigenes inneres Erleben zutreffend zu beurteilen, ist schon unter ganz normalen Verhältnissen sehr groß. Es fehlt den meisten Menschen der dazu erforderliche Abstand von den Ereignissen, die Fähigkeit, das eigene Empfinden und Denken zu analysieren und zu beschreiben. Bei weitem größer ist die Fehlerquelle bei Kranken. Hier treten dazu die Benommenheit oder Verworrenheit des Denkens, vorübergehende oder dauernde Intelligenzstörungen, Gleichgültigkeit oder Einseitigkeit der affektiven Erregungen, kurz, eine Reihe psychopathologischer Störungen, die es dem Kranken so gut wie unmöglich machen, sich selbst richtig zu beobachten und das Beobachtete dem Arzte richtig wiederzugeben.

Eine andere Schwierigkeit habe ich bereits gestreift, die aus der Art unserer Beobachtung sich ergebende Fehlerquelle der subjektiven Deutung. Wir sehen das äußere Verhalten der Kranken, nicht aber das, was in ihnen vorgeht. Ein Kranker, der regungslos im Bette liegt und auf kein Anreden, auf keine Schmerzerregung reagiert, kann so schwer benommen sein, daß er nicht reagieren kann; oder er kann aus irgend einem wahnhaften Grunde mit Anspannung aller Willenskraft jede Bewegung unterdrücken wollen. Gewiß glückt es nicht selten, doch zu erkennen, daß der Kranke tatsächlich alles wahrnimmt, aber selbst wenn das möglich ist, so wissen wir immer noch nicht, was dann in ihm vorgeht. Ein anderer Kranker gibt andauernd ganz unzutreffende Antworten. Vielleicht läßt ein lauernder Seitenblick, ein plötzliches Aus-der-Rolle-fallen uns vermuten, daß er absichtlich vorbeiredet. Aber wir wissen nicht, ob eine wahnhafte Idee ihn dazu zwingt, ob er infolge einer katatonischen Sperrung die richtige Antwort verfehlt, ob er völlig verwirrt ist, ob er sich mit uns einen manischen Scherz erlaubt, oder gar ob er simuliert. Daß es schließlich beharrlicher Beobachtung gelingt, ein leidlich zutreffendes Bild von dem Seelenzustande des Untersuchten zu gewinnen, ist zweifellos; aber immer bleibt auch dann noch die Fehlerquelle bestehen, die auch für die Normalpsychologie gilt. Wir schließen andauernd von uns auf andere und legen andern die Empfindungen und Vorstellungen unter, die wir bei der gleichen Gelegenheit selbst an uns wahrnehmen.

Ein Ereignis wird bewußt erfaßt, wird zum Erlebnis, indem es in tausendfältige Beziehung zu dem Bewußtseinsinhalte der Persönlichkeit des Beobachters tritt. Dieses Erlebnis ist das eigentliche Objekt, der wirkliche Inhalt der Beobachtung, nicht die Summe der Einzelvorgänge, die sich vor unsern Sinnesorganen abgespielt haben. Das, was wir erfassen, ist immer nur das Bild, wie es sich unserer individuellen Persönlichkeit widerspiegelt. Immerhin wird dieses Bild in recht weitem Umfange der objektiven Wirklichkeit entsprechen, je einfacher die Vorgänge sind, und je mehr durch die Gewohnheit, Gleiches oder Ähnliches zu beobachten, die Fähigkeit gesteigert ist, die objektiven Zusammenhänge zu erkennen.

Soweit das Seelenleben eines Kranken sich in groben, äußerlichen Erscheinungen kundgibt, wie in Lachen und Weinen, in der Mimik und den Gesten, können wir es beobachten; soweit wir daraus Schlußfolgerungen auf das innere Erleben des Kranken ziehen, uns nur in sein Denken einfühlen. Dieses Einfühlen hat mit dem Mitgefühl für die Leiden und Freuden des Kranken nichts zu schaffen. Im Gegenteile, jedes Mitempfinden beeinträchtigt unsern klaren Blick, indem es uns zur Partei werden läßt. Die Aufgabe besteht vielmehr darin, uns in die Gedanken- und Empfindungswelt des Kranken einzulernen und zu versuchen, die Erlebnisse, die Angst, den Zorn, die wahnhaften Vorstellungen auf diese hypothetische Persönlichkeit wirken zu lassen, wie sie auf den Kranken wirken. Ganz uns in eine fremde Gedankenwelt einzufühlen, ist unmöglich. Die Befähigung zur Einfühlung läßt sich nicht lehren und nur in bescheidenem Umfang erwerben, aber doch entwickeln, wo eine Begabung dazu vorhanden ist, entwickeln durch Erfahrung, Übung und durch unablässige Kontrolle der Richtigkeit der subjektiven Deutung. Aber immer bleibt der Fehler der Subjektivität, und dessen müssen wir uns stets bewußt bleiben, wenn wir in der Psychiatrie beobachten.

Es ist hier nicht der Ort, auf die Versuche einzugehen, durch Experimente auch innerhalb des psychischen Lebens zu objektiven Maßmethoden zu kommen. Wir besitzen derartige Methoden in ziemlich großer Zahl, nicht alle gleich brauchbar, die meisten erst im Versuchsstadium. Und auch selbst bei den gesichertsten Ergebnissen der Experimentalpsychologie ist das Resultat nicht ohne weiteres dem objektiven Befunde der Blutkörperchenzählung und der Fiebertemperaturmessung zu vergleichen. Immerhin ist der Weg aussichtsvoll. Denn er erlaubt uns, durch den Vergleich wiederholter Prüfungen an dem gleichen Individuum mit den Ergebnissen der Versuche an andern Schlüsse zu ziehen, die den subjektiven Fehler der Einfühlung beseitigen oder wenigstens verringern.

Auch von einer andern Seite her kann uns die Experimentalpsychologie das Verständnis der psychischen Erkrankungen vermitteln. Versuche über die Wirkung des Alkohols, der Erschöpfung, der Nahrungsentziehung, der körperlichen und geistigen Ermüdung lassen uns erkennen, welche Störungen einfachere psychische Funktionen durch die „künstliche Geistesstörung“, wie Kraepelin diese Experimente genannt hat, erfahren. Die Möglichkeit, derartige Versuche unter sorgfältiger Beobachtung aller Vorsichtsmaßregeln zu wiederholen, gestattet es uns, soweit sie noch nicht in hinreichendem Umfange angestellt worden sind, wird es gestatten, einen tieferen Einblick in den Verlauf des psychischen Geschehens zu tun, den Zusammenhang bestimmter seelischer Vorgänge zu erfassen und so vielleicht zu einem wirklichen Verständnis vieler psychischer Phänomene zu kommen. Damit eröffnet sich auch die Hoffnung, die Symptome der psychischen Kranken besser verstehen und objektiver würdigen zu können.

Das Bedürfnis der Psychopathologie, sich brauchbare Untersuchungsmethoden zu schaffen, fand in der Experimentalpsychologie seine Vorbilder. Aber dadurch, daß die Psychopathologie ihre Methoden den besonderen Anforderungen des Faches anpaßte und so ihren eignen Weg zu gehen gezwungen war, gab sie auch der Normalpsychologie neue Anregung. Überall eröffneten

sich interessante Ausblicke in das Getriebe der psychischen Erscheinungen des normalen Menschen. Viele befruchtende Anregungen zu neuen und vertieften Studien, so z. B. über das Gedächtnis, über die Vorstellungsbildung, die Gemütsbewegungen, den Verlauf der Arbeitskurve sind von der Psychopathologie ausgegangen und von der Normalpsychologie aufgegriffen worden.

Damit gelangen wir zu der dritten Aufgabe der Psychopathologie, der Erforschung der psychologischen Nachbargebiete und vor allem der großen Gebiete menschlicher Seelentätigkeit, die an der Grenze der geistigen Erkrankung liegen und ohne scharfen Einschnitt in die Geistestätigkeit des gesunden Menschen hinüberführen. Nicht aus dem Wunsche heraus, unser Wissensgebiet möglichst weit auszudehnen — der Wunsch wäre, solange noch so viele Fragen der Lösung harren, recht unzweckmäßig — überschreiten unsere Forschungen die Grenzen der Psychosen im engsten Sinne und beschäftigen sich in wachsendem Umfange vor allem mit den sogenannten Neurosen. Das, was uns dazu zwingt, ist die Erfahrung, daß wir zum Verständnisse der Hysterie und Neurasthenie, der Zwangsvorstellungen und der Ticks, der traumatischen und Schreckneurose nur durch Vertiefung der Symptomatologie gelangen können, und daß die körperlichen Erscheinungen dieser Erkrankungen hinter den psychischen an Umfang und Bedeutung bei weitem zurücktreten. Ich will hier als Beispiel nur auf den Umschwung in der Auffassung der traumatischen Neurose hinweisen, deren rein psychische Entstehung heute wohl kaum mehr bezweifelt werden kann; daß mit dieser Auffassung auch die Verbeugung wie die Behandlung in ein ganz anderes Licht gerückt ist, gibt ihr auch einen großen praktischen Wert.

Zahlreiche nervöse Beschwerden — ich erinnere z. B. an das Stottern, die meisten, wenn nicht alle Beschäftigungsneurosen — sind ohne eine Vertiefung in das psychische Leben des Kranken überhaupt nicht zu verstehen; erst dadurch daß wir die Befangenheit und Ängstlichkeit als den Ausgangspunkt der Symptome erkennen, gewinnt unsere Behandlungsmethode den festen Boden.

Die Beobachtung der krankhaften Abweichungen des Seelenlebens setzt die Kenntnis des normalen voraus. Die Schwierigkeiten der psychiatrischen Beobachtung schärfen unsern Blick und zwingen uns, selbst den unscheinbarsten psychischen Regungen unsere Aufmerksamkeit zuzuwenden; dadurch aber werden uns auch die Augen geöffnet für die Häufigkeit psychischer Anomalien im täglichen Leben. Unter psychischen Anomalien sind nicht etwa nur ausgeprägte Psychosen zu verstehen. Vielmehr gewinnen gerade die kleinen Abweichungen von der Durchschnittspsyche an Interesse und verlocken zu Forschungen, welche Bedeutung ihnen zukommt, und wie weit auf ihnen die Eigenart der verschiedenen Persönlichkeiten beruht.

Am deutlichsten verrät die Kriminalpsychologie den Einfluß dieser Betrachtungsweise. Der Verbrecher trat in den Vordergrund, die Straftat wurde zum Symptom. Das Eindringen der naturwissenschaftlichen Untersuchungsmethode, physiologischer und psychopathologischer Gesichtspunkte hat die ganze Strafrechtspflege in ihren Grundfesten erschüttert, aber auch gleichzeitig die Bausteine zu dem Wiederaufbau herbeigeschafft. Wenn wir heute vor den großen Aufgaben einer Reform der Strafgesetzgebung und des Strafvoll-

zuges stehen, wenn sich das Ziel der Strafrechtspflege in der Richtung einer weitgehenden Individualisierung und einer großzügigen Prophylaxe verschoben hat, so dürfen wir einen erheblichen Anteil an dieser Umwälzung der Anregung zuschreiben, die von der Psychopathologie ausgegangen ist, und den Arbeiten, die nur auf der Grundlage psychiatrischer und psychologischer Denkweise entstehen konnten.

Neben der Kriminalpsychologie können auch die großen Forschungsgebiete der Individual-, der Kinder- und der Volkspsychologie, der Psychologie der Massen, der Psychologie des genialen Menschen und des künstlerischen Schaffens der Mitarbeit des Psychiaters nicht entbehren. Nicht in dem Sinne dilettantischer Leichtfertigkeit, die für jede auffällige Erscheinung sofort eine Diagnose zu wissen glaubt und übersieht, daß die Wege großer Kömner nicht mit dem Maßstabe kleiner Geister gemessen werden dürfen. Und auch nicht in dem Sinne, daß wir aus den Werken der Kunst in willkürlicher Deutung einzelner auffälliger Erscheinungen oder geblendet von kühnen und unbewiesenen Hypothesen überall psychopathologische Symptome herausfinden. Derartige Mißgriffe können wohl unsere Bestrebungen in Verruf bringen, dürfen uns aber nicht abschrecken, den größten und wertvollsten psychologischen Problemen nachzugehen und unsere, in der mühsamen Arbeit der Klinik erprobten Untersuchungsmethoden und unser Wissen von Wegen und Irrwegen psychischen Lebens auch an diesen Aufgaben zu prüfen und so zur Erhellung dieser Grenzgebiete beizutragen.

Wenn wir in einzelnen Fällen, bei genialer Veranlagung, ausgeprägten Talenten und wertvollen Charakteren im Interesse der Höherentwicklung des Volkes diese abnormen Anlagen durch Züchtung erhalten und steigern möchten, in den meisten Fällen werden wir wünschen müssen, im Interesse der Volksgesundheit ihre Vererbung verhindern, dem Umsichgreifen Einhalt tun zu können. Dieses Verlangen stellt uns vor die Frage, wie das Auftreten psychischer Anomalien und Erkrankungen erklärt werden kann und damit vor die Frage nach den Ursachen der Psychosen, deren Lösung die vierte der großen Aufgaben unseres Faches ist. Auch auf diesem Forschungsgebiete stehen wir erst am Anfange unseres Wissens. Jeder Versuch, den Ausgangspunkt psychischer Erkrankungen zu finden, führt uns vor ein Chaos von Ursachen, das sich erst langsam zu erhellen beginnt, aber unbedingt erhellt werden muß, wenn unser Kampf gegen die Erscheinungen des abnormen Seelenlebens erfolgreich sein soll.

Daß auch geistige Erkrankungen nicht regel- und ursachlos entstehen, ist eine Selbstverständlichkeit, die zu erörtern nicht lohnte, wenn nicht immer wieder gerade bei den psychischen Erkrankungen die Voraussetzung unseres ganzen Denkens und allen Geschehens, die strenge Kausalität, geleugnet oder bezweifelt würde. Der Grund dieser Verleugnung aller naturwissenschaftlichen Prinzipien liegt wohl darin, daß wir die verschiedenartigsten Krankheits-typen nach derselben äußeren Ursache entstehen sehen und nach den verschiedenartigsten Ursachen anscheinend wesensgleiche Krankheiten. Aber wir haften bei dieser Betrachtungsweise doch zu sehr an der Oberfläche; das gerade zufällig am meisten in die Augen fallende Ereignis muß nicht notwendig die Ursache, es kann sogar in der Kette der wirklichen Ursachen nur ein ganz

nebensächliches Glied sein und nicht einmal die Bedeutung des letzten, die Krankheit auslösenden Anstoßes besitzen. Wir dürfen nicht vergessen, daß bei den meisten Ereignissen nicht eine, sondern zahlreiche Ursachen zusammen wirken. Die persönliche Veranlagung und Widerstandsfähigkeit, die zeitliche Disposition, vorausgegangene und augenblicklich wirkende Schädigungen, toxische Einflüsse und psychische Erregungen greifen mitbestimmend ineinander, ohne daß wir den Anteil dieser so ganz verschiedenartigen Ursachen an dem Zustandekommen geistiger Anomalien im einzelnen zu erkennen vermöchten.

In letzter Zeit hat die Anatomie nach mancher Richtung aufklärend gewirkt. Die Wirkung bestimmter Schädigungen läßt sich experimentell erzeugen und nachweisen, z. B. die Zellveränderungen nach Alkohol, Strychnin, Tetanus, nach körperlicher Erschöpfung, Hungern, Schlafentziehung, und gibt uns dadurch die Möglichkeit eines Einblicks in die Formen der Zellentartung; deren Vergleich mit dem pathologisch-anatomischen Bilde bei Geisteskrankheiten gestattet uns den Rückschluß, ob diese oder ähnliche Schädigungen im Leben ursächlich mitgewirkt haben. Altersveränderungen, deren Trennung von den arteriosklerotischen Prozessen, Entzündungen und syphilitische Störungen werden uns mehr und mehr vertraute und umschriebene pathologisch-anatomische Begriffe.

Auch seitens der Chemie ist das ätiologische Problem in Angriff genommen worden. Die Untersuchungen der Körperdrüsen und ihres Einflusses auf den Stoffwechsel haben unser Wissen bisher, abgesehen vielleicht von dem Kretinismus und Myxödem, zwar noch nicht nennenswert gefördert; aber vielleicht werden spätere Untersuchungen doch auf die Ursachen einiger Psychosen durch den Nachweis von Veränderungen des Körperchemismus in charakteristischer, uns vorerst unbekannter Richtung Licht werfen. Ob es sich dabei um zwei parallel verlaufende Erscheinungen handelt, ob in dem Abweichen vom normalen Stoffwechsel die Ursache oder die Folge der psychischen Erkrankung zu erblicken ist, wird kaum zu entscheiden sein. Auch die genaueste Kenntnis des chemischen Auf- und Abbaues des Gehirns wird uns ebensowenig wie die Ergebnisse der anatomischen Forschung das Zustandekommen der psychischen Vorgänge im gesunden und kranken Menschen ganz erklären können.

Aber für unser ätiologisches Bedürfnis werden diese Untersuchungen wertvolle Grundlagen liefern. Denn wenn uns auch das Eindringen in die letzten Zusammenhänge versagt ist, so ist doch der Schluß berechtigt, wenn wir bei einer Erkrankung stets die gleichen anatomischen oder chemischen Befunde wiederkehren sehen, daß dann auch die klinische Erscheinungsform als wesensgleich oder verwandt zu betrachten ist. Allerdings, wenn wir den Stand unseres Wissens unvoreingenommen betrachten, so können wir uns nicht verhehlen, daß wir über tastende Versuche, die wahren Ursachen geistiger Erkrankungen zu finden, nicht hinausgekommen sind. Nicht einmal die Frage der erblichen Belastung, der angeborenen und erworbenen Entartung ist so weit geklärt, daß wir ihre Bedeutung für das Entstehen psychischer Abweichungen richtig bewerten könnten. Diese Klärung aber wird und muß uns die Zukunft bringen.

Viele Wege der Forschung stehen der Psychiatrie offen und große Aufgaben locken den Forscher. Die vergangenen Jahrhunderte haben unser Fach

wenig gefördert, und nennenswert über das hinaus, was die Schriftsteller des Altertums gewußt haben, war unsere Wissenschaft nicht gewachsen. Erst mit dem letzten Jahrhundert setzten die Bestrebungen ein, die Krankheiten klinisch genauer zu beschreiben, die Krankheitsprozesse zu erkennen, die Ursachen zu ergründen und die Bedeutung der psychischen Anomalien im Leben des einzelnen wie der Gesellschaft zu erfassen. Das Interesse für die Psychopathologie wurde lebendig, und heute ist sie eine Wissenschaft geworden. Wohl bleibt sie in der Ausbildung der Untersuchungsmethoden und an gesichertem Wissensbestand weit hinter den Nachbarfächern zurück, aber mit dem Erkennen der Aufgaben und der Wege der Forschung wird der Fortschritt nicht ausbleiben können.

II.

Krankheitsbilder und Krankheitstypen.

Seit etwa 40—50 Jahren wiederholt sich in jedem Lehrbuche, ja man kann ruhig behaupten, in jeder größeren Monographie dasselbe Bild einer Ratlosigkeit gegenüber den Prinzipien einer Einteilung der Psychosen, und stets endet der Bearbeiter damit, daß er eine neue Einteilung versucht, die von den übrigen abweicht. Es ist leicht darüber zu spotten, aber der Versuchung wird niemand entgehen können, auch seinerseits von den Einteilungen der andern abzuweichen, wenn er seine eigene Auffassung in Übereinstimmung mit den gangbaren Ansichten zu bringen sucht. Überall wird ihm der von andern gezogene Rahmen zu weit oder zu eng erscheinen und zu einer anderweitigen Abgrenzung verlocken.

Nicht immer handelt es sich indessen bei den Unterschieden der Einteilung nur um Grenzverschiebungen, der Streit dreht sich vielmehr um die Grundfrage, nach welchen Prinzipien überhaupt die Einteilung der Psychosen vorgenommen werden soll, welche Richtlinien ihre Abtrennung voneinander zu bestimmen geeignet sind.

Diese Uneinigkeit in der Auffassung der Hauptfrage beruht auf demselben Fehler, den schon vor fast 40 Jahren Hecker mit den Worten kennzeichnete, daß man die Begriffe: Zustandsformen und Symptomenkomplex einerseits und Krankheitsform andererseits nicht scharf genug auseinanderhalte. Er verlangte von dem, was er Krankheitsform nennt, und was ich lieber als Krankheitstypus bezeichnen möchte, „daß wir uns ein möglichst getreues Bild von dem Verlaufe einer Erkrankung im voraus zu machen imstande sind, so daß wir von Symptomen, die in der naturgemäßen Entwicklung der Krankheit begründet liegen, nicht wie von Zufälligkeiten überrascht werden.“ Diese programmatische Forderung muß überall da erfüllt sein, wo man von einer wirklichen Krankheitsform, einem in sich selbständigen Krankheitstypus spricht; das lehrt uns das Beispiel der ganzen übrigen Medizin. Wenn wir z. B. bei einer zerebralen Hemiplegie auf Entartungsreaktion stoßen würden, bei einer Poliomyelitis auf Sensibilitätsstörungen, so wären wir wohl kaum im Zweifel, daß diese spezifische Veränderung der Muskelzuckung in dem einem, die Sensibilitätsstörungen im andern Falle sich mit der gestellten Diagnose nicht vertragen. Die Geschlossenheit eines Krankheitstypus ist unvereinbar mit dem Auftreten von Erscheinungen, die der Erkrankung wesensfremd sind. Die Richtigkeit unserer Diagnose wird erhärtet durch die zutreffende Vor-

hersage der weiteren Entwicklung und der kommenden Symptome, und umgekehrt gestattet die Diagnose einen Rückschluß auf den bisherigen Verlauf; bewährt sich bei der Erhebung der Anamnese die Auffassung, so verstärkt sich unsere Überzeugung von der Richtigkeit der gestellten Diagnose.

Die individuelle Gestaltung jedes Krankheitsfalles wird von dieser Forderung eines in sich geschlossenen und gegen andere Erkrankung abgegrenzten und abgrenzbaren Krankheitstypus nicht berührt. Die Diagnose der Tabes, des Typhus, des Ösophaguskarzinoms, der Aorteninsuffizienz wird dadurch nicht unsicherer, daß der eine Fall allen Heilbestrebungen trotz und schnell zum Tode führt, der andere nur in leichter Ausprägung auftritt und lange Zeit kaum nennenswerte Beschwerden hervorruft. Nur daß neben der Aufgabe der richtigen Erkennung der bestehenden Krankheit noch die weitere hinzutritt, die Prognose des individuellen Verlaufes mit einiger Sicherheit vorherzusagen.

Auch in der Psychiatrie besitzen wir einige klare und unzweideutige, von keiner Seite bestrittene Krankheitstypen. Wenn wir von einem Delirium tremens sprechen, so weiß jeder sofort, daß es sich um einen Trinker handelt, der unter ganz charakteristischen Erscheinungen erkrankt ist. Es verschlägt dabei gar nichts, ob ein Abortivdelirium in wenigen Stunden abläuft, oder ob der Kranke ohne greifbare Todesursache zugrunde geht. Auch die etwaigen Komplikationen durch eine Pachymeningitis haemorrhagica bieten [nichts Überraschendes.

Die Diagnose des manisch-depressiven Irreseins besagt, daß wir eine Erkrankung vor uns haben, die in regelmäßigen oder zeitlich wechselnden Intervallen wiederkehrt und deren einzelne Anfälle den Charakter der manischen Erregung oder der depressiven Verstimmung oder auch eines Gemisches aus beiden Bildern aufweisen. Auch hier stört es unsere Auffassung nicht, daß der eine Kranke in ganz regelmäßigem Wechsel die reinen Formen der manischen oder depressiven Verstimmung aufweist, während ein anderer in großen, wechselnden Zwischenräumen erkrankt oder in den einzelnen Anfällen wahnhaft oder delirante Züge zeigt.

Das typische Beispiel aber für die Möglichkeit der Abgrenzung bestimmter Krankheiten gegenüber dem Symptomenbilde ist die Paralyse. Zwischen dem völlig verblödeten Paralytiker, der mit kaum verständlicher Stimme nur noch einzelne Zahlen als Rest seiner Größenideen vor sich hinlallen kann, und dem beginnendem Falle, bei dem nur eine ganz sorgfältige Berücksichtigung aller Symptome die schwere Krankheit erkennen läßt, besteht keinerlei äußere Ähnlichkeit. Und doch wird jeder in beiden Fällen sofort die Ätiologie und traurige Prognose wissen und von keinem Symptom, das im Verlaufe der Erkrankung eintritt, überrascht sein.

An dem Beispiele der Paralyse aber läßt sich auch am besten beweisen, wie wenig Wert wir dem Zustandsbilde beizumessen, und wie sehr wir da, wo unsere Erfahrungen uns auf bestimmte Wege hinweisen, nach einer unanfechtbaren Diagnose zu suchen gewohnt sind. Genügt doch schon das mittlere Lebensalter, um uns den reinen Symptomenkomplex einer leicht gehobenen Stimmung, eines Betätigungsdranges, der Redelust, kurz das Bild einer Hypomanie der Paralyse verdächtig erscheinen zu lassen. Der Neurastheniker, der

uns bei sonst typischer Gestaltung des Zustandes keine rechte Ursache für sein Versagen anzugeben weiß und auch nicht von Jugend auf nervös gewesen ist, wird von jedem Psychiater erst dann als Neurastheniker aufgefaßt werden, wenn mit absoluter Gewißheit das Fehlen aller körperlichen Symptome und der negative Ausfall der serologischen Untersuchung die Paralyse ausschließen läßt. In all diesen Fällen tritt die Bedeutung der psychischen Symptome um deswillen so in den Hintergrund gegenüber den organischen Veränderungen, weil diese uns ganz unabhängig von der individuellen Gestaltung des Krankheitsbildes die tatsächlich bestehende Erkrankung zu erkennen gestatten, und weil wir in der Paralyse einen so wohlbekannten Krankheitstypus mit bestimmtem Verlaufe, bestimmten Symptomen und bestimmten anatomischen Befunden vor uns haben. Daraus ergibt sich aber als notwendiger Schluß, daß unser Bestreben auch sonst dahin gehen muß, uns loszulösen von dem trügerischen Scheine des in die Augen fallenden Krankheitsbildes und zu versuchen, zu Krankheitstypen zu gelangen.

Daß diese Aufgabe lösbar ist, beweisen die angeführten Beispiele. Wenn es für diese möglich war, aus den Symptomen der Erkrankung die charakteristischen Merkmale herauszufinden, die zufälligen abzutrennen, so ist damit die Notwendigkeit erwiesen, auch andere Krankheitsbegriffe klar und einwandfrei aus dem Chaos der Einzelercheinungen herauszuarbeiten. Nicht alle Psychiater stehen auf dem Standpunkte, daß ein solches Bestreben überhaupt Aussicht auf Erfolg besitze. Psychische Erkrankungen sind in weit ausgeprägterem Grade Allgemeinerkrankungen als die meisten Krankheiten, mit denen es der innere Kliniker und der Chirurg zu tun hat. Sie verändern vorübergehend oder dauernd die ganze psychische Persönlichkeit. Während die Funktionen der sonstigen Körperorgane in normalem Zustande bei den gesunden Menschen nur quantitative Unterschiede erkennen lassen, zeigt das Seelenleben eine viel weiter gehende, auch in der Art verschiedene individuelle Gestaltung; wir sprechen von großer und geringer Intelligenz, gutem und schlechtem Gedächtnis, ruhigem oder lebhaftem Temperament, geringer oder starker Erregbarkeit des Gemütslebens, lebendiger oder fehlender Phantasie. Aber wir umschreiben damit nur das Alleräußerlichste in rohen Umrissen, ohne uns darüber täuschen zu können, daß jeder dieser Begriffe in sich wieder eine große Zahl von Einzelvorgängen einschließt, die nicht als einfache Abstufungen der Leistungsmenge aufzufassen sind, und die ineinander greifen, ohne daß wir diesen verwickelten psychischen Mechanismus in seinen einzelnen Bestandteilen und Wirkungen zu erkennen vermöchten.

Diese starke Ausprägung der persönlichen Eigenart macht zur Vorbedingung der richtigen Beurteilung psychopathologischer Abweichungen die Kenntnis der Persönlichkeit vor der Erkrankung. Nur bei Berücksichtigung des Individualcharakters des Kranken gewinnen wir die Möglichkeit, das Typische in den Krankheitserscheinungen zu erkennen. Aber dank der Aufmerksamkeit, die damit der Persönlichkeit zugewendet wurde, kam ein neuer und in seinen Folgerungen sehr interessanter Gesichtspunkt in die Aufgaben der psychiatrischen Diagnostik. Viele geistige Anomalien wurden als eine ins Krankhafte gesteigerte und verzerrte Weiterentwicklung einer konstitutionellen Veranlagung erkannt; der enge und in der Gedanken-

richtung einheitliche Zusammenhang dieser angeborenen Denk- oder Reaktionsweise mit den späteren, durchaus krankhaften Symptomen trennt diese Krankheiten von den Formen, in denen ein krankhafter Prozeß zu ganz neuen Symptomenkomplexen führt, deren Spuren nicht in der Persönlichkeit vorgebildet sind.

So fruchtbar diese Betrachtungsweise ist, so kann ich aus ihr keinen Gegengrund gegen die Abgrenzung bestimmter Krankheitstypen finden, wenn auch z. B. der Begriff der Hysterie und der Neurasthenie dadurch gefährdet worden ist und seine ursprüngliche Bedeutung zum Teil eingebüßt hat. Ich verspreche mir im Gegenteil gerade von dieser Richtung unserer Forschungen eine schärfere Trennung der Krankheiten, da sie uns auf die in der Veranlagung wurzelnden psychotischen Keime zu achten, der ersten Entstehung der psychischen Abweichungen nachzugehen zwingt. Das wird vielleicht vorerst unser diagnostisches Können nicht fördern, weil wir einstweilen kaum weitere Schlußfolgerungen ziehen können als die, daß gewisse Syndrome nur Reaktionsformen des Individualcharakters sind; aber damit haben wir ja schon einen Anhaltspunkt, der diese Formen von den Psychosen zu trennen erlaubt, die, äußerlich wenigstens, nicht mit der endogenen Veranlagung zusammenhängen. Wir bekommen dadurch einen Einblick in die Ursachen einiger psychopathischer Symptomenkomplexe, die uns dem Ziele der Trennung in Krankheitstypen näher bringt.

Der Zweifel an der Erreichbarkeit des Zieles steht der Erreichung nicht im Wege; er hat vielmehr anregend auf die psychiatrische Forschung gewirkt. Es läßt sich wohl kaum in Abrede stellen, daß der lebendige Strom von Arbeitssamkeit, der zurzeit die Psychiatrie befruchtet, ausgegangen ist von dem Kampfe um Krankheitstypen, nicht um Krankheitsbilder. Aber dieser Kampf hat neue Nahrung gewonnen durch die Erkennung psychopathologischer Reaktionstypen. Sie abzugrenzen, ist eine neue diagnostische Aufgabe; jeder Versuch dazu zwingt zu sorgsamer Scheidung der Symptome, zu klarerer Erfassung des Charakteristischen, des Wesentlichen, des Typischen gegenüber all den äußerlich oft gleich erscheinenden Einzelwahrnehmungen. Diese Verfeinerung der allgemeinen Diagnostik aber bringt uns dem Ziele der Zusammenfassung des Zusammengehörigen, dem Erfassen des eigentlichen Wesens der verschiedenen Krankheitserscheinungen näher und damit dem Ziele, aus der Analyse der Symptome zur Synthese des Typischen zu gelangen. Jede naturwissenschaftliche Disziplin muß aus dem Entwicklungsstadium der einfachen Beschreibung und Materialsammlung heraus, und eine klinische Wissenschaft wird die Psychiatrie erst dann sein, wenn wir nicht mehr Symptomengruppen, sondern Typen, nicht mehr Zufallsbilder, sondern Gesetzmäßigkeiten zu erkennen imstande sind.

Die Forderung nach der Aufstellung exakter Krankheitstypen ist nicht nur ein rein wissenschaftliches Problem. Wichtiger und bedeutsamer sind die praktischen Folgen einer exakten klinischen Diagnostik. Die Besonderheit der psychischen Erkrankungen, die in der veränderten Auffassung der Außenwelt bedingt ist, bringt es mit sich, daß die Beziehungen des Kranken zum sozialen Leben erheblich beeinträchtigt und gefährdet sind. Er nimmt straf- und zivilgesetzlich eine Sonderstellung ein. Erziehungs- und Existenz-

fragen, die strafrechtliche und zivilrechtliche Verantwortlichkeit, die bürgerliche Selbständigkeit und die Ehefähigkeit sind in viel höherem Maße von der Art und Schwere, vor allem von dem Verlaufe der Erkrankung abhängig als bei körperlichen Krankheiten. Wenn wir uns in unserem Urteile über die Zurechnungsfähigkeit, über die Rechtsgültigkeit eines Testamentes oder einer Ehe, über die Zweckmäßigkeit einer Entmündigung nicht auf eine sichere Diagnose stützen, so bleibt uns nur unser Gefühl, unsere Routine; gewiß keine zuverlässige Grundlage für so außerordentlich weittragende und in das Rechtsleben des Kranken und seiner Familie so tief einschneidende Maßnahmen! Der augenblickliche Zustand kann uns zu sofortigem Einschreiten zwingen, bevor wir uns über das Wesen der Krankheit ins klare gekommen sind. Aber alles Weitere, was geschehen muß, wie wir die Handlungen des Kranken, bevor er in unsere Hände gelangt ist, aufzufassen haben, ist abhängig von der Beurteilung, welche Bedeutung dem Krankheitsbilde als Merkzeichen eines uns bekannten Krankheitstypus beizumessen ist. Denn nur unsere Kenntnis der Verlaufsart einer Krankheit und der bei dieser Krankheit möglichen Symptome gibt uns die Sicherheit, deren der Kranke und auch die durch die Krankheit gefährdete Gesellschaft nicht entbehren kann. Auch das, so selbstverständlich es ist, möchte ich an einigen Beispielen dartun.

Seit mehreren Jahren geht durch die psychiatrische Literatur das Krankheitsbild der „psychopathischen Konstitution“. Ich will hier nicht darauf eingehen, ob diese Krankheitsform überhaupt Anspruch auf dauerndes Bürgerrecht besitzt. Aber seither ist mir wiederholt begegnet, daß ausgeprägte Fälle von *Dementia praecox* verkannt worden sind, weil im Gefängnis entstandene Erkrankungen als Haftpsychosen, als akute Syndrome der psychopathischen Konstitution aufgefaßt wurden. Die Folgen dieser Fehldiagnosen waren falsche Schlüsse auf die strafrechtliche Verantwortlichkeit und falsche Maßnahmen für die Zukunft.

In einem Falle sind große, unseren Stand in der Öffentlichkeit diskreditierende Schwierigkeiten entstanden, weil die wechselnden Erregungen und stillen Zeiten einer manisch-depressiven Kranken als konstitutionelle Eigentümlichkeiten bezeichnet wurden. Die Entmündigung der Kranken wurde als ein großer Fehler der Ärzte aufgefaßt, während es wohl möglich gewesen wäre, auch den Laien und Richtern, auf die richtige Diagnose gestützt, die Notwendigkeit zu beweisen, während der zu erwartenden neuen Anfälle der Erkrankung die Patientin unter den Schutz eines Vormundes zu stellen.

Am besten läßt aber sich auch hier die Notwendigkeit exakter Diagnosen an der Paralyse erweisen. Wie mancher Paralytiker hat, weil die Krankheit nicht rechtzeitig erkannt wurde, noch Gelegenheit gefunden, sein Vermögen zu verschwenden, zu heiraten oder in amtlicher Stellung großes Unheil anzurichten. Wie oft vergeuden die Angehörigen in der trügerischen Hoffnung auf Genesung alle verfügbaren Mittel, statt, über den unausbleiblichen traurigen Ausgang belehrt, für die Zukunft der Familie Sorge zu tragen.

Ist es nicht von Bedeutung, ob eine sorgsame Untersuchung hinter Kopfschmerzen, leichten Schwindelerscheinungen, schneller Ermüdbarkeit, Schlaflosigkeit, gesteigerter Erregbarkeit oder leichter Benommenheit einen Hirntumor aufdeckt, der dem sich kurzerhand mit der Diagnose allgemeiner Neur-

asthenie begnügenden Untersucher entgeht? Es ist ja wohl im allgemeinen eine unabweisbare Pflicht des Arztes, jeden Kranken mit aller Sorgfalt zu untersuchen. Aber jeder Arzt weiß auch, wie gerade die Schwierigkeiten der Diagnose den Blick zu schärfen zwingen, und wie jedes kleinste Symptom an Wert gewinnt, sobald der Arzt sich nicht mit der Diagnose des Symptomenkomplexes begnügt. So ergibt sich auch hier als Folgerung aus der Aufgabe des Psychiaters, die Stellung des Kranken im sozialen Leben richtig einzuschätzen, das unabweisbare Bedürfnis nach Krankheitstypen.

Meines Erachtens kann die prinzipielle Frage, ob überhaupt der Versuch, Krankheitstypen aufzustellen, notwendig ist, gar nicht verneint werden. Es fehlt nicht an Stimmen, die ein solches Bestreben für eine „Jagd auf ein Phantom“ halten. Der Hauptvertreter dieser Richtung, Hoche, von dem dieser Ausdruck stammt, glaubt allerdings, daß gerade unsere Erfahrungen bei der Paralyse die Hoffnungen auf die klinische Sonderung von Krankheitstypen vernichten. Denn wenn wir auch post mortem die Diagnose der progressiven Paralyse bei einem uns sonst unbekanntem Menschen stellen könnten, so sei es doch unmöglich, abgesehen von der Wahrscheinlichkeit einer fortschreitenden Demenz, irgend welche Einzelgestaltungen des klinischen Ablaufs aus dem anatomischen Bilde auszusagen. Ich bin nicht optimistisch genug, um die Hoffnung zu hegen, daß das in wirklich erheblichen Umfange vielleicht später doch einmal möglich sein wird; aber ich sehe nicht, mit welchem Rechte eine so extreme Forderung gestellt wird. Der anatomische Befund bei einer Phthise, bei einer Pankreaserkrankung, bei der Tabes läßt uns die Symptome, die intra vitam vorhanden gewesen sein können, mit Bestimmtheit herzsählen, nicht aber, ob sie alle und in welcher Ausprägung sie sich gezeigt haben.

Aber Hoche macht noch zwei prinzipielle Bedenken gegen die Berechtigung, Krankheitstypen abzugrenzen, geltend. Das erste ist die Tatsache, daß „für alles das, was wir Gefühl, Stimmung, Gemütsbewegung, Trieb, Wille, Urteil usw. nennen, eine ausgebreitete Inanspruchnahme der verschiedensten Gehirnteile die Voraussetzung ist“. Damit „eröffnen sich für jede beliebige Störung irgend welcher seelischer Vorgänge sehr zahlreiche Möglichkeiten des Angriffspunktes“. Das kann wohl im allgemeinen als zutreffend bezeichnet werden. Wir müssen deshalb mit der Möglichkeit rechnen, daß ein und dasselbe Symptom durch ganz verschiedenartige Kombinationen der in ihrer Funktion beeinträchtigten Hirnteile zustande kommen kann. Aber ganz zuverlässig ist dieser Schluß nicht, denn es könnte doch auch möglich sein, daß wir, ebensogut wie wir eine zerebrale Lähmung von einer bulbären und spinalen trennen können, auch bei psychischen Symptomen aus der Art, wie sie auftreten und sich in ihre einzelnen Komponenten zerlegen lassen, vielleicht einen Hinweis auf die Lokalisation finden.

Selbst wenn wir gar nicht so weit gehen wollen, so widerspricht die Vorstellung, daß die psychischen Symptome auf eine allgemeine Erkrankung der Hirnrinde zurückzuführen sind, nicht der Möglichkeit einer Erkennung des Krankheitsprozesses durch die anatomische Untersuchung.

Das zweite Bedenken hängt mit der erkenntnistheoretischen Schwierigkeit zusammen, daß wir den Zusammenhang der psychischen Vorgänge mit den materiellen Veränderungen nicht zu erfassen vermögen. Hoche hält es für „sehr wohl möglich, daß in denselben Struktursystemen mit demselben Aufwande

von chemischem Umsetze und eventuell anatomisch nachweisbaren feinsten Veränderungen je nach der Form des ablaufenden Erregungsvorganges sich sehr verschiedenartiges psychisches Geschehen abspielen kann, so daß auch eine unendlich weit vorgeschrittene Mikrochemie eine Zurückbeziehung greifbarer, sichtbarer Veränderungen auf bestimmte psychische Erscheinungen nicht zu leisten vermöchte“. Auch hier kann ich die prinzipielle Berechtigung dieser Anschauung nicht zugeben. Wenn wir an der strengen Kausalität alles Geschehens festhalten und das Gebiet des Psychischen nicht ausnehmen wollen, so muß jeder Erregungsvorgang im Gehirne in seiner psychischen Gestaltung dem zugrunde liegenden Vorgang entsprechen. Theoretisch muß man also jedes psychische Symptom, dessen Zustandekommen durch eine andersartige Form des Erregungsvorganges bedingt ist, seine eigenen Merkmale besitzen, wenn wir uns auch bewußt sind, daß wir bis zu dieser mikropsychologischen Differenzierung niemals gelangen werden. Wir kennen die Gesetze nicht, nach denen sich das psychische Leben auf körperlichen Vorgängen aufbaut, und werden diese Gesetze nie erkennen können, aber wir dürfen nicht an der strengen Gesetzmäßigkeit zweifeln. Und deshalb suchen wir auch nicht die anatomische Grundlage psychischer Erscheinungen, sondern die anatomischen Begleiterscheinungen.

Wir bleiben dabei, der erkenntnistheoretischen Unmöglichkeit weiteren Eindringens in den Zusammenhang zwischen Materie und Seele bewußt, an der Oberfläche; aber wir dürfen deshalb doch das Korrelat des Psychischen in der anatomischen Strukturveränderung erblicken. Das aber genügt, um uns zu berechtigen, von der Anatomie die Förderung unseres klinischen Wissens zu erwarten, wenn wir uns nur bescheiden, nicht die anatomische Grundlage jedes psychischen Symptoms, sondern nur die der Krankheitsprozesse zu suchen. Daß der Weg der Abgrenzung von Krankheitstypen durch die Anatomie möglich ist, gibt auch Hoche für die Psychosen zu, die auf anatomisch nachweisbarer Grundlage beruhen, oder bei denen wir mit gutem Grunde eine solche annehmen, weil sie mit faßbaren Ausfallserscheinungen einhergehen oder endigen“. In den Fällen, in denen die Korrektur irriger Zusammenschweißungen nichteinheitlicher Krankheitsbilder durch den Sektionsbefund ermöglicht wird, ist es ja allerdings leicht, bald zu einem klaren Krankheitstypus zu gelangen. Darum ist es in den andern Fällen doch noch kein aussichtsloses Beginnen. Die innere Medizin verzichtet doch auch nicht auf die Aufstellung besonderer Formen, weil ihnen für viele noch die pathologisch-anatomische Grundlage fehlt. Die Paralysis agitans ist noch immer in ihrer Pathogenese so gut wie unbekannt, ebenso die Chorea und so manche Infektionskrankheit. Sollen wir deshalb aufhören, diese Diagnosen zu stellen?

Wenn es aber in der medizinischen Wissenschaft möglich ist, Krankheitstypen mit charakteristischen Erscheinungen und mit charakteristischem Ausgange mit und ohne die Beihilfe und Kontrolle der pathologischen Anatomie aufzustellen, so muß das auch in unserem Fache zu ermöglichen sein.

Wir stehen gewiß nicht vor einer leichten Aufgabe, wenn wir versuchen, aus der Vielgestaltigkeit der Symptomenbilder das Wesentliche und Typische herauszuschälen und einheitlich zusammenfassen, aber doch auch wohl nicht vor einer unlösbaren Aufgabe.

III.

Richtlinien der Einteilung der Psychosen.

Ist unsere Auffassung richtig, daß jeder Krankheitstypus eine in sich geschlossene und gegen andere Krankheiten abgrenzbare Einheit ist, so muß jedem Krankheitstypus auch ein einheitlicher, für ihn charakteristischer anatomischer Prozeß entsprechen. Das bedeutet aber nicht, daß wir in jedem einzelnen Falle schwere Zerstörungen der Großhirnrinde finden zu können glauben. Solche schwere Veränderungen wie bei der Paralyse und der arteriosklerotischen Demenz, dürfen wir im allgemeinen nicht voraussetzen. Die plötzlichen Änderungen innerhalb des Krankheitszustandes, die weitgehenden Besserungen mancher Erkrankungen nach jahrelangem Bestehen, das Erhaltenbleiben der Intelligenz bei vielen chronischen Psychosen, die außerordentliche Flüchtigkeit schwerer Erregungen, alle diese alltäglichen Beobachtungen lassen sich mit der Annahme von Zerstörungen grobmaterieller Art nicht vereinigen. Es dürften vielmehr recht häufig dem klinischen Bilde nur Störungen funktioneller Natur zugrunde liegen, d. h. Störungen, die in einer mangelhaften Tätigkeit oder in einem veränderten Zusammenarbeiten der einzelnen Elemente bestehen. Ob sich das überhaupt in jedem Falle anatomisch greifbar feststellen lassen würde, wenn uns der Zufall ermöglichte, das Gehirn eines an einer sogenannten funktionellen Geistesstörung Erkrankten während des akuten Stadiums der Psychose zu untersuchen, ist mehr als fraglich, zumal in einer Zeit, in der ein so erfahrener Forscher wie Nissl sich dahin ausspricht, daß wir erst „im Begriffe sind, den Anfang mit dem Anfange in der pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten zu machen“ (I, 171).

Daß wir bei unseren Hirnforschungen die Grenze vielleicht nie überschreiten können, jenseits derer die funktionellen Veränderungen liegen, jene flüchtigen Störungen, die, ohne greifbare Spuren zu hinterlassen, sich nur in vorübergehenden Abweichungen von der normalen Betätigung ausprägen, hindert die theoretische Forderung nicht, daß jeder Krankheitsform auch eine besondere Art der Erkrankung der Hirnelemente — sei es in grob materiellem, sei es in funktionellem Sinn — entsprechen muß.

Die Fruchtbarkeit dieses Gedankenganges für die klinische Forschung ist gerade in den letzten Jahren sehr deutlich zutage getreten. Wir sind bereits jetzt in der Lage, einzelne Formen der Idiotie, dieses früher klinisch ganz vernachlässigten und scheinbar wenig interessanten Gebietes, anatomisch und

symptomatologisch zu trennen. Noch beweisender sind die Rückbildungsprozesse. Die Scheidung der arteriosklerotischen Prozesse von den senilen Vorgängen ist zuerst anatomisch geglückt, und dann erst folgte die klinische Differenzierung nach und ließ uns im Verlauf und den Symptomen Unterschiede erkennen, die bis dahin der Beobachtung entgangen waren.

Das bisher Erreichte, so bescheiden es im Vergleiche zu unsern letzten Zielen ist, ermutigt zur weitem Verfolgung des eingeschlagenen Weges. Eine starke Unterstützung findet dabei die pathologisch-anatomische Forschung durch die Ergebnisse des Tierexperimentes. Die Möglichkeit der Variierung der Versuchsbedingungen durch Wechsel der Art, Menge und Dauer der Schädigung hat bereits jetzt schon Unterschiede in der Form und in der Stärke der Veränderungen aufgedeckt, die sogar Einblicke in die Lokalisation einzelner psychischer Erscheinungen versprechen. Aber auch ohne gerade in dieser Richtung allzu optimistisch zu sein, darf man doch auf Grund des bisher Erreichten bereits die Hoffnung aussprechen, für die verschiedenen Formen der Vergiftungen und sonstiger in ähnlicher Weise experimentell herbeizuführender Schädigungen die anatomischen Grundlagen zu finden und damit sehr brauchbare und wertvolle Vergleichsobjekte für die Ergebnisse der Autopsie.

Von dem Ziele, das Kahlbaum „den unerläßlichen Schluß und Probestein des pathologischen Erkennens“ nennt, die Richtigkeit unserer Formenlehre durch pathologisch anatomische oder pathologisch funktionelle Befunde beweisen zu können, sind wir noch unendlich weit entfernt. Aber bei dem, was uns bisher erst bei wenigen Krankheiten geglückt ist, beobachten wir die gleiche charakteristische Entwicklung wie auch sonst in der medizinischen Wissenschaft, den Fortschritt vom Krankheitsbilde zum Krankheitstypus.

Die klinische Zusammengehörigkeit wird zuerst durch die Aufdeckung anatomisch ganz verschiedenartiger Erkrankungen in Frage gestellt. Das dadurch aufmerksamer gewordene Auge des Beobachters entdeckt dann aber auch, daß die klinische Einheitlichkeit nicht den Tatsachen entspricht, und die so gefundenen Abweichungen des Verlaufs und der Symptomengruppierung erlauben schließlich auch klinisch die Trennung, der die Anatomie vorausgeeilt ist.

Jeder Krankheitstypus, der nicht auf Zufallsähnlichkeiten aufgebaut ist und der dauernd Bestand haben soll, muß eine pathologisch-anatomische Einheit darstellen. Diese prinzipielle Forderung ist von dem Stande unseres Wissens in der Pathologie der Psychosen unabhängig. So wertvoll das ist, was wir als sichere Ergebnisse der Hirnforschungen ansehen dürfen, es gibt uns vorerst nur Anhaltspunkte in unserem Suchen nach Krankheitstypen, aber keine so scharfumschriebenen Linien, daß wir jetzt schon auf der Anatomie unsere Einteilung der Psychosen aufbauen könnten. Aber wenn wir auch darauf vorerst verzichten, die Überzeugung bleibt davon unberührt, daß die Gruppierung klinisch zusammengehöriger Erkrankungen, die sich als wirklich geschlossene Krankheitstypen erweisen, letzten Endes mit der Gruppierung der Krankheiten nach ihrer pathologisch-anatomischen und pathologisch-funktionellen Eigenart zusammenfallen muß.

Ein zweiter Gesichtspunkt, der theoretisch eine ideale Einteilung ermöglicht, ist der, die Psychosen einzuteilen auf Grund ihrer Ursachen. Gerade

hier aber versagen unsere Kenntnisse fast vollständig. Nötigt uns doch schon die Beobachtung der ätiologisch scheinbar einfachsten und durchsichtigsten Fälle, der Intoxikationspsychosen, das Geständnis ab, daß wir in das Gewirr der Ursachen nur ganz oberflächlich hineinblicken. Warum beispielsweise der eine Trinker ein Delirium tremens, der andere eine Alkoholhalluzinose, der dritte chronische Eifersuchtsideen, ein vierter epileptische Anfälle bekommt, und mancher überhaupt keine nennenswerte Schädigung einer psychischen Leistungsfähigkeit erfährt, davon wissen wir nichts. Ob die von Bonhoeffer als „ätiologische Zwischenglieder“ bezeichneten Vorgänge, deren Annahme aus theoretischen und klinischen Gründen wohl keine allzu kühne Hypothese ist, oder ob die individuelle Eigenart dabei die Hauptrolle spielen, oder ob noch weitere uns gänzlich unbekannte Faktoren mitwirken, ist eine Frage, deren Beantwortung uns die Wissenschaft zurzeit noch schuldig bleibt.

Ähnlich wie bei den Alkoholpsychosen liegt es fast überall, aber damit ist durchaus nicht ausgesprochen, daß sich die Psychosen nicht in ganz bestimmter, und zwar in gesetzmäßiger Abhängigkeit von bestimmten Ursachen befinden. Nur daß unser Wissen heute noch nicht ausreicht, um die Trennung der Krankheitstypen auf Grund der Ätiologie versuchen zu können. Wenn wir das vorerst noch nicht können, so verzichten wir deshalb doch nicht auf die Verwertung der Ursachen als Einteilung.

Das müßten wir dann, wenn unsere Unteruntersuchungen uns belehren würden, daß jede Ursache regellos jede Folge haben, jede Erkrankung regellos nach jeder Ursache eintreten kann. Das anzunehmen aber verbietet das Grundprinzip unseres ganzen naturwissenschaftlichen Denkens, wie ich schon früher dargelegt habe (S. 11). Wenn wir die Gesetze der Entstehung psychischer Störungen nicht kennen, so spricht das doch nicht für Gesetzlosigkeit.

Wir sollten auch in der Psychiatrie nicht einen Maßstab anlegen, der in der sonstigen medizinischen Wissenschaft nicht üblich ist. Wir zweifeln doch nicht an der bazillären Entstehung der Tuberkulose, des Typhus und der Cholera, weil nicht jeder der Infektionsgefahr Ausgesetzte erkrankt, nicht jeder der Infektion Verfallene an der Erkrankung zugrunde geht, und weil sich das eine Mal die Erkrankung ohne sonstige äußere Ursache, das andere Mal nach einer Influenza oder einer Brustquetschung entwickelt.

Allerdings würden unsere Bestrebungen nach klinischer Gruppierung auf Grund ätiologischer Übereinstimmung uns rettungslos in die Irre führen, wenn wir uns an unser jetziges Wissen von den Ursachen halten würden. Insofern hat Wernicke recht, wenn er davor warnt, „bestimmte klinische Formen von ausschließlich ätiologischer Bedingtheit künstlich zu konstruieren“ (I, 525). Diese Warnung war gegenüber den Menstruationspsychosen, den Puerperalpsychosen berechtigt. Aber gerade an solchen Beispielen erweist sich durch die Unhaltbarkeit der Zusammenfassung nach dem Zufalle des äußern Anstoßes der Wert der klinischen Beobachtung. Und so hat auch Wernicke daraus den Schluß gezogen, daß die ätiologische Betrachtungsweise für die Kenntnis und das Verständnis der Psychosen von großem Nutzen sei. Ich möchte darin viel weiter gehen, und zwar hauptsächlich deshalb, weil ich überzeugt bin, daß jede klinisch einheitliche Gruppe auch ätiologisch einheitlich ist. Könnten wir alle ursächlichen Faktoren in jedem Falle genau analysieren und in ihrer Bedeutung

richtig bemessen, so müßte die klinische Gleichartigkeit mit der ätiologischen zusammenfallen.

Sollen wir nun aber, angesichts der Unmöglichkeit, aus dem Gewirr der Ursachen die wirklich bedeutsamen gegenüber den belanglosen, die grundlegenden gegenüber den zufälligen herauszufinden, auf jeden Versuch verzichten, bei der Scheidung der Krankheitstypen die Ätiologie mitzuverwerten? Ich glaube, nichts wäre verfehlt. Gerade die ätiologischen oder, wie man in dem Falle wohl besser sagt, die pseudoätiologischen Gesichtspunkte haben unser klinisches Wissen gewaltig gefördert. Die Auffassung z. B. der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit, der Amentia, als einer Erschöpfungspsychose hat nicht nur dazu geführt, den Begriff der Erschöpfung schärfer zu fassen und in seine Komponenten zu zerlegen. Der Streit um die Bedeutung der Erschöpfung als Ursache der Amentia hat vielmehr vor allem den Rahmen der Amentia, der, wie wir heute wissen, die verschiedenartigsten Krankheitsformen umspannte, gesprengt und alles nicht zu dieser Krankheit Gehörige auszuschneiden ermöglicht, so daß die Amentia als Krankheitstypus nur in einer ganz kleinen Zahl von Fällen eine nicht einmal sichere und allgemein anerkannte Existenzberechtigung findet. Noch bedeutsamer hat sich die Unzulänglichkeit der rein äußerlich genommenen Ursache bei dem Jugendirresein erwiesen. Es konnte nicht länger zweifelhaft sein, daß sich unter den Psychosen der Entwicklungszeit die verschiedenartigsten Erkrankungen befanden, und damit wurde der Begriff des Jugendirreseins eingeengt auf den Typus der Dementia praecox in ihren verschiedenen klinischen Ausprägungen.

Neben diesem mehr negativen Nutzen aber bringt die ätiologische Auffassung noch den weiteren, daß wir den Begriff der Ursache viel genauer und klarer herausbilden lernen. Wenn zwei ganz verschiedene Krankheitsbilder durch anscheinend die gleiche Ursache entstehen, so müssen wir nach weiteren Ursachen für diese Verschiedenartigkeit suchen, und damit eröffnen sich uns Ausblicke in das Wesen der Individualität, in das Getriebe persönlicher und familiärer Prädispositionen, deren Ergebnis nicht nur der klinischen Forschung, sondern vor allem der Vorbeugung zugute kommen muß. Und umgekehrt, wenn zwei ganz gleiche Krankheitsbilder, die wir als typische und gleichartige Krankheiten auffassen müssen, sich nach ganz verschiedenen Ursachen entwickeln, so wird unsere Aufgabe, die wesentliche Ursache von der unwesentlichen, den zufälligen, nur scheinbar ursächlichen Begleiterscheinungen zu trennen, wiederum eine Vertiefung unseres ätiologischen Wissens zur Folge haben.

Bei dem Versuche, auf unseren augenblicklichen, wie nochmals zugestanden werden muß, recht dürftigen Kenntnissen von den Ursachen eine Einteilung der Psychosen aufzubauen, fallen uns vor allem zwei Gruppen von Geisteskrankheiten ins Auge, diejenigen, bei denen wir wissen, daß schwere anatomische Veränderungen dem Krankheitsprozesse zugrunde liegen und von seinen Erscheinungen untrennbar sind, und diejenigen, bei denen wir organische Veränderungen nicht kennen und der ganzen Art des Krankheitsverlaufes nach auch nicht erwarten dürfen.

Die erste Gruppe umfaßt die organischen Erkrankungen. Es wäre wohl von vornherein ein ganz falscher Gesichtspunkt, darunter nur diejenigen

Psychosen zu verstehen, bei denen wir zu jedem Krankheitstypus bereits das dazugehörige anatomische Bild kennen oder wenigstens in seiner größten Ausbildung beschreiben können. Würden wir so vorgehen, so würden wir damit einen Rahmen schaffen, der von Jahr zu Jahr erweitert werden müßte, und dessen Ausdehnung von dem Zufalle abhängig wäre, nach welcher Richtung unser anatomisches Wissen am schnellsten fortschreitet. Das, was diese Psychosen von allen andern trennt, ist vielmehr die Tatsache, daß wir es mit Erkrankungen zu tun haben, die ein in seiner Veranlagung normales Gehirn materiell dauernd so verändern, daß seine Funktionsbeeinträchtigung uns in der Form einer Psychose entgegentritt. Es handelt sich stets um eine mehr oder weniger starke Herabsetzung oder Aufhebung von Fähigkeiten, die dem gesunden Gehirn eigen sind, und diese Störungen tragen den Charakter der Unheilbarkeit; selbst wenn die anatomischen Prozesse zum Stillstande oder zur Ausheilung gebracht sind, müssen noch nachweisbare Defekte übrig bleiben, die den veränderten oder veränderten Gehirnbestandteilen entsprechen.

Die materielle Veränderung der Hirnsubstanz ist aber nicht die eigentliche Ursache der Psychosen, sondern andersartige Vorgänge, die das Gehirn schädigen, wie Syphilis, Entzündungen, Blutungen, Arterienverkalkung, Rückbildungsprozesse. Die Verschiedenheit der Schädigungen bedingt eine Verschiedenheit der Erscheinungen, und zwar sowohl der anatomischen wie der klinischen. Hier greifen diese beiden Forschungsrichtungen in erfreulichster Weise ineinander. Bald stellt die klinische Einheitlichkeit eines Krankheitsprozesses der anatomischen Forschung die Aufgabe, die Veränderungen zu finden, bald verlangt die Feststellung verschiedenartiger pathologischer Zellvorgänge die Abgrenzung der psychischen Symptome gegeneinander.

Dieser ersten Gruppe von Erkrankungen stehen die gegenüber, bei denen es nach der Art des Krankheitsverlaufes mehr als unwahrscheinlich ist, daß grobe anatomische Veränderungen der Psychose zugrunde liegen. Die starken Schwankungen der Intensität der Erscheinungen, das Erhaltenbleiben der wichtigsten psychischen Leistungen trotz jahrelanger Dauer der Krankheit, das völlige Schwinden aller Symptome ohne jeden erkennbaren Defekt, alle diese Beobachtungen erscheinen mit der Annahme ernster materieller Vorgänge in der Hirnrinde unvereinbar. Bei allen diesen Kranken steht die konstitutionelle Eigenart der psychischen Persönlichkeit im Vordergrund der klinischen Erscheinungen.

Ich weiß sehr wohl, daß dieser Ausdruck nichts bestimmt Abgrenzbares, nichts Greifbares besagt, und doch gibt er eine Erfahrung wieder, die sich uns immer wieder aufdrängt. Wir stehen bei den Psychosen, die hierher gehören, unter dem Eindrucke, daß die geistigen Anomalien mit der Veranlagung des Erkrankten aufs engste verschmolzen, von ihr unzertrennbar sind, daß äußere Einflüsse die entstandenen Abweichungen in ihren Symptomen, nicht aber in ihrem Wesen beeinflussen, die Erkrankung wohl auslösen, aber nicht verursachen können, verursachen im Sinne der entscheidenden Kausalität. Der Kranke ist als Kranker geboren, wenn auch die Schwere der Symptome und ihre Entwicklung von allen möglichen Ereignissen abhängig ist, ja bei besonders günstigen Verhältnissen deutliche Manifestationen der Erkrankung völlig ausbleiben können.

Hellpach hat die Erkrankungen, deren Weg unabänderlich vorgezeichnet ist, in denen die Abnormität die Richtung ihrer Fortentwicklung ausschließlich in sich selber trägt, als produktive von den reaktiven Abnormitäten unterschieden, bei denen „nur Instabilität, Labilität, verminderter Widerstand gegeben ist, und die Reize entscheiden, welches Bild zur Auswicklung kommt“ (I, 79). Er versucht damit zwei Richtungen der Erkrankung innerhalb des großen Gebietes endogener Prädisposition zu scheiden, deren einer Typus rettungslos der psychischen Erkrankung verfallen ist, während der andere nur unter dem Einflusse bestimmter Schädigungen mit pathologischen Erscheinungen reagiert. Dieser Versuch war entschieden ein Fortschritt, insofern als er die allzustarke Überzeugung von der angeborenen Prädestination zur Psychose einer kritischen Nachprüfung unterzog.

Die letzten Jahre haben uns nun gerade nach der Richtung große Fortschritte gestattet. Wir sind dabei über Hellpachs Standpunkt erheblich herausgekommen. Das allen diesen Formen Gemeinsame ist die Veranlagung zur Erkrankung; je stärker diese Prädisposition, um so geringer der Anlaß, der die psychopathischen Symptome auslösen kann, je geringer die Veranlagung, um so stärker der Widerstand gegen die Schädigungen des Lebens, den nur ganz ungewöhnliche Ereignisse zu erschüttern vermögen. Selbst bei solchen Erkrankungen, die mit scheinbar fatalistischer Regelmäßigkeit immer wiederkehren, wie etwa dem manisch-depressiven Irresein, haben wir die Abhängigkeit von äußeren Ereignissen zu beachten gelernt.

Die Auffassung dieser Gruppe von Psychosen als reaktiver Erscheinungen bedingt auch eine große Übereinstimmung der Symptome mit dem allgemeinen Charakter der erkrankenden Persönlichkeit. Der psychotische Symptomenkomplex erscheint im allgemeinen als eine stärkere Ausprägung, eine ins Pathologische vergrößerte und vergrößerte Übertreibung der in der krankheitsfreien Zeit hervortretenden Individualität. Nicht immer tritt dieser Zusammenhang klar hervor. Aber in der Regel weist das Krankheitsbild nichts auf, was nicht bereits in Andeutungen auch außerhalb der Psychose vorhanden gewesen ist.

Es erscheint vielleicht als ein Wagnis, diese Gruppe als ätiologisch einheitlich aufzufassen. Wir wissen, daß es sich meist um schwer belastete Individuen handelt, und leiten daraus das Recht ab, auch bei den Fällen, die aus unbelasteter Familie stammen, eine ebenso geartete angeborene Disposition vorauszusetzen. In solchen Fällen müssen wir annehmen, daß die krankhafte Veranlagung auf einer Keimschädigung beruht, die nicht auch schon bei den Eltern oder Voreltern ihre schädigende Wirkung ausgeübt, sondern erst ein einzelnes oder auch mehrere Kinder gesunder Eltern zur psychopathischen Persönlichkeit gemacht hat. Das, was uns veranlaßt, auch diese Kranken, ohne den exakten Nachweis einer degenerativen Veranlagung, mit den erblich belasteten zu einer Gruppe zusammenzufassen, ist die klinische Übereinstimmung der Krankheitszustände. Auf der einen Seite das Ausbleiben einer Verblödung oder schweren Veränderung der Persönlichkeit, auf der andern der enge Zusammenhang der psychotischen Erscheinungen mit dem individuellen Charakter.

Zwischen beiden Gruppen stehen diejenigen Erkrankungsformen, die nach der ganzen Art ihrer Entwicklung, der Gestaltung der Symptome und den Um-

ständen, unter denen sie entstehen, zeigen, daß sie nicht in der Veranlagung selbst bereits im Keim enthalten sind, sondern durch äußere Ursachen hervorgerufen werden. Das setzt durchaus nicht voraus, daß wir es stets mit „rüstigen“ Gehirnen zu tun haben. Genau ebensogut wie bei den organischen Psychosen kann eine deutliche Prädisposition bestehen. Es ist sogar vielfach die Ansicht vertreten worden, daß auch in den hierhingehörigen Fällen die erbliche Veranlagung den Boden bildet, ohne den die Krankheit, wenigstens in der Regel, keine Wurzel schlagen kann. Aber der Grundzug der krankhaften Symptome hat mit dem endogenen Charakter nichts unmittelbar zu tun, die psychotischen Erscheinungen sind in ihrer Art, Dauer und Stärke von der äußeren Schädigung abhängig und würden ohne diese äußeren Einflüsse nicht zur Entwicklung kommen.

Daß die Schädigungen auch organische Veränderungen hervorrufen, die sogar bei langer Dauer der Erkrankung und insbesondere bei Fortdauer der schädigenden Einwirkung nicht mehr zum Schwinden kommen, stellt diese Krankheiten der organischen Gruppe näher. Aber sie scheiden sich von ihr dadurch, daß die Krankheit in den ersten, oft auch noch in der späteren^{en} Stadien zum Stillstande und zur Rückbildung kommt, sobald die von außen dem Körper zugeführte Schädigung fortfällt, während bei den organischen Prozessen die Erkrankung unaufhaltsam fortschreitet und nie restlos ausheilen kann. Ferner aber durch die Art der Schädigung, die wir durchweg in einer Vergiftung zu suchen haben.

Es fragt sich ja allerdings, ob dieser Gesichtspunkt einer chemischen Noxe zur Abtrennung ausreicht. Besonders da werden wir uns dieses Bedenkens nicht erwehren können, wo wir genötigt sind, die erwähnten ätiologischen Zwischenglieder zum Verständnisse heranzuziehen. Das, was uns berechtigt, auch diese Fälle mit den aus der chemischen Einwirkung allein hinreichend erklärbaren in einer Gruppe zu vereinigen, ist die klinische Gestaltung der Psychosen, die in bestimmten eigenartigen und gerade für die toxische Entstehung überaus charakteristischen Symptomen eine Wesensgleichheit verraten, die nicht bedeutungslos sein kann.

So ergibt sich als leitendes Motiv der Einteilung eine grobe Scheidung, die teils von anatomischen, teils von ätiologischen Anschauungen ausgeht, die aber ihre klinische Umgrenzung einstweilen nur dem klinischen Gesamtbild entnehmen kann.

Das ist gewiß kein erfreuliches Ergebnis und weit entfernt von dem Ideale einer wissenschaftlichen Gruppierung. Aber unsere heutigen Kenntnisse zwingen uns mit dieser Einteilung zu bescheiden. Gelingt es uns aber, wirklich geschlossene Krankheitstypen aufzustellen, so muß diesen auch ein einheitlicher anatomischer oder funktioneller Prozeß und eine einheitliche^e Ursache, [wenn auch vielleicht aus zahlreichen Einzelursachen bestehend, zugrunde liegen. Jede wirklich brauchbare Einteilung in Krankheitstypen wird schließlich identisch sein mit der nach den anatomischen Veränderungen und der Pathogenese.

IV.

Die Einteilung der Psychosen.

Innerhalb des Rahmens, den unsere augenblicklichen Kenntnisse von der Anatomie und Ätiologie der Psychosen zu bilden erlauben, kann nur die klinische Einheitlichkeit einstweilen die Stellung der einzelnen Krankheitstypen bestimmen. Das war der Schluß, zu dem uns die Erörterung der klassifikatorischen Gesichtspunkte führte. Aber die Aufgabe stellen, auf dieser Grundlage eine Systematik der Psychosen aufzubauen, heißt noch nicht sie lösen. Denn innerhalb der Gruppen, die wir aus zwingenden Gründen als zusammengehörig betrachten dürfen, treten uns die einzelnen Formen in einer verwirrenden Vielgestaltigkeit entgegen, und jeder einzelne Krankheitsfall zeigt ein individuelles Gepräge. Auch gemeinsame Züge, Züge von oft verblüffender Gleichartigkeit. Wieweit aber gerade diese für das Krankheitsbild bedeutsam sind, ob wir uns darauf bei unserer Systematik stützen dürfen, das gerade ist die wichtigste und entscheidende Frage.

Aus den Einzelsymptomen heben sich gewisse stets wiederkehrende Symptomenverkuppelungen ab, die Hoche als Einheiten zweiter Ordnung bezeichnet hat. Als solche benennt er, und zwar absichtlich in adjektivischer Form: manisch, delirant, paranoisch, katatonisch, melancholisch. Scharf umrissen sind auch diese Einheiten zweiter Ordnung nicht, aber sie sind zweifellos brauchbare Bezeichnungen, deren wir uns zur ersten Orientierung aus Gründen der Bequemlichkeiten bedienen dürfen, ohne aber mit Hoche die weitere Folgerung ziehen zu müssen, daß wir zu weiteren höheren Einheiten nicht gelangen könnten. Im Gegenteil, gerade an der Hand solcher Beziehungen läßt sich die Notwendigkeit am besten dartun, diese Symptomenverkuppelungen nur als die ersten Orientierungspunkte aufzufassen, über die hinweg wir zu charakteristischeren Merkmalen gelangen können.

Dafür einige Beispiele: Der Paralytiker bietet nicht selten ein manisches Bild. Aber seine Reden verraten daneben die geistige Schwäche, und dieses Symptom zwingt uns, noch nach weiteren Erscheinungen zu suchen, die den Verdacht der Paralyse verstärken oder verschwinden lassen.

Wir sehen einen Kranken delirieren. In dem Symptomenkomplex des einen Falles herrscht eine humoristische Stimmung vor; zahlreiche Gesicht- und Gehörstäuschungen, der Inhalt des Delirs, der sich an den Beruf des Kranken anschließt, die körperlichen Begleiterscheinungen leiten uns auf die Spur des Alkoholismus. In einem andern Falle ist der Kranke gleichzeitig benommen,

voll sinnloser Angst, die Sinnestäuschungen tragen einen visionären Charakter. Wir fassen diese Erscheinungen als Hinweis auf einen epileptischen Zustand auf. Als Hinweis, nicht als Beweis. Denn noch sind auch andere Erkrankungen in Betracht zu ziehen, typhöse, marantische, katatonische Delirien, die alle durch die übrigen Symptome, durch die Vorgeschichte, durch den weiteren Verlauf erst ausgeschlossen werden müssen.

Oder endlich, wir haben einen melancholischen Zustand vor uns. Der Kranke macht sich Selbstvorwürfe, sieht alles im traurigsten Lichte, hält sich für unheilbar, spricht wenig, langsam, mühsam. Aber daneben fällt eine Neigung zum Grimassieren auf; der Affekt ist oberflächlich; absurde, hypochondrische Ideen werden ohne erhebliche Gemütsregung vorgebracht. Diese Züge eröffnen uns einen Ausblick nach einer ganz bestimmten Richtung hin. Und wenn dann die weitere Entwicklung der Krankheit uns zeigt, daß der Depressionszustand schwindet, aber nicht um der Gesundheit, sondern um einem typischen Schwachsinn, einer völligen Gemütsstumpfheit Platz zu machen, so sehen wir daraus, wie notwendig es war, schon innerhalb des zuerst beobachteten Krankheitsbildes die Züge zu beachten, die auf das drohende Verderben hinweisen. Und die Erfahrung zeigt, daß es möglich ist, diese wichtigen Zeichen bereits im Beginn der Erkrankung zu erkennen.

Den Wert dieser Begleiterscheinungen der Melancholie für die Prognose der Erkrankung hat jeder Praktiker längst gekannt, aber während sie ursprünglich mehr gefühlsmäßig berücksichtigt wurden, hat Kraepelin sie zuerst zum Aufbau einer klinischen Systematik benutzt. Die Bedeutung Kahlbaums, Heckers und vieler anderer, die ihm dabei vorangegangen sind, wird dadurch nicht verringert, daß man ihm das Verdienst zuschreibt, den Weg der klinischen Forschung zielbewußt und unbeirrt durch die anfänglich und wohl auch heute noch unvermeidlichen Fehlgriffe ausgebaut und durchgeführt zu haben. Vielleicht sind gerade die Fehlgriffe am reichsten gewesen. Jede Diagnose mußte nach der Heckerschen Forderung den Hinweis auf die Entwicklung der Krankheit und auf den weiteren Verlauf, auf die einzelnen Symptome, die vorkommen durften, und auf die, die dem Krankheitsbegriff fremd waren, enthalten. Ergaben sich Abweichungen von dem Erwarteten, so war entweder die Diagnose falsch, oder die als charakteristisch angenommenen Symptome waren diagnostisch belanglos, oder der aufgestellte Krankheitstypus mußte fallen gelassen werden. Erst durch diesen Zwang, eine präzise Diagnose zu stellen, in der alle Symptome mit der Prognose zugleich enthalten waren, wurde jede einzelne Beobachtung lehrreich und für unser Wissen förderlich.

Dabei ergab sich nun auch bald die Wichtigkeit eines der früheren Diagnostik im ganzen fremden Gesichtspunktes, die Berücksichtigung des Ausganges der Krankheit in Heilung oder Demenz. Gerade der Ausgang der Krankheiten wurde vielfach als Beweis dafür angesehen, daß jedes Streben nach der Aufstellung charakteristischer Krankheitstypen aussichtslos sei. So schien es auch, wenn sich z. B. eine sekundäre Demenz bald aus manischen, bald aus melancholischen, bald aus deliranten Zuständen entwickeln konnte, ohne daß der Endzustand Verschiedenheiten erkennen ließ. Aber diese Einheitlichkeit des Ausgangs mußte bedenklich machen, ob für die primäre Erkrankung

die affektive Richtung als das Wesentliche anzusehen war. Dadurch wurde die Aufmerksamkeit ganz anderen Symptomenverkuppelungen zugewendet, eine Vertiefung in die einzelnen Erscheinungen wurde notwendig, und es gelang — trotz aller Zweifel — bestimmte Krankheitstypen abzutrennen, die langsam und stetig Anerkennung fanden.

Die klinische Beobachtung, die von den Anfängen der Entwicklung der Persönlichkeit bis zum endgültigen Ausgang der Krankheit kein Symptom unbeachtet lassen darf, wurde zur Lehrmeisterin, und nur sie konnte und kann den Ausschlag geben, welche Krankheitstypen selbständige Eigenart beanspruchen. Damit fielen alle auf Grund theoretischer Spekulationen aufgebauten Einteilungen der Psychosen in sich zusammen. Die Geisteskrankheiten sind nicht, wie Ziehen noch annimmt, „nur vielfach zusammenhängende und zusammengesetzte Erscheinungen, deren logische Ordnung von unserem Interesse abhängt“. Unser persönliches Interesse für die eine oder die andere Erscheinung hat sich stets nur als Hindernis für die Systembildung erwiesen, weil es, mehr als wünschenswert, die unbefangene Beobachtung und Bewertung der Symptome hindert und gehindert hat.

Dafür nur ein Beispiel: Jahrzehntlang hat die Trennung der Affektpsychosen von den Psychosen des Verstandes die Lehrbücher beherrscht; als das typischste Beispiel einer Psychose der Verstandestätigkeit galt von jeher die Paranoia. Nun hat Specht nachgewiesen, daß gerade die Entstehung wahnhafter Vorstellungen auf die primäre Stimmungsveränderung zurückzuführen sei. Diese Beobachtung, deren Richtigkeit wohl nicht für alle, aber sicher für viele Fälle zutrifft — Spechts Auffassung der Paranoia als einer Erscheinungsform des manisch-depressiven Irreseins allerdings teile ich durchaus nicht — beweist, wie die einseitige Fesselung der Aufmerksamkeit durch eine bestimmte Symptomengruppierung, die im Vordergrund des Interesses stand, die klinische Beobachtung irrezuleiten imstande war; wie viel Arbeitskraft ist unnütz verschwendet worden — so dürfen wir heute wohl offen gestehen — um die klinische Vormachtstellung der Paranoia zu sichern und zu verteidigen.

Als einer der letzten dieser Versuche ist der Ziehens zu betrachten, für den die Paranoia die „wichtigste intellektuelle Psychose“ ist. Die Durchführung dieses Prinzips zwingt zu dem Ergebnis, daß auch das Delirium tremens zur Paranoia gehört und in der Systematik von dem alkoholischen Defektzustande völlig getrennt wird. Letzten Endes geht Ziehens Klassifikation wie schon früher viele Einteilungen auf das Schema zurück: Psychosen mit und ohne Intelligenzdefekt. Aber die klinische Erfahrung widerspricht dieser einseitigen Betonung der Verstandestätigkeit als ausreichender Grundlage für die Trennung der Psychosen. Schon allein deshalb, weil sich die scharfe Scheidung der Verstandestätigkeit von den Affekten gar nicht durchführen läßt. Unser ganzes Geistesleben steht viel zu sehr unter dem beherrschenden Einfluß des Gemütslebens, als daß wir eine affektfreie Betätigung der Intelligenz annehmen dürften, und zu unterscheiden, wo die logischen Erwägungen primär entstehen, wo sie durch die Affekte beeinflußt und wo durch sie bestimmt sind, ist im Einzelfall gar nicht möglich. Die Berechtigung dieser theoretischen Bedenken wird durch die klinische Erfahrung erwiesen. Aufmerksames Studium der geschilderten Krankheitsbilder zeigt eine Ähnlichkeit ein-

zelter, durch die aprioristische Trennung in Psychosen mit und ohne Intelligenzdefekt auseinandergerissener Symptomenkomplexe und Verlaufsarten, daß es ausgeschlossen ist, am Krankenbett die Unterschiede zu erkennen und festzuhalten. Vor allem fehlt es an der Möglichkeit, durch die nach dem Gesichtspunkte der Intelligenzstörung orientierte Diagnose sofort einen bestimmten Verlaufstypus vorauszusagen.

Ich habe dieses Beispiel deshalb ausführlicher besprochen, weil es die Schwierigkeit kennzeichnet, die entstehen muß, sobald wir die Psychosen nach einem Symptom einteilen, dessen Bedeutung nicht durch die klinische Erfahrung, sondern durch theoretische Erwägungen bestimmt ist. Aus dem gleichen Grunde sind auch solche Einteilungen unhaltbar wie die von Savage, der von dem Alter ausgeht, in dem die Psychose zum Ausbruch kommt, oder wie die Rémonds, der die Erkrankungen des ganzen Gehirns (Paralyse und Demenz) von den Erkrankungen der Rindenzellen und weiter von denen der Zellfortsätze (Paranoia) trennt. Jeder Fall von Paralyse im Kindesalter beweist, wie wenig das äußerlichste aller Kriterien, das Lebensalter, zur Abgrenzung der Psychosen brauchbar ist. Rémond aber zwingt die klinischen Gestaltungsformen in ein Schema hypothetischer Vorgänge innerhalb des Gehirns, deren Richtigkeit er nicht beweisen kann. Dieser Versuch darf gewiß nicht deshalb als unbrauchbar verworfen werden, weil er unserm Wissen voraus-eilt; kühne Hypothesen haben in der Wissenschaft oft ein Gebiet erhellt und geklärt, das die Alltagsarbeit fleißiger Materialsammler niemals oder erst in langer, mühseliger Quälerei erobert haben würde. Aber bei Rémond fehlt in der Übertragung seiner Voraussetzung auf die Krankheitsbilder der zwingende Beweis durch die klinische Erfahrung. Auf diese aber weist uns mit Notwendigkeit die Heckersche Forderung immer wieder hin.

Wir verlangen nicht von einer Diagnose, daß sie wie eine chemische Formel ein Symbol für die unabänderlich gleiche Naturerscheinung und zugleich eine Verkörperung ihres Inhaltes ist. „Eine Begriffsbestimmung einer Krankheit im naturwissenschaftlichen Sinne deckt sich nicht mit einer mathematischen oder philosophischen Definition, sie kann naturgemäß nur den allgemeinen Rahmen für die in concreto eigenartig sich darstellenden Bilder abgeben, sie kann nur den Typus normieren, welcher in dem wechselvoll gestalteten Einzelprozeß mehr oder weniger variiert sich ausspricht“ (Neißer).

Der Persönlichkeit werden wir durchaus gerecht werden können, ohne unser Ziel, das Typische neben dem Individuellen herauszufinden, aus dem Auge verlieren zu müssen. Ja wir werden sogar gerade dem Individuellen bei der Ausstellung unserer Krankheitstypen das größte Gewicht beimessen. Denn, wenn wir ohne Voreingenommenheit, ohne ähnliches Anklammern an ein vielleicht sehr gut ersonnenes und wohlgedachtes Schema unsere Kranken beobachten, dann wird uns kein Symptom, kein Wesenszug, kein äußeres Ereignis von vornherein als nebensächlich erscheinen, da wir ja erst die Aufgabe lösen wollen, das Wesentliche von dem Unwesentlichen zu trennen. Die Individualität des Kranken, seine Vorgeschichte und seine ganze geistige Entwicklung bis zum Ausbruch der Krankheit, die Veränderung durch die Krankheit und der Zustand nach dem Abklingen der stürmischeren oder schleichenden Symptome bis zum Endausgang, dieser Überblick über ein Menschen-

schicksal wird die Grundlage, die Art, wie sich die Einzelsymptome gezeigt, wie sie sich gruppiert haben, der weitere Inhalt der Beobachtung. Aus diesem Gesamtbild erst ergibt sich die Diagnose.

Es mag nun der Versuch gemacht werden, von diesen Gesichtspunkten aus die großen Krankheitsgruppen in ihre Einzeltypen zu zerlegen. Die Einteilung, die ich bei dem heutigen Stande unseres Wissens für die zweckmäßigste halte, ist folgende:

I. Endogene Psychosen.

1. Psychasthenische Zustände:

- a) Neurasthenie und Hysterie.
- b) Pathologische Affektreaktionen (psychopathische Zustände nach Schreck, Affekten, Haft).
- c) Unfallneurose.

2. Konstitutionelle psychopathische Zustände:

- a) Abnorme Charaktere (Defektmenschen, pathologische Schwindler, sexuelle Perversionen, Pseudoquerulanten).
- b) Zwangsgedanken.
- c) Konstitutionelle Verstimmungen.

3. Konstitutionelle Psychosen:

- a) Manisch-depressives Irresein.
- b) Paranoia.

II. Exogene Psychosen.

- 1. Intoxikations- und Erschöpfungspsychosen (Infektionspsychosen, Psychosen bei Allgemeinerkrankungen, akute nervöse Erschöpfung, Amentia).
- 2. Kretinismus und Myxödem.
- 3. Alkoholpsychosen. (Delirium tremens, Alkoholhalluzinose, Korsakoffsche Psychose, alkoholische Schwächezustände.)
- 4. Morphinismus, Kokainismus und sonstige Vergiftungen.

III. Organische Erkrankungen.

- 1. Dementia paralytica und Lues cerebri.
- 2. Psychosen bei Gehirnerkrankungen.
 - a) Involutionsdepression.
 - b) Arteriosklerotische Demenz.
 - c) Senile Demenz.
- 4. Dementia praecox.
- 5. Epilepsie.
- 6. Idiotie und Imbezillität.

I.

Die erste große Gruppe umfaßt die endogenen Psychosen, d. h. diejenigen Formen geistiger Erkrankung, die sich aus der Persönlichkeit des Individuums heraus entwickeln. Nicht unabhängig von äußeren Lebensvorgängen; aber diese bestimmen nur die Art, wie sich die Krankheit ausprägt, den Umfang und die Schwere der Erscheinungen, nicht aber den Charakter der Erkrankung.

Innerhalb dieser Gruppe lassen sich drei Untergruppen unterscheiden, Aber es sei ein für allemal gesagt, daß eine haarscharfe Trennung der einzelnen Krankheitstypen dieser Gruppe nicht möglich ist und nicht möglich sein kann. Die konstitutionelle Veranlagung stellt den Boden dar, auf dem sich die krankhaften Erscheinungen entwickeln. Dieser Boden ist durchaus nicht stets in gleicher Stärke prädisponiert, auf jedes Erlebnis krankhaft zu reagieren. Dieselben Lebensschicksale, die der Gesunde schnell und ohne Gefährdung verwindet, die den nur in geringem Grade nervös Veranlagten nur vorübergehend aus dem psychischen Gleichgewichte bringen, rufen bei einem schwer Entarteten ernste und vielleicht nie wieder schwindende Störungen hervor.

Vielleicht noch wichtiger für die Ausgestaltung und die Gruppierung der Symptome ist die persönliche Eigenart; Gleichgültigkeit und Empfindsamkeit, Lebhaftigkeit und Stumpfheit des Temperaments, Neigung zum Grübeln oder zum Handeln, Schärfe, Fahrigkeit und Unzulänglichkeit des Denkens, Hang zum Schwarzsehen und Lebensunlust sind Grundsymptome des Charakters. Wird dadurch schon die Vielgestaltigkeit der Individualität Gesunder fast unübersehbar, so erst recht bei den krankhaft Prädisponierten, bei denen alle diese Erscheinungen viel ausgeprägter die Eigenart der Persönlichkeit bestimmen. Diese Eigenart zeichnet die Richtung vor, in der sich die Krankheit entwickeln muß.

Werden nun zwei in ihrem ganzen Wesen durchaus verschiedene Menschen durch schädigende Einflüsse in ihrem psychischen Gleichgewichte gestört, so werden auch die Krankheitserscheinungen nur wenig oder nichts miteinander gemeinsam haben. Je mehr sich aber die psychische Veranlagung einander nähert, um so gleichartiger wird die pathologische Reaktionsweise werden. Und wenn einzelne besonders wichtige Charakterzüge zwei im übrigen sehr verschiedenartigen Persönlichkeiten gemeinsam sind, so werden auch innerhalb sonst sehr wenig ähnlicher Krankheitsbilder wenigstens einige Züge diese gemeinsame Grundlage andeuten.

Ich habe soeben von schädigenden Einflüssen, die für die Entstehung der Erkrankung von Bedeutung sind, gesprochen. Widerspricht das nicht der Auffassung, daß die hier zur Erörterung stehende Gruppe von Erkrankungen endogen bedingt sind? Ich glaube nicht. Denn was wir darunter zu verstehen haben, ist oben (bei S. 26) bereits eingehend erörtert worden. Nicht so darf der Ausdruck endogen verstanden werden, als ob sich stets und unter allen, selbst den günstigsten Umständen, die psychische Erkrankung entwickeln muß. Das gilt nur für einzelne Formen endogener Psychosen. Sondern es soll damit nur der Gegensatz gegenüber den grobmateriellen Erkrankungen einerseits, den Psychosen, die ohne die äußere und zwar stets recht ernste Schädigung

überhaupt nicht denkbar sind, andererseits gekennzeichnet werden. Bei den endogenen Psychosen besteht die Erkrankung unter allen Umständen, auch dann, wenn sie dank Fernhaltung aller äußeren Einflüsse nicht zu wirklicher Ausbildung kommt, ich möchte sagen latent, nur in Andeutungen, in vereinzelten kleinen Merkmalen; kommt sie aber zur Entwicklung, so bleibt sie im Rahmen der vorgezeichneten psychopathischen Richtung und stellt letzten Endes nichts weiter dar, als eine Weiterbildung, ein vergrößertes, vergrößertes, vielleicht sogar ein Zerrbild der Charakterveranlagung, aber immerhin ein ähnliches Bild.

Aus dieser Darstellung ergibt sich aber noch etwas weiteres: Zwischen den leichtesten und einfachsten Formen endogener Erkrankung und geringfügigen Abweichungen oder starker, nicht alltäglicher Ausprägung von Charaktereigentümlichkeiten innerhalb der Gesundheitsbreite kann keine scharfe Grenze gezogen werden; auch deshalb nicht, weil manchen dieser ungewöhnlichen Individualitäten das Überschreiten der Grenze des Pathologischen nur dadurch erspart wird, weil besonders günstige Lebensverhältnisse oder eine konsequent durchgeführte Erziehung und geschickte Behandlung die Weiterentwicklung der Symptome verhindern.

An dem einen Ende der endogenen Psychosen stehen die Grenzzustände, an dem andern die schweren Psychosen. Die Grenzzustände, die sich besonders dadurch auszeichnen, daß sie in der Regel nur durch die Lebensschicksale stärker ausgeprägt, vorübergehend oder dauernd, in die Erscheinung treten; die eigentlichen konstitutionellen Psychosen, die vielfach des äußeren Anstoßes nicht bedürfen, oder die nur in geringem Grade durch die Lebensereignisse und geeignete Behandlung beeinflußt werden. Zwischen beiden stehen die konstitutionellen Zustände, deren Symptome stets vorhanden sind, die aber in ihrer Weiterbildung oder der Stärke, in der sie sich zeigen, stets die engste Abhängigkeit von äußeren Erlebnissen und von der Behandlung erkennen lassen.

Die erste Untergruppe bezeichne ich als psychasthenische Zustände. Sie umfaßt das, was man früher gewöhnlich Neurosen genannt hat, vor allem die Hysterie und Neurasthenie. Der Ausdruck Neurosen war stets nur ein Zugeständnis an die Angst des Kranken, für geistig abnorm zu gelten. Aber diese Rücksichtnahme auf die Empfindsamkeit der Kranken und vielleicht auch auf das allgemeine Vorurteil gegen das, was man geistige Erkrankungen nennt, kann uns nicht hindern, die Neurosen als das aufzufassen, was sie sind, als psychische Erkrankungen. Die Erscheinungen der Hysterie und Neurasthenie treten zwar auch gelegentlich in der äußerlichen Form peripherer Lähmungen auf, aber alle Symptome sind psychischer Natur. Hat doch Sommer statt der Bezeichnung Hysterie geradezu die der Psychogenie vorgeschlagen. Nicht immer ist es möglich, den Weg zu verfolgen, auf dem aus Affekten, Vorstellungen, Wünschen und Befürchtungen die Symptome der Hysterie werden, aber auf Schritt und Tritt können wir ihre Abhängigkeit von psychischen Vorgängen verfolgen.

Die Unterscheidung der Hysterie und Neurasthenie hat im wesentlichen nur einen didaktischen Wert, wenn auch die Symptomengruppierung bei der Hysterie in ihren typischsten Formen eine andere wie bei der Neurasthenie

zu sein scheint. Die Hysterie setzt Vorstellungen in körperliche Erscheinungen um, die Neurasthenie körperliche Erscheinungen in Affekte; der Hysterische klagt mehr über vergangene und gegenwärtige Beschwerden, der Neurastheniker lebt mehr in der Furcht, aus den bestehenden Symptomen unheilvolle schwere Erkrankungen entstehen zu sehen. Aber diese an und für sich schon nicht scharf zu trennenden Unterschiede gelten nur für die Schulfälle, und diese sind selten genug. Wenn irgendwo, so ist hier Hoches Auffassung richtig, daß wir mit den Benennungen hysterisch und neurasthenisch Symptomenverkopplungen belegen, die nichts weiter bedeuten als bequeme Bezeichnungen für Syndrome; bestimmt gerichtete, aber nicht prinzipiell verschiedene Ausdruckserscheinungen einer einheitlichen Erkrankung.

Von der Neurasthenie, die Cramer endogene Nervosität nennt, hat Kraepelin die chronische nervöse Erschöpfung (Cramers Neurasthenie) abgetrennt. Das Beiwort chronisch halte ich nicht für gut gewählt. Es bezieht sich auf die meist, aber durchaus nicht immer langsam bis zum Zusammenbruche führenden Schädigungen, nicht aber auf den dadurch bedingten Zustand, der sich gerade durch seine relativ kurze Dauer, seine gute Prognose auszeichnet. Ich habe deshalb vorgeschlagen, von akuter nervöser Erschöpfung zu reden, und stelle dieser die eigentliche Neurasthenie, die konstitutionelle nervöse Erschöpfbarkeit gegenüber. Denn das Wesen der akuten Erschöpfung ist das Versagen der geistigen Spannkraft, das der endogenen Neurasthenie die geringe Widerstandsfähigkeit, die schnelle Erschöpfbarkeit, die in der endogenen Veranlagung wurzelt. Will man das nachdrücklich betonen, und das erscheint mir nicht unzweckmäßig, so ist der Zusatz konstitutionell wohl am meisten geeignet, den Gegensatz zu den vorübergehenden Erschöpfungszuständen noch deutlicher zu kennzeichnen.

Die Stellung der akuten nervösen Erschöpfung in der Systematik der Psychosen ist unsicher. Je mehr ein Individuum durch seine Veranlagung erschöpfbar ist, um so schneller wird auch die akute Erschöpfung eintreten, nur daß sich dann die aus der angeborenen Prädisposition bedingten Erscheinungen mit denen der akuten Erschöpfung vermischen. Indessen habe ich doch Bedenken, die akute nervöse Erschöpfung mit der endogenen Psychasthenie zusammenzubringen. Sie gehört weit eher zu den exogenen Psychosen, denn man darf wohl behaupten, daß jeder Gesunde, der längere Zeit seine Arbeitskraft aufs äußerste überspannt, oder dessen Körperkräfte durch schwere Krankheiten verbraucht werden, oder der gehäuften schweren Affektstürmen ausgesetzt ist, schließlich zusammenbricht. Aber, wenn die Ursache beseitigt ist, auch ebenso schnell sich erholt oder wenigstens nicht lange Zeit oder gar dauernd krank bleibt. Ich ziehe deshalb vor, die akute nervöse Erschöpfung den exogenen Psychosen anzureihen, und rechne zu den psychasthenischen Zuständen nur die konstitutionelle Neurasthenie, die Hysterie und die traumatische Neurose.

In der Einteilung der Psychosen und Psychopathien, die zwischen der Heidelberger Klinik und den Heil- und Pflegeanstalten Illenau und Wiesloch vereinbart worden ist (H. Roemer), findet sich eine Gruppe „Pathologische Reaktionen“, die wieder in drei Untergruppen zerfällt: a) Psychotische Reaktion (Psychosen nach Schreck und Konflikt, Hysterische Psychosen),

b) Haftpsychosen, c) traumatische Neurose. Der Begriff der pathologischen Reaktion enthält die Vorbedingung eines äußeren Reizes, der die Reaktion auslöst; und doch rechnet Roemer unbedenklich diese Zustände zu den Erkrankungen aus angeborener Anlage. Mit vollem Rechte. Denn die Reaktion des Individuums auf die Schädigung erweist sich dadurch als konstitutionell bedingt, daß nicht jeder, sondern nur ein relativ kleiner Teil der von der Schädigung Betroffenen erkrankt, daß die Schwere der Ursache zu der Schwere der Erkrankung meist in einem sehr auffälligen Mißverhältnisse steht, und endlich durch die Art der Reaktion selbst, ganz abgesehen von der vielfach nachweisbaren psychopathischen Prädisposition. Gemeinsam ist ferner allen pathologischen Reaktionen, daß sie nicht die Folge körperlicher Schädigungen sind, sondern durch Affekte ausgelöst werden.

Ich halte die Zusammenfassung dieser Zustände unter einer einheitlichen Beziehung für recht glücklich; nur möchte ich gerade die Tatsache in der Benennung stärker hervorheben, daß es sich um Reaktionen auf Affekte handelt, denn auch der sogenannte pathologische Rausch, der Zornausbruch eines Epileptikers sind pathologische Reaktionen. Deshalb würde ich die Benennung: Pathologische Affektreaktionen vorziehen.

Für alle drei Untergruppen trifft zu, was ich einleitend von der Schwierigkeit gesagt habe, innerhalb der großen Gruppe der konstitutionellen Anomalien die einzelnen Krankheitstypen voneinander zu trennen. Alle drei sind, genau genommen, nur Spielarten der Hysterie und Neurasthenie, Exazerbationen oder durch die Art der Schädigung in bestimmter Weise gefärbte Formen. Es wäre deshalb wohl kaum ein ernstes Bedenken dagegen geltend zu machen, wenn man diese ganzen Symptomengruppierungen nicht gesondert anführen wollte. Aber ist es doch vielleicht zweckmäßig, sie aus dem Rahmen der Hysterie und Neurasthenie herauszuheben, weil die Bezeichnung auf die Ursache, das akutere Einsetzen, die eigenartige Gestaltung hinweist.

Im Prinzip bin ich mit der Einteilung einverstanden, dagegen habe ich mich nicht entschließen können, die Haftpsychosen als eine besondere Untergruppe anzuführen. Der Ausdruck ist für eine systematische Einteilung, die nicht Krankheitsbilder, sondern Typen aufstellt, unbrauchbar. Denn eine Haftpsychose ist jede in der Haft entstehende Geistesstörung; gemeint sind aber nur bestimmte psychogene psychotische Reaktionen, die in der Haft sich entwickelnden degenerativen Zustände. Meine Bedenken gegen die Sonderstellung werden noch dadurch bestärkt, daß ich diese Erkrankungen im Gegensatz zu Birnbaum, Wilmanns und anderen für selten halte. Die bequeme Bezeichnung führt aber allzuleicht zu einer klinisch unberechtigten Ausdehnung des Begriffs der Haftpsychosen. Die Haftpsychose in dem hier gemeinten engeren Sinne ist nur eine häufig, aber nicht immer in ihren Symptomen etwas eigenartig gefärbte psychotische Reaktion auf die Schädigung durch die Haft; ihre klinische Zusammengehörigkeit mit den sonstigen psychotischen Reaktionen auf affektiv sehr erregende Erlebnisse kann wohl kaum angezweifelt werden kann.

Dagegen ist die Sonderstellung der traumatischen Neurose durchaus berechtigt. Es war wohl zuerst Moeli, der auf die psychischen Erscheinungen des von Erichson beschriebenen, im Anschluß an Verletzungen

entstehenden Symptomenkomplexes hingewiesen hat. Charcot erklärte das ganze Krankheitsbild als identisch mit der Hysterie, während Oppenheim, von dem auch der Name traumatische Neurose stammt, sie als selbständige Krankheit auffaßte. Den Endpunkt der Entwicklung kennzeichnet am besten der von Kraepelin gewählte Name der Schreckneurose; das Trauma wird als nebensächlich, der bei dem Unfall erlittene Schreck als die Hauptursache aufgefaßt.

Heute darf wohl als feststehend betrachtet werden, daß die traumatische Neurose eine psychische Erkrankung ist, die bald mehr dem Krankheitsbilde der Hysterie, bald dem der Neurasthenie sich nähert, daneben aber besondere Züge trägt, die auf den Zusammenhang mit dem Unfall hinweisen und meist das Bild beherrschen. Diese Symptome aber zeigen auch an, daß nicht der im Augenblick des Unfalls entstehende Schreck allein die Krankheit hervorruft, auch nicht die unmittelbaren Folgen, die Se merzen, die Angst, die nicht selten durch ungeschickte Bemerkungen der Ärzte über Gehirnerschütterungen noch verstärkt wird. Sofort nach dem Vorfall beginnen die Sorgen um die Zukunft und der Rentenkampf. Ich will nicht behaupten, daß Begehrungsvorstellungen nicht auch mitwirken können, aber sie spielen meines Erachtens, abgesehen von ganz seltenen Fällen, nur eine untergeordnete Rolle. Viel ernster ist der berechtigte Groll über das Mißtrauen und die schlechte Behandlung seitens vieler Unfallärzte und Behörden, die in jedem Rentenanspruch einen Betrugsversuch wittern. Daher dann oft der querulatorische Zug im Bilde der Unfallneurose. Die Besserung, die nach Erledigung der Unfallprozesse, besonders bei frühzeitiger Abfindung und schneller Wiedergewöhnung an regelmäßige Tätigkeit, bald einzutreten pflegt, bestätigt die Richtigkeit der Auffassung dieser Erkrankung als eines psychogen entstehenden Zustandes, dessen Symptome durch die Unfallgesetzgebung mehr noch als durch den Unfall selbst bestimmt werden. Das scheint mir auch ein gewichtiger Grund zu sein, den Namen der traumatischen oder vielleicht noch besser der Unfallneurose beizubehalten.

Unter den unzähligen Menschen, die tagein, tagaus Unfälle erleiden, werden aber durchaus nicht alle neurotisch; die endogene Veranlagung, auch wenn wir sie nicht immer in Form erheblicher Belastung nachweisen können, muß den Boden vorbereiten. Dafür spricht auch die Art der allgemeinen Symptome, die überall auf die enge Verwandtschaft mit den psychasthenischen Zuständen hinweisen.

Die zweite Hauptgruppe der endogenen Psychosen sind die konstitutionell psychopathischen Zustände. Sie entsprechen einer durchweg einseitig gerichteten Anomalie des Denkens und Fühlens, die das ganze Leben beherrscht, wenn auch Schwankungen in der Stärke der Störung nicht ausgeschlossen sind. Hierhin rechne ich zuerst die abnormen Charaktere. Sie im einzelnen zu schildern, wird Sache der speziellen klinischen Bearbeitung sein; an dieser Stelle mag eine Aufzählung der wichtigsten Typen, aber ohne Anspruch auf Vollständigkeit, genügen. Die unharmonische Entwicklung zeigt sich auf intellektuellem Gebiete meist weniger als auf dem der Affekte, in ihrer schroffsten Ausprägung als *moral insanity*. Ich verstehe darunter nicht die geringe Entwicklung dessen, was wir moralisches Empfinden nennen, bei Schwachsinnigen, sondern die sehr seltenen Fälle, in denen jedes oder fast

jedes ethische und soziale Gefühl fehlt, obgleich das intellektuelle Verständnis für die Bildung solcher Empfindungen durchaus ausreichend ist. Die von Scholz gewählte Bezeichnung der moralischen Anästhesie entspricht vielleicht am besten dieser Eigenart, weil dadurch das mißverständliche Wort Schwachsinn vermieden und die affektive Entstehung deutlicher gekennzeichnet wird.

Leichtere Grade affektiver Stumpfheit, die dann natürlich das ganze Handeln nicht so zwingend in die antisoziale Richtung drängen, finden wir unter den abnormen Charakteren sehr häufig. Bald als ausgeprägten Egoismus, bald als Indolenz, die leicht zu asozialem Verhalten führt, zumal wenn geringe Intelligenz die fehlende Gemühtiefe nicht einigermaßen zu korrigieren vermag. Derartige Charaktere sind zahlreich unter den passiven Verbrechern, insbesondere unter den Landstreichern, Bettlern und Dirnen. Ihnen schließen sich die Haltlosen an, die der Spielball jeder Zufälligkeit des Lebens sind. Unter diesen Haltlosen sind ihrer praktischen Wichtigkeit wegen die sogenannten „*dégénérés supérieurs*“ hervorzuheben, Menschen, die mit leidlicher Intelligenz, oft recht guten äußerlichen Manieren und nicht selten einer großen einseitigen Begabung eine völlige Unfähigkeit der Selbstbeherrschung verbinden. Sie sind außerstande, einer Versuchung, die von außen an sie herantritt, zu widerstehen, sind aber auch durch ihre Eitelkeit, Großmannssucht, durch Sensations- und Abenteuerlust aus sich selbst heraus gefährdet. Wenn ich auch die Bedeutung von Erziehungsfehlern für die Entstehung solcher Charaktere nicht gering schätze, so sind es doch nicht oft und auch dann nicht in vollem Umfange die Produkte mangelnder pädagogischer Einwirkung. Das beweist einerseits das Auftreten der abnormen Züge im frühesten Kindesalter und die Ergebnislosigkeit auch der sorgsamsten und geschicktesten Erziehung, andererseits die recht häufige Beobachtung, daß die anderen Kinder der gleichen Familie sich in dem gleichen Milieu durchaus normal entwickeln können. Nicht so krank, um als unzurechnungsfähig angesehen und in Irrenanstalten versorgt werden zu können, nicht gesund genug, um sich ohne andauernde ernsteste Konflikte im Leben zu behaupten, sind solche Entarteten die Verzweiflung ihrer Familie und der Behörden.

Gefährlich für die Gesellschaft sind auch die Erregbaren, in denen jeder äußere Anlaß heftige Affektstürme auslöst. Ihnen nahe stehen die Fanatiker, die von einer bestimmten Idee oder auch wohl von mehreren so beherrscht werden, daß sie alles nur unter dem engen Gesichtswinkel dieser Vorstellungen erleben und empfinden. Eine besondere Abart sind die Pseudoquerulanten, die in zwei Formen vorkommen; die einen verbeißen sich in die Idee, daß ihnen ein bestimmtes Unrecht geschehen ist, und führen mit zähester und rücksichtslosester Energie unter Mißachtung aller sonstiger Lebensinteressen, oft mit einer gewissen sportartigen Begeisterung den Kampf ums Recht, die andern sind die ewig Unzufriedenen, die Krakehler, die den Gegenstand ihres gekränkten Rechtsgefühls andauernd wechseln, aber nie zur Ruhe kommen können.

Eine ganz eigentümliche Form der Psychopathie stellen die pathologischen Lügner dar; der größte Teil zeigt dabei starke hysterische Beimengungen, aber das Symptom, durch das sich ihr ganzes Leben in einer bestimmten Bahn bewegen muß, ist die Neigung zum Schwindeln. Oft nur angedeutet, oft

in der Form, daß der Kranke — denn in solchen Fällen handelt es sich um ausgeprägte krankhafte Zustände — sich in dem Gewebe seiner phantastischen Erfindungen selbst nicht mehr zurecht findet, die Wirklichkeit nicht mehr von dem Erdachten zu scheiden weiß.

In dem Streit, ob die Homosexualität eine angeborene oder erworbene Eigenschaft ist, nehme ich persönlich die Stellung ein, die Homosexualität, wie die meisten andern sexuellen Anomalien, als meist sehr frühzeitig erworbene Anomalien des Geschlechtsempfindens aufzufassen, das nur deshalb seine eigenartige Richtung behalten hat, weil die ersten zufälligen, stark affektbetonten sexuellen Erlebnisse in den konstitutionell psychopathischen Individuen zu fest haften geblieben sind.

Einen durchaus anderen Typus der konstitutionellen psychopathischen Zustände stellen die Kranken dar, die an Zwangsvorstellungen leiden. Ich verstehe unter Zwangsdenken das Auftreten von in der Regel einförmigen Vorstellungen meist unangenehmer Art, die — bei kritischer Betrachtung und in der Ruhe als unzutreffend erkannt — sich immer unter mehr oder weniger starken Unlustempfindungen dem Bewußtsein aufdrängen. In Andeutung finden sich Zwangsvorstellungen wohl bei den meisten Nervösen, wie umgekehrt Zeichen allgemeiner Nervosität bei allen Zwangskranken, aber das Krankheitsbild wird beim Zwangsdenken ganz von diesem Symptom beherrscht.

Die konstitutionelle Verstimmung trägt fast stets den Charakter der Depression; nur ganz vereinzelte Fälle andauernd etwas gehobener Stimmung mit unerschütterlichem Optimismus und unermüdlichem Taten-drang sind mir begegnet. Eine scharfe Grenze zwischen dem, was wir konstitutionelle Verstimmungen nennen, einerseits und dem Gesunden andererseits, der an allen Lebensvorgängen nur die ernste Seite sieht, oder der sich in ewiger Entschlußlosigkeit vor allem Handeln scheut, besteht nicht; ebensowenig nach der andern Seite hin, gegenüber dem manisch-depressiven Irresein. Zuweilen verrät die konstitutionelle Verstimmung durch vorübergehende Zeiten, in denen die gleiche Affektrichtung sich deutlicher ausprägt, oder auch durch vorübergehendes Umschlagen in die entgegengesetzte Stimmung ihre nahe Verwandtschaft mit dem manisch-depressiven Irresein. Aber ich halte es nicht für richtig, wie die Römersche Einteilung, eine Zykllothymie von dem manisch-depressiven Irresein abzutrennen. Die Zykllothymie ist doch nichts weiter als eine ganz leichte Form des manisch-depressiven Irreseins und gehört deshalb zu diesem, um so mehr, als doch wohl jeder die Beobachtung zu machen Gelegenheit hat, daß sich in ein langes Leben andauernden Wechsels kaum nennenswerter Depressionen und angedeuteter Hypomanien ein einzelnes Mal oder auch mehrfach ein Anfall heftiger Tobsucht oder schwerster Depression einschleibt.

Als manisch-depressives Irresein bezeichne ich alle die Fälle, in denen sich Perioden depressiver oder manischer Verstimmung mehrfach im Laufe des Lebens wiederholen. Die häufigste Form ist das zirkuläre Irresein, bei dem Phasen der Depression und der Manie in ununterbrochenen, regelmäßigen Intervallen oder auch durch Zeiten der Gesundheit getrennt miteinander abwechseln. Zuweilen fehlen die manischen, seltener die depressiven Zustände, so daß man versucht sein könnte, von periodischer Depression oder

periodischer Manie zu sprechen. Aber eine genaue klinische Beobachtung deckt doch auch in diesen Fällen gelegentliche kurzdauernde Anfälle gehobener oder gedrückter Stimmung auf, die sich von der gesunden Zeit abheben und den Übergang zu den Formen mit deutlich ausgeprägtem Wechsel bilden. Es besteht deshalb wohl kein Bedürfnis nach Sonderstellung der periodischen Depression und Manie; die Bezeichnung des manisch-depressiven Irreseins umfaßt alle diese Fälle mit.

Zu den konstitutionellen Psychosen rechne ich auch die Paranoia. Die typischste und wohl allgemein noch als eine selbständige Psychose mit ganz charakteristischem Verlauf anerkannte Form bildet der Querulantenwahn; nur Specht glaubt in ihm eine Erscheinungsform der Manie erblicken zu dürfen. Sicher zu Unrecht, wie der klinische Verlauf beweist. Gegenüber dem Pseudoquerulanten, der, wenn auch schwer belehrbar, doch überzeugt werden kann, zeichnet den an Querulantenwahn Leidenden seine völlige Unbelehrbarkeit aus und die fortschreitende Weiterbildung der wahnhaften Ideen, die sich um einen festen Kern kristallisieren.

Das gleiche gilt für die Paranoia, nur daß den Mittelpunkt des Wahnsystems nicht ein Rechtsstreit, sondern eine andere Verfolgungsidee bildet. Die Zahl dieser Fälle ist mit dem tieferen Erfassen der klinischen Selbständigkeit der Dementia praecox immer seltener geworden, und nicht wenige Psychiater stehen mit mir auf dem Standpunkte, daß es fraglich ist, ob überhaupt außerhalb der Fälle von Querulantenwahn noch an der Paranoia als einem selbständigen Krankheitstypus festgehalten werden kann. Die Entscheidung dieser Frage wird wohl nicht mehr lange auf sich warten lassen. Wie sie aber auch ausfallen mag, der Querulantenwahn rechtfertigt die Aufstellung eines Typus des Verfolgungswahns, der sich aus endogener Anlage entwickelt, der aber nicht den charakteristischen Ausgang der Dementia praecox und keines der für diese Erkrankung typischen Symptome zeigt, andererseits sich aber von den konstitutionellen Charakteranomalien durch die unaufhaltsame Tendenz zur Weiterentwicklung scheidet.

II.

Die zweite große Gruppe bilden die exogenen Psychosen. Sie sind in ihren einzelnen Krankheitstypen untereinander weit unähnlicher als die endogenen Geistesstörungen. Der gemeinsame Boden einer psychopathischen Prädisposition gibt den Krankheitsbildern der ersten Gruppe etwas Gemeinsames, untereinander sind sie verwandt, sie bleiben innerhalb des konstitutionellen Charakters der Persönlichkeiten, die Symptome sind dem Denken des Gesunden nicht so fremdartig. Die exogenen Psychosen aber vernichten zum weitaus größten Teil die Individualität des Kranken fast vollständig, wenigstens solange die exogene Ursache bestehen bleibt oder noch nachwirken kann. Ob der Kranke vorher ein stiller Mensch war oder ein robuster Tatenmensch, tritt z. B. während der Dauer eines Delirium tremens vollständig in den Hintergrund. Gewiß ist die persönliche Veranlagung nicht bedeutungslos. Ob Schroeder, Bonhoeffer und andere recht haben, [mit ihrer Behauptung, der Alkoholismus selbst sei nichts Exogenes, sondern sei nur eine Folge einer psychopathischen Prädisposition, mag hier unerörtert bleiben. In dem Krank-

heitsbilde wenigstens werden wir im allgemeinen die Züge der psychopathischen und der individuellen Konstitution vergebens wieder zu erkennen suchen. Vielleicht ist die Art der Veranlagung ausschlaggebend dafür, welche der verschiedenen Formen der Alkoholpsychosen den Kranken befällt; das würde sich auf Grund eines großen und sehr sorgfältig bearbeiteten Materials feststellen lassen. Aber wenn einmal die Richtung der Erkrankung gegeben ist, so überwuchern die psychotischen Symptome das Individuelle völlig. Für die Symptome des Delirium tremens ist der Beruf von Einfluß, insofern als er wenigstens das Material für das Beschäftigungsdelir gibt, nicht aber die Intelligenz und die Affektivität des Erkrankten.

Als erste Untergruppe habe ich die Erschöpfungs- und Intoxikationspsychosen zusammengefaßt. Die Selbständigkeit der Amentia hat im Laufe der Zeit einen gewaltigen Stoß erlitten. Häufig sind die Fälle zweifellos nicht. Aber soweit man an der Amentia noch festhält, wird man durch den engen Zusammenhang mit den Infektionskrankheiten, als deren Folge sie auftreten, mehr und mehr auf die toxische Genese hingewiesen. Wenn auch das Wesen der dabei in Betracht kommenden Toxine durchaus unbekannt ist, so darf diese Hypothese um so eher angenommen werden, weil es gerade die auf der Grundlage einer Infektion entstehenden Erkrankungen sind, wie Typhus, Erysipel, Influenza, schwere Pneumonien, akuter Gelenkrheumatismus, Malaria und ähnliche, an die sich die Amentiafälle anschließen. Dieselben Erkrankungen, die zuweilen schon im Vorstadium, bevor überhaupt noch Fieber oder sonstige Erscheinungen eine Diagnose zulassen, psychotische Symptome zeigen.

Auch die Fieberdelirien gehören hierhin. Sie sind keine Folge des Fiebers, von dessen Höhe sie oft unabhängig sind; nicht immer, denn die Infektion bewirkt nach meiner Auffassung das Fieber und die psychischen Symptome zugleich, so daß es uns nicht auffällig erscheinen kann, wenn ein gewisser Parallelismus besteht. Aber gerade die Fälle, in denen die Delirien vor dem Ansteigen der Temperatur oder in der Deferveszenz oder erst nach dem Schwinden des Fiebers einsetzen, scheinen mir beweisend dafür, daß die psychische Erkrankung nicht als eine einfache Wirkung der erhöhten Temperatur aufgefaßt werden kann.

Noch eine weitere Tatsache spricht dafür, daß wir berechtigt sind, diese Psychosen als toxisch bedingt zu erklären; diejenigen chronischen Erkrankungen, bei denen wir außer den Infektionskrankheiten häufiger psychische Störungen beobachten, sind sämtlich solche, bei denen wir die Bildung toxischer Stoffe voraussetzen, wie der Morbus Basedowii, der Tetanus, oder in denen, wie bei der Urämie und der Gicht, toxisch wirkende Stoffe nicht ausreichend aus dem Körper ausgeschieden werden.

Auch die psychischen Veränderungen bei Myxödem und der Kretinismus gehören hierhin; die Beziehung zu den Funktionen der Schilddrüse sind unverkennbar, wenn auch über die Art, wie diese Erkrankungen zustande kommen, noch vieles zu den ungelösten Problemen der Psychiatrie und Psychopathologie zu rechnen ist.

Am besten bekannt sind wohl die Alkoholpsychosen, deren toxische Genese, mit und ohne Annahme ätiologischer Zwischenglieder, nicht mehr bezweifelt wird. Nur bei dem pathologischen Rausch kann die Zugehörigkeit

zu den toxischen Psychosen bestritten werden. Die Bezeichnung pathologischer Rausch ist kein Gegensatz zu der Auffassung, die auch im gewöhnlichen Rausch eine, wenn auch nur ganz kurzdauernde Form geistiger Störung erblickt. Denken wir uns einen Zustand, wie ihn ein Betrunkener darbietet, mehrere Tage andauernd, so würden wir ihn als eine schwere Geisteskrankheit auffassen, und wenn das Bild eines Rausches nicht durch den Alkohol, sondern ein anderes Gift, etwa durch Atropin, entstehen würde, so würden wir unbedenklich von einer Geistesstörung durch Vergiftung sprechen.

Für mich ist auch der — *sit venia verbo* — normale Rausch eine allerdings prognostisch sehr günstige akute Intoxikationspsychose. Wenn ich gleichwohl an der Bezeichnung des pathologischen Rausches festhalte, so bestimme mich dazu vor allem, daß der Name sich eingebürgert und kaum mißverständlich ist, und ferner, daß bisher kein besserer gefunden worden ist. Wir verstehen unter pathologischem Rausch eine von den gewohnten Bildern der Betrunktheit abweichende krankhafte Reaktion des Individuums auf den Alkohol. Die Ursache aber dieser Reaktion ist nicht die Menge oder die Konzentration des genossenen Alkohols, sondern die psychogene oder epileptische, zuweilen auch die paralytische oder katatonische Grundlage, auf die der Alkohol eingewirkt hat. Ich glaube deshalb, wenn auch ohne die Vergiftung durch Alkohol, die zuweilen übrigens sehr gering ist, der Zustand nicht denkbar ist, doch die pathologischen Rauschzustände nicht als eine eigene Form betrachten zu sollen, vielmehr sie in der Systematik den psychopathischen Erkrankungen anreihen zu müssen, die das Ausschlaggebende für die Entstehung sind. Der pathologische Rausch ist also kein Krankheitstypus, wie das Delirium tremens, die Alkoholhalluzinose, sondern eine Syndrom auf dem Boden einer anderseitigen Grundkrankheit, der Hysterie, der Epilepsie, der Paralyse usw.

Alle andern Formen der Alkoholpsychosen stellen einwandfreie Typen von Krankheiten mit bestimmten Symptomen, bestimmtem Verlauf und bestimmtem Ausgang dar. Einzelne Fälle von Delirium tremens heilen nicht. Das widerspricht dieser Auffassung. Aber beweisen nicht gerade diese seltenen Vorkommnisse, wie wertvoll das Festhalten an Krankheitstypen ist? Erst dadurch, daß wir mit Bestimmtheit bei dem Delirium tremens auf eine kritische Lösung in wenigen Tagen zu rechnen gewohnt sind, wird unsere Aufmerksamkeit auf den atypischen Verlauf gelenkt und die Frage, ob diese Fälle zum Delirium tremens gehören, erst aufgeworfen. Aufgabe der weiteren klinischen Forschung ist es dann, diese Frage zu beantworten und das Wesen der nicht heilenden Krankheitsbilder zu ergründen.

Die Stellung der andern Intoxikationspsychosen ist klar. Sie beruhen alle auf einer mehr oder weniger chronischen Vergiftung und zeigen durchweg sehr typische Symptome. Die Seltenheit mancher dieser Formen ist wohl schuld daran, daß nicht alle Einzelheiten als endgültig feststehend zu betrachten sind, aber besondere Schwierigkeiten macht die Diagnose dieser Erkrankungen nicht.

III.

Die dritte große Gruppe, die „organischen Erkrankungen“, setzen sich aus allen den Erkrankungen zusammen, bei denen wir eine organische

Veränderung des Gehirns voraussetzen dürfen, eine Veränderung, die weder heilbar ist noch aufhört, wenn die Ursache der Veränderung beseitigt wird.

Über die einzelnen Untergruppen ist an dieser Stelle nicht viel zu sagen. Wenigstens soweit es die *Dementia paralytica*, die *Lues cerebri* und die Psychosen bei Gehirnerkrankungen betrifft, obgleich die differentialdiagnostischen Merkmale noch sehr der Verfeinerung bedürfen. Aber diese Schwierigkeiten zu erörtern, ist Sache der speziellen Bearbeitung dieser Krankheitstypen.

Bei den Rückbildungserkrankungen habe ich die *Involutionsdepression*, die *arteriosklerotische* und die *senile Demenz* unterschieden. Ich bekenne mich offen zu denen, die an der Selbständigkeit der *Involutionsmelancholie* festhalten. Daß es nicht leicht ist, die differentialdiagnostischen Kennzeichen zu finden, gebe ich zu, auch daß wir manche Fälle, in denen wir eine typische *Melancholie der Rückbildungszeit* vor uns zu haben glaubten, später rezidivieren sehen. Auch gebe ich zu, daß sich ein typisch manisch-depressives Irresein ausnahmsweise zuerst in der *Involutionsperiode* zeigt. Aber ich hoffe, daß es einer Vertiefung in die Symptome der *Melancholie* glücken wird, diejenigen Erscheinungen festzustellen, die sie von den in der Affektrichtung gleichen, in manchen Symptomen ähnlichen *Depressionen* trennen.

Einer der wichtigsten Gründe, die mich dazu veranlassen, an der Verschiedenheit der beiden Erkrankungen festzuhalten, ist die Beobachtung, daß die *Melancholischen* häufig aus Familien stammen, in denen *Apoplexien* und ähnliche Symptome auf eine Gefährdung des Blutgefäßsystems hinweisen, während das manisch-depressive Irresein fast stets auf gleichartiger Prädisposition beruht. Das ist gewiß kein ausreichender Beweis, aber immerhin eine Erfahrung, die uns zu ernstester Prüfung dieser vielumstrittenen Frage zwingt. Meiner Ansicht nach besteht eine viel größere Verwandtschaft der *Involutionsmelancholie* zu den Formen des präsenilen *Eifersuchtswahns*, zu den vorübergehend oder länger wahnhaft gefärbten Zuständen leichter Verworrenheit und Angst, die wieder ohne scharfe Grenze zu den *arteriosklerotischen* und *senilen Demenzzuständen* überleiten. Die pathologische Anatomie hat gerade bei diesen Zuständen schon manches geklärt, ihr, aber nur Hand in Hand mit unermüdlicher klinischer Beobachtung, wird es auch gelingen, die Streitfrage, ob die *Melancholie der Involutionszeit* einen selbständigen Krankheits-typus darstellt, zu lösen und ihre Beziehung zu den verschiedenen Formen der *senilen Rückbildungsvorgänge* im Gehirne klarzustellen.

Der heutige Stand der anatomischen Kenntnis erlaubt es wohl kaum, schon jetzt mit völliger Bestimmtheit zu behaupten, daß die *Dementia praecox* eine wohlbekannt organische Gehirnerkrankung ist. Selbst wenn sich die besonders von *Alzheimer* gefundenen Hirnveränderungen als charakteristische Merkmale *hebephrener Prozesse* herausstellen sollten, bliebe es immer noch fraglich, ob diese Veränderungen als die Ursache der Erkrankung oder als ihre Folgen zu betrachten seien. Aber diese Schwierigkeit betrifft nur die Deutung des Zusammenhangs der Symptome mit den anatomischen Befunden. Die Tatsache, daß sich regelmäßig charakteristische anatomische Veränderungen bei der *Dementia praecox* finden, beweist, daß diese Erkrankung zu den organischen Psychosen gehört. Ich meine sogar, das könnte auch dann kaum zweifelhaft

sein, wenn die anatomische Forschung uns einstweilen noch im Stiche lassen würde. Eine Erkrankung, die in ihren schwersten Fällen, und diese sind doch keine Seltenheiten, zu so hochgradiger und gleichmäßiger Verblödung führt, muß auf organischen Veränderungen beruhen. Dem widerspricht allerdings die Tatsache der sogenannten Spätheilungen; aber diese Spätheilungen sind doch in Wirklichkeit nur Besserungen. Der Kranke wird geordnet in seinem Benehmen, klarer in seinem Bewußtsein, korrigiert seine Wahnideen, zeigt weniger deutlich seine merkwürdigen Manieren, sein Negativismus schwindet. Aber geheilt sind die Kranken nicht. Ihre affektive Stumpfheit bleibt, und die Spuren der hebephrenen Verschrobenheit sind unverkennbar. Sollte man dabei wirklich annehmen, daß derartige Dauerdefekte, Defekte, die den Verlust des Wertvollsten im Seelenleben, des Empfindungslebens, bedeuten, ohne ernste organische Schädigung zustande kommen? Das erscheint mir unmöglich, und ich halte mich aus dem Grunde für berechtigt, die Dementia praecox als eine organische Erkrankung aufzufassen.

Die Abarten des Krankheitstypus der Dementia praecox, die Bleuler als Schizophrenie bezeichnet, sind klinisch nicht scharf geschieden; wir sind wenigstens zurzeit nicht imstande, die Fälle von hebephrener Verblödung von denen mit vorwiegend katatonischer Färbung und von den paranoiden Zuständen mit solcher Sicherheit zu trennen, daß wir sie als verschiedenartige Krankheitstypen ansehen dürfen. Mir persönlich sind sie immer nur als klinische Varianten erschienen. Doch ist hier das letzte Wort noch nicht gesprochen, und vielleicht gelingt es doch, die Wesenart der verschiedenen Bilder zu erfassen, insbesondere zu entscheiden, ob die Fälle mit vorwiegender Wahnbildung nicht eine andere Deutung verlangen.

Die Epilepsie hat lange Zeit als eine Erkrankung gegolten, deren Symptomatologie wohl etwas ergänzt und diagnostisch verfeinert werden konnte, und deren Ursachen noch besser erforscht werden mußten, deren Gesamtaufassung aber festzustehen schien. Neue und recht ernste Schwierigkeiten traten für den Kliniker erst dann auf, als man die Wichtigkeit der psychischen Äquivalente erkannte, und damit vor die Frage gestellt wurde, ob der epileptische Krampfanfall das für die Krankheit charakteristischste und für die Diagnose unentbehrliche Symptom sei. Die Untersuchungen über die Ursachen der Epilepsie, nicht zum wenigsten bedingt durch die Bedürfnisse der Chirurgen, die für operative Eingriffe günstigen Fälle abzugrenzen, anatomische und symptomatologische Forschungen ließen dann immer klarer hervortreten, daß die Epilepsie kein einheitlicher Krankheitstypus ist, sondern daß wir sie trennen müssen in Fälle, in denen der epileptische Anfall, im weitesten Sinne, als Symptom auftritt, und in solche, in denen wir von der Krankheit Epilepsie sprechen dürfen. Daß diese letzteren Fälle immer seltener geworden sind, ist nicht zu leugnen. Ob wir aber mit Redlich den Begriff der idiopathischen oder genuinen Epilepsie ganz aufgeben müssen, ist doch fraglich. Möglich, daß der epileptische Anfall nichts weiter ist als eine eigenartige Veränderung des Gehirns, auf bestimmte toxische, thermische, entzündliche, mechanische, wohl auch auf psychische Reizungen in einer spezifischen Weise zu reagieren, möglich auch, daß diese verschieden verursachten und verschieden gestalteten Reaktionstypen eine einheitliche Grundlage besitzen. Bedauern kann man diese Unsicherheit

wohl, aber was die Diagnostik der Epilepsie an Sicherheit und Bequemlichkeit verliert, das gewinnen wir an Anregung zu neuen Forschungen. Wenn wir an der genuinen Epilepsie als einer selbständigen Krankheit einstweilen festhalten, so betrachte ich das nicht als eine Verteidigung eines morschen Gebäudes, von dem jeden Tag neue und wichtige Stücke abbröckeln, sondern als den einzigen Weg zur Klärung der Streitfragen. Jeder neue Befund — ob anatomischer, klinischer, chemischer Art ist dabei gleichgültig — muß unsere Kenntnis von dem Wesen der Epilepsie fördern, und jeder Stein, der abbröckelt, wird zum Baustein der neuen und gefestigteren klinischen Auffassung.

Die Auffassung, daß nur solche Erscheinungsformen der genuinen Epilepsie angehören, bei denen neben den epileptoiden Zuständen die geistige Verödung und Verblödung fortschreitend zunehmen, sucht in dem progredienten Prozeß das wichtigste Merkmal. Ich weiß nicht, ob mit Recht. Mir erscheint vielmehr immer noch als das Wesentlichste die periodisch sich wiederholenden Bewußtseinsstörungen, die von Krampfsymptomen begleitet sein können, aber nicht begleitet sein müssen. Wie dem aber auch sei, ich zweifle nicht daran, daß der Epilepsie anatomische Veränderungen zugrunde liegen, auch da, wo nicht irgend eine Lokalerkrankung das Symptom (nicht die Krankheit) epileptischer Zustände hervorruft. Ich halte es dabei für nicht ausgeschlossen, daß wir auch innerhalb der Epilepsie, ähnlich wie es innerhalb der arteriosklerotischen Prozesse geglückt ist, anatomisch und später auch klinisch verschiedene Verlaufsarten finden werden, die vielleicht mehr sind als klinische Varianten. Wenigstens deutet die Verschiedenartigkeit der epileptischen Symptome und ihrer Gruppierung auf solche prinzipielle Unterschiede hin.

Die letzte Gruppe ist die des Schwachsinn mit seinen Unterformen der Idiotie und Imbezillität. Vielfach werden von der Imbezillität noch die ganz leichten Schwachsinnzustände als Debilität abgegrenzt. Zwischen dem Idioten, dem nicht bildungsfähigen Schwachsinnigen und dem erziehbaren Imbezillen besteht ebensowenig eine scharfe Grenze wie zwischen diesem und dem beschränkten, geistig wenig regsamen, aber noch als normal zu bezeichnenden Menschen. Ich empfinde deshalb auch kein Bedürfnis nach einer weiteren Zwischenform, der Debilität, die nur graduell von der Imbezillität verschieden ist.

Aber spricht nicht der fließende Übergang zwischen normalentwickelter und geringer Intelligenz gegen die Auffassung des Schwachsinn als einer anatomisch greifbaren und organisch bedingten Erkrankung? Für die ausgeprägten Fälle der Idiotie und der Imbezillität kennen wir bereits die anatomischen Befunde; ja, wir sind bereits imstande, verschiedene Krankheitsprozesse innerhalb der Idiotie zu unterscheiden. Je mehr wir uns der Norm nähern, um so weniger leicht wird es sein, die Veränderungen zu finden. Aber die Hirnforschung hat uns so viel Aufklärung gebracht, daß wir hoffen dürfen, auch für die leichten Fälle von Schwachsinn die sie bedingenden Prozesse destruktiver oder hypoplastischer Art kennen zu lernen.

Ich habe versucht, die Stellung der einzelnen Krankheitstypen innerhalb eines mir brauchbar erscheinenden Systems zu bestimmen und, soweit das in der gebotenen Kürze möglich war, zu begründen. Viele Fragen, so die nach dem Einflusse der Autointoxikation des Körpers, der Funktion der Drüsen, mußten ganz beiseite gelassen, vieles konnte nur angedeutet werden. Aber ich hatte mir auch nicht die Aufgabe gestellt, zu allen Streitfragen Stellung zu nehmen oder gar zu versuchen, ein System der Psychosen aufzustellen, das allen Angriffen standzuhalten vermag und vielleicht nur kleiner und unwesentlicher Änderungen bedarf. Das ist unmöglich und wird wohl noch auf lange Zeit unmöglich bleiben. Auch andere medizinische Fächer sind nicht in der Lage, über eine unabänderliche Systematik der Erkrankungen zu verfügen. In der Psychiatrie ist noch alles im Flusse, alles im Werden. Wir dürfen uns dessen freuen, denn wir stehen vor einer Überfülle von verlockenden Problemen, großen, wie denen der Ätiologie, der Pathogenese, kleinen, wie dem Ausbaue der klinischen Symptomatologie.

Meine kurze Skizze sollte nichts weiter bezwecken, wie den Aufbau eines Einteilungssystems in fester, aber nicht endgültiger Fassung zu geben und innerhalb dieses Aufbaues den Krankheitstypen eine bestimmte Stellung anzuweisen. Was daran Verfehltes ist, wird die weitere Forschung in hoffentlich nicht zu ferner Zeit als falsch erkennen lassen; was daran brauchbar ist, wird sich bewähren. Die resignierte Stimmung des Klinikers, der in dem Chaos der Erscheinungen jeden festen Punkt vermißt, lähmt die Schaffensfreudigkeit; mir erscheint es besser, dem Ziele, das zurzeit noch in weiter Ferne liegt, in unerschütterlichem Optimismus nachzustreben und sich nicht durch Fehlschläge entmutigen zu lassen. So wie ich die Systematik der Psychosen dargestellt habe, soll sie nicht eine Lösung der Fragen geben, sondern Aufgaben stellen, Aufgaben, die den Forscher locken, und an deren Lösung mitzuarbeiten, allein schon eine große Befriedigung geben muß.

Literatur.

A.

- Alzheimer, Die diagnostischen Schwierigkeiten in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. I.
Angiolella, Sulla classificazione degli stati psicopatici. Il manicomio moderno, Bd. XV, S. 1.
Arndt R., Lehrbuch der Psychiatrie, 1883.

B.

- Ball, Leçons sur les maladies mentales. II. édition, Paris 1890.
Ballet, Traité de pathologie mentale. Paris, O. Doin, 1903.
Becker Th., Einführung in die Psychiatrie, 1908, 4. Aufl.
Bianchi, Trattato di psichiatria. Napoli, Pasquale.
Binswanger - Siemerling O., Lehrbuch der Psychiatrie, 1907, 2. Aufl.
Bonhoeffer, Zur Frage der exogenen Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 1909.
Brosius, Die Elemente des Irreseins. Neuwied, Leipzig 1865.
Bumke, Zur Frage der funktionellen Psychosen. Fortschritte der naturwissenschaftlichen Forschung, Bd. VI.

C.

- Cimbal W., Taschenbuch zur Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten, 1909.

D.

- Dereum A., clinical signification of insanity. Journal of nervous and mental diseases, Sept. 1901.
Dornblüth O., Kompendium der Psychiatrie, Leipzig 1894, Veit & Co.
— Moderne Einteilung der Geisteskrankheiten. Münchener med. Wochenschr., 1904.
Dost M., Kurzer Abriss der Psychologie, Psychiatrie und gerichtlichen Psychiatrie, 1908.
Dreyfus, Die Melancholie ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins, Jena 1907.

E.

- Eschle R. C., Grundzüge der Psychiatrie, 1907.

F.

- Falret M., Leçons cliniques de médecine mentale. J. B. Baillière, Paris 1854.
Francotti H., A propos de la révision de la classification officielle. Bull. de la société de médecine mentale de Belgique, Sept. 1897.
Fuhrmann M., Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten, 1903.

G.

- Garnier et Cololian, Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses. Hygiène et prophylaxie, J. B. Baillière et Fils, Paris 1901.

- Gaupp, Eduard Toulouses Versuch einer neuen Einteilung der Geisteskrankheiten. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 1900.
 — Über die Grenzen psychiatrischer Erkenntnis. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 1902, Nr. 1.
 — Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münchener med. Wochenschr., 1905.
 — Wege und Ziele psychiatrischer Forschung. H. Laupp, Tübingen 1907.
 Geist, Über die Klassifikation der Psychosen, insbesondere der periodischen. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 64.
 Griesinger W., Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 1876, 4. Aufl. (Eine fünfte erheblich veränderte Auflage ist 1892 von Levinstein-Schlegel herausgegeben worden.)

H.

- Hartmann, Biologische Aufgaben des zentralen Nervensystems usw. Wien 1910.
 Hecker, Zur Begründung des klinischen Standpunktes in der Psychiatrie. Virchows Arch. f. pathol. Anat., Bd. 52.
 — Zur klinischen Diagnostik und Prognostik der psychischen Erkrankungen. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 33, S. 602.
 Hellpach W., Grundlinien einer Psychologie der Hysterie. Leipzig, Wilh. Engelmann, 1904.
 — Grundgedanken zur Wissenschaftslehre der Psychopathologie. Leipzig, Wilh. Engelmann 1906.
 Hoche, Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol u. Psych., Bd. XII, S. 540.

I.

- Illberg, Die Prognose der Geisteskrankheiten. Halle a. S. 1901.

J.

- Jacobi, Die Hauptformen der Seelenstörungen. Leipzig 1844.
 Janet, Pierre, Problèmes psychologiques, Plon-Nourrit & Cie., Paris 1909.

K.

- Kahlbaum, Die Gruppierung der psychischen Krankheiten. Danzig 1863.
 — Die klinisch-diagnostischen Gesichtspunkte der Psychopathologie. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. 126 (1878).
 Keraval P., La pratique de la médecine mentale. Vigot Frères, Paris 1901.
 Kirchhoff Th., Lehrbuch der Psychiatrie, 1892.
 — Grundriß der Psychiatrie, 1899.
 Koch J. L. A., Kurzgefaßter Leitfaden der Psychiatrie, 1889, 2. Aufl.
 Kraepelin E., Die klinische Stellung der Melancholie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. VI.
 — Einführung in die psychiatrische Klinik, 1905, 2. Aufl.
 — Fragestellungen der klinischen Psychiatrie. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 1905.

L.

- Legrand du Saulle, Die erblichen Geistesstörungen. Deutsch von Stark. Stuttgart 1874.
 Leidesdorf, Lehrbuch der psychischen Krankheiten. Erlangen, 1865.
 Liepmann, Über Wernickes Einfluß auf die klinische Psychiatrie. Monatsschr. f. Psych., Bd. 30.

M.

- Magnan, Psychiatrische Vorlesungen. Deutsch von Möbius. Leipzig 1893.
 Marie A., Traité international de psychologie pathologique, Bd. I. Psychopathologie générale, Felix Alean, Paris 1910.

- Mendel E., Leitfaden der Psychiatrie, 1902.
 Meynert Th., Skizzen über Umfang und wissenschaftliche Anordnung des psychiatrischen Lehrstoffes. Psych. Zentralbl., 1876.
 — Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns. Erste Hälfte, 1884.
 — Klinische Vorlesungen über Psychiatrie, 1890.
 Morel, Traité des maladies mentales. Paris 1860.

N.

- Neumann H., Leitfaden der Psychiatrie für Mediziner und Juristen, 1883.
 — Psychiatrie. Erlangen 1859.
 Nissl, Über die sogenannten funktionellen Geisteskrankheiten. Münchener med. Wochenschr., 1899, Nr. 44.
 — Kritische Bemerkungen zu Ziehens Aufsatz: Über einige Lücken und Schwierigkeiten der Gruppierung der Geisteskrankheiten. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 1903, Nr. 170.

P.

- Pelman C., Über die Grenzen zwischen psychischer Gesundheit und Geistesstörung. J. R. Richter, Hamburg 1884.
 — Psychische Grenzzustände. Friedr. Cohen, Bonn 1909.
 Pilcz A., Lehrbuch der speziellen Psychiatrie, 1909, 2. Aufl.

R.

- Räcke J., Grundriß der psychiatrischen Diagnostik, 1909, 2. Aufl.
 Regis E., Des auto-intoxications dans les maladies mentales; faits d'ordre chimique et expérimental. Archives cliniques de Bordeaux, Paris, Nr. 10 u. 11.
 Reichardt M., Leitfaden zur psychiatrischen Klinik, Jena 1907.
 Rémond A., Précis des maladies mentales. Rudeval, Paris 1904.
 Rémond et Lagriffe, Essai sur la classification de la Psychiatrie. Gazette des hopitaux, 1902.
 Römer H., Eine Einteilung der Psychosen und Psychopathien. Zeitschr. f. Neurol. u. Psych., Bd. XI, S. 69.

S.

- Salgo J. (Weiß), Kompendium der Psychiatrie, 1889, 2. Aufl.
 Samt Paul, Die naturwissenschaftliche Methode in der Psychiatrie. Aug. Hirschwald, Berlin 1874.
 Savage, Klinisches Lehrbuch der Geisteskrankheiten und der Psychoneurosen. Leipzig 1887.
 Scholz Fr., Lehrbuch der Irrenheilkunde, 1892.
 Schröder, Über die Systematik der funktionellen Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 1909.
 Schüle H., Handbuch der Geisteskrankheiten. Leipzig 1878.
 — Klinische Psychiatrie (v. Ziemssens Handbuch der Pathologie und Therapie, Bd. XVI), 1896, 3. Aufl.
 Sommer, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethode. Berlin-Wien 1899.
 — Diagnostik der Geisteskrankheiten, 1901, 2. Aufl. (dazu Atlas von Alber, 1902).
 Specht, Über den Wert der pathologischen Methode in der Psychologie und die Notwendigkeit der Fundierung der Psychiatrie auf einer Pathopsychologie. Zeitschr. f. Pathopsychologie, 1911, Bd. I, H. 1.

T.

- Tiling Th., Individuelle Geistesartung und Geistesstörung. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1904.
 Tuzcek, Die wissenschaftliche Stellung der Psychiatrie. Marburger akademische Reden, 1906, Nr. 15.
 Handbuch der Psychiatrie: Aschaffenburg.

U.

- Urquhart, Nomenclature of mental diseases. The journal of mental science, Bd. 49.
 Urstein, Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein.
 Berlin-Wien 1909.

V.

- Vorster, Über die Vererbung endogener Psychosen in Beziehung zur Klassifikation. Monats-
 schrift f. Psych. u. Neurol., Bd. IX, H. 3.
 Voss G., Zur Frage der Entartung und des Entartungsirreseins. Deutsche med. Wochenschr.,
 1910, Nr. 1.

W.

- Wernicke C., Über den wissenschaftlichen Standpunkt in der Psychiatrie. Theodor
 Fischer, Cassel 1880.
 — Krankenvorstellungen aus der Psychiatrischen Klinik in Breslau, 1899.
 — Psychiatrische Abhandlungen, 1899, H. 12.
 — Über die Klassifikation der Psychosen. Psych. Abhandlungen, 1899, H. 12.
 — Grundriß der Psychiatrie, 1900.
 Weygandt W., Atlas und Grundriß der Psychiatrie, 1902.
 — Zur Frage der materialistischen Psychiatrie. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych.,
 Heft Juli, 1900.

Z.

- Ziehen, Über einige Lücken und Schwierigkeiten der Gruppierung der Geisteskrank-
 heiten. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XV.
 — Psychiatrie. S. Hirzel, Leipzig 1911, 4. Aufl., S. 360.