Die Stellung der Neurosen zueinander und zu den Psychosen.

Von

Dr. Harald Siebert,

Nervenarzt und leitender Arzt der psychiatr. Abteilung des Stadtkrankenhauses
in Libau.

Die Trennung der Neurosen und Psychosen voneinander im klinischen Sinne ist vielfach nur durch quantitative Unterschiede bedingt, so weit man eben einzelne krankhafte Symptome in ihrer Bedeutung und ihrem biologischen Geschehen richtig zu deuten imstande ist, und es kann wiederum oft eine qualitativ unüberbrückbare Kluft zwischen diesen beiden Affektionen des Nervensystems liegen. Die bestehenden weitgehenden Berührungspunkte einzelner Störungen in ihren äußeren Projektionsformen bedingen, daß man durchaus mit den engen verwandtschaftlichen Faktoren rechnen muß. Was „Sein“ und was „Schein“ ist, läßt sich nach unserem heutigen Stande des Wissens nicht immer exakt bestimmen, ja vielfach sind dies Probleme, bei welchen der tappendste Versuch der Forschung nach Ursachen schon ins Uferlose führt. Und doch benötigt die Klinik der Begriffe einzelner Unterformen der Neurosen und Psychosen; wir bedürfen ihrer der gegenseitigen Verständigung halber, wir brauchen mehr oder weniger umschriebene Komplexe aus prognostischen und therapeutischen Gründen, ganz abgesehen von dem rein wissenschaftlichen Standpunkt des Strebens nach Erforschung des Werdens und Seins nosologischer Einheiten.

Voll entwickelte Krankheitsbilder geben nun relativ selten Grund dazu, über die Vielgestaltigkeit und Sprunghaftigkeit einzelner Formen nachzudenken, hingegen sind die Anfangsstadien und die atypischen bzw. Grenzfälle einzelner Neurosen und Psychosen gerade sehr danach angetan, den Untersucher irre zu führen oder zu einer beobachtenden Zurückhaltung zu zwingen, ehe er mit einer richtigen Urteilsfällung zutage tritt.

Die progressive Paralyse ist eine organische Gehirnkrankheit mit bekanntem anatomischem Bilde, mit weitgehenden

die Diagnose erleichternden chemischen, serologischen und cytologischen Eigenschaften, sowie einer Reihe prägnanter neurologischer Symptome. Wir können daher dieses Leiden von unserer summarischen Betrachtung ohne Bedenken ausschließen, obgleich das fälschliche Ansprechen einer progressiven Paralyse für eine *Dementia praecox*, Manie, Melancholie oder beliebige Art von Neurose wohl als eine der häufigsten Irrdiagnosen gelten darf, bis dann der ominöse Verlauf erst den wahrhaftigen Prozeß deklariert. Immerhin wird es sich in der Mehrzahl solcher Vorkommnisse um rein technische Irrtümer handeln, deren Zustandekommen wohl zu erklären sein dürfte, wobei jedoch in der Mehrzahl der Fälle das Erkennen der Krankheit möglich gewesen wäre.

Anders ist es mit der Gruppe der Schizophrenien, der *Dementia praecox*. Wohl die meisten erachten auch dieses Leiden für einen organischen Hirnprozeß (eventuell durch Störungen der inneren Sekretion bedingt), und speziell die katatonen Formen lassen hieran kaum Zweifel obwalten, doch haben wir bis jetzt noch keine Anatomie dieses Leidens; wir besitzen ferner in der Antitrypsinbestimmung und in dem Dialysierverfahren, in den Reaktionen des vegetativen Nervensystems auf das Adrenalin usw. bei der *Dementia praecox* nichts weniger als zuverlässige Methoden den psychotischen Zustand in seiner Entstehungszeit zu erkennen und speziell gegenüber anderswertigen Leiden abzugrenzen, falls homologe Symptome nach der einen oder anderen Richtung hindeuten. Da wir die Schizophrenie also nicht auf chemischem oder ähnlichem Wege gegenüber qualitativ anderswertigen Affektionen abgrenzen können, sind wir auf klinische Beurteilung angewiesen und müssen diese Krankheit auch anders als die progressive Paralyse in die Komplexe der Psychosen einreihen.

Ich habe nun nach meinen eigenen Erfahrungen versucht, diese schwerwiegenden Fragen graphisch darzustellen und zu dem Zweck ein Schema von Kreisen entworfen (Fig. 1). Als Paradigma für eine solche Darstellung galt mir eine gleichfalls in Kreisen geschaffene Skizze von Bershewski¹⁾, die verwandtschaftlichen Beziehungen einzelner Schwammarten betreffend, und ferner eine den hier zu behandelnden Fragen nahe stehende Arbeit von J. Schroeder²⁾ über die

1) Die Philosophie der Kalkschwämme (russisch).

2) Über die Systematik der funktionellen Psychosen. Zentralbl. f. Psych. 20.

untereinander symptomatologisch verwandten und kongruenten funktionellen Psychosen nach der Klassifikation Ziehens und Kraepelins. Wohl rechnet Schroeder die *Dementia praecox* zu den funktionellen Psychosen, doch war das eine für jene Zeit fast allgemein gültige Anschauung, und hat auch der Autor seiner gesamten Auffassung eine psychologische Betrachtungsweise zugrunde gelegt. Letzten Endes besitzen wir auch heute noch nicht, wie schon oben erwähnt, eine pathologische Anatomie des Leidens, und Bleuler¹⁾ betont: „... von den histologischen Veränderungen wissen wir nicht, ob sie die Ursache der Psychose oder bloß den psychischen Symptomen parallele Erscheinungen sind, indem beispielsweise ein toxisches Agens einerseits die psychischen Symptome, andererseits die anatomischen Veränderungen hervorbringt“.

Was meine eigenen Beobachtungen anbelangt, so beruhen dieselben im wesentlichen auf einem ausgedehnten Material der Sprechstunde, dem sich ferner eine große Zahl von Klinik- und Krankenhausfällen anschließt, wobei ich in der Lage war, viele im Laufe der Zeit anders sich gestaltende Störungen weiterhin — oft nach Jahren erst — in der von mir geleiteten psychiatrischen Abteilung zu beobachten und zu behandeln. Der Zeitabschnitt umfaßt 8 Jahre. — Diese Darstellung soll besagen, daß diejenigen Störungen, welche in die Zeichnung eingebegriffen sind, sich öfters durch anscheinend oder faktisch gleiche Symptome nach außen projizieren, und daher den Untersucher nach der einen oder anderen Richtung hin beeinflussen können, oder aber, daß in der Tat die Symptomenbilder so weit miteinander verkettet sind, sich miteinander vermischen und dadurch wiederum zu einem neuen Ganzen verschmelzen. Jeder Arzt, der diesen Dingen näher getreten ist, weiß es, wie wenig man solche Zustände nach Art einer mathematischen Formel auffassen kann, und wie eine zirkumskripte Abgrenzung immer ein frommer Wunsch bleiben wird. In der Zeichnung bekunden die segmentär einander schneidenden Kreise eine weitgehende Verwandtschaft im klinisch-symptomatischen Sinne, während die tangential zueinander gestellten Kreise schon einen weiteren Grad klinischer Ähnlichkeit — „Berührungspunkte“ — enthalten. Es sind von dieser Betrachtung ausgeschlossen Kriegs- und Unfallneurosen im engsten Sinne des Wortes, weil diesen Störungen rein episodische Eigenschaften anhaften, die für eine allgemeine Grund-

1) *Dementia praecox* oder Gruppe der Schizophrenien, S. 376.

auffassung nicht in Frage kommen. — Bei den Neurosen habe ich den Versuch gemacht, auch quantitativ ihre jeweilige Anzahl dem Radius des entsprechenden Kreises in Parallele zu setzen und dabei mein eigenes Material als Vergleich gelten zu lassen; für die Psychosen könnte das höchstens im großen und ganzen gelten, der Radius ihrer Kreise ist auch mehr aus technischen Gründen — zu Konstruktionszwecken des Schemas — größer gewählt worden, was durch Offenlassen der Kreise dokumentiert werden soll.

Nehme ich nun als Grundtyp für die Neurosen die degenerative Neuro-Psychopathie mit allen ihren Anomalien des Affekts, des Vorstellungslebens, sowie der sensiblen, sensorischen, sekretorischen, motorischen und reflektorischen Verhältnisse, so müssen wir um diesen zirkumskripten Begriff die weiteren Komplexe aufbauen. Als prinzipielle Auffassung für diese Störungen gilt a priori die entsprechende konstitutionelle Veranlagung, die endogene Note. Für ausschließlich exogene Typen ist diese Betrachtungsweise nicht geeignet.

Die Übergänge solcher psychisch-nervöser Leiden zu den hysterischen Zuständen können liquide sein, wir werden kaum einen stichhaltigen Unterschied im Inhalt solcher Bilder finden, — die Labilität des Affekts, die Sprunghaftigkeit der Neigungen und Triebe und die „funktionelle“ Ausschaltung gewisser Organverrichtungen sind diesen Prozessen gemeinsam eigen. Treten noch die entsprechenden emotionellen Momente dazu, dann kann man mit einem psychogenen Komplex rechnen, und würde derselbe nach der negativen Seite hin vertiefend wirken. Psychogenie (Sommer) und Hysterie sind nicht identisch, aber nahe verwandt¹⁾, wobei sicherlich mit dem Begriff der Hysterie viel Unfug getrieben wird.

Und wiederum gehen diese Affektionen in die Organneurosen über, sie vermischen sich und tauschen ihre charakteristischen Anzeichen miteinander, doch soll man sich speziell in dieser Hinsicht vor Irrtümern hüten. Einmal ist uns das Geschehen der viszerale Nerven, trotz der modernen Begriffe der Vagotonie und Sympathikotonie und der ihre spezielle Diagnose erleichtern und sichern sollenden Mittel (Adrenalin, Atropin, Pilocarpin usw.) in vieler Hinsicht ein mit sieben Siegeln verschlossenes Buch; andererseits ist aber auch die Diagnose einer Organneurose ein ernster Schritt und ein zweischneidiges

1) Hellpach, Die Physiognomie der Hysterischen. Neurol. Zentralbl. 1917, Heft 15. — H. Siebert, Hysterische Dämmerzustände. Archiv f. Psych. 60, Heft 1.

Schwert. Wie viele innere Erkrankungen werden von nervösen Störungen überlagert, und wenn ein intern Kranker das Unglück hat, einen neuro-psychopathischen Typus aufzuweisen, so wird nur zu oft der schwerwiegende Kernpunkt übersehen. Ein erfahrener Internist äußerte: „Wohl oft hat man eine angebliche Neurose als ein organisch bedingtes Leiden entlarven können, aber sicherlich viel häufiger hat man organische Erkrankungen als Neurosen erklärt!“ — Im Schema ist, durch einen Strich mit den Organneurosen verbunden, die Tuberkulose dargestellt. *Mutatis mutantis* könnte jede latente Infektion (Syphilis, Malaria u. a.) eine Neurose beliebiger Art vortäuschen, — das ist jedoch hiermit nicht gemeint, denn die Tuberkulose ist in der Hinsicht viel heimtückischer, und erfahrener Kliniker und beste Methode haben nur zu oft bei der Frühdiagnose dieses Leidens versagt, bis dann schließlich ganz unerwartet für die „neurotischen“ Beschwerden die organische Erklärung auftrat. Man denke bei den Organneurosen ferner an *Ulcus ventriculi* (Beziehungen zum Vagus!), die Präsklerose und behalte auch die Verlegenheitsdiagnose der „Anämie“ im Auge. Mehr verwandt ist den Organneurosen, trotz ihres thyreogenen Wesens, die Basedowsche Krankheit, sie lehnt sich aber auch an die Gruppe der Psychogenie-Hysterie. Disposition im Sinne beträchtlicher Irritabilität von Herz-, Gefäß- und überhaupt Viszeralnerven einerseits, Begünstigung für das Entstehen durch emotive Momente andererseits geben dieser Störung eine immerhin zum Gesamtzyklus gehörende Stellung, und dasselbe gilt unter gewissen Einschränkungen auch für die Quinckesche und Raynaudsche Krankheit, soweit es sich bei ihnen um tatsächlich mehr oder weniger endogene Faktoren handelt und nicht um äußere Schädlichkeiten; denn diese Bezeichnungen sind immerhin Syndrome, und ihre Ätiologie kann sehr verschieden sein (Infektion, Intoxikation, Idiosynkrasien, Intoleranz), dabei bedingt die Art dieser Leiden doch eine Sonderstellung gegenüber anderen Neurosen. Die Affektstörungen der Basedowiker sind sicherlich überwiegend toxischen Ursprunges, während die beiden anderen Leiden beachtenswerte, und speziell für sie charakteristische, psychische Auffälligkeiten ganz vermissen lassen können¹⁾.

Ähnlich steht es mit der Migräne; zwar ist die echte Form auf neuro-psychopathischer Grundlage meist ererbt, und dürfte dieses

1) H. Siebert, *Kasuistische Mitteilungen über das akute, flüchtige Haut-ödem*. Neurol. Zentralbl. 1917, Heft 1.

Faktum auch naturgemäß auf die Träger des Leidens abfärben, aber eine *conditio sine qua non* brauchen solche Momente nicht zu sein. Eine pathologische Anatomie des Leidens kennen wir nicht, obgleich ernstlich mit einem organischen Prozeß im Anfall (Hirnschwellung?) gerechnet werden muß, und deshalb ist die Migräne vielleicht auch etwas ganz anderes, als man landläufig annimmt, wenn man sie für eine Neurose erklärt. Noch weiter von den Grundformen rückt die genuine Epilepsie ab, an welchem Begriff einstweilen festgehalten werden muß, wenschon er beträchtlich aufgelöst worden ist. Als Neurose wird man heute diese Krankheit wohl kaum mehr ansprechen dürfen, sie wird gewissermaßen durch die Migräne mit der Gruppe der Neurosen verbunden.

Ein weiteres an die Grundform sich angliederndes Leiden sind die Neurosen mit vorwiegend hypochondrischem Einschlag. Was ein Hypochonder ist und was er in seinen somatopsychischen Vorstellungen an Intensität und Extensität zu leisten vermag, ist jedem praktischen Arzt und dem Spezialisten jeder Disziplin geläufig; ich erachte es für durchaus möglich, daß der praktische Neurologe relativ weniger Hypochonder in Behandlung hat, als der Rhinologe, Gynäkologe und Dermato-Venerologe. Man denke aber bei der Hypochondrie an dieselben zur Kritik mahnenden Argumente, wie bei den Organneurosen, so sagt Reichardt¹⁾: „Viele Beschwerden sogenannter hysterischer Personen sind gar nicht „hysterisch“, d. h. hypochondrisch eingebildet oder autosuggestiert oder halluziniert. Sondern sie sind in durchaus real begründeter Weise vorhanden, sie sind die notwendigen subjektiven Begleiterscheinungen von mehr oder weniger selbständig auftretenden Störungen im Gebiet der vegetativen Organe und werden nur manchmal von Kranken mit abnormer Psyche in einer besonders intensiven und zum Teil auch fehlerhaften Weise apperzipiert und assoziiert.“ Immerhin bleibt noch ein beträchtlicher Teil reiner Hypochonder bestehen, bei welchen tatsächlich irrealer Leiden zum Ausdruck gelangen, und je nach Grad und Disposition beherrschen die Symptome dieser Störung das psychisch-nervöse Geschehen. Allgemein darf man bei stabiler Hypochondrie durchaus mit dem Bestehen einer schweren degenerativen Behaftung rechnen, und darin nähert sich dieses Leiden weitgehend der Paranoia (im Sinne Siemerlings²⁾ u. a.) und greift, um einstweilen bei den Neurosen zu

1) Heft 8 der Arbeiten aus der Psychiatr. Klinik zu Würzburg, S. 105.

2) Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger u. Siemerling.

verweilen, in beträchtlichem Umfang in die neurasthenischen Formen hinein.

Auch diese gelten hier als endogene Erkrankungen, sie umfassen die Phobien, die Zweifel- und Grübelsucht und den ganzen Komplex psychisch-nervöser „Asthenie“, den man nur zu häufig mit entsprechenden degenerativen Charakteranlagen, mit psychogen-hysterischem Einschlag, mit Störungen und Insuffizienzerscheinungen des vegetativen Nervensystems einhergehen sieht.

Damit wäre unser Circulus vitiosus der Neurosen abgeschlossen, wir ersehen aus demselben den innigen Zusammenhang, den diese Krankheiten im allgemeinen in ihren wesentlichen Zügen aufweisen, wir finden aber ferner ihre symptomatologische Verwandtschaft mit Psychosen in einem recht beträchtlichen Maße. Ist ihre Symptomenidentität vielleicht nur eine episodische, so kann sie leider nur zu oft verhängnisvoll werden sowohl was Prognose des Leidens anbetrifft, als auch das Leben des Kranken.

Die Dementia praecox mit ihren Unterarten geht durch den sie einleitenden Verlust der Initiative, durch die ihr eigenen somatopsychischen Vorstellungen einen durchaus ähnlichen Weg, wie die Hypochondrie und die neurasthenischen Zustandsbilder, nur muß die Auswertung dieser Phänomene eine wesentlich andere sein, was immer wieder nachdrücklich betont werden muß. Die Melancholie mit ihren negativen Affekten hat nur zu oft ein „neurasthenisches“ Vorstadium; Angst- und Insuffizienzgefühl verbinden symptomatologisch diese beiden Bilder, nur daß die Melancholie mehr durch den Affekt, die Neurasthenie mehr durch die Stabilität der Vorstellungen ausgezeichnet wird. — Die Anlehnung der Manie¹⁾ an die Neurosen ist schon weit oberflächlicher, das gesteigerte Selbstgefühl bei der Manie steht eigentlich im Gegensatz zu den meist mit relativer Depression einhergehenden Neurosen. Trotzdem bemerkt man im Beginn dieser affektiven Psychose eine gewisse Neigung sich an den Arzt zu wenden („Jatropie“), wobei dann in sprunghafter Weise verschiedene halluzinierte oder falsch apperzipierte Leiden vorgetragen werden. Man könnte dieses ja als einen Mischzustand mit der Melancholie bezeichnen, und wäre damit lediglich eine Episode des manisch-depressiven Irreseins dargestellt. Es käme dabei grundsätzlich auf den konstitutionellen Begriff an, jedoch bleibt letzten Endes die klinische Affinität

1) H. Siebert, Die Beziehungen der Manie zu anderen Krankheiten und zum Alltagsleben. Prot. des V. Kurländ. Ärztetages 1914.

der manischen Episoden zu den neurotischen Zuständen eine geringere, als die der depressiv-melancholischen.

Und endlich verbleiben uns die Degenerationspsychosen¹⁾, jene sonderbaren Abweichungen der Psyche, die sich nicht in ein psychiatrisches Schema hineinzwängen lassen: einerseits die pathologischen Charaktere, Schwindler, Abenteurer, moralisch Schwachsinnigen, andererseits Zustände schwerer psychischer Alienation, von Stupor, Mutismus, monatelanger Verschrobenheit des Handelns, die doch schließlich weichen und bedingter Heilung Platz machen. Auffallend bleibt hierbei das effektiv psychogene Moment sowohl bei der Entstehung des Leidens, als auch bei plötzlichem Schwinden solcher Erscheinungen. Daß bei diesen Psychosen das rasseindividuelle Moment (beispielsweise im Sinne beträchtlicher Beteiligung der Ostjuden²⁾) die weitgehendste Beachtung verdient, kann nur unterstrichen werden.

Diese Reflexionen sind deswegen angestellt, um erneut auf die immerhin schwerwiegende Bedeutung des Neurosen-Begriffes hinzuweisen. Wie man eine Neurose behandelt, mit Suggestion, Hypnose, Medikamenten — im Glauben oder Unglauben an ihre Wirksamkeit —, ist letzten Endes Geschmacks- und Erfahrungssache, denn viele Wege können zum gleichen Ziel führen, aber in der Beurteilung des nosologischen Prozesses selbst kann nicht genug vor dem unterschätzen neurotischer Symptome gewarnt werden. — Daß man im Unfalls- und Heereswesen nicht die exogenen Momente überschätzen soll, versteht sich von selbst, aber neurotische Symptome sollen deswegen nicht gering geachtet werden; nicht immer ist es nicht nur Sache der Methode, daß der anderswertige Prozeß nicht richtig gedeutet wurde, sondern lediglich eine Frage des zeitlichen Geschehens, welches dann für die Erkennung den Ausschlag gibt.

Ich möchte deshalb auch meine Auffassung dahin präzisieren, wobei ich auch auf früher von mir ausgesprochene Anschauungen zurückgreife³⁾:

1) P. Schroeder, Die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein und bei den Degenerationspsychosen. Grenzgeb. d. Psych. Neur. usw. 1920, Heft 8.

2) Bonhöffer, Liepmann, Neurol. Zentralbl. 1917, S. 251. — H. Siebert, Studien über die Kriminalität Geisteskranker. Psych.-neur. Wochenschr. 1919/20.

3) H. Siebert, Einige Bemerkungen über die allgemeinen Neurosen. Monatsschr. f. Psych. 35, Heft 4. — Ders., Die Psychosen und Neurosen der Bevölkerung Kurlands. Allg. Zeitschr. f. Psych. 73, Heft 6.

1. Die Neurosen sind meist endogenen Ursprungs, sind aber in ihrer quantitativen Äußerung von vielen akzidentellen Momenten des Körper-, Ich- und Außenlebens abhängig, welche Symptome vertiefen können, aber auch vieles Negative zu beseitigen vermögen.

2. Periodische und episodische Besserung und Verschlechterung im Verlauf der Neurosen sind wohl meist ein Vorgang, der auf konstitutionelle Schwankungen — nach Art des manisch-depressiven Irreseins — zurückzuführen ist.

3. Neben grundsätzlicher Kenntnis der Persönlichkeit ist nur die weitgehendste und fortgesetzte Analyse der krankhaften Äußerungen imstande eine Erkenntnis des pathologischen Prozesses zu schaffen. Es kommt im Kern weniger auf das Suchen einer Diagnose nach der jeweiligen modernen Nomenklatur an, als auf die folgerichtige Bewertung der abnormen Körper- und Geistesreaktionen.

4. Wird nur zu oft den Volks-, Rassen-, ja sogar sozialen Unterschieden ungenügende Rechnung getragen; wohl kennt man theoretisch die allgemeinen Verschiedenheiten der Affekte und Temperamente einzelner Rassen, nur muß man dieselben auch in praxi auf die Beurteilung der äußeren Form der neurotischen Erscheinungen, auf Verlaufsart und Prognose zu übertragen wissen. Rein praktische Beobachtungen haben hierin schon oft die theoretisch-wissenschaftliche Auffassung widerlegen können.