Die Klassifikation in der Psychopathologie.

Ein Vortrag.

Von

Professor Dr. **Robert Gaupp** (Tübingen) ¹⁾.

(Eingegangen am 1. Oktober 1914.)

Die Einteilung aller Äußerungen des Seelisch-Abnormen vollzieht sich seit Kahlbaum in drei Abstufungen: Voran steht die Aufzählung und begriffliche Umgrenzung aller einzelnen psychopathologischen Symptome, also der Störungen des Wahrnehmens, Vorstellens, Fühlens Wollens usw. unter Zugrundelegung der modernen, naturwissenschaftlich orientierten Psychologie — diese Aufgabe soll uns heute nicht weiter beschäftigen; ihr Ergebnis ist in seinem wesentlichen Inhalt fester Besitz unserer Wissenschaft und dem Streit der Meinungen fast völlig entzogen. Zwar täuscht die Verschiedenheit der terminologischen Umgrenzungen der einzelnen Elementarbegriffe bisweilen eine gewisse Unsicherheit unserer wissenschaftlichen Grundlagen vor, und wer an die Vollständigkeit einer allgemeinen Symptomatologie der Geisteskrankheiten hohe Ansprüche stellt, wird noch manche Lücke entdecken und manche Korrektur für nötig erachten. Aber im großen und ganzen ist man doch einig und grundsätzliche Verschiedenheiten treten nur selten zutage.

Die zweite Stufe im System unserer Einteilungen ist die präzise Herausarbeitung bestimmter Symptomenkomplexe [Syndrome, Zustandsbilder, Habitualformen²⁾ Symptomenverkuppelungen]. Früher bildeten sie den einzigen Gegenstand aller psychiatrischen Systematik. Seit Frankreichs erfolgreiche Forscher Falret (1851) und Baillarger (1854) das zirkuläre Irresein und die folie à double forme lehrten, seit

¹⁾ Die Abhandlung ist die fast unveränderte Wiedergabe eines Referates für den — infolge des Krieges unterbliebenen — internationalen Kongreß in Bern. Sie wurde am 15. Juli 1914 abgeschlossen. Gaupp.

²⁾ Ziehen unterscheidet noch zwischen Syndrom (= häufiger und charakteristischer Symptomenkomplex) und Zustand; doch ist diese Unterscheidung nebensächlich.

Kahlbaum (1863) mit der „Einheitspsychose“ aufräumte, seit die Paralyse nicht mehr als eine Kombination verschiedener Krankheitsvorgänge, sondern als einheitliche Krankheit erkannt war, hat sich die Auffassung immer siegreicher durchgesetzt, daß die Psychiatrie gleich den übrigen Zweigen der inneren Medizin sich in ihrem systematischen Bemühen nicht darauf beschränken dürfe, die verschiedenen Syndrome zu umschreiben und zu etikettieren. Allein so klar uns heute diese Tatsache vor Augen steht, so dürfen wir darüber nicht vergessen, daß die scharfe Erfassung des Zustandsbildes, die präzise Abgrenzung bestimmter Syndrome die wichtigste Grundlage für alles weitere Einteilungsbestreben abgeben muß. Seit 8 Jahren verlangt Hoche, der die klassifikatorischen Bemühungen der modernen klinischen Psychiatrie skeptisch bewertet, ja sie als „Jagd nach einem Phantom“ grundsätzlich verwirft, eine sorgfältigere Umschreibung und symptomatologisch feinere Zergliederung der Syndrome, in denen er den, allem Streit der Meinungen entzogenen, gesicherten Besitz unserer klinischen Erfahrungen erblickt und annimmt, daß es sich bei diesen Syndromen wohl um schon normalerweise bereitliegende Symptomverbindungen handle, analog dem Mechanismus des epileptischen Anfalles, der auf bestimmte Reize hin als präformierter Symptomenkomplex zutage trete.

Auf die zweite Etappe in der Einteilung unseres klinischen Erfahrungsmaterials, die Aufstellung der Syndrome folgt nun als die letzte und eigentliche Arbeit des Klinikers der Versuch, Einzelsymptome und Zustandsbilder als Baumaterial für eine klinische Formenlehre zu verwenden und zu Krankheitsvorgängen, „Krankheitsprozessen“, „Krankheitseinheiten“, „espèces morbides“, „entités morbides“, „natürlichen Krankheiten“ vorzudringen, das gesamte klinische Tatsachenmaterial in bestimmte „Formen des Irreseins“ aufzuteilen. Das Verlangen nach einer solchen Formenlehre wird als Forderung in der Regel anerkannt¹⁾; über seine Ausführbarkeit und über das Maß der Erfüllung dieser Forderung gehen freilich die Meinungen heute mehr als je auseinander. Die Psychiatrie mußte die Erfahrung machen, die jede ernstlich betriebene Wissenschaft zu allen Zeiten gemacht hat: je tiefer wir in die Probleme eindringen, um so zahlreicher werden sie, und um so kritischer und bescheidener werden wir in der Abmessung dessen, was

¹⁾ Vgl. auch Jelgersma, Das System der Psychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **13**. 1912. Ein gelegentliches Kokettieren mancher Psychiater mit der alten „Einheitspsychose“ Neumanns ist wohl mehr der Ausdruck kritischen Übereifers oder müder Resignation eines ungeduldigen Temperamentes als wirklich ernsthafte Meinung. — F. Hartmann (Graz) nimmt in diesen Fragen als prinzipieller Hirnpathologe eine Sonderstellung ein, indem er auf den Standpunkt Griesingers zurückkommt und überhaupt keine psychischen Krankheiten, sondern nur psychopathologische Funktionsstörungen bei Gehirnkrankheiten anerkennt.

wir erreicht haben. Das ist nicht so verwunderlich bei Krankheiten, deren Verlauf sich so häufig über Jahrzehnte erstreckt. Vor 40 bis 50 Jahren hatten die Irrenärzte ganz zweifellos weniger Mühe, jedem Einzelfall einen Namen zu geben. Mit wenigen Begriffen kam die Systematik aus: Manie, Melancholie, Tobsucht, Verwirrtheit, Verrücktheit, Demenz. Das augenblickliche Zustandsbild gab den Namen; änderte es sich, so war ein anderer Name zur Stelle und die Prognose überließ man dem lieben Gott. Nur weil wir heute in der deutschen Psychiatrie viel mehr verlangen als diese elementaren Etikettierungen früherer Zeiten, weil wir — dank vor allem Kraepelin — in unseren klassifikatorischen Bemühungen gründlicher geworden sind, werden wir auch leichter enttäuscht, sehen wir uns öfter außerstande, unsere prinzipielle Forderung im Einzelfall zu erfüllen, haben wir so viele „unklaren Fälle“. Denn das möchte ich meinem heutigen Referate voranstellen: es gibt in der heutigen Psychiatrie kein System, sofern es mehr als oberflächliche Zustandsbezeichnungen geben will, in das wir alle Fälle, die wir sehen, einreihen könnten. Jedem, und mag er eine noch so große persönliche Erfahrung besitzen, kommen immer wieder zahlreiche Fälle vor Augen, die ihm fremd sind, denen er keine gleichen Erfahrungen an die Seite stellen kann, die sich keiner klinischen Gruppe einverleiben lassen. Ein so scharfer Beobachter wie Wernicke hat dies vor 15 Jahren bei seinem Studium der Zustandsbilder betont und es ist seither nicht anders geworden. Der deutsche Führer auf dem Gebiet der klinischen Systematik, Kraepelin hat selbst auch niemals gezögert, diese Tatsache ausdrücklich hervorzuheben¹⁾. Aber während Hoche daraus den Schluß zieht, daß es, wenigstens für das Gebiet der sogenannten funktionellen Psychosen, eine Utopie bedeute, mehr als nur Symptomverkuppelungen feststellen zu wollen, bin ich mit Kraepelin der Meinung, daß eine klinische Disziplin, die eine kaum 50jährige Geschichte hinter sich hat, einen sehr erfreulichen Stand erreicht hat, wenn sie sich von der Bequemlichkeit der rein symptomatischen Betrachtungsweise bewußt freigemacht hat und die Ordnung ihrer Erfahrungen nach klinischen Gesichtspunkten mit strenger Kritik und ohne dogmatische Bindung immer wieder von neuem versucht und auch teilweise erreicht.

Es ist viel darüber gestritten worden, nach welchem Prinzip die Einteilung der psychischen Störungen zu geschehen habe. Die Meinungen haben sich allmählich geklärt. Wir wissen, daß wir kein streng logisches Schema anwenden können, sondern das Gute nehmen müssen, wo wir es finden. Man ist im allgemeinen darin einig, daß der anatomischen Forschung der Vortritt gebühre. Wo die patholo-

¹⁾ Vgl. z. B.: Fragestellungen der klinischen Psychiatrie. Zentralbl. f. Nervenheilkunde und Psych. 1905. Außerdem an vielen anderen Orten.

gische Anatomie instande ist, bestimmte Krankheitsvorgänge aufzudecken und in ihrer spezifischen Art darzulegen, da wird sie ohne viel Widerspruch zum Einteilungsprinzip. Und das geschieht um so bereitwilliger, wenn sich in den zugehörigen klinischen Krankheitsbildern neurologische mit psychopathologischen Symptomen kombinieren. Die anatomisch gut fundierte Hirnpathologie gestattet ja in sehr vielen, ja in den meisten Fällen, den neurologischen Symptomen die anatomische Grundlage exakt nachzuweisen. So stehen heute große Gebiete der Psychiatrie klassifikatorisch fast außer Diskussion: die progressive Paralyse und die verschiedenen Formen der Hirnsyphilis, die arteriosklerotischen Hirnerkrankungen mit ihren mannigfaltigen Bildern, ein Teil der senilen Geistesstörungen, die psychotischen Zustände im Verlaufe der umschriebenen Hirnerkrankungen (Tumor cerebri, multiple Sklerose, Hydrocephalus, Hirnblutung und -erweichung usw.); sie alle haben ihren festen Platz im System, wenigstens soweit es sich um die Bildung der großen Gruppen handelt, die der ersten klassifikatorischen Orientierung dienen. Auch die angeborenen Defektzustände verschiedenster Herkunft, die man klinisch unter den Sammelbegriffen der Idiotie, Imbezillität und Debilität zusammenfaßt, sind den theoretischen Kämpfen um das Einteilungsprinzip entzogen, so sehr sie ja noch praktisch-klinisch einer exakten Aufteilung bedürfen. Die letzten Jahrzehnte haben hier große Fortschritte gebracht und auch hierbei ist die pathologische Anatomie eine Strecke weit die Führerin gewesen. Und man kann noch weiter gehen und mit Hoche die Gesamtlage so formulieren, daß alle Psychosen, die „schicksalsmäßig mit einem geistigen Defekt endigen“, durch die eifrige Arbeit des Histopathologen allmählich ihren Platz im System der organischen Krankheitsprozesse erhalten werden.

Mit dieser Formulierung sind wir schon mitten in das Kampfgebiet der Gegenwart hineingeraten. Was endigt schicksalsmäßig mit einem geistigen Defekt? Welchen Prozessen wird die Histopathologie, so wie wir sie heute arbeiten sehen, unter Berücksichtigung der topographischen Lokalisation im Gehirn die anatomische Grundlegung geben können? Optimistischer Arbeitseifer liegt hier im Streit mit erkenntniskritischem Pessimismus, und mir scheint, daß man auf beiden Seiten nicht selten übers Ziel hinausschießt. Für mich kann es keinem Zweifel unterliegen, daß einem großen Gebiet des Psychisch-Abnormen wohl niemals eine pathologische Anatomie geschaffen werden wird. Aber ebensowenig bin ich der Ansicht, daß wir schon am Ende dessen angelangt sind, was wir von der pathologischen Anatomie an klassifikatorischer Beihilfe erwarten dürfen. Es ist mir auch keineswegs sicher, daß die pathologisch-anatomische Forschung sich auf die „Defektpsychosen“ wird beschränken müssen. Gewiß: der Tod ist

histopathologisch eingreifender als die noch heilbare Funktionsstörung im Gehirn; meist wird der Tod das anatomische Korrelat der Funktionsstörung völlig verwischt haben — aber doch vielleicht nur meist und nicht immer! Warum sollte sich die Verbindung der Todesveränderungen des Hirngewebes mit dem histopathologischen Korrelat einer heilbaren Psychose (etwa einer heilbaren Intoxikationspsychose) nicht von den Todesveränderungen allein unterscheiden können? Hier kann nur die fortschreitende Erfahrung entscheiden, und es hat keinen Wert, *ex cathedra* Grenzen ziehen zu wollen¹⁾.

Freilich können wir als Ärzte nicht warten, bis die anatomische Forschung die Grenzen ihrer Leistung erreicht hat; auch ehe sie uns alles aufdeckt, verlangt die Klinik eine befriedigende Einteilung des gegebenen Tatsachenmaterials. Dem naturwissenschaftlichen Arzte liegt es nahe, sich in erster Linie an die Ursachenlehre zu wenden. Immer wieder wird ein ätiologisches System der Psychosen gefordert und immer wieder wird seine Unmöglichkeit dargetan. Hartmann hat es erst jüngst wieder gefordert. Ziehen hat sich mit scharfen Worten gegen diese Forderung gewandt, sie der Unlogik geziehen und sie ein für allemal verworfen. So wenig ich seine allgemeinen klinischen Anschauungen zu teilen vermag und so sehr ich die apodiktische Art ablehne, mit der er die Forderung einer ätiologischen Klassifikation als unwissenschaftlich in Bausch und Bogen verdammt, so ist doch vieles von dem, was er an Kritik vorbringt, für unser derzeitiges Wissen durchaus zutreffend und sollte nicht übersehen werden. Zweifellos ist jede psychische Störung die Wirkung mehrerer Ursachen und Bedingungen²⁾, und zweifellos kennen wir diese Ursachen und Bedingungen kaum je sämtlich. Und ebenso zweifellos ist manches, was wir als eine Ursache zu bezeichnen pflegen, wie z. B. der endogene Faktor, in Wirklichkeit bereits eine Summe ursächlicher Faktoren. Dazu kommt, daß äußere Schädlichkeiten (Gift, Trauma, körperliche Leiden) nicht bloß als spezifische Ursachen wirken können (z. B. Delirium tremens durch chronischen Alkoholismus),

¹⁾ Die immer noch von manchen, so z. B. von Forel geteilte Meinung, daß die atrophischen Erscheinungen am Hirngewebe ebensogut die Folge als die Ursachen chronischer Geisteskrankheiten (*Dementia praecox*, Epilepsie, chronisch-paranoische Psychosen) sein können (A. Forel, Zur Einteilung der Nervenkrankheiten. *Journal f. Psychol. u. Neurol.* **19**, Ergänzungsheft 1912) dürfte doch wohl aufzugeben sein, nachdem sich immer mehr zeigt, daß die bei solchen Psychosen gefundenen histopathologischen Prozesse nach Art und Lokalisation sehr verschieden sind. Was bei der Epilepsie allenfalls möglich erscheint (Hirnsklerose als Folge der epileptischen Anfälle), wird bei den schleichenden Verblödungsprozessen zur Unwahrscheinlichkeit.

²⁾ In der Unterscheidung von Ursachen, auslösenden Faktoren und Bedingungen schließe ich mich im wesentlichen Martius an, dessen theoretische Anschauungen das ärztliche Denken sehr zu klären vermögen.

sondern durch Untergrabung der Körperkonstitution, Herabsetzung der Widerstandskraft, eine an sich vielleicht schwache, bisher latente endogene Anlage zur deutlichen Krankheit steigern können. Der Unterschied von familiärer und persönlicher Veranlagung darf nicht aus den Augen verloren werden. Ursachen können sich nicht bloß addieren, sondern auch gegenseitig modifizieren¹⁾. Jedenfalls erlaubt der heutige Stand unseres ätiologischen Wissens eine rein ursächliche Klassifikation schlechterdings nicht; wir müssen zufrieden sein, wenn sich einzelne Formen geistiger Störung ursächlich abgrenzen lassen. Aber es ist doch auch ein gut Teil Sophistik in der Ziehenschen Lehre, daß die ätiologische Gruppierung als unlogisch abzulehnen sei, weil wir nicht alle Ursachen zu bestimmen vermögen. Nicht um logische Postulate handelt es sich in der empirischen Medizin, sondern um Versuche, der Wirklichkeit der Dinge möglichst nahezukommen²⁾. Wenn ein ursächlicher Faktor für das Zustandekommen einer Geistesstörung unerläßlich ist und dem Krankheitsbild ein bestimmtes Gepräge gibt, während vielleicht alle anderen Faktoren mehr variabel oder unbekannt sind, so besteht der Grundsatz: „a potiori fit denominatio“ durchaus zu Recht. Wenn ein Mensch auf verschiedene äußere Schädlichkeiten individuell stets mit dem gleichen psychischen Zustand reagiert, so ist bei ihm eben die psychopathische Konstitution die Hauptursache und der auslösende Faktor hat keinen Anspruch auf klassifikatorischen Einfluß. Alles, was Ziehen z. B. gegen die ätiologische Zusammenfassung der Psychopathologie des Alkoholismus vorbringt, ist unter diesem Gesichtspunkt angreifbar. Wer in logischem Übereifer zu viel will, versäumt es, das zur Zeit Erreichbare in Angriff zu nehmen. So hat sich denn auch die wissenschaftliche Forschung im ganzen um Ziehens zu schroffe Kritik nicht viel gekümmert; sie hat da, wo sie bestimmte eindeutige Ursachen vorfand, wie bei den Infektionen und Intoxikationen, beim thyreogenen Irresein, bei den syphilitischen und arteriosklerotischen Psychosen eine ätiologische Gruppierung vorgenommen³⁾ und dabei, wie ich glaube, recht Wertvolles geleistet. Freilich wissen wir gerade aus den Arbeiten der letzten Jahre, vor allem aus den Studien von Morselli, Roubi-

¹⁾ Auch das ist natürlich Ziehen zuzugeben, daß eine Ursache „poly-psychotisch“ wirken kann, insofern sie je nach der Art der mitwirkenden Ursachen und Bedingungen verschiedene klinische Bilder und Verlaufsformen hervorzurufen vermag. Weniger einleuchtend sind Ziehens Anschauungen über die Verlauferscheinung der Konvergenz mehrerer Psychosen, eine Lehre, die ihn im Delirium acutum ein Konvergenzstadium vieler akuter Psychosen erblicken läßt.

²⁾ Vgl. hierzu auch die klaren Darlegungen bei Liepmann, Über Wernickes Einfluß auf die klinische Psychiatrie. Berlin 1911.

³⁾ Hierher gehören die Faktoren Pubertät, Schwangerschaft, Wochenbett nicht.

nowitsch, Bonhöffer¹⁾ und Schröder¹⁾), daß die ätiologische Unterscheidung der einzelnen Unterformen beim heutigen Stand unseres Wissens nicht zu weit getrieben werden kann. Indem diese Forscher die nahe Verwandtschaft, wenn nicht gar die symptomatologische Identität zahlreicher exogener „psychischer Reaktionsformen“ aufdeckten, zeigten sie die derzeitigen Grenzen einer rein ätiologischen Einteilung auch da, wo die verschiedenen äußeren Ursachen anscheinend klar vor Augen liegen.

So kehrt unser Einteilungsbestreben immer wieder zu den Gesichtspunkten zurück, die wir seit Kahlbaum nie mehr ganz aus den Augen verloren, und die seit Kraepelins befruchtender klinischer Arbeit wohl für alle Zeiten ihr Bürgerrecht erhielten: zur klinischen Gruppierung unter Berücksichtigung von Ursachen, psychischen und somatischen Symptomen, Verlauf und Ausgang der Erkrankung²⁾. Auch da, wo die materiellen Grundlagen des abnormen seelischen Geschehens heute und wohl für immer dem Auge des Forschers verborgen bleiben (psychopathische Zustände, Paranoia, pathologische Reaktionen, manisch-depressives Irresein usw.) und wo der rein (oder vorwiegend) endogene Charakter der Störungen eine ätiologische Unterscheidung wenig aussichtsreich erscheinen läßt, auch da sind wir bei unserem Bestreben, Ordnung in das Chaos zu bringen, nicht hilflos und müssen nicht untätig die Hände in den Schoß legen. Es mag dahingestellt bleiben, ob Jaspers recht hat, wenn er sagt, daß reale Krankheitseinheiten durch rein psychopathologische Forschung bisher noch nie gefunden wurden und vielleicht auch nie gefunden werden, so daß sich die Idee der Krankheitseinheit nur als eine Idee im Kantschen Sinne darstelle: d. a. h. als den Begriff einer Aufgabe, deren Ziel zu erreichen uns nicht möglich ist, weil es in unendlicher Ferne liegt. Trotzdem ist der Versuch, diese Aufgabe möglichst gut zu erfüllen, die wichtigste Arbeit des klinischen Forschers. Die Idee wird — um wiederum einen Ausdruck von Jaspers zu gebrauchen — zum „fruchtbarsten Orientierungspunkt“. Jeder, der große Erfahrung auf dem Gebiete der Geisteskrankheiten besitzt, wird mit mir darin übereinstimmen, daß

¹⁾ Bonhöffer, Zur Frage der exogenen Psychosen. Zentralbl. f. Nerven- u. Psych. 1909, S. 499 und: Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. Handbuch der Psychiatr. 3, 1. 1912. — Schröder, Intoxikationspsychosen. Ebenda 3, 1. 1912.

²⁾ Trefflich sagt Liepmann: „Ob eine Krankheit dahin tendiert, einen Menschen wiederholt, häufig, mit größeren oder kürzeren Intervallen zu befallen, ob sie sich in einem Anfall erschöpft, ob sie ein Leben hindurch stabil, ob sie progredient ist, ob sie ihrer Natur nach in Heilung übergeht oder in irreparable geistige Schwäche — das sind Gesichtspunkte, die, kombiniert mit der Ätiologie, sich jedenfalls in einem großen Bezirk des psychiatrischen Reiches klassifikatorisch bewährt haben.“

Kraepelins heutige Einteilung der Psychosen noch unzulänglich und unvollständig ist, daß wir zahlreiche Fälle sehen, die wir keiner seiner Gruppen ohne willkürliche Zurechtstutzung einverleiben können; und viele werden bisweilen in Kraepelins Schilderungen die symptomatologische Schärfe vermissen, die wir da wünschen und erwarten, wo wir von „Krankheitseinheit“ sprechen. Aber ich habe, soviel ich mich darum bemühte, noch keine Systematik der Geisteskrankheiten kennen gelernt, die mehr als die Kraepelinsche zu leisten vermöchte; wenn sie natürlich nur die Etikettierung des jeweiligen Zustandsbildes durch adjektivische Zutaten wie manisch, melancholisch, delirant, paranoisch, katatonisch, amnestisch, verwirrt, dement versucht, mag es leichter sein, alles Vorkommende zu rubrizieren¹⁾. Aber eine derartige Bescheidenheit ist zugleich das Eingeständnis augenblicklicher Resignation, wie bei Hoche, oder, wo freiwillig geübt, ein Mangel an Einsicht in die wirklichen Aufgaben klinischer Forschung. In der Kritik der Kraepelinschen Lehren macht sich neuerdings sehr häufig eine Oberflächlichkeit geltend, die ich hier doch nicht ganz unerwähnt lassen kann. Indem man einen der Gesichtspunkte, die für Kraepelins Systematik wirksam sind, herausgreift, die anderen aber verschweigt, hat man es leicht, sein Einteilungsprinzip abzulehnen. So hat Kraepelin seine Aufteilung an keiner Stelle nur nach der Frage, ob heilbar oder unheilbar, vollzogen. Es ist eine scharf zu rügende Nachlässigkeit, zu behaupten, daß Kraepelin die ungeheilten funktionellen Psychosen *Dementia praecox* nenne, die geheilten manisch-depressives Irresein. Nirgends ist nur die Heilbarkeit, nirgends nur der Verlauf zum Einteilungsprinzip gemacht worden. Daß bei der klinischen Richtung Kraepelins die sekundäre Demenz aus der Systematik verschwand, hat damit nichts zu tun.

Doch zurück zu unserem Hauptthema! Die klinische Forschung der letzten Jahrzehnte in Deutschland ist — das soll nicht geleugnet werden — noch zu keinem befriedigenden Ergebnis gekommen, insofern sie zu einer Zusammenfassung der klinischen Tatsachen in sehr große

¹⁾ Am meisten hat sich wohl in neuerer Zeit Hartmann (Graz) um die präzise Schilderung der einzelnen Symptomenkomplexe bemüht. An solchen führt er („Referat über Kranksinnigenstatistik. Jahrb. f. Psych. 34. 1913) auf: den manischen, melancholischen, ängstlichen, eknoischen, akut halluzinanten, paranoischen, Wernickes circumscrip't paranoischen, amenten, deliranten Symptomenkomplex, den Dämmerzustand, den Korsakowschen, dementen, psychomotorischen, stuporösen, soporösen, neurasthenischen, hypochondrischen, hysterischen Symptomenkomplex und Mischformen. Bei allen diesen Symptomenkomplexen prüft er: Perceptionsfähigkeit, örtliche und zeitliche Orientierungsfähigkeit, Stimmungslage, Sinnestäuschungen, Wahnbildung, Motilität, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Gedächtnisfähigkeit, Assoziationsablauf, Begriffsbildung und Kombinationsfähigkeit.

Gruppen führte, mit deren Aufstellung dem Ordnungsbedürfnis und dem Verlangen nach prognostischer Sicherheit nicht genügt werden konnte. Noch ist die Forderung nicht erfüllt, daß wir in jedem Einzelfall aus dem Endzustand den bisherigen Verlauf richtig erschließen und im Beginn einer Psychose das weitere Schicksal des Kranken klar vorhersehen können. Vor allem haben die beiden Hauptgruppen Kraepelins, die *Dementia praecox* und das manisch-depressive Irresein, je mehr ihre Ausdehnung wuchs und je häufiger sie ihren Inhalt gegeneinander verteidigen mußten, desto weniger das systematische Bedürfnis befriedigt. Auch machen sich die Mängel dieses Entwicklungsganges praktisch stärker bemerkbar, seit die Psychiatrie dem künftigen Arzt gelehrt und dessen Kenntnisse in Examen geprüft werden müssen. Einteilungen haben ja in erster Linie einen didaktischen Wert. Nun wäre es aber kurzsichtig, wenn wir beim heutigen Stande unseres psychiatrischen Gesamtwissens glauben wollten, eine endgültige und erschöpfende Formenlehre liege bereits im Bereiche der Möglichkeit. Keinem urteilsfähigen Arzte würde es einfallen, ein derartiges Verlangen an irgendeinen Zweig der Medizin zu stellen; wir Psychiater haben also keinen Grund, uns des Provisorischen unserer Einteilungsversuche zu schämen.

Je mehr nun also die Systematik bei Kraepelin u. a. zur Aufteilung der klinischen Formen in wenige große Gruppen gelangte, desto mannigfaltiger mußten schließlich die in einer Gruppe vereinigten Einzelfälle untereinander werden. Indem akute hebefrenische Verblödungen der Pubertätsjahre, stürmische, periodisch oder schubweise progressiv verlaufende Katatonien des Mannesalters und chronisch fortschreitende paranoide, erst spät faselig verblörende Kranke jenseits der 40er Jahre zu einer Hauptgruppe zusammengestellt wurden, erschien das Bild der *Dementia praecox* unscharf, und auch die Forderungen einer bestimmten Prognose konnten nicht genügend befriedigt werden. Dieser Übelstand wurde natürlich bald erkannt, am meisten von dem Systematiker Kraepelin selbst; allein alle Versuche der Auseinanderlegung in kleinere Gruppen schienen zunächst an der Unmöglichkeit scharfer Abgrenzung einzelner Formen zu scheitern. Überall gab es scheinbar Übergangsformen, nirgends scharfe Unterschiede. Noch deutlicher zeigte sich dies auf dem Gebiete der affektiven Psychosen. Bis zum Überdruß oft wurde darauf hingewiesen, daß das Zusammenwerfen der konstitutionellen Verstimmung und des hypomanischen Temperamentes mit der einfachen Manie und Melancholie, mit den rezidivierenden und den streng periodischen Manien und Melancholien, mit dem zirkulären Irresein, mit der periodischen Paranoia und Amentia schließlich zu einem Formenkreis geführt habe, dessen Schaffung didaktisch und prognostisch nicht mehr viel bedeute. Und als mit der Aufstellung der häufigen

Mischzustände, deren Lehre von den Kraepelin Fernestehenden freilich selten richtig verstanden wurde, gar die Gefahr nahe schien, man könne mit dieser — in meinen Augen bedeutungsvollen — Lehre jedes beliebige unverständene und noch nie gesehene Krankheitsbild funktioneller Psychose schließlich erklären, da wurde man vielerorts dieser Gruppenbildung überdrüssig und verzweifelte an der Möglichkeit, auf diesem Wege großer Gruppenbildung theoretisch und praktisch weiter zu kommen. Es entstand das Wort von der „trüben Flüssigkeit“, die beim Hin- und Herschütten in verschiedene Gefäße immer gleich trüb bleibe. Weil man diagnostisch nicht immer zurecht kam, sollte das ganze Bauwerk in Trümmer geschlagen werden. So scheint es wohl bisweilen, als werde der Kraepelinschen Systematik dasselbe Los beschieden werden, das einst die Paranoialehre in Deutschland und die Degenerationslehre in Belgien und Frankreich (Morel, Magnan) gehabt hatten. Zwar sind gerade in neuerer Zeit der Kraepelinschen Systematik in tiefgründigen Monographien wichtige Bundesgenossen erstanden. Ich erinnere vor allem an Bleulers Schizophrenie, die sich inhaltlich ja fast mit der Dementia praecox Kraepelins deckt, sie an Umfang sogar noch übertrifft, und an die aus meiner Klinik stammende (Reiß) monographische Bearbeitung der Depressionszustände in allen ihren Bildern und Beziehungen zu Veranlagung, Wiederkehr und Verlauf. Aber trotzdem wird immer stärker an dem Gitter gerüttelt, hinter dem — in zwei große Gruppen getrennt — die großen Massen der Kranken zusammengepfercht sind, die angeblich an Dementia praecox oder an manisch-depressivem Irresein leiden. Das Rütteln blieb auch nicht ohne Erfolg. Kraepelin selbst öffnete das Tor, nahm viele chronisch paranoiden Formen aus der Dementia praecox heraus und schuf die Lehre von den Paraphrenien. Andere verlangten von ihm die Melancholie des Alters zurück¹⁾; die bei Imbezillen auftretenden Psychosen werden nur teilweise als hebephrenische Formen anerkannt. Ziehen schuf eine von der Dementia praecox wesensverschiedene Krankheit „Ekenoia“, zu deren Aufstellung er allerdings, soviel ich sehe, noch kaum Zustimmung fand. Die akute Paranoia des früher Gesunden hat immer noch vielerorts Bürgerrecht in der Systematik; ihre periodische Variante wird keineswegs widerspruchlos dem manisch-depressiven Irresein zugerechnet. Die schärfere Erfassung der reaktiven, psychogenen Psychosen (der „pathologischen Reaktionen“) von depressivem, paranoidem oder delirantem Charakter erfuhren ihre Abtrennung, das Gebiet des Psychogenen wurde weit über den Geltungsbereich der sogenannten Hysterie hinaus erweitert, und wir glauben es heute

¹⁾ So Hoche in seinem Referat über die Melancholiefrage, Gaupp in seiner Besprechung des Kraepelinschen Lehrbuches, Albrecht in seinem Aufsatz über die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters, u. a.

nicht mehr, daß die Mehrzahl der Haftpsychosen der *Dementia praecox* zugerechnet werden müsse.

Die scharfe Trennung zwischen dem Krankheitsprozeß der Schizophrenie und den endogenen Zustandsbildern des manisch-depressiven Irreseins wird durch die größere Sorgfalt unterstützt, mit der man ganz allgemein mehr genetisch vorgeht und die große Gruppe der endogenen psychopathischen Zustände mit ihrem zeitweiligen Aufflackern zu psychotischen Phasen von den zeitlich scharf umgrenzbaren Krankheitsprozessen organischer Natur, also auch von der *Dementia praecox* unterscheidet. So gehen die Richtlinien für die Zukunft wohl weit weniger nach einer Vermengung der schizophrenen und der manisch-depressiven Gruppen¹⁾, als vielmehr nach der Auseinanderlegung der beiden in zahlreiche, mehr oder weniger selbständige Unterformen und namentlich nach der Aufstellung noch anderer Krankheiten, für deren präzise Umschreibung heute noch die genügende Vorarbeit fehlt, so lebendig manche Einzelfälle wohl uns allen vor Augen stehen²⁾. Der Jahresbericht der Münchener Klinik hat von Anfang an immer eine Gruppe der „unklaren Fälle“ gekannt. An ihnen wird sich wohl zunächst die klinische Formenlehre weiterentwickeln, hier muß der Systematiker den Mut haben, auch kleine und kleinste Gruppen zu bilden, sobald das klinische Gesamtbild sich nicht ohne Vergewaltigung den schärfer zu umschreibenden Typen der Hebephrenie, Katatonie, der Manie oder Melancholie und ihren Mischformen entspricht. Auseinanderlegung der großen Gruppen, deren Zusammenfassung eine notwendige Vorarbeit für die Gewinnung allgemeiner Übersicht war, und Hinzufügung neuer kleiner, aus der klinischen Dauerbeobachtung gewonnener Gruppen — nach dieser Richtung denke ich mir den weiteren Fortschritt der klinischen Systematik auf dem Gebiete der sogenannten „funktionellen Psychosen“, die heute noch größtenteils in der *Dementia praecox* und dem manisch-depressiven Irresein aufgehen. Wenn auch

¹⁾ Dabei kann ruhig zugegeben werden, daß beim manisch-depressiven Irresein manche katatonische Symptome vorkommen und daß bei erblich belasteten Katatonikern ein zirkulärer Verlauf mehr oder weniger lang auftreten kann. Dagegen kann ich mich mit der Auffassung von Berze, ein Mensch könne die Veranlagung zum manisch-depressiven Irresein und zur *Dementia praecox* gleichzeitig in sich haben, vorderhand noch nicht befreunden, wenn natürlich auch ihre Unrichtigkeit nicht exakt nachgewiesen werden kann und eine prinzipielle Unmöglichkeit zweifellos nicht besteht. Ziehen steht Berze nahe, wenn er sagt, daß Fälle von Paranoia, Paralyse, *Dementia praecox* dann periodisch oder zirkulär verlaufen, wenn eine erbliche Belastung zu periodischen oder zirkulären Erkrankungen vorhanden sei.

²⁾ Ich denke dabei namentlich an chronisch-progressive Erkrankungen der 40er und 50er Jahre mit depressivem Beginn und paranoider Weiterentwicklung, die nicht zum manisch-depressiven Irresein und nicht zur *Dementia praecox* gezählt werden können, auch keine Arteriosklerose als Grundlage erkennen lassen.

weiterhin nur provisorische Arbeit geleistet werden kann — darin mag ja Jaspers noch für lange recht behalten — allmählich werden wir doch der Wirklichkeit der Dinge näher kommen und so gilt es eben, unermüdlich weiter zu arbeiten.

Dabei wird die Arbeit, wie ich glaube, fruchtbarer sein, wenn das individuelle Moment, die Persönlichkeit vor ihrer Erkrankung schärfer ins Auge gefaßt wird, wenn dem Umstand mehr Rechnung getragen wird, daß die Kompliziertheit der klinischen Bilder nicht bloß durch den Ablauf der Krankheitsvorgänge, sondern auch in hohem Grade durch die geistige Struktur der erkrankenden Person bedingt wird. Seit Jahren mache ich die von meinen Mitarbeitern geteilte Erfahrung, daß die Mehrzahl der ganz unklaren, nicht diagnostizierbaren Fälle mit überraschendem Verlauf Kranke der oberen Stände betrifft, deren reicheres Seelenleben, wenn es erkrankt, eine buntere Symptomatologie, eine größere Abweichung vom Typus des Lehrbuches aufweist. Indem Kraepelin sich bis heute gegen die Unterscheidung von primären und sekundären psychopathologischen Symptomen sperrt¹⁾, indem er mehr registriert, als analysiert, in seinen Verlaufsschilderungen mehr eine „Aufeinanderfolge“ als eine gesetzmäßige „Auseinanderfolge“ (J. Schröder-Riga) gibt, vernachlässigt er bei seinen psychischen Krankheitsbildern etwas zu sehr das Studium ihrer inneren Struktur und erschwert die Auseinanderlegung des reichen Tatsachenmaterials in zahlreichere Typen innerhalb derselben Gattung. Wenn ich auch Bleuler nicht in allem, was er zur psychologischen Aufhellung des schizophrenen Seelenlebens darlegt, zu folgen vermag, so billige ich doch durchaus den von ihm eingenommenen Standpunkt, daß auch ein klinischer Forscher, der im Sinne Kraepelins klassifiziert, zwischen primären und sekundären Symptomen scharf analysierend scheiden soll. —

Wenden wir uns nach diesen allgemeinen und prinzipiellen Ausführungen nunmehr den klassifikatorischen Problemen im einzelnen zu.

Die Trennung in exogene und endogene Psychosen, wie sie namentlich von Möbius mit Nachdruck gefordert wurde, gewinnt immer mehr Anhänger²⁾. Unter den exogenen Formen erfreuen sich die syphilitischen Erkrankungen der meisten Anerkennung. Die Paralyse wird

¹⁾ Vgl. hierzu auch die lichtvollen Ausführungen von Jellgersma, l. c., S. 92ff. und Bleulers Monographie über die Schizophrenie; endlich meine Besprechung des Kraepelinschen Lehrbuchs in der Zeitschrift d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. 7. 1913.

²⁾ Rechnet man — und das ist ja nur logisch — auch die Arteriosklerose und die hypothetischen im Körper gebildeten Gifte zu den exogenen Momenten, so deckt sich die Unterscheidung von exogen und endogen annähernd mit der von angeborenen und erworbenen Zuständen (Römer).

heute in Deutschland allgemein als eine immer syphilitisch bedingte Erkrankung angesehen und von alkoholischen, traumatischen, arteriosklerotischen u. a. Verblödungen prinzipiell abgetrennt. Nur nach den tertiär-syphilitischen Geistesstörungen werden die Grenzen immer ungewisser. Der Nachweis der Spirochäte im Gehirn des Paralytikers (Noguchi), die von Fischer-Prag erst jüngst hervorgehobene Häufigkeit paralytischer und tertiär-syphilitischer Prozesse im gleichen Gehirn lehren, daß doch keine so tiefe Kluft die Paralyse von der Hirnlues trennt, wie man eine Zeitlang unter dem Einfluß der histopathologischen Forschung glaubte annehmen zu müssen. Vielleicht verschwindet der Begriff der „Metasyphilis“ noch einmal ganz. An dem nicht so seltenen Vorkommen nicht-paralytischer Psychosen bei Tabes wird festgehalten. Die psychischen Störungen bei der Hirnlues sind namentlich durch Plaut genauer studiert worden; ihre Bedeutung liegt wohl vor allem darin, daß sie die Möglichkeit einer genaueren Parallelsetzung lokaler Erkrankungsvorgänge im Gehirn zu bestimmten klinischen Symptomenbildern und Verlaufsformen in Aussicht stellt.

Die Abtrennung anderer progressiver Verblöndungszustände hat sich wesentlich nach ätiologischen (Blei, Alkohol, Trauma, Urämie, Trypanosomiasis usw.), zum Teil auch nach neurologischen Gesichtspunkten (multiple Sklerose, Tumor, Arteriosklerose) vollzogen, denen dann die pathologische Anatomie das Bürgerrecht gab. Die Gleichartigkeit mancher psychischer Zustandsbilder (ich erinnere an den amnestischen Symptomenkomplex nach Korsakow) zeigte dem Systematiker auch hier die Notwendigkeit der klinischen Betrachtungsweise mit ihrer Berücksichtigung von Ursachen, Symptomen, Verlauf und Ausgang.

Auf dem Gebiete der cerebralen Arteriosklerose ist noch vieles unklar. Die Beziehungen dieses Leidens zu schweren Verstimmungszuständen (klimakterielle und senile Melancholie, postapoplektische „manische“ und „zirkuläre“ Erregung) zu paranoiden Symptomenkomplexen, zu agitierten Angstpsychosen, auf die ich früher einmal ausführlich hingewiesen habe, sind auch heute noch nicht geklärt¹⁾. Die Unterscheidung der arteriosklerotischen von den eigentlich senilen Formen des Irreseins macht der klinischen Diagnostik mehr Schwierigkeiten als der anatomischen Differenzierung, obgleich diese es natürlich meist mit einer Mischung der beiden Krankheitsprozesse zu tun hat. Überall zeigt sich

¹⁾ Zweifellos findet sich frühzeitige Arteriosklerose häufig beim manisch-depressiven Irresein (Kraepelin, Albrecht, Jelgersma u. a.), das ihr zeitlich vorangeht und wohl ihr frühes Auftreten begünstigt. Daneben verlangen aber auch diejenigen Beobachtungen ihr Recht, bei denen ein früher nicht nachweisbar manisch-depressiver Kranker erst nach Auftreten deutlicher Hirnarteriosklerose zirkulär erkrankt. Und endlich bilden die zur Verblödung führenden Melancholien ohne nachweisbare Arteriosklerose (Gaupp, Albrecht) noch ein ungelöstes Problem.

bei diesen organischen Verblödungsprozessen die Tatsache, daß die Einteilungsbestrebungen *in vivo* ihre Haupthilfe in der Verschiedenheit der körperlichen, namentlich der neurologischen Symptome erhalten. Die senilen Psychosen erscheinen, je mehr man sich mit ihnen befaßt, psychopathologisch so vielgestaltig wie die Paralyse, nur daß der langsamere Zerfallsprozeß seltener zu völliger Zerstörung der psychischen Persönlichkeit führt, als bei der Paralyse. In den leichteren Ausprägungen des senilen Irreseins handelt es sich oft mehr um eine Kombination psychischer Schwäche, vor allem Gedächtnisschwäche mit einer bis zur Karikatur getriebenen Verstärkung persönlicher Wesenszüge auf dem Gebiete des Gefühls-, Trieb- und Willenslebens (Geiz, Mißtrauen, Starrheit, Egoismus usw.). Außerdem begünstigt das Senium infolge seiner Neigung zu egozentrischer Denk- und Fühlweise, zu Mißtrauen und Gereiztheit bei nervöser Veranlagung die Wahnbildung, ein Umstand, der es wohl erklärt, weshalb chronisch-paranoide Erkrankungen mehr in den späteren Lebensabschnitten auftreten. Und endlich besteht die Annahme zweifellos zu Recht, daß die pathologische senile Involution im Sinne einer „Auxiliation“ (Ziehen) die latente hereditäre Anlage zur Melancholie manifest machen kann.

Große Unklarheit herrscht noch in der Klassifikation der klimakteriellen und präsenilen psychischen Erkrankungen ohne Arteriosklerose. Das Überwiegen depressiver und paranoischer Zustandsbilder wird allgemein zugestanden, doch ist eine befriedigende Zerlegung oder eine Einreihung in die großen Hauptgruppen zurzeit nicht möglich. Das Zustands- und Verlaufsbild der unheilbaren „Spätkatatonie“ harrt noch einer richtigen Bewertung. Die Ähnlichkeit mancher subakuter und chronischer Erkrankungsformen mit toxischen Psychosen (ich erinnere an den Eifersuchtswahn, die akute Halluzinose, chronisch-paranoische Bilder mit Sinnestäuschungen) erschwert die reinliche Abgrenzung dieser Streitpunkte der Systematik. Kraepelins Ausscheidung der Paraphrenien aus der *Dementia praecox* hat dieser letzteren Gruppe wohl überall mehr Freunde gewonnen, da die paranoischen Zustände sich niemals so recht mit der hebephrenischen Verblödung und der stürmischen Katatonie vertragen wollten. Doch ist wohl damit die Zerlegung der *Dementia praecox* noch nicht beendet. Periodische katatonische Psychosen hyperkinetischer Art ohne wesentliche Verblödungstendenz werden wohl von der organischen Verblödung der *Dementia praecox* abgerückt werden müssen¹⁾. Die scharfe Tren-

¹⁾ Vgl. hierzu: Geist, Über die Klassifikation der Psychosen, insbesondere der periodischen. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* **64**. 1907. Der Autor kennt drei Formen des periodischen Irreseins: 1. die manisch-depressive Form, 2. die paranoide Form, 3. die katatone Form. Allen gemeinsam sind: die endogene autochthone Entstehung mit mehr-weniger strenger Periodizität, der gutartige Verlauf ohne Ausgang in Verblödung, die photographische Treue der Anfälle.

nung der paranoiden Krankheitsprozesse von der echten Paranoia als einer Weiterentwicklung (Wilmanns sagt: „Mißentwicklung“) einer krankhaften Persönlichkeit wird wohl allerseits freudig begrüßt werden, wie denn überhaupt die präzise Unterscheidung von Krankheitsprozessen und Persönlichkeitsentwicklungen¹⁾ und bei den psychopathischen Zuständen die Unterscheidung von psychopathischen Konstitutionen und pathologischen Reaktionen einen wesentlichen Fortschritt der letzten Zeiten bilden dürfte, zu dem die eingehende Beschäftigung mit den haft-psychotischen Zuständen wesentlich beitrug. Dagegen sind bei der Aufteilung der meisten nicht toxischen paranoiden Krankheitsbilder in Dementia praecox, Paraphrenien und endogene Paranoia die Grenzlinien gegenüber den paranoischen Krankheitsvorgängen des Klimakteriums und Präseniums (Kleists „Involutionssparanoia“, Kraepelins präsenilem Beeinträchtigungswahn) recht unscharf geworden, zumal ja auch bei der echten Paranoia systematisierte dauernde Wahnbildungen häufig erst spät im Leben auftreten und auch dem präsenilen Beeinträchtigungswahn eine gewisse konstitutionelle Grundlage nicht mangelt.

Von der Sonderstellung der zahlreichen infektiösen und toxischen Psychosen als einer durch gewisse Züge eng verbundenen Gruppe exogener Reaktionstypen war schon oben die Rede. Die Zukunft muß hier noch Klarheit schaffen, ob die Verwandtschaft all dieser symptomatischen Psychosen untereinander eine tatsächliche Identität der klinischen Bilder darstellt oder doch Verschiedenheiten in sich birgt, für die nur unser beobachtendes Auge noch nicht genügend geschärft ist. Vielleicht hat Jelgersma Recht, wenn er sagt, daß bei den akuten Vergiftungen die chemische Beschaffenheit des giftigen Agens weniger zu Wort kommt, weil größere Regionen des Nervensystems ergriffen werden, als bei mehr chronischen Einwirkungen. Die Erfahrungen mit Meskalin widersprechen allerdings dieser Annahme (Alzheimer). Jedenfalls ist die engere klassifikatorische Zusammenfassung dieser „symptomatischen Psychosen“ nach ätiologischen und symptomatologischen Gesichtspunkten ein beachtenswerter Gesichtspunkt.

Ein besonderer Gegenstand des klassifikatorischen Streites ist die Amentia. Der alte Meynertsche Begriff ist wohl überall aufgegeben. An einer Erschöpfungspsychose Amentia halten einzelne, so Stransky, noch fest, während Kraepelin u. a. das Symptomenbild bei den infektiösen Psychosen behandeln, viele Fälle, so namentlich die periodischen Formen zum manisch-depressiven Irresein rechnen und außerdem betonen, daß amentiaartige Zustandsbilder im Verlauf der Dementia

¹⁾ Hier sei auch an Hellpachs Unterscheidung von „produktiven“ und „reaktiven“ Abnormitäten erinnert.

praecox nicht selten auftreten. Die ganze Amentiafrage erscheint mir auch heute noch nicht gelöst.

Das Kapitel der Alkoholpsychosen birgt noch viele Rätsel. Die Forschung der letzten Dezennien drängte immer mehr zu der Auffassung, daß ihre Mehrzahl keine einfachen Vergiftungen durch Alkohol darstellt, sondern daß hier allerlei endogene Faktoren und ätiologische Zwischenglieder körperlicher Art herangezogen werden müssen, um die spezifische Form der einzelnen Alkoholerkrankung verständlich zu machen. Es hat nicht an Versuchen gefehlt, den Alkoholismus selbst zum Symptom zu machen (z. B. Stöcker) und die psychopathologische Bedeutung des chronischen Alkoholismus zu etwas Sekundärem herabzudrücken. Doch haben solche Übertreibungen einer in gewissen Grenzen berechtigten Betrachtungsweise, soviel ich sehe, keine weitere Zustimmung gefunden, wenn sie wohl auch mit dazu beigetragen haben, die ätiologische Kompliziertheit der Alkoholpsychosen deutlicher zu beleuchten. Die Verbindung des chronischen Alkoholismus mit anderen Krankheitsvorgängen, mit den affektiven Psychosen, der Dementia praecox und den Entartungszuständen, schafft kombinierte Psychosen von oft schwer zu beurteilender Art¹⁾.

Die Vorgänge der inneren Sekretion, ein Lieblingsgebiet der Medizin unserer Zeit hat auch in der Psychiatrie zur Abgrenzung bestimmter Formen Anlaß gegeben. Es sei nur an die Dementia praecox erinnert. Manche Formen der angeborenen Geistesschwäche rückten in nahe Beziehung zu innersekretorischen Störungen; die symptomatischen Psychosen bei den Erkrankungen der Schilddrüse und der Epithelkörperchen (Kretinismus, Myxödem, Basedow, Tetanie) und der Geschlechtsdrüsen (Hebephrenie) bilden ein Objekt moderner Forschung, über das die Akten wohl noch lange nicht geschlossen werden können.

Eigenartige affektive Symptomenkomplexe kommen bekanntlich bei somatischen Erkrankungen (Basedow, Herzleiden, Chorea, Lungentuberkulose), vereinzelt auch nach traumatischer Hirnschädigung vor (Bonhoeffer u. a.).

Der Begriff der Intoxikationspsychosen erfährt eine verschiedene Auslegung, insofern manche Forscher, wie z. B. Jelgersma, auch solche Formen darunter verstehen, bei denen der Organismus die dem Gehirn schädlichen Stoffe selbst produziert (Autointoxikationen); dabei wird die Annahme gemacht, daß z. B. bei der senilen Demenz, der Neurasthenie, der Imbezillität und Idiotie Stoffwechselstörungen hirntoxisch

¹⁾ Vgl. P. Schröder, Intoxikationspsychosen in Aschaffenburgs *Handbuch der Psychiatrie* 1912. Der Verf. hat dort zu den hier angedeuteten Problemen in mustergültigen Ausführungen Stellung genommen.

wirken. Für Jelgersma ist auch die Neurasthenie eine organische Hirnkrankheit mit Zugrundegehen von Nervengewebe.

Die Epilepsie nimmt in der modernen Systematik eine unsichere Stellung ein. Allgemein wird sie wohl heute zu den organischen Hirnprozessen gerechnet, obgleich keineswegs immer anatomische Veränderungen gefunden werden und auch die Verblödung als Ausgang des Leidens nur für einen Teil der Fälle zugegeben werden kann. Daß sich unter dem Namen Epilepsie noch verschiedene, nur äußerlich ähnliche Krankheitsvorgänge vereinigt finden, wird wohl nirgends mehr bezweifelt. Wie aber die Aufteilung erfolgen wird, läßt sich heute noch kaum sagen. Die anatomische Forschung wird hier wohl das entscheidende Wort zu sprechen haben. Vermutlich wird das Gebiet der genuinen Epilepsie immer mehr zusammenschrumpfen. Die Stellung des Leidens in der großen Gruppe der Entartungsprozesse bedarf noch der Klärung. Die moderne Auffassung der genuinen Epilepsie als einer Stoffwechselkrankheit ist nicht unwidersprochen; die Tatsachen der Erbllichkeit, der defekten Keimanlage (Jelgersma) machen einer solchen chemischen Theorie gewisse Schwierigkeiten. Die symptomatische Epilepsie, die für Binswanger mit der organisch bedingten identisch ist, gilt nur noch als Symptomenkomplex bei anatomisch und ätiologisch ganz verschiedenen Hirnerkrankungen teils umschriebener (Encephalitis, lobäre und herdförmige Sklerose usw.), teils allgemeiner, namentlich toxischer Art (Blei, Alkohol, Diabetes, Urämie, Lues). Die psychotischen Zustände epileptischer Herkunft werden sehr verschieden gewertet. Die Auffassung von Samt verliert an Anhängern, der epileptische Anfall rückt wieder mehr in den Mittelpunkt der Epilepsielehre; periodische endogene Verstimmungen mit triebartigen Entladungen bei leichter Bewußtseinstörung, z. B. die Dipsomanie und Poriomanie gelten meistens nur bei erwiesener Krampfepilepsie als sicher epileptisch, während man im übrigen von „epileptoider Psychopathie“ und Ähnlichem spricht¹⁾. Mit den Ausdrücken „Affektepilepsie“ und „reaktive Epilepsie“ kehrt man zu einer (die Systematik verwirrenden) symptomatologischen Verwendung des Begriffes Epilepsie zurück und erschwert dadurch die Durchführung des rein klinischen Gesichtspunktes in der Gruppierung und Benennung. Die Anerkennung einer rein endogenen Periodizität von Zuständen getrübt Bewußtseins bei Psychopathen, die immer mehr in Aufnahme kommt, erschwert die klinische Klärung des Epilepsiebegriffes. Dagegen besteht darin wohl

¹⁾ Hierher gehören auch die Fälle, die Alzheimer im Auge hat, wenn er (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1, 1) von eigenartig degenerativ veranlagten Menschen spricht, die für längere oder kürzere Zeit ihres Lebens, am häufigsten in der Pubertät neben mancherlei degenerativen Symptomen epileptiforme Anfälle haben, die später oft völlig verschwinden.

vollkommene Übereinstimmung, daß die epileptische Demenz da, wo sie vorhanden ist, charakteristische Züge besitzt und von anderen Verblöndungszuständen präzis unterschieden werden kann; am nächsten steht sie noch den erethischen Formen der Imbezillität. Der Begriff der Alkoholepilepsie hat sich trotz gelegentlicher Anzweiflung doch erhalten; sie wird in der Regel als eine Form des schweren chronischen Alkoholismus betrachtet und namentlich zu gewissen besonders schädlichen Alkoholen in nähere Beziehung gebracht. Der Krankheitsbegriff der Hysteroepilepsie, der in Frankreich noch häufig verwendet wird, erfreut sich in Deutschland keiner Anerkennung mehr, wenn auch zugegeben wird, daß Epileptiker nicht selten (wie alle erblich-degenerativen Personen) hysterische Symptome aufweisen, und daß der hysterische Anfall auch gelegentlich symptomatisch das Bild des epileptischen Krampfes annehmen kann. Es vollzieht sich hier mit voller Bestimmtheit die Abwendung von der rein-symptomatischen Betrachtungsweise zur rein klinischen.

In der Annahme einer Kombination von Epilepsie mit anderen Psychosen schwankt die Auffassung in Deutschland. Die Verbindung der Epilepsie mit der Dementia praecox wird von manchen als möglich zugegeben, dabei aber betont, daß epileptische Anfälle dem Krankheitsbild der juvenilen Verblöndungsprozesse nicht fremd sind und an sich noch nicht für eine Kombination der beiden Krankheiten sprechen. Die seltene Verbindung von Epilepsie und Paranoia geschieht durch das Band der hereditären Entartung. Daß manische und melancholische Zustandsbilder als epileptische Psychosen vorkommen, wurde mehrfach betont und kann wohl nicht in Abrede gestellt werden. Die Epilepsie als organischer Hirnprozeß befindet sich hier in der gleichen Lage wie die Paralyse, die Arteriosklerose und die senile Hirnerkrankung. Meist kommt freilich den epileptischen Psychosen eine tiefere Bewußtseinstörung zu als den manischen und melancholischen Zuständen.

Bedeutsame Wandlungen vollziehen sich auf dem Gebiete der eigentlichen funktionellen Psychosen. Der Begriff, den Nissl vor 14 Jahren aus der Welt schaffen wollte, steht heute fester als je begründet, obwohl die Histopathologie des Gehirns seither manche neue Tatsache aufgedeckt hat. Die prinzipielle Aussichtslosigkeit, für viele Tatsachen der Psychopathologie jemals eine anatomische Grundlage zu finden, wurde von vielen (Gaupp, Hoche, Bumke, Wilmanns, Jaspers usw.) betont, meist zugleich mit einer schärferen Darlegung der erkenntnistheoretischen Seite des ganzen Problems, wie ich sie schon vor langen Jahren gegeben hatte¹⁾. Dazu kam, daß die moderne Psychologie, etwas

¹⁾ R. Gaupp, Über die Grenzen psychiatrischer Erkenntnis. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1903, S. 1ff.

enttäuscht von den Leistungen der exakten experimentellen Forschung bei ihren wichtigsten Fragen, sich neuerdings wieder mehr dem Einfühlungsproblem zuwendet und nicht bloß auf kausale Erklärung, sondern auf inneres Nachfühlen der seelischen Tatsachen und ihrer Zusammenhänge hindrängt. Diese Richtung kommt auch der Psychopathologie zugute. Die krankhafte Persönlichkeit mit ihren verständlichen Wesenszügen, ihren einfühlbaren Entwicklungen und ihren abnormen Reaktionen auf das psychische Trauma wurde ein Lieblingsgegenstand der Forschung. Mit dem Studium der Hysterie und der Angstneurose fing es an, Breuer und Freud schufen eine psychoanalytische Forschungsrichtung; die psychogenetischen Zusammenhänge der Symptome und Syndrome wurden zum Problem, das Formale der Krankheit trat bisweilen hinter das Inhaltlich-Bedeutsame zurück. Wohl wurden bald Irrwege eingeschlagen; eine unkontrollierbare Psychologie, die mit dem Unbewußten wie mit etwas genau Bekanntem arbeitete und oft voreilig subjektive Deutungen als objektive Tatsachen ausgab, mußte den kritischen Forscher befremden. Doch wer sich von den Irrwegen fern hielt, aber sich doch das Interesse für die in neue Beleuchtung gerückten seelischen Erlebnisse bewahrte, der wurde ganz von selbst dazu veranlaßt, den großen Unterschied zwischen den destruktiven, sich dem psychologischen Verstehen entziehenden Krankheitsvorgängen und den psychologisch verständlichen Entwicklungen und Zustandsbildern scharf ins Auge zu fassen. Dies konnte nicht ohne Rückwirkung auf die Systematik bleiben. Es zeigte sich — Bumke hat es wohl zuerst in scharfsinnigen Ausführungen beleuchtet¹⁾ — hier ein neues Mittel der Zusammenfassung und Unterscheidung: die psychologische Verständlichkeit vieler psychopathologischen Vorgänge eint diese unter einem bestimmten Gesichtspunkt. So entstand eine Gruppe endogener Psychosen und Psychopathien, bei denen der Ausdruck „endogen“ einen ganz bestimmten Sinn besitzt. Es handelt sich nicht etwa bloß um die

¹⁾ Auch Jelgersma lehrte schon seit Jahren Ähnliches: „Die Symptome der Krankheit fügen sich (sc. bei den Keimpsychosen) ins Schema der normalen psychischen Prozesse, d. h. sie sind quantitativ und nicht qualitativ von den normalen Geistesprozessen verschieden“. „Die Symptome der Erkrankung (bei den Intoxikationspsychosen) enthalten etwas Neues, etwas, das vom normalen Geistesmechanismus verschieden ist und das verursacht wird durch die störende Wirkung des fremden Agens auf den Geistesmechanismus“. Jelgersma nimmt so die Mitte zwischen den Extremen Neisser und Tiling ein. Er berührt sich hier nahe mit einem Gedanken von Hoche (Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **12**. 1912), daß sich die Seelenstörungen vielleicht einmal in solche gruppieren werden, deren Symptomatologie im wesentlichen in der Auslösung präformierter Komplexe bestehe, und in solche, die regellose neue Symptomkombinationen schaffen; erstere seien vielleicht mit dem Begriff funktionell identisch; auch lösen vermutlich die endogenen Störungen besonders gern bereit liegende Symptomenkomplexe aus.

Tatsache, daß wir keine exogenen Ursachen¹⁾ bei ihnen kennen (diese sind uns auch bei der *Dementia praecox* nicht bekannt), sondern um den viel wichtigeren Nachweis, daß sie in der uns noch psychologisch verständlichen Struktur der abnormen Persönlichkeit vorgebildet sind und sich gewissermaßen nur quantitativ von den Symptomen der Nervenösen, ja sogar von den wechselnden Zuständen der Gesunden unterscheiden. Was einst Magnan unter dem ätiologischen Gesichtspunkt der Entartung versuchte, was nach ihm Möbius in klinisch zu radikaler Weise fortsetzte, das gewinnt nunmehr von neuem Leben in der Klassifikation: das manisch-depressive Irresein, die abnormen Veranlagungen auf affektivem Gebiete, die Paranoia, der Querulantenwahn, die hysterischen Reaktionsformen, die psychogenen Psychosen nicht hysterischer Art, die konstitutionelle Nervosität und Psychasthenie, die Zwangserscheinungen, die angstneurotischen Bilder, die Disharmonien und charakterologischen Verschrobenheiten, die Moral insanity, die Perversitäten des Trieblebens — all dies rückt zusammen zu einer großen Gruppe endogener, meist erblich degenerativer Zustände und Phasen, die sich im Unterschied von den exogenen Psychosen mannigfaltig durchflechten, nicht bloß kombinieren können und äußeren Schädlichkeiten eine andere Angriffsfläche bieten, als der Gesunde (pathologische Reaktionsformen²⁾). Die Periodizität hat ihre tiefste Wurzel schon im gesunden Geistesleben und von diesem führen über die Cyclothymie alle möglichen Übergänge zu den periodischen Psychosen affektiver Art. Die Eigenbeziehung haftet schon manchen Gemütszuständen des normalen Seelenlebens an; ob sie sich in krankhafter Intensität mit abnormer Affektdauer zum Beziehungswahn mit seiner verhängnisvollen Bedeutung für das Ich verstärkt, wird wiederum nur zu einer Gradfrage. Hysterische Reaktionsformen sehen wir unter besonderen psychischen Erschütterungen auch bei sonst seelisch Gesunden; wenn sie beim Kinde und beim infantilen Erwachsenen, wenn sie unter seelischen Enttäuschungen wenig auffälliger Art oder bei chronisch Ver-

¹⁾ Selbstverständlich gehören zu den exogenen Psychosen auch die sogenannten Autointoxikationen, überhaupt alle Formen, bei denen die Schädigungen des Großhirns vom übrigen Körper herkommen. Siehe oben S. 307.

²⁾ Hier ist aber eine wichtige Einschränkung zu machen. Es wäre im Hinblick auf das Gebiet der Neurologie (die familiären Systemerkrankungen usw.) durchaus verkehrt, „endogen“ und „funktionell“ zu identifizieren und alles „Degenerative“ von vornherein für funktionell zu erklären. Zweifellos gibt es ja viele hereditär-degenerative Krankheiten mit progressivem Gewebsschwund; der progressive Verlauf und die Unheilbarkeit sind kein Gegengrund gegen die degenerative Grundlage eines Leidens. Dies zur Warnung für die, die allein schon vom anatomischen oder vom Verlaufsstandpunkt aus die Epilepsie und die *Dementia praecox* wegen ihrer Tendenz zur Progression und Verblödung aus dem Formenkreis der Entartung glauben herausnehmen zu müssen. Es ist ein Unglück, daß der Begriff des Degenerativen in der Medizin die verschiedensten Auslegungen erfährt.

gifteten zahlreicher und dauerhafter in die Erscheinung treten, so liegt auch hier wiederum nur eine Intensitätsfrage vor. Damit löst sich der Krankheitsbegriff der Hysterie immer mehr auf. Zwangsvorgänge leichtester Art kennt das Bewußtsein vieler sonst gesunder übermüdeten Menschen; auch von hier führen alle Übergänge bis zu den kompliziertesten und schwersten Zuständen, die zur Psychose werden¹⁾. Wie oft sie sich mit endogenen Verstimmungszuständen kombinieren, ist ja erst in jüngster Zeit von Stöcker, freilich leider auch wieder mit Übertreibung, dargetan worden. Eine präzis umrissene Systematik aller dieser Anomalien ist so wenig möglich, wie eine Aufteilung der normalen Menschen in scharf geschiedene Gruppen. Eine gewisse Typenbildung muß trotzdem versucht werden²⁾, wenn man sich nur bewußt ist, damit eben nur besonders deutliche Einzelfälle herausgegriffen zu haben, die durch unzählige Variationen miteinander verbunden sind. Die Zukunft muß lehren, ob Alzheimers Vermutung, daß es verschiedene getrennte Stämme der Entartung mit verschiedenen Ursachen gebe, sich klinisch und ätiologisch bewahrheitet. Beim manisch-depressiven Irresein wird es sich auch künftig empfehlen, die periodischen, affektiv gleichgerichteten Phasen (periodische Manie, periodische Melancholie) von den deutlich zirkulären Phasen in Untergruppen zu unterscheiden. Im allgemeinen lehrt die Erfahrung, daß die zirkulären Formen bei deutlicher Ausprägung beider Phasen eine zeitlich schwerere Form mit meist kürzeren Intervallen darstellen, als z. B. die wiederkehrenden Melancholien. Manien sind häufiger streng periodisch als Melancholien, treten auch viel häufiger schon in der Jugend auf. Solche und ähnliche Erfahrungen geben den Unterformen ein gewisses Daseinsrecht. Die Beihilfe exogener Momente erscheint bei aller Anerkennung des konstitutionellen Faktors bei den Melancholien des höheren Lebensalters weit bedeutungsvoller als bei den echt zirkulären Zuständen und bei einer schon in der Pubertät beginnenden periodischen Manie. Auch ist die

¹⁾ Die „Keimpsychosen (Manisch-depressives Irresein, Paranoia, Hysterie, Psychasthenie, gemischte degenerative Zustände) stellen pathologische Entwicklungen aus dem normalen Leben heraus dar. Jeder Mensch ist etwas melancholisch, manisch, hysterisch, paranoisch oder psychasthenisch“. (Jelgersma, l. c., S. 103.)

²⁾ Jaspers legt in seiner „Allgemeinen Psychopathologie“ großen Wert auf die Unterscheidung von Krankheitsgattung und Krankheitstypus. Zu einer Gattung (z. B. progressive Paralyse) gehöre ein Fall oder gehöre er nicht. Einem Typus (z. B. hysterischer Charakter) entspreche ein Fall mehr oder weniger. Gattung sei der Begriff einer wirklich vorhandenen abgrenzbaren Krankheitsart, während Typus ein fiktives Gebilde sei, dem eine Wirklichkeit mit fließenden Grenzen entspreche, an dem ein Einzelfall gemessen werde, dem man ihn aber nicht einordnen könne usw. Derartige Unterscheidungen haben einen gewissen orientierenden Wert. Es ist immer gut, wenn der medizinische Empiriker nach logischer Klärung seiner Begriffe strebt.

begriffliche Trennung von „periodisch“ und „nach äußerem Anlaß rezidivierend“ immerhin zu empfehlen.

Die frühere Scheidung von Querulantenwahn und Pseudoquerulantenwahn verliert bei unserer heutigen Auffassung an Bedeutung. Ob ein paranoischer Charakter nur immer dann von neuem querulierend reagiert, wenn ein neuer Stoß von außen seine krankhafte Affektivität in Bewegung setzt oder ob schon der einmalige Stoß das Rad für die Dauer ins Rollen bringt, das wird, so wichtig auch der Unterschied ist, doch nicht mehr zur Prinzipienfrage der Systematik. Auch ist das Maß kombinierender Energie im Sinne der wahnhaften Verarbeitung einer überwertigen Idee individuell so verschieden, wie sich überhaupt eben im Leben das Bedürfnis nach intellektueller Verarbeitung gemüthlicher Erregungen verschieden gestaltet. Bei der gemeinsamen Grundlage, aus der Periodizität und psychische Labilität, endogene Verstimmungen und paranoische Denkweise stammen, und bei der Zufälligkeit, mit der äußere Einwirkungen an ein erregbares Seelenleben herantreten, darf es uns auch nicht verwirren, wenn manische Bilder oft paranoisch gefärbt erscheinen, wenn paranoische Entwicklungen sich schubweise verschlimmern und die Wahnbildungen zeitweise wieder mehr zurücktreten. Ich verweise auf den von mir beschriebenen „Fall Wagner“¹⁾, bei dem eine sicher endogene Paranoia mit abnormer affektiver Veranlagung durch äußere Vorkommnisse Richtung und Stärke ihres Wahnes erhält und sich immer wieder von neuem verstärkt, sobald der Kranke an den Ort zurückkehrt, an dem sich der Vorfall zutrug, der zur überwertigen Idee geworden war und die — wie es scheint — unheilbare Wahnbildung nach sich gezogen hatte. Ob diese Unheilbarkeit ein wesentliches Kennzeichen der Paranoia ausmacht, ist immer zweifelhafter geworden, seit Friedmann²⁾ und Wilmanns³⁾ mit ihren Beobachtungen hervorgetreten sind.

M. H.! Ich bin am Ende. Sie haben vielleicht von mir erwartet, daß ich Ihnen ein fertiges System der Klassifikation vortragen und als Schema in die Hand geben werde. Ich tue das nicht, weil ich es nicht kann. Je länger ich Geisteskranke studiere und je häufiger ich vor die Aufgabe gestellt werde, den künftigen Ärzten systematisches Wissen beizubringen, desto unsicherer bin ich geworden, desto peinlicher empfinde ich die alte Weisheit, daß unser Wissen nur Stückwert ist. In Wernickes Schule

¹⁾ Verbrechertypen, herausgegeben von Hans W. Gruhle und A. Wetzel, I, 3. Zur Psychologie des Massenmords (Hauptlehrer Wagner von Degerloch). Berlin 1914.

²⁾ Friedmann, Beiträge zur Lehre von der Paranoia. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 17.

³⁾ Wilmanns, Zur klinischen Stellung der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1910, S. 204 ff.

wurde ich einst gelehrt, mit einer anatomisch-physiologisch orientierten Psychologie den geisteskranken Menschen zu studieren und meine Befunde in ein kunstreiches Schema einzutragen. Ein plastisch erfaßtes Augenblicksbild war der Gewinn, aber was vorher war und nachher kam, blieb im Dunkeln. Von der Psychologie des geistvollen Gehirnpathologen unbefriedigt, suchte ich eine festere Basis in der ätiologischen Betrachtungsweise eines Magnan und Möbius. Aber da verschwammen mir die Grenzen zu bald unter der Hand. Die sorgfältige klinische und auf exakter Psychologie fundierte Sammelarbeit Kraepelins mit ihrem Prinzip, die Krankheitsgeschichte eines Menschen von Anfang bis zu Ende im Auge zu behalten (und wenn dieses Ende Jahrzehnte lang auf sich warten läßt), schien mir eine verlässlichere Grundlage für die erst in der Zukunft zu lösende Aufgabe, ein natürliches System der Psychosen zu schaffen. Der Weg, den Kraepelin einschlug, erscheint mir auch heute noch im Prinzip richtig, wenn auch das Ziel noch in weiter Ferne sein mag. Dieses Ziel wird rascher erreicht werden, wenn sich der Sammlung und Gruppierung der empirischen Tatsachen und ihrer zeitlichen Folgen die feinere Analyse ihrer Zusammenhänge hinzugesellt. Sorgfältiges Sammeln und anspruchsloses Beschreiben der gesammelten Tatsachen — das ist überall in der Naturwissenschaft die Grundlage systematischer Arbeit; ist sie geschaffen, dann wird die Psychiatrie mit der Vertiefung in die psychischen und kausalen Zusammenhänge allmählich dazu gelangen, die Bausteine zu einem geschlossenen Bauwerk zu vereinigen.