

KARL JASPERS  
ALLGEMEINE  
PSYCHOPATHOLOGIE

Dritte Auflage

# ALLGEMEINE PSYCHOPATHOLOGIE

FÜR STUDIERENDE · ÄRZTE UND PSYCHOLOGEN

VON

**KARL JASPERS**

DR. MED. · O. Ö. PROFESSOR DER PHILOSOPHIE  
AN DER UNIVERSITÄT HEIDELBERG

Dritte

vermehrte und verbesserte Auflage



SPRINGER-VERLAG BERLIN HEIDELBERG GMBH 1923

ISBN 978-3-662-35874-0      ISBN 978-3-662-36704-9 (eBook)  
DOI 10.1007/978-3-662-36704-9

ALLE RECHTE, INSBESONDERE DAS DER ÜBERSETZUNG  
IN FREMDE SPRACHEN, VORBEHALTEN.

COPYRIGHT BY SPRINGER-VERLAG BERLIN HEIDELBERG 1923  
URSPRÜNGLICH ERSCHIENEN BEI JULIUS SPRINGER IN BERLIN 1923  
SOFTCOVER REPRINT OF THE HARDCOVER 3RD EDITION 1923

**MEINEM VATER**

## Vorwort zur ersten Auflage.

Dieses Buch will einen Überblick über das Gesamtgebiet der allgemeinen Psychopathologie, über die Tatsachen und die Gesichtspunkte dieser Wissenschaft, geben; und es will dem Interessierten weiterhin einen Zugang zur Literatur eröffnen.

Statt dogmatisch behauptete Resultate darzustellen, möchte es vorwiegend in die Probleme, Fragestellungen, Methoden einführen; statt ein System auf Grund einer Theorie möchte es eine Ordnung auf Grund methodologischer Besinnung bringen.

In der Psychopathologie gibt es eine Reihe von Betrachtungsweisen, eine Reihe von Wegen nebeneinander, die in sich berechtigt sind, sich ergänzen, aber sich gegenseitig nicht stören. Auf Sonderung dieser Wege, auf reinliche Scheidung, ebenso wie auf die Darstellung der Vielseitigkeit unserer Wissenschaft waren meine Bemühungen gerichtet. Es wurde der Versuch gemacht, allen empirisch fundierten Richtungen, allen psychopathologischen Interessengebieten ihren Platz anzuweisen, um dem Leser — soweit irgend möglich — einen wirklichen Überblick über die gesamte Psychopathologie, nicht über eine bloß persönliche Meinung, eine Schul- oder Modeströmung, zu verschaffen.

In vielen Teilen waren einfach registrierende Aufzählungen bisher konstatiertes, noch zusammenhangloser Tatsachen und einzelner bisher nur tastender Versuche nicht zu umgehen. Es ist jedoch gefährlich, in der Psychopathologie einfach nur den Stoff zu lernen: man muß nicht Psychopathologie, sondern psychopathologisch beobachten, psychopathologisch fragen, psychopathologisch analysieren, psychopathologisch denken lernen. Ich möchte dem Studierenden helfen, sich ein geordnetes Wissen anzueignen; das bei neu beobachteten Phänomenen den Anknüpfungspunkt bietet, und das ihm ermöglicht, neu zu erwerbendes Wissen an seinen gehörigen „Ort“ zu stellen.

Heidelberg, April 1913.

Karl Jaspers.

## Vorwort zur zweiten Auflage.

Wenn auch die Grundstruktur des Buches erhalten geblieben ist, so ist doch durch deutlichere Fassung und Ergänzung vieler Partien die Veränderung eine solche, daß der Verfasser nur noch diese zweite Auflage als Ausdruck seiner Ansichten gelten lassen kann. Vielfach wurde die Anschaulichkeit durch Beispiele erhöht. Vor allem aber wurde Sorgfalt auf weitere begriffliche Durcharbeitung unserer psychopathologischen Einsicht verwandt. Die verschwommenen Allgemeinheiten, die wir mitschleppen, sind zahlreich. Ich habe sie möglichst zu klären versucht. Aber die tiefen Intentionen, die manchmal in ihnen zum Ausdruck gekommen sind, sollen nicht einfach bei Seite gedrängt werden und unter den Tisch fallen, wenn die volle Klärung auch nicht gelingt.

Die eingehende Inhaltsübersicht, das Register und die Verschiedenheit der Druckgröße sollen es erleichtern, bei der Lektüre das zunächst Interessierende herauszuheben, die bloßen Zusammenstellungen von Material nach Bedürfnis zu überschlagen, und an anderer Stelle zu findende begriffliche Erörterungen heranzuziehen. Die einzelnen Kapitel suchen in sich jeweils einen Gesichtspunkt festzuhalten; aber sie ergänzen sich insofern, als unvermeidlich an vielen Stellen gebrauchte Begriffe nicht auch an jedem Ort noch einmal deutlich bestimmt sind.

Von medizinischer Seite ist wohl die Meinung geäußert worden, dieses Buch sei doch für Studierende zu schwer, weil auch die letzten und schwersten Probleme darin behandelt würden. Demgegenüber halte ich an der Überzeugung fest, daß man eine Wissenschaft entweder ganz, d. h. auch in ihren zentralen Problemen, oder gar nicht begreifen kann. Ich halte es für verderblich, sich dem tiefen Niveau anzupassen. Man soll sich an die trefflichen Studenten halten, die der Sache selbst wegen studieren, auch wenn sie die Minorität sind. Der Lehrer soll die Studierenden zwingen, zum Niveau der Wissenschaftlichkeit hinaanzusteigen. Dies wird aber ganz verhindert durch Kompendien, die dem Studenten »für die Praxis« ein bruchstückhaftes äußeres Scheinwissen vermitteln, das manchmal auch für die Praxis fast gefährlicher ist als gänzliche Unkenntnis. Man soll nicht bloß eine Fassade der Wissenschaft zeigen. Bei dem Niedergang der Bildung und geistigen Arbeit in unseren Tagen ist es Pflicht, keine Kompromisse zu schließen. Dieses Buch hat tatsächlich den Weg zu Studierenden gefunden; ich fühle mich berechtigt, es auch weiterhin in den Händen von Studierenden zu wünschen.

Heidelberg, September 1919.

**Karl Jaspers.**

## Vorwort zur dritten Auflage.

Die letzte Auflage wurde im Winter 1918—19 bearbeitet. Seitdem ist eine große neue Literatur entstanden, neue Autoren einer jüngeren Generation sind zur Geltung gekommen, neue Realitäten (besonders Beobachtungen bei Encephalitis lethargica und Kopfschußverletzungen) sind sichtbar geworden. Während ich in der vorigen Auflage noch eigene neue Beobachtungen verwenden konnte, ist diese Auflage nicht mehr durch eigene empirische Forschung bereichert — abgesehen von historisch-pathographischen Studien, die jedoch nicht unmittelbar mitgeteilt sind. Es bleibt mir nur übrig, dieses Buch auf dem Laufenden zu halten durch kritische Verwertung jener neuen Arbeiten, die ich mich bemühte, vorurteilslos kennenzulernen. Eine ausdrückliche kritische Auseinandersetzung mit einzelnen ist bei dem Charakter des Buches in der Mehrzahl der Fälle ausgeschlossen.

Außer den überall verstreuten Ergänzungen und Verbesserungen ist in dieser Auflage das Kapitel über Ausdruckspsychologie selbständig geworden — als Abschnitt des zweiten Kapitels hatte der Gegenstand bisher eine schiefe Stellung —, und fast ganz neu geschrieben. Im übrigen ist der methodologische Charakter des Buches maßgebend geblieben. Man muß in der Flut psychopathologischen Geredes lernen, zu wissen, was man weiß und was man nicht weiß, zu wissen, wie und in welchem Sinne und in welchen Grenzen man etwas weiß, mit welchen Mitteln dieses Wissen erworben und begründet wird. Denn das Wissen ist nicht eine glatte Fläche gleichmäßiger und gleichwertiger Richtigkeiten, sondern eine gegliederte Ordnung ganz verschiedener Arten der Geltung, der Wichtigkeit und Wesentlichkeit.

Heidelberg, November 1922.

**Karl Jaspers.**

# Inhaltsübersicht.

## Einführung.

	Seite
§ 1. Die Abgrenzung und Aufgabe der allgemeinen Psychopathologie . . . . .	1
Psychiatrie als praktischer Beruf und Psychopathologie als Wissenschaft. Excurs über die Begriffe Gesundheit und Krankheit. Psychopathologie und Psychologie. Psychopathologie und somatische Medizin bzw. Neurologie. Methodologie.	
§ 2. Die Vorurteile in der Psychopathologie . . . . .	12
Kein System der Psychopathologie. Somatisches Vorurteil. Philosophische Vorurteile. — Verabsolutierung einzelner Gesichtspunkte (psychologisches Vorurteil; Bildvorurteile; intellektualistische Psychologie; die Vorurteile, nur Quantitatives sei wissenschaftlicher Gegenstand, nur sinnlich Wahrnehmbares sei zu untersuchen; diagnostisches Vorurteil).	
§ 3. Grundbegriffe und Methoden . . . . .	17
Kein theoretisches System. Der Strom des bewußten Seelenlebens. Phänomenologie. Statisches und genetisches Verstehen. Verstehen und Erklären. Der theoretische Unterbau des Seelischen. Das Unbemerkte und Außerbewußte. Körperliche Ursachen seelischer Veränderungen: organische und funktionelle Erkrankungen. Objektive und subjektive Symptome. Form und Inhalt. Elemente und Ganzheiten. Anlage und Milieu. Methoden. Mittel der Forschung: Exploration, Selbstschilderungen, Lebensläufe, körperliche Untersuchung. Statistische Methoden. Experimentelle Methoden. Terminologie. — Vergleichender Excurs über die Darstellungen der allgemeinen Psychopathologie.	
§ 4. Übersicht des Stoffes . . . . .	33

## Erstes Kapitel.

### Die subjektiven Erscheinungen des kranken Seelenlebens (Phänomenologie).

Allgemeines, Selbstschilderungen . . . . .	35
Abschnitt 1: Die Elemente des abnormen Seelenlebens	37
§ 1. Das Gegenstandsbewußtsein . . . . .	38
Psychologische Vorbemerkungen. 1. Wahrnehmungsanomalien: Intensität, Qualität, Mitempfindungen. Raumsinn, Zeitsinn. Abnorme Wahrnehmungscharaktere: déjà vu, jamais vu, Entfremdung der Wahrnehmungswelt, Einfühlungsveränderungen. 2. Trugwahrnehmungen: Illusionen. Echte Halluzinationen. Pseudohalluzinationen. Die einzelnen Sinnesgebiete. 3. Vorstellungsanomalien. Trugerinnerungen. Bewußtheiten. 4. Wahnideen. 5. Zwangsideen. Gemachte Gedanken. Eingegebene Gedanken.	



	Seite
§ 2. Das Ichbewußtsein . . . . .	72
Psychologische Vorbemerkungen. Die Depersonalisation. Verdoppelung. Erlebnis nicht identisch mit dem früheren Ich zu sein. Verschmelzung mit der Außenwelt. — Bewußtsein der Veränderung der eigenen Persönlichkeit. Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins.	
§ 3. Gefühle und Gemütszustände . . . . .	77
Psychologische Vorbemerkungen. Gegenstandslose Gefühle: Angst, Unruhe, Glücksgefühle, Klarsehen, Begnadung. Gegenstandscharaktere. Einfühlungen. Insuffizienzgefühle. Apathie. Gefühl der Gefühllosigkeit. Genetisch verständliche und unverständliche Gefühle.	
§ 4. Triebregungen und Wille . . . . .	84
Psychologische Vorbemerkungen. Impulsive Handlungen. Zwangsantriebe, Zwangshandlungen. Subjektive Hemmung. Erlebnis der Willensohnmacht. Erlebnis der Willensbeeinflussung. Erlebnis der unermesslichen Kraft. Inhalte der Triebregungen.	
Abschnitt 2: Der augenblickliche Gesamtzustand des Seelenlebens . . . . .	90
§ 1. Aufmerksamkeit. . . . .	90
§ 2. Der Bewußtseinszustand . . . . .	94
Bewußtseinsschwankungen. Traum. Pathologische Träume. Benommenheit. Getrübtes Bewußtsein. Verändertes Bewußtsein.	
§ 3. Störungen im Ablauf des Seelenlebens . . . . .	102
Ideenflucht. Denkhemmung. Gedankenflüchtige Denkhemmung. Ablenkbarkeit.	
§ 4. Elementares und gedanklich vermitteltes Seelenleben. . . . .	106
§ 5. Die Differenziertheit des Seelenlebens . . . . .	107
§ 6. Einfühlabares und nichteinfühlabares (natürliches und schizophrenes) Seelenleben . . . . .	110

Zweites Kapitel.

**Die objektiven Leistungen und Symptome des Seelenlebens (objektive Psychopathologie) . . . . . 115**

Subjektive und objektive Psychologie. Psychischer Reflexbogen. „Aufgabe“. „Leistung“. „Reaktionsversuch“. Experimentelle Psychopathologie.

Abschnitt 1: Die Leistungen des psychophysischen Apparats (Leistungspsychologie) . . . . .	119
§ 1. Die Störungen der Wahrnehmung. . . . .	120
§ 2. Auffassung und Orientierung . . . . .	122
§ 3. Der Assoziationsmechanismus. . . . .	124
Psychologische Vorbemerkungen: Äußere Reize und Dispositionsanregungen. Freisteigende Vorstellungen und Assozia-	

	Seite
tionen. Assoziation nach Ähnlichkeit und nach Erfahrung. Konstellation. Determinierende Tendenzen. Assoziationsverbindung und Aktverbindung. Begriff des Elements vom assoziationspsychologischen Standpunkt. Perseveration.	
Ideenflucht, Schwachsinn, Bewußtseinstörung. Pathologische Perseveration.	
Assoziationsversuche.	
<b>§ 4. Die Störungen des Gedächtnisses . . . . .</b>	<b>129</b>
Psychologische Vorbemerkungen: Merkfähigkeit, Gedächtnisdisposition, Reproduktionsfähigkeit. Spezialgedächtnisse. Mechanisches und verstehbares Gedächtnis.	
Amnesien: vier Arten. Typen der Art des Behaltene und der Art der Neuerweckung verlorener Erinnerungen. Störungen der Reproduktionsfähigkeit, des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit.	
<b>§ 5. Die motorischen Erscheinungen . . . . .</b>	<b>134</b>
Willensbewußtsein und motorischer Mechanismus. Psychologisch verständliche und neurologisch erklärare Bewegungen. Bisher unbegreifliche Bewegungsstörungen der Geisteskranken. Akinetische Zustände. Hyperkinetische Zustände. Beschränkung der Störungen auf einzelne Gebiete. Initiativ- und Reaktivbewegungen. Interpretationen neurologischer und psychologischer Art.	
<b>§ 6. Sprachstörungen . . . . .</b>	<b>141</b>
Aphasien. Psychotische Sprachstörungen. Mutazismus, Rededrang. Material des Rededrangs. Wortneubildungen. Proben sprachlicher Produkte: Sprachverwirrtheit, Inkohärenz, entstellte Produkte. Erklärung der Sprachgebilde durch Assoziationsprinzipien.	
<b>§ 7. Die Arbeitsleistung . . . . .</b>	<b>150</b>
 <b>Abschnitt 2: Die körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen seelischer Vorgänge (symptomatische Psychologie) . . . . .</b>	 <b>152</b>
Normale Begleiterscheinungen seelischer Vorgänge, experimentell festgestellt. Diese in ihrem Verhalten bei seelisch Kranken. — Drei Gruppen abnormer körperlicher Folgen: automatische, fixierte Reaktionen, hysterische Phänomene. Beziehungen körperlicher Erkrankungen zur Psyche. Übersicht über Einzelnes: Störungen komplizierter Funktionen mit Beteiligung der psychischen Aktivität, hysterische Phänomene, affektepileptische Anfälle, Störungen physiologischer Organfunktionen, Abhängigkeit organischer Erkrankungen von psychischen Faktoren.	
Subjektive Organempfindungen. — Schlaf. — Körperliche Symptome bei Psychosen: Körpergewicht, Menstruation, Erschöpfungszeichen, Stoffwechsel.	

### Drittes Kapitel.

## Der Ausdruck der Seele (Ausdruckspsychologie). 163

Begriffe des Ausdrucks. — Untersuchung der außerbewußten Mechanismen der Ausdruckerscheinungen durch die Neurologie. Verfeinerung der objektiven Registrierung der Ausdrucksbewegungen. Eigentliche Aufgabe: Erweiterung des Verständnisses über bisher unverstandene Ausdruckerscheinungen. Analyse und größere Sicherstellung des im Beginn nur intuitiven Ausdrucksverständnisses. — Einteilung der Ausdruckerscheinungen. Technische Mittel und Voraussetzungen.

	Seite
§ 1. Physiognomik . . . . .	169
§ 2. Mimik . . . . .	180
§ 3. Handschrift (Graphologie). . . . .	184
§ 4. Sprache als Mitteilung . . . . .	186
§ 5. Gegenständliche Inhalte, Weltbild und Weltanschauung . .	187
§ 6. Die literarischen Produkte Kranker . . . . .	189
§ 7. Zeichnungen, Kunst, Handarbeiten . . . . .	190
§ 8. Benehmen, Handlungen, Lebensführung . . . . .	192

Viertes Kapitel.

**Die Zusammenhänge des Seelenlebens: I. Die verständlichen Zusammenhänge (verstehende Psychopathologie) . 197**

Methodologische Vorbemerkungen: Verstehen und Erklären. Statistisches und genetisches Verstehen. Evidenz des Verstehens und Wirklichkeit. Rationales und einführendes Verstehen. Grenze des Verstehens und Unbegrenztheit des Erklärens: außerbewußte Mechanismen, das Unbewußte, „als ob“-Verstehen. — Primäre und sekundäre Symptome. Direkte und kompensatorische Erscheinungen. — Aufgaben der verstehenden Psychopathologie. Übersicht.

**Abschnitt 1: Verständliche Zusammenhänge . . . . . 208**

Das Verstehen in der normalen und pathologischen Psychologie. Arten verständlicher Zusammenhänge als Beispiele: 1. Der Einzelne und die Wirklichkeit. 2. Zusammenhang durch den Gegensatz. 3. Zusammenhang zwischen willkürlichem und unwillkürlichem Geschehen. 4. Die Entwicklung der Triebe, Leidenschaften, Anschauungen und Wertungen. 5. Beziehung der Menschen untereinander. — Verstehbarkeit und Mechanismus; abnorme Mechanismen.

**Abschnitt 2: Verständliche Zusammenhänge bei abnormen Mechanismen . . . . . 218**

- A. Verstehbare Inhalte in psychotischen Zuständen und im Traum . . . . . 218
- B. Die durch Seelisches in Bewegung gebrachten abnormen Mechanismen . . . . . 225

**§ 1. Die pathologischen Reaktionen . . . . . 225**

Begriff der Reaktion. Ausgelöste bzw. spontane Psychosen und Reaktionen. Verständliche Zusammenhänge dabei. Anlässe der Reaktionen. Seelische Struktur der reaktiven Zustände. Seelische Konstitution, welche die besondere Reaktivität bedingt.

**§ 2. Die Suggestion . . . . . 234**

Abgrenzung gegen zureichend verständliche, normale und gegen völlig unverständliche seelische Vorgänge. Nachahmung. Urteilssuggestion. Autosuggestion. — Hypnose. — Hysterie. — Induziertes Irresein.

	Seite
§ 3. Die Nachwirkung früherer Erlebnisse . . . . .	240
Gewohnheiten. Nachwirkungen unlustbetonter Erlebnisse.	
Experimente über Nachwirkungen interessebetonter Erlebnisse.	
Komplexe.	
§ 4. Die Abspaltung seelischer Zusammenhänge. . . . .	246
Janets Abspaltung. Breuer und Freuds psychotraumatische	
Theorie: Verdrängung. Bleuler und Jungs Übertragung auf die	
Schizophrenie. Die „Personifikationen“.	
 Abschnitt 3: Die Stellungnahme des Kranken zur Krank-	
heit . . . . .	255
Allgemeines.	
1. Verhalten zum Krankheitsvorgang: Ratlosigkeit; Bewußt-	
sein der Veränderung; Verarbeitung; Selbstbeherrschung; Wille	
zur Krankheit. 2. Krankheitsbewußtsein und Krankheitseinsicht:	
in der Psychose; nach der Psychose.	

#### Fünftes Kapitel.

### Die Zusammenhänge des Seelenlebens: II. Die kausalen Zusammenhänge (erklärende Psychopathologie) . . . . . 266

Äußere Einwirkungen und innere Veranlagung. Exogen und endogen. „Wesentliche“ Ursachen. Verschiedene Wirkungen derselben Ursache. Direkte und entfernte Ursachen. Verschiedene Ursachen derselben Phänomene. Typische Verlaufsreihe. — Vieldeutigkeit des Begriffs der Ursache. Das Unverständliche. Körperliche Grundlagen kausaler Vorgänge: Hirnprozeß und Seelenstörung.

Abschnitt 1: Die Ursachen bestimmter einzelner Phäno-	
mene und Mechanismen . . . . .	272
 Abschnitt 2: Die Wirkungen exogener Ursachen. . . . .	273
§ 1. Hirnprozesse . . . . .	274
§ 2. Gifte . . . . .	281
§ 3. Ermüdung und Erschöpfung . . . . .	283
§ 4. Körperliche Erkrankungen . . . . .	284
§ 5. Tageszeit, Jahreszeit, Wetter, Klima . . . . .	288
§ 6. „Psychische“ Ursachen . . . . .	289
 Abschnitt 3: Die Wirkungen endogener Faktoren. . . . .	290
§ 1. Anlage . . . . .	290
§ 2. Vererbung . . . . .	293
§ 3. Lebensalter . . . . .	303
§ 4. Geschlecht . . . . .	306
§ 5. Rasse . . . . .	307

	Seite
Abschnitt 4: Typische Verlaufsreihen . . . . .	309
§ 1. Anfall, Phase, Periode . . . . .	310
§ 2. Prozeß . . . . .	315
§ 3. Entwicklung einer Persönlichkeit . . . . .	317

Sechstes Kapitel.

**Theorien . . . . . 319**

Wesen der Theorien. Ihr Sinn. Die theoretischen Kategorien in Übersicht. Beispiele einzelner Theorien: Wernicke. Freud.

Siebentes Kapitel.

**Das Ganze des Seelenlebens: Intelligenz und Persönlichkeit . . . . . 332**

Abschnitt 1: Die Intelligenz . . . . .	333
§ 1. Analyse der Intelligenz . . . . .	333
Vorbedingungen. Kenntnisse (Inventar). Eigentliche Intelligenz.	
§ 2. Typen der Demenz . . . . .	335
Schwankungen der Produktivität. Angeborener Schwachsinn. »Verhältnisblödsinn.« Organische Demenz. Schizophrene Demenz. Sozial bedingter Schwachsinn. Emotionsstupidität und Pseudodemenz.	
§ 3. Untersuchung der Intelligenz . . . . .	340
Leistungen, Exploration, Versuche.	

Abschnitt 2: Die Persönlichkeit . . . . . 341

§ 1. Die Abgrenzung des Begriffs . . . . .	341
§ 2. Die Richtungen in der Analyse der Persönlichkeit . . . . .	344
Das verständliche Ganze der Persönlichkeit. Die Leistungen der Psychologen. Zusammenhänge von Eigenschaften. Korrelationen. — Struktur der Persönlichkeit (Temperament, Stimmungsveranlagung, formale Willensveranlagung); Qualität des Charakters: Triebe.	
§ 3. Persönlichkeitstypen . . . . .	348
Variationen menschlicher Anlage und Prozesse. Typen von Temperamenten, Lebensstimmungen, Willensveranlagungen und Charakteren. Psychasthenischer Typus. Hysterischer Typus. Begriff der abnormen Persönlichkeit. — Zerfall der Persönlichkeit durch Prozesse. Spezifische Charakterzüge bei Prozessen. Fortfall der Hemmungen. — Schizophrene Persönlichkeit.	
§ 4. Beziehungen zwischen Art der Persönlichkeit und Art der Psychose . . . . .	355

Veränderungen der Persönlichkeit (Wachstum, Entwicklung, Phase, Prozeß). — Entwicklung einer Persönlichkeit. Persönlichkeit und Art der Phase. Persönlichkeit und Prozeß.

#### Achtes Kapitel.

### Die Synthese der Krankheitsbilder . . . . 359

Historischer Überblick: Einheitspsychose oder Reihe abgrenzbarer Krankheitseinheiten? Einheitsbildungen nach dem Gesichtspunkte der psychologischen Struktur, der Ursache, des anatomischen Befundes, des Verlaufs, Vereinigung aller Gesichtspunkte in der Idee der Krankheitseinheit (Kahlbaum, Kraepelin). Resultate der Forschung: Keine Krankheitseinheit außer den Einheiten rein neurologischer Hirnprozesse. Bedeutung der Idee der Krankheitseinheit für die Typenbildung der speziellen Psychiatrie. — Einwände gegen Kraepelin. — Tatsächliche Forschungsaufgaben unter Leitung jener Idee: Hirnforschung; Typenforschung; Aufgabe der speziellen Psychiatrie.

Die Einteilung der Psychosen: organische Psychosen, Prozesse; degeneratives Irresein, Diagnostik. Kombination von Psychosen. Krankheitsgattung und Krankheitsstypus. Krankheitsstatistik.

### Die Symptomenkomplexe . . . . . 373

Zustandsbild und Symptomenkomplex. Gesichtspunkte, nach denen Symptomenkomplexe gebildet werden. — Extensive und intensive Schwankung der Zustandsbilder.

#### Einzeldarstellungen:

- |   |     |
|---|-----|
| § 1. Akute und chronische Psychosen . . . . .   | 377 |
| § 2. Die Symptomenkomplexe der abnormen Gemütszustände . .  | 377 |
| § 3. Die Symptomenkomplexe der Bewußtseinsveränderung: Delirium, Amentia, Dämmerzustand . . . . .                               | 380 |
| § 4. Die Symptomenkomplexe des verrückten Seelenlebens: Paranoischer Symptomenkomplex, Katatonischer Symptomenkomplex . . . . . | 384 |
| § 5. Organische Symptomenkomplexe . . . . .   | 389 |
| § 6. Leistungsdefekte und Persönlichkeitsstörungen. . . . .   | 390 |
| § 7. Nervöse Symptomenkomplexe: Neurasthenie, Psychasthenie   | 391 |
| § 8. Die Formen phantastischer Erlebnisse . . . . .   | 392 |

#### Neuntes Kapitel.

### Die soziologischen Beziehungen des abnormen Seelenlebens . . . . . 401

Naturwesen und Kulturwesen. Vererbung und Tradition. Sozialpsychologie; soziale Anamnese, Selbstbiographien. Erweiterung der psychopathologischen Forschung auf soziologisches und historisches Material. — Die statistischen Methoden.

Abschnitt 1: Die Bedeutung der gesellschaftlichen Zustände für die abnormen Seelenerscheinungen	406
---	-----

Seite

Milieu und Rasse. Vergleich desselben Volkes in verschiedenen aufeinander folgenden Zeiten: Statistik: Zunahme der internierten Geisteskranken, der Selbstmorde, der Kriminalität usw.; qualitative Vergleiche; psychische Epidemien, orgiastische Zustände, die Nervosität unserer Zeit, die Unfallneurose; Einzelschilderungen. — Vergleich verschiedener Kulturkreise derselben Zeit; Stadt und Land, Berufe, Familienstand, Konfession. — Übersicht über die Arten der Einwirkung der Kultur auf das Seelenleben: 1. kausale Einwirkungen, 2. verständliche Einwirkungen: Inhalt der Psychosen, die herrschenden Anschauungen und Wertungen, Ermüdung, Lebenssicherheit, aufregende Zeiten, Kriegszeiten. — Kultur und Entartung. Kultur und Veränderung des angeborenen Seelenzustandes.

Abschnitt 2: Die Bedeutung der abnormen Seelenerscheinungen für die Gesellschaft. . . . .	418
---	-----

Abnormes Seelenleben und Geschichte (Pathographien). Das soziale Verhalten der Abnormen und Kranken. Verbrechen, Landstreichertum, Prostitution, jugendliche Verwahrlosung.

### Anhang.

§ 1. Von der Untersuchung der Kranken . . . . .	425
§ 2. Von den therapeutischen Aufgaben . . . . .	430
§ 3. Prognose . . . . .	439
§ 4. Historisches. . . . .	441
Sachverzeichnis. . . . .	450

Folgende Zeitschriften sind öfters in Abkürzungen zitiert, die ihren genauen Titel ohne weiteres erkennen lassen:

- Archiv für die gesamte Psychologie.
- Archiv für Psychiatrie.
- Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.
- Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.
- Deutsche medizinische Wochenschrift.
- Journal für Psychiatrie und Neurologie.
- Jahrbücher für Psychiatrie.
- Monatsschrift für Psychiatrie.
- Münchener medizinische Wochenschrift.
- Neurologisches Zentralblatt.
- Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift.
- Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.
- Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

## Einführung.

### § 1. Die Abgrenzung und Aufgabe der allgemeinen Psychopathologie.

Im praktischen psychiatrischen Berufe handelt es sich immer um einzelne ganze Menschen; sei es, daß diese dem Psychiater zur Obhut, zur Pflege oder zur Heilung anvertraut werden, sei es, daß er vor Gericht, vor anderen Behörden, vor der Geschichtswissenschaft über eine Persönlichkeit ein Gutachten abgibt, sei es, daß ihn Kranke in der Sprechstunde um Rat fragen. Während seine Arbeit es hier ganz mit einem individuellen Fall zu tun hat, sucht der Psychiater, um den in solchen Einzelfällen an ihn herantretenden Forderungen gewachsen zu sein, als Psychopathologe nach allgemeinen Begriffen und Regeln. Ist der Psychiater im praktischen Berufe eine lebendige, erfassende und wirkende Persönlichkeit, der die Wissenschaft nur eines ihrer Hilfsmittel ist, so ist dagegen dem Psychopathologen diese Wissenschaft selbst Zweck. Er will nur kennen und erkennen, charakterisieren und analysieren, aber nicht einzelne Menschen, sondern das Allgemeine, seien es Qualitäten, wie Empfindung, Wahrnehmung, Vorstellung, Gefühl, seien es Zusammenhänge, wie Wahnvorgänge, Reaktionen, Erlebnisse, seien es typische Ganzheiten, wie Persönlichkeitsarten. Er fragt nicht mehr nach der Brauchbarkeit seiner Wissenschaft als Hilfsmittel — diese wird sich bei Fortschreiten der Ergebnisse von selbst einstellen und ist nicht mehr seine Sache —, sondern bloß nach Erkennbarkeiten, nach Wahrheiten, nach verbindlich Beweisbarem oder nach deutlich Aufzeigbarem. Er will nicht das Erleben, das Einfühlen und Schauen an sich — dies ist ihm Material und Basis, dessen reiche Entwicklung ihm unentbehrlich ist —, sondern er will das in Begriffen Ausdrückbare, das Mitteilbare, das, was sich in Regeln bringen und in irgendwelchen Beziehungen erkennen läßt. Dies legt ihm einerseits Beschränkungen auf und setzt ihm Grenzen, die er kennen muß, um sie nicht un-rechterweise zu überschreiten, es gibt ihm andererseits einen weiten Machtbereich, den er ganz und gar in Besitz zu nehmen berechtigt und verpflichtet ist.

Seine Grenze liegt darin, daß er, wenn er dem einzelnen Menschen gegenübertritt, diesen niemals ganz in psychologische Begriffe auflösen kann. Je mehr er auf Begriffe bringt, als typisch, als regelmäßig erkennt und charakterisiert, desto mehr erkennt er, daß sich ihm etwas Unerkennbares verbirgt, das er erfassen, fühlen, ahnen, das



er aber nicht greifen und einfangen kann. Für ihn als Psychopathologen genügt es, wenn er von der Unendlichkeit jedes Individuums weiß, die er nicht ausschöpfen kann; als Mensch mag er, davon unabhängig, noch mehr sehen; oder, wenn andere dieses Mehr, das etwas Unvergleichbares ist, sehen, soll er ihnen nicht mit Psychopathologie darein reden. Zumal ethische, ästhetische, metaphysische Wertungen sind völlig unabhängig von psychopathologischer Wertung und Zergliederung.

Aber auch abgesehen von so ganz heterogenen Wertungen, die mit Psychiatrie überhaupt nichts zu tun haben, spielen im praktischen Berufe instinktive Ansichten, eine persönliche Intuition, die sich gar nicht mitteilen läßt, eine Rolle. Man hat betont, daß wir uns vielfach in der Psychiatrie noch nicht im Stadium der Wissenschaft befinden, sondern daß die „Kennerschaft“ noch mehr bedeutet. Wissenschaft verlangt begriffliches Denken, das mittelbar und systematisch ist. Nur soweit ein solches Denken entwickelt ist, kann es Psychopathologie als Wissenschaft geben. Was in der Psychiatrie Kennerschaft und Kunst ist, die nicht ausgesprochen, sondern höchstens im persönlichen Verkehr an Empfängliche übertragen werden kann, ist auch nicht Gegenstand buchmäßiger Darstellung und kann billigerweise nicht darin erwartet werden. Psychiatrischer Unterricht ist mehr als Mitteilung begrifflicher Kenntnisse, ist mehr als wissenschaftlicher Unterricht. Ein Buch über Psychopathologie, wie überhaupt jede psychopathologische Arbeit, kann nur Wissenschaft bieten und ist nur soweit wertvoll, als es das tut. Mit klarem Wissen von der Bedeutung der Kennerschaft für die Praxis und jede Analyse von Einzelfällen wollen wir uns hier bewußt beschränken auf das, was wissenschaftlich einzufangen ist.

Der Machtbereich der Psychopathologie erstreckt sich damit aber auch auf alles Seelische, das sich in Begriffe von konstanter Bedeutung und Mittelbarkeit fassen läßt. Es ist gleichgültig, ob dasselbe Phänomen, das Gegenstand ästhetischen Schauens, ethischer Wertung oder historischen Interesses ist, zugleich psychopathologisch untersucht wird. Es handelt sich hier um zwei Welten, die sich gar nichts angehen. — Zwischen Kennerschaft und Wissenschaft ferner besteht keine endgültige Grenze, vielmehr verschiebt sich die Grenze der Wissenschaft immer weiter in die Kennerschaft hinein. Diese Kennerschaft aber wird dadurch nie verdrängt, sondern gewinnt selbst neue Gebiete. Wo aber Wissenschaft möglich ist, werden wir sie immer der Kennerschaft vorziehen. Persönliche, instinktive Kennerschaft — die sich naturgemäß sehr oft irrt — werden wir überall da mißbilligen, wo dasselbe wissenschaftlich gewußt werden kann. —

Der Gegenstand der Psychopathologie ist das wirkliche, bewußte psychische Geschehen. Wir wollen wissen, was und wie Menschen erleben, wir wollen die Spannweite der seelischen Wirklichkeiten kennen lernen. Und nicht nur das Erleben der Menschen, sondern auch die Bedingungen und Ursachen, von denen es ab-

hängt, die Beziehungen, in denen es steht, und die Weisen, wie es sich irgendwie objektiv äußert, wollen wir untersuchen. Aber doch nicht alles seelische Geschehen, sondern nur das „pathologische“ ist unser Gegenstand. Wie jedoch bei einer einzelnen Frage in der somatischen Medizin es zweifelhaft ist, ob ihr Gegenstand physiologisch oder pathologisch ist, und tatsächlich Physiologie und Pathologie aufeinander angewiesen sind, mit denselben Grundbegriffen arbeiten und ohne deutliche Grenze ineinander überfließen, so sind auch Psychologie und Psychopathologie nicht prinzipiell getrennt. Sie gehören zueinander, lernen gegenseitig voneinander. Es ist keine scharfe Grenze zwischen ihnen, und viele Fragen werden sowohl von Psychologen wie von Psychopathologen bearbeitet. Das liegt daran, daß der Begriff der Krankheit kein einheitlicher ist, daß es mehrere Krankheitsbegriffe gibt, und daß alle Krankheitsbegriffe, die wohl prinzipiell scharf gefaßt werden können, in der Anwendung auf die Wirklichkeit Grenzfälle, Übergänge zulassen müssen. Wir legen hier keinen Wert auf einen scharfen Begriff der seelischen Krankheit und überlassen uns unserem Gefühl und vor allem dem Gebrauch der bisherigen Arbeitsteilung bei der Auswahl des Stoffes. Wir legen keinen Wert darauf, wenn es heißt, auch noch andere Dinge seien krankhaft, oder dies und jenes sei nicht krankhaft. Auf eine Diskussion des Krankheitsbegriffes haben wir es in diesem Buche nirgends abgesehen und gestehen von vornherein, daß wir vielfach mit einer gewissen Willkür die Abscheidung unseres Stoffes aus dem Gesamtgebiet der Psychologie, dem die Psychopathologie angehört, wie die pathologische Physiologie der Physiologie, vornehmen mußten.

### Exkurs über die Begriffe Gesundheit und Krankheit.

Die Begriffe gesund und krank gebraucht jedermann zur Beurteilung von Lebenserscheinungen, Leistungen, Menschen. Erstaunlich ist oft die naive Sicherheit im Gebrauch dieses Begriffspaares und zugleich die ängstliche Scheu vor ihm, zumal bei seelischen und geistigen Erscheinungen. Man sieht die einen hohnlächelnd mit psychiatrischen Kategorien verurteilen, man hört die andern auf die Psychiater schelten als auf geborene Ignoranten, die eine Art Parallelerscheinung zu Inquisition und Hexenverfolgung darstellten, nur ohne deren blutigen Ernst. Unter intellektuellen Menschen scheint es heute zum guten Ton zu gehören, auf den „psychiatrischen Standpunkt“ mit abweisender Verachtung zu blicken. Aber derselbe Mensch, der einmal diese Ablehnung kund tut, kann ein andermal selbst von „entartet“, „ungesund“ reden.

Sehen wir uns zunächst um nach ein paar ehrwürdigen und zugleich typischen Beispielen für die Art der Anwendung des Begriffes „krank“. Plato sagt: „Nun aber entstehen uns die größten Güter aus einem Wahnsinn, der jedoch durch göttliche Gunst verliehen wird . . . Viel vortrefflicher ist auch nach dem Zeugnis der Alten ein göttlicher Wahnsinn als eine bloß menschliche Verständigkeit.“ Stoiker und Epikureer schätzten dagegen über alles die „Gesundheit“, die der Epikureer in vollständiger Zufriedenheit bei möglicher Befriedigung aller Bedürfnisse fand; der Stoiker empfand schon jede Leidenschaft, jeden Enthusiasmus als Krankheit, und seine Morallehren waren geradezu eine Therapie, diese Krankheiten der Seele zu vernichten. — Alkmaion sieht die Gesundheit als die Harmonie entgegengesetzter Kräfte. Cicero charakterisiert sie als rechtes gegenseitiges Verhältnis der seelischen Zustände, als Angemessenheit und Festigkeit der seelischen Kräfte. — Nietzsche spricht oft und entgegen-

gesetzt über Gesundheit. Es gibt Menschen, sagt er, die von den bacchischen Chören der Griechen, von dem dionysischen Rausch, wie von „Volkskrankheiten“ spöttisch und bedauernd im Gefühl der eigenen Gesundheit sich abwenden: die Armen ahnen freilich nicht, wie leichenfarbig und gespenstisch eben diese ihre Gesundheit sich ausnimmt. Nietzsche konstatiert als die Methode des Bildungsphilisters: „Zuletzt erfindet er noch für seine Gewöhnungen, Betrachtungsarten, Ablehnungen und Begünstigungen die allgemein wirksame Formel ‚Gesundheit‘ und beseitigt mit der Verdächtigung, krank und überspannt zu sein, jeden unbequemen Störenfried.“ „Es ist nämlich eine fatale Tatsache, daß sich der Geist mit besonderer Sympathie auf die Ungesunden und Unerprießlichen niederzulassen pflegt, während der Philister zwar vielfach geistlos, aber durchweg gesund philosophiert“. Nietzsche erfaßt: „Eine Gesundheit an sich gibt es nicht.“ Angesichts des dionysischen Rausches fragt er: „Gibt es vielleicht Neurosen der Gesundheit?“ — Schließlich aber wird der Gegensatz von gesund und krank bei Nietzsche selbst wieder zu einer Grundunterscheidung. Aufsteigendes und absteigendes Leben, Leben und Entartung werden ihm letzte Gegensätze; und, wenn auch mit anderem Inhalt und anderer Gesinnung, er wendet diesen verabsolutierten Gegensatz auf fast alle Erscheinungen des menschlichen Daseins an.

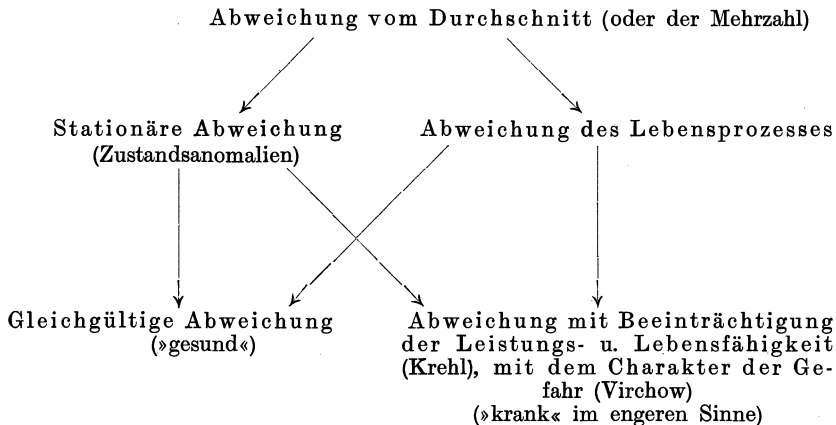
Sammelt man weiter solche Erörterungen, so wird man immier weniger wissen, was denn gesund und krank bedeute. Wird danach genauer gefragt, so wird man auf die Medizin verwiesen, die empirisch und wissenschaftlich feststelle und festgestellt habe, was „krank“ sei. Davon kann aber gar keine Rede sein. Was gesund und was krank im allgemeinen bedeute, darüber zerbricht sich der Mediziner am wenigsten den Kopf. Er hat es wissenschaftlich mit Lebensvorgängen zu tun. Was krank im allgemeinen sei, das hängt weniger vom Urteil der Ärzte, als vom Urteil der Patienten ab und von den herrschenden Auffassungen der jeweiligen Kulturkreise. Das ist bei der großen Masse der körperlichen Erkrankungen nicht merkbar, bei den Krankheiten der Psyche aber sehr. Derselbe seelische Zustand führt den einen unter dem Titel krank zum Nervenarzt, den andern unter dem Titel Schuld, Versündigung in den Beichtstuhl. Unter Ärzten wurde die Frage, ob krank oder nicht, lebhaft erörtert bei den sogenannten traumatischen Neurosen, Zuständen nach Unfällen, die durch Rente entschädigt werden sollen, wenn es sich um Krankheit handelt. Hier trat das Urteil „krank“ des Patienten aus praktischen Gründen des Versicherungsgesetzes in Konflikt mit dem Urteil „nicht krank“ der Gesellschaft, und dieser Gegensatz wurde im Kopfe der begutachtenden Ärzte ausgefochten — letztthin resultatlos.

Suchen wir in der Menge der Anwendungen, die der Krankheitsbegriff gegenwärtig und früher gefunden hat, nach dem Gemeinsamen im Begriffsinhalt, so finden wir keinerlei immer gleiches Sein oder Geschehen, das krank genannt wird. Vielmehr ist das einzig Gemeinsame, daß damit immer ein Werturteil ausgedrückt wird. Krank heißt unter irgendetem, aber keineswegs immer gleichen Gesichtspunkt schädlich, unerwünscht, minderwertig.

Bei körperlichen Vorgängen ist die Sachlage relativ einfach. Das Erwünschte: Leben, langes Leben, Fortpflanzungsfähigkeit, körperliche Leistungsfähigkeit, Kraft, geringe Ermüdbarkeit, keine Schmerzen, ein Zustand, in dem man dauernd vom Körper möglichst wenig abgesehen vom lustvollen Daseinsgefühl merkt — alles das ist so selbstverständlich allgemein erwünscht, daß der Krankheitsbegriff im Körperlichen eine weitgehende Konstanz hat. Die medizinische Wissenschaft besteht nun nicht darin, diese Wertbegriffe auszuarbeiten und zu einem allgemeinen Krankheitsbegriff zu kommen, ebensowenig wie es ihre Aufgabe sein kann, irgendein Heilmittel für alle Fälle zu erfinden. Der Mediziner ist um gar nichts klüger, wenn es im allgemeinen heißt, irgend etwas sei krank. Vielmehr besteht die Arbeit des Mediziners darin, festzustellen, was für ein bestimmtes konkretes Sein und Geschehen vorliegt, wovon es abhängig ist, wie es weiter verläuft, was darauf einwirkt. Statt des einen allgemeinen Krankheitsbegriffes, der ein bloßer Wertbegriff ist, schafft er eine Fülle von Seins- und Geschehensbegriffen. Weil die Fragestellung aus dem allgemeinen Wertbegriff ursprünglich kam und fortdauernd durch die praktische Verknüpfung des Mediziners mit seinen therapeutischen Aufgaben mit ihm verknüpft bleibt, nennt er alle diese von ihm geschaffenen Seinsbegriffe, aus denen die Wertung so gut wie ausgeschaltet ist,

doch Krankheiten. Die Herkunft der empirischen Medizin aus einem allgemeinen Wertbegriffe und das Ziel in empirisch gefundenen Seinsbegriffen geraten naturgemäß manchmal in Konflikt. Es kommen viele Menschen, die sich schwer krank fühlen. Der Arzt findet nichts, das unter seine Seinsbegriffe fällt, er nennt die Menschen „nervös“ und schiebt sie zum Psychiater ab. Andererseits findet er bei seinen Untersuchungen des tatsächlichen Seins „Krankheiten“ (Abweichungen), die niemand, der sie hat, als Krankheiten empfindet. Er sagt dann: theoretisch krank, praktisch gesund (z. B. bei der Pentosurie). Bei solchen Konflikten des denkenden Mediziners entstanden nun — in der ungeheuren Welt medizinischer Arbeit eine ganz winzige Enklave — Überlegungen über den Begriff der Krankheit, die für das Körperliche bis zu gewissem Grade Klarheit gebracht haben:

Die Überführung des Krankheitsbegriffes als Wertbegriffes in eine Summe von Seinsbegriffen drängte dazu, schließlich rückläufig auch den allgemeinen Krankheitsbegriff möglichst alles Werthafte zu entkleiden. Ein empirischer Seinsbegriff ist der Begriff des Durchschnitts. Der Durchschnitt sollte „gesund“ genannt werden, die Abweichungen vom Durchschnitt — wobei dem Durchschnitt eine gewisse konventionelle Spannweite gegeben wird — „krank“. Das wäre eine reine Seinsbetrachtung. Da man das Leben einmal als Zustand, dann als Prozeß, als Gesamtheit des Lebensablaufs sieht, so wird man unter den Abweichungen vom Durchschnitt solche im Zustand, z. B. anatomische Anomalien und physiologische Anomalien (wie Pentosurie) auf der einen Seite, solche im Ablauf des Lebens auf der anderen Seite (die eigentlichen Krankheitsvorgänge) unterscheiden. Soweit wäre also alles Werthafte ausgeschaltet und man könnte den Krankheitsbegriff des Patienten als bloßen Wertbegriff von dem der Medizin als einer Summe von Seinsbegriffen auf der Basis des Durchschnittsgedankens trennen. Vielleicht könnte man sich, um der Praxis wieder näher zu kommen, dadurch helfen, daß man den Wertbegriff zu einer sekundären Teilung wieder einführt, wie in folgender Übersicht (in Anlehnung an Albrecht):



So scheint für den Augenblick der Konflikt der Begriffe befriedigend gelöst; jedoch nicht endgültig. Es ist folgendes von logischer Schwierigkeit: 1) Es gibt Lebenserscheinungen bei der Mehrzahl der Menschen, wie z. B. die Karies der Zähne, die man, trotzdem sie durchschnittlich sind, krank nennt. 2) Es gibt Abweichungen vom Durchschnitt an langer Lebensdauer, ungewöhnlicher körperlicher Kraft und Widerstandsfähigkeit, die man trotzdem niemals krank nennen würde. Man müßte neben „krank“ und „gleichgültiger Abweichung“ eine „Übergesundheit“ als dritte Kategorie einführen. 3) Faktisch wird fast niemals der Durchschnitt im Leben des menschlichen Körpers festgestellt. Solche Durchschnittsfeststellungen beschränken sich auf anatomische Maße und wenig anderes. Was Durchschnitt ist, weiß man fast nie.

Bedenkt man dieses und besinnt man sich darauf, was denn beim medizinischen Denken im Kopf vorgeht, so kann man nicht umhin, anzuerkennen: Wenn der wissenschaftlich denkende Mediziner von „Abweichungen“ spricht, so meint er faktisch fast nie den Durchschnitt, sondern einen Idealbegriff. Er hat nicht etwa einen vorausgesetzten definierten Normbegriff der Gesundheit, aber eine Normidee leitet ihn, z. B. wenn er die Karies der Zähne krank nennt. Ein solcher Normbegriff, nicht ein Durchschnittsbegriff, ist doch immer wieder der Begriff der Gesundheit, d. h. er ist zugleich Wertbegriff. Die Erkenntnis des menschlichen Körpers setzt aber diesen Wertbegriff nicht voraus, sondern hat ihn als Idee vor sich; je mehr im einzelnen die Beziehungen der Organe, Strukturen, Funktionen zueinander erkannt werden, desto mehr erfaßt der Erkennende von dieser Idee. Sie restlos zu erkennen, würde heißen, das Leben restlos zu erkennen. Gesundheit ist zunächst ein Begriff von ganz grobem Charakter, von letzten Werten, wie Leben, Leistungsfähigkeit usw. Je mehr die Zweckzusammenhänge im Leben des Körpers durchschaut werden — die eigentlich biologische Erkenntnis — desto mehr kommt man von der groben zu immer feinerer Teleologie und desto klarer wird der Begriff der Gesundheit als Normbegriff, ohne je restlos klar zu werden.

Alle diese Erwägungen sind für diejenigen, die seine Betrachtung auf den Körper des Menschen beschränkt, ziemlich belanglos. Ganz anders liegen die Dinge, wenn die Betrachtung auf seelisches Gebiet übergeht, denn hier vermehren sich die Wertbegriffe, so daß sie schließlich vielleicht alle nur möglichen Werte umfassen, und werden selbst problematisch. Noch viel weniger als beim Körperlichen kann hier von einem einheitlichen Begriff des „Kranken“ die Rede sein.

Man kann auch dem Seelenleben gegenüber unter Ausschaltung aller Wertung an den Durchschnitt denken und hat es getan. Man kann die Abweichung vom Durchschnitt im dauernden Zustand der Seele von der Abweichung des Lebensprozesses der seelischen Persönlichkeit unterscheiden und hat damit einen der fruchtbarsten Gesichtspunkte der Psychopathologie. Aber den Durchschnitt kennt man faktisch auf seelischem Gebiet nirgends als im allergrößten, etwa Schulleistungen, militärischer Leistungsfähigkeit. Bei der Beurteilung, ob etwas krank sei, geht man faktisch im Seelischen noch viel weniger als im Körperlichen vom Durchschnitt aus. Formuliert man sich die zur Grundage der Beurteilung dienenden Normbegriffe, so nennt man außer den biologischen der Erhaltung des Lebens und der Gattung, der Schmerzfreiheit usw. ferner etwa: soziale Brauchbarkeit (Nützlichkeit, Anpassungsfähigkeit, Einordbarkeit), Fähigkeit zu Glück und Zufriedenheit, Einheitlichkeit der Persönlichkeit, Harmonie der Eigenschaften, Konstanz der Eigenschaften, die vollkommene Entwicklung aller menschlichen Anlagen, Tendenzen und Triebe in harmonischer Abstimmung u. dgl.

Die Mannigfaltigkeit solcher Wertbegriffe brachte es mit sich, daß die Grenze des als „psychisch krank“ Aufgefaßten im Laufe der Jahrhunderte und zwischen verschiedenen Menschen derselben Zeit sehr viel größeren Schwankungen unterworfen ist, als die dem gegenüber fast konstante Grenze des körperlich Kranken. Schon die Anwendung des Krankheitsbegriffes auf Seelisches überhaupt war länger als dem Körper gegenüber ausgeblieben. Nicht natürliche, empirisch und kausal zu erkennende Vorgänge sollten hier vorhanden sein, sondern Dämonen oder Schuld und Sünde. Dann faßte man als krank zunächst nur Idioten und Tobsüchtige auf, dehnte aber im Laufe der beiden letzten Jahrhunderte den Kreis immer weiter aus, und zwar entscheidend nach dem Gesichtspunkt der sozialen Brauchbarkeit. Die enorme Zunahme der Zahl der Irrenanstaltsinsassen beruht wohl zum größeren Teile darauf, daß unter den entwickelteren, an soziale Leistungen immer mehr Anforderungen stellenden Verhältnissen der modernen Zivilisation diese Menschen nicht mehr leben können; sie konnten früher auf dem Lande leicht mit durchgefüttert werden, gelegentlich mit arbeiten, waren aber nicht in einen sozialen Apparat eingespannt. So ist dieser psychologisch äußerliche Gesichtspunkt, insbesondere dann bei antisozialen Neigungen der Gesichtspunkt der polizeilichen Verwaltung maßgebend geworden für die Ziehung der Grenze des Kranken. Andere Grenzen bestehen bei dem Besitzlosen und bei dem Besitzenden, bei einer psychiatrischen Klinik und einem Sanatoriumsleiter oder einem Nervenarzt.

So wurden und werden unter dem Begriff krank die heterogensten seelischen Realitäten zusammengefaßt. „Krank“ ist ein allgemeiner Unwertbegriff, der alle möglichen Unwerte umfaßt. Die Aussage „krank“ in ihrer Allgemeinheit besagt darum auf seelischem Gebiet gar nichts, denn dieses Wort umfaßt so den Idioten und das Genie, umfaßt alle Menschen. Belehrt werden wir nicht durch die Aussage, ein Mensch sei seelisch krank, sondern nur, wenn wir von bestimmten, konkreten Erscheinungen und Vorgängen in seiner Seele hören. Daß in dem Worte Krankheit sich so Wertbegriffe und Seinsbegriffe immer miteinander verschlingen, führt zu Täuschungen, die selbst bei denkenden Menschen unserer Zeit noch fast unvermeidlich scheinen: Mit krank wird zunächst bezeichnet, daß etwas einen Unwert darstellt; dann taucht sofort das Bewußtsein auf, Krankheit sei ein Sein, und das Urteil wird als empirisch-diagnostisches genommen. Zumal bei medizinischen Laien besteht dann die grobe Vorstellung, man sei entweder krank oder nicht krank (ein Rest der alten Dämonenlehre in rationaler Form), und mit dem Urteil „krank“, das bloß auf einer sehr subjektiven Wertung beruhte, glaubt der Urteilende nach einiger Zeit eine reale Erkenntnis zu besitzen.

Der denkende Psychopathologe legt darum auf das allgemeine Urteil „krank“ überhaupt keinen Wert. Die heterogenen Realitäten, die ihm vor Augen kommen, ordnet er nach Seinsbegriffen, wie z. B. dem, ob ein Bild ein dauernder Zustand oder Stadium eines Prozesses ist. In der ärztlichen Sprechstunde und in der Irrenanstalt werden zahlreiche Menschen behandelt, die nicht an irgendeinem Krankheitsprozeß, sondern nur an irgendeiner ungünstigen Variation ihrer Anlage, an ihrem „Charakter“ leiden. Hier beginnt sachlich unsere Wissenschaft im Gebiet des „Normalen“ mit der Psychologie der individuellen Differenzen und der Charakterologie. Als man einmal anfing, auf seelischem Gebiet dauernde Zustände, sogenannte Konstitutionen, als krank zu bezeichnen, war nur eine praktische Grenze gegen alle individuellen Variationen zu ziehen.

Ich höre auf, die Paradoxien des Krankheitsbegriffes, wenn man unter „krank“ auf seelischem Gebiet ein einheitliches Ganzes mit negativem Wertakzent versteht, darzulegen. Wir wollen als Erkennende einfach wissen: was für Erscheinungen sind in der menschlichen Seele möglich? als Handelnde: welche Mittel gibt es, um die — sehr verschiedenen — Wünschbarkeiten im seelischen Leben zu fördern? Dazu brauchen wir in beiden Fällen den Begriff des „Kranken überhaupt“ gar nicht; und wir wissen jetzt, daß es so etwas in seiner Allgemeinheit und Einheitlichkeit gar nicht gibt.

Die paradoxe Art des Krankheitsbegriffes hat man witzig durch das Wort ausgedrückt: „Normal ist leichter Schwachsinn.“ Das heißt logisch aufgelöst: Nach einem Normbegriff intellektueller Begabung ist die Mehrzahl der Menschen leicht schwachsinnig. Der Durchschnitt, die Eigenschaft der Mehrzahl ist aber der Maßstab des Gesunden, also ist leichter Schwachsinn das Gesunde. Leichter Schwachsinn ist aber eine Bezeichnung für Krankhaftes. Also ist das Krankhafte normal. Also ist gesund = krank. D. h. das ist die Selbstauflösung dieses Begriffspaares, wenn es ruhen soll auf Wertbegriff und Durchschnittsbegriff. —

Auf seelischem Gebiet bekommt der Begriff der Krankheit dadurch noch seine Besonderheit, daß in vielen Fällen nur der Beobachter den Kranken, nicht der Kranke sich selbst so auffaßt. Später wird bei der Analyse der Stellungnahme des Kranken zur Krankheit diese verwickelte Beziehung zu zeigen sein.

Schließlich wird der seelische Krankheitsbegriff, der doch ein Begriff von Mängeln ist, dadurch wunderlich, daß er Erscheinungen umfaßt, welche positiv wertbar sind und gewertet werden. Die pathographische Analyse hervorragender Persönlichkeiten zeigt, wie Krankheit nicht nur unterbricht und zerstört, wie nicht nur trotz einer Krankheit etwas geleistet wird, sondern wie Krankheit Bedingung gewisser Leistungen sein kann.

Aus allen Schwierigkeiten will ein Mediziner sich wohl dadurch retten, daß er erklärt: nur diejenigen seelischen Vorgänge sollen krankhaft sein, welche auf krankhaften Gehirnvorgängen beruhen. Solche kennen wir jedoch kaum bei einem Viertel der Irrenanstaltsinsassen.

Aus allem läßt sich folgendes Resümee ziehen: In der verbreiteten, auch bei Ärzten vielfach üblichen Anschauung, die der Frage: „Ist das krankhaft?“ eine sachliche Bedeutung beimißt, liegt ein Rest jener alten Vorstellungen, nach

denen die Krankheiten besondere Wesen waren, die von den Menschen Besitz ergriffen hatten. Man kann sagen: das ist ein unter den und den Gesichtspunkten ungünstiger Vorgang; oder: das ist ein Vorgang, der vermutlich oder sicher bald noch ungünstigere Vorgänge nach sich zieht (der Beginn eines Prozesses, der zum Tode, zur Einbuße an Fähigkeiten führt) u. dgl. Wenn ich aber etwas im allgemeinen „krankhaft“ nenne, bin ich um gar nichts klüger. Trotzdem wird die allgemeine Frage: „ist das krank?“ unendlich oft gestellt, um die verneinende Antwort als eine Beruhigung, die bejahende als eine moralische Entschuldigung zu verwerten oder um einen Wert herabzusetzen, alles mit gleichem Unrecht.

Das gewöhnlich normal genannte Seelenleben studiert die Psychologie. Ein Studium der Psychologie ist für den Psychopathologen im Prinzip ebenso notwendig wie ein Studium der Physiologie für den somatischen Pathologen<sup>1)</sup>. Daß das tatsächlich in sehr vielen Fällen nicht der Fall ist, liegt daran, daß die Psychopathologie vieles bearbeitet, zu dem das entsprechende „Normale“ von der Psychologie noch gar nicht in Angriff genommen ist, und daß in vielen Fällen der Psychopathologe, weil er bei der Psychologie vergebens Rat sucht, seine Psychologie selbst machen muß. Die offizielle Psychologie unserer Tage beschäftigt sich in allzu strikter Beschränkung fast nur mit so elementaren Vorgängen, wie sie bei eigentlichen Geisteskrankheiten fast nie gestört werden, nur bei neurologischen, organischen Hirnschädigungen. Der Psychiater bedarf einer Psychologie von weiterem Horizont, die ihm aus dem psychologischen Denken der Jahrtausende vermittelt wird und die sich jetzt auch im offiziellen Betriebe wieder Bahn zu brechen beginnt. —

Der Gegenstand der Psychopathologie, sagten wir, sind die wirklichen seelischen Vorgänge, deren Bedingungen und Ursachen und deren Folgen. Die Untersuchung der Zusammenhänge führt mit Notwendigkeit zur theoretischen Vorstellung außerbewußter Mechanismen, führt schließlich in vielen Fällen auf greifbar körperliche Vorgänge als entferntere Ursachen der seelischen Phänomene. Körper

<sup>1)</sup> Wir sind allerdings nicht in der Lage, etwa ein Buch über Psychologie zu nennen, das gleichsam als eine Ergänzung zum Studium der Psychopathologie dienen könnte. Die Psychologie ist ebenso wie die Psychopathologie in viele Lager geteilt. Man muß die Parteien und Gegenstände nacheinander kennen lernen, um von Psychologie etwas zu erfahren. Für die mit der Sinnesphysiologie und den körperlichen Erscheinungen zusammenhängenden seelischen Probleme ist Wundts Physiologische Psychologie (kürzer ist der Grundriß von Wundt) das in vielen veraltete Hauptwerk. Soweit es vollendet ist, ist das Lehrbuch von Ebbinghaus (in der vorzüglichen Neubearbeitung von Bühler) vorzuziehen. — Nicht im Prinzip, aber in methodischer Reinheit neu ist die phänomenologische Grundlegung psychologischer Untersuchungen, die von Husserl gefordert und in einzelnen Teilen durch grundlegende Analysen verwirklicht wurde (Log. Untersuchungen, Bd. II). In derselben Richtung liegen viele Arbeiten der Külpe'schen Schule. Eine kurze populäre Darstellung dieser Forschungsrichtung gibt Messer: *Empfindung und Denken*. — Zur Einführung in ausgewählte Teile der modernen Psychologie das gut geschriebene, von Wirklichkeitssinn getragene Buch von Bumke: *Psychologische Vorlesungen*, Wiesbaden, Bergmann 1919 (leider ohne Literaturhinweise). — Von neueren Lehrbüchern sind mit einer gewissen Reserve zu empfehlen, aber zur Gewinnung von Literaturübersicht geeignet: J. Fröbes: *S. J., Lehrb. d. exper. Psychol.*, 1. 1917; 2. 1920, Freiburg Herder. — A. Messer: *Psychol.*, Stuttgart, Deutsche Verlagsanstalt, 7. bis 9. Tausend. 1922.

und Seele bilden eine bis in jeden einzelnen Vorgang hinein unlösliche Einheit. Sie stehen in einer der Psychopathologie viel eindringlicher als der Normalpsychologie entgegretenden gegenseitigen Wechselbeziehung. Auf der einen Seite sind körperliche Phänomene, die man gewöhnlich für rein körperlich hält, von seelischen Vorgängen mit abhängig, z. B. der Verdauungsvorgang, die Menstruation, der gesamte Ernährungszustand, ja vielleicht unter Umständen die allermeisten körperlichen Funktionen. Auf der andern Seite haben die höchsten seelischen Vorgänge ihre Teilursachen in körperlichen Bedingungen. Diese Verhältnisse haben die enge Verbindung der Psychopathologie mit der somatischen Medizin zur Folge gehabt. Ganz abgesehen davon, daß die Behandlung einzelner Menschen selbstverständlich eine gründliche medizinische Bildung verlangt, ist eine Einsicht in die Ursachen der Seelenvorgänge ohne gründliche Kenntnis der körperlichen Funktionen, insbesondere der Physiologie des Nervensystems, nicht zu gewinnen. So sind die Neurologie, die innere Medizin und die Physiologie die wichtigsten Hilfswissenschaften der Psychopathologie. So konnte es sogar kommen, daß die Untersuchung der Hirnrinde gar nicht von Neurologen, sondern fast nur von Psychiatern in Angriff genommen ist.

Trotz dieser nahen Beziehung zwischen der Untersuchung der körperlichen Funktionen bis zu den höchsten Funktionen der Hirnrinde und der Untersuchung des Seelenlebens, trotz der unleugbaren innigen Einheit des Seelischen und Körperlichen ist jedoch nicht zu vergessen, daß beide Untersuchungsreihen sich nie in einer Weise begegnen, daß man von einer Zuordnung von bestimmten seelischen zu bestimmten körperlichen Vorgängen, von einem Parallelismus seelischer und körperlicher Erscheinungen reden könnte. Es ist so, wie wenn ein unbekannter Kontinent von zwei Seiten her erforscht wird, aber die Forschungsreisenden sich nicht treffen, weil immer ein breites undurchdringliches Land zwischen ihnen bleibt. Wir kennen von den Kausalketten zwischen Seelischem und Körperlichem immer nur die Endglieder. Von beiden Seiten her dringt man weiter vor. Die Neurologie hat erkannt, daß die Großhirnrinde das dem Seelischen nächst zugeordnete körperliche Organ ist, sie hat in der Lehre von den Aphasien, Agnosien und Apraxien die höchsten Etappen ihres Forschungsweges erreicht, aber es scheint beinahe, als wenn, je weiter sie kommt, desto weiter das Seelische vor ihr zurückwiche. Die Psychopathologie verfolgt das Seelische bis an die Grenze des Bewußtseins, aber an diesen Grenzen kann sie für die spontan auftretenden Wahnideen, für spontane Affekte, Halluzinationen usw. durchaus keine unmittelbar zugeordneten körperlichen Vorgänge finden. Die Psychopathologie findet in den als Phasen auftretenden seelischen Veränderungen und in den typischen Prozessen umfassendere Einheiten, deren Entstehung irgendwie im körperlichen Geschehen begründet sein muß, zu denen diese körperliche Grundlage aber auch nicht zu finden ist. In zahlreichen Fällen, deren Anzahl sich mit zunehmender Kenntnis vermehrt, wird die Ursache unbestimmter seelischer Veränderungen in Gehirn-



krankheiten gefunden, aber dann erweist es sich immer, daß diesen Gehirnkrankheiten gar keine bestimmten seelischen Veränderungen zugeordnet sind, sondern daß bei ihnen alle nur möglichen seelischen Veränderungen vorkommen, wenn auch der Häufigkeit nach verschieden (z. B. bei der Paralyse).

Im ganzen ergibt sich aus diesen Bemerkungen, daß es durchaus notwendig ist, bei der Untersuchung körperlicher Veränderungen an seelische Ursachen, bei der Untersuchung seelischer Veränderungen an körperliche Ursachen zu denken. Die Neurologie ist diejenige somatische Disziplin, die der Psychopathologie am nächsten steht. Da die Neurologie selbständig von jedem Psychopathologen studiert werden muß, verzichten wir darauf, hier in spärlichen und doch gänzlich unzureichenden Sätzen neurologische Dinge zu bringen die in den zahlreichen Fachbüchern besser zu lernen sind (die neurologische Untersuchung, die Lehre von den Pupillenstörungen, Reflexen, Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen). Außerdem aber macht sich dieses Buch prinzipiell frei von der Knechtschaft, in der sich die psychopathologische Begriffsbildung, Untersuchungs- und Anschauungsweise noch vielfach — auf Grund des Dogmas: „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“ — gegenüber der Neurologie befindet. Nicht eine der neurologischen nachgebildete systematische Konstruktion mit dem dauernden Seitenblick auf das Gehirn — eine Konstruktion, die immer phantastisch und flach zugleich ausfällt — sondern eine Entwicklung der Gesichtspunkte für die Untersuchung, der Fragen und Probleme, der Begriffe und Zusammenhänge aus den psychopathologischen Phänomenen selbst ist unsere einzig wissenschaftliche Aufgabe. Daß dabei an vielen Stellen nahe Beziehungen zu neurologischen Fragen auftreten (Abhängigkeit einzelner seelischer Leistungsdefekte von lokalisierbaren Gehirnleiden: Aphasien usw., Erkennung mancher Geisteskrankheiten als begründet durch Gehirnkrankheiten: Paralyse, Arteriosklerose usw., Vermutung derselben Beziehung bei sehr vielen andern: *Dementia praecox*) ist uns nun selbstverständlich.

Psychologie und somatische Medizin sind die beiden Wissenschaften, denen die Psychopathologie am engsten verbunden ist. Entferntere Beziehungen hat sie naturgemäß, wie jede Wissenschaft, zu allen andern Gebieten menschlichen Erkennens. Nur eines dieser Gebiete heben wir wegen seiner besonderen Bedeutung noch hervor: die in philosophischer Schulung zu erwerbende methodologische Besinnung.

In der Psychologie sowohl wie in der Psychopathologie besteht die Tatsache, daß man nur wenig Behauptungen, ja vielleicht keine Behauptung aufstellen kann, die nicht irgendwie und irgendwo bestritten wird. Will daher jemand das Recht seiner Behauptungen und Entdeckungen ein klein wenig sicherer stellen und über die Flut der täglich auftauchenden psychologischen Einfälle erheben, so pflegt er fast immer zugleich methodologische Betrachtungen anzustellen. Denn nicht bloß die einzelne Behauptung, sondern auch jegliche Methode in der Psychopathologie wird gelegentlich bestritten.

Es ist schon viel, wenn zwei Forscher sich über die Methode einig sind und sich nur über einen mit ihr gewonnenen Befund in einer dann immer fruchtbaren Weise streiten. Mit dieser Situation, in der sich die Psychopathologie befindet, verglichen, geht die somatische Forschung in der Psychiatrie in unseren Tagen ihren fest begründeten, kontinuierlich fortgesetzten Weg. Zahllose Mitarbeiter streben zu gleichen Zielen in der Histologie des Zentralnervensystems, in der Serologie usw. Dagegen bestreitet man gelegentlich sogar schon die Möglichkeit einer Psychopathologie. Es werden Stimmen laut, die behaupten, man sei seit langem nicht weiter gekommen und könne so nicht weiter kommen, denn es handele sich überall um „vulgäre Psychologie“, die allein für psychiatrische Zwecke brauchbar sei, und die schon ebensogut im Besitz der alten Psychiater war. Man klammert sich, um doch auch im Psychischen weiter zu kommen, an neu entdeckte körperliche Phänomene, oder man erwartet alles Heil von Experimenten, bei denen schließlich etwas Zählbares, Sichtbares, eine Kurve ans Licht kommt. Nur eines tun diese Kritiker nicht: sie üben sich nicht in psychologischer Analyse und wenden nicht die immerhin beträchtliche Denkarbeit auf, die bei vorhandener psychologischer Beobachtungskunst noch erforderlich ist, um die genügend klaren und mitteilbaren Begriffe und Unterscheidungen zu gewinnen, die die Grundlage sind, auf der man nach kausalen Zusammenhängen und nach charakteristischen Merkmalen bestimmter psychischer Vorgänge überhaupt erst suchen kann.

Bei dieser Sachlage ist es begreiflich, daß jeder Psychopathologe notgedrungen Methodologie treibt. Aus demselben Grunde können wir auch in diesem Buch methodologische Bemerkungen nicht unterlassen. Wo bestritten wird, gilt es zu verteidigen und sich zu klären. Eine bestrittene Wissenschaft hat sich zwar in erster Linie durch ihre tatsächlichen Resultate zu erweisen, aber besonders wenn diese nicht sehr leicht zugänglich und leicht lehrbar sind, auch durch methodologische Begründungen gegen methodologische Einwendungen vorzugehen<sup>1)</sup>.

Für den Psychopathologen hat abgesehen hiervon ein gründlicheres philosophisches Studium zwar keinen positiven Wert. Er kann selbstverständlich von der Philosophie für seine Wissenschaft nichts lernen, das er gewissermaßen übernehmen könnte. Aber dies Studium hat einen negativen Wert. Wer kritische Philosophie gründlich durchzudenken sich bemüht hat, ist vor zahlreichen falschen Fragestellungen, überflüssigen Diskussionen und hemmenden Vor-

<sup>1)</sup> Von methodologischen Arbeiten aus der Feder von Psychiatern sind lesenswert: Gaupp: Über die Grenzen psychiatrischer Erkenntnis. Zentralbl. f. Neurol. 1903. Wege und Ziele psychiatrischer Forschung. Tübingen 1907. — Das Studium der Fachphilosophen, die im Allgemeinen bleiben, lohnt sich oft weniger als das Studium methodologischer Arbeiten empirischer Forscher, die gleichzeitig die Fülle der konkreten Anschauung besitzen. In diesem Sinne ist bei der teilweise nahen Berührung der Probleme für Psychopathologen wertvoll: Max Weber: Gesammelte Beiträge zur Wissenschaftslehre, Tübingen, Mohr, 1922.

urteilen geschützt, die bei unphilosophischen Köpfen in der Psychopathologie — dem Gegenstand dieser Wissenschaft entsprechend — nicht selten eine Rolle spielen.

Wie jeder wissenschaftliche Weg, so hat auch der methodologische seine Gefahren. Es gibt eine Entartung der Methodologie zu formallogischem, schließlich leerem Rechnen mit Begriffen. Diese Rechenkunst, die immer am Äußerlichsten, Unwesentlichsten haften bleibt, dieses bloße Hin- und Herschieben von Begriffen übt eine bloß zerstörende, verarmende Wirkung aus. Quelle und entscheidender Maßstab unserer Erkenntnis bleibt immer die lebendige Anschauung. Und es kommt vor, daß ein Autor, der Neues zu sehen vermag, nicht auch völlig einwandfreie Formulierungen findet. Obgleich er recht hat, kann formale Logik ihm — allerdings nur äußerlich — Widersprüche und Unrichtigkeiten nachweisen. In fruchtbarer Kritik wird das Treffende aufgefaßt und nur die Formulierung verbessert. Diese selbstverständlich notwendige, wenn auch mehr formale Korrektur wird zu einer großen Gefahr, wenn darüber der eigentliche Sinn, die eigentliche Bedeutung übersehen wird. Mir scheint, daß man in unserer Zeit davor warnen muß, und daß man in seltenen Fällen sagen darf: für ein Problem seien im Augenblick vorzeitige und falsche klare Begriffe eher tödlich als förderlich<sup>1)</sup>.

## § 2. Die Vorurteile in der Psychopathologie.

Die Naturwissenschaften beruhen auf umfassenden, wohl begründeten Theorien, die der Auffassung der Tatsachen eine einheitliche Grundlage geben. Atomtheorie und Zellenlehre sind solche. In der Psychologie und Psychopathologie gibt es keine solche beherrschende Theorie. In diesen Wissenschaften ist daher auch kein einheitliches theoretisches System möglich — wenigstens nur als persönliche Konstruktion. Statt zu letzten Elementen, Mechanismen und Regeln vorzudringen, aus denen alles Seelische begriffen wird oder einmal begriffen werden muß, gehen wir nur besondere Wege, arbeiten nach besonderen Methoden, die uns einzelne Seiten des Seelenlebens zeigen. Dieses selbst steht uns nicht nur als ein unendliches, sondern auch als ein jeder konsequenten Systematisierung trotzendes Ganzes gegenüber, wie ein Ozean, den wir an den Küsten und hier und da auf dem hohen Meer, aber nur auf der Oberfläche befahren. Anstatt also dies unendliche Seelenleben als Ganzes in einem unseren Gesichtskreis verengenden System vor Augen zu stellen, geben wir nur die Wege an, auf denen wir zur Anschauung einzelner Seiten kommen. Jedes Kapitel dieses Buches soll uns eine solche besondere Seite vorführen. Statt ein System von Elementen und Funktionen zu finden, das uns überall in der Psychopathologie in gleicher Weise den Weg der Analyse weist (wie in der Chemie die Kenntnis der Atome und Verbindungsgesetze), müssen wir uns begnügen, nur verschiedene Betrachtungsweisen zu besitzen. Statt mit einer Theorie den Gegenstand zu beherrschen und das Wissen zu ordnen, müssen wir uns begnügen, allein in der Ordnung unserer Gesichtspunkte und Methoden die Übersicht zu gewinnen, statt

---

<sup>1)</sup> Hervorragende Beispiele für richtige eigentliche Meinungen bei schiefen oder falschen Formulierungen findet man unter den Psychologen bei Dilthey, unter den Psychiatern bei Bleuler.

einer theoretischen Ordnung können wir nur eine methodologische Ordnung besitzen.

Das Bedürfnis, trotzdem eine einheitliche — dann immer theoretische — Auffassung zu gewinnen, ist eine der Quellen der Vorurteile, die mehr wie in anderen Wissenschaften auf uns wie ein lähmender Druck lasten. Diese Vorurteile zählen wir hier in einer auf die Spitze getriebenen Form auf. Wenn wir sie so kennen, werden wir sie auch in den Verschleierungen bemerken, in denen sie uns häufig entgegentreten.

Das noch immer verbreitete „somatische Vorurteil“ lautet etwa: alles Seelische ist als solches gar nicht zu untersuchen, es ist bloß subjektiv. Soweit von ihm wissenschaftlich geredet werden soll, muß es anatomisch, körperlich, als körperliche Funktion vorgestellt werden; hierfür sei es immerhin besser eine vorläufige anatomische Konstruktion, die als heuristisch gilt, zu besitzen als eine direkte psychologische Untersuchung. Solche anatomischen Konstruktionen sind durchaus phantastisch ausgefallen (Meynert, Wernicke) und werden mit Recht „Hirnmythologien“ genannt. Dinge, die gar keine Beziehung zueinander haben wie Rindenzelle und Erinnerungsbild, Hirnfaser und psychologische Assoziation werden zusammengebracht. Es fehlt für diese Mythologien auch insofern jede Grundlage, als nicht ein einziger bestimmter Hirnvorgang bekannt ist, der einem bestimmten seelischen Vorgang als direkte Parallelerscheinung zugeordnet wäre. Die Lokalisation der verschiedenen Sinnesgebiete auf die Hirnrinde, der Aphasien an die linke Hemisphäre bedeuten nur, daß diese Organe intakt sein müssen, damit ein bestimmter seelischer Vorgang möglich sei; jedoch im Prinzip nicht anders als auch das intakte Funktionieren des Auges, der motorischen Mechanismen usw. dazu notwendige Werkzeuge sind. Man ist in den neurologischen Mechanismen weiter hinauf gedrungen, aber von den dem Seelischen eventuell parallel gehenden Erscheinungen unendlich weit entfernt<sup>1)</sup>. Die Frage, ob Seelisches und Körperliches in Parallelismus oder Wechselwirkung stehen, ist daher empirisch gar nicht zu entscheiden und für uns gänzlich uninteressant. Wir kennen keinen einzigen Fall, in dem wir empirisch das eine oder das andere konstatieren könnten. Das Seelische und die uns zugänglichen körperlichen Phänomene sind durch einen unendlichen Bezirk von dazwischenliegenden Phänomenen, die wir nicht kennen, getrennt. Wir können in praxi sowohl in der Ausdrucksweise des Parallelismus wie in dem der Wechselwirkung — tatsächlich meist in der letzteren — sprechen. Dies können wir um so mehr, als es jeden Augenblick gelingt, die eine in die andere Ausdrucksweise zu übersetzen. Was aber die Neigung angeht, das Psychologische in somatische Vorgänge phantastischer oder realer Art zu übersetzen, gilt zu Recht, was Janet sagt: wenn man immer anatomisch denken muß,

---

<sup>1)</sup> Man hat durchaus irrtümlich angenommen, daß man mit der Entdeckung des Aphasien und Apraxien in dem Reiche des Seelischen selbst Fuß gefaßt habe.

muß man resignieren und nichts denken, wenn es sich um Psychiatrie handelt.

Eine zweite Gruppe von Vorurteilen, unter denen die Psychopathologie stark gelitten hat, fassen wir als die „philosophischen Vorurteile“ zusammen. Es gab Zeiten, in denen Spekulation, deduktives Denken aus einem Prinzip, das alles ohne viel Erfahrung erkennen und erklären wollte, höher gewertet wurde, als das mühsame Zusammensuchen von Einzelheiten, als Detailstudien, Zeiten, in denen die Philosophie „von oben“ leisten wollte, was nur die Erfahrung „von unten“ zustande bringen kann. Heutzutage scheint diese Richtung im ganzen erledigt, doch tritt sie in verschrobeneren Konstruktionen und wirren Deduktionen auch jetzt noch hier und da auf. Ihr Geist ist in der üblichen Systematik der allgemeinen Psychopathologie verschleiert, aber deutlich erkennbar. Doch muß diese Denkrichtung in unseren Tagen klar abgelehnt werden. Mit dieser berechtigten Ablehnung der bloß deduktiven, unfruchtbaren philosophischen Konstruktionen verbindet sich nun leider heute oft das Vorurteil, als ob nur das Sammeln von Einzelerfahrungen berechtigt, blindes Häufen besser sei als Denken. Das Denken, das erst allein den Tatsachen den Ort, der Arbeit das Planmäßige, die Gesichtspunkte für die Übersicht gibt, das erst die Leidenschaft im Streben nach lohnenden wissenschaftlichen Zielen ermöglicht, ist tief in der Achtung gesunken.

Die deduktive philosophische Einstellung verband sich in früheren Zeiten meist mit irgendwelchen ethischen und anderen Wertungen, mit einer moralisierenden und theologischen Tendenz, redete von Sünden und Leidenschaften, durch die die Geisteskrankheiten entstehen sollten, teilte die menschlichen Eigenschaften nach guten und bösen ein. Maximilian Jakobi hat in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in seinen Schriften diese „Philosophie am falschen Orte“ vernichtend kritisiert. Handelte es sich vorhin um scholastisch-konstruktive Philosophie, so hier um Weltanschauungs-Philosophie. Hat diese als Ausdruck menschlicher Stellung zur Welt sonst auch die größte Bedeutung, in der Wissenschaft hat sie keinen Platz. Zwischen Weltanschauungen ist nur diskussionsloser Kampf um die Macht, zwischen wissenschaftlichen Ansichten dagegen Diskussion und Überzeugung möglich. Von allen Wissenschaften sind Psychologie und Psychopathologie wohl am schwierigsten frei von Bewertungen zu halten, die Ausdruck einer, nicht hergehörigen, Weltanschauung sind. Die Trennung von Erkennen und Werten ist von jedem Psychopathologen unbedingt zu fordern. Er bedarf einer ruhigen Versenkung in die Tatsachen des Seelenlebens, ohne gleich Stellung zu nehmen, er muß den Menschen frei, mit unbedingtem Interesse und ohne jegliche Beurteilung gegenüberreten können. Die Trennung von Erkennen und Werten ist im Prinzip leicht einzusehen, erfordert aber in der Durchführung ein so hohes Maß von Selbstkritik und sachlicher Objektivität, daß sie noch weit davon entfernt ist, eine Selbstverständlichkeit zu sein.

Die somatischen und philosophischen Vorurteile sind schon im Keime unsinnig. Daß es sich bei ihnen um Hirnmythologien, um scholastisch leere Begriffsdichtungen und um theologisches Moralisieren handelt, verleugnen sie auch in den auf den ersten Blick als harmlos erscheinenden Verkleidungen nicht. Eine dritte Gruppe von Vorurteilen entsteht aus der bloßen Übertreibung richtiger Anschauungen, aus der Verabsolutierung einzelner Gesichtspunkte, die als einzelne unter vielen durchaus berechtigt sind. Wir zählen einige von diesen auf:

a) Aus dem einführenden Verstehen entwickelt sich nicht selten ein psychologisches Vorurteil. Man will alles „verstehen“ und verliert die Kritik für die Grenzen des psychologisch Verstehbaren. Besonders Psychologie-Unkundige neigen dazu. So wurde unter der Kriegssuggestion, unter der manche Ärzte sich zur Staatspeitsche hergaben, die Psychogenie zweifellos zu weit ausgedehnt. Der schlechte Wille, das Sichdrückenwollen soll für allzuviel verantwortlich gemacht werden. Solche Auffassung beruht letztthin nicht auf Psychologie (oder auf einer ganz primitiven Psychologie), sondern auf ungeklärten moralistischen Vorurteilen, die diese ganze Art den weltanschaulichen Vorurteilen nahe rücken. Manche somatische Mediziner haben eine ausgesprochene Abneigung gegen Hysterische, sie sind im Innern böse, wenn sie körperlich nach den ihnen geläufigen Kategorien nichts finden können. Sie halten im Grunde dann alles für Unart und, wenn es zu arg wird, geben sie den Fall dem Psychiater. Die Grobheit und Simplität des Psychologischen findet sich gerade bei den Ärzten, die nichts von Psychologie verstehen.

b) Wenn wir von Seelischem reden, so sprechen wir fast immer in Bildern, meist in räumlichen Bildern. Das Bewußtsein ist wie ein Raum, in dem einzelne seelische Phänomene, wie Figuren auf einer Bühne, kommen und gehen. Räumliche Bilder können wir als Hilfsmittel nicht entbehren. Sie werden uns nichts schaden, wenn wir uns ihres Charakters als Bilder bewußt bleiben, wenn wir durch sie nichts beweisen, sondern nur sonst Gefundenes leichter faßlich machen wollen. Es ist jedoch häufig geschehen, daß das Bild als Bild vergessen und als geltende Konstruktion genommen wurde, die sich des ganzen Seelenlebens bemächtigte und zum Vorurteil ward. Je mehr die Bilder faßlich waren, und gleichzeitig den Schein einer vollständigen Darstellung erweckten, desto mehr beherrschten sie die Köpfe. So haben die Auflösung des Seelischen in atomartige Elemente, die Vorstellung des Ablaufs nach Analogie der Bewegung von Körpern (Vorstellungsmechanik) oder der seelischen Verbindungen nach Analogie chemischer Verbindungen (psychische Chemie) zeitweise nicht für Bilder und Vergleiche, sondern für wirklich die Sache treffende Vorstellungen gegolten. Man ist auch sonst immer leicht geneigt, aus Bildern „Bildvorurteile“ zu machen.

c) Im Seelenleben gibt es Zusammenhänge, in denen z. B. jemand zweckbewußt aus rationalen Motiven handelt. Nun besteht eine verbreitete Neigung, bei allem Tun der Menschen bewußte „Gründe“,

vernünftige Motive anzunehmen. In Wirklichkeit spielen solche rational verständliche Zusammenhänge im menschlichen Seelenleben nur eine geringe Rolle. Irrationale Triebe und kompliziertere Gemütszustände pflegen auch da zu herrschen, wo das Individuum sich glauben machen will, daß es aus bewußten, verständigen Gründen handle. Die Übertreibung in dem Suchen nach rationalen Zusammenhängen, diese „intellektualistische Psychologie“ ist ein lähmendes Hemmnis für das richtige verstehende Eindringen in die Zusammenhänge menschlichen Tuns. Man überschätzt die Wirkungen logischen Beweisens gegenüber suggestiven Überredungen, man ist schnell bei der Hand mit der Feststellung von „Demenz“, wo Irrationales gefunden wird, man gewinnt keine Anschauung von dem unendlichen Reichtum menschlichen Erlebens.

d) Die Vorurteile intellektualistischer Psychologie vereinen sich gern mit den von der Naturwissenschaft herkommenden Vorurteilen, daß nur quantitative Feststellungen wissenschaftliche Arbeiten seien, daß die Untersuchung von bloß Qualitativem dagegen immer subjektiv und willkürlich bleibe. Die statistischen und experimentellen Methoden, die für gewisse Fragen durch Messungen, Zählungen, Kurvenbildungen etwas leisten, werden für diese Ansicht zur einzigen wissenschaftlichen Untersuchung. Wo solche direkte Untersuchung nicht möglich ist, wird selbst dann noch mit quantitativen Begriffen gearbeitet, wenn sich bei ihnen nichts mehr denken läßt. So ist z. B. in durchaus ernst gemeinten Konstruktionen im Laufe der Zeit die Intensität der Vorstellung zur Ursache von Zwangsvorstellungen, zur Ursache hysterischer Phänomene, zur Ursache von Wahnideen und zur Ursache von Sinnestäuschungen, indem die ganz intensive Vorstellung „nach außen projiziert“ wird, gemacht worden.

e) Es steht im engen Zusammenhang mit den eben erörterten Vorurteilen, wenn man nur sinnlich Wahrnehmbares als Untersuchungsgegenstand gelten lassen will. Die Untersuchungen der objektiven körperlichen Erscheinungen, der Ausdrucksbewegungen usw. sind nun in der Tat sehr wertvoll. Aber trotzdem kann man zum Seelischen immer nur dringen, wenn man sich Seelisches, das immer qualitativ besonders ist, unmittelbar vergegenwärtigt. Seelisches ist nie sinnlich wahrnehmbar. Diese Selbstverständlichkeit bringt es mit sich, daß alle Psychopathologie, die sich nur an sinnlich Wahrnehmbares halten will, notwendig Psychologie ohne Seelisches sein muß.

f) Die Diagnose ist das Letzte bei der psychopathologischen Auffassung eines Falles. Sie ist (abgesehen von der Diagnose der bekannten Hirnprozesse und der Einreihung eines Falls in Typen) bei der tatsächlichen psychopathologischen Arbeit das Unwesentlichste. Zur Hauptsache gemacht, wird sie zu einem Vorwegnehmen von etwas, das am idealen Ende der Forschung steht. Es kommt auf Analyse an und darauf, daß das Chaos der Erscheinungen nicht durch einen diagnostischen Namen für die Erkenntnis totgeschlagen, sondern übersichtlich und in Zusammengehörigkeiten mannigfacher Art durch-

sichtig wird. Diagnostizieren ist in der Psychiatrie oft ein steriles Imkreisedrehen, wobei nur sehr wenig Phänomene ins Blickfeld bewußten Wissens geraten.

Gegenüber allen Vorurteilen und einseitigen Auffassungen ist nur immer wieder festzustellen, daß es die Aufgabe der Psychopathologie ist, die Wirklichkeit abnormen Seelenlebens mit allen Mitteln und von allen Seiten her zu erkennen. Ich hoffe, man merkt auch diesem Buche die tiefe Abneigung gegen Theorien und Konstruktionen an, deren ich mir bewußt bin. Der Drang zur Wirklichkeit, der jedem Forscher in der empirischen Wissenschaft eigen ist, verlangt in den somatischen Teilen der Psychiatrie histologische, serologische, neurologische Befunde, verabscheut anatomische Konstruktionen und „geistreiche“ Gedanken über Möglichkeiten. In der Psychopathologie ist die reale Grundlage unserer Forschung das durch das sinnlich wahrgenommene Gebaren und die sprachlichen Äußerungen hindurch verstandene, uns zu vergegenwärtigende Seelenleben. Wir wollen fühlen, begreifen, nachdenken, was in der Seele der Menschen wirklich vor sich geht. Der allgemeine Drang zur Wirklichkeit ist in der Psychopathologie der Drang zum wirklichen Seelenleben, das wir dann in Zusammenhängen, die zum Teil wie naturwissenschaftliche Objekte sinnlich wahrnehmbar sind, erkennen wollen. Wir lehnen es ab, uns dieses wirkliche Seelenleben, dessen Verständnis allein unseren Begriffen die Fülle gibt, durch leere Gedanken ohne die volle Grundlage des lebendig geschauten und vergegenwärtigten Seelenlebens wegdisputieren oder durch Konstruktionen, sei es anatomischer oder anderer Art, ersetzen zu lassen. Ohne die Fähigkeit und die Lust, Seelisches zu schauen, es sich in seiner Fülle zu vergegenwärtigen, gibt es keine Möglichkeit, Psychopathologie zu treiben.

### § 3. Grundbegriffe und Methoden.

Wir haben gelernt, daß es für die Psychologie und Psychopathologie keine systematische Grundlage gibt, wie es für die Chemie die Atomtheorie mit den darin zusammenhängenden Gesetzen ist. Die Atomtheorie ist eine begründete Theorie. Legen wir aber der psychologischen Untersuchung die Auffassung von einer bestimmten Anzahl von „Elementen“ (etwa Empfindungen und Gefühlen) und ihren Verbindungsweisen zu „komplexen“ psychischen Gebilden zugrunde, so haben wir keine Theorie, sondern eine Konstruktion zugrunde gelegt, die uns von der lebendigen vorurteilslosen Erfahrung ab in einen engen, ärmlichen Bereich erstarrter psychologischer Begriffe führt. Während uns eine sachliche Theorie fehlt, besitzen wir jedoch eine Reihe von Grundbegriffen, in denen wir immer wieder denken müssen. Diese wollen wir jetzt kurz entwickeln. Eigentlich zu eigen machen kann man sie sich natürlich nur durch das Studium der ganzen Psychiatrie.

Das Seelische in seiner eigentlichen Wirklichkeit, von dem wir ausgehen und zu dem wir, es klarer erfassend und in seinen Ursachen und Zusammenhängen erkennend, immer wieder zurückkehren, ist ein



einzigster ungeheurer Strom unteilbaren Geschehens, der in zahllosen Individuen in nie gleicher Weise dahinfließt. Was machen wir daraus, wenn wir es erkennen? Die nie festen, sondern immer fließenden Vorgänge versteinern sich uns zu festen Gebilden. Wir reden von einer Trugwahrnehmung, einem Affekt, einem Gedanken, als ob wir damit feste Gegenstände besäßen, die so wie wir sie denken wenigstens eine Zeitlang bestanden. Und aus dem einheitlichen Bewußtseinsstrom isolieren wir einzelne Zusammenhänge, als ob wir irgendwo für sich allein wirkende Ursachen erfaßten. An die Stelle des einen Bewußtseinsstromes, den ganz zu erfassen uns unendliches Problem ist, setzen wir für unsere wissenschaftlichen Zwecke eine Reihe von Hilfsvorstellungen. Wir dürfen nicht vergessen, daß es sich um Hilfsvorstellungen handelt. Nicht diese selbst sind unser Zweck, sondern durch sie wollen wir die lebendige Wirklichkeit des psychischen Lebens klarer, bewußter erfassen und unsere Erkenntnisse mitteilbar machen. Immer bleibt dabei unser Blick auf das Ganze des Seelischen gerichtet, zu dem wir erst auf solchen Umwegen einen teilweisen Zugang wissenschaftlicher Art gewinnen können.

Der erste Schritt zum wissenschaftlichen Erfassen ist ein Aussondern, Begrenzen, Unterscheiden und Beschreiben bestimmter seelischer Phänomene, die dadurch klar vergegenwärtigt und mit einem bestimmten Ausdruck regelmäßig benannt werden. Wir bringen uns die einzelnen seelischen Qualitäten, die Art, wie den Kranken etwas im Bewußtsein gegeben ist, zur möglichst klaren Vergegenwärtigung. So beschreiben wir die Arten von Trugwahrnehmungen, Wahnerlebnissen, Zwangsvorgängen, die Weisen des Persönlichkeitsbewußtseins, der Triebe usw. Hierbei sehen wir noch ganz ab von der Entstehung der Phänomene, dem Auseinanderhervorgehen seelischer Phänomene, theoretischen Vorstellungen über Zugrundeliegendes, wir wenden uns rein den wirklich erlebten Qualitäten zu. Die Vergegenwärtigen seelischer Zustände, deren Abgrenzung und Festlegung, so daß man mit den Begriffen immer dasselbe meinen kann, ist die Aufgabe der Phänomenologie.

Die Phänomenologie gibt uns eine Reihe von Bruchstücken, von Elementen des wirklich erlebten Seelischen in die Hand. Wir fragen nun alsbald, in welchen Zusammenhängen diese stehen. In manchen Fällen verstehen wir, wie Seelisches aus Seelischem mit Evidenz hervorgeht. Wir verstehen auf diese nur dem Seelischen gegenüber mögliche Weise, daß der Angegriffene zornig, der betrogene Liebhaber eifersüchtig wird, daß aus Motiven ein Entschluß und eine Tat hervorgeht. In der Phänomenologie vergegenwärtigen wir uns einzelne Qualitäten, einzelne als ruhend angesehene Zustände, wir verstehen statisch, hier erfassen wir die Unruhe des Seelischen, die Bewegung, den Zusammenhang, ein Auseinanderhervorgehen, wir verstehen genetisch. Im statischen Verstehen (Phänomenologie) erfassen wir gewissermaßen den Querschnitt des Seelischen, im genetischen Verstehen (verstehende Psychopathologie) den Längsschnitt.

Doch kommen wir mit diesem genetischen Verstehen — man nennt es auch das psychologische Erklären, das man dem kausalen, objektiven Erklären, dem eigentlichen Erklären mit Recht als wesensverschieden gegenüberstellt —, besonders in der Psychopathologie, bald an Grenzen. Seelisches taucht als etwas Neues in uns gänzlich unverständlicher Weise auf, Seelisches folgt auf Seelisches in einer für uns unverständlichen Art. Es folgt aufeinander, es geht nicht auseinander hervor. Die seelischen Entwicklungsstufen im normalen, die Phasen und Perioden des abnormen Seelenlebens sind solche unverständlichen zeitlichen Folgen. Der Längsschnitt des Seelischen kann nicht annähernd vollständig genetisch verstanden werden, er muß auch wie naturwissenschaftliche Gegenstände, die man im Gegensatz zu psychologischen überhaupt nicht „von innen“, sondern bloß „von außen“ sieht, kausal erklärt werden.

Um Mißverständnissen und Unklarheiten aus dem Wege zu gehen, gebrauchen wir den Ausdruck „verstehen“ immer für das von innen gewonnene Anschauen des Seelischen, das wir als statisches und genetisches Verstehen unterscheiden. Das Erkennen objektiver Kausalzusammenhänge, die immer nur von außen gesehen werden, nennen wir niemals Verstehen, sondern immer Erklären. Verstehen und Erklären haben also eine feste Bedeutung, die dem Anfänger im Laufe der Lektüre mit der Mehrung der Einzelheiten immer deutlicher werden wird. Das Wort „Begreifen“ gebrauchen wir dagegen in unbestimmtem Sinne für beides (in fraglichen Fällen oder wenn Verstehen und Erklären zusammen gemeint sind). Von der Einsicht in den prinzipiellen Gegensatz statischen Verstehens zur sinnlichen Wahrnehmung, genetischen Verstehens zum Erklären hängt die Möglichkeit eines geordneten Studiums und eines klaren Forschens in der Psychopathologie ab. Es handelt sich hier um völlig verschiedene letzte Erkenntnisquellen. Es gibt Forscher, die die Neigung besitzen, diese Erkenntnisquellen für die Wissenschaft zu leugnen, die nur das sinnlich Wahrnehmbare als solches, nicht das durch das Sinnliche hindurch Verstandene als „objektiv“ gelten lassen wollen. Dagegen ist nichts einzuwenden, insofern man nicht mehr einen Beweis für die Berechtigung einer letzten Erkenntnisquelle bringen kann. Aber man kann unter allen Umständen Konsequenz fordern. Diese Forscher müssen, um widerspruchslos zu bleiben, aufhören, von Seelischem überhaupt zu reden, an Seelisches als Wissenschaftler überhaupt zu denken, sie müssen aufhören, Psychopathologie zu treiben, sich vielmehr auf Hirnprozesse und körperliche Vorgänge bei ihrem Studium beschränken. Sie müssen konsequenterweise aufhören, als Sachverständige vor Gericht aufzutreten, denn sie wissen nach ihrer eigenen Ansicht von dem, wonach sie gefragt werden, wissenschaftlich nichts; sie dürfen nicht die Seele, sondern nur das Gehirn begutachten; sie können als Sachverständige nur über Körperliches Auskunft geben. Sie müssen konsequenterweise die gewöhnliche Art der Krankengeschichtschreibung aufgeben usw. usw. Solche Konsequenz könnte Achtung erzwingen und wäre eines Forschers würdig; das hartnäckige Bestreiten und Zweifeln durch prinzipielle Einwände wie z. B.: das alles sei bloß subjektiv und dergleichen, ist unfruchtbarer Nihilismus. Dieser ist zuweilen das Bekenntnis echter Forscher, die eigentlich zu jener Konsequenz berufen wären, meist aber die Rettung Unfähiger, die sich auf dieses Weise einreden mögen, ihre Unfähigkeit liege nicht in ihnen, sondern in der Sache.

Um mit Erklärungen vorwärts zu kommen, muß man dem wirklich erlebten Seelenleben einen theoretisch für die Zwecke des Erklärens erdachten Unterbau hinzudenken. Statisches und genetisches Verstehen bleiben ohne alle Theorie im wirklich erfahrenen Seelenleben, sie befassen sich nur mit dem unmittelbar Gegebenen; das Erklären kann nicht ohne theoretische Vorstellungen von außer-

bewußten Mechanismen, Apparaten, nicht ohne Hinzugedachtes auskommen. Das unmittelbar zugängliche, wirklich erlebte Seelenleben ist wie der Schaum, der auf den Tiefen eines Ozeans schwimmt. Diese Tiefen sind unzugänglich und nur indirekt auf theoretischen Umwegen in sehr unvollkommener Weise erforschbar. Die theoretischen Vorstellungen können nie selbst, sondern nur in ihren Konsequenzen geprüft werden, sie haben ihren Wert nie durch sich selbst, durch ihre Widerspruchslosigkeit und Geschlossenheit, sondern nur durch ihre Fruchtbarkeit für die Erklärung des wirklich erlebten Seelischen. Jede Erklärung von Seelischem arbeitet mit außerbewußten Mechanismen, mit unbewußten Vorgängen, die man sich natürlich nie selbst vorstellen, sondern nur vergleichsweise und bildlich, je nachdem körperlich oder seelisch, denken kann.

Im Gegensatz zu jahrhundertlangem Gebrauch macht sich seit längerem mit Recht eine Abneigung gegen alle Theorien geltend, die oft so leicht gemacht sind und besonders in unklarer Vermischung mit Tatsachen und verstandenen Zusammenhängen zu unausrottbarer Verwirrung führen. Wir werden uns darum zum Prinzip machen, mit theoretischen Vorstellungen möglichst sparsam zu sein, uns ihrer nur mit vollem Bewußtsein ihres Wesens als Theorie und ihrer immer vorhandenen Grenzen zu bedienen.

Theorien entstehen in der Psychologie durchweg aus dem falsch-befriedigten Bedürfnisse, das Ganze mit einer einzigen Erklärungsart, mit einer begrenzten Anzahl von Elementen zu beherrschen. „Systeme“ konstruktiver Art, rohe Klassenbegriffe, scheinbar endgültige Erledigung des Ganzen, das nur noch im einzelnen ausgebaut werden kann, sind das Resultat. Die naturwissenschaftlichen, physikalischen und chemischen, Theorien sind immer das Vorbild. Wir fordern anstatt dessen eine Übersicht über die Methoden und Gesichtspunkte, die nicht durcheinandergeworfen und unklar vermischt, nicht über die ihnen gesteckten Grenzen hinaus verabsolutiert, innerhalb ihrer Grenzen aber planmäßig und rein angewendet werden sollen.

Unendlich viel hat man darüber gestritten, ob es unbewußte seelische Vorgänge gibt. Für diese Fragen ist zunächst sorgfältig zu unterscheiden zwischen seelischen Vorgängen, die vom Erlebenden nicht bemerkt, aber tatsächlich erlebt wurden, und solchen Vorgängen, die wirklich außerbewußt, nicht tatsächlich erlebt sind. Unbemerkte seelische Vorgänge kann man unter günstigen Umständen bemerken und dadurch ihre Wirklichkeit feststellen, außerbewußte kann man im Prinzip nie bemerken. Die Ausdehnung unseres Wissens über das weite Reich unbemerkten Seelenlebens, die Aufhellung des Seelenlebens für das Bewußtsein (= Wissen) ist eine wichtige Aufgabe der Psychologie und Psychopathologie. Außerbewußte Vorgänge lassen sich, wenn es nicht körperliche Vorgänge sind, die wir wahrnehmen können, nie direkt nachweisen. Dagegen ist es gar nicht zu bestreiten, daß es eines der nächstliegenden und brauchbarsten Erklärungsmittel für bewußte seelische Phä-

nomene ist, außerbewußte als Ursachen und Folgewirkungen hinzuzudenken. Sie sind also rein theoretische Denkgebilde, über deren Zweckmäßigkeit und Widerspruchslosigkeit man streiten kann, deren Realität aber gar nicht erwiesen werden kann und soll. Das Außerbewußte tritt in verschiedenen Formen auf: als erworbene Gedächtnisdispositionen, als erworbene Gewohnheiten, Eingestelltheiten, als Anlagen, sei es der Begabungen, sei es der Charaktere. Man spricht von diesen Anlagen, mit denen man die außerbewußten Grundlagen meint, wenn von den Begabungen eines Menschen, seiner Dummheit, seiner Produktivität, seiner Erlebnisfähigkeit, seinen Charaktereigenschaften die Rede ist. Oft hat ein Mensch selbst das Bewußtsein, daß ihm aus eigenen außerbewußten, unbekanntem Tiefen ein Erleben entgegentritt oder ihn überwältigt.

Die dem erlebten Seelischen zur Erklärung hinzugedachten, außerbewußten Mechanismen können bisher nirgends direkt körperlich nachgewiesen werden. Nicht als direkte Parallelvorgänge oder als direkte Ursachen, wohl aber als entferntere Ursachen seelischer Vorgänge findet man jedoch eine große Anzahl körperlich greifbarer Erscheinungen (Hirnprozesse, Vergiftungen, körperliche Veränderungen anderer Organe, von denen man annehmen muß, daß sie auch auf das Gehirn einwirken). Diejenigen seelischen Veränderungen, die auf solche körperlich greifbare Ursachen zurückgeführt werden können, nennt man organische. Bei organischen Seelenerkrankungen kann man mit den jetzigen Mitteln entweder schon heute im Gehirn Veränderungen zeigen oder darf doch auf Grund anderer körperlicher Erscheinungen erwarten, daß sie in absehbarer Zeit gefunden werden können. Diejenigen seelischen Veränderungen, für die man keine körperlichen Ursachen finden kann, und bei denen man auf körperlichem Gebiet auch zurzeit keine Anhaltspunkte hat für die Annahme, daß doch solche vorhanden seien, bei denen vielmehr diese Annahme auf einem bloßen Postulat beruht, daß zu allen seelischen Veränderungen körperliche Ursachen vorhanden sein müßten, nennen wir funktionell. Organisch ist die Zertrümmerung des psychophysischen Apparats mit Störungen der Wahrnehmung, des Gedächtnisses, mit Lähmungen, Ataxie usw. Funktionelle Störungen sind bei erhaltenem Apparat ohne grobe Leistungsdefekte. Bei ihnen ist die inhaltliche Störung wesentlich.

Jedoch wird der Gegensatz organisch-funktionell auch in einem ganz anderen Sinne gebraucht, der wohl zu unterscheiden ist: organisch = unheilbar, funktionell = heilbar. Es ist klar, daß organische Erkrankungen im oben definierten Sinne unter Umständen auch heilbar und funktionelle auch unheilbar sein können. —

Außer den bisher entwickelten Begriffen gibt es noch eine Reihe von allgemeinsten Grundunterscheidungen in der Psychopathologie, mit denen überall, oft unbemerkt, gearbeitet wird, die aber nicht in irgendeinem besonderen Abschnitt, sondern nur hier ihren Platz finden können. Es ist unmöglich, die tiefen Probleme, die in ihnen liegen, hier zu entwickeln. Wir müssen uns mit bloßen Hinweisen begnügen:

a) Die Grundtatsache, daß wir in der Psychopathologie zwei koordinierte Erkenntnisquellen besitzen, die bloße sinnliche Wahrnehmung und die anschauliche Vergegenwärtigung von Seelischem, ist der Grund für die vielbenutzte Unterscheidung der subjektiven und objektiven Symptome. Doch ist dieser Gegensatz kein eindeutiger. Wir entwickeln seine Bedeutungen, die in wissenschaftlichen Arbeiten viel gebraucht werden, in einer kurzen Übersicht:

1. Objektiv ist alles in die sinnlich wahrnehmbare Erscheinung Tretende: Reflexe, registrierbare Bewegungen, Handlungen, Lebensführung usw., alle meßbaren Leistungen, wie Arbeitsleistungen, Gedächtnisleistungen usw. Subjektiv ist alles, was durch Hineinversetzen in Seelisches, durch unmittelbare Vergegenwärtigung von Seelischem erfaßt wird. 2. Objektiv sind die rationalen Inhalte, z. B. von Wahnideen, die ohne Hineinversetzen in Seelisches durch bloßes Denken dieser Inhalte, d. h. rational verstanden werden. Subjektiv ist das eigentlich Seelische, das durch Hineinversetzen, Einfühlen, Miterleben erfaßt wird, z. B. das ursprüngliche Wahrerlebnis. 3. Objektiv wird schließlich ein Teil dessen genannt, was eben subjektiv war: das durch die unmittelbare Einfühlung in Ausdrucksbewegungen erfaßte Seelische, so z. B. die Angst eines Kranken. Demgegenüber ist subjektiv das, was wir mittelbar durch die Urteile des Kranken erfahren, so wenn uns ein Kranker, der objektiv nicht ängstlich ist, sagt, er habe Angst. Wir erfahren von ihr nur durch Vermittlung der Selbstbeobachtung und des Urteils des Kranken über seine eigenen seelischen Erlebnisse, seines sogenannten psychologischen Urteils. Müssen wir im vorigen Falle unsere eigenen Wahrnehmungen kontrollieren und unser eigenes Urteil über diese einer Kritik unterziehen, so müssen wir uns jetzt mit einer Kritik des psychologischen Urteils des Kranken begnügen und die wahrscheinliche Richtigkeit des Urteils prüfen. Es ergibt sich, daß die letztere Quelle unserer psychopathologischen Erkenntnisse minder sicher ist. Aber durch sie wird uns erst ein großer Teil gerade der wesentlichsten und anschaulichsten von den Vorgängen in der kranken Seele kund. Wir können auf sie nicht verzichten. Das wird nicht schaden, wenn wir uns der Quelle bewußt bleiben und mit Kritik verfahren. — 4. Es besteht die eigentümliche Tatsache, daß wir seelisch erleben, ohne selbst von der Weise unseres Erlebens zu wissen. Wenn Kranke z. B. gehemmt sind, was wir objektiv in der Verlangsamung der Reaktionen, oder objektiv durch Einfühlen konstatieren, so braucht er nicht subjektiv sich selbst dessen bewußt zu sein. Je undifferenzierter ein Seelenleben ist, desto weniger ist darin subjektiv bewußt. So haben wir die Gegensätze von objektiver Hemmung und subjektiver Hemmung, der objektiven Ideenflucht und des subjektiv empfundenen „Gedankendrangs“ (eines empfundenen ordnungslosen und rastlosen Wechsels der Vorstellungen). — 5. Während alle bisher auf der subjektiven Seite stehenden Phänomene so gut wie die objektiven Gegenstand wissen-

schaftlicher Untersuchung sind, gibt es einen letzten Sinn des Gegensatzes objektiv-subjektiv, indem man meint, objektive Symptome seien die nachprüfbaren, diskutierbaren Dinge, subjektive die nicht nachprüfbaren, nicht diskutierbaren, vagen, nur auf unbegründbaren Eindrücken, auf rein persönlichem Gutdünken beruhenden Dinge. — Die ersten vier Gegensätze erlauben uns leicht die häufig vorkommenden Unterscheidungen objektiver und subjektiver Phänomene richtig aufzufassen.

So unterscheiden wir etwa in den Zwangsvorgängen den subjektiven Zwang vom objektiven Zwang, unter dem alle Geschehnisse ablaufen, ferner die subjektive Persönlichkeit (die Weise, wie sich jemand seines Selbst bewußt ist) von der objektiven Persönlichkeit (dem komplexen Gebilde, das wir als Charakter bezeichnen), die subjektive Veränderung der Persönlichkeit (z. B. in der Depersonalisation) von der objektiven Veränderung der Persönlichkeit, die subjektive Verwirrtheit (mit Ratlosigkeit) von der objektiven Verwirrtheit (der aus den rationalen Inhalten der Rede und den Handlungen erkennbaren Verworrenheit) usw. Manchmal verbinden sich mehrere der aufgezählten Gegensätze in einer Gegenüberstellung.

b) Der Gegensatz von Form und Inhalt wird von den einfachsten psychischen Vorgängen bis hinauf zu ganzen Psychosen angewandt. Von den zahlreichen Bedeutungen, die dieser Gegensatz gelegentlich annimmt, können wir nennen:

1. In allem Seelenleben steht ein Subjekt einem Objekt gegenüber, ist immer ein Subjekt auf etwas Gegenständliches im weitesten Sinne (Wahrnehmungsinhalt, Gedanke, Ziel des Strebens) gerichtet. Dies Gegenständliche im weitesten Sinne nennt man den Inhalt des Seelenlebens, die Art, wie das Individuum den Gegenstand vor sich hat (ob als Wahrnehmung, als Vorstellung, als Gedanke), die Form. So sind z. B. hypochondrische Inhalte in gleicher Weise Inhalte von zureufenden Stimmen, von Zwangsideen, überwertigen Ideen, Wahnideen. In demselben Sinne spricht man von Inhalten der Angst und anderer Gemütszustände. — 2. Man stellt die Form der Psychosen den besonderen Inhalten gegenüber: z. B. periodische Phasen dysphorischer Verstimmung als Krankheitsform dem besonderen Verhalten in derselben (Trunksucht, Wandertrieb, Selbstmord) als Inhalten. — 3. Als Form faßt man gewisse allgemeinste Veränderungen des Seelenlebens auf, die nur psychologisch zu erfassen sind, so z. B. das schizophrene Seelenleben oder das hysterische Seelenleben. In diesen Formen kommen alle menschlichen Triebe und Wünsche, alle nur möglichen Gedanken und Phantasien als Inhalte vor. Sie verwirklichen sich in ihnen auf eine ganz besondere, eben schizophrene oder hysterische Weise. — Meistens haben die Formen für den Psychopathologen das größere Interesse. Die Inhalte erscheinen oft mehr zufällig und gänzlich individuell. Doch sind nicht selten auch die Inhalte regelmäßig (z. B. die wahnhaften Gedanken der Melancholischen, ihre Selbstmordneigung usw.) und der wissenschaftlichen Untersuchung interessant.

c) Elemente und Ganzheiten. Als man Krankheiten für Dämonen hielt, da meinte man, der Mensch sei entweder krank oder nicht krank, er habe einen ganz bestimmten Dämon in sich, er sei als ganzer Mensch eben besessen, „ganz“ krank. Einer der fruchtbarsten Schritte in der Erkenntnis war es, als man davon ausging: der Körper als Ganzes sei gar nicht krank, sondern irgendwo lokalisiert, in bestimmten anatomischen Organen oder biologischen Funktionen habe

sich die Abweichung ausgebildet und übe von hier ausstrahlend mehr oder weniger weitgehende Wirkungen auf andere Organe und Funktionen, auf den gesamten Körper aus. Man beobachtete zwischen der kranken Abweichung und dem Ganzen des Körpers, der als Lebensprozeß „gesund“ genannt wird, das Verhältnis von Reaktion, Kompensation. Nun konnte man rein lokale, rein partielle Erkrankungen unterscheiden, die gar keine Wirkungen auf den übrigen Körper haben und darum gleichgültig — unter anderem Wertbegriff vielleicht Schönheitsfehler — sind und solche, die gerade durch ihre Wirkungen auf den gesamten Körper, der nun darauf reagiert, für den Lebenswert erst relevant werden. Und hier kannte man nun statt der vielen Krankheiten, die immer den ganzen Körper betrafen und unbestimmt waren, viele partielle Erkrankungen, die Gesamterscheinungen machen, ohne in der Gesamtheit des Lebensprozesses des Körpers ihre Quelle zu haben. Es blieb nur ein kleiner, allerdings keineswegs unwesentlicher Rest von Abweichungen des körperlichen Lebens und Daseins, die von vornherein im Ganzen dieses Körpers der Anlage nach zu beruhen scheinen, die sogenannten Anomalien der Konstitution. Schließlich findet man aber von allen einzelnen Störungen, nachdem man sie herausgelöst hat, auch wieder irgendwo Beziehungen zu dieser „Konstitution“, dem Ganzen des einzelnen lebendigen Individuums.

Dieser Gegensatz des Ganzen und der Teile besteht nun auch für die Erfassung der psychischen Abweichungen: nur daß hier alles wissenschaftlich viel unklarer, realiter viel verwickelter ist als auf körperlichem Gebiet. Nur in äußerster Grobheit lassen sich hier einige Aufstellungen machen. Das Ganze, das beim Körper „Leben“ heißt, nennen wir im Seelischen die „Persönlichkeit“. Die Persönlichkeit kann man wohl mit diesem Worte nennen, aber sie ist etwas Unendliches, als Ganzes unerkennbar, nur die Richtung unseres erkennenden Suchens angehend. Sie baut sich jedenfalls auf einer Fülle einzelner seelischer Funktionen auf, wie Gedächtnis, Sprache, Sinneswahrnehmung usw. Nehmen wir als Beispiele dem Ganzen der Persönlichkeit möglichst fernstehendes Einzelnes: So würden etwa Farbenblindheit, Mangel des absoluten Tongedächtnisses, ungewöhnliches Zahlengedächtnis Abweichungen sein in — gleichnisweise gesagt — Teilen der Seele, die vielleicht — zumal im Laufe des gesamten Lebens — schließlich auch Wirkungen auf die Gesamtpersönlichkeit haben. So können wir vieles Einzelne isoliert denken: als Einzelfunktion der Seele, als Werkzeug der Persönlichkeit, und Erkrankungen dieses Einzelnen, z. B. des Gedächtnisses, der Sprache den Abweichungen gegenüberstellen, die von vornherein im Ganzen der Persönlichkeit zu beruhen, nicht von einzelnen Teilen der Seele auszugehen scheinen. Um extreme Fälle gegenüberzustellen: so gibt es etwa Patienten, die durch Hirnzerstörungen schwere Gedächtnisdefekte, Sprachstörungen, motorische Lähmungen haben, infolgedessen die Gesamtpersönlichkeit vernichtet scheint. Bei näherer Beobachtung bemerkt man jedoch, daß diese in ihrem alten unveränderten Charakter unter günstigen Bedingungen durchblickt, daß sie selbst unverändert ist, daß

sie nur in ihren Werkzeugen derart gelähmt ist, daß sie gleichsam stillgestellt und ausdrucksunfähig wird, aber unverändert der Potenz nach existiert. Im Gegensatz dazu gibt es Patienten, deren „Werkzeuge“ alle vortrefflich arbeiten, die aber als Gesamtpersönlichkeiten irgendwie abweichend zu sein scheinen, manchmal auf eine Weise, die sich kaum definieren läßt. Die alten Psychiater nannten daher gern die Geisteskrankheiten „Krankheiten der Persönlichkeit“.

Diese allgemeine Gegenüberstellung der Persönlichkeit (als des Ganzen) und des einzelnen Teils der Seele ist nicht die einzige Richtung der Analyse und Synthese, sondern es gibt für die psychologische Auffassung viele Arten von Elementen und Ganzheiten. Den phänomenologischen Elementen steht das Ganze des augenblicklichen Seelenlebens, der Einzelleistung die Gesamtleistung, den Symptomen die typischen Symptomenkomplexe, den einzelnen körperlichen und seelischen Funktionen die Konstitution des ganzen Menschen gegenüber. Umfassende Ganzheiten sind Intelligenz und Persönlichkeit einerseits, die Krankheitseinheit andererseits.

Unsere wissenschaftliche Arbeit kommt nur voran, wenn sie analysiert, scharf trennt, Einzelnes auf Einzelnes bezieht, aber sie wird tot und kann Wesentliches von Unwesentlichen nicht unterscheiden, wenn sie dabei bleibt. Sie muß immer getragen sein von den Ideen jener Ganzheiten, ohne der Verführung zu erliegen, durch billige Antizipation diese Ganzheiten direkt ergreifen zu wollen; dann berauscht der falsche Forscher sich mit Redensarten und borniert sich durch ein vermeintliches Beherrschen des Ganzen, ein vermeintliches Anschauen der letzten Kräfte.

d) Als Innenwelt und Umwelt, als Anlage und Milieu, stellt man die zwei sich in unsäglicher Kompliziertheit durchflechtenden Bedingungen gegenüber, aus denen alles wirkliche Einzeldasein, sowohl das organische, wie das seelische Leben, erklärt werden muß. Als bloße Natur, Sein, Leben, Sichentwickeln steht das Individuum mit seiner Anlage dem Milieu gegenüber, mit dem es in Wechselwirkung tritt und Reaktionen, Schicksal, Tat, Handeln und Leiden erlebt. Die wichtigste Unterscheidung innerhalb des Milieubegriffs ist die Unterscheidung in die nur physischen, außerbewußt wirkenden Bedingungen und die seelisch in für uns verständlicher Weise einwirkende Umwelt. —

Bei der bisherigen Aufzählung von Grundbegriffen unserer Wissenschaft haben wir implizite auch schon von den Methoden geredet, auf die wir jetzt näher eingehen. In der allgemeinen Psychopathologie werden einzelne Symptome für sich behandelt, z. B. Trugwahrnehmungen, Ideenflucht, Wahnideen. Man denkt sich diese Phänomene isoliert und betrachtet das, worin sie übereinstimmen, sei es bei welcher Krankheit sie vorkommen. So macht man es nicht nur mit einzelnen Symptomen, sondern auch mit Symptomenkomplexen, z. B. dem manischen, dem depressiven, dem katatonischen, dem amentia-artigen Symptomenkomplex. Indem man das immer Wiederkehrende



dieser Symptomenkomplexe betrachtet, stellt man dann die These auf: diese Symptomenkomplexe können bei allen Krankheiten vorkommen, wenn auch einzelne bei einigen Krankheiten häufiger sind und dadurch für diese charakteristisch werden. Dieser durchaus berechtigten Methode gegenüber ist jedoch zu bedenken, daß faktisch nicht die Symptome und Symptomenkomplexe überall identisch und nur an Häufigkeit verschieden auftreten. Es läge sonst nahe, Krankheitsbilder wie verschiedene mosaikartige Gebilde anzusehen, die aus einzelnen, überall identischen Steinen zusammengesetzt sind. Man hat nur diese überall identischen Steinchen zu benennen, bei jedem Steinchen zu sehen, bei welcher Krankheit es am häufigsten vertreten zu sein pflegt, und durch Addition der Häufigkeiten zur Diagnose zu kommen. Diese Methode falscher Mosaikarbeit, oft genug in Ansätzen angewandt, ist jedoch der Ruin der Psychopathologie. An Äußerlichkeiten bleibt sie kleben, macht die psychopathologische Untersuchung und Diagnose mechanisch, versteinert nur das bisher Erworbene, ohne einen Weg des Fortschritts zu finden. Mancher Anfänger hat für diesen Weg besondere Neigung, da er so leicht faßlich ist, da man ihn relativ schnell und klar lernen kann. Ganze Lehrbücher, wie das von Ziehen, verdanken ihm ihre Beliebtheit, ihre Leichtverständlichkeit und — ihre Todesstarre. Wir sind demgegenüber verpflichtet, uns von dieser leichten Faßlichkeit nicht anziehen zu lassen und an die Stelle des Auswendiglernens von Symptomen das Eindringen in die Gesichtspunkte zu setzen, die der Psychopathologe anwendet: Nicht klare und endgültige Resultate können wir in der Psychiatrie bringen, sondern Wege des Denkens, des Erfassens, des Betrachtens. Auf diese Weise werden wir als einen Weg auch jene Symptomversteinerung gelten lassen und ihre Begriffe uns zu eigen machen. Wir werden aber alsbald bemerken, daß tatsächlich jedes Symptom bei verschiedenen Kranken mannigfache Nuancen hat. Diese bestehen nicht nur in der mehr oder weniger vollständigen Entwicklung des „reinen“ Symptoms, sondern bei gleicher Entwicklung — so daß das Phänomen dem Begriffe dieses Symptoms voll entspricht — haben alle Symptome, wie alle psychischen Vorgänge ihre Nuancen, die teils aus der verschiedenen Individualität, teils aus verschiedenen allgemeinsten seelischen Veränderungen fließen. Diese Nuancen fühlen wir leider oft mehr, als daß wir sie begrifflich formulieren und lehren könnten.

Mit solchen Tendenzen gehen wir an die Untersuchung. Was für Mittel hat diese nun? Das bedeutendste und wichtigste ist immer trotz aller feinerer Methoden die mündliche Exploration der Kranken, das Versenken in ihr Gebaren, ihre Ausdrucksbewegungen, ihre Mitteilungen. Dazu kommen als wichtigste Quelle gute schriftliche Selbstschilderungen.

Die Verwertung sowohl der eigenen einführenden Versenkung des Beobachters, wie der Schilderungen der Kranken erfordert immer eine sorgfältige Kritik. Der Beobachter bedarf der reinen Einstellung auf das wirklich im Bewußtsein der Kranken Gegebene, er muß absehen lernen von theoretischen Vorstellungen, hinzugedachten Konstruktionen, die uns gegen unsern Willen,

besonders als Anfänger, immer beherrschen. Die Selbstschilderungen müssen untersucht werden nach ihrer Herkunft (Bildungsgrad, Intelligenz des Kranken), nach ihrer Sachlichkeit und den sich darin kundgebenden psychologischen Fähigkeiten. Immer müssen wir uns bewußt sein, daß alles in den Selbstschilderungen durch das psychologische Urteil des Kranken uns erst indirekt vermittelt wird, daß der eigentliche Beobachter der Kranke ist. Vor allem haben wir immer zu scheiden zwischen dem wirklich Erlebten und dem, was die Kranken deuten, erschließen, hinzudenken.

Weiter gewinnen wir Material dadurch, daß wir nie bloß dem augenblicklichen Zustand der Kranken, sondern immer ihrem ganzen Leben zugewendet sind. Es ist ein großer Unterschied von der übrigen Medizin, daß der Psychiater sich immer mit dem ganzen vergangenen Leben in allen Beziehungen persönlicher und sozialer Natur beschäftigt, während der somatische Mediziner es meistens nur mit einer vorübergehenden Krankheit, nicht mit der ganzen Persönlichkeit zu tun hat. Wir suchen auf alle nur möglichen Weisen zu erkunden, was sich zur Biographie eines Kranken gewinnen läßt (Anamnese der Angehörigen, Akten, die in Konflikten mit Behörden entstanden sind, Personalakten, Erkundigungen bei Bekannten, Vorgesetzten usw.). — Schließlich orientieren wir uns durch körperliche Untersuchung über eventuelle körperlich greifbare Grundlagen der Erkrankung.

Außer diesen immer angewandten, leicht faßlichen Mitteln hat die psychopathologische Wissenschaft noch besondere Methoden entwickelt, die weniger zur regelmäßigen Untersuchung, sondern nur als Mittel zur Erforschung von Zusammenhängen geeignet sind, die statistischen und experimentellen Methoden. Die statistischen Methoden<sup>1)</sup> sind vor allem als eine Anwendung soziologischer Untersuchungsweisen auf psychopathologische Probleme wichtig. Das Zusammenwirken von Milieu und Anlage in seiner ganzen Verwickeltheit wird untersucht. Kriminalstatistik, Statistik der Selbstmorde, Geburten usw. helfen hier weiter. Bei einzelnen Fragen der speziellen Psychiatrie sind Zählungen ergebnisreich gewesen: Dauer der Paralyse, Abstand zwischenluetischer Infektion und Ausbruch der Paralyse, Alter der Kranken und Beginn ihrer besonderen Psychose, Jahreskurve der Aufnahmen usw.

Lange Zeit standen in der Psychopathologie im Vordergrund des Interesses die experimentellen Methoden. Man hat geradezu die experimentelle Psychopathologie von der übrigen als gesondertes Gebiet abgegrenzt. Diese Abgrenzung muß uns im Prinzip als verfehlt erscheinen. Experimente sind unter Umständen brauchbare und wertvolle Hilfsmittel, aber experimentelle Ergebnisse zu erlangen, kann nicht Erkenntnisziel sein. Gute Experimente kann nur der Psychologe und Psychopathologe machen, der psychologisch geschult ist, der zu fragen und Antworten zu bewerten versteht. Bloß experimentelle Bildung gibt noch keine Fähigkeit zu psycho-

<sup>1)</sup> Hagen: F. W., Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten, Erlangen 1876, und viele spätere Arbeiten z. B. Römer: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 70 S. 804. Vgl. unten S. 404 ff.

logischer Arbeit. Daher in der experimentellen Psychopathologie auch so manche pseudoexperimentelle Arbeit geleistet wird. Umständliche Experimente werden gemacht, die irgendwelche Zahlen zutage fördern, die aber nichts lehren, denen kein Gesichtspunkt, keine Idee zugrunde liegt. In den glänzenden Untersuchungen Kraepelins über die Arbeitskurve, in Gedächtnismessungen, Assoziations-, Aussageversuchen u. a. ist Wertvolles geleistet. Darüber werden wir an seinem Ort berichten<sup>1)</sup>. Vergleicht man übrigens die Erkenntnisse der Psychopathologie überhaupt mit den experimentellen Erkenntnissen, so wird man manchmal schwerlich Möbius widersprechen, der schrieb: „Alles, was herauskommt, ist, derb gesagt, Kleinkram<sup>2)</sup>.“

Zum Schluß ist noch eine Bemerkung über die Terminologie in der Psychopathologie unentbehrlich. Immer wieder verlangt man nach einer einheitlichen Terminologie für die psychologischen oder psychopathologischen Begriffe. Doch liegt die Schwierigkeit nicht in den Worten, sondern in den Begriffen selbst. Hätte man klare Begriffe, so wäre die Terminologie leicht. Jetzt eine einheitliche Terminologie, etwa durch eine Kommission, zu machen, erscheint ganz unmöglich. Es fehlen dazu durchaus noch die allgemein anerkannten festen Begriffe, die zu benennen wären. Man muß nur fordern, daß jeder, der psychopathologische Arbeiten macht, die Begriffe kennt, die von hervorragenden Forschern mit den Worten verbunden werden, und daß er selbst bewußt mit seinen Worten bestimmte Begriffe verbindet. Es ist in jetziger Zeit noch nicht verpönt, daß man psychologische Worte frischweg in der ganzen Vieldeutigkeit, die sie im Sprachgebrauch haben, in wissenschaftliche Arbeiten und Diskussionen überträgt. In der Psychopathologie einigermaßen methodisch und sicher andere zu verstehen und selbst weiterarbeiten zu können, erfordert ein besonderes psychopathologisches und psychologisches Studium, das durch die medizinische Bildung allein nicht gegeben ist<sup>3)</sup>.

Die vielen Systeme, Klassifikationsversuche, symptomatischen Begriffe sind z. T. von „Forschern“ geschaffen, die mit den Worten überhaupt keinen klaren Sinn verbanden. Unsere wissenschaftliche Literatur ist in der Psychiatrie in breitem Maße durchsetzt von ganz unzureichender Arbeit solcher Männer, die nur Praktiker sind. Nur in hirnpathologischen, somatischen, forensischen, pflege- und verwaltungstechnischen Problemen ist der Durchschnitt der offiziellen Psychiater sachverständig. Das hat folgenden Grund: Die Medizin ist nur eine der Wurzeln der Psychopathologie. Diese ist ihrer eigentlichen Substanz nach Geisteswissenschaft. Nur wenn auch geisteswissenschaftliche Bildung da ist, ist ein fruchtbares Auffassen und Denken in der Psychiatrie möglich. Dem Mediziner tritt in der Psychiatrie eine allen seinen übrigen Disziplinen fremde Welt entgegen. Wie er seine Vorbildung sonst durch Chemie, Physik, Physiologie gewinnt, so brauchte

1) Vgl. Allgemeines über das Experiment, Kap. II, S. 116f.

2) Möbius. P. J.: Die Hoffnungslosigkeit aller Psychologie, 2. Aufl., Halle 1907.

3) Külpe: Medizin und Psychologie. Zeitschr. f. Pathopsychol. 1, 1912.

er hier eine Vorbildung in Psychologie und Geisteswissenschaften. Diese Situation hat es mit sich gebracht, daß die Psychiatrie, da sie fast ausschließlich von Medizinern betrieben wird, welche keine geisteswissenschaftliche Bildung besitzen, als Wissenschaft nicht auf gleichmäßiger Höhe steht, so daß der junge Mediziner sein psychiatrisches Studium mehr oder weniger zufällig treibt und viele Psychiater wissenschaftlich Dilettanten sind.

Nach Kant<sup>1)</sup> gehört die gerichtliche Begutachtung des Geisteszustandes zur Kompetenz der philosophischen Fakultät. Das ist gewiß bei rein logisch-methodologischer Erwägung ebenso richtig, wie es praktisch falsch ist. Nie kann ein anderer als ein Mediziner Geistesranke behandeln, da für die Behandlung die somatische Medizin unerläßlich ist. Infolgedessen sammelt nur der Mediziner die tatsächlichen Erfahrungen, die für die gerichtliche Begutachtung nötig sind. Aber an dem Kantischen Satz bleibt richtig, daß der Mediziner in dem Maße kompetent ist, als er durch Bildung und Wissen zugleich der philosophischen Fakultät angehören könnte. Dazu dient es nicht, wenn ein Psychiater (was in der Geschichte der Psychiatrie vorkam) ein bestimmtes philosophisches System auswendig lernte und übertrug (das ist verderblicher als wenn er gar nichts lernte), sondern dazu bedarf es der Aneignung der Gesichtspunkte, Denkmethode der Geisteswissenschaften, zumal der Psychologie.

### Vergleichender Exkurs über die vorhandenen Darstellungen einer allgemeinen Psychopathologie.

Als meine Psychopathologie zum ersten Male erschien (1913), gab es die Bücher von Emminghaus und Störing, nachher erschienen die von Kretschmer und Gruhle<sup>2)</sup>. Zwar haben wohl alle eine verschiedene Absicht und es wäre ungerecht, sie ihrem Ziel oder auch ihrem Werte nach in eine Ebene zu stellen. Aber alle sind der Ausdruck einer Gesamtanschauung, einer formenden Gestaltung des grenzenlosen Stoffes. Die allgemeine Psychopathologie ist nicht nur didaktische Darstellung, eine für den Schüler hergerichtete Ordnung, die dann wieder abgeworfen wird. Jeder Psychiater und Psychologe ist charakterisiert durch die Art und den Grad der Ordnung, in der er ein mehr oder weniger verwickeltes, bewegliches oder starres Gesamtbild hat — oder durch eine Denkungsweise ad hoc mit einem angehäuften und angelesenem Erinnerungsmaterial — oder durch eine abstrakte Schematik, die jeder Lage des Erkennens formal gewachsen ist, während sie an wirklicher Einsicht immer versagt. Ein Buch will, wenn es Sinn hat, mitarbeiten an diesem Gesamtbild. Wissenschaft ist nicht bloße Aneinanderreihung von Tatsachen, in jeder wirklichen Forschung ist die Idee eines Ganzen wirksam. Auch wenn diese sich — was das Fruchtbarste ist — in ganz konkreter Einzelforschung indirekt manifestiert, pflegt sie hier und dort durch einzelne Bemerkungen direkt ausgesprochen zu werden. Bücher nun, die eine Gesamtdarstellung geradezu anstreben, haben ihre entscheidende Bedeutung allein durch

1) Anthropologie § 51.

2) Emminghaus: Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen. Leipzig 1878. — Störing: Vorlesungen über Psychopathologie in ihrer Bedeutung für die normale Psychologie. Leipzig 1900. — Kretschmer: Medizinische Psychologie, ein Leitfaden für Studium und Praxis. Leipzig 1922. — Gruhle: Psychologie des Abnormen. (Im „Handbuch der vergleichenden Psychologie“ herausgegeben von Kafka, München 1922, Band 3, Abteilung 1, auch einzeln erschienen.)

die Art, wie sie das Ganze sehen und wie sie dieses Ganze in der sichtbaren Systematik, Gruppierung, Gedankenführung in die Erscheinung treten lassen. Indem ich versuche, die vorhandenen Arbeiten vergleichend zu charakterisieren, hoffe ich die Absicht (nicht die immer höchst unvollendete Verwirklichung) meiner Psychopathologie kontrastierend deutlicher machen zu können.

Emminghaus (1878) wählte eine medizinische Anordnung, wie sie in andern klinischen Fächern üblich ist. Er behandelt nacheinander die Nosologie (Symptomatologie, Diagnostik, Verlauf, Dauer und Ausgänge des Irreseins), die Ätiologie (Prädisposition, veranlassende Ursachen usw.), schließlich die pathologische Anatomie und Physiologie. Er verfährt durchweg rein beschreibend, hat die selbstverständliche, ungeprüfte naturwissenschaftlich-medizinische Gesamtanschauung. Psychologisch kommen recht verschiedene Gesichtspunkte im einzelnen zur Geltung, ohne bewußt kritisiert und entwickelt zu werden. Die natürliche Alltagspsychologie ist maßgebend, aber etwas verdünnt und verblaßt durch eine anscheinend wissenschaftliche Terminologie und die Äußerlichkeit der offiziellen Psychologie seiner Zeit. Der Vorzug des Buches ist die dem Mediziner geläufige Art des Gesamtüberblickes, wodurch aber der Abgrund, der immer irgend wo die Psychiatrie von allen andern klinischen Fächern trennt, verwischt wird (während eine wirkliche Synthese, die medizinisch notwendig ist, nur nach bewußter Statuierung der zum Teil heterogenen Prinzipien und Methoden möglich ist). Ein Vorzug ist die ansprechende, durchweg anschauliche Darstellung, die reichen Literaturangaben, die das Werk noch heute zum Nachschlagen geeignet machen, wenn man ältere Literatur sucht. Ein Vorzug sind auch die weiten Perspektiven (z. B. in die Völkerpsychologie), die trotz des medizinischen Rahmens möglich bleiben und aus der alten psychiatrischen Bildung kamen, welche in dieser Form bald zugrunde gegangen ist. Die Art der medizinischen Anordnung, wie sie Emminghaus anwendete, ist, wie sie vorher gebraucht wurde, auch weiter in den allgemeinen Teilen der psychiatrischen Lehrbücher üblich geblieben.

Störriings Buch (1900) setzt sich ein anderes Ziel: er will die Psychopathologie in ihrer Bedeutung für die normale Psychologie behandeln. Dabei legt er von vornherein zugrunde das theoretische Interesse und maßgebend sind die Theorien der Wundtschen Psychologie. Theoretische Erwägungen über die Genese der Erscheinungen mit den uns schon altmodisch und merkwürdig gleichgültig anmutenden Mitteln jener Psychologie spielen eine große Rolle. Die Einteilung erfolgt nach dem alten Schema: Intellektuelle Funktionen, Gefühlsvorgänge, Willensvorgänge. Jedoch werden für die intellektuellen Funktionen etwa 400 Seiten, für die Gefühle 35, die Willensvorgänge 15 Seiten gebraucht. Die Einheit des Buches ist eine theoretische, dadurch wird eine durchgehende Gedankenführung erreicht, aber der Wert des Buches bleibt weitgehend abhängig von dem Wert der Theorien. Wenn auch manches interessante Material aus der Literatur neu bekannt gemacht wurde, blieb doch die Ergiebigkeit so gering, daß man das Buch, dessen Titel so anzog, mit Enttäuschung fortlegte. Ein theoretisches Gesamtbild ist zwar viel mehr Gestaltung als eine medizinische Anordnung, wie Emminghaus sie machte, aber diese Gestaltung ist eng und man konnte sich beim Studium dieser Fragestellungen und Antworten angesichts der ungeheuren Wirklichkeit der Psychosen vorkommen, als ob man unter Zwangsvorstellungen stehe.

Das kleine Buch von Kretschmer (1922) kann man den beiden bisherigen nicht ohne weiteres an die Seite stellen. Es ist nicht nur durch Kürze sondern auch durch die Schnelligkeit, in der es gearbeitet wurde, auf einem anderen Niveau. Sein Ziel ist vorwiegend didaktisch und es umfaßt die Psychologie, sofern sie für den Arzt von Belang sein soll, ohne — mit Recht — Pathologisches und Normales prinzipiell zu trennen. Kretschmer gewinnt sein Gesamtbild, die Gestalt des Ganzen, ebenfalls durch eine Theorie (nur dient ihm eine ganz anderer Typus von Theorie wie Störriing). Es ist der Gedanke von Schichten des Seelenlebens, die er parallel in Geschichte (Phylogenie) und Ontogenie und im fertigen Menschen (als gleichzeitige) findet. Es ist der Gedanke der Entwicklung. Dazu kommt ein zweiter Gedanke: von den Persönlichkeitstypen und Reaktionsweisen. Aber beide Gedanken werden auf das äußerste schematisiert. Er selbst betont die straffe Vereinfachung auf wenige Formeln, Grundmechanismen und Hilfsbegriffe

und beruft sich auf die Naturwissenschaft, die damit ihrem Zweck der Beherrschung der Dinge nähergekommen sei. Er setzt sich zum Ziel, „in streng naturwissenschaftlichem Aufbau die wenigen allenthalben wiederkehrenden biologischen Grundmechanismen“ zu zeigen, „auf die die verwirrende Fülle des reichen realen Lebens sich reduzieren läßt“. Dabei wird die groteske Verwechslung begangen, daß die Naturwissenschaft in außerordentlicher systematischer Arbeit der Wechselwirkung von Theorie und Beobachtung, welche durch exakte Fragestellung erst als exakte ermöglicht wird, in allgemeinverbindlicher Weise Schritt für Schritt voranschreitet, während solche Theorien in der Psychiatrie bisher und auch bei Kretschmer doch mehr oder weniger eine Spielerei sind, die Gruppierungen ermöglicht. Kretschmer liefert ein neues Beispiel verstandener Psychologie, die sich naturwissenschaftlich — dem Milieu der medizinischen Fakultät entsprechend — verkleiden möchte, und das nur kann vermöge ungewöhnlich geringen Sinnes für exakte Naturwissenschaft und ihre Methoden. Die Gesinnung seiner „Vereinfachungen“ drückt er selbst an anderer Stelle einmal treffend aus: „Um etwas Leben in die trockene Materie zu bringen, habe ich mich zuweilen etwas verblüffender Wendungen und scharf zugespitzter Formeln bedient“. In solcher theoretischen Vereinfachung und scheinbaren Beherrschung der Fülle liegt eine weltanschauliche Gesinnung — in jeder Psychologie kommt auf irgendeine Weise eine Weltanschauung zur Geltung —, und zwar bei aller Intuition für Einzelnes eine Art des Allesverstehens, die merkwürdig schnell rubriziert, auf den Expressionismus, auf historische Persönlichkeiten klassifizierende Begriffe unbefangen anwendet und von dem, geisteshistorisch angesehen, ungeheuerlichen Wahn mancher Nervenärzte beeselt ist: „Die Psychologie der Neurose ist die Psychologie des menschlichen Herzens überhaupt. . . Ein Neurosenkenner ist eo ipso ein Menschenkenner“. Es ist charakteristisch, daß der Stil literarisch gefärbt ist. Man spürt keinen Respekt mehr vor der Unendlichkeit jeden Individuums, für die unendlichen Probleme der Seele, kein Staunen. Dafür gibt er den Durchschnittsköpfen leicht anzeigende Schlagworte in die Hand, mit denen diese alles totschiessen können, um sich jeder weiteren Frage und Untersuchung zu entziehen bei dem befriedigten Bewußtsein durchdringender Menschenkenntnis. — Aber auch mit diesem Verfahren gelingt es Kretschmer nicht, eine wirkliche Gestalt der Gesamtheit des Seelenlebens zu entwerfen, vielmehr bleibt er bei einer ziemlich wunderlichen Auswahl der Probleme und des Stoffes stehen. In der Sprache wiegen mehr Bilder als begriffliche Schärfe vor, man spürt mehr den Schmiß des Ausdrucks als eine Idee.

Gruhle's Buch (1922) scheint mir in einem vollendeten Gegensatz zu Kretschmer zu stehen. Sorgfalt der Arbeit, Trockenheit des Stils sind schon äußerlich kennzeichnend. Gruhle sucht eine möglichst wenig präjudizierende Ordnung, er vergewaltigt durch keine Theorie das Ganze, sondern er wählt eine ganz abstrakte begriffliche Schematik, in die der Stoff gruppiert wird. Es werden unterschieden Abnormitäten des Maßes (Quantität), der Art (Qualität), der Funktionen (Akte), und zwar diese letzteren als intentionale Akte und als Motivzusammenhänge; nur kurz werden Bemerkungen über Abnormitäten der Beziehung zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen und der seelischen Entwicklung angehängt. Auf diese Weise gewinnt Gruhle vermöge außerordentlich weiter Begriffe, die — wie Qualität und Quantität — eine vollständige Einteilung alles Vorliegenden, wenn auch noch so äußerlich, gestatten, gleichsam große Fächer, in die er die Phänomene einfach aufzählend hineinwerfen kann. Es wird nicht etwa der maßgebende Begriff methodisch entwickelt und als gedankliches Ferment durch den betreffenden Abschnitt belebend und gestaltend durchgeführt. Vielmehr sind damit, wie Gruhle selbst einmal sagt (S. 87) „gleichsam Grenzsteine“ festgelegt, „innerhalb deren das wichtig erscheinende, hierher gehörige psychopathologische Material aufgestapelt wird, ohne daß seine systematische Bearbeitung und innerliche Ordnung hier möglich wäre“. Und zwar sagt Gruhle das in bezug auf einen Abschnitt, der, wie mir scheint, noch am meisten innere Ordnung hat. Die formale, weitgehend äußerliche Ordnung erlaubt zwar, unter die sehr weiten und sehr abstrakten Begriffe zu subsumieren, erlaubt aber nicht die Entstehung eines gestalteten Gesamtbildes. Die unbestechliche Kritik und die formale Klarheit haben Gruhle bis zum Extrem in dem Verzicht auf schöpferische Gestaltung

getrieben, so daß er in der Fülle des Stofflichen, Tatsächlichen ohne Unterscheidung von Wichtigem und Unwichtigem (die doch nur durch Ideen, nicht durch formale Ordnungen entsteht) stecken bleibt und an der Substanz der Probleme vorbeigeleitet. Grühle täuscht schlechthin nichts vor und hat es erreicht, daß man fast meinen könnte, in dem Buch käme wohl überhaupt kein „unrichtiger“ Satz vor. Bei aller gewollten Uninteressantheit hat die Darstellung einen Reiz dadurch, daß die hohe Bildung des Autors, sein Geschmack und seine Distanziertheit zu den Dingen doch soweit fühlbar wird, daß man merkt: ihm wäre eine literarisch elegante und amüsante Schreibweise offenbar leicht, er will diesen Formalismus und diese Nüchternheit, denn er fürchtet wohl nichts mehr als die Verwechslung von Literatur und echter Wissenschaft. Nimmt man das Buch als das, als was es sich gibt, als Aufstapelung von Material, so ist es höchst nützlich. Für die Sammlung einer riesigen Literatur, die Verwertung alter, vergessener, entlegener Arbeiten ist man dankbar (der Leser findet hier manche Literaturangabe, die in meinem Buch noch fehlt).

Die Absicht meines eigenen Buches (1913) weicht von allen vor ihm und nach ihm erschienenen ab. Wenn ich diese Absicht charakterisiere, so ist es mir als Autor fast unvermeidlich, wesentlich die Vorzüge zu sehen. Ich möchte darum von vornherein sagen, daß auch nach meiner Überzeugung durch diese Absicht die anderen Versuche nicht aufgehoben werden sollen. Es ist vielmehr jedem, der tiefer in die Probleme der Psychopathologie eindringen will, sehr zu raten, die verschiedenen Gesamtdarstellungen vergleichend zu lesen. Dadurch, daß er eine durch die andere kontrolliert, eignet er sich die ihm mögliche Beherrschung des Ganzen an. Allerdings wird er wohl zu allerletzt eine mehr philosophische als wissenschaftliche Entscheidung fällen, ob ihm nämlich als Gesamtbild, das ihm in der Praxis im Hintergrund steht und wirksam sein Denken beherrscht, gemäß ist eine umfassende Theorie oder eine deskriptive Ordnung nach medizinisch-neurologischen Gesichtspunkten, oder eine formale abstrakte Gruppierung, oder — was ich zu bieten hoffe — eine methodologische Systematik. Was das sei, soll noch einmal umschrieben werden: Statt das Gesamtgebiet durch ein System auf Grund einer Theorie zu vergewaltigen, soll versucht werden, die einzelnen Forschungswege, Gesichtspunkte, Methoden reinlich zu scheiden, dadurch deutlich hervortreten zu lassen und damit auch die Vielseitigkeit der Psychopathologie zur Darstellung zu bringen. Darum sollen weder Theorien und formale Anordnungen — wo etwas besseres noch nicht zu finden ist — noch überhaupt irgendein Gesichtspunkt ausgeschaltet werden. Jede Gestalt, jedes Bild vom Ganzen möchte ergriffen, seiner Bedeutung und seinen Grenzen nach erfaßt sein und zur Geltung kommen. Das Umfassendste bleibt immer der forschende Gedanke, dem jedes Gesamtbild doch nur von einem Standpunkt aus gilt und der diese Gesamtbilder wieder in ihrer Gesamtheit beherrschen möchte und sie zuletzt nur nach den Methoden und Kategorien, aus denen sie entsprungen sind, zu ordnen vermag. Es ist unvermeidlich, daß die Ausführung einer solchen Idee höchst unvollkommen sein muß. Der Wille zur Durchdringung und zur Erfassung von lebendigen Zusammenhängen stößt immer an die Grenze, daß er jeweils einen Weg geht, in dessen Konsequenzen er für den Augenblick gepreßt wird, daß es aber noch viele Wege gibt, die ebenfalls zu beherrschen Bedingung kritischen Wissens ist. Immer bleibt das Gesamtbild, da es nur eine Gesamtheit von Methoden und Gestalten ist, unfertig; es rundet sich nicht. Immer bleibt offen, nicht nur was in Zukunft an neuem Tatsachenmaterial, das sich einordnen läßt, hinzukommt, sondern auch, was später noch einmal an neuen Denkmethode und Gesichtspunkten deutlich werden kann. Darum ist der Fehler meines Buches, daß die einzelnen Kapitel überall noch unrein sind, daß etwas darin steht, was vielleicht einmal herausgeholt werden wird, weil es aus einem anderen selbständigen Prinzip stammt, das noch nicht bewußt geworden ist. Es ist ein Fehler, daß die Gesamtheit der Kapitel, deren jedes einen letzten Gesichtspunkt in der Durchführung am Material zeigen möchte, keine Bürgschaft für Vollständigkeit gibt, daß vielmehr wahrscheinlich weitere Kapitel nötig und möglich sind. Dann aber wird immer die Aufgabe bleiben, auch die sämtlichen Kapitel nicht als Aufzählung, sondern als einen Zusammenhang zu entwickeln. Dieser Zusammenhang des Methodologischen — nur mit philosophischen Mitteln zuletzt zu leisten — würde das eigentliche

Gesamtbild von unendlicher Weite geben. Es ist nicht erreicht als Bild, sondern nur als Funktion erkennenden Denkens, nicht als System, sondern nur als Systematik. Darum soll zwar die Redlichkeit vor der antizipierenden Fixation eines Ganzen zurückscheuen, muß aber auch fürchten, selbst der Unredlichkeit Vorschub zu leisten, die ohne logisch-methodologische Bildung mit aufgerafften Begriffen und Kenntnissen ad hoc ohne wahre treibende Idee bloß spielt und Betrieb macht und die in einem Chaos von undeutlich Gedachtem und Angeschautem jederzeit eine Redensart findet, mit der sie sich aus der Situation zieht. Mein Buch möchte demgegenüber dem Leser helfen, eine eigentlich psychopathologische „Bildung“ sich zu erwerben. Es ist viel einfacher, bloß ein Schema und eine Theorie zu lernen und mit ein paar Schlagwörtern scheinbar allem gewachsen zu sein. Bildung besteht im Wissen der Grenzen und im geordneten Wissen und Können, das sich in allen Richtungen zu bewegen vermag. Zur psychiatrischen Bildung gehört die große Erfahrung mit gegenwärtigem Besitz reicher Anschauung zu jederzeitiger Verfügung und lebendigem Vergleich — das vermag kein Buch zu geben — und dann in der begrifflichen Vielseitigkeit und zugleich Durchdringung, in der Klarheit und zugleich Beweglichkeit der Auffassung. Das letztere möchte mein Buch fördern. Es ist ein charakteristisches Mißverständnis, wenn mein Buch als „bekanntes Hauptwerk der phänomenologischen Richtung“ bezeichnet wurde. Phänomenologische Einstellung ist ein Gesichtspunkt und ist im ersten Kapitel dieses Buches durchgeführt worden. Aber die Idee des Buches ist gerade, daß das nur ein und, wie das Buch lehrt, sogar nur ein untergeordneter Gesichtspunkt ist. So kann ich es auch nur grotesk finden, wenn man das Psychische vom Physischen überhaupt isolieren will: nur auf einem Standpunkt sind Leib und Seele zu trennen, im ganzen der Wissenschaft bilden auch sie ein Ganzes. Überhaupt ist mein Buch von Anfang an Feind aller Fanatismen gewesen, die so gern aus dem menschlichen Macht- und Geltungswillen heraus einen Gedanken, eine Auffassung verabsolutieren. Wenn das in einer einzelnen Arbeit aus dem Enthusiasmus des Entdeckers heraus im Stadium der Forschung und in der Verfolgung aller möglichen Konsequenzen nötig und sinnvoll ist, so ist es im Entwurf eines Gesamtbildes schlechthin zu verwerfen. Der Kampf mit den eigenen Fanatismen — denn wer neigte nicht selbst dazu — ist Bedingung, ein Ganzes zu entwerfen, sofern dieses nicht aus der Verabsolutierung eines Besonderen, sondern wirklich aus der Idee des Ganzen geboren werden möchte. Dieses Ganze kann nie fertig sein, auch nicht relativ fertig. Im Gegensatz zum Geschlossenen, Einheitlichen und Vollendeten einer theoretischen Gestaltung aus einem vermeintlich erkannten objektiven Prinzip der Sache ist es perspektivisch nach vielen Richtungen weisend, verlangt in verschiedenen Ebenen sich zu bewegen, lebendig und grenzenlos das Auge offen zu behalten und staunend den Gedanken immer neu anzustacheln — und dabei doch im sicheren Besitz bis dahin erworbener Systematik und gar nicht chaotisch zu sein. Die naive Erkenntnislust zumal des Anfängers möchte gleich das Ganze durchschauen und greift begierig nach den führenden Theorien, die es zu gestatten scheinen, mit einem Griff in den Besitz des Ganzen zu kommen. Das kritische Erkennen will dagegen zugleich Grenzen und Weite, einerseits klares Wissen von den Grenzen der Bedeutung jedes einzelnen Gesichtspunktes, Gedankens, jeder Tatsache, andererseits Weite durch mühsamen, ein Leben lang fortgesetzten Erwerb aller nur möglichen Erkenntniswege. Die relativ größte Weite und zugleich die größte Klarheit über die positive Art des Erkennens schien mir durch eine methodologische Systematik erreichbar zu sein.

#### § 4. Übersicht des Stoffes.

Das Ziel unserer Wissenschaft, das abnorme Seelenleben in seiner eigenen Wirklichkeit, in seinen Äußerungsformen, seinen Zusammenhängen und Ursachen allseitig ohne vorwegnehmende Theorien kennen zu lernen, zeichnet uns den Weg vor. Wir untersuchen im I. Kapitel (Phänomenologie) die subjektiven, wirklich erlebten seelischen Qualitäten. Im II. Kapitel wenden wir uns den objektiven Sym-



ptomen zu, den Leistungen und den körperlichen Begleiterscheinungen. Im III. Kapitel ist der „Ausdruck“ der Seele — im weitesten Sinne — unser Gegenstand, dieses zugleich objektive und subjektive Phänomen. Nach solcher Übersicht der verschiedenartigen Elemente unserer Wissenschaft betrachten wir die Zusammenhänge des Seelenlebens, und zwar im IV. Kapitel die verständlichen Zusammenhänge, im V. Kapitel die kausalen Zusammenhänge. Im VI. Kapitel besinnen wir uns auf Arten und Sinn der theoretischen Vorstellungen. Nach diesen vorwiegend analytischen Kapiteln folgen nun zwei vorwiegend synthetische: Etwas auffallend ist zunächst das VII. Kapitel: Intelligenz und Persönlichkeit. Die Gesamtheit der Begabungen, der zu irgendwelchen positiv gewerteten Leistungen brauchbaren Werkzeuge innerhalb der seelischen Anlagen nennen wir die Intelligenz. Die Gesamtheit des genetisch verständlichen Seelenlebens in seiner durch die individuellen Triebeanlagen (Charaktereigenschaften, Leidenschaften) besonders bestimmten Weise nennen wir die Persönlichkeit. Intelligenz und Persönlichkeit sind eigentümliche Begriffe umfassender Ganzheiten, die in keinem der vorhergehenden Kapitel ihren natürlichen Platz haben. So vorbereitet wenden wir uns im VIII. Kapitel zur Synthese der Krankheitsbilder; die von den Symptomenkomplexen bis zur Idee der Krankheitseinheit aufsteigt, unter Benutzung aller in den ersten sieben Kapiteln analysierten Einzelzüge. Damit wären wir eigentlich am Schluß. Jedoch ist die Psychiatrie von der übrigen Medizin auch dadurch unterschieden, daß der Körper des Menschen sich zwar im Prinzip nicht vom Tier unterscheidet, daß dagegen die Seele des Menschen ihr ganzes Gepräge dadurch erfährt, daß der Mensch nicht bloß Naturgeschöpf, sondern Kulturwesen ist. Die krankhaften seelischen Vorgänge hängen ihrem Inhalt und ihrer Form nach vom Kulturkreis ab und wirken auf ihn zurück. Die soziologischen Beziehungen des abnormen Seelenlebens bilden daher den Inhalt des IX. Kapitels.

In jedem Kapitel tritt ein Gesichtspunkt in den Vordergrund. Der Leser möge sich vor allem die Reihe dieser Gesichtspunkte aneignen. Im einzelnen Kapitel wird er je nach seinen Interessen unter Benutzung der Inhaltsübersicht manches bei der Lektüre zunächst überschlagen können.

## Erstes Kapitel.

# Die subjektiven Erscheinungen des kranken Seelenlebens (Phänomenologie).

Die Phänomenologie<sup>1)</sup> hat die Aufgabe, die seelischen Zustände, die die Kranken wirklich erleben, uns anschaulich zu vergegenwärtigen, nach ihren Verwandtschaftsverhältnissen zu betrachten, sie möglichst scharf zu begrenzen, zu unterscheiden und mit festen Terminis zu belegen. Da wir niemals fremdes Seelisches ebenso wie Physisches direkt wahrnehmen können, kann es sich immer nur um eine Vergegenwärtigung, um ein Einfühlen, Anschauen, Verstehen handeln, zu dem wir je nach dem Fall durch Aufzählung einer Reihe äußerer Merkmale des seelischen Zustandes, durch Aufzählung der Bedingungen, unter denen er auftritt, durch sinnlich anschauliche Vergleiche und Symbolisierungen, durch eine Art suggestiver Darstellung hingelenkt werden können. Dazu helfen uns vor allem die Selbstschilderungen der Kranken, die wir in der persönlichen Unterhaltung am vollständigsten und klarsten gestalten können, die in schriftlicher, von den Kranken selbst verfaßter Form oft inhaltlich reicher, aber dafür phänomenologisch unklarer, durch tendenziöse Reflexionen entstellt sind. Wer selbst erlebte, findet am ehesten die treffende Schilderung. Der nur beobachtende Psychiater würde sich vergebens zu formulieren bemühen, was der kranke Mensch von seinen Erlebnissen sagen kann. Es ist für den Anfänger erforderlich, sich an der Hand der konkreten Beispiele ein reiches phänomenologisches Anschauungsmaterial innerlich anzueignen. Dies gibt ihm Richtungen und Maßstäbe bei der Untersuchung neuer Fälle<sup>2)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Vgl. meinen Aufsatz: Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 9. 1912. S. 391. Dazu: Baade: Über die Vergegenwärtigung von psychischen Ereignissen durch Erleben, Einfühlung und Repräsentation, sowie über das Verhältnis der Jasperschen Phänomenologie zur darstellenden Psychologie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 29. 1915. S. 347. Vgl. das Referat von A. Kronfeld: Über neuere pathopsychisch-phänomenologische Arbeiten. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 28. 1922. S. 441, (worin jedoch der Begriff der Phänomenologie nicht in dem bestimmten und engen Sinn unseres vorliegenden ersten Kapitels gefaßt wird).

<sup>2)</sup> Gute Selbstschilderungen findet man an folgenden Orten (ich zitiere sie später nur mit den Namen der Verfasser der Publikationen):

Baudelaire: Paradis artificiels. Deutsch Minden, o. J. David, J. J.: Halluzinationen, Die neue Rundschau 17 S. 874. Engelken: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 6 S. 586. Fehrlin: Die Schizophrenie. Im Selbstverlag 1910. Forel: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 34 S. 960. Gruhle: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 28. 1915. S. 148. Ideler: Der Wahnsinn, Bremen 1848, S. 322ff., 365ff. usw. Religiöser Wahnsinn, Halle 1848, I S. 392ff. Jakobi: Annalen der Irrenanstalt zu Siegburg, Köln 1837, S. 256ff., James: Die religiöse Erfahrung in ihrer Mannigfaltigkeit. Deutsch. Leipzig 1907. Janet: Les

Vergegenwärtigung dessen, was im Kranken wirklich vorgeht, was er eigentlich erlebt, wie ihm etwas im Bewußtsein gegeben ist, wie ihm zumute ist usw. ist der Anfang, bei dem zunächst von Zusammenhängen, vom Erleben als Ganzem, erst recht von Hinzugedachtem, zugrunde liegend Gedachtem, theoretischen Vorstellungen ganz abzusehen ist. Nur das wirklich im Bewußtsein Vorhandene soll vergegenwärtigt werden, alles nicht wirklich im Bewußtsein Gegebene ist nicht vorhanden. Wir müssen alle überkommenen Theorien, psychologischen Konstruktionen oder materialistischen Mythologien von Hirnvorgängen, alle bloßen Deutungen und Beurteilungen beiseite lassen, wir müssen uns rein dem zuwenden, was wir in seinem wirklichen Dasein verstehen, erfassen, unterscheiden und beschreiben können. Dies ist eine, wie die Erfahrung lehrt, schwierige Aufgabe. Diese eigentümliche phänomenologische Vorurteilslosigkeit ist nicht ursprünglicher Besitz, sondern mühsamer Erwerb nach langer kritischer Arbeit und oft vergeblichen Bemühungen in Konstruktionen und Mythologien. Wie wir als Kinder die Dinge zuerst zeichnen, nicht so wie wir sie sehen, sondern so wie wir sie denken, ebenso gehen wir als Psychologen und Psychopathologen durch eine Stufe, in der wir uns das Psychische irgendwie denken, zur vorurteilslosen unmittelbaren Erfassung des Psychischen so wie es ist. Und es ist eine immer neue Mühe und ein immer von neuem durch Überwindung der Vorurteile zu erwerbendes Gut: diese phänomenologische Einstellung. Nur in einer Beziehung machen wir hier zur Aussonderung der abnormen Phänomene manchmal eine unphänomenologische Voraussetzung: durch den Maßstab der Realität und der Richtigkeit der Inhalte.

Die eindringende Versenkung in den einzelnen Fall lehrt phänomenologisch oft das Allgemeine für zahllose Fälle. Was man einmal erfaßt hat, findet man meistens bald wieder. Es kommt in der Phänomenologie weniger auf Häufung von zahllosen Fällen an, sondern auf möglichst restlose innere Anschauung von Einzelfällen. In der Histologie wird verlangt, man solle sich bei der Hirnrindenuntersuchung von jedem Fädchen, jedem Körnchen Rechenschaft geben. Ganz analog fordert die Phänomenologie: man soll sich von jedem seelischen Phänomen, jedem Erlebnis Rechenschaft geben, das in der

---

obsessions et la psychasthenie. Jaspers: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 14 S. 158 ff. Kandinsky: Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 11 S. 453. Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen, Berlin 1885. Kieser: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 10 S. 423. Klinke: Jahrb. d. Psych. u. Neurol. 9. Kronfeld: Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 35. 1914. S. 275. Mayer-Groß: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 62 S. 222. Mayer-Groß und Steiner: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 73 S. 283. Meinert: Alkoholwahnsinn, Dresden 1907. Nerval Aurelia. Deutsch. München 1910. Quincey, Th. de: Bekenntnisse eines Opiumessers. Deutsch. Stuttgart 1886. Rychlinski: Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 28 S. 625. Schreber: Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken, Leipzig 1903. Schwab: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 44. Serko: Jahrb. d. Psych. u. Neurol. 34. 1913. S. 355. Serko: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 44 S. 21 Staudenmaier: Die Magie als experimentelle Naturwissenschaft, Leipzig 1912. Wollny: Erklärungen der Tollheit von Haslam, Leipzig 1889.

Exploration der Kranken und in ihren Selbstschilderungen zutage tritt. Man soll sich auf keinen Fall mit dem Gesamteindruck und einigen ad hoc herausgeholtten Details zufrieden geben, sondern von jeder Einzelheit wissen, wie man sie aufzufassen und zu beurteilen hat. Verfährt man einige Zeit auf diese Weise, dann wird einem einerseits manches weniger wunderbar, was man oft sah und was derjenige, der nur mit dem Gesamteindruck arbeitet, sich nicht bewußt gemacht hat und je nach der augenblicklichen Richtung seiner Eindrucksfähigkeit immer wieder erstaunlich und noch nie dagewesen findet; andererseits aber achtet man auf das, was einem wirklich unbekannt ist, und gerät in begründetes Staunen. Es ist keine Gefahr, daß dies Staunen je aufhöre.

Die phänomenologischen Gegebenheiten befriedigend systematisch zu ordnen und zu klassifizieren, ist wenigstens zurzeit ganz unmöglich. Die Phänomenologie, eine der Grundlagen der ganzen Psychopathologie, steckt noch immer in den Anfängen. Wir wollen bei der Beschreibung der Phänomene diesen Zustand nicht verschleiern, müssen aber schließlich vorläufig irgendwie ordnen. Dabei legen wir jedoch den Hauptwert auf die Darstellung der einzelnen phänomenologischen Elemente und ihrer Beziehung zu einzelnen andern. Wir behandeln 1. die isoliert zu betrachtenden Elemente, wie z. B. Trugwahrnehmungen, Gemütszustände, Triebregungen; 2. machen wir uns allgemeinste Eigenschaften und Ablaufsweisen des Seelenlebens klar, die je nach ihrer Art den vorher betrachteten Phänomenen eine besondere Nuance geben und ihre Bedeutung im Zusammenhang des Seelenlebens verschieden erscheinen lassen. Dahin gehören z. B. Aufmerksamkeit, Bewußtseinszustand, Differenziertheit des Seelenlebens und anderes. — Wir werden in diesem Kapitel immer das Ziel haben, das Seelische selbst uns anschaulich zu machen. Alle objektiven Merkmale und äußerlichen Hinlenkungen sollen uns hier bloß Mittel sein.

#### Abschnitt 1.

### Die Elemente des abnormen Seelenlebens.

In allem entwickelten Seelenleben besteht dies in keiner Weise rückführbare Urphänomen, daß ein Subjekt den Objekten (Gegenständen) gegenübersteht, daß ein Ich sich auf Inhalte gerichtet weiß. Wir können dementsprechend ein Gegenstandsbewußtsein einem Ichbewußtsein gegenüberstellen. Die Phänomenologie ist bisher am reichsten bezüglich des Gegenstandsbewußtseins entwickelt, während vom Ichbewußtsein nicht viel Konkretes zu sagen ist. Doch steht dies Bewußtsein in dem tiefsten Zusammenhang mit den herkömmlich als Gefühle und Triebregungen benannten Phänomenen, die geradezu Ichbestimmtheiten genannt werden, obgleich sie für sich isoliert einer anschaulichen Vergegenwärtigung zugänglich sind. Wir behandeln also nacheinander: a) Gegenstandsbewußtsein, b) Ichbewußtsein, c) Gemütszustände, d) Triebregungen und Wille.

## § 1. Das Gegenstandsbewußtsein.

Psychologische Vorbemerkungen: „Gegenstand“ im weitesten Sinne nennen wir alles, was uns gegenübersteht, alles, was wir mit dem inneren, geistigen Auge oder mit den äußeren Augen der Sinnesorgane vor uns haben, erfassen, denken, anerkennen, alles, auf das wir als auf ein Gegenüberstehendes innerlich gerichtet sein können, mag dies nun wirklich oder unwirklich, anschaulich oder abstrakt, deutlich oder undeutlich sein. Gegenstände sind uns gegenwärtig entweder in Wahrnehmungen oder in Vorstellungen. In den Wahrnehmungen steht der Gegenstand leibhaftig (andere Ausdrücke: als „fühlbar gegenwärtig“, mit dem Gefühle lebendigen Ergriffenseins, mit Objektivitätscharakter) in den Vorstellungen bildhaftig (als abwesend, mit Subjektivitätscharakter) vor uns. Bei Wahrnehmungen sowohl wie bei Vorstellungen unterscheiden wir drei Elemente: das Empfindungsmaterial (z. B. rot, blau, Ton in der Höhe c usw.), räumliche und zeitliche Ordnung und den intentionalen Akt. Das Empfindungsmaterial wird durch den Akt gewissermaßen beseelt, gewinnt erst durch ihn Gegenständigkeit und Bedeutung, ist uns durch ihn ein bestimmter Gegenstand in bestimmter Weise. Man nennt diesen Akt auch Gedanken, Bedeutungsbewußtsein, Worte, die die Umgangssprache meistens im anderen Sinne gebraucht (Gedanke = Urteilsinhalt, Bedeutungsbewußtsein = Bewußtsein von der Bedeutung eines Zeichens oder eines Symbols, z. B. eines Wortes). Es besteht nun weiter die phänomenologische Tatsache, daß diese intentionalen Akte auch ohne die Basis von Empfindungsmaterial vorkommen. Uns kann etwas ganz unanschaulich gegenwärtig sein als ein bloßes Wissen um etwas, z. B. bei schnellem Lesen. Wir haben den Sinn der Worte durchaus deutlich gegenwärtig, ohne uns die gemeinten Gegenstände anschaulich vorzustellen. Dieses unanschauliche Gegenwärtighaben eines Inhaltes nennt man Bewußtheit. Diese kann wiederum entweder entsprechend der Wahrnehmung eine leibhaftige sein, wenn wir z. B. hinter uns „jemand“ gegenwärtig wissen, ohne ihn wahrzunehmen und ohne ihn vorzustellen (man nennt das in der Umgangssprache, man habe ein „Gefühl“, daß jemand da sei), oder sie kann entsprechend der Vorstellung eine bloß gedankliche Bewußtheit sein wie die meist vorkommenden.

In den bisher gemeinten Wahrnehmungen, Vorstellungen und Bewußtheiten sind uns einzelne konkrete Gegenstände gegenwärtig. Außerdem haben wir im Gegenstandsbewußtsein Beziehungen, Sachverhalte, Richtigkeit und Unrichtigkeit, Realität usw. Die psychischen Phänomene, in denen uns solche Dinge klar gegenwärtig sind, nennen wir Gedanken und Urteile. Der Inhalt solcher Urteile kann auch in rudimentärer Form — man pflegt dann wiederum gern von „Gefühl“ zu reden — als bloßes „Wissen“ gegenwärtig sein. Auch dieses unformulierte, nicht geklärte, sondern unmittelbare, gewissermaßen naive Wissen nennt man Bewußtheit.

Wahrnehmungen, Vorstellungen, Bewußtheiten, Urteile sind seelische Phänomene, bezeichnen die Daseinsweise, in der uns Gegenstände gegenwärtig sind. Nach dem Inhalt betrachtet, sind uns in allen diesen Formen die Welten des Gegenständlichen bewußt: 1. die sinnliche Welt, das Greifbare, Sichtbare, Hörbare, 2. die seelische Welt, das in der sinnlichen Erscheinung verstandene, uns unmittelbar zu vergegenwärtigende seelische Leben der Menschen und 3. die Welt der Werte, der Forderungen, die uns entgegentreten (Wahrheit, Schönheit, Sittlichkeit usw.). Bei der Beschreibung des seelischen Lebens ist uns die Erfassung der Inhalte, die bestimmte Menschen haben, Hilfsmittel, ebenso wie die Messung dieser subjektiven Inhalte der einzelnen an den objektiven, allgemeingültigen Inhalten, die Gegenstand anderer Wissenschaften sind. Je nach dem augenblicklichen Gesichtspunkt — ob man an die Art der Gegebenheit oder an den Inhalt denkt — sind die phänomenologischen oder die inhaltlichen Untersuchungen nebensächlich. Den Kranken sind durchweg die Inhalte das allein Wichtige. Auf die Art der Gegebenheit vermögen sie sich oft gar nicht zu besinnen: sie werfen Halluzinationen, Pseudohalluzinationen, Wahnbewußtheiten usw. durcheinander, da sie so „nebensächliche“ Dinge nie unterschieden haben. Es scheint, daß viele Kranke auch dieselben Inhalte in schneller Zeitfolge in den verschiedensten phänomenologischen Gegebenheitsformen vor dem geistigen

Auge haben können. Indem so in einer akuten Psychose etwa derselbe Eifersuchtsinhalt in den verschiedensten Formen wiederkehrt, könnte man sehr mißverständlich von „Übergängen“ zwischen den verschiedenen Formen reden. Diese allgemeine Wendung von den „Übergängen“ ist das Ruhekissen der Denk- und Analyserfaulheit. Wohl ist es richtig, daß das individuelle momentane Erlebnis sich aus vielen Komponenten zusammensetzt: daß z. B. ein halluzinatorisches Erlebnis von dem eigentümlichen Evidenzerlebnis des Wahns durchsetzt ist, daß dann die sinnlichen Elemente immer mehr abnehmen können, und daß man im individuellen Fall oft nicht feststellen kann, ob solche vorhanden waren und wie sie vorhanden waren. Die klaren Unterschiede der Phänomene, die phänomenologischen Abgründe (z. B. zwischen Leibhaftigkeit und Bildhaftigkeit) im Gegensatz zu den phänomenologischen Übergängen (z. B. von Bewußtheit zu Halluzination), bleiben darum bestehen. Diese Unterschiede klar zu erfassen, zu vertiefen, zu vermehren und zu ordnen ist hier eine wissenschaftliche Aufgabe, die allein uns zur Analyse der Fälle verhelfen kann. Das Reden von den „Übergängen“ führt zur Versumpfung in den allgemeinsten Kategorien.

In der gesamten Wahrnehmung unterschieden wir 1. Empfindungselemente, 2. räumliche und zeitliche Ordnung und 3. den vergegenständlichenden Akt. Sind bei gleichbleibendem, d. h. demselben realen Gegenstand meinendem Akt Empfindung oder räumliche und zeitliche Ordnung oder gewisse an der Wahrnehmung hängende allgemeine Charaktere abnorm, sprechen wir von Wahrnehmungsanomalien, meint dagegen dieser vergegenständlichende Akt einen neuen, gar nicht realen Gegenstand, so sprechen wir von Trugwahrnehmungen.

Von Wahrnehmungsanomalien beobachtet man:

1. Intensitätsveränderungen der Empfindungen: Alle Töne werden lauter gehört, alle Farben leuchtender gesehen; ein rotes Ziegeldach sieht wie eine Flamme aus, das Zumachen einer Tür klingt wie Kanonendonner, ein Knacken im Holz wird zum Knall, Wind zum Sturm (in Delirien, beginnender Narkose, Vergiftungen, vor epileptischen Anfällen, akuten Psychosen). Umgekehrt scheint auch eine Intensitätsabnahme vorzukommen. Ein Paranoiker schildert:

Die Sonnenstrahlen erleichen vor mir, wenn ich, gegen dieselben gewendet, laut spreche. Ich kann ruhig in die Sonne sehen und werde davon nur in sehr bescheidenem Maße geblendet, während in gesunden Tagen bei mir, wie wohl bei anderen Menschen, ein minutenlanges Hineinsehen in die Sonne gar nicht möglich gewesen wäre (Schreiber).

Die Unempfindlichkeit oder herabgesetzte Empfindlichkeit gegen Schmerzreize (Analgesie und Hypalgesie) kommt als lokale und allgemeine vor. Die lokale ist meist neurologisch, manchmal psychisch (Hysterie) bedingt. Die allgemeine kommt als hysterische, hypnotische, als bedingt durch heftige Affekte (z. B. beim Soldaten in der Schlacht) und als Zeichen besonderer Veranlagung (nur als Hypalgesie) vor. Die Hyperalgesie hat dieselben mannigfaltigen Ursachen.

2. Qualitätsverschiebungen der Empfindungen: Beim Lesen sehen die weißen Seiten plötzlich rot, die Buchstaben grün aus. Die Gesichter anderer haben einen merkwürdig braunen Ton, die Menschen sehen aus wie Chinesen oder Indianer.

Im Beginn des Mescalinausches beobachtete Serko an sich selbst, daß alle realen Wahrnehmungen eine unendlich reiche Farbigkeit erhielten, so daß er einen wahren Farbenrausch erlebte:

„Die unscheinbarsten, sonst nie beobachteten Objekte, wie Zigarettenstummel und halb abgebrannte Streichhölzchen auf dem Aschenteller, bunte Scherben auf dem Schutthaufen eines fernen, vom Fenster aus sichtbaren Bauplatzes, Tintenkleckse auf dem Schreibtisch, die monotonen Bücherreihen glühten gleichsam auf in einer Farbengrelligkeit, die schwer zu schildern ist. Und insbesondere die indirekt gesehenen Objekte zogen durch ihre überaus lebhaftes Farbenpointierung fast unwiderstehlich die Aufmerksamkeit auf sich. . . . Ja selbst die feinen Schatten auf der Zimmerdecke und den Wänden und die fahlen Schatten, die die Möbelgegenstände auf den Boden warfen, hatten einen feinen, zarten Farbenton, der . . . dem ganzen Zimmer einen märchenhaften Zauber gab.“

### 3. Abnorme Mitempfindungen. Ein Kranker schildert:

Jedes Wort, das mit mir oder in meiner Nähe gesprochen wird, jede noch so geringfügige, mit irgendwelchem Geräusch verbundene Handlung eines Menschen empfinde ich zugleich mit einem gegen meinen Kopf geführten, ein gewisses Schmerzgefühl verursachenden Streich. Das Schmerzgefühl äußert sich als ein ruckhaftes Zerren in meinem Kopfe, das mit dem Abreißen eines Teils der Knochensubstanz meiner Schädeldecke verbunden sein mag (Schreiber).

In solchen noch nicht näher beschriebenen Fällen, die bei paranoischen Prozessen nicht selten zu sein scheinen, aber auch sonst vorkommen, handelt es sich um wirkliche Mitempfindungen, nicht um die bekannten, in der Vorstellung geschehenden Assoziationen zwischen einem Ton und einer Farbe (Audition colorée, synopsie)<sup>1)</sup>.

4. Die Raumschauung ist verändert, wenn alle Gegenstände kleiner (Mikropsie) oder umgekehrt riesenhaft groß (Makropsie) oder auch alle schief, auf der einen Seite größer, auf der andern Seite kleiner (Dysmegalopsie) gesehen werden. Es gibt ein Doppelt- bis Siebenfachsehen in akuten Psychosen. — Im Mescalinrausch tritt ein Gefühl der Raumunendlichkeit auf (Serko). Die Tiefendimension des Raumes scheint gedehnt. Es weiten sich die Räume diffus nach allen Seiten.

5. Der Zeitsinn: Wir unterscheiden das unmittelbare Zeitbewußtsein als Erlebnis und die sekundäre Zeitschätzung im Urteil, die von diesem unmittelbaren Zeiterlebnis zum Teil, aber auch nur zum Teil, abhängig ist. Phänomenologisch haben wir es nur mit dem ersteren, dem Zeitbewußtsein als Erlebnis zu tun. In dem unmittelbaren Zeitbewußtsein ist wieder das Bewußtsein des augenblicklichen Zeitverlaufs von dem Bewußtsein vergangener Zeit zu trennen. Interessante, wechselvolle Beschäftigung gibt das Bewußtsein, wie schnell die Zeit vergeht, nach einem solchen Tage haben wir aber das Bewußtsein, einen langen Tag gehabt zu haben, während ein leerer, langweiliger, langsam vergehender Tag im rückschauenden Bewußtsein als kurz gegenwärtig ist. Je lebhafter uns vergangene Erlebnisse gegenwärtig sind, desto kürzer, je mehr Erlebnisse seitdem uns betroffen haben, desto länger erscheint uns die verflossene Zeit. Doch ist damit das unmittelbar erlebte Zeitbewußtsein noch nicht verständlich abgeleitet. Nach einer akuten erlebnisreichen Psychose schreibt ein Paranoiker:

<sup>1)</sup> Zur Lehre dieser Sekundärempfindungen vgl. übrigens: Bleuler: Zeitschr. f. Psychol. 65. 1913. S. 1. Wehofer: Zeitschr. f. angew. Psychol. 7. 1913. S. 1. Hennig: Zeitschr. f. Psychotherap. u. med. Psychol. 4. 1912. S. 22.

Aus der Gesamtheit meiner Erinnerungen hat sich der Eindruck in mir festgesetzt, als ob der betreffende nach gewöhnlicher menschlicher Annahme nur 3 bis 4 Monate umspannende Zeitraum in Wirklichkeit eine ungeheuer lange Zeit umfaßt haben müsse, als ob einzelne Nächte die Dauer von Jahrhunderten gehabt hätten.

Dieser Kranke korrigierte im Urteil nach äußeren Daten diese Eindrücke unendlicher Zeit. Es ist selbstverständlich, daß zum Urteil alle nur möglichen Wissens Elemente in für uns verständlicher Weise herbeigezogen werden.

Während in solchen Fällen ein unmittelbares falsches Zeitbewußtsein vorhanden ist, das erst sekundär zu einem richtigen korrigiert werden kann, gibt es — besonders bei Psychasthenischen — eine Weise abnormen Zeitbewußtseins, bei der in jedem Moment doch zugleich ein richtiges Zeitbewußtsein da ist. Manche schildern ihr Gefühl, als ob kurze Minuten eine ewige Dauer gehabt hätten, das Gefühl, alles Zeitbewußtsein verloren zu haben: es ist als ob immer derselbe Augenblick bliebe, als ob eine zeitlose Leere sei, oder — als Vorstufe dazu —, als ob lange Monate nur eine ganz kurze Spanne Zeit gewesen wären.

Auch das Bewußtsein des augenblicklichen Zeitverlaufs kann abnorm sein. Klien<sup>1)</sup> berichtet von einem Jungen, der Anfälle hatte, in denen er ängstlich zur Mutter lief und sagte:

„Jetzt geht's wieder an, Mutter, was ist denn das, jetzt geht wieder alles so schnell! Spreche ich denn schneller, sprichst du denn schneller?“ Es ist ihm, als wenn alles schneller geschieht, als ob die Leute auf der Straße schneller liefen usw.

Sehr anschaulich ist die Schilderung Serkos aus dem Mescalinausbruch:

Im Mescalinausbruch erlebte Serko eine ganz enorme subjektive Überschätzung der abgelaufenen Zeit. Die Zeit erschien gedehnt. Eben Erlebtes erscheint in weite Ferne gerückt. Aber das Gefühl der nächsten Zukunft überstürzte sich. „Man hat zunächst das eigentümliche Gefühl, als hätte man die Herrschaft über die Zeit verloren, als schlüpfe einem diese gleichsam durch, als wäre man nicht mehr imstande, die augenblicklichen Momente festzuhalten, um sie auszuleben; man sucht sich an sie anzuklammern, aber sie entwinden sich und fluten ab. . . . Auf der Höhe der Vergiftung ist die Zeitsinnstörung ganz enorm. Namentlich bei reichlichen Halluzinationen hat man ein Gefühl als schwimme man in einem unbegrenzten Zeitstrom, irgendwo und -wann. . . . Man muß sich immer wieder mit einiger Anstrengung ruckartig die zeitliche Situation aktiv vergegenwärtigen, um dieser Zeitverflüchtigung für Augenblicke zu entgehen. Für Augenblicke nur, denn läßt die Spannung nach, läßt man sich gehen, so ist die uferlose Zeit gleich wieder da.“ —

Außer den bis jetzt besprochenen, relativ leicht anschaulich zu machenden Wahrnehmungsanomalien gibt es nun noch weitere, sehr bedeutsame, deren Analyse wir durch die Dreiteilung: Empfindung, Räumlichkeit, Akt nicht erreichen. Sei es an der gesamten Wahrnehmung, sei es am intentionalen Akt allein, gibt es noch eine Reihe von Qualitäten der Wahrnehmung, die uns als Bekanntheit und Fremdheit, als Gefühlston usw. geläufig sind. Wir wollen diese verschiedenen Qualitäten vorläufig als Wahrnehmungscharaktere phänomenologisch zusammenfassen, von deren Anomalien wir nur fol-

1) Zeitschr. f. Pathopsychol. 3. 1917. S. 307.



gende, die die bekanntesten und beststudierten sind, uns vergegenwärtigen:

1. Das *déjà vu* und *jamais vu*: in gewissen Momenten überkommt die Kranken ein Bewußtsein, daß sie alles, was sie sehen, schon einmal genau so gesehen, daß sie den ganzen Augenblick bis in die Einzelheiten hinein schon einmal genau so erlebt haben. Dieselben Gegenstände, dieselben Personen, genau die gleichen Stellungen und Gebärden, gerade diese Worte, überraschend genau gerade dieser Ton der Stimme, alles war schon einmal so. Umgekehrt besteht das *jamais vu* in dem Bewußtsein, alles zum erstenmal zu sehen, dem Bewußtsein, wie unbekannt, neu, unverständlich das Wahrgenommene ist. Dies Phänomen hat nahe Beziehung zu dem, das bezeichnet wird als

## 2. Entfremdung der Wahrnehmungswelt<sup>1)</sup>:

Es ist, wie wenn ich alles durch einen Schleier sehe; wie wenn ich alles durch eine Mauer höre. — Die Stimmen der Menschen scheinen mir aus weiter Ferne zu kommen. Die Dinge sehen nicht aus wie früher, sie sind verändert, fremdartig, sie scheinen flach wie Reliefs. Meine eigene Stimme klingt mir fremdartig. Alles kommt mir erstaunlich, neu vor, wie wenn ich es lange Zeiten nicht gesehen hätte. — Es ist, als wenn ein Pelz über meine Haut gezogen wäre. Ich tastete mich zuweilen selbst, um mich von meiner körperlichen Existenz zu überzeugen.

So lauten die Klagen der Kranken, die leichtere Grade dieser Störung haben. Diese Kranken können sich nicht genug tun, die Veränderung, die Fremdartigkeit ihrer Wahrnehmungen zu schildern. Die Wahrnehmungen sind so seltsam, so sonderbar, so gespenstisch. Ihre Ausdrücke sind sämtlich bildlich gemeint. Sie haben für ihre veränderte Wahrnehmung keine direkt bezeichnenden Worte. Sie denken nicht daran, die Welt wirklich für verändert zu halten, es ist ihnen nur so, als ob alles anders sei. Dabei ist immer festzustellen, daß sie in Wahrheit ausgezeichnet scharf und deutlich sehen, hören, tasten. Es handelt sich also um eine Störung im Vorgang der Wahrnehmung, die weder die Empfindungselemente, noch die Auffassung der Bedeutung, noch das Urteil über die Wahrnehmung betrifft. Es muß bei der normalen Wahrnehmung noch etwas anderes geben, das wir nicht bemerken würden, wenn diese Kranken nicht ihre eigentümlichen Klagen vorbrächten. Österreich spricht davon, daß die Gefühle, die wohl mit aller Wahrnehmung einhergehen müssen, gestört (herabgesetzt) seien, aber diese Auffassung befriedigt nicht. In höheren Graden der Störung werden die Schilderungen immer merkwürdiger:

Alle Gegenstände scheinen mir so neu und unbekannt, daß ich mir die Namen der Dinge, die ich sehe, nenne; ich berühre sie mehrere Male, um mich von ihrer Wirklichkeit zu überzeugen. Ich stampfe auf den Boden auf und gewinne doch nicht das Gefühl der Wirklichkeit. Kranke fühlen sich unorientiert, meinen, den Weg nicht zu finden, während sie es in Wahrheit so gut wie früher können. In wirklich unbekannter Umgebung steigert sich das Fremdheitsgefühl: ich klammerte mich mit Schrecken an den Arm meines Freundes, ich fühlte, daß ich verloren wäre, wenn er mich einen Augenblick verließ. — Alle Gegenstände scheinen in unendliche Ferne zu rücken (nicht zu verwechseln mit leibhaftigen Entfernungs-

<sup>1)</sup> Österreich: Jahrb. d. Psych. u. Neurol. 8, Janet: Les obsessions et la psychasthenie, Paris 1908, 2. Aufl.

täuschungen), die eigene Stimme scheint ins Unendliche zu verklingen, die Kranken meinen darum, von andern gar nicht mehr gehört zu werden. Sie fühlen, als ob sie fern von aller Wirklichkeit, in Weltenräumen in entsetzlicher Isolierung schwebten. — Alles ist wie ein Traum. Wie der Raum unendlich ist, so fühlen sie, daß die Zeit nicht mehr ist, daß immer derselbe Augenblick bleibt, oder daß unendliche Zeiträume ablaufen. — Ich bin in einem Grabe, völlig isoliert, kein Mensch ist um mich. Ich sehe nur schwarz; selbst wenn die Sonne scheint, sehe ich nur schwarz. Diese Kranken sehen jedoch alles aufs genaueste und haben keine Störung im sinnlichen Teil der Wahrnehmung.

Bei diesen höheren Graden wird zwar zunächst das eigentliche Urteil, wenn man die Kranken mit aller Genauigkeit exploriert, nicht getrübt, aber die Gefühle sind dann so zwingend, daß sie deren Wirkungen nicht mehr unterdrücken können. Sie müssen tasten, ob sie auch noch wirklich da sind, müssen sich durch Stoß von der Existenz des Erdbodens überzeugen. Die psychische Störung wird schließlich so hochgradig, daß von Urteilen überhaupt nicht mehr die Rede ist, daß die entsetzten und ratlosen Kranken — die dann meist noch andere heftige Störungen haben — die Gefühle als Wirklichkeit erleben und Urteilerwägungen überhaupt nicht mehr zugänglich sind. Nun ist ihnen die Welt entschwunden. Es gibt nichts mehr. Sie allein in fürchterlicher Einsamkeit leben zwischen Unendlichkeiten. Sie müssen ewig leben, denn sie fühlen: es gibt keine Zeit mehr. Sie selbst sind auch nicht mehr, ihr Körper ist tot. Nur diese Scheinexistenz ist noch ihr qualvolles Schicksal.

3. Wie die Wahrnehmungswelt als fremd und unbekannt, als tot erlebt werden kann, so kann sie abnormerweise auch in hohem Maße als ganz neu und von überwältigender Schönheit erlebt werden:

„Alles bekam ein anderes Aussehen. Ich sah gleichsam in allem einen Zug göttlicher Herrlichkeit.“ „Es war, als wenn ich in eine neue Welt, in ein neues Dasein gekommen wäre. Alle Gegenstände waren von einem Glorienschein umgeben, mein geistiges Auge war so verklärt, daß ich in allem des Universums Schönheit sah. Die Wälder erklangen von himmlischer Musik“ (James).

4. Wir bemerkten schon in den Schilderungen der Kranken, daß die Gegenstände nicht nur sinnlich wahrgenommen werden, sondern daß ihnen ein Stimmungscharakter anhängt. Der wichtigste Fall, daß im Sinnlichen nicht bloß Sinnliches gesehen, sondern Seelisches verstanden wird, ist die Einfühlung in andere Menschen. Die pathologischen Phänomene, die in einem Versagen der Einfühlung bestehen — alles ist in diesen Zuständen tot, die Menschen sehen nur noch äußerlich, aber werden sich des seelischen Lebens der andern nicht bewußt — oder in einem quälend eindringlichen Einfühlen — das Seelenleben der andern drängt sich mit ungeheurer Lebendigkeit dem passiv wehrlos Preisgegebenen auf — oder in einem phantastischen Trugeinfühlen — es wird Seelisches verstanden, das gar nicht wirklich ist —, sind überhaupt noch nicht untersucht.

Ein Kranker mit Encephalitis lethargica berichtet: „Auch hatte ich während dieser Zeit ein unglaublich feines Empfinden für Imponderabilien, Stimmungen oder dgl., die kleinste Mißstimmung zwischen zweien meiner Korpbrüder z. B. fühlte ich sofort heraus.“ Der Kranke berichtet, daß er selbst nicht an den Gefühlen, die er wahrnahm, teilnahm, sondern daß er sie nur registrierte. „Es war nicht eine natürliche Anteilnahme“ (Mayer-Groß und Steiner).

Eine Weise, das Seelenleben der andern nicht verstehen zu können, wird charakteristisch z. B. im Beginn von Prozessen beobachtet. Andere Menschen erscheinen den Kranken so verwunderlich und unverständlich, daß sie diese Gesunden, statt sich selbst, für geisteskrank halten (Transitivismus, Wernicke).

\* \* \*

Nach der Schilderung aller dieser anormalen Wahrnehmungen, in denen nicht neue unwirkliche Gegenstände, sondern nur wirkliche Gegenstände anders gesehen werden, wenden wir uns nunmehr den eigentlichen **Trugwahrnehmungen** zu, in denen neue Gegenstände täuschend wahrgenommen werden<sup>1)</sup>. Seit Esquirol werden Illusionen und Halluzinationen unterschieden. Illusionen nennt man alle aus äußeren Wahrnehmungen durch Umbildung entstandenen Wahrnehmungen, in denen sich äußere Sinnesreize mit reproduzierten Elementen so zu einer Einheit verbinden, daß die direkten von den reproduzierten Empfindungselementen nicht unterscheidbar sind. Halluzinationen sind leibhaftige Wahrnehmungen, die nicht aus realen Wahrnehmungen durch Umbildung, sondern völlig neu entstanden sind.

Unter den Illusionen können wir vorläufig drei Typen unterscheiden: die Unaufmerksamkeitsillusionen, die Affektillusionen und die Pareidolien.

1. **Unaufmerksamkeitsillusionen:** Die experimentelle Untersuchung der Wahrnehmung hat ergeben, daß fast in jede Wahrnehmung irgendwelche reproduzierte Elemente aufgenommen sind. Die infolge sehr kurz dauernder Aufmerksamkeit spärlichen äußeren Sinnesreize werden fast immer ergänzt. Man ergänzt z. B. beim Hören eines Vortrages sehr viel im Sinne des Vorgetragenen und merkt diese Ergänzungen erst, wenn man sich einmal geirrt hat. Man übersieht fast alle Druckfehler in einem Buche und ergänzt oder korrigiert sie richtig im Sinne des Zusammenhangs. Alle diese Illusionen werden bei Hinlenkung der Aufmerksamkeit sofort verbessert. Hierhin gehören teilweise die Verkennungen, die ungenauen und falschen Wahrnehmungen, die z. B. bei Paralytikern, Deliranten u. a. vorkommen. Solche illusionären Verkennungen spielen beim falschen Vorlesen, beim falschen Hören, bei der Umgestaltung der optischen Eindrücke dieser Kranken eine Rolle. Manche derselben sind durch assoziative Prozesse begreiflich zu machen.

---

<sup>1)</sup> Johannes Müller: Über die phantastischen Gesichterscheinungen. Koblenz 1826; Hagen: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 25 S. 1. Kahlbaum: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 23; Kandinsky: Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen, Berlin 1885. Ein eingehendes Referat über die Trugwahrnehmungen mit möglichst vollständigen Literaturangaben habe ich geschrieben in Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Ref. 4 S. 289. Vgl. ferner meine Arbeit „Zur Analyse der Trugwahrnehmungen“, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 6 S. 460. — Neuere Arbeiten: Pfersdorff: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 19 S. 121. Rülff: ebd. 24 S. 183. Specht: Zeitschr. f. Pathopsychol. 2. Pick, Monatsbl. f. Psych. 37 S. 269.

2. Affektillusionen: Jedermann hält bei einem einsamen nächtlichen Gang durch den Wald gelegentlich furchtsam einen Baumstamm, eine Felsform für eine menschliche Gestalt. Der kranke Melancholische sieht in der Angst vor dem Ermordetwerden die Kleider an der Wand als eine hängende Leiche, ihm klingt ein gleichgültiges Geräusch wie Klirren von Ketten, mit denen er gefesselt werden soll. Aus dem Inhalt des Affektes sind diese fast immer unbeständigen Illusionen verständlich.

3. Pareidolien: Ohne Affekt, ohne Realitätsurteil, aber auch ohne daß die illusionären Gebilde bei Aufmerksamkeit zu verschwinden brauchen, gestaltet die „aus unvollkommenen Sinneindrücken produktive“ Phantasie aus Wolken, aus alten Mauerflächen u. dgl. illusionäre Gebilde von leibhafter Deutlichkeit. Joh. Müller schildert dies:

„Mich hat diese Plastizität der Phantasie in den Jahren der Kindheit oft geneckt. Eines erinnere ich mich am lebhaftesten. Durch die Fenster des Wohnzimmers im elterlichen Hause sah ich auf ein Haus der Straße von etwas altem Ansehen, an dem der Kalk an manchen Stellen sehr verschwärzt, an anderen aber in vielgestaltigen Lappen abgefallen war, um hier eine ältere, auch wohl älteste Farbenbekleidung durchsehen zu lassen. Wenn ich nun nicht über die Schwelle durfte — gar manche Stunde des Tages am Fenster mit allerlei beschäftigt war, und durch das Fenster sehend immer nur die rußige verfallene Wand des Nachbarhauses betrachtete, gelang es mir, in den Umrissen des abgefallenen und stehengebliebenen Kalkes gar manche Gesichter zu erkennen, die durch die oft wiederholte Betrachtung sogar einen ganz sprechenden Ausdruck erhielten.“ „Wenn ich nun die andern auch aufmerksam machen wollte, wie man doch gezwungen sei, an dem verfallenen Kalk allerlei Gesichter zu sehen, wollte freilich niemand mir recht geben, aber ich sah es doch ganz deutlich.“ „In späteren Jahren wollte das nicht mehr gelingen, und wiewohl ich meine Figuren noch ganz deutlich im Sinne hatte, so konnte ich sie doch nicht mehr in den Umrissen wiederfinden, aus denen sie mir entstanden waren.“

Analoge Illusionen beobachtet man bei Kranken. Dem besonnenen Bewußtsein treten sie als etwas vollkommen Fremdes gegenüber, das die Kranken beobachten, entstehen und schwinden sehen können, während die übrigen Illusionen entweder durch Aufmerksamkeit sofort vernichtet werden, oder mit dem Affekt, aus dem sie geboren sind, sich wandeln.

Eine Kranke der Heidelberger Klinik sah bei voller Besonnenheit und Orientierung, so daß sie ihre Erscheinungen gelegentlich auf Papier nachzeichnete, auf der Bettdecke „wie eingestickt“ und an der Wand Menschen- und Tierköpfe, sämtlich farblos. Sie sah grimassierende Fratzen und deutete auf Sonnenflecke an der Wand als solche. Solche Dinge sah sie jahrelang und wußte immer, daß es sich um Täuschungen handelte. Sie berichtete z. B. einmal: das Auge bringt aus jeder Vertiefung und Erhöhung ein Gesicht heraus. Anfangs April sah ich den Kopf meines Vaters lebend. An Erscheinungen glaube ich nicht, aber meine Augen haben es gesehen, ich war wach und erschrocken. Die Augen hatten drohenden Ausdruck. Die Fratzen sind flächenhaft und bewegen sich nicht. Sie sehen mich an. Wenn ich wegsehe, verändert es sich und es scheint ein anderer Kopf, größer als lebensgroß und ineinandergeschoben. Männer und Frauen können es sein. Der Ausdruck ist meist gleichgültig. Erklären kann ich mir die Sache nicht. — Eine andere Kranke staunte selbst darüber, daß sie so merkwürdige Sachen sah. „Die Sachen formen sich zu Bildern, grad als wenn photographiert würde, als wenn ich zeichnete.“ „Die runden Löcher am Fenster (Schlüssellocher werden zu Köpfen. Die machen immer so beißende Bewegungen gegen mich.“

Ein anderer Kranker schildert seine Illusionen, die er auf der Jagd erlebte; „Statt der Elstern sah ich häufig da und dort auf Bäumen und Gesträuchern in schattenhaften, aber ganz deutlichen Umrissen Spottgestalten sitzen, dickbäuchige Kerle mit krummen, dünnen Beinen, langen, dicken Nasen oder langrüsselige Elefanten, die mich anglotzten. Auf dem Boden schienen manchmal Eidechsen, Frösche und Kröten zu wimmeln. Bisweilen waren sie phantastisch groß. Alle möglichen Tierformen und Teufelgestalten umgaben mich. Jeder Strauch, jeder Zweig nahm abenteuerliche, mich ärgernde Formen an. Ein andermal schien auf jedem Baum, auf jedem Strauch eine Mädchengestalt zu sitzen, jedes Schilfrohr sich mit einer solchen umgeben zu wollen. Auf den vorüberziehenden Wolken sah ich Mädchengestalten, verführerisch lächelnd oder auch spöttelnd, und wenn der Wind die Zweige bewegte, winkten mir Mädchengestalten zu. Das Säuseln des Windes wurde zu ihrem Geflüster.“ (Staudenmaier.)

Alle Illusionen, bei denen es sich um sinnlich erlebte Tatbestände handelt, sind wohl zu unterscheiden von intellektuellen Deutungen. Wird glänzendes Metall für Gold, der Arzt für einen Staatsanwalt gehalten, so ändern solche Auffassungen nichts am Vorang der sinnlichen Wahrnehmung. Gleichbleibende Wahrnehmungsgegenstände werden nur falsch beurteilt. Ferner sind Illusionen von den sogenannten funktionellen Halluzinationen zu trennen. Wenn das Wasser aus dem Hahn fließt, hört ein Kranker Stimmen, wenn der Hahn geschlossen wird, hört er keine mehr. Er hört das Fließen des Wassers und die Stimmen gleichzeitig nebeneinander. Während in den Illusionen reale Wahrnehmungselemente enthalten sind, treten hier bei Gelegenheit von Sinneswahrnehmungen, die als solche für sich bestehen bleiben, zugleich mit ihnen und neben ihnen Halluzinationen auf, die mit dem Aufhören der Sinneswahrnehmung ebenfalls wieder schwinden. —

Die echten Halluzinationen sind leibhaftige Trugwahrnehmungen, die nicht aus realen Wahrnehmungen durch Umbildung, sondern völlig neu entstanden sind, und die neben und gleichzeitig mit realen Wahrnehmungen auftreten. Durch letzteres Merkmal sind sie von Traumhalluzinationen und Ähnlichem unterschieden. Aus dem normalen Leben lassen sich diesen echten Halluzinationen vergleichen die bekannten, in der Retina entstehenden Nachbilder, die selteneren Phänomene des Sinnengedächtnisses (das nachträgliche, trügerische aber leibhaftige Hören vorher vernommener Worte, das Sehen mikroskopischer Objekte nach arbeitsreichen Tagen usw., Erscheinungen, die besonders bei starker Ermüdung auftreten) und die von Johannes Müller klassisch geschilderten phantastischen Gesichterscheinungen.

Ein Beispiel für das Sinnengedächtnis ist folgende Selbstschilderung<sup>1)</sup>: „Ich hatte einen großen Teil des Tages stundenlang ununterbrochen mich mit Apfelabnehmen beschäftigt. Auf einer Leiter stehend, handhabte ich den Apfelpflücker, dabei unausgesetzt in die Baumkronen hinaufblickend und mit der Pflückzange an langer Stange ziehend. Als ich dann abends durch die kaum erleuchteten Straßen der Stadt nach dem Bahnhof ging, wurde ich im Vorwärtsschreiten empfindlich dadurch gestört, daß ich beständig mit Äpfeln behangenes Astwerk vor mir sah. Die Erscheinung war so zwingend, daß ich nicht unterlassen konnte, gehend mit dem Stock vor mir her — in die leere Luft zu fuchteln; sie dauerte mehrere Stunden, bis ich mich zu Bett legte und einschief.“

<sup>1)</sup> Von Geheimrat Tuczek, Marburg, der sie freundlichst zur Verfügung stellte.

Aus den Selbstbeobachtungen Johannes Müllers über phantastische Gesichterscheinungen sei folgender Auszug hergesetzt:

„Schlaflose Nächte wurden mir kürzer, wenn ich gleichsam wachend wandeln könnte unter den eigenen Geschöpfen meines Auges. Wenn ich diese leuchtenden Bilder beobachten will, sehe ich bei geschlossenen, vollkommen ausruhenden Augen in die Dunkelheit des Sehfeldes; mit einem Gefühl der Anspannung und größten Ruhe in den Augenmuskeln versenke ich mich ganz in die sinnliche Ruhe des Auges oder in die Dunkelheit des Sehfeldes. Allen Gedanken, allem Urteil wehre ich ab. . . . Wenn nun am Anfang immer noch das dunkle Sehfeld an einzelnen Lichtflecken, Nebeln, wandelnden und wechselnden Farben reich ist, so erscheinen statt dieser bald begrenzte Bilder von mannigfachen Gegenständen, anfangs in einem matten Schimmer, bald deutlicher. Daß sie wirklich leuchtend und manchmal auch farbig sind, daran ist kein Zweifel. Sie bewegen sich, verwandeln sich, entstehen manchmal ganz zu den Seiten des Sehfeldes mit einer Lebendigkeit und Deutlichkeit des Bildes, wie wir sonst nie so deutlich etwas zur Seite des Sehfeldes sehen. Mit der leisesten Bewegung der Augen sind sie gewöhnlich verschwunden, auch die Reflexion verscheucht sie auf der Stelle. Es sind selten bekannte Gestalten, gewöhnlich sonderbare Figuren, Menschen, Tiere, die ich nie gesehen, erleuchtete Räume, in denen ich noch nicht gewesen . . . Nicht in der Nacht allein, zu jeder Zeit des Tages bin ich dieser Erscheinungen fähig. Gar manche Stunde der Ruhe, vom Schlafe weit entfernt, hab' ich mit geschlossenen Augen zu ihrer Beobachtung zugebracht. Ich brauche mich oft nur hinzusetzen, die Augen zu schließen, von allem zu abstrahieren, so erscheinen unwillkürlich diese seit früher Jugend mir freundlich gewohnten Bilder . . . Häufig erscheint das lichte Bild im dunkeln Sehfelde, häufig auch erhellt sich vor dem Erscheinen der einzelnen Bilder nach und nach die Dunkelheit des Sehfeldes zu einer Art von innerem matten Tageslicht. Gleich darauf erscheinen dann auch die Bilder. Ebenso merkwürdig als das Erscheinen der leuchtenden Bilder war mir, seit ich diesen Phänomenen beobachtend folge, das allmähliche Hellerwerden des Sehfeldes. Denn am Tage bei geschlossenen Augen nach und nach den lichten Tag von innen eintreten sehen, und in dem Tag des Auges leuchtende Gestalten als Produkte des Eigenlebens des Sinnes wandeln sehen, und alles dieses im wachenden Zustande, fern vom allem Aberglauben, von aller Schwärmerei, bei nüchterner Reflexion, ist dem Beobachter etwas höchst Wunderbares . . . Ich kann es auf das bestimmteste unterscheiden, in welchem Moment das Phantasma leuchtend wird. Ich sitze lange da mit geschlossenen Augen, alles, was ich mir einbilden will, ist bloße Vorstellung, vorgestellte Begrenzung im dunkeln Sehfelde, es leuchtet nicht, es bewegt sich nicht organisch im Sehfelde, auf einmal tritt der Moment der Sympathie zwischen dem Phantastischen und dem Lichtnerven ein, urplötzlich stehen Gestalten leuchtend da, ohne alle Anregung durch die Vorstellung. Die Erscheinung ist urplötzlich, sie ist nie zuerst eingebildet, vorgestellt und dann leuchtend. Ich sehe nicht, was ich sehen möchte; ich kann mir nur gefallen lassen, was ich ohne alle Anregung leuchtend sehen muß. Der kurzsichtige Einwurf, daß diese Erscheinungen wie im Traume nur leuchtend vorgestellt oder, wie man sagt, eingebildet werden, fällt hier natürlich von selbst weg. Ich kann stundenlang mir einbilden und vorstellen, wenn die Disposition zur leuchtenden Erscheinung nicht da ist, nie wird dieses zuerst Vorgestellte den Schein der Lebendigkeit erhalten. Und urplötzlich erscheint ein Lichtes, nicht zuerst Vorgestelltes gegen meinen Willen, ohne alle erkennbare Assoziation. Aber diese Erscheinung, die ich selbst im wachenden Zustand leuchtend zu sehen fähig bin, leuchtet so gewiß, als der Blitz leuchtet, den ich als subjektives Gesichtsphänomen durch Druck dem Auge entlocke.“

Von den besonderen Halluzinationen, den Stimmen, Gestalten usw. hören wir bei der Darstellung der einzelnen Sinnesgebiete. Hier weisen wir nur noch auf den allgemeinen Unterschied der Halluzinationen hin, der ihre Einteilung in elementare und komplexe zur Folge gehabt hat. Erstere sind solche, in denen die Trugwahrnehmungen vorwiegend aus einzelnen Empfindungselementen bestehen (z. B. Funken, Flammen, Rauschen, Knallen), letztere solche, in denen komplizierter

geformte Gegenstände wahrgenommen, z. B. Worte gehört, Gestalten gesehen werden.

Mit den Halluzinationen hat man lange Zeit eine Klasse von Phänomenen verwechselt, die sich bei näherer Untersuchung gar nicht als leibhaftige Wahrnehmungen, sondern als eine ganz besondere, merkwürdige Art von Vorstellungen erweisen. Kandinsky hat diese Phänomene als Pseudohalluzinationen eingehend beschrieben. Wir vergegenwärtigen uns zunächst den Tatbestand an einem Beispiel:

„Am 18. August 1882 nimmt Dolinin des Abends 25 Tropfen Tincturae opii simplicis ein und fährt fort am Schreibtische zu arbeiten. Eine Stunde später bemerkt er eine große Leichtigkeit im Gange seiner Vorstellungen. Nachdem er die Arbeit unterbrochen hat, beobachtet er (bei keineswegs umnebeltem Bewußtsein und ohne die geringste Neigung zum Schläfe oder Schlummer zu fühlen) im Verlaufe einer Stunde, mit geschlossenen Augen, Gesichter und ganze Gestalten der an diesem Tage gesehenen Personen, Gesichter seiner alten Bekannten, die er schon längere Zeit nicht getroffen, ganz unbekannte Persönlichkeiten; zwischen denselben erscheinen von Zeit zu Zeit weiße, mit verschiedener Schrift bedruckte Seiten, außerdem taucht zu wiederholten Malen das Bild einer gelben Rose hervor; endlich — ganze Bilder, die aus mehreren verschiedenartig kostümierten Personen in den mannigfaltigsten gegenseitigen Stellungen (aber immer ohne Bewegung) bestehen. Diese Bilder erscheinen für einen Augenblick und verschwinden, von neuen Bildern (die zu den frühern in gar keiner logischen Beziehung stehen), sogleich gefolgt. Sie werden scharf nach außen projiziert und scheinen auf diese Weise vor den Augen zu stehen, sind aber zugleich in gar keinem Verhältnis zum schwarzen Sehfeld der geschlossenen Augen: um die Bilder zu sehen, muß man die Aufmerksamkeit vom schwarzen Sehfeld ablenken; im Gegenteil, das Fixieren der Aufmerksamkeit auf dieses letztere unterbricht das Erscheinen der Bilder. Trotz vielfachen Versuchen ist es ihm nicht gelungen, das subjektive Bild so mit dem dunkeln Gesichtsfeld zu kombinieren, daß das erstere als ein Teil des letzteren erscheinen sollte. — Ungeachtet der scharfen Umrisse und lebhaften Farben, ungeachtet dessen, daß diese Bilder vor dem sehenden Subjekte zu stehen scheinen, besitzen sie den Charakter der Objektivität nicht; für das unmittelbare Gefühl Dolinins scheint es, daß, obgleich er dieselben mit den Augen sehe, so ist es nicht mit jenen äußern Augen des Leibes, die das schwarze Sehfeld mit den darauf zuweilen auftauchenden nebligen Lichtflecken sehen, sondern mit andern, innern Augen, die sich hinter den äußern befinden. Die Entfernung dieser Bilder vom innern sehenden Auge ist verschieden, von 0,4—6,0 m, am häufigsten aber entspricht dieselbe der Entfernung des klaren Sehens, die in diesem Falle wegen Kurzsichtigkeit gering ist. Die Größe der menschlichen Gestalten wechselt von der natürlichen Größe an bis zur Größe der Figur eines photographischen Kabinettporträts.“ Die günstigsten Entstehungsbedingungen waren folgende: „Möglichst vollständig unterbrochene willkürliche Tätigkeit der Gedanken, wobei die Aufmerksamkeit, ohne jegliche gezwungene Anstrengung, nur auf die innere Tätigkeit desjenigen Sinnes gerichtet sein muß (in den Selbstbeobachtungen Dolinins — hauptsächlich des Gesichts), dessen Pseudohalluzinationen man zu beobachten wünscht. Aktives Apperzipieren der spontan entstehenden pseudohalluzinatorischen Bilder hält dieselben nur länger im Blickpunkte des Bewußtseins fest, als dieselben sich ohne diese aktive Anstrengung von seiten des Beobachters gehalten hätten. Das Ablenken der Aufmerksamkeit auf die subjektive Tätigkeit eines andern Sinnes (z. B. vom Gesicht zum Gehör) unterbricht teilweise oder auch vollkommen das Pseudohalluzinieren des ersten Sinnes. Das Pseudohalluzinieren hört ebenfalls auf beim Fixieren der Aufmerksamkeit auf das schwarze Feld der geschlossenen Augen, auf die umgebenden realen Gegenstände, wenn die Augen geöffnet sind, so wie auch mit dem Beginn der unwillkürlichen oder willkürlichen Tätigkeit des abstrakten Denkens.“ (Kandinsky.)

Man bemerkt bei dieser Schilderung ohne weiteres, daß die Phänomene mit dem „inneren Auge“, nicht einmal im Augenschwarz

(wie die phantastischen Gesichterscheinungen) gesehen werden, und daß ihnen die Leibhaftigkeit (Charakter der Objektivität, Kandinsky) der Wahrnehmungen mangelt. Um uns am schnellsten in der Mannigfaltigkeit dieser merkwürdigen Vorstellungsphänomene, von denen Dolinin nur einen besonderen Fall illustriert, zurecht zu finden, verschaffen wir uns zunächst eine Übersicht über die Merkmale, in denen sich normale Wahrnehmung und normale Vorstellung phänomenologisch unterscheiden:

#### Wahrnehmung.

1. Wahrnehmungen sind leibhaftig (besitzen Objektivitätscharakter).

2. Wahrnehmungen erscheinen im äußeren objektiven Raum.

3. Wahrnehmungen haben eine bestimmte Zeichnung, stehen vollständig und mit allen Details vor uns.

4. In Wahrnehmungen haben die einzelnen Empfindungselemente die volle sinnliche Frische, z. B. die Farben leuchten.

5. Wahrnehmungen sind konstant und können leicht in derselben Weise festgehalten werden.

6. Wahrnehmungen sind unabhängig vom Willen, sie können nicht beliebig hervorgerufen und nicht verändert werden. Sie werden mit dem Gefühle der Passivität hingenommen.

#### Vorstellung.

Vorstellungen sind bildhaftig (besitzen Subjektivitätscharakter).

Vorstellungen erscheinen im inneren subjektiven Vorstellungsraum.

Vorstellungen haben eine unbestimmte Zeichnung, stehen unvollständig und nur in einzelnen Details vor uns.

In Vorstellungen sind wohl gelegentlich einzelne Elemente diesen Wahrnehmungselementen adäquat. Aber bezüglich der Mehrzahl der Elemente sind die Vorstellungen nicht adäquat. Manche Menschen stellen sich optisch sogar alles grau vor.

Vorstellungen zerflattern und zerfließen und müssen immer von neuem erzeugt werden.

Vorstellungen sind abhängig vom Willen, sie können beliebig hervorgerufen und verändert werden. Sie werden mit dem Gefühl der Aktivität produziert.

Zu 2. ist zu bemerken, daß objektiver Raum und subjektiver Vorstellungsraum zusammenfallen können, z. B. bei optischen Vorstellungen, deren Gegenstand hinter mir ist. Ich kann auch vor mir zwischen den objektiven Gegenständen mir einen anderen vorstellen, sehe ihn aber nicht zwischen diesen Gegenständen (dann wäre es eine Halluzination), vielmehr ist es jedesmal ein Sprung von dem einen Raum in den anderen,



die beide sich in diesen Fällen zu decken scheinen, aber doch durch einen Abgrund geschieden sind<sup>1)</sup>.

Aus der Übersicht können wir uns nun leicht die Eigentümlichkeiten der Pseudohalluzinationen ableiten. Es sind nämlich nur die unter 1. und 2. genannten Merkmale (Leibhaftigkeit — Bildhaftigkeit, äußerer Raum — innerer Raum) absolute Gegensätze, durch die immer Wahrnehmung und Vorstellung durch einen Abgrund getrennt, Übergangslos verschieden sind. In den übrigen Merkmalen klafft nicht dieser Gegensatz. Vielmehr können die Vorstellungen, die immer bildhaft und im inneren Raum bleiben, nacheinander alle Merkmale gewinnen, die oben den Wahrnehmungen zugeschrieben sind. So gibt es eine unendliche Mannigfaltigkeit von Vorstellungsphänomenen zwischen den normalen Vorstellungen und den ausgebildeten Pseudohalluzinationen, die wir nunmehr in folgender Weise charakterisieren können: Pseudohalluzinationen entbehren der Leibhaftigkeit und erscheinen im inneren, subjektiven Raum, sie stehen aber in bestimmter Zeichnung, in allen Details (ad 3), in voller Wahrnehmungsadäquatheit der Empfindungselemente (ad 4) vor dem geistigen Auge. Mit einem Male treten sie in vollendeter Detailliertheit mit allen feinsten Zügen und Einzelheiten eines sinnlichen Bildes vor das Bewußtsein. Sie zerfließen nicht gleich, sondern können als konstante Phänomene festgehalten werden, bis sie mit einem Male verschwinden (ad 5). Schließlich können sie nicht willkürlich erzeugt oder verändert werden, das Subjekt steht ihnen rezeptiv und passiv gegenüber (ad 6).

Diese ausgebildeten Phänomene sind aber nun durchaus nicht die gewöhnlichen, die häufigsten. Diese gewöhnlichen sind vielmehr sehr wechselnder Art und bieten meistens nur einige der geschilderten Züge. So treten etwa ganz blasse, wenig detaillierte Vorstellungen, aber gegen den Willen und unabhängig von ihm auf. Oder sehr detaillierte stetige Phänomene können willkürlich erzeugt werden. So konnte ein Kranker eine Zeitlang nach einer akuten Psychose sich alles viel deutlicher vorstellen. Er sah mit dem inneren Auge das ganze Schachbrett mit Figuren zum Blindspielen. Das verlor sich dann bald. Bisher sind Pseudohalluzinationen nur beim Gesicht und Gehör als innere Bilder und innere Stimmen festgestellt worden, doch dürften sie auch bei den übrigen Sinnen vorkommen.

Die scharfe Trennung der Phänomene hindert nicht, daß insofern in der Wirklichkeit „Übergänge“ vorkommen, als sich eine Pseudohalluzination in eine Halluzination verwandelt oder ein reiches pathologisches Sinnesleben stattfindet, in dem sich die Phänomene kombinieren. Klare Analyse gelingt aber nur, wenn man scharfe Trennungen macht, durch die allein man Maßstäbe hat und fragen kann.

<sup>1)</sup> Der Unterschied von Wahrnehmung und Vorstellung ist seit dem 18. Jahrh. oft behandelt, Einigkeit bis heute nicht erzielt. Aus den letzten Arbeiten: Lindworsky: Wahrnehmung und Vorstellung, Zeitschr. f. Psychol. 80, Stumpf: Abhandl. der preußischen Akademie der Wiss. 1918. Vgl. übrigens über die ganze Frage das Referat Kronfelds: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. 28. 1922. S. 451—454.

Illusionen, Halluzinationen und Pseudohalluzinationen treten in so außerordentlicher Mannigfaltigkeit auf, daß wir ihre einzelnen Arten nicht sämtlich aufzählen können. Indem wir die einzelnen Sinnesgebiete durchgehen, gehen wir immerhin eine gewisse Anschaulichkeit.

**Gesichtssinn<sup>1)</sup>:** Die realen Dinge werden manchmal vergrößert oder verkleinert oder schief gesehen, oder die Gegenstände bewegen sich, die Bilder hüpfen an den Wänden, die Möbel werden lebendig. Die optischen Halluzinationen beim Alkoholdelir sind massenhaft und wechselnd, bei Epileptikern sind sie oft intensiv farbig (rot, blau) und überwältigend großartig. In akuten Psychosen werden szenen-hafte „panoramische“ Halluzinationen beobachtet. Folgende Auswahl gibt wenigstens einige Beispiele besonderer Formen:

a) Im Vorstellungsraum: Eine schizophrene Kranke sieht im Wachen scheußliche Bilder. Sie kommen ihr, sie wisse selbst nicht wie. Es seien innere Bilder. Sie wisse selbst: es ist nicht. Aber die Bilder drängen sich ihr auf. Sie sehe einen Kirchhof mit halb offenen Gräbern, sehe wandelnde Gestalten ohne Köpfe. Die Bilder sind ihr sehr quälend. Durch Energie bei Ablenkung der Aufmerksamkeit auf äußere Gegenstände kann sie dieselben zum Verschwinden bringen.

b) Bei offenen Augen im ausgebreiteten Sehfeld ohne Einordnung in den objektiven Raum: „Die Gestalten gruppieren sich um mich herum in einem Abstand von 3—6 m. Es waren groteske Menschengestalten, die anfangs nicht deutlich zu erkennen waren, anscheinend auch weiter entfernt waren und einen Lärm verursachten, wie ein Stimmengewirr von sich um nichts streitenden Krämern und Händlern, wobei jeder den anderen in höchstem Eifer und in häßlichster Weise übertönen will, jeder in wahnhafter Weise nur das hört, was er selbst sagt; es war ein Geräusch, als seien etwa einige Hundert solcher in einem für sie zu kleinen Saale zusammengepfropft, sämtliche johlend und schimpfend, ab und zu einzelne kräftigere Stimmen hervortönen lassend.

Die Gestalten waren im Raum, aber es war, als hätten sie ihren eigenen, ihrer Wesenart zugehörigen Raum. Dieser neue Raum mit seinen Bewohnern trat um so deutlicher auf, je mehr meine Sinne von den bekannten Dingen abgelenkt waren. Ich konnte die Entfernung genau angeben, aber die Gestalten waren nie von Gegenständen des Zimmers abhängig, wurden nie durch solche verdeckt. Sie konnten nie zugleich mit einer Wand, einem Fenster u. dgl. wahrgenommen werden. Auch später, als ich die Gestalten willkürlich betrachten konnte, zeigten sie sich mir nur, wenn ich mir die übrigen sinnlichen Dinge hinwegsuggerierte.

Die Einwände meiner Umgebung, diese Dinge würde ich mir nur vorstellen, konnte ich nicht akzeptieren; ich konnte zwischen Vorstellungen und meinen Wahrnehmungen nichts Verwandtes finden, auch heute nicht. Bei Vorstellungen kommt es mir vor, als seien sie in gar keinem Raum, blieben als matte Bilder in meinem Gehirn oder hinter den Augen, während ich bei meinen Wahrnehmungen von außen her eine Welt erlebte, die aber doch auch die Sinnenwelt nichts anging. Alles, was sie enthielt, war für mich wie die Wirklichkeit, die Formen voller Leben. Auch später noch war für mich in der gewöhnlichen Welt noch eine andere mit ihrem besonderen Raum, und das Bewußtsein glitt nach Belieben hinüber und herüber. Beide Welten waren gleich lebensvoll. Vorstellungen kann ich ebensowenig mit den Wahrnehmungen der einen als mit denen der anderen vergleichen.“ (Schwab.)

Serko schildert seine Trugwahrnehmungen im Mescalinausgang: „Sie treten stets in ihrem eigenen, konstanten, scheibenförmigen, mikroskopischen Gesichtsfeld und stark verkleinert auf, sie ordnen sich in keiner Weise der wirklichen Umgebung ein, bilden vielmehr eine Welt für sich, und zwar eine Theaterwelt en miniature, tangieren nicht im mindesten den momentan vorhandenen Bewußtseinsinhalt, werden stets für subjektiv gehalten... Sie sind aufs feinste ziseliert und kleiden sich in grelle Farben, sie treten mit Vorliebe in tiefer Perspektive auf und ändern sich fortwährend... Bei Augenbewegung verändern sie nicht ihre Stellung im Raum.“ Die Inhalte sind „in ununterbrochener Bewegung: Tapetenmuster wechseln ab mit Blumensträußen, Schnörkeln, Kuppel-

<sup>1)</sup> Zeichnungen optischer Halluzinationen siehe bei Serko: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 44 und bei Morgenthaler: ebda. 45.

bauten, gotischen Portalen, wunderbaren Gärten, Landschaften, Alleen, grinsenden Gesichtern . . . und so fort: ein ewiges Entstehen und Vergehen, ein ruheloses Wandeln ist das Merkmal dieser Sinnestäuschungen.“

c) Im Augenschwarz: Das schizophrene Gegenstück zu Joh. Müllers Schilderung ist folgendes: „Bei geschlossenen Augen wurde in diesen Zuständen diffuses milchweißes Licht wahrgenommen, aus welchem oft in leuchtenden Farben wunderbare exotische Pflanzen- und Tierformen sich abhoben. Das Dämmerlicht schien mir in den Augen selbst zu liegen, aber die Formen waren wie ein Seelenerlebnis, tauchten aus einer anderen Welt auf. Die Wahrnehmung des Lichtes war nicht immer gleich. Wenn meine Seelenverfassung gut war, war es heller, aber nach geringem moralischem Minus (z. B. nach Ärger, Erregung) oder nach körperlichen Disharmonien (z. B. nach zuviel Essen) war es dunkler oder es trat völlig rabenschwarze Nacht ein. Wenn es dunkel war, wußte ich auch immer, daß wieder etwas nicht in Ordnung war. Dies Licht trat nach etwa 1—2 Minuten ein, wenn ich die Augen schloß. Es war nicht Licht, das von außen hereindrang. Wenn ich mit der Bahn durch einen Tunnel fuhr, die Augen schließend, dann wurde es bald hell; ich meinte dann irrümlicherweise, der Zug sei bereits wieder im Freien. Als ich dann plötzlich die Augen öffnete, umging mich noch die absolute Nacht des Tunnels. Das Licht verschwand nicht gerade deshalb, weil ich die Augen öffnete, sondern weil ich mich bemühte, mit dem Auge nach außen zu sehen. Sobald ich nicht mehr fixierte, konnte ich auch bei geöffneten Augen, sogar bei Tag, dieses Licht sehen, nur undeutlich. Die Formen traten nicht jederzeit auf, sondern etwa alle 2—3 Tage einmal. Die Pflanzen waren nicht so, wie ich sie mir in der Vorstellung hätte schaffen können, ich erstaunte über die Schönheit und Grazie der Form, es lag etwas Prunkhaftes darin, es war, als seien die mir bekannten Pflanzenformen nur degenerierte Abkömmlinge davon. Die Tierformen waren vorsintflutlichen Arten ähnlich, hatten alle etwas Gutartiges. Manchmal fielen extrem hervortretende Teile auf, aber ich wunderte mich, wie harmonisch doch die ganze übrige Körperform an jene Einseitigkeiten angepaßt war, so daß ein Typus dadurch zum Ausdruck kam. Bewegungen hatten sie nicht, sie traten als plastische Formen auf und verschwanden nach einigen Minuten wieder. Das Schauspiel machte auf mich Eindruck, füllte das ganze Bewußtsein aus, verursachte ein gewisses Hingegebenheit im Empfinden. Die Formen veränderten, bewegten sich nicht.“ (Schwab.)

d) Einordnung in den objektiven Raum:

Kandinsky schildert aus seiner eigenen Psychose: „Einige von meinen Halluzinationen waren verhältnismäßig blaß und undeutlich, so wie die Gegenstände einem Kurzsichtigen erscheinen, dessen Augen sich an die Entfernung noch nicht angepaßt haben. Andere wieder waren so lebhaft und kompliziert, glänzten in allen Farben wie wirkliche Gegenstände. Diese lebhaften Gesichtsbilder verdeckten vollständig die realen Gegenstände. Während einer Woche sah ich an einer und derselben mit glatten einfarbigen Tapeten beklebten Wand eine Reihe großer in wunderliche, vergoldete Rahmen eingefasster Bilder al fresco, Landschaften, Küstenansichten, zuweilen Porträts, wobei die Farben ebenso lebhaft wie in wirklichen Bildern italienischer Künstler waren.“

Wilbrand und Saenger schildern, daß den Kranken mit nervöser Asthenopie „allerhand Photopsien, als fallende helle Flocken, farbige Kugeln, glänzende Flächen und kaleidoskopisches Farbenspiel beschwerlich fallen; daneben wird häufig über eine allzu lange Fortdauer physiologischer Nachbilder Klage geführt, und manche Patienten beschwerten sich, daß während des Lesens die Seiten des Buches ihnen plötzlich rot erscheinen und die Buchstaben grün vorkämen. . . Bei den meisten Patienten scheint eine Steigerung der Intensität physiologischer Licht und Farbennebel vorhanden zu sein. Vielen erscheinen sofort nach Augenschluß Köpfe, Bilder, Landschaften usw.“

In der Arbeit Uhthoffs<sup>1)</sup> wird folgender Fall beschrieben: Alte Chorioiditis. Zentrales positives Skotom. Damit etwa 20 Jahre ohne besondere Erscheinungen. Eines Tages dumpfes Gefühl im Kopf und Mattigkeit. An demselben Tage be-

<sup>1)</sup> Uhthoff: Beiträge zu den Gesichtstäuschungen bei Erkrankungen des Sehorgans. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 5 S. 241, 370.

merkte die Kranke plötzlich, als sie aus dem Fenster sah, „Rebenlaub“ auf dem Pflaster des Hofes, welches sich bewegte und in der Größe wechselte. Diese Erscheinung der Blätter bestand einige Tage lang, dann wurde ein Baum mit Knospen daraus. Wenn sie auf der Straße spazieren geht, sieht sie den Baum zwischen den wirklichen Sträuchern wie in einem Nebel auftauchen. Bei genauerer Beobachtung unterscheidet sie die wirklichen Blätter von den „fingierten“, letztere sind „wie gemalt“, ihre Farbe ist mehr blaugrau, „wie getusch“, und alles hat eine gleichmäßige Farbe, „während die natürlichen Blätter oft eine verschiedene Farbe, heller und dunkler, haben“. „Die Phantasieblätter sind wie aufgeklebt, während die natürlichen abstehen von der Wand.“ „Die Scheinblätter sind in der Entfernung größer, ganz in der Nähe sehr klein, wie ein Pfennig und ganz rund.“ „Die wirklichen Blätter sind oft verschieden geformt, gerollt usw., während die Scheinblätter glatt und platt liegen.“ — Nach einiger Zeit sieht Patientin auch „Blumen von überirdischer Schönheit, in schönen und allen möglichen Farben, ferner kleine Sterne, Arabesken, kleine Buketts: alles wundervoll“. Beim genaueren Studium machte die sehr intelligente Patientin noch folgende Angaben über die Erscheinungen. Die Blätter, Sträucher usw. zeigen sich lokalisiert in das Bereich der positiven zentralen Gesichtsfelddefekte, und das wechselt die Größe sehr mit der Entfernung. In 10 cm z. B. hat die Erscheinung einen Durchmesser von etwa 2 cm. Auf ein gegenüberliegendes Haus projiziert, ist sie so groß, daß sie ein ganzes Fenster deckt. — Bei Bewegungen der Augen wandern die Erscheinungen mit, ja, Patientin merkt gerade an diesem Mitwandern, daß es keine wirklichen Objekte sind, welche stillstehen. — Bei geschlossenen Augen verschwinden diese Erscheinungen und machen dann eigentümlichen Gebilden Platz („goldener Stern auf schwarzem Grund und darum herum häufig ein konzentrisch blauer und roter Ring“). — Die halluzinierten Dinge verdecken den Hintergrund, sind undurchsichtig, wie Patientin bestimmt angibt. — Die Dauer der Erscheinungen war eine recht lange, Monate hindurch, allerdings in wechselnder Intensität. „Allmählich verblaßt das Gesträuch und macht dem nebligen Fleck Platz.“ In einem gewissen Stadium zu dieser Zeit „bleibt es Nebel, wenn ich es nicht beachte, aber es wird wieder Gesträuch daraus, wenn ich sehr darauf achte.“

Ein Kranker mit schizophrenem Prozeß schildert: „Einmal hatte ich einige Tage den Besuch einer hübschen jungen Dame. Dieselbe machte einen gewissen Eindruck auf mich. . . . Ein paar Tage später lag ich nachts in meinem Bette, auf die linke Körperseite geneigt. . . . Als ich mich jetzt auf die andere Seite drehte, sah ich zu meiner größten Überraschung rechts neben mir den Kopf des betreffenden Mädchens aus dem Bette herausragen, wie wenn es neben mir liegen würde. Er war magisch verklärt, von entzückender Schönheit, ätherisch durchsichtig und in dem fast dunklen Zimmer — auf der Straße brannte in einiger Entfernung eine elektrische Bogenlampe — sanft leuchtend. Im ersten Moment war ich über das Wunderbare völlig verblüfft, im nächsten aber war mir bereits klar, um was es sich handelte, um so mehr als mir gleichzeitig eine rauhe, unheimliche Stimme innerlich spöttisch zuflüsterte. Ich wandte mich daher entrüstet und ohne mich um das Phantom weiter zu kümmern, mit einem kräftigen Schimpfwort wieder auf die linke Seite. Später sagte mir eine freundliche innere Stimme: Das Fräulein ist schon wieder fort“ (Staudenmaier).

Ein schizophrenes Mädchen berichtet: „Im Anfang beschäftigte mich viel das Auffangen des heiligen „Geistes“ mit den Augen, wie ich es nenne, das sind kleine weiße durchsichtige Fetzen, die in der Luft oder aus den Augen meiner Umgebung springen und wie tote, d. h. kalte Lichter aussehen. Ich sehe auch, daß die Haut der Menschen ganz feine schwarze oder gelbe Strahlen ausspritzt. Ich sehe die Luft wieder von anderen merkwürdigen Strahlen und Schichten durchzogen. . . . Schon den ganzen Tag habe ich die wilden Tiere gefürchtet, die durch geschlossene Türen rasen oder die langsam und schwarz an der Wand lungern, bis sie sich unter das Sofa verkriechen und von dort mich funkelnden Auges bewachen. Ich habe mich entsetzt vor den enthaupteten Männern, die durch die Gänge wandeln, vor den seelenlosen Körpern der Ermordeten, die mitten auf dem Parkett liegen. Wenn ich sie betrachte, verschwinden sie direkt, ich fange sie mit den Augen weg“ (Gruhle).

**Gehörsinn:** In akuten Psychosen hören die Kranken Melodien, wirre Geräusche, Pfeifen und Maschinenrasseln, ein Getöse, das ihnen stärker zu sein scheint als Kanonendonner. Sowohl hier als in chronischen Zuständen kommen sehr häufig die Stimmen vor, die „Unsichtbaren“, die den Kranken alles Mögliche zurufen, zuflüstern, sie fragen, beschimpfen und ihnen befehlen. Was den Inhalt der Stimmen betrifft, so handelt es sich entweder um einzelne Worte oder um ganze Sätze, um einzelne Stimmen, um Stimmgewirr oder um geordnete Unterhaltung der Stimmen untereinander oder mit dem Kranken. Es sind Frauen-, Männer-, Kinderstimmen, Stimmen von Bekannten oder Unbekannten, oder ganz undefinierbare, gar nicht menschliche Stimmen. Es werden Schimpfworte zugerufen, Beschuldigungen jeder Art, oder es sind sinnlose Worte, leere Wiederholungen. Manchmal hört der Kranke seine eigenen Gedanken sofort laut gesprochen (Gedankenlautwerden).

Aus einer Selbstschilderung (Kieser): „Es ist so erstaunend als schrecklich und für mich erniedrigend, Welch akustische Übungen und Experimente — auch musikalische — mit meinen Ohren und mit meinem Leibe seit beinahe zwanzig Jahren gemacht wurden. . . . Ein und dasselbe Wort ertönte oft ohne alle Unterbrechung zwei bis drei Stunden lang. Man hörte dann auch lang fortgesetzte Reden über mich, mehrenteils schimpflichen Inhalts, wobei oft die Stimme mir wohlbekannter Personen nachgeahmt wurde: die Vorträge enthielten aber stets wenig Wahrheit und mehrenteils die allerschändlichsten Lügen und Verleumdungen meiner Person und oft auch anderer. Oft wurde dazu promulgiert, daß ich es sei, der dies alles sage. . . Die Schurken wollten dabei auch noch Kurzweil machen, bedienten sich bei ihren Bekanntmachungen und Nachrichten der Onomatopoeie, der Paronomasie und anderer Redefiguren, und stellen ein redendes Perpetuum mobile dar. Diese unablässig fortwährenden Töne werden oft nur in der Nähe, oft aber eine halbe, ja eine ganze Stunde weit gehört. Sie werden aus meinem Körper gleichsam abgeschnellt und abgeschossen und das mannigfachste Geräusch und Getöse wird herumgeschleudert, besonders wenn ich in ein Haus trete oder in ein Dorf oder in eine Stadt komme, daher ich seit mehreren Jahren beinahe wie ein Einsiedler lebe. Dabei klingen mir die Ohren fast unaufhörlich und oft so stark, daß es ziemlich weit hörbar ist. In Sonderheit wird in den Wäldern und Gesträuchen, hauptsächlich bei windigem und stürmischem Wetter, ein oft entsetzlicher dämonisch-scheinender Spuk erregt, auch jeder einzeln stehende Baum wird bei meiner Annäherung, selbst bei stillem Wetter, zu einigem Rauschen und Ertönenlassen von Worten und Redensarten gebracht. Ein gleiches geschieht mit dem Gewässer, wie denn überhaupt alle Elemente zu meiner Pein angewendet werden.“

Ein Kranker, namens Hagemann, hört monatelang auf der Straße, im Geschäft, im Eisenbahnwagen, im Restaurant Stimmen. Es wird gerufen und gesprochen, meist ziemlich leise, aber ganz deutlich und akzentuiert. Wenn keine Menschen da sind, hört er niemals Stimmen. Sie sagen z. B.: „Kennen Sie den, das ist der verrückte Hagemann“, „Jetzt besieht er wieder seine Hand“, „Machen Sie es sich doch bequem, Sie sind ja rückenmarksleidend“, „Er ist ein charakterloser Mensch“ usw.

Besonders charakteristisch sind die akustischen funktionellen Halluzinationen, die gleichzeitig mit realen Geräuschen, ohne illusionäre Verschmelzung, aber doch nur aus Anlaß der realen Geräusche, nicht im Stillen gehört werden. Schreber schildert:

„Ich habe noch des Umstandes zu gedenken, daß alle Geräusche, die ich vernehme, namentlich solche von einer gewissen längeren Dauer, wie das Rasseln der Eisenbahnzüge, das Schnurren der Kettendampfer, die Musik etwaiger Konzerte usw., die von den Stimmen in meinen Kopf hineingesprochenen Worte, sowie diejenigen Worte, in die ich meine Gedanken selbständig mit entsprechender Nervenschwingung formuliere, zu sprechen scheinen. Es handelt sich hier, im Gegensatz zu der Sprache der Sonne und der gewunderten Vögel, natürlich nur um ein subjektives Gefühl: der Klang der gesprochenen oder von mir entwickelten Worte teilt sich eben von selbst den von mir gleichzeitig empfungenen Gehörseindrücken der Eisenbahn, Kettendampfer, knarrenden Stiefel usw. mit; es fällt mir nicht ein, zu behaupten, daß die Eisenbahnen, Kettendampfer usw. wirklich sprechen,

wie dies bei der Sonne und den Vögeln der Fall ist.“ — Oft hören schizophrene Kranke die Stimmen in ihrem Körper lokalisiert, im Leib, im Kopf, in den Augen usw.

Von echten Stimmen sind wohl zu unterscheiden die Pseudohalluzinationen, die inneren Stimmen („geistige Stimmen“):

Perewalow, ein chronischer Paranoiker, unterschied ein direktes Sprechen der Stimmen von außen durch Wände und Röhren, von dem Sprechen vermittels des Stromes, bei dem die Verfolger ihn etwas innerlich zu hören zwingen, wobei aber diese inneren Stimmen weder außen lokalisiert, noch leibhaftig sind. Von letzteren wiederum unterschied er die gemachten Gedanken ohne jegliches inneres Hören. Hier werden die Gedanken ohne weitere Vermittlung von den Verfolgern in seinen Kopf geleitet (Kandinsky). Frau Kr. gab an, sie habe zwei Gedächtnisse. Mit dem einen könne sie absichtlich wie andere Menschen sich an alles erinnern, durch das andere treten unwillkürlich vor ihr Bewußtsein Stimmen und innere Bilder. Von den inneren Stimmen unterschied sie wieder die äußeren Stimmen.

Die „Stimmen“ spielen besonders bei vielen Schizophrenen eine große Rolle, zahllos sind ihre Bezeichnungen und Deutungen z. B. (zitiert nach Gruhle): Vermittlungssprechen, Rapportsprache, Sprachzauber, Geheimsprache, Stimmenkrawall usw.

**Geschmack und Geruch:** Über Geschmacks- und Geruchshalluzinationen ist wenig Allgemeines zu sagen. Es handelt sich um so einfache Sinnesvorgänge, daß selbst eine Unterscheidung in elementare und komplexe Halluzinationen keinen Sinn hat. Es gibt in diesen Sinnesgebieten keine gestaltete Gegenständlichkeit. Im Prinzip und manchmal auch in praxi kann man unterscheiden zwischen solchen Halluzinationen, die ganz spontan auftreten und solchen, in denen objektive Gerüche und Geschmacksempfindungen anders gerochen oder geschmeckt werden.

Ein Geisteskranker schildert: Mit dem Geschmack ist es sonderbar: ich schmecke die Speisen, wie's gerade kommt, Kohl wie Honig oder auch auf andere Art, oft finde ich beim Kosten die Suppe so wenig gesalzen, daß ich viel Salz hineintun will; in demselben Moment, wo ichs noch nicht getan, schmeckt sie dann plötzlich wie versalzen (Köpfe). Andere Kranke klagen über Kohlendunst, Schwefelgeruch, stinkende Luft.

**Allgemeiner Sinn:** Unter dem Worte „allgemeiner Sinn“ fassen wir hier alle Sinnesempfindungen und Wahrnehmungen zusammen, die nach Abzug der vier höheren Sinne noch übrig bleiben. Die Psychologie und Physiologie hat in diesem allgemeinen Sinn eine weitgehende Differenzierung gefunden, die aber noch nicht planmäßig in Beziehung zu den Erlebnissen der Geisteskranken gesetzt wurde. Hier besitzen wir eine ungeheure Mannigfaltigkeit von Angaben über rätselhafte Empfindungen. Es ist schwierig, aber prinzipiell zu fordern, die wirklichen sinnlichen Erlebnisse auf dem Gebiet des allgemeinen Sinns von den wahnhaften Deutungen zu trennen, bei letzteren aber die zugrunde liegenden sinnlichen Vorgänge zur Klarheit zu bringen. Aus der Fülle der hierher gehörigen sinnlichen Vorgänge sind einige charakteristische Gruppen herausgelöst. Man kann wohl thermische Trugwahrnehmungen (der Fußboden ist brennend heiß, unerträgliches Hitzegefühl) von haptischen (kalter Wind bläst die Kranken an, es krabbeln Würmer und Insekten, überall wird gestochen) unterscheiden. Unter letzteren hat man hygrische Halluzinationen (Wahrnehmung von Nässe und Flüssigkeiten) ausgesondert. Interessant sind die Halluzinationen im Muskelsinn (Cramer)<sup>1)</sup>. Der Boden hebt und senkt sich, das Bett wird gehoben. Die Kranken versinken, fliegen, fühlen sich federleicht, gewichtslos. Ein Gegenstand wiegt in der Hand auffallend leicht oder schwer. Die Kranken glauben Bewegungen zu machen, während sie in Wirklichkeit unbewegt sind, erleben eigenes Sprechen, ohne zu sprechen (Halluzinationen im Sprechapparat). Die Trugwahrnehmungen von Bewegungen äußerer Gegenstände werden als Halluzinationen im Muskelsinn der Augen, die Stimmen im Sprachapparat als Halluzinationen

<sup>1)</sup> Cramer: Die Halluzinationen im Muskelsinn, Freiburg 1889.

in den Muskeln dieses Gebiets aufgefaßt. — Ein Teil dieser Halluzinationen und andere besonders Schwindelzustände werden als Halluzinationen im Vestibularapparat gedeutet. Zahllos sind die Angaben der Kranken über Organ-sensationen. Kopf und Glieder sind dick geschwollen, Teile sind verdreht, Glieder werden abwechselnd größer und kleiner. Es wird mit Drähten an Haaren und Zehen gezogen usw. Mit vielen dieser Sinneswahrnehmungen scheint das leibhaftige Erlebnis, daß es von außen gemacht wird, einherzugehen. Die Kranken deuten nicht etwa beliebige abnorme Organsensationen so, sondern nehmen dies „von außen“ sofort wahr. So beobachtet man, daß dieselben Kranken Schmerzen und Empfindungen bei körperlichen Krankheiten (Angina, Gelenkrheumatismus) richtig auffassen, dagegen ihre besonderen Empfindungen als von außen gemacht erleben. — Das Empfinden der körperlichen Existenz überhaupt wird verändert: der Kranke fühlt sich als bloße Seifenblase, fühlt, daß seine Glieder aus Glas sind oder wie sonst die zahllosen Umschreibungen lauten.

Eine Selbstschilderung, die in ihrer Anschaulichkeit uns vielleicht durch Analogie manche Erlebnisse der Psychotischen verstehen läßt, gibt Serko vom Meskalinrausch:

„Ich achte unwillkürlich auf die Stellung meiner Glieder, die ich ungewöhnlich scharf und deutlich perzipiere. . . . Ich fühle meinen Körper ungewöhnlich plastisch und ungemein fein detailliert. . . . Auf einmal hat man die Empfindung, als hätte sich der Fuß vom Unterschenkel abgelöst; man empfindet ihn getrennt vom Körper unter dem amputierten Unterschenkel liegen. Wohlbeachtet! man hat nicht bloß die Empfindung, als fehlte einfach der Fuß, . . . man hat vielmehr zwei positive Empfindungen, die vom Fuß und die vom amputierten Unterschenkel mit dem hinzuhalluzinierten Lokalzeichen der seitlichen Verrückung. . . . Dann hat man die Empfindung, als hätte sich der Kopf um 180 Grad gedreht, der Bauch wird zu einer flüssig weichen Masse, das Gesicht hat Riesendimensionen angenommen, die Lippen schwellen an, . . . die Arme werden eigentümlich hölzern mit kantigen Umrissen wie die Figuren des Nürnberger Spielzeugs, oder wachsen aus zu langen Affenarmen, der Unterkiefer hängt übermäßig weit nach unten. . . . Unter vielen anderen hatte ich auch die Halluzination, daß sich mein Kopf vom Körper losgetrennt hat und etwa ein halbes Meter weit nach hinten frei in der Luft schwebt. Ich fühlte ihn tatsächlich schwebend, aber doch als zu meinem Ich gehörend. Um mich zu kontrollieren, sprach ich laut ein paar Worte und auch die Stimme schien von hinten aus einiger Entfernung zu kommen. . . . Noch sonderbarer und barocker sind die Transformationen. . . . So nahmen z. B. meine Füße Schüsselformen an, wurden zu Spiralen, Schnörkeln, der Unterkiefer wurde eigentümlich haken-, paragraphenähnlich, die Brust schien zu zerfließen.“

Es gibt schließlich anschauliche Erlebnisse, deren gegenständliche Intention sich nicht in einem bestimmten Sinnesgebiet veranschaulicht, sondern bei klarer, gleichbleibender Intention wechselnde sinnliche Elemente enthält. Es handelt sich nicht einfach um ein gemeinsames Halluzinieren mehrerer Sinnesgebiete, sondern zum Beispiel um Empfindungen von riesenhaft vergrößertem Kopf, ungeheurem Bettkissen, schwellendem Arm. Kranke fühlen sich „als Wasserzeichen im Papier, auf dem geschrieben wird.“ — Bei den Synopsien findet sich das merkwürdige Ineinandergeflechtsein der Sinnesgebiete. Bleuler schildert, wie er den Saft an der Fingerspitze „schmeckte“. Dieses Verflochtensein tritt wieder klar in Serkos Selbstschilderung hervor:

„Zuweilen gehen nun die haptischen Halluzinationen ganz eigenartige und schwer zu schildernde Verschmelzungen mit jenen des optischen Gebietes ein. . . . Im diffus erleuchteten Gesichtsfeld bildet sich durch lebhafte Bewegung eines Streifens eine Lichtspirale, die sich schnell rotierend im Gesichtsfelde hin und her bewegt. Gleichzeitig kommt es auf haptischem Gebiete zu schon erwähnten Transformationen, indem ein Bein Spiralenform annimmt. Die Lichtspirale und die haptische Spirale fließen im Bewußtsein ineinander, das heißt, die nämliche Spirale, die man optisch halluziniert, empfindet man auch haptisch. . . . Man fühlt sich körperlich und optisch eins.“

Wir haben die Phänomenologie der abnormen Wahrnehmungen beschrieben. Mit den Pseudohalluzinationen kamen wir zur Phänomenologie der abnormen Vorstellungen. Wir haben gesehen, daß die Daseinsweise der Vorstellungen die mannigfaltigsten Formen annehmen kann, die zwischen den uns gewohnten Vorstellungen und den ausgeprägten Pseudohalluzinationen liegen.

Im übrigen sind abnorme Vorstellungen viel weniger als Wahrnehmungen untersucht. Wir kennen nur eine Anomalie, die der Entfremdung der Wahrnehmungswelt entspricht, eine Anomalie weder der Empfindungselemente, noch der Raum- und Zeitordnung der Vorstellungen, sondern gewisser vorläufig als „Vorstellungscharaktere“ zu benennender Seiten der Vorstellungen. Manche Kranke klagen, sie seien absolut nicht mehr imstande, sich etwas vorzustellen, ihre Vorstellungen seien matt, dunkel, schattenhaft, unlebendig, sie behaupten, ihre Vorstellungen träten ihnen nicht recht vor das Bewußtsein.

Eine Kranke Foerstere klagte: „Ich kann mir nicht einmal vorstellen, wie ich selbst aussehe, wie mein Mann und meine Kinder aussehen... Sofern ich einen Gegenstand ansehe, weiß ich ja, was es ist; aber wenn ich dann die Augen zumache, so ist er ganz weg, dann ist es gerade so, als ob man sich vorstellen sollte, wie Luft aussieht. Sie, Herr Doktor, behalten doch einen Gegenstand in Gedanken, ich aber habe sofort keine Ahnung mehr, es ist mir dann, als wäre es ganz schwarz in Gedanken.“ Foerster fand bei seiner Untersuchung, daß die Kranke tatsächlich aus der Erinnerung vorzüglich schildern konnte und eine ausgezeichnete Merkfähigkeit für Farben usw. besaß.

Es handelt sich also nicht um wirkliche Unfähigkeit zum sinnlichen Vorstellen, sondern es verhält sich hier wie bei der Entfremdung der Wahrnehmungswelt: die sinnlichen Elemente und das bloße meinende Gerichtetsein auf einen Gegenstand konstituieren vollständig weder die Wahrnehmung noch die Vorstellung. Es kommt etwas hinzu. Dies ist bei der Vorstellung von um so größerer Bedeutung, als hier die sinnlichen Elemente schon durchweg gering an Zahl, inadäquat und zerfließend sind. Wir arbeiten bei den Vorstellungen anscheinend oft viel mehr bloß mit diesen hinzukommenden „Charakteren“. Fallen diese dann fort, ist es verständlich, wie der Kranke sagt, daß er überhaupt nichts mehr vorstellen könne.

Unter den Vorstellungen sind von besonderer Bedeutung die Erinnerungen, d. h. solche Vorstellungen, die mit dem Bewußtsein auftreten, daß sie frühere Wahrnehmungen uns vergegenwärtigen, daß ihr Inhalt schon einmal erlebt wurde, daß ihr Gegenstand wirklich ist oder wirklich war. Ebenso wie die Wahrnehmungen als Trugwahrnehmungen das Urteil zur Täuschung verleiten können, können dies Trugerinnerungen tun. Wir werden später bei der Lehre vom Gedächtnis sehen, wie fast alle Erinnerungen ein wenig entstellt, eine Mischung von Wahrheit und Phantasie sind. Wir wollen hier nur einige phänomenologisch charakteristische, von diesen bloßen Erinnerungsfälschungen ganz verschiedene Erscheinungen als Halluzinationen in der Erinnerung (Kahlbaum, auch Erinnerungstäuschungen genannt) beschreiben. Zunächst ein Beispiel:



Eine Kranke (paranoider Prozeß) erzählt während des Abklings einer paranoid-ängstlichen akuten Phase: seit einigen Wochen sei ihr so vieles eingefallen, was ihr früher beim Emil (ihrem Geliebten) passiert sei. „gerad als wenn es mir jemand gesagt hätte.“ Sie habe die Sachen vollkommen vergessen gehabt. Später spricht sie geradezu von der Zeit „wo mir so vieles einfiel“. Solche Sachen waren z. B.: „Jedenfalls hat mich der Emil hypnotisiert, denn ich befand mich manchmal in einem Zustand, daß ich mich selbst darüber wunderte; das eine Mal mußte ich mich auf den Küchenboden knien und aus dem Schweine-eimer essen, er hat es dann nachher ganz triumphierend seiner Frau erzählt. . . auch mußte ich einmal in den Schweinestall, wie lange und wie ich hineinkam, weiß ich nicht, doch kam ich zur Besinnung, als ich auf Händen und Füßen aus dem Stall wieder herauskam. . . Auch hat Emil einmal zwei Bretter übereinander genagelt, und ich mußte sagen, als Leute dabei standen, ich will gekreuzigt sein, daraufhin mußte ich mich mit dem Gesicht nach unten legen. . . Einmal war mir, als ob ich mit dem Besenstiel geritten wäre. . . Einmal war mir, als ob der Emil mich im Arm hätte, und es war ein furchtbarer Wind. . . einmal bin ich im Morast gestanden und wurde herausgezogen. . .“ Vor einiger Zeit mußte sie mit dem Emil einen Spaziergang machen, weiß genau, was unter einer Laterne Gemeines geschah, weiß aber nicht, wie sie nach Hause gekommen ist.

Drei Merkmale sind für diese mehrfach (bisher jedenfalls am häufigsten bei Prozessen) beobachteten Fälle<sup>1)</sup> charakteristisch. Es ist den Kranken bewußt, daß ihnen Vergessenes einfällt. Sie haben das Gefühl, damals in einem abnormen Bewußtseinszustand gewesen zu sein, sprechen von Betäubung, Ohnmachtsanwandlung, halb Schlaf, halb Wachen, einem „eigentümlichen Zustand“, einem Zustand von Hypnose. Drittens finden sich Zeichen, daß die Kranken den Eindruck haben, sie müßten damals ein „willenloses Werkzeug“ gewesen sein, sie hätten nichts tun können, sie müßten tun, es wurde alles gemacht. In solchen Fällen wird schon aus der Art der Darstellung eine Trugerinnerung wahrscheinlich, aber man hat auch in einzelnen Fällen (Ötiker) für dieselbe Zeit, in die die Trugerinnerung verlegt wird, das tatsächliche Verhalten der Kranken nachweisen können.

Es handelt sich bei solchen Trugerinnerungen um das Phänomen, daß den Kranken eine Vorstellung auftaucht von einem früheren Erleben mit dem lebhaften Gefühl der Erinnerung, während in Wahrheit nichts, nicht einmal eine Grundlage wirklich erinnert, sondern alles neu erschaffen wird. Es gibt nun aber offenbar ähnliche Phänomene, in denen nicht alles neu geschaffen wird, sondern wirkliche Szenen auf diese Weise umgeschaffen werden, z. B. eine harmlose Wirtshausszene in ein Vergiftungs- und Hypnoseerlebnis. Und schließlich gibt es solche Trugerinnerungen auch ganz harmlosen Inhalts: ein Kranker behauptet, vor einer Stunde Besuch gehabt zu haben, während er in Wahrheit allein zu Bett lag. Hier bleibt das Merkmal des „Einfalls“ schließlich allein übrig neben dem Eindruck des „elementaren“ Phänomens, das subjektiv manchmal solche Dinge noch von den normalpsychologischen Erinnerungsverschiebungen unterscheiden läßt.

<sup>1)</sup> Ötiker: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 54. Vgl. auch Kraepelin: Arch. f. Psychiatr. 18 und den Fall bei Schneider: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 28 S. 90. Über eine mögliche Beziehung von Erinnerungs-fälschung und Traum: Blume, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 42 S. 206.

Solches „Einfallen“ inzwischen „vergessener“ vermeintlicher Erlebnisse kann unter Umständen schwer zu unterscheiden sein von der allmählichen Aufhellung der Erinnerung an reale Erlebnisse in einem Dämmerzustand.<sup>1)</sup> In einem Falle Alters erinnerte sich ein höherer Staatsbeamter Schritt für Schritt an die Einzelheiten eines Lustmords, den er vor einiger Zeit begangen zu haben glaubte. Wohl deuteten Indizien auf die Möglichkeit der Realität. Aber nach seinem Tode — die ausführliche Selbstbeschuldigung fand sich im Nachlaß — vermochte man weder aus den übrigen psychopathischen Symptomen des Mannes, noch aus objektiven Daten zur Entscheidung zu kommen. Die Phänomene selbst, so wie sie beschrieben werden, deuten durch folgende Züge auf einen wirklich erlebten Zusammenhang: schrittweise Aufklärung der Erinnerung an der Hand einzelner Daten, die Assoziationen hatten anregen können, Fehlen der Zeichen von Wollensohnmacht, Beeinflussung u. dgl.

Ein anderes Phänomen trügerischer Erinnerung hat die größte Ähnlichkeit mit dem *déjà vu*:

Eine Kranke (*Dementia praecox*) erzählt: es sei ihr sehr aufgefallen, daß sie hier in der Klinik Gesichter gesehen habe, die sie vor einigen Wochen zu Hause gesehen habe, z. B. eine hexenartige Gestalt, die hier im Wachsaaal des Nachts als Wärterin ging. Auch die Oberin habe sie früher schon in einem schwarzen Kleid in Pforzheim gesehen. „Was ich neulich im Garten erlebte, mit Dr. G., als er sagte, warum ich nicht arbeite, das hab' ich schon vor vier Wochen meiner Wirtin erzählt. Ich habe furchtbar gelacht und ihn verwundert gefragt, wie er das meinte.“ Beim Gespräch auf der Abteilung komme es ihr vor, als ob es manchmal schon geradeso gewesen sei. Sie glaube überhaupt, sie sei schon mal in einer Irrenanstalt gewesen<sup>2)</sup>.

Zunächst unterscheidet diese Phänomene, die bei der *Dementia praecox* nicht allzu selten sind, das Realitätsurteil vom *déjà vu*, das wohl erlebt, aber nicht für real gehalten wird. Aber auch das Erlebnis selbst macht einen andern Eindruck, ohne daß man den Unterschied recht fassen könnte. Dies Bewußtsein des schon gesehen und erlebt habens bezieht sich manchmal nur auf einzelne Seiten der Gegenwart, manchmal auf die ganze augenblickliche Situation; manchmal tritt es für kurze Zeit, höchstens bis zu Minuten auf, manchmal dagegen begleitet es wochenlang das seelische Geschehen.

Die Erinnerungshalluzinationen und diese besondere Form des *déjà vu* sind phänomenologisch ziemlich charakteristische Phänomene. Nicht phänomenologisch eigenartige Trügerinnerungen sind Täuschungen über die Vergangenheit, die wir in folgenden Gruppen aufzählen:

a) Die pathologischen Lügen: aus der Phantasie stammende Erzählungen über die Vergangenheit werden schließlich wirklich vom Erfinder geglaubt. Diese Fälschungen gehen in ihrer Ausdehnung vom harmlosen Jägerlatein bis zur phantastischen Umgestaltung der ganzen Vergangenheit.

b) Deutungen früher nicht beachteter Erlebnisse: harmlose Szenen gewinnen für den Rükerrerinnernden eine ganz neue Bedeutung. Eine Begegnung mit einem Offizier bedeutet die eigene fürstliche Abkunft u. dgl.

c) Konfabulationen: so nennt man alle wechselnden, gar nicht oder nur kurze Zeit festgehaltenen Trügerinnerungen. Sie treten in mannigfachen Formen auf. Als Verlegenheitskonfabulationen bilden sie nur die Ausfüllung der Lücken eines schwer geschädigten Gedächtnisses, z. B. der Senilen. Bei denselben Kranken, ferner nach schweren Kopfverletzungen usw. treten als Teil des Korsakoffschen Symptomenkomplexes produktive Konfabulationen auf. Die Kranken erzählen lange Geschichten von einem Unfall, den sie erlebt

<sup>1)</sup> Alter: Ein Fall von Selbstbeschuldigung, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 15 S. 470.

<sup>2)</sup> Andere Fälle bei Pick: Fortschritte d. Psychol. 2. 1914. S. 204ff.

haben, von einem Spaziergang, von ihren Tätigkeiten, während sie die betreffende Zeit ruhig im Bett gelegen haben. Schließlich sind ein charakteristisches Phänomen die phantastischen Konfabulationen, die bei paranoiden Prozessen gewöhnlich sind: der Kranke hat, als er sieben Jahre alt war, einen großen Krieg mitgemacht; in Mannheim hat er damals gewaltige Heere kämpfen sehen; ihm wurde eine besondere Auszeichnung zuteil, da er von hoher Abkunft war; einmal hat er eine Reise mit großem Gefolge nach Berlin zu seinem Vater, dem Kaiser, gemacht; das ist schon lange her. Er ist in einem Löwen verwandelt gewesen. So geht es endlos weiter. Ein Kranker nannte diese ganze phantastische Welt „den Roman“. Der Inhalt dieser Konfabulationen pflegt durch den Untersucher beeinflussbar zu sein. Man kann gelegentlich ganz neue Geschichten einreden. Andererseits beobachtet man in einzelnen Fällen, z. B. nach Kopfverletzungen, daß einer der konfabulatorischen Inhalte eigensinnig festgehalten wird.

Wir haben in den psychologischen Vorbemerkungen als Formen des Gegenstandsbewußtseins Wahrnehmungen, Vorstellungen, Bewußtheiten und Urteile unterschieden. Die pathologischen Wahrnehmungen und Vorstellungen haben wir zu einem großen Teile kennen gelernt. Die pathologisch verfälschten Urteile nennt man ganz allgemein Wahnideen. Bei deren Analyse müssen wir außerordentlich streng zwischen den ursprünglichen Erlebnissen und den auf sie gegründeten ausgesprochenen Urteilen, zwischen dem lebendigen Gegebensein der Wahninhalte und den erstarrten Urteilen unterscheiden, die nur noch bei jeder beliebigen Gelegenheit reproduziert, diskutiert, dissimuliert werden. Unter den ursprünglichen Erlebnissen spielen neben den eigentlichen Wahnerlebnissen auch die schon abgehandelten täuschenden Weisen des Gegenstandsbewußtseins eine Rolle. Diesen, den Trugwahrnehmungen, Wahrnehmungstäuschungen, Erinnerungstäuschungen, Pseudohalluzinationen usw., in denen überall das Schwergewicht im sinnlich Anschaulichen war, reihen wir noch eine unanschauliche, aber darum nicht weniger eindringliche Täuschung, die Bewußtheitstäuschung an<sup>1)</sup>.

Ein Kranker erlebte es, daß immer jemand neben ihm oder vielmehr schräg hinter ihm ging. Wenn er aufstand, stand der Jemand mit auf, wenn er ging, ging er mit. Wenn der Kranke sich umsah, drehte der Jemand sich entsprechend mit herum, so daß der Kranke ihn nicht sehen konnte, er blieb immer an derselben Stelle, rückte nur mal etwas näher oder ferner. Der Kranke hat ihn niemals gesehen, niemals gehört, niemals an seinem Körper empfunden, getastet, und doch erlebte er es mit außerordentlicher Bestimmtheit, daß der Jemand da war. Trotz der Aufdringlichkeit des Erlebnisses und trotzdem er vorübergehend sich täuschen ließ, urteilte er doch, daß in Wirklichkeit niemand dort war.

Vergleichen wir ein solches Phänomen mit normalen Erscheinungen, so können wir an folgendes denken: man weiß, daß im Saal jemand hinter einem sitzt, weil man ihn eben gesehen hat; man fährt im dunkeln Zimmer gehend plötzlich zurück, weil man meint, eine Wand sei vor einem usw. In allen Fällen ist ein Wissen um etwas Gegenwärtiges vorhanden, das im Augenblick doch nicht anschaulich fundiert ist. Während aber die normalen Phänomene entweder durch vergangene Wahrnehmung oder durch augenblicklich, bei Aufmerksam-

<sup>1)</sup> Vgl. meinen Aufsatz über leibhaftige Bewußtheiten in der Zeitschr. f. Pathopsychol. 2. 1913.

keit wohl zu bemerkende reale Empfindungen (Änderung des Schalls, gewisse Tastempfindungen durch die Luft beim Bewußtsein der Wand) fundiert sind, treten die pathologischen Bewußtheiten völlig primär auf und mit diesem Charakter des Eindringlichen, Gewissen, Leibhaftigen. Im Gegensatz zu den Bewußtheiten, die etwas Abwesendes oder Irreales unanschaulich vor die Seele bringen (gedankliche Bewußtheiten, Wahnbewußtheiten) nennen wir diese Phänomene leibhaftige Bewußtheiten.

Von den leibhaftigen Bewußtheiten führen Übergänge zu Halluzinationen:

Etwas blieb immer und ständig gleich bis zum heutigen Tag; nämlich, ich fühlte und sah um mich herum in einer Entfernung von 3—4 m einen Ringwall, bestehend aus einer mit feindlichen, stets wogenden Substanz, aus der unter gewissen Bedingungen Dämonen wieder hervorbrechen können. (Schwab.)

Andererseits gibt es Übergänge zu primären Wahnerlebnissen: Kranke fühlen sich „beobachtet“, ohne daß jemand in der Nähe ist. Eine Kranke sagt: „Ich fühlte mich nicht frei, von der Wand war es mehr.“

\* \* \*

Wenden wir uns nun, nachdem wir eine ganze Reihe der verschiedensten primären Erlebnisse, in denen auf krankhafte, verfälschte Weise den Menschen Gegenstände, Objekte gegeben werden, kennen gelernt haben, zu den verfälschten Urteilen, den **Wahnideen**. Wahnideen nennt man in durchaus vager Weise alle verfälschten Urteile, die folgende äußere Merkmale in einem gewissen hohen — nicht scharf begrenzten — Maße haben: 1. Die außergewöhnliche Überzeugung, mit der an ihnen festgehalten wird, die unvergleichliche subjektive Gewißheit. 2. Die Unbeeinflussbarkeit durch Erfahrung und durch zwingende Schlüsse. 3. die Unmöglichkeit des Inhalts. Suchen wir hinter diese objektiven und mehr äußerlichen Merkmale in das psychologische Wesen der wahnhaften Ideen tiefer einzudringen, so sondern sich uns zunächst prinzipiell zwei große Klassen solcher Ideen: die einen sind für uns verständlich hervorgegangen aus Affekten, aus anderen Erlebnissen, wie Trugwahrnehmungen oder dem Erlebnis der Entfremdung der Wahrnehmungswelt bei verändertem Bewußtsein usw., die andern sind für uns psychologisch nicht weiter zurückzuverfolgen, sie sind phänomenologisch etwas Letztes. Die ersteren nennen wir wahnhafte Ideen, die letzteren echte Wahnideen. Bei diesen letzteren werden wir versuchen müssen, dem eigentlichen Tatbestand des Wahnerlebnisses näher zu kommen, wenn es auch nicht gelingt, uns dies so fremde Geschehen klar und anschaulich zu vergegenwärtigen.

Bei jeder echten Trugwahrnehmung wird die Nötigung erlebt, den Gegenstand zunächst für wirklich zu halten; dies Erlebnis der Nötigung, des Zwanges bleibt bestehen auch nach der Korrektur des falschen Realitätsurteils aus dem Gesamtzusammenhang des Wahrnehmens und Wissens heraus. Wäre eine solche Korrektur aus der ganzen Situation verständlich, bleibt jedoch der Erlebende dauernd bei dem falschen Realitätsurteil trotz Kenntnis der Gegenstände, trotz aller Besonnenheit, ohne den geringsten Zweifel zu hegen, ja unter Verminderung

anfänglicher Zweifel, so handelt es sich auch hier um eine echte Wahnidee: denn eine solche ist aus der Trugwahrnehmung allein für uns nicht mehr verständlich. Bei der wahnhaften Idee aus Trugwahrnehmungen besteht nur eine Tendenz, eine Neigung zum Realitätsurteil (oder eine nur ganz vorübergehende Sicherheit), bei der Wahnidee hört aller Zweifel auf. Andere psychische Faktoren als bloße Trugwahrnehmungen sind wirksam geworden. Diesen wollen wir jetzt weiter nachzuspüren versuchen.

Wenn uns der Kranke im Gespräch die Inhalte seiner Wahnideen mitteilt, so haben wir unter allen Umständen ein sekundäres Produkt vor uns. Eine schon gewohnte Urteilsformulierung tritt uns in einer Weise, die sich von einem andern reproduzierten Urteil vielleicht nur durch den Inhalt unterscheidet, entgegen. Bei unserer Untersuchung ist dann immer die Frage: was ist das primäre durch die Krankheit gegebene Erleben und was ist in der Formulierung sekundär, aus jenem Erleben verständlich hervorgegangen? Drei Auffassungen gibt es: die erste leugnet ein eigentliches Wahnerleben, alle Wahnideen sind für sie verständlich, sekundär; die zweite glaubt, daß bei Intelligenzschwäche ein Mangel an Kritik aus allem möglichen Erleben Wahnideen entstehen läßt; die dritte kommt nicht ohne ein phänomenologisch eigenartiges Wahnerleben aus, das sie als das eigentlich pathologische Element zu fassen sucht. Die erste Anschauung wird etwa von Westphal<sup>1)</sup> vertreten. Er meint, es bestehe zunächst das Bewußtsein einer Veränderung der eigenen Persönlichkeit. Wie man nun z. B. in einer Uniform, die man zum erstenmal an hat, sich beachtet fühlt, so glauben Paranoiker ihre Veränderung, die in Wahrheit nur sie selbst bemerken, auch von der Umgebung bemerkt. Aus dem Wahn, beachtet zu werden, entsteht der Wahn, beobachtet zu werden, daraus der, verfolgt zu werden. Dieser Zusammenhang mag gelegentlich eine Rolle spielen, insbesondere bei Psychopathen. Er vermag u. E. wohl eine überwertige Idee, überhaupt sekundäre Wahnideen verständlich zu machen, trifft aber nicht das Wesentliche des Wahns. Ebenso verhält es sich bei der Ableitung von Wahnideen aus Affekten, z. B. dem Affekt des Mißtrauens. — Die zweite Anschauung glaubt, daß die Ursache — oder in gemäßigter Form, daß die Vorbedingung des Wahns in einer Intelligenzschwäche liege. Man ist geneigt, beim Paranoiker nach Fehlschlüssen und logischen Schnitzern zu suchen, um diese Schwäche daraus zu erschließen. Dem gegenüber hat schon Sandberg<sup>2)</sup> mit Recht dargelegt, daß die Paranoiker durchaus keine schlechtere Intelligenz haben als Gesunde. Der Verrückte hat doch ebenso das Recht logische Schnitzer zu machen wie der Gesunde. Es ist falsch, diese in einem Fall als krankhaftes Symptom anzusehen, im andern Fall für normal zu halten. Tatsächlich findet man alle und sehr hohe Grade des Schwachsinn ohne Wahnideen und die phantastischsten, unglaublichsten Wahnideen bei überlegener Intelligenz. Die Kritik wird nicht vernichtet, sie stellt sich in den Dienst des Wahns. Der Kranke denkt, prüft Gründe und Gegenstände so wie er es als Gesunder tun würde. Daher kommt bei entsprechender Veranlagung ebenso selten wie bei Gesunden wohl auch bei kranken Paranoikern eine überlegene Skepsis als Geisteshaltung überhaupt vor, die auch der Äußerungsform des Wahninhaltes eine Färbung gibt. Es ist für die Erfassung des Wahns von fundamentaler Bedeutung, sich von diesem Vorurteil, es müsse ihm Intelligenzschwäche zugrunde liegen, frei zu machen. Inwiefern von letzterer die Wahnform abhängt, werden wir später sehen. Nicht eine Intelligenzschwäche, aber eine eigenartige Veränderung in den seelischen Funktionen müssen wir allerdings annehmen, wenn nach Erledigung der Wahnerlebnisse ein völlig besonnener Mann, in seltenen Fällen ohne alle anderen krankhaften Symptome, einen jedermann sofort als unmöglich kenntlichen Wahn festhält, wenn er einfach erklärt: „So ist es eben“, „Daran kann ich nicht zweifeln“, „Ich weiß es“. Die Fälschung bei echten Wahnideen liegt im Materialen, das formale Denken ist völlig intakt. Formale Denkstörungen führen zu falschen Vorstellungen, konfusen Assoziationen, wirren Meinungen (in akuten Zuständen), die nicht als solche

1) Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 34 S. 252ff.

2) Ebenda 52.

den Charakter von Wahnideen haben. — Die dritte Anschauung, daß es ein phänomenologisch ganz besonderes Wahnerleben gibt, sucht nach diesen ursprünglichen primären Phänomenen.

Versuchen wir es, diesen primären Wahnerlebnissen näher zu kommen, so bemerken wir bald, daß unsere Kenntnis immer eine halbe bleibt, weil wir die uns gänzlich fremden Erlebnisweisen uns eigentlich gar nicht recht anschaulich vergegenwärtigen können. Es bleibt immer ein großer Rest von gänzlich Unbegreiflichem, Unanschaulichem, Unverständlichem. Trotzdem hat man den Versuch gemacht<sup>1)</sup>. Es tauchen bei den Kranken primär Sensationen, Lebensgefühle, Stimmungen, Bewußtheiten auf, die wir gar nicht bezeichnen können. „Es ist was los, sag' mir doch, was ist denn los,“ so wandte sich eine Kranke Sandbergs an ihren Mann. Auf dessen Frage, was denn los sein solle, meinte die Kranke: „Ja ich weiß es ja nicht, aber es ist doch etwas.“ Den Kranken ist es unheimlich, es geht etwas vor sich, das sie ahnen. Alles hat eine neue Bedeutsamkeit. Die Umgebung ist anders, nicht etwa grobsinnlich, das Einzelne verzerrend — die Wahrnehmungen sind der sinnlichen Seite nach unverändert — vielmehr besteht eine feine, alles durchdringende und in eine ungewisse, unheimliche Beleuchtung rückende Veränderung. Ein früher indifferenter oder freundlicher Wohnraum wird jetzt von einer undefinierbaren Stimmung beherrscht. Es liegt etwas in der Luft, der Kranke kann sich davon keine Rechenenschaft geben, eine mißtrauische, unbehagliche, unheimliche Spannung erfüllt ihn (Sandberg). Das Wort „Stimmung“ könnte zu Verwechslung z. B. mit psychasthenischen Stimmungen und Gefühlen Anlaß geben. In der Wahnstimmung ist aber immer eben ein „Etwas“ da, wenn auch ganz unklar, der Keim von objektiver Geltung und Bedeutung. Diese allgemeine Wahnstimmung ohne bestimmte Inhalte muß ganz unerträglich sein. Die Kranken leiden entsetzlich, und schon der Gewinn einer bestimmten Vorstellung ist wie eine Erleichterung. Es entsteht in dem Kranken „ein Gefühl der Haltlosigkeit und der Unsicherheit, welches ihn instinktartig treibt, nach einem festen Punkt zu suchen, an welchen er sich halten und anklammern könne. Diese Ergänzung, diese Stärkung und Tröstung findet er nur in einer Idee, ganz ähnlich wie auch der Gesunde unter analogen Umständen. In allen Lagen des Lebens, in welchen wir uns gedrückt, beängstigt uns ratlos fühlen, hat das plötzliche Bewußtwerden eines klaren Erkennens, dieses mag in Wirklichkeit ein wahres oder ein falsches sein, an sich schon eine beruhigende Wirkung und das durch jene Lage in uns erregte Gefühl verliert ceteris paribus oft schon dadurch sehr an seiner Stärke, daß das Urteil über sie an Klarheit gewinnt; wie umgewendet kein Grauen größer ist als das vor einer noch unbestimmten Gefahr.“ (Hagen.) Es entstehen dann Überzeugungen von bestimmten Verfolgungen, Verbrechen, Beschuldigungen oder bei entgegengesetzter Wahnrichtung vom goldenen Zeitalter, göttlicher Erhebung, Heiligung usw.

<sup>1)</sup> Hagen: Fixe Ideen, in: Studien auf dem Gebiete der ärztlichen Seelenkunde, Erlangen 1870. — Sandberg: l. c.

Ob aber eine solche Trennung des Vorgangs in vielen Fällen richtig ist, ist zweifelhaft. In anderen Fällen scheint der Inhalt sofort mit voller Klarheit gegenwärtig zu sein. In jenem ersteren Falle aber könnte man zweifeln, ob die Kranken auch für ihr Erlebnis den adäquaten Inhalt gefunden haben, und man wird mehr dem ursprünglichen Erlebnis, den Gefühlen, Sensationen usw. selbst nachzuforschen trachten als diesem Inhalt — obgleich das nur in so geringem Maße möglich ist. Dieser Inhalt ist vielleicht nur sehr zufällig und gar nicht eigentlich gemeint und jedenfalls ganz anders erlebt als ein ähnlicher Inhalt bei einem uns verständlichen Menschen. Das Verfolgtsein dieser Kranken scheint dann nicht wie das Erleben des wirklich Verfolgten zu sein, die Eifersucht nicht wie die eines wirklich zur Eifersucht Berechtigten. Daher auch das Verhalten der Kranken oft zum Wahnhalt merkwürdig inkonsequent ist. Der ganze bestimmte Inhalt wirkt fast wie ein Symbol (Freudsche Schule). Oft wird auch der Inhalt ständig gewechselt oder bleibt nur als leere, bloß mechanisch wiederholte Formel bestehen.

Ein Versuch, die primären Wahnerlebnisse phänomenologisch zu gliedern, erlaubt ohne weiteres eine Einteilung in Wahnwahrnehmungen, Wahnvorstellungen und Wahnbewußtheiten. 1. Wahnwahrnehmungen bilden eine große Mannigfaltigkeit vom Erlebnis unklarer Bedeutungen bis zu klarem Beachtungs- und Beziehungswahn. Die Wahrnehmung der Welt ist bei uns nie ein totes, mechanisches Abbild der Umgebung, sondern fast jede Wahrnehmung wird von dem Bewußtsein irgendeiner Bedeutung begleitet. Ein Haus ist dazu da, von Menschen bewohnt zu sein, die Menchen auf der Straße gehen Besorgungen nach usw. Solche Bedeutungen sind in unseren Wahrnehmungen uns nicht ausdrücklich bewußt, aber doch gegenwärtig in irgendeiner Form von Bewußtsein. Dies Bedeutungsbewußtsein erfährt in manchen Krankheiten eine merkwürdige Umwandlung.

Die Dinge bedeuten plötzlich etwas ganz anderes. Eine Kranke sieht auf der Straße Menschen in Uniformen: das sind spanische Soldaten. Sie sieht eine andere Uniform: das sind türkische Soldaten. Alle Soldaten werden hier zusammengezogen. Es ist Weltkrieg. (Diese Beobachtung stammt aus der Zeit vor 1914.) Dieselbe Kranke sieht einige Schritte weiter einen Mann in brauner Jacke: das ist der verstorbene Großherzog, der wieder auferstanden ist. Zwei Menschen in Gummimänteln sind Schiller und Goethe. An einigen Häusern sieht sie Gerüste: die ganze Stadt soll abgebrochen werden. Eine Kranke sieht auf der Straße einen Mann. Sie weiß unmittelbar: es ist ihr Geliebter aus vergangener Zeit. Er sieht zwar ganz anders aus. Er hat sich maskiert durch eine Perücke und andere Veränderungen. Es geht das nicht mit richtigen Dingen zu. Von solchen Erlebnissen sagte ein Kranker: Es ist so sicher und klar, daß alle entgegengesetzten Wahrnehmungen einen nicht zweifeln lassen.

Es handelt sich hier nicht um urteilsmäßige Deutungen, sondern in der nach der sinnlichen Seite völlig normalen und unveränderten Wahrnehmung wird die Bedeutung unmittelbar erlebt. In anderen — im Beginn von Prozessen sehr häufigen — Fällen wird den Wahrnehmungen noch keine klar ausgesprochene Bedeutung beigelegt. Die Gegenstände, Personen und Vorgänge sind unheimlich, grauenerregend oder seltsam, merkwürdig, rätselhaft oder übersinnlich, überirdisch. Die

Gegenstände und Vorgänge bedeuten etwas, aber bedeuten nichts Bestimmtes. Diesen Bedeutungswahn veranschaulichen folgende Beispiele:

Einem Kranken fällt im Café der Kellner auf. Der hupfte so schnell und unheimlich an ihm vorbei. Bei einem Bekannten fiel ihm das seltsame Benehmen auf, so daß ihm nicht geheuer war. Auf der Straße war alles so anders. Es mußte etwas los sein. Ein vorübergehender Mann hatte einen so durchdringenden Blick, das war womöglich ein Detektiv. Dann kam ein Hund, der wie hypnotisiert war, wie ein Gummihund, als wenn er durch Maschinen bewegt wurde. Es waren so viele Menschen unterwegs: es war wohl etwas gegen den Kranken im Werke. Alle klapperten mit den Schirmen, als wenn ein Apparat darin wäre.

In anderen Fällen fallen den Kranken die verklärten Gesichter, die ganz ungewohnte Schönheit der Landschaft, das auffällig goldene Haar, die überwältigende Schönheit der Sonne auf. Es muß etwas vor sich gehen. Es verändert sich die Welt. Es ist ein neues Zeitalter im Anbruch. — Die Lichter sind verhext und wollen nicht brennen. Da steckt etwas Unnatürliches dahinter. Das Kind ist wie ein Affe geworden. Die Menschen sind „verwechselt“, es sind „Figuranten“, sie sehen alle unnatürlich aus. Die Schilder sind schief an den Häusern, die Straßen sehen so verdächtig aus. Es geht „alles so schnell“. Der Hund kratzt so sonderbar an der Tür. „Es fiel mir auf“ ist die ständige Redewendung solcher Kranker, die doch nicht sagen können, warum es ihnen eigentlich auffiel, und was sie dahinter vermuteten. Sie wollen selbst erst zur Klarheit kommen.

Bestimmtere Bedeutungen erkennen die Kranken im Beziehungswahn, in dem die Wahrnehmungsinhalte und Vorgänge als in offensichtlicher Beziehung zur Person des Kranken erlebt werden.

Durch Gebärden, durch mehrdeutige Worte werden „stille Andeutungen“ gemacht. Hinten herum wird den Kranken alles mögliche auf indirekte Weise klar gemacht. Die Menschen meinen in Form von harmlosen Bemerkungen, wie z. B. „die Nelken sind schön“, „die Bluse sitzt gut“ ganz andere Dinge, als es den Anschein hat; diesen anderen Sinn aber verstehen die Menschen unter sich. Alle Leute sehen den Kranken so an, „als wenn sie gerade ihm etwas zu sagen hätten“. „Es ist mir so gewesen, daß ich glaubte, es würde mir alles zum Possen gemacht. Alles, was in Mannheim geschah, geschah um nicht aufzuziehen, mich anzuführen“. Leute unterhalten sich auf der Straße, offenbar immer über den Kranken. Gewisse Worte im Vorbeigehen gelten ihnen. In der Zeitung, in Büchern, überall stehen Dinge, die auf den Kranken gemünzt sind, seine Lebensgeschichte betreffen, Warnungen, Beschimpfungen bedeuten. Will man irgend etwas als Zufall erklären, so weisen das die Kranken empört ab. Diese „teuflischen Zufälle“ sind absolut keine Zufälle. Die Anrempelungen auf der Straße sind offenbar absichtlich. Daß das Stück Seife auf dem Tisch liegt, das vorhin nicht da lag, soll offenbar eine Beschimpfung bedeuten usw.

Aus den Berichten eines Kranken, der, während er seine Arbeit weiter besorgte, den ganzen Tag in lauter an sich realen Wahrnehmungen imaginäre Beziehungen fand, sei folgendes wiedergegeben:

„Kaum aus dem Hause, streicht jemand um mich herum, fixiert mich; man sucht mir absichtlich einen Radfahrer in die Quer zu bringen. Ein paar Schritt weiter: ein Schulmädchen lacht mir ermutigend und verheißungsvoll zu“. . . . Im Geschäft angekommen, bemerkt er dann „Hänseleien“ und „Hetzerien“ der Mitarbeiter. „Um 12 Uhr bin ich dann weiteren Insultationen ausgesetzt. Da kommen die Schulmädchen aus der Schule. Ich gebe mir dann Mühe, mich den Kindern gegenüber nur auf das Sehen zu beschränken. Ich will nur einen Mädchenflor sehen, jedes Gebärdenspiel ganz einfach sein lassen. . . .“ Aber „die Burschen wollen mir absichtlich etwas Strafbares und Unsittliches den Mädchen gegenüber andichten, Tatsachen zu meinen Ungunsten verdrehen.“ Man ist „weit entfernt, gegen den Unfug des Fixierens und Terrorisierens einzuschreiten. . . . Sie machen es nach und lachen mir mitten auf der Straße ins Gesicht. Man schiebt mir insbesondere auf höchst widerwärtige Art Karrikaturen in den Weg: ich soll



aus ihren Gesichtszügen eine Ähnlichkeit mit dritten Personen herauslesen. Die Burschen sprechen dann gemeinschaftlich auf der Polizeiwache über mich, fraternisieren mit den Arbeitern . . . Der Unfug des Fixierens und Deutels geht sogar während ich meine Mahlzeit zu mir nehme weiter. Vor dem Betreten meiner Wohnung muß mir dann zu meinem Ärger immer jemand einen nichtssagenden Ignorantenblick zuwerfen. Die Namen von Schutzleuten und Privatpersonen sind mir nicht bekannt.“ Der Kranke verbittet sich die „Augensprache“, die selbst ein ihn vernehmender Richter angewendet habe. Auf der Straße „pürschten sich Schutzleute mehrmals an mich heran, ich trieb sie dann durch Blicke zurück. Dadurch bildete sich dann eine gewisse feindliche Soldateska heraus. . . Mir blieb nichts übrig als mich in der Defensive zu verhalten und selbst nie offensiv gegen jemand vorzugehen.“

2. Vorstellungen treten als plötzliche Einfälle, als neue Färbungen und neue Bedeutungen der Lebenserinnerungen auf. Es überkommt den Kranken z. B. eine gewisse Überzeugung von einem Brande in der benachbarten Stadt mit allen Details, oder ein plötzlicher Einfall: ich könnte wohl der Sohn von König Ludwig sein, eine klare Erinnerung, wie bei der vor Jahrzehnten erlebten Parade der vorbeireisende Kaiser offenbar gerade ihn ansah.

Ein Kranker schrieb: „In einer der Nächte drängte es sich mir plötzlich und ganz natürlich und selbstverständlich auf, daß Fräulein L. die wahrscheinliche Ursache zu diesen einfach furchtbaren Dingen ist, die ich in den letzten Jahren habe durchmachen müssen (telepathische Beeinflussungen und ähnl.). . . Ich kann, was ich hier schrieb, natürlich nicht als feststehende Behauptung aufstellen. Aber prüfen Sie, was ich hier schreibe, ganz unbefangen und objektiv. Was ich Ihnen schreibe, ist hervorgegangen zum allerwenigsten aus spekulierendem Nachdenken, sondern hat sich mir plötzlich und ganz unerwartet alles aufgedrängt in gänzlich natürlicher Weise. Ich hatte das Gefühl, daß es mir wie Schuppen von den Augen fiel, warum sich mein Leben in den letzten Jahren immer in dieser ganz bestimmten Weise abgespielt hat.“

3. Wahnbewußtheiten sind ein häufiges Element besonders in erlebnisreichen akuten Psychosen, in denen die Kranken ein Wissen von ungeheuren Weltvorgängen besitzen, ohne dabei manchmal auch nur eine Spur sinnlich deutlicher Anschauung von den Vorgängen zu haben. Auch bei den anschaulichen Erlebnissen mischen sich solche bloße Bewußtheiten vielfach mit unter die Formen, in denen den Kranken die Inhalte gegeben sind.

Zum überwiegenden Teile in Form von Bewußtheiten sind auch die Inhalte bei einem eigenartigen gefühlstiefen Erleben — besonders im Beginn akuter Psychosen — gegeben, wie folgendes Beispiel veranschaulicht:

Ein Mädchen liest die Bibel. Sie liest von der Auferweckung des Lazarus. Sie selbst fühlt sich alsbald als Maria. Martha ist ihre Schwester, Lazarus der kranke Vetter. Sie erlebt mit aller Lebendigkeit (Gefühls-, nicht notwendig sinnliche Lebendigkeit) den Vorgang, den sie liest, als eigenes Erlebnis (Klinke).

Phänomenologisch können wir uns diese Fälle etwa auf folgende Weise klar machen: Außer daß illusionäre, halluzinatorische oder pseudohalluzinatorische Inhalte sinnlich erlebt werden, gibt es eine Art der Erlebnisse, in denen die sinnliche Fülle nicht wesentlich verändert ist, während sich mit dem Wissen bestimmter Gegenstände ein ganz anderes Erleben als normalerweise verbindet. Das Denken an Gegenstände schon allein läßt diesen wegen ihrer Gefühlswirkung

eine besondere Realität zukommen, ohne daß sie darum versinnlicht werden müßten. Mit dem Gedachten sowohl wie mit dem Wahrgenommenen verbindet sich eine besondere Bedeutung. —

Aus den geschilderten echten Wahnerlebnissen, aus Trugwahrnehmungen und allen früher aufgezählten primären Erlebnissen, die zur Täuschung des Urteils Anlaß geben können, entspringen in bunter Mischung die Wahnbildungen, die man bei den einzelnen Kranken findet, sei es in der unsystematischen, verschwommenen Weise der akuten Psychosen und der defekten Dauerzustände, sei es in der mehr systematischen Weise bei chronischen, besonnenen Zuständen. Im letzteren Falle wird auf Grund der primären Erlebnisse, die mit den realen Wahrnehmungen und den Kenntnissen des Kranken zu widerspruchslosem Zusammenhang gebracht werden sollen, vom Denken gleichsam eine Wahnarbeit geleistet, die manchmal die ganze Kraft einer intelligenten Persönlichkeit in Anspruch nimmt. So entsteht das Wahnsystem, das in seinem Zusammenhang uns durchaus verständlich, manchmal eminent scharfsinnig ist und erst in den letzten Quellen der primären Erlebnisse uns unverständlich wird<sup>1)</sup>. Um allerdings das absolut starre Festhalten, die alle normale Gewißheit übertreffende Überzeugung von der Wahrheit der Wahneideen zu erklären, müssen wir eine Veränderung der Persönlichkeit voraussetzen, deren Wesen wir bisher durchaus nicht beschreiben, geschweige denn begrifflich formulieren können. Nicht eine etwaige „Intensität“ unmittelbarer Evidenz ist das Entscheidende, sondern das Festhalten der Evidenz bei vorhandener Reflexion und Kritik. Das ist besonders deutlich bei den versteinerten Wahneideen älterer Paranoiker.

Nur diejenigen Wahneideen, die auf ein primäres pathologisches Erleben als Quelle zurückweisen oder zu ihrer Erklärung eine Umwandlung der Persönlichkeit als Voraussetzung fordern, nennen wir echte Wahneideen. In ihnen fassen wir eine Gruppe letzter elementarer Symptome der subjektiven kranken Erscheinungen. Diejenigen Wahneideen dagegen, die uns verständlich aus andern seelischen Vorgängen hervorgegangen sind, die wir also psychologisch zurückverfolgen können auf Affekte, auf Triebe, Wünsche und Befürchtungen, zu deren Erklärung wir keine Umwandlung der Persönlichkeit brauchen, sie vielmehr aus der dauernden Anlage der Persönlichkeit oder einem vorübergehenden Gemütszustand verstehen, nennen wir wahnhaftige Ideen. Zu den wahnhaften Ideen gehören die vorübergehenden Täuschungen durch Trugwahrnehmungen u. dgl., die melancholischen und manischen Wahneideen (Versündigungs-, Verarmungs-, nihilistischer Wahn usw.<sup>2)</sup> und vor allem die überwertigen Ideen.

<sup>1)</sup> Ausgezeichnete Beispiele scharfsinniger Wahnsysteme enthalten: Wollny: Erklärungen der Tollheit von Haslam, Leipzig 1889, bes. Anmerkung S. 14ff.; Schreber: Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken, Leipzig 1903.

<sup>2)</sup> Die verständliche Zurückführung der melancholischen Wahneideen auf den Affekt gelingt allerdings nur unter Voraussetzung der vorübergehenden Veränderung des ganzen Seelenlebens, in der sich schwer Melancholische befinden.

Überwertige Ideen nennt man solche Überzeugungen, die von einem sehr starken, aus der Persönlichkeit und ihrem Schicksal verständlichen Affekt betont sind und infolge dieser starken Affektbetonung dadurch, daß gleichsam die Persönlichkeit sich mit der Idee identifiziert, fälschlich für wahr gehalten werden. Psychologisch besteht kein Unterschied zwischen der intensiven Verfolgung einer wahren Idee durch einen Forscher, einer leidenschaftlichen Vertretung einer politischen oder ethischen Überzeugung und solchen überwertigen Ideen. Nur die Falschheit wird eigentlich mit dieser Bezeichnung gegenüber jenen anderen Phänomenen herausgehoben. Überwertige Ideen treten bei psychopathischen, aber auch bei im übrigen gesunden Menschen als Erfinderwahn, als Eifersuchtswahn, als Querulantenwahn usw. auf. Sie sind von echten Wahnideen auf das strengste zu unterscheiden. Überwertige Ideen sind tatsächlich vereinzelte Ideen, die sich verständlich aus Persönlichkeit und Situation entwickeln, echte Wahnideen sind die keineswegs um einen Punkt zentrierten Kristallisationsprodukte aus unklaren Wahnerlebnissen, aus diffusen, rätselhaften Eigenbeziehungen, die weder aus der Persönlichkeit noch aus der Situation zureichend verständlich, vielmehr die Symptome einer auch noch durch andere Symptome erkennbaren Krankheitsphase oder eines beginnenden Prozesses sind.

Sind wir uns darüber klar, daß die Merkmale der echten Wahnidee im primären Wahnerlebnis und in der Umwandlung der Persönlichkeit bestehen, so ist es einleuchtend, daß eine Wahnidee auch einen richtigen Inhalt haben kann, ohne aufzuhören, Wahnidee zu sein (z. B. die Idee, es sei Weltkrieg). Die Richtigkeit ist zufällig und kommt faktisch höchst selten vor (am häufigsten wohl beim Eifersuchtswahn). Ein normaler richtiger Gedanke wird begründet und dadurch für andere gültig, eine Wahnidee hat ihre Quelle im primären Erleben, nicht in Begründungen. An der Art, wie der Kranke nachher zu begründen suchte, ist sie kenntlich. Dann kann der Inhalt von Wahnideen ein derartiger sein, daß der Gegensatz von richtig und unrichtig gar nicht anwendbar ist. Z. B. können metaphysische Ideen im Wahnerleben eines Kranken entstehen und in den Köpfen Gesunder aus ganz anderen Motiven eine kulturelle Bedeutung erlangen.

\* \* \*

Von den Wahnideen ebenso wie von den wahnhaften Ideen sind zu unterscheiden die **Zwangsideen**. Diese letzteren sind dadurch charakterisiert, daß das Individuum einen meist bedeutungsvollen Inhalt glaubt und doch weiß, daß der Inhalt falsch ist. Es besteht ein Wettstreit (Friedmann) zwischen Überzeugung und Wissen vom Gegenteil, der sich sowohl vom Zweifel wie von fester Überzeugung unterscheidet<sup>1)</sup>. Ein Beispiel:

<sup>1)</sup> Die tiefste Analyse und Abgrenzung der Zwangsvorstellungen hat Friedmann (Monatssch. f. Psych. 21) gegeben. Was alles einmal Zwangserscheinung genannt wurde, lehrt das Buch Loewenfelds (Die psychischen Zwangserscheinungen, Wiesbaden 1904) und kurz die Kritik Bumkes (Alt's Samml. 6, Halle 1906).

Emma A. hatte schon mehrfach Phasen gemüthlicher Erkrankung durchgemacht. Sie war jedesmal wieder völlig gesund geworden. Seit einigen Wochen ist sie wieder krank, hat Heimweh, ist traurig. Sie war im Krankenhaus. Dort neckten sie zwei Männer, die ihr auf den Kopf und unter die Achseln langten. Sie wies sie ab: „Ich werd' im Krankenhaus nicht poussieren“. Bald tauchte ihr der Gedanke auf, die Männer könnten etwas mit ihr gemacht haben, und vielleicht bekäme sie nun ein Kind. Dieser durch nichts begründete Gedanke beherrschte sie immer mehr. Wir zählen ihre Äußerungen auf: „Den ganzen Tag geht mirs im Kopf herum, wie das alles war: die werden doch nicht so frech gewesen sein.“ „Manchmal setze ich mich drüber hinweg, aber es kommt immer wieder.“ Immer drehen sich ihre Gedanken um diese eine Sache. Sie glaubt bestimmt, daß sie ein Kind bekommt, doch sagt sie dann sofort: „Ich weiß es nicht sicher, ich bin immer im Zweifel“. Sie erzählt die Angelegenheit ihrer Schwester. Man lacht sie aus. Sie mußte zum Arzt zur Untersuchung gehen. Sie sträubte sich, weil der Arzt sie wegen ihrer „dummen Idee“ auslachen werde. Der Arzt fand nichts. Das beruhigte sie für einen Tag. Aber dann glaubte sie ihm nicht mehr. Er hat sie vielleicht bloß trösten wollen. „Ich glaub' eben niemand was.“ Sie erwartete, daß sie nicht mehr unwohl würde. Als das Unwohlsein kam, war das für den Augenblick wieder eine Beruhigung. Aber sie war doch nicht sicher, nicht überzeugt. „Ich tu mir's als klar legen. Ich setz mich hin und denke: ach, das ist doch nicht wahr, ich bin doch kein schlechtes Mädcl gewesen. Und dann denke ich wieder, doch. Ich sage mir: eines schönen Tags ist's doch so.“ „Und so besinne ich mich den ganzen Tag, so Zeug. Immer hat's in mir gestritten: es hätte so sein können und es hätte auch so sein können, immer so hin und her.“ Sie sei schrecklich unruhig. Immer meine sie, sie sei schon ganz dick vom Kind, alle Leute sehen es ihr schon an. „Immer denke ich, es wäre doch schrecklich, wenn das käme.“ Manchmal lacht die Kranke — wie sie selbst weiß — laut über den Unsinn, den sie denkt. Nach ihrer Krankheit gefragt, leugnet sie einmal, daß sie überhaupt krank sei, sagt dann aber gleich: „Ich weiß, daß es immer wieder vorübergegangen ist.“

Zusammenfassend können wir feststellen, daß die Gedanken der Kranken alle um eine Grundidee gruppiert sind, die gegen den Willen der Kranken unaufröhrlich im Bewußtsein wiederkehrt (Denkzwang), und deren Richtigkeit sich gegen die wahre Überzeugung der Kranken aufdrängt (Geltungszwang).

Allgemeines über psychischen Zwang: Das Erlebnis des psychischen Zwanges ist eine letzte Tatsache. Ich kann mich getrieben, gezwungen, beherrscht fühlen, nicht bloß durch äußere Mächte und andere Menschen, sondern von meinem eigenen Seelenleben. Dies Merkwürdige, daß ich mich auf diese Weise mir selbst gegenüberstelle, daß ich selbst will und gleichzeitig nicht will, daß ich einer Triebregung folgen will und doch gegen sie kämpfe, müssen wir uns vergegenwärtigen, um die besonderen Phänomene zu verstehen, die wir als Zwangsvorstellungen, Zwangssuchten usw. in der Psychopathologie beschreiben.

Alle psychischen Vorgänge können mit dem Merkmal des psychischen Zwanges auftreten. Normalerweise lebt das Ich ungezwungen in den Wahrnehmungen, die es gerade macht, in der Angst, die es fühlt, in den Erinnerungen oder in den Träumereien, denen es nachgeht; sei es, daß es sich ihnen ohne Wahl triebhaft hingibt, sei es, daß es willkürlich sich erwählt, worauf seine Aufmerksamkeit gerichtet sein soll, was es zum Gegenstand seiner Affekte machen will. Wenn nun das Ich in dieser Wahl nicht mehr Herr ist, wenn es keinen Einfluß darauf hat, welchen Gegenstand es sich zum jeweiligen Bewußtseinsinhalt machen will, wenn vielmehr der Bewußtseinsinhalt auch gegen diesen Willen der augenblickliche Inhalt bleibt, so stellt sich das Ich diesem Inhalt, den es nicht ver-

---

Letzterer hat ohne eigentliche Analyse mehr negativ den Begriff im alten, von Westphal zuerst geschaffenen Sinne abgegrenzt und sehr eingengt. — Neuere Arbeiten: Friedmann: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 21. 1914. S. 333. Stöcker: ebda. 23. 1914. S. 121. Kritisches Sammelreferat von K. Schneider: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1919. Referatenteil.

drängen kann, aber verdrängen möchte, kämpfend gegenüber, und dieser Inhalt erhält den Charakter des psychischen Zwanges. Dies ist kein objektiver Zwang, wie etwa in dem Falle, daß ein plötzlich eintretendes Ereignis unsere Aufmerksamkeit auf sich zieht, sondern ein subjektiver Zwang. Wenn im triebhaften Erleben bald diese, bald jene Konzentrationsrichtung, bald dies, bald jenes Begehren wach wird, so reden wir nicht von psychischen Zwängen. Daraus erhellt, daß nur auf der Stufe willkürlich geleiteten Seelenlebens überhaupt psychischer Zwang möglich ist. Nur sofern seelische Vorgänge ein Aktivitätserlebnis enthalten, können sie Zwangsvorgänge werden. Wo eine willkürliche Leitung, wo ein Wählen nicht stattfindet, wie bei Idioten und Kindern auf früherer Entwicklungsstufe, gibt es daher keinen psychischen Zwang. Da alle psychischen Vorgänge, sofern ihr Auftreten vom Willen abhängig ist, mit dem Charakter des Zwanges auftreten können, hat man, wenn man diesen Charakter hervorheben wollte, fast allen gelegentlich den Vorsatz der Silbe Zwangs- gegeben. Wenn z. B. das Ich trotz seines Willens nicht imstande ist, seine Aufmerksamkeit von einer Halluzination, einer Empfindung, einer Angstvorstellung abzuwenden, hat man also von Zwangshalluzinationen, Zwangsempfindungen, Zwangsangst geredet.

Hierbei lebt aber trotz des Zwanges das Ich immer selbst in den Inhalten. Allein die Form des Auftretens dieser Inhalte hat Zwangscharakter. Die Angst vor einer Geburt erlebt z. B. eine Frau in ihrer ganzen Persönlichkeit, nicht nur dem momentanen Ich als ihre Angst, die durchaus berechtigt ist; sie erlebt sie aber mit dem Charakter des Zwanges, da sie sich vergeblich bemüht, auf andere Gedanken zu kommen. Diese Frau kann aber auch einsehen, daß ihre Angst unberechtigt ist, sie identifiziert sich nicht mit der Angst, sie hält sie im Gegenteil für töricht, für grundlos, für unmotiviert: es ist nicht ihre Angst. Hier ist die Angstvorstellung zugleich zwangsmäßig und inhaltlich dem Ich fremd. In andern Fällen kann der Inhalt einer Vorstellung absolut widersinnig sein; dann tritt dies Merkmal der Fremdheit noch drastischer hervor (jemand hat nach jedem Spaziergang Angst, daß er, ohne es zu merken, mit dem Schirm jemandem hinter sich das Auge ausgestoßen hat). Diese Tatsache, daß Angstvorstellungen, Impulse usw. erlebt werden können, an die das Individuum immer denken muß, während es von der Grundlosigkeit der Angst, der Sinnlosigkeit des Impulses, der Unmöglichkeit eines Gedankens völlig überzeugt ist, bezeichnet man im engeren und eigentlichen Sinne mit den Worten Zwangsvorstellungen, Zwangsimpulse, Zwangsideen. In einem engeren Sinne nennen wir also in der Psychopathologie Zwangsvorgänge solche Vorgänge, gegen deren Dasein der Erlebende sich erstens wehrt, und deren Inhalt ihm zweitens grundlos, sinnlos, unverständlich oder relativ unverständlich ist.

Wenn wir uns nun eine kurze Übersicht über die Zwangsvorgänge verschaffen wollen, so bilden eine erste Gruppe die Zwangsvorgänge im weiteren Sinne, bei denen nur der Charakter des subjektiven Zwanges bei gleichgültigem Inhalt das auszeichnende Merkmal ist (formaler Denkwang). Dem Bewußtsein kann sich eine Vorstellung, ein Gedanke, eine Erinnerung, eine Frage immer wieder aufdrängen; das typische Beispiel ist das Verfolgtwerden von Melodien. Oder es können nicht bloß einzelne Inhalte, sondern Denkrichtungen sich aufdrängen, z. B. die Sucht, alles zu zählen, die Namen zu buchstabieren, über unlösbare und törichte Probleme nachzudenken (Grübeln) usw. Die zweite Gruppe der Zwangsvorgänge im engeren Sinne, bei denen als zweites Merkmal die Fremdheit des trotzdem meist stark gefühlsbetonten Inhalts hinzukommt, läßt sich am besten in drei Gruppen vergegenwärtigen: 1. der Geltungszwang, wie er in dem oben wiedergegebenen Beispiel anschaulich ist, der Zwang, etwas für wahr zu halten, dessen Unmöglichkeit man zugleich einsieht. 2. Zwangseffekte: als fremdartig empfundene, unmotiviert auftretende Gefühle, gegen die sich der Befallene ohne Erfolg wehrt. 3. Zwangsanhänge, als unsinnig, der eigenen Persönlichkeit widersprechend empfundene Triebregungen, z. B. das eigene Kind zu töten. Faßt man ganze Gruppen solcher Triebregungen, die immer wiederkehren, zusammen, spricht man von Zwangssüchten, etwa den Übertreibungssüchten (*manies de l'au delà*), von denen die Reinlichkeitssucht ein Beispiel ist.

Aus dieser allgemeinen Ausführung über die psychischen Zwangsvorgänge ergibt es sich, daß wir an dieser Stelle nur mit dem Geltungszwang zu tun haben, wie er in unserem Beispiel veranschaulicht ist. Wollen wir dies Phänomen genauer umschreiben, so müssen wir es vor allem von drei anderen abgrenzen: von der Wahnidee, von der überwertigen Idee und vom normalen Zweifel. In der Wahnidee liegt ein mit voller Überzeugung und dem Bewußtsein nicht bloß der Gültigkeit, sondern absoluter Sicherheit verbundenes Urteil vor, beim Geltungszwang ist von dem Bewußtsein der Sicherheit nicht die Rede. Bei der überwertigen Idee haben wir es mit einem starken Glauben zu tun, die Sache ist allein ernst, das seelische Leben ist für den Befallenen völlig normal und unverändert, während beim Geltungszwang der Befallene den Zwang als krankhaft empfindet. Beim Zweifel besteht ein besonnenes Abwägen der Gründe, das zu Unentschiedenheit führt, die als ein psychologisch einheitliches Urteil erlebt wird, während beim Geltungszwang gleichzeitig Überzeugung und Wissen vom Gegenteil besteht. Bildlich kann man sich die Eigenart des Geltungszwanges durch den Wettstreit der Gesichtsfelder im Stereoskop (Friedmann) veranschaulichen. Es besteht ein permanenter Widerstreit zwischen Gültigkeitsbewußtsein und Falschheitsbewußtsein. Beide drängen sich gegenseitig immer hin und her, aber keines kann Oberhand gewinnen, während im Urteil des normalen Zweifels weder Richtigkeit noch Falschheit erlebt wird, sondern in diesem einheitlichen Akt für das Subjekt die Sache unentschieden dahingestellt bleibt.

Neben dem subjektiven Zwang war die Fremdheit des Inhalts, d. h. die Unverständlichkeit, ungenügende Motiviertheit desselben, Merkmal des Geltungszwanges, wie anderer Zwangsvorgänge. Von dieser Fremdheit des Inhalts ist streng zu unterscheiden die von ihr durch einen Abgrund geschiedene Fremdheit von ganzen Gedanken, die von zahlreichen Kranken der schizophren Gruppe erlebt wird. Diese sprechen von „gemachten Gedanken“ (Wernickes autochthone Ideen). Sie denken etwas und fühlen doch, es hat ein anderer den Gedanken gedacht und ihnen bloß auf irgendeine Weise eingezwungen. Der Gedanke tritt unmittelbar mit dem Bewußtsein auf, daß er durch fremde Macht hervorgerufen ist. Der Kranke weiß nicht, warum er diesen Gedanken hat, er will ihn gar nicht haben. Er fühlt sich nicht nur nicht Herr seiner Gedanken, sondern in der Gewalt einer unfaßbaren fremden Macht.

„Man wird halt künstlich beeinflusst, man hat das suggestive Empfinden, als ob sich jemand an den Geist und das Gemüt hängen würde, ähnlich wenn man jemandem beim Kartenspiel über die Schulter sieht und sich in das Spiel hineinmacht.“ (Ein schizophrer Patient.)

Ebenso wie dem Kranken Gedanken gemacht werden, werden sie ihm auch entzogen. Ein Gedanke schwindet mit dem Gefühl, das geschehe von außen durch Beeinflussung. Als bald tritt dann ein neuer Gedanke ohne jeden Zusammenhang auf. Der ist gemacht. Wir sind kaum imstande uns anschaulich zu machen, was bei diesem

„Gedankenmachen“ und „Gedankenabzug“ erlebt wird, und müssen uns damit begnügen, aus der Art der Schilderung dies übrigens leicht wiedererkennbare Phänomen gleichsam von außen zu konstatieren.

Eine andere Weise, in der Gedanken gegeben sind, unterscheidet sich sowohl vom Zwangsgedanken wie von gemachten Gedanken. Die Gedanken werden nicht zugerufen, auch nicht gemacht, die Kranken wehren sich auch nicht dagegen. Aber die Gedanken sind doch nicht die ihrigen, nicht von der Art, wie sie gewöhnlich denken, sie sind eingegeben. Diese Gedanken steigen auf, die Kranken nehmen sie hin, wie etwas von fremder Seite Kommendes, wie eine Inspiration.

„Ich habe sie nie gelesen, noch gehört. Sie kommen ungerufen, ich wage nicht, zu meinen, sie entstünden aus mir, aber ich bin glücklich, daß ich sie weiß, ohne sie gedacht zu haben. Sie fliegen mir zu in jedem angebrachten Momente. Sie scheinen mir geschenkt, daß ich nicht wage, sie als eigene mitzuteilen.“ (Gruhle.)

## § 2. Das Ichbewußtsein.

Psychologische Vorbemerkungen: Wir stellen dem Gegenstandsbewußtsein das Ichbewußtsein gegenüber. Wie wir in jenem mannigfache Weisen, in der uns Gegenstände gegeben sind, unterscheiden mußten, so haben wir es auch beim Ichbewußtsein, der Weise, wie das Ich sich seiner selbst bewußt ist, nicht mit einem einfachen Phänomen zu tun. Daß wir es nur mit der Weise, wie das Ich sich selbst erlebt (subjektives Ich) zu tun haben, nicht mit einer Untersuchung, die die Erscheinung einer Persönlichkeit für andere darlegt, ist selbstverständlich. Das Ichbewußtsein hat vier formale Merkmale: 1. das Ichbewußtsein im Gegensatz zum Außen und zum Anderen, 2. das Tätigkeitsgefühl, ein Aktivitätsbewußtsein irgendwelcher Art, 3. das Bewußtsein der Identität: ich bin derselbe wie von jeher, 4. das Bewußtsein der Einfachheit: ich bin nur einer im gleichen Augenblick. Innerhalb dieser formalen Merkmale hat das Ichbewußtsein eine unendliche Reihe von Entwicklungsstufen vom einfachsten, armen Dasein bis zur reichsten, im Erleben seiner selbst bewußt gewordenen Fülle. Diese inhaltliche Erscheinung und Entwicklung, in der das Ich sich seiner als Persönlichkeit bewußt wird, ist Gegenstand der verstehenden Psychologie (der Psychologie der Selbstreflexion). — Indem wir einzelne jener vier formalen Kriterien wegfällen lassen, erhalten wir die bekanntesten Abnormitäten des Ichbewußtseins.

Das Ichbewußtsein ist normalerweise bei allen psychischen Vorgängen vorhanden. Insbesondere ist bei allem seelischen Leben phänomenologisch eine Note von Aktivität zu entdecken. Daß das Psychische, sei es Wahrnehmung, Körperempfindung, Erinnerung, Vorstellung, Gedanke, Gefühl, diesen besonderen Ton des „mein“, des „ich“, des „persönlichen“, des eigenen Tuns bekommt, nennt man Personalisation. Wenn diese psychischen Elemente auftreten mit dem Bewußtsein, nicht die meinigen, mir fremd, automatisch zu sein, so nennt man diese Phänomene Depersonalisationserscheinungen. Es fehlt das Bewußtsein der Tätigkeit, der Aktivität, des eigenen Tuns. Hierhin gehören im weitesten Sinne die Entfremdung der Wahrnehmungswelt, das Aufhören der normalen Empfindung des eigenen Körpers, die subjektive Unfähigkeit zum Vorstellen und Erinnern, die Gefühlshemmungsklagen, das Bewußtsein des Automatismus der Willensvorgänge. Aus dieser Gruppe offenbar in vieler Beziehung

verwandter Phänomene schildern wir nach den Klagen der Kranken<sup>1)</sup> hier nur das Bewußtsein des Verlustes des Ichgefühls.

Bei leichten Graden des Phänomens kommen sich die Kranken selber fremd vor. Sie fühlen sich verändert, so anders, so mechanisch. Sie sprechen bildlich von Dämmerzustand, sagen, sie seien benommen, nicht auf natürliche Weise sie selbst. Amiel schildert in seinen Tagebüchern: „Ich fühle mich namenlos, unpersönlich, den Blick starr, wie der eines Toten, den Geist vage und allgemein, wie das Nichts oder das Absolute. Ich bin schwebend, ich bin, wie wenn ich nicht wäre.“ Kranke sagen: Ich bin nur eine Maschine, nur ein Automat. Nicht ich bin es, der empfindet, spricht, ißt, nicht ich, der leidet, nicht ich, der schläft. Ich existiere gar nicht mehr. Ich bin nicht. Ich bin tot. Ich fühle mich als gar nichts.

Hier hatten wir es vorwiegend mit einer Verminderung oder einem Wegfall des Tätigkeitsbewußtseins zu tun. Zweitens kann das Erlebnis der Einheit des Ichs merkwürdige Veränderungen erfahren. Bei manchen Gelegenheiten, z. B. wenn man redet, kann man gelegentlich bemerken, daß man wie automatisch weiterredet, auch richtig redet und doch sich selbst beobachtet, sich selbst zuhört. Dauert diese Spaltung länger, so entstehen Störungen im Gedankenablauf, aber augenblicksweise kann man hier, ohne gestört zu werden, in Ansätzen erleben, was Kranke in ausgeprägter Weise uns als Verdopplung ihrer Persönlichkeit schildern<sup>2)</sup>. Wir meinen hier nicht die Tatbestände, die uns geläufig sind in den Formeln: es wohnen zwei Seelen in meiner Brust, Vernunft und Triebe liegen im Kampf usw. Wir werden uns auch nicht irreführen lassen durch Ausdrucksweisen der Kranken, die Zwangsvorstellungen als Verdoppelung deuten, oder durch ihr Urteil, sie seien doppelt, das auf irgendwelchen Schlüssen beruht (z. B. auf autoskopischen Halluzinationen). Wir werden auch nicht die Verwechslung mit der sog. „Verdoppelung der Persönlichkeit“ begehen, die objektiv bei dem alternierenden Bewußtsein vorhanden ist. Das wirkliche Verdoppelungserlebnis, dies Erlebnis der eigenen Spaltung, ist dann vorhanden, wenn beide Reihen seelischer Vorgänge gleichzeitig nebeneinander so entwickelt sind, daß man von Persönlichkeiten reden kann, daß beide in eigenartiger Weise erleben, daß auf beiden Seiten Gefühlszusammenhänge bestehen, die nicht mit denen der andern Seite zusammenfließen, vielmehr sich gegenseitig fremd gegenüberstehen. Die alte Selbstschilderung eines Paters Surin (wiedergegeben bei Ideler, Versuch einer Theorie des religiösen Wahnsinns, Bd. I, S. 392 ff.) ist trotz ihrer dogmatisch gläubigen Formulierung sehr anschaulich:

„Die Sache ist soweit gediehen, daß Gott, wie ich glaube, wegen meiner Sünden, es zugelassen hat, was vielleicht noch nie in der Kirche gesehen worden, daß der Teufel den Körper des Besessenen (die der Pater exorzierte) verläßt, und in den meinigen hineinfahrend, mich zu Boden wirft, und mich mehrere Stunden wie einen Energumenen unter den heftigsten Bewegungen bearbeitet. Ich kann nicht beschreiben, was alsdann in mir vorgeht, und wie dieser Geist sich mit dem meinigen vereinigt, ohne mir jedoch das Bewußtsein und die Freiheit meiner Seele zu rauben, indem er dennoch wie ein anderes Ich

1) Hauptwerke: Janet: Les obsessions et la Psychasthenie, 2. Aufl., Paris 1908, Österreich: Die Phänomenologie des Ich, Leipzig 1910.

2) Janet: l. c., S. 319—322; Oesterreich: l. c., S. 422—509.



waltet, als ob ich zwei Seelen hätte, von denen die eine außer dem Besitz und Gebrauch ihres Körpers gesetzt, und gleichsam in einen Winkel zurückgedrängt ist, während die eingedrungene ungehindert waltet. Beide Geister kämpfen auf demselben Gebiete im Körper, und die Seele ist wie geteilt. Mit dem einen Teile ihres Wesens ist sie den Eindrücken des Teufels unterworfen, und mit dem anderen gehorcht sie ihren eigenen Bewegungen, oder denen, die Gott ihr verliehen hat. Zu derselben Zeit empfinde ich einen tiefen Frieden nach dem Wohlgefallen Gottes, ohne zu wissen, woher die fürchterliche Raserei und der Abscheu gegen ihn in mich kommt, die Wut, mich von ihm loszureißen, worüber alle erstaunen, und gleichzeitig fühle ich eine große Freude und Sanftmut, welche sich in Wehklagen und Geschrei gleich dem der Teufel ergießt. Ich fühle die Verdammnis und fürchte sie, es ist mir, als sei ich von Stacheln der Verzweiflung in der fremden Seele durchbohrt, welche gleichsam die meinige ist, während die andere Seele voll Vertrauen ungehindert in Spott und Flüche gegen den Urheber meiner Leiden ausbricht. Das Geschrei aus meinem Munde kommt gleichmäßig von beiden Seiten, und nur mit Mühe kann ich unterscheiden, ob dabei Lust oder rasende Wut obwaltet. Das heftige Zittern, in welches ich bei der Annäherung des Sakraments gerate, scheint mir ebensowohl von dem Entsetzen über seine Gegenwart, als von der herzlichen und sanften Verehrung desselben herzurühren, und es ist mir nicht möglich, dasselbe zu hemmen. Wenn ich im Antriebe der einen Seele das Zeichen des Kreuzes auf meinem Munde machen will, so hält die andere mit der größten Schnelligkeit mich davon zurück, und bringt mir die Finger zwischen die Zähne, um sie voll Wut zu beißen. Fast niemals kann ich leichter und ruhiger beten, als während solcher Aufregung; während mein Körper auf der Erde sich umherwälzt, und die Priester mich wie den Satan mit Flüchen überschütten, empfinde ich eine unbeschreibliche Freude, Satan geworden zu sein, nicht wegen Empörung gegen Gott, sondern durch das Elend meiner Sünde.“ (Der Pater scheint nach dem weiteren Verlauf an einem schizophrenen Prozeß erkrankt zu sein.)

Diese Verdoppelungserlebnisse, die noch sehr spärlich beschrieben sind, sind höchst merkwürdig. Das eine Ich erlebt sich doppelt und ist doch eines, es lebt in beiden Gefühlszusammenhängen, die getrennt bleiben, und doch weiß es von beiden. Die Tatsache dieser Verdoppelung ist nicht zu bestreiten. Ihre Formulierung wird immer in dieser widerspruchsvollen Weise geschehen müssen. —

Ein drittes Merkmal des Ichbewußtseins ist das Bewußtsein, in der Zeitfolge identisch dasselbe zu sein. Es ist hinzuweisen auf Äußerungen von Kranken der schizophrenen Gruppe, die von ihrem ganzen früheren Leben — vor der Psychose — behaupten, das seien gar nicht sie selbst, das sei ein anderer gewesen. Ein Kranker formuliert:

„Indem ich meine Geschichte erzähle, bin ich mir bewußt, daß es nur ein Teil meines jetzigen Ichs war, der dies alles erlebte. Bis zu dem 23. XII. 1901 kann ich mich nicht mit dem Ich von heute bezeichnen. Dies damalige Ich kommt mir jetzt vor wie ein kleiner Zwerg, der in mir sitzt. Es ist für mein Gefühl unangenehm und für mein Existenzgefühl peinlich, die Erlebnisse bis dahin in der ersten Person zu schildern. Ich kann es tun unter Anwendung von Gegenvorstellungen und indem ich mir bewußt bin, daß der ‚Zwerg‘ bis zu dem obigen Tag regierte, dann aber seine Rolle ausgespielt hatte.“ (Schwab.)

Das vierte Merkmal des Ichbewußtseins ist das klare Gegenüberstehen einer Außenwelt. Nach rätselhaften Äußerungen Schizophrener scheint es, als ob die Kranken sich mit Gegenständen der Außenwelt identifizierten. Sie leiden unter den Betätigungen der anderen: jemand spinnt, sie sagen: was spinnst Du mich da ein! Oder: was schlägst Du mich da!, wenn ein Teppich geklopft wird (Kahlbaum). Hierher gehören ferner Schilderungen Kranker, die

augenblicksweise gänzlich zu verschwinden meinen. Sie sind „wie ein mathematischer Punkt“ oder sie leben nur noch in den Gegenständen. Baudelaire schildert ähnliches in der Haschischvergiftung:

„Bisweilen kommt es vor, daß die Persönlichkeit schwindet und jene Objektivität, wie sie den pantheistischen Dichtern eignet, in euch offenbar wird, und zwar derart abnorm, daß die Betrachtung der Dinge der Außenwelt euch eurer eigenen Existenz vergessen läßt und ihr euch bald in jene hinein ergießt. Euer Auge heftet sich auf einen Baum, der harmonisch vom Winde gebogen wird; in einigen Sekunden wird das, was im Hirn eines Dichters nur ein durchaus natürlicher Vergleich sein sollte, in dem euren eine Tatsache werden. Ihr schreibt alsdann dem Baume eure Leidenschaften zu, eure Sehnsucht oder eure Melancholie; seine Seufzer und seine Schwankungen werden die euren und bald seid ihr der Baum. Ebenso der Vogel, der tief im Azur schwebt: zunächst repräsentiert er die unsterbliche Sehnsucht, über den menschlichen Dingen zu schweben; aber schon seid ihr der Vogel selber. Ich nehme an: ihr sitzt da und raucht. Eure Aufmerksamkeit mag sich ein wenig zu lange auf die blauen Wolken richten, die eurer Pfeife entschweben . . . Durch eine besondere Gleichung, . . . werdet ihr euch — euch selbst ausströmen fühlen, und ihr werdet eurer Pfeife (in die ihr euch hineingedrückt und zusammengepreßt fühlt, wie der Tabak es ist) die seltsame Fähigkeit zuerkennen, euch zu rauchen.“

Ein Schizophrener schildert: „Dann fühlte ich mich wie ein Kind. Das Ichgefühl war so klein, daß das Bedürfnis auftrat, es durch eine andere Person zu ergänzen, sowie das Verlangen nach der schützenden Nähe stärkerer Iche, ruhiger, sich selbst beherrschender Menschen, die die Dämonen abhalten sollten. In frühere Zeiten fühlte ich mich nie versetzt, auch lebte ich nicht in meiner eigenen Kindheit, sondern ich kam mir vor wie nur ein Bruchstück eines Menschen. Dies Gefühl war nicht seelisch, sondern seelisch-körperlich, so daß ich, hätten meine Augen mich nicht eines anderen belehrt, wirklich hätte glauben müssen, ich bestehe nur aus einer Hälfte oder  $\frac{2}{3}$  eines Menschen.“ (Schwab.)

Hier wären vielleicht noch einige Äußerungen Kranker anzuschließen, deren Erlebnisgrundlage irgendeine Aufhebung der klaren Trennung von Ich und Umwelt sein muß. Nicht selten behaupten Schizophrene, daß die ganze Welt die eigenen Gedanken kennt. Auf alle Fragen antworten die Kranken: „Sie wissen es ja schon, was fragen Sie mich.“

Die Kranken sehen den andern Menschen an, daß diese immer sofort ihre Gedanken wissen, die sie gerade haben. Oder sie erleben auf ganz eigenartige Weise (ähnlich den gemachten und abgezogenen Gedanken) jenes Preisgegebensein an alle: „Ich glaube, ich kann nichts mehr verheimlichen, die Erfahrung habe ich in den letzten Jahren gemacht. Alle Gedanken werden erraten. Ich merke, daß ich die Gedanken nicht mehr selbständig halten darf.“ Eine Kranke erklärte: „Mir wird der Charakter gemacht.“

Wenn das bloß formale Ichbewußtsein sich mit Inhalt erfüllt, so sprechen wir von Persönlichkeitsbewußtsein. Aus dem abnormen Persönlichkeitsbewußtsein seien zwei Phänomene hier charakterisiert: das Gefühl der Veränderung der eigenen Persönlichkeit und die subjektiv höchstens retrospektiv, im Augenblick nicht bemerkte Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins. Das Gefühl der Veränderung der eigenen Persönlichkeit kommt auch normalerweise, besonders in der Pubertätszeit, vor. In dieser Zeit, wo aus dem Dunkel des Unverständlichen so mannigfache Regungen der Seele und neuartige Erlebnisse auftauchen, pflegt meistens ein starkes, sei es schmerzlich oder stolz, empfundenes Bewußtsein, ein Anderer und Neuer zu wer-

den, erlebt. Hiermit am ehesten läßt sich das Bewußtsein der Kranken vergleichen, die im Beginn von Prozessen des Neuen und Rätselhaften sich bewußt werden. Sie fühlen sich anders, es taucht ein Gefühl der Unsicherheit des Persönlichkeitsbewußtseins auf, ein Gefühl von etwas Fremdem, gegen das sie kämpfen müssen, schließlich das Bewußtsein des Überwältigtwerdens. Manche Kranke sagen, daß sie anders denken, fühlen, empfinden, wie früher, daß eine tiefe Umwandlung mit ihnen vor sich gegangen ist. Andere fühlen eine Änderung nach einer akuten Psychose als eine subjektiv erfreuliche: sie seien gleichgültiger, weniger aufgeregt, weniger leicht „vertieft“, seien dabei redelustiger als früher, weniger schüchtern und sicherer im Auftreten. Ein Kranker schrieb:

„Ich bin seit Jahren in einem Zustand sehr großer Körperschwäche, so daß ich selbst durch diesen krankhaften körperlichen Zustand immer mehr zu einem sehr leidenschaftslosen, ruhigen und nachdenklichen Menschen geworden bin, das Gegenteil von dem, was man in Anbetracht der Einflüsse (telepathische Einwirkungen) erwarten müßte. Unter solchen Einflüssen mache ich ja einfach nur mit, was die anderen machen und verliere gänzlich meine eigene Persönlichkeit. Allein aus meiner Persönlichkeit könnten sich diese Dinge gar nicht erklären.“

Eine Kranke klagte: „sie sehne sich so sehr nach sich selbst, aber sie finde sich nicht mehr“, „sie habe sich selbst verloren, sie müsse den Menschen in sich suchen“. (Gruhle.)

Die Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins wird am mannigfaltigsten in akuten, erlebnisreichen Psychosen empfunden. Eine Selbstschilderung, die zum Teil ein Bewußtsein dieser Labilität auch während des Erlebens zeigt, macht dies Phänomen, das die Kranken selbst manchmal als Spiel in Rollen bezeichnen, deutlich:

„Angrenzend an die eigentliche Wahnidee und doch bestimmt davon zu unterscheiden, mochte im ganzen Verlauf meiner Krankheit jener häufig vorkommende Zustand sein, wo ich, halb von einer Art Inspiration getrieben, halb wissend und wollend, mir eine Rolle schuf, die ich spielend und deklamierend durchführte, in die ich mich einlebte, und der gemäß ich handelte, ohne mich geradezu für identisch mit der dargestellten Person zu halten. Es gab da freilich viele Abstufungen von der Grenze der Wahnidee, vielleicht der Wahnidee selbst bis zur einfach gehobenen oder erregten Stimmung bei, wie mir wenigstens schien, völliger Klarheit über mich und meine Umgebung.“ Die Kranke spielte „gleichsam eine Personifikation der Meereswelle“, „das Treiben eines feurigen jungen Pferdes“, „eine junge Schwester der Sulamith im hohen Liede“, oder die Tochter Alfred Eschers, „eine junge Französin“, oder Landwirtschaft, wobei der Zellenhof das Gut war (Forel).

In ähnlichen Psychosen erleben die Kranken sich — aber oft ohne Klarheit über sich selbst — als Messias, als göttliches Wesen, als Hexe, als bestimmte Persönlichkeiten, etwa als Nietzsche, usw. In degenerierten paranoiden Psychosen (bei denen Bonhoeffer<sup>1)</sup> die Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins beschrieb) wird eine Rolle, z. B. als weltberühmter Erfinder, reich ausgesponnen und über lange Zeiten festgehalten. Es kommt bei solchen zum Teil phantastischen Umwandlungen vor, daß die Kranken sich ihrer früheren Natur bewußt bleiben: sie sind derselbe, der nun Messias usw. geworden ist.

<sup>1)</sup> Bonhoeffer: Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Alt's Samml., 7, Halle 1907.

### § 3. Gefühle und Gemütszustände.

Psychologische Vorbemerkungen: Während ziemlich allgemein Klarheit darüber herrscht, was eine Empfindung, eine Wahrnehmung, eine Vorstellung, ein Gedanke, vielleicht auch darüber, was eine Triebregung, ein Willensakt ist, und während die mit diesen Worten gemeinten Phänomene einigermaßen deutlich abgegrenzt werden können, die Worte daher meist auch so gebraucht werden, daß man sich gegenseitig versteht, herrscht bezüglich des Wortes und des Begriffs „Gefühl“ eine Unklarheit schon oft darüber, was im einzelnen Falle eigentlich gemeint ist. Es herrscht eine völlige Uneinigkeit in der Frage nach der Abgrenzung der mit „Gefühl“ bezeichneten Phänomene, und eine gewisse Ratlosigkeit, auf welcher Basis man Untersuchung und Analyse aufbauen, und welche Wege man dabei gehen solle. Gewöhnlich nennt man „Gefühl“ alles Seelische, das weder deutlich zu den Phänomenen des Gegenstandsbewußtseins, noch zu Triebregungen und Willensakten zu stellen ist. Alle unentwickelten, unklaren psychischen Gebilde, alle unfaßbaren, der Analyse entrinnenden, heißen „Gefühl“, mit einem Wort alles, was man sonst nicht zu benennen weiß. Jemand hat ein Gefühl der Unlust, ein Gefühl, daß etwas nicht richtig sei, ein Gefühl, als ob das Zimmer zu eng würde, ein Gefühl der Klarheit, der Unruhe usw. Diese höchst mannigfaltigen, als Gefühle bezeichneten Tatbestände hat die Psychologie sehr unvollkommen analysiert. Man weiß noch nicht, was ein Gefühlelement sei, welche Elemente es gebe, wie man sie ordnen soll — während man die Elemente der Wahrnehmung, insbesondere die Empfindungen, aufs beste geordnet und untersucht hat. Man redet, wo es gerade nicht zu entbehren ist, von Gefühlen, aber wissenschaftliche Untersuchungen über pathologische Gefühle gibt es fast gar nicht, während die Literatur sowohl über die pathologischen Phänomene des Gegenstandsbewußtseins, wie über die perversen Triebregungen ausgedehnt ist. Man weiß eben nicht, wie man es anfangen soll. Psychologen<sup>1)</sup> haben jedoch schon wertvolle Grundlagen für eine Gefühlsanalyse gelegt, und man kann sich bei ihnen über die vorzüglichsten Richtungen und Gesichtspunkte derselben orientieren. Diese methodologische Orientierung ist von Wert. Man wird sicherer in der Beurteilung der über Gefühle aufgestellten Behauptungen und besitzt das Handwerkszeug, solche Analysen zu machen, wenn man sie braucht, während eine ausführliche Analyse aller Gefühle zu einer unendlichen Ansammlung ermüdender Einzelheiten, dazu meist von Trivialitäten führt<sup>2)</sup>. Wir machen uns zunächst in einer Übersicht klar, nach welchen Gesichtspunkten man Gefühle einteilt:

1. Rein phänomenologisch nach ihrem wirklichen Wesen, nach der Weise ihres Seins. a) Es besteht der große Gegensatz der Gefühle, die eine Seite des Persönlichkeitsbewußtseins, eine Ichbestimmtheit sind, und der Gefühle, die einen Ton des Gegenstandsbewußtseins bilden, z. B. meine Trauer und die traurige Landschaft (Geiger). b) Die Gefühle lassen sich zum Teil in gegensätzliche Dimensionen ordnen, deren z. B. Wundt Lust-Unlust, Spannung-Lösung, Erregung-Beruhigung unterschied. Derartige Gegensätze sind in phänomenologischer Absicht noch mehrere aufgestellt, z. B. der Gegensatz des gewichtigen und des gewichtslosen Gefühls (Lipps), etwa der Erhebung, Erschütterung, des tiefen Schmerzes auf der einen Seite, des Ärgers, des Gefühls des Komischen auf der andern Seite. c) Gefühle sind entweder gegenstandslos, bloße Zuständlichkeiten ohne Inhalt, oder sie sind auf Gegenstände gerichtet und lassen sich von diesen her klassifizieren.

1) Besonders Geiger: Arch. f. d. ges. Psychol., 4: Das Bewußtsein von Gefühlen, in Münchener phil. Abhdl., Th. Lipps zum 60. Geburtstag gewidmet; Über Stimmungseinfühlung, Zeitschr. f. Ästh. 1911; Külpe: Zur Psychologie der Gefühle, 6. Psychol. Kongr., Genf 1909.

2) Will man einmal lesen, was über Gefühle insgesamt, ohne tiefergehende Klärung, psychologisch gesagt worden ist, so eignen sich am besten die Lehrbücher der Psychologie von Höffding und Jodl, ferner Nahlowsky: Das Gefühlsleben. 3. Aufl., Leipzig 1907. Ribot: Psychologie der Gefühle, Paris 1896. Deutsch 1903.

2. Nach den Gegenständen, auf welche die Gefühle gerichtet sind (Meinong, Witasek). Den Phantasiegefühlen, die auf bloße Annahmen gerichtet seien, stehen die Ernstgefühle, die auf wirkliche Gegenstände zielen, gegenüber. Letztere teilen sich in Vorstellungs- und Urteilsgefühle; die Vorstellungsgefühle in sinnliche und ästhetische, die Urteilsgefühle in Wissensgefühle und Wertgefühle. Eine Einteilung nach besonderen Inhalten, z. B. soziale, patriotische, Familien-, religiöse Gefühle, führt nicht zu einer Einteilung der Gefühle, sondern höchstens zu einer Ordnung der unendlich zahlreichen Inhalte, die möglicherweise Gefühlswert haben können. Die zahlreichen Ausdrücke dieser Art, die die Sprache zur Verfügung stellt, sind geeignet zur Beschreibung von Persönlichkeiten, nicht zu einer phänomenologischen Analyse.

3. Nach den Bedingungen, von denen ihr Auftreten abhängig ist. Die Gefühle hängen ab von den Ablaufweisen des Seelenlebens (Ablaufgefühle), von der Konstellation aller gerade aktuellen psychischen Elemente (Konstellationsgefühle), vom Zustand des Körpers und des Seelenlebens (Zustandsgefühle, Stimmungen). So gibt es „Gefühlszustände“ der Reizbarkeit, der Empfindsamkeit, der herabgesetzten und gesteigerten Erregbarkeit usw.

4. Nach der Bedeutung des Gefühls für das Leben und nach den Lebenszwecken, als deren Ausdruck die Gefühle aufgefaßt werden können. Die Lustgefühle z. B. gelten als Ausdruck der Förderung, die Unlustgefühle als Ausdruck der Hemmung der Verwirklichung der Lebenszwecke. Auf Grundlage von Organempfindungen, als Ausdruck vitaler Zustände, der Triebe, Bedürfnisse, Tendenzen, organischen Veranlagungen besteht ein „Lebensgefühl“.

Nach diesen vier Gesichtspunkten der Einteilung und Analyse sucht man an allen Gefühlen zu möglichst elementaren Qualitäten, resp. Seiten, zu kommen. Man stellt dementsprechend den gewöhnlichen komplexen Gefühlen die elementaren Gefühle im Prinzip gegenüber. In den komplexen Gefühlen sind alle elementaren zu einem Totalgefühl (Wundt) verschmolzen. Nur in den seltenen Fällen des Erlebnisses der eigenen Verdoppelung bleibt diese Verschmelzung aus. Auf dem Unterschied des Komplexen und Elementaren, ferner auf Unterschieden der Intensität und Dauer beruht die alte und brauchbare Einteilung: Gefühl, Affekt, Stimmung. Affekte nennt man komplexe Gefühlsverläufe von großer Intensität und infolgedessen auffallenden körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen. Stimmungen nennt man länger dauernde komplexe „Gefühlszustände“ von geringerer Intensität, die dem gesamten Seelenleben für die Dauer ihres Bestehens eine eigene Färbung geben.

Als das einfachste Phänomen erscheint eine bloße Steigerung der Gefühle:

„Jeder sonst nur als leicht unangenehm empfundene Gedanke, über den man sich normalerweise leicht hinwegsetzt, bereitete mir ein quälendes, fast körperliches Angstgefühl. Die kleinsten Gewissensbisse wurden zu einer im Kopf geradezu als Druck empfundenen, also fast körperlichen, Angst.“ (Selbstschilderung eines Kranken mit Encephalitis lethargica. Mayer-Groß und Steiner.)

Ein wichtiger phänomenologischer Unterschied ist der zwischen den Gefühlen, die es mit bestimmten Inhalten zu tun haben, und den inhaltlosen, gegenstandslosen Gefühlen. Gerade die letzteren sind bei pathologischen Vorgängen häufig, z. B. die gegenstandslose Angst in Depressionszuständen, die inhaltlose Heiterkeit (Euphorie) in Manien, die unklare erotische Erregung in beginnender Pubertät, Gefühle im Beginn der Schwangerschaft, im Beginn von Psychosen. Bei der allgemeinen Neigung, den Gefühlen aber doch einen Inhalt zu geben, wird von Kranken in ihren Äußerungen vielfach ein Inhalt hineingedeutet. Man darf sich dadurch nicht irreführen lassen. Es ist immer schon ein Zeichen einer gewissen Differenziertheit, wenn Gefühle auch wirklich als gegenstandslos geschildert werden. Einige solcher inhaltlosen Gefühle seien veranschaulicht.

1. Ein sehr häufiges und qualvolles Gefühl ist die Angst<sup>1)</sup>. Von einer inhaltlosen gewaltigen Angst, die zur Trübung des Bewußtseins und rücksichtslosen Gewaltakten gegen sich selbst und andere führt, bis zur leichten als fremd und unverständlich empfundenen Ängstlichkeit gibt es alle Grade. Die Angst ist meist mit körperlichen Sensationen, Druck-, Erstickungs-, Engegefühl verbunden. Oft wird sie lokalisiert, z. B. als Präkordialangst, manchmal sogar als Kopfangst. Ein Kranker meint, er habe den Drang, körperlich hineinzufahren, wie mit dem Zahnstocher in einen schmerzenden Zahn,

2. Mit der Angst ist meistens ein lebhaftes Gefühl der Unruhe verbunden. Dieser Gemütszustand innerer Erregung kann auch ohne Angst isoliert vorkommen. Als „Nervenerregung“, als „Fieber“ u. dgl. werden diese Gefühle nachher von den Kranken bezeichnet. In leichteren Graden tritt der Zustand als Gefühl, noch etwas tun zu müssen, etwas noch nicht fertig zu haben, als Gefühl des Suchens, des Klarwerdenmögens auf. Bei erlebnisreichen Psychosen steigert sich das Gefühl der Unruhe zu Spannung und Gepreßtheit, zu einem nicht mehr Aushaltenkönnen der massenhaften Eindrücke, so daß nur eines begehrt wird: Ablenkung und Ruhe.

Ein Schizophrener in der initialen Phase schilderte seine neue Unruhe im Gegensatz zur gewöhnlichen Unruhe, in der man nicht arbeiten könne, oft aufspringe, spazieren laufe. Die neue Unruhe sei ganz anders, gleichsam substantiell, das ganze Wesen werde davon durchdrungen, oder sei aufgelöst darin. Er laufe im Zimmer auf und ab, könne nicht fort, Spaziergehen sei diesem Zustand gar nicht gemäß. „Nichts auf der Welt quält mich so. Ich kann aus dieser Sphäre nicht heraus. Ich will mich wegwinden, das geht nicht, es wird nur schlimmer. Es kommt die Sucht, alles klein zu schlagen. Aber ich traue mir nicht, mit einer Kleinigkeit anzufangen, denn dann würde das andere folgen. Dann würde ich einfach nur um mich schlagen. Wenn ich nur ein Glas auf den Boden würde, würde alles weitere von selbst kommen. Auch die Hemmungskraft wird systematisch angewühlt. Es ist so schwer zurückzuhalten, daß ich mir manchmal wünsche: wenn es doch am Ziel wäre.“

3. Abnorme Glücksgefühle sind außerordentlich mannigfaltig durch dabei erlebte unklare Bedeutungen, die dem Kranken nicht recht gegenständlich werden. Sie durchlaufen die ganze Skala von rein sinnlichen Lustgefühlen bis zu religiös-mystischen Ekstasen. Sublime Gefühle<sup>2)</sup> kommen als Phasen bei Psychasthenischen, überströmende Glücksgefühle, ekstatisch berauschte Zustände bei Schizophrenen vor. Eine wunderbare Begeisterung erfüllt diese Kranken, alles ist ihnen ergreifend, rührend, bedeutungsvoll. Weiche, weltumarmende, sentimentale und bedeutungstiefe Gemütszustände treten auch in der Rekonvaleszenz von Krankheiten, bei leichten Fieberzuständen, bei Tuberkulose auf. Es seien Beispiele nur von Schizophrenen mitgeteilt. Diese erleben hier vielleicht qualitativ ganz neu, uns ganz unzugänglich. Ihr Glücksgefühl geht über in ein Bewußtsein des Klarsehens und der Begnadung.

1) Oppenheim und Hoche: Ref. über Pathologie und Therapie der nerv. Angstzustände, in d. Verhandl. d. Ges. dtsch. Nervenärzte 1910, enthalten manches Phänomenologische.

2) Janet: Psychasthenie I S. 388ff.

Ein Schizophrener unterschied drei Arten von Glücksgefühlen bei sich:

1. Ein „intuitives Glück, in welchem er produktiv sei. Es ist voll und wuchtig und ein immerwährendes Jubeln. Symbolisch sei es durch eine Kugel darzustellen, aus der immer weitere Kugeln in einer einzigen soliden Masse hervorquellen.
2. „Seligkeit“, welche gleichsam in ganz anderem Niveau erlebt werde. Es sei wie Schweben, das Körpergefühl dabei ganz matt. Er stehe gleichsam darüber.
3. Während das „intuitive Glück“ häufig, die Seligkeit selten sei, habe er einmal einen Anfall von Glücksgefühl gehabt, das mit dem ersten Typus auf einem Niveau sich befinde, aber symbolisch durch ein immer weiteres Emporsteigen einer Welle ausdrückbar sei; als ob es sich in die Höhe ausdehne, während sich sonst wuchtige Massen übereinander türmen. Dieses Glücksgefühl war sich selbst steigend. Seligkeit ist dagegen eine Ruhe. Es bleibt dabei „ganz selbständig“, d. h. ohne jeden Inhalt. Auch körperliches Glück war dabei, dem Seelischen ganz gleich gesetzt; aber das Körperliche blieb „an der Oberfläche“. Es war, als ob jene Welle gleichsam innen leer und hell, außen dunkel, nur eine Haut sei. Es war etwas, das noch immer höher hinaufdrängt. Es bestand ganz allein für sich, ohne jede Beziehung. Zum Schluß klang es schnell ab und ließ eine seelische Erschöpfung zurück. Das Glücksgefühl war inhaltlos und doch hell. Das sonst erlebte Glück war nicht so dünn, war sonst ein viel geformteres Glücksgefühl. Der Kranke hat das Bewußtsein, so etwas nicht noch einmal aushalten zu können. Es wäre häufiger nicht zu ertragen, weil es von innen heraus körperlich zugrunde richten würde.

Andere Selbstschilderungen von Glück:

„Eines Morgens erwache ich im seligsten Gefühl, auferstanden oder neu geboren zu sein. Weltentrückte, selige Verzückerung, ein überströmendes Gefühl der Befreiung von allem Irdischen! . . . Aus dem lichten Glücksgefühl beginne ich zu fragen: Bin ich die Sonne? Wer bin ich? Ich muß der Gottheit lichtetes Kind wohl sein. . . . Onkel A, als Gott verwandelt, wird mich abholen . . . Natürlich werden wir fliegen und zwar in die Sonne, den Wohnort der Auferstandenen.“

„In dem Gefühl meines verklärten Zustandes gefalle ich mir im Singen und pathetischen Sprechen, verweigere die Nahrungsaufnahme; ich habe kein Bedürfnis mehr zu essen, ich erwarte das Paradies, wo man sich von Früchten nähren wird.“ (Gruhle.)

„Von leichten Wolken wurde ich gehoben, es war als würde sich mit jeder Minute der Geist mehr los aus seinen Banden, und ein namenloses Entzücken und Dankbarkeit nahm in meinem Herzen Platz . . . Es begann ein ganz neues himmlisches Leben in mir . . . ich war unbeschreiblich heiter, sah ganz verklärt aus . . . Ich fühlte mich wunderbar wohl und so vergnügt . . . Mein Zustand war damals beneidenswert . . . In meiner Seele empfand ich wahrhaft einen Vorgeschmack des Himmels . . . Meine Stimme wurde auf einmal ganz hell und klar, ich sang beständig.“ (Engelken.)

In einer anderen Form treten solche Wonnegefühle als „Seelenwollust“ auf, wie sie ein Kranker nannte. Diese Wollust wird als göttlich empfunden und als der Inhalt der ewigen Seligkeit angesehen. Ganz sich selbst genug, genießen diese Kranken ihre unbesieglige Glückseligkeit. Doch spielen bei diesen Gefühlszuständen offenbar noch mehr als sonst Körperempfindungen eine große Rolle.

Die nächste Beziehung zu solchen Glückserlebnissen hat das Bewußtsein des Klarsehens, ohne daß ein mitteilbarer, wirklich deutlicher Inhalt vorhanden wäre. In beglückendster Weise glauben die Kranken den tiefsten Sinn zu erfassen. Begriffe, wie Zeitlosigkeit, Welt, Gott, Tod werden zu ungeheuren Offenbarungen tiefster Erkenntnis, die jedoch nach Abklingen des Zustandes — es waren eben nur Gefühle — in keiner Weise wiedergegeben oder beschrieben werden können.

Dies Gefühl des Klarsehens, des tiefen Eindringens in das Wesen der Dinge tritt z. B. in der Selbstschilderung Nervals hervor: „Es kam mir vor, als wüßte ich alles und alles enthüllte sich mir, die Geheimnisse der Welt in diesen erhabenen Stunden.“ Eine Kranke schrieb: „Mir schien, als sehe ich alles klar und deutlich, als ginge ein merkwürdiges neues Verstehen für alle Dinge mir auf.“

(Gruhle.) Eine andere: „Es war mir, als ob ich einen besonderen Sinn bekommen hätte, wie Hellsicht, als ob ich wahrnehmen könnte, was andere Menschen und ich früher nicht wahrgenommen habe.“ (Schneider.)

Der Kranke, der mir seine drei Arten von Glücksgefühlen schilderte, als er noch kritisch ohne Wahnbildung seinen Erlebnissen gegenüberstand, hat im weiteren Verlauf hieraus mystische und religiöse Erfahrungen entwickelt. Er empfindet die Anfälle als „metaphysische Erlebnisse“, insofern in ihnen „der Charakter des Unendlichen“ steckt. Als er dazu auch gegenständliche Erlebnisse (leibhaftige Bewußtheiten u. dgl.) bekommt, erklärt er auch von diesen: was ich sehe, hat den Charakter einer unendlichen Größe; das ist, was mich frösteln macht. Eines Tages kam der Kranke und sagte, er habe „Gott erlebt“; es sei der „Höhepunkt seines Lebens“. Er habe „seinen Sinn erreicht“. Es dauerte wohl eine Stunde. Es war ein Ausströmen von ihm, eine „Ausdehnung meiner Seele“. Die Erregung war unglaublich stark. Zuletzt war ruhige Seligkeit bei Gott und nun strömte Gott in ihn ein. Im Vergleich zu den früheren Glückserlebnissen stellte er seine Gotterfahrung neben den Typus der sich immer steigernden Welle, aber so, als ob sich ihr Gipfel, gleichsam loslösend, ins Unendliche zu einer Kugel ausdehnte. Das Erlebnis hat „kosmischen Charakter“. Die Zeichnung sei hier in ganz anderer Weise symbolisch als bei den früheren Glückserlebnissen. Der Inhalt war Gott, anschaulich, aber nur als gefühlte Gestalt. Alles sei ganz unvergleichbar; es sei nichts vorstellbar, habe mit unseren Sinnesvorstellungen gar keine Gemeinschaft. Weitere Formulierungen des Kranken waren: Ich komme zu Gott, nicht er zu mir. Ich ströme aus. Als ob ich die ganze Welt umspannen würde, aber außerhalb meiner umspannen würde; als ob meine Seele herausgeht und dann Gott umspannt.

Mit dem Glücksgefühle, dem Klarsehen, dem Gotterleben verbinden sich häufig Begnadungsgefühle und dann führt der Weg schnell aus der Gefühlswelt ins Gegenständliche und Wahnhafte. Der Kranke fühlt sich aller Sünden ledig, heilig, als Gotteskind, und dann als Messias, Prophet, Madonna. —

Im Gegensatz zu den bisher veranschaulichten gegenstandslosen Gefühlen stehen die Gefühle, die vorwiegend einen Charakter am Gegenstände (Geiger) bilden, und die, welche auf Gegenstände als ihren Inhalt gerichtet sind. Anomalien der sinnlichen Gefühle werden z. B., wie folgt, geschildert:

„Das Tastgefühl wird im Anfassen von Holz (man gibt mir vergiftete Bleistifte), Wolle, Papier insofern unangenehm berührt, als ich dabei „verbrennendes“ Durchziehen aller Gliedmaßen spüre. Dasselbe mit „Verbrennung“ bezeichnete Gefühl stellt sich vor dem Spiegel ein, dessen „Ausstrahlung“ mich ätzend überläuft (deshalb fliehe ich den Spiegel). Am besten lassen sich noch Porzellan, Metall, kleine silberne Löffel, dünne Leinenstoffe angreifen, oder mein eigener Körper an bestimmten Stellen.“ — „Dazu kommt, daß ich die aufdringliche Leuchtkraft verschiedener Farben (Blumen usw.) als Teufels- oder giftige Töne empfinde, die eine schmerzhaftige Ausstrahlung haben, z. B. rot, braun, grün, schwarz (Druckerschwärze, tiefe Schatten, schwarze Fliegen), während lila, gelb und weiß dem Blick sympathisch ist.“ (Gruhle.)

Hier treten neben anderen Phänomenen die intensiven und abnormen Gefühlscharaktere einzelner Empfindungsqualitäten deutlich hervor. Solche Gefühlscharaktere besitzen nun alle Inhalte des Gegenstandsbewußtseins, nicht bloß die Empfindungselemente, sondern räumliche und zeitliche Formen, Gegenstände, deren Bedeutung, Beziehungen, Begriffe, Ideen. Nur ganz allgemein wissen wir von solchen Gegenstandscharakteren. In einem Fall hören wir, daß die Außenwelt so kalt, so fremd wird: „Die Sonne sehe ich wohl scheinen, aber ich fühle sie nicht scheinen“. In anderen Fällen treten positive



Gefühle an den Gegenständen besonders stark hervor. In merkwürdiger Ruhe hat der Kranke eine klare, gefühlsreiche Anschauung der Umgebung, alles ist bedeutungsvoll, weihevoll, wunderbar. Ohne Gedanken genießt er die heiligen Eindrücke einer ihm scheinbar ferngerückten Welt (bei leichtem Fieber, in periodischen Zuständen, Wirkung des Opiums: Baudelaire). Die Natur ist herrlich, als ob das goldene Zeitalter da sei. Die wirkliche Landschaft macht den Eindruck wie ein Bild von Thoma oder Hans von Marées. Die Sonne scheint unvergleichlich schön (alles im Beginn akuter Psychosen mit reichem Erleben). Oder es sind Gefühle einer Betonung der Gegenstände im Sinne des Gespenstischen, Geisterhaften, Grellen, Grausigen. Eine bloße Steigerung inhaltlich natürlicher Gefühlsbetonungen zeigt sich in folgender Schilderung aus dem Beginn einer akuten Psychose:

„Einen besonders trostlosen Eindruck machte mir das Deckelbad ... Die Schrauben und Zellschlüssel am Schlüsselbund der Wärterinnen mit den zwei Zinken machten mir den Eindruck, als könnten sie dazu dienen, einem die Augen auszustechen. Ich erwartete, das schwere Schlüsselbund könnte einem aus dem Gürtel der Wärterin auf den Kopf fallen und konnte nicht leiden, wenn es, was jeden Augenblick geschah, durch sein Gewicht niedergezogen, klirrend zu Boden fiel ... Die Zellen in ihrer Leere, in die ich abends hastig hineinexpediert wurde, um mir selbst überlassen zu sein, die Abwesenheit alles Komforts, alles Schmuckes ... das alles fühlte ich als tief demütigend ... Am peinlichsten berührten mich die Flüche und wüsten Reden einiger Patientinnen. Ich litt förmlich darunter, weit mehr als es in gesunden Tagen der Fall gewesen wäre.“ (Forel.)

Eine besondere Art dieser Gefühle, die uns am Gegenstand gegenüberstehen, sind die Einfühlungen in andere Menschen, Man beobachtet bei Kranken auf der einen Seite eine abnorm starke Einfühlung, die sie quält, auf der andern Seite Klagen, die Menschen seien wie Automaten, wie Maschinen, seelenlos.

Die Zunahme der Einfühlungsfähigkeit, des Reichtums an feinem Verständnis der differenzierten Seelenzustände wird u. a. im Beginn von Prozessen erlebt. Ein Kranker erlebte jahrelang vor Ausbruch seiner akuten Psychose eine zunehmende Steigerung dieser Einfühlungsfähigkeit, die ihm selbst als abnorm bewußt wurde. Kunstwerke waren ihm tief, reich, eindrucksvoll, wie bezaubernde Musik, Menschen erschienen ihm viel komplizierter als früher, Frauen-seelen glaubte er mannigfaltiger zu verstehen als je. Literarische Werke machten ihm schlaflose Nächte. —

Von den auf Inhalte gerichteten Gefühlen sei nur eines hervorgehoben: In der Selbstreflexion hat der Mensch ein Gefühl der eigenen Leistungsfähigkeit. Die Gefühle der Insuffizienz gehören zu den häufigsten Klagen. Zum Teil als das Bewußtsein wirklicher Insuffizienz, zum Teil als unbegründete primäre Gefühle treten sie besonders bei Psychopathen und periodischen Vorgängen zahlreich auf. Das Bewußtsein, für die reale Welt unbrauchbar, unfähig zu jeder notwendigen Handlung, entschlußunfähig, unentschieden, ungeschickt zu sein, das Gefühl, nicht mehr denken, nichts mehr verstehen zu können, alles Gedächtnis verloren zu haben, sind die hauptsächlichste Qual vieler abnormer Zustände, in denen eine entsprechende wirkliche Insuffizienz gar nicht vorzuliegen braucht, oft aber tatsächlich in mäßigem Grade vorhanden ist. Diese Klagen treten

häufig mit den Erscheinungen der objektiven Hemmung als subjektive Hemmung auf. —

Suchen wir uns weiter Gesamtzuständlichkeiten des Gefühls zu vergegenwärtigen, die als Stimmungen und Affekte beschrieben werden, so bietet die Sprache zahlreiche Benennungen, z. B. Trauer, Wehmut, Heiterkeit, Lustigkeit, Weltschmerz usw., die aufzuzählen trivial wäre. Man kennt von charakteristischen Stimmungen z. B. die natürliche Heiterkeit, die übersprudelnde Lustigkeit des Hypomanischen, die traurige Verstimmung des Depressiven, die zufriedene Glückseligkeit und das satte Wohlgefühl euphorischer Paralytiker, die närrische, läppische oder exaltierte Vergnügtheit des Hebefahrenen. Dagegen müssen wir uns hier noch zwei Gemütszustände vergegenwärtigen, die weniger durch positive Gefühle als durch Defekte an Gefühlen charakterisiert zu sein scheinen: die wirkliche Apathie und das Gefühl der Gefühllosigkeit. Apathie nennen wir das Fehlen der Gefühle. Ist dieses Fehlen ein totales — was in akuten Psychosen vorübergehend vorkommen kann —, so kann der Fall eintreten, daß das Subjekt bei vollem Bewußtsein, bei voller Orientierung sieht und hört, das Beobachtete im Gedächtnis bewahrt, aber alle Ereignisse, mögen sie ihm Glück, Lust und Förderung oder, als drohende Gefahr, Leid und Zerstörung zu bringen geeignet sein, mit derselben völligen Gleichgültigkeit an sich vorbeiziehen läßt. Es fehlt dann auch der Anreiz, irgendwie Stellung zu nehmen oder zu handeln: diese Apathie hat Abulie zur Folge. Es ist, wie wenn die Seite des Seelenlebens, die wir als Intelligenz, Gedächtnis, Gegenstandsbewußtsein bezeichnen, diese Seite, die die Welt bloß objektiv mit dem Verstande erfäßt, isoliert wäre. Vergleichbar einem photographischen Apparat, kann dieser Verstand wohl ein Bild der Umgebung gewinnen, aber keine Anschauung, die im Erleben, im gefühlsdurchdrungenen Werten, nicht im bloßen Sehen, Hören und Denken gestaltet wird. Objektiv macht sich das Fehlen jeglicher Gefühlsregungen bemerkbar in dem Unterlassen der Nahrungsaufnahme, in dem gleichgültigen Geschehenlassen von Verletzungen, Verbrennungen. In solchen Zuständen würde der Kranke sterben, wenn er nicht durch künstliche Ernährung und Pflege erhalten würde. Von dieser Apathie akuter Zustände ist wohl zu unterscheiden der gemüthliche Stumpfsinn abnormer Persönlichkeiten, bei denen immer noch zahlreiche Gefühle — nur gröbere — vorhanden sind.

Das Gefühl, man habe keine Gefühle mehr, die subjektive Gefühlshemmung, ist ein sehr merkwürdiges Phänomen, das besonders bei periodischen Psychopathen, aber auch im Beginn aller Prozesse vorkommt. Die Kranken klagen, sie könnten keine Freude, keinen Schmerz mehr empfinden. Sie fühlten keine Liebe mehr zu ihren Angehörigen, alles sei ihnen gleichgültig. Beim Essen glauben sie keine Befriedigung zu fühlen. Schlechtes Essen schmecke ihnen nicht schlecht. Sie fühlen sich öde, leer und tot, haben keine Daseinsfreude mehr. Sie klagen, keine innere Anteilnahme, kein Interesse mehr zu haben. Dabei leiden die Kranken ungeheuer unter dieser

subjektiv empfundenen Gefühlsleere. Und dieselbe Angst, die sie nicht zu fühlen meinen, ist als wirklich vorhanden in körperlichen Symptomen erkennbar. In leichten Fällen klagen sie über Benommenheit der Gefühle, dumpfe Gefühle, fremdartige Gefühle.

Schneider hat die Störungen von Liebe und Mitfühlen phänomenologisch durch Fälle veranschaulicht. Es kann eine tatsächliche Herabsetzung und Armut an diesen Gefühlen bestehen (ursprünglich, schicksalsmäßig, prozeßmäßig) und dieser Armut können sich die Menschen verzweiflungsvoll bewußt werden. Es kann aber auch eine Entfremdung des gesamten Erlebens sich auf die Akte der Liebe erstrecken. Oder es kann — genetisch verständlich — ein Eingesponnensein in die eignen Gefühle das Verstehen der anderen erschweren<sup>1)</sup>.

Zuletzt sei noch eine der Betrachtung der Zusammenhänge vorgegreifende Bemerkung gemacht: Unter den uns interessierenden Gefühlen unterscheiden wir zwei große Gruppen: 1. die zwar abnorm gesteigerten und durch eine besondere Färbung ausgezeichneten, aber in ihrem Hervorgehen aus Erlebnissen verständlichen Gemütszustände, 2. die für unser Verständnis nicht weiter zurückzuverfolgenden, als etwas seelisch Letztes zu konstatierenden, endogen entspringenen, nur durch außerbewußte Ursachen (körperlicher Vorgang, Phase, Periode usw.) erklärlichen Gemütszustände. So steht dem normalen Heimweh auf der einen Seite das zwar verständliche, aber maßlose, in seinen Äußerungen zu sinnlosen Gewalttaten führende Heimweh junger, zum erstenmal das Elternhaus verlassender Mädchen gegenüber; auf der andern Seite die ganz ohne äußeren Anlaß auftauchende Verstimmung, die dann subjektiv als Heimweh gedeutet wird<sup>2)</sup>.

Unter Verwertung einer phänomenologischen Aufstellung Schelers (der Schichten von Gefühlen unterscheidet, aufsteigend von sinnlichen Gefühlen, die körperlich lokalisiert sind, über Vitalgefühle, die den gesamten Körper- und Lebenszustand betreffen, zu seelischen Gefühlen, die immer genetisch verstehbar und ichzentriert sind, und zu geistigen Gefühlen der Seligkeit u. dgl.) hat Schneider in endogenen Depressionszuständen eine Depression der Vitalgefühle als das Entscheidende betrachtet im Gegensatz zu reaktiven Depressionen, bei denen verstehbare seelische Gefühle der Trauer das Wesentliche seien<sup>3)</sup>.

#### § 4. Triebregungen und Wille.

Psychologische Vorbemerkungen: Hier wie bisher hat die Phänomenologie es nur mit dem wirklich Erlebten, nicht mit irgendwelchen außerbewußten Mechanismen zu tun. Diese bewirken, z. B. als motorische Mechanismen, daß die erlebten Triebregungen und Willensentschlüsse Erfolg haben, nach außen treten; sie geben den Erlebnissen erst Wirkungsfähigkeit. Die Wir-

<sup>1)</sup> K. Schneider: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 65. 1921. S. 109.

<sup>2)</sup> Gaupp: Über den psychiatrischen Begriff der Verstimmung, Zentralbl. f. Neurol., 27. 1904. S. 441.

<sup>3)</sup> K. Schneider: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 65. 1920. S. 281. Westermann: ebenda 77 S. 391.

kungen der Willensakte, deren Zustandekommen ganz außerhalb des Bewußtseins liegt, sind entweder innere, z. B. das Auftreten bestimmter Erinnerungsvorstellungen, oder äußere, z. B. motorische Leistungen. Hiervon wird in dem Kapitel über die objektiven Erscheinungen die Rede sein. An dieser Stelle haben wir es nur mit dem unmittelbar Erlebten zu tun.

Aus der Psychologie der Trieb- und Willenserlebnisse<sup>1)</sup> bringen wir nur ganz wenige Grundbegriffe. Man verschafft sich eine Übersicht über die Phänomologie dieser Erlebnisse, indem man sich eine — durch Auftreten wesensneuer Elemente unterbrochene — Reihe zunehmender Kompliziertheit denkt: von reflexartigen, noch eben von Bewußtsein begleiteten, ihr eigenes Ziel nicht kennenden Triebhandlungen führt die Reihe bis zu Willensentscheidungen, die auf der Basis eines ganzen Lebens mit vollem Bewußtsein aller Triebe, alles Wissens der Folgen und aller von der Persönlichkeit anerkannten Werte erfolgen. Die Psychopathologie hat es bisher fast durchweg mit den einfachsten Phänomenen dieser Reihe zu tun. Wir unterscheiden die Triebregungen, das Erleben eines primären Dranges, die Zielvorstellungen und das Wissen von Folgen. Alle diese Momente treten als Motive miteinander in Kampf. Gegenüber diesen Motiven, die insofern als Material erscheinen, tritt nach dem Abwägen, Schwanken, Kämpfen eine Entscheidung auf, das eigentümliche „ich will“ oder „ich will nicht“. Dies Willkürbewußtsein ist neben dem Erlebnis der Triebregung und neben dem Erlebnis der Entzweigung bzw. Entgegensetzung das dritte wichtige nicht rückführbare Phänomen. Nur wenn Wahl und Entscheidung in irgendwelcher Art erlebt ist, sprechen wir von Willen, von Willkürhandlungen. Fehlen diese Erlebnisse, geht vielmehr die Triebhandlung hemmungslos in Bewegung über, so sprechen wir von Triebhandlung. Zu den Phänomenen der Triebregung, des Kampfes, der Willkür tritt das Bewußtsein von den Wirkungen der Triebregungen oder Willensentscheidungen in motorischen Entladungen oder in seelischen Folgen. Diese Folgen werden als gewollte oder triebhafte auf eine eigentümlich andere Weise erlebt, als wenn sie spontan, etwa als Krampf, auftreten. — Eine besondere Art innerer Willensphänomene sind die willkürliche oder unwillkürliche Aufmerksamkeitszuwendung, deren Folgen in einem Klarer- und Deutlicherwerden des betroffenen Inhalts bestehen. — Über Inhalte der Triebe vgl. S. 214.

Wenn Triebregungen ohne weiteres, ohne Kampf, ohne Entscheidung zur Entladung kommen, spricht man von Triebhandlungen. Sind die Phänomene inhaltlich abnormer Natur, sagt man dafür impulsive Handlungen<sup>2)</sup>. Abnorm nennt man sie dann, wenn für unser einführendes Verständnis keine Möglichkeit begrifflich ist, durch die sie hätten unterdrückt werden können. Sie sind häufig in akuten Psychosen, in Bewußtseinstrübungen, in undifferenzierten Entwicklungszuständen. Zwar Triebhandlungen, aber nicht pathologische impulsive Handlungen sind die allermeisten Handlungen des täglichen Lebens.

Ein Schizophrener berichtet aus den ersten Stadien des Prozesses folgende ihm sofort auffällige impulsive Handlung: „Damals hatten wir eine gesellige Zusammenkunft. Auf dem Heimwege packte mich ganz plötzlich, wie aus heiterem

1) Vgl. Lotze: Mediz. Psychol., S. 287—325. Wer sich hier und in Wundts Grundriß über das Einfachste orientiert hat, kann sich an die schwierigeren, aber äußerst feinen Analysen von Lipps wagen: Vom Fühlen, Wollen und Denken, 2. Aufl., Leipzig 1907. Eine flüssig geschriebene, zusammenfassende Darstellung, durch die man die übrige Literatur leicht findet, bietet: Else Wentscher: Der Wille, Leipzig 1910.

2) Aus der Literatur: Ref. v. Förster und Aschaffenburg über impulsives Irresein, Zentralbl. f. Neurol. 1908, S. 350; Ziehen: Monatssch. f. Psych., 11 S. 55, 393; Rauschke: Charité-Annalen, 30 S. 251; Fritsch: Jahrb. d. Psych., 7 S. 196.

Himmel — früher hatte ich nie daran gedacht — die Idee: du mußt mal in den Kleidern durch den Fluß schwimmen. Es war kein Zwang, von dem ich mir Rechenschaft gab, sondern einfach ein kolossal heftiger Impuls, so daß ich mich keine Minute besonnen habe, sondern direkt hineingesprungen bin. Wie ich das Wasser gemerkt habe, da habe ich erst gemerkt, daß es Unfug war, und bin wieder herausgestiegen. Das Ganze hat mir viel zu denken gegeben. Zum erstenmal etwas Unerklärliches, ganz Sporadisches und ganz Fremdes.“ (Kronfeld.)

Kommt es statt des hemmungslosen impulsiven Vorgangs zu einem Kampf der Motive, so fällt die Entscheidung in zweierlei Weise: entweder mit dem Gefühl der Behauptung der Persönlichkeit und dem Bewußtsein der Freiheit oder mit dem Gefühl des Unterliegens und dem Bewußtsein des Zwanges. Kommt im letzteren Falle noch dazu das Bewußtsein von der Fremdheit der Triebregung, das Bewußtsein, daß die Triebregung dem eigenen Wesen überhaupt nicht entspricht, daß sie sinnlos, unverständlich ist, so sprechen wir von einer Zwangshandlung. Kommt es nicht zur Handlung, sondern wird die Triebregung besiegt, so spricht man von Zwangsantrieb. Es ist durchaus gewöhnlich, daß die von solchen Phänomenen befallenen Individuen harmlosen Zwangsantrieben Folge leisten, dagegen folgenreichen, z. B. verbrecherischen Antrieben, etwa zum Mord eines Kindes, sich mit aller Kraft erfolgreich widersetzen.

Von den hier gemeinten primären Zwangsantrieben und Zwangshandlungen sind die sekundären Zwangshandlungen, die in verständlicher Weise aus anderen Zwangsvorgängen hervorgehen, zu trennen. Z. B. läßt ein Mensch, der die Vorstellung mit Zwangsgeltung hat, daß er ein unerfüllbares Versprechen gegeben habe, sich ein schriftliches Zeugnis geben, daß dies nicht der Fall sei. Sekundäre Handlungen sind auch die zahlreichen Schutzhandlungen, die auf der Basis von Zwangsvorgängen entstehen, wie das Waschen bei Bazillenfurcht u. dgl. — Wenn den Zwangsantrieben Folge gegeben wird, so tritt ebenso wie bei den impulsiven Handlungen ein lebhaftes Gefühl der Erleichterung und Erlösung ein. Wird dagegen Widerstand geleistet, so treten heftige Angstzustände oder andere, z. B. motorische, Entladungen auf (vgl. die früher zitierten Arbeiten von Janet, Friedmann, Löwenfeld).

Wir wenden uns zu weiteren formalen Anomalien des Willens. Eine charakteristische Störung ist das Bewußtsein der Hemmung des Willens, das als subjektive Hemmung der Triebregungen (Klagen über Interesselosigkeit, zu nichts mehr Lust usw.) oder als subjektive Hemmung des Willensaktes (Klagen über Unfähigkeit, in der gegebenen realen Situation eine Entscheidung zu fällen, über Entschlußunfähigkeit u. dgl.) auftritt. Es ist meist gleichzeitig mit dieser subjektiven Hemmung eine — meist nicht entsprechende — objektive Hemmung vorhanden. Sie kann aber auch ohne alle objektive Hemmung intensiv erlebt werden.

Ein merkwürdiges Phänomen ist das Erlebnis völliger Willenslosigkeit, völliger Ohnmacht. Charakteristisch ist das Gefühl völliger Passivität, Willensohnmacht und Hingegebenheit in akuten erlebnisreichen Psychosen. Es ist oft unklar, ob es sich um das Erlebnis mangelnden Willensaktes oder um das Bewußtsein der objektiven Wirkungsunfähigkeit der Willensakte handelt. Es tritt in verstärkter Form z. B. in folgender, von einer Kranken geschilderten Szene deutlich hervor:

Die Kranke lag im Bett. Sie hörte Gerumpel und Klopfen an der Tür. Es kam „etwas“ herein, kam heran bis ans Bett. Sie fühlte es und konnte sich nicht rühren. Es kam am Körper herauf wie eine Hand bis zum Hals. Sie hatte ungeheure Angst und war dabei völlig wach. Aber sie konnte nicht einmal schreien, sie konnte sich nicht erheben, sie war wie gebannt.

Auch ohne allen erlebten Inhalt geschieht es Kranken, daß sie bei vollem Bewußtsein nicht mehr sich bewegen, nicht mehr sprechen können. Auf andere macht der Kranke den Eindruck eines Betrunkenen; man lacht ihn aus, er ärgert sich, kann aber nicht antworten. Volle Erinnerung nach dem Zustand zeigt objektiv, daß er bei Bewußtsein war. Solche Zustände sind zum Teil als narcoleptische Anfälle beschrieben. Friedmann<sup>1)</sup> charakterisiert sie: „Die Augen nach oben gedreht und unbewegt, mit etwas weiten, reagierenden Pupillen, die Erstarrung des Denkvermögens bei erhaltener Bewußtheit, die weiche und unbewegte Körperhaltung oder statt ihrer seltener die automatische Fortsetzung der letzten Aktion, die gerade im Gange war; das Erwachen meist ohne irgendwelche hinterbleibende Störung; häufig vor dem Anfall ein Auragefühl, bzw. ein Gefühl, daß „es jetzt kommen wird“; im Anfall nicht selten ein leichteres Beklommenheitsgefühl“. — Man findet auch bei Hysterischen, in der schizophrenen Gruppe gelegentlich Kranke, die von solchen Starrezuständen bei völligem Bewußtsein zu berichten wissen.

Auch in der Beherrschung des eigenen Gedanken- und Vorstellungsverlaufs, die uns normalerweise selbstverständlich ist, gibt es dies Erlebnis der Ohnmacht, der Wirkungsunfähigkeit. Ganz abgesehen von dem häufigen Bewußtsein, sich nicht recht konzentrieren zu können, gibt es bei vielen Geisteskranken vorübergehende Zustände, in denen sie geradezu ihre „Gedanken wiederfinden“ müssen (Bleuler). Sie erleben ganz abnorme Denkhindernisse.

Eine Kranke schilderte uns: wenn sie an irgend etwas denken wolle, z. B. an Geschäftssachen, so würden ihr manchmal plötzlich alle Gedanken weggezogen, wie wenn man einen Vorhang wegzieht. Wenn sie mit Gewalt die Gedanken festhält, schmerzt es im Kopf. Je mehr sie sich bemüht, desto heftiger werden die Schmerzen (es ist, wie wenn eine Schnur vom Kopf wegzieht). Es gelingt ihr aber trotzdem, die Gedanken zu behalten oder wiederzugewinnen.

Mehr dauernde Zustände schildern uns Kranke in einer Weise, die unseren Erfahrungen in der Müdigkeit ähnlich sind: sie fühlen sich eingenommen im Kopf, sie können sich bei keiner Arbeit konzentrieren, die Gedanken schwinden gerade, wenn sie sie brauchen, nichtzugehörige Gedanken kommen dazwischen. Sie fühlen sich schläfrig, zerstreut. Zu ihrer Arbeitsunfähigkeit kommt die Arbeitsunlust. Aber mechanische Tätigkeiten gelingen ihnen leicht und diese verrichten sie unter Umständen gern. Das unterscheidet diese Zustände von Hemmung und Ermüdung. Sie werden häufig im Beginn von Prozessen durchgemacht. Intelligente Kranke geben selbst an, daß es ganz anders sei wie die Ermüdung, die sie ja gut kennen. — Auch ganz vorübergehend überfällt die Kranken die Willensohnmacht. Sie können auf der Treppe nicht weiter gehen, als wenn sie

1) Friedmann: Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, Bd. 30.

gelähmt wären, schleppen sich mit aller Gewalt; plötzlich ist es wieder normal.

Der subjektiven Willenshemmung, dem Erlebnis völliger Willensohnmacht, reihen sich als weitere Gruppe anormaler Willenserlebnisse die Phänomene der beeinflussten Willenshandlung an. Man hört von Psychopathen häufig Klagen, es sei als ob sie gar nicht selbst handelten, als ob sie ein toter Mechanismus seien, als ob sie ein Automat in den Händen eines anderen wären. Von diesen den Depersonalisationserscheinungen zugehörigen Phänomenen ist wohl zu unterscheiden das elementare Erlebnis wirklicher Beeinflussung. Die Kranken fühlen sich gehemmt und behindert, aber von Außen. Sie können nicht tun, was sie wollen, man hält ihnen die Hand fest, wenn sie etwas heben wollen; es ist eine physische Gewalt. Sie fühlen sich von hinten her gezogen, fühlen sich unbeweglich gemacht, versteinert. Die Sprache wird ihnen still gestellt. Umgekehrt werden ihnen Bewegungen gemacht, die sie gar nicht wollten. Sie wundern sich, warum denn ihre Hand an die Stirn geführt wurde, warum sie einen Angriff auf einen andern machten. Sie „wollten“ es gar nicht. Es ist für sie eine unverständliche fremde Gewalt. Es handelt sich hier um Phänomene, die wir uns nicht recht anschaulich vergegenwärtigen können. Auf der einen Seite besteht noch eine Ähnlichkeit mit einem Willensakt, auf der anderen Seite mit einer bloß ablaufenden und nur beobachteten Reflexbewegung. Einige Stellen aus einer Selbstschilderung machen das deutlich:

Es ist etwas Merkwürdiges „das Auftreten des Brüllwunders, bei welchem meine dem Atmungsvorgang dienenden Muskeln . . . dergestalt in Bewegung gesetzt werden, daß ich genötigt bin, den Brülllaut auszustoßen, sofern ich nicht ganz besondere Mühe auf seine Unterdrückung verwende . . . was bei der Plötzlichkeit des gegebenen Impulses nicht immer möglich ist oder doch nur bei unablässig auf diesen Punkt gerichteter Aufmerksamkeit möglich sein würde . . . Zuzeiten erfolgt das Brüllen in so rascher und häufiger Wiederholung, daß für mich ein nahezu unerträglicher Zustand sich ergibt . . . Soweit die Vozifikationen in dem Gebrauch artikulierter Worte bestehen, ist mein Wille natürlich nicht unbeteiligt. Nur das unartikulierte Brüllen ist wirklich rein zwangsmäßig und automatisch . . . meine ganze Muskulatur unterliegt gewissen Einflüssen, die nur einer von außen wirkenden Kraft zugeschrieben werden können . . . Die Schwierigkeiten, die mir beim Klavierspielen in den Weg gelegt werden, spotten jeder Beschreibung. Lähmung der Finger, Veränderungen der Richtung der Augen, Ablenkung der Finger auf unrichtige Tasten, Beschleunigung des Tempos durch verfrühtes Inbewegungsetzen meiner Fingermuskeln . . .“ Analoge Erlebnisse sind auf dem Gebiete der inneren Willenshandlungen die „gemachten Gedanken“, der „Gedankenabzug“ und ähnliches. (Schreber.)

Auch Triebregungen werden als „gemachte“ erlebt, besonders sexuelle:

Ein Schizophrener schildert „übersinnliche Genüsse mit jungen Mädchen ohne persönliche Berührung . . . früher suchten sich verschiedene, nicht alle, ungefähr diesen Genuß zu verschaffen. Ein hübsches Mädchen kokettiert also mit den Augen im Vorbeigehen, man wird aufmerksam auf sie. Man wird bekannt, ähnlich wie ein Liebespaar. Nach einiger Zeit macht sie gewisse Zeiger nach ihrem Schoße, sie will eben in der Ferne auf telepatischem Wege ohne persönliche Berührung den Geschlechtsreiz erregen, um ähnlich wie bei einer wirklichen Umarmung eine Pollution zustande zu bringen.“

In manchen akuten Psychosen erleben die Kranken ein ungeheures Kraftgefühl. Es ist, als wenn sie alles könnten. Unermeßliche Wirkungen gehen von ihnen aus. Sie vermögen alles zu vollbringen. Körperlich fühlen sie sich riesenstark. Nicht hundert Menschen können sie überwältigen. Sie fühlen, daß ihre Kräfte auch in die Ferne dringen. Damit verbindet sich manchmal ein Gefühl ungeheurer Verantwortung, daß Bewußtsein, außerordentliche, weltbewegende Taten zu vollbringen.

Nerval schildert: „Da hatte ich die Idee, daß ich sehr groß geworden sei und daß ich durch eine Flut von elektrischen Kräften alles niederwerfen würde, was sich mir näherte. Es war etwas Komisches in der Sorgfalt, mit der ich meine Kräfte im Zaum hielt und das Leben der Soldaten, die mich festgenommen hätten, verschonte.“

Eine Schizophrene schrieb: „Alle Leute, die ich anrede, glauben mir unbedingt und tun, was ich sage. Niemand sucht mich zu belügen; die meisten glauben ihren eigenen Worten nicht mehr. Ich habe einen unbeschreiblichen Einfluß auf meine Umgebung . . . Ich mute mir zu, daß mein Blick andere verschönt und versuche diesen Zauber bei meinen Pflegerinnen. Die ganze Welt ist in ihrem Wohl und Wehe überhaupt von mir abhängig. Sie soll von mir verbessert und erlöst werden.“ (Gruhle.)

Andere Kranke wundern sich im Beginn akuter Psychosen über die ungewöhnliche Kraft und Klarheit ihres Denkens. Die Gedanken strömen ihnen zu, wie sie sie wünschen, mit nie erlebter Leichtigkeit und in wunderbarer Fülle. Sie vermögen jedes Problem, so fühlen sie, jetzt spielend zu bewältigen. Ihre Geisteskräfte sind vervielfacht. —

Nach der Veranschaulichung der mehr formalen und quantitativen Anomalien des Trieb- und Willenslebens fragt man nach den Anomalien der Inhalte. Die Inhalte der Triebregungen sind unübersehbar an Mannigfaltigkeit. Perverse Geschmackstrieb sind z. B. als *picae* der Schwangeren und Hysterischen bekannt, die ein intensives Bedürfnis nach Sand oder nach Essig usw. haben. Triebe zu Schmerzempfindung, Lust an intensiven Schmerzen, an Selbstbeschädigung, Sucht nach irgendwelchen Gemütsbewegungen, nach Emotionen um jeden Preis, der Drang nach exzessiven Ausdrucksbewegungen und Gebärden, das Verlangen nach Ruhe und Untätigkeit, die zahllosen Suchten, wie Wandertrieb, Pyromanie, Kleptomanie, Trunksucht usw., alles das bedarf einer besonderen Analyse, die eine Aufgabe der speziellen Psychiatrie ist. Die Kenntnis und lebendige Vergegenwärtigung der Triebregungen, Wünsche, Begehungen bedeutet einen der wichtigsten Zugänge zu menschlichem Seelenleben. Die perversen sexuellen Triebrichtungen sind sehr häufig, phänomenologisch aber erst neuerdings beschrieben worden<sup>1)</sup>.

Zahlreich sind die oft unbegreiflichen Triebregungen in akuten Psychosen und vorübergehenden Zuständen. Sie pflegen dort schnell zu motorischer Entladung zu kommen. Ein Kranker springt plötzlich aus stuporösem Verhalten

<sup>1)</sup> K. Schneider: Bemerkungen zu einer phänomenologischen Psychologie der invertierten Sexualität und erotischen Liebe, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 71, S. 346. Toepel: Zur Psychologie der lesbischen Liebe, ebenda 72, S. 237. A. Kronfeld: Über Gleichgeschlechtlichkeit, Stuttgart 1922 (darin S. 24f.: „Wesensschau“).



heraus aus dem Bett, schlägt, beißt, rennt mit dem Kopf gegen die Wand. Am nächsten Tag ist er zugänglich, weiß von der Sache, sagt, es sei unwiderstehlich gewesen. Ein anderer schlägt dem Arzt bei ruhiger Unterhaltung plötzlich mit der Faust gegen die Brust, einige Zeit später bittet er um Verzeihung, es sei ihm plötzlich so unwiderstehlich gekommen mit dem Gefühl, der Arzt sei ihm feindlich. — Reiner Bewegungsdrang (Lösung des Triebes in der Lust am sinnlosen Bewegen) und Beschäftigungsdrang (Lösung in bestimmten Betätigungen, Basteleien) sind in akuten Zuständen etwas Gewöhnliches. Der Bewegungsdrang kann auf einzelne Gebiete isoliert auftreten, z. B. als Rededrang bei im übrigen völliger Ruhe.

Viele Triebregungen werden von der Persönlichkeit als natürliche Äußerungen ihres Wesens und ihres augenblicklichen Zustandes empfunden. Sie werden als durchaus verständlich von der Persönlichkeit als ihre eigenen Triebregungen erlebt. Darunter können sehr abnorme sein, wie sadistische und masochistische Triebe, wie der Drang zum Schmerz u. a. Andere Triebregungen empfindet die Persönlichkeit als sich fremd, als unnatürlich, als unverständlich, sie erlebt sie nicht als ihre eigenen, sondern als aufgedrungene. Diesem phänomenologischen Gegensatz der subjektiv als verständlich oder unverständlich erlebten Triebregungen steht der damit nicht zu verwechselnde Gegensatz der für den Beobachter objektiv verständlichen oder unverständlichen Triebregungen gegenüber. Beide Gegensätze decken sich keineswegs. Perverse sexuelle Triebregungen im Beginn von Prozessen, im Greisenalter usw. können z. B. subjektiv als eigene erlebt, objektiv als durchaus neue, unverständliche, durch den Prozeß bedingte, angesehen werden. Andererseits können durch Gewohnheit unüberwindlich gewordene Triebregungen subjektiv als fremd, objektiv als verständlich betrachtet werden.

## Abschnitt 2.

### Der augenblickliche Gesamtzustand des Seelenlebens.

Es gibt zwei entgegengesetzte einseitige Ansichten: Die eine erklärt, es gebe im Seelenleben nur Elemente, das Ganze oder Allgemeine des Seelischen sei nichts Hinzukommendes, sondern nur ein anderer Ausdruck für die Zahl der Beziehungen, in denen die Elemente stehen, für die Durchdringung aller Seelenvorgänge durch ein Element, für die Färbung, die ein Element vielleicht durch sein Hinzukommen anderen geben möge. Die andere Ansicht sagt, das Ganze des Seelenlebens sei das Wesentliche und das eigentlich allein sich Verändernde und abnorm Werdende, die Herausanalysierung von Elementen sei etwas Künstliches. Beide Ansichten geraten, wenn sie sich isolieren, auf Irrwege. Wenn man bloß Elemente und ihre Beziehungen sieht, sieht man das Seelenleben als ein Mosaik oder Kaleidoskop toter Bruchstücke; es fehlt dann die Intuition für die Farbe durch das Ganze, es fehlt die Kritik, die Alles nur in bezug auf das Ganze sieht, und es entstehen fortdauernd Irrtümer durch Vergleich des Unvergleichbaren, durch Verwechslungen und durch die ganze so

entstehende Veräußerlichung des Seelenlebens. Hypostasiert man aber umgekehrt das Ganze zu festen Wesenheiten, auf deren Erfassen allein es ankomme, so verliert man alle scharfen Begriffe, so verliert man vor allem den einzigen Weg exakter Analyse, der durch präzise Bestimmung der Elemente beschritten wird. Die fruchtbare Erkenntnis geht fortwährend zwischen den Elementen und dem Ganzen hin und her. Dem Ganzen gegenüber besteht vorwiegend eine bloße Intuition, die nur in Elementaranalyse klarer wird. Mit den isolierten Elementen läßt sich leicht äußerlich formal-logisch arbeiten, aber nur wenn sie in bezug auf das Ganze gesehen werden, behalten sie die Beweglichkeit im Kopfe des Beobachters. Das Ganze ist manchmal dem „Gefühl“ des Beobachters gegenwärtig, ohne daß ein Element recht klar ist; es gibt einen „Blick“ für Persönlichkeiten, Krankheitstypen, typische Symptomenkomplexe. Jedoch die exakte Auffassung geht immer zu den Elementen hin, da nur durch ihre Bestimmung die Auffassung klar und faßbar wird.

Typische Ganzheiten gibt es mehrere: das aktuelle momentane Ganze des Seelenlebens, wie es im Bewußtsein da ist; den Symptomenkomplex, der sich aus subjektiv Erlebtem und nur objektiv Beobachtetem als Elementen konstituiert; Intelligenz und Persönlichkeit als die Ganzheiten des dauernden Wesens eines Menschen; die Krankheitseinheit als übergreifende Idee. Jedesmal, wenn von Ganzheiten die Rede ist, kehrt dasselbe Problem wieder: sie sind direkt nicht zu fassen, bleiben mehr oder weniger unklar. An dieser Stelle phänomenologischer Betrachtung des im Augenblick faktisch Erlebten und Erlebbareren begegnet uns das erste Mal der Gedanke von Ganzheiten, und zwar jener erste Typus des ganzen, im Augenblick erlebten Seelenzustandes.

Wenn wir von den einzelnen phänomenologischen Elementen redeten, so haben wir das unter der vorläufigen Voraussetzung getan, daß der Gesamtzustand und die Ablaufsweise des Seelenlebens, in dem diese Elemente vorkommen, immer die gleichen seien. Wir nennen diesen Normalzustand den besonnenen und bewußtseinsklaren. In Wirklichkeit sind jedoch Gesamtzustand und Ablaufsweise des Seelenlebens äußerst verschieden. Da die phänomenologischen Elemente nun keineswegs starre, überall gleiche sind, sondern in ihrem Dasein ihre Besonderheit haben, je nachdem wie dieser Gesamtzustand, diese Ablaufsweise und alle übrigen Elemente beschaffen sind, so ergibt sich, daß die Analyse jedes einzelnen Falles nicht in einer einfachen Zerstückelung in solche Elemente allein bestehen kann, sondern unter dauernder Beachtung des allgemeinen seelischen Zustandes geschehen muß. Da im Seelischen alles mit allem zusammenhängt, und jedes Element seine Farbe dadurch gewinnt, in was für einem Zustand, bei was für einem Menschen, in welchem Zusammenhang es auftritt, so ist mit der Aufführung der einzelnen Phänomene eine Analyse nicht erschöpfend. Diese fundamentale Tatsache ist von jeher mit der Unterscheidung von Bewußtseinsinhalt (im weitesten Sinne, in dem die Elemente, die wir bisher beschrieben haben, zu den Inhalten gehören) und

Bewußtseinstätigkeit getroffen. Jedes einzelne Element, jede einzelne Wahrnehmung, jede Vorstellung, jedes Gefühl ist anders in Bewußtseinsstrübung als in Bewußtseinsklarheit, anders bei dem Schwachsinnigen als bei dem Begabten, anders bei dem natürlichen Menschen als bei dem schizophhrenen. Je weiter sich die allgemeinen Eigenschaften des Seelenlebens von den uns gewohnten entfernen, desto schwerer machen wir uns sowohl von seinem gesamten Wesen wie von seinen einzelnen Phänomenen eine adäquate Anschauung. Das Seelenleben in tiefer Bewußtseinsstrübung, das völlig undifferenzierte, das ganz unkultivierte, das ganz und gar „verrückte“ Seelenleben, alle sind unserer phänomenologischen Untersuchung schwer oder gar nicht zugänglich. Von diesen allgemeinen Eigenschaften des Seelenlebens, ohne deren ständige Beachtung keine Untersuchung zu richtigen Resultaten führen kann, haben wir jetzt zu reden. Wir unterscheiden folgende:

1. haben alle seelischen Phänomene ihre Nuance je nach der Aufmerksamkeit, die ihnen zugewandt wird.

2. ist der Bewußtseinszustand ein sehr verschiedener; Benommenheit, Bewußtseinsstrübung, Bewußtseinsveränderung werden wir uns klar zu machen haben.

3. erfährt die Ablaufweise des Seelenlebens tiefgreifende Veränderungen durch die Ideenflucht und die Denkhemmung.

4. unterscheidet man elementares und gedanklich vermitteltes Seelenleben.

Außer diesen allgemeinen Eigenschaften des momentan Erlebbareren sind noch weitere zu nennen, die sich aus umfassenden Ganzheiten herleiten und im momentanen Gesamtzustand des Seelischen nur eine Erscheinung haben:

5. sind die seelischen Phänomene verschieden zu erfassen, je nach der Differenzierung, die das Seelenleben vom tiefsten, dem tierischen Seelenleben nahestehenden Schwachsinn bis zum reich entwickelten Seelenleben des begabten Menschen erfährt. Zu diesen Unterschieden in der Natur des Seelenlebens kommt die verschiedene Entwicklung, die das Individuum unter dem Einfluß der Kultur erfahren hat, der Wechsel der seelischen Vorgänge nach Bildung, Milieu.

6. scheint es allgemeinste Unterschiede im Seelenleben zu geben zwischen dem uns bekannten, einfühlbaren, verständlichen und dem auf eigene Weise unverständlichen, im wahren Sinne verrückten, schizophrenen Seelenleben (ohne daß gerade Wahnideen da zu sein brauchen). Das pathologische Seelenleben der ersten Art können wir anschaulich erfassen als Steigerung oder Herabsetzung uns bekannter Phänomene und als Auftreten solcher Phänomene ohne die normalen Ursachen. Das pathologische Seelenleben der zweiten Art erfassen wir auf diese Weise unzureichend. Es treten hier vielmehr Veränderungen allgemeinsten Art auf, die wir nicht recht anschaulich miterleben können, die wir jedoch von außen irgendwie faßbar zu machen suchen.

Untersuchungstechnisches: Zwei Wege gibt es, wie immer beim Verstehen der Kranken, um Klarheit über das wirkliche psychische Geschehen zu gewinnen. Wir versuchen es, in Unterhaltungen und allerhand Versuchen, die eine geistige Beziehung zwischen den Kranken und uns herstellen sollen, gleichzeitig in dem Innern der Kranken mitzuleben; oder wir lassen uns von ihnen selbst nachher beschreiben, was in ihnen vorgeht, wir benutzen ihre Selbstbeobachtung und ihr psychologisches Urteil. Je mehr der Gesamtzustand des Seelenlebens verändert ist, desto mehr sind wir auf diese späteren Selbstschilderungen angewiesen.

Ist bei Menschen der Gesamtzustand des Seelenlebens im großen und ganzen intakt — Menschen, die im übrigen schwerste psychische Störungen: Wahnideen, echte Halluzinationen, Umwandlung ihrer Persönlichkeit usw. darbieten können —, so pflegen wir zu sagen: der Kranke ist besonnen. Besonnenheit nennen wir den Bewußtseinszustand, in dem bei Abwesenheit eines intensiveren Affektes die Bewußtseinsinhalte die durchschnittliche Klarheit und Deutlichkeit besitzen, der Ablauf des seelischen Lebens geordnet und von Zielvorstellungen abhängig ist. Objektive Zeichen der Besonnenheit sind die Orientiertheit („das präsente Bewußtsein der geordneten Totalität seiner individuellen Welt“) und die Fähigkeit, sich auf Fragen hin zu besinnen, sich etwas zu merken. Dieser Bewußtseinszustand ist der für eine Beziehung zu andern Menschen, für ein gegenseitiges Verständnis geeignetste. Mit zunehmender Veränderung des seelischen Gesamtzustandes wird es uns immer schwieriger, uns mit den Kranken in Beziehung zu setzen. Nur in dem Maße, als dies überhaupt möglich ist, können wir in un mittelbarem Miterleben Kenntnis ihrer inneren Vorgänge bekommen. Bedingung einer geistigen Beziehung zwischen und uns dem Kranken ist seine Fixierbarkeit. Wir nennen Fixierbarkeit die Fähigkeit, auf Fragen und Aufgaben so zu reagieren, daß aus der Reaktion das Verständnis der Aufgabe mit Sicherheit hervorgeht. Während der normale Mensch für alle Aufgaben fixierbar ist, nimmt diese Fixierbarkeit mit der Veränderung des seelischen Gesamtzustandes immer mehr ab. Die Kranken reagieren nicht mehr verständlich auf eine Frage, es gelingt aber vielleicht noch, auf eindringliche wiederholte Fragen zuweilen eine Reaktion hervorzurufen. Sie sind durch leichte und belanglose Fragen, wie nach Persönlichkeit, Herkunft, Ort noch fixierbar, auf schwierigere Aufgaben, auf Fragen nach ihren Ideen gehen sie nicht mehr ein. Sie sind vielleicht noch für optische Reize (Bilder) fixierbar, antworten aber nicht mehr auf sprachliche Reize. In dem Maße, als die Kranken auf irgendeine Weise fixierbar sind, können wir den Weg des unmittelbaren Verstehens mit einem gewissen Erfolge betreten. Sind sie dagegen nur mit sich beschäftigt, so genügen uns die spärlichen Anhaltspunkte nur selten zu einer überzeugenden Vorstellung von ihren inneren Erlebnissen; wir können diese eventuell nur durch Analogien ohne individuelles Verständnis mit Hilfe unserer Kenntnisse „erschließen“. — Der zweite Weg, über den gestörten seelischen Gesamtzustand etwas zu erfahren, sind Selbstschilderungen der Kranken. Gelegentliche Bemerkungen während der Störung (doch macht meistens die Störung selbst eine eigentliche Selbstbeobachtung unmöglich, ähnlich wie etwa im Traum), besonders aber Schilderungen nach abgelaufener Störung sind uns hier wertvoll.

Wir stellen hier zunächst dar, was wir von dem bewußten, uns in der Vergegenwärtigung anschaulichen seelischen Geschehen in diesen Veränderungen des Gesamtzustandes wissen. Was uns die objektive, nicht verstehende, sondern erklärende Analyse der Äußerungsweisen (sprachlicher und motorischer Art) dieser Störungen lehrt, werden wir zum größeren Teil erst im zweiten Kapitel sehen. Allerdings macht sich gerade hier ein Auseinanderreißen zusammengehöriger Dinge peinlich geltend, wie es jede Darstellung, die den Stoff irgendwie verteilen muß, mit sich bringt.

## § 1. Aufmerksamkeit.

Psychologische Vorbemerkungen: Als Aufmerksamkeit bezeichnet man drei zwar eng zusammenhängende, aber begrifflich streng zu sondernde Phänomene. Nur wenn wir uns dieser Sonderung bewußt bleiben, können wir uns in der schwierigen Literatur über die Aufmerksamkeit kritisch zurechtfinden und selbst mit dem Gebrauch des Wortes einen konstanten Sinn verbinden: 1. ist Aufmerksamkeit, das Erlebnis des Sichhinwendens zu einem Gegenstand. Dieses kann, wenn es mit dem Bewußtsein begleitet ist, daß es aus inneren Bedingungen stammt, ein vorwiegend aktives, wenn es mehr als ein Hinzugezogenwerden, ein Gefesseltwerden erlebt wird, ein vorwiegend passives sein. Dieser Gegensatz der willkürlichen und unwillkürlichen Aufmerksamkeit ist uns in der Phänomenologie der Triebregungen und des Willens begegnet. — 2. nennt man Aufmerksamkeitsgrade Grade der Klarheit und Deutlichkeit von Bewußtseinsinhalten. Es handelt sich um eine schwer näher zu beschreibende Bevorzugung gewisser Bewußtseinsinhalte, die Liepmann im übertragenen Sinne Energie der Aufmerksamkeit, Lipps theoretisch die einem seelischen Vorgang zugewandte seelische Kraft nennt. Diese Klarheit und Deutlichkeit pflegt mit jenen Erlebnissen des Hinwendens oder Hingezogenwerdens verbunden zu sein, kann aber — zumal pathologischerweise — ganz ohne jenes Erlebnis auftreten, schwanken und verschwinden. — 3. nennt man Aufmerksamkeit auch die Wirkungen, die die beiden ersten Phänomene auf den weiteren Verlauf des Seelenlebens haben. Klare Bewußtseinsinhalte geben vorwiegend die Grundlage der weiteren Assoziationsanregungen, sie werden besonders leicht im Gedächtnis behalten usw. Eine Verwechslung der beiden ersten Aufmerksamkeitsbegriffe findet jedoch weniger mit diesen Dingen als mit der Wirksamkeit der determinierenden Tendenzen statt: Leitvorstellungen, Aufgaben, Zielvorstellungen oder wie man dies immer Gleiche nennen will, wirken, wenn sie aufmerksam im Sinne der beiden ersten Begriffe erfaßt sind, auf das Auftauchen weiterer Vorstellungen in der Weise ein, daß die zugehörigen, passenden vor allen übrigen Assoziationen ganz mechanisch bevorzugt werden. Hierauf beruhen wichtige Zusammenhänge der seelischen Vorgänge, z. B. die Ordnung des Gedankenganges<sup>1)</sup>. Die determinierenden Tendenzen sind häufig auch phänomenologisch als Bewußtheiten der Aufgabe oder des Zieles gegenwärtig, sind jedoch auch ohne diese phänomenologische Gegenwart tatsächlich wirksam<sup>2)</sup>.

Fassen wir nur den zweiten Begriff der Aufmerksamkeit, die Klarheit und Deutlichkeit der seelischen Phänomene, den Bewußtseinsgrad, die Bewußtseinsstufe ins Auge, so ist ohne weiteres einleuchtend, daß wir von jedem seelischen Phänomen, das wir bei den Kranken finden, zur vollständigen Kenntnis wissen müssen, in welchem Niveau der Bewußtseinsstufen es erlebt wurde. Wenn davon nichts gesagt wird, nehmen wir immer an, daß es mit voller Klarheit und Deutlichkeit erlebt wurde. Z. B. sind manche Sinnestäuschungen nur in den tieferen Schichten der Aufmerksamkeitsgrade möglich. Sie verschwinden sofort, wenn die volle Aufmerksamkeit sich ihnen zuwenden will. Die Kranken schelten, daß die Stimmen „nicht zu erhaschen sind“, daß es „ein Blendwerk der Hölle“ sei (Binswanger). Andere Sinnestäuschungen — besonders in abklingenden Psychosen —

1) Ach: Die Willenstätigkeit und das Denken, Göttingen 1905, hat den Begriff der determinierenden Tendenz zum ersten Male entwickelt.

2) Zur Psychologie der Aufmerksamkeit zusammenfassend: Dürr: Die Lehre von der Aufmerksamkeit, Leipzig 1907; A. Mann: Zur Psychologie und Psychographie der Aufmerksamkeit. Zeitschr. f. angew. Psychol. 9. 1915. S. 391, Zur Pathologie: Specht: Ber. d. III. Kongr. f. exper. Psychol., Leipzig 1909, S. 131—191. — Vgl. Bertschinger: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 43. 1918. S. 3.

sind nur bei klarster Aufmerksamkeit noch erlebbar. Wendet die Aufmerksamkeit sich anderswo hin, verschwinden sie. Das Beten eines Vaterunser bringt die Stimmen, die Beachtung eines äußeren Gegenstandes die optischen Pseudohalluzinationen zum Verschwinden. Die Bedeutung der Aufmerksamkeitsgrade für Sinnestäuschungen ist besonders schön bei Alkoholdeliranten zu beobachten und ist hier von Bonhoeffer sorgfältig untersucht<sup>1)</sup>. Wurde die Aufmerksamkeit durch den Untersucher, dem der Kranke Rede und Antwort stehen muß, auf mittlerem Niveau erhalten, so werden die Sinnestäuschungen selten, sinkt die Aufmerksamkeit, wozu bei den sich selbst überlassenen Kranken immer die Neigung besteht, so treten massenhafte Illusionen und szenenhafte Trugwahrnehmungen auf. Wird umgekehrt durch den Untersucher die Aufmerksamkeit mit aller Gewalt auf ein, besonders das optische, Sinnesgebiet konzentriert, so treten auf diesem Gebiete zahlreiche vereinzelt Täuschungen auf. — Ein auffallender Zusammenhang besteht zuweilen zwischen dem Auftreten der „gemachten“ seelischen Phänomene und einem tiefliegenden Bewußtseinsgrad. Wenn der Kranke beschäftigt ist, spürt er nichts, sitzt er beschäftigungslos herum, so treten gemachte Anfälle von Schwindel, Andrang zum Kopf, Zornaffekten, Einflüsterungen auf, die er alle nur mit großer Gewalt des Willens, etwa unter Ballung der Fäuste, überwinden kann. Darum suchen solche gequälten Kranken Gesellschaft, Unterhaltung, Arbeit auf, oder brauchen andere Ablenkungsmittel (Beten, Hersagen sinnloser Wendungen usw.), um sich von den „Einflüssen“, den Stimmen zu befreien. Die gemachten Gedanken, die Schreber erlebte, wenn er untätig dasaß, nannte er „Nichtdenkungsgedanken“. Für die Abhängigkeit schizophrener Phänomene von der Aufmerksamkeit, vom willkürlichen Wecken und Hemmen gibt folgende Selbstschilderung Beispiele:

Ich hatte nun das Gefühl, als sei ich ständig unter Verbrechern und Teufeln, die ich sah und hörte, sobald die gespannte Aufmerksamkeit auf die sinnlich wahrnehmbaren Gegenstände der Umwelt nur um das Geringste nachließ. Es war jedoch nicht immer die Kraft vorhanden, die Aufmerksamkeit von diesen Dämonen abzulenken bzw. sie auf die sinnlich greifbaren Gegenstände zu lenken. Jeder Versuch, dies zu tun, glich der Bemühung, einen Mühlstein auf einen Berg zu wälzen. Z. B. der Versuch, ein Gespräch eines Bekannten anzuhören, das mehr als einige Sätze enthielt, war von einer derartigen Unruhe gefolgt (weil drohende Gestalten sich auftürmten), daß rasche Entfernung bzw. Verabschiedung nötig wurde. . . . Ganz schwierig war es, die Aufmerksamkeit einige Zeit auf einen Gegenstand zu richten; mein Geist glitt sofort über in andere Regionen, aus welchen dann bald, wie herausgefordert, die Dämonen auf mich losstürzten. Ich muß hervorheben, daß dieses Übergleiten oder Nachgeben anfangs freiwillig geschah, von mir gesucht wurde, . . . jetzt ging aber dieses Übergleiten wie von selbst, ja, es war eine Schwäche, ich fühlte mich unwiderstehlich dazu getrieben. . . . Abends, beim Versuch zu schlafen, schon beim Augenschließen war der Eintritt in den Wirbel unvermeidlich, während ich ihn bei Tag eher hintanhaltete; es war ein Gefühl von Im-Kreise-gedreht-Werden, wonach dann bald die Gestalten auftraten. So mußte ich stets scharf wachend und aufpassend im Bett liegen, bis nach Stunden der Feind sich etwas verzog. Das einzige, was ich tun konnte, war, die Sache nicht freiwillig durch „Sichgehenlassen“ zu befördern. — Aus einer

<sup>1)</sup> Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker, Jena, 1901, S. 19ff.

späteren Phase berichtet der Kranke: Ich sah immer, wenn ich wollte, diese Gestalten und konnte daraus auf meinen eigenen Zustand schließen. . . . Um die Herrschaft über diese Dinge zu behalten, fühlte ich mich gezwungen, innere Schutzworte auszusprechen; sie hatten den Zweck, mich auf das neue Ich, das sich ab und zu verschleiern wollte, kräftiger zu besinnen. Z. B.:

„Ich bin“ (dabei suchte ich das neue, nicht das alte Ich zu fühlen).

„Ich bin das Absolute“ (ich meinte dies dem Leiblichen, Gewordenen gegenüber, ich wollte nicht selbst Gott sein).

„Ich bin der Geist, nicht der Leib.“

„Ich bin das Eine in Allem.“

„Ich bin das Dauernde“ (den Schwankungen meines leiblichen und seelischen Lebens gegenüber) oder ich wandte nur einzelne Worte an wie: „Kraft“, „Leben“.

Diese Schutzworte mußten immer bereit sein; sie gingen im Laufe von etwa 10 Jahren ganz ins Gefühl über; die Empfindungen, die durch die Schutzworte erzeugt wurden, hatten sich sozusagen akkumuliert, so daß nicht jedesmal neu etwas zu denken war, aber bei besonderen Schwankungen mußten sie auch dann noch und müssen heute noch in etwas veränderter Form angewandt werden. Der Kranke hatte das Vermögen, die Gestalten jederzeit auf Wunsch sehen zu können, sie zu studieren, aber sie nicht gerade sehen zu müssen. (Nach besonderen körperlichen und seelischen Störungen kamen sie allerdings von selbst und wurden gefährlich.) (Schwab.)

## § 2. Der Bewußtseinszustand.

Das Ganze des momentanen Seelenlebens nennen wir das Bewußtsein. Bildlich stellen wir uns das Bewußtsein gewissermaßen als die Bühne vor, auf der die einzelnen seelischen Phänomene kommen und gehen; oder als das Medium, in dem sie sich bewegen. Dies Bewußtsein, das jedem psychischen Phänomen als psychischem eigen ist, wechselt seine Art auf sehr mannigfaltige Weise. Im Bilde gesprochen wird z. B. die Bühne sehr eng (Bewußtseinsenge), das Medium trübe (Bewußtseinstrübung) usw. — Schon unser augenblickliches Bewußtsein ist kein gleichmäßiges. Wir veranschaulichen uns diese Verschiedenheit im Bewußtseinsgrad der einzelnen Elemente am besten durch eine Welle. Nur ein Gipfel ist im klarsten Bewußtsein, von da ab zieht sich nach allen Seiten eine Reihe weniger bewußter Phänomene, die wir meistens als isolierbare gar nicht bemerken und die doch als Ganzes, als Atmosphäre, dem gesamten Bewußtsein die Stimmung, Bedeutung und die Möglichkeiten geben. Um den Blickpunkt des Bewußtseins lagert sich ein nach der Peripherie hin immer dunkler werdendes Blickfeld. Bei planmäßiger Selbstbeobachtung kann man diese Bewußtseinsgrade (= Aufmerksamkeitsgrade, Bewußtseinsstufen) untersuchen<sup>1)</sup>. — Unser gesamtes momentanes Seelenleben kann als Ganzes wieder verschiedene Grade von Bewußtsein besitzen, vom klarsten Bewußtsein durch die Stufen der Bewußtseinstrübung bis zur Bewußtlosigkeit. Im Bilde veranschaulichen wir

<sup>1)</sup> Vgl. Westphal: Arch. f. d. ges. Psychol., 21. Über den Umfang des Bewußtseins: Wirth in Wundts Philos. Stud., 20 S. 487. — Damit psychische Phänomene als bewußt angesprochen werden können, müssen sie irgendwann auch bemerkbar sein. Wir werden uns hüten, unbemerkte Vorgänge mit außerbewußten zu verwechseln. Das Bewußtsein hat nämlich zweierlei Bedeutung: das wirkliche psychische Dasein und das Wissen des Individuums um das Dasein eines seelischen Phänomens bei sich.

uns dies Verhältnis durch ein Niedrigerwerden des Wellengipfels, ein Flacherwerden der Welle bis zum völligen Verfließen oder auch eine Verflachung der Welle bei gleichzeitiger Verschmälerung (Einengung) usw.

Wenn wir uns die Arten abnormen Bewußtseins phänomenologisch vergegenwärtigen wollen, gehen wir am besten von Erscheinungen aus, die zum Teil uns allen aus eigener Erfahrung geläufig sind: auf der einen Seite von den Bewußtseinsschwankungen, der Bewußtseinsleere und der Bewußtseinstrübung in Affekten (a), auf der anderen Seite vom Traum (b).

a) Bewußtseinsschwankungen können wir in leichtesten Graden als periodisches Schwanken der Aufmerksamkeit (Wundt) jeden Augenblick bei uns unter experimentellen Bedingungen konstatieren. Keinen Augenblick bleibt im Seelenleben der Wellengipfel gleich hoch, sondern er macht jederzeit, wenn auch geringe, Schwankungen durch. In höheren Graden beobachten wir dies bei uns in der Ermüdung, in noch höheren Graden pathologischerweise in den periodischen Schwankungen des Bewußtseins<sup>1)</sup>, die in regelmäßig wiederkehrenden Senkungen bis zu völliger Abwesenheit des Bewußtseins führen können. Wir beobachteten einen Kranken, bei dem dies seit länger als einem Jahr mehrmals in der Minute geschah.

Wohl zu unterscheiden sind diese Bewußtseinsschwankungen von petit mal-Anfällen, Absenzen u. dgl., die anfallsweise zu einer Unterbrechung des Bewußtseins unter Begleitung leichter motorischer Erscheinungen in durchaus unregelmäßiger Weise führen. Ferner sind sie nicht zu verwechseln mit den Unterbrechungen der Fixierbarkeit und Reagibilität, die man außerordentlich häufig bei Kranken der schizophrenen Gruppe beobachtet (sog. Sperrung). Plötzlich antworten sie nichts mehr, starren vor sich hin, scheinen nichts zu verstehen. Nach einiger Zeit, Minuten oder Sekunden, hört das auf, um alsbald von neuem anzufangen. Man kann sehr häufig nachträglich konstatieren, daß die Kranken in der Zeit der Unzugänglichkeit vorzüglich aufgepaßt und gemerkt haben. Diese Unterbrechungen geschehen entweder völlig grundlos als Ausdruck des Krankheitsvorganges, oder sind auf affektbetonte Komplexe zurückzuführen, die durch Fragen des Untersuchers getroffen wurden, oder sind als Ablenkung durch Stimmen und andere Halluzinationen verständlich. Im letzten Falle beobachtet man, daß die Kranken auch schlecht aufgefaßt haben, was der Untersucher sagte.

Die Schwankungen des Bewußtseins bis zur völligen Abwesenheit beobachtet man bei Psychopathen, bei vielen Psychosen akuter und chronischer Art. Die Kranken selbst klagen, daß sie im Augenblick ihre Gedanken verlieren: „Das Uhrwerk steht still“. Als *éclipses mentales* sind sie von Janet beschrieben. — Als Bewußtseinsleere, die jederzeit willkürlich zu unterbrechen ist, erleben wir einen Tiefstand des Wellengipfels z. B. in der Dösigkeit langer Eisenbahnfahrten. — Bei heftigen Affekten, in Angstzuständen, ferner in tiefen Melancholien, wie in manischen Zuständen ist die Konzentration, die Möglichkeit, sich auf etwas zu besinnen, über etwas nachzudenken, ein Urteil zu gewinnen, sehr erschwert. Antworten auch auf einfache Fragen gewinnt man erst nach häufigen vergeblichen Versuchen

<sup>1)</sup> Stertz: Arch. f. Psych., 48 S. 199. Janet: *Névroses et idées fixes*, S. 69—108, *Psychasthenie*, S. 371—377.



und unter sichtlicher Anstrengung des Kranken. Die Inhalte der wahnhaften Ideen werden aus diesem Grunde keiner Kritik unterworfen, das Realitätsurteil über etwaige Sinnestäuschungen wird gar nicht in Erwägung gezogen. Das Bewußtsein ist ganz erfüllt von dem Affekt, so daß Urteil und Stellungnahme in verständlicher Weise schwer gestört sind. Dies ist noch mehr der Fall, wenn in depressiven Zuständen eine primäre Hemmung aller Funktionen hinzukommt. Auch alle diese Zustände verdienen den Namen eines abnormen Bewußtseins, das im letzten Falle zu langdauernder Bewußtseinsleere werden kann.

b) Hacker<sup>1)</sup> hat es wohl zum ersten Male planmäßig versucht, das Traumleben phänomenologisch aufzuklären, indem er über ein Jahr lang sofort nach dem Erwachen sich auf die Weisen, wie ihm seine Traumerlebnisse gegenwärtig waren, besann und sogleich Aufzeichnungen machte. Die Eigenart des Traumlebens zeigt sich in folgenden drei Richtungen: 1. Elemente, die im wachen Seelenleben ständig vorhanden sind, fallen weg. Es fehlt ein eigentliches Persönlichkeitsbewußtsein, so daß Handlungen begangen werden, die der wachen Persönlichkeit ganz fremd wären, ohne daß dies im Traum im geringsten auffällt. Es fehlt die Vergegenwärtigung des Vergangenen. Es fehlt das Bewußtsein von selbstverständlichen Beziehungen der vorkommenden Dinge, so daß der Träumende z. B. sich mit dem Arzt, der ihn selbst anatomisch präpariert, über seine Wadenmuskeln unterhält, oder seine eigene Bauchhöhle besieht, ohne daß es ihm auffällt. Es fehlen eigentliche Willensakte mit dem Bewußtsein: ich will wirklich, schon darum, weil ein Persönlichkeitsgefühl nicht mehr vorhanden ist, sondern nur noch ein momentanes Ichbewußtsein. Wenn der Traum ganz rudimentär wird, bleiben schließlich nur abgerissene seelische Bruchstücke übrig. So konnte Hacker im Moment des Erwachens einmal konstatieren, daß eben im Traum nur einige ganz unverstandene Worte, die er nun wachend verstand, vorhanden waren; es fehlten dabei sowohl das Bewußtsein der Bedeutung, wie das Bewußtsein, daß es Worte waren, es fehlte sogar das Bewußtsein, daß dem Ich ein Gegenstand gegenwärtig ist. Es war gewissermaßen bloß sinnliches Material, das nicht vergegenständlicht war, übrig geblieben. — 2. Es schwindet der Zusammenhang zwischen den seelischen Vorgängen. Dies ist zum Teil die Folge jenes Wegfalls einzelner Elemente. Es fehlt das Vergegenwärtigen des Vergangenen wie der Zukunft: bloß im Augenblick lebt der Träumende. Eine Szene löst die andere ab, oft ist die vorhergehende völlig vergessen. Die widersprechendsten Dinge werden kurz nacheinander ohne Staunen erlebt. Von den aufmerksam erfaßten Elementen gehen keine determinierenden Tendenzen aus, die die assoziativ auftauchenden Vorstellungen nach einem gewissen Sinn auswählen, sondern ideenflüchtig reiht sich nach immer wechselnden zufälligen Assoziationsprinzipien das Heterogenste

<sup>1)</sup> Hacker: Systematische Traumbeobachtungen mit besonderer Berücksichtigung der Gedanken, Arch. f. d. ges. Psychol., 21; Köhler: ebenda, 23.

aneinander. Die erstaunlichste Lösung des Zusammenhangs besteht darin, daß das sinnlich Angesehene mit einem gar nicht zugehörigen vergegenständlichenden Akt aufgefaßt wird. Hacker träumte z. B., er suche eine chemische Substanz zur Analyse; ein anderer reichte ihm die große Zehe; diese war ihm wie selbstverständlich eine einfache chemische Substanz; beim Erwachen konnte er in sofortiger rückschauender Vergegenwärtigung sowohl diese sinnliche Anschauung der Zehe, wie das Bedeutungsbewußtsein der chemischen Substanz beobachten. Diese Lösung des Zusammenhangs zwischen sinnlichem Material und zugehörigem Bedeutungsbewußtsein (vergegenständlichender Akt) ist im Traum sehr gewöhnlich. — 3. Es treten neue Elemente auf. Das sind die Traumahlluzinationen, die Traumwahnideen, Erinnerungsfälschungen usw. Diese Inhalte haben eine Lebendigkeit, die ihnen als bloßen Vorstellungen nicht zukommt. Doch ist es mißlich, für Phänomene aus verschiedenen Bewußtseinszuständen die gleichen Namen zu gebrauchen. Das Auftauchen solcher Elemente ist allgemein mit vielen Bewußtseinsstörungen verbunden.

Hacker träumte offenbar nicht die zusammenhängenden Situationen und Ereignisse, wie sie in außerordentlicher Plastik von anderen Menschen im Traum erlebt werden. Er gehörte zu denen, die ihre Träume ganz vergessen, wenn sie nicht unmittelbar beim Erwachen sich die noch zu erhaschenden Bruchstücke vergegenwärtigen. Andere können jedoch den ganzen Tag von einem Traum verfolgt werden, der ihnen lebhaft gegenwärtig ist.

Im Traum und Halbschlaf zeigen sich manchmal zuerst beginnende körperliche Erkrankungen: die abnormen Körperempfindungen und abnormen Allgemeingefühle dringen hier ins Bewußtsein, während sie im Wachen noch unbemerkt sind. Bei körperlichen Erkrankungen gibt es quälende Träume mit zwangsartigen Erscheinungen, als ob die Begriffe sich drehten, ferner sehr lebhafte Träume mit großer Anschaulichkeit und Lebendigkeit nach großen Blutverlusten.

Träume können auch pathologischer Natur sein. So sind z. B. bezüglich des Inhaltes charakteristisch manche Träume von Psychopathen, Angstträume, Träume, in denen ein Streben nach einem Unerreichbaren erlebt wird. Der Träumende fühlt sich in der Wüste grauenvoll verlassen, während das Erstrebte in der Unendlichkeit verschwindet, er irrt durch ein Labyrinth von Zimmern usw. Ferner sind nicht dem Inhalt, sondern der Erlebensweise nach die Träume in manchen Psychosen, insbesondere bei beginnenden Schizophrenien, bemerkenswert.

Kandinsky schildert: „Während der Periode des Sinnesdeliriums waren meine Träume (was Gesichtsbilder und das Gefühl des Fortbewegens im Raume anbetrifft) ungemein lebhaft. Es war ein Halluzinieren im Schläfe. Überhaupt bietet der Zustand des Wachens und des Schlafes bei einem halluzinierenden Kranken keinen so scharfen Unterschied dar; einerseits sind die Traumbilder so lebhaft, daß der Kranke sozusagen im Schläfe wacht, andererseits sind die Halluzinationen des wachen Zustandes so wunderbarlich, und mannigfaltig, daß man sagen kann — der Kranke träumt — wachend. Meine Träume während der Krankheit waren oft nicht weniger lebhaft als etwas in Wirklichkeit Erlebtes; zuweilen, wenn einige Traumbilder in meiner Erinnerung aufstiegen, konnte ich nur nach langsamem und mühsamem Erwägen entscheiden, ob ich dieselben in Wirklichkeit erlebt oder nur geträumt hatte.“

Schreber meint: „Daß ein nicht ganz ruhig schlafender Mensch Traumbilder zu sehen glaubt, die ihm sozusagen von seinen eigenen Nerven vorgegaukelt werden, ist eine so alltägliche Erscheinung, daß darüber an sich kein Wort zu verlieren wäre. Die Traumbilder der vorerwähnten Nacht und die früheren ähnlichen Visionen übertrafen aber an plastischer Deutlichkeit und photographischer Treue bei weitem alles dasjenige, was wenigstens ich in gesunden Tagen früher je erlebt habe.“ — Eine andere Kranke erzählte, ihre Träume seien so merkwürdig, daß sie oft nicht wisse, ob es Wirklichkeit oder Traum sei. Sie habe letzte Nacht das Gefühl gehabt zu fliegen. Wie sie schwebte, bewegte sich über ihrem Haupte der Mond, zwei Gesichter zeigten sich, dazwischen ein Wölkchen. Ein andermal erschien ihr der Engel Gabriel, dann wieder sah sie zwei Kreuze, auf dem einen Christus, auf dem andern sich selbst. Solche Träume machen sie sehr glücklich. Sie ist beim Erwachen voller Seligkeit. — Diese Träume werden oft von Kranken für Wirklichkeit gehalten. Sie erleben Verfolgungen, körperliche Beeinflussungen. Es scheint manchmal, als ob die sinnliche Grundlage von Wahnideen in solchen abnormen Traumerlebnissen bestände.

In diesen abnorm lebendigen Träumen haben wir nach Kandinskys Urteil eine Erlebnisart vor uns, die manchen wachen Erlebnissen akuter Psychosen ähnelt. Die Bewußtseinsveränderung in diesen akuten Zuständen, in Delirien, Dämmerzuständen ist ohne Zweifel recht verschiedener Art. Man braucht nur die Benommenheit bei organischen Prozessen, die traumhafte Ratlosigkeit akuter Psychosen, die Verwirrtheit in Delirien, das relativ geordnete und zusammenhängende Benehmen in manchen Dämmerzuständen zu vergleichen, um den Eindruck zu gewinnen, daß es sich nicht um eine Art gestörten Bewußtseins handeln kann. Wir können zurzeit durchgreifende Unterschiede jedoch noch nicht aufstellen, müssen uns mit einer Gruppierung von Typen begnügen und eine tiefere Analyse von der Zukunft erhoffen. Wir beschreiben hier die Typen der Benommenheit, des getrübteten Bewußtseins und des veränderten Bewußtseins, während die komplizierteren Typen des Deliriums und des Dämmerzustandes später als Symptomenkomplexe dargestellt werden.

a) Mit „Benommenheit“ bezeichnen wir die Zustände, die zwischen Bewußtsein und Bewußtlosigkeit liegen. Es wird nichts Neues, sondern es werden nur weniger seelische Vorgänge erlebt. Wahrnehmungen bleiben ebenso dunkel wie Erinnerungen. Spärliche Assoziationen treten auf, Denkkakte gelingen nicht mehr. Alle seelischen Vorgänge sind verlangsamt und erschwert. Dementsprechend sind die Kranken teilnahmslos, apathisch, dösig, besitzen keinerlei Spontaneität. Spricht man mit den Kranken, so ist ihre Aufmerksamkeit schwer zu erregen und schwer festzustellen, sie sind schwer besinnlich, sehr ermüdbar, erweisen sich in reinen Fällen aber als orientiert. Es besteht Neigung zum traumlosen Einschlafen, bzw. zu den als Koma und Sopor benannten Zuständen von Unerweckbarkeit.

b) Getrübtetes Bewußtsein liegt überall da vor, wo lebhaftere Vorgänge stattfinden, Trugwahrnehmungen, Affekte, teilweise zusammenhängende phantastische Erlebnisse möglich sind, jedoch immer so, daß ein durchgehender Zusammenhang im seelischen Geschehen nicht mehr besteht. Im Gegenteil, das Seelenleben zerstückelt

sich gleichsam, nur einzelne Erlebnisgruppen ohne gegenseitige Beziehungen laufen ab, schließlich bleiben völlig isolierte einzelne Akte übrig, es ist gleichsam ein Zerfall des Bewußtseins eingetreten. Es ist selbstverständlich, daß dann die Inhalte höchst widersprechend werden (z. B. schnell wechselnde entgegengesetzte Wahnideen), und daß nichts erinnert wird.

e) Verändertes Bewußtsein nennt man Zustände, die sich meistens ziemlich scharf gegen das normale Seelenleben abgrenzen, in denen ein relativ geordneter Zusammenhang besteht, so daß die Menschen unter Umständen gar nicht auffallen. Westphal beschrieb solch verändertes Bewußtsein: „Es gibt Zustände von der Dauer von Minuten bis Stunden, in welchen das Bewußtsein derartig tief gestört sein kann, daß der Betreffende sich in einem Ideenkreise bewegt, der wie losgelöst erscheint von seinem normalen, auf Grund dessen und der damit verknüpften Gefühle und Willenserregungen er Handlungen begeht, welche dem gewöhnlichen Inhalt seines Denkens vollkommen fremdartig sind und keine Beziehungen dazu haben, ohne daß dabei die Fähigkeit zu zusammenhängenden und bis zu einem gewissen Grade unter sich folgerichtigen Handlungen aufgehoben wäre.“

Für alle Arten von Bewußtseinstrübungen gibt es eine Reihe objektiver Symptome, die im einzelnen Falle mehr oder weniger oder gar nicht vorhanden sind. Es sind folgende: 1. die Abkehr von der realen Außenwelt; die Kranken fassen schlecht auf, sind schwer fixierbar, handeln ohne Rücksicht auf die wirkliche Situation. 2. Die Desorientierung, die mit dem ersten eng zusammenhängt. 3. Die Zusammenhanglosigkeit und darum Unverständlichkeit des Verhaltens. 4. Die innerhalb des Zustands bestehende Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörung, die Schwerbesinnlichkeit und die nachfolgende Amnesie.

Veränderungen des Bewußtseinszustandes sind ein häufiger Boden für pathologische Erlebnisse. Die Zustände treten kurzdauernd zu jeder Tageszeit als Halbschlaf, länger dauernd als über Tage und Wochen sich erstreckende Psychosen auf. Besonders reich sind sie an halluzinatorischen Erlebnissen (eine Scheidung von echten Halluzinationen und Pseudohalluzinationen und bloßen Bewußtheiten ist oft schwer möglich). Im Halbschlaf kommt jemand ans Bett, der Kranke fühlt das Näherkommen, fühlt sich am Halse gepackt und erdrückt. Oder er lebt in lebendigen Szenerien, Landschaften, Menschenansammlungen, Leichenkammern, Totengrüften. Nicht selten spüren die Kranken die Bewußtseinsveränderung, während sie vor sich geht. Sie merken es im Anfang, wie es über sie kommt und am Schluß, wie sie zu sich kommen: da hab ich aber eben mal geträumt. In leichten Fällen stehen sie auch während des Zustandes der Veränderung gegenüber. Sie sind eigentümlich ratlos, fühlen, daß sie nicht denken können, daß sie sich besinnen müssen, wo sie denn eigentlich sind, was sie denn tun wollten. Hysterische vermögen mehr oder weniger willkürlich durch ein abnormes Wachträumen hindurch in einen Dämmerzustand zu geraten.

In ihrer Abhängigkeit vom Bewußtseinszustand sind besonders charakteristisch gewisse Trugwahrnehmungen beim Erwachen. Die Kranken haben das Gefühl, durch die Trugwahrnehmungen geweckt zu werden. Sind sie aber ganz wach, so ist die Trugwahrnehmung fort.

Fräulein M. fühlte nachts deutlich, wie sie links im Nacken plötzlich mit großer Kraft an einem Haarbüschel gerissen wurde. Im selben Augenblick sah sie ganz kurz eine hohe Flamme aus der Tiefe schlagen, die sofort verschwand. Sie war gleich wach, und als sie ganz wach war, war nichts mehr zu bemerken. Jedoch weiß sie bestimmt, daß es kein Traum war. Es war wirklich. Sie wurde dadurch geweckt. Es war zwischen Schlaf und Wachen, so daß es bei vollem Erwachen verschwunden war. Ganz ähnlich ist ihr zweimal hier in der Klinik nachts an den Geschlechtsorganen etwas gemacht worden. Ganz kurz und schnell wurden Bewegungen gemacht, wie wenn sie geschlechtlich verkehre. Als sie die Augen aufmachte, war niemand da. Es war sicher kein Traum, sondern es waren böse Mächte. Ein andermal sah sie, wie grade beim Aufwachen das Deckbett sich noch hob. — Fehrlin berichtet: „Um Mitternacht erwachte ich plötzlich. Ich fühlte, wie mich eine Frauengestalt umarmte und wie mir ihr Haar das Gesicht verdeckte. ‚Schnell, schnell,‘ rief sie, ‚Sie müssen sterben!‘ Dann war alles vorbei.“ Bei manchen Kranken wiederholt sich dies Erwecktwerden oftmals in einer Nacht, so daß sie am Tage matt und unfrisch sind. Die Inhalte des Erwecktwerdens sind sehr mannigfaltig. Sie haben durchweg etwas Plötzliches, Blitzartiges.

Von entscheidender Bedeutung für alle als subjektive Phänomene geschilderten Symptome ist es, ob sie in voller Bewußtseinsklarheit auftreten oder nicht. Halluzinationen, Pseudohalluzinationen, Wahnerlebnisse und Wahnideen in voller Bewußtseinsklarheit sind nicht mehr auf einen vorübergehenden Gesamtkomplex mit Bewußtseinsveränderung als ein Teilsymptom zu beziehen, sondern sind Ausdruck viel tiefergreifender Prozesse im Seelenleben. Man kann von echten Halluzinationen und Wahnideen eigentlich nur bei Bewußtseinsklarheit sprechen.

### § 3. Störungen im Ablauf des Seelenlebens.

Von den Bewußtseinsstörungen unterscheiden wir Störungen im Ablauf des Seelenlebens, unter denen die als Ideenflucht und Denkhemmung benannten Erscheinungen deutlicher abgrenzbar sind<sup>1)</sup>. Bevor wir uns über diese eine schematisierende Übersicht verschaffen, machen wir durch einige Beispiele anschaulich, worum es sich handelt:

Objektiv zeigt sich Ideenflucht, z. B. in folgendem sprachlichen Produkt einer Kranken, die sich in dieser Art mit dem Arzte „unterhielt“. Sie antwortete auf die Frage, ob sie im letzten Jahre anders geworden sei: „Ja, da war ich stumm und dumm, aber nicht taub, ich kenne die Ida Daube, die ist tot, wahrscheinlich an Blinddarmentzündung, ich weiß nicht, ob sie blind war; blinder Hesse, Großherzog von Hessen, die Schwester Luise, Großherzog von Baden, der Mann ist gestorben am 28. September 1907, wie ich zurückgekommen bin, ja rot gold rot —.“ Solche Kranke unterbrechen jeden Augenblick aus jedem beliebigen Anlaß (Sinnesreiz, nebensächliche Assoziation) ihren Gedankengang, fangen dies

<sup>1)</sup> Heilbronner: Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 13, S. 272ff.; 17 S. 436ff.; Liepmann: Über Ideenflucht, Halle 1904; Külpe: Psychologie und Medizin S. 22ff. — Mit Ideenflucht bezeichnen wir hier die Störung im tatsächlichen Ablauf des gesamten Seelenlebens, nicht ein bloßes sprachliches Produkt, das in ideenflüchtiger Form auch von einem nicht ideenflüchtigen Menschen produziert werden kann.

an zu tun und gleich etwas anderes, behalten kein Ziel im Auge, sind aber immer beschäftigt und haben eine Menge von Einfällen. — Demgegenüber benimmt sich der Kranke mit Denkhemmung fast in jeder Beziehung umgekehrt. Er unternimmt nichts, fängt gar keine Beschäftigung an, bringt nur schwer ein Wort heraus, denkt unter größter Anstrengung auf eine Frage hin nach, ihm fällt gar nichts ein.

Was die Kranken subjektiv erleben, tritt in Selbstschilderungen deutlich hervor. Die Ideenflucht schildern die Kranken als Gedankenandrang. Fräulein S. klagte: „Ich kann gar keinen Gedanken festhalten, das tanzt alles durcheinander bei mir . . . Also ich kann gar keinen Gedanken fassen, ich hab' doch keinen Willen . . . Ach pfui, lauter Unsinn fällt mir ein.“ Die Kranke Forels schilderte: „In meinem Kopfe lief wie ein Uhrwerk eine zwingende, quälend ununterbrochene Kette von Ideen ihren unaufhaltsamen Gang. Sie waren natürlich nicht scharf ausgeprägt, deutlich ausgebildet, sondern in den wunderlichsten Assoziationen knüpfte sich Einfall an Einfall, doch immerhin in einem gewissen Zusammenhang von Glied zu Glied, und es war soweit System darin, daß ich z. B. immer je Licht- und Schattenseite der Dinge, Menschen, Taten, Aussprüche, die mir einfielen, unterscheiden mußte. Was haben sich nicht für Vorstellungen in meinem Kopf getummelt, welch komische Ideenassoziationen sich ergeben! Auf gewisse Begriffe, gewisse Vorstellungen, kam ich dann immer wieder zurück, die mir aber kaum mehr alle gegenwärtig sind, z. B. droit de France! Tannin! Barbara! Rohan! Sie bildeten gleichsam Etappen in jener Gedankenjagd, und ich sprach dann sozusagen in einem Losungswort den Begriff, bei dem die rastlosen Gedanken gerade angekommen waren, rasch aus, besonders auch bei gewissen Abschnitten meines täglichen Lebens, wie beim Hereinkommen in den Saal, wenn die Zellentüre geöffnet wurde, wenn's zum Essen ging, wenn jemand auf mich zukam usw., gleichsam um den Faden nicht zu verlieren oder doch einen gewissen Halt zu erfassen, in den tollen, mir über den Kopf gewachsenen Gedankenfolgen.“ — Ein Schizophrener berichtete: „Die Gedanken wurden immer schneller. Ich konnte selbst jeden einzelnen Gedanken nicht mehr erfassen. Ich glaubte, daß ich jetzt überschnappen werde. Die Bewegung der Gedanken fühlte ich nur noch, aber sah ihren Inhalt nicht mehr. Zuletzt war ich mir überhaupt nicht mehr der Gedanken bewußt, sondern wurde leer.“

Leichtere Grade der Denkhemmung treten in folgender Selbstschilderung hervor, die außerdem auch andere Klagen der subjektiven Hemmung enthält: „Meine Stimmungen waren in stetem Wechsel und etwa von der Dauer von 14 Tagen bis 3 Wochen. Meine heiteren, sog. guten Tage zeigten sich im Interesse für alles, im zielbewußten Handeln, individuellen Reizungen, bestimmtem Urteil über Dinge und Menschen und meine eigene Person und in einer bestimmten Spannkraft. In diesen Zeiten suchte ich so viel als möglich Gesellschaft auf, unternahm vieles, weil mir alles Vergnügen machte. Wenn ich gerade auf der Reise war, erledigte ich in dieser Stimmung alle meine Briefschulden im Vorgefühl, daß es mir vielleicht schon morgen schwerer fallen würde. Der Übergang von einer Stimmung zur andern war nicht so plötzlich, sondern jeden Tag ein wenig vorgeschritten. Beim andern Zustand hatte ich das Gefühl von Interesselosigkeit, Dummheit, Unbestimmtheit über Dinge, über die ich meine eigene Ansicht haben sollte. Ich strengte mich dann besonders an, um meine Mängel zu verbergen und im gegebenen Fall besann ich mich dann darauf, wie ich in meinen guten Tagen gehandelt hätte. Veränderlich ist hauptsächlich meine Schrift, auch meine Art zu gehen. In letzter Zeit kam noch hinzu eine vollständige Gleichgültigkeit und ein Versagen meiner Aufnahmekraft. Theater, Konzerte machten keinen Eindruck mehr auf meine Nerven. Ich habe dann einfach nichts davon erzählen können. Bei der Unterhaltung habe ich den Faden verloren, d. h. ich konnte einen Gedanken nicht mehr an den andern reihen. Für Scherze oder Pointen in der Unterhaltung blieb ich unempfindlich, weil ich sie nicht mehr verstand.“ (Die Kranke ist im Laufe der folgenden Jahre paranoid verblödet.) — Ähnliche Kranke klagen: Ich habe mein Gedächtnis gänzlich verloren und bin nicht mehr imstande, einer Unterhaltung zu folgen. Ich fühle mich wie gelähmt. Ich habe keinen Verstand mehr, bin ganz verblödet. Den Inhalt von etwas Gelesenem oder Gehörtem wiederzugeben, ist mir ganz

unmöglich. Ich habe keinen Willen mehr, ich besitze nicht eine Spur von Energie und Tatkraft. Ich kann mich zu nichts entschließen. Nur eine Bewegung zu machen, kostet mich einen großen Entschluß.

Ideenflucht und Denkhemmung treten in mannigfaltigen Formen auf, ja es scheint manchmal, als könnten sie sich verbinden. Wollte man sich anschaulich machen, was in allen diesen Phänomenen das Charakteristische sei, so ging man meistens aus von dem Gegensatz der Erregung und Hemmung, der Beschleunigung und Verlangsamung. Letztere sind sehr leicht zu begreifen, aber offenbar nicht das Wesentliche der Störungen. Beschleunigung des im übrigen normalen Ablaufs würde nur ein Zeichen von Gesundheit sein, Verlangsamung bei im übrigen unverändertem Ablauf beobachtet man z. B. bei epileptischen Persönlichkeiten, ohne daß sonst eine Ähnlichkeit mit den hier gemeinten Hemmungserscheinungen vorhanden wäre. Versuchen wir tiefer einzudringen, als es der Gegensatz Beschleunigung-Verlangsamung erlaubt, so gehen wir am besten von dem Gegensatz aus des mechanischen, assoziativen, passiven Vorstellungsablaufs und des aktiv durch Zielvorstellungen (Obervorstellung, determinierende Tendenz) geleiteten geordneten Denkens. Das assoziative Geschehen bringt den Stoff, das Material, das aktive nur die Ordnung. Wir sehen nun sofort: auf der einen Seite gibt es eine Erregung und Hemmung, einen Reichtum und eine Armut des assoziativen Geschehens, auf der andern Seite ein Zurücktreten der aktiv wirksamen Zielvorstellungen mit ihren determinierenden Tendenzen. Das Wort „Idee“ in der „Ideenflucht“ bezieht sich nicht nur auf Vorstellungen, sondern alle „Elemente“, die als Elemente in Assoziationsverkettungen gedacht werden können. Und auch Zielvorstellungen sind nicht bloß Vorstellungen, sondern alle Momente, die eine teleologische Auslese, eine Struktur im Ablauf, im Zusammenfassen der seelischen Inhalte bedingen. Das sind logische, ästhetische, Situationsnotwendigkeiten (Gespräch, Rede, Mitteilung, Aufgabe usw.). Aus diesem Schema lassen sich die objektiven und die subjektiv erlebten mannigfachen Typen des ideenflüchtigen und gehemmten Ablaufs leicht ableiten. Nur die wichtigsten Typen greifen wir heraus:

a) Die klassische Ideenflucht. Das assoziative Geschehen ist erregt, massenhaft strömen die Inhalte von allen Seiten ins Bewußtsein. Dies würde an sich nur größere Produktivität bedeuten. Aber dazu kommt, daß die determinierenden Tendenzen wegfallen, daß keine Auswahl der Assoziationen mehr stattfindet, und daß infolgedessen je nach den zufälligen Bedingungen alle nur möglichen Assoziationsweisen durcheinandergehen, höchst begriffliche, klangliche, sprachliche usw.

Man hat nach der Ursache der Ideenflucht gefragt und mehrere Antworten gegeben, die nicht zu erweisen oder unhaltbar sind. Ideenflucht ist nicht die Folge einer Beschleunigung des Vorstellungsablaufs, sie ist nicht Folge eines Rededranges, sie ist nicht zu verstehen aus dem bloßen schnellen Wechsel der Assoziationsprinzipien, nicht aus dem Vorwiegen einer bestimmten Assoziationsart (etwa der Klangassoziation), nicht aus dem Vorwalten niederer Assoziations-

arten (bei Fehlen der begrifflichen Assoziationsarten). Ihre Ursache liegt in Vorgängen unbekannter Art außerhalb des Bewußtseins, ihre Phänomenologie ist nur durch Berücksichtigung beider Seiten des Gedankenablaufs, des assoziativen Geschehens und der determinierenden Tendenzen zu verstehen (vgl. die Kritik Liepmanns, l. c.).

b) Die klassische Hemmung ist das gerade Gegenteil der Ideenflucht bezüglich des assoziativen Geschehens. Es treten gar keine Assoziationen auf, nichts tritt ins Bewußtsein, es besteht die Neigung zu völliger Bewußtseinsleere. Treten spärliche Assoziationen auf, so ist aber, wie bei der Ideenflucht, die determinierende Tendenz vermindert an Wirksamkeit, die Kranken können sich nicht konzentrieren. Nach langen Bemühungen tritt zuweilen eine Reaktion auf, oft verstummen die Kranken gänzlich und verharren lange Zeiten in einem tiefen Stupor.

c) Die gedankenflüchtige Denkhemmung<sup>1)</sup>. Werden sich die Kranken ihres gestörten Seelenablaufs bewußt, so tritt in ihren Klagen die Ideenflucht als Gedankendrang, die Hemmung als subjektive Hemmung auf. Sie klagen, daß sie sich der massenhaften Gedanken gar nicht erwehren können, daß eine qualvolle Jagd von Vorstellungen durch ihre Seele stürmt. Oder sie klagen, daß sie nicht mehr denken können, daß kein einziger Gedanke mehr auftritt. Ist nun den Kranken auch der Wegfall der determinierenden Tendenzen bewußt, bemühen sie sich trotzdem energisch, Ordnung in ihren Gedankenlauf zu bringen und erleben dabei die völlige Wirkungslosigkeit ihrer Konzentration auf Ziele und Obervorstellungen, so erleben sie gleichzeitig die Erregung, den Gedankendrang durch den erregten assoziativen Vorstellungsablauf und die Hemmung in der Unfähigkeit, in dieser wilden Jagd einen einzigen zusammenhängenden Gedanken zu fassen. Dann haben wir das Bild der gedankenflüchtigen Denkhemmung.

d) Ablenkbarkeit<sup>2)</sup>. Wenn der Vorstellungsablauf nicht mehr oder nicht mehr genügend durch determinierende Tendenzen bestimmt ist, so entsteht, falls der Stoff des Vorstellungslaufes aus Assoziationen, die eine gesteigerte Produktivität gewinnen, bestritten wird, die Ideenflucht. Wird der Stoff der Vorstellungen durch äußere Eindrücke in regelloser Weise bestimmt, so spricht man von Ablenkbarkeit. Hält man wie zufällig irgendwelche Gegenstände, die Uhr, den Schlüssel, einen Bleistift, spielt mit der Uhrkette, klopft, klappert mit dem Schlüsselbund, so wird alles von dem Kranken sofort bemerkt, benannt, verwertet. Er springt alsbald zu etwas anderem über, einem Fleck an der Wand, zum Schlips des Arztes, zu allem, was irgendwo in seiner Umgebung bemerkbar ist. Es ist einleuchtend, daß tatsächlich Ideenflucht und Ablenkbarkeit meist zusammen vorkommen, jedoch geschieht das nicht immer. Ein Kranker ist ganz unproduktiv in Assoziationen, aber jeder Sinnesreiz zieht die Aufmerksamkeit auf sich. Umgekehrt besteht bei andern Kranken der Vorstellungs-

<sup>1)</sup> Schröder: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 2.

<sup>2)</sup> Heilbronner: Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., 13 S. 277 ff.; 17 S. 431 ff.



ablauf ganz aus ideenflüchtigen Assoziationen, aus denen sie auch durch Sinnesreize nicht herausgerissen werden.

Die Ablenkung geschieht nun aber nicht durch jeden beliebigen Sinnesreiz. Man bemerkt häufig eine Auswahl nach Interessengebieten oder wenigstens nach sachlich irgendwie zusammengehörigen Gebieten. Diese in gewissem Sinne verständliche Ablenkbarkeit führt durch Übergänge, die wir nicht klar analysieren können, zu dem entgegengesetzten Extrem der Ablenkung durch alle beliebigen Sinnesreize: alle Gegenstände werden wahllos „genannt“, alle Worte nachgesprochen, alle Bewegungen nachgemacht. Handelt es sich in den Fällen der reinen Ablenkbarkeit um ein uns inhaltlich schließlich verständliches Verhalten der Aufmerksamkeit, so erscheinen uns diese „Echosymptome“ wie ein automatisches Geschehen. Wird im ersteren Falle doch der durch die abgelenkte Aufmerksamkeit erfaßte Sinnesreiz irgendwie in variierender Weise psychologisch verarbeitet, so bleibt im letzteren Falle bloß eine immer gleiche automatische Echoreaktion bestehen. Wir reden hier besser nicht von Ablenkbarkeit, schränken diesen Ausdruck vielmehr auf diejenigen Fälle ein, in denen wir die Überzeugung gewinnen, daß im Bewußtsein des Kranken ein Wechsel der Konzentrationsrichtung, ein Beachten und Wiederablenken in für uns nacherlebbarer Weise vor sich geht.

#### § 4. Elementares und gedanklich vermitteltes Seelenleben.

Vergleichen wir eine echte Wahneidee mit einem bloßen Irrtum und einer überwertigen Idee, eine leibhaftige Bewußtheit mit dem Erlebnis „als ob“ etwas so sei, einen melancholischen Zustand mit der nervös sentimental Depression eines traumatischen Neurotikers, so sehen wir auf der einen Seite elementare Gegebenheiten, ganz unmittelbare und letzte Erlebnisse, auf der anderen Seite etwas Entwickeltes, Gewordenes, auf Gedanken und Hineinsteigern Beruhendes, etwas vergleichsweise Mattes und Sekundäres, wenn auch der augenblickliche Affekt, die äußerlich sichtbare Leidenschaft noch so intensiv sein mögen. Ein junger Schizophrener lebte mit einer Frau zusammen, die manche seiner Halluzinationen ebenfalls sah, manche seiner Beängstigungen ebenfalls fühlte; von ihr sagte der Patient: „Wenn man angesteckt wird, ist es nervös, wenn man es zuerst erlebt, gar nicht nervös. Bei mir ist das Alles viel ruhiger und viel klarer.“ Stellen wir noch weitere Beispiele nebeneinander, so könnte man den Gegensatz etwa wiederfinden im Vergleich zwischen der echten Halluzination und der phantastischen Vorstellung, die sich selbst illusionär in den Raum projiziert, zwischen dem Erlebnis der eigenen Verdoppelung und dem Gefühl als ob „zwei Seelen in meiner Brust“ seien, zwischen einer elementaren Triebregung und einem zunächst inhaltlich bestimmten Wunsch, zwischen einem epileptischen und einem hysterischen Erregungszustand, zwischen elementarem Bewegungsdrang und verständlicher motorischer Entladung von Stimmungen. Das Elementare ist psychologisch nicht beeinflussbar, das gedanklich Vermittelte dagegen wohl. Das Elementare ist primär inhaltlos und gewinnt erst seine Inhalte, das Gedankliche geht umgekehrt von den Inhalten aus.

Trotz aller dieser Bemerkungen ist der Unterschied des Elementaren und gedanklich Vermittelten kein eindeutiger und klarer. Er umfaßt mehreres: Gegenüber dem Echten steht das Unechte, das

bloß imitiert ist; insofern ist das hysterische Seelenleben ein durchweg abgeleitetes, vermitteltes. Gegenüber dem genetisch Unverständlichen, letzten, unbegreiflich Daseienden steht das verständlich Gewordene, Entwickelte.

Mag so der Begriff des Elementaren ein mehrdeutiger und mag er ein relativer sein, man benutzt ihn zum kurzen Ausdruck des mit Urgewalt in das Seelenleben Hereinbrechenden. Als solcher mußte er hier gekennzeichnet werden.

## § 5. Die Differenziertheit des Seelenlebens.

Das Seelenleben als Ganzes variiert vom einfachsten bis zum differenziertesten, vom kaum faßbaren Seelenleben der Tiere bis zum Reichtum der Entwicklung großer Menschen. Derselbe Haschisch ruft bei einem Menschen ein stumpfes Wohlgefühl, eine polternde Lustigkeit, bei dem andern ein reiches, märchenhaftes, seliges Erleben hervor. Dieselbe Krankheit, z. B. die *Dementia praecox*, ist bei dem einen durch einen ärmlichen Eifersuchtswahn und einige grobe Verfolgungsideen charakterisiert, bei Strindberg entwickeln sich diese Inhalte zu seltener Fülle und wird das veränderte Lebensgefühl zu einem Quell der Eigenart seiner dichterischen Schöpfungen. Jede seelische Erkrankung entspricht in ihrer Erscheinungsweise der seelischen Höhe und der Beanlagung des Befallenen. Wir suchen diese Unterschiede mit dem Ausdruck „Differenziertheit“ zu ergreifen, um möglichst von aller Bewertung zu abstrahieren.

Allerdings bedeutet für uns Differenziertheit eo ipso etwas Wertvolles und viele bewundernde Werturteile treffen diese Tatsache des Reichtums allein. Besonders für das Verständnis der Persönlichkeit ist das Bewußtsein davon, auf welchem Niveau der Differenzierung sie sich befindet, entscheidend. Indem zur Differenzierung noch Kraft, Lebendigkeit u. a. hinzutreten, bestehen im Hinblick auf das Ganze der Persönlichkeit Niveauunterschiede, die am tiefsten Klages (für die Graphologie) in seinem Begriff des Formniveau getroffen hat. Hier liegt eine Grenze des begrifflich Zugänglichen und Lehrbaren. Und doch müssen wir uns — wenigstens wenn wir „Persönlichkeiten“ verstehen wollen — mit einer gewissen instinktiven Sicherheit außerhalb dieser Grenze bewegen können. Nicht nur die Handschrift, sondern das ganze Gebaren und Tun eines Menschen ist mit dem eines andern im einzelnen nur dann vergleichbar, wenn es sich in beiden Fällen um gleiches oder ähnliches Formniveau handelt.

Wir beschränken uns auf den simpleren und greifbareren, wenn auch noch immer wenig klaren Unterschied des Seelenlebens in bezug auf Differenziertheit. Wir können uns die verschiedenen Arten des Seelenlebens unter dem Bilde eines Stammbaums vorstellen, in dem mit zunehmender Höhe die Differenziertheit zunimmt. Nicht nur in bezug auf den Reichtum des Inhalts, sondern auch in der Form des einzelnen Seelenvorgangs sind die seelischen Erscheinungen dann erst von einer bestimmten Höhe der Differenziertheit ab überhaupt möglich. Auf der einen Seite sind Tierpsychosen so arm an seelischen Formen, daß — abgesehen davon, daß man sie eigentlich gar nicht untersuchen kann — unter ihnen keine rechten Unterschiede zu finden und sie nicht eigentlich zu beschreiben sind. Die Tiere haben organische Hirnerkrankungen, es gibt auch so merkwür-

dige Erscheinungen wie das Störrischwerden der Pferde, aber die eigentliche Geisteskrankheit ist psychologisch ein Spezifikum des Menschen. Auf der anderen Seite sind z. B. Zwangsvorstellungen, Depersonalisationsphänomene erst auf relativ hoher Differenzierungsstufe möglich. Zwangsvorstellungen, bei denen ein hoher Grad von Bewußtheit des eigenen Seelenlebens notwendig ist, werden bei jungen Kindern noch nicht beobachtet und finden sich häufig bei Individuen, die auch sonst differenziert sind. Ganz besonders gilt das von dem großen Komplex der subjektiven Hemmungsklagen. Diese subjektiven Klagen sind nur möglich bei sich selbst beobachtenden und bei zum sprachlichen Ausdruck befähigten Menschen. Aber auch die ganze Art dieser Leiden ist nur möglich bei einer relativ hohen Differenzierungsstufe.

Der Begriff der Differenzierung ist zu zerlegen. Es ist damit gemeint erstens die Vermehrung der qualitativen Erlebnisweisen; zweitens die Zerlegung verschwommener Erlebnisweisen in mehrere klare, auf deren Grunde das Gesamterlebnis wieder reicher und tiefer wird. Das einheitliche Phänomen tieferer Stufe zerlegt sich auf höherer. Der vage Instinkt, Trieb bestimmt sich durch Inhalte und wird durch mannigfache geschiedene Inhalte ein kompliziertes Ganzes. Zunahme der Zerlegung bedeutet Zunahme der Differenziertheit und zugleich Zunahme der Klarheit und Bewußtheit. Aus unbestimmten Ahnungen, Gefühlen, Gedanken werden klare, bestimmte, ausdrückliche. Gegenüber dem undifferenzierten Zustand der Unschuld und Naivität treten die Gegensätze im Seelischen auseinander. Damit ist drittens die Differenzierung als Zerlegung und Synthetisierung des Gegenstandsbewußtseins gemeint. Die Möglichkeiten seines Denkens, Erfassens und seines Verhaltens vermehren sich. Es kann immer mehr vergleichen, abwägen, und zugleich die Masse des Geschiedenen auf Ganzheiten beziehen. Viertens heißt Differenzierung das bloße Sichbewußtwerden in der Selbstreflexion. Wir müssen natürlich unterscheiden zwischen tatsächlicher Differenzierung, die vom Subjekt erlebt wird, aber nicht gewußt zu werden braucht, und dem Bewußtsein der Differenzierung, die sich in der Selbstbeobachtung zeigt. Jemand kann eine Zwangsvorstellung haben, ohne auch nur den Versuch zu machen, sich klar zu werden, was er eigentlich erlebt. Meistens geht aber Differenziertheit und Bewußtsein des eigenen Erlebens bis zu einem gewissen Grade parallel. Immerhin kann ein bloßes zunehmendes Beachten aller möglichen gleichgültigen Gefühle eine Zunahme der Differenzierung vortäuschen.

Gehen wir von einem einzelnen Phänomen aus, wie wir solche in Menge kennen gelernt haben, so dürfen wir das anscheinend selbe Phänomen bei verschiedenen Individuen gefahrlos nur vergleichen, wenn wir denselben Grad von Differenziertheit vor uns haben, so z. B. die Wahnideen der verschiedenen echten Paranoiker. In anderen Fällen können uns äußerlich ähnliche Erscheinungen leicht verführen, gänzlich Verschiedenes zu identifizieren. So ist das z. B. nicht selten geschehen mit dem „Wahn“ der Naturvölker, der Paranoiker, der Schwachsinnigen (Paralytiker usw.) Und doch handelt es sich hier um prinzipiell völlig verschiedene Dinge. Der Naturmensch hat ein wenig differenziertes Seelenleben, das man in bezug auf seine Glaubensinhalte zu charakterisieren sucht, indem man sagt, daß er noch nicht gelernt hat, Wahrnehmung und Phantasievorstellung als der Quelle nach Verschiedenes zu erfassen, daß die verschiedenen Schlußarten, so z. B. der Analogieschluß nach ganz äußerlichen Kriterien, für ihn noch durchweg die gleiche Evidenz besitzen. Beim Para-

lytiker ist das Seelenleben auf eine für organische Hirnerkrankungen charakteristische Weise zerfallen, welcher Zustand mit der Undifferenziertheit der Naturmenschen nicht direkt vergleichbar ist. In dieser paralytischen Veränderung hat jede auftauchende Vorstellung Wirklichkeit, wird jeder Gedanke — oft ohne Rücksicht auf Wunsch und Zweck, oft ohne Ergriffenheit und ohne Folgen im Erleben — einfach als richtiger, jeder Inhalt als wirklicher gedacht. So ergibt sich z. B. das Bild des behaglichen, maßlosen und seligen Größenwahns, der jeden Augenblick wechselt oder sogar ins Gegenteil umschlägt. Wieder um etwas ganz anderes handelt es sich beim Paranoiker. Volle Differenziertheit, scharfe Kritik, hervorragende Denkfähigkeit hindern nicht seine Überzeugung vom Inhalt der Wahnideen. Er hat gewisse Erlebnisse gehabt (eines der Kriterien, weswegen wir hier von echten Wahnideen sprechen), die für ihn den vollen oder einen noch größeren Wert als die Erfahrung besitzen. Er hat diese mit der übrigen Erfahrung verarbeitet und mit allem Ernste, tiefer Ergriffenheit sein Wahnsystem erworben, das er konstant festhält. Ihm fehlen durchaus nicht die Gegenvorstellungen. Er weist sie aber mit Kritik ab. Ihm fehlt nicht die Differenziertheit, die verschiedenen Quellen unseres Wissens zu unterscheiden. Er pocht aber auf seine Quelle, mag sie nun übersinnlich sein oder natürlich. — Ähnlich wie in diesem als Beispiel gewählten Falle, müssen wir uns bei zahlreichen Phänomenen der Differenziertheit ebenso wie der übrigen allgemeinen Eigenschaften des Seelenlebens bewußt sein, um zur richtigen Kenntnis zu gelangen. Eine Aufstellung von Graden der Differenziertheit und von Richtungen der Differenziertheit, ebenso wie von Graden und Richtungen des Zerfalls ist für psychopathologische Phänomene zurzeit mit genügender Grundlage nicht möglich. Wir müssen uns noch mit dem allgemeinen Gesichtspunkt, der hier vorliegt, begnügen.

Wir können aber zwei Ursachen der Differenziertheit unterscheiden. Eine Ursache liegt in der individuellen Veranlagung, die andere im Kulturkreis, der die individuelle Anlage mehr oder weniger weit zur Entwicklung bringt. So beobachten wir tatsächlich — was selbstverständlich ist — daß höhere Kulturkreise eine viel reichere Erscheinungsweise krankhafter Seelenerscheinungen haben als tiefere. Daher ist die Ausdehnung der Psychopathologie, die gegenüber den Tieren hoffnungslos ist, zu einem guten Teile von dem Material abhängig, das aus hohen Kulturschichten ihr zuffießt. Aus diesem Grunde besitzen die Ärzte in Privatanstalten in ihren gebildeten Menschen ein unvergleichlich wertvolles, leider zu wenig benutztes Material. Andererseits ist die Monotonie der Hysterie bei einfachen Menschen bekannt. Psychosen bei Imbezillen<sup>1)</sup> haben eine relativ ärmliche Erscheinungsweise: es wird weniger und primitiver erlebt, Wahnideen werden kaum systematisiert, einzelne Arten von

<sup>1)</sup> Luther: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 16. 1913. S. 386. — Plaskuda: ebenda 19 S. 596.

Wahnideen (z. B. Versündigungswahn) kommen unterhalb einer gewissen Stufe überhaupt nicht vor. Erregungen äußern sich in ebenso eintönigen wie maßlosen Schrei- und Heulzuständen, Apathie in stumpfer Torpidität. Für die Erforschung der seelischen Phänomene sucht man daher immer die bestveranlagten Menschen aus, die natürlich aus Kreisen ohne differenzierende Bildung ebenso häufig kommen wie aus gebildeten.

Natürlich beansprucht sowohl das differenzierteste wie das undifferenzierteste Seelenleben unser Interesse. Die Analyse des differenzierten wird aber immer der Ausgangspunkt, wird immer das Mittel sein, durch das auch tiefere Stufen beleuchtet werden können. Das Interesse der Forscher schwankt in typischer Weise nach beiden Richtungen. Eine Zeitepoche pflegt, ganz beherrscht von naturwissenschaftlicher Einstellung, das Durchschnittliche, die Erscheinungen der Masse, die die häufigsten sind, für den eigentlichen Untersuchungsgegenstand zu halten, die andere Epoche nicht weniger einseitig diese Studien zu mißachten und das seltene hochentwickelte Seelenleben zum einzigen Gegenstand zu erheben. In der so andersartigen künstlerischen Sphäre der „psychologischen Romane“ der Franzosen machte sich in analoger Weise der Gesinnungswechsel in der Entwicklung vom Sittenroman zum Charakterroman<sup>1)</sup> geltend. In der heutigen Psychiatrie tut eine stärkere, bewußte Zuwendung zum differenzierten Seelenleben dringend not.

## § 6. Einfühlbares und nichteinfühlabares (natürliches und schizophrenes) Seelenleben.

Die Sprache unterscheidet von altersher die bloßen Gemütskrankheiten von der eigentlichen Verrücktheit. Verrückt sind für den Laien sinnloses Toben, affektlose Verwirrtheit, Wahnideen, nichteinfühlbare Affekte, verschrobene Persönlichkeit, alles um so mehr, je mehr der Mensch dabei relativ besonnen und orientiert ist. Fehlt letzteres, so rechnet der Laie mit Recht diese Zustände von Bewußtseinstrübungen nicht eigentlich zur Verrücktheit. Gemütskrankungen nennt er zwar unmotiviert, aber ihrer Art nach einführbare tiefe Gemütsbewegungen, wie z. B. die Melancholie sie zeigt. Der Laie trifft mit seinen Ansichten einen Grundunterschied innerhalb des kranken Seelenlebens, den wir zwar auch heute nicht auf eine klare und sichere Formel bringen können, der uns aber eines der interessantesten Probleme ist, zu dessen Erforschung die letzten Jahrzehnte Wesentliches hinzugetan haben<sup>2)</sup>. Die Gemütskrankheiten erscheinen uns einführbar und natürlich, die Verrücktheiten gar nicht einführbar, unverständlich, unnatürlich. Da die bisher treffendste

1) Von diesem Charakterroman sagt Bourget im Gegensatz zum Sittenroman: „il devra choisir les personnages chez lesquelles cette vie intérieure soit la plus ample.“

2) Kraepelins Schilderung der Dementia praecox, in seinem Lehrbuch; und vor allem Bleuler: Schizophrenie, Wien 1911.

Theorie die einzelnen Züge dieses unverständlichen Seelenlebens aus Spaltungen des Seelenlebens ableitet, hat Bleuler ihm den Namen schizophren gegeben, den wir auch als bloße Bezeichnung gebrauchen können, ohne immer jene Theorie zu bevorzugen<sup>1)</sup>. Aus diesem Gegensatz schildern wir an dieser Stelle zwei Gruppen von Symptomen<sup>2)</sup>:

1. Sehen wir uns die phänomenologischen Elemente an, so finden wir im kranken Seelenleben solche, die uns wohl schwer, aber doch schließlich unter günstigen Umständen deutlich anschaulich sind, und solche, die uns prinzipiell nie anschaulich werden, die wir immer nur negativ, durch das, was sie nicht sind, umschreiben können. Solche prinzipiell für unsere psychologische Anschauung unzugänglichen Elemente nennen wir (statisch) unverständlich, oder auch nicht einführbar. Von diesen können wir relativ deutlich folgende herausheben:

Etwas Gemeinsames, das fast alle seelischen Vorgänge als Akzent bekommen können, und das dem ganzen Seelenleben eine neue Note gibt, scheint alles das zu sein, was die Kranken als „gemacht“ bezeichnen. Wir haben bei allen unseren seelischen Vorgängen das Bewußtsein, daß es unsere seelischen Vorgänge sind, daß ich wahrnehme, ich handle, ich fühle. Selbst bei passivem Verhalten, bei Zwangsvorstellungen usw. ist immer dies Bewußtsein, daß es meine seelischen Vorgänge sind, die ich erlebe, noch da. Wir können eine Triebregung, einen Wunsch, einen Zwang etwas für richtig zu halten, als „fremd“ empfinden, dann meinen wir, es sei unserer ganzen Persönlichkeit fremd, aber wir fühlen es doch immer als Ausfluß unseres momentanen, aktuellen Ich. Es ist immer meine Triebregung, wenn ich sie auch als meiner eigentlichen Persönlichkeit noch so fremd empfinde. Wir sind eigentlich gar nicht imstande, Seelisches anders als mit dem Ichbewußtsein begleitet anschaulich zu sehen. Nur negativ und durch Vergleiche können wir jenes im ganzen Wesen veränderte Seelenleben uns vor Augen stellen, in dem „gemachtes“ Seelisches eine Rolle spielt. Es handelt sich nicht um die Fremdheit und Aufdringlichkeit von Zwangsvorgängen, und es handelt sich nicht um einfach passive Vorgänge, wie bei Bewegungen, die durch einen stärkeren Menschen an meinen Gliedern gegen meinen Willen vollzogen werden. Und doch können wir die gemachten Vorgänge nur mit diesen vergleichen. Gemacht werden Gefühle, Wahrnehmungen, Willenshandlungen, Stimmungen usw. Die Kranken fühlen sich infolgedessen unfrei, unter fremder Macht, nicht Herr ihrer selbst, nicht ihrer Bewegungen, nicht ihrer Gedanken, nicht ihrer Affekte. Sie fühlen sich schließlich bei hohen Graden gleichsam als

<sup>1)</sup> Einen kurzen Überblick über die Theorien gibt Gruhle: Die Psychologie der Dementia praecox. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 78. 1922. S. 454.

<sup>2)</sup> Wir gehen dabei in der zweiten über das rein Phänomenologische hinaus. Zur weiteren Ergänzung vgl. im Kapitel über Intelligenz und Persönlichkeit, S. 338, 353, über die Symptomenkomplexe des verrückten Seelenlebens, S. 384, über die Prozesse S. 315.

eine Marionette, die beliebig in Bewegung gesetzt oder still gestellt wird. Fast immer bilden sie auf Grund dieser Erlebnisse den Wahn von physikalischer oder anderer Beeinflussung, von komplizierten Apparaten und Maschinen, in deren Gewalt sie sind, von übersinnlichen Einflüssen, die hier auf die reale Welt einwirken. Einzelne der gemachten Erscheinungen haben wir schon kennen gelernt. Der ganze Komplex dieser Phänomene geht aus Selbstschilderungen deutlich hervor<sup>1)</sup>. Ein früherer Kranker der Heidelberger Klinik aus gebildeten Ständen, der bald darauf in tiefen schizophrenen Blödsinn verfiel, schrieb über die gemachten Phänomene in einem Stil, der manche hebephrene Züge zeigt:

„Wie das Alles geht, ist mir ein Rätsel. Am kommenden Morgen (am 4. Juni, vorhergegangen war ein paranoider Symptomenkomplex, in dem der Kranke alles Mögliche staunend beobachtete: Menschenansammlungen, auffällig volle oder leere Eisenbahnkuppees, Redewendungen usw., „ohne daß ich nur die geringste Ahnung hatte, was das alles zu bedeuten hat“) wurde ich durch diesen Apparat, oder was es ist, in eine ganz eigentümliche Stimmung versetzt, so daß Papa und Mama der Meinung waren, ich würde lebhaft phantasieren . . . Ich war die ganze Nacht bei vollkommen klarem Verstande . . . Nachdem ich die bereits erwähnten Schmerzen ausgestanden hatte, wurde der Apparat, dessen Konstruktion mir selbstverständlich gänzlich unbekannt ist . . ., so eingestellt, daß mir jedes Wort, das ich sprach, auf elektrischem Wege eingegeben wurde, und ich natürlich nicht anders konnte, als die Gedanken in dieser eigentümlichen Stimmung . . . zum Ausdruck zu bringen. Als ich aus dieser ganz merkwürdigen Stimmung erwachte, war mir ganz eigentümlich zumute. Ich sprach also ungefähr folgendes zu Papa, da ich tatsächlich in eine sozusagen „Sterbestimmung“ versetzt wurde: „Papa, weißt, ich muß jetzt sterben und da will ich Dir vorher noch für alles danken, was Du für mich getan hast“ . . . Die Gedanken waren mir damals so genommen, daß ich nicht einmal wußte, warum ich sterben sollte. Es war mir eine Freudestimmung eingegeben, die mich weiter an gar nichts denken ließ. Zeitweise wurde mir meine natürliche Denkungsart gegeben, dann sagte ich: „Ja, was wollt ich denn sagen“, diesen Satz wiederholte ich öfters, ich weiß dies ganz genau, es kam mir aber kein Gedanke . . . Ich wurde in eine immer größere Freudestimmung versetzt, da ich, wie ich hörte, nur noch fünf Minuten leben durfte . . . Seit diesem Tage bin ich arg gequält worden . . ., wurde ich mehreremals auf mein Gewissen mit den größten Schmerzen elektrisch untersucht . . . Ich habe seit diesem Tage entsetzliche Mord- und Räubergeschichten in meinem Kopfe, die absolut nicht zu bekämpfen sind . . . Ich notiere mir dies alles, weil ich jetzt furchtbar unglücklich bin. Ich fühle, daß ich durch den Apparat geistig immer mehr aufgerieben werde und habe des öfteren schon gebeten, daß die Leitung abgestellt und mir mein natürliches Denken zurückgegeben wird . . . In erster Linie ist es das nicht gar zu schöne Wort „Lump“, das nicht aus meinem Kopfe zu verbannen ist . . . Es kam mir übrigens so vor, als ob Papa und Mama die ersten Tage auch elektrisiert waren, was ich an den Bewegungen und dem Gesichtsausdruck meiner Eltern bei meinen oft schrecklichen Gedanken deutlich erkannte . . . Es wurde mir eines Abends auf elektrischem Wege eingegeben, daß ich Lissi ermorden solle; als ich darüber einige Zeit sprachlos war, wurde mir durch den Apparat zugerufen: „Sie haben sich stark blamiert“ . . . Solche Gedanken sind doch gewiß unnatürlich, obgleich ich vollkommen meinen

<sup>1)</sup> Vgl. Schreber, Kieser, Wollny, Ideler, S. 322ff., Kandinsky, S. 31ff. Kronfeld hat dieses schizophrene Primärsymptom ohne neues Material deutlicher abzugrenzen gesucht, wie mir scheint, ohne wesentliches Ergebnis: Über schizophrene Veränderungen des Bewußtseins der Aktivität, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 74. 1922. S. 15. Er zitiert einige treffende Wendungen vom Kranken Berzes: „Ich habe ja gar nicht geschrien, der Stimmnerv brüllte aus mir.“ „Die Hände beugen sich hin und her, ich lenke sie nicht, und ich kann sie auch nicht anhalten.“

Geist beherrsche... Bei furchtbarer Hitze, die mittels Elektrizität erzeugt wurde, rief man mir die Wörter „Bösewicht, Halunke, Erzgauner, Anarchist“ zu. Namentlich das letzte Wort wurde mir einige Minuten förmlich um den Kopf gewunden... Wie meine Gedanken alle so genau verstanden werden, und mir ganze Sätze durch den Apparat zurückgerufen werden, es ist dies Tatsache, daß ich bestimmt weiß, daß dies zum allergrößten Teile nicht meine eigenen Gedanken sind, ist mir ein großes Rätsel. Es muß dies ein ganz komplizierter Apparat sein, der mich selbst in jede beliebige Gemütsstimmung, wie: ernst, heiter, lachen, weinen, grimmig, humoristisch — verschiedene Male war er auch bei meiner Untersuchung in den ersten Tagen auf „Galgenhumor“ eingestellt, das ich sehr wohl begriffen habe — liebenswürdig, griesgrämig, energisch, zerstreut, aufmerksam, Verweilen der Gedanken auf einem Punkte bis zur Bewußtlosigkeit, ja selbst verrückt — ich erinnere mich eines Abends, wo ich tatsächlich nicht wußte, was ich dachte — melancholisch, verwirrt usw. versetzt hat. Der ganze merkwürdige Apparat ist auch in stände, mir plötzlich Schlaf zu geben (vgl. den Strahlenschlaf Schrebers), den Schlaf abzuhalten, in mir Träume zu entwickeln, mich zu jeder Zeit aufzuwecken..., ferner die Gedanken abzulenken, ja selbst jede beliebige Bewegung mir einzugeben... Ich versuche die Gedanken mit äußerster Energie zu bekämpfen, es geht aber mit dem besten Willen nicht..., da mir außerdem die Gedanken geradezu herausgezogen werden. Auch beim Lesen, sei es, was es wolle, kann ich dem Inhalt des Buches keine genügende Aufmerksamkeit schenken und kommt mir fast bei jedem Wort ein Nebengedanke... Ich möchte noch einen Punkt festhalten, es ist das ein so übertriebenes Lachen, das mich schon öfters, wenn auch nicht gequält, so doch ganz eigentümlich berührt hat, und das ich fast gar nicht bekämpfen konnte. Dieses Lachen, das durchaus nicht schmerzlich ist, wurde mir dann übermittelt, wenn ich gerade was besonders Dummes dachte. — Wenn man dies alles liest, scheint es der größte Blödsinn zu sein, der jemals niedergeschrieben wurde, ich kann jedoch nichts weiter mitteilen, daß ich alles dies tatsächlich empfunden, leider aber nicht verstanden habe. Es wird dies wohl nur derjenige begreifen, der mittels eines solchen Apparates ebenso wie ich schon gequält wurde... Wenn mir wenigstens jemand sagen würde, was das alles bedeuten soll. Ich bin furchtbar unglücklich.“ — Der Kranke wendet sich in seiner Verzweiflung an den Staatsanwalt. Er bittet dafür zu sorgen, daß der Apparat eingestellt werde, „da ich ob meines großen Auffassungsvermögens die geringste Abhaltung meiner Gedanken und die leiseste Überdeckung, die mir in meinem Berufe als Kapellmeister sehr nachträglich sein würde, sofort bemerke... Es werden mir täglich Eingebungen gemacht... Ich möchte mir erlauben, noch einen Punkt festzuhalten; es ist bei meinen Radtouren oftmals ein derartiger Sturmwind erzeugt worden, daß ich, trotzdem mir die hastige Eile, Atembeschwerden, Durst u. dgl. mehr eingegeben waren, die größte Mühe hatte, gegen denselben anzukämpfen... So möchte ich Euer Hochwohlgeboren nochmals höflichst bitten, mir meine eigenen Gedanken wiedergeben zu lassen.“

In diesem Falle handelt es sich um den Erscheinungskomplex des „Gemachten“ bei einem schnell verblödenden Schizophrenen. Noch deutlicher sind diese Erlebnisse manchmal bei den dauernd besonnenen, nie verblödenden Paranoikern (vgl. Kieser, Wollny). Auch als ganz vereinzelte Vorkommnisse bei im Beginn des Prozesses stehenden Kranken, die im übrigen als neurasthenisch u. dgl. erscheinen, sind sie zu erkennen. So erzählte uns ein Kranker in der Poliklinik:

„Wenn mir auf der Straße ein sauberes Mädels begegnet, fällt mir das dadurch auf, daß mir das Glied steif wird; da ist so eine Art von Gefühl dabei wie eine unnatürliche Reizung. Dabei stimmt etwas nicht. Ich kann nur sagen, dabei stimmt etwas nicht.“

Außer den gemachten Erscheinungen gibt es sicher noch andere, uns gänzlich unzugängliche Erlebniselemente. Aus ihnen treten zurzeit



deutlicher nur die ganz abnormen Körper- und Organempfindungen hervor, die aber oft schwer von den Mißempfindungen zu unterscheiden sind, die so viele Kranke aller Art haben. Manche schizophrene Kranke finden für ihre ganz unbeschreibbaren Körperempfindungen neue Worte, z. B. „es zirrt“ und Ähnliches.

2. Wenn wir dem Benehmen und Gebahren, den Handlungen und der Lebensführung eines Menschen genetisch verstehend nachgehen, so kommen wir zwar immer an Grenzen, aber beim schizophrenen Seelenleben kommen wir schon an Grenzen, wo wir normalerweise noch verstehen würden, und wir finden unverständlich, was den Kranken selbst gar nicht unverständlich, völlig begründet und keineswegs merkwürdig vorkommt. Warum ein Kranker mitten in der Nacht anfängt zu singen, warum er einen Selbstmordversuch macht, warum er plötzlich gegen seine Angehörigen so böse wurde, warum die Tatsache, daß ein Schlüssel auf dem Tische lag, ihn so außerordentlich aufregte usw.: das findet der Kranke selbst das Natürlichste von der Welt, kann es uns aber nicht verständlich machen. Unzureichende, nachträglich überlegte Motivierungen werden uns in der Exploration vorgebracht. Ist dies Verhalten schon bei ganz besonnenen arbeitsfähigen Menschen, wenn wir über ihr Leben mit ihnen sprechen, sehr auffällig, so wird diese Unverständlichkeit geradezu grotesk in zahlreichen akuten psychotischen Zuständen — nur die Gewohnheit, daß wir diese Zustände so häufig sehen, läßt sie uns weniger merkwürdig erscheinen: hier sehen wir Kranke, die vorzüglich auffassen, keinerlei Bewußtseinsstörung haben, völlig orientiert sind, doch wild toben, unbegreifliche Gesten, Bewegungen und Handlungen ausführen, völlig unzusammenhängende sprachliche Produkte mündlich und schriftlich von sich geben (Inkohärenz), während sie im nächsten Augenblick wieder eine völlig zusammenhängende Äußerung oder Handlung zeigen können. Und nach Ablauf der Psychose finden sie diese gar nicht weiter merkwürdig, sagen vielleicht, sie hätten sich Scherze erlaubt, hätten einen Ulk durchgeführt u. dgl.

Man hat in diesem Unverständlichen einen zentralen Faktor gesucht. Alle die unvermittelten Impulse, die unbegreiflichen Affekte und Affektlosigkeiten, die plötzlichen Pausen im Gespräch, die unmotivierten Einfälle, das an Zerstretheit erinnernde Gebahren und alle die übrigen mehr negativ umschreibbaren Erscheinungen sollen auf etwas gemeinsamem beruhen. Man spricht von Inkohärenz, Spaltungen, von intrapsychischer Ataxie; man nennt das Gebahren verschoben, läppisch. Doch mit allen Worten sagt man schließlich dasselbe: es ist ein gemeinsames „Unverständliches“. Man konstatiert, daß eigentlich keine psychische Funktion definitiv ausgefallen ist, also eine einzelne Funktionsstörung dies Zentrale nicht sein kann. Man sieht, daß nichtschizophrene Symptomenkomplexe bei Schizophrenen vorkommen und daß diese dann die eigentümliche „Färbung“ bekommen; so gibt es manische und depressive Symptomenkomplexe in eine schizophrene Atmosphäre getaucht. Wir haben die Intuition von einem Ganzen, das schizophren heißt, aber wir fassen es nicht, sondern zählen eine Unmenge von Einzelheiten auf oder sagen „unverständlich“, und jeder begreift dies Ganze nur in eigener neuer Erfahrung in Berührung mit solchen Kranken.

## Zweites Kapitel.

# Die objektiven Symptome und Leistungen des Seelenlebens (objektive Psychopathologie).

Im ersten Kapitel hatten wir es ausschließlich mit dem Seelischen selbst zu tun. Wir fragten nicht nach den sinnlich wahrnehmbaren, objektiven Vorgängen, durch die hindurch uns im einzelnen Falle erst der Zugang zur Seele anderer Individuen möglich ist. Wir haben bisher die Seele „von innen“ gesehen, nun wollen wir sie gleichsam „von außen“ betrachten. Nach der subjektiven Psychologie treiben wir nunmehr objektive Psychologie.

Der Grundgegensatz der Phänomenologie war der Gegensatz von Gegenstandsbewußtsein und Ichbewußtsein. Die Grundidee der objektiven Psychologie ist die Vorstellung des Organismus, dem Reize zugeleitet werden, auf die er nach innerer Verarbeitung (physiologisch: Erregungsvorgang) mit Bewegungen oder anderen objektiv wahrnehmbaren Erscheinungen reagiert. Der physiologische Erregungsvorgang ist ein unendlich kompliziert zu denkendes Geschehen, von dem die spärlichen, bisher sinnlich wahrnehmbaren Zeichen nur geringe Kunde geben. In der Dreiteilung: zentripetale (sensible) Leitung vom Sinnesorgan, zentraler Vorgang, zentrifugale (motorische) Leitung zum Erfolgsorgan, ist dieser Reflexbogen ganz unterhalb alles Seelischen der Grundbegriff der Physiologie des Nervensystems. Als „psychischer Reflexbogen“ wird er von der Physiologie her auf das Seelenleben ausgedehnt, indem zu den zentralen Vorgängen dieses eminent kompliziert aufgebauten, in der Funktion unendlich mannigfaltig variierenden Reflexbogens eben psychische Prozesse gehören. Durch die Sinnesphysiologie auf der einen, die Physiologie der motorischen Phänomene auf der andern Seite hat diese objektive Psychologie den engsten Kontakt mit der Physiologie. Diese lehrt sie, wie dem Seelischen außerordentlich komplizierte Apparate unterbaut sind, deren Intaktheit Bedingung für die Entstehung von Wahrnehmung und Erinnerung wie von der nach außen tretenden Wirksamkeit innerer Antriebe ist. Die Untersuchung der höheren Schichten dieser Apparate ist ein Grenzgebiet zwischen Psychologie und Physiologie. Die Störungen dieser Apparate werden als Agnosien, Apraxien, Aphasien von der Neurologie gelehrt. Es ist das Charakteristikum dieser physiologischen Untersuchung des psychischen Reflexbogens, daß sie immer zu körperlichen, sinnlich greifbaren, meist zugleich lokalisierbaren Funktionen als Grundlage führt.

Auf der Vorstellung des psychischen Reflexbogens, nur in komplizierterer Gestalt, beruhen die Begriffe, die man sich zur Untersuchung des psychophysischen Apparats für jene Regionen gebildet hat, in denen eine Anknüpfung an sinnlich greifbare physiologische Grundlagen nicht mehr möglich ist. Auffassung, Orientierung, Gedächtnis, Merkfähigkeit, Arbeitsleistung usw. sollen untersucht und in ihren Abhängigkeitsbeziehungen erkannt werden. Man läßt nicht mehr bloße Reize einwirken, sondern man stellt Aufgaben, z. B. die Aufgaben, kurze Zeit dargebotene Gegenstände zu erkennen, Silben auswendig zu lernen, Additionen zu machen, und man registriert nicht mehr bloße Bewegungen, sondern man bewertet die Leistungen nach Zeitdauer, Richtigkeit und Unrichtigkeit, Quantität der Arbeitsleistung. Aufgabe<sup>1)</sup> und Leistung sind die Grundbegriffe, der Reaktionsversuch der grundlegende Versuch dieser objektiven Psychologie. Dieser Versuch wird von der Aufgabe einer einfachen Reaktion auf Sinnesreize bis zur Aufgabe komplizierter fortlaufender Arbeitsleistungen mannigfaltig variiert.

Die für die Psychopathologie wichtigsten dieser Aufgaben sind folgende: 1. Aufgabe, einen sehr kurze, meßbare Zeit dargebotenen Gegenstand zu erkennen: Auffassungsversuche. 2. Aufgabe, auf ein Reizwort hin schnell das erste einfallende Wort auszusprechen: Assoziationsversuche. 3. Aufgabe, einen dargebotenen Stoff einzuprägen: Merkfähigkeitsversuche, Lernversuche. 4. Aufgabe, ein Bild genau anzusehen und darauf eine spontane Schilderung des Bildes zu geben, die dann durch ein Verhör über einzelne Punkte ergänzt wird, oder entsprechend, eine Geschichte zu lesen: Aussageversuche. 5. Aufgabe, zu adieren, meßbare Bewegungen auszuführen; dabei wird die Leistung gemessen und ihre Abhängigkeit von zahlreichen Bedingungen untersucht: Arbeitsversuche. — Jeder dieser Versuche prüft die Glieder des ganzen psychischen Reflexbogens. Sehr viele Funktionen müssen intakt sein, damit die Leistung zustande kommt. Nur unter der Voraussetzung der Intaktheit der übrigen können diese Versuche eine bestimmte Funktion prüfen. Es rührt daher, daß z. B. Assoziationsversuche, Aussageversuche, Arbeitsversuche sowohl zur Untersuchung einzelner Funktionen wie zur Charakteristik der gesamten Persönlichkeit verwandt worden sind.

Es liegt auf der Hand, daß das Gebiet der objektiven Psychologie das Hauptgebiet der experimentellen Psychopathologie ist. Es ist gehörig, an dieser Stelle über die Arten von psychologischen Experimenten einige Bemerkungen einzuschalten. Man unterscheidet zweckmäßig drei Gruppen. Die erste Gruppe betrifft Versuche, wie das Beschreibenlassen von Bildern, die Beobachtung der bei Druck auf die Augäpfel auftretenden Sinnestäuschungen, die Prüfung des Verständnisses für Unterscheidungen (z. B. von Irrtum und Lüge u. dgl.). Hier handelt es sich nicht um eigentliche Experimente, sondern um Hilfsmittel der Untersuchung, die sich als Kunstgriffe zur Ergänzung der gewöhnlichen Unterhaltung bewähren<sup>2)</sup>. Die zweite

<sup>1)</sup> Über Begriff und Bedeutung der Aufgabe: Watt: Arch. f. d. ges. Psychol. 4 S. 289ff.; Ach: Über die Willensstätigkeit und das Denken, 1905; Külpe: Gött. gelehrte Anzeig. 1907, S. 595ff.

<sup>2)</sup> Zahlreich werden solche Kunstgriffe angegeben in den Untersuchungstechniken, besonders zur Intelligenzprüfung; ferner zur Untersuchung schwer zugänglicher Kranker, vgl. Liepmann: Kleine Hilfsmittel usw. Dtsch. med. Wochenschr. 31. 1905. Nr. 38,

Gruppe bilden die eigentlichen objektiven Experimente, z. B. die Versuche mit fortlaufender Arbeit, die Aussageversuche usw.; hier wird irgendetwas quantitativ, zahlenmäßig bewertet, werden die Versuchsbedingungen in übersehbarer Weise variiert und einwandfrei Abhängigkeitsbeziehungen der Funktionen festgestellt<sup>1)</sup>. Hierhin gehören auch die technischen Hilfsmittel zur objektiven „Darstellung“ von Bewegungserscheinungen, Lautäußerungen mit Registrierapparaten, Kinematograph, Phonograph, wie sie vor allem Sommer entwickelt hat. Die dritte Gruppe von Versuchen ist durch die bei ihnen geübte planmäßige Selbstbeobachtung charakterisiert. Während die Versuche der vorigen Gruppe zwar Willigkeit, Zugänglichkeit und Verständnis für die Aufgabe bei der Versuchsperson verlangten, aber keine psychologische Fähigkeit und nicht die geringste Selbstbeobachtung, ist diese Versuchsart nur bei psychologisch fähigen, zur vorurteilslosen Selbstbeobachtung geschickten Menschen möglich. Ihre Resultate sind sowohl in der Richtung der objektiven Leistungspsychologie wie zur Vertiefung der Phänomenologie geeignet<sup>2)</sup>. Während die Versuche der vorigen Gruppe zu Gesetzmäßigkeiten, zu Verallgemeinerungen aus Einzelfällen führen, die mit der Zahl der Fälle an Gewißheit gewinnen, stellen diese Versuche nur geeignete Bedingungen her, unter denen man in der Selbstbeobachtung sich der Eigenart gewisser seelischer Erscheinungen besonders deutlich bewußt werden kann. Während jene Versuche dazu dienen, auf Grund der Befunde mittelbar auf Regeln zu schließen (induktive Methode), wird hier ein Tatbestand unmittelbar gewiß (intuitive Methode).

Die experimentelle Psychopathologie hat keine endgültig klare Stellung in der Wissenschaft und keine einmütige Bewertung erlangt. Von der einen Seite, besonders von Philosophen, für unfruchtbar, leer angesehen, wird sie von andern für die einzige wissenschaftliche Methode in der Psychopathologie gehalten. Einem besonnenen Urteil muß sie als eine auf ihrem Gebiet unersetzliche Forschungsweise, als eine wesentliche Ergänzung der ganzen Psychopathologie erscheinen. Aber man wird ihr nicht das Recht geben, sich für die einzige Methode zu erklären. Hauptsache ist in der Psychopathologie, wie in allen Wissenschaften, klare Fragestellung. Diese ist nur auf der Basis allseitiger psychologischer Forschung möglich. Wo zur Beantwortung Experimente möglich und geeignet sind, wird man sie begrüßen, wo nicht, wird man mit andern Methoden, mit einfacher Beobachtung und Vertiefung in das Seelenleben der Kranken, durch kasuistische, statistische, soziologische Methoden sein Ziel zu erreichen suchen.

Die Experimente der Normalpsychologie haben, wie die der Sinnesphysiologie, das bedeutungsvolle Resultat gehabt, allgemein bewußt zu machen, wie unendlich kompliziert und verwickelt selbst bei phänomenologisch einfachsten Vorgängen, die somatische Genese und die im Experiment deutlich werdenden, noch nicht somatisch zu fundierenden Abhängigkeitsbeziehungen sind<sup>3)</sup>.

1) Vgl. Wundt: Über Ausfrageexperimente usw., Psychol. Stud. 3, 1907.

2) Es ist das Verdienst der Külpeschen Schule, diese Art psychologischer Versuche entwickelt zu haben. Vgl. die Arbeiten dieser Schule in Arch. f. d. ges. Psychol. Zur Kritik vgl. Elias Müller: Zur Analyse der Gedächtnistätigkeit usw., Leipzig 1911 S. 61 ff.

3) Darüber belehrt vor allem das Werk Wundts (Physiol. Psych. 6. Aufl.) Zur experimentellen Psychopathologie: Kraepelin: Der psychologische Versuch in der Psychiatrie, Psychol. Arbeit, 1, 1896; Sommer: Lehrbuch der psychopatho-

Wie der Begriff des Reflexbogens in der Vorstellung vom „psychischen Reflexbogen“ aus der Nervenphysiologie in die objektive Psychologie hinübergenommen wird, so werden auch die übrigen Begriffe der Nervenphysiologie, die hier ihre zweifellos reale Grundlage haben, als Theorie, als Bild und manchmal auch als wirklich Analoges treffend in die Psychologie übernommen. Die Kenntnis der Nervenphysiologie ist jedenfalls für den Forscher der objektiven Psychologie unentbehrlich. Es ist nicht unsere Aufgabe, aus diesem Riesengebiet irgend etwas zur Darstellung zu bringen, wir möchten nur einige Grundbegriffe bzw. Grundphänomene der Nervenphysiologie beispielsweise aufzählen:

1. Ermüdung ist ein Vorgang, der in durchaus analoger Weise vom höchsten Seelenleben bis zu niederen Leistungen des Nervensystems beobachtet wird. 2. Übung wird als ein Teilmoment der mnemischen Funktionen des Nervensystems überhaupt aufgefaßt: auf Reize hin ausgeübte Funktionen hinterlassen Nachwirkungen, die die Funktion erleichtern, sie auf andere Reize oder auf Teilreize, oder auf schwächere Reize hin eintreten lassen. 3. Hemmung nennt man die Tatsache, daß Reflexe durch übergeordnete Zentren oder durch gleichzeitige andere Reize geschwächt oder unterdrückt werden. Läßt man diese anderen Reize fort oder schaltet das übergeordnete Zentrum aus, so tritt der Reflex sofort lebhaft auf. Bahnung nennt man die Tatsache, daß eine Reaktion auf einen von zwei ungleichartigen Reizen allein nicht eintritt, wohl aber, wenn beide Reize gleichzeitig oder in einem kurzen Intervall gesetzt werden. Von Summation der Reize spricht man, wenn die Reaktion nicht auf einen Reiz, sondern erst auf mehrere nacheinander erfolgende, gleichartige Reize eintritt. Der eine Reiz ist zu schwach, mehrere gleiche, schwache Reize summieren aber ihre Wirkung. Durch gegenseitige Hemmungen und Bahnungen sind die Reflexe — welche isoliert nur im physiologischen Schema, nicht in der Wirklichkeit vorkommen — im Nervensystem, sogar schon in den niederen Regionen des Rückenmarks, zu einem unendlich komplizierten funktionellen Gewebe verbunden, in dem sie miteinander, übereinander, gegeneinander wirken. Dies mannigfaltige Ineinanderwirken der Reflexe hemmender, Bahnender, regulierender Art bis hinauf in die höchsten Schichten des Nervensystems nannte Sherrington „Integration“<sup>1)</sup>. Die integrative Tätigkeit des Nervensystems läßt die Reflexwirkungen der Reize je nach den übrigen Reizen und Bedingungen so außerordentlich variabel sein. 4. Schock nennt man die durch Verletzungen aller Art (auch heftige Reize) am Nervensystem hervorgerufene Aufhebung der Funktion ohne Zerstörung. Nach einiger Zeit tritt die Funktionstätigkeit der in Schockzustand geratenen Teile von selbst wieder auf.

Alle diese nervenphysiologischen Begriffe haben ihre Anwendung in der Psychologie gefunden: mit unbezweifelbarem Recht bisher nur die der Ermüdung und Übung. Wie weit es sich bei den anderen Übertragungen um bloße Bilder, wie weit um wirklich Identisches handelt, ist gar nicht zu entscheiden; so z. B. wenn man die Wirkungen der Erziehung als Reflexhemmungen und Bahnungen auffaßt, wenn man die zunehmende Komplizierung von psychischen „Leistungen“, z. B. Gedächtnisleistungen, Sprachleistungen — wobei die kompliziertere Leistung die einfachere voraussetzt — mit dem etagenförmigen

---

logischen Untersuchungsmethoden 1899. Eine Übersicht mit zahlreichen Literaturangaben gab zuletzt Gregor: Leitfaden der experimentellen Psychopathologie, Berlin 1910. Ferner Gregors Sammelreferat Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. 7, 97, S. 241.

<sup>1)</sup> C. S. Sherrington: The integrative action of the nervous system 1906.

Aufbau in der Morphologie des Nervensystems oder der Physiologie der Reflexe (der integrativen Tätigkeit) in Verbindung bringt, wenn man eine Depression durch die Summation all der kleinen Reize einer quälenden Situation (z. B. Gouvernantenstellung) entstehen läßt, oder wenn man bei heftigen Gemüterschütterungen die völlige Lähmung alles Gefühlslebens als Schock erklärt<sup>1)</sup>.

Die nach außen tretenden objektiven Phänomene des Seelenlebens werden erstens als Leistungen gewertet (Leistungspsychologie), oder zweitens als bloße Begleit- und Folgeerscheinungen psychischer Vorgänge konstatiert und registriert (symptomatische Psychologie).

### Abschnitt 1.

## Die Leistungen des psychophysischen Apparats (Leistungspsychologie).

Der psychophysische Apparat ist gleichsam der Unterbau der verstehbaren Persönlichkeit. Man könnte den idealen Grenzfall konstruieren, daß bei allen Störungen in den Leistungen des psychophysischen Apparats die Persönlichkeit der Potenz nach intakt bleibe. Die Aufgabe für die Untersuchung des Apparats, der diesen Unterbau bildet, ist: die komplizierten Leistungen zu zerlegen, scharf abgrenzbare und deutlich bestimmte Leistungen zu finden, die man in übereinstimmender Weise prüfen kann. Dann werden Beziehungen von Leistungen zueinander gesucht, seien es korrelative oder solche, in denen kompliziertere Leistungen einfachere voraussetzen. Dazu leitet vor allem die Beobachtung, daß bei großer Störung einzelner Leistungen noch gute Gesamtleistungen im Leben möglich sind (wie besonders hirnverletzte Krieger lehren). In der Psychopathologie vermag man nur selten jenen Aufgaben gerecht zu werden. Man muß sich oft auf bloße Beschreibungen beschränken, um so mehr, je mehr man von den mehr neurologischen Störungen zu den psychiatrischen Störungen aufsteigt.

Am Anfang des psychischen Reflexbogens steht die Wahrnehmung, die greifbar mit physiologischen Vorgängen verbunden ist, ebenso stehen am Ende die motorischen Phänomene. Dazwischen liegen

---

<sup>1)</sup> Durch Analogie zu neurologischen Vorgängen hat in vielen Arbeiten vor allem A. Pick psychologische Phänomene begrifflich zu machen gesucht. Er hat in der Tat eine Fülle von minutiösen Beobachtungen gewonnen — deren Verwendung in einer Gesamtdarstellung kaum möglich ist —, und hat seine Auffassung und Methode vor kurzem zusammengefaßt: A. Pick: Die neurologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie, Berlin, Karger, 1921. Die sehr zahlreichen Arbeiten Picks, immer ein Detail behandelnd, überall verstreut, enthalten Wertvolles, das leider eingebettet ist in eine etwas umständliche Art endlosen Zitierens. Es wäre erwünscht, hier die Probe einer zusammenfassenden Ordnung der wirklichen Ergebnisse zu machen.

als erste Verarbeitung der Wahrnehmung Auffassung und Orientierung, dann das Gedächtnis, das Merken und die Reproduktion, der Vorstellungsablauf mit dem Assoziationsmechanismus. Den motorischen Erscheinungen gehören zum Teil auch die spezielleren Leistungen an, die wir wegen ihrer Kompliziertheit gesondert besprechen, Sprache und Schrift und die in der Arbeitskurve objektiv gemachte Leistungsfähigkeit.

## § 1. Die Störungen der Wahrnehmung.

Die Reize, die die Endigungen sensibler Nervenbahnen treffen, gelangen durchaus nicht alle ins Bewußtsein. Im Gegenteil, es gibt eine Fülle zentripetal leitender Nerven, die komplizierte Reflexe auslösen, ohne daß von dem ganzen Vorgang, der vielmehr völlig mechanisch und automatisch bleibt, eine Spur bewußt wird. Magen und Darm sind, wie Chirurgen festgestellt haben, fast ganz empfindungslos, und doch laufen in den zahlreichen Nerven dieser Organe Reflexmechanismen feinsten Art ab. Die Erhaltung des körperlichen Gleichgewichts, die Ausführung vieler Bewegungen, nicht bloß einzelner Muskelkontraktionen, sondern komplizierter Synergien, geschieht rein mechanisch. Alle diese höchst interessanten Mechanismen sind der Gegenstand von Nervenphysiologie und Neurologie. Doch ist die Grenze zwischen nur physiologischen Mechanismen und psychisch bedingten Vorgängen keine endgültig scharfe. Es können sowohl bloße Reflexe bewußt gemacht werden, z. B. das Atmen, und es können bewußte Vorgänge sich mechanisieren, z. B. die Bewegungen beim Erlernen von Radfahren.

Es liegt auf der Hand, daß alle Störungen in dem sensiblen Nervensystem, soweit dieses Grundlage für das Zustandekommen der Wahrnehmung ist, auch Störungen dieser Wahrnehmung verursachen; so z. B. die Anästhesien, Parästhesien, alle die Störungen durch krankhafte Vorgänge im Augenapparat (Heminaopsie, Mikropsie, Verzerrung der optischen Wahrnehmungen durch Herde in der Chorioidea usw.) und die übrigen in der Neurologie untersuchten Anomalien. Diese Störungen sind physiologisch einzuteilen nach ihrer mehr peripheren oder zentralen Natur. In je höheren Schichten der Nervenmechanismen sie liegen, desto näher kommen wir den seelischen Vorgängen. Und wenn der Weg dahin auch unendlich ist, und jede neue nervenphysiologische Entdeckung nicht innerhalb der Grenzen des Seelischen, sondern bloß in einer höheren Schicht der dem Seelischen unterbauten Nervenmechanismen Fuß faßt, so pflegen wir doch als Störungen der Wahrnehmung in der Psychopathologie die höchstgelegenen dieser nervenphysiologisch greifbaren Anomalien zu erwähnen. Dahin gehören manche Trugwahrnehmungen, deren Phänomenologie wir im vorigen Kapitel kennen lernten, und die Agnosien.

Bei den meisten Trugwahrnehmungen wissen wir nichts über deren Ursachen, kennen wir keine Bedingungen, von denen etwa ihr Auftreten abhängig wäre. Es ist darum zur Zeit noch gänzlich verfehlt, eine Theorie über die Entstehung der Trugwahrnehmungen bilden zu wollen. Diese muß notwendig spekulativ ausfallen. Bei einigen Trugwahrnehmungen kennen wir aber doch, wenn nicht die einzigen, so doch mitwirkende Ursachen<sup>1)</sup>. Es sind — selten — Trugwahrnehmungen im Gefolge von Erkrankungen der Sinnesorgane (vgl. oben den Fall auf S. 52), im Gefolge lokalisierter Erkrankungen des betreffenden Sinneshirns (besonders elementare Licht- und Geräuschphänomene) beobachtet. Es wurden insbesondere hemianopische

<sup>1)</sup> Vgl. mein Referat l. c. S. 314—324.

Halluzinationen bei Herden im Occipitallappen beobachtet. Ferner hat man bei manchen Trugwahrnehmungen eine Abhängigkeit des Auftretens von äußeren Reizen bemerkt. Man kann in disponierten Organen, die dann fast immer auch spontan halluzinieren, durch beliebige Reize Trugwahrnehmungen auslösen. Besonders bekannt sind die durch Druck auf die geschlossenen Augen ausgelösten Visionen bei Deliranten und manchen anderen Kranken. Doch alle diese Fakta sind viel zu grob, als daß wir durch sie in die den Trugwahrnehmungen zugrunde liegenden außerbewußten Mechanismen einzudringen vermöchten.

Die agnostischen Störungen, die Störungen des Erkennens und Wiedererkennens bei erhaltener sinnlicher Perzeption und bei im übrigen gesunden Seelenleben, stehen in deutlichen Beziehungen zu lokalisierten Zerstörungen des Gehirns<sup>1)</sup>. Hier liegt ein in den Leistungen der Wahrnehmungen nachweisbarer Defekt vor. Erkennen und Wiedererkennen sind wohl zu unterscheiden von der ganz allgemeinen Bekanntheits- und Unbekanntheitsqualität: Mir begegnet ein Mensch, ich erkenne ihn als Menschen, verkenne ihn nicht etwa als Ziege, und ich erkenne ihn wieder als den Menschen, der gestern neben mir im Theater saß. Nun gibt es Wahrnehmungen, in denen Empfindungen in Raum und Zeit im intentionalen Akt vergegenständlicht sind, aber nicht als bestimmte Gegenstände erkannt, und auch nicht wiedererkannt werden. Eine Kranke sieht nach einer Kopfverletzung wohl das Zimmer mit den Möbeln, sie erkennt sie aber nicht als Möbel, weiß gar nicht, was das für Gegenstände sind, ist ratlos, und weiß erst recht nicht, daß es ihre Möbel sind. Was nun in solchen Fällen eigentlich im Bewußtsein gegenwärtig ist, das ist bei einem Kranken mit Kopfschuß von Goldstein und Gelb<sup>2)</sup> bis zu einem gewissen Grade klar gemacht worden.

„Der Patient hat farbige und farblose Flecke in einer gewissen Verteilung im Sehraum. Er sieht wohl auch, ob ein bestimmter Fleck höher oder tiefer, mehr rechts oder mehr links als ein anderer sich befindet, ob er schmal oder dick ob groß oder klein, ob er kurz oder lang ist, ob er näher oder weiter ist, aber nicht mehr; denn die verschiedenen Flecke zusammen erweckten einen wirrnisartigen Eindruck, nicht aber, wie beim Normalen, den eines spezifisch charakterisierten, festgestalteten Ganzen.“ Der Kranke erkannte keinerlei Gestalten, nicht einmal Gerade und Krumme. Wenn er mit dem Kopf die Formen nachfuhr, konnte er die Gestalt erkennen. Er sah keine Bewegungen. „So erzählte er unter vielem anderen folgendes: Wenn er die elektrische Bahn herankommen sieht, so „sieht er sie in etwa 5 m Entfernung“; dann sieht er gewöhnlich „nichts“ und „dann steht sie plötzlich vor ihm“. Einen fahrenden Eisenbahnzug, den er deutlich „erkannte“, habe er nicht sich bewegen gesehen. Er hätte nur die Bewegung aus dem Geräusch erschlossen. — Als er einmal mit seiner Schwägerin

1) Wilbrand: Die Seelenblindheit, 1887. Lissauer: Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 21 S. 222ff. Müller: Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 24 S. 856ff. Liepmann: N. C. 27. 1910. S. 609, Külpe: Zeitschr. f. Pathopsychol. 1 S. 224ff.

2) Goldstein und Gelb: Zur Psychologie des optischen Wahrnehmungs- und Erkennungsvorgangs, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 41, 1. 1918. Diese die „Gestaltpsychologie“ fruchtbar auf die Psychopathologie übertragenden Untersuchungen sind fortgesetzt in: Zeitschr. f. Psychol. 83. 1919. S. 1; 84. 1920. S. 67, 193; 86. 1920. S. 1.



spazieren gehen wollte, ging diese vor ihm aus dem Haus und er ihr nach in etwa 20 m Entfernung von ihr. Er meinte dann zu sehen, daß die Schwägerin stehen blieb, stillstände, und war sehr erstaunt, daß er sie nicht einholte; „die Entfernung wurde nicht kürzer“ . . . Was der Kranke sah, war nur ein „jetzt hier“, „jetzt dort“; den Eindruck der Bewegung, wie ihn der Normale hat, dieses spezifisch Andere als die einzelnen voneinander isolierten Lagen, hatte er nicht.“ Auf taktilen Gebiet hatte der Kranke dagegen sehr deutliche Bewegungseindrücke.

Optische Agnosien (Seelenblindheit) treten bei Zerstörungen in beiden Hinterhauptslappen auf. Eine Beziehung einzelner Leistungsstörungen zu feiner lokalisierten Hirnzerstörungen ist durch Tatsachen nicht belegt. Wir wissen nur im allgemeinen und groben von dem Zusammenhang von Zerstörungen in den Hinterhauptslappen und optischen agnostischen Störungen überhaupt. Man unterscheidet nach den Sinnesgebieten die optischen Agnosien (Seelenblindheit), die akustischen Agnosien (Seelentaubheit) und die taktilen Agnosien (Stereoagnosien).

Was an Wahrnehmungsanomalien sonst bisher nur phänomenologisch feststellbar ist, wird z. T. vielleicht durch objektive Prüfungen und Messungen als Fehlleistung erkannt und erklärbar werden, so z. B. die Störungen des Zeitsinns. Vorläufig ist nur da der Angriffspunkt gewonnen, wo die Störungen dem Neurologischen nahe sind. So z. B. bei den Einschränkungen des Gesichtsfeldes<sup>1)</sup>, die sich deuten lassen als Ermüdungserscheinung oder als Aufmerksamkeitsstörung und Ablenkbarkeit.

## § 2. Auffassung und Orientierung.

Die Agnosien sind Störungen des Erkennens, d. h. sie sind eigentlich Auffassungsstörungen. Weil sie aber ihre Ursache in greifbaren Hirnveränderungen haben, weil sie auf einzelne Sinnesgebiete beschränkt vorkommen, stellten wir sie zu den Störungen der Wahrnehmungsmechanismen. Wenn wir nun in einem engeren Sinne von Störungen der Auffassung<sup>2)</sup> reden, so können wir diese nicht absolut scharf von jenen ersteren abgrenzen; wir meinen jetzt die bloß funktionellen Störungen, die auf allen Sinnesgebieten zu gleicher Zeit in die Erscheinung treten und die mit dem gesamten Seelenleben in Zusammenhang stehen; sie stehen damit im Gegensatz zu jenen Agnosien, die ähnlich den Störungen der Sinnesorgane bei normalem Seelenleben als mehr periphere Anomalien in einem dem Seelenleben unterbauten Mechanismus auftreten. Während phänomenologisch Wahrnehmung und Auffassung ein Ganzes sind, kann die objektive Zergliederung der Leistungen den Wahrnehmungsmechanismus als den Prozeß, der durch Nervenmechanismen zum Bewußtwerden eines anschaulichen Inhalts führt, von der Auffassung trennen als dem Prozeß, der zur Eingliederung eines sol-

<sup>1)</sup> Klien: Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 42 S. 359, Reh m: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 55 S. 154.

<sup>2)</sup> Heilbronner: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 17 S. 441ff. Kronfeld: Arch. f. d. ges. Psychol. 22 S. 543. Zusammenfassend Gregor l. c. 4. Vorlesung. Seitdem: Trüb: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 41 S. 385.

chen Inhalts in unsere Erfahrung, in unser bisher erworbenes Wissen führt.

Die Auffassung kann erstens verlangsamt sein, zweitens gegenüber schwierigen Gegenständen ausbleiben, drittens zu falschen Resultaten führen. Diese Momente kann man grob in jeder Unterhaltung, durch Lesenlassen von kleinen Geschichten, durch Vorzeigen von Bildern<sup>1)</sup> feststellen. Man kann in verfeinerter Weise die Auffassungszeit messen und exakter die Abhängigkeit der falschen Auffassungen von der Konstellation der gerade erweckten Assoziationsrichtungen untersuchen in Experimenten mit dem Tachistoskop, einem Apparate, der die Exposition von Bildern, Buchstaben, Worten auf eine sehr kurze, meßbare Zeit erlaubt.

Alle diese Untersuchungen führen zur vorläufigen Einteilung der Auffassungsstörungen in drei Gruppen, die nach der Herkunft der Störung gebildet sind. Sie ist 1. Funktion der Intelligenzstufe. Bei schwierigeren Gegenständen versagt die Auffassung einfach. Es steht kein Wissen zu Gebote, das die Eingliederung erlaubt. 2. ist die Auffassung gestört in Abhängigkeit von bedeutenden Störungen der Merkfähigkeit (im Alter, bei dem Korsakoffschen Symptomenkomplex). Alles, was ins Bewußtsein kommt, wird sofort vergessen. Zur Auffassung eines längeren Zusammenhangs muß aber das eben Wahrgenommene auch behalten werden. Hier ist es schon vergessen, wenn der nächste Teil des aufzufassenden Ganzen auftritt. 3. ist die Auffassung abhängig vom Bewußtseinszustand und von den veränderten Ablaufweisen des Seelenlebens. In Bewußtseinstrübungen wird unklar, oft illusionär, vielfach einzelnes deutlich, aber gar nicht das Ganze aufgefaßt. In manischen Zuständen ist die Auffassung sehr wechselnd nach der schnell veränderlichen Interessenrichtung und der großen Beeinflußbarkeit durch die zufälligen, zur Verfälschung verleitenden Konstellationen. In depressiven Zuständen ist die Auffassung gehemmt, führt nicht zum Ziel, trotz subjektiv intensivem Bemühen. Man kann durch Zählung der Auslassungen und Verkennungen bei der Auffassung tachistoskopisch dargebotener Buchstabenreihen Zuverlässigkeit und Ablenkbarkeit in solchen Fällen objektiv meßbar machen.

Eine höchst komplexe, aber leicht feststellbare Leistung der Auffassung ist die Orientierung über die jeweilige reale Situation, über Umgebung und eigene Persönlichkeit. Man unterscheidet örtliche, zeitliche Orientierung, Orientierung über die eigene Person und über die umgebenden Personen. Einzelne dieser Orientierungsrichtungen können bei Störung der übrigen erhalten sein. Z. B. ist die völlige Desorientierung über Ort, Zeit und Umgebung bei richtiger Orientierung über die eigene Persönlichkeit ein sehr charakteristisches Symptom des Delirium tremens. Die Desorientierung ist jedoch keineswegs ein eindeutiges Symptom. Sie kann auf sehr verschiedene Weise entstanden sein und dementsprechend verschie-

---

<sup>1)</sup> Heilbronner: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 17 S. 105.

dene Bedeutung haben. Sie ist nur die letzte objektiv leicht zu findende Fehlleistung einer Reihe mannigfacher Auffassungsakte. Folgendes Schema gibt eine Übersicht über die Arten der Desorientierung (zum Teil nach Kraepelin):

1. Amnestische Desorientierung. Diese entspricht der Auffassungsstörung infolge sofortigen Vergessens des eben Erlebten bei hochgradiger Merkfähigkeitsstörung. Die Kranken (z. B. Senile) meinen, sie seien 20 Jahre alt, Frauen nehmen ihren Mädchennamen wieder an, sie schreiben das Jahr 1860, meinen, sie seien in einer Schule oder zu Hause, wenn sie in der Klinik sind, halten den Arzt, der ihnen immer unbekannt bleibt, je nachdem für einen Lehrer, für einen Gerichtsbeamten, für den Bürgermeister. 2. Die wahnhaftige Desorientierung. Die Kranken haben bei voller Besonnenheit Wahnvorstellungen und schließen aus diesen, daß z. B. die Zeit um drei Tage verschoben ist, während sie wohl wissen, daß die Umgebung ein anderes Datum schreibt; sie schließen, daß sie in einem Gefängnis sind, während sie wohl wissen, daß die Umgebung das Haus für eine Irrenanstalt erklärt u. dgl. Hieran schließt sich die doppelte Orientierung: Die Kranken sind gleichzeitig richtig und falsch orientiert. Sie wissen z. B. genau, wo sie sind, welche Zeit wir schreiben, daß sie „geisteskrank“ sind, aber gleichzeitig, daß das alles nur Schein ist, daß in Wahrheit das goldene Zeitalter da ist, daß keine Zeit mehr gilt. 3. Die apathische Unorientiertheit. Die Kranken wissen nicht, wo sie sind, welche Zeit wir haben, weil sie gar nicht daran denken. Sie sind aber nicht falsch orientiert. 4. Die Desorientiertheit in den Bewußtseinstörungen. Die Kranken fassen nur Einzelheiten auf. An Stelle der Auffassung der realen Umgebung treten die wechselnden Erlebnisse der Bewußtseinsstörungen, die eine Fülle oft phantastischer Desorientierungen (analog dem Traume) bedingen.

Störungen der Orientierung liegen bei zahlreichen akuten Psychosen und bei vielen chronischen Zuständen vor. Sie sind leicht zu erkennen und sehr wichtig zur Beurteilung des Falles. Man muß in jedem Falle sich über alle vier Richtungen der Orientierung vergewissern. Die Feststellung, daß ein Kranker orientiert ist, oder die Art einer Desorientierung gibt der ganzen weiteren Untersuchung ihre Richtung.

### § 3. Der Assoziationsmechanismus.

Psychologische Vorbemerkungen. Der Ablauf des seelischen Lebens bietet unserer Untersuchung zwei Seiten dar. Wir verstehen auf der einen Seite, wie aus den Trieben das Motiv, aus dem Motiv der Entschluß, die Tat „hervorgeht“, oder wir verstehen, wie aus dem Zielbewußtsein des Denkenden der Gedanke und der Gedankenzusammenhang entspringt. Auf der andern Seite suchen wir objektiv zu erklären, wie automatisch ein Bewußtseinsmoment auf das andere „folgt“, wie mechanisch ein bloßes Nacheinander von seelischen Vorgängen abrollt. Dies automatische Geschehen, auf dessen Grundlage allein jenes erstere seelische Leben möglich ist, kann für sich herausgelöst betrachtet werden. Nur von ihm reden wir in diesem ganzen Kapitel. Die objektive Erklärung für das Dasein oder die Folge seelischer Elemente ist entweder durch die Beziehung auf greifbare körperliche Vorgänge — wir lernten solche beim

Mechanismus der Wahrnehmung kennen — oder psychologisch durch die Begriffe möglich, die sich in der Theorie des Assoziationsmechanismus vereinigen.

Wir denken uns das Seelische in zahllose Elemente zerstückelt, die eines nach dem andern wie eine Kette durch das Bewußtsein ziehen. Diese Elemente hinterlassen irgendwelche außerbewußten Dispositionen, durch die sie von neuem wieder bewußt werden können. Alles Seelische tritt entweder durch äußere Reize oder durch Aktualisierung solcher Dispositionen, die zum Teil bei früheren Reizen erworben wurden, auf. Die Dispositionen werden untereinander verbunden gedacht. Sie aktualisieren sich fast nie von selbst (freisteigende Vorstellungen), sondern fast immer auf Anregung durch diese Verbindungen (Assoziationen). Diese Verbindungen sind zweierlei Art: entweder sind sie ursprüngliche, bei allen Menschen gleiche (Assoziation nach Ähnlichkeit, oder ganz allgemein: nach objektivem Zusammenhang), oder sie sind erworbene, je nach den besonderen vorhergehenden Erlebnissen verschiedene Assoziation nach Erfahrung, oder allgemein: nach subjektivem Zusammenhang). So tritt ein seelischer Vorgang durch Ähnlichkeitsassoziation auf, wenn ich bei der Wahrnehmung einer roten Farbe an andere Farben denke, durch Erfahrungsassoziation, wenn ich bei einer Geruchswahrnehmung an das Haus in Rom denke, in dem ich dieselbe Geruchswahrnehmung hatte, und bei mir die ganzen Gefühle wachgerufen werden, die mit jener Situation verknüpft waren. Die außerbewußte Assoziationsverbindung, die wir theoretisch für die Ursache des seelischen Ablaufs halten, ist ihrem Begriff nach immer unbewußt; es ist aber auch der Zusammenhang objektiver Ähnlichkeit oder subjektiver zufälliger Erfahrung beim Auftreten der neuen Vorstellung gar nicht immer bewußt. Wir haben Gefühle und Gedanken, deren Herkunft wir im Einzelfall auch beim Nachsinnen gar nicht entdecken können. Es gelingt manchmal erst nach längerer Zeit, z. B. das Auftreten bestimmter Gefühle durch jene frühere Erfahrung und die jetzige Geruchsempfindung zu erklären. Ähnlich ist es bei den meisten Erklärungen seelischer Phänomene von Kranken. Die Assoziation finden wir, sie ist den Kranken selbst nicht bewußt und braucht es nicht zu sein, z. B. bei den sprachlichen Produkten der Aphasischen, bei falschen Auffassungsakten, bei Gedächtnisphänomenen, bei dem Ablauf der Vorstellungen in der Ideenflucht usw.

Im Ablauf der Vorstellungen gibt es in jedem Moment zahllose Möglichkeiten des assoziativen Fortgangs. Aber nur wenige dieser Möglichkeiten werden aktuell. Wodurch geschieht die Auswahl? Sie geschieht jedenfalls nicht allein durch eine, die letzte Vorstellung, sondern durch den ganzen Komplex vorhergegangener Erlebnisse, durch die Mitwirkung nur in weiterer Entfernung vom Blickpunkt des Bewußtseins „dunkel“ bewußt gewesener Vorstellungen: sie geschieht sogar durch Vorstellungen, die man sich außerhalb des Bewußtseins schon angeregt, aber noch nicht so stark erregt denkt, daß sie ins Bewußtsein treten. Alle diese höchst komplexen Bedingungen der jeweils ausgewählten Assoziationsrichtung nennt man deren Konstellation, und von den einzelnen Bedingungen sagt man, daß sie konstellierend wirken. Außerhalb der Konstellation hat man in neuerer Zeit noch einen zweiten Faktor, der die Auswahl bestimmter Assoziationen aus der Unendlichkeit der möglichen verursacht, näher untersucht. Es haben nämlich Zielvorstellungen (Obervorstellungen) — das Bewußtsein, daß der Vorstellungsablauf sich zu einem Ganzen zusammenfügen, zu einem bestimmten Ziele führen, einer Aufgabe Genüge leisten soll — Wirkungen derart, daß die entsprechenden Vorstellungen, wenn ihre assoziativen Verbindungen überhaupt bei dem betreffenden Individuum vorhanden sind, bevorzugt werden. Diese Wirkungen lassen sich objektiv in Experimenten feststellen. Man nennt ihre mit dem Zielbewußtsein zusammenhängenden außerbewußten Ursachen determinierende Tendenzen (Ach). Man muß immer unterscheiden zwischen 1. der Zielbewußtheit, die subjektiv erlebt wird, 2. dem Erfolg der Auswahl in den aufgetretenen Vorstellungen, der objektiv konstatiert wird, und 3. den determinierenden Tendenzen, die theoretisch zur Erklärung der objektiv feststellbaren Auswahl der Vorstellungen hinzugedacht und mit der Zielbewußtheit in Zusammenhang stehend gedacht werden. Die determinierenden Tendenzen gehen nicht nur von rationalen (gedanklichen) Zielbewußtheiten aus, sondern von allen Arten von Ideen, von ästhetischen Ganzheitsvorstellungen, von Stimmungsmomenten usw.

In den Assoziationsweisen (Assoziation nach Ähnlichkeit und Erfahrung), in der Konstellation und den determinierenden Tendenzen haben wir die Prinzipien kennen gelernt, nach denen der Ablauf der seelischen Vorgänge objektiv erklärt wird. Die Elemente sind in den Assoziationen verbunden und werden je nach der Konstellation unter Mitwirkung determinierender Tendenzen geweckt. Um diese Erklärungsprinzipien sinnvoll zu brauchen, muß man wissen, was denn eigentlich die Elemente sind, die wachgerufen und zwischen denen Verbindungen bestehen oder gestiftet werden. Vergegenwärtigen wir uns Beispiele, so finden wir sofort, daß es außerordentlich verschiedenartige Elemente sind: Empfindungselemente untereinander, Wahrnehmung und Vorstellung, Vorstellungen untereinander, Vorstellung und Gedanke, Vorstellung und Gefühl, Gefühle und ganze Gedankenkomplexe usw. Alles kann mit allem im Seelischen assoziiert sein. Man könnte zu der Annahme neigen, die viele Psychologen gemacht haben, daß alles Seelische auf letzte einfache Elemente, die Empfindungen und einfachen Gefühle, zurückzuführen sei, aus deren assoziativer Verbindung sich alle komplizierteren Gebilde aufbauten. Alle jene Assoziationen würden dann auf Verbindungen zwischen solchen letzten Elementen zurückzuführen sein. Das ist ein Irrtum, der auf der Verwechslung zweier ganz verschiedener Verbindungen, der assoziativen Verbindung und der Aktverbindung, beruht. Den Unterschied beider müssen wir uns klar machen, da ohne seine Beachtung eine korrekte Anwendung des Assoziationsbegriffs unmöglich ist. Man kann bei Idioten oder auch bei Papageien Assoziationen stiften zwischen Worten

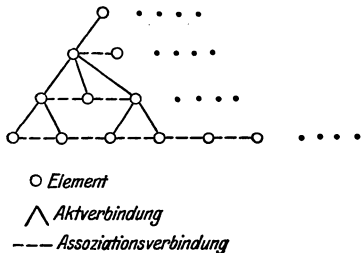


Abb. 1.

und der Wahrnehmung bestimmter Gegenstände. Sehen sie einen Gegenstand, dann sprechen sie das Wort aus, ohne zu wissen, daß eine Beziehung zwischen beiden besteht. Das ist eine assoziative Verbindung, die die Ursache ist, daß bei Auftreten des einen Elementes — wir bezeichnen hier Wahrnehmung und Wort als Elemente — das andere wachgerufen wird. Erfährt nun der Mensch, daß ein Wort einen Gegenstand bedeutet, so erlebt er in diesem Erfassen eine Aktverbindung: Wort und Gegenstand bilden für ihn jetzt eine neue Einheit, während bei der bloß assoziativen Verbindung der Zusammenhang nicht für den Erlebenden (in dessen Bewußtsein ein Element bloß automatisch dem anderen folgt), sondern nur für den Beobachter vorhanden ist. Ganz allgemein ausgedrückt: zahlreiche Elemente werden im Seelenleben in einem Akt auf einmal erfaßt und als ein Ganzes erfaßt, welches gegenüber den einzelnen Elementen etwas Neues ist. Ein Gedanke baut sich auf anderen Gedanken, auf Vorstellungen und Wahrnehmungen auf, die insgesamt in dem Gedanken zur Einheit für das Subjekt werden. Dieses einheitliche Erlebnis ist, assoziationspsychologisch angesehen, wieder ein Element. Alles, was in einem Akt als Ganzes erlebt wird, ist ein Element.

Damit sind wir der Beantwortung der Frage, was Element für die Assoziationspsychologie ist, näher gekommen. Wir können uns ein bildliches Schema (s. Abb. 1) entwerfen, um eine Übersicht über die Elemente zu bekommen: sie liegen in vielen horizontalen Schichten übereinander, in der Weise, daß vielleicht mehrere Elemente der tieferen Schicht in einer höheren Schicht durch Aktverbindung zusammengefaßt sind (z. B. unten Empfindungselemente, in der höheren Schicht der Gedanke einer Beziehung). Während die Aktverbindungen in diesem Bilde durch die Richtungen von oben nach unten dargestellt werden, sind Assoziationsverbindungen nur in den Horizontalen vorhanden. Jede Aktverbindung ist in der höheren Schicht ein Element, das sich assoziiert, und es assoziieren sich in den höchsten Schichten die kompliziertesten Aktverbindungen. Schema:

## Assoziationsverbindung.

1. Assoziationen laufen mechanisch nacheinander ab, stehen nebeneinander.
2. Assoziationen geschehen unbewußt, eine Assoziationsverbindung ist nicht Gegenstand für den Erlebenden.
3. Je tiefer das Niveau der Aktverbindungen, desto mehr treten dem Beobachter Assoziationsverbindungen auffällig in Sprache und Handlungen ins Auge.

## Aktverbindung.

Aktverbindungen bauen sich aufeinander zu immer höheren Ganzheiten, die immer wieder als Einheiten erlebt werden, auf.

Aktverbindungen geschehen bewußt. Die Verbindung ist Gegenstand für den Erlebenden.

Je höher das Niveau der Aktverbindungen, desto mehr fallen dem Beobachter verständliche Zusammenhänge des bewußten Seelenlebens auf.

Mit diesem groben Bilde müssen wir uns begnügen, um die Begriffe des Elements und der Assoziationsverbindung uns nahezubringen. Durch die Assoziationen suchen wir zu erklären, was neues im Vorstellungsablauf auftritt. Aber es tritt nicht nur immer Neues auf, sondern angeregte Vorstellungen bleiben haften, kehren in kurzen Pausen von selbst immer wieder. Dieses Haftenbleiben seelischer Elemente nennt man Perseveration. Nach dem Vorhergehenden ist es natürlich, daß nicht nur Vorstellungen, sondern auch Gefühle, Gedanken, Zielbewußtheiten, Reaktionsweisen usw. „haften“.

Der Begriff des Elements bezeichnet in der Psychologie niemals „letzte“ Einheiten, sondern Einheiten, die für einen bestimmten Gesichtspunkt als solche fungieren. Je nach dem Gesichtspunkt werden wir daher mit andern Einheiten als Elementen arbeiten, und was für den einen Gesichtspunkt ein kompliziertes Gebilde ist, ist für den andern ein Element. Damit im Zusammenhang steht es, daß der Begriff „Zurückführen“ komplizierter Gebilde auf einfachere keinen eindeutigen Sinn hat, sondern seinen Sinn wechselt je nach dem Gesichtspunkt, unter dem etwas Seelisches auf etwas anderes „zurückgeführt“ wird. „Zurückführen“ kann z. B. heißen: phänomenologisch in unmittelbar erlebte Bestandteile zergliedern, ein Erlebnis als aus einem anderen hervorgehend verstehen, eine seelische Gegebenheit als in Abhängigkeit von unbemerkten Bedingungen stehend erkennen (z. B. Raumwahrnehmung von Augenmuskulbewegungen), das Dasein eines seelischen Gebildes kausal erkennen (z. B. einen Persönlichkeitstypus durch Vererbung) usw.

Der Assoziationsmechanismus dient in breiten Gebieten der Psychopathologie als willkommenes Erklärungsmittel<sup>1)</sup>. Wir werden bei der Lehre von den Gedächtnisstörungen, bei den Sprachstörungen noch davon hören. Hier greifen wir die objektive Analyse allgemeiner Weisen des Vorstellungsablaufs heraus: sind die determinierenden Tendenzen vermindert (erstens weil überhaupt keine Zielbewußtheiten mehr auftreten, zweitens weil diese keine Wirkung entfalten, drittens weil sie zu schnell wechseln), so wird der Vorstellungsablauf nur durch die Konstellation beeinflusst. Äußere Sinnesreize sowohl wie durch die zufällige Konstellation nach allen möglichen Assoziationsprinzipien wachgerufene Vorstellungen liefern das Material des Bewußtseinsinhaltes. Wir haben das objektive Bild der Ideenflucht. Sind die Aktverbindungen auf eine niedrigere Stufe herabgesetzt, so treten nur Elemente der tieferen Schichten

<sup>1)</sup> Aus der üblichen Neigung, einen Gesichtspunkt zu verabsolutieren, haben ganze psychiatrische Systeme im Prinzip allein auf ihm sich aufgebaut (z. B. das von Ziehen). Wertvolle und interessante Arbeiten, die den Assoziationsbegriff als Hauptmittel zur Analyse benutzen, sind vor allem von Heilbronner geschrieben (l. c.).

unseres Schemas auf. Dementsprechend können auch nur in diesen tieferen Schichten Assoziationen gestiftet und geweckt werden. Auf einem Bilde erfaßt der Kranke Linien, Farben usw., aber nicht die Bedeutung des Ganzen als Wohnstube. Wir haben je nach den übrigen Erscheinungen ein Bild entweder der Bewußtseinstrübung oder des Schwachsinn.

Ein besonderes, auffallendes Symptom ist in pathologischen Fällen das vermehrte Haftenbleiben, die Perseveration<sup>1)</sup>. Man beobachtet diese Erscheinung besonders häufig bei allen organischen Defektzuständen, Aphasien, Demenzen. Stellt man solchen Kranken Aufgaben, so sind Fehlreaktionen nicht selten, und diese Fehlreaktionen haften. Z. B. haftet ein Wort, das auf alle Fragen immer wieder geantwortet wird, auch wenn es ganz sinnlos ist; oder es haftet die Bezeichnung „Schwan“, die beim Vorzeigen von Bildern zunächst dem richtigen Bilde gegeben wurde, nun für alle Vögel; oder es haften „Anschauungstypen“, wenn etwa eine Uhr nie mehr korrekt abgelesen wird, sondern anstatt dessen immer wieder nur Einzelheiten beschrieben werden, obgleich die Fähigkeit zum Ablesen — wie vorher festgestellt wurde — erhalten ist. Solche „Leitmotive“ beherrschen in ähnlichen Fällen tagelang in spärlicher Anzahl alle Reaktionen, ein Ausdruck für die Verarmung der Leistungsmöglichkeiten. — Die Perseveration ist in vielen Fällen eine sekundäre Erscheinung, die bei defektem Seelenleben an Stelle der richtigen Leistung tritt. In diesen Fällen konnte Heilbronner eine Zunahme der Häufigkeit von Perseverationen mit der Schwierigkeit der Aufgabe feststellen. In anderen Fällen ist das Perseverieren verständlich aus Interessebetonung, aus Komplexen usw. In wieder anderen Fällen scheint sie eine selbständige Erscheinung zu sein: bestimmte Inhalte verfolgen geradezu den Menschen, beherrschen ihn in einer Weise, daß eine spontane Erregung nicht von der Hand zu weisen ist (z. B. bei Ermüdung).

Eine besondere Gruppe oft angestellter Experimente, die Assoziationsexperimente<sup>2)</sup>, untersuchen die individuelle Richtung der Assoziationen, die der ursprünglichen Anlage, der Bildung, der Intelligenz, oder dem besonderen Bewußtseinszustand eigentümlich sind. Sie untersuchen den individuellen Reichtum der Assoziationen, ferner dienen sie als Mittel zur Feststellung der Wirkungen gefühlsbetonter Komplexe.

<sup>1)</sup> Heilbronner: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 17 S. 429ff.; 18. S. 293ff. (Dieser Arbeiten sind die im Text folgenden Beispiele entnommen.) Brodmann: Journ. f. Psychol. u. Neurol. 3 S. 25.

<sup>2)</sup> Es werden Reizworte zugerufen und die Instruktion gegeben, möglichst schnell mit einem Wort, dem ersten, das der Versuchsperson einfällt, zu reagieren. Dieser Grundversuch ist zahlreicher Modifikation fähig. Wertvolle Arbeiten: Aschaffenburg: Psychol. Arbeit. v. Kraepelin. Bd. 1, 2, 4. Jung: Journ. f. Psychol. u. Neurol. 3, 4, 5ff. Isserlin: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 22 S. 419, 509. Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 27. Vgl. ferner: Birnbaum: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 32 S. 95, 194. Kutzinski: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 33 S. 78. Moravcsik: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 68 S. 626. Jolly: Arch. f. Psychol. 61. 1919. S. 117, (Literaturverzeichnis).

Bei Assoziationsexperimenten wird beobachtet: 1. die Zeitdauer der einzelnen Reaktionen, 2. die richtige oder falsche Reproduktion der einzelnen Assoziationen nach beendigtem Versuch, 3. die Zahl der unter bestimmte Kategorien fallenden Assoziationen, z. B. Klangassoziationen, inhaltliche Assoziationen usw. Die Einteilung der Assoziationen geschieht nach vielen Schematen, deren Wert nicht an sich, sondern nur nach ihrem Zweck beurteilt werden kann. 4. Als qualitativ eigentümliche Assoziationsreaktionen werden gezählt die egozentrische Reaktion, die Satzergänzungen, Definitionen, Genauigkeitsausdrücke, auffallende Gefühlsbetonungen usw. — Erschlossen werden auf Grund der Assoziationsexperimente 1. der Reichtum der Assoziationen, der einem bestimmten Individuum zur Verfügung steht; dieser Schluß aus dem Reichtum der experimentellen Assoziationen ist ein sehr unsicherer Schluß. 2. werden gefühlsbetonte Komplexe erschlossen, die das Seelenleben des betreffenden Individuums beherrschen (aus der Zusammenstellung aller der Assoziationen, die vermehrte Reaktionsdauer, mangelnde Reproduktionsfähigkeit, auffallende Begleiterscheinungen usw. aufweisen: ein häufig überzeugender, aber immer unsicherer Schluß). 3. werden besondere Arten des Vorstellungsablaufs erschlossen, z. B. Ideenflucht oder katatonische Inkohärenz. Diese treten im Versuch ebenso wie spontan und in der Unterhaltung hervor.

#### § 4. Die Störungen des Gedächtnisses<sup>1)</sup>.

Psychologische Vorbemerkungen. Drei Dinge sind sorgfältig zu unterscheiden: 1. die Merkfähigkeit, die Fähigkeit, neue Assoziationen zu stiften, dem Reservoir des Gedächtnisses neues Material zuzuführen; hier unterscheidet man die Lernfähigkeit (wiederholte Darbietung des Stoffes) von der Merkfähigkeit im engeren Sinne (einmalige Darbietung). 2. das Gedächtnis, das große Reservoir dauernder Dispositionen, die bei geeigneter Gelegenheit ins Bewußtsein treten können; 3. die Reproduktionsfähigkeit, die Fähigkeit in einem bestimmten Augenblick unter bestimmten Bedingungen ein bestimmtes Material aus dem Gedächtnis zum Bewußtsein zu erwecken. Merkfähigkeit und Reproduktionsfähigkeit sind Funktionen, Gedächtnis der Dauerbesitz an Dispositionen. In allen drei Gebieten gibt es pathologische Störungen, die zwar alle mit dem Sammelwort Gedächtnisstörungen bezeichnet werden, aber ihrem Wesen nach verschieden sein müssen. Schon im Normalen arbeitet das Gedächtnis mit Fehlern, überall hat die Treue (Zuverlässigkeit), die Dauerhaftigkeit und die Dienstbarkeit (Bereitschaft) des Gedächtnis ihre Grenzen und Schwankungen. Die sehr umfangreichen Experimente der Psychologen haben sehr interessante Gesetze festgestellt, auf der einen Seite Gesetze des Merkens (z. B. Abhängigkeit von Aufmerksamkeit, Interesse, Lernen des Ganzen oder der Teile, Beeinträch-

<sup>1)</sup> Ribot: Das Gedächtnis und seine Störungen, deutsch, 1882. Nach den großen experimentellen Fortschritten von Ebbinghaus und G. E. Müller neue zusammenfassende Arbeiten mit Angabe der gesamten Literatur: Offner: Das Gedächtnis, Berlin 1909: für die Psychopathologie Ranschburg: Das kranke Gedächtnis, Leipzig 1911. Eine vollständige Verarbeitung des ganzen bisher gewonnenen Materials mit neuen eigenen Forschungen gibt G. E. Müller: Zur Analyse der Gedächtnistätigkeit und des Vorstellungsablaufs, 3 Bde., Ergänzungsbände der Zeitschr. f. Psychol. 1911ff. Neue experimentelle Arbeit: J. H. Schultz: Über psychologische Leistungsprüfungen an nervösen Kriegsteilnehmern, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 68 S. 326, wichtig für die Merk- und Reproduktionsschwäche bei manchen Depressionen und bei der echten Erschöpfungneurasthenie.



tigung durch gleichzeitige Stiftung anderer Assoziationen: generative Hemmung (Elias Müller), auf der andern Seite Gesetze der Reproduktion (z. B. Beeinträchtigung durch gleichzeitige andere psychische Vorgänge, Hemmung durch gleichzeitig zum Bewußtsein drängende Assoziationen: effektuelle Hemmung). Von besonderer Wichtigkeit ist es, sich bewußt zu sein, daß es nicht ein Gedächtnis schlechthin mit allgemeiner Befähigung dazu gibt, sondern daß sich dieses aus vielen Spezialgedächtnissen zusammensetzt. So beachtet man — allerdings selten — phänomenales Zahlengedächtnis bei im übrigen schwachsinnigen Menschen.

Soweit wir bis jetzt vom Gedächtnis sprachen, haben wir gleichsam einen Mechanismus im Auge, der wie ein Apparat mehr oder weniger gut arbeitet. Das Gedächtnis steht aber zugleich in verständlichen Zusammenhängen der Affektbetonung, Bedeutung, des Vergessenwollens. Nietzsche formuliert einmal: Dies habe ich getan, sagt mein Gedächtnis; dies kann ich nicht getan haben, sagt mein Stolz; schließlich gibt das Gedächtnis nach. Es ist etwas ganz verschiedenes, ob es sich um Gedächtnis für Erlerntes (Wissen) oder um Gedächtnis für persönliche Lebenserfahrung handelt (Erinnerungen). Und in der Beziehung zur Persönlichkeit sind diese Erinnerungen wieder ganz verschieden; sie sind entweder wirkend, bedeutsam, gar nicht distanziert, oder sie sind gleichsam historisch geworden, ein Wissen durch Objektivierung und Distanzierung von der gegenwärtigen Persönlichkeit. Von den verständlichen Beziehungen, in welchen das Gedächtnis steht, sind experimentell untersucht worden die Beziehungen zwischen Lust oder Unlust des Erlebnisses und der Tendenz zu richtigem Behalten oder Vergessen<sup>1)</sup>. Es ist eine alte Lehre, daß wir Schmerzen leicht vergessen. Der Erinnerungsoptimismus läßt uns von der Vergangenheit vor allem das Angenehme gegenwärtig bleiben. Die Erinnerungen an intensive seelische Erlebnisse schwinden zunehmend im Laufe der Zeit: an heftige Schmerzen nach Operationen, bei der Entbindung, an sehr heftige Affekte. Man weiß schließlich nur noch, daß es sehr heftig, sehr qualvoll, ganz ungewöhnlich war, aber man hat keine anschauliche Erinnerung an das seelische Erleben. Bei diesen Fragen sind folgende Probleme wohl zu unterscheiden: Werden unangenehme Erlebnisse (eventuell unterschieden nach der Unlust verschiedener Art) von vornherein schlechter gemerkt? Zerfallen ihre Gedächtnisdispositionen schnell? Können sie schwerer reproduziert werden? Oder wird nur weniger an sie gedacht und wird infolgedessen schneller vergessen? Von dem Vergessen von Verpflichtungen, unangenehmen Aufgaben, peinlichen Szenen durch bloßes Nichtdaran-denken ist wohl zu unterscheiden ein absichtliches oder unwillkürliches Verdrängen des Unangenehmen, das zu einer wirklichen Abspaltung (Unmöglichkeit der Reproduktion) führt.

Von den Gedächtnisstörungen besprechen wir zuerst die eklatantesten, die Amnesien. Amnesien nennt man solche Gedächtnisstörungen, die sich auf eine bestimmte abgegrenzte Zeit, aus der nichts oder wenig (partielle Amnesie) mehr erinnert werden kann, oder auf zeitlich weniger scharf abgegrenzte Erlebnisse erstrecken. Unter ihnen sind folgende Arten zu unterscheiden: 1. Es handelt sich gar nicht um eine Gedächtnisstörung. In einer tiefen Bewußtseinsstrübung konnte überhaupt nichts aufgefaßt, also auch nichts gemerkt werden. Es kam nichts in das Gedächtnis, also wird auch nichts reproduziert. 2. Es bestand in einem Zeitabschnitt (z. B. beim Korsakoffschen Symptomenkomplex) zwar die Fähigkeit zur Auffassung, aber die Merkfähigkeit war tief gestört, es wurde nichts behalten. 3. Es konnte in einem abnormen Zustande zwar vorübergehend etwas

<sup>1)</sup> Vgl. Peters: Gefühl und Erinnerung, in Kraepelins Psycholog. Arbeiten 6. 1911. S. 197. P. fand statistisch, daß lustbetonte Erlebnisse besser als unlustbetonte, diese wieder besser als gleichgültige behalten werden. — Peters und Nemecek: Fortschr. d. Psychol. 2. 1914. S. 226.

gemerkt werden, aber die Gedächtnisdispositionen sind durch einen organischen Vorgang zerstört worden. So verhält es sich z. B. in manchen epileptischen Dämmerzuständen, deren Erlebnisse auf keine Weise, auch nicht durch Hypnose, ans Licht gebracht werden können. Am deutlichsten ist dieser Vorgang bei den retrograden Amnesien, z. B. nach schweren Kopfverletzungen, in denen das in den letzten gesunden Stunden oder Tagen vor dem Unfall Erlebte völlig ausgelöscht ist. 4. gibt es höchst merkwürdige Amnesien, die nur in einer Störung der Reproduktionsfähigkeit bestehen. Im Besitze des Gedächtnisses ist alles vorhanden, es kann nur nicht geweckt werden. Die Weckung gelingt aber z. B. im hypnotischen Zustand. Diese Amnesien hat Janet<sup>1)</sup> besonders gründlich untersucht. Die Kranken können sich bestimmter Erlebnisse (systematische Amnesien), abgegrenzter Zeitepochen (lokalisierte Amnesien) oder gar der ganzen früheren Lebenszeit (allgemeine Amnesien) nicht mehr erinnern. Beim Benehmen der Kranken fällt auf, daß ihr Gedächtnisbesitz tatsächlich eine Rolle spielt, daß sie sich nicht so benehmen wie jemand, der die Gedächtnisdispositionen selbst verloren hätte, daß sie durch die Amnesie subjektiv gar nicht gestört werden, ihr gleichgültig gegenüberstehen, daß die Amnesie widerspruchsvoll ist, und schließlich, daß sie aufgehoben werden kann, sei es von selbst — zuweilen periodisch —, sei es durch Hypnose.

An der einzelnen konkreten Amnesie beteiligen sich manchmal mehrere dieser vier Arten in verschiedenem Grade, wenn auch eine derselben die hauptsächlich hervortretende ist. Besonders charakteristisch ist die Art, wie manches aus der amnestischen Periode erhalten ist — eine Amnesie pflegt selten vollständig zu sein —, und die Art, wie manches einzelne geweckt werden kann. Zwei Typen der spontanen Erinnerungen lassen sich hier gegenüberstellen<sup>1)</sup>: 1. summarische Erinnerung, Erinnerung des Hauptsächlichen, Wesentlichen, in verschwommener, gar nicht detaillierter Weise, 2. Erinnerung an lauter Vereinzelttes, Unwesentliches; dies einzelne steht unverbunden nebeneinander, zum Teil wird es sehr detailliert in ganz nebensächlichen Einzelzügen erinnert, aber weder das zeitliche noch das sachliche Verhältnis der Einzelheiten zueinander ist klar. Diesen beiden Typen entsprechen die Arten, wie durch Anregung, durch Erinnerungshilfen Inhalte der amnestischen Phase geweckt werden: 1. Es werden durch geeignete Mittel, am auffälligsten in der Hypnose, die systematischen Zusammenhänge, die ganzen Komplexe, ganzen Erlebnisse wachgerufen. 2. Durch Anregung von Detailvorstellungen werden auf den verschiedensten assoziativen Wegen auch nur einzelne Details, diese unter Umständen in großer

1) Janet: Der Geisteszustand der Hysterischen, deutsch, Wien 1894, S. 65ff. Vgl. ferner Ricklin: Hebung epileptischer Amnesien durch Hypnose, Diss. Zürich, 1903. v. Muralt: Zeitschr. f. Hypnot., 10. 1900. S. 86. Heilbronner: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 17 S. 453.

2) Heilbronner: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 17 S. 450ff.

Menge, geweckt. Dabei ist die zeitliche Ordnung und der Zusammenhang schwierig oder gar nicht zu gewinnen.

Schematisch kann man sagen, daß die an erster Stelle genannten Typen für hysterische Amnesien und für Amnesien nach heftigen Affekten, die an zweiter Stelle genannten für Amnesien der Epileptiker und solche nach organischen Zuständen, Bewußtseins-trübungen usw. charakteristisch sind. Soweit der Unterschied der Typen durch einen Unterschied der Zustände, für die die Amnesie vorliegt, bedingt ist, können wir eine psychologische Einsicht für denselben gewinnen, wenn wir uns der oben besprochenen Trennung von Assoziationsverbindung und Aktverbindung erinnern. Wenn in der amnestischen Phase Aktverbindungen nur in den tiefsten Schichten vorkamen (z. B. nur Details, nie das Ganze, aufgefaßt wurde), so konnten auch nur Elemente der tieferen Schichten sich assoziieren. Nur diese können darum auch später reproduziert werden. Wenn dagegen die Aktverbindungen in jener Phase auch in den höchsten Schichten stattfanden, so können sie als Ganzes in assoziativer Verbindung stehen und auch als Ganzes geweckt werden. Im ersten Falle kann die Amnesie schon durch die Art des Bewußtseinszustandes, im letzten Fall nicht durch ihn allein, sondern nur durch eine hinzukommende Störung des Reproduktionsmechanismus erklärt werden. Der erste Fall entspricht den eigentlichen Bewußtseins-trübungen, der zweite Fall mehr den hysterischen Phänomenen. Für beide Fälle pflegt man zu sagen, daß der Inhalt der amnestischen Phase sich nicht im Zusammenhang mit dem übrigen Bewußtseinsinhalt befindet. Es liegt nun auf der Hand, daß die Art der Lösung des Zusammenhangs in beiden Fällen eine ganz verschiedene ist: dort ein Mangel an assoziativen Verbindungen und assoziierbaren komplexen Elementen (Akteinheiten), hier bei Erhaltensein der assoziativen Dispositionen eine „Abspaltung“, die wir, als bedingt durch den hysterischen Mechanismus, noch näher kennen lernen werden.

Außer den zeitlich begrenzten Amnesien haben wir es, und zwar viel häufiger, mit Gedächtnisstörungen zu tun, die sich an unser alltägliches Vergessen, an einfache schlechte Merkfähigkeit usw., als Steigerung anschließen, aber nicht zu einer lokalisierbaren Unterbrechung im zeitlichen Zusammenhang des Seelenlebens führen. Natürlich führen Übergänge von hier zu den ausgebildeten Amnesien. Wir werden bei diesen häufigeren Gedächtnisstörungen jedenfalls wieder Reproduktionsfähigkeit, das große Reservoir der Gedächtnisdispositionen, und Merkfähigkeit trennen.

1. Störungen der Reproduktionsfähigkeit: Es wird oft ein schlechtes Gedächtnis vorgetäuscht bei Hebephrenen durch Danebenreden und Sperrung, bei Melancholischen durch subjektive Klagen und Hemmung, bei Manischen durch Ideenflucht und Konzentrationsunfähigkeit. In allen diesen Fällen ist vielleicht vorübergehend die Reproduktionsfähigkeit, wie auch innerhalb von Bewußtseinsstörungen und in allen Affektstörungen in bisher unübersehbarer, unregelmäßiger Weise herabgesetzt, aber das Gedächtnis ist da und zeigt sich nach

Abklingen der vorübergehenden Veränderung ungestört erhalten. Die Kranken sind nur eine Zeitlang unbesinnlich. Eine Störung der Reproduktionsfähigkeit findet man ferner häufig bei Psychasthenischen: sie wissen alles ganz gut, aber gerade im Augenblick, wo sie etwas brauchen — z. B. im Examen — fällt ihnen nichts ein. Es sind die Menschen, die immer alles eine halbe Stunde zu spät wissen. Die hysterische Reproduktionsunfähigkeit, die sich immer auf ganze Komplexe in mehr dauernder Weise bezieht, bei der es sich weniger um ein augenblickliches Nichteinfallen als um eine Abspaltung eines abgrenzbaren, bestimmten Erinnerungsbereiches handelt, haben wir bei den Amnesien genannt.

2. Störungen des Gedächtnisses im engeren Sinne: Unser Gedächtnisbesitz wird zwar auf der einen Seite durch die Merkfähigkeit immer wieder vermehrt oder befestigt, aber gleichzeitig ist er überall im Zerfall begriffen. Die Gedächtnisdispositionen schwinden im Laufe der Zeit, wir vergessen. Besonders im Alter und bei organischen Vorgängen kann der Gedächtnisbesitz in exzessiver Weise zerstört werden. Von den Ereignissen der letzten Jahre angefangen nach rückwärts fortschreitend, wird den Kranken das Gedächtnis ihrer eigenen Vergangenheit genommen. Sie leiden auch Einbuße am Sprachbesitz: Worte für Konkrete schwinden ihnen, während Abstrakta, Konjunktionen usw. noch sehr lange erhalten bleiben. Überhaupt bleiben Allgemeinheiten, allgemeine Wendungen, allgemeinste Kategorien bestehen, während alles sinnlich Anschauliche, Individuelle, Konkrete verloren geht. Von den persönlichen Lebenserinnerungen schwinden zuerst die zuletzt erworbenen, der Verlust greift langsam in frühere Zeiten zurück, die Erinnerungen aus Kindheit und Jugend bleiben am längsten bestehen. — Besonders wenn Störungen der Merkfähigkeit hinzukommen — was fast immer der Fall ist —, füllen die Kranken ihren Verlust durch augenblickliche Erfindungen (Konfabulationen) aus. Ihnen ist ja nicht Denkfähigkeit, Intelligenz, Urteil verloren gegangen. Sie fassen die Situation auf, nur sind sie durch den völligen Verlust an den nötigsten Assoziationen unfähig, zu einem richtigen Resultat zu kommen. Sie erfinden unwillkürlich das gerade passend Erscheinende und erzählen, obgleich sie seit Wochen im Bett liegen, sie seien heute vormittag auf dem Markt gewesen, hätten in der Küche gearbeitet usw. Allgemein können wir sagen, daß Konfabulationen bei großem Verlust an assoziativem Besitz und hoher augenblicklicher Aktstufe auftreten (z. B. bei der Presbyophrenie, der Störung des Alters), daß dagegen bei niedriger Aktstufe, besonders wenn für die tieferen Schichten zahlreiche Assoziationen da sind, keine solchen Konfabulationen auftreten (z. B. bei der von Heilbronner untersuchten eklamptischen Psychose).

3. Wir sind schon vorgreifend zu den Störungen der Merkfähigkeit gekommen. Die Kranken können sich nichts mehr einprägen, während es möglich ist, daß sie ihren früher erworbenen Gedächtnisbesitz gut zur Verfügung haben. Diese Störungen sind neuerdings (besonders von Ranschburg) experimentell untersucht. Besonders die

Aufgabe, Wortpaare, seien es sinnlose oder sinnvoll verbundene, zu lernen, und die Messung der Leistung hat sich als brauchbar erwiesen. Man hat die Möglichkeit einer quantitativen Bestimmung der Merkfähigkeitsstörung gewonnen. Selten gelingt es, Unterschiede der Merkfähigkeitsstörungen für Eindrücke der verschiedenen Sinnesgebiete nachzuweisen. —

Die experimentelle vergleichende Analyse von Gedächtnisanomalien ist ein lohnendes Untersuchungsgebiet. Für die Fixierung von Gedächtnisfälschungen, welche durch verständliche Zusammenhänge entstehen, sind manchmal Aussageversuche interessant. Aussageversuche, zunächst angestellt zur Prüfung der Zuverlässigkeit von Zeugenaussagen, dann zur Zuverlässigkeit der Erinnerung überhaupt<sup>1)</sup>, legen, wie die meisten Experimente mit „Aufgaben“, einen Querschnitt durch das ganze Seelenleben. Ihre Anwendung bei Geisteskranken hat manche Erscheinung deutlicher als es die gewöhnliche Untersuchung vermag und zahlenmäßig zur Anschauung gebracht<sup>2)</sup>.

### § 5. Die motorischen Erscheinungen.

Wir haben den psychischen Reflexbogen verfolgt von der Wahrnehmung zu der Auffassung, zum Vorstellungsablauf mit dem Assoziationsmechanismus, zu den Gedächtnisphänomenen; er mündet schließlich aus in die motorischen Erscheinungen, mit deren Hilfe das Resultat der inneren Verarbeitung der Reize nach außen tritt. — In der Phänomenologie lernten wir das Willensbewußtsein und seine Abnormitäten kennen. Dem Willensakt (der je nachdem Zielvorstellung oder Entschluß genannt wird) ist ein außerbewußter motorischer Mechanismus zugeordnet, der diesem Willensakt erst die Wirkungsfähigkeit gibt.

Die außerordentlich zahlreichen und vielfach grotesken Bewegungserscheinungen der Seelenkranken können wir also von zwei Seiten her untersuchen. Entweder suchen wir Kenntnis vom abnormen Seelenleben und Willensbewußtsein der Kranken zu bekommen, dessen normale Folge in den auffallenden Bewegungen zutage tritt. Soweit wir diesen Zusammenhang erkannt haben, sind für uns die Bewegungen „Handlungen“ oder „Ausdrucksbewegungen“, die wir verstehen, wie z. B. die Bewegungslust der vor Heiterkeit übersprudelnden Manischen, den Bewegungsdrang der Angstvollen. Oder wir suchen den Bewegungsmechanismus selbst in seinen Störungen kennen zu lernen, die unter Umständen unabhängig von jeder seelischen Anomalie bestehen können. Den letzteren Weg verfolgt die Neurologie. Diese hat eine Reihe von Störungen der nervösen Mechanismen aufgezeigt, die übereinander gelagert dem Zentrum, dem seelischen Willens-

<sup>1)</sup> W. Stern: Beiträge zur Psychologie der Aussage 1. Rodenwaldt: Über Soldatenaussagen, ebenda 2. Baerwald: Zeitschr. f. angew. Psychol. 2. — Stöhr: Psychologie der Aussage. Berlin 1911.

<sup>2)</sup> Roemer: Klinik f. psych. Krankh. 3. Eppelbaum: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 68 S. 763.

bewußtsein immer näher rücken. Von den krankhaften Muskelveränderungen über die peripheren Lähmungen, Rückenmarkserkrankungen, Zerstörungen der Pyramidenbahnen, kortikalen Lähmungen (innervatorische Störungen), über die Ataxie infolge fehlender sensibler Zuleitung (koordinatorische Störungen), über die tonischen, choreatischen, athetotischen Phänomene bei Erkrankungen des Kleinhirns und der Bahnen zwischen Kleinhirn und Stirnhirn hat sie als bisher höchstgelegene Störung die motorische Apraxie entdeckt<sup>1)</sup>. Diese besteht darin, daß bei voller Intaktheit seelischer Vorgänge einerseits, bei richtiger Funktion der Taxie und der motorischen Mechanismen von der Rinde zur Peripherie (also ohne Ataxie und ohne Lähmung) andererseits der Kranke zur normalen Zielvorstellung nicht die rechte Bewegung machen kann. Er will z. B. ein Streichholz anzünden, schiebt aber statt dessen die Schachtel hinters Ohr. Diese Störung ist von Liepmann im Gehirn lokalisiert und sogar einseitig vorkommend beobachtet: ein Kranker konnte mit dem einen Arm die richtigen Bewegungen ausführen, mit dem andern Arm war er apraktisch. Alle diese neurologischen Störungen des motorischen Mechanismus können nur dann als erkannt gelten, wenn ihnen gelegentlich ein im übrigen gesundes Seelenleben gegenübersteht, und wenn sie womöglich hirnanatomisch lokalisiert werden. Es ist wahrscheinlich, daß zwischen den Mechanismen der Praxie und dem bewußten Willensimpuls noch eine ganze Reihe außerbewußter Funktionen übereinandergelagert sind. Unsere Kenntnisse sind hier von unten nach oben vorgedrungen. Aber jenseits der motorischen Apraxie verschwimmen sie zurzeit noch in unbekannte Reiche.

Außer der neurologischen Untersuchung gibt es noch einen anderen Angriffspunkt zur Erforschung motorischer Mechanismen: das physiologische und das psychophysiologische Experiment. Physiologen (Sherrington) haben gezeigt, wie ungeheuer kompliziert schon so periphere Reflexe wie der Patellarreflex in ihren Abhängigkeitsbeziehungen sind. Lageveränderungen des betreffenden Beines oder auch des anderen Beines und vieles andere haben auf ihn Einfluß. Wie motorische Vorgänge auch von seelischen Vorgängen abhängen, lehren Versuche mit Ergographen und ähnlichen Apparaten<sup>2)</sup>. Für die Psychopathologie sind diese aber noch nicht fruchtbar geworden.

Wenn wir von den motorischen Erscheinungen der Geisteskranken auf der einen Seite die sicher rein neurologischen, auf der andern Seite die sicher als Ausdruck seelischer Vorgänge (bei normalen außerbewußten Mechanismen) verständlichen Bewegungen abziehen, so bleibt noch eine sehr große Menge erstaunlicher und grotesker Phänomene übrig, die wir zurzeit nur beschreiben, registrieren und

<sup>1)</sup> Liepmann: Die Störungen des Handelns bei Gehirnkranken. Das Krankheitsbild der Apraxie. Drei Aufsätze aus dem Apraxiegebiet. Sämtlich Berlin bei Karger.

<sup>2)</sup> Vgl. z. B. Gruhle: Ergographische Studien. Kraepelins psychol. Arb. 6. 1912. S. 339.

dann nur hypothetisch in mehr oder minder plausibler Weise interpretieren können<sup>1)</sup>. Wernicke unterschied akinetische von hyperkinetischen Bewegungsstörungen. Beiden stellte er die parakinetischen Störungen, die vorbeigeratenen, verunglückten Bewegungen gegenüber. Wir beschreiben zunächst äußerlich die auffallendsten Typen:

1. Akinetische Zustände: a) Muskelspannung: Die Kiefer werden fest aufeinandergepreßt, die Hände eingekrallt, die Augenlider krampfhaft geschlossen, der Kopf dabei oft tagelang starr vom Kissen abgehoben. Beim Versuch, irgendein Glied passiv zu bewegen, bemerkt man einen eisernen Widerstand. Diese Spannungen sind die Grundlage für den Namen Katatonie. Als katatonische Symptome bezeichnet man jedoch zurzeit nicht nur diese Spannungen, sondern alle unverständlichen motorischen Erscheinungen, die wir hier beschreiben. b) *Flexibilitas cerea*: Es besteht eine geringe, aber leicht zu überwindende Spannung, wie Wachs lassen sich die Glieder in die verschiedensten Stellungen bringen, in denen sie dann ebenso, wie in den alten Stellungen, verharren. Man nennt diese Erscheinung auch Katalepsie. Von ihr besteht äußerlich ein Übergang zu der verständlichen Erscheinung, daß Kranke Stellungen, welche sie sich geben lassen, zufällig und passiv festhalten, daß sie den Bewegungen keinen Widerstand leisten, sondern ihnen natürlicherweise entgegenkommen. c) Schlaaffe Bewegungslosigkeit: Die Kranken liegen unbeweglich, wie in den vorigen Fällen; man kann alle Glieder, manchmal auffallend leicht, bewegen; sie fallen der Schwere folgend zurück. d) Verschrobene, statuenhafte Stellungen: Kahlbaum verglich manche Kranken mit ägyptischen Bildwerken. Sie verharren in einer gänzlich ausdruckslosen Stellung, als ob sie versteinert wären; der eine sitzt in solcher Weise auf dem Fensterbrett, der andere steht in einer Ecke usw.

2. Hyperkinetische Zustände. Bei Zuständen motorischer Erregung spricht man wohl von Bewegungsdrang. Jedoch wissen wir häufig von einem „Drang“ nichts und beschränken uns besser auf indifferente Ausdrücke, wie „motorische Erregung“ oder „Bewegungstollheit“. Die Einordnung dieser mannigfaltigen Bewegungen ist bisher nicht in überzeugender Weise geschehen. Sie erscheinen ziellos, ohne daß man einen heiteren oder ängstlichen Affekt oder andere seelische Grundlagen bemerkte. Wirken die bewegungslosen Kranken manchmal wie ägyptische Figuren, so diese wie seelenlose Maschinen. Diese Bewegungen stehen zwischen den neurologisch zu untersuchenden motorischen Innervationen auf der einen Seite, den verständlichen Ausdrucksbewegungen auf der andern Seite. Wir gewinnen bei der Untersuchung einzelner Fälle zwar immer wieder den Eindruck, daß einmal innervatorische Phänomene, ein anderes Mal verständliche Hand-

<sup>1)</sup> Isserlin: Über die Beurteilung der Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Zeitschr. f. d. ges. Psych. 3. 1910. S. 511. Kleist: Untersuchungen zur Kenntnis der psychomotorischen Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Leipzig 1908. Weitere Untersuchungen usw. 1909.

lungen vorliegen, und daß sich wieder ein anderes Mal beide zusammenfinden, indem Innervationen durch verständliche Ausdrucksbewegungen ergänzt werden (Ergänzungsbewegungen Wernicke). Aber hierüber kann nichts Allgemeingültiges vorgetragen werden. Wir müssen uns zurzeit darauf beschränken, die vorkommenden Bewegungstypen äußerlich zu beschreiben<sup>1)</sup>:

Viele Bewegungen erinnern in ihrer äußeren Erscheinung an athetotische, choreatische und an Zwangsbewegungen, wie sie bei Erkrankungen des Kleinhirns und von demselben ausgehender Bahnen vorkommen. Die Kranken machen sonderbare Körperwindungen, wälzen sich herum, strecken sich steif in den Rücken, verrenken bizarr die Finger, schleudern die Glieder. — Andere Bewegungen machen den Eindruck, als ob sie Reaktionen auf Körperempfindungen seien. Die Kranken fassen plötzlich unter Winden und Krümmen an die Seite des Bauches, pressen die Hände gegen die Genitalien, bohren sich in der Nase herum, reißen den Mund auf und fassen hinein, kneifen die Augen zu, neigen sich zur Seite oder halten sich fest, als ob sie ein Fallen nach der andern Seite verhindern müßten. — Wieder andere Bewegungen muten wie Ausdrucksbewegungen an. Hierher gehören alle Arten des Grimassierens, alle die grotesken Gebärden, die seit alten Zeiten schon als ein charakteristisches Merkmal des Wahnsinns erschienen sind: ungeheuerliche Fratzen, die an schwärmerische Verzückung, an furchtbares Entsetzen oder an alberne Ausdruckspielereien der Kinder erinnern. Die Kranken rennen mit dem Kopf gegen die Wand, fuchteln mit den Armen in der Luft, nehmen eine Predigerstellung oder eine Fechterstellung an. Die meisten Bewegungen werden schnell unterbrochen. Neue treten an die Stelle. Oder auch umgekehrt werden gewisse Bewegungen endlos über Wochen und Monate wiederholt. Auch das Tanzen und Tänzeln, das gezierte Hüpfen, das Springen und Turnen, die zahllosen rhythmischen Bewegungen können hierher gestellt werden. — Eine weitere Gruppe von Bewegungen läßt sich unter dem Gesichtspunkt zusammenfassen, daß sie in stereotyper Weise im Anschluß an irgendwelche Sinneseindrücke stattfinden. Die Kranken greifen nach allen Dingen, wenden sie hin und her, umfahren die Konturen mit dem Zeigefinger, machen vorkommende Bewegungen nach (Echopraxie), sprechen alles nach (Echolalie). Alle Gegenstände, die sie bemerken, nennen sie mit Namen. Alle diese Bewegungen haben das Charakteristische, daß sie ununterbrochen in stereotyper Wiederholung stattfinden. — Schließlich ist eine Gruppe der Bewegungen durch besondere Kompliziertheit und Ähnlichkeit mit zweckvollen Handlungen gekennzeichnet. Ein Kranker springt auf und schlägt einem Vorübergehenden den Hut ab, ein anderer macht militärische Übungen, ein dritter stößt plötzlich Schimpfworte aus. In allen diesen Fällen reden wir von impulsiven Akten, ohne über die tatsächlichen Seelenvorgänge irgend etwas zu wissen. Besonders auffallend sind diese impulsiven Akte, wenn ein tagelang bewegungsloser Kranker plötzlich eine solche Handlung ausführt, um dann weiter dauernd bewegungslos zu bleiben.

Für alle geschilderten Bewegungsstörungen kann man gelegentlich die Beobachtung machen, daß sie offenbar auf bestimmte Gebiete beschränkt sind. Man beobachtet Kranke, die bei maßlosen, sinnlosen Redeergüssen im übrigen motorisch völlig ruhig sind, umgekehrt andere, die stumm sich in ihren absonderlichen Bewegungen ergehen. Die Muskelspannungen sind oft auf einzelne Muskelgebiete vorwiegend lokalisiert: z. B. sind Lider und Kiefer fest zusammengepreßt, während sich die Ellbogengelenke leicht bewegen

<sup>1)</sup> Darin schließen wir uns Kleist an, während wir dessen theoretische Analyse, die vor allem hirnpathologische Abhängigkeiten finden will, als nicht überzeugend ansehen.



lassen. Wie weit solche Lokalisationen auf neurologische Vorgänge hinweisen, wie weit sie vielleicht nur der fixierte Ausdruck von seelischen Vorgängen sind, darüber ist zurzeit nichts Bestimmtes zu sagen.

Noch eine andere Beobachtung ist bemerkenswert. Sehr auffallend ist in den akinetischen Zuständen das verschiedene Verhalten in spontanen Bewegungen und in Bewegungen, die auf Aufforderung gemacht werden sollen (Wernicke nannte die ersteren *Initiativ-*, die letzteren *Reaktivbewegungen*). Oft verrichtet doch der sonst bewegungslose Kranke seine Notdurft, schluckt sein Essen, führt es sich selbst zum Munde. Während diese *Initiativbewegungen* vorhanden sind, reagiert der Kranke auf Aufforderung überhaupt nicht. Bei den Versuchen, den Kranken durch Aufforderung, Aufgabenstellung zu reaktiven Bewegungen zu bringen, kann man es erleben, daß der Kranke eine Bewegung beginnt, so daß man den Eindruck gewinnt, er habe die Aufgabe verstanden und habe mit richtiger Zielvorstellung die Bewegung ausführen wollen; aber die Bewegung kommt nicht weiter, wird jäh durch eine andere Bewegung unterbrochen oder gerät einfach ins Stocken, oder es treten ausgedehnte Spannungen an die Stelle, oder es wird eine völlig gegenteilige Bewegung ausgeführt (*Negativismus*), oder nach langem Zögern unter Muskelspannungen und stoßweisen geringen Bewegungsversuchen wird plötzlich die geforderte Bewegung völlig korrekt durchgeführt. Dies alles ist z. B. bei der Aufforderung die Hand zu heben, zu beobachten. Bei solchen Versuchen gewinnt man den Eindruck, als ob der Kranke sich sehr anstrengt. Der Kopf wird rot, Schweiß bricht aus. Die Augen blicken den Untersucher oft mit einer eigentümlichen *Plötzlichkeit* kurz an, ohne einen sicher verständlichen Ausdruck. Sehr oft läßt sich bei katatonischen Kranken ein „Reagieren im letzten Augenblick“ (Kleist) beobachten. Man hat sich lange am Bett mit ihnen abgemüht. Im Augenblick, in dem man aufsteht und weggeht, sagen sie etwas. Wendet man sich zurück, ist nichts weiteres herauszubekommen. Es ist darum eine alte Regel, bei Katatonischen im Moment des Weggehens wohl aufzumerken, und den einzig möglichen Brocken doch eventuell zu erhaschen. Ganz besonders nahe wird ein psychologisches Verstehen gelegt, wenn der Kranke, der kein Wort spricht, doch einmal die Antwort auf eine Frage aufschreibt, oder etwa ein bewegungsloser Kranker sagt, er könne sich nicht bewegen. Aber mehr als der Eindruck, es handle sich in solchen Fällen um Störungen im Bewegungsmechanismus, denen der Kranke wie einer motorischen Apraxie gegenübersteht, liegt in diesen Fällen doch nicht vor. Denn solche verständliche Äußerungen sind recht selten zwischen all den uns noch völlig rätselhaften, eben zunächst einfach „motorisch“ zu nennenden Erscheinungen.

Alle diese unbegreiflichen Bewegungserscheinungen werden wohl, unter einer Ausdehnung des ursprünglich bestimmteren Begriffs, *katatonische* genannt. Sie sind häufig bei der großen Gruppe schizophrener Prozesse, doch zuweilen auch äußerlich ganz übereinstimmend z. B. bei organischen Hirnerkrankungen greifbarer Art. Auch bei ganz tiefstehenden Idioten treten äußerlich ähnliche Er-

scheinungen auf, welche Plaskuda<sup>1)</sup> beschreibt: „Es finden sich bei Idioten am häufigsten rhythmisches Hin- und Herwiegen des Oberkörpers, Drehbewegungen des Kopfes, Grimassieren, Schnalzen, klappernde Bewegungen mit dem Unterkiefer, Dreh- und Wirbelbewegungen mit den Armen, Zupfen, Tippen, Drehbewegungen mit den Beinen, rhythmisches Auf- und Niederhopsen, im Kreise laufen.“ — Bei somatisch erkrankten Kindern, in Bewußtseinstrübungen beobachtet man wohl Katalepsien<sup>2)</sup>.

Daß die Interpretation all der beschriebenen motorischen Phänomene noch nicht möglich ist, haben wir genügend betont. Die neurologische Interpretation, von Wernicke in seiner Lehre von den Motilitätspsychosen entworfen, ist von Kleist unter Anregung durch die neuere Apraxielehre u. E. vergeblich versucht worden. Es ist möglich, ja wahrscheinlich, daß bei einigen katatonischen Motilitätsstörungen eine neurologisch faßbare Störung einen erheblichen Faktor bildet. Dieser wäre dann eben nicht psychisch, sondern die Störung eines Mechanismus, dem der Wille gegenübersteht; er wäre verbunden mit einer Störung in der Psyche und dem Willen selbst. Man hat in den subkortikalen Ganglien (Corpus striatum) den Sitz solcher neurologischen Störung gesucht und echte neurologische Erkrankungen dieser Ganglien, die auch mit merkwürdigen psychischen Anomalien (Mangel an Initiative) verbunden sein können, verglichen mit Katatonien. Doch scheinen psychologisch gerade die Unterschiede das Auffallende und der Vergleich kann fruchtbar werden sowohl durch Heraushebung des Neurologischen wie durch kontrastierende klarere Erfassung der katatonischen seelischen Störung<sup>3)</sup>. Steiner<sup>4)</sup> beschreibt sehr klar die merkwürdigen postenzephalitischen Bewegungsstörungen, sie mit der Katatonie vergleichend:

Rigidität der Muskeln bei Mangel an Spontaneität der Bewegungen. „Liegen in Rückenlage mit gebeugtem Kopf, der die Unterlage nicht berührt. Beibehaltung passiv gegebener Stellungen lange Zeit, einerlei ob sie unbequem sind oder nicht. Fixierung der Endstellung einer Handlung oder Erstarren der Bewegung mitten in einer Handlung, beim Führen des Löffels zum Munde Stehenbleiben der Hand auf halbem Wege, Steifhalten der Arme beim Gehen.“ So schwer spontane Bewegungen sind, so leicht finden diese Bewegungen auf Befehl und äußere Anregung statt (daher die Kranken selbst psychische Kunstgriffe benutzen: Sichhineinsteigern, sich in Wut versetzen, in Begeisterung, daß die Bewegung nicht erlahmt). Bei Ablenkung der Aufmerksamkeit erhöht sich die Spannung und werden die Bewegungen erschwert (die bei abglenkter Aufmerksamkeit zunehmenden Spannungen der Muskeln stören das Einschlafen), bei Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf die gewollte Bewegung durch den fremden Willen tritt eine Entspannung und Erleichterung der Bewegung ein. Iterativ-

1) Plaskuda: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 19 S. 597.

2) Über das Vorkommen katatonischer Symptome vgl. die Übersicht und die Literatur bei Schneider: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 22. 1914. S. 486.

3) Siehe etwa: F. Fränkel: Über die psychiatrische Bedeutung der Erkrankungen der subkortikalen Ganglien und ihre Beziehungen zur Katatonie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 70. 1921. S. 312, (ausführliches Literaturverzeichnis). — Wie anders als die echten, psychiatrisch bekannten, katatonischen Bewegungsstörungen und wie rein neurologisch diese Motilitätsstörungen durch Läsion der subkortikalen Ganglien sind, lehrt die Arbeit von O. Foerster: Zur Analyse und Pathophysiologie der striären Bewegungsstörungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 73 S. 1; vgl. ferner Schilder ebenda 74 S. 454.

4) Steiner: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 78. 1922. S. 553.

erscheinungen sind häufig: rhythmisches Aufblasen der Backen, Schnalzen mit den Fingern, rhythmisches Vor- und Zurückstrecken der Zunge. Das Nichtaufhörenkönnen empfinden die Kranken als Zwang. Bei allem sind die Patienten besonnen, geordnet, orientiert, nicht psychotisch, es findet sich keinerlei Negativismus, kein Widerstreben, kein Gegenwille.

Die psychologische Interpretation hat Kraepelin gegeben. Besonders die Beobachtungen von angefangenen und unterbrochenen Bewegungen, des Reagierens im letzten Augenblick, des Negativismus legten die Übernahme des von Psychologen eingehend entwickelten psychischen Mechanismus von Vorstellung und Gegenvorstellung, Streben und Gegenstreben<sup>1)</sup> nahe. Es scheint, als ob bei den Kranken jede Vorstellung eine Gegenvorstellung, jedes Streben ein Gegenstreben nicht nur wachrufe, sondern geradezu befördere und das Übergewicht erlangen lasse. Eine Kranke, die in den Regen nach draußen tritt, sagt: die Sonne sticht und brennt. Eine Kranke, die die Hand geben will, will es gleichzeitig gerade darum nicht. Diesen, wenn er richtig ist, phänomenologischen Tatbestand hat Kraepelin Sperrung genannt und viele der geschilderten Bewegungsstörungen durch Willenssperrung gedeutet. — Andere Bewegungen deutete er als Ausdruck der veränderten Persönlichkeit. Wie jeder Mensch in seinen Bewegungen sein Wesen zeigt, so die kranken Persönlichkeiten ihr Wesen in manierten und verschrobenen Bewegungen, im „Verlust der Grazie“, in grotesken Posen. Andere Bewegungen deutete Wernicke, indem er das plötzliche „autochthone“ Auftauchen von psychologisch unbegründeten Zielvorstellungen und deren impulsive Verwirklichung annahm. Wieder andere deutete er als automatische Innervationen, die durch psychologisch motivierte Bewegungen ergänzt werden (Ergänzungsbewegungen), so wenn eine Armzuckung zu einer Greifbewegung ergänzt wird. — Gelegentlich können wir durch Selbstschilderungen eines Kranken unzweideutigen Einblick in sein Erleben bei den Bewegungsstörungen gewinnen. Es zeigt sich dann wohl, wie auch die auffallendsten Bewegungen eine psychologisch verständliche Motivierung haben können (was nicht ausschließt, daß sie zugleich auch eine organische Grundlage besitzen):

Eine Kranke hat in der akuten Psychose, in der sie fast unzugänglich war, dauernd ihre Wäsche zerrissen und zahlreiche andere unverständliche Bewegungen gemacht. In ihrer Selbstschilderung nach Abklingen der akuten Phase schreibt sie darüber (Gruhle, l. c.): „In einem traumartigen Zustand hatte ich die Eingebung, wenn du dich nicht schämst, dein Hemd angesichts eines Mannes zu zerreißen, kommen im selbigen Augenblick alle Menschen ins Paradies. Der Betreffende macht dich zu seiner Himmelsbraut und du wirst die Königin des Himmels sein. Dies ist ein Motiv des fleißigen Zerreißens meiner Leibwäsche. Eine andere Vorstellung ist, daß ich als göttliches Wesen überhaupt keine Kleider anhaben darf, ebensowenig, wie ich dabei essen darf.“ „Bewegungen, die für den Zuschauer beängstigende Anblicke sind, bedeuten dem Kranken manchmal eine harmlose Zerstreung (das Hüpfen z. B.).“ „Mein Bestreben zu fallen, hat wechselnde Ursachen. Einmal gehorche ich gehörten Stimmen „fall ab Claudine (Anruf des Vornamens). Ein andermal kann die Welt nur durch meinen Fall erlöst werden, denn ich werde totfallen — indem ich in einer Ebene, d. h. senkrecht vorwärts auf das Gesicht umschlage. Den Mut . . . zur Durch-

<sup>1)</sup> Vgl. später S. 211 ff.

führung besitze sich nie und komme bekanntlich auf den Knien oder dem Gesäß an.“ „Ich vergaß, das zeitweise ‚Zehengehen‘ zu erklären. Die Gewichtsabnahme seinerzeit verursachte ein herrliches Gefühl engelhafter Leichtigkeit, so daß das schwebende ‚Zehengehen‘ eine Ergötzung für mich bedeutete.“

## § 6. Sprachstörungen.

Der Sprachapparat ist nur ein besonderer Teil des gesamten bisher besprochenen Reflexbogens: das Sprachverständnis ein Teil von Wahrnehmung und Auffassung, das Sprechen ein Teil der motorischen Erscheinungen. Wegen ihrer einzigartigen und beherrschenden Wichtigkeit als Ausdrucksmittel und wegen der unvergleichlich reichen Entwicklung ihrer komplizierten Funktionen behandelt man die Sprache besonders. Es kehren aber an ihr dieselben Probleme, die wir bisher kennen lernten, nur in spezieller Anwendung, wieder.

Wenn uns sprachliche Produkte, seien es mündliche oder schriftliche, auffallen, so kann das zwei ganz verschiedene Gründe haben. Die Sprache ist Ausdrucksmittel, Werkzeug zur Mitteilung der inneren Vorgänge, der Gedanken und Vorstellungen, der Meinungen, Gefühle, Wünsche, Abneigungen. Nun kann das sprachliche Produkt abnorm sein, weil Abnormes mit einem normalen Sprachapparat ausgedrückt wird, oder weil der Sprachapparat selbst in seinem Mechanismus verändert ist. Nur im letzteren Falle reden wir von eigentlichen Sprachstörungen, während wir im ersteren Falle durch die Produkte des als Ausdrucksmittel normal arbeitenden Sprachapparats hindurch auf die grundlegenden elementaren Störungen des Denkens, der Gemütsbewegungen, des Bewußtseins usw. sehen. Die eigentlichen Sprachstörungen sind uns unverständliche, weil außerbewußt entstandene Vorgänge, während wir die als Ausdruck abnormer Vorgänge erst sekundär abnormen Sprachprodukte unmittelbar verstehen oder zu deuten versuchen. Wir erkennen dann durch eine ganz intakte Sprache hindurch in dem merkwürdigen Sprachprodukt den Ausdruck einer zugrundeliegenden seelischen Störung. Diesen deutbaren Sprachprodukten stehen die undeutbaren gegenüber, deren Analyse uns die eigentlichen Sprachstörungen kennen lehrt.

Zunächst grenzen wir die neurologisch faßbaren Störungen, in deren Wesen es liegt, ganz ohne psychische Störung möglich zu sein, ab. Störungen des Sprechens (im Gegensatz zu Störungen der Sprache) nennt man artikulatorische Sprachstörungen. Durch Lähmungen einzelner Muskeln kommt das Wort verbildet und verstümmelt heraus (nicht ohne weiteres bemerkbare artikulatorische Störungen prüft man, indem man schwere Wortzusammensetzungen nachsprechen läßt, z. B. Schlepsschiffahrtsgesellschaft, Elektrizitätsgesellschaft, schwimmender Schwan, dritte reitende Artilleriebrigade usw.)<sup>1)</sup>. Der artikulatorischen Störung auf der motorischen Seite ent-

<sup>1)</sup> Den artikulatorischen Sprachstörungen ist das ganz anders bedingte auch vom Psychischen abhängige Stottern zuzurechnen. Vgl. Hoepfner: Vom gegenwärtigen Stande der Stotternforschung. Krit. Sammelreferat. Zeitschr. f. Psychotherap. u. med. Psychol. 4. 1912. S. 55. Gutzmann: Die dysarthrischen Sprachstörungen 1911. — Fröschels: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1916.

spricht auf der sensorischen Seite die Selbstverständlichkeit, daß ein Tauber nichts verstehen kann. Störungen der Sprache (im Gegensatz zur artikulatorischen Störung des Sprechens) sind die den Agnosien und Apraxien als eine ihrer besonderen Formen untergeordneten Aphasien. Die Kranken hören wohl, aber sie verstehen nicht (sensorische Aphasie). Hier läßt sich wieder ein Wortlautverständnis von einem Wortsinnverständnis unterscheiden. Andere Kranke können alle Sprachmuskeln bewegen, zu andern als sprachlichen Zwecken auch gebrauchen, aber sie können keine Worte aussprechen (motorische Aphasie). Hier ist wieder die Unfähigkeit, Worte überhaupt auszusprechen, von der Unfähigkeit, die Worte zu finden (amnestische Aphasie) zu unterscheiden. Im ersteren Falle kann auch nicht nachgesprochen, im letzteren dagegen wohl nachgesprochen werden. Die

sensorische Aphasie ist vorwiegend an Zerstörungen im Schläfenlappen, die motorische an Zerstörungen im hinteren Gebiet der dritten Stirnwindung gebunden, beide auf der linken Seite. Doch sind die Verhältnisse in Wahrheit unsäglich verwickelt. Wir müssen auf die neurologischen Darstellungen verweisen<sup>1)</sup>.

Die Lehre von den Aphasien hat die Phänomenologie der Seelenvorgänge des Sprechenden und Verstehenden wesentlich vertieft, wie sie selbst ganz und gar von der Grundlegung durch solche Phänomenologie abhängig ist. Auf der verstehenden Seite haben wir z. B. zu unterscheiden: 1. das Hören von bloßem Schall, wie des Hustens und unartikulierter Laute. 2. das Hören von Wortklangbildern ohne Verständnis, z. B. wenn wir die Worte einer uns fremden Sprache hören. Ebenso ist es

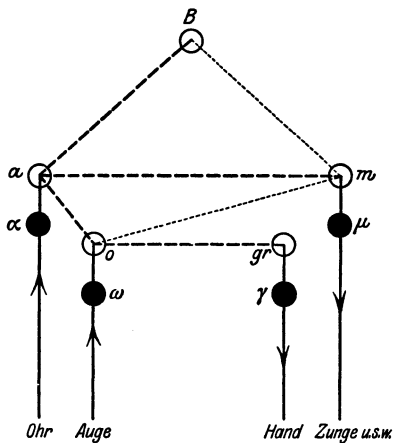


Abb. 2.

bei Schriftbildern, die wir wohl lesen, aber nicht verstehen können, bei Wortbewegungsbildern, die wir wohl durch Nachsprechen erfassen, aber nicht mit einem Sinn verbinden können. 3. Das Verstehen des Sinnes von Worten und Sätzen.

Folgendes Schema nach Liepmann (etwas modifiziert) gibt einen vorläufigen Überblick über die Aphasien, den der interessierte Leser im Studium der zitierten Werke vertiefen mag:

Bei der Analyse der Aphasien kann man unterscheiden psychische (phänomenologisch) repräsentierte Komponenten (im Schema durch leere Kreise angedeutet) und psychische Verbindungen (gestrichelte und punktierte Linien) auf der einen Seite, auf der andern Seite psychisch nicht repräsentierte Komponenten, die an bestimmte anatomische Rindengebiete (ausgefüllte Kreise) und an

<sup>1)</sup> Von kurzen Darstellungen ist wohl die beste von Liepmann in Curschmanns Lehrbuch der Neurologie. Die gesamte Literatur ist berücksichtigt von von Monakow in den Ergebnissen der Physiologie. Vgl. ferner: Heilbronner in: Handbuch der Neurologie 1, Berlin 1910. — Psychologisch gerichtete Analyse: F. Lotmar: Zur Kenntnis der erschwerten Wortfindung und ihrer Bedeutung für das Denken des Aphasischen. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie. 6. 1920. S. 206.

anatomische Fasern (ausgezogene Linien) gebunden sind. Indem man in dem Schema die Verbindungen (links ansteigend, rechts absteigend) gelöst oder die Kreise zerstört oder abgesperrt denkt, kann man sich in großer Mannigfaltigkeit mögliche Arten von Aphasien konstruierend ableiten. Es bedeuten:

1. die anatomischen Komponenten:
  - $\alpha$  das akustische Projektionsgebiet auf der Hirnrinde,
  - $\mu$  das motorische Projektionsgebiet auf der Hirnrinde,
  - $\omega$  das optische Projektionsgebiet auf der Hirnrinde,
  - $\gamma$  der graphische (die Hand innervierende) Teil des motorischen Projektionsgebiets auf der Hirnrinde;
2. die psychologischen Komponenten:
  - a akustische Komponente (Wortlautverständnis),
  - m sprechmotorische Komponente,
  - o optische Komponente,
  - gr graphisch-motorische Komponente,
  - B Wortsinnverständnis („begriffliche“ Komponente).

Die bei der Untersuchung der aphasischen Kranken geprüften Leistungen (auch Funktionen genannt) lassen sich nun durch die Intaktheit folgender Wege begreiflich machen:

Spontansprechen:  $\overline{B - a - m} - \mu - \text{Zunge}$

Spontanschreiben:  $B - \left. \begin{array}{c} a \\ | \\ m \end{array} \right\} o - gr - \text{Hand}$

Sprachverständnis:  $\text{Ohr} - a - B$

Leseverständnis:  $\text{Auge} - o \left\{ \begin{array}{c} a - B \\ | \\ m \end{array} \right.$

Nachsprechen:  $\text{Ohr} - a - m - \text{Zunge}$

Abschreiben:  $\text{Auge} - o - gr - \text{Hand}$

Diktatschreiben:  $\text{Ohr} - a - \left. \begin{array}{c} m \\ | \end{array} \right\} o - gr - \text{Hand}$

Lautlesen:  $\text{Auge} - o - \overline{a} - \left. \begin{array}{c} m \\ | \end{array} \right\} - \text{Zunge}$

Zerstörungen von  $\mu$  und  $\mu$  abwärts sind keine aphasischen, sondern artikulatorische Sprachstörungen (Dysarthrie, Anarthrie), Zerstörungen bis  $\alpha$  und  $\omega$  aufwärts bedingen Schwerhörigkeit, Tonlücken, Taubheit— beziehungsweise Sehschwäche, Blindheit.

Aus den mannigfaltigen und individuell stark variierenden aphasischen Bildern sind folgende Typen herausgelöst:

Reine motorische Aphasie: m ist zerstört oder abgesperrt. Erhalten ist das Sprachverständnis, das gesamte Lesen und Schreiben, zerstört ist das Spontansprechen und Nachsprechen (und Lautlesen). Diese Form ist selten, dagegen häufiger die „vollständige motorische Aphasie“: Durch die Beteiligung von m durch o—m an allen Funktionen, die den Weg o—B brauchen, ist auch das Lesen und Schreiben gestört— dagegen das Abschreiben (das ohne m vor sich geht) erhalten.— Solche Kranke pflegen wortkarg und dann wieder explosiv zu sein. Sie machen Versuche zu sprechen und brechen dann schnell ab.

Reine sensorische Aphasie: a ist zerstört oder abgesperrt. Erhalten ist die Spontansprache, zerstört das Sprachverständnis, Nachsprechen usw. Diese Form ist sehr selten, dagegen häufiger die „vollständige sensorische Aphasie“: die Spontansprache braucht normalerweise auch den Weg über a, daher jetzt Störung der Spontansprache, aber nicht als Wortstummheit wie bei der motorischen Aphasie, sondern als Paraphasie. Paraphasie besteht in Entstellungen der Worte bis zu dem Grade, daß aus der Folge von Silben überhaupt kein Sinn mehr zu erkennen ist. Sie ist darauf zurückzuführen, daß die Wortklangbilder (a) nicht in der gewöhnlichen Weise erregbar sind und daß die immer gleichzeitig infolge assoziativer Verbindung (z. B. Lautassoziationen) mit angeregten „schwe-

benden“ oder „vagierenden“ Wortklangbilder (Mehringer und Mayer) zu Entgleisungen, Entstellungen, Umstellungen, Antizipationen führen. — Diese Kranken pflegen paraphasisch mit vielen Wortneubildungen enorm viel zu sprechen. Die Kontrolle geht ihnen verloren, sie können wie manisch erscheinen. Sie sind wohl erstaunt und empört, daß man sie nicht versteht.

Transkortikale Aphasien heißen diejenigen Aphasien, bei denen die Wege: Ohr—a—m—Zunge erhalten sind: dementsprechend ist erhalten das Nachsprechen. Bei der transkortikalen motorischen Aphasie ist der Weg B—m verlegt: die Kranken können Worte nicht finden, deren Begriff sie besitzen, aber es sofort erkennen und richtig aussprechen, wenn es ihnen genannt wird. In leichterem Grade heißt diese Form amnestische Aphasie. Bei der transkortikalen sensorischen Aphasie können die Kranken wohl alles nachsprechen, aber den Sinn der Worte nicht verstehen. —

Es ist eine allgemein-psychopathologische interessante Tatsache, daß man bei der Untersuchung mancher Aphasien eine ganz erhebliche Schwankung der Leistungsfähigkeit innerhalb kurzer Zeiträume findet<sup>1)</sup>. Die Leistungen nehmen ab mit der Ermüdung durch die Untersuchung. Sie erreichen manchmal während der Untersuchung einen Tiefstand, der in ganz kurzer Zeit wieder überwunden wird. Man kann diese Schwankungen auf das Maß der Aufmerksamkeit beziehen, das von Kranken den gestellten Aufgaben zugewendet wird: nach dem Prinzip, daß von vornherein ungeübte oder später geschädigte Funktionen nur bei erhöhter Aufmerksamkeit gelingen, läßt sich begreifen, daß die beeinträchtigte Sprachfunktion nur bei hohem Aufmerksamkeitsniveau noch leistungsfähig ist. Dadurch wäre es auch zu erklären, daß Aphasische einerseits durch Affekte der Verlegenheit, der Überraschung erheblich gestört werden, andererseits daß ihnen bei großem Interesse, bei Erregung durch eine Situation, die eine klare Anforderung stellt, manchmal unerwartete Leistungen gelingen. — Übrigens läßt sich manchmal ein spontanes „Schwanken der Hirnfunktion“ nicht von der Hand weisen (vgl. oben S. 97).

Die psychotischen Sprachstörungen<sup>2)</sup> betreffen solche sprachlichen Leistungen, die zurzeit weder durch neurologische Mechanismen zu erklären, noch allein als Ausdruck anderer seelischer Vorgänge zu verstehen sind. Hier wie an anderen Punkten der allgemeinen Psychopathologie haben wir es also mit einem Gebiet zu tun, das von beiden Seiten her noch verengert werden kann und werden wird. Wir haben zurzeit nur die Aufgabe, die psychotischen Sprachphänomene einfach zu registrieren. Sie bilden eine eigene Gruppe „objektiver“ Symptome.

Entsprechend dem Gegensatz von Bewegungslosigkeit und motorischer Erregung unterscheiden wir Stummheit und Rededrang (zunächst unter Absehung von den Sprachinhalten oder Sprachprodukten). Die Stummheit (Mutazismus) ist uns als absichtlich gewollt oder als Ausdruck einer seelischen Hemmung oder als entstanden durch hysterischen Mechanismus verständlich. Wir werden in jedem Falle nach Zeichen für eine dieser drei Arten suchen, aber in vielen Fällen können wir sie auf keine dieser Weisen deuten und müssen sie vorerst als völlig unverständlich hinnehmen.

<sup>1)</sup> Stertz: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 32 S. 363.

<sup>2)</sup> Heilbronner: Sprachstörungen bei funktionellen Psychosen mit Ausschluß aphasischer Störungen. C. f. N. 1906 S. 465 (unsere Darstellung schließt sich ihm zum Teil eng an). Stenographisch aufgenommene sprachliche Produkte als Material findet man in Liebmann und Edel: Die Sprache der Geisteskranken. Halle 1903.

Höchst mannigfaltig sind die Erscheinungen der motorischen Erregung im Sprachapparat, die man Rededrang nennt. Die Kranken sprechen, ohne daß uns dies aus Affekten verständlich wäre, ohne den Zweck der Verständigung und der Mitteilung, sinnlos alles Mögliche vor sich hin. Unaufhörlich den ganzen Tag, ja Tage und Wochen lang geht ihr Redefuß. Sie reden manchmal leise und kommen über ein undeutliches Gemurmel nicht hinaus (in Zuständen körperlicher Schwäche), manchmal leisten sie Unglaubliches in dauerndem Schreien; sie werden davon bald heiser, was den Rededrang nicht stört. Manche scheinen sich im Reden selbst anzureden, sich hineinzusteigern, andere reden in völlig maschinenmäßiger Weise. Nicht selten besteht die Neigung zu rhythmischen Betonungen.

Was bei diesen sprachmotorischen Entladungen erlebt wird, wissen wir in vielen Fällen nicht. Zwei Erlebnisarten sind aber durch Selbstschilderungen der Kranken sichergestellt. Manche erleben einen richtigen Rededrang als Triebregung. Andere erleben die Bewegung des Sprachapparats als spontane und stehen ihr beinahe wie Zuschauer gegenüber. Der Drang zum Reden hat Grade. Manche Kranke empfinden ihn, aber können ihn unterdrücken; andere müssen ihm nachgeben, empfinden ihn aber als quälend und krankhaft, wieder andere entäußern sich ihres Dranges und geben sich hemmungslos dem Redefuß hin. Von den spontanen Redeprodukten, denen das Ich bloß zuschaut, haben wir in den Brüllzuständen des Kranken auf S. 88 schon einen Fall kennen gelernt. Eine Schilderung Kandinskys wird dieses Phänomen in etwas anderer Form verdeutlichen:

„Plötzlich fühlte Dolinin, daß seine Zunge anfängt, nicht nur ohne seinen Wunsch, sondern sogar gegen seinen Willen, laut und dabei äußerst schnell das auszusprechen, was in keinem Falle hätte ausgesprochen werden müssen. Im ersten Augenblick war der Kranke durch die Tatsache selbst dieses ungewöhnlichen Vorganges betroffen und erschreckt; denn plötzlich in sich ganz handgreiflich einen aufgezogenen Automaten zu fühlen, ist an und für sich unangenehm genug; als er aber anfing, den Sinn dessen zu begreifen, was seine Zunge plapperte, stieg das Entsetzen des Kranken noch mehr, denn es erwies sich, daß er, D. . . ., offen seine Schuldigkeit an schweren Staatsverbrechen eingesteht, sich mitunter solche Pläne zuschreibend, die er nie gehabt hatte. Dessenungeachtet hatte sein Wille nicht die Macht, die plötzlich automatisch gewordene Zunge zurückzuhalten.“ (l. c., S. 115.)

Von diesen anscheinend klaren Fällen führt aber eine Reihe in unklarer Weise zu solchen, in denen die Phänomene objektiv die gleichen sind, in denen aber von einem solchen Gegenüberstehen von Ich und Redefuß nicht mehr die Rede sein kann. —

Mutazismus und Rededrang war der erste Gegensatz, unter dem wir die psychotischen Erscheinungen der Sprache betrachteten. Wir sehen uns nun die Sprachinhalte selbst (die sprachlichen Gebilde) an und fragen erstens: Woher gewinnt der Rededrang sein Sprachmaterial? Zweitens untersuchen wir gewisse sprachliche Bildungen, die vom Rededrang unabhängig sind, und drittens suchen wir uns über die allgemeinen Richtungen der Analyse und Erklärung psychotischer Sprachgebilde klar zu werden.



a) Woher nimmt der Rededrang sein Material?<sup>1)</sup> 1. Aus Eigenleistungen des Sprachapparats durch sinnlose Reproduktion geläufiger Reihen, wie Bibelsprüchen, Versen, Zahlen, Monaten, von Melodien, durch Produktion sinnloser Sätze in grammatikalischer Form<sup>2)</sup>, schließlich durch Produktion agrammatischer Gebilde, Klangassoziationen, Wortergänzungen, zuletzt durch unartikulierte Laute. — 2. Durch Perseveration. Wir lernten die Perseveration durch Ausfall, das Haftenbleiben, früher kennen. Dies Haftenbleiben läßt sich z. B. bei Aphasischen unter bestimmten voraussehbaren Bedingungen beobachten. Zum Haftenbleiben muß der Rededrang kommen, der sein Material aus solchen perseverierenden Inhalten bezieht, damit wir von Verbigeration (Kahlbaum) sprechen. Verbigeration nennt man die Erscheinung, daß Kranke scheinbar im Charakter einer Rede einzelne Worte, Satzbruchstücke oder sinnlose Wendungen eintönig wiederholen, ohne daß diesen Wiederholungen und ihrem Inhalt irgendeine Bedeutung zukäme oder von den Kranken erlebt würde. Kandinsky bemerkt, daß manchmal von den Kranken die Zwangsmäßigkeit des Verbigerationsimpulses lebhaft gefühlt wird (analog den oben erwähnten Brüllzuständen und dem spontanen Sprechen Dolinins).

Einer seiner Kranken nannte dies unwillkürliche Sprechen „mein Selbstparlieren“ oder „meine Selbstparlage“. Sogar wenn er etwas bitten wollte, mußte er sich in solcher Form ausdrücken: „Selbstparlage, selbstparliere, erlauben Sie. . . Selbstparlage, selbstparliere, erlauben Sie. . . . Selbstparlage. . . erlauben Sie ein Papiros. . . Nicht zum Selbstrauchen. . . ich selbst will rauchen. . . aber durch Selbstparlage. . . Selbstparlieren. . . ich selbst parliere Ihnen. . . geben Sie etwas zu rauchen. . .“

Von diesen mehr automatisch anmutenden Verbigerationen sind, wie beim Rededrang überhaupt, die affektiven, insbesondere die ängstlichen Verbigerationen wohl zu unterscheiden. In heftigen Angstzuständen wiederholen Kranke zu bloßer Entladung ratlos und sinnlos immer dieselben Fragen: Ach Gott, ach Gott, ist das ein Unglück. . . Ach Gott, ach Gott, ist das ein Unglück, und ähnliches. — 3. Wenn unproduktive Kranke für ihren Rededrang geradezu nach Material suchen, dann liefern ihnen dieses außer den Eigenleistungen des Sprachapparates und der Perseveration die äußeren Sinnesreize. Akustische Eindrücke werden einfach wiederholt (Echolalie), alle Gegenstände werden sinnlos benannt usw. — 4. Von allen drei bisher genannten Materialquellen unterscheidet sich die Ideenflucht durch ihre Produktivität. Der Rededrang, der sein Material aus ihr beziehen kann (ideenflüchtiger Rededrang), zeichnet sich durch Reichtum der Inhalte, durch massenhafte variierende Assoziationen, unter Umständen durch Witz und durch treffende Wendungen aus. Um nach außen, d. h. objektiv zu erscheinen, bedürfen sowohl Ideenflucht wie Ablenkbarkeit des Rededrangs. Sonst bleiben sie rein subjektive Phänomene (innere Ideenflucht, innere Ablenkbarkeit). Umgekehrt ist aber Ideenflucht keineswegs Bedingung des Rededrangs. Rededrang bei

1) Nach Heilbronner: l. c., S. 472ff.

2) Stransky: Über Sprachverwirrtheit, Halle 1905.

Denkhemmung (Pfersdorff) ist nicht ungewöhnlich. Besonders bei Kranken mit Verblödungsprozessen ist Rededrang ohne Ideenflucht häufig.

b) Von den abnormen sprachlichen Gebilden sind die Wortneubildungen<sup>1)</sup> seit langem aufgefallen. Von manchen Kranken nur in einzelnen Exemplaren geschaffen, werden sie bei anderen so zahlreich, daß sich geradezu eine uns unverständliche Privatsprache ausbildet. Diese Wortneubildungen können wir ihrer Genese nach in folgende Gruppen ordnen: 1. Es werden absichtlich neue Worte zur Bezeichnung von Empfindungen oder Dingen, für die die Sprache keine Worte hat, gebildet. Diese selbstgebildeten Termini technici sind zum Teil ganz neue, etymologisch unverständliche Worte; 2. entstehen ohne Absicht, besonders in akuten Phasen, Wortneubildungen, die dann sekundär zu Bezeichnungen gebraucht und in chronische Zustände hinübergenommen werden. Eine Kranke Pfersdorffs brauchte den Ausdruck „sinnliche Gewehre“ für gewisse halluzinatorische Phänomene. Auf die Frage: Was heißt das eigentlich, sinnliche Gewehre? antwortete sie: „Die Worte kommen mir so ein, es ist keine Erklärung“. Hierher gehört auch der veränderte Sinn, der bekannten Worten in akuten Psychosen gegeben wird. Eine Kranke schildert von sich selbst:

„Manche Worte brauchte ich, wie gesagt, um einen ganz anderen Begriff auszudrücken, als denjenigen, welchen sie eigentlich bezeichneten — sie hatten für mich einen andern Sinn bekommen als den gewöhnlichen, so auch: ‚räudig‘, das ich ganz gemütlich für ‚wacker, schneidig‘ brauchte . . . ‚Gohn‘, in Wahrheit das aargauische Wort für ‚Jaucheschöpfer‘, bezeichnete mir eine Frauensperson, etwa wie das studentische ‚Besen‘. — ‚Fand ich für die rasch sich drängenden Ideen nicht gleich das passende Wort, so machte ich ihnen in selbstgeschaffenen Luft, wie oft die kleinen Kinder tun, und schuf mir eigene Benennungen nach meinem Geschmack, z. B. ‚Wuttas‘ für Tauben.“ (Forel l. c., S. 974.)

3. werden den Kranken Wortneubildungen als halluzinatorische Inhalte gegeben. Die Kranken sind in diesem wie im vorigen Falle oft selbst über die merkwürdigen, ihnen fremden Worte erstaunt. Auf diese Weise hat Schreber die ganze „Grundsprache“ der von ihm angenommenen „Strahlen“ gehört. Er betont immer wieder, daß ihm selbst die Worte, bevor er sie auf diese Weise hörte, ganz unbekannt waren. — 4. werden artikulierte Lautgebilde produziert, mit denen wahrscheinlich die Kranken selbst gar keinen Sinn verbinden. Es handelt sich überhaupt nicht mehr um Sprachgebilde, insofern die Bedeutung des Lautgebildes als Ausdruck ganz weggefallen ist. So sind z. B. manchmal die sprachlichen Reste dementer Paralytiker aufzufassen. Ein solcher Kranker brachte in den letzten Wochen seines Daseins nur noch das Wort „Misabuck“ bei den verschiedensten Gelegenheiten heraus. 5. Tuczek<sup>2)</sup> beobachtete bei einer Katatonikerin die Entstehung einer neuen verwickelten Sprache als eine Spielerei, die aus Freude am Übersetzen und am Können mit ganz bewußtem Willen entsprang, ohne daß ein Ausdrucksbedürfnis

<sup>1)</sup> Galant: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 61. 1919. S. 12.

<sup>2)</sup> Tuczek: Analyse einer Katatonikersprache. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 72 S. 279.

für wahnhafte Erlebnisse mitwirkte. Der Stolz, etwas Geheimnisvolles zu treiben und die Befriedigung über das Gelingen war allein Motiv: „Hören Sie doch nur, wie schön das alles klingt“. Es waren bei der Wortbildung sehr wechselnde Prinzipien wirksam, dann wurden die Worte aber festgehalten und es fällt die erhebliche Gedächtnisleistung auf. Ein schöpferisches Vermögen kommt nicht in Frage. Die Syntax bleibt die der deutschen Sprache, nur der Wortschatz wurde neu gebildet.

Werden die spontanen Äußerungen der Kranken nicht bloß registriert, sondern das Verhalten der sprachlichen Gebilde im Spiel von Frage und Antwort in der Unterhaltung mit dem Untersucher betrachtet, so tritt oft das seiner Genese nach sicher sehr verschiedene Symptom des Vorbeiredens in die Erscheinung. Während bei aphasischen Sprachstörungen (besonders bei der sensorischen Aphasie) die Kranken ganz entstellte Wortbildungen mit dem Bewußtsein eines bestimmten Sinnes von sich geben (Paraphasie), hat diese Paralogie einen sinnvollen Inhalt, der in deutlicher Beziehung zur Frage und zur richtigen Antwort steht. Jedoch wird keine richtige Antwort, keine richtige Aufgabenlösung gegeben, obgleich die intellektuelle Fähigkeit dazu vorhanden wäre. Alle Rechenaufgaben löst der Kranke z. B., indem er eine Zahl hinzuzählt:  $3 \times 3 = 10$ ,  $6 \times 7 = 43$ . Wieviel Beine hat die Kuh? Fünf usw.<sup>1)</sup> Das Vorbeireden hat keine einheitliche psychologische Bedeutung. Es tritt als Symptom der „Pseudodemenz“ bei hysterischen psychotischen Zuständen auf, wenn das Kranksein einem Wunsch des Kranken entspricht (z. B. in der Haft) oder es tritt als Erscheinungsform des Negativismus oder als Ausdruck läppischen Scherzens bei Hebephrenen auf. —

Zur Veranschaulichung bringen wir noch einzelne Proben sprachlicher Produkte Kranker als Beispiele, die natürlich den Gegenstand nicht annähernd erschöpfen:

Ein ideenflüchtiges Produkt siehe auf Seite 102.

Die ausgebildete Sprachverwirrtheit besteht in der Produktion artikulierter Lautgebilde in der scheinbaren Form von Sätzen, ohne jeden Sinn. Es gibt sicher solche Gebilde, mit denen auch die Kranken nicht eine Spur von Sinn verbinden; andere Gebilde sind vielleicht nur uns als Beobachtern unverständlich. Eine relativ weitgehende Verständlichkeit zeigt noch folgendes Stück aus einem sprachverwirrten Briefe eines Katatonikers:

„Aus analogen und naturellen Gründen eröffne Dir, daß ich verschiedene Examinas gemacht habe, welche auf neue einzuführende Fortschritte der Zeit beruhen und auf alle natürlichen Rechte der Freiheit Bezug haben. Selbsthilfe ist in jeder Lage die beste und billigste. Was Nationalstolz ist, wissen wir, um

<sup>1)</sup> Hey: Julius, Das Gansersche Symptom. Berlin 1904. — Ganser: Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 30 38. Nissl: Zentralbl. f. Neurol. Raecke: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 58. Henneberg: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 61. Stern: Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 50. Flatau: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 15. Haenisch: Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 33 S. 439. Daß das Vorbeireden auch durch ein ursprüngliches Vorbeidenken entstehen könne, zeigt Pick: Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 42 S. 197. Daß falsche Farbenbenennung durch Verschiebung schon der Wahrnehmung entstehen könne (Analogie zur Eindringlichkeit der Farbe und ihrer Wahrnehmung bei Kindern) zeigt Hahn: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 56 S. 317, vgl. ferner Hahn ebda. 59 S. 122.

welche Ehre es sich handelt, bin ich mir bewußt, und was Kenntnisse in engerem Sinne sind, sind meine Geheimnisse. Achtung vor meiner Sache, welche sich auf Vorerwähntes bezieht. Üb' immer Aug' und Hand für das Vaterland. So ist meine Angelegenheit rundum anzuerkennen. Somit teile ich Dir mit, daß ich als erster Staatsanwalt hier bereits bekannt bin usw.“<sup>1)</sup>

Den sprachverwirrten Produkten stellen wir die inkohärenten Produkte gegenüber, die keine Satzform mehr zeigen und vielfach absolut zusammenhanglos sind. Neben verständlichen Inhalten zeigt diesen Typus folgender Brief eines Katatonikers an seine Frau:

„In dem Daheim. liegt er krank? ja. anspruchslos inderesenlos von dem was gekommen? Doch was zu geslagen an den? Ich. der Müller. Nachts unruig gewesen. Stimmen hören traurige. Ja Schwager da in F. Wir bilden eine kurze uenderung von dem Achmrika. Frau Kinder gesund. ja nun alen da, wie geth. gut mir auch sehr gut. das freuet mich. wo der Bruder kan heute nicht kommen hat er den Zug verpaßt. ja. Er ist noch zu Hause sund Arbeidet. Ich habe so sensuchtsvol auch inso gemadet heute möge dochr erzählen wi ich so oft singen hörte von meinen Kolegen vi sie alle sich so freudlich und luschich in dem daheim finden“ . . . „Bruder den möge mit fahren Vater steht mit Frau auf. kleidet an und fahren dann Beide zunach Heidelberch. Klinik. dort beigekommen mußten wireine Zeitlang warden bis die reihe an uns kamm. gingen mit Einander nach dem Untersuchungssaal war Badet ins Bett. bekam Fieber welche eine tage Zeit anhält scherzen im Kopfe und verlor beinahe das Bewußtsein Eines Tages wurde ich wider besser und des Nachts hörte Stimen Hoßluner (?) rufen in wildem Geheul. undereinander herlaufen ich glaiven möchte die wilden schisen nach mir. doch eben Besuch da Frau Kindern welche Freide wir besbrochen unsere Heimarbeit. . . . . was gibt es sonst noch neues der Mandel hat noch keinen Mith bezahlt. . . . . schwer war wider die Trennung von den Kindern Ich in der großen Hoffnung sie in und die Kinder bald wider sehen Vater. die Mutter weiß auch nicht wis ihm geht. Schwager Kempf läßt kar nichts sehen und hören wollen sie mir nicht meine Krankheit helfen dragen ich war immer der beste Freund zu ihnen habe ich dir etwas zugefügt so komme bald . . .“

Von den primär inkohärenten Produkten möchten wir die bloß entstellten sprachlichen Äußerungen scheiden, die einen sinnvollen Gedankengang, z. B. in Bewußtseinstörungen, infolge von Konzentrationsunfähigkeit, schlechter Auffassung usw. unklar zum Ausdruck bringen. Ein solches Schriftstück aus einem Dämmerzustand, das von dem vorhergehenden vielleicht nur gradweise verschieden ist, ist folgendes:

„Selbstlebenslauf. Ich Hans H. . . . geb. zu Homburg v. d. H. begab sich im alter von 13<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Jahr in die Höhe 16<sup>1</sup>/<sub>2</sub> als Kaufmann wo er bis nach 3 Jahre und verlieb und von da aus dem Stundenlangen warten u. schaffen und Garten wochenlang und wurde eben mir diese Arbeit viel zu schwer und bekam dann über immer wieder an Lungenleiden im Hause zu brachte. Im Jahre 1905 wo den Lungenentzündung und Rippenfellentzündung behandelt wurde im Jahre nachdem Jahre etwas besser aber 1907 wurde wieder sehr lungenkrank“ usw.

c) Die Erklärung der Sprachbildungen hat man vielfach durch die Assoziationsprinzipien unter Heranziehung des sensugenen (aus der Auffassung von Sinnesreizen stammenden) und des ideogenen (aus der Aktualisierung von Gedächtnisdispositionen stammenden) Materials versucht<sup>2)</sup>. Die prinzipielle Frage, ob alle Bildungen als auf assoziativem Wege entstanden erklärt werden können, oder ob

1) Ein ausgezeichneter Fall von Sprachverwirrtheit ist eingehend geschildert von Otto: Ein seltener Fall von Verwirrtheit. Dissert. München 1889.

2) Kraepelin: Über Sprachstörungen im Traume, Psychol. Arb. 5. Pfersdorff: Zentralbl. f. Neurol. 1908; Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 3, 1910 usw. Ferner Mehringer und Mayer: Versprechen und Verlesen, Stuttgart 1895. — Referat von van der Torren: Das normale Verhören, Versprechen, Verlesen und Verschreiben. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. — Teil 4. 1912. S. 657.

„freisteigende“ Bildungen vorkommen, ist nicht zu beantworten. Die Erklärung der Sprachbildungen durch Assoziationen arbeitet mit denselben Begriffen wie die übrige Assoziationspsychologie: Es verbinden sich Elemente nach Ähnlichkeit (z. B. Klangassoziation), nach Erfahrung, nach inhaltlicher Beziehung usw., dazu kommen Perseverationen einmal aufgetretener Elemente. Als „Elemente“ fungieren Silben, Worte, Satzbruchstücke, ein gemeinter „Sinn“ usw. Unter den besonderen assoziationspsychologischen Begriffen, die zur Klassifizierung der abnormen Sprachbildungen dienen, spielt eine Rolle die Kontamination. So nennt man die Verschmelzung eines sprachlichen Elements aus zwei anderen (z. B. überstaunt aus überrascht und erstaunt). Ähnlich gibt es Vertauschungen von Worten untereinander und Silben untereinander, Antizipationen, Postpositionen usw.

### § 7. Die Arbeitsleistung.

Für die Lebensführung des Menschen ist nicht nur die Qualität, sondern auch die Quantität seiner Arbeitsleistung grundlegend. Die Herabsetzung oder Aufhebung der Erwerbsfähigkeit ist eines der augenfälligsten objektiven Zeichen vieler Erkrankungen. Arbeitsleistungen sind leicht objektiv festzustellen, sie sind z. T. auch leicht quantitativ zu bestimmen. Indem man solche Bestimmungen unter den verschiedensten, übersehbaren Bedingungen ausführte, hat man begonnen, die zahlreichen Faktoren, von denen die quantitative, im wesentlichen mechanische Arbeitsleistung abhängt, aufzudecken<sup>1)</sup>.

Die Art der Arbeit, die bei experimentellen Untersuchungen gefordert wurde, war fast immer das Addieren einstelliger Zahlen. Welche Unterschiede die Arten der beruflichen Arbeit, z. B. ob mehr geistige oder mehr körperliche Arbeit, mit sich bringen, wissen wir noch nicht.

Bei der Analyse der Arbeit sind die subjektiven Erscheinungen, Müdigkeitsgefühl und Arbeitsfreude, wohl zu unterscheiden von den objektiven, der Ermüdung und Arbeitseignung. Diese objektiven Arbeitsleistungen werden in der Arbeitskurve bildlich veranschaulicht, indem auf der Abszisse der Zeitverlauf, auf den Ordinatenhöhen die Quantität der in der Zeiteinheit geleisteten Arbeit fortlaufend aufgetragen wird. Unter den Komponenten dieser Kurve sind die Ermüdungskurve, die von Anfang an abwärts, nach Pausen durch die Erholung schnell wieder aufwärts geht, und die Übungskurve, die anfangs schnell, später langsam steigt, nach Pausen abfällt, die wichtigsten. Dazu kommen vor allem die im Beginn der Arbeit steigende Anregungskurve, durch Willensspannungen zu deutende Erhebungen am Anfang und am Schluß der Leistung, und die gegen-

<sup>1)</sup> Experimentell grundlegend waren Kraepelins und seiner Schüler Arbeiten. Darüber zusammenfassend: Kraepelin: Die Arbeitskurve, in *Wundts philos. Stud.* 19. 1902. S. 459. Eine kritische Darstellung mit Rücksicht auf die Bedeutung der Ergebnisse für die Beurteilung realer Arbeitsleistungen des Lebens gibt Max Weber: *Zur Psychophysik der industriellen Arbeit.* *Archiv f. Sozialw. u. Sozialpol.* 27—29. — Über neuere Versuche aus seinem Institut berichtet Kraepelin: *Arbeitspsychologische Untersuchungen,* *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 70. 1921. S. 230.

über ablenkenden Reizen eintretende Gewöhnung, die in einer anfangs steigenden, dann horizontal bleibenden Kurve verläuft<sup>1)</sup>. Ermüdung und Übung sind die wichtigsten Begriffe:

Der Ermüdung steht die Erholung gegenüber und als Eigenschaften des psychophysischen Apparats der Ermüdbarkeit die Erholbarkeit. Letztere ist von verschiedener Dauer, je nachdem, ob eine einfache Ermüdung (die man auf die Wirkung von Ermüdungsstoffen zurückführt) oder Erschöpfung (die durch Aufbrauch von Substanz erklärt wird) vorliegt. Man unterscheidet Muskelermüdung und Nervenermüdung, fragt sich, ob es bloß eine allgemeine Ermüdung oder auch eine partielle Ermüdung für bestimmte Arbeitsleistungen gibt. Kraepelin ist der Ansicht, daß es nur allgemeine Ermüdung gäbe.

Übung ist die Steigerung der Leichtigkeit, Schnelligkeit und Gleichmäßigkeit einer Leistung durch deren Wiederholung. Diese geschieht z. T. durch Mechanisierung ursprünglich mehr absichtlicher, willkürlicher, seelischer Leistungen zu mehr reflektorischen, mechanisch ablaufenden. Aber dazu müssen Veränderungen im physiologischen Mechanismus angenommen werden, die die Übung bewirken. Die Fähigkeit sowohl zur Übung wie zum Festhalten der Übung ist individuell verschieden. Kraepelin unterscheidet daher Übungsfähigkeit und Übungsfestigkeit. Während die Ermüdung eine flüchtige und vorübergehende Erscheinung ist, bleibt von der Übung immer ein Rest für die Dauer bestehen.

Die Anlagen, die als Ermüdbarkeit, Erholbarkeit, Übungsfähigkeit, Übungsfestigkeit, Ablenkbarkeit, Gewöhnungsfähigkeit, Anregbarkeit aufgezählt wurden, sind als Grundqualitäten des psychophysischen Mechanismus (Kraepelin sagt: der Persönlichkeit) aufzufassen.

Unter krankhaften Bedingungen können alle diese Qualitäten verändert sein. Kraepelin hat ihre Abhängigkeit von Nahrungsaufnahme, Schlaf, von Giftzufuhr (Alkohol, Koffein u. a.) untersucht. Bei den Neurosen, besonders denen nach Unfall, ist die Frage der Fähigkeit zu Arbeitsleistungen dauernd aktuell. Hier sind Aufnahmen und Analysen der Arbeitskurve von Specht und Plaut<sup>2)</sup> gemacht. Die schnelle Ermüdbarkeit des Neurotischen sowie die Willenschwäche des Hysterischen lassen sich von der absichtlichen Minderleistung bewußter Simulanten in extremen Fällen unterscheiden. Bei Hirnverletzten tritt eine enorme Verlangsamung der Arbeitsleistung neben großer Ermüdbarkeit ein<sup>3)</sup>. Man findet Fälle, in denen bei

1) Über die graphische Darstellung der Arbeitskurve und ihrer Komponenten vgl. Kraepelin l. c.

2) Specht: Arch. f. d. ges. Psych. 3. 1904. S. 245. Plaut: Münch. med. Wochenschr. 1906 S. 1274. Neurol. Zentralbl. 1906 S. 481.

3) Busch: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 41 S. 283. Ebenfalls mit der Addiermethode bei Hirnverletzten arbeitete Langelüddecke: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 58 S. 216 (Lit.-Verzeichnis), Busch: Versuche über die Alkoholempfindlichkeit Hirnverletzter. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 24 S. 101. Versuche mit verschiedenen Ergographen machte Bappert: Zur Frage der körperlichen Leistungsfähigkeit bei Hirnverletzten, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 73 S. 239.

sehr geringer Leistungsfähigkeit geringe Übungsfähigkeit, aber auch geringe Ermüdbarkeit besteht, weil eigentlich gar keine Anstrengung erfolgt. Die Insuffizienz ist hier rein seelisch bedingt.

Meistens müssen wir bei der Untersuchung der Arbeitsleistung Neurotischer (eine häufige Aufgabe bei der Begutachtung Versicherter) uns auf subjektive Analyse beschränken. Die Mißempfindungen und Unlustgefühle bei der Ausübung von Arbeit und anderen Funktionen, ihre Vermehrung mit der Schwere der Arbeit auf der einen Seite, das Nichtwollenkönnen, das Gefühl der Ohnmacht, des Nichtmehrweiterkönnens auf der anderen Seite sind die beiden Hauptkomponenten. Die Willensschwäche hängt unwillkürlich stark ab von dem Bewußtsein, durch Arbeitsleistung die Rente zu verlieren. Die Aufregungen des Rentenprozesses vermehren alle Beschwerden und diese Willensschwäche erheblich (Rentenkampfneurose). Es ist nicht selten, daß die Untersuchung darauf hinausläuft, daß die tatsächliche Herabsetzung der Arbeitsleistung im Leben das einzige objektive Symptom solcher Kranker ist.

Die handgreiflichen Untersuchungen über die Arbeitsleistungen haben im Zusammenhang mit gewissen allgemeinen Zeitanschauungen zu einer besonderen Hochschätzung jener „Grundqualitäten der Persönlichkeit“ geführt. Demgegenüber muß darauf hingewiesen werden, daß tatsächlich nur mechanische, automatische, lernbare, von jedermann auszuübende, schließlich doch bloß quantitativ zu bewertende „Leistungen“ in diese Betrachtungsweise eingehen, gerade jene „Arbeit“, die nicht selten eine Last ist. Die qualitativen Leistungen, die produktive Tätigkeit in Kunst, Wissenschaft und Lebensführung gehen in diese Arbeitskurve nicht ein. Als eine objektive Darstellung der Funktionen nervöser Apparate, auf denen unser Leben ruht, nicht aber als Analyse irgendeiner „Persönlichkeit“ werden wir sie hochschätzen.

## Abschnitt 2.

### **Die körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen seelischer Vorgänge (symptomatische Psychologie).**

Es gibt eine Fülle körperlicher, objektiv feststellbarer Erscheinungen, die ohne Willen, ohne bewußten Zweck, ohne daß sie als „Leistung“ zu werten wären, einfach eintreten, wenn gewisse seelische Vorgänge vorangingen. Leib und Seele sind zwar eine lebendige Einheit; wenn wir aber beide methodisch als heterogene Sphären voneinander trennen, so sehen wir alsbald, wie unendlich verwickelt die gegenseitigen Beziehungen sind. Während die rein naturwissenschaftliche Einstellung nur die Wirkung der körperlichen Vorgänge auf das Seelenleben zu kennen schien, sind gerade umgekehrt auch die Einwirkungen des Seelischen auf das Körperliche tiefgreifend. Wie weit die Wirkungen psychischer Einflüsse auf den Körper gehen können, ist noch gar nicht abzusehen. Bis jetzt hat die Forschung

diesen Wirkungsbereich immer ausgedehnter gefunden. Wir geben einen Überblick über den gegenwärtigen Stand.

Schon bei allen seelischen Vorgängen des normalen Seelenlebens sind körperliche Begleiterscheinungen mit Hilfe von Apparaten experimentell festgestellt worden<sup>1)</sup>: Veränderungen der Atmung, Bewegungen der Pupille, Schwankungen innerhalb eines an zwei Hautstellen abgenommenen galvanischen Stromkreises, Veränderungen des Herzschlags, des Organvolumens (Verschiebung des Blutes im Körper) und des Blutdrucks. Solche Begleiterscheinungen sind besonders intensiv bei Affekten und hier ohne Apparate leicht zu sehen. Bei der Angst z. B. klopft das Herz, das Gesicht erbleicht, kalter Schweiß tritt auf, die Kehle wird trocken, die Haare sträuben sich, es tritt Durchfall ein, die Pupillen sind stark erweitert.

Körperliche Reflexe werden durch die Psyche beeinflusst. Husten- und Niesreflex können durch Hinlenkung der Aufmerksamkeit stärker werden, vor allem der letztere aber auch gerade dadurch ausbleiben (Darwins Wette mit seinen Freunden, sie würden auf Schnupfpulver nicht mehr niesen können; sie bemühten sich krampfhaft, die Augen tränhten, aber Darwin gewann die Wette). Durch Ablenkung können Reflexe herabgesetzt werden oder ausbleiben, dasselbe tut der Schlaf: beim Schnupfen ist die Sekretion nachts geringer als am Tage. Bronchialsekret wird, wenn es zäh ist, flüssiger, wenn die Aufmerksamkeit sich mit einer eigentümlichen Hingabe der Sekretion zuwendet. Seelische Affiziertheit hemmt die Sekretion der respiratorischen Schleimhäute, der Speicheldrüsen, der Tränendrüsen (bei Melancholie). Die Kniesehenreflexe werden stärker bei Ablenkung (Jendrassikscher Handgriff). Die Menge der Urinsekretion wird durch Affekte vermehrt und ist bei abnormen Gemütszuständen meistens größer<sup>2)</sup>. Die Abhängigkeit der Magensaftsekretion von psychischen Einflüssen zeigt sich in Hemmung bei Unlust und im Schlaf, Steigerung durch optisch oder akustisch dargebotene Vorstellungen von Nahrungsmitteln und bei Lustgefühlen<sup>3)</sup>. In einer noch kaum überschaubaren, verwickelten Weise ist ein psychischer Faktor bei sehr vielen körperlichen Vorgängen beteiligt, darum können von der Psyche her so erhebliche Wirkungen und vor allem auch heftige Störungen der körperlichen Vorgänge ihren Ursprung nehmen.

Die körperlichen Begleiterscheinungen können bei seelisch Kranken durchaus normaler Art sein, uns aber bei Kenntnis ihrer Art durch Änderung ihrer Intensität und Ablaufsform ein Hilfsmittel sein, auf die bei den Versuchspersonen zugrunde liegenden seelischen Vorgänge zurückzuschließen. So ist es etwa von Interesse, zu wissen, ob in einem Stuporzustand das Bewußtsein völlig leer ist, oder ob etwas in den Kranken vorgeht, ob sie etwas auffassen, ob sie auf Reize innerlich reagieren.

1) Die älteren Arbeiten in Wundts *physiol. Psychol.* Neuere: Weber: *Der Einfluß psychischer Vorgänge auf den Körper*, 1910; Veraguth: *Das psychogalvanische Reflexphänomen.* *Monatsschr. f. Psych.* 21 S. 387, und 23 S. 204. Zusammenfassende Übersicht: Leschke: *Die körperlichen Begleiterscheinungen seelischer Vorgänge*, *Arch. f. d. ges. Psychol.* 21. 1911. S. 435; 31. 1914. S. 27ff.

2) Über alle diese Tatsachen siehe: Wiersma: *Die psychologische Auffassung einiger Reflexe.* *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 72 S. 254.

3) Nach der Entdeckung der Abhängigkeit durch Pawlow ist diese Beziehung oft untersucht worden, zuletzt von Schrottenbach: *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 69 S. 254 (Lit.-Verzeichnis).



Eine gründliche Verwertung des psychogalvanischen Reflexphänomens zur Beurteilung der seelischen Vorgänge Geisteskranker verdanken wir Gregor<sup>1)</sup>. Legt man an zwei Hautstellen, z. B. die Hände, Elektroden und schließt einen Stromkreis, so kann man vom Körper einen schwachen galvanischen Strom ableiten und die Schwankungen der Stärke dieses Stromes in der Zeitfolge als Kurve aufzeichnen. Die Schwankungen dieses Stromes sind zum Teil physikalisch, zum Teil physiologisch, zum Teil psychisch bedingt. Es ist gelungen, durch Verfeinerung der Technik und kritische Beurteilung die letzteren Wirkungen zu einem guten Teil überzeugend zu sondern. Die Kurve beobachtet man entweder als Ruhekurve oder in ihrem Schwanken auf äußere Reize hin. Man beobachtet objektiv charakteristische Verlaufsformen der Rukekurve, Herabsetzung oder Steigerung der psychogalvanischen Reaktionen auf Reize, und schließlich ein verschiedenes Verhalten je nach der Art der Reize (Glockenreiz, Schmerzreiz durch Kneifen der Haut, Stellung einer Rechenaufgabe, Zuruf von infolge von „Komplexen“ gefühlsbetonten Worten usw.). Zur Deutung der Beziehung der objektiven Daten der Kurven zu den seelischen Zuständen der Versuchspersonen ist eine besonders gute Grundlage der Versuch an normalen oder solchen kranken Personen, die sich selbst zuverlässig beobachten. So fand Gregor, daß bei affektiven Zuständen die reaktiven Schwankungen auf die relativ harmlosen Reize hin geringer sind, und daß bei Schmerzreizen ein absichtliches Unterdrücken der Reaktion ohne Wirkung auf das psychogalvanische Phänomen ist. Im einzelnen ist von Gregor folgendes festgestellt: 1. Eine Herabsetzung oder Aufhebung der psychogalvanischen Reaktionen findet man bei dauernder gemüthlicher Stumpfheit (vielen katatonischen Endzuständen, Paralysen, Epilepsien, arteriosklerotischen Demenzen), bei vorübergehenden Zuständen von Affektlosigkeit bzw. mangelnder gemüthlicher Ansprechbarkeit (sowohl bei heilbaren Melancholien, wie bei katatonischen Stuporen), ferner anscheinend bei manchen Hemmungs- und Erschöpfungszuständen psychasthenischer Art, bei Beherrschung durch andere Affekte. — 2. Eine Steigerung der psychogalvanischen Reaktionen findet man z. B. bei Rechenaufgaben, die in Hemmungszuständen eine größere Anstrengung bedeuten. — 3. Die Verlaufsformen der Ruhekurve sind linear, horizontal oder geradlinig mit starker Neigung oder leicht wellig oder durch hohe Wellen unterbrochen oder zackig. Viele dieser Schwankungen sind als Ausdruck innerer, seelischer Vorgänge zu deuten, jedoch bisher nicht in klarer Weise. Die geradlinig steigende Verlaufsform faßt Gregor als „Affektkurve“ auf. — 4. Auf die verschiedenen Reize wird verschieden reagiert. So reagieren gehemmte Psychastheniker am stärksten auf Rechenaufgaben, Demente (z. B. viele Paralytiker, Epileptiker) am stärksten auf körperliche Schmerzreize. — Von besonderen Befunden ist bemerkenswert, daß angeborene Schwachsinnszustände, auch tiefstehender Art, im Gegensatz zu erworbenen Formen gemüthlicher Stumpfheit Reaktionen von normaler Höhe zeigen; daß ferner bei hebephrenen und paralytischen Erregungen hypomanischen Charakters alle Reaktionen fehlen, während sie bei echten Hypomanien immer deutlich und lebhaft vorhanden sind. —

Eine andere Begleiterscheinung seelischer — affektiver — Vorgänge sind Pupillenbewegungen; und zwar zeigt die Pupille, wenn keine äußeren Reize einwirken, oft die sogenannte Pupillenunruhe, die etwa der psychogalvanischen Ruhekurve entspricht; auf psychische Eindrücke, insbesondere auf Schmerzreize hin erweitert sich die Pupille. Sowohl die Pupillenunruhe wie diese reaktive Erweiterung schwinden bei schwereren Demenzzuständen, insbesondere der *Dementia praecox* (Bumkesches Phänomen<sup>2)</sup>. —

1) Gregor und Gorn: Zur psychopathologischen und klinischen Bedeutung des psychogalvanischen Phänomens. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 16. 1913. S. 1. Vgl. ferner: Gregor und Zaloziecki: *Klinik f. psych. Krankh.* 3 S. 22. Gregor: *Arch. f. d. ges. Psychol.* 27. 1913. S. 241. Die Beeinflussung des psychogalvanischen Phänomens durch Suggestion in der Hypnose stellte F. Georgi fest: *Arch. f. Psych.* 62. 1921. S. 271.

2) Bumke: Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. 2. Aufl. Jena 1911.

Wieder andere Begleiterscheinungen seelischer Vorgänge zeigen sich im Blutdruck<sup>1)</sup> in Puls und Atmung<sup>2)</sup>, bei pletysmographischen Untersuchungen<sup>3)</sup> (bei denen die Schwankungen in dem durch wechselnde Gefäßfüllung bedingten Volum einzelner Körperteile, z. B. des Arms, registriert werden). Typisch ist bei der Katatonie das gespannte Gefäßsystem (pletysmographisch als Volumstarre auftretend), die erstarrte Irismuskulatur, die Spannung der quergestreiften Muskulatur (alle diese Symptome als Folge einer autonomen Innervation, nicht als Folge psychischer Vorgänge anzusehen — de Jong).

Viel wichtiger als die Verwendung normaler Begleiterscheinungen als Hilfsmittel zur objektiven Erkenntnis des Seelenlebens ist für die Psychopathologie die Kenntnis der anormalen körperlichen Phänomene, die durch gesteigerte Wirksamkeit der gewöhnlichen oder durch ganz neue außerbewußte Mechanismen auftreten. Der Entstehung nach ordnen wir diese psychogenen Störungen in folgende schematische Gruppen:

a) Rein mechanisch, automatisch wie das Herzklopfen, das Zittern u. a. treten eine große Menge von Funktionsstörungen der Organe ein. Ein klassisches Beispiel sind die Störungen im Verdauungsapparat nach Gemütsbewegungen: die abnormen subjektiven Empfindungen, die abnormen Sekretionen, die Appetitveränderung, Durchfall oder Verstopfung.

b) Diese körperlichen Störungen haben, wenn sie sich häufiger wiederholen, zuweilen schon nach einem Mal die Neigung, sich zu fixieren. Sie bleiben bestehen, auch ohne daß der seelische Grund bestehen bleibt, und werden dann vom Individuum als körperliche Krankheit empfunden. Oder eine bei heftigen Gemütsbewegungen zum erstenmal entstandene Reaktion (z. B. lokalisierter Schmerz, Krampf) kehrt später bei geringsten Anlässen wieder.

c) Während in diesen Fällen keine Beziehung zwischen dem Inhalt des seelischen Erlebens und den besonderen körperlichen Folgen besteht, man zur Erklärung vielmehr auf eine durch den Krankheitszustand gesteigerte oder abnorm gerichtete Irritabilität oder auf besondere Veranlagung rekurrieren muß, gibt es eine große Zahl körperlicher Phänomene, deren besondere Art durch eine spezifische Richtung der Aufmerksamkeit auf eine Funktion, durch Beachtung geringer Störungen, durch bestimmte Sorgen und Befürchtungen entsteht. Auf diese Weise wachsen langsam zahlreiche Mißempfindungen, Funktionsstörungen, die man hypochondrische Beschwerden nennt. Anfangs nur befürchtet, werden sie im Laufe der Zeit wirklich. Solche körperliche Störungen, deren Inhalt aus dem Inhalt des veranlassenden seelischen Moments verständlich ist,

---

1) Knauer: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 30 S. 319. Enebuske: Von der vasomotorischen Unruhe der Geisteskranken. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 34 S. 449.

2) Wiersma: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 19 S. 1.

3) H. de Jong: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 69 S. 61 (dort auch ausführliches Literaturverzeichnis der Arbeiten über die phtysmographische Kurve.) — Gleichzeitige Registrierung der Blutdruckkurve und der Volumkurve bildet die Grundlage des Buches von H. Bickel: Die wechselseitigen Beziehungen zwischen psychischem Geschehen und Blutkreislauf mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen, Leipzig, 1916 (großes Literaturverzeichnis).

können auch plötzlich auftreten, z. B. die Lähmung eines Arms nach einem Fall, Taubheit nach einer Ohrfeige usw. Das Gemeinsame aller dieser unter sich wieder sehr verschiedenen körperlichen Erscheinungen ist 1. der verständliche Zusammenhang zwischen Anlaß und Erfolg, 2. die durch einen abnormen, für gewöhnlich nicht hervortretenden Mechanismus eintretende Wirkung auf körperliche Vorgänge, die sonst von Willen und Vorstellung ganz unabhängig sind, z. B. Empfindungsfähigkeit, Menstruation, Verdauungstätigkeit. Wir nennen diesen Mechanismus, der wohl bei allen Menschen in geringem Grade vorhanden, bei manchen hochgradig entwickelt ist, bei manchen durch krankhafte Umstände (z. B. organische Erkrankungen) oder durch schwere Erlebnisse in die Erscheinung tritt, den hysterischen Mechanismus.

Fassen wir diese drei Gruppen unter drei Schlagworte zusammen, so können wir von automatischen körperlichen Folgen, von fixierten Reaktionen und von hysterischen Symptomen sprechen. Doch stehen alle drei in engen Beziehungen zueinander. Sowohl rein automatische körperliche Folgen wie hysterische Reaktionen fixieren sich. Und in den fixierten körperlichen Störungen aus seelischer Ursache sind die hysterischen von den automatischen Komponenten oft schwer zu trennen.

Die Beziehung seelischer Bedingungen zu körperlichen Folgen, die dann als körperliche Erkrankungen wirken, wird noch verwickelter dadurch, daß ursprüngliche körperliche Erkrankungen ebenfalls von der Seele her Einwirkungen erfahren können. Was seelisch und was körperlich bedingt ist, läßt sich dann nie klar trennen. Die Seele sucht für ihre pathologische Auswirkung im Körper gleichsam gebahnte Wege. Wenn z. B. einmal Gelenkschmerzen durch einen Gelenkrheumatismus da waren, so können nach Abheilung der Krankheit die Schmerzen doch psychogen fortbestehen oder wieder hervorgerufen werden. In der Heilungsperiode fast aller körperlicher Erkrankungen ist das psychische Verhalten nicht gleichgültig. Was psychisch beeinflussbar ist, ist keineswegs darum überhaupt psychisch bedingt oder psychische Krankheit. Freud spricht von einem „körperlichen Entgegenkommen“, wenn psychogene Störungen in einzelnen bestimmten Körpergebieten entstehen, Kohnstamm von „psychoklinen“ körperlichen Erscheinungen, Lewandowski von „hysterophilen“.

Es sei eine Übersicht über körperliche Phänomene gegeben, bei denen ein psychischer Faktor irgendwelcher Art mitspricht:

1. Während viele körperliche Funktionen gestört sein können, ohne daß im Augenblick der Störung der Kranke psychisch etwas anderes erlebte als wie ein Kranker, der einem bloß körperlichen Leiden gegenübersteht, steht in anderen Fällen eine Funktionsstörung (es handelt sich immer um kompliziertere Funktionen, in denen der Wille irgendwie mitspricht) in deutlichem Zusammenhang mit einer gleichzeitigen psychischen Störung. Funktionen können nicht ausgeübt werden, weil der Kranke Angst, Hemmungen, plötzliche Passivität oder Verwirrung erlebt. Beim Gehen, Essen, Schreiben, bei der Urinentleerung usw. geschieht das in ähnlicher Weise. Schreibkrampf, sexuelle Impotenz usw. sind das Resultat. Dahin gehören auch die Phobien. Die am frühesten beschriebene ist die Agoraphobie:

Wenn die Kranken einen Platz überschreiten sollen, sich auf menschenleerer Straße vor langen hohen Häuserfronten befinden und bei ähnlichen Gelegenheiten „entsteht in ihnen ein enormes Angstgefühl, eine wahre Todesangst, verbunden mit allgemeinem Zittern, Depression der Brust, Herzklopfen, Empfindungen von Frost oder nach dem Kopf aufsteigender Wärme, Schweißausbruch, ein Gefühl von Gefesseltsein am Boden oder von lähmungsartiger Schwäche der Extremitäten, mit der Angst, hinzustürzen“<sup>1)</sup>).

Die hysterischen körperlichen Erscheinungen sind außerordentlich zahlreich. Ihnen ist gemeinsam der verständliche Zusammenhang zwischen der Art und dem Sitz der Störung und einem seelischen Inhalt, das Auftreten auf einen seelischen Anlaß hin, die Beeinflußbarkeit durch Suggestion. Trotz dieser nahen Beziehung zum Seelischen treten sie dem Bewußtsein der Kranken als etwas durchaus Fremdes, gerade wie eine körperliche Erkrankung, gegenüber. Solche hysterische Erscheinungen beobachtet man sowohl für sich allein wie als Begleiterscheinungen aller möglichen anderen organischen und funktionellen Erkrankungen des Nervensystems. Bezüglich der zahllosen Variationen dieser körperlichen Erscheinungen muß auf die neurologischen Bücher verwiesen werden<sup>2)</sup>).

Die seelische Wirkung bei Affekten ist auch ohne Hysterie mannigfaltig, aber jede solche Wirkung ist Material für hysterische Züchtungen. Es können sich Funktionsstörungen entwickeln und fixieren in Gebieten, die während des Affekts gerade in Tätigkeit waren. Am Telefon wird eine höchst erregende Mitteilung empfangen, nachher ist die Hand, welche den Hörer hielt, wie gelähmt, es tritt Schreibkrampf darin auf u. dgl. Beim Klavierspielen wird eine faktisch erfahrene Ermüdung an Händen und Armen als ein Komplex von Empfindungen selbständig, die nun bei jeder Gelegenheit, z. B. beim bloßen Anhören von Musik (wenn etwa Eifersucht auf Können des anderen dadurch veranlaßt wird) auftritt. Subjektive Ermüdung ist geringer bei lustvoller Arbeit. Bei neuen Aussichten und Hoffnungen kann eine enorme Vermehrung von Kraftgefühl und Wirkungsfähigkeit auftreten. Der ermattete Jäger wird wieder frisch, wenn er nach langem vergeblichen Suchen Wild findet.

Wie weit von der Seele her Einfluß auf den Körper stattfindet, lehren am drastischsten Erfahrungen aus der Hypnose. Hier hat man suggestiv Verschiebung des Termines der Menstruation, Blasenbildung auf der Haut, Fieber usw. bewirkt<sup>3)</sup>.

2. Erkrankungen, die gewöhnlich ohne alle Beziehung zum Seelenleben auftreten, können gelegentlich bezüglich des einzelnen Anfalls durch seelische Erregungen ausgelöst werden: z. B. Krampfanfälle der genuinen Epilepsie, Asthma, Colitis membranacea usw. Als affektepileptische Anfälle werden Erscheinungen zusammengefaßt, die in reaktiver Weise bei Psychopathen vorkommen, ohne daß eine genuine Epilepsie im Sinne eines fortschreitenden, zur Verblödung führenden Prozesses oder eine organische Erkrankung, in deren Gefolge Krampfanfälle auftreten (Alkoholismus, Hirnkrankheiten), vorliegt<sup>4)</sup>. Der stärkste derartige Anfall, der epileptiforme Krampfanfall, tritt selten auch nach gemüthlichen Erschütterungen oder spontan bei Psychasthenischen, Psychopathen auf. Ebenfalls in reaktiver Weise beobachtet man Schwindelattacken, Ohnmachten, Absencen, analog den Verstimmungen auf psychischem Gebiet.

Wenn Ohnmachten durch seelische Bedingungen (Schreck, Sehen von Blut, überfüllte Räume usw.) ausgelöst werden, so führt man sie wohl auf Anämie des Gehirns durch Kontraktion kleiner Hirnarterien zurück.

<sup>1)</sup> Westphal: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 3. 1872. S. 138.

<sup>2)</sup> Vgl. besonders Briquet, Charcot, Gille de la Tourette, Richer, Möbius, Babinski und die neueren zusammenfassenden Darstellungen von Binswanger: Die Hysterie, Wien 1904, und von Lewandowsky: Die Hysterie, Berlin 1914.

<sup>3)</sup> Blasenbildung: Kohnstamm und Pinner: Verhandl. D. dermat. Ges. 10, Berlin 1908. Heller und Schultz: Münch. med. Wochenschr. 1909. S. 2612. — Fieber: Mohr: Münch. med. Wochenschr. 1914 S. 2030. Kohnstamm: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 23 S. 379. Anm. Eichelberg: Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 68—69. 1921. S. 352. — Menstruation: Kohnstamm. Therap. d. Gegenw. 1907.

<sup>4)</sup> Bratz: Die affektepileptischen Anfälle der Neuropathen und Psychopathen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 29. 45. 1911. S. 162. Stahlmann: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 68 S. 799.

3. Fast alle physiologischen Funktionen der Organe erfahren gelegentlich die Einwirkung eines krankhaften seelischen Vorgangs oder reagieren krankhaft auf normale seelische Vorgänge. Magen- und Darmstörungen, Herzstörungen, vasomotorische Störungen, Sekretionsstörungen, Augenstörungen, Hörstörungen<sup>1)</sup> Stimmstörungen<sup>2)</sup>, Menstruationsstörungen usw. sind unter Umständen auf bestimmte psychische Einflüsse, auf bestimmte Erlebnisse oder auf einen dauernden Gemütszustand zurückzuführen. Vielfach beobachtet man bei Nervösen funktionelle Störungen, die im Einzelfall nicht zu bestimmten seelischen Vorgängen in Beziehung gebracht werden können, aber doch nach der Häufigkeit des Zusammenkommens irgendwie mit der seelischen Abnormität im ganzen einen Zusammenhang haben müssen<sup>3)</sup>.

4. Selbst organische körperliche Erkrankungen sind in Entstehung und Verlauf von der Psyche nicht absolut unabhängig. Glykosurie findet sich häufig bei Angst- und Depressionszuständen<sup>4)</sup>. Die Entstehung des Diabetes ist zuweilen an seelische Aufregungen angeschlossen, Verschlimmerung des Diabetes durch solche ist gewöhnlich. Man hat akuten Basedow nach Schreck im Kriege beobachtet. Wie sehr beim Basedow psychische Komplexwirkungen mitspielen können, zeigt ein Fall Kohnstamms<sup>5)</sup>. Es ist die Meinung geäußert worden, daß ein Weg von rein reaktiven nervösen Magenstörungen über chronische funktionelle Anomalien bis zum Ulcus duodenale führe; so daß also derselbe Mensch, der im Laufe geschäftlicher Aufregungen schließlich ein Ulcus bekommt, dieses bei ruhigem Leben nicht hätte bekommen müssen.

5. Die wunderlichsten Wirkungen seelischer Erschütterungen sind das plötzliche Grauwerden der Haare, von dem schon Montaigne berichtet, und ebenso das Auftreten einer Alopecia areata<sup>6)</sup>. Das Fieber aus seelischen Bedingungen, lange bezweifelt, ist zwar, wie diese Phänomene überhaupt, selten, aber heute wohl erwiesen<sup>7)</sup>.

\* \* \*

Wir erfahren durch Kranke von außerordentlich zahlreichen subjektiven Empfindungen. Sie sind zwar keineswegs objektive körperliche Erscheinungen. Doch sieht der Kranke solche in ihnen; für ihn sind sie etwas Objektives. Über sie sei hier Grundsätzliches bemerkt. Alle die „Organempfindungen“, „leiblichen Empfindungen“, „Schmerzen“, „Mißempfindungen“, „Lebensgefühle“ lassen sich in folgende drei Gruppen ordnen:

1. Echte Halluzinationen und Pseudohalluzinationen. Davon war im 1. Kapitel die Rede.

<sup>1)</sup> W. Kümmel: Entstehung, Erkennung, Bandlung und Beurteilung seelisch verursachter Hörstörungen bei Soldaten. Beiträge zur Anatomie usw. des Ohrs usw. (von Passow und Schaefer) 11. 1918. H. 1—3.

<sup>2)</sup> K. Beck: Über Erfahrungen mit Stimmstörungen bei Kriegsteilnehmern, ebenda.

<sup>3)</sup> Wilmanns: Die leichten Fälle des manisch-depressiven Irreseins (Zyklothymie) und ihre Beziehungen zu Störungen der Verdauungsorgane, Leipzig 1906. — Dreyfus: Nervöse Dyspepsie. Jena 1909. — Homburger: Körperliche Störungen bei funktionellen Psychosen, Dtsch. med. Wochenschr. 1909 Nr. 26.

<sup>4)</sup> Mita: Monatschr. f. Psych. u. Neurol. 32 S. 159.

<sup>5)</sup> Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 32 S. 357.

<sup>6)</sup> Poehlmann: Münch. med. Wochenschr. 1915 Nr. 47.

<sup>7)</sup> Vgl. Glaser: Beitrag zur Kenntnis des zerebralen Fiebers, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 17 S. 493 (neurologisch). — Vgl. oben die Wirkungen der Hypnose. — Zusammenstellung bei Lewandowsky: Hysterie, S. 63 ff. Die Diss. von Weinert: Über Temperatursteigerungen bei gesunden Menschen (Heidelberg 1912), enthält ein Literaturverzeichnis aus einem verwandten Problemkreis.

2. Körperliche Vorgänge in den Organen oder im Nervensystem, die objektiv für den Untersucher noch nicht feststellbar sind, machen sich dem Kranken subjektiv schon bemerkbar. Die Mehrzahl der Menschen ist wohl solchen Empfindungen gegenüber nicht von ruhig betrachtender Einstellung, es werden vielmehr durch Angst und andere seelische Vorgänge Verfälschungen entstehen. Darum pflegt der Arzt auf subjektive Empfindungen oft wenig zu geben. Aber es kommt für den Arzt gerade darauf an, den Menschen selbst zu sehen, für den Grad und die Art seiner Objektivität einen Sinn zu haben, und die subjektiven Symptome genauester Prüfung zu unterziehen. Die Kenntnis der seelisch bedingten Empfindungen ist ihm hier ein Mittel der Kritik, um das rein Somatische deutlich bestimmen zu können.

3. Im Zusammenhang mit seelischen Veränderungen werden Empfindungen erlebt, die vermutlich keinerlei körperliche Grundlage haben außer in den nur zu postulierenden direkten Grundlagen des Seelenlebens im Großhirn. Diese Empfindungen sind ganz und gar abhängig vom Psychischen. Das markanteste Beispiel sind die hysterischen Schmerzen und Sensationen<sup>1)</sup>. —

\* \* \*

Störungen des Schlafes<sup>2)</sup> treten in außerordentlich mannigfaltigen Formen auf, als Störungen des Einschlafens, des Erwachens, der Art des Schlafes und als Schlaflosigkeit. Beim Einschlafen wirken drei Gruppen von Ursachen mit, erstens die objektive Ermüdung wie die subjektiv empfundene Müdigkeit, zweitens die Abschließung aller Sinnesreize, die Abwesenheit von affektiven Erregungen, drittens eine autosuggestive Wirkung des Bewußtseins: ich will einschlafen und ich werde einschlafen. Ein physiologisch zwingender und ein psychischer suggestiver Faktor wirken zusammen. Aus dem Wegfall einzelner dieser Faktoren lassen sich manche Störungen des Einschlafens begreifen. — Das Einschlafen geht normalerweise schnell, beinahe in wenigen Sekunden vor sich. Es zieht sich aber sehr häufig und besonders bei auch im übrigen an nervösen Symptomen leidenden Menschen in die Länge. Dann lassen sich mehrere Phasen unterscheiden und zahlreiche besondere Phänomene beobachten<sup>3)</sup>. Nachdem in stetiger Zunahme der Müdigkeit das Stadium der Somnolenz sich entwickelt hat, erfolgt plötzlich, fast insultartig, der Übergang zum Stadium der Dissoziation. Diese plötzlichen Verdunkelungen zum Schlaf können sich mehrmals wiederholen, indem immer wieder ein

1) Aus dem riesigen Gebiet seien beispielsweise genannt: Samberger: Über das Juckgefühl, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 24 S. 313. Oppenheim, Über Dauerschwindel, Neurol. Zentralbl. 1911 S. 290.

2) Über das Körperliche des Schlafes siehe Trömmner: Das Problem des Schlafes, Wiesbaden 1912. Über Wesen und Behandlung der Schlaflosigkeit die Referate von Gaupp, Goldscheider und Faust: Wiesbaden (Kongreß f. inn. Medizin 1913, auch separat).

3) Trömmner: Die Vorgänge beim Einschlafen, Journ. f. Psychol. u. Neurol. 17 S. 343.

geringes Erwachen zur Somnolenz hin und damit ein Schwanken des Bewußtseins zwischen Schlaf und Wachen eintritt. In dieser Zeit treten vielfach pseudohalluzinatorische und zuweilen auch leibhaftige Sinnesphänomene auf (hypnagoge Halluzinationen). Visionen tauchen plötzlich auf und verschwinden ebenso schnell, abgerissene Worte und Sätze werden gehört, oder es werden pseudohalluzinatorische szenenartige Zusammenhänge erlebt, die vom Traum nicht mehr zu trennen sind und in ihn übergehen.

Das Erwachen geht normalerweise schnell vor sich. Der Mensch ist sofort ganz bei sich und klar. Störungen des Erwachens zeigen sich in einer Verlängerung dieses Vorgangs, so daß sich ein Zustand von Schlaftrunkenheit oder Verschlafenheit zwischen Schlaf und volles Wachsein einschleibt<sup>1)</sup>. Diese Zustände können so abnorm sein, daß der Mensch verkehrte oder automatische, eingeübte richtige Handlungen ausführt, ohne nachher irgend etwas davon zu wissen.

Die Art des Schlafes ist auf der einen Seite manchmal abnorm tief, so daß es den Kranken nachher vorkommt, als ob sie wie tot gewesen seien, oder auf der andern Seite abnorm leicht, so daß die Kranken sich nicht erfrischt fühlen, massenhafte lebendige, unruhige oder ängstliche Träume und ein Gefühl haben, als ob sie nur zur einen Hälfte schliefen, zur anderen Hälfte aber wach seien und der schlafenden Hälfte gleichsam zuschauten.

Die Dauer des Schlafes ist z. B. bei manchen leichten Depressionszuständen sehr lang. Die Kranken haben immer das Bedürfnis zu schlafen und schlafen manchmal 12 Stunden ununterbrochen. Auf der andern Seite ist die Schlafdauer abnorm verkürzt. Die Kranken schlafen ein, wachen aber bald wieder auf und liegen dann die ganze Nacht wach; oder es gelingt ihnen überhaupt erst gegen Morgen, zu schlafen. —

\* \* \*

Eine letzte Gruppe körperlicher Symptome, die wir bei den Kranken beobachteten, sind überhaupt in keiner Weise auf Seelisches zu beziehen. Sie sind vielmehr nur körperliche Zeichen der körperlichen Krankheitsvorgänge, die auch Ursache der seelischen Krankheit sind. Zum Teil sind uns diese Symptome als Symptome bestimmter körperlicher Krankheiten (z. B. von Hirnprozessen) bekannt, z. T. nicht. Diese letzteren können wir nur als körperliche Symptome bei Psychosen registrieren, ohne sie als Zeichen einer bekannten Krankheit anzusehen, z. B. gewisse Reflexsteigerungen, Pupillenveränderungen, Ödeme, Zyanosen usw., vor allem bei der Gruppe der Dementia praecox<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Pelz: Über eine eigenartige Störung des Erwachens, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 2 S. 688.

<sup>2)</sup> Knapp: Körperliche Symptome bei funktionellen Psychosen, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 44. Pförtner: Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 28. 1910. Ref. über Dem. praec.: Michel Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 15. 1913. S. 343 usw. Witte: Über anatomische Untersuchungen der Körperorgane bei der Dem. praec. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 72 S. 308.

Ein wichtiges, aber vieldeutiges körperliches Symptom ist die Schwankung des Körpergewichts, die bei Geisteskranken außerordentlich hohe Grade erreicht. Man beobachtet Sinken bis zu völliger Abmagerung und tiefem Marasmus in akuten Psychosen, man sieht die Zunahme des Körpergewichts während der Heilung von der akuten Phase (so daß das Verhalten des Körpergewichts ein wichtiges Kennzeichen für die augenblickliche Verlaufstendenz ist). Diese Gewichtszunahme findet sowohl bei der Rückkehr zur Gesundheit wie beim Eintritt des dauernden Demenzzustandes nach einer akuten Phase statt (Gewichtszunahme ohne psychische Besserung ist daher ein bedenkliches Symptom). Im letzteren Falle tritt manchmal eine auffallende Überernährung, ein aufgedunsener, fetter körperlicher Habitus ein. — Man beobachtet ferner Gewichtsabnahme bei schweren seelischen Erlebnissen, bei nervösen Störungen aller Art (Abnahme von 20 Pfund und mehr) usw. Wie weit das Verhalten des Gewichts Begleiterscheinung eines körperlichen Krankheitsvorgangs ist, der seinerseits ebenfalls die seelischen Störungen verursacht, wie weit das Gewicht direkte Folgen des seelischen Lebens ist, das ist im Einzelfall schwer zu entscheiden. Es scheint aber beide Zusammenhänge zu geben. Ich beobachtete einen Kranken mit traumatischer Neurose, der bei jedem Krankenhausaufenthalt trotz vorzüglicher Ernährung mehrere Kilo abnahm, vermutlich, weil ihn die Situation jedesmal außerordentlich aufregte.

Reichardt<sup>1)</sup>, der genaue Untersuchungen über die Beziehungen von Körpergewicht einerseits und Hirn- oder Geisteskrankheiten andererseits anstellte, fand eine weitgehende Unabhängigkeit zwischen Körpergewicht und Geisteszustand, so daß sich keine sicheren Gesetzmäßigkeiten feststellen ließen. Z. B. beobachtet er starke Schwankungen bei einzelnen Neurosen, schwache Schwankungen bei einzelnen schweren akuten Psychosen. Im allgemeinen aber fand er stationäre Gewichtskurven bei Schwachsinnzuständen, Endzuständen, häufige endogene Mästungen und Abmagerungen bei Hirnkrankheiten, z. B. Paralyse, besonders exzessiven Abmagerungen bei katatonischen Symptomenkomplexen. —

Das Ausbleiben der Menses ist eine bei Psychosen häufige Erscheinung. Haymann<sup>2)</sup> fand, daß eine Cessatio mensium vorkam

bei Paranoia . . . . .	in 0% der Fälle
bei Hysterie, Psychopathie und degenerativen Zuständen . . . . .	11% „ „
bei manisch-depressivem Irresein . . . . .	34% „ „
bei Dementia praecox . . . . .	66% „ „
und zwar bei	
paranoiden Formen . . . . .	36% „ „
hebephrenen Formen . . . . .	50% „ „
katatonen Formen . . . . .	93% „ „
bei Paralyse, Tumoren und anderen organischen Hirnkrankheiten . . . . .	in 66—75% „ „

Die Menses bleiben in der Mehrzahl der Fälle erst aus, nachdem die psychischen Erscheinungen schon eingesetzt haben. Das Ausbleiben fällt in einem großen Teil der Fälle mit der Gewichtsabnahme zeitlich zusammen; die Menses treten wieder ein mit der Gewichtszunahme (Heilung oder chronischer Demenzzustand).

Symptome von Ermüdung und Erschöpfung: Weber fand eine Umkehrung des Verhaltens der Blutfüllung der Organe bei Ermüdung; und zwar sowohl vorübergehend bei sonst normalen Menschen während der Ermüdungsphase, wie dauernd bei Neurasthenikern. — Schließt man einen galva-

<sup>1)</sup> M. Reichardt: Untersuchungen über das Gehirn, II. Teil: Hirn und Körper, Jena 1912. Vgl. ferner (auch für das Folgende) O. Rehm: Über Körpergewicht und Menstruation bei akuten und chronischen Psychosen. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 61. 1919. S. 385.

<sup>2)</sup> Haymann: Menstruationsstörungen bei Psychosen, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 15. 1913. S. 511.



nischen Stromkreis, dessen Anode auf ein Auge gesetzt ist, so bemerkt bei einiger Stärke des Stroms die Versuchsperson einen Lichtblitz und kann der Beobachter an der Pupille der andern Auges eine Bewegung konstatieren. Mißt man die Stärke des galvanischen Stroms, bei der eben der Lichtblitz (Stärke der Lichtempfindlichkeit), und die Stärke, bei der eben die Pupillenbewegung sichtbar wird (Reflexempfindlichkeit), so verhalten sich beide Werte beim Gesunden etwa wie 1 : 3. Diese Feststellung Bumkes diente Haymann<sup>1)</sup> zur Grundlage für die Untersuchung verschiedener Kranker. Er fand bei Erschöpfungszuständen aller Art (konstitutionelle und erworbene Neurasthenie, nach körperlicher Krankheit, bei Hysterie) eine Erhöhung dieses Verhältnisses 1 : 3 bis zu 1 : 30 oder 1 : 40. Bei den vier untersuchten traumatischen Neurosen fand er normale Verhältnisse, ebenso bei funktionellen Psychosen. —

Über den Stoffwechsel bei Psychosen sind Untersuchungen gemacht<sup>2)</sup>. Bei manchen Fällen von Schizophrenie, insbesondere der katatonen Form, auch bei paralytischen Stuporen, ist im Ruhezustand eine Verlangsamung des Stoffwechsels gefunden worden<sup>3)</sup>.

<sup>1)</sup> Haymann: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 17 S. 134. Bumke: Ein objektives Zeichen nervöser Erschöpfung, Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych. gerichtl. Med. 70 S. 852.

<sup>2)</sup> Referat von Allers: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. (Referate) 4. S. 737, 833; 6, S. 1. Ferner Allers: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 17 S. 222; 18 S. 1 (Paralyse); Dahm: ebenda 17 S. 228.

<sup>3)</sup> Grafe: Beiträge zur Kenntnis der Stoffwechselverlangsamung (Untersuchungen bei stuporösen Zuständen). Dtsch. Arch. f. klin. Med. 102, 1911. S. 15. E. Schill: Respiratorische Untersuchungen bei katatonischer Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 70. 1921. S. 202 (hier weitere Literatur).

### Drittes Kapitel.

## Der Ausdruck der Seele (Ausdruckspsychologie).

Während wir von körperlichen Begleiterscheinungen des Seelischen dann sprechen, wenn wir einen Zusammenhang — z. B. zwischen Angst und Pupillenerweiterung — einfach registrieren und dann wissen, reden wir vom Ausdruck des Seelischen immer dann, wenn wir eine Beziehung zwischen körperlicher Erscheinung und dem darin zum Ausdruck kommenden Seelischen verstehen — z. B. wenn wir im Lachen unmittelbar die Heiterkeit, in der ablehnenden Gebärde den Sinn verstehen. Ausdrucksphänomene sind einerseits immer objektiv, insofern sie sinnlich wahrgenommen werden, Tatsachen darstellen, die man registrieren, photographieren, als Dokumente aufbewahren kann, sie sind andererseits immer subjektiv, insofern sie als sinnlich wahrgenommen noch nicht Ausdruck sind, sondern erst durch ein Verstehen, durch das Sehen von Sinn und Bedeutung darin, werden. Die Einsicht in Ausdruckserscheinungen hat daher eine andere Art von Evidenz zur Voraussetzung als die Registrierung rein objektiver Tatsachen, die im zweiten Kapitel betrachtet wurden. Man hat wohl gesagt, daß alles Verstehen des Ausdrucks auf Analogieschlüssen aus dem eigenen Seelenleben auf das fremde beruhe. Demgegenüber ist es jedoch Tatsache, daß wir ganz unmittelbar, ohne zu reflektieren, verstehen, ferner daß wir von uns verstandenen Ausdruck an uns selbst nie wahrgenommen haben (es sei denn daß ein später Zivilisationsmensch sich im Spiegel studiert), ferner daß Kinder, die noch nicht sprechen, schon mimischen Ausdruck verstehen. Man hat das Verstehen des Ausdrucks ferner erklärt durch einen psychologischen Prozeß des Einfühlens. Mag diese Erklärung richtig oder falsch sein, sie ist selbst ein psychologisches, kein methodologisches Problem. Denn das Ergebnis des Ausdrucksverständnisses ist unmittelbar da, für unser Bewußtsein etwas letztes, und zwar etwas unmittelbar Gegenständliches: wir nehmen nicht uns im Anderen wahr, sondern den Anderen oder den Sinn als etwas für sich Bestehendes, vielleicht das Erleben des Anderen als etwas, das wir selbst so nie gehabt haben. Trotzdem ist das Verstehen des Ausdrucks keineswegs etwa vermöge seiner Unmittelbarkeit einfach gültig und als richtig hinzunehmen. Das ist ja nicht einmal bei der bloß sinnlichen Wahrnehmung der Fall; jede einzelne wird kontrolliert durch das Ganze unseres Wissens; im unmittelbar Sinnlichen gibt es Täuschungen, die wir erkennen, ausschalten, ohne darum die sinnliche

Wahrnehmung als Kriterium der Wirklichkeit eines Gegenstandes zu verlieren. So ist es auch beim Verstehen des Ausdrucks, nur sind die Täuschungen hier zahlreicher, die Kontrolle schwieriger — zur Kontrolle wenden wir sekundär auch Analogieschlüsse an —, jeder einzelne Ausdruck vieldeutig und immer nur verstehbar in bezug auf ein Ganzes. Dann ist in der Tat die Lebhaftigkeit und Vielseitigkeit des Ausdrucksverständnisses bei uns sehr verschieden. Es besteht eine Beziehung — allerdings keine einfache — zwischen Weite, Tiefe und Fülle eigenen Erfahrens, Schicksals und Erlebens zum Verstehen. Daher sich die geistige Armut und das Unvermögen wohl gern überhaupt gegen die Geltung jeglichen Ausdrucksverständnisses sträubt, um es selbst banal und gewaltsam innerhalb der Enge der eigenen Vorurteile anzuwenden. Wir können aber nicht vergessen, daß wir alles Wissen von fremdem Seelenleben nur auf dem Wege des Verstehens des Ausdrucks im weitesten Sinne besitzen. Alle bloße Leistung und bloße körperliche Begleiterscheinung lehrt uns die Seele von außen kennen, ist kennen zu lernen, ohne an eine Seele zu denken.

Es ist der methodische Grundfehler zu vermeiden, die Gesichtspunkte zu vermengen, z. B. alle körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen des Seelischen einfach Ausdrucksphänomene zu nennen. Sie sind dies nur, sofern sie als Ausdruck von Seelischem „verstanden“ werden, wie die Mimik und die sprachlichen Äußerungen. Eine Vermehrung der Darmperistaltik durch Affekte aber ist keine Ausdrucksbewegung, sondern eine bloße symptomatische Begleiterscheinung. Nun ist allerdings die Grenze des verstehbaren Ausdrucks nicht etwa endgültig ohne weiteres klar. Weite Pupillen als Erscheinung der Angst „verstehen“ wir nicht, wenn wir aber davon wissen und es öfters gesehen haben, so kann dieses Wissen unmittelbar als Sehen der Angst in den Pupillen auftreten, jedoch nur dann, wenn die Angst sonst in echtem Ausdruck gleichzeitig erfaßt wird. Denn eine weite Pupille als solche ist für uns mit der Angst nicht innerlich verbunden, sondern kann sehr viel Ursachen haben, an die wir ebenso schnell denken. Ähnlich verhält es sich, wenn jemand alle Augenblicke zum Klosett läuft. In einer entsprechenden Situation und bei sonstigen echten Ausdrucksphänomenen wissen wir, daß ein heftiger Affekt die Ursache ist, sonst würden wir wohl eher an eine körperliche Störung denken.

Weiter scheint die Abgrenzung des „Ausdrucks“ schwierig, wenn Ausdruck alle Phänomene umfassen soll, die als von der Seele in die sinnliche Welt tretend sinnhaft verstanden werden. Der Ausdruck umfaßt die physiognomische Form, die mimische Bewegung, das Sprechen und Schreiben, die künstlerischen Produkte und die zweckbewußten Handlungen. Sind das nicht sehr heterogene, fast unvergleichbare Erscheinungen? In der Tat gibt es einen objektiven Sinn z. B. des Gedankens, des Kunstwerks, des Handlungszwecks, der als solcher gar nicht psychologisch ist und dessen Verständnis noch kein Verständnis des Psychischen bedeutet. Wir verstehen z. B. den Sinn

eines Satzes rational auch ohne den Menschen, der ihn ausspricht, zu verstehen, ja ohne an ihn überhaupt zu denken. Es gibt eine objektive Welt des Geistes, in der wir uns bewegen, ohne an die Seele zu denken, aus der diese Welt für die psychologische Betrachtung entspringt. Diese psychologische Betrachtung findet denn auch, daß es ein rein Rationales, einen reinen Zweck in einem empirischen Menschen nicht gibt. Wie der Gedanke ausgesprochen wird, vom Ton der Stimme bis zum Stil der Sprache, wie der Zweck verwirklicht wird, von körperlichen Bewegungsformen bis zu den individuell besonderen Verhaltensweisen in der konkreten einmaligen Situation, alles das ist eine Atmosphäre des Ausdrucks, in die alle seelischen Äußerungen immerfort eingetaucht bleiben. Ferner aber ist die Tatsache, daß dieser Mensch grade diesen Gedanken hat, grade diesen Zweck verfolgt, sofern wir nach den seelischen Motiven fragen, die irgendwo doch das letzte für die empirische Betrachtung sind, selbst Ausdruck etwa der „Persönlichkeit“ oder einer besonderen Stimmungsverfassung.

Die Welt des Ausdrucks trennt sich so in zwei Sphären:

1. Der für den Beobachter unmittelbar greifbare Ausdruck in Körper, Bewegung, Haltung, Form; dieser Ausdruck ist wohl dem Beobachter, aber nicht dem zu verstehenden Individuum gegenständlich; er ist unwillkürlich.

2. Der für den Beobachter nur mittelbar greifbare Ausdruck durch Sprache, Werk, Gedanke, Handlung; dieser Ausdruck ist dem zu verstehenden Individuum selbst gegenständlich, aber nicht als Ausdruck, sondern als objektiver Sinn, und wird erst vom Beobachter als Ausdruck aufgefaßt, nachdem er diesen objektiven Sinn durch Sprache, Werk usw. rational oder ästhetisch oder ethisch verstanden hat. Dieser Ausdruck ist zu gutem Teil willkürlich, aber nicht als Ausdruck, sondern als Zweck, Idee.

Die erste Sphäre könnte man als sinnlich objektiven und unmittelbaren Ausdruck, die zweite als sinnhaft objektiven und mittelbaren Ausdruck bezeichnen.

Wenn wir also auch mit Recht unterscheiden den zweckbewußten Willen von der unwillkürlichen Form der Bewegung, rationale Inhalte von der irrationalen produktiven Gestaltung, so sind das Ansätze zu einer Ordnung des Verstehbaren, aber diese Unterscheidungen hindern nicht, alles, was der Mensch tut, gestaltet, sinnhaft in die sinnliche Welt setzt, unter dem Begriff des Ausdrucks zu betrachten. Es ist selbstverständlich, daß damit die Welt des Verstehbaren nicht erschöpft ist, aber wohl die psychologische Seite dieses Verstehbaren. Daß unter anderen, philosophischen Gesichtspunkten der Geist als von aller Seele losgelöste Welt des Sinnes, der Mensch als freies Vernunftwesen betrachtet wird, das werden wir als Menschen nicht vergessen, als Psychopathologen haben wir dafür kein anderes Interesse als daß das Verstehen jedes objektiven Sinnes Voraussetzung ist, um das Dasein dieses Sinnes in der Seele eines wirklichen Menschen als

Ausdruck zu verstehen. In der Ausdruckspsychologie ist daher schon die unmittelbare Wahrnehmung im Sehen und Hören des Anderen abhängig von der Bildung und Weite der Persönlichkeit des Psychopathologen. Kein Wunder, daß manche sich mit Trivialitäten begnügen und Alltäglichkeiten, zu deren Erfassung kein Studium und keine wissenschaftliche Erkenntnis nötig wäre, und daß andere vor allem die Begrenztheit ihres Ausdrucksverständnisses und damit ihres Zugangs zur fremden Seele spüren und mit scheuer Haltung vor jedem empirischen Individuum den Respekt haben, der aus dem Nichtdurchschauen folgt, grade wenn man schon viel Einzelnes und manche untergeordnete Ganzheiten begriffen hat. —

Die Untersuchung der Ausdruckserscheinungen kann offenbar in zwei Richtungen geschehen: 1. untersucht man die außerbewußten Mechanismen, welche Bedingung für das Zustandekommen des Ausdrucks und des Ausdrucksverständnisses sind. Bei der Sprache kennen wir in der motorischen und sensorischen Aphasie solche Störungen im außerbewußten Apparat. Entsprechende Störungen kennt man als Amimie und Paramimie auf dem Gebiete der Gebärdensprache; z. B. macht der Kranke, wenn er durch Kopfnicken ja sagen will, den Mund auf, oder es gelingt ihm überhaupt nicht, eine Bewegung zu finden. Schließlich gibt es in den mimischen Ausdrucksbewegungen spontane Erregungen, die gar nicht mehr Ausdruck von Seelischen bedeuten, sondern ebenfalls nur eine Störung im außerbewußten Apparat sind. So kennt man bei manchen Gehirnkrankheiten (Pseudobulbärparalyse) ein krampfhaftes Lachen und Weinen, das auf beliebige Reize hin eintritt und nach Ansicht mancher auf Herde im Thalamus opticus zurückgeführt werden kann. — In allen diesen Fällen untersucht die Neurologie Störungen im außerbewußten Apparat der Ausdrucksbewegungen. Man kann nun diese Apparate auch bei normalem Funktionieren genauer untersuchen, indem man die Ausdrucksbewegungen ebenso wie bloße körperliche Begleiterscheinungen genauer registriert und ihrer körperlichen Funktion nach analysiert. So suchte Duchenne<sup>1)</sup> für die einzelnen Arten des Gesichtsausdrucks durch Vergleich mit den Wirkungen elektrischer Reizung einzelner Muskelbündel festzustellen, welche Bündel an jedem besonderen Ausdruck beteiligt sind. So gelang es, mit der Kraepelinschen Schriftwage schon beim Setzen eines Punktes eine bei jedem Individuum eigenartige und konstant bleibende Druckkurve aufzuzeichnen, oder hat Sommer die Bewegungen von Gesichtsmuskeln bei mimischem Ausdruck in Kurven sichtbar gemacht<sup>2)</sup>.

2. Tun wir in allen diesen Fällen zwar wohl zu unserer Kenntnis der außerbewußten Mechanismen etwas hinzu, gewinnen wir durch sie auch wohl technische Hilfsmittel zu objektiver Regi-

<sup>1)</sup> *Mécanisme de la Physiognomie humaine*, 1862.

<sup>2)</sup> Vgl. ferner Trotsenburg: Über Untersuchung von Handlungen, Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 62 S. 728, der den Druck der Hand auf einen Gummiball registriert und die Kurve in der Zeitfolge unter verschiedenen Bedingungen und bei verschiedenen Individuen vergleichend untersucht.

strierung und Festhaltung von Ausdrucksbewegungen (Photographie, Kinematographie, Gangspuren), so bereichern wir doch so noch nicht unsere Kenntnis des Seelischen. Diese Erweiterung unserer Kenntnis von Seelischem durch Ausdehnung unseres „Verständnisses“ über bis dahin unverstandene Erscheinungen ist die zweite, eigentlich psychologische Untersuchungsweise der Ausdruckserscheinungen. Jedermann ist im täglichen Leben gewohnt und erfahren, viele Bewegungen und anderes als Ausdruck sofort zu verstehen. Dieses Verstehen soll durch eine Psychologie des Ausdrucks bewußt gemacht, vermehrt, vertieft, analysiert und sicherer gestaltet werden. Daß etwas Derartiges möglich ist, erfährt z. B. jeder, der unbefangenen sich zum ersten Male dem graphologischen Studium zuwendet. Es geht einem in der Handschrift — die doch nur eine unter vielen Ausdrucksweisen ist — schlechthin Neues auf. Von den Ergebnissen, die einige Forscher durch Versenken in die seelische Bedeutung einzelner bis dahin ungewürdigter Ausdruckserscheinungen gewonnen haben, kann hier nur wenig mitgeteilt werden. Wir müssen uns im wesentlichen darauf beschränken, die Gruppen des Ausdrucks aufzuzählen, die — unter den objektiven Daten eben wegen dieser Ausdrucksbedeutung — von der Psychopathologie besonders beachtet werden.

Die Einteilung der Ausdruckserscheinungen findet zunächst die beiden großen Gruppen des unmittelbaren, rein sinnlichen Ausdrucks in Gestalt und Bewegung und des mittelbaren, durch einen objektiven Sinn hindurchgehenden, der in der Sprache, im Werk und in der Handlung sich mitteilt.

In der ersten Gruppe sehen wir unmittelbar in der wahrgenommenen Bewegung eine Erscheinung seelischen Wesens oder seelischer Stimmung. Besinnen wir uns auf die Art dieses Sehens, so müssen wir an seiner Bedeutung für die Erfassung empirischer Realität zunächst zweifeln. Denn es gibt für uns eine ganz universale Symbolik: wir sehen jede Gestalt und jede Bewegung in der Welt ganz unmittelbar als getragen von einer Stimmung, Bedeutung, als ein Wesen, nicht bloß als mathematisch quantitativ und nicht bloß qualitativ sinnlich. Und so sehen wir auch in den Formen des menschlichen Körpers und seinen Bewegungen überall solche Ausdruckhaftigkeit. Welche Erscheinungen sind jedoch Ausdruck wirklichen Seelenlebens, welche bloß zufällig, eventuell rein mechanisch bedingt? Und welche sind in nicht anderer Weise Ausdruck wie es jede Form eines Astes, die Gestalt der Wolke, die Bewegung des Wassers ist? Unsere Empfindlichkeit für Formen und Bewegungen ist Voraussetzung, um Ausdruck überhaupt wahrzunehmen, es muß aber etwas hinzukommen, um daraus Erkenntnis einer empirischen seelischen Wirklichkeit herauszuheben. Dies geschieht durch Vergleich, durch Nachprüfung einer Ausdruckserscheinung durch die andere, insbesondere auch der ersten Gruppe durch die zweite, und dann beim Vergleichen durch ein stetiges Beziehen jedes Einzelnen auf ein Ganzes: wie in allem Verstehen ist auch im Verstehen des Ausdrucks das ein-

zelle, isolierte täuschend und arm, das Ganze wird zwar aus dem Einzelnen aufgebaut, aber auch jedes Einzelne aus dem Ganzen erst richtig verstanden. Dieser Zirkel gehört zum Wesen allen Verstehens, — darum auch aller Geisteswissenschaften, darum auch aller geisteswissenschaftlichen Gebiete der Psychologie und Psychopathologie. Innerhalb der ersten Gruppe sehen wir seelischen Ausdruck in der Form des Körpers, besonders auch des Kopfes und der Hände (Physiognomik), in den Bewegungen, besonders des Gesichts, aber auch des übrigen Körpers (Mimik). Von besonderer Bedeutung als festgewordene und darum leicht als haltbares Objekt zu untersuchende Bewegung ist die Handschrift (Graphologie).

In der zweiten Gruppe verstehen wir im sinnlich Gegebenen der Sprache, des geschriebenen Worts, der Handlung den objektiven Sinn, den rationalen Inhalt, den gemeinten Zweck, die ästhetische Vision. Ist in der ersten Gruppe eine empfindliche Wahrnehmungsfähigkeit für Formen und Bewegungen und eine sichere Beeindruckbarkeit durch sie Voraussetzung, ohne die man nichts sieht, so ist hier die Weite unseres Verständnisses der geistigen, objektiven Welten und die Weite unserer Kenntnisse und Erfahrungen in ihr Bedingung des Verstehens des Sinnes eines Ausdrucksphänomens. Dieses Verständnis ist der erste Schritt, über den hinaus dann erst dieser Sinn selbst als Wesensausdruck einer Seele unmittelbar erfaßt wird mit derselben Problematik, wie sie im Ausdruckserfassen der ersten Gruppe vorlag. In dieser zweiten Gruppe teilen wir nach den Arten der objektiven Gegebenheiten ein in 1. Sprache, 2. gegenständliche Inhalte, Weltbild und Weltanschauung, 3. literarische Produkte, 4. die Werke der Hand: Zeichnungen, Kunst, Handarbeiten, 5. Benehmen, Handlungen, Lebensführung.

Eine völlige Trennung beider Gruppen liegt nicht vor, insofern als alle Erscheinungen der zweiten Gruppe als objektive doch in dem Medium sichtbarer Bewegungen sich aussprechen, die als solche Gegenstand der Betrachtungsweise der ersten Gruppe sind. Eine Trennung liegt um so weniger vor, als das Erfassen einer Art des Ausdrucks mit dem Erfassen der übrigen Arten in Wechselwirkung steht. Eins wirft Licht auf das andere und nichts ist törichter als Isolierung, wie es etwa in der alten Graphologie geschah, die bloß aus der Handschrift das Wesen des Menschen erkennen wollte.

Für das bewußte Studium des Ausdrucks — denn ohne zu wissen, was er tut, wendet jeder jeden Tag und jeden Augenblick in der Beschäftigung mit einem Menschen sein mehr oder minder großes Ausdrucksverständnis an —, und die bewußte Erweiterung des Ausdrucksverständnisses gibt es einige technische Voraussetzungen: Man muß das Material festhalten aus dem fließenden Strom der empirischen Erscheinung des Menschen, und muß es sammeln, um es jeder Zeit zum Vergleich bereit zu haben. Bewegungen sind nun sehr schwierig festzuhalten, nur kinematographisch — und selbst das ginge nur in engen Grenzen, weil in seelisch wichtigen Momenten der Apparat nicht angesetzt werden kann oder stören würde. Man ist auf

Beschreibung angewiesen und immer erneutes Sehen an neuen Fällen, sofern etwas wiederholbar ist und öfters vorkommt, oder der Künstler hält zeichnerisch Momente der Bewegung fest. Demgegenüber ist es der ungeheuerere Vorzug der Handschrift, daß sie — sofern der Schreiber einigermaßen schreibgeübt ist — sehr verwickelte Bewegungen zu jederzeitigem Vergleich festlegt. Die Körperform, die physiognomische Gestalt läßt sich durch Photographie eher festhalten, aber auch hier bestehen nicht geringe Schwierigkeiten. Die objektiven Erscheinungen der zweiten Gruppe lassen sich zum Teil als sinnlich vorliegende Produkte einfach sammeln: literarische Werke, Kunstwerke. Sprachliche Mitteilungen lassen sich aufzeichnen, Handlungen schon schwieriger und weniger sicher beschreiben.

Bei allen Ausdruckserscheinungen gilt die Regel, daß ungewöhnliche, differenzierte, reiche Fälle am meisten lehren, daß von ihnen her Licht auf die übrigen fällt und daß hier Erfahrung weniger durch die Menge der Fälle als durch die Tiefe des Eindringens in den einzelnen Fall gewonnen wird. Daher hier Publikationen über einzelne Fälle eine prinzipiell andere Bedeutung haben als in den somatischen Gebieten. In den letzteren ist der Fall immer „ein Fall von . . .“, in der Ausdruckspsychologie aber kann der einzelne Fall exemplarische Bedeutung haben.

Wir sehen, daß nur ein Teil der Ausdrucksphänomene sozusagen selbst vor aller Beschreibung und ohne sie festgehalten werden kann. Aber auch bei diesen ist klare, methodische Beschreibung erste Bedingung für eine wissenschaftliche Bemächtigung, die das unmittelbare Ausdrucksverständnis bewußt machen, kontrollieren und erweitern will. Darum war die wissenschaftliche Entwicklung der Graphologie bedingt durch eine technisch geschickte, objektive und der Mannigfaltigkeit gewachsene, noch ganz unpsychologische Analyse der Formen der Handschrift (sie wurde im wesentlichen durch Preyer geschaffen), die der Physiognomik durch eine sichere Beschreibung der Körperformen (die wir noch nicht besitzen); dann in der zweiten Gruppe ist die Beschreibung bedingt durch jeweilige geisteswissenschaftliche Bildung (z. B. kunstwissenschaftliche, sprachwissenschaftliche usw.) und in den Geisteswissenschaften zum Teil geleitet.

Nunmehr gehen wir in Einzelbetrachtung die beiden Gruppen in ihren Teilen nacheinander durch.

## § 1. Physiognomik.

Unter Physiognomik versteht man die Lehre von den dauernden Formen des Gesichts und des Körpers (des Körperbaues), sofern sie Ausdruck eines Seelischen, das darin erscheint, sein möchten. Unter Mimik versteht man die Lehre von den aktuellen Bewegungen des Gesichts und des Körpers, die unbezweifelt Ausdruck augenblicklicher seelischer Vorgänge sind und schnell entstehen und vergehen. Die Physiognomik ist das am meisten problematische Gebiet des Ausdrucks. Man hat bezweifelt, daß hier überhaupt Ausdruck vorliegt. Nur die-



jenigen physiognomischen Dauerzustände ließen sich verstehen, die durch häufige mimische Bewegungen entstanden gleichsam eine erstarrte Mimik darstellen (z. B. die „Denkerfalten“ der Stirn). Diese können als Teil der Mimik dargestellt werden und haben kein eigenes Prinzip. — Wenn der Psychiater an das charakteristische Aussehen vieler Kranker denkt, das ihm manchmal auf den ersten Blick eine Diagnose nahelegt, so wird ihm auch das meiste nicht als Ausdruck eines Seelischen erscheinen. So gehören nicht zum Ausdruck von Seelischem alle die Erscheinungen, die den körperlichen Prozeß nach außen sichtbar werden lassen:

Die plumpen, geschwollenen Formen des Myxödems; das Zittern, die choreatischen Bewegungen, die Unsicherheit in den Bewegungen und andere neurologische Symptome, welche multiple Sklerose, Huntingtonsche Chorea, Tabes usw. gelegentlich sofort erkennen lassen; die Lähmungszeichen in Gesicht, Gliedern und Sprache der Paralytiker, das Zittern und das Schwitzen, die Röte und die Gedunsenheit des Alkoholdeliranten; der elende körperliche Habitus mancher puerperalen Psychosen und der Psychosen bei schweren körperlichen Erkrankungen; der enorme Fettansatz oder die extreme Unterernährung, der gerötete Kopf, der eigenartige Schweiß, die blauen Extremitäten und andere vasomotorische Störungen mancher Verblödungsprozesse; der Tremor, die Abmagerung, die Hautfältelung, die Trübung des Cornealrandes und die übrigen Zeichen des Alters.

Wieder etwas anderes liegt vor, wenn wir einen Buckeligen sehen und ihm unwillkürlich eine verbitterte und hämische Gesinnung zuschreiben. Der Buckel ist vielleicht durch eine Wirbeltuberkulose in der Kindheit erworben, also jedenfalls nichts Seelisches, aber manchmal hat solch und anderes körperliches Leiden vermöge der Entwicklung von Ressentiment solche seelischen Folgen, die wir nun vielleicht zu Unrecht im Buckeligen vermuten; oder falls Gesichtsausdruck und Benehmen wirklich solch Ressentiment erscheinen läßt, verstärkt der Buckel für uns diesen Eindruck. Ein physiognomischer Ausdruck kann auch hier nicht vorliegen. Ganz allgemein müssen wir uns vorstellen, daß die körperliche Verfassung eines Menschen von früh auf sein Selbstbewußtsein, sein Verhalten mit bestimmt. Ob einer klein oder groß, von vitaler Kraft oder schwächlich und kränklich, ob er schön oder häßlich in irgendeinem Sinne ist, das ist, auch wenn es mit der Seele ursprünglich nichts zu tun hätte, durch das ganze Leben hindurch von ständiger Mitwirkung für die Art des Gefühls seiner selbst und das Auftreten andern gegenüber. Der Mensch modelt sich nach seinem Körper, verwächst dadurch seelisch mit ihm, so daß Körpergestalt und Seele zusammengehören, auch wenn sie es in ursprünglicher Bildung gar nicht wären. Wir machen übrigens die Erfahrung, daß bei verschiedenen Menschen ihre Körpergestalt und ihr Wesen verschieden gut zueinander zu passen scheinen: bei dem einen mutet das Ganze als völlige Einheit an, der andere erscheint seiner Natur nach nicht gerade zur Dicke disponiert, die er hat, oder seine Magerkeit scheint seinem Phlegma gar nicht entsprechend. Auf alle Fälle ist ein ursprünglicher körperlicher Faktor in der Anlage wirksam, zu dem sich die Seele verhält, der nicht wesenhaft mit der Seele zusammenfällt.

Ziehen wir von dem Gesamteindruck der körperlichen Erscheinung eines Menschen alle bewegliche Mimik ab, ziehen wir ab, was erstarrte Mimik, was körperliche Krankheitserscheinung ist, und was als gelegentliche Ursache seelischer Wandlung durch gewohnheitsmäßige Assoziation unsrerseits mit Seelischem verknüpft ist, ohne wirklich dessen Erscheinung zu sein, dann bleibt noch etwas übrig: die dauernde körperliche und physiognomische Gestalt eines Menschen, die seine besondere Artung darstellt, die mit ihm entstanden ist und nur eine langsame und begrenzte Variation innerhalb eines gewissen Spielraums im Laufe des Lebens erfährt, nachdem sie in der Pubertätszeit, manchmal auch noch etwas später, endgültig geworden ist. Sofern dieser körperliche Habitus nicht mit einer besonderen Störung eines Organs (mit innersekretorischen Wirkungen) verknüpft ist (wie etwa das Myxödem, die Akromegalie usw.), sondern wirklich die gesamte Artung dieses Lebens darstellt, nennen wir ihn wohl den Ausdruck einer „Konstitution“. Dieser Begriff von dem Ganzen des körperlichen Daseins ist natürlich nicht scharf zu fassen. Er ist Idee und Endziel, er ist umfassend und unbestimmt. Nur als Mitteilungen eines jeweiligen Eindrucks, als vorläufige und unexakte Entwürfe von Bildern lassen sich Typen solcher Konstitutionen aufstellen (etwa die bisher besten Typen des Infantilismus und der Asthenie). Sehen wir solche Konstitutionen, so machen wir uns sofort ein Bild eines dazugehörigen Seelenlebens, zwar unbestimmt, aber als eine gleichsam seelische Atmosphäre. Gehen wir solchen Eindrücken nach, suchen wir aus dem „Gefühl“ Erkenntnis zu gewinnen, so sind zwei methodisch und logisch völlig heterogene Wege möglich. Beide getrennt zu halten, ist notwendig, wenn man beim Reden über solche Dinge sich bewußt sein will, was eigentlich man sagt und meint:

1. Man sucht Typen körperlicher Gestalt und fragt dann, zu welchen seelischen, charakterologischen Typen oder Krankheiten diese Gestalten in Beziehung stehen nach Häufigkeit des Zusammenstreffens. In diesem Falle ist keine wesenhafte Beziehung gemeint und gefunden, kein innerlich als Erscheinung einer Seele Sichtbares, sondern eine statistische Korrelation. Wenn auch nur eine kleine Anzahl empirischer Fälle körperlicher Typen nicht zu dem erwarteten, sondern zu einem andern oder entgegengesetzten seelischen Typus in Beziehung steht, so ist eine wesenhafte Beziehung zwischen körperlicher Gestalt als Erscheinung eines Seelischen ausgeschlossen oder jedenfalls sehr fragwürdig. Eine solche statistische Korrelation führt zu einer Frage, noch nicht zu einer Erkenntnis einer kausalen oder verstehbaren Beziehung. Aber eine solche Korrelation läßt sich auch statistisch in exakter Weise kaum finden. Denn Typen sind nicht Gattungsbegriffe, unter die man zweifelsfrei subsumieren kann. Vielmehr sind die Typen nur in seltenen Fällen „rein“, einer Gesamtintuition entsprechend, meistens sind sie „gemischt“. Sie sind Maßstäbe, die man anlegt, nicht Wirklichkeiten als Gattungen, zu denen ein Fall gehört oder nicht gehört. Sie sind aber auch nicht meßbar, so daß man sagen könnte, wie beim Eiweißgehalt des Harns, soundso-

viel von dem Typus ist in diesem Fall vorhanden. Da ist also ein Zählen als exaktes Verfahren unmöglich. Verschiedene Beobachter, die in keinerlei Beziehung zueinander stünden, würden an demselben Material verschiedene Zahlen finden. In keinem Fall handelt es sich hier um Physiognomik, sondern um dieselbe Art von Erkenntnis, die nach der Beziehung von Diabetes oder Basedow oder Tuberkulose zur Dementia praecox fragt, nur mit dem Unterschiede, daß die letzteren Beziehungen exakt gezählt und als fehlend oder vorhanden und wie stark vorhanden befunden werden, die Beziehung aber zwischen Körperbau und Dementia praecox (und noch weniger die zwischen Körperbau und einem Charakter) nicht exakt gezählt werden kann, hier aber vielleicht etwas noch ganz Unerkanntes zugrunde liegt, das einem solche ergebnislosen Versuche doch nicht ganz gleichgültig erscheinen läßt. Soweit dieses Zugrundeliegende auf dem zweiten Wege gefunden werden könnte, wäre es aller quantitativen und exakten Erkenntnis unzugänglich.

2. Der zweite Weg hätte intuitiv auf Ganzheiten beziehend zu verfolgen, ob in unbeweglichen Körpergestalten seelisches Wesen erscheint. Daß wir so beeindruckt werden, als ob es so sei, daran ist nicht zu zweifeln. Ob aber hier irgendeine Geltung von Urteilen, eine Methode der Forschung und Erweiterung des bloßen Eindrucks zu gewinnen ist, das ist zweifelhaft. Sollte hier Wirklichkeit vorliegen, so müßte folgender Gedanke einen Sinn haben: Aus der ursprünglichen Anlage eines Menschen und eines jeden Lebens kommt ein „Wesen“ zur Entfaltung, das sich nicht in Leib und Seele trennen läßt. Diese Trennung hat sonst ihren guten Sinn, hier nicht, weil im Körperlichen das Wesen „erscheinen“ soll, das Wesen, das Körper und Seele umfassend ist. Wir hätten den Gesichtspunkten der körperlich, biologisch zu erkennenden Maschinerie und des seelischen, ganz unkörperlichen Daseins der „Erlebnisse“ und ihrer Zusammenhänge gegenüber den Gedanken eines Wesens, dem beide Seiten zugehören, das immer individuell, aber auch typisch geartet ist, das vor allem den innersten Charakter des Menschen ausmacht. Es würde etwas Einheitliches erscheinen in Charakterzügen, die aus Benehmen und Handlungen, bewußten Trieben und Willenssetzungen abzulesen wären und — um gleich ins Äußerste, Wunderlichste zu gehen — in den Formen des Ohres, in denen, unbestimmt zwar und inhaltlich noch ganz unerfüllt, von manchem psychologisch eingestellten Menschen etwas Charakterwesentliches gesehen wird, das er in Form von Urteilen nur apercu-mäßig und bisher unkontrollierbar ausspricht, wenn er etwa von ethischem Höcker, metaphysischer Leiste, genießerischem Läppchen usw. ganz unverbindlich redet. Es ist gut, sich möglichst deutlich die logischen Möglichkeiten vor Augen zu führen. Man kann dieses ganze Feld der Studien als spielerisch und für alle Zeiten unverbindlich ablehnen. Wenn man es sich seinem Sinne nach einmal klar gemacht hat, so wird man nicht zulassen, daß sich solche Bemühungen unter scheinbar exakten Formen einschleichen, und wird man reinen Bemühungen dieser Art wenigstens zusehen, ohne in dem Bau der Wissenschaft eine Störung zu befürchten. Wer auf die hier abgegrenzte Weise

Wesenszüge des Menschen liest, der kann ebenso gut in der universalen Symbolik der Natur das Weltwesen anschauen. Man nannte das alles wohl Naturphilosophie. Es ist Metaphysik jedenfalls darin, denn Wesenhaftigkeit, die in Charakter und Ohrform gleichzeitig sich ausdrückt, liegt so tief, daß sie empirischer Erforschung kaum zugänglich erscheint. Wenn man die Methode anwenden wollte: jemanden den Charakter aus dem Ohre lesen zu lassen und dann biographisch mit allen Mitteln durch empirischer Daten die Treffsicherheit zu prüfen, so würde man immer nur einmalige Leistungen erstaunlicher Art — die ich nach eigenen Beobachtungen für möglich halte — vor sich haben, die selbst nicht Erkenntnis darstellen, sondern unmittelbarer, unbeherrschbarer Intuition entstammen. Daher die Absurdität, solche Intuition in einer Lehre von Höckern, Leisten, Maßen gleichsam auf Flaschen ziehen und jedem es ermöglichen zu wollen, fast mechanisch am Ohr abzulesen, was ein ganzes Leben nicht ausreichend offenbart: das letzte Wesen eines Menschen. Solche Intuitionen von den Gestalten als Wesensausdruck sind nicht objektiv zu machen, weil es sich um die Unendlichkeit einer Gestalt, nicht um Meßbarkeit handelt. Es sind die gegenseitigen Beziehungen der Formen und Maße, nicht notierbare Einzelformen und Maße: Diese Beziehungen sind es aber wieder nicht als einzelne, die man wieder messen könnte, sondern sie verlaufen sich in einer Unendlichkeit, die man nie mit Quantität und ratio durchlaufen würde.

Wir bleiben bei diesem zweiten Wege, der allein das eigentlich Physiognomische meint und besinnen uns auf diese wunderliche Weise unseres Anschauens der Körper, Köpfe und Hände. Auf dreierlei Weise erfahren wir nach dem bisher Ausgeführten Wirkungen bedeutungsvoller Formen und fällen entsprechende Urteile:

1. Einzelformen, Einzelzüge werden als „Symptome“ des Charakters gemeint, aus ihnen als aus „Zeichen“ auf das Wesen des Menschen geschlossen. Dies ist das häufige Ende der Physiognomik, die wissenschaftliche Lehre werden will, und ist schlechthin absurd. Nicht nur daß jede Art solcher Behauptungen durch Erfahrung schnell widerlegt wird, es ist auch von vornherein grotesk, zu meinen, daß in Formen, die als meßbar grob, jedenfalls unsern praktisch brauchbaren Meßinstrumenten zugänglich sein müssen, sich Charaktere zeigen sollten, bei denen es sich um höchst differenzierte, begrifflich nur unbestimmt und in schlechten Schematen faßbare Gebilde handelt<sup>1)</sup>.

1) Hierhin gehören auch die Werke über Phrenologie, die auf einer Theorie der Lokalisation der Charaktereigenschaften in bestimmten Hirngebieten und der Sichtbarkeit der mehr oder minder großen Entwicklung dieser Gebiete auf der Schädeloberfläche beruht. Von Gall geschaffen, hat sie das ganze 19. Jahrhundert eine Rolle gespielt, und ist noch einmal zu einer vergeblichen Auferstehung durch Möbius gebracht, der das „Mathematische Organ“ in einer Vorwölbung der seitlichen Stirn durch empirischen Vergleich erkennen wollte (P. J. Möbius: Über die Anlage zur Mathematik, Leipzig 1900). Vgl. über Phrenologie beispielsweise: Gustav Scheve: Phrenologische Bilder 3. Aufl. Leipzig 1874. — Ferner gehört hierher die Chiromantie, sofern sie Charakterzüge aus Zeichen der Hand abliest (ich sehe von der Ablesung des Lebensschicksals ab). Vgl. etwa v. Schrenck-Notzing: Handlesekunst und Wissenschaft.

2. Statt aus Zeichen als Symptomen Eigenschaften zu erschließen, kann die Grundlage auch jener abstrusen Lehren festgehalten werden: die Versenkung in die morphologischen Ganzheiten, aus denen nicht etwas erschlossen, sondern in denen unmittelbar Seelisches gesehen wird, so daß ein einheitliches Wesen, das in Körpergestalt, Kopf und Hand erscheint, innerlich angeschaut ist. Um eine Formulierung und Mitteilung kann es sich hier kaum handeln, nur künstlerische Übersetzungen scheinen möglich. Die unfaßlich geringen Abweichungen, die im Gesicht den ganzen „Charakter“ verändern, die Züge, die zu „treffen“ kein Errechnen und Nachdenken, sondern nur der Blick des Künstlers ermöglicht, dann wieder die enorme Spielbreite der Abweichungen, die einen Charakter nicht verändert, sondern höchstens karikiert erscheinen lassen — all diese Dinge machen es begreiflich, daß die Physiognomik bis heute nicht lehrbar ist; und daß wir doch von physiognomischen Bildern, Typisierungen, Bedeutungen ohne Begriff dank den Leistungen der Künstler voll sind<sup>1)</sup>. Es ist bis jetzt noch ein unüberbrückter Gegensatz zwischen dem Sehen einer Gestalt und dem Messen einer Größe, einer Proportion. Bei groben Verhältnissen ist das Meßinstrument sicherer als unsere Schätzung, bei den feinen morphologischen Verhältnissen, auf die es physiognomisch ankommt, ist der Blick jedoch viel empfindlicher und exakter.

3. Schließlich gibt es in der Körpergestalt eine offenbar gar nicht mehr psychologische Bedeutung der Form, die von den Künstlern ergriffen wird, welche die Körpergestalt ihrer Vision entsprechend verbilden, überlange oder dicke, schiefe, eckige Formen wählen, ohne daß eine Karikatur als übertreibende Herausholung seelischer Züge vorliegt. Die menschliche Form wird in die universale Symbolik aller Formen und Gestalten der Welt hineingezogen, der Mensch vielleicht in einer metaphysischen, aber nicht mehr psychologischen Bedeutung gesehen. Hier handelt es sich nicht mehr um Physiognomik. Aber wissenschaftlich besteht das bisher unlösbare Problem, wo und wodurch die besondere physiognomische Symbolik der menschlichen Seele und die universale metaphysische Weltsymbolik geschieden sind. Von hier fällt wieder ein Zweifel auch auf die eigentliche Physiognomik, sofern sie den ersten Schritt zu einer Erkenntnis begrifflich mitteilbarer Art tun will.

Historisch liegt eine reiche physiognomische Literatur vor. Im Altertum schon wurden die Probleme verhandelt<sup>2)</sup>. Der Vergleich der Menschentypen mit Tiertypen behält immer etwas Eindrucksvolles, über den bloßen Scherz Hinausgehendes, aber jedes Wort darüber scheint schon zu viel. Im 18. Jahrhundert hat die Physiognomik die gebildete Welt beschäftigt<sup>3)</sup>, sie wurde eine Mode.

<sup>1)</sup> Über die Physiognomik in der Kunst siehe etwa: Bulle: Der schöne Mensch im Altertum, München, F. Hirt, 1912, S. 427—454 (Literatur, auch über die antiken Physiognomiker, S. 695—696). — W. Waetzoldt: Die Kunst des Porträts, Leipzig 1908.

<sup>2)</sup> Siehe die Literatur bei Bulle l. c.

<sup>3)</sup> Lavater: Physiognomische Fragmente zur Beförderung der Menschenkenntnis und Menschenliebe, Leipzig 1775ff. Goethe beteiligte sich daran (Cottasche Jubiläumsausgabe 33, S. 20ff.). Dazu: Klages: Graphologische Monatshefte 5. 1901. S. 91—99.

Lichtenberg hat sie kritisch zersetzt, aber zugleich nicht unterlassen, sich selbst darin zu versuchen<sup>1)</sup>. Hegel sucht sie zu begreifen und zu erledigen<sup>2)</sup>. Immer wider lag es nahe, das Haltbare und Begreifliche an der Physiognomik, nämlich das Verstehen der Gesichtszüge als erstarrte Mimik, in den Vordergrund zu schieben. Aber noch einmal und am lehrreichsten hat aus der geistigen Welt der Romantik C. G. Carus<sup>3)</sup> eine umfassende, systematische physiognomische Lehre entwickelt, die zur vergleichenden Selbstprüfung jedem späteren Physiognomiker zu empfehlen ist. Carus will „die Welt überhaupt als Symbol der Gottheit, den Menschen als das Symbol der göttlichen Idee der Seele anschauen und verstehen.“ Daher zieht die Symbolik das ganze Gebiet des Kosmos einerseits, wie andererseits das Gebiet der Morphologie und Physiologie in ihren Bereich. Die Symbolik ist ihm eine schauende, keine vergleichende, eine unmittelbare, keine mittelbare. Carus studiert „Das Ergebnis der bildenden Taten der Idee, die Organisation, und zwar hier insbesondere die gesamte äußere Erscheinung des Menschen, und das Bild seines inneren seelischen Seins, sein Charakter, muß uns deutlicher und verständlich daraus entgegenreten.“ Es ist ein seherischer Blick entscheidend; „ein solches Vermögen aus der Hülle den Kern, aus dem Symbol der Gestalt die Art der seelischen Idee zu erschauen, ist von jeher vereinzelt vorgekommen.“ Carus will aus dem unbewußten Schauen ein Wissen und Können machen. Diese Symbolik ist „eine Wissenschaft, insofern sie die Grundsätze kennen lehrt, nach welchen die unzähligen Individualitäten beurteilt werden sollen, und sie ist eine Kunst, inwiefern sie diese Grundsätze im einzelnen konkreten Fall wirklich anwendet.“ Carus hat in seinen allgemeinen Erörterungen etwas Suggestives, wir fühlen etwas bejaht, was wir immer wieder erlebt, erfahren, verwendet haben, von dem wir nichts Regelhaftes und Einzelnes sagen können — aber Carus will auch das, und hier geht es ihm wie bisher allen Physiognomikern. Er wirkt im einzelnen gar nicht überzeugend. Ein beliebiges Beispiel: „Was die seitlichen Schwellungen der Stirn betrifft, so müssen sie betrachtet werden als den Ausdruck des Analytischen überhaupt verstärkend sowohl in unbewußter Entwicklung der organischen Bildung, welche hier mehr nach dem Gegensatze seitlicher Hälften auseinanderweicht, als in der bewußten Region des diese Bildung bestimmenden Prinzips, welches hier mehr für die Erfassung des Gegensatzes im Sein und Begriff sich eignet.“

Ein moderner physiognomischer Versuch, der sich den alten vergleichen ließe an Eindringlichkeit, scheint nicht zu existieren. Vom „Physiognomischen“ aber zu freuden ist heute Mode. Man deutet und sieht, wo man sonst erklärte und begriff oder staunte und fragte. Der Begriff des Physiognomischen deckt alle wunderlichen Einfälle. Und doch — wenn wir auch nichts dabei lernen — wir sind nicht ganz unbetroffen<sup>4)</sup>.

Halten wir fest, was wir uns methodisch und historisch über Physiognomik vergegenwärtigt haben, so werden wir den Zweifel an einer wissenschaftlichen Erforschung, die gesicherte Ergebnisse“ an Stelle der Intuition setzen könnte, nicht los, aber keineswegs sind wir geneigt, darum nun dieses ganze Feld zu ignorieren und versinken zu lassen. Wenn auch keine naturwissenschaftlich exakte Erkenntnis möglich ist, unter die der besondere Fall einfach zu subsumieren wäre, wenn auch kein psychologisches Verstehen möglich ist, das mit klaren Prinzipien unter der Idee von Ganzheiten sich selbst zu prüfen

1) Lichtenberg: Über Physiognomik wider die Physiognomen, Göttingen 1778. Dazu Aphorismen in seinen Schriften.

2) Hegel: Phänomenologie des Geistes (Ausgabe Lassons S. 203 ff.).

3) C. G. Carus: Symbolik der menschlichen Gestalt. Leipzig 1853.

4) Ein Essay, das Physiognomik des Menschen treibt und ganz unmethodisch die Impressionen physiognomischer Erfahrung und ihrer weltanschaulichen Deutung wiedergibt, sei zitiert: Rudolf Kassner: Die Grundlage der Physiognomik, Leipzig 1922, Insel-Verlag.

vermag, so bleibt doch eine Übung des Sehens, eine Bildung unseres Formensinns, eine Steigerung und Erziehung unserer Reagibilität auf Formen, und all dieses wird gefördert durch Hinstellung von Gestalten, die ein anschauliches Ganzes sind, das wir uns zu eigen machen, ohne ihnen eine verbindliche Bedeutung, das Recht beweisender empirischer Anwendung zuzugestehen; vielmehr schaffen sie uns allein eine Atmosphäre, eine dunkle Perspektive, ohne die wir ärmer wären in unserer Anschauung der psychiatrischen Wirklichkeit. Unvergleichliches leistet die Kunst, aber immerhin kann der Psychiater seinerseits versuchen, solche Gestalten als „Typen“ uns vor Augen zu stellen. Das ist denn auch geschehen und macht uns Eindruck nicht durch begriffliche Ergebnisse, sondern durch die „künstlerische“ Leistung, die unsere Anschauung ohne Begriff bereichert.

Einmal hat in der Psychiatrie die Lehre von den morphologischen Abweichungen der Körperformen unter dem Namen der Degenerationszeichen (*stigmata degenerationis*) eine große Rolle gespielt.

Solche morphologische Abnormitäten sind z. B.: Vom Durchschnitt stark abweichende Körperproportion, wie z. B. im Verhältnis zum Oberkörper zu lange Beine; wunderliche Schädelformen wie Turmschädel, abweichende Knochenformen wie mangelndes Kinn, übermäßige Kleinheit der *Processus mastoidei*; Zahnverbildungen, hoher Gaumen; Hemmungsmissbildungen wie Hasenscharte und viele andere; übermäßige oder fehlende Behaarung der Körperoberfläche, besondere Haarbüschel; starkes Interesse hatte man für Nasen- und Ohrenformen, z. B. angewachsene Ohrkläppchen, große und abstehende Ohren, Hervortreten des Darwinischen Höckers, bewegliche Ohren. Aber diese letzteren sind schon eine funktionelle Erscheinung. Ogleich nicht hierhergehörig, merken wir an, daß auch solche als *stigmata degenerationis* galten (*Tics*, *Nystagmus*, *Strabismus*, *Reflexanomalien*, angeborener Art, *Sekretionsanomalien*, *Speichelfluß* usw.). Schließlich auch evolutive Abweichungen: zu spätes oder zu frühes Einsetzen der Pubertätsentwicklung, vorzeitiges Altern oder ein kindlich-jugendliches Aussehen noch nach den vierziger Jahren usw.

Diese Degenerationslehre sucht einen Blick zu tun in den tiefen Lebensuntergrund, aus dem gleichzeitig seelische und körperliche Phänomene entspringen. Es sollte die Entartung der Seele — in *Psychopathien*, *Psychosen*, *Schwachsinn* sichtbar — sich zugleich ausweisen in den körperlichen Abweichungen von der gehörigen Form. Und die Lehre hat etwas intuitiv Plausibles. Aber sie ließ sich eben dann, wenn aus einem intuitiven Gestaltbild eine Lehre werden wollte, nicht halten. Man hat oft betont, wie häufig man jene *stigmata* bei gesundem Seelenleben und schwer abnormes Seelenleben ohne *stigmata* findet. Diese Lehre hat trotzdem eine große historische Bedeutung gehabt, besonders für die Auffassung vom geborenen Verbrecher als einem Falle solcher Degeneration. Ist sie auch kritisch widerlegt, so hat sie für uns doch immer noch einen Grund, den wir zwar nicht erkennen können, aber uns auch nicht wegreden lassen. Wir können praktisch keine Konsequenzen ziehen, aber jene Formen sind uns nicht gleichgültig. Entartung ist ein Begriff, der, wenn man ihn scharf fassen will in Beziehung zu empirischen Tatsachen, einem zerirrt, der etwas aussagen will über letzte Lebensquellen und es doch nicht vermag. Allein das vermag er, unser Staunen und Fragen auf-

recht zu erhalten und eine Redensart zu liefern für uns intuitiv Sichtbares, dem keine anwendbare Lehre bisher entsprungen ist.<sup>1)</sup>

Neuerdings hat Kretschmer<sup>2)</sup> einen zwar inhaltlich ganz anderen aber methodisch vergleichbaren Versuch gemacht, den Körperbau in Beziehung zu setzen zu seelischen Eigenschaften. Er unterscheidet neben den nur bei einer geringen Anzahl von Menschen vorkommenden dysplastischen Typen drei Gestalten des Körpers: den asthenischen, athletischen und pyknischen Typus, Aus seiner Schilderung seien folgende Stichworte herausgegriffen:

**Asthenisch:** geringes Dickenwachstum bei unvermindertem Längenwachstum, magere schmal aufgeschossene Menschen, schmale Schultern, schmaler flacher Brustkorb, spitzer Rippenwinkel, das Gesicht durch mangelhafte Kinnentwicklung zurückspringend, bei gleichzeitig zurückfliehender Stirn dann ein Winkelprofil mit der Nasenspitze als Scheitel, übermäßige Nasenlänge.

**Athletisch:** breite ausladende Schultern bei großer Gestalt, starke Entwicklung von Skelett und Muskeln und der Haut, grober Knochenbau, hohes Gesicht, derber Hochkopf, Kinn stark, schildförmiger Gesichtsumriß.

**Pyknisch:** gedrungene Figur, weiches breites Gesicht auf kurzem massivem Hals, Neigung zu Fettansatz, tiefer gewölbter Brustkorb, Fettbauch, grazile Ausbildung des Bewegungsapparats (Schultergürtel und Extremitäten), Schädel groß, rund, breit und tief, aber nicht hoch, plastische Oberflächenmodellierung, Harmonie der Hauptverhältnisse.

Diese körperlichen Typen setzt Kretschmer nun in Beziehung zu Charaktertypen und zu den zwei großen Psychosengruppen der Schizophrenie und des manisch-depressiven (zirkulären) Irreseins. Er findet Zirkuläre überwiegend pyknisch, Schizophrene überwiegend asthenisch, athletisch oder dysplastisch. Die menschlichen Charaktere sieht er in einer einzigen Polarität, die den beiden Formkreisen der Psychosen entspricht, nämlich die beiden allgemein menschlichen, nicht bloß präpsychotischen Charaktere des Schizoiden und des Zykloiden, die nun wieder dieselbe Beziehung zum Körperbautypus haben. Ich halte die ganze Lehre für unhaltbar (aber doch in ihren Quellen, wie der ganze Zusammenhang ergibt, nicht für sinnlos), und für eine naiv ungenierte Antizipation einer Erkenntnis letzter Lebensfaktoren, unter die nun der einzelne Mensch — der nunmehr als Fall klar ist — subsumiert wird.<sup>3)</sup> Das positiv Wertvolle an dem Versuch Kretschmers sehe

1) Lombroso: Die Ursachen und Bekämpfung des Verbrechens, Deutsch Berlin 1912. Zur Kritik: Baer: Über jugendliche Mörder, Arch. f. Krimin. Anthr. 11. 1913. S. 160.

2) E. Kretschmer: Körperbau und Charakter, Berlin, Julius Springer 1921, 2. Aufl. 1922.

3) Die zum Teil negative Kritik dieses interessanten und verdienstlichen Buches mag nur anmerkungsweise begründet sein, da sie über die Aufgabe meines Buches (positive Darstellung der Methoden, Gesichtspunkte, Begriffe und Ergebnisse) hinausgeht. Kr. hat das Ziel, gesetzmäßige Beziehungen zwischen



ich (abgesehen von der Charaktertypologie in der Aufstellung des pyknischen Körperbautypus (die beiden ändern konnte man schon, wenn Kr. sie auch erheblich feiner sehen gelehrt hat), der mir wenigstens neu und sofort anschaulich und mit Erfahrungen erfüllbar war. Aber was bedeutet ein solcher Typus? Nichts weiter — aber das ist gut und genug — als eine intuitiv gesehene Gestalt, die unser dunkles Sehen klärt, wie die

rein empirisch gefundenen komplexen Körperbautypen und ebenso komplexen psychisch endogenen Typen aufzudecken, und zwar bisher rein statistisch durch Aufzeigung zahlenmäßiger Korrelation. Wie findet er diese Typen? Es sollen nach ihm keine „Idealtypen“ sein, sondern empirische, in Durchschnittswerten feststellbare Typen. Kr. zählt eine größere Anzahl Astheniker, Pykniker usw. in bezug auf alle meßbaren und sichtbaren Merkmale und gibt ein Durchschnittsbild. Jedoch wie hat er die Fälle ausgewählt, von denen er den Durchschnitt nahm? Er hat solche Fälle genommen, bei denen, wie er sagt, eine größere Anzahl von morphologischen Ähnlichkeiten durch eine größere Anzahl von Individuen sich durchverfolgen ließ. Also er hat intuitiv den Typus vorausgesetzt. Das bezeugt er selbst, wenn er sagt, daß seine Typenbeschreibung sich grade nicht nach den häufigen und durchschnittlichen Fällen, sondern nach den „schönsten Fällen“ richtet; und diese „klassischen Fälle“ sind „beinahe Glücksfunde“. Das bezeugt ferner Kr. selbst, wenn er etwa schreibt: „Auf eine vollkommen künstlerische, sichere Schulung unseres Auges kommt nämlich alles an“. Ein „Aufnehmen von Einzelmassen ohne eine Idee und Intuition vom Gesamtaufbau wird uns nicht vom Fleck bringen. Das Bandmaß sieht nichts. Es führt uns an sich niemals zur Erfassung von biologischen Typenbildern, die unser Ziel ist.“ Oder: „Die morphologische Einzelheit ist stets nur wichtig im Rahmen großer typisierender Gesamtbilder des Körperbaus.“ So könnte der alte Physiognomiker Carus auch gesprochen haben und es wäre nichts dagegen einzuwenden, wenn nicht die Einhüllung in ein pseudoexaktes naturwissenschaftliches Gewand alles durcheinander brächte. Es handelt sich bei Kr. um Vermischung, nicht um Synthese der Methoden. Denn die künstlerischen Mittel und das Zählen fließen in eins, mit dem einen wird das andere eingeschlichen. Interessiert sind wir durch die künstlerische Gestaltung, und der naturwissenschaftliche Leser, sofern er wenig Kritik hätte, könnte sich durch das exakte Gewand beruhigen und befriedigen lassen. Was zählt denn Kr.? Zunächst mißt er den Körper und stellt Tabellen über Durchschnittswerte auf. Wir wissen, daß die Auswahl der Fälle, die gemessen und zusammen genommen werden, durch die subjektive Intuition des vorausgesetzten Typus bedingt ist. Aus einer Gesamtmasse würden zwei unabhängige Beobachter nicht dieselben Individuen und nicht dieselbe Gesamtzahl Pykniker usw. auslesen. „Die Zuteilung der Grenzfälle kann niemals eine exakte sein“ sagt Kr. selbst. Dann vergleicht er nicht einmal die Zahlenwerte — wodurch allein sie Sinn hätten —, sondern setzt einfach die Tabellen hin, die dann weiter keine Rolle spielen. Vergleicht sie der Leser von sich aus, findet er meistens ähnliche Verhältnisse der Zahlen und würde aus den Tabellen in der Tat nichts Spezifisches entnehmen. Dann schildert Kr. nicht bloß „schöne Fälle“, sondern nun nimmt er Durchschnittsfeststellungen hinzu und seine anfangs klare Intuition einer einheitlichen Gestalt wird jetzt verwaschen. Der Künstler hätte vielleicht besser getan, das pseudowissenschaftliche Beiwerk wegzulassen, durch das der Forscher nichts gewinnt. — Dann wird gezählt die Häufigkeit des Zusammenkommens der Körperbautypen und der Typen von Psychosen. Hat Kr. bei der Diagnose sich auf klarste Fälle beschränkt, bei denen Zahlen allein Sinn hat? Nein, er hat die höchst problematischen „schizoïden Neurastheniker, Psychopathen und Dégénéérés einbezogen“. Gezählt werden also lauter Ganzheiten — Körperbautypen, Charaktertypen, Typen von Psychosen —, nicht einzelne, von jedermann in gleicher Weise zählbare einfache Merkmale, greifbare Tatsachen. Statistik hat doch nur Sinn und Verbindlichkeit, wo verschiedene Beobachter am gleichen Material dieselben Zahlen finden würden, sonst ist sie doch nur Schein, sofern damit etwas bewiesen werden soll, und abhängig von der Intuition, die dann

Kunst, nicht wie der Begriff. Wir meinen darin auch mitzusehen — wie in der morphologischen Degeneration die seelische Abweichung — einen besonderen Charaktertypus, der von Kr. vielleicht schon zu bestimmt geschildert ist — aber dieses Mitsehen hat keine empirische Bedeutung, berechtigt zu keinem Schluß, wird empirisch durch einen einzigen klaren Fall erledigt — und wird doch nicht von uns zum

besser sich direkt gibt. Wenn man zählen will, muß man nicht nur sicher greifbare Merkmale haben, die wirklich zählbar sind, sei es, daß sie klar begrenzt sind oder daß sie meßbar abgestuft sind, so daß jedenfalls ein bestimmter Zahlenwert da ist —, sondern man muß auch mit Kontrollen verfahren. Wie das zu geschehen hat, zeigt vorbildlich die Arbeit von Beringer und Düser (Über Schizophrenie und Körperbau, Zschr. f. d. ges. Neurol. 69 S. 12), die einen ähnlichen Problemkreis betrifft. Sie zählten dysplastische Merkmale bei Schizophrenen (das Ergebnis ist klar, wenn auch leider bisher wenig ergiebig). Der Vergleich dieser Arbeit mit derjenigen Kr.s ist lehrreich: bei Kr. eine hohe Intuition, die sich versteckt und mit unkritisch angewandten Mitteln fälschlich als naturwissenschaftlich sich geben und gelten möchte, bei Beringer und Düser klarste wissenschaftliche Kritik und gewissenhafte Forschung ohne Intuition. Daher gewiß unser größeres Interesse im Augenblick sich Kr. zuwendet. Ihm könnte jene Arbeit ein Spruch ins Gewissen sein, wenn Kr. nicht allzuwenig vom naturwissenschaftlichen Geist hätte und allzusehr bloß verstehender Psychologe wäre. Wohl pflegen Köpfe wie Kr. zu erwidern, man solle nicht reden sondern nachprüfen. Dem ist zu antworten: gewiß, und man wird Kr.s Typen wiedererkennen, weil sie anschaulich sind, aber anfangen zu zählen wird man darum nicht, weil eine rein methodische Erwägung die Unverbindlichkeit der zu gewinnenden Zahlen vorherweist. Auch die Beziehung von Körperbau und Psychose wird man nicht einfach negieren, weil sie statistisch nicht erweisbar scheint, sie vielmehr zu den „Ahnungen“ stellen wie die Lehre von den Degenerationszeichen. — Nun ist Kr.s Zählen, wenn es auch subjektiv bedingt ist, doch nicht willkürlich. Die Wirklichkeit zeigt auch für diese Intuition Fälle, die fast objektiv beweisend und zählbar sind (die „schönen Fälle“) und andere, die auch für die gutwilligste Intuition zunächst überhaupt nicht zu stimmen scheinen. Dafür ist aber auch gesorgt und zwar durch Übertragung von Begriffen aus der Erblichkeitslehre (Überkreuzung, Dominanzwechsel) und durch den Gedanken der Legierung verschiedener Typen in demselben Menschen. Damit ist es unmöglich geworden, daß irgendein Fall vorkäme, der nicht zu interpretieren wäre. Kein Fall kann die Lehre widerlegen. Wenn es so liegt, dann kann diese Lehre durch Wirklichkeit auch nicht bewiesen werden. Es ist eine „Plausibilität“ in der Zusammenbildung von Erbbiologie, Körperbaulehre, Psychopathologie und Charakterologie, die nirgends einen festen, unbezweifelbaren empirischen Ankergrund hat, aber jederzeit ein intuitiv gewonnenes Bild mit naturwissenschaftlich anmutenden Worten unverbindlich zu interpretieren erlaubt. Kr.s Buch atmet keinen naturwissenschaftlichen Geist, denn der ist kritisch und exakt. Es enthält gute Intuitionen, besonders in der Charakterlehre, aber er ist im Physiognomischen trotz alles wissenschaftlichen Gebahrens m. E. in der Tat nicht weiter als das physiognomische *Aperçu*, und wäre von einem geistigen Standpunkt besser und reiner, wenn er das klar und offen wäre.

Es ist in dem Buche Kr.s ein begreiflicher und erfreulicher Enthusiasmus, weil die Erkenntnis vermeintlich in das Tiefste, das Ganze, die letzten Faktoren des Seelischen eindringt. Dieser Enthusiasmus findet sich in manchen Aufsätzen auch anderer Autoren in den letzten Jahren, eine Stimmung, als ob alles erschüttert sei, eine ganz neue Psychiatrie entstehe, ein tieferes Eindringen in die letzten dynamischen Faktoren gewonnen sei. Da Kr. wohl das Beste in diesem Kreise geleistet hat, sage ich an dieser Stelle noch ein Wort dazu, obgleich sein vorliegendes Buch allein dazu keinen Anlaß geben würde, wie es auch nicht die sonst vorkommende Ablehnung oder verachtende Billigung der psychologischen Kleinarbeit, der Oberflächenpsychologie enthält. Es ist eine Tonart üblich geworden, die die Ursachen selbst zu fassen meint, den früheren Leistungen meistens vorwirft, nur

bloßen Unsinn geworfen. Dann sehe ich einen Wert in dem Anreiz zum Üben unseres Sehens. Dazu kann auch das Schema<sup>1)</sup> verhelfen, das Kr. aufstellt zum Eintragen aller Beobachtungen über die Form, die ohne Instrumente mit dem rein morphologischen Sinn gemacht werden. Jedenfalls gibt es kein anderes oder besseres Schema, wenn auch dem Physiognomiker, der, wenn er schon in dieses Feld geht, sich auch nicht begrenzen läßt, die meisten Kategorien recht grob erscheinen und gerade das Feinere (Nasen- und Ohrenform, Handbildung) viel reizvoller ist.

Es bleibt in der Physiognomik die paradoxe Lage, über die nur ein bornierter Rationalist die Achsel zucken kann: Man weiß eigentlich nichts und es ist doch auch der Sinn des Erkenntnistriebes, dort, wo urteilsmäßige exakte Erkenntnis fehlt, wenigstens Anschauung zu wollen, sich mit Bildern und Gestalten zu erfüllen, sich zu versenken in die Formen. Gerade wer das tut, wird jenen Antizipationen und Schematiken am fernsten sein. Lichtenberg sagte schon: „Ich habe immer gefunden, daß es Leute von mittelmäßiger Weltkenntnis waren, die sich am meisten von einer künstlichen Physiognomik versprachen. Leute von großer Weltkenntnis sind die besten Physiognomen, und die, die am wenigsten von den Regeln erwarten.“ Und: „Die Physiognomik ist nächst der Prophetik die trüglichsste aller Menschenkünste, die je ein ausschweifender Kopf ausgeheckt hat.“

## § 2. Mimik.

Wenn uns die feste Körperform als Erscheinung von Seelischem Eindruck macht, und wir fragen nach der „Beziehung“ zwischen beiden, so können wir kein Prinzip dieser Beziehung angeben, das als Kriterium der Prüfung, als methodischer Wegweiser dienen könnte. Entweder machen wir Feststellungen über die Häufigkeit des Zusammenvorkommens, geraten in eine trübe Endlosigkeit von Korrelationen und verlieren gerade das, was uns Eindruck machte, oder wir geben uns Gedanken hin über das Wesen des Lebens, das sich als ein umfassendes Ganzes in Leibesform und Charakter zugleich manifestiert, während es selbst

---

im Deskriptiven sich herumzutreiben, während jetzt das Dynamische erfaßt würde. Wenn man die spärlichen Ergebnisse dieser Forschung sieht — erst die Zukunft kann lehren, wie weit hier bloßer Impuls und unkritische leere Antizipation, wie weit echte Forschungskraft wirksam ist —, und wenn man feststellt, daß das Beste gerade gar nicht empirisches Begreifen dynamischer Faktoren, sondern intuitive Gestaltung seelischer Erscheinungen, das Übrige meistens Gerede über Möglichkeiten ist, so mag man wohl denken an die alten Naturphilosophen, die das „Wesen“ der Dinge zu erkennen meinten und denen Kepler antwortete, als einer ihm vorwarf, nicht das Wesen, sondern bloße Oberfläche zu erkennen: „Ich erfasse, wie Du sagst, die Wirklichkeit am Schwanze, aber ich halte sie in der Hand; Du magst immerhin suchen, ihr Haupt zu ergreifen, wenn es nur nicht bloß im Traume geschieht.“

<sup>1)</sup> Kr. gewinnt die Abbildung und Festhaltung der Körpergestalt 1. durch diagrammatische Beschreibung, 2. durch Messungen, 3. durch Photographie. Siehe in seinem Buch S. 2ff.

für uns eine unfaßliche Idee ist. Solche Gedanken werden uns auf dem Standpunkt naturalistischer Metaphysik einen Augenblick betreffen, sie sind auf keine Weise Erkenntnis oder Ansatz zu einer Erkenntnis, sie interpretieren uns unseren Eindruck von der seelenhaltigen Körperform im allgemeinen, unverbindlich, bejahen diesen Eindruck und veranlassen uns immer wieder, in intuitivem Sehen Körperformen zu fassen und in glücklichen Momenten vielleicht einen Typus zu schildern, ohne irgendeine physiognomische Verifikation zu geben. Oder schließlich, wir deuten physiognomische Züge als Residuen häufiger Bewegungen, als erstarrte Mimik. Diese Physiognomik aber ist ein Teil der Mimik, die jetzt zu besprechen ist.

Denn ganz anders ist es, wenn wir die körperliche Bewegung als Erscheinung des Seelischen sehen. Hier wissen wir zunächst, daß Bewegungen aus seelischen Impulsen entspringen können, während solches bei morphologischen Gestaltungsprozessen außerhalb unserer bisherigen Erfahrung liegt, und in den meisten Fällen wissen wir, welche Bewegungen unmittelbar mit Seelischem in Zusammenhang stehen.

Gliedern wir unseren ersten intuitiven Gesamteindruck von den körperlichen Bewegungen, so finden wir: 1. die uns schon bekannten einfachen Begleit- und Folgeerscheinungen seelischer Vorgänge, besonders von Affekten: das Erröten und Erblassen, das Wanken der Knie, die lähmungsartige Starre u. dgl. 2. die willkürlichen Bewegungen, die aus einem Zweck, einem von dem, der sich bewegt, gemeinten Sinn erfolgen, und, soweit sie diesem entsprechen, ganz uncharakteristisch für das besondere Individuum oder seinen Seelenzustand sind; zu diesen willkürlichen Bewegungen gehören auch die sogenannten pantomimischen Bewegungen (z. B. das Kopfschütteln, Nicken, Winken), die konventionell — unter verschiedenen Völkern von verschiedener Bedeutung — und irgendwie rational begründet sind; sie sind der Sprache verwandt als ein unvollkommenes Verständigungsmittel; 3. die eigentlich mimischen Bewegungen, wie das Lachen und Weinen; sie sind unwillkürlich und ohne einen gemeinten Zweck. Jedoch haben alle willkürlichen Bewegungen auch eine mimische Seite, denn keine gleicht der andern, wenn sie auch denselben Zweck verfolgen: sie wechseln nach Individuen und Stimmungszuständen. Die Weise, wie einer mich ansieht, mir die Hand gibt, wie er geht, der Klang seiner Stimme, alles variiert und ist dadurch unwillkürlicher Ausdruck, neben dem willkürlichen Gehalt an Zweck und Sinn zugleich mimisch.

Dann — und das ist die Hauptsache — können wir im Gegensatz zum rein Physiognomischen die „Beziehung“ zwischen Seele und Bewegung als „Ausdruck“ auf Prinzipien bringen, die unsere unmittelbaren, sehenden Deutungen bewußt machen, kontrollieren, in Zusammenhang bringen und schließlich erweitern. Die Prinzipien des Ausdrucks, die ganz allgemein für jede Bewegung gelten, für die willkürlichen und unwillkürlichen, für die Mimik des Gesichts, des Ganges und der Haltung, für die Handschrift als Niederschlag von

Bewegungen, sind von bedeutenden Forschern erkannt und formuliert<sup>1)</sup>. Es sind vor allem zwei Prinzipien:

1. Fast jede innere Tätigkeit wird von einer zu ihr symbolisch in verständlicher Weise passenden Bewegung begleitet. Die Gemütsbewegung erscheint in äußerer Bewegung. Bittere Gefühle drücken sich z. B. mimisch aus durch Bewegungen bei einem bitteren Geschmack, die eintreten, um die Berührung des Stoffes mit der Zunge zu verringern. Scharfes Denken geht mit einem festen, fixierenden, auf die Nähe gerichteten Blick einher, als ob ein Gegenstand sinnlich fixiert würde, während nur innerlich ein Gedanke oder eine Vorstellung fest im Blickpunkt der Aufmerksamkeit gehalten wird. Bei den echten mimischen Bewegungen ist der Mensch sich des Symbols gar nicht bewußt, und der Beobachter, der unmittelbar die Bitterkeit, die scharfe Aufmerksamkeit wahrnimmt, weiß zunächst gar nicht, wodurch er sie wahrnimmt. Das Bild ist hier unmittelbar Erscheinung der Seele. Die genannten Forscher haben, Piderit für die Mimik, Klages viel umfassender und dann im besonderen für die Handschrift diese symbolischen Bilder bis ins Einzelne verfolgt.

2. Außer durch die Weise des seelischen Geschehens werden Bewegungen beeinflusst durch eine unwillkürliche Auswahl von Formen und Arten, die der Persönlichkeit „liegen“, die ihr schön, ordentlich, vornehm, fest oder sonst irgendwie vorteilhaft oder erwünscht erscheinen. Es ist ein Drang zur eigenen „Darstellung“, der vermöge der „persönlichen Leitbilder“ alle Mimik mitgestaltet. Den unmittelbaren „natürlichen“ Ausdruck formt nun ein bewußterer, dem Erlebenden schon gegenständlich werdender Ausdruck. Die mannigfaltigen persönlichen und sozialen Ideale prägen sich in Formen aus, die von Klages zum erstenmal auf solche Weise — vor allem in der Handschrift — begriffen worden sind.

Für einzelne Analysen, die bisher nur zu charakterologischen Zwecken gemacht wurden, sei auf die genannten Werke verwiesen. In der Psychiatrie haben sie noch wenig Eingang gefunden<sup>1)</sup>. So müssen wir uns für die Mimik und die durch sie entstehenden physiognomischen Dauerformen auf eine zufällige Aufzählung beschränken:

<sup>1)</sup> Th. Piderit: Grundzüge der Mimik und Physiognomik, Braunschweig 1858. Die Gedanken weiter ausgeführt in dem Hauptwerk: Mimik und Physiognomik, 1. Aufl. Detmold 1867, 3. Aufl. 1919. — Nach dieser Grundlegung ist das entscheidende Werk: L. Klages: Ausdrucksbewegung und Gestaltungskraft, Leipzig 1913, 2., wesentlich erweiterte Auflage 1921. Vgl. ferner Klages' Werke zur Graphologie, die im Paragraphen über die Handschrift zitiert werden. — Darwin: Der Ausdruck der Gemütsbewegungen bei Menschen und Tieren, 1872 (Deutsch in Hendels Bibliothek der Gesamtliteratur), ist zwar ein vortreffliches Buch, enthält aber zum eigentlichen Ausdrucksproblem sehr wenig und Triviales, behandelt vielmehr die vermutliche phylogenetische Entstehung der Ausdrucksbewegungen, unterscheidet auch nicht zwischen eigentlichem Ausdruck und bloßen körperlichen Begleiterscheinungen seelischer Vorgänge.

<sup>1)</sup> Oppenheim: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 40 S. 840. — Die gesamte Literatur findet man in dem neuen Werk von Th. Kirchhoff: Der Gesichtsausdruck und seine Bahnen beim Gesunden und Kranken, besonders beim Geisteskranken. Berlin, Julius Springer, 1922.

Unter den relativ beständigen Typen gibt es — um nur einiges Wenige zu nennen — das Lausbubengesicht des unerziehbaren Jungen, den weichen schwärmerischen Ausdruck mit schwimmenden Augen bei Hysterischen, die gequälten unstillen Gesichtszüge mit dem unruhigen Blick bei Neurasthenischen, die femininen Züge mancher männlichen, die maskulinen mancher weiblichen Homosexuellen, die verschiedenen Verbrechertypen, den brutalen tierischen Ausdruck der echten Moral insanity, den wechselnden, immer halb bewußt interessanten, schwärmerischen oder blasierten, koketten, immer maßlos übertriebenen Gesichtsausdruck der Hysterischen; die verblödeten menschlichen Automaten mit ausdrucks-erstarrem (teils dauernd lächelndem, teils trotzigem, teils ganz stumpfem, teils gequältem) Gesicht; den „Verlust der Grazie“, die plumpe Art vieler Verblödungsprozesse; den würdevollen, gravitatisch einherschreitenden, sich um das gemeine Volk der Umgebung nicht kümmernden Paranoiker voll stoischer Ruhe und Verachtung; den stechenden Blick der Paranoikerin, ihr überlegenes, mißtrauisches, prüfendes, verbissenes Gesicht. Nicht geringer ist die Mannigfaltigkeit des schneller wechselnden mimischen Ausdrucks. Zählen wir etwa auf: die Bewegungslust des Manischen, der aus Freude an der Bewegung als solcher in einem Drange, seiner übersprudelnden heiteren Erregung Luft zu machen, ohne Zweck und Ziel Bewegungen nur ihrer selbst wegen ausführt; der Bewegungsdrang des Angstvollen, der nach Ruhe, nach Befreiung sucht, in Verzweiflung hin und herläuft, gegen die Wand drängt, monotone Gebärden wiederholt, in lautem Schluchzen und Seufzen immer vergebens nach Erleichterung ringt; die unverwüstlich heiteren, der natürlichen Lustigkeit durchaus entsprechenden Züge des Manischen; die unnatürliche, läppische, übertriebene Heiterkeit des Hebephrenen; die nur leicht an Mundwinkel und Augen hervortretende schmerzliche Verstimmung des Zyklotymen, der tief deprimierte, still ergebene Ausdruck der schweren Verstimmung, dessen Erstarrung in langdauernder Melancholie; der kalte, anscheinend leere Gesichtsausdruck der stummen Melancholie, der man selbst wenn sie von ihren Gedanken erzählt, ihren Schmerz nicht recht glauben will, die verzerrten Züge und die verzweifelte Erregung in der entsetzlichen Angst der Melancholia agitata; der gequälte, verzerrte Ausdruck mancher beginnender Hebephrenien, hinter dem man erstaunend wenig seelische Grundlagen zu finden vermag; der traumhafte, abwesende, in phantastischen Erlebnissen schwelgende Ausdruck mancher Bewußtseinsgetrübten; der leere Ausdruck mancher hysterischer Dämmerzustände, der leicht in den Ausdruck von Schreck und Ängstlichkeit oder gemachter Verwunderung verwandelt werden kann; das dauernd völlig leere, ausdruckslose Gesicht vieler herumsitzender verblödeter Kranker; der plötzliche Blick mancher stuporöser Katatoniker usw.

Unter den Bewegungen der Geisteskranken haben zwei Gruppen seit langem besondere Aufmerksamkeit erregt, die rhythmischen Bewegungen und die Stereotypien. Rhythmische Bewegungen sind ein elementarer Ausdruck allen Lebens. Man stellt die Pole eines mechanischen und eines lebendigen Rhythmus, eines Rhythmus als bloß automatischer Bewegung und eines Rhythmus als unendlich beweglichen Ausdrucks einander gegenüber. Man vergleicht rhythmische Bewegungen der Idioten und dementen Ketatoniker mit den Kreisbewegungen gefangener Raubtiere. Doch ist eine wirkliche Analyse noch nicht gelungen<sup>1)</sup>. Stereotypien werden in der neuesten Arbeit von Kläsi<sup>2)</sup> definiert als „Äußerungen auf motorischem, sprachlichem und gedanklichem Gebiet, die von einer Person oft während sehr langer Zeit immer in der gleichen Form wiederholt werden, und die, vom Gesamtgeschehen vollständig losgelöst, d. h. autonom, weder eine

1) Vgl. Fauser: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 62. 1905.

2) Kläsi: Über die Bedeutung und Entstehung der Stereotypien, Berlin, Karger, 1922.

Stimmung ausdrücken, noch sonst einem Zweck in der objektiven Wirklichkeit angepaßt sind“. Ihre Entstehung und ihr Sinn ist recht verschiedenartig: Reste früherer sinnhafter Bewegungen, Zweckbewegungen aus einer Wahnwelt heraus, Zeremonien, Abwehrbewegungen gegen Körperhalluzinationen usw. —

Allbekannte, aber merkwürdige Erscheinungen, zwischen Reflexbewegung und Ausdrucksbewegung stehend, sind das Gähnen und das Sichstrecken. Das Gähnen<sup>1)</sup> ist ein komplizierter Bewegungsvorgang, der unwillkürlich erfolgt, dem Sichstrecken verwandt scheint. Es tritt spontan auf nach dem Erwachen, bei Ermüdung, beim Gefühl der Langeweile. Es scheint ein rein körperlicher Vorgang, der unter bestimmten Bedingungen zur Ausdrucksbewegung wird. Eine Reihe bis zum „Niesen“ ist denkbar, das niemals Ausdrucksbewegung wird. Das Sichstrecken begreift Landauer<sup>2)</sup> auf folgende Weise, die das Phänomen aus der Sphäre des Ausdrucks völlig herausnehmen würde: Die durch Ruhe hypotonisch gewordenen Muskeln würden durch Kontraktion veranlaßt, Reize zentripetalwärts zu senden, durch die die Vorderhornzellen tonisiert würden. Dann scheint mir die alte Erklärung (Entleerung der Venen, die bei Ruhe überfüllt wurden) noch plausibler — aber das sind ja bloße Erwägungen ohne Ergebnis.

### § 3. Die Handschrift.

Eines der hauptsächlichsten Gebiete, in denen sich in außerordentlich mannigfaltigen Bewegungen sehr zahlreiche Züge sowohl des dauernden Wesens wie des augenblicklichen Zustandes erkennen lassen, ist die Handschrift. Sie ist einmal wegen ihrer dauernden Fixierung, die einer gründlicheren Untersuchung standhält, dann aber auch wegen der geringen Rolle, die bei ihr Verstellung zu spielen pflegt, zu Studien der Ausdrucksbewegungen vor allem geeignet. In der übrigen Mimik wird bei der Mehrzahl der Menschen z. T. geschauspielert. Von den Verlegenheitsbewegungen (Kratzen am Kopf, Zupfen am Rock u. a.), die ebenso wie manches Lachen bloß etwas anderes, ein Gefühl, einen Affekt verdecken sollen, bis zu den durch häufige Übung gewohnt und natürlich gewordenen mimischen Bewegungen des täglichen Lebens, die gar nichts bedeuten, baut sich der Mensch um sich herum eine Wand unechten Ausdrucks auf, hinter der er sich versteckt, oder mit der er sich und andere täuscht. Bei der Handschrift spielt dies eine viel geringere Rolle (die große Rolle, die das Schauspielern auch in manchen besonderen Handschriften spielt, hat Klages eindringlich analysiert). Dafür hat die Untersuchung der Handschrift den Nachteil, daß sie nur bei ausgeschriebenen und einigermaßen gebildeten Handschriften zu belangreichen Resultaten führt. Es führt uns hier zu weit, wollten wir auf das graphologische Verstehen der Charakterzüge, Temperamentsver-

<sup>1)</sup> E. Levy: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 72 S. 161 (dort weitere Literatur).

<sup>2)</sup> Landauer: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 58 S. 296.

lagungen und Stimmungszustände, auf die regelmäßigen Veränderungen der Handschrift in Affekten, im Laufe der persönlichen Entwicklung, in geistig abnormen Zuständen, unter experimentell variierbaren Bedingungen (Aufgabe, verstellt zu schreiben, groß, schnell usw. zu schreiben) eingehen<sup>1)</sup>.

Die bei der Mimik genannten Prinzipien des Ausdrucksverständnisses finden ihre reichste Anwendung in der Graphologie. Jeder einzelne Zug der Schrift hat — entsprechend dem Verhältnis alles Verstehbaren, das immer nur im Ganzen verstehbar ist — so verwickelte Beziehungen und so zahlreiche Möglichkeiten der Genese, daß man erst nach langwierigen und gründlichen Untersuchungen zu einer relativ klaren Vorstellung kommt. Wie schon der bloße Druck, mit dem geschrieben wird, bei der ihn als Ausdruck verstehenden Untersuchung fast durch die ganze Persönlichkeitskunde führt, das lehrt ein Aufsatz von Klages<sup>2)</sup>. Die frühere unwissenschaftliche Methode der Deutung gewisser bestimmter „Zeichen“ in der Handschrift ist gänzlich aufgegeben. Nach dem Prinzip des „persönlichen Leitbildes“ ist es leicht verstehbar, daß verschlungene, verschnörkelte, bereicherte Schriftformen und einfache, vereinfachte, anspruchslose auf ganz verschiedene Charaktere — wenn auch nur in sehr allgemeiner und nicht zu bestimmten Charaktereigenschaften zu präzisierenden Weise — hindeuten.

Die Schrift der Geisteskranken<sup>3)</sup> ist vorwiegend nach der Seite mehr neurologischer Störungen, dann nach ihrem Inhalt, fast gar nicht nach ihrer Form als Ausdruck von Seelischem untersucht worden. Früh hat man die typische paralytische Schrift beschrieben: Auslassungen, Verdoppelungen von Buchstaben, Sinnfehler, Zittern und ataktische Erscheinungen in der Federführung. Ferner ist die charakteristische Schrift bei manchen Verblödungsprozessen auffallend: Wiederholung derselben Worte und Buchstaben bei geordneter Schrift, extreme Verschnörkelungen und Verzierungen in manierterter, stereotyper Weise. Bei vielen organischen Demenzzuständen löst sich die Schrift schließlich in völlig ungeformtes Gekritzeln auf. Agraphische Störungen sind analog den aphasischen: die unter Umständen geistig gesunden Kranken können keine Worte mehr lesen oder keine mehr schreiben oder beides. Sie schreiben sinnlose Buch-

1) Klages: Die Probleme der Graphologie, Leipzig 1910. Handschrift und Charakter, 2. Aufl., Leipzig 1920. Dazu sind heranzuziehen die Graphologischen Monatshefte, München 1897—1908, und die Graphologische Praxis, München 1901—08. — Ferner W. Preyer: Zur Psychologie des Schreibens, Neudruck, Hamburg, Voss 1912. — G. Meyer: Die wissenschaftlichen Grundlagen der Graphologie, Jena 1901.

2) Klages: Zur Theorie des Schreibdrucks, Graphol. M. 6 und 7.

3) Köster: Die Schrift bei Geisteskranken, Leipzig 1903. Erlenmeyer: Die Schrift, 1897. Goldscheider: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 24. Kraepelins psychol. Arbeit. (Aufsätze von Groß und Diehl). Lomer, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 20 S. 447 (Manisch-depressives Irresein); Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 53 S. 1; Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 71 S. 195. Ammann: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 34 S. 36ff. (bei Bromvergiftung).



staben und Silben hin, ganz so, wie etwa sensorisch Aphasische paraphasisch sprechen. — Die Schrift zeigt typische Veränderungen in Größe, Druck und Form bei manischen und bei depressiven Zuständen (G. Meyer, Lomer).

#### § 4. Die Sprache als Mitteilung.

In der weitesten Sphäre des Ausdrucks können wir mehrere Impulse unterscheiden: 1. den Ausdrucksdrang im engeren Sinne des unwillkürlichen, zwecklosen in die Erscheinung treten Lassens seelischer Regungen, dem ein mehr oder minder großes Ausdrucksvermögen der Individuen und Rassen entspricht. 2. den Darstellungsdrang, der in den Ausdruck etwas Halbwillkürliches, Halbbewußtes bringt, indem der Mensch, der sich gestaltete Form gibt, sich zugleich vor einem wirklichen oder imaginären Zuschauer, auch vor sich selbst erst Geltung und Bedeutung gibt — in einem aufbauenden und schließlich auch in einem zerstörenden Sinn. Form, Situation, Szene, Gebärde kann an die Stelle der seelischen Substanz treten, das eigentliche Leben werden als versteinerte Haltung oder ohne weiteren Zweck als den jeweiligen Augenblick. 3. gibt es ein Mitteilungsbedürfnis, der Mensch will sich mit anderen in Beziehung gegenseitigen Verstehens setzen und zwar zunächst durchaus des Verstehens objektiver Inhalte, objektiv gerichteter Meinungen, Zweckvorstellungen, Gedanken; erst spät kommt das Mitteilen der Seele selbst hinzu. Die Sprache ist das wunderbare, rätselhafte, vom Individuum vorgefundene Instrument dieser Mitteilung. Durch die Sprache besteht die Kommunikation vernünftiger Wesen und die Kommunikation mit sich selbst, sofern Sprache Voraussetzung des Denkens ist (sprachloses Denken kann nur als vorübergehende Phase innerhalb sprachlichen Denkens auftreten oder bleibt so keimhaft und fragmentarisch wie das Denken der Affen). 4. gibt es den Tätigkeitsdrang, das Handeln nach Zwecken, das Ergreifen von Situationen und Aufgaben.

Nachdem die ersten beiden Punkte bisher der Gegenstand der Betrachtung waren, kommen wir jetzt zum dritten Punkt. Das Sprechen ist als objektive Erscheinung Gegenstand neurologischer und psychologischer Analyse (vgl. oben S. 141). Die sprachlichen Produkte sind objektive Gebilde, in denen etwas gemeint war, das wir als Sinn wieder verstehen. Viele Kranke vermögen uns in der Sprache Mitteilungen zu machen über ihre Erlebnisse, über ihre Selbstauffassungen, ihre Gedanken und Vorstellungen. Alle unsere phänomenologischen Kenntnisse, all unser Wissen vom Wahn, das allermeiste Wissen vom Innern der erkrankten Seele haben wir durch solche sprachlichen Mitteilungen. Aber in ihnen ist gemeint nur was der Mensch in seinem hellen Bewußtsein hat mit allen Täuschungen, wenn es sich um Selbstanalyse handelt. Vor allem objektiv sind die rationalen Inhalte, die allein durch die Sprache uns kund werden. Der Inhalt des Denkens der Kranken (ihr Glaube und Aberglaube, ihre Ideale, ihre Weltanschauung, ihr Wahnsystem) gibt uns ein reiches objektives Material, dessen Analyse uns zu abnormen Erlebnissen (den Wahn-

erlebnissen) oder zu einer Veränderung des Denkens oder zum Charakter der Persönlichkeit führt. Schließlich schlagen sich fast alle normalen und krankhaften Vorgänge irgendwie auch in diesen objektiven Denkgebilden des Individuums nieder. Es ist bei vielen chronischen Zuständen wichtig, sich von der rationalen Welt des Kranken eine deutliche Vorstellung zu verschaffen.

## § 5. Gegenständliche Inhalte, Weltbild und Weltanschauung.

Was in der Sprache mitgeteilt wird, liefert uns die Bausteine, um uns die Vergegenwärtigung der „Welt“ eines Menschen oder einer Zeit zu ermöglichen. Andere Bausteine liefern die Handlungen, das Verhalten der Menschen, deren „Sinn“ eine Vorstellung von Situation, Wirkungsmöglichkeiten, wie sie dem Menschen als selbstverständlich gegenwärtig sind, voraussetzt; ferner die Gestaltung von Bildern und Kunstwerken, mithin alles das, worüber in den folgenden Paragraphen noch einiges gesagt wird. Man wird alles zusammen nehmen müssen, wie es große Geisteshistoriker getan haben, um einen teilweisen Einblick in andere Welten zu bekommen; das ist sehr schwer, da wir aus der unsrigen, eignen, begrenzten Welt kaum heraus können; jeder Schritt unseres Verstehens bringt hier eine Erweiterung des eigenen Daseins mit sich oder setzt sie voraus. Das gegenständliche Bewußtsein, dessen Daseinsformen in der Phänomenologie beschrieben wurden, ist seinem Inhalt nach stets auf Ganzheiten bezogen, von denen der augenblicklich erlebte Einzelinhalt seinen Sinn, seine Funktion und Bedeutung im Zusammenhang des Lebens erhält. Er ist gleichsam eingetaucht in gegenständliche Welten, die selbst als Ganze vielleicht nie recht bewußt werden, vielmehr in der Bewegung und Gestaltung aller Anschaulichkeiten, Bilder, Denkakte indirekt sich manifestieren. Werden sie schließlich selbst bewußt, so sind sie sofort „einzelne“ Welten geworden, der schon andere gegenüberstehen und immer bleibt dem Menschen das umfassende Dunkel eines übergreifenden Ganzen<sup>1)</sup>.

In der Psychopathologie ist noch nicht viel von Welt und Weltanschauung der Geisteskranken gesprochen oder gar erkannt worden:

1. Von besonderem Interesse sind die Realisierungen geistiger Möglichkeiten, die ihrer Natur nach für sich weder gesund noch krank, überhaupt nicht psychologisch sind, sondern erst durch ihr Erlebtsein werden. So wird etwa der Nihilismus und Skeptizismus in absoluter Vollendung nur in Psychosen erfahren. Der nihilistische Wahn des Melancholischen ist ein Idealtypus: Die Welt ist nicht mehr, der Kranke selbst ist nicht mehr. Er lebt nur zum Schein, aber so muß er ewig leben wie der ewige Jude. Er hat keine Gefühle mehr, alle Werte sind dahin. — In beginnenden schizophrenen Prozessen wird gelegentlich der Skeptizismus in Vollendung

---

<sup>1)</sup> Ich habe versucht, diesen Problemen anschaulich konstruierend nachzugehen in meinem Buch: Psychologie der Weltanschauungen, Berlin, Julius Springer, 1919. 2. Aufl. 1922.

nicht bloß ruhig gedacht, sondern verzweiflungsvoll erlebt<sup>1)</sup>. — Ferner gibt es klassische Verwirklichungen mystischer Erlebnisse durch Hysterie, metaphysisch-mythischer Offenbarungen in beginnender Schizophrenie<sup>2)</sup>. — Wie merkwürdig Spiel, Scherz, Ironie und Humor in der Schizophrenie erscheinen, sucht Mayer-Groß zu beschreiben<sup>3)</sup>. — Über die erschütternden Inhalte kosmischen Erlebens siehe später S. 399.

2. Betrachtet man die anschaulichen Inhalte psychotischen Erlebens, die Denkweisen, die eigentümlichen Kategorien der Gegenstände, alle diese Phantasmen in ihrem auf den ersten Blick chaotischen Durcheinander, alle diese Symbolik, Magie und Bildhaftigkeit, so bieten sich seit alters die Mythen und die Vorstellungen und Denkweisen der primitiven Völker, dann der Traum, dann das Denken und Vorstellen der Kinder als Parallelen zum Vergleich an.

Nietzsche hat oft Bemerkungen über Traum und Mythos gemacht: „Willkürlich und verworren verwechselt es fortwährend die Dinge auf Grund der flüchtigsten Ähnlichkeiten: aber mit derselben Willkür und Verworrenheit dichteten die Völker ihre Mythologien . . . Aber wir alle gleichen im Traume diesem Wilden . . . im Schlaf und Traum machen wir das Pensum früheren Menschentums noch einmal durch.“ Ethnologen und Soziologen haben sich den Primitiven zugewandt<sup>4)</sup>. Durch Aufstellung zweier Denk- und Bewußtseinstypen haben sie anschaulich zu machen gesucht, was diese Welt des Primitiven von unserer unterscheidet. Während wir bei hellem Bewußtsein, in klaren Begrenzungen; bestimmt, alles von allem unterscheidend — Objekt und Subjekt, Wirklichkeit und Phantasie, die Dinge unter sich usw. —, in steter Beziehung auf die empirische Wirklichkeit denken, gibt es ein anderes, alogisches, prälogisches „Denken“, das bildhaft, anschaulich, bedeutsam, symbolhaft ist, das alles für alles stellvertretend einsetzt, die Bilder ineinanderfließen läßt, so daß in unendlicher Beweglichkeit Konglomerate heterogenster Herkunft zu einem Bilde werden, dann wieder empirisch Einzelnes in heterogene Beziehungen und Bedeutungen zerfällt, und daß dieser proteusartige Wechsel der Gestalten die eigentliche Wirklichkeit ist, Raum und Zeit als Realitäten ebenso verschwinden, respektive noch ungeboren sind, wie die Kategorien der Wirklichkeit und des logischen Denkens<sup>5)</sup>.

Seiner Zeit hat Emminghaus<sup>6)</sup> die „völkerpsychologischen Äquivalente der psychischen Störungen“ kurz behandelt und eine umfassende Literatur aus Ethnologie, Archäologie und Psychopathologie angeführt. Die Schule Freuds, insbesondere Jung<sup>7)</sup>, verglich Mythos und Psychose. Neuerdings haben Reis und Storch<sup>8)</sup> wieder diesen

1) Vgl. meine Arbeit „Schicksal und Psychose“, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 14. 1913. Darin vor allem S. 215ff., S. 253ff.

2) In großartiger Weise sichtbar bei Hölderlin und van Gogh. Vgl. meine Schrift: Strindberg und van Gogh, Leipzig, Ernst Bircher, 1922, S. 84ff.

3) Mayer-Groß: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 69. 1921. S. 332.

4) Levy-Brühl: Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures, 1910, Deutsch von Jerusalem, Wien 1921 (Unter dem Titel: Das Denken der Naturvölker). — Ausgezeichnet ist K. Th. Preuß: Die geistige Kultur der Naturvölker, in der Sammlung „Aus Natur und Geisteswelt“, Teubner, Leipzig 1914.

5) Vgl. auch L. Klages: Vom Wesen des Bewußtseins, Leipzig 1921, und: Vom kosmogonischen Eros, München 1922.

6) Emminghaus: Allgemeine Psychopathologie, 1878, S. 43—60.

7) Vgl. die Zeitschrift „Imago“ 1912ff. — Jung: Wandlungen und Symbole der Libido, Jahrb. f. psychoanalytische Forschungen, 4. 1912. S. 162. — Freud: Totem und Tabu. 1913.

8) Reis: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 25 S. 432. Storch: Zentralbl. 25 S. 273, und Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 78. 1922. S. 500.

Vergleich — es handelt sich immer um die Schizophrenie — versucht. Es sind im Inhaltlichen, in der sinnhaften Beziehung der Inhalte und Bilder ohne Zweifel schlagende Ähnlichkeiten vorhanden, die nicht allzu schwer zu finden sind. Jedoch würde dieser Vergleich erst fruchtbar werden, wenn nach Feststellung des Identischen grade diese Feststellungen dazu dienen würden, klarer zu sehen, wo das Spezifische des schizophrenen Seelenlebens, des Traums und des primitiven Denkens in ihrem Unterschied voneinander bestände. Der Vergleich ist geisteswissenschaftlich überall die Methode, um durch Aufzeigung der Analogien erst die entscheidenden Punkte zu finden, die die wesentlichen Eigentümlichkeiten offenbaren. Grade hier ist aber in unserem Falle kaum etwas geleistet. Die bloße Aufzählung der Ähnlichkeiten wird bald langweilig. — Auffallende Parallelen finden sich ebenfalls zwischen Leistungen, Situationserleben bei erworbenem Schwachsinn nach Hirnverletzungen und dem Denken der Primitiven<sup>1)</sup>.

### § 6. Die literarischen Produkte Kranker<sup>2)</sup>.

Rationale Inhalte mitsamt den Ausdruckserscheinungen, welche Sprache und Schrift an sich darstellen, vermitteln uns besonders reich diejenigen Kranken, die sich auf eine ihrer Bildungsstufe entsprechende literarische Produktion einlassen. Unter diesen Schriften unterscheiden wir folgende Typen: 1. Völlig geordnete, in Sprache und Stil, in Disposition und Ordnung des Gedankenganges normale Schriften. Nur der Inhalt ist das Abnorme: die Kranken berichten über die durchgemachten entsetzlichen Erlebnisse, erklären diese, bringen ihre Wahnideen vor. Diese Schriften sind manchmal trotz der hochgespannten Affekte besonnen und beherrscht geschrieben. Andere sind Schilderungen einsichtiger Kranker nach geheilter Psychose. In diese Gruppe gehören wertvolle Selbstschilderungen. — 2. Die zweite Gruppe von Schriften stammt von krankhaft entwickelten Persönlichkeiten (Querulanten u. a.), die in einem natürlichen Stil und in durchweg geordnetem Gedankengang in für uns immer verständlicher, aber maßloser, phantastischer, unbeherrschter und widerspruchsvoller Weise ihre wahnhaften Ideen entwickeln. Ohne daß irgendeine Selbstschilderung krankhafter Erlebnisse vorkäme — denn solche haben diese Persönlichkeiten gar nicht gehabt —, richten sie ihre Angriffe gegen Irrenanstalten, Behörden, Ärzte, entwickeln Ideen als Erfinder, Abenteurer, spielen sich als Weltreisende auf. Zu diesem Typus gehören die allermeisten der von Kranken gedruckten Schriften. — 3. Seltener sind schon Schriften, die in einer vielfach verschrobenen Ausdrucksweise, in auffallendem, hochtrabendem Stil, aber meistens verständlich nicht Erlebnisse, Verfolgungen oder andere persönliche Tatsachen berichten, sondern Theorie bringen; ein neues Weltssystem, eine neue Reli-

<sup>1)</sup> Eliasberg und Feuchtwanger: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 75. 1922. S. 586 ff.

<sup>2)</sup> Albert Behr: Über die schriftstellerische Tätigkeit im Verlaufe der Paranoia. Leipzig 1905. Sikorski: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 38 S. 259.

gion, eine neue Interpretation der Bibel, Weltprobleme sind ihr Inhalt. Sie zeigen ihre Herkunft — von Kranken mit einem schizophrenen Prozeß — in Form und Inhalt. Oft zeigt sich auch in der Darstellung der Größenwahn der Verfasser (als Messias, Erfinder). Beispiel: Swedenborg, ferner: Brandenburg, „Und es ward Licht“, in Behr l. c., S. 381. — 4. Aus diesem Typus entwickeln sich in Übergängen verworrene literarische Produkte. Die Disposition schwindet, der Zusammenhang der Gedanken zerfällt. Verschrobene, unverständliche Gedankengebilde reihen sich aneinander (Beispiel: Gehrmanñ, Körper, Gehirn, Seele, Gott. Berlin 1893). Schließlich wird alles unverständlich; hieroglyphenartige Schriftzeichen, bloße Silben, Verzierungen, viele Farben kennzeichnen das Äußere (Beispiel: Knoth, bei Behr l. c., S. 383ff. — 5. Schließlich gibt es Dichtungen ausgesprochener Psychotiker. Gaupp<sup>1)</sup> hat den Fall eines Paranoikers publiziert, der sein eigenes Schicksal in einem Drama über den geisteskranken König Ludwig von Bayern darstellte, dem seine Dichtung eine Selbstbefreiung war, das einzige, das für ihn — in geschlossener Anstalt — noch Wert hatte, und der in seinem Gegenstand das eigene Wesen in größeren Verhältnissen wiederfand. K. Schneider<sup>2)</sup> veröffentlichte Verse einer jungen Schizophrenen, in denen die grauenerregende Veränderung des eigenen Wesens und der Welt zum Ausdruck kommt.

### § 7. Zeichnungen, Kunst, Handarbeiten<sup>3)</sup>.

Wir unterscheiden bei der Analyse der Genese dieser objektiven Gebilde 1. Leistungsdefekte, die auf organische Störungen oder auf schlechte Beanlagung oder Bildungsmangel hinweisen, und die den Ausdruck von Seelischem in diesen Gebilden nur hemmen, nicht aber selbst Ausdruck sind; 2. die schizophrenen Merkmale, die wir vielleicht z. T. einmal verstehen können, vielleicht als bloß motorische Phänomene, die zur ersten Gruppe gehören würden, erkennen werden; 3. die zeichnerischen und künstlerischen Gebilde, sofern sie wirklich Ausdruck von etwas Seelischem sind, das wir durch diese Gebilde hindurch verstehen können.

Leistungsdefekte begegnen uns als Mangel an Geschicklichkeit (der Mensch bringt keine gerade Linie fertig), aus Mangel an Bildung (der Mensch besitzt nicht die primitivste Technik, ohne deren Erwerb er kaum irgend etwas zeichnen kann), oder als Störung der motorischen und Geschicklichkeitsfunktionen durch organische Krankheiten (Zeichen von Ataxie, Zittern usw.), schließlich als Störung der elementaren seelischen Funktionen, wie Merkfähigkeit, Aufmerksamkeitskonzentration, Fähigkeit zu beherrschenden determinierenden Tendenzen, deren Mangel nur Kritzeleien, abrupte Bruchstücke, keine

<sup>1)</sup> Gaupp: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 69 S. 182.

<sup>2)</sup> K. Schneider: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 48 S. 391.

<sup>3)</sup> Fast alle Anstalten und Kliniken besitzen eine Sammlung solcher Objekte. Die psychiatrische Klinik in Heidelberg besitzt durch das Verdienst Prinzorns eine wohl einzigartige, umfangreiche Sammlung von Bildwerken vor allem Schizophrener.

Zeichnungen entstehen läßt (organische Krankheiten, besonders Paralyse). Ebenso wie bei Zeichnungen treten alle diese Defekte bei verfehlten Handarbeiten auf, von denen jedes klinische Museum eine Kollektion zu zeigen hat.

Schizophrene Merkmale grober Natur — nur solche können wir sicher identifizieren — geben zeichnerischen Gebilden ein sehr charakteristisches Aussehen: sinnlose Wiederholungen derselben Strichform, desselben Gegenstandes ohne Einheit des ganzen Gebildes, ein fast „ordentliches“ Gekritzeln, eine Genauigkeit, die nichts ist als zeichnerische „Verbigeration“. Wir vermögen diese Merkmale nicht als Ausdruck eines seelischen Vorganges zu verstehen und können sie am ehesten dem unwillkürlichen Gekritzeln vergleichen, das gesunde Menschen während gespannter Aufmerksamkeit, z. B. auf einen Vortrag, nebenbei liefern.

Zeichnerische Gebilde als wirklicher Ausdruck seelischen Lebens können nur entstehen, wenn die Leistungsfähigkeiten, die wir in der ersten Gruppe aufzählten, wenigstens einigermaßen vorhanden sind: eine gewisse Geschicklichkeit und eine gewisse technische Bildung; und wenn schizophrene Merkmale nicht die ganzen Gebilde gleichsam ersticken. Aus der ungeheuren Fülle künstlerischen Ausdrucks seelischen Lebens berücksichtigen wir hier nur die eigentlich psychotischen Gebilde. Deren Inhalt ist bei Prozessen charakterisiert durch die Darstellung fabelhafter Wesen, unheimlicher Vögel, fratzenhafter Mißgestalten aus Mensch und Tier, ferner durch starkes und rücksichtsloses Betonen sexueller Dinge — Genitalien kehren in verschiedenster Weise immer wieder —, schließlich und vor allem durch einen Drang, gleichsam das Ganze, ein Weltbild, das Wesen der Dinge, eine Weltanschauung zur Darstellung zu bringen. — Gelegentlich werden Abbildungen von Maschinen hergestellt, die die Ursache der halluzinatorischen, physikalischen körperlichen Beeinflussung sein sollen. — Die Form der zeichnerischen psychotischen Gebilde entsteht, wie bei allen künstlerischen Schöpfungen, in einer Wechselwirkung aus der inneren Einstellung auf eine bestimmte Vision und der Rückwirkung des tatsächlich Entstandenen auf den Schaffenden. Aus dem fast immer irgendwie mißratenen objektiven Werk die innere Vision des Schaffenden herauszufühlen, muß unser Streben bei der psychologischen Analyse sein. Von dieser Vision kommen wir bald auf die Lebensstimmung, die dem Ganzen zugrunde liegt. Vom Bilde als einem Ganzen ausgehend, werden wir festzustellen suchen, ob es als Ganzes auch für den Kranken Bedeutung hatte, oder ob es nur ein Aggregat ist; wo jedoch die Einheiten, die ihm vor Augen standen, liegen. Bei Psychosen finden wir dann folgende charakteristischen Merkmale der zeichnerischen Gebilde: Pedanterie, Genauigkeit, Sorgfalt; Bedürfnis nach starken, übertreibenden Effekten; stereotype Festlegung auf bestimmte Kurvenformen, Abrundungen, eckige Linienführung, die allen Bildern derselben eine merkwürdige Ähnlichkeit geben. Suchen wir die Rückwirkung zu verstehen, die die Zeichnungen auf ihren Schöpfer hatten, so finden wir in der Unterhaltung mit dem Kranken, daß vielfach das

Einfache, Primitive, Simple erfüllt ist von symbolischer Bedeutung und phantastischer Bereicherung.

Es läßt sich nicht leugnen, daß gelegentlich bei einigermaßen begabten Kranken der Gruppe der Prozesse zeichnerischer Gebilde auftreten, die durch Primitivität, klare Ausdrucksweise, grausige Aufdringlichkeit unheimlicher Bedeutungen auch dem Gesunden Eindruck machen<sup>1)</sup>.

## § 8. Benehmen, Handlungen, Lebensführung.

Als Goethe sich an Lavaters Physiognomik beteiligte, erweiterte er den Sinn der Physiognomik und erfüllte ihn mit der gesamten Erscheinung des Menschen:

Die Physiognomik „schließt vom Äußern aufs Innere. Aber was ist das Äußere am Menschen? Wahrlich nicht seine nackte Gestalt, unbedachte Gebärden, die seine inneren Kräfte und deren Spiel bezeichnen! Stand, Gewohnheit, Besitztümer, Kleider, alles modifiziert, alles verhüllt ihn. Durch alle diese Hüllen bis auf sein Innerstes zu dringen, selbst in diesen fremden Bestimmungen feste Punkte zu finden, von denen sich auf sein Wesen schließen läßt, scheint äußerst schwer, ja unmöglich zu sein. Nur getrost! Was den Menschen umgibt, wirkt nicht allein auf ihn, er wirkt auch wieder zurück auf selbiges, und indem er sich modifizieren läßt, modifiziert er wieder rings um sich her. So lassen Kleider und Hausrat eines Mannes sicher auf dessen Charakter schließen. Die Natur bildet den Menschen, er bildet sich um, und diese Umbildung ist doch wieder natürlich; er, der sich in die große weite Welt gesetzt sieht, umzäumt, ummauert sich eine kleine drein, und staffiert sie aus nach seinem Bilde. Stand und Umstände mögen immer das, was den Menschen umgeben muß, bestimmen, aber die Art, womit er sich bestimmen läßt, ist höchst bedeutend. Er kann sich gleichgültig einrichten wie andere seinesgleichen, weil es sich nun einmal so schickt; diese Gleichgültigkeit kann bis zur Nachlässigkeit gehen. Ebenso kann man Pünktlichkeit und Eifer darinnen bemerken, auch ob er vorgreift und sich der nächsten Stufe über ihm gleichzustellen sucht, oder ob er, welches freilich höchst selten ist, eine Stufe zurückzuweichen scheint. Ich hoffe, es wird niemand sein, der mir verdenken wird, daß ich das Gebiet der Physiognomisten also erweitere.“

Das ist eine organische Gesamtanschauung vom Menschen und seinem Benehmen in seinem Milieu, die den Hintergrund zu bilden

<sup>1)</sup> Eine historische Übersicht über alle das Thema „Kunst der Geisteskranken“ betreffenden Arbeiten gibt Prinzhorn: Das bildnerische Schaffen der Geisteskranken, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 52. 1919. S. 307. Seitdem: W. Morgenthaler, Ein Geisteskranker als Künstler, Bern und Leipzig, Ernst Bircher 1921. (Ausführlicher Bericht über einen Schizophrenen mit dem gesamten zugänglichen biographischen Material und einer Reihe von Reproduktionen seiner Werke. Versuch einer Analyse mit den modernen kunstwissenschaftlichen und philosophischen Kategorien; ziemlich weitgehende Verwendung psychoanalytischer Begriffe). — H. Prinzhorn: Bildneri der Geisteskranken, Berlin, Julius Springer, 1922. (Ein Werk mit ganz hervorragenden und zahlreichen Abbildungen, dadurch das maßgebende Buch. Im Text eine gute Zusammenstellung der Gesichtspunkte für die Analyse von Bildwerken: Gestaltungsdrang — Spieltrieb, Schmucktrieb — Abbildetendenz, Ordnungstendenz — Symbolbedürfnis. Von zehn schizophrenen Bildnern wird ausführlicher berichtet. Vergleichsgebiete — Kinderzeichnungen, Zeichnungen ungeübter Erwachsener, Bildneri der Primitiven, Bildwerke älterer Kulturen, Volkskunst, mediumistische Kunst — werden kurz gestreift). — Schließlich nenne ich auch meine Arbeit über „Strindberg und van Gogh“, Leipzig, Ernst Bircher 1922. (Versuch einer Analyse der Entstehung und Artung der Kunst des schizophrenen van Gogh auf Seite 104—117).

hat für unsere jeweilige Einzelanalyse. Für diese sind zunächst die Begriffe zu gliedern: Unter Handlungen verstehen wir zweckhafte Willensbetätigungen bei hellem Bewußtsein ihres Sinns, unter Benehmen die Haltung, Gesten, die Umgangsformen, das Sichgeben des Menschen, unter Lebensführung das Ganze von Benehmen und Handlungen.

Die Schilderung des Benehmens, die Feststellung bestimmter Handlungen und der Art der Lebensführung auf Grund der Angaben der Umgebung oder eventuell durch Akten liefert uns eine große Menge objektiver Daten, die wir als Ausdruck von Seelischem verstehen, oder die wir, wenn sie uns unverständlich sind, auf alle Weise doch zu verstehen suchen, bzw. schließlich wegen ihrer Unverständlichkeit als schweres Symptom ansehen.

Das Benehmen, gerade auch in bedeutungslosen Kleinigkeiten des täglichen Lebens, ist uns deutbar als Symptom einer Persönlichkeit, einer Stimmung, einer vorübergehenden Seelenverfassung. Diese Deutungen lassen wir ihrer Unsicherheit und Vagheit wegen meistens dahingestellt. Wir beschreiben statt dessen bei den Kranken den „Habitus“, schildern ihr Benehmen. Dies Benehmen ist uns nicht als objektives Symptom an sich wertvoll, sondern wir werden dabei geleitet von der Idee möglicher Deutungen. Die außerordentlich mannigfaltigen Arten des Benehmens sowohl in chronischen Zuständen wie in akuten Psychosen zu beschreiben, ist Aufgabe der speziellen Psychiatrie. Wir greifen nur einige Beispiele heraus:

Das katatonische bzw. hebephrene Benehmen<sup>1)</sup> zeichnet sich durch Pathetik, durch schauspielerhafte Pose aus. Die Kranken deklamieren und rezitieren unter absonderlichen und lebhaften Gestikulationen. Trivialitäten werden in einem hochgeschraubten Ausdruck vorgebracht, als ob es sich um die höchsten Interessen der Menschheit handele. Eine deplacierte Vorliebe für hochernste Dinge zeigt sich in einer manierten, stereotypen Form. Körperhaltung und Kleidung werden wunderlich gestaltet. So läßt der Prophet sein Haar lang wachsen und nimmt in asketischer Tracht eine würdevolle Haltung an.

In akuten Zuständen dieser Prozesse sieht man zahllose Manieren und Grimassen. Die Kranken benehmen sich gänzlich unverständlich (manchmal in der späteren Selbstschilderung motiviert). Die eine küßt immer wieder feierlich die Erde, andere geben sich einer Art militärischer Übungen hin, ballen die Fäuste, schlagen wild an die Wände und Möbel, nehmen merkwürdige Stellungen ein.

Ohne weiteres selbstverständlich ist das Benehmen des heiteren, erregten (manischen) und des traurigen, gehemmten (depressiven) Kranken.

Im Beginn der Psychosen zeigt das Benehmen nicht selten eine Unruhe, Hastigkeit, Fahrigkeit. Eine scheinbare Gefühllosigkeit gegen äußere Vorgänge wird durch plötzliche Gefühlsausbrüche unterbrochen. Unsichere, ratlose Fragen werden an die Umgebung gestellt, übertriebene Zu- und Abneigungen gegenüber den Angehörigen geäußert. Plötzliche ganz unerwartete Handlungen, Reisen, nächtliche Wanderungen werden beobachtet. Es ist als ob die „Flegeljahre“ noch einmal wiederkehrten. Es wechseln Neigungen und Interessen. Die Kranken werden religiös, werden im Erotischen gleichgültig oder maßlos, hemmungslos. Sie scheinen sich nur für sich zu interessieren und sich in sich abzukupseln. Der Ausdruck wird für die Beobachtung Nahestehender anders, unnatürlich. Es ist im Anfang unheimlich, diese Nuancen zu sehen, wie das Lächeln mehr ein Grinsen wird u. dgl.

<sup>1)</sup> Kahlbaum: Die Katatonie, Berlin 1874, S. 31ff. Hecker: Die Hebephrenie, Virch. Arch. 52.



In manchen reaktiven, hysterischen Psychosen ist besonders charakteristisch das puerilistische Benehmen. Die Kranken benehmen sich, als ob sie wieder Kind seien (*retour à l'enfance*, Janet). Sie können nicht rechnen, rechnen alles aufs größte falsch, bewegen sich hilflos wie ein kleines Kind, stellen wie dieses naive Fragen, äußern Gemütsbewegungen wie Kinder und wirken dadurch albern. Sie tun unkindlich in allem, wollen sich gern verzärteln und pflegen lassen, rühmen sich auf kindliche Weise: „O, ich kann trinken, so große Gläser Bier, 70—80 Gläser.“ Dies Benehmen bildet einen wesentlichen Bestandteil des Ganserschen Symptomenkomplexes.

Bei der Exploration von Kranken, die bewußt oder unbewußt verheimlichen wollen, beobachtet man oft ein sehr charakteristisches Drumherumreden. Ein Kranker, nach seinen früher zugegebenen Stimmen gefragt, antwortete: „Solange man lebt, hört man Stimmen, es kann sich da leicht eine irrtümliche Annahme herausbilden; der Ausdruck: man hört Stimmen, ist eigentlich ein juristischer Ausdruck. Ich habe ja anfangs manches gehört, aber als ich ein halbes Jahr in der Anstalt war, bin ich zu der Überzeugung gekommen, daß von Stimmenhören im populären Sinne keine Rede sein kann.“ Allgemeine Wendungen sind dann manchmal das einzige, was man zu hören bekommt: „Das weniger“, „da kann ich nichts Gewisses sagen“, „da stimmt was nicht, das will ich Ihnen sagen“, „mein Feind? Das hat man so im allgemeinen gehört“, „wenn ich so sein soll, dann will ich auch mal sagen.“ —

Der Geisteskranke, wie er außerhalb der Anstalt in der menschlichen Gesellschaft lebt, pflegt nicht zuerst durch die Symptome aufzufallen, die uns nachher die wichtigsten und charakteristischen Elementarsymptome (z. B. subjektive Erlebnisse) sind, sondern er fällt auf durch sein sozial bedeutsames Verhalten. Dies ist vom Standpunkt der psychologischen Analyse „äußerlich“. Muß nun aber auch eine Einteilung und Charakterisierung von Psychosen nach solchen äußerlichen Verhaltensweisen abgelehnt werden — diese Betrachtung ist der Psychopathologie in ihren Anfängen eigen —, so besteht doch dauernd die Notwendigkeit, diese sozial charakteristischen Verhaltensweisen für sich ins Auge zu fassen, zu charakterisieren und mit den gewonnenen Kenntnissen zu interpretieren und zu sondern.

Für die beobachtende Umgebung war immer der Inhalt der Betätigungen der Kranken das Auffallende, und auch die wissenschaftliche Psychiatrie ging zunächst von dieser Betrachtungsweise aus. Indem sie die inhaltlich charakterisierten Handlungsweisen benannte und als Krankheiten klassifizierte, schuf sie die berühmte Lehre von den Monomanien, die, als unfruchtbar und nur das Äußerliche treffend, bald verlassen wurde. Von den Namen dieser Lehre haben sich, besonders in Laienkreisen, noch manche lebendig erhalten: Kleptomanie, Pyromanie, Dipsomanie, Nymphomanie, Mordmonomanie usw.

Von den auffallenden Handlungen Kranker sind am wichtigsten die Wanderungen, der Selbstmord, Verbrechen und Nahrungsverweigerung. Große Wanderungen beobachtet man bei Paranoikern, die von Ort zu Ort ziehen, um sich den Verfolgungen zu entziehen, bei Verblödeten, die sich sozial nicht mehr anpassen können und vom Schicksal auf der Landstraße hin- und hergetrieben werden, bei Melancholischen, die in der Angst ziellos wandern, besonders aber in bestimmten Zuständen, den sogenannten Fuguezuständen<sup>1)</sup>.

Fuguezustände sind, nicht im Gefolge länger dauernder Erkrankungen, sondern plötzlich, meist ohne genügend verständlichen Zusammenhang mit

<sup>1)</sup> Heilbronner, Jahrb. f. Psychiatrie 23.

vorher bestehenden Seelenzuständen, auftretende Wanderungen. Sie werden planlos und ohne vorher bestimmtes Ziel unternommen. „Die Fugue-zustände lassen sich in der übergroßen Mehrzahl auffassen als die krankhafte Reaktion degenerativ veranlagter Individuen auf dysphorische Zustände. Diese dysphorischen Zustände können autochthone Verstimmungen sein; sie können aber auch durch an sich unbedeutende äußere Momente ausgelöst sein.

Die Tendenz zum Entweichen kann habituell werden und dann auf immer geringere Anlässe hin wirksam werden“ (Heilbronner).

Der Selbstmord<sup>1)</sup> entspringt aus der Angst, aus gänzlichem Lebensüberdruß und Verzweiflung bei Melancholischen, aus plötzlichen Impulsen bei Verblödungsprozessen. Nicht selten werden nur halb ernst gemeinte Selbstmorde ausgeführt — der Mensch sorgt dafür, daß ein günstiger Zufall ihn doch wieder rettet. Die meisten Selbstmorde werden nicht von Geisteskranken, sondern von abnorm Veranlagten (Psychopathen) ausgeführt. Die Selbstmorde der eigentlichen Geisteskranken zeichnen sich durch besondere Brutalität und Hartnäckigkeit im Falle des Mißlingens aus und sind daran oft schon erkennbar.

Bei schwer Geisteskranken kommen manchmal brutale Selbstverstümmelungen vor: Ausstechen des eigenen Auges, Abschneiden des Penis u. dgl.<sup>2)</sup>.

Die Nahrungsverweigerung<sup>3)</sup> entspringt aus verschiedenen psychologischen Quellen: bewußter Absicht, sich auf diese Weise das Leben zu nehmen; völligem Mangel an Appetit; Ekel vor dem Essen; Vergiftungsangst; Sperrung gegen alle Aufforderungen (die Kranken essen dann manchmal, wenn es niemand sieht); Hemmung alles Seelenlebens bis zum Stupor. — Andere Kranken essen im Gegenteil alles, Genießbares und Ungenießbares, sie stecken, was sie finden in den Mund, essen Kot, trinken Urin.

Öfters begründen Kranke nachträglich ihre Nahrungsverweigerung. Z. B.: „Ich spüre meinen physischen Körper nicht mehr und halte mich für ein vergeistigtes Wesen, das von Luft und Liebe lebt . . .“ „Ich habe kein Bedürfnis mehr zu essen, ich erwarte das Paradies, wo man sich von Früchten nähren wird. In späterer Zeit erregt das Essen meine Abneigung, weil ich es für Menschenfleisch oder lebende Tiere halte, die sich vor meinen Augen bewegen“ (Gruhle).

Über die zahlreichen Verbrechen, die durch Geistesranke und Psychopathen begangen werden, orientieren eingehend die kriminalpsychologischen Lehrbücher<sup>4)</sup>.

Der verfolgte Paranoiker verfaßt nicht nur Zeitungsannoncen, Flugschriften, erstattet nicht nur Anzeigen bei der Staatsanwaltschaft, sondern schreitet auch zur Selbsthilfe in Mordtaten, er schreibt nicht nur Liebesbriefe an hohe Persönlichkeiten, sondern macht auf der Straße auch tätliche Angriffe auf die vermeint-

1) Gaupp: Über den Selbstmord, München 1910. Hübner: Über den Selbstmord, Jena 1910. Pfeiffer: Über den Selbstmord, Jena 1912. Eulenburg: Kinder- und Jugend-Selbstmorde, Halle 1914. — Wassermeyer: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 50. 1912. Mendel: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 33. 1913. S. 310.

2) Freymuth: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 51 S. 260. Flügge: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 11 S. 184.

3) Krueger: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 69. 1912. S. 326.

4) v. Krafft-Ebing: Gerichtliche Psychopathologie. Cramer: Gerichtliche Psychiatrie. Hoche: Handbuch d. gerichtl. Psychiatrie, 2. Aufl.

liche Geliebte. Der verzweifelte Melancholiker begeht Familienmord und Selbstmord. Der Kranke im Dämmerzustande wird aus plötzlichen Wahneinfällen oder infolge zufälliger Reize gewalttätig usw.

Wohnung, Kleidung und Einrichtung der Umgebung sind eine Ausstrahlung menschlichen Wesens, sofern sie unwillkürlich oder bewußt von ihm verändert werden. Davon ist bei Kranken in unserer Zeit wenig mehr sichtbar. In den Anstalten mit glatten Wänden und hyperhygienischen Einrichtungen, wo alles kahl und kalt, unpersönlich und fremd wirkt, ist dafür kein Raum. In abgelegenen Pflegeanstalten kann man aber wohl noch sehen, wie eigenartig und liebevoll die Kranken in manchen chronischen Zuständen sich ihre Umwelt formen, wie Sammlungen, eigentümlicher Schmuck, kuriose Ordnungen entstehen; hier kann man auch sehen, wie sehr manche Kranke an dieser ihrer Welt hängen, wie ihr Glück von dem Besitz eines eigenen kleinen Zimmers abhängig ist.

Viele einzelne Verhaltensweisen sind einfach zu benennen: Nägeln kauen, Zerstörungstrieb (Zerreißen aller Wäsche), Sammeltrieb usw.

Aus Benehmen und Handlungen, die immer wiederkehren, setzt sich die Lebensführung des Kranken zusammen, aus ihnen entspringt sein Verhalten zu den Menschen, zu Beruf und Familie. Sammeln wir das Material zum Lebenslauf eines Kranken, so können wir meistens deutlich erkennen, ob es sich bei ihm um die Entwicklung einer gleichbleibenden Anlage handelt, oder ob sich von einem bestimmten Jahre an eine Veränderung im ganzen Verhalten zeigt.

Sofern das Schicksal zu einem guten Teil auch von den selbstgeschaffenen vielfach einzelnen und kleinen Umständen abhängt, ist es mehr, als man gemeinhin zu denken geneigt ist, charakteristisch auch für die Art eines Menschen. Selbst die großen Glücksfälle sind manchmal durch die Einstellung des Menschen verstehbar, der sofort eine Wendung seines Geschickes erfährt, wo alle anderen unberührt vorbeigegangen wären. In diesem Sinne suchen wir auch das Schicksal eines Menschen zu einem Teil aus ihm selber zu verstehen.

Zum Schluß sei der Freudschen Deutungen der Handlungen als Symbole gedacht, die gelegentlich eine gewisse Evidenz gewinnen mögen<sup>1)</sup>. Als Beispiele für diese Auffassungsweise aus psychopathologischem Gebiet mögen solche von Kielholz<sup>2)</sup> dienen:

Ein älter werdendes Mädchen stiehlt dem Gemeinderat des Heimatdorfes einen jungen Stier, ein Paar Soldatenhosen — Symbole für ihr erotisches Begehren. — Ein Soldat stiehlt nachts einem Zimmerkameraden Geldbeutel mit Schlüsseln aus der Hose, nachdem er am Abend vorher diesem in der Gunstbewerbung um eine Kellnerin unterlegen war — Symbol für den Wunsch, den Kameraden seiner erotischen Potenz zu berauben.

<sup>1)</sup> Freud: Zur Psychologie des Alltagslebens (über Vergessen, Versprechen, Verspeisen, Aberglaube und Irrtum). 5. Auflage. Berlin, Karger 1917.

<sup>2)</sup> Kielholz: Symbolische Diebstähle. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 55 S. 304.

## Viertes Kapitel.

# Die Zusammenhänge des Seelenlebens: I. Die verständlichen Zusammenhänge.

In den beiden ersten Kapiteln, der Phänomenologie und der objektiven Psychopathologie, haben wir gleichsam die Elemente unserer Wissenschaft kennen gelernt. Wir lernten die einzelnen konkreten Formen, Tatbestände oder Vorgänge kennen, die wir uns entweder als wirklich erlebte seelische, subjektive Gegebenheiten anschaulich vergegenwärtigen konnten (Phänomenologie), oder die wir als sinnlich greifbare Leistungen, Symptome des Seelischen objektiv fassen konnten (objektive Psychopathologie). Im Vordergrund unseres Interesses stand damit die reine Beschreibung. Überall begannen aber die Fragen: woher kommt diese Erscheinung? mit welcher anderen steht sie in Zusammenhang? Den Zusammenhängen des Seelischen werden wir uns nun zuwenden. Weite Gebiete unserer Wissenschaft sind bisher allein der Beschreibung zugänglich, und wir können auf Fragen nach Zusammenhängen allzu oft noch keine Antwort geben. Was wir bisher wissen, suchen wir hier zur Darstellung zu bringen. Dabei werden wir eine ebenso prinzipielle Scheidung vornehmen müssen, wie die zwischen der subjektiven Psychopathologie (Phänomenologie) und der objektiven Psychopathologie es ist. 1. Durch Hineinversetzen in Seelisches verstehen wir genetisch, wie Seelisches aus Seelischem hervorgeht. 2. Durch objektive Verknüpfung mehrerer Elemente zu Regelmäßigkeiten auf Grund wiederholter Erfahrungen erklären wir kausal. Das Verstehen von Seelischem aus anderem Seelischem nennt man auch psychologisches Erklären, und die naturwissenschaftlichen Forscher, die es nur mit sinnlich Wahrnehmbarem und mit kausalen Erklärungen zu tun haben, äußern eine begriffliche und berechtigte Abneigung gegen das psychologische Erklären, wenn es irgendwo ihre Arbeit ersetzen soll. Man hat die verständlichen Zusammenhänge des Seelischen auch Kausalität von innen genannt und damit den unüberbrückbaren Abgrund bezeichnet, der zwischen diesen nur gleichnisweise kausal zu nennenden und den echten kausalen Zusammenhängen, der Kausalität von außen, besteht. Von den verständlichen Zusammenhängen handeln wir in diesem vierten Kapitel, von den kausalen Zusammenhängen im nächsten, dem fünften Kapitel. Vorher erscheint es jedoch notwendig, über die prinzipielle

Trennung dieser beiden Gebiete wie über ihre Beziehungen zueinander uns methodologisch klar zu werden<sup>1)</sup>.

In der Naturwissenschaft suchen wir nur eine Art vom Zusammenhängen zu erfassen: Kausalzusammenhänge. Wir suchen durch Beobachtungen, durch Experiment oder durch Sammeln vieler Fälle, Regeln des Geschehens zu finden. Auf höherer Stufe finden wir Gesetze und erreichen in manchen Gebieten der Physik und Chemie das Ideal, diese Kausalgesetze in Kausalgleichungen mathematisch zum Ausdruck bringen zu können. Dieselben Ziele verfolgen wir auch in der Psychopathologie. Wir finden einzelne Kausalzusammenhänge, deren Regelmäßigkeit wir noch nicht einmal erkennen können (z. B. zwischen Augenerkrankungen und Halluzinationen). Wir finden Regeln (z. B. die Regel der gleichartigen Vererbung: wenn Krankheiten der Gruppe des manisch-depressiven Irreseins in einer Familie vorkommen, so kommen in derselben Familie sehr selten solche aus der Dementia-praecox-Gruppe vor und umgekehrt). Wir finden aber nur selten Gesetze (z. B.: keine Paralyse ohne Syphilis), und niemals können wir Kausalgleichungen wie die Physik und Chemie aufstellen. Dies würde eine völlige Quantifizierung der untersuchten Vorgänge voraussetzen, die beim Seelischen, das seinem Wesen nach immer qualitativ

<sup>1)</sup> Vgl. zum folgenden meinen Aufsatz: Kausale und verständliche Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 14. 1913. S. 158. Über das Verstehen sind eine Reihe kritischer methodologischer Arbeiten erschienen: L. Binswanger: Intern. Zeitschr. f. Psychoanalyse 1. 1913. S. 383. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 26 S. 586ff. van der Hoop: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 68. 1921. S. 9. — Auch die beiden Bücher von Kronfeld und Binswanger enthalten eingehende Erörterungen darüber und gegen meine Aufstellungen: A. Kronfeld: Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis I. Berlin, Julius Springer 1920. L. Binswanger: Einführung in die Probleme der allgemeinen Psychologie, Berlin, Julius Springer 1922. — Methodologische Erörterungen haben m. E. Sinn entweder wenn sie zugleich an einem konkreten Material durchgeführt und in ihrer Auswirkung gezeigt werden (so habe ich selbst methodologische Betrachtungen bisher immer nur angestellt nach konkreten Untersuchungen und unter gleichzeitiger Mitteilung der für das Material gestaltenden Bedeutung), oder wenn sie aus dem Ganzen einer philosophischen Weltanschauung kommen. (Diese Form der Mitteilung hoffe ich später einmal zu leisten.) Jedoch hängen bloße „Argumente“ ohne anschauliche und greifbare Beziehung entweder auf konkrete Untersuchungen und Materialdarstellungen oder eine philosophische Weltanschauung m. E. in der Luft, sind der Natur der Sache nach endlos zu häufen, haben kein Ergebnis, interessieren, wie mir scheint, höchstens als Sammlung von Gedankenmöglichkeiten, deren Wichtigkeit und Wert noch durch jene zweifache Beziehung zu prüfen ist. — Übrigens ist das Buch von Binswanger ein eleganter, angenehm lesbarer kritischer Bericht über letzte begriffliche Voraussetzungen psychologischen Denkens, wie sie von „Fachphilosophen“ erörtert sind, z. B. den Begriff des Psychischen und dergleichen, darum in der Tat als Einführung zu empfehlen. Jedoch bleibt es so sehr in den philosophischen Voraussetzungen, daß es noch kaum zur eigentlichen Methodologie kommt. Innerhalb dieser Grenze macht es die relevante Literatur bequem zugänglich. — Das Buch von Kronfeld ist von einem philosophischen Standpunkt aus geschrieben, aber vom Standpunkt der Friesschen Schule. Der Vorzug des Daseins eines philosophischen Standpunktes kommt auch in der gewählten unsystematischen Form und bei dem ermüdenden Stil des Denkens nicht recht zur Geltung.

bleibt, prinzipiell nie möglich ist, ohne den eigentlichen, nämlich den seelischen Untersuchungsgegenstand zu verlieren.

Während in der Naturwissenschaft nur Kausalzusammenhänge gefunden werden können, findet in der Psychologie das Erkennen noch in dem Erfassen einer ganz anderen Art von Zusammenhängen seine Befriedigung. Seelisches „geht“ aus Seelischem in einer für uns verständlichen Weise „hervor“. Der Angegriffene wird zornig und macht Abwehrhandlungen, der Betrogene wird mißtrauisch usw. Dieses Auseinanderhervorgehen des Seelischen aus Seelischem verstehen wir genetisch.

Das Wort „verstehen“ wird in einem sehr weiten Sinne gebraucht. Wir trennen zwei ganz verschiedene Bedeutungen auch terminologisch als statisches und genetisches Verstehen. Dem „statischen Verstehen“, dem „Sichvergegenwärtigen“ seelischer Zustände, dem „Sich-zur-Gegebenheit-Bringen“ seelischer Qualitäten gingen wir im Kapitel über Phänomenologie nach. Das genetische Verstehen, das Einfühlen, das Verstehen der seelischen Zusammenhänge, des seelischen Auseinander-Hervorgehens ist unsere Aufgabe in diesem vierten Kapitel. Die Worte „statisch“ und „genetisch“ setzen wir zum Worte „verstehen“ nur hinzu, wenn der Zusammenhang die Hervorhebung der Unterscheidung zur Vermeidung von Mißverständnissen erfordert. Sonst bedeutet „verstehen“ für sich allein je nach dem Zusammenhang in diesem Kapitel nur das genetische, im ersten Kapitel nur das statische Verstehen.

Die Evidenz des genetischen Verstehens ist etwas Letztes. Wenn Nietzsche uns überzeugend verständlich macht, wie aus dem Bewußtsein von Schwäche, Armseligkeit und Leiden moralischer Prinzipien, moralische Forderungen und Erlösungsreligion entspringen, weil die Seele auf diesem Umweg trotz ihrer Schwäche ihren Willen zur Macht befriedigen will, so erleben wir eine unmittelbare Evidenz, die wir nicht weiter zurückführen, nicht auf eine andere Evidenz gründen können. Auf solchen Evidenzerlebnissen gegenüber ganz unpersönlichen, losgelösten verständlichen Zusammenhängen baut sich alle verstehende Psychologie auf. Solche Evidenz wird aus Anlaß der Erfahrung gegenüber menschlichen Persönlichkeiten gewonnen, aber nicht durch Erfahrung, die sich wiederholt, induktiv bewiesen. Sie hat ihre Überzeugungskraft in sich selbst. Die Anerkennung dieser Evidenz ist Voraussetzung der verstehenden Psychologie, so wie die Anerkennung der Wahrnehmungsrealität und Kausalität Voraussetzung der Naturwissenschaft ist.

Die Evidenz eines verständlichen Zusammenhangs beweist noch nicht, daß dieser Zusammenhang nun auch in einem bestimmten Einzelfall wirklich sei, oder daß er überhaupt wirklich vorkomme. Wenn Nietzsche jenen überzeugend verständlichen Zusammenhang zwischen Bewußtsein der Schwäche und Moral auf den wirklichen einzelnen Vorgang der Entstehung des Christentums überträgt, so kann diese Übertragung auf den Einzelfall falsch sein, trotz der Richtigkeit des generellen (idealtypischen) Verstehens jenes Zusammenhangs. Das Urteil über die Wirklichkeit eines verständlichen Zusammenhangs im Einzelfall beruht nicht allein auf der Evidenz desselben, sondern vor allem auf dem objektiven Material greifbarer Anhaltspunkte (sprachliche Inhalte, geistige Schöpfungen aller Art,

Handlungen, Lebensführung, Ausdrucksbewegungen), die einzeln verstanden werden, aber immer in gewissem Maße unvollständig bleiben. Alles Verstehen einzelner wirklicher Vorgänge bleibt daher mehr oder weniger ein Deuten, das nur in seltenen Fällen relativ hohe Grade der Vollständigkeit erreichen kann. Wir verstehen, soweit uns die objektiven Daten der Ausdrucksbewegungen, Handlungen, sprachlichen Äußerungen, Selbstschilderungen usw. im einzelnen Fall dies Verstehen mehr oder weniger nahelegen. Zwar können wir losgelöst von aller konkreten Wirklichkeit einen seelischen Zusammenhang evident verständlich finden. Im wirklichen Einzelfalle aber können wir die Realität dieses verständlichen Zusammenhangs nur in dem Maße behaupten, als die objektiven Daten gegeben sind. Je weniger an Zahl diese objektiven Daten sind, je weniger zwingend sie das Verstehen in bestimmtem Sinne herausfordern oder begründen, desto mehr deuten, desto weniger verstehen wir. Die Verhältnisse werden am klarsten durch einen Vergleich des Verhaltens der Kausalregeln und der evident verständlichen Zusammenhänge zur Wirklichkeit. Kausalregeln sind eben Regeln, sind induktiv gewonnen, gipfeln in Theorien, die etwas der unmittelbar gegebenen Wirklichkeit zugrunde Liegendes denken. Unter sie wird ein Fall subsumiert. Genetisch verständliche Zusammenhänge sind idealtypische Zusammenhänge, sind in sich evident (nicht induktiv gewonnen), führen nicht zu Theorien, sondern sind ein Maßstab, an dem einzelne wirkliche Vorgänge gemessen und als mehr oder weniger verständlich erkannt werden. Fälschlicherweise treten verständliche Zusammenhänge als Regeln auf, indem die Häufigkeit des Vorkommens eines verständlichen Zusammenhangs konstatiert wird. Seine Evidenz wird dadurch jedoch in keiner Weise vermehrt; nicht er selbst, sondern seine Häufigkeit ist induktiv gefunden. Zum Beispiel ist die Häufigkeit des verständlichen Zusammenhangs zwischen Brotpreis und Diebstahl konstatiert. Die Häufigkeit des verständlichen Zusammenhangs zwischen Herbstwitterung und Selbstmord ist durch die Selbstmordkurve, die im Frühjahr am höchsten ist, gar nicht bestätigt, darum ist aber der verständliche Zusammenhang nicht falsch. Ein wirklicher Fall kann uns Anlaß werden zum Begreifen eines verständlichen Zusammenhangs, die Häufigkeit tut dann zur Vermehrung der einmal gewonnenen Evidenz nichts hinzu. Ihre Feststellung dient ganz anderen Interessen. Im Prinzip ist es durchaus denkbar, daß etwa ein Dichter verständliche Zusammenhänge überzeugend darstellt, die noch niemals vorgekommen sind. Sie sind unwirklich, besitzen aber ihre generelle Evidenz in idealtypischem Sinne. Man ist leicht voreilig, die Wirklichkeit eines verständlichen Zusammenhangs etwa dann zu behaupten, wenn er bloß diese generelle Evidenz hat. Wenn etwa Jung sagt, es sei „eine bekannte Sache, das es nicht allzuschwer ist, zu sehen, wo Zusammenhang ist und wo nicht“, so ist gerade das Umgekehrte richtig.

Das genetische Verstehen gliedert sich in Arten. Innerhalb des Verstehens machen wir eine prinzipielle Scheidung. Wenn für unser

Verstehen die Inhalte von Gedanken nach den Regeln der Logik einseitig auseinander hervorgehen, so verstehen wir diese Zusammenhänge rational. Wenn wir die Gedankeninhalte aber verstehen als entsprungen aus den Stimmungen, Wünschen und Befürchtungen des Denkenden, so verstehen wir erst eigentlich psychologisch oder einführend. Führt das rationale Verstehen immer nur zur Feststellung, daß ein rationaler, ganz ohne alle Psychologie verständlicher Zusammenhang Inhalt einer Seele war, so führt uns das einführende Verstehen in seelische Zusammenhänge selbst hinein. Ist das rationale Verstehen nur ein Hilfsmittel der Psychologie, so führt das einführende Verstehen zur Psychologie selbst.

Wir wiederholen noch einmal kurz die wichtigsten Begriffsunterscheidungen: 1. Statisches und genetisches Verstehen. Ersteres erfaßt die einzelnen seelischen Qualitäten und Zustände, wie sie sind, letzteres das Auseinanderhervorgehen von Seelischem aus Seelischem. — 2. Genetisches Verstehen und Erklären. Ersteres ist das subjektive, evidente Erfassen der seelischen Zusammenhänge von innen, soweit sie auf diese Weise erfaßbar sind, letzteres das objektive Aufzeigen von Zusammenhängen, Folgen, Regelmäßigkeiten, die unverständlich und nur kausal erklärbar sind. — 3. Rationales und einführendes Verstehen. Ersteres ist kein eigentlich psychologisches Verstehen, sondern ein bloß denkendes Verstehen der rationalen Inhalte, die ein Mensch hat, z. B. das Verstehen der logischen Zusammenhänge eines Wahnsystems. Das einführende Verstehen ist das eigentlich psychologische Verstehen des Seelischen selbst. — 4. Verstehen und Deuten. Von Verstehen sprechen wir in dem Maße, als das Verstandene durch Ausdrucksbewegungen, sprachliche Äußerungen, Handlungen seine volle Darstellung findet. Von Deuten sprechen wir, wenn nur spärliche Anhaltspunkte dazu dienen, schon früher sonst verstandene Zusammenhänge auf den vorliegenden Fall mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu übertragen.<sup>1)</sup>

Verständliche Zusammenhänge hat man oft finden wollen, ohne sich dabei klar zu sein, was man tat. Das hat zur Folge gehabt, daß vieles für verständlich erklärt wurde, das es gar nicht ist. Besonders die Behauptungen, die alle abnormen Phänomene aus Gefühlen ableiten, sind oft in die Irre gegangen. Wenn man mit dem Wort „Gefühl“ alles bezeichnet, was der Sprachgebrauch erlaubt, so ist allerdings immer etwas Richtiges daran. Aber dann besagt die Behauptung auch wenig, so, wenn man Zwangsvorstellungen auf Gefühle, Wahnideen auf Gefühle zurückführt. Ferner sollten Kleinheits-, Versündigungs-, Verarmungswahnideen rational verständlich aus einem depressiven Affekt entstehen; man nahm an, daß der depressive Kranke schließt, daß er durch irgend etwas

<sup>1)</sup> K. Schneider hat die Analyse des Verstehens treffend weiter geführt: Versuch über die Arten der Verständlichkeit, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 75. 1922. S. 323. Er unterscheidet Sinnzusammenhänge als objektive Zusammenhänge des Inhalts, die der Beobachter vielleicht nicht immer versteht, von den genetisch nacherlebbareren Zusammenhängen als denjenigen Sinneszusammenhängen, die der Beobachter versteht. Jedoch ist ihm genetisch nacherlebbar nicht nur der Sinnzusammenhang von Inhalt zu Inhalt, sondern auch die Form des Erlebens. Gerade diese Formen — z. B. daß ein Wahn auftritt und nicht eine verstehbare überwertige Idee — ist bei manchen Schizophrenen das allein Unverstehbare, während alle Inhalte in seltenen Fällen verstehbar bleiben können.



traurig sein muß. Oder man hat Verfolgungswahnideen auf den Affekt des Mißtrauens, Größenwahn auf euphorische Stimmung zurückführen wollen, ohne zu bedenken, daß man sich auf diese Weise wohl Irrtümer, überwertige Ideen, aber nie Wahnideen verständlich machen kann. Oder man führt schreckhafte Halluzinationen im Schlaf, Fieber und in Psychosen auf eine irgendwie sonst bedingte Angst zurück usw. In allen diesen Fällen, besonders in den letzten, liegen allerdings verständliche Zusammenhänge vor; jedoch lehren diese uns wohl eine Beziehung zwischen dem Inhalt des Wahns, der Sinnestäuschungen, der Zwangsvorstellungen und den vorhergehenden Affektzuständen und Erlebnissen, sie lehren aber nie, wie überhaupt Wahnideen, Sinnestäuschungen usw. auftreten konnten.

Der naheliegende Gedanke, das Psychische sei das Gebiet des Verstehens, das Physische das Gebiet des kausalen Erklärens, ist falsch. Es gibt keinen realen Vorgang, sei er physischer oder psychischer Natur, der nicht im Prinzip kausaler Erklärung zugänglich wäre; auch die psychischen Vorgänge können kausaler Erklärung unterworfen werden. Das kausale Erkennen findet nirgends seine Grenze. Überall fragen wir auch bei seelischen Vorgängen nach Ursachen und Wirkungen, nach Bedingungen. Das Verstehen dagegen findet überall Grenzen. Das Dasein der besonderen seelischen Anlagen, die Regeln von Erwerb und Verlust der Gedächtnisdispositionen, die Folge der seelischen Gesamtverfassung in der Reihe der Lebensalter, und alles übrige, das wir als Unterbau des Seelischen zusammenfassen können, ist Grenze für unser Verstehen. Jede Grenze des Verstehens ist ein neuer Anstoß zu kausaler Fragestellung, Im kausalpsychologischen Denken brauchen wir Elemente, die wir als Ursachen oder als Wirkungen eines Vorgangs ansehen, z. B. einen körperlichen Vorgang als Ursache, eine Halluzination als Wirkung. Um zur Bildung von Elementen kausaler Erklärungen zu dienen, rücken alle Begriffe der Phänomenologie und der verstehenden Psychologie in das Reich kausalen Denkens hinein. Phänomenologische Einheiten, z. B. eine Halluzination, eine Wahrnehmungsart, werden durch körperliche Vorgänge erklärt, verständliche Zusammenhänge komplizierter Art werden als Einheit angesehen, die — z. B. ein manischer Symptomenkomplex mit allen seinen Inhalten — als Wirkung eines Hirnprozesses oder als Wirkung einer gemütlichen Erschütterung, etwa des Todesfalles eines nahestehenden Menschen, sich erweisen. Selbst das unendliche Ganze der verständlichen Zusammenhänge in einem Individuum, das wir Persönlichkeit nennen, wird in kausaler Betrachtung unter Umständen als Einheit (als Element) angesehen, dessen kausale Genese etwa nach Vererbungsregeln untersucht wird. Immer müssen wir bei solchen kausalen Untersuchungen den phänomenologischen Einheiten oder den verständlichen Zusammenhängen etwas Außerbewußtes zugrunde liegend denken, und müssen so Begriffe von außerbewußten Dispositionen, Anlagen, seelischen Konstitutionen und außerbewußten Mechanismen verwenden. Diese Begriffe können jedoch in der Psychologie nicht zu allein herrschenden Theorien entwickelt werden, sondern werden für die jeweiligen Untersuchungszwecke, soweit sie sich als brauchbar erweisen, benutzt.

An die außerbewußten Mechanismen (andere Ausdrücke: Apparate, Maschinerien), an diesen Unterbau des Seelischen, ohne dessen intaktes Funktionieren verständliche Zusammenhänge niemals erlebt werden können, pflegen wir normalerweise gar nicht zu denken. Wir leben normalerweise ganz im genetischen Verstehen der seelischen Vorgänge, und wir haben um so weniger Anlaß, an die außerbewußten Mechanismen zu denken, als wir von ihnen direkt gar nichts wissen. Wenn aber die verständlichen Zusammenhänge im Laufe eine Krankheit sich vermindern oder auf eine ganz andere abnorme Weise, z. B. in körperlichen Folgen (z. B. Armlähmung durch seelische Vorgänge) auftreten, so denken wir an Veränderungen jener außerbewußten Mechanismen, wir denken uns abnorme Mechanismen hinzu, die uns dann eine vorläufige Erklärung für das Dasein jener abnormen verständlichen Zusammenhänge geben sollen. Die verständlichen Zusammenhänge zu eruieren, welche auf dem Grunde abnormer außerbewußter Mechanismen auftreten, ist eine wichtige Aufgabe der Psychopathologie, der wir im zweiten Abschnitt dieses Kapitels nähertreten. Diese Mechanismen selbst sind unserer Untersuchung unzugänglich. Unser genetisches Verstehen ist der einzige Weg, durch den überhaupt diese Tatbestände erfaßt werden können.

Den Begriff des seelischen Mechanismus als einer außerbewußten Bedingung seelischer Erscheinungen und seelischer Wirkungen auf körperliche Funktionen sich klar zu machen, ist für das Begreifen des abnormen Seelenlebens von fundamentaler Wichtigkeit. Diese Mechanismen sich körperlich oder physiologisch genauer vorzustellen, ist bisher unfruchtbar; sie sind ein rein psychologischer und theoretischer Hilfsbegriff, der uns zur Ordnung von Tatsachen dient (wie z. B. der hysterischen Tatsachen), die der rein somatisch orientierte Mediziner ebenso wie der intellektualistische Psychiater manchmal selbst in ihrer Existenz zu leugnen geneigt sind. Die Mechanismen selbst auf diesem Wege irgendwie zu untersuchen, ist unmöglich. Wir können nur die Arten der Verwirklichung psychologisch verständlicher Zusammenhänge beschreiben. Eine über die Benutzung des außerbewußten Mechanismus als eines ganz allgemeinen Hilfsbegriffs hinausgehende detaillierte Konstruktion außerbewußter Mechanismen ist nie beweisbar und hat sich, soviel ich bis jetzt erfahren habe, noch nie als fruchtbar erwiesen. Die Freudschen Forschungen sind, soweit sie solche Konstruktionen des außerbewußten Geschehens sind — und das sind sie zum großen Teil, besonders in der Traumdeutung —, aller Kritik wehrlos preisgegeben, soweit sie die Verwirklichung verständlicher Zusammenhänge evident beschreiben (manche Symbolisierungen, Verdrängungen usw.) geben sie gelegentlich überraschende Einsichten.

Jedes Verstehen, sofern es ein wirkliches seelisches Geschehen trifft, deutet selbstverständlich auf einen kausalen Zusammenhang. Dieser ist aber erstens nur auf dem Wege des Verstehens zugänglich; es ist zweitens unfruchtbar und spielerisch, ihn näher auszudenken und durch Außerbewußtes zu konstruieren (vgl. auch das Kapitel über Theorien), solange dadurch keine Anhaltspunkte gegeben werden, exakte empirische Feststellungen auf einem andern Wege als dem des Verstehens zu machen. Dann allerdings würden wichtige, nicht triviale, sondern durch Forschung erst zu entdeckende und zu beweisende Kausalzusammenhänge gefunden. Es ist richtig, wenn man sagt, daß ein seelischer Kausalzusammenhang gleichzeitig einfühlend nacherlebt werde. Aber das ist eben eine Trivialität, die zum Fehler wird, wenn das bloße Ausdenken außerbewußter Mechanismen allein auf dem Wege nachfühlenden Verstehens als ein steriles Spiel die Folge ist. Allzuviel solchen billigen Spiels findet sich in der Literatur.

Außerbewußte Mechanismen sind dem bewußten seelischen Leben hinzugedacht, sie sind prinzipiell außerbewußt, als solche nicht verifizierbar, sind immer theoretisch. Wir werden daher über den allgemeinen Begriff derselben zu einer detaillierten Konstruktion nur in den Ausnahmefällen übergehen, wo eine solche zur Ordnung der Tatsachen in zwingender Weise brauchbar ist (vgl. z. B. später den Begriff der Abspaltung). Dringen diese Begriffe, wenn auch nur theoretisch, ins Außerbewußte vor, so bleiben doch Phänomenologie wie verstehende Psychopathologie im Bewußtsein. Es ist aber nie endgültig klar, wo für diese Betrachtungsweisen die Grenzen des Bewußtseins liegen. Sie gewinnen vielmehr, immer über die jeweiligen Grenzen vordringend, weiter an Boden. Die Phänomenologie beschreibt vorher gänzlich unbemerkte Weisen seelischen Daseins, und die verstehende Psychologie begreift bis dahin unbemerkte seelische Zusammenhänge, so wenn sie z. B. gewisse moralische Anschauungen als Reaktionsbildungen auf das Bewußtsein von Schwäche, Ohnmacht und Armseligkeit begreift. So erlebt es jeder Psychologe bei sich selbst, daß sich sein seelisches Leben zunehmend erhellt, daß Unbemerktes ihm bewußt wird, und daß er nie an die letzte Grenze gelangt. Es ist durchaus falsch, wenn dies Unbewußte, das durch Phänomenologie und verstehende Psychologie aus Unbemerktem zu Gewußtem gemacht wird, mit dem echten Unbewußten, dem prinzipiell Außerbewußten, nie Bemerkbaren zusammengeworfen wird. Das Unbewußte als Unbemerktes ist tatsächlich erlebt. Das Unbewußte als Außerbewußtes ist nicht tatsächlich erlebt. Wir tun gut, das Unbewußte im ersteren Sinne auch gewöhnlich unbemerkt, das Unbewußte im zweiten Sinne außerbewußt zu nennen.

Von jeher war es die Aufgabe aller Psychologie, Unbemerktes ins Bewußtsein zu erheben. Die Evidenz solcher Einsichten erhielt sich immer dadurch, daß jeder andere dasselbe als wirklich erlebt unter günstigen Umständen ebenfalls bemerken konnte. Nun gibt es eine Reihe von Tatsachen, die wir nicht aus nachträglich zu bemerkenden wirklich erlebten Vorgängen verstehen können, die wir aber doch zu verstehen meinen. Zum Beispiel ist von Charcot und Möbius das Zusammentreffen der Ausbreitung hysterischer Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen mit den groben physiologisch-anatomischen Vorstellungen des befallenen Kranken betont und daraus verstanden worden. Man konnte aber nicht als Ausgangspunkt der Störung eine solche Vorstellung wirklich nachweisen — abgesehen vom Fall der Suggestion —, sondern verstand die Störung, als ob sie durch einen bewußten Vorgang bedingt wäre. Ob es sich in diesen Fällen nun wirklich um diese Genese handelt, wengleich die Aufklärung unbemerkter, aber wirklicher seelischer Vorgänge ausbleibt, oder ob es sich nur um eine treffende Charakteristik bestimmter Symptome durch eine Fiktion handelt, das steht dahin. Freud, der solche „als ob verstandene“ Phänomene in großer Menge beschrieben hat, vergleicht seine Tätigkeit mit der eines Archäologen, der aus einer Reihe von Bruchstücken aus vergangenen Zeiten menschliche Geistestätig-

keit deutet. Der große Unterschied ist nur der, daß der Archäologe deutet, was einmal wirklich da war, während bei dem „als ob Verstehen“ das wirkliche Dasein des Verstandenen gänzlich dahingestellt bleibt.

Der verstehenden Psychologie stehen also zwar große Ausdehnungsmöglichkeiten dadurch offen, daß sie Unbemerktens zum Bewußtsein erhebt. Ob sie dagegen durch ein „als ob Verstehen“ auch in Außerbewußtes dringen kann, muß immer zweifelhaft bleiben. Ob die Fiktion des „als ob Verstehens“ sich zur Charakterisierung gewisser Phänomene als brauchbar erweist, ist eine Frage, die nicht generell, sondern nur für den Einzelfall entschieden werden kann.

An den Grenzen des Reiches des seelisch Verständlichen haben wir drei Sphären gefunden, die nicht genetisch verständlich, sondern Voraussetzung für alles Verstehen sind. Als Letztes, Unableitbares sehen wir die genetisch unverständlichen, nur statisch zur Vergegenwärtigung zu bringenden phänomenologischen Gegebenheiten. Bei allen seelisch verstehbaren Zusammenhängen sind zweitens Inhalte, vor allem rationale, erlebt, die selbst nicht psychologisch sind, aber deren Verständnis Voraussetzung für das seelische Verstehen ist. Schließlich müssen wir überall drittens als Bedingung in der Wirklichkeit außerbewußte Mechanismen hinzudenken. Gleichsam in der Mitte zwischen diesen drei Reichen liegt der Gegenstand des psychologischen Verstehens. Man könnte entgegen alltäglich geübtem praktischen Verfahren die Existenz des psychologischen Verstehens leugnen und behaupten, es gebe nur jene Phänomene, Inhalte und außerbewußten Mechanismen. Man versuche es zur Probe, mit diesen drei Gebieten auszukommen. Es fiele das Allermeiste des psychologischen Sehens und Denkens fort und es würde fast unmöglich sein, von diesen dreien zu reden, ohne mit genetisch verstehender Psychologie doch wieder dazwischen zu kommen. Wohl aber ließe sich sagen, daß die verstehende Psychologie immer nur auf der Schneide zwischen jenen drei unendlichen Reichen stehe, und zwar so, daß von verstehender Psychologie nie „rein“ die Rede sein kann, weil sie sich immer in Beziehung zu jenen drei Sphären sieht, daß aber auch „rein“ von jenen Sphären, wenn sie vollständig zur Darstellung kommen sollen, nicht geredet werden kann. Immer ist, wenn wir genetisch verständliche Zusammenhänge schildern 1. etwas phänomenologisch Letztes dabei, 2. ein außerbewußter Mechanismus unvermeidlich hinzugedacht, 3. irgendein Inhalt ganz unpsychologischer Art, des verstehbar ist auf außerpsychologische Weise, vorausgesetzt. Jedoch auch umgekehrt läßt sich 1. von rationalen Inhalten kaum reden, ohne Psychologisches gelegentlich durchschlüpfen zu lassen, 2. phänomenologisch kaum etwas beschreiben, ohne alsbald auf verständliche Zusammenhänge zu kommen, 3. von außerbewußten Mechanismen nicht reden, ohne fortdauernde Voraussetzung des Verstehbaren und Verstandenen, das an seinen Grenzen diese Mechanismen erst gefordert hat. Das Verfahren des verstehenden Psychologen ist demnach: Er geht aus von einer verstehenden Gesamtintuition. Diese wird zer-

legt und geprüft, nacheinander werden Inhalte, Phänomene und Mechanismen des verstehbaren Ganzen geklärt. Schließlich wird auf dieser gegliederten Basis das bereicherte Verständnis des Zusammenhangs wieder aufgebaut. Einem konkreten Fall gegenüber wird dieses Verfahren immer wiederholt, wieder verworfen und durch intensives Sammeln objektiver Daten in Wechselwirkung von immer neuer Gesamtanschauung mit immer erneuter Zergliederung Einsicht gewonnen.

Wenn uns jetzt der prinzipielle Unterschied von verständlichen und bloß kausalen Zusammenhängen klar ist, können wir uns auch leicht über den Sinn einer vielgebräuchlichen Unterscheidung verständigen, die Unterscheidung von primären und sekundären Krankheitssymptomen. Die Vieldeutigkeit des Sinnes hat hier zu manchen Mißverständnissen geführt. Wir ordnen:

1. Primär ist das unmittelbare, für das Verstehen nicht weiter zurückführbar Gegebene, z. B. die Triebanlagen, sekundär das aus dem Gegebenen für uns einfühlbar verständlich Hervorgehende, z. B. die Symbolisierung eines Triebes (Katzenliebe statt versagter Kinderliebe). So ist primär das Wahnerleben, Halluzinieren, sekundär durch das rationale Arbeit gewonnene Wahnsystem, die ganz begreifliche Empörung über den Inhalt der Wahnerfahrung, der „Erklärungswahn“ (Wernicke) (Verarbeitung einzelner krankhafter Vorgänge durch die gesunde Psyche).

2. Primär ist das durch den Krankheitsvorgang direkt Verursachte, sekundär die mit dem Defekt verständlich zusammenhängenden anderen Symptome. Primär ist z. B. die Merkfähigkeitsstörung beim Korsakoffschen Symptomenkomplex, sekundär die notwendig dadurch entstehende Orientierungsstörung. Primär ist die sensorische Aphasie, sekundär die aus der Situation den sensorisch Aphasischen im Gegensatz etwa zum motorisch Aphasischen entspringende relativ sehr große Störung in allen Beziehungen zu anderen Menschen (Pick): er erscheint in seiner gesamten Intelligenz gestört, weil er die Umgebung nicht recht begreifen kann, sich nicht ordentlich orientiert, während der motorisch Aphasische abgesehen von seiner expressiven Sprachstörung viel weniger defekt erscheint, da er sich gut orientieren und andere Wege finden kann, sich verständlich zu machen.

3. Unter den uns direkt zugänglichen Symptomen sind primär die unmittelbar durch den Krankheitsvorgang verursachten, sekundär die aus einer gleichzeitig hervorgerufenen, supponierten allgemeinen seelischen Veränderung in Wechselwirkung mit dem Milieu entstehenden Symptome. So ist primär Benommenheitszustand, epileptiformer Anfall, Kopfweh, sekundär mancher in Reaktion auf ein Erlebnis eintretende akute schizophrene Wahnsinn (Bleuler), der eine eigenartige Reaktion der schizophrenen Seelenverfassung ist, die — selbst nur indirekt faßbar und beschreibbar — neben den primären Symptomen als Folge des physisch zu denkenden Krankheitsprozesses entstanden ist (Verarbeitung der normalen Reize der Außenwelt durch die kranke Psyche).

4. Primär ist das durch den Krankheitsvorgang direkt Verursachte, sekundär das durch diese ersten Wirkungen weiter Verursachte. Unter den Alkoholwirkungen ist primär der Rausch bzw. die ihm zugrunde liegende körperliche Veränderung, sekundär die dauernde seelische Veränderung des chronischen Alkoholikers, weiter sekundär das Delirium, die Alkoholhalluzinose, der Korsakoff. In diesem Sinne wird die Unterscheidung seltener gebraucht.

Schließlich hat man mit primär — sekundär rein zeitliche Verhältnisse — zuerst auftretend — später auftretend — verstanden, die besser mit diesen Worten selbst benannt werden. —

Eine besondere Bedeutung hat der Gegensatz primär-sekundär in der Gegenüberstellung von direkten Krankheitswirkungen und Kompensationserscheinungen<sup>1)</sup>. Um uns hier nicht zu verwirren, müssen wir den fundamen-

1) Anton: Über den Wiederersatz der Funktion bei Erkrankungen des Gehirns. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 19 S. 1.

talen Unterschied der kausalen und verständlichen Zusammenhänge im Auge behalten. Der lebende Organismus pflegt auf alle Störungen und Zerstörungen mit Veränderungen seiner Funktionen zu reagieren, die für den Fortbestand des Lebens unter den geänderten Bedingungen zweckmäßig sind. Bei solchen Vorgängen spricht man von Ersatzerscheinungen, von Selbstregulierung, von Kompensation. Im einzelnen studiert hat man diese Dinge an rein neurologischen, die Psychopathologie nur sekundär interessierenden Erscheinungen:

Am eklatantesten ist das Experiment Ewalds: nach der Exstirpation eines Labyrinthes treten beim Hunde Störungen der Körperhaltung und Bewegung auf. Diese Störungen verschwinden nach einigen Wochen. Erfolgt dann die Exstirpation des anderen Labyrinths, werden die Störungen von neuem, nur noch schwerer, hervorgerufen. Nach einigen Monaten ist wieder alles gut. Jetzt wird auf der einen Großhirnhemisphäre die Beinregion abgetragen. Die gewöhnlichen Störungen verschwinden wieder nach einigen Wochen. Wird nun aber auch die andere Beinregion abgetragen, treten alle früheren Symptome stürmisch wieder auf und gehen nie mehr zurück. Die noch gebliebenen geringen Fähigkeiten zur Bewegung verschwinden sofort gänzlich, wenn nun auch noch die Augen verbunden werden — Hier sind nacheinander das andere Labyrinth, die Region der Bewegungs- und Lageempfindungen des Großhirns und die Gesichtsempfindungen für die Statik und Dynamik eingetreten, bis alle Kompensationsmöglichkeiten erschöpft waren.

Bei organischen Hirnkrankheiten findet z. B. nach Hemiplegie, nach Aphasien häufig eine gute Kompensation statt. Daß es aber nur eine Kompensation ist, und daß die Defekte latent, verschleiert fortbestehen, beweisen die sofort heftig werdenden Störungen bei größeren Anforderungen, bei Affekten, die schnelle Ermüdung, die Verlangsamung der Funktion.

Bei der Wiederherstellung gestörter Funktionen handelt es sich entweder um eine Art Neuschöpfung, indem bis dahin ruhende Gebiete die betreffenden Funktionen entwickeln (bei niederen Tieren auch ein morphologisch erkennbares Wiederwachsen erfolgt), oder es handelt sich um jene Kompensation, indem andere Funktionen, die früher wohl mitwirkten, jetzt allein die Arbeit übernehmen.

Hiermit vergleichbar sind die psychischen Kompensationen bei Fehlen ganzer Sinnesgebiete. Helen Keller vermochte es trotz ihrer gänzlichen Blindheit und Taubheit allein mit dem Sinnesmaterial des Tastsinns sich die Kultur eines modernen Menschen anzueignen und ein vollwertiges Seelenleben zu entwickeln. Vielleicht gehört zu den psychischen Kompensationen auch das Auftreten mancher Kontrastercheinungen (auf optischem Gebiete; bei den Affekten: nach tiefem Schmerz kontrastierende unverständliche Lustigkeit usw.). Um etwas gänzlich anderes aber handelt es sich bei „verständlichen“ seelischen Zusammenhängen:

„Es gibt eine Feigheit des Nervösen, die einen tief begründeten Selbstschutz bedeutet. Er gerät in Schlawfrheit und Apathie, wo er Zornesaffekte zu bewältigen hat; er lebt sich in Blasiertheit und Teilnahmslosigkeit hinein, wo die menschliche Mitempfindung ihn aus der Fassung zu bringen droht; er vermeidet Gedankenkomplexe, die mit starker Gefühlsbetonung einhergehen; er meidet das Aktuelle, das Wichtige und lenkt sich ab auf Nebensächlichkeiten.“ (Anton.)

Wenn man solche genetisch uns verständliche und unmittelbar evidente Zusammenhänge als Kompensation für eine „Schwäche“ auffaßt, so kann das nur einen rein bildlichen Sinn haben. Mit allen vorher aufgezählten Kompensationen haben solche Zusammenhänge, die mit ganz anderen Mitteln und mit ganz anderen Erkenntniszielen untersucht werden, nichts zu tun. Dabei ist auch noch zweifelhaft, ob sie überhaupt im biologischen Sinne zweckmäßig sind. Irgendwelche fehlenden Funktionen werden nicht ersetzt, sondern nur eine subjektive Verminderung von Unlustgefühlen erzielt, die biologisch vielleicht sogar schädlich ist.

\* \* \*

Die verstehende Psychopathologie hat zwei Aufgaben. Sie will unser Verständnis auf ganz ungewöhnliche, uns ganz fernliegende und auf den ersten Blick vielleicht ganz unbegreifliche Zusammenhänge (z. B. sexuelle Perversionen, triebhafte Grausamkeit usw.) ausdehnen. Sie will zweitens die an sich überall gleichen verständlichen Zusammenhänge in den durch abnorme Mechanismen bedingten Seelenzuständen (z. B. hysterischen Reaktionen) erkennen. Im ersteren Falle handelt es sich um das Verstehen von etwas, was im Reiche des Verständlichen selbst als pathologisch gewertet wird. Der Wichtigkeitsakzent liegt auf dem Phänomenologischen und den besonderen Inhaltsbildungen. Im zweiten Falle handelt es sich um die Erkenntnis abnormer Verwirklichungen an sich nicht ungewöhnlicher verständlicher Zusammenhänge. Der Akzent liegt auf den abnormen außerbewußten Mechanismen. Diese werden nur auf dem Wege des Verstehens zugänglich. Es handelt sich in der allgemeinen Psychopathologie wesentlich um diesen zweiten Fall. Daher ist das Abnorme in diesem Kapitel meist das Unverständliche, das an den Grenzen des Verständlichen von uns hinzugedacht oder als Grund der besonderen Erscheinung des Verständlichen gedacht wird.

Für alle verstehende Psychologie ist festzuhalten, daß bei aller Evidenz verständlicher Zusammenhänge im allgemeinen die Anwendung auf den individuellen Fall nie zu bewiesenen, sondern nur zu wahrscheinlichen Resultaten führt. Sie ist auch aus allgemeinen Kenntnissen her nicht mechanisch anzuwenden, sondern bedarf immer von neuem persönlicher Intuition. „Die Deutung ist eben nur in den Prinzipien eine Wissenschaft, in ihrer Anwendung ist sie eine Kunst“ (Bleuler).

Wir ordnen nunmehr den Stoff der verstehenden Psychopathologie in folgender Weise. Im ersten Abschnitt handeln wir von verständlichen Zusammenhängen überhaupt; im zweiten Abschnitt von verständlichen Zusammenhängen bei abnormen Mechanismen. Im dritten Abschnitt werden wir einen einzelnen, besonders wichtigen verständlichen Zusammenhang betrachten, die Selbstreflexion des Kranken, die Stellungnahme des Kranken zur Krankheit.

#### Abschnitt 1.

### Verständliche Zusammenhänge.

Jedermann kennt eine Menge selbstverständlicher Zusammenhänge im Seelenleben, die ihm seine Lebenserfahrung lehrte (nicht bloß durch häufige Wiederholung, sondern ebensogut durch die Verständlichkeit eines einzelnen wirklichen Falles, der ihm aufgegangen ist). Mit ihnen operieren wir alle bei der Analyse psychopathischer Persönlichkeiten und solcher Psychosen, die eine teilweise „psychologische Erklärung“ noch immer herausfordern. Je reicher an verstehenden Erkenntnissen jemand ist, desto feiner und richtiger werden ihm solche

Analysen mit „psychologischer Erklärung“ gelingen. Nirgends, weder in der Normalpsychologie noch in der Psychopathologie hat man, sei es weil es unmöglich oder weil es zu schwierig ist, diese verstehende Psychologie zusammenhängend und systematisch bearbeitet. Das Beste findet sich, umrankt von Lebensweisheiten, philosophischen Betrachtungen und charakterologischen Wertungen in den Schriften der bedeutenden philosophischen Essayisten<sup>1)</sup>. Die eigene Erfahrung wird durch solche Bücher wie durch die indirekte Erfahrung bei der Lektüre von Biographien und mancher der bedeutenden psychologischen Romane gefördert. Auf seiten der Psychopathologie ist es eine durchaus wertvolle und selbständige Aufgabe, seltenere und abnorme verständliche Zusammenhänge in der Darstellung konkreter Einzelfälle zur eindringlichen Vergegenwärtigung zu bringen. Diese Aufgabe ist gänzlich unabhängig von naturwissenschaftlichen und kausalen Kenntnissen. Sie ist nicht oft, und noch seltener in sorgfältiger und eindringender Weise in Angriff genommen. Die allgemeine Neigung, immer kausale und naturwissenschaftliche Erkenntnisse als die einzigen anzusehen, brachte die Selbständigkeit dieser Forschung nie zu klarem Bewußtsein und verfälschte sowohl durch Hineintragen „psychologischen Erklärens“ die objektive Forschung, wie durch im naturwissenschaftlichen Sinne theoretische Konstruktionen das reine Verstehen. Wertvolles ist auf dem Gebiete des abnormen Geschlechtslebens und bei der gutachtlichen Darstellung einzelner Kriminalfälle geleistet. Ist es so in der Psychopathologie vorläufig noch hauptsächlich die Aufgabe der speziellen Psychiatrie, in der Schilderung von Psychopathien uns besondere verständliche Zusammenhänge im Triebleben, im wertenden Erleben und Handeln bewußt zu machen, so gibt es doch einzelne allgemeine verständliche Zusammenhänge, die mehr zufällig herausgeholt und häufiger bemerkt worden sind. Es besteht die Aufgabe einer umfassenden verstehenden Psychologie, die in der Psychopathologie nur Anwendung findet, nicht hier ihre Quelle hat. Wir zählen einige Zusammenhänge beispielsweise auf:

1. Es ist die Grundsituation des Menschen, ein einzelnes endliches Wesen zu sein und doch einem Allgemeinen und Ganzen gegenüberzustehen. Er sieht sich mit seiner individuellen Willkür einem Allgemeingültigen gegenüber, mit seiner Besonderheit dem Allgemeinmenschlichen, mit seiner Freiheit der natürlichen Notwendigkeit, mit seiner Persönlichkeit dem Staat, der Organisation, der Gesellschaft unterworfen. Überall lebt er in diesen Spannungen und kann wechselweise das Individuelle, Einzelne oder das Ganze, Allgemeine akzentuieren, wenn er nicht in irrationalen Synthesen lebendige Gestalten der Existenz schafft. Diese Spannungen werden uns sichtbar in dem Konflikt des Einzelnen mit der Wirklichkeit. Man kann den Idealtyp eines Wesens vorstellen, das in sich ge-

<sup>1)</sup> Nach einigen Vorläufern im Altertum (Theophrasts Charaktere) sind hervorragend die Franzosen Montaigne, Pascal, Labruyère, Laroche-foucauld, Vauvenargues, Chamfort. Durchaus einzig und die größten von allen verstehenden Psychologen sigd Nietzsche und Kierkegaard.



geschlossen, sich selbst genug ist, das in sich befriedigt ohne Bedürfnis lebt, von außen etwas zu erhalten, weil es in unendlicher Fülle durch eigene Existenz ist. Mit einem Teil seines Wesens strebt der Mensch nach solchem Ideal; er ist aber zugleich das Gegenteil: ganz abhängig von außen. Denn er hat Bedürfnisse, die nur von außen her Befriedigung finden, und Triebe, die Verwirklichung in der Welt suchen. Das Leben besteht darin, in Kollisionen, Hemmungen und Beschränkungen den Prozeß der Verwirklichung immer wieder in Gestaltung und Anpassung zu finden. Das Leben findet aber auch immer Möglichkeiten, die Wirklichkeit zu ignorieren. Der Mensch ist vor die Wahl der Wirklichkeitsdurchdringung oder Wirklichkeitsverleugnung in zahllosen Einzelsituationen und im Ganzen gestellt. Denn in der Abwendung von der Wirklichkeit gibt es Ersatz, gibt es Befriedigung und Fülle in folgenden Richtungen:

a) Statt versagter Wirklichkeit werden andere selbstgeschaffene Inhalte Gegenstand der Befriedigung. Montaigne schrieb schon: „Plutarch sagt in betreff der Leute, welche ihre Gefühle an Meerkatzen und kleine Hündchen verschwenden, daß das in uns wesende verliebte Element in Ermangelung eines gemäßen Objektes sich lieber ein derart falsches und eitles ausheckt, als daß es müßig bliebe. So sehen wir die Seele sich lieber in ihren Leidenschaften selber betrügen und sich sogar wider den eigenen Glauben ein unsinniges und eingebildetes Objekt erfinden, als daß sie sich jeglicher Regung und jeglichen Zieles begäbe. . . . Woran halten wir uns nicht, zu Recht oder zu Unrecht, um etwas zu haben, daran wir unsere Wut auslassen können?“ Die Gegenstände sind nicht selbst gemeint, sondern sie sind Symbole für etwas anderes. Das Aufsuchen der ursprünglichen Triebregungen und Gemütsbewegungen, die sich in mannigfacher Art hinter solchen sekundären Vorgängen verschleiern, diese Rückführung der Symbole auf die eigentlichen Seelenvorgänge gehört zu den notwendigsten Wegen, um durch die verständlichen Zusammenhänge zum eigentlichen Menschen zu dringen.

Man flüchtet sich aus der Wirklichkeit in Phantasien, die leicht und reich herbeizaubern, was schwer und fragmentarisch wäre, wenn es verwirklicht werden sollte. Die Phantasien stehen z. T. in Beziehung, direkt oder symbolisch, zu den Wünschen, Hemmungen, Mängeln der individuellen Existenz und schaffen, wenn sie auch unreal sind, eine Erleichterung. Bleuler nennt dieses Sicheinkapseln in eine isolierte, egozentrische Welt „autistisches Denken“. Die Psychoanalytiker haben diese Zusammenhänge manchmal treffend verstanden<sup>1)</sup>. Inhalte der phantasierenden Sehnsucht sind z. B. die Kindheit, fremde Welten, metaphysische Heimat. Das Entscheidende ist die Tendenz, sich von den Konflikten und Aufgaben der Gegenwart abzuwenden. Diese Seite der Wirkung von Metaphysik, spekulativer Philosophie, Dichtung, daß sie den Menschen seiner realen persönlichen Existenz

<sup>1)</sup> Vgl. z. B. Freud: Kleine Schriften 2 S. 138ff. Pfister: Psychoanalytische Methode 127, 263, 314 usw.

zugunsten eines phantastischen Zerfließens berauben, hat am tiefsten Kierkegaard erfaßt.

b) Diese Arten von irrealer subjektiver Befriedigung, die zunächst nur Spiel sind, können zu subjektiver Verwirklichung ihrer Inhalte führen, eine Umsetzung, die auf einen nicht mehr verstehbaren abnormen Mechanismus zurückgeführt werden muß. Dahin gehören die hysterischen Verwirklichungen (in körperlichen und seelischen Phänomenen), die Entwicklung der Lüge zu selbst geglaubten Inhalten (*Pseudologia phantastica*), der Aufbau der wahnhaften Welten in schizophrenen Prozessen.

c) Im normalen, verstehbaren Seelenleben kommt es nicht zu solchen Umsetzungen, aber das Spiel führt oft zu Selbsttäuschungen. Diese sind zwar jederzeit korrigierbar, aber doch im verstehbaren Vergessen peinlicher Dinge oder Verpflichtungen, in einem halbbewußten, jedenfalls subjektiv bemerkbarem Sicherleichten durch illusionäre Umdeutungen in fließenden Übergängen zu hysterischem Verhalten. Dagegen wirkt ein Wirklichkeits-, Wahrhaftigkeits- und Echtheitsstreben. Der Mensch will sich durchsichtig werden. Dieses Streben bringt ihn wieder zur Wirklichkeit zurück, wenn es nicht bei voller Klarheit in Trotz zu Isolierung und Neinsagen führt.

2. Das Seelenleben und seine Inhalte sind zerspalten in Gegensätze. Durch Gegensätze aber hängt wieder alles zusammen. Vorstellungen rufen Gegenvorstellungen, Tendenzen Gegentendenzen, Gefühle Kontrastgefühle wach. Traurigkeit schlägt irgendwann ganz spontan oder bei geringfügigen, inadäquaten Anlässen in Lustigkeit um. Eine Neigung, die der Mensch nicht bejaht, führt zu übertriebener Betonung einer entgegengesetzten Strebung. Überall im Seelischen muß das Verstehen den Gegensätzlichkeiten nachgehen, braucht aber darum nicht einer flachen, billigen, boshaften „Gegensatzpsychologie“ zu folgen, wie man sie gelegentlich bei Psychoanalytikern wahrnehmen kann. Normalerweise entspringen aus Gegensätzen in der Seele volle Vereinheitlichungen, sei es durch klare, entschiedene Wahl oder durch übergreifende Synthese. Abnormerweise aber verselbständigt sich eine Tendenz, ohne daß Gegenwirkung überhaupt zur Geltung kam, oder es entsteht keine Vereinheitlichung, oder es gewinnt überall gerade die Gegentendenz besondere Selbständigkeit. Beispiele sind etwa: Für die Verselbständigung einer Tendenz: Suggestionenphänomene und ihre in erstarrter Form auftretende Abart der Befehlsautomatie, der Echolalie und Echopraxie: die Kranken strecken auf Befehl die Zunge aus, auch wenn sie wissen, daß hineingestochen werden soll, sie machen sinnlos Bewegungen nach, sprechen Fragen einfach nach. — Für das Ausbleiben der Vereinheitlichung: Entschlußunfähigkeit, Unfähigkeit irgendwo zum Ende zu kommen, etwas fertig zu machen bei Psychasthenischen; die zugleich positive und negative Affektbetonung desselben Gegenstandes, die Bleuler Ambivalenz nennt; diese führt im normalen Seelenleben entweder zu klarer Wahl oder zu einem komplizierten synthetischen Aufbau; schizophrene Kranke können in ungeschiedener und unverbundener Gleichzeitigkeit dasselbe zugleich

hassen und lieben, zugleich für richtig und falsch halten, so daß sie z. B. bei richtiger Orientierung gleichzeitig an einer wahnhaften mit Überzeugung festhalten. — Für die Verselbständigung der Gegen-tendenz: Negativismus: die Kranken widerstreben gegen alles oder tun direkt das Gegenteil; sie gehen zum Abort, verrichten ihr Bedürfnis aber nebenan; sie sollen essen und tun es gerade nicht, nehmen aber gern anderen Kranken ihr Essen weg; in klassischen Fällen geht ein Kranker, aufgefordert vorwärts zu gehen, rückwärts; eine Kranke, die bei strömendem Regen in den Garten trat, sagte: die Sonne sticht und strahlt; Kraepelin deutete in diesem Sinne gewisse stuporöse Zustände, in denen er Ansätze zu Bewegungen bemerkte, als durch Gegenantriebe bedingte Sperrung, im Gegensatz zur einfachen Hemmung des seelischen Geschehens und damit auch der motorischen Äußerungen; Stimmen sagen dem Kranken manchmal das Gegenteil von dem was sie meinen, dann bedeutet z. B. der Zuruf „Bravo“, daß der Kranke das Betreffende nicht hätte tun sollen<sup>1)</sup>. —

3. Einer der großen Gegensätze im seelischen Leben ist der Gegensatz von willkürlichem Handeln und unwillkürlichem Werden, von Wille (Aktivität) und Erleben, Geschehen (Passivität). Aller Reichtum, alle Fülle, alles Wesentliche, aller Inhalt der Seele hängt ab von den Anlagen, die außerhalb des Willens liegen (Begabungen, Triebe, Gefühlsanlagen, Eindrucksfähigkeiten usw.). Der Wille kann nur begrenzen, auswählen, hemmen, anregen. Das Seelische ohne Willen würde wachsen und sich entfalten gleichsam wie unbeseeltes Leben, ziellos, unbewußt, wirr. Der Wille kann ohne die Fülle, die er anregen oder hemmen mag, nichts erreichen; er würde gleichsam wie ein leerer Mechanismus klappern. Der Einfluß des Willens erstreckt sich — individuell sehr verschieden — weit über die bewußten Vorgänge hinaus. Der Mensch kann z. B. absichtlich zu einer bestimmten Stunde aufwachen und absichtlich einschlafen.

Die willkürliche Einwirkung des Willens auf den Körper hat drei Arten: 1. Die direkte Wirkung der Willkür, z. B. in Bewegungen, in der Unterdrückung von Schmerzäußerungen, im Simulieren einer Lähmung. — 2. Die indirekte Wirkung der Willkür: man bringt sich in traurige Stimmung, so daß man dadurch weint, Herzbeschleunigung bekommt. — 3. Wirkung der Willkür ohne daß die Mittel dem Bewußtsein auffindbar sind: durch bloße Vorstellung, Gefühlsbetonung und Willenseinstellung. So reicht die suggestive Wirkung viel weiter als die direkt willkürliche. Aber diese autosuggestive Wirkung selbst ist durch den Willen in Gang zu bringen und zu leiten.

Es ist ein Zeichen gesunden Seelenlebens, wenn das Wechselverhältnis zwischen Absicht und bloßem Geschehen intakt ist. In dem Maße als das unwillkürliche Geschehen autonom wird, und der Wille seinen Einfluß auf dasselbe einbüßt, fragen wir nach den Ursachen der als krank bewerteten Phänomene. Ist der Wille und sein Einfluß vorhanden, aber sind die von ihm zu bewegendem und hemmenden see-

<sup>1)</sup> Psychologisch grundlegend für die Psychologie des Gegensatzes ist Lipps: Vom Fühlen, Wollen und Denken, II. Aufl. Leipzig 1907. In der Psychopathologie: Bleuler, Groß, Freud: vgl. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1903 Nr. 26; 1906 Nr. 37, 38; 1910 Nr. 1; Jahrb. f. Psychanalyse 2, 3. Bleuler: Die Schizophrenie, S. 153 ff.

lischen Anlagen gering, so sprechen wir von seelisch armen Menschen, aber diese Menschen erscheinen uns gesund. Die Einwirkungen des Seelischen auf den Körper, die wir als hysterische kennen, sind dann unmöglich als krank zu bezeichnen, wenn sie völlig in Händen des Willens sind:

Wir hatten Gelegenheit, eine Spiritistenfamilie in einem Dorfe zu beobachten. Einer der Söhne hatte eines Tages die spiritistische Lehre von auswärts mitgebracht. Die Ungläubigen versuchten es. Bald konnte der eine, dann der andere „automatisch schreiben“. Schließlich gelang allen außer der Mutter irgend etwas. Sie glaubten nun in Verbindung mit verstorbenen Freunden und Verwandten zu stehen und hielten regelmäßig in einem nur hierfür benutzten Zimmer ihre Sitzungen ab. Bei einer solchen Sitzung konnten wir Traumtänze, Krämpfe mit sinnlosen und sinnvollen abgebrochenen Worten, automatisches Schreiben beobachten. Alles wurde von den Leuten als hervorgerufen durch die abgeschiedenen Seelen aufgefaßt. Die Schreie des in Krämpfen Liegenden waren Äußerungen der Geister. Die Phänomene unterschieden sich in nichts von hysterischen Phänomenen, aber sie traten nur auf, wenn die Leute es wollten, wenn sie sich absichtlich zu diesem Zwecke in das Zimmer zu einer Sitzung begaben. Sie hielten sich, da sie im Leben von gar keinen hysterischen Erscheinungen gestört wurden, für gesund. Wie das absichtliche Einschlafen mehr oder weniger gut, je nach der Disposition, gelingt, so waren auch die „Erscheinungen“ bei den spiritistischen Sitzungen einmal besser, einmal schlechter zu erreichen. Mehrere Mitglieder der Familie sind aber später hysterisch erkrankt.

Je weiter das Gebiet für die Wirkungsmöglichkeiten des Willens reicht, je mehr seelisches oder körperliches Geschehen er anregen kann, für desto reicher beanlagt werden wir den Menschen halten. Das Wechselverhältnis zwischen Wille und Unwillkürlichem kann nun in doppelter Weise gestört sein: 1. Der Wille fühlt sich übermannt, fühlt sich machtlos gegenüber dem unwillkürlichen Geschehen. Der Gesunde gibt sich an alle die unabsichtlich auftauchenden Möglichkeiten inneren Erlebens hin. Aber selbst in der Hingabe bis zur Ekstase verliert er nur für Momente seinen Einfluß. Die Herrschaft des Unwillkürlichen wird erlebt in den zahllosen krankhaften Erscheinungen, die durch die ursprüngliche Konstitution oder durch neu auftretende Prozesse bedingt werden. 2. Der Wille beeinflußt wohl die unwillkürlichen Vorgänge, aber er kann sie nicht nach seiner Absicht lenken, sondern greift störend ein in ihren spontaner Weise zweckmäßigen und geordneten Ablauf. Anstatt z. B. Schlaf zu bewirken, befördert er die Schlaflosigkeit. Die volle Konzentration der Aufmerksamkeit auf eine Leistung stört gerade deren Zustandekommen. Unwillkürlich und automatisch würde vieles besser gelingen. Diese Menschen leiden besonders an der „peinlichen Apperzeption des Augenblicks“: wo sie auch sind, und was sie auch tun, sobald sie ihre bewußte Absicht mitwirken lassen, geraten sie in Verwirrung und können willkürlich gar nichts, während sie allein im Sichgehenlassen auf der ihnen möglichen Höhe sind.

4. Die Entwicklung der Triebe, Leidenschaften, Wertungen und Anschauungen. Bei der Analyse menschlicher Strebungen und Wünsche kommen wir auf eine unerschöpfliche Menge ursprünglicher, qualitativ eigenartiger, nicht zurückführbarer Triebanlagen.

Oft sind die Triebe des Menschen beschrieben und systematisch geordnet worden. Folgende Gesichtspunkte der Unterscheidung sind möglich: Den Trieben aus Überschuß an Kraft stehen solche aus Leere gegenüber, dem Entladungsbedürfnis ein Erfüllungsbedürfnis. Es gibt Triebe, die der Tendenz nach jederzeit ansprechbar sind; und es gibt solche, die ihrem Wesen nach periodisch sind, die gesättigt werden und dann langsam wieder wachsen. Manche Triebe stellen ein gleichbleibendes Bedürfnis dar, dessen Befriedigung nur wiederholbar ist, die keiner weiteren Entwicklung fähig sind, die vollständig — wenn auch nur für den Augenblick — zu sättigen sind; und es gibt Triebe, die mit jeder neuen Befriedigung anders werden, die sich differenzieren und steigern, die sich entwickeln, die nie vollständig zu sättigen sind, bei denen mit der Sättigung der Hunger steigt statt sinkt. Schließlich lassen sich formale und inhaltliche Triebe trennen. Inhaltliche Triebe können ihrem Wesen nach nie leer sein, während formale Triebe sowohl als leere Kräfte wie erfüllt durch bestimmte Inhalte vorkommen. Inhaltliche Triebe sind von einfacher Qualität, die formalen Triebe sind in Gegensatzpaare angeordnet, jedem Trieb entspricht hier ein Gegentrieb (Machtwille — Unterwerfungswille, Liebe — Haß, Herdeninstinkt — Individualwille, Lustbedürfnis — Unlustbedürfnis, dionysischer — apollinischer Trieb usw.).

Unter zahllosen Möglichkeiten erscheint folgende Gruppierung, unter Bevorzugung des mehr Inhaltlichen, als eine brauchbare gegenüber der Neigung der Freudschen Schule, unter den ursprünglichen Triebanlagen eigentlich nur die Gruppe der sexuellen übrig zu lassen: Erste Gruppe: Sinnliche Triebe. Sexualtrieb, Hunger, Durst. Zweite Gruppe: Trieb nach Macht, Geltung (Wille zur Macht, Herrschsucht, Habgier, Ehrgeiz; es herrscht der Gegensatz von Kraftgefühl und Schwächegefühl). Diese beiden ersten Gruppen kann man zusammenfassen als vitale Triebe, ihrem Effekt nach als Triebe zur Lebenserhaltung und Lebenssteigerung, zur Selbst- und Arterhaltung. Ihnen steht gegenüber die dritte Gruppe der geistigen Triebe: Triebe zum Erfassen und zur Hingabe an die absoluten Werte, seien es religiöse, ethische, Wahrheits-, ästhetische Werte. Die Untersuchung der Wertreiche, die Begründung ihrer vom subjektiven Erleben unabhängigen Geltung ist vielleicht eine Aufgabe der Philosophie. Es besteht die psychologische Tatsache eines ursprünglichen, qualitativ eigenartigen, gegenüber den beiden früheren Gruppen eminent mannigfaltigen und reichen Erlebens in der Hingabe an diese Werte, eines triebhaften Sehens im Falle des Mangels, eines mit jeder anderen Lust unvergleichlichen Glücks im Falle der Erfüllung. Es ist für das Bild, das uns eine Menge von Menschen gibt, ausschlaggebend, daß diese ganze dritte Gruppe in der Erscheinung des Lebens vieler Individuen gegenüber den beiden ersten Gruppen stark zurücktritt, wenn auch selten in einem Menschen gänzlich fehlt.

Um die Erscheinungsweise und Entwicklung des Trieblebens zu verstehen, muß man sich in den Reichtum konkreter Fälle hineinversetzen, eine Aufgabe der speziellen Psychiatrie. An Generellem sind hierbei folgende Zusammenhänge erkannt: 1. Es kommen bei einem Menschen durchaus nicht alle möglichen Triebe zur Entwicklung. Zum Teil muß das auf seine Anlage, zum Teil auf das Milieu zurückgeführt werden. Wir verstehen aus dem Milieu, wie einzelne Triebe besonders entwickelt werden; aus dem Schicksal die Entstehung von Leidenschaften und Suchten (durch Gewöhnung im Laufe der Entwicklung eines Triebes). Was uns hierbei unverständlich bleibt, schieben wir auf die Anlage, die insofern den Grenzbegriff für die jeweiligen Möglichkeiten des Verstehens bildet. — 2. Durchaus nicht alle Strebungen entspringen einem ursprünglichen, echten Triebe. Wie müssen vielmehr die echten, primären Triebregungen von Verhüllungen, Ersatzbildungen, unechten Triebregungen unterscheiden. Das hat folgenden, schon dargelegten, hier noch einmal angewandten

verständlichen Zusammenhang: Die reale Umwelt hindert oft — irgendwie bei jedem Menschen — die Triebbefriedigung. Wie jede Triebbefriedigung irgendeine Art von Lust, bringt jede Hinderung daran eine Unlust mit sich. Der Mensch will Lust. Verweigert die Wirklichkeit ihm die reale Triebbefriedigung, so sucht die Seele auf unbemerkte — aber im Moment der Entstehung solcher Vorgänge im Prinzip vom Subjekt immer bemerkbarer Weise — auf einem Umweg doch zur Befriedigung zu kommen. Da die reale Befriedigung unmöglich ist, gelingt das nur durch eine Täuschung, und so entsteht die Unzahl unechter, illusionärer Befriedigungen, entsteht die unbemerkte Unehrllichkeit der menschlichen Natur. Einige wenige Fälle aus diesem unerschöpflichen Gebiete der vom Individuum nicht bemerkten Verlogenheit zählen wir auf. Die erste Möglichkeit ist, daß die Wirklichkeit einfach für das Bewußtsein ausgeschaltet wird. Man glaubt das, was man wünscht, sei wirklich, das Unerwünschte sei nicht wirklich. So wird die Mehrzahl der Urteile der Menschen verfälscht. In einer Reihe von Psychosen, sogenannten reaktiven Psychosen, gewinnt man den Eindruck, daß auf der Basis einer abnormen Konstitution durch die Psychose eine Flucht aus der Wirklichkeit erzielt werde (Schopenhauer, Freud, Bleuler), die wegen des Mangels an Triebbefriedigungen dem Menschen unerträglich geworden ist. Eine andere Möglichkeit ist, daß ein nicht befriedigter Trieb einen fremden Gegenstand zum Symbol nimmt und eine, wenn auch andersartige, schwache, so doch erträgliche Befriedigung gewinnt. Nicht selten werden infolge unbefriedigter Triebe der beiden ersten Triebgruppen Gegenstände der dritten Gruppe zum Symbol genommen. Dann werden diese Triebe nicht echt, ursprünglich, sondern nur zum Schein erlebt, was sich nicht nur in der andersartigen subjektiven Erlebnisweise, sondern auch in dem äußerlichen Umstände zeigt, daß die betreffenden Menschen, sobald die Möglichkeit der echten Triebbefriedigung gegeben ist, ihre unechte Begeisterung für andere Werte verlieren. Schließlich gibt es auf diesem Wege eine Verschiebung des Werterlebens, eine „Verfälschung der Werttafeln“ (Nietzsche), um dem Armen die Realität erträglich zu gestalten. Diese Verschiebung der Wertungen durch armselige, schwache, ohnmächtige Menschen, die aus ihrer Schwäche eine Stärke, z. B. in gewissen moralischen Wertungen, und so ihr Dasein erträglich machen, verstand Nietzsche aus dem Ressentiment gegen die positiven Werte anderer Menschen, der Reichen, Edlen, Kraftvollen. Scheler<sup>1)</sup> hat diese Zusammenhänge, diese täuschende Verschiebung der Wertungen, in ausgezeichneter Weise analysiert.

5. Die Beziehung der Menschen untereinander ist ein an verstehbaren Zusammenhängen reiches Gebilde. Erstreben von Geltung und Macht, Sichsichselbstgewißwerden im Spiegel der anderen, die Abhängigkeit der Existenz vom Zuschauer; dann alle Arten der Liebe, die in Kommunikation Substanz suchenden Kräfte, die die geistige

<sup>1)</sup> Max Scheler: Über Ressentiment und moralisches Werturteil, Zeitschr. f. Pathopsychologie 1. 1912. S. 268.

Entwicklung bedingen, das sind einige Beispiele. Eine der Beziehungen von Mensch zu Mensch, die für den Nervenarzt ganz persönlich wichtig wird, ist die von Freud beschriebene „Übertragung“ von verehrenden, liebenden aber auch feindseligen Regungen auf den Arzt. Ohne die Zurückführung auf infantile Sexualität mitmachen zu müssen, darf man hier eine treffende Einsicht anerkennen. In psychotherapeutischer Behandlung ist die Übertragung eine gefährliche Klippe. Mancher Arzt sonnt sich gern in der überlegenen Position, die ihm von den Kranken aufoktroiyert wird, und das Streben manches anderen, alle diese Übertragungen, dieses Unterwerfen und Sichabhängigmachen, diese Einseitigkeit erotisch gefärbter Beziehung fortzuschaffen, um das allein erwünschte Verhältnis der verstehenden Kommunikation auf gleichem Niveau herzustellen, scheitert an den elementaren Bedürfnissen der Kranken, die einen geliebten Heiland wollen.

\*            \*            \*

Wenn verständliche Zusammenhänge in einem Menschen wirksam werden, so sind außerbewußte Mechanismen in Funktion, wie Gewöhnung, Gedächtnis, Nachwirkung, Ermüdung usw. Außer solchen gibt es noch andere Mechanismen, die durch die verstehbaren seelischen Erschütterungen in Bewegung gesetzt werden, nur durch solches Verstehen auffaßbar sind und auch selbst, wenn man nicht genau scheidet, einen Schimmer des Verständlichen haben. Ein Beispiel sind Nietzsches Einsichten über solche Mechanismen:

Die Triebe wirken sich, wenn es möglich ist, einfach widerstandslos aus. Diesem Auswirken stellen sich Widerstände entgegen. „Alle Instinkte, welche sich nicht nach außen entladen, wenden sich nach innen . . . Die ganze innere Welt, ursprünglich dünn zwischen zwei Häute eingespannt, ist in dem Maße auseinander- und aufgegangen, hat Tiefe, Breite, Höhe bekommen, als die Entladung des Menschen nach außen gehemmt worden ist.“ Solche Hemmung kommt aus der realen Situation oder durch aktive Unterdrückung. In beiden Fällen wirken sich die gehemmten Triebe in veränderter Gestalt aus und zwar:

1. Durch Aufsuchung inadäquater, jedenfalls anderer Inhalte, durch Befriedigung in Verkleidungen und Symbolen. „Die meisten Triebe“ — mit Ausnahme des Hungers — geben sich „mit erträumter Speise zufrieden“.

2. Durch Entladung entstehender Spannungen, Verstimmungen auf inadäquatem Wege. „Auch die Seele muß ihre bestimmten Kloaken haben, wohin sie ihren Unrat abfließen läßt: dazu dienen Personen, Verhältnisse, Stände oder das Vaterland oder die Welt.“ „Die bösen Reden Anderer über uns gelten oft nicht eigentlich uns, sondern sind die Äußerungen eines Ärgers, einer Verstimmung aus ganz anderen Gründen.“ „Wer mit sich unzufrieden ist, ist fortwährend bereit, sich dafür zu rächen; wir anderen werden sein Opfer sein.“ „Begabte Menschen, die aber träge sind, werden immer etwas gereizt erscheinen, wenn einer ihrer Freunde mit einer tüchtigen Arbeit fertig geworden ist. Nur Eifersucht ist rege, sie schämen sich ihrer Faulheit. In dieser Stimmung kritisieren sie das neue Werk — und ihre Kritik wird zur Rache, zum höchsten Befremden des Urhebers.“ Eine besondere Art der Entladung ist die Beichte: „der Mensch, der ‚sich mitteilt‘, wird sich selber los; und wer ‚bekannt‘ hat, vergißt“.

3. Durch einen Vorgang, den Nietzsche Sublimierung nennt. Es gibt „streng gefaßt, weder ein unegoistisches Handeln, noch ein völlig interesseloses Anschauen, es sind beides nur Sublimierungen, bei denen das Grundelement ver-

flüchtig erscheint und nur noch für die feinste Beobachtung sich als vorhanden erweist“. Nietzsche spricht von „Menschen der sublimierten Geschlechtlichkeit“. „Manche Triebe, zum Beispiel der Geschlechtstrieb, sind großer Verfeinerung durch den Intellekt fähig (Menschenliebe, Anbetung von Maria und Heiligen, künstlerische Schwärmerei; Plato meint, die Liebe zur Erkenntnis und Philosophie sei ein sublimierter Geschlechtstrieb). Daneben bleibt seine alte direkte Wirkung bestehen.“ „Grad und Art der Geschlechtlichkeit eines Menschen reicht bis in die letzten Gipfel seines Geistes hinauf.“

Man versteht ohne weiteres, daß bei mangelnder realer Befriedigung ein Ersatz gesucht und vorgestellt wird; daß aber eine wirkliche Ersatzbefriedigung erlebt wird, daß eine Umsetzung wirklich stattfindet, erfordert einen außerbewußten Vorgang. Insbesondere ist die Sublimierung, ist auch die wirkliche Erleichterung durch Beichte auf etwas Nichtbewußtes zurückzuführen. Solche Mechanismen werden durch die verständlichen Zusammenhänge selbst in Funktion gesetzt. Anders ist es beim Traum, der auf bisher unerklärliche Weise ohne verstehbar zu sein, entsteht, dessen Inhalte aber deutbar sind. Es ist die Frage, ob in den Traumhalten bloß ein zufälliges Chaos vorliegt, oder eine vollständige Determiniertheit im Sinne der Verstehbarkeit. Freuds Traumdeutung setzt das Letztere voraus. Vielleicht sind beide Extreme falsch, vielleicht ist ein Verstehen, auch relevanter Art, möglich, nicht bloß die triviale Beziehung der Traum-inhalte auf die Erlebnisse der letzten Zeit. Jedenfalls ist das Verstehen solcher Inhalte etwas anderes, als wenn das Verständliche selbst die Mechanismen in Bewegung setzt, so daß reale Folgen in der seelischen Verfassung eintreten.

Dem Traum entsprechen psychotische Zustände, dem Verstehen von Traumgehalten das Verstehen psychotischer Inhalte. Den normalen Mechanismen aber entsprechen abnorme Mechanismen: die Umsetzungen durch seelische Erlebnisse sind maßlos oder ganz neuer Art. Hier sind die Grenzen natürlich fließend. Als normal gilt der Idealtypus: daß in der verstehbaren Persönlichkeit Zusammenhang erhalten bleibt, daß die Möglichkeit der Durchleuchtung in der Selbstreflexion, der Verknüpfung mit dem Bewußtsein besteht, und daß dauernd der Bewußtseinszustand besonnen und beherrschbar ist.

Woher die abnormen Mechanismen kommen, das bleibt auch dann eine kausale Frage, wenn sie durch seelische Erregungen als mitwirkenden kausalen Faktor in Funktion getreten sind. Man führt sie auf besondere abnorme Veranlagung, auf Hirnprozesse usw. zurück. Man spricht auch von psychischen Ursachen im engeren Sinne, wenn eine ungewöhnliche seelische Erschütterung die Mechanismen mit gebildet hat, wozu allerdings immer eine Prädisposition hinzuzudenken ist, die aber ohne jene Erschütterung nie zur Geltung gekommen wäre.

Beide Arten der Verstehbarkeit im Abnormen, das bloße Verstehen der Inhalte und das Verstehen der Umsetzungen durch seelische Erlebnisse, sind nun konkret darzustellen.



## Abschnitt 2.

**Verständliche Zusammenhänge bei abnormen Mechanismen.****A. Verstehbare Inhalte in psychotischen Zuständen und im Traum.**

Die psychotischen Inhalte sind zunächst ganz allgemeinmenschlich ohne Beziehung zu einer individuellen Persönlichkeit zu betrachten. Frühzeitig hat man die Inhalte der Wahnideen als das Nächstliegende staunend gesammelt und klassifiziert. Diese Inhalte springen durch Mannigfaltigkeit, Phantastik, Ungeheuerlichkeit immer in die Augen. Man hat in früheren Zeiten (Guislain) die Sinnlosigkeit begangen, jeden besonderen Wahninhalt als besondere Krankheit aufzufassen und zu benennen, ohne zu bemerken, daß diese Benennungen, ohne der Erkenntnis irgend etwas zu lehren, bis ins Unendliche fortgesetzt werden können. Jedoch gibt es auch an den Inhalten gewisse allgemeine Züge, die immer wiederkehren und sogar bei längerer Erfahrung der ganzen Mannigfaltigkeit wieder einen merkwürdig einförmigen Zug geben. Drei Quellen solcher allgemeinen, immer wiederkehrenden Züge gibt es: erstens psychologische Bedingungen, die allgemeinen menschlichen Triebe, Wünsche und Befürchtungen; zweitens die historischen Bedingungen, die jederzeit ihre besonderen Inhalte geben, deren sich der Wahn bemächtigt; drittens die Eigenart einzelner Krankheitsvorgänge. Diese Inhalte sind nicht bloß Inhalte von Wahnideen, sondern auch von wahnhaften Ideen, von überwertigen Ideen, von Zwangsvorstellungen, von Phantasien. Was hier über diese Inhalte gesagt wird, hat daher eine allgemeinere Bedeutung:

1. Die allgemeinen menschlichen Triebe, Wünsche, Hoffnungen und Befürchtungen lassen die Inhalte der meisten Wahnbildungen in engster Beziehung zum Wohl und Wehe des Individuums stehen. Der Kranke ist fast immer Mittelpunkt des Wahns. Doch gibt es in selteneren Fällen auch gleichsam objektive Wahnbildungen, einen Wahn über Weltzusammenhang, philosophische Probleme, historische Geschehnisse usw., der nicht in Beziehung zur Person des Kranken steht. Diese an sich interessanten Gebilde treten jedoch an Häufigkeit gegenüber den egozentrischen zurück. In den folgenden Gruppen ist ohne weiteres verständlich, wie das Wohl und Wehe des Individuums, seine Triebe und Wünsche den Inhalt bestimmen:

a) Größenwahn in bezug auf Herkunft (adeligen Geschlechts, Königskind bei Pflegeeltern aufgezogen), Besitz (Eigentümer großer Erbschaften, Schlösser, die allerdings durch Intriguen dem Besitzer vorenthalten werden), Fähigkeiten (großer Erfinder, Entdecker, Künstler, im Besitze besonderer Weisheit und begnadet mit Inspiration); Stellung (Berater der führenden Diplomaten, der eigentliche, wahre Leiter der politischen Geschicke). — b) Kleinheitswahn in bezug

auf Besitz (Verarmungswahn), Fähigkeiten (ganz verdimmt, leistungsunfähig), sittliche Höhe (Versündigungswahn, Selbstvorwürfe). — c) Verfolgungswahn. Verfolgung durch die Behörden, den Staatsanwalt wegen fälschlich beschuldigter Verbrechen. Verfolgung durch Banden, wie Jesuiten, Freimaurer u. dgl. Physikalischer Verfolgungswahn auf Grund körperlicher Beeinflussung (Sinnes-täuschungen) und „gemachter“ Phänomene. Querulantenwahn der rechtlichen Benachteiligung durch Komplotte und betrügerische Manipulationen. — d) Hypochondrischer Wahn. Im Gegensatz zu neurasthenischen Beschwerden über Herzklopfen, Kopfschmerzen, Schwäche, Schmerzen treten Wahnhalte auf wie: die Knochen sind erweicht, das Herz ist nicht richtig, die Stoffe des Körpers sind verwandelt, es ist ein Loch im Körper usw. Verwandlungswahn: die Kranken sind in ein Tier verwandelt und ähnliches. — e) Sexuelle Wahneideen. Erotomanie nennt man den Wahn, von einer Person geliebt zu sein, obgleich dafür nicht die geringsten Anzeichen vorliegen, und die betreffende Person das Gegenteil zu verstehen gibt. — f) Religiöse Wahneideen. Diese treten in Form von Größen- und Kleinheitsideen auf: der Kranke ist Prophet, Mutter Gottes, Braut Jesu, oder Teufel, verdammt, Antichrist.

Gaupp<sup>1)</sup> hat das Wechselverhältnis von Verfolgungswahn und Größenwahn auf dem Boden sensitiver Charakterveranlagung (mit Stolz, Scham, Angst) als ein verstehbares Ganzes dargestellt — sofern die Form des Wahns als solchem als unverständlich vorausgesetzt wird. Ein ähnliches verstehbares Ganzes von Verfolgungs- und Größenwahn beschreibt Kehrler<sup>2)</sup>. Das Verstehbare daran wird dasselbe bleiben, ob es sich nun um einen schizophrenen Prozeß oder um die Entwicklung einer Persönlichkeit handelt, die auf Lebenskonflikte paranoisch reagiert. Verschieden ist nur der Verlauf, die Form des Erlebens und die Gesamtheit der seelischen Phänomene. Die verstehende Psychologie wird allein nicht entscheiden können, ob es solche paranoische Psychopathen wirklich gibt oder ob alle Paranoia — denn um überwertige Ideen scheint es sich in diesen Fällen nicht zu handeln — doch durch Prozesse bedingt ist. Das lehrt nur Verlauf und Gesamtbild, die beide über die Grenzen des Verstehens hinausragend einfach empirisch konstatiert werden müssen. Der weitere Verlauf des „Falles Arnold“ wird interessant sein.

2. Die Abhängigkeit der Wahneidee von historischen Bedingungen, von der Zeit, in der der Kranke lebt, vom Milieu, aus dem er kommt, ist selbstverständlich oft bemerkt, aber nie im Detail untersucht. Es scheint durchaus, daß in früheren Zeiten Dämonomanie (Besessenheitswahn), Lykanthropie (Wahn der Tierverwandlung) und ähnliches häufiger war als jetzt, während drahtlose Telegraphie und andere moderne Dinge heute eine große Rolle spielen.

3. Wahnbildungen, die für bestimmte Krankheitsprozesse eigenartig sind, darzustellen, ist eine Aufgabe der speziellen Psychiatrie. Nur als ein Beispiel führen wir an, daß für gewisse paranoische Prozesse der Wahnhalt der großen Weltereignisse, in deren Mittelpunkt der Kranke steht, charakteristisch ist. Der Kranke steht „mit der ganzen Welt in Verbindung“, mit ihm „hängt die ganze Weltgeschichte zusammen“, er ist das Zentrum kosmischer Umwälzungen, bei denen es eine ganz besondere, allerdings passive Rolle spielt. So schrieb ein schon ziemlich verworrener Kranker: „Jeder Funke von Wohlergehen wurde mir zerstört, und so irre ich schon Jahrtausende umher und werde stets unbewußt wiedergeboren. Der Grund hiervon ist auf die Schöpfung der Welt zurückzuführen.“

<sup>1)</sup> Gaupp: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 69 S. 182.

<sup>2)</sup> Kehrler: Der Fall Arnold, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 74 S. 155.

Verstehbare Inhalte stehen in allen Formen des Gegenständlichen. Z. B. sind auch die Inhalte der Halluzinationen so zu betrachten. Sie sind nicht absolut zufällig, sondern haben z. T. sinnvolle Zusammenhänge, Erlebnisbedeutung als Befehle, Wunscherfüllungen, Ärgern und Spotten, Quälen, als Offenbarungen. Freud nannte Halluzinationen in Bilder verwandelte Gedanken<sup>1)</sup>.

Das Verstehen kann, wie bisher betrachtet, auf die für alle Menschen oder einzelne Zeiten oder besondere Krankheiten typischen Inhalte gehen (vgl. auch die Erörterungen über das Weltbild im Kapitel über die Ausdruckspsychologie), oder auf deren Quellen im individuellen Leben des Kranken, seine besonderen Schicksale und Erlebnisse. Die triviale Feststellung, daß der Kranke nur erlebt, was in seiner besonderen Erfahrung in den Elementen gegeben war, besagt wenig. Interessanter ist die Ableitung der psychotischen Inhalte aus frühen, zumal infantilen Erlebnissen, wie Freud sie macht. Doch ist hier alles sehr problematisch, wenn auch z. T. überzeugend. Selbst wenn solche verstehende Zurückführung zu Recht besteht, ist sie insofern nicht sehr erheblich, als diese bloße Beschäftigung mit den Inhalten von den entscheidenden kausalen Faktoren der Psychose keinen trifft, sondern eben nur inhaltsbestimmende. Wichtig wird solches Verstehen nur, wenn die Inhalte als solche unser Interesse erregen.

Lehrreich sind uns die Deutungen, die ein Kranker selbst gibt, wenn er sich zu verstehen sucht. Ein schizophrener Kranker leitet die besonderen Inhalte der von ihm gesehenen Gestalten ab:

„Die Gestalten schienen eine übertriebene Personifikation kleiner geringster Fehler zu sein, die ich selbst machte. Z. B. wenn ich bei Tisch den Geschmack einer Speise angenehm empfand, so konnte am selben Abend als Echo dieser Empfindung ein Dämon sich melden in der Gestalt eines gefräßigen, lüsternen Menschentieres, mit großem Maul, wollüstigen dicken roten Lippen, dickem Bauch, riesenhafter Größe. Ich fühlte dann nachher und so lange seine Nähe, bis ich mich eine Zeitlang (etwa 2—3 Mahlzeiten) des Wohlgeschmacks (wie als seiner Nährquelle) enthalten hatte.“ „Ich sah bei allen Menschen der Umgebung die kleinsten Charakterfehler als häßliche oder drohende Gestalten, die aus ihnen heraustraten und auf mich losstürzten“ (Schwab).

Derselbe Patient deutet seine ganze Krankheit. Was dem Psychiater Folge eines Prozesses ist, rückt für ihn in die Einheit eines Sinnes:

„Ich glaube, daß ich die Krankheit selbst hervorgerufen habe. Bei dem Versuch, in eine jenseitige Welt einzudringen, stieß ich auf deren natürliche Wächter, die Verkörperungen meiner eigenen Schwächen und Fehler. Ich hielt diese Dämonen anfangs für niedere Bewohner einer jenseitigen Welt, die mich zum Spielball benützen konnten, weil ich mich unvorbereitet in diese Regionen begab und dort verirrte. Später hielt ich sie für abgespaltene Teile meines Geistes (Leidenschaftsformen), die im freien Raum in meiner Nähe existierten, sich von meinen Gefühlen ernährten. Ich glaubte, daß sie jeder andere Mensch auch besitze, sie aber durch den Schutz und glücklichen Betrug des persönlichen Existenzgefühls nicht wahrnimmt. Letzteres fasse ich auf als ein Kunstprodukt aus Erinnerungen, Gedankenkomplexen usw., eine nach außen schön vergoldete Puppe, in der nichts Wesentliches lebt.

Bei mir war dieses persönliche Ich porös gemacht durch meine Bewußtseinsherabdämmerungen. Ich wollte mich dadurch einer höheren Lebensquelle näherbringen. Ich hätte zur Vorbereitung vorher lange Zeit hindurch ein höheres über-

<sup>1)</sup> C. G. Jung: Der Inhalt der Psychose, 2. Aufl., Leipzig 1914.

persönliches Selbst in mir zur Erweckung bringen müssen, denn ‚Götterspeise‘ war nichts für sterbliche Lippen, sie wirkte zerstörend auf das tiermenschliche Selbst, zerspaltete es in seine Teile; diese bröckelten allmählich auseinander, die Puppe wurde geradezu mazeriert, der Körper geschädigt. Ich hatte zu früh den Zugang zu den ‚Lebensquellen‘ erzwungen, der Fluch der ‚Götter‘ kam auf mich herab. Spät erst erkannte ich, daß trübe Elemente sich mitbeteiligt hatten, ich lernte sie kennen, nachdem sie zu große Macht schon hatten. Es gab keine Rettung mehr; jetzt hatte ich die Geisterwelt, die ich zu sehen wünschte. Die Dämonen stiegen aus dem Abgrund auf als die Hüter, als die Zerberusse, die keinen Unbefugten hereinlassen. Ich entschloß mich, den Kampf auf Leben und Tod aufzunehmen. Für mich bedeutete es zuletzt einen Entschluß zu sterben, denn nach meiner Meinung mußte ich alles hinwegtun, was den Feind erhält, aber dies war zugleich auch das, was das Leben erhält. Ich wollte in den Tod ohne wahn-sinnig zu werden, stand nun sozusagen der Sphinx gegenüber: Entweder du in den Abgrund oder ich!

In diesem Moment kam die Erleuchtung, ich durchschaute die wahre Natur meiner Verführer durch die Enthaltung von Nahrung. Sie waren Zuhälter und zugleich Betrüger meines lieben persönlichen Ich, das mir jetzt ebenso nichtig wie sie vorkam. Und indem dann ein größeres umfassenderes Ich auftauchte, war ich imstande, die bisherige Persönlichkeit mit ihrem gesamten Anhang aufzugeben. Ich sah, daß nicht diese bisherige Persönlichkeit die übersinnlichen Reiche betreten kann. Ein furchtbarer Schmerz, gleich dem eines Vernichtungsschlages war die Folge, aber ich war gerettet, die Dämonen schrumpften ein, vergingen, starben. Für mich begann ein völlig neues Leben, ich fühlte mich von da an anders als andere Menschen. Ein Ich wie sie es haben, bestehend aus konventionellen Lügen, Schein, Selbstbetrug, Erinnerungsbildern hat sich bei mir auch wieder gebildet, aber dahinter und darüber stand stets ein größeres umfassenderes Ich, das mir den Eindruck des Ewigen, Unveränderlichen, Unsterblichen, Unbefleckbaren macht, das seitdem mein Schutz und stets meine Zuflucht gewesen ist. Ich glaube, daß es für viele Menschen von Vorteil wäre, wenn sie ein solches höheres Ich kennen würden, daß es Menschen gibt, die auf günstigeren Wegen zu einem solchen tatsächlich gekommen sind.“

Solche Selbstdeutungen stehen offensichtlich zugleich unter wahnhaften Tendenzen und tiefen geistigen Kräften. Sie sind so wenig verbindlich wie psychoanalytische Konstruktionen. Aber sie sind ernstestem Erleben entsprungen. Die Fülle der schizophrenen Erlebnisse appelliert an den Beobachter so gut wie an den selbstreflektierenden Kranken, nicht bloß als chaotische Anhäufung von Inhalten genommen zu werden. Im kranken Seelenleben ist so gut wie im gesunden der Geist gegenwärtig. Deutungen dieser Art werden jedes kausale Moment abstreifen müssen, sie können nur die Inhalte erleuchten und in Zusammenhänge bringen. Inwiefern aber das Verstehen selbst zu den kausalen Mechanismen vordringt, wird im folgenden Abschnitt dargestellt.

\* \* \*

Vorher jedoch werfen wir noch einen Blick auf die Verstehbarkeit der Traumhalte. Der Traum ist eine normale, alltägliche Erscheinung. Aber er hat etwas von aller wirklichen, wachen Erfahrung Abweichendes. Die klare Unterscheidung von Traum und wachem Leben und der Bedeutung des in beiden Erlebten ist der entscheidende Schritt zur Bemächtigung der Wirklichkeit. Aber der Traum bleibt bestehen als eine allgemeine menschliche Erscheinung, gewertet als gleichgültiges Scheinerleben, um das man sich nicht kümmert, oder

als symbolisches oder als prophetisches Erleben, dessen Deutung man sich angelegen sein läßt. Im Traum ist das Seelenleben so verändert, daß man es sehr abnorm nennen würde, wenn es nicht streng gebunden bliebe an den Schlafzustand und wenn es hier nicht allen Menschen zuteil würde. Er ist sozusagen ein abnormer Vorgang, der normal ist, und man hat mit Recht von jeher Psychose und Traum verglichen, denn man findet Analogien und dann auch gerade dadurch charakteristische Verschiedenheiten.

Schlaf und Traum kann man zunächst auf ihre Bedingungen in objektiven, körperlichen Faktoren untersuchen (von einer wirklichen Erklärung dieser biologischen Urphänomene kann bis heute keine Rede sein, alle Theorien dieser Art sind im wesentlichen Phantasie). So kann man die Abhängigkeit des Reichtums und der Häufigkeit der Träume vom Lebensalter (in der Jugend mehr als im Alter), von der Tiefe des Schlafs (im leichten Schlaf mehr Träume) betrachten, dann die Abhängigkeit von körperlichen Erkrankungen, die Besonderheit von Träumen in Psychosen<sup>1)</sup> usw.

Ferner kann man das psychische Dasein des Traumerlebens phänomenologisch untersuchen, die Weisen, wie Gegenstände gegeben sind, die Stufen des Bewußtseins im Traume, den Wechsel und die grenzenlose Verschiebbarkeit und Auswechselbarkeit der Inhalte (darüber war im phänomenologischen Kapitel die Rede).

Schließlich kann man die Inhalte des Traumerlebens auf ihren Sinn hin zu verstehen versuchen. Die endlose Mannigfaltigkeit der Träume kann man als zufälliges und undurchdringliches Chaos abtun, oder man kann versuchen, auf die Frage eine Antwort zu finden, warum gerade diese Inhalte in dieser Lage bei diesem Menschen dagewesen sind und nicht andere. Gibt man auf diese Frage eine Antwort, so „deutet“ man den Traum; man treibt verstehende Psychologie und fragt sogleich nach den Erlebnissen, bewußten oder unbewußten Zielen und Wünschen, dem Charakter und Schicksal, den Situationen und besonderen Erfahrungen des Individuums, und nach den allgemein menschlichen und typischen seelischen Tendenzen<sup>2)</sup>. Legen wir uns die Möglichkeiten kurz in Frage und Antwort vor:

1) Die Untersuchung der Träume bei Psychosen in bezug auf ihre Inhalte ist ebenso selten geschehen wie in bezug auf andere Eigenschaften. Herschmann und Schilder: Träume der Melancholiker, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 53 S. 130, glauben gefunden zu haben, daß bei Melancholikern nicht selten glückliche, lustvolle Träume auftreten und daß im übrigen im Traume manchmal gerade solche Symptome des melancholischen Zustandsbildes sich fühlbar machen, die im Wachen bei dem betreffenden Fall weniger in die Erscheinung treten.

2) „Traumdeutung“ ist uralte. Jedoch war darunter fast immer gemeint die Deutung der Träume als prophetischer Hinweise, als Offenbarungen eines metaphysischen Sinns, z. B. als Ausdruck göttlicher Befehle. Die moderne Traumdeutung meint dagegen den Inhalt des Traums als entstanden aus den Wünschen, Verdrängungen, Symbolisierungen zu begreifen. Symbolische Verbildlichungen für körperliche Vorgänge — Leibreize: Atmungsbehinderung, Druckempfindungen usw. — fand Scherner in großer Anzahl (Das Leben des Traums, Berlin 1861); Wundt (Physiol. Psychol., 5. Aufl. 3 S. 652ff.) übernahm das Prinzip und manche Einzeldeutung. Jedoch ganz unvergleichlich neu und der Traumdeutung erst

Was heißt Symbolisierung? Man träumt sich unbekleidet auf der Straße — die Bettdecke ist herabgefallen. Man träumt sich in einer Trinkgesellschaft — der Träumer hat tatsächlich Durst. Man fliegt im Traum — Hindernisse, Hemmungen, Beeinträchtigungen der Wünsche sind darin als plötzlich überwunden erlebt. Die Traumbilder sind — wenigstens zum Teil — Objektivierungen von etwas anderem, das darin symbolisch erscheint und als „Sinn“ gedeutet werden kann.

Was wird symbolisiert? Silberer gruppiert: 1. Leibreize (somatische Phänomene). 2. Funktionale Phänomene: Leichtigkeit, Beschwerlichkeit, Hemmung des seelischen Zustandes. 3. Materielle Phänomene: die Inhalte des Wünschens, die Ziele des Begehrens. Freud unterscheidet gleichsam Schichten der Wünsche: die unerledigten, gar nicht anstößigen Wünsche des Tages; dann die bei Tage aufgetauchten, aber verworfenen und verdrängten Wünsche; zutiefst des Unbewußten Wünsche, die kaum je zum Tagesleben Beziehung bekommen, aus der infantilen Welt stammend, wie z. B. der Inzestwunsch.

Welche Wege der Symbolisierung und Gestaltung der Traum Inhalte gibt es? Die Symbolisierung kann direkt, ganz offen geschehen, ist eine bloße Verbildlichung des Gedankens, ohne weiteres einleuchtend und kaum bestritten. Jedoch spielt diese in der Freud'schen Traumdeutung die geringste Rolle. Vielmehr sind entscheidend die stark emotionalen Wünsche, die vom Bewußtsein als anstößig abgelehnt werden, sich verkleiden in schwer ohne weiteres erkennbare Bilder und so zu einer symbolischen Wunscherfüllung im Traume kommen. Viele Symbolisierungstendenzen vereinigen sich in einem Bild (Überdeterminierung), die „Zensur“ „entstellt“ die Symbolik bis zur Unkenntlichkeit für das Bewußtsein. So und auf mannigfache andere Weise geht nach Freud die Inhaltsgestaltung des Traumes vor sich.

Statt abstrakter Erörterungen gibt ein Beispiel (aus Silberer, S. 57 ff. entnommen und abgekürzt) die Anschauung dessen, was gemeint ist:

Paulas Traum: In einem ägyptischen Tempel. Opferaltar. Viele Männer, aber nicht in feierlichen Gewändern. Emma und ich standen beim Altar. Ich legte ein vergilbtes altes Schriftstück auf den Altar. Ich sagte zu Emma: Gib jetzt acht; wenn das (was man sagt) wahr ist, dann muß auf dem Schriftstück das Opferblut erscheinen. Emma lächelte ungläubig. Wir standen geraume Zeit. Plötzlich zeigte sich auf dem Papier ein rostbrauner Fleck, der die Form eines Tropfens annahm. Emma zitterte am ganzen Körper. Dann war ich plötzlich auf freiem Feld und sah einen herrlichen Regenbogen. Ich rief die Gnädige (Dame, bei der Paula als Gesellschafterin in Stellung war), um ihr denselben zu zeigen, aber sie kam nicht. — Dann kam ich in einen schmalen Weg, der auf beiden Seiten von hohen Mauern umschlossen war. Ich wurde furchtbar ängstlich, da dieser enge Weg, rings hohe Mauern, kein Ende nehmen wollte. Ich schrie, doch niemand kam. Endlich wurde die Mauer an einer Seite niedriger. Ich sah hinüber und neben der Mauer sah ich einen breiten Fluß, so daß ich wieder keinen Ausweg fand. Ich ging weiter und

---

einen wirklichen Impuls gebend war Freuds Arbeit: Die Traumdeutung, I. Aufl., Wien 1900, 4. Aufl., 1914. Hier findet sich auch eine eingehende historische Übersicht (bis 1900). Zur Einführung in Freuds Lehre das kurze Buch von H. Silberer: Der Traum, Stuttgart, Enke, 1919 (Literaturverzeichnis).

sah einen Rosenstamm, der entwurzelt war; ich nahm mir vor, diesen Stamm einzusetzen als Erinnerungszeichen für den Fall, als ich hier umkäme; und ich fing an, mit einem Steine, den ich aus der Mauer nahm, zu graben. Es war lauter schwarze Gartenerde. Ich pflanzte den Stock ein und, von der Arbeit aufblickend, sah ich nun die Mauer ganz niedrig und dahinter lauter schöne Wiesen im Sonnenschein.

Silberer deutet diesen Traum wie folgt: Paula, die längere Zeit keinen sexuellen Verkehr gehabt hatte, muß einen solchen wieder aufgenommen haben. Ohne Vorsichtsmaßregel (Präservative) betrieben, bewirkt er Angst vor den Folgen, weil die Periode auf sich warten läßt. Sie hat Todesgedanken wie vor einer drohenden Gefahr. — Diese Deutung bestätigte Paula — der Traum war brieflich mitgeteilt — nach einigen Wochen. Sie hat sich nach der Zeit des Traums einem Manne hingegeben, zu der Zeit des Traums aber beschäftigten sie diese Gedanken. Der Traum spiegelt nicht das Geschehene Faktum sondern das Vorhaben und die sich daran knüpfenden Phantasien. — Im einzelnen: Altar läßt an Traualtar denken. Die scheinbar überflüssige Hervorhebung „nicht in feierlichen Gewändern“ läßt in Verbindung mit andern Momenten den Mangel der Präservative (die von Paula auch Überzieher genannt werden) erkennen. Das auseinandergefaltete Schriftstück bedeutet die Vagina, in der die Bluterscheinung sich vollziehen soll. Mehrmals kommen Gerufene nicht, auch die „Gnädige“ nicht — die Periode ist nicht so „gnädig“, sich einzustellen. Das ängstliche Passieren enger Gänge ist eine Unterleibs- und Geburtsphantasie. Eingehender behandelt Silberer Blut und Rosenstock: Das ängstlich erwartete Blut ist zunächst das periodische Blut, das in der Vagina, dem gefalteten Schriftstück, erscheinen soll. Das Schriftstück ist vergilbt, Paulas Sorge ist, daß sie zu altern beginnt. Daher eine zweite Bedeutung des Bluts: Deflorationsblut: nämlich Paulas Wunsch, ganz und unberührt (ein unbeschriebenes Blatt) zu sein, so daß noch eine Defloration möglich ist. Der Rosenstock ist Sexual- und Fruchtbarkeitssymbol. Paula denkt an die Möglichkeit, schwanger zu werden. Sie ist tatsächlich dem Gedanken nachgegangen, daß sie am liebsten sterben möchte, wenn sie ein Kind bekäme; dieses aber sollte leben. — Die Mauern sind die Mauern der Zurückhaltung. Indem sie diese durchbricht, gräbt sie, einem Kinde das Leben gebend, ihr eigenes Grab. Silberer, der nur zum Teil wiedergegeben ist, schließt: Die Fülle der Beziehungen, die sich in diesem Traum kondensieren, ist damit noch nicht erschöpft. Alle durchzugehen würde ein Buch füllen.

Welche Kriterien für die Richtigkeit einer solchen Deutung besitzt man? Es läßt sich sozusagen jede Deutung plausibel machen, wenn man Assoziationen nachgeht, die von allem zu allem führen und rationalen Sinnzusammenhängen folgt, zumal im Traum das Platteste geläufig und Widersprechendes natürlich, vielfache Überdetermination gewöhnlich sei. Das letztere wird man anerkennen können, aber gerade bei den grenzenlosen Möglichkeiten bedarf es besonderer Kriterien, um eine Deutung vor der anderen zu bevorzugen oder gar eine Deutung für „richtig“ zu erklären. Zunächst ist es eine Frage der Wahrscheinlichkeit, ob man das Zusammentreffen greifbarer Erlebnisinhalte mit greifbaren Traumgehalten für zufällig oder wesentlich halten soll (z. B. ließ in Paula's Traum der ägyptische Tempel daran denken, daß der Mann, dem sie sich hingeben wollte, sie Sphinx nannte). Jedoch kommt man damit nicht sehr weit, denn daß alles Traummaterial aus den Erlebnissen stammt, ist selbstverständlich. Es ist bei der Deutung die Frage, was bloßes aufgegriffenes Material, was bewegender Faktor für die Inhalte ist. Da wird immer zuletzt die subjektive Evidenz des Erlebenden, des Träumers, der im Wachzustand seinen Traum deutet oder deuten läßt, entscheidend sein. Nur bei ihm kommt eine Farbe, Stimmung und Gefühlswirkung der

Inhalte zur Geltung, die ihnen anhaften muß, wenn die Richtung der Deutung nicht einem endlosen rationalen Assoziationsspiel anheim fallen soll. Es gibt gewiß höchst einleuchtende Fälle. Doch die Problematik ist im konkreten Falle meistens endlos, eine Verifikation kaum möglich.

Welche wissenschaftliche Bedeutung hat die Traumdeutung? Erstens könnte sie allgemeine Mechanismen aufdecken, entscheiden, ob sie da sind oder nicht. Freud's Theorie halte ich zu gutem Teil für Konstruktion von Außerbewußtem, die mangels Verifizierbarkeit auch ohne Interesse ist. Dagegen ist vieles, besonders assoziationspsychologisches, gewiß treffende Analyse von Inhalten nach altem Verfahren. Zweitens denkt man durch Traumdeutung bei der besonderen Persönlichkeit in die Tiefe zu dringen, eine bessere Anamnese zu gewinnen als mit Aussagen bei hellem Bewußtsein. Das mag in einzelnen, seltenen Fällen zutreffen. — Drittens — und das wäre das Wichtigste — fragen wir, ob das Verstehen möglichen Sinns, das Feld des Geistigen für uns durch Traumdeutung erweitert wird. Bisher ist fast nur Elementares, Primitives, Plattes hier verstanden worden. Das Ergebnis in dieser dritten Beziehung ist fast gleich Null.

Alles in allem scheint mir in den Prinzipien der Traumdeutung etwas Richtiges getroffen. Mein Einwand geht nicht so sehr gegen die Richtigkeit (obgleich die Phantasien und Spielereien auf diesem Gebiet endlos waren), sondern gegen die Wichtigkeit. Nachdem man die Prinzipien und einige Fälle kennen gelernt hat, lernt man kaum noch etwas. Es ist ein wunderbares Phänomen, der Traum, aber nach der ersten Begeisterung für seine Untersuchung muß man bald enttäuscht gestehen: der Aufschluß für die Erkenntnis des Seelenlebens bleibt doch nur gering.

## B. Die durch Seelisches in Bewegung gebrachten abnormen Mechanismen.

Die ungewöhnlichen Verwirklichungen verständlicher Zusammenhänge auf Grund der abnormen Mechanismen, wobei das Verstehbare selbst kausaler Faktor wird, betrachten wir jetzt in folgenden Gruppen: Verständliche Zusammenhänge sind uns zugänglich erstens bei pathologischen Reaktionen, zweitens bei den Suggestionerscheinungen, drittens bei der Nachwirkung früherer Erlebnisse. In diesen drei Gruppen werden wir Reihen finden von den in der Sphäre des Durchschnitts vorkommenden Phänomenen bis zu exzessiv pathologischen Tatsachen. Bei allen spielt die Form der Abspaltung im Seelenleben eine Rolle, die in einem vierten Paragraph erörtert wird.

### § 1. Die pathologischen Reaktionen.

Das Wort „Reaktion“ wird in vielen Bedeutungen gebraucht. Man spricht von einer Reaktion des physischen Organismus auf Einflüsse und Bedingungen der Außenwelt, von Reaktionen eines



Organs, z. B. des Gehirns auf Vorgänge im Organismus, von einer Reaktion der individuellen Psyche auf einen psychotischen Krankheitsprozeß, schließlich von einer Reaktion der Psyche auf ein Erlebnis. Nur von dieser letzten Reaktion haben wir hier zu handeln. Die Bedeutung, welche gewisse Vorgänge für die Seele haben, ihr Erlebniswert, die Gemütserschütterung, die mit ihnen einhergeht, ruft eine Reaktion hervor, die zum Teil „verständlich“ ist. Wir nehmen an dieser Stelle den Begriff der Reaktion ausschließlich im psychologischen Sinne. Bei der Reaktion auf die Haft wirkt z. B. psychologisch das Bewußtsein der Bedeutung dieses Vorganges, der möglichen Folgen, ferner die Stimmung der Situation, die Einsamkeit, die Dunkelheit, die kahlen Wände, das harte Bett, die schroffe Behandlung, die unsichere Spannung auf das, was kommen wird. Außerdem wirkt aber vielleicht auch die geringe Nahrungsaufnahme infolge mangelnden Appetits oder schlechter Speisen, die Erschöpfung durch Schlaflosigkeit usw. Diese physischen Wirkungen bereiten zum Teil den Boden für die besondere Art der Reaktion. Sie wirken beim Zustandekommen des ganzen Krankheitsbildes der Haftpsychose mit. Der pathologische reaktive Zustand tritt oft nicht auf ein beschränktes Erlebnis, sondern auf die Summation von Wirkungen hin ein. Die seelische und körperliche Erschöpfung als Grundlage sah man oft bei den reaktiven Kriegspsychosen, ihren Ausbruch nach langer Widerstandsfähigkeit manchmal nach einem relativ geringfügigen Erlebnis.

So sehr wir das Erlebnis, die erschütternde Bedeutung desselben und den Inhalt des reaktiven Zustands verstehen, so wenig ist doch die besondere Umsetzung in das Pathologische psychologisch verständlich. Hier müssen wir außerbewußte Mechanismen hinzudenken, die verschiedenartig sein werden, für unser gegenwärtiges Wissen aber ineinander übergehen. Wir erklären diese durch die Anlage, durch einen neuentstandenen Krankheitsprozeß (welcher dann selbst natürlich das erste Interesse erfordert) oder wir vermuten, daß die seelische Erschütterung als solche in den Grundlagen unseres Seelenlebens eine vorübergehende Veränderung kausal bewirken kann. Wie die seelische Erschütterung unmittelbar eine Fülle körperlicher Begleiterscheinungen zur Folge hat, so bewirkt sie auch eine vorübergehende Veränderung der seelischen Mechanismen, die nunmehr die Bedingung der abnormen Bewußtseinszustände und der Realisierung verständlicher Zusammenhänge (in Bewußtseinstrübung und Abspaltungen, in Wahnideen usw.) geben. Diese theoretisch hinzugedachte Veränderung der außerbewußten Grundlagen ist als kausal bedingt zu denken analog den körperlich greifbaren Folgen der Gemütserschütterung.

Unter den pathologischen Reaktionen sind prinzipiell zu unterscheiden: 1. bloß ausgelöste Psychosen, deren Inhalt in keinem verständlichen Zusammenhang mit dem Erlebnis steht. So löst z. B. ein Todesfall einen katatonischen Krankheitsprozeß, eine Manie, eine zirkuläre Depression aus. Die Art der Psychose braucht dem Erlebnis gar nicht zu entsprechen. Die seelische Erschütterung ist nur der letzte eventuell entbehrliche Anlaß, durch den eine Krankheit, sei es

eine vorübergehende Phase, sei es der Schub eines Prozesses, zum Ausbruch kommt, die auch ohne diesen Anlaß schließlich entstanden wären und nun nach ihren eigenen Gesetzen in völliger Unabhängigkeit vom psychischen Anlaß verläuft. Davon unterscheiden wir 2. die echten Reaktionen, deren Inhalt in verständlichem Zusammenhang mit dem Erlebnis steht, die nicht aufgetreten wären ohne das Erlebnis, und die in ihrem Verlauf von dem Erlebnis und seinen Zusammenhängen abhängig sind. Die Psychose bleibt auf das zentrale Erlebnis bezogen. Bei bloß ausgelösten oder spontanen Psychosen beobachtet man ein primäres, nur körperlich zu erklärendes Wachsen der Krankheit, ohne Beziehung zum persönlichen Schicksal und Erleben des Kranken, mit bloß zufälligem Inhalt ohne Erlebniswert aus dem früheren Leben, wie ihn jede Seelenerkrankung haben muß. Bei heilbaren Phasen besteht nachher die Tendenz, die Krankheit klar zu erkennen und ihr als etwas gänzlich Fremdem frei gegenüberzustehen. Bei reaktiven Psychosen beobachtet man entweder eine sofortige Reaktion auf ein eingreifendes Erlebnis, oder nach längerem unbemerktem Reifen, im verständlichen Zusammenhang mit dem Schicksal und den täglich wiederkehrenden Eindrücken, gleichsam eine Entladung. Es besteht nach Ablauf der Psychose zwar die Fähigkeit, die Psychose im Urteil rückhaltlos für krank zu erklären. Es besteht aber die Tendenz einer Nachwirkung der psychotischen Inhalte, die aus dem Schicksal erwachsen sind, auch auf das weitere Leben und damit die Neigung, trotz intellektueller richtiger Stellungnahme doch im Gefühls- und Triebleben den krankhaften Inhalten nicht frei gegenüberzustehen.

Der Begriff der pathologischen Reaktion hat eine Seite des Verstehbaren (Erlebnis und Inhalt), eine kausale Seite (Veränderung im Außenwusten) und eine prognostische Seite (diese Veränderung ist vorübergehend). Wenn auch die augenblickliche Umsetzung in einen abnormen Zustand rückgängig werden kann, insbesondere nach Wegfall erschütternder Tatsachen sofort Heilung eintritt, so ist doch durch die enge Verknüpfung von Erlebnis und Persönlichkeit eine Nachwirkung da, die durch Wiederholung und Summierung der Erlebnisse schließlich zu einer reaktiven abnormen Entwicklung der Persönlichkeit führt. Es wird zwar nach jeder Reaktion eine Rückkehr zum status quo ante erreicht bezüglich der Art der seelischen Mechanismen und Funktionen, der Leistungsfähigkeiten usw. Aber die Inhalte können nachwirken.

Im Einzelfall ist die Trennung von echten Reaktionen auf der einen Seite und Schüben oder Phasen auf der anderen Seite keine strikt durchführbare. Es kommen oft Kombinationen vor. Daher gibt es eine Reihe von Übergängen, die wir durch folgende beiden Gegensätze am deutlichsten klar machen können: 1. Auf der einen Seite stehen abnorme Seelenzustände, die durch eine seelische Erschütterung ursächlich bedingt sind (z. B. Katastrophenpsychosen), ohne daß zwischen Inhalt und Ursache viele verständliche Beziehungen beständen. Auf der anderen Seite stehen durch außerbewußte Pro-

zesse entstandene Veränderungen der seelischen Konstitution, deren einzelne Phase bzw. Schub trotzdem massenhafte verständliche Zusammenhänge mit dem Schicksal des Individuums zeigt. 2. Auf der einen Seite stehen Psychosen, die durch eine seelische Erschütterung als wesentliche Ursache bedingt sind und auch überzeugende verständliche Zusammenhänge zwischen Erlebnis und Psychoseninhalt zeigen (echte reaktive Psychosen). Auf der anderen Seite stehen durch Prozesse entstandene Psychosen, deren Inhalt keinen verständlichen Zusammenhang mit dem Schicksal zeigt, wenn auch natürlich die Inhalte irgendwie aus dem früheren Leben genommen sein müssen, ohne daß ihr Erlebniswert, ihr Wert als Schicksal das Ausschlaggebende für den Eintritt in den Psychoseninhalt wäre (reine Phasen oder Schübe).

Von den auffälligsten verständlichen Zusammenhängen, die einzelne Seiten der reaktiven Psychosen ausmachen, nie sie als Ganzes verständlich machen, zählen wir beispielsweise auf: Der abnorme Seelenzustand als Ganzes dient einem gewissen Zweck des Kranken, dem auch die einzelnen Züge der Krankheit mehr oder weniger adäquat sind. Der Kranke will unzurechnungsfähig sein und bekommt eine Haftpsychose, er will eine Rente haben und bekommt eine Renten neurose, er will in einer Anstalt versorgt sein und hat die mannigfaltigen Beschwerden der Anstaltsbummler. Diese Kranken erstreben instinktiv eine Erfüllung ihres Wunsches auf diesem Wege. Die Wunsch Erfüllung gelingt ihnen durch die Psychose („Zweckpsychosen“) oder durch die Neurose (Zweckneurosen). Die Krankheit wird in seltenen Fällen mehr oder weniger bewußt inszeniert. Aus einer anfänglich vielleicht bewußten Simulation erwächst dann die Krankheit, der nun das Individuum wehrlos gegenübersteht. Oder eine zuerst anders entstandene psychisch-neurotische Affektion wird erst im Verlaufe „hysterisiert“, weil durch das Dasein der Krankheit ein Zweck erreicht wird (Befreiung vom Frontdienst bei Soldaten, Rente). In anderen Fällen erreichen Kranke eine Wunscherfüllung in der Psychose selbst. Man spricht wohl von einer Flucht in die Psychose. Was die Wirklichkeit ihnen nicht bietet, erleben sie in der Krankheit als scheinbar realisiert. In wieder anderen Fällen treten in der Psychose in wahnhafter und halluzinatorischer Weise alle Ängste, Nöte ebenso wie alle Hoffnungen und Wünsche durcheinander und nacheinander als wirklich erfüllte auf. Mit einem Worte, die Psychose hat einen Sinn, als Ganzes oder im Einzelnen, oder beides, sie dient zur Sicherung, zur Abwehr, zur Flucht, zur Wunscherfüllung. Sie entsteht aus Konflikt mit der Realität, die, so wie sie ist, nicht mehr ertragen wird.

Nach den bisherigen prinzipiellen Bemerkungen suchen wir uns nun eine Übersicht über die reaktiven Zustände zu verschaffen. Wir teilen ein 1. nach den Anlässen der Reaktion. 2. nach der eigenartigen seelischen Struktur der reaktiven Zustände, 3. nach den Arten der seelischen Konstitution, die die Reaktivität bedingt.

1. Nach den Anlässen grenzt man die besonders eingehend untersuchten Haftpsychosen<sup>1)</sup> ab, die die Grundlage für die ganze Lehre von den reaktiven Psychosen gebildet haben; weiter die Renten-neurosen nach Unfällen<sup>2)</sup>, die Erdbeben-, überhaupt die Katastrophenpsychosen<sup>3)</sup>, die Heimwehreaktionen<sup>4)</sup>, Kriegspsychosen<sup>5)</sup>, Psychosen in der Isolierung, sei es in sprachfremder Umgebung<sup>6)</sup>, sei es durch Schwerhörigkeit. Die reaktiven Zustände in der Isolierung mit wenigen Kameraden in den Kriegsgefangenenlagern hat Vischer<sup>7)</sup> beschrieben:

Die Situation: Beraubung der Freiheit auf unbekannte Dauer. Gemeinschaftsleben mit einer begrenzten Anzahl gleichbleibender Kameraden, ohne jemals allein zu sein. Entstehung heftiger Antipathien. Erhöhte Reizbarkeit. Die Leute ertragen nicht den geringsten Widerspruch. Sucht, zu diskutieren. Kleinlich im Verkehr, auf eigenen Vorteil bedacht. Rohe Ausdrücke. Keine Konzentration. Ruheloses Verhalten, unstete Lebensweise. Klagen über rasche Ermüdung (bei der Lektüre). Häufiges Aufspringen, an keinem Platze länger bleiben können. Schwinden des Gedächtnisses. Graue Grundstimmung. Mißtrauisch. Häufig sexuelle Impotenz. Wenige bleiben frei von dem Zustand, wenn sie länger als  $\frac{1}{2}$  Jahr gefangen sind. Viele Nuancierungen der Symptome.

Vischer erinnert an Dostojewskie, Memoiren aus einem Totenhaus, an die Erfahrungen von Menschen, die zu wenigen lange isoliert von der Welt leben: Weiße in den Tropen (Tropenkoller), Schiffsbesatzungen (besonders früher auf Segelschiffen), Klosterleben (H. Siemer, Meine fünf Klosterjahre, Hamburg 1913), Polarforschungsreisen (Nansens Schilderung, Payer, Ross).

Ein besonders wichtiger Unterschied besteht zwischen den durch plötzliche Erlebnisse entstehenden heftigsten Gemüterschütterungen

<sup>1)</sup> Siefert: Über die Geistesstörungen der Strafhaft, Halle 1907. Wilmanns: Über Gefängnispsychosen, Halle 1908. Homburger: Lebensschicksale geisteskranker Strafgefangener, Berlin 1912. Nitsche und Wilmanns: Referat in Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Ref. u. Erg. 3, 1911. Sträubler: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 18. 1913. S. 547.

<sup>2)</sup> Wetzel: Ein Beitrag zu den Problemen der Unfallneurose. Arch. f. Sozialwiss. 37. 1913. S. 535.

<sup>3)</sup> Stierlin: Über die medizinischen Folgezustände der Katastrophe von Courrières. Berlin 1909. Vgl. ferner Dtsch. med. Wochenschr. 1911 Nr. 44. Zängger: Erfahrungen bei einer Zelluloidkatastrophe. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 40 S. 196. — Die Wirkung der Fliegerangriffe auf die Bevölkerung in Freiburg hat Hoche beschrieben: „Beobachtungen bei Fliegerangriffen“, Med. Klinik 1917 Nr. 34. Die Fliegerangriffe haben keine einzige Aufnahme in die psychiatrische Klinik zur Folge gehabt. Dagegen kamen einzelne Menschen in Zustände von Schlaflosigkeit, fortgesetzter Angst, die nur bei schlechtem Wetter (wenn keine Angriffe erfolgen konnten) aufhörte, Empfindlichkeit gegen alle akustischen Reize, so daß solche, die es konnten, die Stadt verließen. Die überwältigende Mehrzahl der Menschen gewöhnte sich, einzelne Nervöse gerieten bei den Angriffen in ausgesprochene Freudigkeit. Opfer direkter Explosionswirkung gerieten wohl in die von Bälz beschriebene Gleichgültigkeit.

<sup>4)</sup> Meine Dissertation über „Heimweh und Verbrechen“, Arch. f. Krimin. Anthr. 35.

<sup>5)</sup> Wetzel: Über Schockpsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 65 S. 288. — Kleist: Schreckpsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 74. — Bonhoeffer: Zur Frage der Schreckpsychosen. Monatsschr. f. Psychiatr. 46. 1919. S. 143.

<sup>6)</sup> Allers: Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 60.

<sup>7)</sup> A. L. Vischer: Die Stacheldrahtkrankheit, Zürich 1918, Rascher und Co. Vgl. auch Vischer: Zur Psychologie der Übergangszeit, Basel 1919.

(Schreck, Entsetzen, Wut, z. B. bei sexuellen Attentaten, Erdbeben, Todesfall usw.) und den aus dem dauernden Schicksal in langsam zunehmender Weise entspringenden tiefen Gemütsveränderungen (Abnahme der Lebenshoffnungen mit zunehmendem Alter, lebenslängliche Gefangenschaft, Zusammenbruch von Selbsttäuschungen, mit denen man sich über die Wirklichkeit hinweggesetzt hatte, Lebenseinengung durch Not und Aussichtslosigkeit, Mangel an positivem Erleben). Man spricht von „Situationspsychosen“, „Konfliktpsychosen“. „Jedes Geschlecht, jeder Stand, jedes Individuum holt sich seine geistigen Wunden auf dem Kampfplatze, den ihm die Natur und die äußeren Umstände angewiesen haben, und jeder hat wieder einen anderen Punkt, auf dem er am verletzlichsten ist, eine andere Sphäre, von der am leichtesten heftige Erschütterungen ausgehen, der eine sein Geld, der andere seine äußere Wertschätzung, der dritte seine Gefühle, seinen Glauben, sein Wissen, seine Familie“ (Griesinger). Nach der bloßen Häufigkeit spielen die größte Rolle: die Erotik, die Angst um das Leben und die Gesundheit, die Sorge um das Geld und die materielle Existenz; dann die Motive der Geltung im Beruf und in den Beziehungen zu Menschen. Wenn wir die verständlichen Zusammenhänge analysieren wollen, werden wir uns den besonderen Inhalten des Einzelfalls eingehend zuwenden. Dies hat besonders die Freudsche Schule getan. Es handelt sich dann meist um Fälle mit sexuellen Inhalten<sup>1)</sup>.

2. Nach der Art der seelischen Struktur der reaktiven Zustände ist eine Reihe von Typen charakterisierbar. Eine klare Trennung würde nur möglich sein, wenn man die verschiedenen außerbewußten Mechanismen deutlich scheiden könnte, so daß hysterische, paranoische Reaktionen, Reaktionen veränderten Bewußtseins usw. als spezifisch erkannt würden. Das ist zurzeit nicht möglich. Wir müssen uns begnügen, Typen aufzuzählen:

a) Alle Erlebnisse, besonders die weniger bedeutenden, werden mit Gefühlen beantwortet, die der Qualität nach durchaus verständlich aber übermäßig heftig sind, abnorm langsam abklingen, schnelle Ermüdung und Lähmung hervorrufen (psychasthenische Reaktion). Besonders häufig sind reaktive Depressionszustände; auch reaktive Wutanfälle bei sonst ruhigen Menschen kommen vor.

b) Bei heftigsten Gemütsbewegungen, in verzweifelter Todesangst beobachtet man manchmal einen völligen Verlust aller adaequaten Gefühlsregungen. Eine merkwürdige Apathie, ein sinnloses Gefesseltbleiben an den gerade eingenommenen Ort bei gefühlloser, ganz objektiver, gleichsam bloß registrierender Beobachtung der Vorgänge tritt ein<sup>2)</sup>. Besonders auffallend hat man das bei Überlebenden nach Bränden und Erdbeben am ersten Tage beobachtet. Es scheint ihnen alles gleichgültig. Diese Zustände sind manchmal schwer zu unterscheiden von selbstbeherrschter Gefäßtheit in schwierigen Situationen. Diese Erstarrung im Schmerz wird auch nachträglich als subjektive Ruhe geschildert. — Es ist häufig, daß eine Trauer nicht momentan eintritt, sondern erst mit der Zeit wächst. Nach Ablauf der ersten Zeit völliger Ruhe kommt eine heftige Reaktion. Man hat von einem Nachhinken der Affekte gesprochen.

<sup>1)</sup> Vgl. Saaler: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 59. 1912. S. 866. Ein Fall, der von einem Nichtfreudianer beobachtet wurde.

<sup>2)</sup> Baelz: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 58 S. 717.

c) In der Zeit nach erschütternden Erlebnissen gibt es lebhafteste Träume (z. B. die Schlachttäume der Verwundeten), ein zwangshaftes, immer dasselbe Sehen-, Hören-, Denkenmüssen. Es geht dem Menschen nicht von der Seele, er ist niedergedrückt, wie umgewandelt, weint, lebt in Gespanntheit und Unruhe.

d) Lebhaft Affekte, Zorn, Verzweiflung, Schreck, bringen schon bei normaler Steigerung der Intensität eine gewisse Bewußtseinsstrübung mit sich. Die Erinnerung ist nachher lückenhaft. Abnormerweise entstehen Bewußtseinsstrübungen, Dämmerzustände mit Desorientierung, sinnlosen Handlungen und Trugwahrnehmungen und mit theatralischem Wiederholen von Handlungen, die ihren Sinn aus dem ursprünglichen Erleben und dessen Situation, nicht aus der gegenwärtigen Realität haben. Man nennt sie hysterisch. Meistens ist im Zustand der Bewußtseinsstrübung das ursächliche Erlebnis nicht bewußt. Das Erlebnis kann in der kurzdauernden Psychose ganz verdrängt, nachher vergessen sein. Wetzel (l. c.) beobachtete Schokopsychosen an der Front, die den Tod der gefallenen Kameraden verdrängt hatten, theatralisches Benehmen zeigten, schnell erwachten, wobei „die Rückkehr aus der theatralischen Geste zum strammen Soldaten ungemein eindrucksvoll war“. Diese Fälle widerlegten die Anschauung, daß dieses theatralische „hysterische“ Gebahren doch recht erheblich in der ganzen Persönlichkeit überhaupt verwurzelt sein müßte. In dem psychotischen Zustand war die Stimmung gleichmütig oder von ängstlicher Unruhe und Spannung, von gereizter Nörgerlichkeit, manchmal von schläfriger Verdöstheit begleitet. — Doch gibt es auch solche Bewußtseinsstrübung, in denen die Entstehung dauernd bewußt bleibt, sogar Krankheitsbewußtsein vorhanden und die Erinnerung nachher eine ziemlich vollständige ist<sup>1)</sup>.

e) Steht die traumhafte Benommenheit im Vordergrund, kommt dazu ein gemacht anmutendes kindliches Benehmen (Puerilismus), ein Vorbeireden (Wieviel Beine hat die Kuh? Fünf), mit einem Wort: ein Zustand von „Pseudodemenz“, kann man ferner körperliche Zeichen von Hysterie (Analgesie usw.) finden, so hat man den Ganserschen Dämmerzustand vor sich<sup>2)</sup>.

f) Wird in der Bewußtseinsstrübung bei fehlender Orientierung ein und derselbe Inhalt, der das auslösende Erlebnis (Notzuchtversuch, Unfall usw.) wiederholt, mit allen Affektäußerungen und Ausdrucksbewegungen fast theatralisch (attitudes passionelles) immer von neuem erlebt, so nennt man den Zustand ein hysterisches Delirium. — Ferner beobachtet man stuporöse Bilder (Schreckstupor), phantastische Wahngelbilde bei voller Orientiertheit über Ort und Zeit, wilde Erregungszustände usw. Bei längerer Haft entwickeln sich aus normalem Mißtrauen und verständlichem Verdacht heraus ganz besondere Verfolgungsideen oder querulatorische Neigungen aus der Auffassung, zu Unrecht verurteilt zu sein. Alle diese Zustände sind nirgends scharf zu trennen, sie kombinieren sich in der mannigfaltigsten Weise.

g) Fast nur unter den Haftpsychosen, die unter der dauernden Einwirkung einer widrigen Situation entstehen, hat man die paranoisch-halluzinatorischen Reaktionen beobachtet. Die ängstlich gespannten Kranken fühlen sich nicht mehr Herr ihrer Gedanken, sie möchten zu einem Resultat, einer Ansicht, einer Stellungnahme kommen. Sie fühlen gleichsam eine Sehnsucht nach etwas, das unerreichbar ist. Da werden verdächtige Geräusche laut. Man hegt böse Absichten gegen sie: draußen auf dem Gange hören sie verdächtige Schritte und plötzlich eine Stimme: Heute bringen wir ihn um. Die Stimmen mehren sich, man ruft den Kranken mit Namen an. Er sieht nun auch Gestalten, ist dabei traumhaft benommen, reißt in wahnsinniger Angst an der Bettstelle herum, macht einen Selbstmordversuch. Solche Zustände kommen häufiger vor. Die Inhalte werden leicht nachher wahnhaft verarbeitet: der Kranke ist überzeugt, daß er wirklich verfolgt wird und getötet werden soll. — Vergleichbar ist der „sensitive

<sup>1)</sup> Sträußler: Zeitschr. f. ges. Neurol. u. Psychiatr. 16. 1913. S. 441.

<sup>2)</sup> Ganser: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 30. 1898. S. 633. — Hey: Das Gansersche Symptom, Berlin 1904. — Raecke: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 58 S. 115. — Flautau: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 15 S. 122.

Beziehungswahn<sup>1)</sup> psychasthenischer Menschen, die weich, zart und zugleich von selbstbewußtem Ehrgeiz und Eigensinn sind. Ein Erlebnis von beschämender Insuffizienz ist die Ursache der Erkrankung. Besonders sexual-ethische Niederlagen, z. B. die verspätete Liebe alternder Mädchen, finden keine freie Verarbeitung und Entladung. Es entsteht vielmehr eine Paranoia mit depressiven Selbstanklagen, Befürchtungen von Schwangerschaft und einem Beziehungswahn: die Kranke weiß sich beobachtet und beeinträchtigt von Familie und Freunden, durch Publikum und Zeitung, fürchtet Verfolgung durch Polizei und Gerichte. Es entstehen vorübergehende akute Psychosen mit Erregung und schweren neurasthenischen Symptomen und so vielen Wahnideen, daß das Zustandsbild eine fortschreitende unheilbare Erkrankung vortäuschen kann. Aber Inhalt und Affekt bleiben immer um das veranlassende Erlebnis zentriert.

3. Man kann schließlich die reaktiven Zustände einteilen nach der Art der seelischen Konstitution, welche die Reaktion bedingt. Im Kriege beobachtete man manchmal reaktive psychotische Zustände von kurzer Dauer bei Persönlichkeiten, die vorher und nachher nichts Psychopathisches zeigten<sup>2)</sup>. Man kam wohl zu der Vorstellung, daß jeder Mensch seine „Grenze“ habe, an der er reaktiv erkrankte. Doch wenn auch eine Veranlagung objektiv in solchen Fällen nicht feststellbar ist, vielmehr auch robuste, seelisch als besonders „gesund“ erscheinende Persönlichkeiten (in seltenen Fällen)<sup>3)</sup> erkranken, so wird man doch daran festhalten, daß es viele Menschen gibt, die wohl körperlich zugrunde gerichtet werden können, Gehirnerkrankungen bekommen, vollkommen erschöpft werden, und die doch nicht in reaktiv psychotische Zustände geraten. In der Mehrzahl der Fälle ist aber die Vorbedingung in der ganzen Konstitution auch außerhalb der Reaktion sichtbar. Diese Konstitution ist entweder angeboren und dauernd (Psychopathen) oder schwankend (Phasen), oder erworben als vorübergehend (Erschöpfung), oder als progredient (Schizophrenie). So beobachtet man die Charaktere von gesteigerter Reagibilität (Reizbarkeit, Zornmütigkeit), die hysterischen, psychasthenischen Stimmungsreaktionen. Dieses alles aber beobachtet man bei Menschen und zu gewissen Zeiten, die dem unachtsamen Beobachter als solche kaum auffallen. Man sieht bei relativ kleinen Anlässen übermäßige Affektivität, Verarbeitungsunfähigkeit, und sieht dieselben Menschen zu anderen Zeiten ganz normal. Diese Zeiten können rein endogene Phasen, oder durch seelische und körperliche Erschöpfung bedingt

1) Er wurde von Kretschmer beschrieben und benannt: Der sensitive Beziehungswahn, ein Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre. Berlin 1918. Diese Prozesse sind vielleicht doch nur besondere Typen paranoisch-schizophrener Fälle, die ein ungewöhnliches Maß sinnvoller Zusammenhänge erkennen lassen bei einer intakt bleibenden, ja natürlichen Persönlichkeit. Ein solcher Fall kann ganz ähnlich aussehen ohne entscheidendes Erlebnis, das der Psychose vorhergeht, wie K. Schneider an einem Patienten zeigte: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 59 S. 51. Aber solche Typen klar zu sehen und alle verstehbaren Zusammenhänge zu verfolgen, bringt eine Erkenntnis, die durch Ordnung und Gestaltung sonst chaotischer Phänomene ihren großen Wert hat.

2) Vgl. Wetzel: a. a. O. Michaelis: Klinik f. psychiatr. Krankh. 9.

3) Ein solcher Fall: Villinger: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 57 S. 174 (religiöse Reaktion halluzinatorisch-paranoischer Art in der Haft bei einem tüchtigen, nervengesunden Bauernmädchen, das ihr von einem russischen Kriegsgefangenen stammendes Kind sofort nach der Geburt getötet hatte).

sein, durch Kopfverletzungen, andauernde Emotion, Schlaflosigkeit usw. Auch bei Schizophrenen gibt es reaktive Psychosen auf der Basis des fortschreitenden Krankheitsprozesses. Sie unterscheiden sich von den Schüben des Krankheitsprozesses dadurch, daß der Kranke nach ihrem Ablauf annähernd zu seinem früheren Zustand zurückkehrt, während Schübe, auch wenn die heftigen Erscheinungen nachlassen, doch eine dauernde Veränderung bewirken<sup>1)</sup>. Schübe enthalten allgemeine Inhalte aus beliebigen vergangenen Zeiten, Reaktionen haben bestimmte Inhalte aus einem oder mehreren Erlebnissen her, aus denen die Psychose kontinuierlich hervorging. Schübe entstehen spontan, Reaktionen in zeitlichem Zusammenhang mit Erlebnissen. — Es ist selbstverständlich, daß bei allen Erkrankungen, sofern überhaupt noch Zusammenhänge im Seelenleben sind, reaktive Züge — aber als für den Ablauf fast immer ganz unwesentlich — hineinspielen<sup>2)</sup>. —

Wir fassen zum Schluß noch einmal zusammen, was den echten Reaktionen gemeinsam ist: Der Anlaß, der in enger zeitlicher Verbindung mit dem reaktiven Zustand steht, ist ein für unser Verständnis zureichender. Zwischen Inhalt des Erlebnisses und Inhalt der abnormen Reaktion besteht ein verständlicher Zusammenhang. Da es sich um die Reaktion auf ein Erlebnis handelt, gleicht sich die Abnormität im Laufe der Zeit aus. Besonders mit Wegfall der Ursache (Entlassung in die Freiheit, Rückkehr der heimwehkranken Mädchen zu den Eltern) fällt auch die abnorme Reaktion fort. Dadurch steht die reaktive Abnormität im Gegensatz zu allen spontan auftretenden krankhaften Vorgängen. —

Eine interessante Tatsache ist es, daß Gemüterschütterungen, Erlebnisse nicht bloß eine Psychose auslösen, sondern auch auf eine bestehende Psychose einen günstigen — wenn auch keinen heilenden — Einfluß haben können. Relativ häufig beobachtet man, daß paranoide Kranke mit einem schizophrenen Prozeß nach der Aufnahme in eine Anstalt zunächst alle Symptome (Trugwahrnehmungen, Verfolgungen usw.) verlieren<sup>3)</sup>. Es soll auch beobachtet sein, daß schwere katonisch gefärbte Zustände durch einen starken Affekt gleichsam wie „aus einem tiefen Schläfe erweckt“ wurden und zur Heilung vom akuten Zustand kamen. Bertschinger<sup>4)</sup> berichtet z. B. folgenden Fall:

Eine „junge Dame, die sich seit Wochen äußerst ungeniert benommen und sich mit Vorliebe nackt gezeigt hatte, wurde von einer bestimmten Person in der Anstalt, die sie von früheren Zeiten her kannte, in einer sehr undezenten Situation

1) Über das Problem reaktiver Zustände bei Schizophrenen siehe meine Arbeit *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* 14. Ferner Bornstein, *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* 36 S. 86. Van der Torren: ebenda 39 S. 364. K. Schneider: ebenda 50. 1919. S. 49. Schizophrene Reaktionen ohne Prozeß (schizoide Reaktionen) statuierte Popper: ebenda 62 S. 194. Kahn: 66 S. 273. Dazu kritisch: Mayer-Groß: ebenda 76 S. 584.

2) Für einzelne Fälle von paralytischem Größenwahn zeigt das Schilder: *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* 74 S. 1.

3) Riklin: Über Versetzungsbesserungen, *Psychiatr.-neurol. Wochenschr.* 1905.

4) Bertschinger: Heilungsvorgänge bei Schizophrenen, *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med.* 68. 1911. S. 209. — Vgl. ferner Oberholzer: *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* 22. 1914. S. 113.



überrascht. Sie errötete, schämte sich, konnte seit Wochen zum ersten Male zu Bett gehen, blieb danach ruhig und konnte nach kurzer Zeit entlassen werden“.

Daß irgendwelche Ereignisse im Heilungsstadium akuter Psychosen einen besonders günstigen Einfluß hatten, wird von Kranken häufig subjektiv berichtet. Eine auffallende objektive Besserung, ein Zugänglichwerden eines lange stuporösen Kranken, beobachtet man z. B. beim Besuch von Angehörigen (sofern er ganz selten ist). Jedoch ist nach wenigen Stunden der alte Zustand wieder da und der Verlauf unbeeinflußt.

## § 2. Die Suggestion.

Wenn in einem Menschen ein Wunsch, ein Gefühl, ein Urteil, eine Stellungnahme, ein Entschluß auftaucht, wenn ein Mensch handelt, so pflegen wir den Inhalt dieser Akte aus den früher hervorgetretenen Eigenschaften, dem dauernden Wesen dieses Menschen und aus der besonderen Situation zu „verstehen“. Gelingt uns auch bei eingehender Kenntnis des Menschen ein solches Verständnis nicht, so suchen wir, ob das Phänomen vielleicht der „unverständliche“ Bestandteil der Symptome eines Krankheitsvorganges ist. Nun gibt es eine große Zahl psychischer Vorgänge, die zu keiner dieser beiden Gruppen gehören. Der Inhalt dieser Vorgänge, die wir unter dem Namen der Suggestionsphänomene zusammenfassen, ist allerdings verständlich, aber nicht aus dem Wesen der betroffenen Persönlichkeit oder aus rationalen und anderen zureichenden Motiven, sondern aus der besonderen seelischen Einwirkung, die von anderen Menschen auf sie in einer fast mechanisch zwingenden Weise stattfindet, ohne daß eigenes Wesen oder objektiv für uns einsichtige oder allgemein verständliche Beweggründe mitwirken. Ohne Gegenvorstellungen, Gegengründe, Gegenwerte tritt die „Realisierung“ ein. Unter Voraussetzung der uns unverständlichen und bisher nicht weiter zu erforschenden Suggestionsmechanismen sind die durch sie auftretenden Phänomene in verständlichen Zusammenhängen zur Entwicklung gekommen, indem der Inhalt der seelischen Einwirkung und der Inhalt der auftretenden Phänomene sich entsprechen.

Im weitesten Sinne gehören zu den Suggestionsphänomenen die unwillkürlichen Nachahmungen (nicht die willkürlichen, die in jedem Einzelfall aus besonderen Motiven und Zwecken verständlich sind). Nicht weil er aus sich selbst begeistert ist, sondern weil die Menge ihn ansteckt, gerät der Bürger in der Volksversammlung außer Fassung. So verbreiten sich politische Leidenschaften; Moden und Sitten haben in dieser Nachahmung eine Quelle. Wir machen Bewegungen, Sprechformeln, Lebensweisen anderer Menschen nach, ohne es zu merken und ohne es zu wollen. Soweit es sich in solchen Fällen nicht um verständliche Entwicklungen unseres eigenen Wesens handelt, liegen Suggestionswirkungen vor<sup>1)</sup>. Alle überhaupt möglichen

<sup>1)</sup> Tarde (*Les lois de l'imitation*) hat die Nachahmung, indem er den Begriff ungeheuer weit ausdehnte, in ihren Erscheinungen beschrieben und unter der üblichen Verabsolutierung einer Verstehensart zur Grundlage der Sozio-

seelischen Erlebnisse werden auf diese Weise angeregt, Gefühle, Anschauungen, Urteile. Sehr drastisch sind die unwillkürlichen Nachahmungen, wenn sie sich in körperlichen Phänomenen zeigen, deren Entstehung vom bewußten Willen gänzlich unabhängig ist: z. B. wenn jemand heftigen Schmerz bekommt an der Körperstelle, an der ein nahestehender Mensch etwa einen Knochen bricht, oder wenn jemand eine Lähmung oder einen Krampf bekommt, weil er solche mit Schrecken in der Umgebung sieht. Man kann ganz allgemein von einem Nachahmungsreflex reden. Dieser gehört zu den Grundeigenschaften der menschlichen Natur.

Eine besonders wichtige Art der Suggestion ist die Suggestion von Urteilen und Wertungen (Urteilssuggestion). Wir urteilen, werten, nehmen Stellung, indem wir wider Willen und Wissen einfach Urteile, Wertungen, Stellungnahmen anderer übernehmen. Wir haben gar nicht selbst gewertet, geurteilt, Stellung genommen, wir haben aber doch das Gefühl des eigenen Stellungnehmens. Diese Übernahme anderer Urteile ohne eigenes Urteil, jedoch mit dem Schein eigenen Urteilens nennt man Urteilssuggestion<sup>1)</sup>.

Alle bisher aufgezählten Suggestionen können unbeabsichtigt und unwillkürlich sein. Niemand will suggerieren, und der Betroffene selbst bemerkt es nicht. Suggestionen können aber auch beabsichtigt sein, und mit diesem Merkmal bekommt der Begriff der Suggestion erst eine engere, wenn auch äußerliche Begrenzung, in der unter diesen Begriff nur die gewollten Beeinflussungen von Menschen in der Hypnose und in hysterischen Zuständen fallen. Schließlich kann eine Suggestion sogar mit Wissen des Betroffenen zur Realisierung kommen. Ich will, und ich erwarte, oder ich fürchte, daß ich hypnotisiert werde, und trotz meines Wissens kann ich mich nicht wehren, oder vielmehr gerade mein Wissen befördert die Suggestion. Aber dieses Wissen ist eigentlich selbst schon suggeriert: es ist gläubiges Wissen, Erwarten des Unabwendbaren.

Eine besondere Rolle spielt der Begriff der Autosuggestion, den man der Fremdsuggestion gegenüberstellt. Aus irgendwelchen, auch verständlichen Gründen taucht im Menschen eine Vorstellung, eine Erwartung, eine Vermutung auf, und alsbald verwirklicht sich in seinem Seelenleben der Inhalt derselben. Man erwartet etwas zu riechen und riecht es wirklich. Man vermutet einen Tatbestand, und schon ist man von ihm überzeugt. Man erwartet eine Armlähmung, durch einen Stoß verursacht, und im selben Augenblick ist der Arm gelähmt. Es handelt sich in diesen Fällen um einen Mechanismus, der in den Händen des zweckbewußten Willens nur wertvolle Resultate zeitigt. Man will zu einer bestimmten Zeit aufwachen und wacht wirklich pünktlich auf; man will einen körperlichen Schmerz zum Verschwinden bringen, und er verschwindet wirklich; man will

---

logie machen wollen. Die Eigenart einzelner Kreise, Stände, Berufe, hat in unwillkürlicher Nachahmung eine ihrer Quellen. Die milieubedingte Persönlichkeit und ihr ursprüngliches eigenartiges Wesen sind meistens schwer zu trennen.

<sup>1)</sup> Stern: Beiträge zur Psychologie der Aussage, 1 S. 336.

einschlafen und schläft ein; man kann sich absichtlich in leichte Autohypnose versetzen und darin weiter gehende autosuggestive Wirkungen erreichen als ohne sie<sup>1</sup>). Liegt in diesen Fällen, in denen das Spielen des Suggestionismus wirklich in der Gewalt des zweckbewußten Willens ist, eine besondere geistige Kraft und jedenfalls keine Krankheit vor — diese Fähigkeiten sind übrigens selten —, so ist dieser Mechanismus, wenn er ohne Wissen und Willen und gegen den Willen arbeitet, ein unzuträgliches Geschehen, das man hysterisch nennt.

Die anfänglich geschilderten „normalen“ Suggestionenphänomene hat jedermann gelegentlich an sich erfahren. Abnorme Suggestionenwirkungen sind entweder unter besonderen Bedingungen (Hypnose) oder bei besonderer individueller Veranlagung (Hysterie) zu beobachten. Man kann der Mehrzahl der Menschen unter der Voraussetzung, daß sie es wollen, und daß sie an die Kraft der ihnen Vertrauen erweckenden, für sie autoritativen Persönlichkeit glauben, zunächst Müdigkeitsempfindungen, Ruhe, Hingegenheit an die Worte des Suggestors, Konzentration ihrer Aufmerksamkeit nur auf diese Worte suggerieren und damit einen Zustand schaffen, der in verschiedenen Graden von leichtester Schlaftrunkenheit bis zu tiefster Hypnose mit ausschließlichem Rapport zum Suggestor auftritt, und der die geeignete Bedingung ist, weiteren Suggestionen zur Realisierung zu verhelfen. Je nach der Tiefe der Hypnose gelingen diese in verschiedener Ausdehnung. Empfindungslosigkeit der Haut, Bewegungen, Haltungen, Bewegungslosigkeit, Empfindungen, Trugwahrnehmungen, Amnesien, Gemütsbewegungen können hervorgerufen werden. Der Hypnotisierte vermag sich nicht zu rühren, wenn der Hypnotiseur es befohlen hat, ihm schmeckt eine Kartoffel wie eine köstliche Birne, er führt in tiefster Hypnose einen Diebstahl aus usw. In diesen tiefsten Graden der Hypnose öffnen sich wieder die Augen, der Mensch steht auf, geht und bewegt sich wie ein Wachender, nur daß jede Bewegung und jedes Erleben ausschließlich durch den Rapport mit dem Hypnotiseur bedingt ist (Somnambulismus). Für diese Zustände besteht nachher vollständige Amnesie. — Besonders merkwürdig sind gewisse posthypnotische Wirkungen (Terminsuggestionen). Der Hypnotisierte führt auf einen ihm in der Hypnose gegebenen Befehl hin Tage oder Wochen nachher Handlungen, etwa einen Besuch, aus. In ihm selbst unverständlicherweise steigt zu dem bestimmten Termin der Drang zu diesem Tun in ihm auf, dem er, wenn nicht überwiegende Hemmungen von seiner Persönlichkeit entgegenstehen, nachgibt, oft indem er sich ein verständliches Motiv zurechtlegt und für den wirklichen Grund seines Tuns hält. Schließlich sind körperliche Phänomene durch Suggestion in der Hypnose hervorzurufen, die willkürlich nie zu erzielen sind: Fixierung der Menstruation auf einen bestimmten Termin, Herabminderung der Blutung, Blasenbildung auf

---

<sup>1</sup>) Levy: Die natürliche Willensbildung, Leipzig 1909.

der Haut (indem ein Stück Papier als ein Blasenpflaster suggeriert wird)<sup>1)</sup> usw.

Die Hypnose ist etwas anderes als der Schlaf. Der Rapport, die „wache Insel“ in dem im übrigen schlafenden Seelenleben, ist der Hauptunterschied.

Die Hypnose ist ferner etwas anderes als Hysterie. Die Phänomene der Hypnose und die Phänomene der Hysterie sind allerdings ihrem Mechanismus nach identisch. Der Unterschied ist, daß der Mechanismus der hypnotischen Erscheinungen durch besondere vorübergehende Bedingungen hervorgerufen wird, der der hysterischen Erscheinungen eine dauernde Eigentümlichkeit der seelischen Konstitution mancher Menschen ist.

Doch besteht eine Beziehung zwischen Hysterie und Fähigkeit zur Hypnose. Die Hypnose existiert in vielen Arten und Graden. Die tiefen Grade der Hypnose beobachtet man nicht so häufig wie die leichteren. Sie sind am häufigsten bei Menschen, die auch spontan zu hysterischen Mechanismen neigen, und bei Kindern (deren Seelenleben normalerweise dem hysterischen Seelenleben noch näher steht) zu erzielen. Andererseits gibt es Kranke, die überhaupt nicht hypnotisierbar sind, wie die meisten Individuen der *Dementia praecox*-Gruppe, und andere Kranke, die nur in leichtesten oberflächlichen Schlaf, der kaum Hypnose zu nennen ist, zu bringen sind, wie die Psychasthenischen (die sehr zahlreichen Nervösen, die nicht hysterisch sind).

Bei den hysterischen Phänomenen haben wir alle die genannten Suggestionenarten in maßloser Entwicklung. Alle möglichen angeregten Tendenzen verwirklichen sich, ohne von der Kritik der Gesamtpersönlichkeit, den früheren Erfahrungen in dieser Entwicklung gehemmt zu werden. Nicht selten ist die Auswahl der verwirklichten Erscheinungen aus den Wünschen und Trieben der Persönlichkeit, die sich darin unbemerkt wirksam zeigen, zu verstehen. Die unwillkürliche Nachahmung sieht man, wenn beim Impfen, nachdem einer ohnmächtig wurde, einer nach dem andern ebenfalls ohnmächtig wird. Hysterische Krämpfe verbreiten sich auch heute noch z. B. in Mädchenschulen wie früher in Klöstern. Die Urteilssuggestion zeigt sich an der hysterischen Leichtgläubigkeit. Als Autosuggestion macht sich der Mechanismus in der Entwicklung selbstgeglaupter Phantasien aus anfänglichem bewußtem Lügen geltend (*Pseudologia phantastica*). Aus dem bloßen Spielen einer Geisteskrankheit entwickelt sich wirk-

<sup>1)</sup> Die hypnotischen Phänomene, die in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts überall eingehend studiert wurden, werden ziemlich übereinstimmend beschrieben. Die Erklärungen und Theorien, die uns hier nicht interessieren, sind allerdings sehr wechselnd. Die wichtigsten Darstellungen sind: Bernheim: *Die Suggestion*, deutsch von Freud, Wien 1888. Forel *Der Hypnotismus*, 4. Aufl., Stuttgart 1902. Moll *Der Hypnotismus*, 4. Aufl. 1907. Von Psychologen: Lipps: *Suggestion u. Hypnose* (Abhandl. der bayr. Akad. 1897). Wundt: *Hypnotismus und Suggestion*, Leipzig 1892. — Wie weit hypnotischer Einfluß bei disponierten Individuen gehen kann, zeigt beispielsweise ein Fall Hübners: *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med.* 68 S. 734.

liche seelische Veränderung. Eine Kranke erzählt aus ihrer Kindheit, wie sie erschreckt das Spiel des Wahnsinns aufgab, als sie die Tendenz zur Realisierung bemerkte. Haftpsychosen sind vielfach wirkliche seelische Veränderungen, die aus anfänglicher Simulation und dem Wunsch krank zu sein, bei hysterisch Veranlagten hervorgehen. Aus einer Rolle entwickelt sich der wirkliche Wahn, aus dem „wildem Mann“ die nicht mehr zu hemmende selbständige Erregung, aus der halben Simulation körperlicher Beschwerden die Rentenhysterie, die ein wirkliches selbstherrlich gewordenen Leiden ist. Aus der ängstlichen Vorstellung, der Staatsanwalt habe es mit seiner Braut, entwickelten sich bei einem Hysterischen in der Haft unwillkürliche, nicht mehr zu bannende Pseudohalluzinationen von sexuellen Szenen zwischen den beiden und der Glaube an die Realität der Beziehungen. Im ganzen Wesen der Hysterischen zeigt sich die Suggestibilität in ihrer Anpassung an jedes Milieu. Sie sind so beeinflussbar, daß sie gar kein eigenes Wesen mehr zu haben scheinen. Sie sind so, wie ihre jeweilige Umgebung ist, verbrecherisch, religiös, arbeitsam, begeistert für die suggestiv beigebrachten Ideen, die sie ebenso schnell mit größerer Intensität als der Schöpfer vertreten, wie sie sie zugunsten späterer Beeinflussung auch wieder aufgeben. Auch Situationen haben eine Tendenz, nur in einer Bedeutung aufgefaßt und in dieser einen Bedeutung hemmungslos ausgelebt zu werden. Ein Kranker bekam von der Unfallversicherung 250 M. Er fühlte sich nun ungeheuer reich, dachte an nichts anderes, verlobte sich, kaufte Ringe, Möbel, Kleider auf Abzahlung, lebte 14 Tage, wie er selbst sagt, in Größenwahn, machte dann Diebstähle und saß 2 Jahre im Gefängnis. Er selbst empfand seine Verfassung nachher als krankhaft.

Der Begriff der Hysterie ist Gegenstand zahlreicher Diskussionen gewesen, deren Resultat ist, daß der Begriff sich immer mehr aus dem früheren Begriff einer Krankheitseinheit zu einer allgemein psychopathologischen Bezeichnung für bestimmte Phänomene entwickelt hat, die bei allen möglichen Krankheiten auftreten können, wenn auch am häufigsten bei einer bestimmten Veranlagung. Man unterscheidet den hysterischen Charakter (vgl. später S. 350ff.) und die hysterischen Zufälle (*accidents mentaux*) und die hysterischen Stigmata (körperliche Symptome, vgl. oben S. 156ff.). In allen drei Gruppen hat man seit Kohnstamm eine einheitliche Tendenz, einen Willen zur Krankheit, das „Versagen des Gesundheitsgewissens“ getrennt von den Mechanismen, die irgendwie mit Abspaltungen zusammenhängen. Über das Wesen des in allen drei Gruppen von Erscheinungen wirksamen hysterischen Mechanismus schalten wir hier noch eine kurze Bemerkung ein:

Zahllos sind die immer merkwürdigen, erstaunlichen Beobachtungen auf allen Gebieten des Seelenlebens, bei denen man auf der einen Seite einen Defekt des bewußten seelischen Geschehens konstatiert, der auf der andern Seite sich dann doch nicht als wirklicher Defekt erweist. Das Fehlende besteht weiter, wir sagen im Unbewußten, es übt Wirkungen aus, es ist durch physische Ursachen (Suggestion, Affekt) wieder ins Bewußtsein zu bringen. Alle nur möglichen Störungen gibt es auf diese Weise: völlige Amnesie für abgegrenzte Zeiten, für bestimmte Gegenstände, für die ganze Vergangenheit, totale Merkfähigkeitsstörung, Empfindungslosigkeit, Lähmungen, Unfähigkeit zu wollen, Veränderungen des Bewußtseins usw. Ebenso überraschend wie der Defekt ist die Art, wie er dann doch nicht da ist. Die Kranke, die ihr ganzes früheres Leben vergessen hat, benimmt sich so, als ob sie alles noch wüßte, die Blinde kann gehen und stößt nirgends an. Man kann immer Bedingungen finden, unter denen der Defekt be-

hoben erscheint. Daran scheitern alle Simulationsproben, die hysterische Phänomene von echten simulierten unterscheiden wollen. Wir haben es bei den hysterischen Phänomenen nie mit Vorgängen zu tun, die bestimmte psychische Funktionen im Defektszustande genauer zu studieren erlauben, sondern es ist immer dieselbe Weise, auf die alle psychischen Funktionen gestört werden können, eine Weise, die wir noch nicht präzise charakterisieren können, deren Einheit wir in vielen Fällen mehr ahnen als wissen, und die wir eben den hysterischen Mechanismus nennen. Das Studium dieses hysterischen Mechanismus lehrt uns eine ebenso rätselhafte als wichtige Seite des Seelenlebens kennen. Es handelt sich um einen Mechanismus, der sich uns, wenn wir ihn einmal erkannt haben, als bei uns allen gelegentlich einmal in Spuren vorhanden erweist. Aber die durch ihn bedingten Erscheinungen eignen sich nur zum Studium dieses Mechanismus selbst, nicht zum Studium und zur Analyse besonderer seelischer Funktionen. Es ist ein alter Fehler, hysterische Phänomene zur Analyse und Interpretation seelischer Phänomene überhaupt zu benutzen. Hysterische Gedächtnisstörungen sind z. B. völlig ungeeignet, um über besondere Funktionen des Gedächtnisses etwas zu erfahren. Allerdings muß man zugeben, daß alle seelischen Vorgänge, wenn sich ihrer dieser hysterische Mechanismus bemächtigt, eine neue Seite darbieten<sup>1)</sup>.

Eine besonders auffällige Art von Suggestionsercheinungen, an denen vielfach, aber nicht nur, hysterische Menschen besonders beteiligt sind, stellt das sog. induzierte Irresein (die psychischen Epidemien) dar<sup>2)</sup>. Es verbreiten sich hysterische Krämpfe, Selbstmordneigung, Überzeugungen wahnhafter Art. Es kann aber keine Rede davon sein, daß sich Krankheitsprozesse psychisch übertragen. Bei der Verbreitung spielt das Bewußtsein der Masse, das Gefühl der Gemeinsamkeit, eine um so größere, unter Umständen unheimliche Rolle, je mehr Menschen schon dem Einfluß preisgegeben sind. Ein besonders interessanter Fall ist der, daß ein an einem paranoiden Prozeß Erkrankter eine Menge von Gesunden mit seinen Ideen ansteckt, so daß er das Zentrum einer Bewegung wird, die nach seiner Entfernung schnell einzuschlafen pflegt. Da umgekehrt Paranoische sich absolut nicht beeinflussen lassen, haben diese Fälle zu dem Schlagwort geführt: Es kann eher ein Verrückter hundert Gesunde, als hundert Gesunde einen Verrückten überzeugen.

Damit sind wir auf die Frage nach der Abhängigkeit der Suggestionsercheinungen gekommen. Die eigentlich Verrückten, Paranoische, Schizophrene, sind im allgemeinen nicht suggestibel, auch nicht hypnotisierbar. Doch tritt zuweilen auch wieder eine große Suggestibilität in bestimmten Richtungen bei diesen immer so unberechenbaren Krankheitsbildern auf. Bestimmte Suggestionsercheinungen sind um so wirksamer, je mehr sie den Wünschen des Kranken entgegenkommen

<sup>1)</sup> Über die Psychopathologie der Hysterie vgl. Janet: *L'état mental des Hystériques*, II. Aufl., Paris 1911. Hellpach: *Grundlinien einer Psychologie der Hysterie*, Leipzig 1904.

<sup>2)</sup> Wollenberg: *Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh.* 20 S. 62. Schönfeldt: *Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh.* 26 S. 202. Weygandt: *Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien*, Halle 1905. — Hellpach: *Die psychischen Epidemien* (in der Sammlung „Die Gesellschaft“). Schoenhals: *Monatsschr. f. Psychiatr.* 33 S. 40 (Literatur). Riebeth: *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* 22. 1914. S. 606. Peretti: *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med.* 74 S. 54ff. W. Dix: *Über hysterische Epidemien an deutschen Schulen*, Langensalza, H. Beyer u. Söhne, 1907.

(die enorme Wirksamkeit der Autosuggestion bei rentenempfangenden traumatischen Neurotikern), und je mehr sie gefürchtet sind (die schnelle Verwirklichung hypochondrischer Beschwerden, die anfangs nur vermutet wurden). Man kann ängstliche Menschen durch entsprechende Suggestionen geradezu krank machen, wie man sie umgekehrt auch wieder gesund machen kann.

### § 3. Die Nachwirkung früherer Erlebnisse.

Man kann theoretisch in der Seele des Menschen das durch die Anlage Gegebene von dem durch das Schicksal Erworbenen unterscheiden. Alles was der Mensch erlebt, was er tut, hinterläßt Spuren und ändert die Veranlagung langsam um. Zur Zeit der Geburt gleich veranlagte Menschen können durch Schicksale und Erlebnisse, durch Erziehung und Selbsterziehung in ganz verschiedene Bahnen geraten und nachdem einmal eine Entwicklung vollzogen ist, ist eine Rückkehr unmöglich. Darin liegt das persönlich Verantwortliche jedes einzelnen Erlebens. Die Abänderungsfähigkeit der Anlage durch die Umstände ist individuell sehr verschieden. Manche Naturen müten an, als ob sie wie ein sich gleichbleibender Felsen alle Stürme überständen, andere dagegen scheinen ohne alle Festigkeit nichts zu sein als der Widerhall des jeweiligen Milieus.

Die Nachwirkungen, welche der Ablauf seelischer Vorgänge hinterläßt, sind verschiedener Art: 1. Die Gedächtnisspuren, die eine Erinnerung an den betreffenden Vorgang ermöglichen. 2. Die Erleichterung der seelischen Vorgänge, wenn sie wiederholt auftreten (Übung): eine junge Schwalbe kann beim Verlassen des Nestes sofort ohne vorheriges Probieren fliegen, aber offensichtlich ungeschickt; sie übt und fliegt immer besser, ohne neue Bewegungen hinzuzulernen. 3. Eine Abkürzung derselben Vorgänge, so daß dasselbe Resultat mit immer weniger Bewußtseinserscheinungen erreicht wird (Automatisierung oder Mechanisierung): Das Lernen des Radfahrens geht zunächst so vor sich, daß man die meisten Bewegungen bewußt lernt, daß man sich nicht dem „Instinkt“ überläßt. Immer mehr schaltet beim Lernen das bewußte Leiten der Bewegung aus, der entscheidende Moment ist dann derjenige, in dem man wagt, sich dem gelernten Mechanismus (erworbener Instinkt) anzuvertrauen und nun ist die Automatisierung bald soweit vorgeschritten, daß nur noch der allgemeine Wille: jetzt will ich radfahren, im Bewußtsein zu sein braucht, alles Weitere aber ganz automatisch geschieht, während das Bewußtsein vielleicht mit ganz anderen Dingen beschäftigt ist. 4. Eine allgemeine Tendenz zur Wiederkehr derselben seelischen Erlebnisse (Gewohnheiten). 5. Schließlich bei gefühlsbetonten Erlebnissen vielfach unbemerkte Einflüsse auf die weiteren seelischen Vorgänge, auf Gefühle, Wertungen, Handlungen, Lebensführung (Komplexwirkungen). — Von Gedächtnis, Übung und Mechanisierung haben wir bei der objektiven Untersuchung des psychischen Reflexbogens gehandelt, an dieser Stelle wird nur noch von Gewohnheiten und von Komplexwirkungen

die Rede sein, die für uns einen gewissen Rest von Verständlichkeit in sich schließen. Bei fast jeder psychologischen Analyse begegnen sie uns.

I. Gewohnheiten beherrschen unser Leben in einem Grade, den wir uns nur selten klar machen. Überkommene Sitten und zufällige Angewohnungen bewirken die meisten unserer Handlungen und Gefühle. Gewohnheiten werden einem lieb, werden zu Bedürfnissen. Selbst üble Tätigkeit, zu der man gezwungen wird, wird durch die Gewohnheit alsbald erträglich. Gewohnheiten sind eine Ursache der Konstanz unserer Einstellungen, unserer Disziplinierung. Sie sind unsere „zweite Natur“. Das Gewohnte — und seien es Verbrechen — verliert alles Auffallende. Demgegenüber tritt die Spontaneität unserer Seele sehr zurück. Eine Analyse und Ordnung der unzähligen Gewohnheiten wäre endlos. Wir können hier nur einige auffällige und als abnorm betrachtete Erscheinungsweisen der Gewohnheit aufführen: Wenn ein Psychopath sich einmal in eine Situation mit einer bestimmten Stimmung begeben hat, kann er nicht mehr aus dieser Stimmung heraus; z. B. ein ungünstiges Wort im Beginn einer Zusammenkunft zerstört den ganzen Abend (das kann auch als abnorm lange Nachwirkung einer depressiven Reaktion aufgefaßt werden). Ein Verhalten in querulatorischem Sinne zur Anstalt, in der er interniert ist, kann er nicht mehr ablegen. In einer anderen Anstalt, vielleicht bei schlechterer Behandlung, ist er ruhig.

Verbrecherische Handlungen, einmal begangen, haben Neigung zur Wiederholung. Das eklatanteste Beispiel sind die Giftmischerinnen (Marquise de Brinvilliers, Margarethe Zwanziger, Gesche Margarethe Gottfried u. a.), denen ihr Morden gar nicht als etwas Besonderes erscheint, das sie nicht bloß irgendwelcher Zwecke wegen, sondern aus reinem Machtbedürfnis, schließlich zu bloßem Vergnügen betreiben. Feuerbach (Merkwürdige Kriminalfälle 1, 51) schildert von einem Fall: „Giftmischen und Giftgeben wurde sonach für sie ein gewöhnliches Geschäft, ausgeübt zum Scherz wie zum Ernste, zuletzt mit Leidenschaft betrieben, nicht bloß um seiner Folgen willen, sondern um seiner selbst willen. . . . Gift erschien ihr als ihr letzter, treuester Freund, zu dem sie sich überall unwiderstehlich hingezogen fühlte, und von welchem sie nicht mehr lassen konnte. Gift war ihr beständiger Gefährte; mit Gift in der Tasche wurde sie von der Gerechtigkeit ergriffen. . . . Als ihr der bei ihr gefundene Arsenik nach mehrmonatlicher Gefangenschaft zur Anerkennung vorgelegt wurde, war es, als wenn sie vor Freude zitterte; mit Augen, welche von Entzücken überstrahlten, starrte sie auf das weiße Pulver hin. Dennoch sprach sie von ihren Taten immer nur wie von ‚geringen Vergehungen‘. . . Das Gewohnte verliert für uns alles Auffallende.“

Aus akuten psychotischen Zuständen bleiben abnorme Bewegungen, abnormer Ausdruck als Gewohnheit noch längere Zeit bestehen, ohne daß die eigentliche Ursache weiter bestände.

Wenn einmal durch ein Erlebnis eine starke Reaktion (normaler oder abnormer Art) erlebt wurde, so hat das zur Wirkung (in individuell verschiedenem Grade), daß auf geringere Reize, die in der Richtung derselben Erlebnisart liegen, oder auf Reize, die nur irgendwie daran erinnern, schließlich auf alle möglichen gefühlsbetonten Vorgänge, deren Zusammenhang mit dem Ausgangserlebnis schwer oder gar nicht mehr zu verstehen ist, dieselbe Reaktion in derselben Stärke wiederkehrt. Jemand, der einem Blitzschlag in näch-



ster Nähe erlebt hat, gerät bei jedem Gewitter in maßlose Angst. Wer einmal ein Tier hat schlachten sehen, ißt vielleicht nie mehr Fleisch (nicht aus Theorie, sondern aus innerem Widerstand). Hysterische bekommen zum erstenmal auf eine heftige Gemüterschütterung ihre krankhaften Symptome, die oft inhaltlich aus der Art des Erlebnisses verständlich sind (Armlähmung, Aphonie, Krampfanfälle usw.). Später werden dieselben Symptome durch alle möglichen anderen, oft geringfügigen Ereignisse wieder hervorgerufen. Es sind gewohnt gewordene abnorme Reaktionsweisen entstanden. Die Neigung zu unüberwindlichen Angewöhnungen ist allgemein, bei Psychopathen stärker als unter normalen Verhältnissen. Zwischen Angewöhnungen, die unter Umständen noch wie Unarten behandelt werden können, und zwischen unbeeinflussbaren erworbenen Reaktionsformen bestehen alle Übergänge. Es ist besonders für die sexuellen Perversitäten bekannt, daß sie durch zufällige Ereignisse, besonders in der Kindheit, entstehen und dann wie ursprüngliche Triebanlagen sich verhalten können.<sup>1)</sup>

Alle ersten Erlebnisse haben eine entscheidende Bedeutung. „Ein Erlebnis, das zum erstenmal einen bestimmten Affekt erfahren läßt, kreierte gleichsam die betreffende Affektqualität fürs ganze Leben“ (Bleuler). Die Nachwirkung des Erlebnisses ist vielmehr vom Inhalt, von der Bedeutung abhängig als von der augenblicklichen Intensität. Dann ist es wichtig, auf welche Art und welche Menge von Erfahrungen es in den betreffenden Menschen trifft, in welcher Entwicklungsphase, Wachstumsperiode es eintritt, schließlich ob es in abnorme endogene Phasen oder in Bewußtseinsveränderungen fällt. Von Freud wurde die Bedeutung von Eindrücken frühester Kindheit (in der „prä-historischen“ Periode bis zum 4. Lebensjahr) zum erstenmal bemerkt und sehr hoch angeschlagen. Wieweit dieses richtig ist, wieweit hier seelische Dispositionen auf Erwerb in frühester Lebenszeit statt auf unabänderliche von vornherein gegebene Anlage und Vererbung zurückgeführt werden dürfen, ist keineswegs endgültig geklärt. Dieses von Freud aufgeworfene Problem der infantilen Reminiszenzen eröffnet große Aussichten, aber es ist in allen Einzelfällen bisher allzu kritiklos und viel zu wenig überzeugend gelöst worden. Die Bedeutung vergangener Erlebnisse, besonders der Kindheitserlebnisse, kann retrospektiv von der Persönlichkeit stark überschätzt werden. Aus Kon-

<sup>1)</sup> Bezüglich der sexuellen Perversionen, insbesondere der Homosexualität, stehen sich die Ansichten gegenüber, die sie auf angeborene, inhaltlich von vornherein bestimmte Triebrichtungen zurückführen, und diejenigen, die sie als durch zufällige Schicksale, Fixierung erster Erlebnisse der Weckung der Sexualität gegenüber ungeeigneten Objekten erworben ansehen. Wie meist bei solchen Gegensätzen haben beide Teile recht je nach Art der Fälle. Vgl. Stier: Zur Ätiologie des konträren Sexualgefühls, Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 32. 1912. S. 1221. Dazu Naecke: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 15. 1913. S. 537. Einige Forscher sind der Ansicht, daß die Homosexualität in vielen Fällen auf einer festbestimmten Anlage des geschlechtlichen Fühlens, dagegen die übrigen Perversionen (z. B. Fetischismus, Exhibitionismus) auf erlebnismäßig erworbenen, dann auch zum Teil rückgängig zu machenden Fixierungen sexuellen Fühlens beruhen.

fikten und Schwierigkeiten der Gegenwart heraus werden längst vergessene und vorher bedeutungslose Erlebnisse wieder wirksam, mit starken Gefühlswerten belastet, als naheliegende Symbole für die gegenwärtigen Schwierigkeiten erlebt; durch das Bewußtsein, es sei die gegenwärtige Schwierigkeit durch Vergangenes rettungslos determiniert, wird vielleicht sogar eine Erleichterung geschaffen. Diese „Neubesetzung“ längst vergangener Erlebnisse mit Affekten und ihre fälschliche Überschätzung als kausaler Faktoren, nennt die Freudsche Schule „Regression“ (infolge der bildlichen Vorstellung, die psychische Energie fließe auf frühere Inhalte des Seelenlebens zurück). Es ist das Verdienst Jungs<sup>1)</sup>, diese Genese der theoretischen Überschätzung vergangener seelischer Traumata von seiten der Ärzte und der Patienten verständlich gemacht zu haben.

In exzessiver, das ganze seelische Geschehen beherrschender Form begegnen uns die Gewohnheiten im schizophrenen Seelenleben. Man nennt sie hier Stereotypien. Alle nur möglichen irgendwie mit Seelischem verknüpften Vorgänge von einfachsten Bewegungen bis zu komplizierten Handlungen, Gedankengängen und inhaltlich bestimmten Erlebnissen können sich hier gelegentlich Tausende von Malen in so regelmäßiger Weise wiederholen, daß der Vergleich der Menschen mit einem Automaten, einer Maschine sich jedem aufdrängt. Kranke gehen immer genau denselben Kreis im Garten, nehmen immer denselben Platz ein, führen dieselbe Folge von Schlenkerbewegungen aus, liegen wochenlang in derselben Stellung, haben immer den gleichen maskenartigen Gesichtsausdruck (Bewegungs- und Haltungstereotypien), immer dieselben Worte oder Sätze werden wiederholt (Verbigeration), dieselben Striche und Formen bei Zeichnungen nebeneinandergesetzt; die Kranken bewegen sich in immer gleichen Gedankenkreisen: so schrieb eine Kranke jahrelang dieselben Briefe an die Polizei in Paris, Petersburg, die sie, ohne sich um deren weiteres Ergehen zu kümmern, oft haufenweise auf einmal dem Arzt übergab. Jahrelang wiederkehrende gleiche Redewendungen als einzige sprachliche Äußerungen beobachtet man nicht selten bei alten Fällen. Ein Kranker begrüßte jedermann mit den Worten: „für für oder gegen gegen?“, war befriedigt von der Antwort „für für“, sprach im übrigen nichts weiter.

II. Die Nachwirkung affektbetonter, insbesondere unlustbetonter Erlebnisse findet normalerweise in folgenden Typen statt: a) In einer Weise, die den Gewohnheiten entspricht, werden Affekte, nachdem sie abgelaufen sind, assoziativ, indem ein Element des ursprünglichen Erlebnisses auftaucht, wieder erweckt. Es treten Stimmungen auf, die dem Betroffenen völlig grundlos erscheinen können, solange die assoziative Auslösung nicht bemerkt wird. — b) Affekte übertragen sich, indem Gegenstände, die gleichzeitig mit unlustvollen — oder auch lustvollen — Erlebnissen gegenwärtig waren, denselben Gefühlscharakter annehmen, Hieraus entspringen die zahllosen subjektiven Gefühlswerte, die Gegenstände infolge zufälliger individueller Erlebnisse haben. Diese Übertragung kann auch beim bloß assoziativen, ohne neuen Grund geweckten Affekt auf wiederum neue Dinge stattfinden, so daß die subjektiven Gefühlscharaktere der Gegenstände eine unentwirrbare, komplizierte Genese haben können, die weder der Betroffene noch der analysierende Psychologe aufklären kann. Solche verständliche Aufklärung ist aber bei geduldiger Weckung von Assoziationen in manchen Fällen möglich. — c) Unlustvolle Er-

<sup>1)</sup> Z. B. Jahrb. f. psychoanal. Forsch. 5. 1913. S. 378 ff.

lebnisse werden verarbeitet. Entweder läßt der Mensch dem Auswirken der Gemütsbewegungen in Tränen oder Taten, in Selbstironie, Abwehrreaktionen, schöpferischer Tätigkeit, schließlich in Aussprache und Beichte freien Lauf, so daß sie in diesem Auswirken — bildlich gesprochen — sich erschöpfen (Abreagieren, Freud). Oder dies Auswirken wird gehemmt, aber dafür wird das Erlebnis intellektuell verarbeitet. Es wird das Fazit gezogen, die Zusammenhänge erwogen, das eigene Verhalten beurteilt, Handlungen beschlossen, die noch nötig erscheinen; bei dieser affektbetonten intellektuellen Arbeit werden, sofern sie rein und ehrlich ist, Charakterzüge für die Zukunft, Grundsätze eingegraben, die das Resultat solcher leidenschaftlicher und doch besonnener intellektueller Arbeit sind. — d) Wenn unlustvolle Erlebnisse in ihrem Auswirken gehemmt, „heruntergeschluckt“, abgewehrt, absichtlich beiseite geschoben und vergessen, „verdrängt“ (Freud) werden, ohne daß eine intellektuelle Verarbeitung stattfindet, so pflegen sie in höherem Grade als sonst nachzuwirken. Ihre assoziative Wiedererweckung und die Gefühlsübertragung, diese immer vorkommenden Nachwirkungen, pflegen hier intensiver und ausgedehnter zu sein. Doch kann die Verdrängung auch ohne Folgen gelingen, besonders bei gleichgültigen und stumpfen Charakteren.

Die normale Nachwirkung interessebetonter Erlebnisse hat man, besonders mit dem Assoziationsversuch, auch experimentell zu fixieren gesucht<sup>1)</sup>. Man untersucht die Wirkung dem Versuchsleiter bekannter Tatbestände, indem man die Reaktionen der gleichen Reizserie bei am Tatbestand Beteiligten und Unbeteiligten vergleicht. Die Unterschiede (Verlängerung der Reaktionszeit, Vergessen der Reaktion, sinnlose oder ausbleibende Reaktion, auffallende mimische und andere Begleiterscheinungen) sind beim Beteiligten zum Teil auf die einfache Nachwirkung des Erlebnisses, zum Teil auf eine Verheimlichungstendenz zurückzuführen. Beide Ursachen lassen sich nicht exakt trennen.

Die Disposition, die als Folge eines Erlebnisses oder einer bestimmten Erlebnisklasse zurückbleibt und in einheitlicher, aus dem ersten Erlebnis verständlicher Art das spätere Seelenleben beeinflusst, nennt man einen Komplex. Das Gemeinsame aller Komplexe ist, daß durch sie ein individuelles, irrationales Nachwirken vergangener Erlebnisse bezeichnet werden soll, das zu Gefühlen, Urteilen, Handlungen führt, die nicht in objektiven Werten, objektiver Richtigkeit, objektiver Zweckmäßigkeit, sondern in diesen persönlichen Erlebnisauswirkungen ihren Grund haben. Es soll damit zugleich ausgesprochen werden, daß die Persönlichkeit bei guter Selbstbeobachtung und Selbstkritik den Inhalten dieser Nachwirkungen keine objektive Gültigkeit beilegen würde. Doch hat der Begriff des Komplexes verschiedene Schattierungen. Er ist:

1. Die Projektion von einem Erlebnis her auf die ganze Auffassung der Welt. Nach einem Erlebnis z. B., das die Scham betrifft, durch

<sup>1)</sup> Zusammenfassende und kritische Darstellung mit vollständigen Literaturangaben: O. Liepmann: Die Spuren interessebetonter Erlebnisse und ihre Symptome, Leipzig 1911. Darin sind auch die Symptome bei anderen Versuchen (z. B. Aussageversuchen) dargestellt. Dazu: Rittershaus: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 8 S. 273. Grundlegend: Jung: Diagnostische Assoziationsstudien in Journ. f. Psychol. u. Neurol.

das man mit sich selbst unzufrieden ist, fühlt man sich — der ganze Ausdruck verrät es — überall schamvoll, als ob man beobachtet würde. Von der eigenen Veränderung glaubt man instinktiv, daß sie auch der Umwelt auffalle. Es entwickelt sich ein „paranoischer“ Zustand aus überwertigen Ideen. Goethe schildert sie nach dem Gretchenenerlebnis: „Auch waren mir die gleichgültigsten Blicke der Menschen beschwerlich. Ich hatte jene bewußtlose Glückseligkeit verloren, unbekannt und unbescholten umher zu gehen und in dem größten Gewühle an keinen Beobachter zu denken.“

2. Die Disposition, die aus einem Erlebnis als Spur verblieben ist und bei Anklingen irgendwelcher Elemente andere Elemente dieses Erlebnisses assoziativ ins Gedächtnis ruft, zu individuell eigentümlichen Reaktionen affektbetonter Art (z. B. Antipathie gegen einen Ort, gegen eine Redewendung usw.) führt. Ein Kranker konnte an den Ort, an dem er Konkurs gemacht hatte, nicht zurückkehren, ohne jedesmal schwere depressiv-paranoische Zustände mit neurasthenischem Symptomenkomplex zu bekommen. Vor der Situation, in der man einmal Entsetzliches erlebte, steigert sich die Angst; so nach Eisenbahnunfällen vor der Bahnfahrt überhaupt, so nach Erdbeben, nach Fliegerangriffen. Bei den geringsten Anzeichen, daß eine solche Situation droht, oder etwa bei bloßen Ähnlichkeiten tritt heftige Angst auf.

3. Die Disposition, die infolge längerer Erfahrung in bestimmten Situationen zu eigentümlicher affektbetonter Reaktion führt. Der Mensch gerät z. B. in Angst und Verzweiflung bei jeder Berührung mit dem Militärischen, häuft Ressentiment und Haß gegen Übergeordnete und Bevorzugte und kommt bei einer Kleinigkeit zu einer alle überraschenden Wutentladung; man hat Antipathie gegen jeden Parteigegner, oder Vorliebe für Outsider schlechthin; man hat Zuneigung zu Menschentypen, die einem geliebten Menschen ähnlich sind; man hat eine nicht mehr rückgängig zu machende Bedienten- oder Herrengesinnung, die auf Tradition und langer Gewohnheit beruht, und die bei verändertem äußeren Leben dem Betroffenen wie eine unbeherrschbare innere Macht entgegentritt.

Auch in Fällen, in denen ein Erlebnis der Quell von Komplexwirkungen, von pathologischen Symptomen, von Psychosen zu sein scheint, gehen meistens die verständlichen Wurzeln über dieses eine Erlebnis hinaus in die Vergangenheit. Ein an sich gar nicht so bedeutsames — für unser Verständnis unzureichendes — Erlebnis kann die Quelle eines krankhaften Zustandes sein, weil der Boden durch andere Erlebnisse schon vorbereitet war. So trifft z. B. einen erotisch unglücklichen Menschen die Verletzung anderer Lebensinteressen viel tiefer als den erotisch Glücklichen, dem das gleiche Ereignis vielleicht gar nichts anhaben würde. Schließlich verzweigt sich die Wurzel abnormer Seelenzustände und Symptome in die ganze vergangene Seelengeschichte, aus der sich mit Geduld ein ganzes Netz verständlicher Zusammenhänge herauschälen läßt, dessen Fäden sich in dem einen gegenwärtigen Punkt kreuzen. Es ist wiederum Freuds Verdienst,

diese Tatsache mit seinem Begriff der „Überdeterminierung“ ans Licht gestellt zu haben.

In allen bisherigen Fällen kann der Komplex im Bewußtsein sein, wenn auch unbemerkt. Bei Selbstbeobachtung und Selbstkritik kann ihn der Mensch sich auch bewußt machen.

4. Die Ursache gewisser komplizierter körperlicher oder seelischer Krankheitssymptome, die auf ein Erlebnis zurückgeführt werden können, das im Zustand dieser Krankheit vergessen, überhaupt unbewußt, nicht bloß unbemerkt ist: abgespaltene Komplexe oder verdrängte Komplexe (Beispiel: manche Haftpsychosen, in denen der Kranke wirklich in seinem Bewußtsein von seinem Verbrechen nichts mehr weiß, dagegen bei dem Versuch der Weckung von Erinnerungen an seine Tat lebhaftere Krankheitssymptome bekommt). Um diesen Begriff zu verstehen, müssen wir uns mit der theoretischen Vorstellung von der Abspaltung seelischer Vorgänge vertraut machen. Davon wird der nächste Paragraph handeln. —

Außer in der Art der Nachwirkung kann die Abnormität auch in der Stärke der Nachwirkung liegen. Jeder erlebt es gelegentlich, daß die Stimmung eines Vormittags von dem Traum der vorhergehenden Nacht beeinflusst ist, wenn auch in ganz leichten, nur der psychologischen Beobachtung bemerklichen Zügen. Manche Menschen stehen dagegen in ausgesprochener Weise unter solchen Traumnachwirkungen, können sich den ganzen Tag davon beherrschen lassen. Ebenso kann die Dauer der Nachwirkung eine abnorme sein: eine Traurigkeit gleicht sich nur langsam aus; alle Affekte verlaufen in langgestreckten Kurven.

#### § 4. Die Abspaltung seelischer Zusammenhänge.

Wir lernten schon die eigentümlichen Amnesien kennen, die auf ein Erlebnis beschränkt oder auf die ganze Vergangenheit ausgedehnt sind, die es aber nicht verhindern, daß der Kranke unbewußt sich bewegt und handelt, als ob er alles sehr wohl in Erinnerung habe. Wir kennen die Empfindungsstörungen der Hysterischen, die jedoch die Folgen eines wirklichen Ausfalls von Sensibilität gar nicht zeigen. Diese eigentümlichen Tatsachen hat Janet bildlich als Abspaltung von Seelischem dargestellt<sup>1)</sup>. Im normalen Leben gibt es nur ein wirkliches Vergessen, einen wirklichen Verlust an seelischen Dispositionen, oder eine immer erhaltene Einheit des Seelenlebens, d. h. die dauernde Fähigkeit, nicht bloß Nachwirkungen vergangener Erlebnisse irgendwie passiv zu erdulden, sondern sich ihrer auch bewußt zu sein. Abnormerweise gibt es aber jene Abspaltung ganzer seelischer Bezirke. Empfindungsfähigkeit, Erinnerungen haben zwar Wirkungen, die man objektiv konstatieren kann, werden aber nicht bewußt. Es treten Gefühle, Handlungen, Leistungen auf, die durch dies abgespaltene Seelenleben bedingt sind. Abspaltetes und bewußtes Seelenleben sind in einem gewissen Konnex, insofern das ab-

<sup>1)</sup> Janet: *L'automatisme psychologique*, Paris 1910, 6. Aufl.

gespaltene auf das bewußte Wirkungen ausübt, in das bewußte gleichsam hineinragt. Das bekannteste und sicherste Beispiel sind die erwähnten posthypnotischen Terminsuggestionen. Ein Mädchen macht mittags um 12 Uhr einen Besuch, der ihr am Tage vorher in der Hypnose befohlen ist, obgleich sie von diesem Befehl nichts weiß. Sie fühlt sich zum Besuch gedrängt, findet dann aber eine ganz andere Motivierung. Wenn in solchen Terminsuggestionen törichte Handlungen anbefohlen sind, so macht sich der Drang, z. B. einen Stuhl auf den Tisch zu stellen, subjektiv sehr lebhaft geltend, wird vielleicht auch noch irgendwie irrtümlich motiviert oder auch als dummer Einfall angesehen, der unterdrückt wird. In diesen Fällen ist der Zusammenhang zwischen Ausgangserlebnis in der Hypnose und Auftauchen eines Dranges aus dem Unbewußten so klar, daß nicht daran zu zweifeln ist. Das Bild der Abspaltung seelischer Komplexe drückt diese Tatsachen, die wir im Falle spontanen Auftretens hysterisch nennen, gut aus. Es ist das selbstverständlich nur ein Bild und eine für gewisse Fälle, nicht für das Seelenleben überhaupt brauchbare theoretische Vorstellung, die Janet klar entwickelt. Nach ihm verwenden wir in freier Form folgendes bildliche Schema zur Veranschaulichung.

Die gestrichelten Partien bedeuten das unbewußte, die hellen das bewußte Seelenleben. In I ist der gesunde Zustand der verschieb-

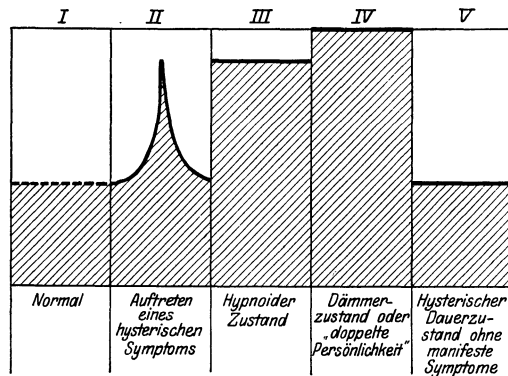


Abb. 3.

lichen Grenze gegen das Unbemerkte zum Außerbewußten hin durch die punktierte Linie, in den übrigen Teilen die scharfe Trennung, die Abspaltung, durch die ausgezogene Linie angedeutet. In V besteht der hysterische Dauerzustand, ohne im Augenblick manifeste Symptome: das Abgespaltene verhält sich ruhig. In II ist das Auftreten eines hysterischen Symptoms, z. B. Erbrechen, Ekelgefühle, Trugwahrnehmungen usw. angedeutet, in III ein hypnoider Zustand von Tagträumen und ähnlichem, in IV ein Dämmerzustand unter Ausschaltung des normalen Bewußtseins. Diese letzten Fälle sind

besonders eklatant als doppelte Persönlichkeit<sup>1)</sup> oder als alternierendes Bewußtsein beschrieben, weil hier das abgespaltene Seelenleben so reich entwickelt auftritt, daß man es mit einer Persönlichkeit zu tun zu haben glaubt; allerdings fehlt nach Abklingen des Zustandes der normalen Persönlichkeit die Erinnerung.

Fälle, in denen die Janetschen Experimente gelingen, die das Bestehen eines abgespaltenen Bewußtseins beweisen, sind selten. Selten sind auch posthypnotische Suggestionen, und erst recht selten ist das alternierende Bewußtsein. Man hat aber auch noch für eine große Zahl hysterischer Phänomene denselben Mechanismus angenommen. Zur Begründung dieser Annahme dienten vor allem die Beobachtungen, die Breuer und Freud<sup>2)</sup> über die Genese einzelner Symptome durch erschütternde Erlebnisse (psychische Traumata) machten. Hatte Janet die Abspaltung ganz spontan, allein aus der Anlage heraus entstehen lassen, so erkannten diese Autoren, daß unter Voraussetzung einer Anlage die Abspaltung durch bestimmte Erlebnisse geschehen kann. Das ist nicht nur nach körperlichen Unfällen (hysterische Armlähmung nach einem Fall vom Wagen in einem berühmten Charcot'schen Falle), sondern nach allen Arten von Affekten (Schreck, Angst usw.) der Fall. „So, wenn ein schmerzlicher Affekt, der während des Essens entsteht, aber unterdrückt wird, dann Übelkeit und Erbrechen erzeugt und dieses als hysterisches Erbrechen monatelang andauert.“ „In anderen Fällen ist der Zusammenhang nicht so einfach; es besteht nur eine sozusagen symbolische Beziehung zwischen der Veranlassung und dem pathologischen Phänomen; wenn etwa zu seelischem Schmerze sich eine Neuralgie gesellt, oder Erbrechen zu dem Affekt moralischen Ekels.“ Die krankhaften Symptome begründenden Erlebnisse fehlen dem Gedächtnis der Kranken in ihrem gewöhnlichen Zustande, sind aber in der Hypnose wachzurufen. Die Erinnerungen sind abgespalten, die Kranken können sich zu ihnen keinen Zugang verschaffen, doch leiden sie, ohne es zu wissen, unter ihren Wirkungen. Wird nun die Erinnerung dem Wachbewußtsein wieder zugänglich gemacht (Psychoanalyse) und gleichzeitig die ursprünglichen Affekte noch einmal durchlebt (abreagiert), so tritt eine kathartische Wirkung ein: die betreffenden Symptome sind verschwunden. Während des traumatisch wirksamen Erlebnisses spielt als die Abspaltung förderndes Moment neben einem hypnoiden Zustand die absichtliche Verdrängung des Affektes oder ein unwillkürliches Zurückstauen desselben eine Rolle.

<sup>1)</sup> Azam: Anal. méd.-psychol. Juli 1876. Zusammenfassend Binet: Les Altérations de la personnalité, Paris 1902. Schönster Fall: Morton Prince: The dissociation of a personality, New York 1906. Vgl. Flournoy: Die Seherin von Genf, Leipzig 1914. Hallervorden: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 24. 1914. S. 378.

<sup>2)</sup> Breuer und Freud: Studien über Hysterie, Wien 1895. Die spätere Entwicklung Freuds hat von diesen Ansichten weit abgeführt. Die ursprünglichen Ansichten über psychotraumatische Zusammenhänge werden jetzt hauptsächlich von Frank (Über Affektstörungen, Berlin 1913) theoretisch verfolgt und therapeutisch nutzbar gemacht.

Erlebnis	Streiten der Wünsche und Triebe bewirken Verdrängung einer Seite		Daraus verständlich hervorgegangen eine abgespaltene Vorstellung von wirklich eingetretener Wunscherfüllung oder einem helfenden Ausweg (abgespaltene „Realisierung“)	Daraus verständlicher Inhalt einer objektiven Erscheinung
	a	b		
15 jähr. Mädchen. Student wollte sie küssen, sie wehrte sich erfolgreich	Wunsch zu küssen	Scheu vor unerbauter Geschlechtlichkeit	„Ich bin exzessiv geküßt worden“	Geschwollene Lippen
Ein Knabe hat onaniert und seine Mutter bestohlen	Bedürfnis nach Beichte dieses Sexualvergehens und Diebstahls	Scheu vor einem solchen Geständnis	Der Knabe hat den Vorsatz zum Bekenntnis an einem bestimmten Abend, wird aber durch Schamgefühl abgehalten. In diesem Zeitpunkt tauchen die Gedanken auf: „Ich kann also nicht einmal mehr reden, wie ich möchte! Nun liegt alles dunkel vor mir.“	Zu gleicher Zeit taucht hysterische Stummheit und Dunkel sehen auf. Der Kranke weiß von dem vorhergehenden Monolog nichts. Dieser wird bei der Psychoanalyse lebendig.
16 jähr. Mädchen, liebt einen Pfarrer, den es einmal gesehen hat.	Gefühle des Begehrens	Gefühle des Verbietenen und der Unmöglichkeit	„Ich werde vom Pfarrer sinnlich angegriffen.“	Streut Verleumdungen aus: Der Pfarrer verfolge sie mit obszönen und rohen Ausdrücken. Ist sich des Lügens bewußt; unwiderstehlicher Trieb, kann nicht dagegen an, macht sich bittere Vorwürfe.



Vorgang und Wirkung der Verdrängung sei an einigen Beispielen veranschaulicht, die Pfister<sup>1)</sup> in tabellarischer Ordnung gibt, welche wir in der Einteilung modifizieren. Es kommt nicht auf die Richtigkeit der Beispiele an, sondern daß sie zeigen, wie man sich Verdrängung und Abspaltung denkt (vgl. die Tabelle).

Die Verdrängung beruht nicht immer auf einer Aktivität von seiten der Persönlichkeit, sondern viel häufiger auf dem kaum bemerkten Kampf entgegengesetzter Triebe und Wünsche, auf einer „Zurückstauung“ des einen. Die Verdrängung als solche macht noch keine Hysterie, sie würde vielen Menschen gar nicht gelingen, vielmehr findet die Verdrängung bei manchen Menschen hysterische Mechanismen vor, die das Verdrängte umsetzen. Diese Konversion in Symptome ist das Pathologische, das ohne Abspaltung nicht geschieht. Die Konversion erfolgt in körperliche Symptome und in psychische, sie erscheint als Zwangsvorstellung, Affekt und Affektlosigkeit, als Funktionsstörung usw.

Um sich die Beziehung zwischen Erlebnis und Symptom begrifflich zu machen, verlegt man entweder die früher besprochenen verständlichen Zusammenhänge der Symbolisierung, der Übertragung der Affekte, usw. in das abgespalten gedachte Seelenleben, oder man macht sich noch eine zweite, bildliche Vorstellung: von der Affektenergie, die in andere Energieformen verwandelbar ist und sich irgendwie verwandelt anderswo zeigt, wenn ihre Entladung in der natürlichen Reaktion durch die Verdrängung gehindert ist. Janet bildet den Begriff der *Dérivation*: die abfließende Energie entlädt sich in motorischen Anfällen, in Schmerzen, in unbegründeten anderen Affekten usw.; der Affekt konvertiert sich, z. B. die verdrängte sexuelle Libido in Angst oder umgekehrt, er besetzt alte Bahnungen neu (z. B. ruft rheumatische Schmerzen, die früher einmal da waren, oder Herzschmerzen u. a. wieder hervor). Auch diesem Bilde läßt sich für einzelne Fälle die Brauchbarkeit nicht absprechen. Nur ist vor Verallgemeinerungen und theoretischem Ausbau selbstverständlich zu warnen. Die unter Benutzung des Bildes der Abspaltung und des Bildes der Verwandlung der Affektenergie gewonnenen Erfahrungen beleuchten, wie Breuer und Freud ausführen, sehr anschaulich „den Widerspruch zwischen dem Satz: ‚Hysterie ist eine Psychose‘ und der Tatsache, daß man unter den Hysterischen die geistig klarsten, willensstärksten, charaktervollsten und kritischsten Menschen finden kann. In diesen Fällen ist solche Charakteristik richtig für das wache Denken des Menschen, in seinen hypnoiden Zuständen ist er alieniert, wie wir es alle im Traum sind. Aber während unsere Traumpsychozen unseren Wachzustand nicht beeinflussen, ragen die Produkte des hypnoiden Zustandes als hysterische Phänomene ins wache Leben hinein.“ Unbegreiflicher Gefühlsüberschwang, maßlose Begeisterung für Gegenstände, deren objektiver Wert diese Begeisterung nicht verständlich macht, wird bildlich erklärt durch ein Zufießen von Affekt-

1) Pfister: Die psychanalytische Methode, Leipzig 1913.

energie von Trieben her, deren Inhalt zum Inhalt der Begeisterung in verständlicher Beziehung (der Symbolisierung, Ähnlichkeit usw.) steht. Umgekehrt wird die Gefühlskälte unbegreiflicher Art durch einen Abfluß aller Affektenergie zu einem einzigen Triebreiche, durch Fixierung an dessen Inhalte erklärt. So kann man bei Hysterischen sich die merkwürdigen Gegensätze von Gefühlsüberschwang und Gefühlsstumpfheit unter Voraussetzung solcher Abspaltungs- und Übertragungsmechanismen in verständliche Zusammenhänge mit ihren Erlebnissen bringen.

Die Abspaltung dient als naheliegende Theorie, um die doppelte Willenseinstellung der Hysterischen begreiflich zu machen. Der eine, klarbewußte Wille der Persönlichkeit will — durchaus glaubwürdig — gesund werden, die Lähmungen und andere Störungen los werden; der andere Wille — ohne Zusammenhang mit dem ersten — sträubt sich mit aller Kraft, wenn es mit dem Gesundwerden Ernst wird, und es bedarf einer oft beobachteten, höchst sonderbaren, durch Suggestiv-Therapie, heftige Schmerzreize oder durch zufällige Lebenssituationen herbeigeführten Umschaltung, damit der Wille der Persönlichkeit wieder die normale Macht gewinnt und der andere Wille — wenigstens in der betreffenden Gestalt — verschwindet<sup>1)</sup>.

Woran erkennt man nun im Einzelfall, daß man ein abgespaltenes Seelenleben (einen verdrängten, „eingeklemmten Affekt“, der gleichsam zum „Fremdkörper“, zu einer fremden Macht geworden ist) als Quelle eines Phänomens vermuten darf? 1. An der objektiven Feststellung des auslösenden seelischen Erlebnisses, 2. an der inhaltlich verständlichen Beziehung zwischen Symptom und Erlebnis, 3. an dem Auftreten der verlorenen Erinnerung in hypnotischem Halbschlaf unter den Erscheinungen des konkreten affektbetonten Erlebens (Abreagieren) und unter nachfolgender Heilung von dem betreffenden Symptom, 4. an Ausdruckserscheinungen aller Art, die das Auftreten des Symptoms in einer zunächst unverständlichen Weise begleiten und auf etwas anderes als den bewußt vorhandenen Inhalt hindeuten (z. B. sexuell-sinnliche Mimik beim Gefragtwerden nach den Motiven der Nahrungsverweigerung).

Die inhaltliche Beziehung des verdrängten Erlebnisses zu den Inhalten des kranken Zustandes ist besonders deutlich in manchen hysterischen Delirien, in denen halluzinatorisch immer wieder das auslösende Ereignis (Unfall, sexuelles Attentat usw.) erlebt wird, das dem Normalbewußtsein nicht mehr in Erinnerung ist; ferner in manchen Ganserschen Dämmerzuständen der Haft, in denen vom Verbrechen nichts mehr gewußt wird, dagegen alle Wünsche als erfüllt erlebt werden (Unschuld, Freiheit usw.); schließlich auch in dem von Rüdin beschriebenen *Begnadigungswahn der lebenslänglich Verurteilten*<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Kretschmer hat dieses Verhalten des hysterischen Willens anschaulich beschrieben: Die Willensapparate der Hysterischen, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 54 S. 251.

<sup>2)</sup> Rüdin: Über die klinischen Formen der Seelenstörungen bei zu lebenslänglichem Zuchthaus Verurteilten, München 1910.

Mit der Auffassung kranker seelischer Vorgänge als verständlich durch Hineinragen eines abgespaltenen Seelenlebens in das bewußte werden wir sparsam sein und vorsichtig umgehen. Wir finden solche Fälle nicht allzu häufig. Es handelt sich meist um Hysterien, manchmal um andere psychoneurotische Symptome. Bleuler und Jung und ihnen folgend die Züricher Schule haben die bei der Untersuchung der Hysterie gewonnenen Begriffe nun auch auf Psychosen der schizophrenen Gruppe übertragen. Sie deuten die Inhalte der Wahnideen, der katatonischen Handlungen, der Sinnestäuschungen aus verdrängten Komplexen abgespaltenen Art. Wir müssen hier zweierlei unterscheiden: 1. die auf diese Art vermutungsweise — ohne Wissen der Kranken und ohne daß die Kranken es je bemerken können — beeinflussten Symptome aller Art (Spaltung als Deutung); 2. die faktisch bestehenden verständlichen Zusammenhänge in den Inhalten des Gegenstandsbewußtseins (der Trugwahrnehmungen, der Beeinflussungserlebnisse), die den Kranken gegenüberstehen, und die die Kranken selbst als etwas Fremdes, von außen Kommendes ansehen (Spaltung als Erlebnis). Die „Deutung“ der Symptome der ersten Gruppe ist außerordentlich interessant, aber auch außerordentlich bezweifelbar, jedoch u. E. durchaus diskutabel. Bemerkenswert ist, daß nach Bleuler die Komplexe gar nicht verdrängt zu sein brauchen. Sie können im Bewußtsein geblieben sein und doch die schizophrenen Delirien beherrschen. Bei ihrer Auffassung zeigt sich eine manchmal erstaunliche Analogie zwischen Hysterie und Schizophrenie, auf welche Jung zuerst hinwies.

Daß die Inhalte wahnhafter Ideen aus schicksalsmäßigen Erlebnissen der Kranken, aus ihren Wünschen und Hoffnungen oder aus ihren Befürchtungen und Ängsten „verstanden“ werden, ist nicht neu. Friedmann<sup>1)</sup> hat eigenartige Fälle „milder Paranoia“ beschrieben, in denen der Inhalt des Wahns auf die Zusammenhänge mit einem bestimmten Erlebnis sich beschränkte. Birnbaum<sup>2)</sup> schilderte häufig vorkommende Wahnbildungen in der Haft, die wechselnd, beeinflussbar, bei Entlassung zum Verschwinden geneigt sind, die er darum nicht Wahnideen, sondern „wahnhaftige Einbildungen“ nannte. Deren Inhalt ist zu einem guten Teil aus Wünschen und aus der Situation verständlich. Dies Verständnis der Inhalte der Wahnideen wie der übrigen psychotischen Symptome aus den Wünschen und Sehnsüchten der Menschen und aus ihren Erlebnissen, das man gelegentlich und mehr nebenher immer gewagt hat, hat die Züricher Schule auf die Schizophrenie ausgedehnt. Sie ist hier aber nicht bei den greifbaren, offensichtlichen Inhalten stehen geblieben, sondern hat diese in Anlehnung an Freud symbolisch aufgefaßt und so durch Anwendung eines, wie die Ergebnisse zeigen, ins Grenzenlose führenden Verfahrens eigentlich beinahe alle Inhalte dieser Psychosen „verstanden“. Sie hat im wahrsten Wortsinne „den Sinn im Wahnsinn“ wieder entdeckt oder glaubt ihn entdeckt zu haben. Die Ergebnisse sind weder kurz darstellbar, noch reif zu einer einigermaßen objektiven Formulierung. Es sei daher auf Arbeiten der Schule zur Orientierung über die Probleme, die zu den interessantesten der gegenwärtigen Forschungstendenzen gehören, hingewiesen<sup>3)</sup>.

1) Friedmann: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 17.

2) Birnbaum: Psychosen mit Wahnbildung und wahnhaftige Einbildungen bei Degenerativen, Halle 1908.

3) Jung: Über die Psychologie der Dementia praecox, Halle 1907. Bleuler: Die Schizophrenie, Wien 1911. Maeder: Psychologische Untersuchungen an

Als grobes Beispiel einer Deutung diene: Die Stimmen werfen dem Kranken sexuelle Vergehen vor, welche begangen zu haben seinen verdrängten Wünschen entspricht.

Die zweite oben unterschiedene Gruppe von Erscheinungen ist ein Faktum, das wir uns vergegenwärtigen müssen, ohne es erklären zu können. Somatische Reizvorgänge genügen ebensowenig, wie die Theorie der Abspaltung ganz befriedigend ist, da sie doch eben nur ein Bild darstellt. Es treten den Kranken fremde Mächte gegenüber, die wie Persönlichkeiten handeln, in ihren Mitteln vielseitig sind, offensichtlich Zwecke verfolgen, einen bestimmten Charakter besitzen, freundschaftlich oder feindlich gestimmt sind usw. Die niederste Stufe solcher Einheitsbildungen ist das sogen. Zusammenhalluzinieren verschiedener Sinne. Die Persönlichkeit, die der Kranke optisch halluziniert, hört er gleichzeitig reden<sup>1)</sup>. Stimmen, optische Halluzinationen, Beeinflussungen usw. bilden sich schließlich zu wahren Personifikationen aus, wie sie ein Kranker (Staudenmaier, l. c.) in treffender Weise nannte.

Staudenmaier, Professor der Chemie, hat seine pathologischen Erlebnisse ausgezeichnet beobachtet und diese Personifikationen unseres Erachtens richtig aufgefaßt. Er hielt sie nicht wie andere Kranke dieser Gruppe (Schizophrenie) für Geister oder wirklich fremde Wesen, sondern gleichsam für „selbständig gewordene Teile seines Unterbewußtseins“. Wir folgen seiner Darstellung: „Allmählich hoben sich einzelne Halluzinationen immer deutlicher und bestimmter heraus und kehrten öfters wieder. Schließlich bildeten sich förmliche Personifikationen, indem z. B. die wichtigeren Gesichtsbilder mit den entsprechenden Gehörsvorstellungen in regelmäßige Verbindung traten, so daß die auftretenden Gestalten mit mir zu sprechen begannen, mir Ratschläge erteilten, meine Handlungen kritisierten usw. Ein ganz charakteristischer und allgemeiner Defekt dieser Personifikationen ist der, daß sie sich immer wieder wirklich für das halten, was sie nur vorstellen oder nachahmen, und daß sie dementsprechend auch im Ernste reden und handeln. Ich bemühte mich lange Zeit, eine Anzahl derselben weiter auszubilden. Hier nur einige Beispiele: Vor einigen Jahren gab sich mir bei Besichtigung von militärischen Übungen Gelegenheit, eine fürstliche Persönlichkeit aus unmittelbarer Nähe wiederholt zu sehen und sprechen zu hören. Einige Zeit später hatte ich einmal ganz deutlich die Halluzination, als ob ich dieselbe wieder sprechen hörte. Zunächst schenkte ich der bald öfters auftretenden Stimme keine nähere Beachtung, sie verschwand auch für längere Zeit wieder. Schließlich entwickelte sich in mir aber immer häufiger und deutlicher auch das Gefühl, als ob die betreffende Persönlichkeit in meiner Nähe wäre, und auch die Gesichtsvorstellung wurde klarer, ohne daß sie zunächst zur Halluzination wurde, indem sie sich in Verbindung mit der inneren Stimme sozusagen von selber aufdrängte. Später traten die Personifikationen anderweitiger fürstlicher oder regierender Persönlichkeiten in analoger Weise auf, namentlich die Personifikation des Deutschen Kaisers, ferner die Personifikation Verstorbener, z. B. Napoleons I. Allmählich beschlich mich dabei gleichzeitig ein eigentümliches, erhebendes Gefühl, Herrscher und Gebieter eines großen Volkes zu sein, es hob und erweiterte sich deutlich meine Brust fast ohne Mitwirkung meinerseits, meine ganze Körperhaltung wurde auffallend stramm und militärisch — ein Beweis, daß die betreffende Personifikation alsdann einen bedeutenden Einfluß auf mich erlangte —, und ich hörte z. B. die innere Stimme mit majestätischer Erhabenheit sprechen: „Ich bin der deutsche Kaiser“. Nach einiger Zeit wurde ich müde, es drängten sich ander-

Dementiapræcox-Kranken. Jahrb. f. psychoanal. Forsch. 2 S. 185. Sehr besonnen im verstehenden Deuten ist Hans W. Maier: Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 13 S. 555.

<sup>1)</sup> Specht: Zeitschr. f. Pathopsychol. 2.

weitige Vorstellungen gewaltsam ein und die Haltung wurde wieder nachlässiger. Aus der Summe der auftretenden hoheitlichen Personifikationen entwickelte sich allmählich der Begriff „Hoheit“. Meine Hoheit besitzt ein großes Verlangen, eine vornehme, namentlich fürstliche und regierende Persönlichkeit zu sein, zum mindesten — bei weiterer Aufklärung meinerseits — solche zu sehen und nachzuahmen. Hoheit interessiert sich sehr für militärische Schauspiele, vornehmes Leben, vornehmes Auftreten, vornehmes und reichliches Essen und Trinken, für Ordnung und Eleganz in meiner Wohnung, für noble Kleidung, gute aufrechte, militärische Körperhaltung, für Turnen, Jagd und sonstigen Sport und sucht dementsprechend meine Lebensweise zu beeinflussen, beratend, mahnend, gebietend, drohend. Sie ist dagegen ein Feind von Kindern, von niedlichen Dingen, von Scherz und Heiterkeit, offenbar weil sie die fürstlichen Persönlichkeiten fast nur aus ihrem würdevollen Auftreten in der Öffentlichkeit oder aus Abbildungen kennt. Sie ist namentlich ein Feind von Witzblättern mit karikaturenhaften Abbildungen, vom Wassertrinken usw. Außerdem bin ich selber ihr körperlich etwas zu klein.“ — Eine ähnliche Rolle wie „Hoheit“ spielt die Personifikation „Kind“, mit kindlicher Stimme, kindlichen Bedürfnissen und kindlichen Freuden, und die Personifikation „Rundkopf“, die an Witzen und lustigen Sachen ihre Hauptfreude hat. Die Stimmen aller dieser Personifikationen sind verschieden. Man kann mit ihnen reden wie mit fremden Persönlichkeiten. „Nur muß man für gewöhnlich bei dem speziellen Gebiete bleiben, das sie vertreten, und alles Fremdartige fernhalten; denn sobald man mit anderen Dingen, namentlich diametral entgegengesetzten, kommt, ist meistens die ganze Idylle sofort vorüber.“ Den deutlichen Personifikationen gingen zeitlich unklare und verschwommene vorher: „Manchmal schienen alle Teufel los zu sein. Teufelsfratzen sah ich wiederholt, längere Zeit mit völliger Klarheit und Schärfe. Einmal hatte ich, als ich im Bette lag, ganz deutlich das Gefühl, daß mir jemand eine Kette um den Hals schlinge. Gleich darauf nahm ich einen sehr übeln Schwefelwasserstoffgeruch wahr, und eine unheimliche innere Stimme sagte zu mir: „Jetzt bist du mein Gefangener, ich werde dich nicht mehr loslassen. Ich bin der Teufel.“ Es wurden oft die schwersten Drohungen ausgestoßen. Ich habe es an mir selbst erlebt: die dem modernen Menschen vielfach als Schauer märken des Mittelalters erscheinenden Erzählungen über böse Geister sowie die spiritistischen Angaben über Spott- und Poltergeister sind nicht aus der Luft gegriffen.“ Die Personifikationen arbeiten ohne jeden Zusammenhang mit der bewußten Persönlichkeit, über die eine jede die völlige Herrschaft zu bekommen sucht. Daher besteht ein fortdauernder Kampf mit diesen Persönlichkeiten und unter den Persönlichkeiten untereinander, wobei dann wieder einzelne der bewußten Persönlichkeit helfen: „Ganz deutlich kann ich auch oft beobachten, wie zwei oder mehrere Personifikationen zusammen helfen, um mich zu unterstützen, oder wie sie sich untereinander heimlich zu verständigen suchen, um mich, den „Alten“ — das ist der Spitzname, welchen sie mir aufgebracht haben, und auch regelmäßig gebrauchen —, zu bekämpfen und zu ärgern (bis zu einem gewissen Grade ähnlich, wie in einem komplizierten Netz von Telegraphenstationen zwei oder mehrere Telegraphisten ohne Wissen der übrigen zusammenarbeiten können), oder aber auch, wie sie sich gegenseitig bekämpfen und beschimpfen.“ „Gerade infolge des weitgehenden, häufig direkt pathologischen Einflusses einzelner Zentren und Personifikationen konnte ich immer wieder zur Evidenz beobachten, mit welcher gewaltigen Anstrengungen dieselben, vielfach unter Aufbietung von Muskelkraft, kämpfen, um ihnen unangenehme Vorstellungen und Gefühle hinauszudrängen und ihre Wünsche und angenehmen Vorstellungen bei mir durchzusetzen und überhaupt ihre Stellung im Organismus zu verbessern und einflußreicher zu gestalten.“ Alle Personifikationen haben etwas spezifisch Einseitiges, etwas Unvollständiges. Sie sind keine Ganzheiten, sondern Teilwesen, die ja auch allein als abgespaltene „Teile“ des Unterbewußtseins neben einer bewußten Persönlichkeit möglich sind.

In diesen Schilderungen wurde auch schon die Beurteilung angedeutet, die Staudenmaier den Phänomenen gegenüber hat. Diese wird durch folgendes noch deutlicher: „Der Unerfahrene gewinnt dabei unbedingt den Eindruck, als ob eine geheimnisvolle, unsichtbare und völlig fremde Persönlichkeit dabei im Spiele wäre. Diese „innere Stimme“ galt darum schon im Altertum, je nach ihrer

Beschaffenheit, vielfach als göttlicher oder teuflischer Natur.“ Diese Auffassung ist aber für Staudenmaier falsch. Zwar fühlt er sich besessen in eben derselben Weise wie mittelalterliche Heilige, aber nicht von fremden Mächten, sondern von abgespaltenen Teilen seines eigenen unbewußten Wesens. „Ich betrachte sie als Lebewesen, die, wenn auch für bestimmte einseitige Zwecke ausgebildet und ein für allemal an einen bestimmten, seitlichen Platz im Organismus verwiesen, dennoch eine gewisse Sonderexistenz besitzen. Eben wegen ihrer einseitigen Stellung und Aufgabe haben sie aber auch ein gewisses Sondergedächtnis und verfolgen Sonderinteressen, die mit denjenigen des bewußten Ich durchaus nicht übereinzustimmen brauchen. Namentlich bei nervösen Naturen erlangen sie oft, weil verschiedener Affekte fähig, auf die Gemütsstimmungen, auf die ganze Lebens- und Handlungsweise des bewußten Ich, einen außerordentlichen Einfluß. Da sie imstande sind, etwas zu lernen, können sie sich, wie bei mir, schließlich zu förmlichen intelligenten Teilwesen entwickeln, mit denen man ernstlich rechnen muß.“ Während der normale Mensch nur durch dunkle Gefühle die Beeinflussung von seinem Unterbewußtsein erfährt, kann Staudenmaier mit den abgespaltenen Persönlichkeiten durch die Sprache in Unterhaltungen verkehren und viel mehr und deutlicher erfahren, als das sonst möglich sei. Allerdings glaubt Staudenmaier nicht an die prinzipielle Verschiedenheit dieser abgespaltenen Wesen vom normalen Unterbewußtsein: „Es gibt eben die verschiedensten Zwischenstufen von der völligen autokratischen psychischen Einheit des normalen Menschen bis zur förmlichen pathologischen Zersplitterung und weitestgehenden Emanzipation einzelner Gehirnpartien.“ Staudenmaier „konnte zur Evidenz erkennen, daß der Mensch auch psychisch nichts weniger als eine reine Einheit darstellt. Freilich ist dabei nicht zu vergessen, daß es sich alsdann um einen direkt ins Pathologische gehenden Zustand handelte. Aber für die Beurteilung der psychischen Beschaffenheit des Menschen bleibt die Möglichkeit solcher Phänomene trotzdem von großer Wichtigkeit.“

Was Staudenmaier uns in anschaulicher Weise schildert, beobachten wir in unklarerer und undeutlicherer Weise bei einer großen Menge der Irrenanstaltsbewohner.

### Abschnitt 3.

## Die Stellungnahme des Kranken zur Krankheit.

Die Rolle des Krankhaften im Seelischen ist verwickelt dadurch, daß wie der Mensch sich selbst reflektierend gegenüber treten, so auch der Kranke zur Krankheit Stellung nehmen kann. Seelische Krankheit sieht vielfach anders aus für den ärztlichen Beobachter und für die Selbstreflexion des Kranken. So kommt es, daß jemand als geisteskrank analysiert wird, sich selbst aber für gesund hält, oder daß er sich auf eine Weise für krank hält, die objektiv keine Geltung hat und selbst krankhaftes Symptom ist, oder daß er durch die Selbstauffassung krankhafte Vorgänge in verständlicher Weise zum Guten oder Schlimmen beeinflussen kann.

Durch die Selbstreflexion vermag der Mensch sich selbst zu sehen, sich selbst zu beurteilen, auf sich selbst gestaltend Einfluß zu haben. In allen diesen Richtungen gibt es die entgegenstehenden Kräfte: der Mensch will sich selbst durchsichtig werden oder er will sich verstecken, sich selbst täuschen, entweichen und die Wirklichkeit verschleiern. So gibt es in der Sphäre des Krankhaften einen Willen, einen instinktiven Trieb zur Krankheit und ein Entgegengesetztes, das Kohnstamm Gesundheitsgewissen nannte. Doch gibt es derartiges nur in besonderen

Gebieten des Psychopathischen. Der Wille kann in das Seelische eingreifen, erkannt es verdunkeln, oder kann es durchleuchten, erkannt es hemmen oder sich hingeben, sich in etwas hineinsteigern und etwas verdrängen usw.

Das persönliche Selbstbewußtsein hat durch solche Reflexion seine Schwankungen und Färbungen. Das vollentwickelte Persönlichkeitsbewußtsein, in dem der Mensch sich seiner Ganzheit, seiner dauernden Triebe und Motive, seiner konstanten Wertungen bewußt ist, ist nicht jeden Augenblick gegenwärtig und letzthin nur Idee; wir unterscheiden von ihm vielmehr ein Augenblicksbewußtsein, das zum Teil verständlich aus der Reaktion auf die augenblickliche Umgebung ist. So gibt es u. a. ein „Eindrucksich“, ein besonderes, verschobenes Persönlichkeitsbewußtsein des Augenblicks, das durch den Eindruck, den man anderen macht, auf das eigene Ich zurückfällt. Oder es gibt ganz allgemein ein „Situationsich“, das je nach der individuellen Veranlagung in mehr oder weniger starken Schwankungen hervortritt. Denken wir an die Reaktion auf die Umgebung, die nicht bloß in einem Augenblick, sondern auf das dauernde Milieu stattfindet, so können wir ein „soziales Ich“ dem eigentlichen, persönlichen, individuellen Ich gegenüberstellen. In allen diesen Fällen war immer das Persönlichkeitsbewußtsein aus zwei Komponenten zusammengesetzt: einem Selbstwertgefühl und einem bloßen Bewußtsein des eigenen besonderen Seins.

Kommen wir nun zu dem in der Psychiatrie gebräuchlichen wichtigen Begriff der „Stellungnahme des Kranken“, so finden wir in ihm recht verschiedene Tatbestände vereint. Das diesen Gemeinsame ist, daß wir in ihnen zu verstehen suchen, wie das Individuum sich zu Krankheitssymptomen verhält. Wir können in zwei Gruppen trennen: 1. Der Kranke verarbeitet Krankheitssymptome, z. B. gewisse Erlebnisse zu einem Wahnsystem, reagiert auf sie, z. B. auf gewisse Veränderungen im Ablauf des Seelenlebens mit Ratlosigkeit. Hier handelt es sich um das genetisch verständliche Hervorgehen sekundärer Vorgänge aus primären. — 2. Um eine Stellungnahme im eigentlichen Sinne handelt es sich erst, wenn die Persönlichkeit ihrem Erleben beobachtend und beurteilend gegenübertritt. Es ist das, im Falle der Krankheit, nur ein Sonderfall jenes Urphänomens im Seelenleben, daß das Ich sich den in ihm ablaufenden Vorgängen, daß es, von den Gegenständen sich abwendend, sich „reflektierend“, sich selbst gegenüberstellen kann. Im psychologischen Urteil macht es sich bewußt, was und wie es erlebt. Das Ideal der „richtigen“ Stellungnahme zu seinem Erleben erreicht der Kranke in der „Krankheitseinsicht“.

Verarbeitung der primären Krankheitserscheinungen und reflektierende Stellungnahme interessieren uns zunächst an sich: wir lernen, wie die Mannigfaltigkeit normaler Persönlichkeiten auf die Krankheit gleichsam mit ihrem gesunden Teil reagiert. Zweitens aber sind uns das Verstehen der Stellungnahme und die Grenzen, die wir dabei finden, die wichtigsten Kennzeichen für die Art der Persönlichkeit und besonders für die Umwandlung, die sie als Ganzes durch die Krankheit erfahren hat.

Ohne zu vergessen, daß die beiden aufgestellten Gruppen in den wirklichen Tatbeständen sich vielfach verflechten, besprechen wir sie gesondert. Die Ratlosigkeit ist die durchaus verständliche Reaktion der normalen Persönlichkeit auf den Einbruch einer akuten Psychose. Sie wird darum auch relativ häufig beobachtet, und in manchen Psychosen zieht sie sich als Zeichen der noch vorhandenen, aber im übrigen gänzlich verdeckten normalen Persönlichkeit durch die schwersten Zustände von Verworrenheit hindurch. Hemmung, Auffassungserschwerung, Inkohärenz, Unbesinnlichkeit usw., alles hat diese selbe Reaktion zur Folge, die sich objektiv in fragendem Gesichtsausdruck, in suchenden Handlungen, in einer gewissen Unruhe, in einem auffallenden Staunen und An-den-Kopf-Greifen und in Redewendungen wie folgenden bemerkbar macht:

Was ist denn? Wo bin ich denn? Ich bin doch Frau S.? Ich weiß ja gar nicht, was man von mir will! Was soll ich denn hier machen? Ich verstehe alles nicht. — Dazu kommt eine fragende Kritik an psychotischen Inhalten: Ich habe doch nicht gemordet? Meine Kinder sind doch nicht tot? usw.

In Besonnenheit zeigt sich die Ratlosigkeit der psychotisch entstandenen Situation gegenüber in folgenden Aufzeichnungen einer Schizophrenen:

„Ich kann mir meine Situation mit jedem Tag weniger vorstellen und mache jeden Tag deshalb alles verkehrter. Ich kann absolut nicht mit Überlegung handeln, sondern nur instinktiv, da ich zu keinem richtigen Schluß kommen kann. Was sind die braunen Decken auf meinem Bett? Sollen sie Menschen vorstellen? Wie soll ich mich bewegen, wenn mein Mund geschlossen sein soll? Was soll ich mit Händen und Füßen anfangen, wenn meine Nägel immer so weiß sind? Soll ich kratzen? An was? Jede Minute ändert sich meine Umgebung, was die Bewegungen der Schwestern betrifft, die ich nicht verstehe und deshalb nicht erwidern kann. Wie kann ich etwas richtig tun, wenn ich das Richtige nicht weiß? Ich denke so einfach, wie ich als Leonore B. gedacht habe und kann deshalb nicht diese fremde Situation erfassen. Sie wird mir täglich unbegreiflicher“ (Gruhle).

Von der rein reaktiven verständlichen Ratlosigkeit, die aus der Unfähigkeit, sich über die Situation zu orientieren, aus der Unmöglichkeit, neue Erlebnisse normaler oder psychotischer Art zu begreifen, hervorgeht, sind, im Einzelfall oft schwer, genetisch andere Formen von Ratlosigkeit zu trennen:

Es gibt 1. eine paranoische Ratlosigkeit bei voller Besonnenheit. Die Wahnerlebnisse und noch unklaren Bewußtheiten bringen den Kranken zu einer qualvollen Unruhe. Er fühlt, es ist was los, er sucht, er fragt, er kann es nicht fassen. „Sag mir doch, was ist, es ist doch was“, fragte eine Kranke ihren Mann. — 2. gibt es eine melancholische Ratlosigkeit, die in den sprachlichen Äußerungen oft an die reaktive erinnert. Die Kranken sehen in ihrem Verarmungs-, Kleinheits- und nihilistischen Wahn alles in ängstlich fragender Weise an: „Was sollen denn die vielen Menschen? Ach die vielen Doktors, was soll da werden? Wozu kommen da die vielen Handtücher?“

Im Beginn geistiger Erkrankung spüren manche Persönlichkeiten ein unheimliches Gefühl der Veränderung (als ob sie verzaubert, verhext seien, eine Zunahme der Sexualität u. a.), das sich zum Bewußtsein drohenden Irrsinns verdichtet. Worin dies Bewußtsein besteht, ist nicht recht zu sagen. Es ist eine Resultante zahlreicher einzelner Gefühle, aber doch kein Urteil, sondern wirklich erlebt.



Wie sich das Gefühl einstellt, selbst wenn die Psychose an sich gar nicht unangenehm ist, schilderte eine an periodischem Irrsinn kranke Dame: „Die Krankheit hat für mich an und für sich nichts Erschreckendes, nur der Moment, in dem ich von neuem eine Erkrankung fühle und nicht weiß, in welcher Art dieselbe auftritt.“ Ein anderer Kranker, mit kurzen erlebnisreichen Psychosen schrieb: „Die schrecklichsten Augenblicke meines Lebens sind der Übergang vom bewußten Zustand in den der Verwirrung mit dem damit verbundenen Angstgefühl.“ Bezüglich der Vorläufererscheinungen sagt derselbe Kranke aber: „Das Unheimliche bei der Krankheit ist, daß der von ihr Betroffene den Übergang von der gesunden Geistestätigkeit zur krankhaften nicht kontrollieren kann.“

Häufig werden einzelne Momente angegeben, die am Beginn der Erkrankung aufgefallen seien: eine vereinzelt Sinnestäuschung, ein auffallender Wechsel in der gemütlichen Eindrucksfähigkeit, eine ungewohnte und unbezwingbare Neigung zum Dichten — dabei kommen die Verse ungewollt wie von selbst — u. a. Doch handelt es sich hier nicht um das Gefühl allgemeiner Veränderung, sondern meist um ein nachträgliches Konstatieren des ersten Beginns. Die Angst, wahn-sinnig zu werden, findet sich manchmal im Beginn von Prozessen, zumal bei Gebildeten. Sie werden entsetzlich unruhig und suchen sich bei ihrer Umgebung zu vergewissern. Ein Kranker nahm den Finger einer Freundin in den Mund, um zu sehen, ob sie Angst bekam. Fürchtete sie sich nicht, so war ihm das ein Zeichen, daß sie ihn für gesund halte, und das beruhigte ihn für kurze Zeit.

Übrigens ist die Furcht, geisteskrank zu werden, und das Gefühl drohenden Irreseins ein häufiges selbständiges, sachlich unbegründetes Krankheitssymptom gerade bei Psychopathen und leicht Zyklothymen, die tatsächlich nie geisteskrank werden.

Bei einigermaßen Besonnenen, zumal in Dauerzuständen, ist die Reaktion auf die einzelnen Krankheitserscheinungen eine sehr mannigfaltige. Aus den Wahnerlebnissen wird ein Wahnsystem in manchmal mühsamer Arbeit entwickelt. Zu den Inhalten des Erlebens wird Stellung genommen, z. B. der zunehmende Blödsinn des Urhebers der Stimmen konstatiert, der triviale Redewendungen oder völlig sinnlose Satzbruchstücke endlos wiederholt. Das körperliche Krankheitsgefühl und das Bewußtsein seelischer Veränderung wird vielfach als Folge der qualvollen Einwirkungen aller Art aufgefaßt. Gegen diese werden Abwehrmittel ersonnen, besonders gegen die körperliche Beeinflussung. Gegen die Sinnestäuschungen und die verschiedenen Arten „gemachter“ Phänomene hilft oft die Ablenkung, die in den verschiedensten Formen von den Kranken angewendet wird (Vater-unser beten, Arbeit). In anderen Fällen wird mit den Inhalten der Sinnestäuschungen allerhand Kurzweil getrieben. Absichtlich rufen sich die Kranken ihre optischen Pseudohalluzinationen wach, an denen sie ihre Freude haben; sie ärgern die Stimmen, indem sie den Rhythmus des Trittes ändern, dem die Stimmen folgen und durch dessen Veränderung sie stutzig und still werden. Zahlreichen unangenehmen Phänomenen gegenüber hilft die Selbstbeherrschung, sei es in Form der ebenerwähnten Ablenkung, sei es in Form aktiver Willensanstrengungen, z. B. gegen „gemachte“ Bewegungen, gegen „gemachten“ Zorn. Bei den körperlichen Beschwerden der verschiedenen Arten see-

lischer Erkrankungen und bei den quälenden Gefühlen, die das abnorme Seelenleben mit sich bringt, hilft die Selbstbeherrschung in einer Reihe von Fällen.

Die Kenntnis der Phänomene, die der Selbstbeherrschung zugänglich sind, und derjenigen, die es nicht sind (z. B. die Mehrzahl der Zwangsvorstellungen), ist für die Therapie wichtig.

Ein Gegenteil der Selbstbeherrschung ist die unbemerkte Hingabe an die Krankheit, die manchmal geradezu als Wille zur Krankheit auftritt, meist um einen Zweck zu erreichen. Die Kranken wollen bedauert sein, Sensation machen, sich Arbeitspflichten entziehen, eine Rente bekommen, sich phantastische Lustgefühle erwecken. Diese Hingabe und dieser Wille spielt bei der Entwicklung der Anfälle der Pseudologia phantastica (selbstgegläubtes und mit entsprechenden konsequenten Handlungen verbundenes phantastisches Lügen) und anderer hysterischer Erscheinungen eine große Rolle. Nach einer anfänglichen Phase der Absichtlichkeit werden solche Kranken bald auch gegen ihren Willen von der Krankheit beherrscht, die dann ihren eigenen Lauf nimmt (z. B. Haftpsychosen). Auch einer manischen Erregung mäßigen Grades gegenüber kann man sich hingeben und sie steigern, oder kann sie beherrschen.

Es gibt Menschen mit dem Bedürfnis, krank zu sein; sie züchten, wenn etwas Krankhaftes auftaucht, dieses hoch, sagen instinktiv ja dazu, während das Bewußtsein ärztliche Behandlung und Heilung verlangt. Die Krankheit wird ihnen Lebensinhalt, Mittel, um eine Rolle zu spielen, andere sich in Dienst zu stellen, Vorteile zu gewinnen, sich von Anforderungen der Wirklichkeit zu drücken. Allgemein formuliert: diese Menschen wollen Verantwortliches, Verstehbares als unverantwortliches bloß kausales Geschehen aufgefaßt wissen. Andere haben das Bedürfnis, unter allen Umständen gesund zu sein, als gesund gewertet zu werden. Sie wollen lieber bei sich die Schuld für ein Übel suchen, als sich einem Krankheitsvorgang unterworfen zu fühlen. Sie lassen etwa nervöse Erscheinungen gar nicht recht zur Entwicklung kommen, da sie sich selbst immerfort durchleuchten. Sie wollen das rein Kausale, als das Unfreie, nicht recht gelten lassen, sondern möglichst viel in ein Verstehbares, Verantwortliches, also Freies verwandeln. Es kann für sie, wenn sie in abnormen Zuständen solche Einstellung überspannt haben, eine Erlösung sein, wenn sie etwas als „krank“ beurteilen dürfen. Kierkegaard schrieb aus eigener Erfahrung den Satz: „Es ist und bleibt doch die schwerste Anfechtung, wenn ein Mensch nicht weiß, ob sein Leiden Krankheit des Gemüts oder Sünde ist.“

Für die Entwicklung von krankhaften körperlichen Zuständen unter Mitwirkung einer Tendenz zur Krankheit muß ein Satz Charcots gelten: es gebe einen Augenblick zwischen Gesundheit und Krankheit, wo es vom Patienten abzuhängen scheine.

Daß das seelische Verhalten einen Einfluß auf die körperliche Störung hat, ist nicht zu bezweifeln. Jemand empfängt am Telefon sehr schmerzliche Mitteilungen. Als er den Hörer abhängt, empfindet er Hand und Arm als müde. Beim Schreiben entsteht Schreibkrampf. Bei Aufgabe der Beschäftigung, Ignorierung ist die Störung nach dem Schlaf verschwunden. Jedoch kann sie erhalten bleiben und auf geringsten Reiz wiederkehren. Ein Patient fühlt die Empfindungen jedesmal „in den Arm schießen“, wenn eine ihn drückende, benachteiligende Situation gegenwärtig wird. Ein Kranker mit Akinesia algera berichtet Möbius, „daß das Denken an den eigenen Zustand ihm nachteilig zu sein scheine. Er suche daher gewaltsam seine Aufmerksamkeit auf Objektives zu konzentrieren. Nur vor dem Einschlafen und nach dem Erwachen gelinge dies nicht in genügender Weise. Dann fühle er sozusagen seine Gedanken in seine Glieder hineinfahren und nehme wahr, wie diese empfindlicher würden.“

Wie eine Umsetzung in körperliche Erscheinungen durch einen mehr oder weniger klaren Willen festgehalten und entwickelt werden kann, sucht Kretschmer zu verdeutlichen<sup>1)</sup>. Man kann bei sich selbst beobachten, wie derselbe

<sup>1)</sup> Kretschmer: Die Gesetze der willkürlichen Reflexverstärkung in ihrer Bedeutung für das Hysterie- und Simulationsproblem, Zeitschr. f. d. ges. Neurol.

Patellarreflex verschieden stark ausfällt, je nachdem ob man den Willen auf eine Verstärkung einstellt oder nicht. Dieser normale Vorgang findet sich bei einigen hysterischen Erscheinungen wieder. Zunächst entsteht hier ein akuter Affektreflex (z. B. Schütteltremor). Er ist in seinem anfänglichen Höhepunkt kaum zu unterdrücken. Dann geht die Stärke des Reflexes zurück und jetzt ist er der willkürlichen Verstärkung leicht zugänglich. Dann wird er durch Gewöhnung wieder hartnäckiger, wird progressiv heftiger und ist schließlich auch bei gutem Willen nicht mehr zu unterdrücken. Die Willkür ist imstande, den Reflex im Augenblick zu verstärken und durch Wiederholung den Reflex einzuschleichen.

In den bisherigen Fällen ist uns das Verhalten der Kranken im großen und ganzen verständlich. In dem Maße als diese Verständlichkeit geringer und damit das Verhalten zur Krankheit auffälliger wird, wird dieses selbst ein Kennzeichen für die durch die Krankheit bedingte Veränderung der Gesamtpersönlichkeit. So ist es uns in vielen Fällen auffallend, wie sehr sich ein Kranker an die Symptome (z. B. qualvolle Sinnestäuschungen u. a. passiv hinzunehmende Erlebnisse) gewöhnt, wie er ihnen schließlich trotz ihres entsetzlichen Inhalts gleichgültig gegenübersteht, wie er anscheinend fundamentale, ihn tief betreffende Wahnhalte gar nicht beachtet und wieder vergißt. Auf der anderen Seite sind wir ebenso überrascht durch die überwältigende Macht, die manche „imperative“ Halluzinationen und Wahneinfälle besitzen, denen der Kranke wie einem physischen Zwange unterworfen scheint. Auffallend ist es, wie sehr manche Inhalte des Kranken Aufmerksamkeit fesseln, wie anscheinend gleichgültige Dinge ihn tief bewegen. Bei den akuten Psychosen mit reichem Erleben fällt auf, wie die Kranken in dem Gefühl der Willenlosigkeit sich einfach hingeben, wie sie das Schrecklichste passiv ertragen. Dieser Zustand der Machtlosigkeit, den sie nicht selten charakteristisch schildern, verbindet sich mit den Gefühlen von Gleichgültigkeit gegenüber dem, was kommen wird; und wenn es sich auch um gewaltige Umwälzungen in der übersinnlichen Welt handelt, sind sie unter Umständen zu Scherzen und frivolen Wendungen geneigt. —

In der ganzen ersten Gruppe lernten wir Züge aus dem Verhalten des Kranken gegenüber den Inhalten seiner Krankheitserscheinungen, aus seiner Reaktion auf verändertes Seelenleben, aus seiner Verarbeitung der Inhalte kennen. In der zweiten Gruppe sammeln wir nun Züge aus der Stellung, die der Kranke nimmt, wenn er, sich von den Inhalten ab auf sein Erleben und sich selbst wendend, nach den Ursachen dieses Geschehens fragend, seine Krankheit in einzelnen Zügen oder als Ganzes beurteilt. Es handelt sich um alles das, was

---

u. Psychiatr. 40. 1918. S. 354. — Wenn K. auch einen Zusammenhang gut heraushebt, braucht man nicht gleich die Verabsolutierung dieses einen mitzumachen und mit ihm die Existenz der Hysterie zu leugnen. — Pönitz: Die klinische Neuorientierung zum Hysterieproblem unter dem Einfluß der Kriegserfahrungen, Berlin, Julius Springer, 1921, hat in eleganter Weise diese Zusammenhänge zwischen Interesse an der Krankheit, dem Willen und den kranken Phänomenen unter Heranziehung der großen Literatur zur Darstellung gebracht. — Auch hier wird man trotz alles treffenden vor der Verabsolutierung und vor allem vor der Vergewaltigung des Einzelfalles durch solche Auffassung warnen müssen.

als Krankheitsbewußtsein und Krankheitseinsicht zusammengefaßt wird<sup>1)</sup>.

Krankheitsbewußtsein nennt man diejenige Stellung des Kranken, in der wohl ein Gefühl von Kranksein, ein Gefühl von Veränderung zum Ausdruck kommt, ohne daß dieses Bewußtsein sich auf alle Krankheitssymptome und auf die Krankheit als ein Ganzes erstreckt, und ohne daß das objektiv richtige Maß in der Beurteilung der Schwere der Erkrankung, wie ein objektiv richtiges Urteil über die Art der Erkrankung, erreicht würde. Nur wenn all dies der Fall ist, wenn alle einzelnen Krankheitssymptome, die Krankheit als Ganzes ihrer Art und Schwere nach richtig beurteilt wird, sprechen wir von Krankheitseinsicht. Doch machen wir die Einschränkung, daß die Beurteilung nur diejenige Richtigkeit zu erreichen braucht, die einem durchschnittlichen, gesunden Individuum aus demselben Kulturkreis einem andern kranken Menschen gegenüber möglich wäre.

Die Stellungnahme des Kranken kann gegenüber den phänomenologischen Elementen, gegenüber den Störungen in den verschiedenen Leistungen des Seelenlebens, gegenüber den Ganzheiten der Symptomenkomplexe, der eigenen Persönlichkeit, mit einem Worte: allem gegenüber stattfinden, das auch die Psychopathologie zum Gegenstand macht<sup>2)</sup>.

Die Selbstbeobachtung der Kranken, ihre Aufmerksamkeit auf ihr abnormes Erleben und die Verarbeitung der Beobachtung in ihrem psychologischen Urteil, so daß sie uns Mitteilung von ihrem Innenleben machen können, ist eine unserer wichtigsten Quellen der Kenntnis des kranken Seelenlebens. Diese Selbstbeobachtung hängt ab von Interesse, psychologischer Begabung, Kritik und Intelligenz der kranken Persönlichkeit. Unter Umständen tritt aber die Selbstbeobachtung selbst als quälendes Krankheits symptom auf. Die Kranken müssen wider Willen ihre ganze Zeit verbringen mit der Analyse ihres Erlebens, alle ihre Tätigkeit wird durch Selbstbeobachtung gestört und unterbrochen. Die Resultate dieser Selbstbeobachtung können dabei sehr dürftig sein. Es ist die Einstellung in der Reflexion auf das eigene Seelenleben, die hier an sich zwangsmäßig und qualvoll ist. Solche Fälle sind es, die den Laien mit Unrecht zur Behauptung von der Schädlichkeit der Selbstbeobachtung veranlaßt haben, vor der schon Kant warnte: sie führe zu Grübeln und Irrsinn. Nicht durch Selbstbeobachtung entsteht die Krankheit, sondern gewisse Krankheitszustände rufen eine abnorme Art der Selbstbeobachtung hervor.

Es gibt ein Bewußtsein des Bewußtseins. Wir fühlen uns „benommen“, „verdöst“ oder besonders klar. Es scheint das letztere auch abnormerweise vorzukommen. Die Gefühle des Klarsehens bei Schizophrenen mögen eine solche Seite haben. Ganz anders liegt es wieder bei einem Kranken mit Encephalitis lethargica, welcher schrieb:

„Ich habe das Gefühl, niemals vor der Krankheit so hoch wach und bei Bewußtsein gewesen zu sein. Das rührt vielleicht daher, daß ich mich dauernd selbst beobachtete und den kleinsten Gedanken, die kleinste Bewegung sofort zum Bewußtsein erhob. Jeder körperliche Vorgang wie Niesen, Husten, auch Denken, erfüllte mich mit brennender Neugier, wie dieser Vorgang wohl zustande komme;

<sup>1)</sup> Pick: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 13 S. 518. Mercklin: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 57 S. 579. Heilbronner: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 58 S. 608. Arndt: Zentralbl. f. Neurol. 28. 1905. S. 773.

<sup>2)</sup> Das Realitätsurteil über Trugwahrnehmungen habe ich in der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 6 S. 460 analysiert.

ich versuchte dann, mich möglichst in ihn hineinzufühlen.“ Der Kranke schildert das „Registrieren, d. h. das In-das-Bewußtsein-Ziehen eines jeden körperlichen und seelischen Vorgangs . . . . Dieses selbe Registrieren verdirbt mir auch jede Freude und jede Hoffnung, indem ich mir jedesmal sofort sage: jetzt freust du dich, jetzt hoffst du“. (Mayer-Groß und Steiner.)

Es ist klar, daß die Stellungnahme der Persönlichkeit zur Krankheit in dem Maße differenziert, ausgesprochen und eigenartig sein wird, als der betreffende Kranke intelligent und gebildet ist. Zumal naturwissenschaftliche und psychopathologische Bildung wird eine andere Stellung mit sich bringen, als geisteswissenschaftliche und theologische. Für die Bewertung der Stellungnahme selbst als einer krankhaften müssen wir das Milieu immer in Betracht ziehen. Dieselbe Meinung, die beim Bauern Aberglauben bedeutet, verrät uns beim Gebildeten vielleicht eine tiefgreifende, zur Verblödung tendierende Umwandlung der Persönlichkeit.

Jenes Urphänomen, daß die Persönlichkeit sich selbst gegenübersteht, ihr Erleben beurteilt, ist erst auf einer gewissen Stufe seelischer Differenziertheit offensichtlich. Unterhalb dieser Stufe scheinen die Individuen bloß in der Umwelt zu leben, nicht „von sich“ zu wissen. Bei sehr tiefstehenden Idioten, in völlig ausgebildeten akuten Psychosen, in erworbener tiefer Verblödung besteht daher das Problem, wie die Persönlichkeit zur Krankheit Stellung nimmt, gar nicht. Sie nimmt überhaupt keine Stellung. Hier sprechen wir besser nicht von fehlendem Krankheitsbewußtsein, sondern gleich vom Verlust der Persönlichkeit, der das fehlende Krankheitsbewußtsein als ein Teilmoment selbstverständlich enthält. In diese Kategorie gehören z. T. jene merkwürdigen Fälle organischer Demenzen, die sich selbst schwerster körperlicher Defekte nicht bewußt werden.

Bei organischen Hirnkrankheiten (Tumor, Erweichung usw.), bei denen Lähmung, Blindheit oder andere derartige schwere Defekte aufgetreten sind, fehlt manchmal das Bewußtsein dieser Defekte<sup>1)</sup>. Der Kranke, der völlig erblindet ist, behauptet, ausgezeichnet sehen zu können, reagiert auf Untersuchungen mürrisch abweisend, schließlich entrüstet, hilft sich, indem er wie die Kranken mit Korsakoffschem Symptomenkomplex Redensarten macht: Auf die Frage, was das sei (eine vorgehaltene Uhr), greift er in die Luft: „Da sehen sie es“, „Da ist es ja“, „Was wollen Sie denn?“, beschreibt, wenn es möglich ist, irgend etwas, z. B. den Untersucher, läuft herum mit Gesten, als ob er alles sehe, schilt, behauptet, es sei ja finster hier usw. Redlich und Bonvicini haben dargelegt, wie eine allgemeine seelische Veränderung (Benommenheit, Apathie, Euphorie, schwere Merkfähigkeitsstörung) uns dies Verhalten des Krankheitsbewußtseins verständlich macht. Dem entspricht es, daß manche Kranke gelegentlich ganz vorübergehend zu einer gewissen Einsicht in ihre Blindheit gebracht werden, sie aber sofort wieder vergessen. — Doch scheint es einzelne Leistungsdefekte zu geben, in deren eigenem Wesen es liegt, schwer bemerkbar zu sein, so daß die mangelnde Einsicht dann nicht Zeichen für den Zerfall der Persönlichkeit zu sein braucht. So schildert Pick<sup>2)</sup>: „Der amnestische Aphasische sucht nach dem ihm fehlenden Worte, er hat fortdauernd die Empfindung des Unvollständigen seiner Rede; der im Telegrammstil oder in Infinitiven redende Aphasische stockt . . .

1) Redlich und Bonvicini: Über das Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit bei Hirnkrankheiten. Jahrb. f. Psychiatrie 29. Bychowski: Neurol. Zentralbl. 39. 1920. S. 354. Stertz: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 55 S. 327. Pick: Arch. f. Augenheilk. 86. 1920. S. 98,

2) Pick: Agrammatische Sprachstörungen, S. 54.

auch nicht einen Augenblick in seiner Rede, er hat überhaupt nicht das Gefühl, daß etwas in seiner Rede fehlt, was er zu suchen hätte (auch in Fällen, wo er das Bewußtsein seines Sprachdefektes hat).“ So beobachtet man den paraphasischen Redeschwall sensorisch Aphasischer, die gar nicht zu begreifen scheinen, daß man sie nicht versteht, während der motorisch Aphasische wortkarg bleibt, Versuche zum Sprechen macht, aber im Bewußtsein der Unfähigkeit stocken bleibt und es wieder aufgibt.

Die Fälle, in denen eine Persönlichkeit der Erkrankung stellungnehmend gegenübertritt, sind zweierlei Art: entweder geschieht dies in der Psychose selbst, oder es geschieht nach abgelaufener Psychose. In einer Psychose gibt es keine dauernde volle Einsicht. Wo diese immer vorhanden ist, reden wir nicht von Psychose, sondern von Psychopathie. Einzelne Erscheinungen werden wohl richtig beurteilt, aber im übrigen werden zahllose Krankheitserscheinungen als solche überhaupt nicht erkannt, und es treten umgekehrt Krankheitsgefühle, deren Inhalt falsch, selbst Krankheitszeichen ist, auf. So z. B., wenn die Melancholische sich für körperlich verfault und durchseucht hält, der Paranoiker meint, daß sein Gedankenablauf durch äußere Machinationen gestört wird. Kranke sagen: „ich weiß nicht, bin ich verrückt oder was? . . . Ich sehe, ich weiß nicht was, ist es Phantasie? . . . Ich weiß nicht, was das bedeuten soll, bin ich verhext oder was?“ In akuten Psychosen gibt es aber vorübergehende Zustände weitgehender Einsicht. So kommt ein Kranker aus seinen phantastischen Erlebnissen einen Augenblick zu sich, konstatiert, daß er im Krankenhaus ist, und sucht sogar seine Beförderung in die Irrenanstalt zu beschleunigen. Im Beginn der Prozesse findet man manchmal so erhebliche Krankheitseinsicht, Korrektur von Wahnideen, richtige Beurteilung von Stimmen usw., daß man an Heilung und an eine gutartige „degenerative Psychose“ glauben könnte. Doch ist solche Einsicht meistens ganz vorübergehend. Man kann gelegentlich ein Hin- und Herschwanken innerhalb weniger Stunden oder Tage beobachten. Zuweilen kommt mitten in schizophrenen Erlebnissen plötzlich ein klares Bewußtsein. Die Kranken schildern nachher: „Wieder bin ich einen Moment meines Gestörtseins bewußt“, oder ein anderer: „Nun kam mir urplötzlich das Sinnlose der ganzen Sache zum Bewußtsein.“ Die Inhalte der sprachlichen Äußerungen sind in der Psychose oft täuschend:

Kranke mit unheilbaren paranoiden Erkrankungen der Dementia-*praecox*-Gruppe machten z. B. folgende Bemerkungen: Fräulein S.: „Ich leide an sekundärer Paranoia“; „ich leide an Paranoia hallucinatoria nach Krafft-Ebing, ich komme mir ganz verdreht vor“; „ich leide an Paranoia sexualis, Herr Doktor, mein Lehrbuch stammt von 1893, damals gab es noch keine Dementia *praecox*.“ — Der Arbeiter S., auf die Frage ob er krank sei: „Ich äußere mich nicht darüber. Ich stoße gegen einen Panzer, das ist der Unglauben. Für die Welt ist es Wahn. Die Welt will Reales. Ich kann nichts beweisen. Ich behalte es für mich, sonst falle ich für immer an die Irrenanstalt.“ Nach einer Erregung erklärte derselbe „alles für null und nichtig, für *Fata morgana*; ich glaube nur an das, was ich sehe, das ist der richtige Grundsatz für die moderne Kultur.“ — Ein anderer Kranker antwortete auf Vorwürfe: „Ich darf das ja, ich bin ja verrückt.“

Obgleich solche Äußerungen eine weitgehende Einsicht vermuten lassen können, fehlt diese bei den Kranken völlig. Sie waren im selben

Augenblicke überzeugt von der Realität ihrer Wahnhalte und zogen auch keineswegs irgendwelche Konsequenzen aus ihrer scheinbaren Einsicht. Sie haben lediglich gelernt, was die Psychiater und die anderen Menschen meinen, und machen entsprechende für sie selbst nichtssagende Redensarten. — In anderen Fällen ist die Einsicht umgekehrt eine viel weitgehendere, als es nach dem Inhalt der sprachlichen Äußerungen scheint:

Fräulein B. erklärt, sie sei nicht krank, sie sei wirklich schwanger, das sei kein Wahn, es sei entsetzlich, daß es so geworden sei, die Zukunft sei fürchterlich. Sie wisse sich gar nicht zu helfen vor Sorgen. Nach einigen Minuten erklärt sie aber spontan, früher sei dies auch immer vorbeigegangen (sie hatte schon mehrere ähnliche geheilte Phasen durchgemacht).

Noch wichtiger als während der akuten Psychose ist es bei der Stellung der Kranken zur abgelaufenen Psychose, durch den Inhalt der ausgesprochenen Urteile, der so leicht täuscht, zur wirklichen Stellung durchzudringen, wenn man nicht Täuschungen über das ganze Krankheitsbild verfallen will. Allerdings bietet die volle Einsicht der Kranken z. B. nach einem Delirium, nach einer Alkoholhalluzinose, nach einer Manie ein sehr klares Bild: die Kranken erklären rückhaltlos bezüglich aller einzelnen Symptome, daß sie krank waren. Sie sprechen frei und offen von den Inhalten der Psychose, die ihnen nun durchaus fremd und gleichgültig sind, über die sie, wie über etwas gar nicht zu ihnen Gehöriges, harmlos und frei sprechen, vielleicht lachen. Sie ziehen aus ihrer Einsicht nur verständliche Konsequenzen: Sorge wegen Wiedererkrankung, Sorgen wegen des Odiums der erfolgten Internierung u. dgl. Demgegenüber sind aber Fälle gar nicht selten, in denen zwar die ausgesprochenen, subjektiv ehrlichen Urteile volle Einsicht zu verraten scheinen, bei näherem Zusehen diese aber nicht besteht. Die Kranken erklären, daß sie eine Geisteskrankheit durchgemacht haben, daß sie von der Irrealität der Inhalte überzeugt sind, daß sie sich jetzt wieder gesund fühlen. Sie reden aber nicht frei von allen Inhalten der Psychose, und selbst wenn sie es wollen, merkt man ihnen eine inadäquate Erregung an, wenn sie nach den Inhalten gefragt werden. Sie werden rot und blaß, schwitzen, weichen schließlich mit den Antworten aus und meinen, sie wollten sich nicht mehr darin versenken, das mache sie unruhig. Von solchen Fällen bis zu anderen, die einfach die Auskunft verweigern, gibt es alle Übergänge. Dann bemerkt man gelegentlich, daß einzelne Details (Verfolgungen usw.) als wirklich festgehalten werden, und daß Äußerungen fallen wie: „Theoretisch darf ich ja zweifeln, ob es wirklich war oder nicht; praktisch aber nicht, sonst säße ich für immer eingesperrt“ und ähnl. In diesen Fällen ist von einer vollen Einsicht gar nicht die Rede. Die Persönlichkeit dieser Kranken ist von den Inhalten der Psychose — vielfach unbemerkt — dauernd ergriffen und ist nicht imstande, sie als gänzlich Fremdes objektiv zu betrachten, sondern nur, sie als etwas Lästiges „abzutun“, „erledigt“ sein zu lassen. In anderen Fällen ist den Kranken ihre akute Psychose in der Erinnerung gar

nichts Unangenehmes. Sie sprechen sogar ihre Trauer aus, daß ihnen die Erinnerungen langsam entschwinden. Sie möchten das reiche Erleben der Psychose in ihrem Leben durchaus nicht missen:

Gerard de Nerval beginnt die Selbstschilderung seiner Krankheit: „Ich will versuchen, die Eindrücke einer langen Krankheit niederzuschreiben, die sich ganz in den Mysterien meines Geistes abgespielt hat; — und ich weiß nicht, warum ich mich des Ausdrucks „Krankheit“ bediene; denn niemals habe ich mich, was mich selbst betrifft, wohler gefühlt. Mitunter hielt ich meine Kraft und meine Fähigkeit für verdoppelt. Es schien mir, als wüßte und verstünde ich alles, die Einbildungskraft brachte mir unendliche Wonnen. Soll man bedauern, sie verloren zu haben, wenn man das, was die Menschen Vernunft nennen, wiedererlangt hat?“

Der Mensch hat eine komplexbeladene Einstellung zu allem, was für ihn erlebnismäßig, inhaltlich einmal Bedeutung hatte. So vermag der eine nicht an seine entsetzlichen Kriegserlebnisse zu denken, ohne in unbeherrschbare Verstimmungen zu verfallen, oder es sträubt sich ein anderer, den Gegenstand von ihm verworfener Leidenschaft wiederzusehen, Ort und Umgebung unverarbeiteter Leiden von neuem aufzusuchen. So gibt es Psychosen, die selbst neue Bedeutungen brachten, Psychosen, die inhaltlich mit der Persönlichkeit verknüpft sind (vor allem, aber nicht nur, schizophrene Psychosen), und es gibt andere Psychosen, die der Persönlichkeit fremd gegenüberstehen, die der Seele keine Belastung und keine Bedeutung bringen. Hier hat der Kranke höchstens eine gewisse selbstverständliche Scham, mit anderen als dem Arzte von solchen Dingen zu reden<sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Mayer-Groß hat neuerdings (Über die Stellungnahme zur akuten abgelaufenen Psychose, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 60. 1920. S. 160), bei der Schizophrenie Formen der Nachwirkung akuter Psychosen nach ihren verstehbaren Zusammenhängen analysiert. Er unterscheidet: Verzweiflung, „neues Leben“, Ausscheidung (als ob nichts geschehen sei), Bekehrung (mit der Psychose hebt ein Neues durch Offenbarung an), Einschmelzung.



## Fünftes Kapitel.

# Die Zusammenhänge des Seelenlebens:

## II. Die kausalen Zusammenhänge.

Im kausalen Denken verbinden wir jedesmal zwei Elemente, deren eines als Ursache, deren anderes als Wirkung angesehen wird. Um klare kausale Fragestellungen zu besitzen, müssen vor allem diese Elemente klar und nicht verschwommen sein. Die gesamte Begriffsbildung der Psychopathologie (Phänomenologie, objektive Psychopathologie usw.) dient zur Formung solcher Elemente des kausalen Denkens. Selbst ein so unendlich komplizierter Gegenstand wie das Ganze des verständlichen Seelenlebens, das wir Persönlichkeit nennen, kann u. U. Element kausalen Denkens werden, wenn etwa nach der Vererbung eines bestimmt definierten Persönlichkeitstypus gefragt wird. Wir verschaffen uns zunächst eine Übersicht über die Gesichtspunkte, nach denen wir die spärlichen kausalen Erkenntnisse der Psychopathologie gruppieren, in denen bestimmte Elemente als Ursache und Wirkung miteinander verbunden sind.

Alles Leben spielt sich in der Wechselwirkung einer inneren Veranlagung mit äußeren Einwirkungen ab. Unter den äußeren Einwirkungen kann aus den zahlreichen unwesentlichen Faktoren, die da sein oder fehlen können, ohne das Endergebnis zu verändern, manchmal die „wesentliche“ Ursache für einen Vorgang herausgeschält werden. So ist mit großer Wahrscheinlichkeit z. B. die Syphilis eine wesentliche Ursache der Paralyse. Wo zahlreiche äußere Einwirkungen als mögliche Ursachen für einen Krankheitsvorgang aufgezählt werden, ohne daß man die Wirkungen auch nur einer derselben wirklich kennt, da ist das meist ein Zeichen für unsere gänzliche Unkenntnis der äußeren Ursachen; so z. B. wenn beinahe sämtliche körperliche Krankheiten, Stuhlverstopfung, Vergiftungen, Erschöpfung usw. als Ursachen der Amentia aufgezählt werden: man konstatiert denn auch nicht bloß, daß das Zustandsbild der Amentia auch ohne irgendeine dieser Ursachen auftritt, sondern hat auch keine sichere Kenntnis von den gewöhnlichen Wirkungen jener körperlichen Ursachen. Je mehr Ursachen behauptet werden, desto geringer ist unsere kausale Erkenntnis.

Da alle äußeren Einwirkungen nicht auf einen immer gleichen physikalischen Mechanismus, sondern auf einen individuell und in der Zeitfolge veränderlichen lebendigen Organismus stattfinden, so ist es leicht begreiflich, daß dieselben äußeren Ursachen durchaus verschiedene Wirkungen bei verschiedenen Individuen haben können. Derselbe „Anlaß“ kann verschiedene Psychosen zum Ausbruch bringen,

eine Depression oder eine Schizophrenie. Die individuell variierende Alkoholwirkung in der Mannigfaltigkeit der Räusche ist das beste Beispiel; ferner die ganz verschiedene Wirkung des chronischen Alkoholgenußes, die als einfache Alkoholverblödung, als Delirium tremens, als Alkoholhalluzinose oder als Korsakoffsche Psychose zutage tritt. Man nimmt an, daß hier zwischen die unmittelbare Alkoholwirkung und das durch den dauernden Genuß entstandene Krankheitsbild verschiedenartige Zwischenglieder eintreten (etwa ein giftiges Stoffwechselprodukt), die je nach ihrer besonderen Art dann eines der bestimmten Krankheitsbilder hervorrufen sollen. Man unterscheidet dann den Alkohol als entferntere Ursache von diesem hypothetischen Gift als direkte Ursache. Die direkten Ursachen müssen naturgemäß viel gleichartigere, regelmäßigere Folgeerscheinungen haben als die entfernteren. Doch kennen wir nirgends eine wirklich direkte Ursache.

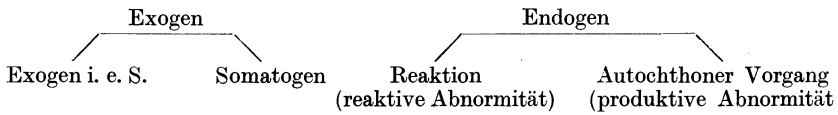
Den äußeren Einwirkungen steht die innere Veranlagung gegenüber. Was Wirkung der ersteren ist, nennt man exogen, was aus der letzteren hervowächst, endogen.<sup>1)</sup> Da das Leben immer in der Wechselwirkung von außen und innen besteht, ist es klar, daß kein Phänomen ausschließlich endogen sein kann, und daß alle exogenen Einflüsse ihre charakteristischen Wirkungen an einem Organismus entfalten, dessen besondere Art uns immer als das Wesentliche erscheinen wird. Trotzdem unterscheiden wir mit Recht vorwiegend endogen und vorwiegend exogen bedingte Wirkungen. Die Begriffe endogen und exogen haben einen verschiedenen Sinn, je nachdem sie für bloß körperliche Erkrankungen oder für seelische gebraucht werden. Alle exogenen Faktoren für körperliche Erkrankungen (Gifte, Bakterien, Klima) sind zwar auch exogen für seelische Erkrankungen. Wir nennen aber auch die körperlichen Erkrankungen, selbst die bisher bekannten Hirnerkrankungen, gegenüber der seelischen Veranlagung exogen. Neben den exogenen Faktoren im engeren Sinne bezeichnet man sie als somatogen.

Beispiele: a) Die Paralyse ist eine exogen (durch Syphilis) entstandene Gehirnkrankheit, die wiederum selbst exogen (somatogen) das Seelenleben zerstört. b) Der Tumor ist ein endogener Hirnprozeß, der als exogener (somatogener) Faktor die seelische Veranlagung trifft.

Die endogen entstandenen seelischen Vorgänge (Phasen, grundlose Verstimmungen, manche Prozesse) bezeichnet man auch als autochthon (produktive Abnormität, Hellpach). Als endogen in weiterem Sinne bezeichnet man aber auch die seelischen Reaktionsformen auf Erlebnisse, sofern sie gänzlich von der individuellen Veranlagung und Konstitution, weniger vom objektiven Erlebnis abhängen (reaktive Abnormität, Hellpach). Wir haben also für die Psychopathologie folgendes Schema<sup>2)</sup>:

1) H. Seelert: Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptomenbilde und der Pathogenese der Psychosen. Berlin, Karger, 1919.

2) Dagegen: K. Hildebrandt: Funktionell, endogen, psychogen, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 53. 1920. S. 242.



Statt von den Ursachen auszugehen und zu fragen, welche Wirkungen eine bestimmte Ursache hat, können wir auch von einzelnen bestimmten Wirkungen ausgehen und fragen, welche Ursachen diese bestimmte Erscheinung, z. B. eine Halluzination, hervorrufen können. Wie wir in der Psychopathologie finden, daß alle uns zugänglichen Ursachen verschiedene Wirkungen haben können, je nach dem Organismus, der betroffen ist, so finden wir hier umgekehrt, daß alle Phänomene verschiedene Ursachen haben können.

Schließlich beobachten wir in der Zeit sich folgende, krankhafte Phänomene, bei denen nicht eine Ursache des andern ist, sondern die nur eine typische regelmäßig wiederkehrende Verlaufsreihe (z. B. Periodizität) bilden. Wir müssen uns hier auf die Feststellung solcher Reihen beschränken und von den eigentlichen ursächlichen Verhältnissen beim jetzigen Stande unserer Kenntnisse absehen. Nur entferntere Ursachen für solche ganzen Reihen können wir selten aufweisen.

Aus dem Bisherigen ergeben sich zwanglos folgende vier Gruppen, in die wir die kausal erklärenden Untersuchungen ordnen werden: Wir gehen erstens von einzelnen Phänomenen und Mechanismen aus und fragen nach ihren Ursachen. Dann gehen wir von den Ursachen aus und fragen zweitens nach den Wirkungen der exogenen und drittens nach den Wirkungen der endogenen Ursachen. Zum Schluß betrachten wir viertens einige typische Reihenfolgen und Verlaufsweisen.

\* \* \*

Man sieht, daß der Begriff der „Ursache“ ein vieldeutiger ist. Er umfaßt die bloße Bedingung, die auslösende Veranlassung und die entscheidend wirksame Kraft. Man spricht von Ursache, wenn auch nur möglicherweise von ihr die bestimmte Wirkung ausgeht, und wenn diese Wirkung sicher, unvermeidlich eintritt; von Bedingung, wenn es sich um fördernde Umstände und wenn es sich um eine *conditio sine qua non* handelt. Ja man hat oft von mitwirkenden Faktoren für das Zustandekommen einer Psychose gesprochen, wenn diese Psychose auch ganz ohne jene Faktoren eintritt.

Das Gemeinsame aller kausalen Zusammenhänge ist nur, daß in ihnen etwas Unverständliches uns als notwendig klar wird. Dies Kausale ist nur empirisch feststellbar und theoretisch durch das Ausdenken eines zugrunde liegenden Außerbewußten begreiflich zu machen, aber an sich ganz unanschaulich und unevident. Unser kausales Bedürfnis wird am tiefsten befriedigt durch die einfachsten und notwendigsten Gesetzlichkeiten; durch sie ist die größte Macht im therapeutischen Eingreifen zu erhoffen; aber nur dann, wenn das Kausale

wirklich empirisch und nicht bloß theoretisch und als bloß möglich erdacht ist. Die Neigung, bloße kausale Erwägungen zur Hauptsache zu machen, hat für die empirische und anschauliche Kenntnis der mannigfaltigen Gestalten des seelisch Abnormen eine verhängnisvolle Wirkung. Man verläßt die Welt des anschaulich Wißbaren, wenn auch nicht kausal Erklärbaren zugunsten von leeren Abstraktionen. Unser Erkenntnisdrang findet aber gegenüber der kausalen Betrachtung eine andere spezifische Befriedigung in der geordneten und durchdringenden Anschauung der Phänomene und Gestalten seelischer Existenz.

Es liegt im Wesen alles kausalen Untersuchens, daß es schließlich in seinem Fortgang in außerbewußte Grundlagen des Seelischen dringt, während die verstehende Psychologie im Prinzip im Bewußtsein bleibt, an der Grenze des Bewußtseins endet. Bei kausalen Untersuchungen müssen wir immer den phänomenologischen Einheiten oder den verständlichen Zusammenhängen, oder was sonst wir als Element verwenden, etwas Außerbewußtes zugrunde liegend denken. So verwenden wir Begriffe von außerbewußten Dispositionen, Anlagen, seelischen Konstitutionen und außerbewußten Mechanismen. Aus diesen Begriffen können wir jedoch in der Psychologie nie eine alleinherrschende Theorie entwickeln, sondern wir können sie nur für die jeweiligen Untersuchungszwecke, soweit sie sich als brauchbar erweisen, benutzen.

Hierbei leitet uns die Grundvorstellung, daß alle kausalen Zusammenhänge, daß der ganze außerbewußte Unterbau des Seelischen irgendwie in körperlichen Vorgängen ihre Grundlage haben. Diese körperlichen Vorgänge vermuten wir im Gehirn, speziell in der Großhirnrinde, und denken sie als höchst komplizierte biologische Vorgänge. Von deren Erforschung sind wir unendlich weit entfernt. Zurzeit kennen wir keinen einzigen körperlichen Vorgang, der die spezielle Grundlage bestimmter Seelenvorgänge wäre. Alle die groben Zerstörungen, die als Ursache der Aphasien, der organischen Demenz beobachtet sind, sind immer nur Zerstörungen entfernterer Bedingungen des Seelischen; es ist das im Prinzip nicht anders, wie etwa intakte Muskeln Bedingung des Auftretens von Willenshandlungen, intakte Sinnesorgane Bedingung für das Auftreten von Wahrnehmungen sind. Alles, was wir am Gehirn kennen, ist rein körperphysiologisch einzuordnen, nirgends kennen wir direkt psychologisch zu verwertende Befunde. Man findet vielmehr bei größten seelischen Veränderungen durchaus intakte Gehirne — oder so minimale und bei vielen Individuen verbreitete Befunde, daß die schweren seelischen Veränderungen unbegreiflich erscheinen —, und umgekehrt findet man — relativ selten — schwere Veränderungen der Hirnrinde bei Menschen, die seelisch kaum etwas Abnormes boten<sup>1)</sup>. Die zahlreichen Befunde im

<sup>1)</sup> Dies lehren einzelne den Anatomen überraschende Fälle. Ein bekanntes Beispiel ist die senile Demenz. Die Hirnveränderungen der Greise überhaupt und der senil Dementen sind qualitativ identisch. Man findet bei Dementen schwerste Veränderungen derselben Art wie bei gesunden Greisen. Aber

Hirn Geisteskranker sind völlig uncharakteristisch für bestimmte seelische Vorgänge. Die Paralyse, die als einzige Geisteskrankheit mit bekanntem charakteristischen Hirnbefund gilt, erlaubt doch gar keine Beziehung des Hirnbefundes zu den besonderen seelischen Veränderungen. Die Paralyse ist vielmehr ein Prozeß im gesamten Nervensystem, wie Huntingtonsche Chorea, multiple Sklerose, Arteriosklerose. Die meisten Hirnprozesse pflegen irgendwelche seelischen Wirkungen zu haben, die Paralyse hat diese exzessiv und immer. Wie bei vielen Hirnprozessen treten auch bei der Paralyse die meisten uns bekannten seelisch abnormen Vorgänge gelegentlich auf, nur daß die Zerstörung der Seele bald in den Vordergrund tritt.

Obgleich wir also die Voraussetzung machen, daß alle seelischen Vorgänge, normale und abnorme, ihre körperlichen Grundlagen haben, kennen wir diese nirgends. Insbesondere müssen wir uns hüten, die bekannten Gehirnprozesse für solche direkten Grundlagen von bestimmten seelischen Vorgängen zu halten. Bei diesem Stande unserer Kenntnisse ist es erlaubt, unter Übergehung der unbekannteren direkten körperlichen Grundlagen von einer Wirkung der Gehirnprozesse auf das Seelenleben zu sprechen, wie wir von der Wirkung der Stoffwechselkrankheiten, der Gifte usw. sprechen. So gewinnt auch die mehrfach ausgesprochene Anschauung Sinn, daß die individuelle seelische Veranlagung die besondere Reaktionsform der Seele auf den Krankheitsprozeß des Gehirns bedingt. Man hat sogar gemeint, dieselbe körperliche Krankheit oder derselbe Hirnprozeß könne einmal eine periodische Psychose, einmal einen Verblödungsprozeß bewirken. Während diese Anschauung gänzlich in der Luft schwebt, ist es doch z. B. bekannt, daß auf denselben Hirnprozeß der eine Kranke zunächst mit hysterischen Symptomen, der andere mit Stimmungsanomalien, der dritte mit symptomloser Verblödung reagiert. Daß sich diese Unterschiede im Anfang der Prozesse geltend machen, während das Ende durch die allgemeine Zerstörung immer ähnlicher wird, ist selbstverständlich.

Die sogenannten funktionellen Seelenstörungen, zumal die Psychopathien, tragen ihren Namen daher, daß man im Hirn überhaupt nichts findet, weder die direkten noch auch entferntere Grundlagen. Trotzdem wird kein Verständiger zweifeln, daß jeder eigentümliche seelische Vorgang auch seine eigentümliche körperliche Bedingung hat. Doch wird diese körperliche Grundlage bei psychopathischen Persönlichkeiten, bei Hysterie, bei vielen jetzt noch zur *Dementia praecox* gerechneten Psychosen (psychische Prozesse) und ähnlichen nicht anders zu denken sein wie etwa die körperliche Grundlage im Gehirn bei der Verschiedenheit der Charaktere und Begabungen; d. h. wir sind unendlich weit entfernt, sie überhaupt nur zum möglichen Gegenstand der Untersuchung zu machen.

---

man findet gelegentliche schwere Veränderungen auch bei gesunden Greisen und bei Dementen relativ geringgradige Veränderungen. Es besteht keine Parallele zwischen Schwere der seelischen Defekte und Schwere der anatomischen Veränderungen.

Diesen Anschauungen steht eine andere gegenüber, die in früheren Jahrzehnten herrschend war, neuerdings aber immer mehr an Bedeutung abgenommen hat. Sie kleidete sich in die Formel: „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“ (Griesinger, Meynert, Wernicke). Dieser Satz ist ein Dogma, ebenso wie die Verneinung dieses Satzes ein Dogma wäre. Machen wir uns die Situation noch einmal klar: Wir finden in manchen Fällen Zusammenhänge zwischen körperlichen Veränderungen und psychischen in einer Weise, daß die psychischen mit Sicherheit als Folge angesehen werden können. Wir wissen ferner, daß überhaupt kein psychischer Vorgang ohne die Bedingung irgendwelcher körperlichen Grundlagen existiert: es gibt keine „Gespenster“. Wir kennen aber nirgends einen körperlichen Vorgang im Gehirn, der gleichsam als die „andere Seite“ identisch mit dem krankhaften Seelenvorgang wäre. Immer kennen wir nur Bedingungen des Seelischen; niemals kennen wir die Ursache eines seelischen Vorganges, sondern immer nur eine Ursache. Jener berühmte Satz ist also, verglichen mit der tatsächlich möglichen Forschung und den wirklichen Erfahrungen, vielleicht ein möglicher Zielpunkt der Forschung — in Wahrheit ein in der Unendlichkeit liegender Zielpunkt —, er bezeichnet aber nicht einen Gegenstand der Forschung. Solche Sätze diskutieren, womöglich das Problem prinzipiell lösen zu wollen, ist ein Zeichen von philosophischer Unbildung und von Mangel an methodologischer Kritik. Solche Sätze werden um so mehr aus der Psychiatrie verschwinden, je mehr die philosophische Spekulation aus der Psychopathologie verschwindet und die philosophische Bildung bei Psychopathologen einzieht.

Historisch angesehen hat die Herrschaft des Dogmas: Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten, eine fördernde und eine schädigende Wirkung gehabt. Gefördert wurde die Erforschung des Gehirns. Jede Anstalt hat jetzt ihr anatomisches Laboratorium. Geschädigt wurde die eigentlich psychopathologische Forschung; unwillkürlich bemächtigte sich mancher Psychiater ein Gefühl: Kennen wir nur erst ganz genau das Gehirn, so kennen wir auch das Seelenleben und seine Störungen. Sie vernachlässigten völlig die psychopathologischen Studien und hielten sie gar für unwissenschaftlich, so daß ihnen selbst die Kenntnis des bisher von der Psychopathologie erworbenen Besitzes abhanden kam. Solche Anschauungen findet man jetzt wohl kaum mehr. Vielmehr hat sich der Zustand herausgebildet, daß anatomische Forschung und die Untersuchung des Seelenlebens selbständig nebeneinander bestehen.

Vom Standpunkt somatischer und neurologischer Forschung sind psychische Störungen bei bekannten Gehirnvorgängen nur „Symptome“. Die große praktische Wichtigkeit der Erkennung der körperlichen Vorgänge, die am ehesten und allein vielleicht in Zukunft eine erfolgreiche therapeutische Beeinflussung erlauben, läßt viele geneigt sein, diesen Standpunkt für den einzigen zu halten. Sie glauben, das „Wesen“ der Seelenkrankheit in der körperlichen Krankheit erkannt zu haben. Für den Psychiater als Psychopathologen wäre dieser Standpunkt ein Verrat an seiner eigentlichen Aufgabe. Er will nicht Hirnprozesse untersuchen, die schon die Neurologie und Hirnhistologie untersucht, sondern Seelenvorgänge. Wie weit im einzelnen Ursachen dieser Seelenvorgänge in körperlichen Bedingungen bisher aufgezeigt

werden können, wie ganze Komplexe seelischer Störungen und der ganze Verlauf derselben ihre einzige Ursache im Hirnprozeß haben — die organischen Krankheiten —, wie diese organischen Krankheiten diagnostiziert werden, wie sie ihrerseits verursacht sind, das alles interessiert ihn allerdings in höchstem Maße. Und ganz besonders für den Arzt ist es wichtig, diese körperlichen Bedingungen ganz genau zu kennen. In diesem Kapitel werden wir uns einen Überblick über sie verschaffen.

### Abschnitt 1.

## Die Ursachen bestimmter einzelner Phänomene und Mechanismen.

Gehen wir die mannigfaltigen Daseinsweisen abnormen Seelenlebens durch, die uns die Phänomenologie kennen lehrte, und fragen wir nach den besonderen Ursachen bestimmter Erscheinungen, z. B. der Wahnideen, der Erinnerungsfälschungen, des déjà vu usw., so bleiben wir ohne Antwort. Wir wissen nichts von den spezifischen Grundlagen solcher einzelnen Erscheinungen. Was darüber trotzdem gesagt ist, ist haltlose Konstruktion. Wir können manchmal nur gewisse Bedingungen ganzer Zustände angeben, in denen unter anderen solche einzelne Phänomene vorkommen. Nur über die Sinnestäuschungen gibt es eine Reihe von interessanten Beobachtungen. Man hat Sinnestäuschungen auftreten sehen in Abhängigkeit von Erkrankungen peripherer Sinnesorgane, von Erkrankungen des Okzipitalhirns, von äußeren Reizen (funktionelle Halluzinationen: bei völliger Ruhe des Sinnesorgans keine Täuschungen, nur bei Wahrnehmungen treten neben den Wahrnehmungen Halluzinationen, z. B. beim Hören fließenden Wassers Stimmen, auf)<sup>1)</sup>. Von einer immer notwendigen spezifischen Ursache der Sinnestäuschungen weiß man nichts, im Gegenteil legen die wenigen bisherigen Beobachtungen die Auffassung nahe, daß die Trugwahrnehmungen nach ihrer Genese prinzipiell verschieden sind und daß es viele Arten gibt. Doch ist darüber noch nichts Sicheres zu sagen<sup>2)</sup>.

Außer nach den Ursachen bestimmter phänomenologischer Elemente fragen wir nach den Ursachen von normalen und abnormen Mechanismen, die wir als die Grundlage seelischer Leistungen und ganzer Erscheinungsreihen, die sich häufig wiederholen, annehmen. Von den normalen Mechanismen sei als Beispiel der Mechanismus des Erwerbs und der Reproduktion von Gedächtnisspuren genannt. Häufige

<sup>1)</sup> Vgl. in meinem Ref. über Trugwahrn., Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 4 S. 314 ff.

<sup>2)</sup> Von neueren Versuchen, mit kausaler Betrachtung an die Halluzinationen heranzugehen, vgl. z. B. Rülff: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 24. S. 249. 1914. Dann die Erörterungen bei M. Ebbecke: Die kortikalen Erregungen, Leipzig 1919, S. 78 bis 174. Eine interessante Arbeit von Pick: Über die Beeinflussung von Visionen durch zerebellar ausgelöste vestibulare und ophthalmostatische Störungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 56 S. 213.

Beobachtung lehrt, daß seine Störung und Zerstörung organisch bedingt ist. Verheerungen in der Großhirnrinde sind bei den schweren Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen immer zu erwarten (vgl. aber die Unterscheidung verschiedener Arten von Gedächtnisstörungen oben S. 130ff.). Ein abnormer seelischer Mechanismus ist z. B. der hysterische Mechanismus. Diesen sehen wir sowohl als dauernde Anlage bei einem Menschen von früh an vorhanden, oder er tritt auch bei bis dahin nicht hysterischen Menschen als erstes Zeichen eines Gehirnprozesses (multiple Sklerose, Tumor usw.) auf oder es versteckt sich hinter ihm ein psychotischer Prozeß, der nachträglich das scheinbar ursachlose Auftreten hysterischer Phänomene im späteren Leben erklärt. So treten ganz allgemein die abnormen Mechanismen einmal als angeborene Anlage auf, das andere Mal hervorgerufen durch exogene Ursachen, durch die Folgen seelischer Erschütterungen, durch bestimmte als Hirnprozesse greifbare Geisteskrankheiten.

Es würde uns hier zu weit führen, alle Einzelheiten der Psychopathologie mit der Frage nach ihrer Ursache durchzugehen. Wir würden überall dasselbe Resultat gewinnen: wir kennen keine spezifischen Ursachen, und wo wir Ursachen kennen, gibt es gleich eine Reihe verschiedener, die alle imstande sind, dasselbe abnorme Phänomen, denselben abnormen Mechanismus, dieselbe abnorme Konstitution hervorzurufen. Wir schlagen lieber gleich den umgekehrten Weg ein und gehen von den hauptsächlich bekannten Ursachen abnormen Seelenlebens aus, um uns eine Übersicht über ihre Wirkungen und damit über die kausalen Zusammenhänge zu verschaffen.

## Abschnitt 2.

### Die Wirkungen exogener Ursachen.

Als äußere Ursachen wirken auf das Seelenleben (bzw. die in der Hirnrinde vermuteten und gänzlich unbekanntem direkten Grundlagen des Seelenlebens): die für uns greifbaren Hirnprozesse, alle körperlichen Krankheiten, die solche Hirnprozesse hervorrufen, ferner Gifte (die z. T. in bestimmten Dosen nur seelische Veränderungen ohne sichtbare Gehirnveränderungen, z. T. neben seelischen Veränderungen auch sichtbare Gehirnveränderungen, u. U. aber auch sichtbare Gehirnveränderungen ohne seelische Veränderungen hervorrufen), dann Ermüdung und Erschöpfung, weiter zahlreiche körperliche Erkrankungen, endlich das physische Milieu (Tageszeit, Jahreszeit, Witterung, Klima).

Nur in dem Maße als andere Wissenschaften eine bestimmte Abgrenzung dieser äußeren Ursachen erlauben, kann die Psychopathologie die seelischen Wirkungen dieser Ursachen untersuchen. Seitdem man den paralytischen Hirnprozeß kennt, kann erst untersucht werden, was alles an Seelischem durch ihn entstehen kann. Solche Untersuchungen sind beim epileptischen Hirnprozeß nicht möglich, da man ihn nicht abgrenzen kann, obgleich sicher ein solcher existiert. Ähnlich sind alle Ursachen, die uns Neurologie und innere Medizin lehren, zu scheiden. Die Untersuchung der Giftwirkungen ist wegen der dabei erfaßten unabweichbaren Ursache — aber auch wegen der experimentellen Möglichkeiten — besonders geschätzt.



Da man weder den menschlichen Organismus noch sein Seelenleben als überall gleich ansehen kann, vielmehr verschiedene Individuen z. B. auf dasselbe Gift ganz verschieden reagieren, liegt es auf der Hand, daß man auch bei der Untersuchung der Wirkungen äußerer Ursachen niemals die Anlage vergessen darf. Niemals findet man unabänderlich bei jedem Menschen in gleicher Weise wiederkehrende Wirkungen. Selbst bei den konstantesten Zusammenhängen gibt es Ausnahmen: Immunität und Idiosynkrasien; ferner gibt es qualitative Verschiedenheit der Wirkungen, und Wirkungen nur bei einer beschränkten Zahl von Individuen (z. B. Lues-Paralyse)<sup>1)</sup>.

Schließlich rechnen wir zu den durch exogene Ursachen bedingten Erscheinungen die Veränderungen, welche als Folgewirkung schwerer Gemütserschütterungen bei äußeren Ereignissen auftreten. Es handelt sich um vorübergehende oder dauernde körperliche und seelische Veränderungen (neurasthenische Zustände, Veränderungen des Gefäßsystems usw.). Wir sprechen hier im engeren Sinne von psychischen Ursachen und halten diese sorgfältig getrennt von verständlichen psychologischen Zusammenhängen.

In der Reihenfolge dieser Aufzählung wollen wir nun eine Anschauung der verschiedenen Gruppen ursächlicher Verhältnisse zu gewinnen versuchen.

## § 1. Hirnprozesse.

Die für uns sichtbar zu machenden Hirnprozesse, die sogenannten organischen Hirnerkrankungen, haben fast immer — aber es gibt Ausnahmen — Veränderungen des Seelenlebens zur Folge. Der praktisch wichtigste derartige Hirnprozeß ist die Paralyse.<sup>2)</sup> Ihr reihen sich an: organische Hirnerkrankungen des fötalen Lebens und des frühen Kindesalters, in deren Gefolge Idiotie auftritt, Hirntumoren<sup>3)</sup> aller Art (Gliome, Zysten, Zystizerken usw.), Abszesse, Enzephalitis, Meningitis, Hirnverletzungen<sup>4)</sup>, Blutung und Erweichung, verbreitete arteriosklerotische Vorgänge<sup>5)</sup>, der anatomisch besondere Typus der Alzheimerschen Krankheit, Hirnlues, multiple Sklerose, Huntingtonsche Chorea u. a.<sup>6)</sup> Alle diese Hirnprozesse sind ausschließlich auf Grund körperlicher Symptome gefunden und vonein-

<sup>1)</sup> Es handelt sich hier um ein allgemeines Problem der Medizin. Vgl. Martius: Pathogenese innerer Krankheiten, Leipzig 1909.

<sup>2)</sup> Wie verwickelt die kausale Fragestellung liegt und wie man den Versuch macht, spezifische seelische Formen in Zustand und Verlauf kausal zu deuten, darüber vergleiche das Referat von Hauptmann: Klinik und Pathogenese der Paralyse im Lichte der Spirochätenforschung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 70. 1921. S. 254.

<sup>3)</sup> Pfeifer: Psychische Störungen bei Hirntumoren, Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 47, Weidner: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 56, 1 (Literatur).

<sup>4)</sup> Der Krieg hat hier viel gelehrt. Vgl. E. Forster: Die psychischen Störungen der Hirnverletzten, Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 46. 1919. S. 61. (Referat).

<sup>5)</sup> de Monchy: Die Zergliederung des psychischen Krankheitsbildes bei Arteriosklerosis cerebri. Berlin, Karger 1922.

<sup>6)</sup> Redlich: Die Psychosen bei Gehirnerkrankungen, Wien 1912. Alles Detail ist in den Lehrbüchern der Neurologie und der speziellen Psychiatrie leicht zu finden.

ander abgegrenzt und mit Sicherheit nur durch sie diagnostizierbar. Die durch sie bewirkten seelischen Veränderungen sind für keinen bestimmten Hirnprozeß spezifisch, wengleich die Häufigkeit, mit der gewisse Veränderungen vorkommen, für die einzelnen charakteristisch ist. So tritt im Verlaufe der Paralyse immer eine sehr hochgradige allgemeine Verblödung auf, während diese bei der Arteriosklerose selten ist, vielmehr durch eine „teilweise“ Verblödung bei einer gewissen Erhaltung der ursprünglichen Persönlichkeit ersetzt wird. Vergleicht man jedoch die Erscheinungen bei Hirnprozessen mit den übrigen Psychosen, so haben die Hirnprozesse gewisse charakteristische Symptome, die bei vielen von ihnen oder bei allen vorkommen. Neben den spezifischen körperlichen Symptomen (choreatische Zuckungen, Nystagmus, Intentionstremor, skandierende Sprache; reflektorische Rupillenstarre usw.) gibt es allgemein verbreitete, die nicht für einen bestimmten Prozeß spezifisch sind: Krampfanfälle, Hirndrucksymptome usw. Auf psychischem Gebiete sehen wir bei organischen Hirnerkrankungen folgende Symptomgruppen häufig wiederkehren: a) Aphasische, agnostische, apraktische Störungen. Diese sind an grob lokalisierbare Herderkrankungen gebunden. b) Benommenheitszustände, in denen die Kranken alle Grade zwischen hellem Bewußtsein und tiefstem Koma darbieten können. Leeres Bewußtsein, Neigung zum Schlaf, schwere Fixierbarkeit, schwere Auffassung, langsame Reaktion, Mattigkeit, Ermüdbarkeit, erschwerte Orientierung bei Ausbleiben falscher Orientierung sind für diese Zustände charakteristisch. Dazu kommen nicht selten c) delirante Zustände. Das Bewußtsein ist nicht leer; es besteht keine Tendenz zum Schlaf, sondern in einem verworrenen Zustande spielen sich bei Desorientierung zerrissene Erlebnisse ab, geht der Kranke illusionären Beschäftigungen nach, streift suchend im Hause herum, nestelt an der Bettdecke u. dgl. Vielfach besteht nachher Amnesie. d) Charakteristisch für organische Hirnprozesse ist der Korsakoffsche Symptomenkomplex (nach Kopfverletzungen, bei senilen Hirnzerstörungen, bei häufig mit Polyneuritis einhergehender chronischer Alkoholvergiftung, im Beginn von Paralysen, bei Tumoren usw.). Enorme Merkfähigkeitsstörung mit Desorientierung und vielen Konfabulationen sind die Hauptmerkmale. e) Schließlich treten bei organischen Hirnkrankheiten Veränderungen des Charakters, Umwandlungen der Persönlichkeit auf, die sich alle durch den Wegfall von Hemmungen, die für das betreffende Individuum normal waren, auszeichnen: Nachgiebigkeit gegenüber allen Triebregungen, Labilität des Affektlebens, so daß leicht ohne genügend verständlichen Anlaß Lachen und Weinen wechselt. Ferner beobachtet man auf der einen Seite euphorische, witzelnde<sup>1)</sup>, auf der anderen Seite reizbaue, mürrische, ablehnende Gemütslagen; durch jeden Widerspruch sind manche solcher Kranken zu heftigem Zorn zu bringen. Die Intelligenz ist sowohl sekundär durch Abnahme

<sup>1)</sup> Über die Witzelsucht vgl. Serog: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 68 S. 597 ff.

von Gedächtnis und Merkfähigkeit geschwächt, aber auch an sich oft beeinträchtigt, so daß die Kranken jede Urteilsfähigkeit verlieren und selbst nicht mehr bemerken, daß sie blind und gelähmt sind. — Bei Stirnhirnverletzungen glaubt man häufig und als spezifisch Mangel an Antrieb, Neigung zu stumpfem Hinbrüten, Beeinträchtigung der Regsamkeit beobachtet zu haben.<sup>1)</sup> — Typisch ist ein „zerebraler Symptomenkomplex“ nach Kopftraumen<sup>2)</sup>: Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Störung des Gedächtnisses und besonders der Merkfähigkeit, Affektanomalien, (teils Abstumpfung, teils Explosivität), Überreiztheit der höheren Sinnesorgane, Alkoholintoleranz, Druck- und Klopfempfindlichkeit des Schädels. Ein dazu gehöriger histologischer Befund ist nicht bekannt.

Außer diesen charakteristischen Erscheinungen treten bei organischen Hirnerkrankungen, besonders im Anfang, alle überhaupt vorkommenden krankhaften seelischen Phänomene gelegentlich auf. Zweifelhaft ist dieser Satz nur noch für eine Reihe von subjektiv erlebten (phänomenologisch zu untersuchenden) Vorgängen des schizophrenen Seelenlebens, während die objektiven katatonischen Symptome schon wiederholt beobachtet wurden.

Bei allen Störungen des Seelenlebens, die durch Hirnprozesse verursacht sind, taucht immer die Frage auf: ist die besondere Art der Störung auf eine bestimmte Lokalisation des Hirnprozesses zurückzuführen? Man denkt an die Neurologie, welche lehrt, daß derselbe Krankheitsvorgang (z. B. Tumor) neben überall ähnlichen Allgemeinerscheinungen je nach dem Sitz ganz verschiedene Lokalsymptome zeigt. Kann man entsprechend von einer Lokalisation seelischer Störungen, von einer Lokalisation seelischer Funktionen reden? Und weiß man etwas von solcher Lokalisation? Darüber werden wir uns am schnellsten klar, wenn wir mit v. Monakow<sup>3)</sup> dreierlei unterscheiden, die anatomische Lokalisation, die Lokalisation nervöser Funktionen, die Lokalisation von Krankheitssymptomen.

1. Die anatomische Lokalisation findet rein morphologisch verschieden strukturierte Gebiete des Großhirns: die makroskopische Lokalisation nach charakteristischen Windungsgebieten, die mikroskopische Lokalisation, die innerhalb derselben Rindenstelle mehrere verschieden gebaute Schichten findet und die ganze Hirnoberfläche nach der verschiedenen Struktur dieser Schichtung (Cytoarchitektonik) landkartenartig in Gebiete einteilt; schließlich die feinste Differenzierung nach der Art der außerordentlich mannigfaltigen Zellformen und Zellstrukturen. Die anatomische Lokalisation findet weiter mit Hilfe des Tierexperiments Zusammenhänge verschiedener Gebiete:

1) B. Müller: Arch. f. Psychiatrie 64. 1922. S. 206 (Literaturverzeichnis).

2) Horn: Über Symptomatologie und Prognose der zerebralen Komotionsneurosen, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 34. 1916. S. 206.

3) v. Monakow: Über Lokalisation der Hirnfunktionen, Wiesbaden 1910. Neue Gesichtspunkte in der Frage nach der Lokalisation im Großhirn, Wiesbaden 1911. Dazu Liepmann: Zeitschr. f. Psychologie 63. 1912. S. 1.

Durchschneidungen und Abtragungen lassen in den abgetrennten Gebieten eine Zelldegeneration zur Entstehung kommen. Die neueste Etappe dieser anatomischen Lokalisation ist die Entdeckung, daß es in der Hirnrinde Schichten gibt, die auch bei Trennung von allen Projektionsfasern ein Eigenleben weiterführen, während die übrigen Schichten derselben Stelle degenerieren<sup>1)</sup>. In allen Fällen handelt es sich um rein anatomische Lokalisationen, die zu irgendeiner Funktion zunächst gar nicht in Beziehung zu bringen sind, weder zu einer neurologischen noch zu einer psychischen Funktion.

2. Die Lokalisation nervöser Funktionen ist in den niederen Gebieten des Nervensystems (Patellarreflex, Atemzentrum, motorische Rindenregion usw.) bis zu einem gewissen Grade gelungen. Je höher wir im Nervensystem hinaufkommen, desto weniger wissen wir, was für Funktionen wir lokalisieren sollen. Jedenfalls können wir bisher das Seelenleben nicht in Funktionen zerlegen, bei denen nach der Lokalisation gefragt werden könnte. Alle für die Psychologie auch einfachsten Phänomene erweisen sich vom neurologischen Gesichtspunkt aus als so kompliziert, daß zu ihrem Zustandekommen immer die ganze Rinde erfordert wird. Alle bestimmten Orte der Rinde stellen wohl entferntere Bedingungen des seelischen Phänomens dar, wobei jedoch bisher immer unklar bleibt, welche bedingende oder vielleicht Teilfunktion an diese Orte gebunden ist.

Es ist historisch nicht uninteressant, daß früher die überragendsten Forscherpersönlichkeiten, denen das Tatsachenmaterial der Lokalisationslehre in den Grundzügen bekannt war und die es zum Teil selbst geschaffen haben, prinzipielle Gegner der Lokalisation der Funktionen, zumal der psychischen, im Großhirn waren: so besonders Brown-Séguard, Goltz, Gudden (zitiert nach v. Monakow), und daß v. Monakow an diese in unseren Tagen wieder anknüpft.

3. Hiermit scheint auf den ersten Blick die großartige Tatsache der Lokalisation von Krankheitssymptomen in Widerspruch zu stehen. Bei aphasischen, apraktischen, agnostischen Störungen, bei Ausfall bestimmter Sinnesgebiete findet man in den meisten Fällen grobe Zerstörungen bestimmter Stellen der Hirnoberfläche. So findet man bei der motorischen Aphasie eine Zerstörung in der dritten linken Stirnwindung, bei der sensorischen Aphasie im linken Schläfenlappen, bei der Seelenblindheit in den Okzipitallappen usw. Um die theoretische Bedeutung dieser Lokalisation, die in den meisten Fällen diagnostisch mit Erfolg verwendet wird, einzusehen, bedarf es der Kenntnis folgender Tatsachen: 1. daß in einzelnen Fällen Zerstörungen der betreffenden Gebiete gefunden sind ohne die gewöhnlichen Krankheitssymptome, 2. daß in einzelnen Fällen jene Krankheitserscheinungen beobachtet sind ohne Zerstörungen der betreffenden Rindenpartien, 3. daß der Grad der Krankheitserscheinungen durchaus nicht in einem regelmäßigen Verhältnis zur Ausdehnung der groben Zerstörung steht. Um diese Inkongruenzen wenigstens theoretisch zu begreifen, bedarf es der Unterscheidung in Residuär-

<sup>1)</sup> Nißl: Zur Lehre der Lokalisation in der Großhirnrinde des Kaninchens, Heidelberg 1911 (Sitzungsber. der Heidelb. Akad.).

symptome, die bei einer lokalen Zerstörung im Prinzip immer bestehen bleiben und an diesen Ort gebunden sind, und der temporären Symptome, die sich ausgleichen, wenn auch manchmal erst in langen Zeiten (v. Monakow). Die temporären Symptome werden durch Fernwirkung, durch Schock, (Diaschistheorie von v. Monakow), die Ausgleichung durch Wegfall dieser Wirkungen und vikariierendes Eintreten anderer Funktionen oder Teile zu erklären gesucht. Die mit Sicherheit als lokalisierte Residuärsymptome anzusehenden Krankheitssymptome sind bisher nur Zerstörungen primitiver neurologischer Funktionen: Lähmungen, Ataxien, Sinnesausfälle. Was in den aphasischen, apraktischen usw. Störungen temporär durch Wirkung des Herdes auf das gesamte Hirn oder wenigstens weit verbreitete Gebiete desselben, was residuär und fest lokalisiert ist, das ist nicht zu entscheiden. Jedenfalls ist nicht von einer bestimmten Lokalisation so komplizierter Funktionen, die z. T. im Seelischen selbst liegen, wie die Sprache, das Handeln usw. die Rede. Es drängt sich allerdings die Annahme auf, daß entferntere Bedingungen jener seelischen Funktionen (außerbewußte Mechanismen) an bestimmte Orte der Hirnoberfläche gebunden sind. Es ist aber zurzeit unmöglich, diese Funktionen klar und bestimmt abzugrenzen und auszudrücken, mit anderen Worten: es ist bisher nicht möglich, eine psychologische Funktionslokalisation zu treiben oder in irgendeinem Falle gültig zu begründen. Die wissenschaftliche Situation ist daher folgende: Auf der einen Seite beobachtet man grobe, grob auf der Oberfläche lokalisierte Hirnerstörungen. Auf der anderen Seite beobachtet man Störungen z. T. seelischer Funktionen (der Sprache und des Handelns), die — meist, aber nicht immer — gleichzeitig auftreten. Man kann mikroskopisch die anatomische Zerstörung genau verfolgen und aufs genaueste analysieren. Man kann die Störungen der Funktionen auf sehr interessante Weise bei der Untersuchung mit Aufgabenstellung und Analyse der Fehlreaktionen durch Assoziationsmechanismen, Perseveration usw., durch Feststellung der erhaltenen und der gestörten Leistungen analysieren. Man findet aber zwischen beiden Seiten der Analyse bisher gar keine Beziehung, und man ist nicht imstande, durch Analyse der Fehlleistung eine elementare Funktion zu bestimmen, die nunmehr lokalisierbar wäre. Solche elementaren psychologischen Funktionen zu finden, die bestimmten Orten oder physiologischen Mechanismen zugeordnet werden könnten, erscheint prinzipiell zwar nicht ausgeschlossen, liegt jedoch in weiter Ferne.

Fassen wir die Resultate für uns zusammen: 1. Die an sich außerordentlich interessanten Lehren der anatomischen Lokalisation sind für die Psychopathologie bisher belanglos und ohne Folgen. Sie lehren nur die ungeheure Verwickeltheit schon derjenigen körperlichen Grundlagen des Seelenlebens, die als durchaus entfernte, nicht als direkte Grundlagen aufzufassen sind. 2. Seelische Elementarfunktionen, die lokalisierbar wären, kennen wir überhaupt nicht. 3. Die Tatsachen der Lokalisation komplizierter Krankheitserscheinungen (Aphasie usw.)

sind unregelmäßig, bisher nur diagnostisch verwertbar und nicht in einer Weise analysierbar, daß die psychologische Analyse der Leistungen in den Fehlreaktionen zu einer feineren anatomischen Analyse der Hirnerstörungen in Beziehung zu setzen wäre. Dadurch wird aber die Bedeutung und die Fruchtbarkeit jener Analyse der Fehlreaktionen an sich bei Aphasischen usw. auf keine Weise beeinträchtigt.

Hiermit sind auch wohl folgende Sätze einleuchtend, die wir nicht mehr näher begründen: die Vorstellung, daß die Verschiedenheit seelischer Störungen durch verschiedene Lokalisation desselben Krankheitsprozesses bedingt sein könne, ist rein theoretisch und schwebt jetzt und auf unabsehbare Zeit in der Luft. Man kann mit demselben Recht, und mit derselben Unfähigkeit, den Beweis zu führen, die individuelle seelische Veranlagung für jene Verschiedenheit verantwortlich machen. Die Wernickesche Psychiatrie, die auf der Grundvorstellung der Lokalisation psychischer Funktionen beruht, scheidet in diesem Punkte an der Tatsache, daß bisher und vielleicht für immer die durch psychologische Analyse gefundenen Elemente und die durch Hirnforschung gewonnene anatomische Lokalisation in gar keiner Beziehung stehen. Die Tatsache, daß sich dieselben Krankheitsprozesse im Nervensystem verschieden lokalisieren, ist zu der Tatsache, daß die seelischen Störungen bei derselben organischen Hirnkrankheit ganz verschieden sind, bisher durchaus nicht in Parallele, geschweige denn in greifbare Beziehung zu bringen.

Ist nun auch von einer Zuordnung psychologisch klar analysierter Funktionen zu anatomisch feiner zergliederten Regionen bisher nicht die Rede, so sind doch die Beziehungen zwischen Hirnerkrankungen und Psychosen zweifellos. Diese im Groben seit langem sicherstehende Tatsache bedingt es, daß die Psychopathologie ein großes Interesse daran hat, den Hirnforschungen auch im einzelnen nachzugehen. Die Histologie<sup>1)</sup> lehrt einerseits den Verzicht auf die früher bei Psychopathologen so beliebte Hirnmythologie, andererseits läßt sie hoffen, daß die Abgrenzung körperlich definierbarer Krankheiten durch sie gefördert wird. Dann ist auch die Kenntnis der ungeheuren Kompliziertheit und Mannigfaltigkeit der histologischen Bilder für den Psychopathologen von erziehlichem Wert, wenn er sich einmal in allgemeine Erwägungen einzulassen Neigung hat<sup>2)</sup>.

1) Vgl. Nißls Einführungsaufsatz zu seinen histologischen und histopathologischen Arbeiten, Bd. I, Jena 1904.

2) Siehe das sehr anschauliche Material in den „Beiträgen zur Frage nach der Beziehung zwischen klinischem Verlauf und anatomischem Befund bei Nerven- und Geisteskrankheiten“, herausgeg. von Franz Nißl, Berlin 1913ff. Darin ist der Kontrast deutlich zwischen dem Wissen vom feinsten Detail und der Beziehungslosigkeit dieses Details zum klinischen Bild; diese Beziehung besteht immer nur im ganz Groben der Hirnerkrankung überhaupt zur geistigen Erkrankung. — Über die Grenzen histologischer Erkenntnis sagt Nißl an anderer Stelle (Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 73 S. 96): „Ohne Schwierigkeit sind wir imstande, eine Paralyse, eine senile Demenz, eine Arteriosklerose und

Außer den histologischen Befunden haben auch die grobanatomischen Bilder und das Hirngewicht<sup>1)</sup> in ihren Beziehungen zu psychischen Krankheitsbildern ein Interesse: Verringerung des Hirngewichts bei Paralyse, Dementia senilis, einem Teil der Fälle der Dementia praecox, Vermehrung bei manchen akuten Psychosen, die unter dem Bilde der Amentia verlaufen, bei im status epilepticus Verstorbenen, keine Veränderung bei vielen funktionellen Psychosen, vielen Epilepsien usw.

Über die Beziehung von Hirngröße und Intelligenz wurden nicht eindeutige statistische Feststellungen gemacht<sup>2)</sup>. Zahlreiche Gehirne bedeutender Menschen hat man untersucht, ohne wirklich greifbare Ergebnisse zu gewinnen.<sup>3)</sup>

Bei allem Nachdenken über die Beziehung von Hirnbefunden zu seelischen Störungen ist festzuhalten, daß Hirnbefunde keineswegs in jedem Falle mit der seelischen Störung einen Zusammenhang zu haben brauchen; es gibt zufällige, koinzidierende aber heterogen bedingte Erscheinungen (z. B. die histologischen Befunde von Veränderungen in der Agonie). Ferner ist festzuhalten, daß im Prinzip Hirnveränderungen auch die Folge primärer seelischer Erscheinungen sein könnten, wenn auch eine solche Wirkung bisher empirisch nicht belegt ist. Die Voraussetzung, daß in jedem Falle die Hirnerscheinung die Ursache, das Seelische die Folge sei — nicht umgekehrt — ist ebenso metaphysisch, wie die frühere, daß alle Geisteskrankheiten primär aus dem Seelenleben entspringen. Der Psychopathologe muß sich für zukünftige Fälle beide Möglichkeiten offen halten, sonst verengt sich sein Horizont. Das Dogma, Geisteskrankheiten seien Gehirnkrankheiten und alles Seelische sei nur Symptom, ist als Behauptung steril. Fruchtbar ist nur, Gehirnprozesse zu suchen, wo man sie anatomisch, histologisch suchen und zeigen kann. Vom Standpunkt psychologischer Betrachtung aus sind Gehirnkrankheiten eine der Ursachen seelischer Störungen neben anderen. Der Gedanke, alles Seelische sei durch Gehirn wenigstens mitbedingt, wird richtig sein, ist aber als solcher nichtssagend. Was die psychopathologische Betrachtung angeht, so wird jeder Psychologe Möbius recht geben, wenn er sagt: „Der Histologe soll die Klinik nicht beherrschen, denn die anatomische Einteilung der Krankheiten macht dumm“.

einige Formen der Hirnlues voneinander zu unterscheiden, aber bei dem Gros der in Irrenanstalten zur Sektion kommenden Fälle hat bis jetzt die Histopathologie versagt. Zwar finden wir auch hier regelmäßig, oft sogar recht greifbare Veränderungen an den einzelnen Gewebsbestandteilen, allein man kann damit nicht viel anfangen; man ist außerstande, dieselben entsprechend den verschiedenartigen klinischen Verlaufsformen in verschiedenartige wohl gekennzeichnete histopathologische Gesamtbilder auseinanderzuhalten.“

<sup>1)</sup> Reichardt: Über die Hirnmaterie, Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 24. Über Hirnschwellung, Ref. in Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. (Ref.-Teil.) 3 S. 1. Krueger: Hirngewicht und Schädelkapazität bei psychischen Erkrankungen, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 17. 1913. S. 80.

<sup>2)</sup> Bayerthal: Arch. f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie 1911, S. 764 ff. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 34 S. 324.

<sup>3)</sup> Vgl. das Literaturverzeichnis bei Klose: Das Gehirn eines Wunderkindes, Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 48. 1920. S. 63.

## § 2. Gifte.

Die Wirkungen der Arzneistoffe und Gifte auf das Seelenleben sind bei der Eindeutigkeit der jedesmaligen Ursache, die sich in kleinen Dosen sogar beim Menschen experimentell einführen läßt, relativ leicht der Untersuchung zugänglich. Diese bewegt sich vorwiegend in drei verschiedenen Richtungen. Erstens sucht man sich eine anschauliche Vorstellung von den subjektiv erlebten Erscheinungen, von den Gefühlen, von den sinnlichen und gedanklichen Inhalten, von dem Persönlichkeitsbewußtsein, von dem Bewußtseinszustand zu verschaffen, wie sie nach Einführung bestimmter Gifte auftreten. Man konstatiert eine sehr große Verschiedenheit in der Wirkung desselben Giftes auf verschiedene Menschen und beim selben Menschen zu verschiedenen Zeiten, jedoch ebenfalls eine typische Verschiedenheit in der Wirkung verschiedener Gifte. Für ersteres sind die mannigfaltigen Arten der Alkoholräsche, der Haschischräsche, für letzteres die Unterschiede in der Wirkung von Alkohol, Haschisch, Morphinum usw. Beispiele. In größeren Dosen haben alle Gifte Bewußtseinsveränderungen (Räsche, Bewußtlosigkeit, Koma) oder Schlaf zur Folge<sup>1)</sup>.

In einzelnen Fällen ist die augenblickliche Wirkung von Giften so abweichend vom Durchschnitt und so schwer, daß man von einer pathologischen Giftreaktion spricht. Das bekannteste Beispiel ist die pathologische Alkoholreaktion. Schon auf relativ kleine Mengen treten Bewußtseinstrübungen von der Art von Dämmerzuständen mit sinnlosen Handlungen auf oder andere abnorme Zustände, die häufig durch einen tiefen Schlaf ihren Abschluß finden, und für die die Befallenen völlig amnestisch sind. Dieselben Individuen leiden häufig auch an anderen Arten von pathologischen Reaktionen (auf Infektionen, auf Unfälle, auf Erlebnisse). Andere Menschen können schon kleinste Alkoholmengen nicht vertragen; sie bekommen sofort Beschwerden oder lebhaftere Veränderungen im Ablauf des seelischen Geschehens, so daß sie den Alkoholgenuß überhaupt meiden (Alkoholintoleranz). Diese Alkoholintoleranz kommt sowohl angeboren wie erworben (durch Kopfverletzungen u. a.) vor.

<sup>1)</sup> Vgl. besonders Selbstschilderungen: Moreau de Tours: *Du hachisch et de l'aliénation mentale*, 1845. Th. de Quincey: *Bekenntnisse eines Opiumessers*, und die Zusammenstellung von Baudelaire, l. c. — Serko: *Im Meskalinrausch*. *Jahrb. f. Psychiatrie* 34. 1913. S. 355. — Mayer-Groß: *Selbstschilderung eines Kokainisten*, *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* 62 S. 222. — Joseph Baum: *Beitrag zur Kenntnis der Kampferwirkung*. *Diss. Bonn* 1872, S. 8—12. (Auf der Straße erschien alles in Tumult und der Vergiftete selbst darin verwickelt. Buchstaben waren beim Lesen in Bewegung. Er hatte „wüste Empfindungen“, hörte betäubende Geräusche, bis er bewußtlos wurde. Beim Erwachen wußte er nichts vom Kampfer, erinnerte sich bei dessen Geruch aber sofort. Alles erschien ihm neu und fremd, als wenn er jetzt zum erstenmal seine Existenz bekäme. Er wußte nicht, wo er war und nicht, wozu die Gegenstände gebraucht werden.) — H. Schabelitz: *Experimente und Selbstbeobachtungen im Bromismus*. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* 28. 1915. S. 1. (Bei chronischer Bromvergiftung entwickelt sich ein hypomanischer Zustand mit großer Merkfähigkeitsstörung und Müdigkeitsanfällen. Gehörsillusionen. Lichterscheinungen bei geschlossenen Augen. Anfangs Erleichterung im Ablauf des motorischen Sprechaktes, dann Störung der Wortbereitschaft. In der Bromabstinenz nachher: Beziehungsideen und Depressionszustand.) — Zusammenfassend über Bromvergiftung: A mann: *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* 34 S. 12.



Zweitens untersucht man objektiv am psychischen Reflexbogen die meßbaren Leistungen (vgl. Kapitel II), wie Auffassung, Assoziationsarten, fortlaufende Arbeit usw., wie sie sich unter dem Einflusse des einzelnen Giftes verändern. Diese von Kraepelin entwickelte „Pharmakopsychologie“<sup>1)</sup> hat charakteristische Verschiedenheiten in solchen Leistungsveränderungen nach Einfuhr verschiedener Gifte gefunden. So wurde beobachtet, daß nach Alkohol anfänglich motorische Leistungen beschleunigt werden, die Auffassungsleistungen aber sofort sinken, während nach Tee umgekehrt die Auffassungsleistungen zunehmen, die motorischen unverändert bleiben. Doch liegen die Verhältnisse meist so kompliziert, daß fast alle Resultate einer scharfen Kritik schwer standhalten. Die Verfeinerung der Untersuchungsmethoden ist weiter fortgeschritten als die Erlangung allgemein psychopathologisch interessanter Resultate.

Die dritte Untersuchungsrichtung bezieht sich nicht auf die augenblicklichen Giftwirkungen, sondern auf die Nach- und Dauerwirkungen der Gifte bei wiederholter Einfuhr, sei dies unbemerkt (Blei) oder zum Zwecke des Genusses (Alkohol, Morphinum, Haschisch) geschehen<sup>2)</sup>. Dies ist das eigentliche Gebiet der klinischen Beobachtung. Die dauernde Veränderung der Persönlichkeit nach langem Alkohol-, nach Morphinum- und Kokainmißbrauch usw., und die vorübergehenden akuten Psychosen, die als Folge längerer Gifteinfuhr auftreten, finden in der speziellen Psychiatrie ihre Darstellung. Von prinzipieller Wichtigkeit ist es, daß durchaus nicht alle Individuen die gleichen Wirkungen erfahren. Man beobachtet z. B. Menschen, die lange Zeiten unerhörte Alkoholmengen ohne merkliche Schädigung vertragen. Andere unterliegen den Veränderungen des chronischen Alkoholismus nach relativ kleinen Mengen. — Andererseits ist jedoch bemerkenswert, daß oft die Wirkungen desselben Giftes bei verschiedenen Individuen untereinander eine so große Ähnlichkeit haben, daß sie aus dem psychischen Bilde allein fast mit voller Sicherheit erkannt werden können. So ist das Delirium tremens (Säuferdelirium) eine der typischsten Psychosen, die die Psychiatrie kennt.

Die ursächlichen Beziehungen zwischen chronischer Vergiftung und Psychose sind komplizierte. Es handelt sich nicht um direkte Giftwirkungen, sondern es treten wahrscheinlich uns bisher völlig unbekannt (als Stoffwechselstörungen, Toxinbildung, Gefäßveränderung usw. vermutete) Zwischenglieder ein. Manchmal treten noch weitere ursächliche Faktoren (Verletzung, Infektion) hinzu. Im Einzelfall ist die kausale Zuordnung nur einwandfrei, wenn es sich um typische, bei dem betreffenden Gift häufig beobachtete Formen von Psychosen handelt. In anderen Fällen besteht die Möglichkeit, daß es sich um eine ganz andersartige Psychose bei einem auch nebenbei chronisch vergifteten Individuum handelt.

<sup>1)</sup> Kraepelin: Über die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel, Jena 1892. Weitere Untersuchungen in den psychologischen Arbeiten, herausgegeben von Kraepelin.

<sup>2)</sup> P. Schroeder: Intoxikationspsychosen, Leipzig und Wien 1912.

Bei den Psychosen infolge chronischer Vergiftungen findet man neben aller Verschiedenheit gewisse gemeinsame Züge, die z. T. verwandt sind mit den Erscheinungen der Psychosen bei Hirnprozessen und bei anderen exogenen organischen Erkrankungen (Bonhoeffer): 1. Vorübergehende Zustände von Bewußtseinstörung, die in Heilung mit voller Einsicht übergehen, mit massenhaften Sinnestäuschungen, Desorientierung, Angst (Delirien). 2. Körperliche Symptome, die Zeichen für die Erkrankung in anderen Organgebieten sind, und die z. Teil für die verschiedenen Gifte charakteristisch sind, wie es innere Medizin und Neurologie lehren. 3. Krampfanfälle während der akuten Zustände. 4. Dauernde Veränderungen der Persönlichkeit, die in einer Verrohung des Gefühlslebens, Verengerung der Interessen, in einseitigem Hervortreten des Trieblebens, haltloser Willensschwäche bestehen. Die Folgen bestehen in sozialem Verfall, großer Reizbarkeit mit brutalen Handlungen bei Beteuerung der eigenen Unschuld, in völliger Unverlässigkeit, besonders auch bezüglich der Versprechungen über zukünftige Enthaltbarkeit. Diese letzten Veränderungen werden fast nur als Wirkung der Genußmittel (Alkohol, Opium, Morphin, Haschisch) beobachtet. Es handelt sich meistens um ursprünglich psychopathische Individuen, die erst infolge dieser Psychopathie der „Sucht“ verfielen<sup>1)</sup>. Bei den übrigen Giften (Kohlenoxyd, Ergotin, Blei usw.) beobachtet man einfache psychische Schwächezustände mit Zügen des Korsakoffschen Komplexes, aber ohne jene mit der Süchtigkeit zusammenhängenden Charakterzüge.

### § 3. Ermüdung und Erschöpfung.

Die Herabsetzung und Schädigung der körperlichen und seelischen Funktionen durch die Ausübung der Funktion selbst nennt man Ermüdung und Erschöpfung. Die Physiologie stellt sich hypothetisch vor, daß die Ermüdung durch Anhäufung lähmender Stoffwechselprodukte zustande kommt, die durch den Blutstrom in kurzer Zeit wieder fortgespült werden können, die Erschöpfung aber durch übermäßigen Verbrauch der lebendigen Substanz, die durch neuen Anbau ersetzt werden muß. Bei der Ermüdung bemerkt man subjektiv zahlreiche Phänomene:

Innere Gedankenflucht: gleichgültige Gedanken jagen ungeordnet durch den Kopf. Oder umgekehrt man kann nicht loskommen von einzelnen Gedanken, Vorstellungen und Bildern (zumal affektbetonten Erinnerungsbildern). Die Phänomene werden so lebhaft, daß sie sich den sinnlichen nähern; Vorstellungen werden wie Pseudohalluzinationen, das Denken wie Sprechen; spontane Sinneserregungen kommen hinzu. Oft hört man „Glockenläuten“ oder ähnliche Sinnestäuschungen. Das willkürliche Gedächtnis versagt, die Koordination der Gedanken und willkürlichen Bewegungen läßt nach. Es besteht gesteigerte motorische Erregbarkeit, Zittern. Manchmal wird alles beherrscht von einer gewissen unmotiviert gehobenen Stimmung.

Die Wirkungen der Ermüdung sind experimentell an den verschiedenen Arten von Arbeitsleistungen gemessen worden. Es wurde

<sup>1)</sup> Vgl. über die Suchten: Rieger: Festschrift für Werneck, 1906.

die Abhängigkeit der Ermüdung vom Hungern, von der Verkürzung des Schlafes usw. konstatiert<sup>1)</sup>. Dabei wurde Herabsetzung der Arbeitsleistung, gesteigerte Ablenkbarkeit, Neigung zu ideenflüchtigen Assoziationen beobachtet. Weber beobachtete als Ermüdungssymptom eine Umkehrung im Verhalten körperlicher Begleiterscheinungen bei geistiger Arbeit. Beim ermüdeten geistigen Arbeiter nahm das Armvolumen zu statt ab, ebenso das Kopfvolumen, das Gehirnvolumen nahm ab statt zu, die Carotis verengte sich, statt daß sie sich erweiterte. — Der Erschöpfung wurde früher als einem ursächlichen Moment für akute Psychosen große Bedeutung beigemessen, während man jetzt im Gegenteil geneigt ist, die Existenz echter Erschöpfungspsychosen zu leugnen. Es gibt nur auf der einen Seite eine gesteigerte Ermüdbarkeit, die sehr hohe Grade erreichen kann, und auf der anderen Seite eine mannigfaltige Äußerungsweise der Ermüdung je nach der persönlichen und zeitweisen Konstitution des Menschen, der von der Ermüdung betroffen wird. Zumal bei den in der Anlage begründeten psychopathischen Zuständen zeigt sich die Ermüdung auf sehr verschiedene Weise: eine Bergtour ruft eine Depression hervor, eine beliebige körperliche Anstrengung verursacht das Auftreten von Depersonalisationserscheinungen und Fremdheitsgefühlen, Erschöpfung bringt einen längst vorbereiteten Beziehungswahn (überwertige Idee) zur Entwicklung. Neigung zum Weinen, Reizbarkeit und Verdrießlichkeit, apathische Zustände, ängstliche Gefühle, Zwangsvorstellungen treten auf, mit einem Wort, das ganze Heer der psychopathischen Phänomene. Schließlich können alle Arten endogener Psychosen wie durch andere Momente auch durch Erschöpfung „ausgelöst“ werden. — Gibt es nun auch keine eigentlichen Erschöpfungspsychosen, so gibt es doch charakteristische Zustände bei Menschen, die von Natur schon eine abnorm hohe Ermüdbarkeit haben und dann lange Zeit großen Anstrengungen, Entbehrungen, Sorgen, elendem Leben und schlechter Ernährung ausgesetzt sind. Bei solchen Menschen tritt dann überhaupt kein Moment mehr ein, in dem sie frei von Ermüdung wären. Sie leiden an zahlreichen, ihrer Anlage entsprechenden psychopathischen Phänomenen. Erkranken sie dann an einer durch den Zustand ausgelösten endogenen heilbaren Psychose, so gewinnt diese durch die vorausgegangene Erschöpfung manchmal eine besondere, „asthenische“ Färbung, ähnlich wie sie alle Psychosen bei schweren körperlichen Erkrankungen zu haben pflegen (Zeichen von Kraftlosigkeit, Mattigkeit, ferner Äußerungsarmut).

#### § 4. Körperliche Erkrankungen.

Beobachtet man bei demselben Individuum eine körperliche Erkrankung und seelische Abnormität, so brauchen beide Erscheinungen selbstverständlich durchaus nicht zusammenzuhängen, noch

<sup>1)</sup> Das Hauptmaterial in Kraepelins psycholog. Arbeiten (Aschaffenburg, Weygandt).

weniger als ein krankhafter Gehirnprozeß und eine Psychose beim selben Individuum immer in Zusammenhang stehen. Es kann sich um ein völlig unabhängiges Nebeneinanderbestehen handeln. Folgende Möglichkeiten sind die hauptsächlichsten: Einmal ist eine bekannte Schädlichkeit sowohl Ursache des körperlichen Leidens wie der seelischen Krankheit: z. B. verursacht der Alkohol nebeneinander Polyneuritis und den Korsakoffschen Symptomenkomplex. Oder körperliche und seelische Erkrankungen werden nebeneinander durch eine unbekannte Schädlichkeit hervorgerufen: z. B. die unaufhaltsam trotz aller Nahrungszufuhr fortschreitende Ernährungsstörung und Inanition neben der Psychose bei manchen Katatonien. Oder die körperliche Krankheit ist als Folge der psychischen anzusehen: z. B. manche Magenbeschwerden infolge heftiger Gemütsbewegungen oder zyklischer Depressionen. Oder körperliche Krankheit und Psychose sind gänzlich unabhängig voneinander wie in sehr zahlreichen Fällen: z. B. Tuberkulose und Dementia praecox. Oder schließlich ist die körperliche Krankheit eine der Ursachen, von denen das seelische Leiden bedingt ist. Dieser letzten Beziehung wenden wir uns hier zu.

Fast alle körperlichen Erkrankungen wirken irgendwie auf das Seelenleben ein. Zweierlei ist dabei zu unterscheiden: die körperlichen Krankheiten wirken entweder direkt durch ihre Wirkung auf die körperlichen Bedingungen des Seelenlebens im Gehirn, meistens auf eine uns unbekannt Weise (Toxine, innere Sekretion, Ermüdung, Erschöpfung); oder sie wirken indirekt durch die Lebensweise, zu der das Individuum durch die Krankheit gezwungen wird, und durch die Empfindungen, die Erlebnisse, die Schicksale, die das Kranksein ihm bringt. Diese zweite Art der Wirkung gehört eigentlich zu der Kategorie der äußeren Bedingungen seelischen Lebens, die wir als „Milieu“ zusammenfassen. Bei allen Arten langjähriger Sanatoriumsbewohner und chronischer Kranker kann man häufig diese Wirkungen z. B. in Engherzigkeit, Beschränkung des Horizontes, Sentimentalität, in der sogenannten Sanatoriumsverblödung, in egoistischem und egoistischem Wesen bemerken.

Die durch direkte Wirkung körperlicher Erkrankung auf die körperlichen Grundlagen des Seelenlebens entstehenden Psychosen nennt man symptomatische Psychosen. Faßt man das durch die körperliche Erkrankung entstandene psychotische Zustandsbild als Reaktion auf die körperliche Erkrankung auf, so kann man, wenn man die außerordentliche Mannigfaltigkeit dieser Reaktionsformen überblickt, nicht streng, aber im Prinzip exogene und endogene Reaktionsformen unterscheiden<sup>1)</sup>. Exogen nennt man diejenigen Reaktionsformen, die nur oder fast nur auf greifbare körperliche Ursachen hin auftreten (z. B. typische Delirien, Korsakoffscher Sympto-

---

<sup>1)</sup> Bonhoeffer: Zur Frage der exogenen Psychosen. Zentralbl. f. Neurol. 1909, S. 499. Dazu Specht: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 19. 1913. S. 104.

menkomplex), endogen solche Reaktionsformen, die u. U. auch rein endogen ohne irgendeine äußere Ursache vorkommen (Halluzinosen, Dämmerzustände, Amentia usw.).

Sucht man die symptomatischen Psychosen zu ordnen<sup>1)</sup>, so ergibt sich ätiologisch, daß fast alle körperlichen Erkrankungen gelegentlich seelische Störungen im Gefolge haben, symptomatisch, daß eine schwer übersehbare Mannigfaltigkeit von Zustandsbildern vorkommt, ja daß gelegentlich fast alle Symptomenbilder durch exogene Ursachen entstehen können (bisher sind auszunehmen z. B. die typischen paranoischen Symptomenkomplexe im engeren Sinn).

Symptomatisch sind unterschieden die akuten Zustände (z. B. bei Infektionskrankheiten) von den mehr dauernden Zuständen (z. B. als Nachwirkungen von Infektionskrankheiten, als Folge chronischer körperlicher Erkrankungen wie Tuberkulose usw.). Unter den akuten Zuständen treten der Häufigkeit nach hervor deliröse, amentiaartige Bilder, unter den Dauerformen „emotionell-hyperästhetische Schwächezustände“ und der Korsakoffsche Symptomenkomplex. — Es besteht zwischen den typischen Zustandsbildern bei Gehirnerkrankungen, nach Vergiftungen und nach körperlichen Erkrankungen eine auffallende symptomatologische Parallele. Alle sind eben greifbar durch körperliche Ursachen entstanden.

Als direkte Wirkung treten leichte psychische Veränderungen bei jeder körperlichen Erkrankung auf: Herabsetzung der Leistungsfähigkeit, gesteigerte Ermüdbarkeit, Neigung zu spontanen Stimmungen und Gefühlen verdrößlicher oder auch euphorischer Art. Manchmal sind beginnende Infektionskrankheiten zuerst an der veränderten Stimmung — besonders auffällig bei Kindern — sichtbar. Während bei ganz ausgeglichenen, seelisch robusten Naturen diese Erscheinungen wenig hervortreten, kommt bei anderen — darum nervös genannten — Menschen eine mannigfaltigere Entwicklung zustande. Besonders aber tritt hier eine „nervöse Überlagerung“ der körperlichen Symptome auf. Die gesteigerte Empfindlichkeit, die Konzentration der Aufmerksamkeit auf die Krankheit und die möglichen Symptome und besonders die ungewollte Suggestion von seiten des behandelnden Arztes wirken hier zusammen, um ein Bild zu schaffen, in welchem das körperlich direkt Verursachte von dem mehr oder weniger seelisch Bedingten nicht mehr klar getrennt werden kann. Nicht selten besteht überhaupt nur ein „nervöser“ Symptomenkomplex und eine täuschende Projektion auf ein Organ, als ob dieses krank sei; z. B. bei weiblichen Genitalleiden, vielen Fällen der „Retroflexio uteri“ usw.

Spezifische Symptomenbilder für bestimmte körperliche Erkrankungsformen, etwa für den Typhus, oder auch nur für „Fieber“ oder „Kollaps“ sind bisher nicht gefunden worden. Wenn man nur das Seelenleben betrachtet, kann man u. U. eine symptomatische Psychose vermuten. Die Krankheit diagnostizieren kann man nur durch körperliche Untersuchung. —

Körperliche Erkrankungen haben merkwürdigerweise nicht bloß schädigende Folgen für das Seelenleben, sondern sie haben bei Psychotischen in manchen Fällen eine bessernde oder selten sogar heilende

<sup>1)</sup> Bonhoeffer: Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen, Wien 1912. Krusch, Über symptomatische Psychosen, Berlin 1920 (Beiheft der Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol.) Kleist: Postoperative Psychosen, Berlin, Julius Springer 1916. — Influenzapsychosen: Kleist: Die Influenzapsychosen, Berlin, Julius Springer 1920. Runge: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 62, 1921. — Encephalitis epidemica: Dimitz und Schilder: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 68 S. 299. — Chorea minor: Kleist: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 64 S. 709.

Wirkung gehabt<sup>1)</sup>. Daß völlig in sich verschlossene langjährig kranke Katatoniker z. B. bei einem Typhus zugänglich, natürlich, mit einem Worte seelisch gesunder wurden, um nach Ablauf des Typhus wieder in den früheren Zustand zurückzufallen, ist mehrfach beobachtet. Bei manchen unklaren Psychosen (wohl aus der Gruppe der schizophrener Prozesse) hat man selten auch dauernde Heilungen nach schweren körperlichen Erkrankungen (Erysipel, Typhus) beobachtet. —

Es kommen außer den unter bekannte Kategorien körperlicher Erkrankungen zu subsumierenden Fällen in den Irrenanstalten eine Reihe akuter Psychosen unter den Begleiterscheinungen schwerster körperlicher Erkrankung, die schließlich zum Tode führt, vor, ohne daß sie auch nach der Sektion diagnostiziert werden könnten. Von diesen als *Delirium acutum* in der Geschichte der Psychiatrie bekannten Bildern hat man akute Paralysen, schwere Chorea und andere Infektionskrankheiten abgetrennt. Aber es bleiben noch eine Reihe von Fällen unbekannter Art übrig<sup>2)</sup>. —

Die zunehmende Kenntnis der Erkrankungen durch Störungen der inneren Sekretion hat auch die Fragestellung von einer neuen Seite auf körperliche Grundlagen seelischer Störungen gerichtet<sup>3)</sup>. Es sind serologische Befunde bei Psychosen zu Bedeutung gelangt. Bisher ist in der Psychiatrie nur die Wassermannsche Reaktion zur Mitwirkung bei der Diagnose syphilitischer Krankheitsprozesse von entscheidender Bedeutung. Die großen Hoffnungen, die man auf die Anwendung der von Abderhalden geschaffenen Methode der Feststellung des Abbaus einzelner Organe (Schilddrüse, Gehirn, Geschlechtsdrüsen) auf die Unterscheidung der prozeßhaften von den funktionellen Psychosen setzte<sup>4)</sup>, haben sich nicht erfüllt<sup>5)</sup>. Man findet anscheinend irgendwelchen Organabbau bei allen Erkrankungen, wenn auch in verschiedener Häufigkeit, auch oft bei Hysterischen, dagegen bei völlig Gesunden selten. Es spielen da offenbar überall innersekretorische Vorgänge eine Rolle. Das brächte unsere Erkenntnis aber erst weiter, wenn Unterscheidungen und Spezifika empirisch festgestellt würden, die der

<sup>1)</sup> Das Material ist zusammengestellt von Friedländer: *Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol.* 8. 1900. S. 62. Neuerdings Becker: Über den Einfluß des Abdominaltyphus auf bestehende geistige Erkrankung. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med.* 69. 1912. S. 799.

<sup>2)</sup> Vgl. z. B. Weber: Über akute tödlich verlaufende Psychosen, *Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol.* 16. 1904. S. 81.

<sup>3)</sup> Vgl. z. B. W. Mayer: Über Psychosen bei Störung der inneren Sekretion, *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* 22. 1914. S. 457. — Walter und Krambach: Vegetatives Nervensystem und Schizophrenie, *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* 28 (Untersuchung der pharmakologischen Wirkung von Atropin, Pilocarpin, Adrenalin im Vergleich mit Normalen). — Zusammenfassendes Werk über innere Sekretion überhaupt (mit Literatur): Biedl: *Innere Sekretion*, 3. Aufl. Berlin 1916. Für die Psychiatrie zusammenfassend ein Vortrag von Stertz: *Psychiatrie und innere Sekretion*, *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* 53 S. 39.

<sup>4)</sup> Abderhalden: *Die Schutzfermente des tierischen Organismus*, Berlin 1912. Fauser: *Dtsch. med. Wochenschr.* 1912 Nr. 52; 1913 Nr. 7. *Münch. med. Wochenschr.* 1913 Nr. 11. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med.* 70 S. 719.

<sup>5)</sup> G. Ewald: *Die Abderhaldensche Reaktion mit besonderer Berücksichtigung ihrer Ergebnisse in der Psychiatrie*. Berlin, Karger 1920 (Literaturverzeichnis).

Wassermannschen Reaktion gleichwertige andere Reaktionen brächten. Bis heute liegen — abgesehen von den spezifischen Störungen durch Schilddrüse, Hypophyse und dergl. — keine beweisenden Befunde von der essentiellen Bedeutung endokriner Störungen bei den hauptsächlichsten Psychosen vor. Es gibt nur Hinweise, aus denen sich nichts empirisch Positives machen läßt: zeitliche Beziehungen zu Sexualvorgängen beim Manisch-depressiven Irresein und bei der Schizophrenie, in einzelnen Fällen morphologische und funktionelle Veränderungen, die an Veränderungen bei bekannten endokrinen Störungen erinnern. Trotzdem scheint statt der früheren Hirnmythologie hier eine neue biologische Mythologie in manchen Köpfen sich zu entwickeln.

### § 5. Wetter, Klima, Tageszeit, Jahreszeit.

Über die Abhängigkeit seelischer Erscheinungen von meteorologischen Umständen wissen wir sehr wenig<sup>1)</sup>. Immerhin ist eine solche Abhängigkeit noch am auffälligsten bei den pathologischen Seelenvorgängen. Wir müssen hier, wie überall, trennen die direkten kausalen Wirkungen durch den Körper hindurch und die indirekten durch den verständlichen Eindruck hindurch, den die Landschaft, das Wetter, das Klima auf die Seele macht.

Die Abhängigkeit mancher nervöser und rheumatischer Beschwerden von der Witterung (Zunahme bei feuchtem Wetter und tiefem Barometerstand) ist z. T. nur als direkte Wirkung auf den Körper zu begreifen. Bei der verbreiteten Empfindlichkeit der Nervösen gegen jeden Witterungswechsel spielen aber auch wohl rein seelische Momente mit. Die abnormen seelischen Zustände, z. B. vor dem Gewitter, vor Schneefall müssen aus einem Zusammenwirken beider Faktoren erklärt werden.

Bei den pathogenen Wirkungen mancher Klimata ist natürlich abzusehen von der Wirkung der dort lebenden Krankheitserreger. Was für Wirkungen das Klima als solches hat, ist unbekannt. Ob z. B. der „Tropenkoller“ nicht zum überwiegenden Teile durch das soziologische Milieu der Kolonien gezüchtet wird, ist fraglich.

Bezüglich der Tageszeit sind übereinstimmend — trotz Mangel an Zahlen — immer wieder beobachtet die häufige Verschlimmerung der Depressionszustände am Morgen, der amentiaartigen und delirösen Zustände am Abend. Ferner ist typisch das nächtliche Delirieren von am Tage besonnenen Senilen.

Für die Frage der Bedeutung der Jahreszeit endlich besitzen wir ein Zahlenmaterial, das uns für eine Reihe von Erscheinungen die Häufigkeit ihres Vorkommens in einer Jahreskurve demonstriert. So sind Selbstmorde und Sexualverbrechen, und, wie es scheint, alle auf Steigerung der seelischen Aktivität zurückzuführenden Handlungen, am

<sup>1)</sup> Hellpach: Die geopsychischen Erscheinungen, 2. Aufl., Leipzig 1917. Über die Abhängigkeit der Epileptiker siehe Ammann: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 24 S. 617; 32 S. 326.

häufigsten im Mai und Juni. So ist ferner die Aufnahmezahl der Geisteskranken im Frühling und Sommer am größten. Die Jahreskurve der Anzahl der Anstaltsaufnahmen ist seit langem von verschiedenen Seiten übereinstimmend gefunden. Ihre genauere Untersuchung an der Heidelberger Klinik<sup>1)</sup> ergab, daß die Landkurven charakteristischer sind als die Stadtkurven, die Frauenkurven charakteristischer als die Männerkurven; mit zunehmendem Alter wird die Beziehung zur Jahreszeit lockerer. Die Erstaufnahmen, d. h. die Frisch-erkrankten haben die charakteristischste Kurve. Alles spricht dafür, daß es nicht die sozialen Umstände sind, die die Jahreskurve bedingen, sondern sphärische Einflüsse.

### § 6. „Psychische“ Ursachen.

Daß seelische Erlebnisse immer körperliche Folgen haben, daß sie durch Schaffung nicht weiter beschreibbarer, aber theoretisch zu fordernder auerbewußter Mechanismen den Boden geben für abnorme Reaktionen verständlichen Inhalts, haben wir gesehen. Ferner haben wir zur Genüge betont, wie wichtig die Unterscheidung verständlicher Zusammenhänge von einfach zu konstatierenden Folgen seelischer Vorgänge ist. Außer den oben angeführten können wir vorläufig folgende Gruppen solcher Wirkungen seelischer Vorgänge aufstellen:

a) Abnorme seelische Zustände werden durch eine seelische Erschütterung geheilt. Das bekannteste Beispiel ist die plötzliche Ernüchterung manchmal selbst schwer Berauschter durch eine bedeutungsvolle Situation, die notwendige Anforderungen stellt. Es ist überraschend, wie hier eine zweifellos physische Wirkung des Alkohols plötzlich zunichte gemacht werden kann.

Dagegen gehören nicht hierher, sondern zu den verständlichen Zusammenhängen die häufigen Fälle, in denen die Inhalte abnormer Persönlichkeiten durch seelische Eindrücke verändert werden: der Eifersuchtswahn der abnormen Persönlichkeit hört auf, wenn eine schwere Krankheit die Gedanken fesselt, die nervösen Beschwerden hören auf, wenn das Individuum sich energisch anstrengen muß usw.

b) Durch schwere seelische Erschütterungen, besonders Schreck (bei Katastrophen, wie Erdbeben) werden Veränderungen der ganzen psychophysischen Konstitution geschaffen, deren Zeichen und Erscheinungen manchmal jedes verständlichen Zusammenhanges mit dem Erlebnis entbehren. Alterationen des Zirkulationssystems, Angstzustände, Schlafstörungen, Herabsetzung der Leistungsfähigkeit, zahlreiche psychasthenische und neurasthenische Erscheinungen treten auf und bleiben hartnäckig über lange Zeiten bestehen.

c) Es scheint, als wenn schwerste seelische Erregungen Wirkungen ausüben könnten, die wie Wirkungen von Kopfverletzungen anmuten. Man beobachtete Fälle, die unter Delirien zum Tode führten, und andere,

<sup>1)</sup> Hanna Kollibay-Uter: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 65 S. 351. Vgl. ferner E. Meier: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 76 S. 479 (aus Burghölzli).



die den Korsakoffschen Symptomenkomplex zeigten (Stierlin). Wie weit hier eine Störung, die nur durch die vorhandene Arteriosklerose ermöglicht wird und deswegen als organisch anzusehen ist, vorliegt, wieweit auch zuweilen bei gesunden Gefäßen durch seelisches Erleben solche organische Folgen auftreten können, ist noch zweifelhaft<sup>1)</sup>.

### Abschnitt 3.

## Die Wirkungen endogener Ursachen.

Alles wirkliche seelische Geschehen entsteht aus der Wechselwirkung zwischen Anlage und Milieu, zwischen endogenen und exogenen Bedingungen. Die letzteren haben wir, sofern sie physische und psychische Bedingungen sind, kennen gelernt, sofern sie schicksalsmäßige sind, haben wir sie in den verständlichen Zusammenhängen betrachtet, sofern sie soziologische sind, werden sie im 9. Kapitel erörtert. Die endogenen Bedingungen werden zusammengefaßt in den Begriff der Anlage. Bei der Frage, woher die Anlage stammt, werden wir auf die Lehren von der Vererbung geführt. Schließlich besprechen wir die Beziehung der seelischen Veranlagung zu gewissen großen biologischen Gruppen: zum Lebensalter, zum Geschlecht, zur Rasse.

### § 1. Anlage.

Anlage, Veranlagung ist der Sammelbegriff für alle endogenen Bedingungen des seelischen Lebens und daher von einer so ungeheuren Weite, daß man in jedem Falle, in dem man das Wort gebraucht, wissen muß, welche Anlage man meint.

Wir müssen zunächst unterscheiden zwischen seelischer und körperlicher Veranlagung. Innerhalb des Körperlichen schon werden ganz verschiedene Dinge mit der Bezeichnung „Anlage“ versehen: morphologische Struktureigenheiten (Schädelform, Ohrform usw.), funktionelle Eigenheiten (Eigentümlichkeiten der Bewegung, Sekretionsanomalien, manche Arten von Impotenz usw.) und Dispositionen, zu bestimmten Lebensphasen oder jederzeit bei entsprechenden Reizen im Unterschied von anderen Menschen bestimmten körperlichen Krankheitsprozessen zu verfallen. Innerhalb des Seelischen sind die als Anlage benannten Dinge noch mannigfaltiger. Man nennt so die Art der Persönlichkeit (des Charakters), wie sie sich im Laufe des Lebens gezeigt hat, die Werkzeuge der Intelligenz; ferner nennt man so die von der Art der Persönlichkeit durchaus zu trennende seelische „Konstitution“, die sich in der Reaktionsform auf Erlebnisse und in der Leichtigkeit, mit der solche abnormen Formen auftreten, zeigt, so wie sich die Persönlichkeit im Inhalt des Erlebens offenbart; ferner nennt man so die Disposition, die sich in dem endogenen Auftreten gewisser Phasen und gewisser dauernder seelischer Veränderungen (Prozesse) zeigt. — Wenn man Seelisches und Körperliches sorgfältig trennen will, spricht man bei physischen Vorgängen von exogenen gegenüber endogenen, bei psychischen von durch Erlebnisse ausgelösten gegenüber autochthonen. Doch werden diese Worte auch wechselweise gebraucht.

<sup>1)</sup> Vgl. Bonhoeffer: Wieweit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 68 S. 371. Bonhoeffer unterscheidet übrigens nicht zwischen verständlichen Zusammenhängen und kausalen Folgen.

Von Anlage sprechen wir nur bei all dem, was im Keim des Organismus schon lag. Wir nennen niemals Anlage, was durch äußere Einwirkungen auf den Keim, den werdenden oder den reifen Organismus entstand. So sprechen wir nicht von Anlage bei der erbten Syphilis (der Erreger wurde auf den Keim oder auf den Fötus übertragen) oder bei den Idiotieformen, die nicht im Keim, sondern in fötalen Hirnerkrankungen begründet sind usw.

Wenn durch einen Krankheitsprozeß die Persönlichkeit, die seelische Konstitution und die Disposition zu spontanen Vorgängen verändert sind, so sprechen wir ebenfalls nicht von Anlage, obgleich für das weitere Leben gleichsam eine neue Veranlagung geschaffen ist; wir nennen alle diese Grundlagen des ferneren Lebens vielmehr erworben. Dabei dürfen wir nicht vergessen, daß ein Individuum in jedem Augenblick ein Ganzes ist, eine Einheit nicht nur des Körperlichen und Seelischen, sondern auch des Ursprünglichen und Erworbenen.

Innerhalb der Anlage — aber mit starkem Zuschuß im individuellen Leben erworbener Momente — ist ein prinzipiell sehr wichtiger Begriff der der Konstitution. Die Konstitution heißt in der somatischen Pathologie das Ganze des körperlichen Lebens eines Einzelnen oder eines Typus in seiner Besonderheit, sofern dieses Ganze ein Dauerndes ist. Alle körperlichen Funktionen haben zueinander Beziehungen, das unendliche Ganze dieser Beziehungen, von dem jede einzelne Funktion wieder abhängig ist, ebenso wie sie es mit bedingt, ist die Idee der Konstitution. Der sichtbare Ausdruck der Konstitution ist der Habitus. Er verhält sich zur Konstitution „wie der Symptomenkomplex zur Krankheit“ (Wunderlich). Man unterschied früher muskulöse, fette, magere, vegetative, sensitive, lymphatische, — phthisische, apoplektische, arthritische Typen des Habitus und der Konstitution. Doch waren solche Begriffe viel zu unbestimmt, als daß sie sich halten konnten. Aber die Idee der Konstitution als eines Ganzen ist unzerstörbar und aus allen Analysen und Bestimmungen einzelner Funktionen drängt die Forschung immer wieder zu ihr zurück<sup>1</sup>). Konstitution ist auch im Seelischen gegeben, sofern es verwickelt ist in das Ganze der körperlichen Funktionen. Will man seelische Konstitution getrennt umschreiben, so ist sie zunächst gänzlich zu unterscheiden von Intelligenz und Charakter der Persönlichkeit als „verstehbaren“ Ganzheiten; sie hat dagegen nächste Beziehung zu Begriffen wie Quantum der psychischen Kraft, Dissozierbarkeit, Reizbarkeit, Ermüdbarkeit, Widerstandskraft, Reaktionsweise, ferner zu Begriffen wie Alkoholintoleranz, Idiosynkrasie<sup>2</sup>).

Man konstruiert in dem Meer der Variationen besondere Konstitutionstypen. Hier sind von besonderem Interesse die Beziehungen, die man zwischen körperlicher und seelischer Konstitution in einigen Konstitutionstypen hat finden wollen. Körperlicher „Infantilismus“ und körperliche „Astenie“ sollen mit entsprechenden seelischen Erscheinungen in notwendiger Beziehung stehen<sup>3</sup>).

<sup>1</sup>) Neuere vor allem: Martius: Konstitution und Vererbung in ihren Beziehungen zur Pathologie, Berlin, Julius Springer, 1914. — J. Bauer: Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten. Berlin, Julius Springer, 2. Aufl. 1921. Der Interessierte vgl. die Publikation von Kraus: Die allgemeine und spezielle Pathologie der Person. Leipzig 1919.

<sup>2</sup>) Vgl. Birnbaum: Der Konstitutionsbegriff in der Psychiatrie, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 20. 1913. S. 520.

<sup>3</sup>) Vgl. Stiller: Die asthenische Konstitutionskrankheit, Stuttgart 1907. — Mathes: Der Infantilismus, die Astenie und deren Beziehungen zum Nervensystem, Berlin 1912. Di Gaspero: Der psychische Infantilismus, Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 43. Hirsch: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 72 S. 347.

Infantilismus nennt man das Stehenbleiben von körperlichen Formen und Funktionen auf kindlicher Entwicklungsstufe (z. B. Amenorrhoe, kindlicher Habitus des Körpers, mangelhaftes Wachstum, Hypoplasie der Genitalorgane.)

Asthenie ist ein zusammenfassender Name für alle gesteigerte Ermüdbarkeit, für alle die als Senkung (Enteroptose) bekannten Phänomene, für die Atonie von Magen und Darm, für dadurch auftretende Obstipation, für den körperlichen Habitus, der zu Tuberkulose disponiert, usw. Stiller glaubte in der *Costa fluctuans decima* (der Beweglichkeit nicht nur der elften und zwölften, sondern auch der zehnten Rippe) ein kennzeichnendes Symptom für den ganzen Komplex gefunden zu haben.

Diese sich in zahlreichen Fällen geradezu aufdrängenden Vorstellungen finden aber ihre Schwierigkeiten in den Ausnahmen, die seelisch höchst leistungsfähige Individuen mit asthenischem körperlichen Habitus und körperlich in keiner Weise asthenische Individuen mit psychasthenischen Erscheinungen bilden. Eine statistische Untersuchung über das gleichzeitige Vorkommen der Erscheinungen, die sich auf möglichst spezielle Daten bei gründlichster Untersuchung, wenn auch nur weniger Individuen bezieht, kann hier allein über die immer noch vagen Vorstellungen hinausbringen. —

Im Unterschied von Konstitutionen, die in der Anlage als dauernde begründet sind, faßt man erworbene Konstitutionstypen, z. B. die epileptische Konstitution als eine im Laufe des Lebens entwickelte<sup>3)</sup>. —

Wenn ein morphologisch sichtbarer Habitus durch die Anomalien der inneren Sekretion einer Drüse bestimmt erklärt werden kann, so läßt sich sinnvollerweise nicht mehr von Konstitution sprechen, die das unendliche Ganze des körperlich-seelischen Lebens in seinen unverständlichen Grundlagen betrifft. Solche Anomalien durch Störung der inneren Sekretion sind: Akromegalie (Hypophyse), Kretinismus (Schilddrüse), Eunuchoidismus (Genitaldrüsen).

Kein seelisches Geschehen ist nur durch die Anlage bedingt, vielmehr immer aus der Wechselwirkung einer besonderen Anlage mit besonderen äußeren Bedingungen und Schicksalen entstanden. Den Wechsel der äußeren Bedingungen können wir direkt fassen. Die Anlage ist immer etwas Erschlossenes. Der Begriff ist nur allzu oft, wenn er in ganz allgemeinem Sinne gebraucht wird, die Verschleierung unseres Nichtwissens. Ebenso wie wir bei den äußeren Bedingungen, wenn wir vom Milieu reden, spezifizieren, ebenso müssen wir uns bemühen, beim Gebrauche des Begriffes Anlage möglichst eng begrenzte Arten der Anlage zu meinen. Niemals können wir von einem Ganzen (z. B. einem nicht organischen Krankheitsprozeß, einer Persönlichkeit, dem Verbrechertum eines Menschen usw.) fragen, ob es durch Milieu oder durch Anlage entstanden sei, sondern wir können nur, indem die Beurteilung des Ganzen immer Aufgabe bleibt, durch Zerlegung in einzelne Momente dazu kommen, Anlagefaktoren von Milieufaktoren zu einem Teil zu sondern. Wie wir die äußeren Bedingungen in viele Klassen gesondert haben, ist es daher auch unsere Aufgabe, in der Anlage einzelne Anlagemomente zu finden, kleinere Einheiten innerhalb der Anlage zu bilden, mit einem Wort: hier wie überall, wo wir Wissenschaft treiben, zu analysieren. Wie kommen wir aber zu einzelnen Anlagementen, die nicht beliebig konstruiert, sondern von realer Bedeutung sind? Nur durch Verfolgung der Anlage durch ganze Familien. Zwei Tatsachen leiten uns hier: die individuelle Variation und die Vererbung. Indem wir die Richtungen der Variation und

1) Über sie Römer: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 67.

die gleichartige Vererbung untersuchen, haben wir Aussichten, zu wirklichen Einheiten zu kommen, bei denen wir nicht von Anlagen überhaupt, sondern von bestimmten Anlagen reden können. Wegen der nahen Beziehungen, in denen Variation und Vererbung stehen, fassen wir beide im folgenden Paragraphen zusammen.

## § 2. Vererbung.

Die Lehre von der Vererbung ist in der Biologie zu einer Wissenschaft mit klaren Fragestellungen und exakten, experimentellen Methoden geworden. In der Botanik und Zoologie hat man die tatsächlichen Vererbungsregeln und Vererbungsgesetze zu erforschen angefangen. Aus diesen Untersuchungen stammen fast alle theoretischen Vorstellungen und alle Grundbegriffe der Vererbungslehre überhaupt. Es handelt sich für die Anthropologie und besonders die Psychopathologie fast nur darum, soweit dort Allgemeines festgestellt wurde, dieses auf unser Gebiet zu übertragen und zu sehen, wieweit sich Ähnliches auch hier finden läßt. Wir müssen uns daher einen, wenn auch noch so kurzen und schematischen Überblick über die noch sehr im Fluß befindliche Vererbungslehre der Biologie verschaffen<sup>1)</sup>:

Die zunächst unübersehbare und unregelmäßige Variabilität aller Organismen wird überraschend regelmäßig, wenn man bei einer beliebig herausgegriffenen Masse von Individuen einer Art (einer „Population“) eine Eigenschaft betrachtet (z. B. bei den ausgehobenen Soldaten die Körperlänge) und die Anzahl der Individuen zählt, die den nach verschiedenen Graden der Eigenschaft (Länge, Nuance der Farbe, Zahl von Zähnen, von Flecken usw.) gebildeten Gruppen angehören. Indem man diese Gruppen als senkrechte Linien aufträgt und die Spitzen verbindet, gewinnt man durchweg eine regelmäßige Kurve („Variabilitätskurve“), in der vom Durchschnitt her die Zahl der Individuen nach beiden Seiten hin zur geringeren und zur stärkeren Entwicklung der Eigenschaft hin abnimmt. Die Variabilitätskurve ist das Maß, an dem man die Veränderung einer Population als eines Ganzen in der Richtung einer Eigenschaft, z. B. unter dem Einflusse der Lebenslage (Klima, Ernährung usw.), feststellen kann.

Wählt man aus einer Menge von Individuen diejenigen mit einer Eigenschaft aus, die man züchten will (Selektion), und züchtet nur deren Nachkommen weiter, so verschiebt sich die Variabilitätskurve nach dieser Seite der Eigenschaft hin. Man glaubte früher, auf diese Weise könne man einen Typus in einen ganz anderen überführen (künstliche oder, in der Natur, natürliche Zuchtwahl im Kampf ums Dasein). Es hat sich aber experimentell ergeben, daß die Selektion machtlos wird, wenn man eine „reine Linie“ (z. B. beim Getreide) hat. So nennt man im Gegensatz zur „Population“ diejenige Masse von Individuen, die sich nur in einer begrenzten Variabilitätskurve bewegen, und in der jedes Individuum wieder Nachkommen aus der ganzen Kurve besitzt. Man erkannte, daß in der Population eine Mischung aus vielen reinen Linien vorliegt, und daß die Selektion nicht eine Züchtung neuer Typen, sondern nur eine Isolierung reiner Linien erreichen kann.

Dies führte weiter zur wichtigen Unterscheidung der Eigenschaften des Individuums von den Eigenschaften des Keimplasmas. In der reinen Linie sind beide identisch („Genotypus“), in der Population scheint das Indi-

<sup>1)</sup> Historisch baut sich diese auf den Lehren Darwins einerseits, der Entdeckung der Mendelschen Vererbungsgesetze, der Variationsstatistik, der Mutationslehre andererseits auf. Goldschmidt: Einführung in die Vererbungswissenschaft, Leipzig 1911, 3. Aufl. 1920, macht in einer für den Laien klaren Weise die Lehren und die Literatur zugänglich.

viduum oft etwas anderes, als sein Keimplasma ist („Phänotypus“), z. B. wenn ein großes Individuum, das in seiner reinen Linie eine extreme Variation nach oben ist, fast nur sehr kleine zeugt („Rückschlag“), während ein anderes ebenso großes wieder gleichgroße zeugt, weil es dem Mittel seiner reinen Linie entsprach. Im einen Falle findet ein dominanter Erbgang statt: Keimanlage und Erscheinungsform des Individuums ist gleich (Homozygie); im anderen Falle ein rezessiver Erbgang: die Keimanlage kann das entgegengesetzte Merkmal wie die individuelle Erscheinung haben und auch vererben (Heterozygie).

Ferner lehren die Untersuchungen, daß man „Erbeinheiten“ unterscheiden muß. Jedes Individuum ist aus einer Unmenge von Erbeinheiten (den „Eigenschaften“) zusammengesetzt. Jede Erbeinheit vererbt sich unabhängig von den übrigen, und erst bei den Erbeinheiten findet man regelmäßig bestätigte Vererbungsgesetze. Diese Vererbungsgesetze entdeckte Mendel. Wenn man zwei isoliert vorkommende Eigenschaften (z. B. die weiße und rote Farbe der Erbsenblüten) bastardiert, so ist das Auftreten dieser Eigenschaften bei den Nachkommen zahlenmäßig bestimmt: in der ersten Generation „dominiert“ die eine Eigenschaft (z. B. indem alle weiß sind). Es ist aber die andere Eigenschaft (die „rezessive“ im Gegensatz zur dominierenden) im Keimplasma vorhanden; denn in der zweiten Generation tritt nun eine Trennung der Eigenschaften auf, indem ein Viertel der Nachkommen weiß sind und nur noch weiße Nachkommen haben, ein Viertel rot sind und nur noch rote Nachkommen haben, zwei Viertel dagegen weiß sind und wieder in der nächsten Generation ein Viertel endgültig weiße, ein Viertel endgültig rote, zwei Viertel dominierend weiße Nachkommen haben usw. Diese Zahlenverhältnisse lassen sich nach dem Prinzip der zufälligen Verbindung der unzähligen Erbeinheiten (diese theoretischen Einheiten werden Gene, Determinanten genannt) in der Vereinigung zu Keimzellen voraussagen und unter den verschiedensten Bedingungen in wechselnder Weise berechnen und im Versuch bestätigen.

Zahlreiche Forscher lassen nur diese zur Trennung früher verbundener Eigenschaften („mendelnde“ Vererbung) neben der völlig gleichartigen Vererbung als Vererbungsgesetz gelten. Andere nehmen daneben noch eine „verschmelzende“ Vererbung an. Wie sich bei der mendelnden Vererbung nicht immer eine Eigenschaft dominant hält, sondern — hier vorübergehend — weiß und rot zu rosa verschmelzen, so soll es auch eine dauernde Verschmelzung von Eigenschaften geben, die nun in gleichartiger Vererbung sich fortpflanzen. Während nach mendelnder Vererbung die Mannigfaltigkeit der Individuen aus der wechselnden Kombination sich immer getrennt vererbender Erbeinheiten begriffen wird, kommt hier noch eine Verschmelzung von Erbeinheiten zu neuen Erbeinheiten hinzu.

Wenn keine Neuzüchtung durch allmähliche Verschiebung, kein Neuschaffen von Erbeinheiten durch Verschmelzung stattfindet, wodurch ist dann die Tatsache zu erklären, daß doch neue Formen gezüchtet werden, daß zum ersten Male Krankheiten in einer Familie auftreten, die sich dann vererben usw.? Durch einen ebenfalls experimentell untersuchten Vorgang: die „Mutation“. Es bilden sich sprunghaft mitunter neue Eigenschaften aus, die weit von den Variabilitätskurven abliegen, welche die bisher vererbenden Eigenschaften des Organismus ausdrücken. Nach der Theorie müssen hier neue Erbeinheiten gebildet sein. In einzelnen Fällen hat man die Mutation historisch feststellen, in anderen im Versuch beobachten können (de Vries). Dabei hat man bemerkt, daß, zum Teil unter kontrollierbaren äußeren Einflüssen, Mutationsperioden eintreten, in denen im Gegensatz zum sonstigen Verhalten plötzlich zahlreiche sprunghafte Variationen auftreten, die alle erblich sind. Diese als „Sports“ bei den Züchtern längst bekannten Mutationen erweisen sich nun aber in manchen Fällen als gar nicht so prinzipiell verschieden von den Variationen, wie das in anderen Fällen zu sein schien. Doch führt das hier zu weit; es zeigt uns nur, daß wir an den Unterscheidungen nicht starr festhalten dürfen.

Wir müssen uns darauf beschränken, die unsägliche Verwickeltheit der Vererbung und Variation wenigstens zu ahnen, damit wir in der Psychopathologie nicht an allzu einfache Erklärungen und Behauptungen glauben. Von den Resultaten der Biologie sind uns besonders wichtig, daß das Keimplasma Eigen-

schaften hat, die das Individuum selbst nicht besitzt (es ist in der menschlichen Pathologie längst bekannt, daß jemand Krankheiten vererben kann, von denen er selbst nicht ergriffen wurde), ferner, daß es eine mendelnde Vererbung gibt, daß also Geschwister nicht bloß sehr ähnlich, sondern auch gänzlich verschieden sein können, so daß sich in ihnen entgegengesetzte Eigenschaften ausprägen, die sich in ihren Nachkommen erhalten; schließlich und vor allem aber ist uns wichtig die Lehre von den Erbeinheiten. Wir werden in der Psychopathologie zu erkunden suchen, ob es auch da Erbeinheiten festzustellen gibt.

Bevor wir feststellen, was die moderne Forschung in dieser Beziehung für eine Antwort gibt, verschaffen wir uns ein Bild von der Entwicklung der psychopathologischen Erblchkeitslehre, die über die Wissenschaft hinaus manchmal so großes Aufsehen gemacht hat. Daß Geistesranke vielfach erblich belastet sind, hatte man längst beobachtet, als Morel, Magnan und Legrand du Saulle ihre Degenerationslehre entwarfen<sup>1)</sup>. Neben geistigen Erkrankungen, bei denen auch erbliche Belastung vorkomme (z. B. Alkoholismus, Epilepsie), behaupten sie, gebe es eine Krankheitsgruppe, die nur erblich vorkomme: die erblichen Geistesstörungen oder degenerativen Geistesstörungen. Innerhalb dieser schließlich sehr ausgedehnten, die Mehrzahl der geistigen Erkrankungen umfassenden Gruppe vererbt sich aber nicht eine bestimmte Form der Störung, sondern nur die allgemeine Disposition. Die Vererbung ist keine gleichartige, sondern eine „transformierende“. Dadurch erkläre sich der „Polymorphismus“ der Krankheitsbilder in derselben Familie. Nach der französischen Lehre handelt es sich aber nicht nur um Vererbung von Krankheiten, sondern um Degeneration. In der Generationsfolge nehme die Schwere der Erkrankungen zu, so daß es zur Vernichtung ganzer Familien komme. Morel stellte seine berühmte Folge der vier Generationen auf: in der ersten findet man nervöses Temperament und sittliche Minderwertigkeit, in der zweiten schwere Neurosen und Alkoholismus, in der dritten Psychosen und Selbstmord, in der vierten Idiotie, Mißbildungen und Lebensunfähigkeit.

Prüfen wir diese Lehre, so überrascht der große Unterschied dieser Begriffe von den Begriffen der biologischen Vererbungslehre, und sehen wir uns die tatsächlichen empirischen Quellen an, auf denen dies Gebäude ruht, so finden wir sie sehr dürftig und gar nicht beweisend. Einzelne Erfahrungen wurden zu der geistvollen Auffassung verwertet, die ein großartiges, tragisches Geschehen im Menschengeschlecht zu enthüllen schien<sup>2)</sup>. Die weitere Forschung mußte aber die Lehre modifizieren, und dabei trat eine Entwicklung ein, die auch den Begriffen der biologischen Vererbungslehre näher zu führen scheint.

Gegenüber der unklaren Lehre von der allgemeinen Disposition zu beliebigen Geisteskrankheiten, die in transformierenden Vererbungsreihen ein außerordentlich polymorphes Bild zeigen, traten Untersuchungen

<sup>1)</sup> Morel: *Traité des dégénérescences physiques, morales et intellectuelles de l'espèce humaine*, 1857. Legrand du Saulle: *Die erbliche Geistesstörung*, deutsch von Stark, Stuttgart 1874. Magnan: *Psychiatrische Vorlesungen*, deutsch von Möbius, 2./3. Heft: *Über die Geistesstörungen der Entarteten*, Leipzig 1892.

<sup>2)</sup> Dies machte auf Künstler notwendig einen großen Eindruck, die unter dem Einfluß der Ideen Morels arbeiteten. Vgl. die große Romanfolge Zolas über die Rougon-Macquarts, Thomas Manns *Buddenbrooks*.

auf, die eine gleichartige Vererbung wenigstens großer Kreise, innerhalb deren dann die Transformation zugelassen wurde, behaupteten. Sioli<sup>1)</sup> fand, daß die Gemütskrankungen: Manie, Melancholie und Cyklothymie sich ersetzen können, daß aber jene Bilder und die Bilder der Verrücktheit sich in derselben Familie ausschließen. Und Vorster<sup>2)</sup> bestätigte dies, indem er fand, daß in der Mehrzahl der Fälle — es gibt Ausnahmen — die Krankheiten der Dementia praecox-Gruppe (welche etwa der Verrücktheit entsprach) und des manisch-depressiven Irreseins nicht in derselben Familie zusammen vorkommen. Wegen der Unsicherheit der Diagnose — denn man ist sich über die Abgrenzung jener Krankheitsgruppen keineswegs einig — und wegen der außerordentlich großen Gruppen, die innerhalb ihres Kreises wieder jene ungleichartige Vererbung zulassen, war die Lehre noch wenig befriedigend.

Neuerdings sind zahlreiche statistische Arbeiten über die Frage der gleichartigen und ungleichartigen Vererbung gemacht worden, wobei die Unterscheidung der manisch-depressiven und der schizophhrenen Krankheitsgruppe fast allein eine Rolle spielt. Die Zahlen fallen verschieden aus. Die Ergebnisse sind geradezu entgegengesetzt. Die Ungleichartigkeit in der Diagnostik verschiedener Autoren, das unklare Material der früheren Generationen machen es schwer, zu vergleichbaren Zahlen zu kommen. Folgende Zusammenstellung verschiedener Ergebnisse ist charakteristisch (nach Krueger):

Bei Eltern und Kindern bestand

Autor:	gleichartige Erkrankung	ungleichartige	Zahl der Fälle
Danköhler . . . .	75%	25%	8
Vorster . . . . .	65%	35%	23
Schuppius . . . . .	47%	53%	17
Albrecht . . . . .	44%	56%	16
Foerster . . . . .	44%	56%	25
Krueger . . . . .	27%	73%	22 <sup>3)</sup>

Luther<sup>4)</sup> urteilt auf Grund seiner Zahlen zusammenfassend: Gleichartigkeit der Psychosen (nach Ausschluß der exogenen) bei Eltern und Kindern besteht kaum in der Hälfte der Fälle. Manisch-depressive Eltern haben annähernd zur Hälfte Kinder, die an anderen Psychosen und zwar überwiegend an Schizophrenie leiden. Schizophrene Eltern haben in stark überwiegendem Maße gleichfalls schizophrene Kinder, vereinzelt aber auch manisch-depressive. Unter Geschwistern erkranken  $\frac{3}{4}$  der Fälle gleichartig. Manisch-depressives Irresein und Schizophrenie kommen familiär häufiger zusammen vor als jede dieser Krankheiten für sich mit anderen Psychosen. Bei Kindern bricht die Psychose meist früher aus als bei Eltern. — Demgegenüber zeigt die Statistik Kruegers sogar ein Überwiegen der ungleichartigen Vererbung. Man tritt wieder für die Polymorphie, für transformierende Vererbung und sogar für die zunehmende Schwere der Erkrankung in der Folge der Generationen ein. Krueger erklärt zusammenfassend: „Aszendentes und Deszendentes erkranken in der Regel an ungleichartigen Psychosen, während Geschwister meist, Zwillinge fast immer an gleichen Geistesstörungen leiden“<sup>5)</sup>.

1) Sioli: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 16.

2) Vorster: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 9 S. 161, 301, 367.

3) Krueger: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 24. Albrecht: ebda. 11. Schuppius: ebd. 13. Foerster: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 64. Danköhler: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 67.

4) Luther: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 25.

5) Vgl. ferner Riebeth: Über das Zusammenvorkommen von Schizophrenie und man.-depr. Irresein bei Geschwistern. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 31 S. 429.

Alle diese Statistiken muten in ihrem Ergebnis wunderlich an. Es scheint als ob mit dieser Methode kein entschiedenes Resultat herauskommt. Jetzt käme es darauf an, wirklich ganz einwandfreie Fälle zu finden, d. h. solche, die biographisch durch das ganze Leben verfolgt worden sind (andernfalls ist jede Diagnose unsicher), die anschaulich und eingehend berichtet werden, und solche Fälle zu sammeln, Fälle, in denen bei Eltern und Kindern und bei Geschwistern Schizophrenie und manisch-depressives Irresein zusammen vorkommen. Die Statistik hier anzuwenden scheint wegen der unsicheren Basis verfrüht. Besitzen wir eine größere Anzahl guter Einzelfälle, so wäre wenigstens das Zusammenkommen erwiesen, an dem man prinzipiell zu zweifeln geneigt ist. Oder sollte hier der Ausgangspunkt sein, von dem aus vielleicht jene uns geläufig gewordene prinzipielle Scheidung jener beiden Krankheitsgruppen wieder aufgehoben würde? Oder auch umgekehrt noch sicherer festgelegt würde? Das Problem ist von fundamentalstem Interesse und die Beschäftigung so vieler Autoren damit wohl befreiflich und gerechtfertigt. — Neuere Arbeiten haben versucht, Konstitutions- und Charaktertypen in genealogischen Studien zu fassen, schizoide Konstitution und schizophrenen Prozeß zu unterscheiden und nun biologische Verwandtschaft aus gemeinsamem Vorkommen in derselben Familie zu erschließen. Wegen der objektiv nicht sicher faßbaren, von anderen nicht klar wiedererkennbaren und immer zweifelhaften Art jener Typen und Vererbungseinheiten bewegt sich jedoch diese Literatur zum überwiegenden Teile in bloßen Möglichkeiten und hat nicht viel mehr an Allgemeingültigem und Anerkanntem herausgebracht, als an allgemeinen Vorstellungen längst vorhanden war. Die Übertragung der Begriffe der exakten Vererbungswissenschaft — einer in der Tat durch Fülle und Wichtigkeit der Ergebnisse faszinierenden Wissenschaft — auf die Psychopathologie erfordert als erste Voraussetzung klare, objektiv faßbare Einheiten. Wohl kann der Forscher zunächst ahnen und tasten und dann die klare Einheit erst finden durch genealogische Studien. Aber wenn er seine Ergebnisse mitteilt, muß die Einheit wirklich klar sein.

Einen wesentlichen Fortschritt bedeuten für ein begrenzteres Gebiet die Untersuchungen von Reiß<sup>1)</sup> über die Vererbung bei der konstitutionellen Verstimmung und dem manisch-depressiven Irresein. Aus diesen Untersuchungen geht hervor, „daß bei der Vererbung krankhafter Gemütsveranlagungen in der überwiegenden Mehrheit der Fälle nicht nur die allgemeine Disposition, sondern auch die spezielle Form auf die Nachkommen übermittelt wird“, am ausgesprochensten bei der typischen pathologischen Verstimmung und den typischen zirkulären Erkrankungen. Konnte Reiß in diesen Fällen eine gleichartige Vererbung selbst ziemlich spezieller Krankheitsbilder feststellen, so fand er auch (in einer Weise, daß man an mendelnde Vererbung denken kann) in einzelnen Fällen eine typische getrennte Vererbung. In einem Falle (Fall 17) „ließen sich deutlich zwei Linien, eine ausgesprochen heitere und eine andere mehr depressive unterscheiden, die in der vorletzten Generation zusammentrafen und nun eine völlig getrennte Vererbung besaßen, so daß die einzelnen Familienglieder trotz nächster Verwandtschaft keinerlei Ähnlichkeit miteinander aufwiesen“.

Haben die bisherigen Untersuchungen auch keineswegs zur Entdeckung von Erbeinheiten in der Psychopathologie geführt, so bilden sie doch überraschende Ansätze in dieser Richtung. Und vor allem zerstören sie die Lehre von der allgemeinen Disposition zu seelischen Erkrankungen und von der transformierenden Vererbung. Diese war nichts als der Ausdruck unseres Nichtwissens und hat sich als gänz-

<sup>1)</sup> Reiß: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 2 S. 381, 601ff. usw.



lich unfruchtbar für empirische Untersuchungen erwiesen. Jetzt sind die Fragen: 1. Gibt es aufzeigbare Krankheitsformen, die sich nur gleichartig vererben? 2. Innerhalb welcher abgrenzbaren Kreise findet eine transformierende Vererbung statt in dem Sinne, daß ein Krankheitsbild das andere als Äquivalent gleichsam ersetzen kann? Oder gibt es etwas derartiges überhaupt nicht?

Die überzeugendste Zerstörung der Lehre von der wahllosen Polymorphie und der allgemeinen Disposition hat die Statistik gebracht<sup>1)</sup>. Diem untersuchte die Belastung Gesunder und Geisteskranker. Er zählte aber nicht die Belastung überhaupt, sondern teilte sie einerseits nach Krankheitsgruppen, andererseits nach Verwandtschaftsgruppen (Elternbelastung, indirekte und atavistische Belastung, kollaterale Belastung). Es entstand folgende Tabelle:

Vergleichende Zusammenstellung einiger Hauptzahlen aus Diems Vergleichsstatistik über die erbliche Belastung Geistesgesunder (1193 Fälle) und Geisteskranker (1850 bzw. 3515 Fälle) in Prozenten der Gesamtzahl der Untersuchten (kombiniert nach Diem, a. a. O. S. 362ff.).

Es sind belastet:

durch:	In irgendeinem Grade (alle Verwandten überhaupt, Gesamtbelastung)		in direkter Linie (Eltern)		indirekt und atavistisch (Großeltern, Onkel und Tanten)		kollateral (Geschwister)	
	ge-sunde	krankte	ge-sunde	krankte	ge-sunde	krankte	ge-sunde	krankte
	Proz.	Proz.	Proz.	Proz.	Proz.	Proz.	Proz.	Proz.
Irgendein Moment überhaupt . . . .	66,9	77	33,0	50—57	29	12,2—15,7	5	7,3—12,7
Geisteskrankheit . .	7,1	30—38	2,2	18,2	4,0	10,9	1,0	9,3
Nervenkrankheit . .	8,2	7—8	5,7	5,0	1,3	0,2	1,2	0,8
Trunksucht . . . . .	17,7	16—25	11,5	13—21	4,9	1,8	1,3	0,9
Apoplexie . . . . .	16,1	4	5,9	3,2—4,7	9,7	0,7	0,5	0,2
Dementia senilis . .	6,3	2,0	1,4	1,6	4,8	0,4	0,1	—
Charakteranomalien	10,4	10—15	5,9	8—13	3,7	0,7	1,0	1,5
Selbstmord . . . . .	1,1	1,0	0,4	0,5—1	0,6	0,3	0,1	0,2

Daraus geht hervor, daß die Gesamtbelastung bei Gesunden und Kranken nicht sehr verschieden ist (66,9 : 77 %). (Dadurch werden alle Statistiken über Erblichkeit überhaupt ohne Einteilung in einzelne Gruppen wertlos.) Dagegen sind die Kranken wesentlich stärker als Gesunde belastet in direkter Linie (von den Eltern) und in kollateraler Linie (von Geschwistern), aber sogar schwächer in indirekter und atavistischer Beziehung. Die Kranken sind ferner wesentlich stärker durch Geisteskrankheiten im engeren Sinne und durch Charakteranomalien belastet. Dieser Unterschied tritt auch noch bei der indirekten Belastung hervor, wenn er auch hier am geringsten ist.

<sup>1)</sup> Koller: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 27. 1895. S. 268. Diem: Die psychoneurotische erbliche Belastung der Geistesgesunden und der Geisteskranken. Arch. f. Rassen- und Gesellsch.-Biologie 2. 1905. S. 215. 336. Die Belastungsverhältnisse bei der genuinen Epilepsie hat nach der Methode von Koller und Diem untersucht Snell: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 70 S. 1.

In bezug auf Apoplexie und Dementia senilis scheinen die Gesunden etwas stärker belastet zu sein, in bezug auf Nervenkrankheiten und Trunksucht bestehen nur geringe Differenzen. Wenn es also von jemand ganz generell heißt, er sei erblich belastet, so bedeutet das gar nichts. Denn darin verhalten sich Gesunde und Kranke ähnlich. Belastung durch die Eltern und Belastung durch Geisteskrankheit bedeutet dagegen eine stärkere Disposition des Individuums.

Jedoch braucht es durchaus nicht krank zu werden, und wenn es krank wird, so braucht diese Erkrankung mit der Belastung nichts zu tun zu haben. Diem betont mit Recht, daß nach seinen Untersuchungen die „erbliche Belastung“ nicht mehr wie ein Damoklesschwert über jedem droht, in dessen Verwandtschaft sich psychische Anomalien gezeigt haben. „Geistige Krankheiten können sich vererben, aber sie tun es nicht immer, und sie müssen es nicht, und die Vererbung des Pathologischen ist kein ewiges unabwendbares Verhängnis, das in der einmal heimgesuchten Familie fort und fort seine Opfer fordert. . . . es ist ein Ausgleich möglich, und daß er in ausgedehntem Maße stattfindet, lehren meine Zahlen“<sup>1)</sup>.

Was das erstmalige Entstehen vererblicher seelischer Störungen angeht, so wissen wir darüber nichts. Wir dürfen mit Vorstellungen, es sei jemand „aus der Art geschlagen“, arbeiten, wir werden annehmen können, daß es extreme Variationen, und daß es Mutationen auch im menschlichen Seelenleben gibt, aber im Einzelfall werden wir in der Nachforschung durch die Folge der Generationen immer nach Vererbung wenigstens suchen. In der Psychopathologie hat man häufig schon ganz besondere Bedingungen für das Auftreten „aus der Art geschlagener“ Individuen angenommen, so z. B. die Verwandtschaft der Eltern (außerdem Alkoholismus, Syphilis u. a.; hier spielt immer die Theorie der Keimschädigung eine Rolle, die vorläufig nur Theorie ist). Nach den Untersuchungen von Peipers<sup>2)</sup> ist eine besondere krankmachende Wirkung der Konsanguinität in der Ehe noch nicht erwiesen. Es gelten hier nur dieselben Vererbungsregeln wie überall: in gesunden Familien werden die gesunden Eigenschaften, in kranken Familien kranke Eigenschaften — „kumulierend“ — vererbt. Die Konsanguinität kann ebenso gut hervorragende wie kranke Individuen züchten.

Die Konsanguinität der Ehe wurde als eine der Ursachen der Degeneration (Entartung) angesehen. Die Degeneration ist neben der transformierenden Vererbung der zweite eindrucksvolle, aber ebenso unklare Begriff jener französischen Hereditätslehre. Wenn von beiden Eltern ungünstige Anlagen vererbt werden, so ist das eine „kumulierende“ Vererbung, die nach denselben Regeln erfolgt wie Vererbung überhaupt. Wenn ein Individuum aus der Art schlägt und seine Artung

<sup>1)</sup> In der Pathologie des menschlichen Körpers und solcher Nervenkrankungen, die Grundlage von Psychosen sind (z. B. Huntingtonsche Chorea), kennt man wesentlich mehr Vererbungsregeln für einzelne Fälle, doch führt uns das zu weit ab. Vgl. Gruber und Rüdin: Fortpflanzung, Vererbung, Rassenhygiene, München 1911.

<sup>2)</sup> Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 58 S. 793. Vgl. ferner Weinberg: Verwandtenehe und Geisteskrankheit, Arch. f. Rassen- und Gesellsch.-Biologie 4. 1907. S. 471.

vererbt, so wird das nach denselben Regeln geschehen wie Variation, Mutation und deren Vererbung. Soll daneben Degeneration noch etwas anderes bedeuten — und in Vermischung mit jenen Momenten wird damit immer noch etwas anderes gemeint —, so kann das nur folgender Gedanke sein: Entartung ist das gehäufte Auftreten von ungünstigen Variationen oder Mutationen in einer Familie, die sich vererben und zwar in der Weise, daß aus einer unbekanntem, unabwendlichen Ursache die Schwere der Abnormität oder Erkrankung von Generation zu Generation zunimmt. Ob es etwas derartiges überhaupt gibt, ist nicht bewiesen, aber auch nicht zu leugnen. Es gibt ein Aussterben von Familien. Fortschreitende endogene Entartung fand Wittermann sehr selten. Auch gehäuftes Auftreten von Psychosen in einer Familie bedeutet keineswegs Entartung der Familie als eines Ganzen. Man weist andererseits auf das Herunterkommen und Aussterben gefangener Tiere, auf die Entartung von Tieren, die sich parthenogenetisch fortpflanzen können, hin, wenn ihnen die Möglichkeit geschlechtlicher Fortpflanzung genommen wird. Man denkt sich, daß die Kultur einen derartigen Entartungsprozeß in Gang bringen könne, ohne dafür irgendein dies auch nur wahrscheinlich machendes Material zu besitzen<sup>1)</sup>. Auch die Details der Degenerationslehre lassen sich in der Form, in der sie auftreten, nicht halten. Französische Forscher nehmen an, daß nicht nur das Seelenleben, sondern gleichzeitig auch der Körper degeneriere. Die körperlichen Abnormitäten der Form und Funktion sollten als „stigmata degenerationis“ hinweisen auf die seelische Degeneration.

Auch auf seelischem Gebiete glaubte man stigmata degenerationis zu entdecken. Insbesondere die Veranlagung der Persönlichkeit wurde in solchem Sinne verwertet (Disharmonie, Widerspruch zwischen den verschiedenen Charakterzügen, gute Intelligenz bei tiefstehendem Charakter, einzelne Fähigkeiten bei einem im übrigen tiefen Niveau usw., daher der Name *Désequilibré* für solche Persönlichkeiten). Ferner hielt man die Abweichungen, die die Krankheitsbilder von irgendeinem Schema zeigten, für Merkmale der degenerativen Artung der Psychose („atypische“ Psychosen). Alles dies schwebt gänzlich in der Luft.

Es hat sich durch diese Lehren auch heute noch eine Auffassungsweise erhalten, nach der atypische Krankheitsbilder nicht gerade auf Degeneration, aber, ähnlich ist, auf die psychopathische Veranlagung zurückgeführt werden (z. B. eine abnorme Alkoholhalluzinose auf die abnorme Veranlagung). Diese Auffassung dient jedoch meistens nur als bequeme Aushilfe statt eingehender Analyse und hat nicht selten diagnostische Irrtümer zur Folge. Sie kann nur dann einen Sinn haben, wenn bestimmte Seiten der früheren Persönlichkeit zu bestimmten Seiten der Psychose in Beziehung gesetzt werden. Die Auffassung alles Ungewöhnlichen als „degenerativ“ muß gänzlich aufgegeben werden<sup>2)</sup>.

1) Bumke: Über nervöse Entartung, Berlin 1912.

2) Die entgegengesetzte Auffassung klar bei Nietzsche: Zur Kenntnis der zusammengesetzten Psychosen auf der Grundlage der psychopathischen Degeneration. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 15. 1913. S. 176.

Statt sich mit den so gar nicht begründeten allgemeinen Auffassungen von transformierender Vererbung und Degeneration abzugeben, geht die moderne psychopathologische Vererbungsforschung<sup>1)</sup> vor allem zwei Wege empirischer Untersuchung: 1. Sucht man in der von Koller und Diem begonnenen Art ein Massenmaterial zu gewinnen, um auf statistischem Wege unter Durchführung der bei einem solchen Material überhaupt möglichen Trennungen Vererbungsregeln und Erbinheiten wenigstens näher zu kommen. — Durch eingehende aktenmäßige Familienforschung an einem großen Material sucht Rüd in (an der genealogischen Abteilung des Forschungsinstituts in München) die Grundlage für eine Statistik zu schaffen, die eine Anwendung der komplizierten quantitativen Erblichkeitsgesetze — die die Biologen so exakt feststellen konnten, weil sie mit ihrem Material beliebige Züchtungsversuche anstellen dürfen — ermöglichen soll. Bei der Gewinnung des Materials geht man aus von Kranken, die in der Anstalt waren und sucht von ihnen aus entweder die Geschwister und Eltern (Geschwistermethode) oder die Kinder und Enkel (Deszendenzmethode). Einzelfamilien entscheiden nicht mehr, da hier alle Zahlen zufällig sind; erst im Ausgleich über eine Masse von Familien erwartet man gesetzmäßige Zahlen. Die Autoren sind sich bewußt, im wesentlichen Zukunftsarbeit zu leisten, da erst die Verfolgung des Materials, das jetzt festgelegt wird, über Generationen wirkliche Ergebnisse erwarten läßt. Gegenwärtig wird man Bedenken haben erstens gegen vorzeitige Dogmatisierung von Ergebnissen, die eigentlich noch keine sind, und zweitens gegen Verwendung von „Merkmalen“, deren Feststellung in ganzen Familien entweder technisch unmöglich ist oder bei solcher Möglichkeit persönlicher Untersuchung so subjektiv bleibt, daß eine zahlenmäßige Anwendung unerlaubt ist<sup>2)</sup>. 2. Schafft man durch eingehende Untersuchung günstiger Familien Stammbäume (ein Elternpaar mit sämtlichen Nachkommen durch mehrere Generationen) und Ahnentafeln (ein Individuum mit sämtlichen Vorfahren), die die Vererbungszusammenhänge in einzelnen Fällen zu übersehen erlauben<sup>3)</sup>. In einzelnen Fällen hat man solche Untersuchungen auf

1) Rüd in: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 7 S. 487. Roemer: Eine Stammliste usw. Psych. neurol. Wochenschr. 1911. S. 94. Sommer: Familienforschung und Vererbungslehre, Leipzig 1907.

2) Hierher gehörige Arbeiten: Ernst Rüd in: Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen I. Zur Vererbung und Neuentstehung der Dem. praec., Berlin, Julius Springer, 1916. II. H. Hoffmann: Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen, Berlin, Julius Springer, 1921. (Vgl. die entscheidende Kritik von Wilmanns: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 78. 1922. S. 350 ff.)

3) Material in dieser Beziehung: Roemer (Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 67 S. 588) lieferte z. B. die Genealogie einer Familie, in der unter teilweise kumulierender Vererbung (Verwandtenehe) sich epileptoide Veranlagung, psychische Epilepsie und Krampfepilepsie in zahlreichen Fällen finden. Joerger (Arch. f. Rassen- und Gesellsch.-Biol. 2 S. 494) schildert die Generationen einer Verbrecherfamilie. Dazu: Joerger: Die Familie Markus, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 43 1918. S. 76. Joerger: Psychiatrische Familiengeschichten, Berlin, Julius Springer, 1919. Vgl. ferner: Berze: Monatsschr. f. Psychiatr.

ganze Dörfer ausgedehnt, deren Familien man durch Jahrhunderte verfolgen konnte (dabei spielen geistige Erkrankungen natürlich nur eine nebensächliche Rolle<sup>1</sup>).

Bei allen Erblichkeitsfragen aber ist es erstes Erfordernis, zu wissen, was denn im einzelnen Falle ererbt ist. Die zahlreichen Einheiten, die in der Psychopathologie gebildet sind, können zur Fragestellung herangezogen werden (von einfachen Reaktionsformen, Vorstellungstypen bis zum Persönlichkeitstypus hinauf, vom Symptomenkomplex bis zur Krankheitseinheit, dauernde Konstitutionen oder zu einer bestimmten Lebenszeit auftretende Vorgänge — Phasen oder Prozesse — usw.). Man darf hoffen, durch die Gleichheit von seelischen Zusammenhängen in der Generationsfolge zu Einheiten zu kommen, die man sonst nicht entdeckt hätte, und vor allem hier zu bestätigen oder zu verwerfen, ob es auf seelischem Gebiete Krankheitseinheiten und welche es gibt<sup>2</sup>).

Im Anschluß an die Lehre von der Vererbung seelischer Krankheit ist es in unseren Tagen angebracht, eine Warnung auszusprechen. Man hat die durchaus unvollkommenen und zu einer Anwendung in der Praxis gänzlich ungeeigneten Lehren von der Vererbung in einer „Rassenhygiene“ doch schon zu Motiven menschlichen Handelns in bezug auf Eheschließung und Fortpflanzung machen wollen. Der Mangel ausreichenden Wissens verbietet dieses. Aber auch bei viel besseren Kenntnissen der tatsächlichen Zusammenhänge soll sich der Naturforscher davon freihalten, aus seiner Naturwissenschaft ethische Konsequenzen zu ziehen, die immer der sich selbst bestimmenden freien Persönlichkeit flach, grob und sinnlos erscheinen müssen. Die Naturwissenschaft hat nicht Forderungen aufzustellen, sondern Fakta zu konstatieren. Sie hat nichts weiter zu tun, als diese Fakta mitzuteilen. Auf Grund derselben und mit Bewußtsein der Konsequenzen hat die Entscheidung für das Handeln allein die einzelne Persönlichkeit oder eine von anderen Weltanschauungen ausgehende Kraft, deren Übermacht sie erliegt, aber niemals die Wissenschaft.

---

u. Neurol. 26 S. 270. Bischoff: Jahrb. f. Psychiatrie 26. Schlub: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 66 S. 514. Frankhauser: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 5 S. 52. Oberholzer: Erbgang und Regeneration in einer Epileptikerfamilie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 16. 1913. S. 105. Pilcz: Jahrb. f. Psychoanalyse 18. Dannenberger: Klin. f. psych. Krankh. 7. Kalkhof und Ranke: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 17 S. 250 (Chorea Huntington). Wittermann: Psychiatrische Familienforschungen, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 20. 1913. S. 153. Heise: Der Erbgang der Schizophrenie in der Familie D., Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 64 S. 229.

<sup>1</sup>) Ziermer: Arch. f. Rassen- und Gesellsch.-Biol. 5. Lundborg: Medizinisch-biologische Familienforschungen innerhalb eines 2232köpfigen Bauerngeschlechts in Schweden. Jena 1913. Rosenberg: Familiendegeneration und Alkohol. Die Amberger im 19. Jahrh. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 22. 1914. S. 133.

<sup>2</sup>) Hierüber neuerdings programmatisch die erbbiologische Forschungsrichtung, die über den Phänotypus der klinischen Gruppen Dem. praec. und man.-depr. Irresein zum Genotypus vordringen möchte. Es handelt sich bisher immer noch wesentlich um Programme. Vgl. etwa den Aufsatz von Kahn, Konstitution, Erbbiologie und Psychiatrie, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 57 S. 280. — Ein umfangreiches Literaturverzeichnis über psychiatrische Erblichkeitsforschung endogener Psychosen im Referat von Hoffmann: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Ref.-Teil, 17. 1919. S. 192, 273.

### § 3. Lebensalter.

Keine Tatsache führt so eindringlich den tiefen Abgrund zwischen lebendigem und bloß mechanischem Geschehen vor Augen wie die Tatsache der völlig endogenen fortdauernden Veränderung des Organismus in der aufsteigenden Richtung des Wachstums, der Reifung, in der dann folgenden sich immer wandelnden Phase der Reife und in der schließlichen absteigenden Richtung der Rückbildung, der Involution. Die einander folgenden Lebensalter sind durch morphologische und funktionelle Eigenschaften des Körpers wie durch die Art des Seelenlebens unterschieden. Alle Krankheiten gewinnen dementsprechend durch das Alter, in dem sie auftreten, ihre eigene Färbung; manche Krankheiten sind überhaupt auf gewisse Lebensalter beschränkt.

Man stellt die Beziehungen zwischen Alter und Psychose statistisch an den Anstaltsinsassen fest, indem man die gesamten Fälle sowohl wie die Fälle der einzelnen diagnostischen Gruppen auf die verschiedenen Lebensalter zahlenmäßig verteilt<sup>1)</sup>. Die Deutung dieser Zahlen ist jedoch schwierig, weil zwei Gruppen von Ursachen zu diesem Resultat zusammenwirken: 1. die rein endogenen Bedingungen der betreffenden Lebensalter, 2. die exogenen Bedingungen der Lebensführung und des Milieus, die durch die sozialen Umstände dem betreffenden Lebensalter eigentümlich sind.

So spielen an äußeren Bedingungen die psychischen Erschütterungen eine Rolle, die das Verlassen des Elternhauses für junge Menschen mit sich bringt, der Zwang zur Selbständigkeit und zum Kampf ums Dasein mit unzureichenden Kräften in jungen Jahren. Ferner spielen eine besondere Rolle die Soldatenzeit mit ihrer Häufungluetischer Infektionen; weiter die gesteigerte Anspannung aller Kräfte, die Sorgen und Erregungen, die der Kampf ums Dasein in den 20er und 30er Jahren mit sich bringt, bis eine gesicherte Existenz erreicht ist. Diese Jahre der höchsten Lebenskraft haben auch die Mehrzahl derluetischen Infektionen und den Alkoholismus im Gefolge. Konflikte in der Ehe und im Liebesleben bilden eine häufige Quelle mannigfacher Gemütserschütterungen und schließlich auch seelischer Abnormitäten und einzelner krankhafter Erscheinungen. Ende der 30er und in den 40er Jahren kann man der Enttäuschung vom Leben und von den Erfolgen, die die meisten Menschen befällt, nicht alle Bedeutung absprechen. Insbesondere ist das Alter für die Frauen, wenn sie sich nicht glücklich verheiratet haben, eine mitwirkende Quelle qualvoller Enttäuschung und mannigfacher nervöser Erkrankungen. Andererseits schränkt die Ruhe des Alters, die gesicherte Existenz für viele Menschen die seelischen Momente für Erkrankungen ein.

Man hat oft die seelischen Eigentümlichkeiten der verschiedenen Lebensalter beschrieben<sup>2)</sup>. Man hat auch nach den Gesichtspunkten der Leistungspsychologie die Fähigkeiten der verschiedenen Lebensalter miteinander verglichen. Das Seelenleben des Kindes ist charakterisiert durch das schnelle Wachstum, das Auftreten immer neuer Fähigkeiten und Lebensgefühle, die große Ermüdbarkeit bei der

<sup>1)</sup> Vgl. die Tabellen in Kraepelins Lehrbuch, Bd. I.

<sup>2)</sup> Selbständige Werke gibt es jedoch nur über Kinderpsychologie: Groos: Das Seelenleben des Kindes, 3. Aufl., Berlin 1912. Gaupp: Psychologie des Kindes, Leipzig 1908.

Fähigkeit zu schnellem Ausgleich aller Störungen, die große Lernfähigkeit, große Beeinflußbarkeit, die außerordentliche Phantasie und die geringere Ausbildung aller seelischen Hemmungen, infolgedessen alles seelische Geschehen maßlos, die Affekte heftig, die Triebe unbeherrschbar sind. Im Gegensatz dazu ist das Seelenleben des Greisenalters auf der Basis der reichen Lebenserfahrungen ruhig, die Fähigkeiten nehmen ab und werden durch den großen Bestand an festem Besitze ersetzt. Die Hemmungen, die Ordnung des Lebens, die Selbstbeherrschung geben dem seelischen Dasein etwas Gedämpftes, Unerschütterliches. Die „Weisheit“ ist in günstigen Fällen das ehrfurchterweckende Resultat. Daneben aber macht sich oft eine Einschränkung des Horizontes, ein Verlust an seelischem Besitz geltend, eine Begrenzung der Interessen, eine egozentrische Isolierung, ein Herabsinken zu den triebhaften Bedürfnissen des täglichen Lebens, eine Steigerung der früher unter dem Schwunge jugendlichen Lebens verdeckten, ursprünglichen individuellen Anlagen, z. B. zu Mißtrauen, Geiz, Egoismus usw.

Nur als eine Steigerung dieser normalen seelischen Eigentümlichkeiten der Lebensalter sind manche nervöse Störungen zu begreifen. So neigt das Kind zu „pathologischen Lügen“, die seiner hemmungslosen Phantasie ihren Ursprung verdanken, so neigt es besonders zu hysterischen Mechanismen, die seinem Wesen entsprechen und daher bezüglich des späteren Lebens prognostisch günstig sind<sup>1)</sup>. Vielleicht ist die kindliche Persönlichkeit auch durch körperliche Erkrankungen noch von Grund aus zu ändern, im Gegensatz zu Erwachsenen, die solche Wandlung nur durch echte Prozeßpsychosen erfahren<sup>2)</sup>. Die Steigerung der ungünstigen Eigentümlichkeiten des Greisenalters führt scheinbar in Übergängen — jedoch muß irgendwo ein Sprung zur eigentlichen Krankheit als „Prozeß“ sein — von den nörgelnden tyrannischen alten Leuten zu den schweren Defektzuständen und Zerstörungen der senilen Demenz<sup>3)</sup>.

Von besonderer pathogener Bedeutung sind die Epochen des Geschlechtslebens, die Pubertät und die Menopause, die schon normalerweise mit merkbaren Erschütterungen des körperlichen und

<sup>1)</sup> Vgl. Scholz: Die Charakterfehler des Kindes, Leipzig 1895. Bruns: Die Hysterie im Kindesalter, Halle 1906. Pick: Über einige bedeutsame Psycho-neurosen des Kindesalters, Halle 1904. Über die Psychosen handeln: Em mingham: Die psychischen Störungen des Kindesalters, Tübingen 1887. Ziehen: Die Geistesstörungen im Kindesalter, Berlin 1902. Strohmayer: Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. 1910. Vgl. das Referat von Haymann: Neuere Arbeiten über Geisteskrankheiten bei Kindern. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Ref. Teil 3 S. 609, 689.

<sup>2)</sup> Das sucht Kirschbaum an vier Fällen von Persönlichkeitswandlung nach Encephalitis lethargica bei Kindern zu zeigen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 73 S. 599.

<sup>3)</sup> Über Psychosen im höheren Lebensalter vgl. Gaupp: Die Depressionszustände usw., Münch. med. Wochenschr. 1905, S. 1531. Kritisches Übersichtsreferat über die Psychosen des Um- und Rückbildungsalters von Kehrer: Zentralbl. 25. 1921. S. 1.

seelischen Gleichgewichts einhergehen. Während der Pubertät<sup>1)</sup> beobachtet man unklare vorübergehende Verstimmungen, auffallende seelische Veränderungen mit günstiger Prognose, vorübergehende anfallsartige Störungen, auch epileptiforme<sup>2)</sup>, aber auch das Auftreten von Prozessen, die eine dauernde seelische Veränderung der Persönlichkeit mit den Zügen der „Flegeljahre“ (Albernheit, Aufgelegtheit zu Streichen, sentimentales Schwelgen in Weltproblemen usw.) mit sich bringen. Man hat diese Vorgänge, die vielfach ohne akut psychotische Erscheinungen, die eine Anstaltsaufnahme notwendig machten, ablaufen, wohl als ein Stehenbleiben der Entwicklung auf der Stufe der Pubertätsjahre aufgefaßt<sup>3)</sup>. Jedoch hat schon Hecker diese Erscheinungen als Symptome eines fortschreitenden „hebephrenen Prozesses“ erkannt<sup>4)</sup>.

Die Menopause, das Ausbleiben der Menses und die Rückbildung der Genitalien beim weiblichen Geschlecht geht mit zahlreichen körperlichen und nervösen Beschwerden und einer Veränderung des Seelenlebens einher, die bei manchen Menschen leicht krankhafte Grade annehmen. Wir zählen die hauptsächlichsten Phänomene auf:

Herzklopfen, Druck auf der Brust, Blutwallungen zum Kopf, fliegende Hitze, Flimmern vor den Augen, Schwindelanfälle, abnorme Schweißsekretion, Zittern, zahllose Mißempfindungen; Zustände von Unruhe und großer Reizbarkeit, Angstgefühle, Gefühle von Schwere und Betäubung; Schlaflosigkeit; gesteigerter Geschlechtstrieb und die damit verbundenen seelischen Störungen (das „gefährliche Alter“); veränderte Stimmungen, Neigung zu Depressionen usw.

Ob das Klimakterium in direkter Beziehung zu Psychosen steht, ist fraglich. Als klimakterische Psychosen werden besonders Melancholien, die in dem fünften Lebensjahrzehnt auftreten, beschrieben<sup>5)</sup>. Nervöse Beschwerden, die vorübergehend in derselben Lebensphase bei Männern auftreten, wurden als klimakterische Beschwerden gedeutet<sup>6)</sup>. Jedoch ist auch eine andere Auffassung (vorübergehende Phasen ohne Beziehung zu den Sexualorganen) ebenso berechtigt.

Die Beziehung zu körperlichen Veränderungen der betreffenden Lebensphase ist bei der Seneszenz deutlich<sup>7)</sup>. Wie alle Organe regressive Veränderungen erleiden, so auch das Gehirn: Atrophie der Zellen, Beladung mit Pigment, Kalk, Fett, nekrotische Herdchen (sog. Drusen) findet man in zahlreichen Gehirnen alter Leute. Jedoch ist die Beziehung zwischen dem seelischen Verfall im Alter und der Ausdehnung der morphologischen Veränderungen des Ge-

1) M. Pappenheim und Grosz: Neurosen und Psychosen des Pubertätsalters, Berlin, Julius Springer, 1914.

2) Über Pubertätsepilepsie vgl. Benn: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 68 S. 330.

3) Rizzor: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 43.

4) Hecker: Die Hebephrenie, Virch Arch. 52.

5) Matusch: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 46 S. 349. Albrecht: Die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 22. 1910. S. 306.

6) Mendel: Die Wechseljahre des Mannes, Neurol. Zentralbl. 29. 1910. S. 1124.

7) Spielmeier: Die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters, Wien 1912.



hirns keine eindeutige. Der Grad beider entspricht sich nicht immer. Es verhält sich hier ähnlich wie mit den körperlichen Degenerationszeichen und psychopathischer Veranlagung. Mit der Häufung der Degenerationszeichen nimmt die Wahrscheinlichkeit der seelischen Abnormität zu, ist aber nie sicher daraus zu schließen. Mit der Hochgradigkeit der Hirnveränderungen nimmt auch die Wahrscheinlichkeit des gleichzeitigen seelischen Verfalls zu, jedoch findet man auch schwer senil veränderte Gehirne von seelisch kaum verfallenen Greisen.

Von der bloßen senilen Veränderung der Gehirnsubstanz ist die arteriosklerotische Veränderung der Gefäße zu trennen. Diese hat seelisch die gewöhnlichen Folgen der organischen Hirnerkrankungen, wenn es zu ausgebreiteten sekundären Substanzstörungen gekommen ist.

Sowohl der senile Verfall wie die dem Alter eigentümliche Arterienverkalkung können vorzeitig einsetzen und statt einer langsamen Entwicklung durchaus den Charakter eines schweren Krankheitsprozesses annehmen, der zu paralyseähnlichen Bildern führt. Über die Ursachen dieser abnormen Senilität wissen wir nichts.

#### § 4. Geschlecht.

Der Geschlechtsunterschied, der zunächst ein rein körperlicher ist, besteht auch auf seelischem Gebiet. Während jedoch auf körperlichem Gebiete die Geschlechtsmerkmale jedes männliche Individuum von jedem weiblichem Individuum qualitativ unterscheiden, können wir auf seelischem Gebiete bisher weder absolute Unterschiede, die jedes Individuum einbegreifen, noch qualitative, sondern nur quantitative Unterschiede aufzeigen. Diese werden durch den Eindruck der Lebenserfahrung jedermann nahegelegt. Die Statistik hat dem nichts wesentlich Neues hinzutun können, kann aber bestimmtere und sichere Vorstellungen geben<sup>1)</sup>. Ein für die Psychopathologie wesentlicher Unterschied ist die größere Emotionalität der Frau, ihre tiefere Erlebnisfähigkeit. Damit im Zusammenhang ist es begreiflich, daß die Frauen an den Gemütererkrankungen (manisch-depressives Irresein) wesentlich häufiger als Männer leiden. Dabei soll jedoch die Manie relativ häufiger bei Männern, die Depression häufiger bei Frauen sein. Die ärztliche Sprechstunde verschafft ferner den Eindruck — Zahlen aus Publikationen über Psychasthenie bestätigen ihn —, daß „nervöse“ und abnorme reaktive Zustände bei Frauen häufiger sind. Auf einem statistischen Unterschied in den Eigenschaften des Seelenlebens muß es auch beruhen, daß Frauen viel mehr an hysterischen Mechanismen kranken als Männer. Die Dementia praecox verteilt sich dagegen ziemlich gleich auf beide Geschlechter<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Heymanns: Die Psychologie der Frauen. Heidelberg 1910.

<sup>2)</sup> Vgl. die Figuren bei Kraepelin, a. a. O.

Von den Geschlechtsunterschieden, die in der Anlage wurzeln, sind zu trennen die Unterschiede, die auf der gesellschaftlichen Situation der Frau beruhen. Darauf mag es beruhen, daß Frauen seltener als Männer an der von der luetischen Infektion abhängigen Paralyse und an Alkoholismus erkranken.

Einen bedeutenden Unterschied in der Entstehung von seelischen Erkrankungen bei beiden Geschlechtern bringen die körperlichen Vorgänge des Geschlechtslebens mit sich, die beim Manne eine relativ geringe Rolle spielen. Zwar soll es auch bei ihm eine sexuelle Periodik geben (Havelock Ellis), die aber in der Psychopathologie noch nicht bemerkt ist. Merkbar in die Erscheinung tritt eine Abhängigkeit von den Sexualvorgängen nur bei der Frau. Die Menstruationsperiode gibt sich bei vielen Arten seelischer Erkrankungen und psychopathischer Zustände durch eine Verschlimmerung der Symptome zu erkennen, manchmal besteht eine Erkrankung nur im Zusammenhang mit der Menstruation<sup>1</sup>). Die Generationenvorgänge (Gravidität, Puerperium, Laktation) bringen auch seelische Störungen mit sich, und bei disponierten Frauen werden sie manchmal zur Ursache eigentlicher Psychosen. Einmal beobachtet man Psychosen vom Typus der Amentia, ferner ausgelöste Phasen des manisch-depressiven Irreseins, schließlich auch im Zusammenhang mit dem Wochenbett beginnende Verblödungsprozesse<sup>2</sup>). Die eigentliche Ursache dieser Erkrankungen müssen wir in der Anlage suchen. Das Wochenbett hat nur auslösende Bedeutung. — Zwischen den Anomalien des Seelenlebens der Schwangerschaft (Geruchsüberempfindlichkeit, Gelüste, Ekelgefühle, Antipathien, wechselnde Stimmungen) und den Graviditätspsychosen gibt es keinen Übergang<sup>3</sup>). Es handelt sich um ganz verschiedene Dinge, so daß Steiner bei psychotischen Frauen die schwanger wurden, keinen Einfluß auf die Psychose, wohl aber dieselben Anomalien wie bei Gesunden beobachtete.

### § 5. Rasse<sup>4</sup>).

Der Zusammenhang zwischen Rasse auf der einen Seite und Art nebst Häufigkeit seelischer Abnormität auf der anderen Seite ist in unserer Zeit noch mehr nur Problem, als daß Ergebnisse von Belang erzielt wären. Unter Rasse verstehen wir nicht den heute vielfach üblichen Begriff von Vitalität und Gesundheit, sondern den einer biologisch besonderen Artung, die sich in der Morphologie des Körpers, in Eigenheiten seiner Funktionen und in der Art des Seelenlebens zeigt. Wir wissen jedoch, daß es fest definierbare „reine“ Rassen nicht gibt, sondern nur gemischte Bevölkerungen, deren reine Linien,

<sup>1</sup>) Krafft-Ebing: *Psychosis menstrualis* 1903. Friedmann: *Münch. med. Wochenschr.* 1894.

<sup>2</sup>) Runge: *Die Generationspsychosen.* *Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh.* 48. Jolly: *ebenda.*

<sup>3</sup>) Steiner: *Psychische Untersuchungen an Schwangeren.* *Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh.* 65. 1922. S. 171.

<sup>4</sup>) Zum Rassenproblem überhaupt siehe: *Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie.* Berlin 1904 ff.

aus denen sie sich zusammensetzen mögen, unbekannt sind. Es können daher nicht reine Rassen bezüglich der Art von seelischen Störungen verglichen werden, sondern man kann entweder die Beziehung seelischer Abnormalität zum Vorkommen bzw. Nichtvorkommen einzelner, sei es morphologischer, sei es funktioneller Eigenschaften vergleichen — das ist bisher nicht geschehen — oder zu geographisch abgegrenzten Bevölkerungen; oder es können unter günstigen Umständen zwei Bevölkerungen, die sich relativ wenig gemischt haben, wie die Juden und die umwohnende Bevölkerung, verglichen werden.

Der Vergleich der Psychosen der Juden und der sie umgebenden Bevölkerung scheint bisher der günstigste Untersuchungsgegenstand rassenpsychiatrischer Art zu sein<sup>1)</sup>. Sichel verglich die Aufnahmen von Juden und Nichtjuden in der Frankfurter Irrenanstalt. Er fand relativ mehr jüdische Anstaltsinsassen als der Prozentzahl der Juden unter der Bevölkerung entspricht, weist jedoch gleichzeitig nach, daß daraus kein Schluß auf die tatsächliche größere Häufigkeit seelischer Erkrankungen bei Juden gezogen werden kann. Im Gegenteil, für Frankfurt läßt sich unter Berücksichtigung aller Faktoren schließlich berechnen, daß die tatsächliche Häufigkeit des Irrsinns unter Juden und Nichtjuden gleich ist. Indem er die Zahlen der einzelnen diagnostischen Gruppen verglich, fand er bei Juden weniger Epilepsie und Alkoholismus, viel mehr manisch-depressives Irresein (bei den Anstaltsinsassen viermal so häufig bei Juden als bei Nichtjuden), und mehr Hysterie. Er betont ferner die Häufigkeit der „atypischen“ Fälle bei den Juden, die fälschlicherweise eine ungünstige Prognose bei einer tatsächlich heilbaren manisch-depressiven Psychose nahelegen.

Die Anzahl der Geisteskranken in preußischen Irrenanstalten betrug für je 100 000 Seelen:

Jahr	aus der Gesamtbevölkerung	Juden
1881	29.7	92.9
1890	39.7	120.4
1895	58.0	145.6
1900	68.3	163.1 <sup>1)</sup>

Zur Beurteilung dieser Zahlen ist zu berücksichtigen, daß die Juden fast durchweg Städtebewohner sind (die überall einen größeren Prozentsatz Geisteskranker stellen), daß sie wohlhabender sind (und darum leichter ihre Angehörigen in eine Anstalt bringen) und daß jene Zahlen sich auf die Gesamtbevölkerung von Kindern und Erwachsenen beziehen (Erwachsene kommen fast allein in die Anstalten, die Kinderzahl hat aber bei den deutschen Juden gegenüber der übrigen Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten erheblich abgenommen).<sup>2)</sup>

Bei dem Vergleich der Bevölkerungen geographisch getrennter Gebiete läßt sich die Bedeutung des physischen Milieus, der sozialen und kulturellen Verhältnisse von der Bedeutung der Rassenveranlagung meistens nicht trennen. Wir besitzen eine

<sup>1)</sup> Sichel: Die Geistesstörungen bei den Juden, Leipzig 1909 und Neurol. Zentralbl. 27 S. 351. Pilcz: Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie, Leipzig 1906. Brosius: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 9 S. 269. Oppenheim: Journ. f. Psych. u. Neurol. 13, 1908.

<sup>2)</sup> Nach Fishberg: Die Rassenmerkmale der Juden, München 1913.

Menge Schilderungen von Psychosen und abnormen Zuständen — meist kurz und wenig anschaulich — von der ganzen Erdoberfläche<sup>1)</sup>. Es handelt sich vielfach um Kuriosa, mit denen wir nichts anfangen können. Wollen wir die Häufigkeit bestimmter Psychosen (etwa der Paralyse) vergleichen, so sind die Zahlen durchweg unsicher, und wir sind auf Eindrücke angewiesen, wie den, daß die Paralyse bei Völkern der warmen Gegenden viel seltener als bei uns ist. Wollen wir dagegen die Erscheinungsweise derselben Abnormalität bei verschiedenen Völkern vergleichen, so scheitern wir an der Frage, was eigentlich dasselbe ist, und auch hier wissen wir nur von Eindrücken, nicht von detaillierten Schilderungen. So beobachtete Kraepelin<sup>2)</sup> bei den Malaian auf Java bei der Dementia praecox sehr selten einleitende Depressionen, wenig Gehörstäuschungen und wenig Wahnideen, dagegen häufig nach vorübergehender Erregung eine faselige Verblödung; beim manisch-depressiven Irresein fast nur Manien, keine Depressionen. Sicherer sind schon die Eindrücke von den Unterschieden der europäischen Bevölkerungen untereinander. So sollen die Schwaben nach mehrfachen Beobachtungen auffallend viel zu konstitutionellen Verstimmungen neigen; so sagt man, daß germanische Bevölkerung mehr zu Melancholie neige als slawische oder romanische. Sehr deutlich sind die statistischen Unterschiede in der Häufigkeit der Selbstmorde, zu dem starke Neigung bei Dänen und in Deutschland bei den Sachsen besteht, während er bei Slawen und Romanen weniger häufig ist.

Die Frage, wie sich eine psychotische oder psychopathische Veränderung bei dem undifferenzierten und wahrscheinlich bei den verschiedenen Arten wieder sehr verschiedenem Seelenleben der Tiere zeigt, ist kaum zu beantworten. Das tierische Seelenleben ist allzu schwierig zugänglich. Die bei Tieren beobachteten Veränderungen des Benehmens (die sogenannten Psychosen) sind, soweit sie der Kritik standhalten, symptomatische Psychosen bei organischen Hirnerkrankungen: Störungen der Sinneswahrnehmung, der Statik, der Bewegungen, Veränderung des „Wesens“ in Herumlaufen, Beißen, Apathie usw. Eine eigentliche „funktionelle“ Geisteskrankheit ist bei Tieren nicht beschrieben (besonders ist die Lehre von der Hysterie der Tiere nicht begründet). Das ist mangels phänomenologischer Einsicht bei Fehlen gegenseitiger Verständigung und Angewiesensein auf Benehmen und objektive Experimente schwer möglich, aber im Prinzip nicht auszuschließen<sup>3)</sup>.

#### Abschnitt 4.

### Typische Verlaufsreihen.

Wir beobachten regelmäßige zeitliche Folgen seelisch abnormer Erscheinungen, für die wir keine bestimmten Ursachen kennen. Indem wir aber unter diesen regelmäßigen Folgen ganz verschiedene

<sup>1)</sup> Zusammengetragen von Béla Révész, Die rassenpsychiatrischen Erfahrungen und ihre Lehren, Leipzig 1911. Später: v. Brero: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 69. 1912. S. 571. Wada: Jahrb. f. Psychiatrie 34. 1913. S. 74 (Japan).

<sup>2)</sup> Vergleichende Psychiatrie, Zentralbl. f. Neurol. 1904, S. 433.

<sup>3)</sup> Dexler: Über die psychotischen Erkrankungen der Tiere, Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 16, Erg. H. S. 99. Ferner Neurol. Zentralbl. 1907 S. 98.

Typen beobachten (Phase, Prozeß, Entwicklung), vermuten wir, daß diese Verlaufsformen auch durch gänzlich verschiedene Ursachen bedingt sind. Während wir bei der Abgrenzung der einfachsten Verlaufsformen (z. B. „Anfall“) noch im Bereich eines Gesichtspunktes bleiben, kommen bei der Abgrenzung der späteren (Prozeß und Entwicklung) noch andere Gesichtspunkte hinzu. Hier lernen wir komplexe Begriffe von Verlaufsformen kennen, die die wesentliche Grundlage für die Gruppierung der Krankheitsformen abgeben werden.

### § 1. Anfall, Phase, Periode.

Das Leben läuft nicht in einer gleichmäßigen, erst steigenden, dann fallenden Kurve von der Kindheit bis zum Greisenalter ab. Es wird vielmehr gleichsam unterbrochen durch Phasen veränderten Seelenlebens, erhöhter oder herabgesetzter Leistungsfähigkeit usw. Werden solche Phasen auffallend, so pflegen sie Gegenstand für die nervenärztliche Untersuchung zu werden. Sind solche Phasen ganz kurz (Minuten bis Stunden), so sprechen wir von Anfällen, kehren sie mit regelmäßigen zeitlichen Intervallen in gleicher Form wieder, so sprechen wir von Perioden. Anfall, Phase und Periode sind dem Begriff nach völlig endogen, d. h. ihre Ursache ist unbekannt. Bei eindringenderer Kenntnis werden manche auf körperliche Krankheitsvorgänge, manche auf endogene Schwankungen im engeren Sinne zurückgeführt werden.

Man spricht von Anfällen usw. auch dann, wenn sie „ausgelöst“ sind, d. h. wenn sie bei Gelegenheit einer äußeren Ursache, die aber sowohl für unser Verstehen wie für unsere kausale Betrachtung gänzlich unzureichend ist (z. B. Ermüdung), auftritt. Von hier aus gibt es aber Übergänge bis zur echten Reaktion, so z. B. Übergänge von der rein endogenen, als Phase auftretenden Depression über ausgelöste bis zu reaktiven Depressionen nach schweren Erlebnissen.

Wir definieren: Phasen sind endogene oder auf gelegentliche Veranlassung inadäquater Art auftretende Veränderungen des seelischen Lebens, die von Wochen bis zu Monaten, bis zu Jahren dauern, die dann aber wieder verschwinden, so daß der frühere Zustand wieder hergestellt wird. Anfälle sind solche Phasen von sehr kurzer Dauer. Periodisch sind die Phasen dann, wenn zur endogenen Entstehung noch ein regelmäßiges zeitliches Intervall zwischen den einzelnen Phasen und eine große Ähnlichkeit der einzelnen Phasen untereinander (bis zur „photographischen Treue“) kommt<sup>1)</sup>.

Man beobachtet es häufig, daß ein Individuum zahlreiche Anfälle und Phasen hat, die aber untereinander sehr verschieden sind. Hat man Grund zur Annahme, daß es sich dabei immer um denselben, sei es in der Anlage, sei es durch einen körperlichen Krankheitsprozeß bedingten Vorgang handelt, der nur durch jeweils verschiedene, hinzukommende Umstände in seiner Erscheinungsweise modifiziert wird, so sprechen wir von Äquivalenten. Dieser von Samt<sup>2)</sup> für die

1) Mugdan: Periodizität und periodische Geistesstörungen, Halle 1911.

2) Samt: Epileptische Irreseinsformen, Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 5 und 6 (darin besonders 6 S. 203 ff.).

Anfälle und Phasen der Epilepsie geschaffene Begriff ist auch auf andere Arten von Phasen und Anfällen übertragen worden, so z. B. die Verstimmungen und Gemütskrankungen, sei es beim selben Individuum, sei es in der Folge der Generationen. Als Äquivalente kommen auch (besonders bei der Epilepsie) die rein körperlichen Anfälle (*Petit mal*, migräneartige Zustände usw.) in Betracht, von denen man annimmt, daß sie den Krampfanfall gleichsam vertreten.

Die Form des Beginns und Abklingens der Phasen ist sehr wechselnd. Manchmal entwickeln sie sich langsam, manchmal beginnt plötzlich in einer Nacht eine schwerste akute Psychose (besonders vom Charakter der Amentia), manchmal beobachtet man einen relativ gleichmäßigen Verlauf, der als eine Kurve darstellbar erscheint, manchmal heftige Schwankungen, die von völliger Verworrenheit bis zu guten Remissionen mit völliger Klarheit und scheinbarer Gesundheit (*lucida intervalla*) gehen.

Kürzere Phasen und Anfälle nennt man auch Ausnahmezustände, um zu kennzeichnen, daß bei einer Persönlichkeit, deren Dauerzustand anderer, normaler oder abnormer, jedenfalls besonnener Art ist, nur vorübergehende Veränderungen aufgetreten sind.

Anfälle, Phasen und Perioden haben einen außerordentlich verschiedenen Inhalt. Über diese Mannigfaltigkeit wollen wir uns wenigstens einen schematischen Überblick verschaffen.

### I. Anfälle.

Anfälle kommen als einziges auffallendes Symptom bei psychopathischen Konstitutionen vor, und Anfälle aller Art sind eine häufige Manifestation der verschiedensten Krankheitsprozesse.

Bei psychopathischen Konstitutionen beobachtet man das anfallsweise Auftreten von Verstimmungen (dysphorischer Zustände), von Veränderung der Wahrnehmungswelt, von Zwangsgedanken usw. Als ein plötzlicher Sturz in einen abnormen Zustand wird die Veränderung subjektiv nicht selten mit großer Angst erlebt. Von Janet wurden diese Zustände als „*crises de psycholepsie*“ oder als „*chute mentale*“ beschrieben.

Besonders zahlreich sind anfallsartige Zustände bei den epileptischen und epileptoiden<sup>1)</sup> Krankheitsbildern. Körperlich werden beobachtet: das „*grand mal*“, der klassische Krampfanfall; „*petit mal*“ (kurze Zuckungen in momentanen Zuständen von Abwesenheit); Absenzen (Schwindelgefühlsattacken und momentaner Bewußtseinsverlust ohne Änderung der Haltung und ohne Hinfallen); narkoleptische Zustände<sup>2)</sup> (Unfähigkeit zu sprechen und Un-

<sup>1)</sup> Epileptoid nennt man die Krankheitsbilder, welche durch die oben aufgezählten Anfälle, besonders durch kurze, heftige Verstimmungen charakterisiert sind, nicht zur genuinen, zur Persönlichkeitsveränderung und Demenz führenden Epilepsie gehören, aber auch nicht in eine andere bekannte Krankheitsgruppe eingeordnet werden können.

<sup>2)</sup> Narkoleptische Anfälle sind als ein außerhalb der Epilepsie stehendes Krankheitsbild eingehend studiert von Friedmann, Deutsche Zeitschr. f. Nerven-

fähigkeit zu sicheren Bewegungen mit momentaner Veränderung des Bewußtseins, aber mit erhaltener Wahrnehmung und Auffassung); einfache Schlafanfälle; zahlreiche Arten körperlicher Sensationen<sup>1)</sup> usw. Rein auf seelischem Gebiet liegen die Dämmerzustände, die elementaren Verstimmungen usw.

Zahlreich sind anfallsartige Zustände schließlich bei den schizophrenen Krankheitsbildern<sup>2)</sup> z. B. 1. Anfälle von „Gebanntheit“, von Unfähigkeit zu jeder Bewegung bei vollem Bewußtsein. 2. Anfälle plötzlicher Veränderung des ganzen körperlichen und seelischen Befindens für ein bis zwei Tage, die von Kranken vielfach als Vergiftungen wahnhaft gedeutet werden. Die Kranken fühlen sich dem Tode nahe, fallen um, liegen mit elendestem Befinden im Bett, fühlen heftige Schmerzen, müssen sich mit dem qualvollen Gefühl der Hilflosigkeit schweißgebadet umherwälzen. Manche Kranke berichten vom „Betäubtwerden“. 3. Bei chronischen Zuständen gibt es das anfallsweise, stundenweise Auftreten von Schreien, Toben, Schlagen, Weinen, lebhaftesten Affektäußerungen, ferner von „gemachten“ Erscheinungen, „Brüllzuständen“ usw. 4. Anfallsweise treten nicht selten subjektive Gefühlszustände auf, z. B. ein Seligkeitsgefühl, als ob die Kranken von lauter Heiligen umgeben wären, als ob jemand hinter den Kranken sei, der die Ursache des unbeschreiblichen Glücksgefühls ist. Oder umgekehrt Zustände von Angst, Gefühle der Verworfenheit, qualvolle Unruhe. Gegenüber bloß psychopathischen Zuständen beobachtet man hier oft ein Sichsteigern der Gefühle, ein Nichtmehraushaltenkönnen und eine eigentümliche Fremdheit. Kranke in chronischen Zuständen, die gewöhnlich völlig geordnet und besonnen sind, bekommen von Zeit zu Zeit solche Anfälle. 5. Es gibt kurze Anfälle reicher phantastischer Erlebnisse bei völliger Entrücktheit, aber vollem Wachsein, die aus Zuständen normaler Besonnenheit heraus auftreten und meist in einer oder wenigen Minuten ablaufen. Einige Beispiele sollen diese Zustände illustrieren:

Der Kranke Dr. Mendel hatte eine Art Traum, war jedoch nicht im Halbschlummer, sondern bei geschlossenen Augen völlig wach mit dem richtigen Bewußtsein seiner körperlichen Lage. Er hatte plötzlich unter Schwindel und Durcheinander im Kopf „eine Veränderung“ erlebt und sah in diesem völlig wachen Zustande im Vorstellungsraum mit großer Deutlichkeit, wie ein Wärter ein Glas Wein ins Zimmer brachte, das der Kranke zurückwies. Wieder ging eine „Veränderung“ vor sich, und er sah nun im Augenschwarz einen Totenkopf. Diesen faßte er fest ins Auge, lachte ihn an und fühlte dabei seine eigene Stärke. Er fühlte einen Druck auf den Lidern, gleichsam als ob er sie geschlossen halten sollte. Der Totenkopf zerplatzte, es blieb ein kleines Nachbild übrig, das wie ein Auge aussah und schnell verschwand. Dabei hatte er das Gefühl, daß sein eigener Kopf zum Totenkopf wurde. Er fühlte, wie die Kopfhaut schwand,

heilkunde 30. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 9, 1912. Vgl. ferner Heilbrunner: Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 31. Stöcker: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 18 S. 217. Singer: ebenda 36, S. 278.

<sup>1)</sup> Gowers: Das Grenzgebiet der Epilepsie. Deutsch, Leipzig und Wien 1908.

<sup>2)</sup> Stefan Rosental: Über Anfälle bei Dem. praec. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 59. 1920. S. 168 (kritischer Bericht über die Lehre von Anfällen bei Schizophrenen und kasuistische Mitteilung über epileptiforme u. a. organische Anfälle).

die Knochen und die Zähne klapperten. Das beobachtete er ohne Angst und Gruseln wie ein interessantes Phänomen. Er wollte mal sehen was kommt. Dann war ziemlich plötzlich alles vorbei, er machte die Augen auf und war wie vorher. Dieser ganze Zustand, bei dem er immer gänzlich wach war, dauerte höchstens 30 Sekunden.

Ein Kranker Köppes erzählte: „Ich sehe häufig Männer, am Tage schwarz und nachts feurig. Das fängt ganz von selber an; da fängt es an sich zu drehen, und da fange ich an es zu sehen: Männer, die an den Wänden herumgehen und wie ein Leichenzug schleichen; die Betten und Fenster sehe ich dann nicht in der Nacht; alles ist schwarz und die Männer feurig, so wie der Himmel schwarz ist und die Sterne feurig. Sie bewegen sich einer hinter dem andern, sie machen Faxen und nicken mir zu und verhöhnen mich mit Gesichtern, und manchmal springen und tanzen sie auch. Sie scheinen mir immer von rechts nach links um mich herumzugehen. Ich sehe auch Schlangen, nicht stärker als ein Strohalm, die bewegen sich ganz ordentlich, nachts auch feurig. Bei Tage kommt's auch; da sehe ich dann die Männer und Schlangen schwarz; auch wenn ich hier in der Stube bei den andern bin, gehen sie an der Wand herum. Es dauert ein paar Minuten, ehe ich wieder weiß, daß ich unter den Kranken hier bin, aber auch wenn ich wieder das Natürliche sehe, kommen noch immer einzelne Männer zwischendurch. Wenn das kommt, habe ich meinen Verstand nicht, der ist dann halb weg; es kommt mit einem Male, ich fühle mit einem Male das Pulsieren in den Adern am Hals und am Arm, dann kommt's in die Höhe; ich habe mich unters Bett gesteckt, da habe ich sie aber auch noch gesehen. Dann fängt sich das Bett, die Stühle an zu drehen.“

## II. Phasen.

In leichteren Graden schwankt andauernd die seelische Gesamtdisposition sowohl spontan, wie durch die Wirkung der Erlebnisse und der körperlichen Vorgänge. So schwankt auch dauernd die Art unseres inneren Reagierens auf Eindrücke und Ereignisse, schwankt auch unsere Beeinflußbarkeit durch physische Ursachen, wie Gifte. Das eine Mal kann uns ein Ärger zur Verzweiflung bringen, das andere Mal gleichgültig lassen. Das eine Mal wirkt der Alkohol erheiternd, erregend, das andere Mal macht er uns mißmutig und sentimental usw. Soweit solche Unterschiede nicht im Physiologischen liegen (z. B. wirkt bei körperlicher Arbeit Alkohol weniger stark als bei völliger Ruhe), müssen sie auf Schwankungen der Dispositionen, die die direkte Grundlage unseres bewußten Seelenlebens sind, beruhen. Diese leichten Schwankungen nun werden, als alltägliche, nicht Gegenstand der psychiatrischen Behandlung. Von diesen führen aber Übergänge zu den schweren in einer oder mehreren Phasen auftretenden Erkrankungen, die man vor allem auf dem Gebiete des Gemütslebens seit langem kennt. Da es sich um Phasen handelt, ist die schließliche Prognose immer günstig. Man hat Erkrankungen von der Dauer von 10 Jahren (Melancholien) beobachtet, die noch heilten.

Zwar sind die Gemütskrankungen, die manischen und depressiven Zustände, die auffallendsten phasischen Erkrankungen, doch ist man mit der Einordnung aller möglichen in Phasen auftretenden Veränderungen unter das Schema der Manie und Depression und der aus beiden gemischten Zustände vielfach gewaltsam vorgegangen. Es liegt kein Grund vor, die bei fast allen Phasen auch vorhandenen Gemütsveränderungen für das allein Wesentliche zu halten. So beobachtet man Phasen, in deren Vordergrund durchaus Zwangserscheinungen aller Art



stehen<sup>1)</sup>, oder einfache Hemmung ohne stärkere Depression, oder körperliche Beschwerden ohne sehr auffallende seelische Veränderung, oder psychasthenisch-neurasthenische Zustände, oder Gefühlszustände, die sich in den Gegensatz Lust — Unlust nicht recht einordnen lassen usw.

Unter den kürzer dauernden Phasen, die man — das ist willkürlich — auch Anfälle nennen kann, sind besonders gut untersucht die dysphorischen Zustände von Tagen und Wochen, die die Grundlage von Dipsomanie, sinnlosem Wandern und anderen auffallenden Handlungen sind<sup>2)</sup>.

### III. Perioden.

Fassen wir den Begriff der Periodizität ganz scharf, mathematisch, so fällt unter ihn kein einziger psychopathologischer Verlauf. Die einzelnen Phasen sind sich nie absolut gleich, die Intervalle sind nie zeitlich genau gleichlang. Es ist daher an Grenzen willkürlich, ob man noch von Periodizität reden will, oder ob man von unregelmäßigen Phasen spricht.

Periodizität ist in kaum merkbarem Grade die Form des Ablaufs allen Seelenlebens. Die fortdauernden kurzen Schwankungen der Aufmerksamkeit, die nur das Experiment feststellt, die Schwankungen der Leistungsfähigkeit in der Tageskurve (z. B. Höhepunkte der Arbeitsfähigkeit am Vor- und Nachmittag usw.), die periodische Schwankung der Lebensstimmung und der Produktivität, die jeder genau Beobachtende an sich bemerkt, diese Fälle sind Beispiele der gewiß nur zum Teil bekannten Periodizität des normalen Seelenlebens. Die Periodizität des weiblichen Geschlechts im Zusammenhang mit der Funktion der Sexualorgane ist das geläufigste Beispiel, das vielfach an der Grenze des Pathologischen, d. h. der Behandlungsbedürftigkeit steht.

Bei fast allen abnormalen Seelenvorgängen macht sich eine Periodizität wenigstens andeutungsweise geltend. Wir zählen nur einige Beispiele auf: 1. Alle psychopathischen Seelenabnormitäten neigen zur Periodizität: Zwangszustände, die Pseudologia phantastica, die Verstimmungszustände usw. 2. Die schweren Gemütkerkrankungen, die vielfach als unregelmäßige Phasen erscheinen, treten auch periodisch auf. Man unterscheidet dann die folie à double forme (Manie, Melancholie; Intervall; Manie, Melancholie; Intervall usw.), die folie circulaire (Manie, Intervall, Melancholie, Intervall, Manie usw.), die folie alternante (Manie, Melancholie, Manie, Melancholie usw.). 3. Auch auf Grund von fortschreitenden Krankheitsprozessen bildet sich die Periodizität mancher Symptome aus. Der periodische Beginn der schizophrenen Prozesse verleitet manchmal zu Fehldiagnosen. Auch in den chronischen Endzuständen beobachtet man periodische Erregungen,

<sup>1)</sup> Neuerdings bestätigt von Bonhöffer: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 33. 1913. S. 354.

<sup>2)</sup> Heilbronner: Jahrb. f. Psychiatrie 23 S. 113. Gaupp: Die Dipsomanie, Jena 1901. Dazu Pappenheim: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 11 S. 333. Aschaffenburg: Über die Stimmungsschwankungen der Epileptiker, Halle 1906. Räckel: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenheilk. 43 S. 398.

halluzinatorische Anfälle usw. Nicht im Einzelfall, wohl aber im Prinzip, kann man solche Periodizität von der Folge von Schüben des Prozesses, der zwischen den Schüben Remissionen (Besserungen) oder Intermissionen (scheinbar völlige Heilungen) zuläßt, unterscheiden.

## § 2. Prozeß.

Wenn gegenüber der bisherigen Lebensentwicklung etwas völlig Neues durch eine Veränderung des Seelenlebens auftritt, so kann das eine Phase sein. Handelt es sich aber um eine dauernde Veränderung des Seelenlebens, so nennen wir den Vorgang einen Prozeß. Es ist noch durchaus nicht bewiesen, sondern vorläufig nur heuristisches Prinzip, daß man zwischen vorübergehenden Phasen und zu dauernder Veränderung führenden Prozessen einen prinzipiellen Unterschied macht. Für die Berechtigung des prinzipiellen Unterschiedes spricht es, daß in sehr vielen Fällen von seelischen Veränderungen mit schizophrenen Zügen diese Veränderungen gleichzeitig dauernde sind. Vielleicht ist das immer der Fall. In den Prozessen ist zu unterscheiden eine einmalige Verschiebung, Umwandlung und Verrückung der Persönlichkeit, die einen neuen Zustand schafft, von einer fort-dauernden Progredienz. Die letztere hört aber irgendwann auf und geht in den „Endzustand“ über.

Vorläufig halten wir an dem Schema, das Prozesse von heilenden Phasen scheidet, fest. Diejenigen akuten Vorgänge, die die dauernde Veränderung oft unter stürmischen Erscheinungen herbeiführen, und alle die späteren Vorgänge, die diese Veränderung weiter verstärken, nennen wir Schübe. Bei der dauernden Veränderung im Intervall zwischen den Schüben, die gewissermaßen eine neue Konstitution und eine neue Veranlagung darstellt, treten nun durchaus analog zum Verhalten der normalen Individuen Phasen und Reaktionen auf, die wohl im Prinzip, aber nicht in jedem Einzelfall, sondern nur in extremen deutlichen Fällen von Schüben zu unterscheiden sind.

Die Prozesse umfassen eine sehr große Gruppe von geistigen Erkrankungen, die in sich aus wesensverschiedenen, aus ganz heterogenen Ursachen entspringenden Formen zusammengesetzt ist. Eine in gewissem Sinne einheitliche Verlaufsform haben die durch organische Hirnerkrankungen hervorgerufenen Prozesse. Zu diesen gehören die schon bekannten Hirnprozesse und eine Anzahl von noch nicht zu trennenden Erkrankungen der Dementia praecox-Gruppe. Der Verlauf dieser Prozesse ist gänzlich und allein abhängig von den Hirnvorgängen, die seelischen Inhalte sind sehr mannigfaltig, aber tragen den gemeinsamen Zug, in einem grob zerstörten Seelenleben aufzutreten. Es gibt bei diesen Hirnprozessen Remissionen, Stillstände, vielleicht in einigen Fällen Heilungen.

Die übrigbleibenden Prozesse sind noch groß an Zahl. Sie bilden eine Gruppe, die für den vorurteilslosen Beobachter etwas Gemeinsames gegenüber allen übrigen Hirnprozessen hat. Dies Gemeinsame ist eine Veränderung des Seelenlebens ohne Zerstörung, in dem eine

Menge verständlicher Zusammenhänge vorkommen. Von einer Ursache wissen wir bei diesen Prozessen nichts. Besteht bei den organischen Prozessen ein wirres Durcheinander psychologisch nicht verständlicher seelischer Erscheinungen, so gewinnt man hier, je mehr man sich in einen Fall vertieft, desto mehr Zusammenhänge. Es lassen sich darum hier im Gegensatz zu organischen Prozessen, die vom psychologischen Standpunkt wahllos und zufällig verlaufen, psychologisch typische Verlaufszusammenhänge herauschälen. In den leichtesten Formen der Prozesse wirkt der ganze Lebenslauf des Menschen dann, als ob nur einmal im Leben zu einer bestimmten Zeit gleichsam eine Abknickung der Entwicklung stattfand, während die normale Lebensentwicklung gleichsam in grader Linie und die organischen Prozesse unter Aufhebung jeder Entwicklung in wirrem Durcheinander verlaufen. Ohne irgendeine Theorie aufzustellen, jedoch um ein Wort zur zusammenfassenden Bezeichnung zu haben, das der Tatsache gerecht wird, daß wir diesen Prozessen nur vom psychologischen Standpunkt näherkommen und auf unabsehbare Zeit näherkommen können, haben wir diese Prozesse im Gegensatz zu organischen Prozessen als psychische Prozesse benannt<sup>1)</sup>, diesen Begriff als Grenzbegriff, nicht als Gattungsbegriff verstehend.

Eine generelle Schilderung dieser Fälle, ähnlich wie man sonst ein Krankheitsbild schildert, läßt sich u. E. nicht geben. Man kann nur ähnliche Fälle zusammenstellen und Typen bilden. Bei den meisten Fällen findet man eine merkbare Veränderung der Persönlichkeit und eine Veränderung des Seelenlebens, die in zahlreichen — aber durchaus nicht in allen — Fällen dem Typus der Bleulerschen Schizophrenie entspricht. In einigen Fällen bemerkt man aber im Verkehr mit einem Menschen selbst bei genauer Untersuchung gar nichts. Aus der Tatsache jedoch, daß der Mensch einen wahnhaften Inhalt, ohne eine Spur von Kritik anzulegen, festhält, aus der Weise, wie dieser Wahn eine Rolle spielt, aus der Art, wie der Kranke zu einer früheren akuten Phase Stellung nimmt, muß man auf eine generelle Veränderung der Persönlichkeit und des Seelenlebens schließen (so z. B. in den oben zitierten Fällen von Eifersuchtswahn).

Während bei den organischen Hirnprozessen die Unheilbarkeit erstens nicht allgemein ist und zweitens keinen prinzipiellen Unterschied gegen heilende Krankheiten bietet können wir für die psychischen Prozesse mit mehr Recht eine dauernde Veränderung prinzipiell fordern. Sie ist vielleicht so notwendig und in analoger Weise in dem Prozesse begründet, wie etwa in der Lebensentwicklung der Greis nicht mehr jung werden kann. Was einmal gewachsen ist, sei es in der natürlichen Lebensfolge, sei es in abnormer Wucherung und

<sup>1)</sup> Vgl. meine Arbeit: Eifersuchtswahn. Ein Beitrag zur Frage: Entwicklung einer Persönlichkeit oder „Prozeß“? Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1. 1910. S. 567. Die Formulierungen darin sind unzureichend und bedürfen einer erneuten Bearbeitung. Die darin publizierten Fälle gewähren jedoch durch die Gegenüberstellung der ganz verschiedenen Typen der psychischen Prozesse und der Persönlichkeitsentwicklung ein anschauliches Bild von dem, was gemeint ist.

Abbiegung, läßt sich nicht mehr rückgängig machen. Doch verlieren wir uns hier in Gebiete der Psychiatrie, die gänzlich unreif und unerforscht sind.

Durch den Prozeß wird eine entwickelte Persönlichkeit ergriffen, Es ist zu fragen, wie der Verlauf des Prozesses sich zu dieser Persönlichkeit verhält. Mayer-Groß<sup>2)</sup> hat als typische Bilder konstruiert die Gegensätze der schleichenden, unmerklichen Überwältigung gegenüber dem Kampf um die Bewahrung der ursprünglichen Persönlichkeit, und den des enthusiastischen Ergreifens des durch die Psychose gebrachten Neuen gegenüber einem indolenten, reaktionslosen Geschehenlassen.

### § 3. Entwicklung einer Persönlichkeit.

Das Ganze, das wir Entwicklung einer Persönlichkeit im Gegensatz zum Prozeß nennen, hat seine Ursache nur in der einen Anlage, die ihren Lebenslauf ohne auffallende endogene Phasen und ohne unverständliche, Neues hinzubringende Abknickungen durch die Folge der Altersstufen durchmacht. Vergewärtigen wir uns folgende Momente: 1. Die Anlage wächst, entfaltet sich, bekommt die Veränderungen der Altersepochen in kontinuierlicher Folge. Die verschiedenen Bahnen, in welchen das Menschendasein, auch ganz unabhängig vom Milieu, verläuft, sind gewisse dem Gesamtorganismus, wenn man will, eingegrabene Notwendigkeiten, die sich nicht unter einige bestimmte, abgrenzbare Formen subsumieren lassen, wie die Krankheitsprozesse, sondern von Individuum zu Individuum in einer Unzahl von Variationen wechseln. 2. Diese Anlage steht jederzeit in Wechselwirkung mit dem Milieu und gewinnt ihre besondere Gestaltung durch ihr Schicksal mit Hilfe der mannigfaltigen Mechanismen (Übung, Gewohnheit usw.) und in für uns bei genauer Kenntnis der Einzelheiten verständlicher Weise. 3. Insbesondere reagiert die Anlage ihrer einen gleichbleibenden Natur entsprechend auf Erlebnisse. Sie verarbeitet sie in der ihr entsprechenden Weise. Wir können die auf diesem Wege entstehenden Anschauungen, Meinungen, Gefühlsweisen verstehen, wie z. B. die Verbitterung, den Stolz, das Querulieren, die Eifersucht.

Das Produkt aus diesen drei Momenten nennt man „Entwicklung einer Persönlichkeit“. So kennen wir die paranoiden Entwicklungen des Querulanten und Eifersüchtigen, die früher mit ihnen vielfach ähnlichen Prozessen verwechselt wurden und doch im Wesen gänzlich verschieden sind. Reiß<sup>1)</sup> zeigte an einer hypomanischen Persönlichkeit, deren ganzes Wesen im übrigen auf bloße Geltung und Form, nicht auf Wesen und Substanz ging, wie eine Existenz als erfolgreicher Geschäftsmann und dann als bedürfnisloser, psychotischer Wanderprediger als bloße Änderung gleichsam der Fassade bei gleichbleibendem Cha-

1) Mayer-Groß: Über das Problem der typischen Verläufe. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 78. 1912. S. 429

2) E. Reiß: Über formale Persönlichkeitswandlung als Folge veränderter Milieubedingungen. Zeitschr. f. d. ges. Psych. 70 S. 55.

rakter aus veränderten Milieubedingungen und frühzeitig abnehmender sexueller Potenz verstehbar ist.

Zum Schluß bemerken wir noch einmal, daß alle diese Begriffe schematisch sind, und daß sie fast mehr augenblicklich lebendige Voraussetzungen als Resultate der Forschung sind. Im Einzelfall haben wir oft große Schwierigkeiten. Z. B. kommen uns Individuen vor, die in ihrem ganzen Lebenslauf das Bild einer Persönlichkeitsentwicklung bieten, in einzelnen Zügen aber auf einen leichten Prozeß hindeuten, der dieser Entwicklung eine abnorme Note gibt. Solche Fälle, die nicht so ganz selten sind, lassen die Diskussion, ob bloß die Entwicklung einer Anlage oder auch ein Prozeß vorliege, nicht zum Resultat kommen.

## Sechstes Kapitel.

### Theorien.

Wo man einen Kausalzusammenhang feststellt, denkt man unvermeidlich etwas Zugrundeliegendes hinzu. Von diesem Zugrundeliegenden, das seinem Wesen nach uns nie direkt zugänglich, sondern immer erschlossen ist, kann man sich mögliche Vorstellungen und Bilder machen. Solche Vorstellungen vom Zugrundeliegenden heißen Theorien. Direkt zugänglich und anschaulich sind nur die subjektiven Phänomene und die objektiven Daten. Anschaulich bleibt noch der verständliche Zusammenhang. Wo das Verstehen aufhört, beginnt die kausale Fragestellung. Wo ein kausaler Zusammenhang festgestellt ist, da ist der Angriffspunkt der Theorie. Vorbilder für das theoretische Denken sind die physikalischen und chemischen Theorien. In diesen wird etwas den Erscheinungen Zugrundeliegendes gedacht (Atome, Elektronen, Schwingungen usw.), das quantitative Eigenschaften hat, so daß aus der Theorie Konsequenzen abgeleitet werden, die in der Wirklichkeit durch messende Experimente bestätigt oder widerlegt werden. So findet eine fortwährende Wechselwirkung zwischen Theorie und tatsächlichen Feststellungen statt. Die Theorie wird fruchtbar, weil sie den Weg zu neuen Tatsachen weist, und sie ist immer allbeherrschend, weil jeweils sämtliche Tatsachen ihr unterliegen. Wo irgend etwas nicht stimmt, da setzt die Forschung ein. Es ist nicht der Sinn der Theorie, schon Bekanntes zu deuten und zu umschreiben, sondern Neues entdecken zu lassen. Der große Erfolg der naturwissenschaftlichen Theorien wirkte suggestiv auf alle Wissenschaften. So wurden auch in der Psychologie und Psychopathologie Theorien umfangreich ausgebaut. Sie haben hier keineswegs große Erfolge erzielt. Aber in begrenztester Weise haben doch einige ihre Fruchtbarkeit gehabt. Da das Hinzudenken von Außerbewußtem unvermeidlich ist, liegt hier eine selbständige Sphäre psychologischer Begriffe, ein Gesichtspunkt neben den anderen vor. Wiederholt sind Theorien in den früheren Kapiteln schon gestreift worden. Hier sollen sie selbst Gegenstand unserer Aufmerksamkeit sein.

Das Feld der psychologischen Theorien ist das Außerbewußte. Subjektive Phänomene und objektive Daten sind Symptome dieses Außerbewußten, das selbst direkt nicht zugänglich ist. Für dieses Außerbewußte gibt es viele Worte: Anlage, Disposition, Potenz, Vermögen, Fähigkeit, Kraft, Konstitution, Mechanismus usw. Es wird gedacht entweder als anatomisch-physiologisch, oder bildlich je nachdem in mechanischen, chemischen, organischen Analogien, oder als un-

bewußtes Seelisches, gerade als ob alles wie im Bewußtsein, nur nicht bemerkbar wäre, oder schließlich als indifferent Außerbewußtes, das nur gedacht, nicht irgendwie anschaulich vorgestellt wird. Keiner dieser Möglichkeiten entgeht man beim psychologischen Denken. Vor allem aber wird das Außerbewußte in den theoretischen Vorstellungen keineswegs immer scharf getrennt vom Bewußten und unmittelbar Gegebenen; so fließen z. B. Elemente des unmittelbar Erlebten und Elemente als theoretische Gebilde vielfach zusammen.

Alle Theorien betreffen etwas Außerbewußtes, dem bewußten Seelenleben als zugrundeliegendes Gedachtes, das bewußte Seelenleben aber Verursachendes. Die in der Psychologie einzig berechtigten Theorien werden zur Erklärung begrenzter Tatsachenbereiche als brauchbare und fruchtbare Vorstellungen gebildet, die ihre Berechtigung aber nur durch ihre Brauchbarkeit, nicht durch die eventuelle Realität des in ihnen Gedachten haben. In dem theoretischen Denken kehren eine Anzahl charakteristischer Vorstellungen immer wieder. Wenn ein Einzelner sich Theorien ausdenkt, so pflegt er mehrere dieser Vorstellungen zu verbinden, ebenso wie er keine klare Scheidung zwischen subjektiv erlebten Phänomenen, objektiver Tatsache, verständlichem Zusammenhang und der Theorie vom Zugrundeliegenden zu machen pflegt. Hier ist zunächst zu versuchen, jene immer wiederkehrenden theoretischen Kategorien in klarer Scheidung nebeneinander zu stellen:

1. Das Zugrundeliegende wird nach Analogien gedacht, entweder mechanisch-chemisch (Vorstellung von Elementen und ihren Verbindungen, von Abspaltung im Seelischen) oder energetisch oder organisch (Vorstellung von hierarchischen und teleologischen Ordnungen).

a) Die Vorstellung der Zusammensetzung des Seelischen aus Elementen, die Verbindungen eingehen, die sich gegenseitig bewegen und einen zeitlichen Ablauf haben, ist früher im Assoziationsmechanismus dargelegt worden (vgl. S. 124).

b) Die Vorstellung, daß Seelisches abspalten könne, hat eine Reihe ganz heterogener Beobachtungen zur Voraussetzung. Es gibt das Erlebnis der eigenen Verdoppelung, ferner die Erlebnisse der Kranken, daß ihnen eigene Inhalte in der Gestalt von Stimmen, die sich zu ganzen Persönlichkeiten formieren, gegenüberreten. Es gibt den vollständigen Ausfall von Erinnerungen, welche ihr faktisches Fortbestehen durch Nachwirkungen indirekter Art und durch die Möglichkeit, sie dem Bewußtsein wieder zugänglich zu machen, zeigen. Es gibt den Widerspruch zwischen Gedanken, Handlungen des Menschen, sei es untereinander, sei es mit der „Wirklichkeit“. Alle diese Feststellungen haben dazu geführt, eine Spaltung im Seelischen zu behaupten, die man Dissoziation, Sejunktio, Bewußtseinszerfall, Zerfall der Individualität nannte. Da diese Worte sich auf so heterogene Dinge beziehen, sind sie außerordentlich vieldeutig. Eine unvermeidliche Vorstellung von Abspaltung wurde oben S. 246 entwickelt.

c) Energetische Theorien sehen das außerbewußte Seelische als eine Kraft, welche auch quantitative Eigenschaften hat. Diese Kraft fließt ab, ist veränderbar, kann sich stauen und dadurch an einzelnen Punkten steigern, kann sich an Inhalte knüpfen und von einem Inhalt auf den anderen übergehen. Die Vorstellung von einer Kraft bezieht sich manchmal auf den augenblicklichen seelischen Ablauf, indem der Inhalt, der gerade im Zentrum der Aufmerksamkeit steht, als mit stärkster Kraft beladen angesehen wird, und indem etwa die Affekte mit Kräften identifiziert werden; oder sie bezieht sich auf die Affekte, Leidenschaften, Triebe, die in der Länge der Zeit sich häufen, entladen, erschöpfen usw.; oder sie bezieht sich auf den Gesamtzustand des Seelenlebens, gleichsam seine Vitalität, indem man das Quantum seelischer Kraft bei verschiedenen Individuen und in verschiedenen Zuständen als sehr verschieden groß denkt<sup>1)</sup>.

d) Die Analogie zum Organischen liegt vor in den Gedanken über hierarchischen Aufbau seelischer Funktionen. Das Seelenleben wird als ein Ganzes gedacht, in welchem alles seinen Ort hat, aber so, daß alles gleichsam in einer Pyramide angeordnet ist mit einer höchsten Spitze, die als Zweck oder als die vitalste, nützlichste Realität angesehen wird. Das klassische Beispiel ist Janets Theorie der Psychasthenie: die höheren Funktionen seien hier geschwächt und dadurch die tieferen selbständig geworden. Janet sieht die Funktionen in folgender nach abwärts führenden Reihe: an der Spitze steht die „Realitätsfunktion“, die sich in Wille, Aufmerksamkeit und im Gefühl des Augenblicks äußert, dann folgt die „uninteressierte Aktivität“, dann die „Funktion der Bilder“ (Phantasie), dann die „Viszeralreaktion der Gefühle“ und zuletzt die „unnützen Körperbewegungen“. Man sieht, daß die einzelnen Elemente z. T. objektive Tatsachen sind, die beherrschende Vorstellung aber ist eine theoretische. Analoge Deutungen pathologischer Erscheinungen sind etwa die der schizophrenen Demenz als „apperzeptiver Verblödung“, als „Unfähigkeit zur Aufmerksamkeit“.

Hierhergehörige Theorien hat vor allem Kohnstamm entwickelt. Er unterscheidet: 1. Oberbewußtsein, 2. erlebendes Unterbewußtsein und ordnendes Unterbewußtsein, 3. tiefstes, unpersönliches Unterbewußtsein. Er hat eine Reihe psychologischer Phänomene klar gesehen (z. B. „Gesundheitsgewissen“), seine Theorienbildung bedient sich fortwährend biologischer Begriffe und tritt doch zugleich als Weltanschauungsprophetie auf. Der Autor ist als hervorragender Typus eines modernen Nervenarztes, der einen Kreis von Anhängern um sich bildet, von hohem Interesse<sup>2)</sup>. — Ferner haben — ohne jene Prophetie — Theorien von Schichten

<sup>1)</sup> Als Beispiel für energetische Theorien — die übrigens oft, z. B. bei Lipps, Freud, Janet eine Rolle spielen — vgl. Kiewiet de Jonge: Die Abnahme der psychischen Energie und der Bewußtseinshöhe als Ursache des krankhaften Geisteslebens. Psychiatrische en Neurologische Bladen, 1920, Nr. 5/6.

<sup>2)</sup> Oskar Kohnstamm: Das Unterbewußtsein und die Methode der hypnotischen Selbstbesinnung. Journal f. Psychol. u. Neurol. 23, Ergänzungsheft 1, 1918. (Darin weitere Arbeiten Kohnstamms zitiert auf S. 316.) — O. Kohnstamm: Medizinische und philosophische Ergebnisse aus der Methode der hypnotischen Selbstbesinnung. München 1918, Ernst Reinhardt. (Darin wohl alle psychologisch relevanten Arbeiten Kohnstamms aufgezählt S. 19 ff.) — Vgl. die kritische Charakteristik von Gruhle, Zentralbl. 17. 1919. S. 458.



aufgestellt: Neuda unterscheidet eine „Kausalität niederer Ordnung, zu deren Wesen es gehört, den Affekt allein anzusprechen, weil sie eben nur als Reiz und nicht als Motiv zur Geltung kommt“, im Gegensatz zur Handlung, die normalerweise nie ohne Motiv da ist<sup>1)</sup>. Ganz ähnlich Kretschmer, der drei Schichten unterscheidet: 1. Erlebnismotiv — Zweckhandlung, 2. Erlebnisreiz — Negativismus, Befehlsautomatie, Muskelspannung usw. 3. sensibler Reiz — Reflexbogen — Muskelkontraktion. Aufsteigend nennt er diese Schichten: Reflexapparat, Hypoboulik, Zweckinstanz, und findet sie parallel in ontogenetischer und phylogenetischer Entwicklung und gleichzeitig beim heutigen erwachsenen Menschen<sup>2)</sup>.

2. Während diese Theorien nur dann falsch werden, wenn nach ihnen alles seelische Geschehen erklärt werden soll, gibt es andere Theorien, die in jeder Form, die im Prinzip schon falsch sind. Etwas, das an einer Stelle direkt und klar bekannt ist (das Gehirn und andererseits verständliche Zusammenhänge), wird zum allein Realen, zum Wesentlichen des Seelenlebens hypostasiert. Von solchen Theorien gibt es zwei Gruppen: 1. Die Zergliederungen des Gehirns und Nervensystems, die nirgends zu bestimmten seelischen Vorgängen in Parallele stehen, werden zu gänzlich phantastischen und gar nichts lehrenden Konstruktionen seelischer Parallelvorgänge umgebildet. — 2. Verständliche Zusammenhänge, die immer jeder für sich überzeugend sind — in dieser Verstehbarkeit liegt eine letzte Erkenntnisquelle des Seelischen —, werden zu außerbewußten „Gesetzen“, zu Kausalzusammenhängen umgedeutet und dadurch zu Theorien gemacht. So ist z. B. ein verständlicher Zusammenhang, daß für einen Trieb statt der adäquaten Befriedigung eine Ersatzbefriedigung (symbolische Befriedigung) eintritt (Katzenliebe mancher unverheirateter kinderloser Frauen). Dieser verständliche Zusammenhang, in dem ein an sich gar nicht so stark gefühlbetonter Inhalt seinen Gefühlswert durch symbolische Vertretung eines anderen Inhalts bekommt, wird z. B. theoretisch umgedeutet, indem gesagt wird: die „Affektenergie“ der seelischen Inhalte hat eine konstante Größe, ist übertragbar, die Übertragung geschieht im Unbewußten und tritt als jener verständliche Zusammenhang ins Bewußtsein. Hierdurch wird der Zusammenhang keine Spur überzeugender und wird falscherweise durch den unkontrollierbaren Begriff der konstanten Affektenergie generalisiert. Während er ein idealtypischer überzeugender Zusammenhang ist, an dem der Einzelfall gemessen wird, und dem der Einzelfall manchmal mehr oder weniger entspricht, wird er hier fälschlicherweise zum Gesetz gemacht, unter das alle seelischen Vorgänge fallen, bzw. unter das seelische Vorgänge entweder ganz oder gar nicht fallen.

3. Eine dritte Gruppe theoretischer Vorstellungen verzichtet auf einen eigentlichen Ausbau, sondern begnügt sich mit der Feststellung, daß hier unvermeidlich etwas Außerbewußtes hinzugedacht werden muß, dessen Erforschung nicht direkt, sondern nur durch Auffindung kausaler Beziehung gelingen kann. Hier bemüht man sich, möglichst indif-

<sup>1)</sup> Neuda: Zur Pathogenese der Neurose (das Willensphänomen). Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 52 S. 129.

<sup>2)</sup> Kretschmer: Der Willensapparat der Hysterischen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 54 S. 251.

ferente Ausdrücke zu wählen, wie z. B. „außerbewußter Mechanismus“, „Umsetzung“, „Umschaltung“ u. dgl. Diese theoretischen Gedanken haben keinerlei selbständige Bedeutung mehr, sondern sind bloße Feststellungen von Grenzen, bloße Einschränkung der Bedeutung und des Geltungsbereiches vorhandener Erkenntnisse. —

Die Masse der theoretischen Gedanken läßt sich auf eine andere Weise übersichtlich machen, wenn man zusieht, aus welchen besonderen Forschungsgebieten charakteristische Theorien hervorgehen. Diese werden zwar nicht diesem Gebiet allein zugehören, aber haben zu ihm eine besondere Affinität. So gehören zum Gebiet der experimentellen Leistungspsychologie die Theorien von Elementen und Verbindungen, von Assoziationsmechanismen. Hier sind Theorien am fruchtbarsten, hier sind sie eigentlich legitim. Aus der verstehenden Psychologie erwachsen die Vorstellungen von Abspaltung, außerbewußtem Mechanismus, Umsetzung u. dgl.; aus der Lehre von den Symptomenkomplexen die Theorien von Kraft und von hierarchischer Ordnung. Die Nachprüfung der Theorien, worin ihr eigentlicher Sinn besteht (denn sonst sind sie bloße umständliche Umschreibungen des Bekannten, das sich viel einfacher mitteilen läßt), geschieht im einen Fall experimentell (echte naturwissenschaftliche Theorie), im anderen Fall verstehend (welches keine eigentliche Nachprüfung ist), im letzten Fall biographisch-kasuistisch (wobei die Theorie immerhin eine zu Fragen veranlassende Deutung gibt).

Das Gesamtergebnis einer methodologischen Betrachtung der psychologischen Theorien ist: Eine Theorie, die die „richtige“ wäre, ist nicht möglich. Keine Theorie beherrscht das Ganze. Die meisten Theorien haben irgendwo eine begrenzte Brauchbarkeit. Diese ist am größten, wenn sie zu Fragestellungen führt, ist aber nicht ganz abzustreiten, wo sie bloß zu bequemem Übersichtlichmachen von Beschreibungen führt. Die Frage, ob die Theorien als die Gedanken vom Zugrundeliegenden dem „Realen“, „Eigentlichen“ wenigstens mehr oder weniger nahe stehen, ist überhaupt nicht zu beantworten. Sie führt direkt in die Metaphysik und ist von einem ganz unempirischen Interesse eingegeben.

Das theoretische Denken hat eine eigene Atmosphäre. Es ist zunächst von der Neigung zu klarer Systematik bewegt. Dieser Drang zur Systematik kann sich rein formal — logisch, äußerlich und steril befriedigen (wie etwa in Ziehens Lehrbuch) oder methodologisch oder theoretisch. Die Theorie aber gibt noch weitere Befriedigung. Die Theoretiker haben fast immer das instinktive Bewußtsein, die Sache selbst, das Wesen irgendwie im Grunde endgültig erkannt zu haben. Sie erkaufen diese Befriedigung allerdings teuer. Sie haben unvermeidlich fixierte Anschauungen, wenn sie auch noch so wechselnd in der Form auftreten. Sie vergewaltigen und sehen alles durch diese Brille, die vieles zwar ungewöhnlich scharf sehen läßt, für noch viel mehr aber blind macht. Diese Menschen haben so etwas wie fixe Ideen, falls sie lebendige Theoretiker und nicht bloß spielerische Konstrukteure sind. Sie sind faszinierend, weil sie das Pathos tiefster Erkenntnis

haben, weil sie engste Verknüpfung zu metaphysischen (wenn auch im einen Falle materialistischen) Weltanschauungsbedürfnissen haben, und nicht zum wenigsten auch, weil sie mit relativ einfachen Denkmitteln leicht faßlich scheinbar zum Wesen der Sache führen. Jedoch ist die historische Erfahrung lehrreich, daß diejenige Psychologie, die von theoretischem Interesse als dem primären ausging, noch immer steril und dogmatisch geblieben ist. Nur die Psychologie, die als Ausgangspunkt ein unbezwingbares Interesse für die Mannigfaltigkeit und die ganze Masse des qualitativen Details subjektiver Anschauung, des objektiven Materials und der konkreten, einzelnen Regelmäßigkeiten hat, wird ihrer Aufgabe als Fachwissenschaft gerecht. —

Um von Theorien eine etwas deutlichere Vorstellung zu geben, ist es das Zweckmäßigste, über die beiden hervorragendsten Theoretiker der letzten Jahrzehnte, Wernicke und Freud, kurz zu berichten:

#### Wernicke.

Wenn Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten sind in dem Sinne, daß sie aus Vorgängen im Gehirn restlos begriffen werden können, d. h. daß die Vorstellung einer solchen Begreifbarkeit als eines Endziels überhaupt eine sinnvolle ist, so liegt der Gedanke nahe, den Weg der Erkenntnis dadurch zu bahnen, daß man vorwegnehmend konstruiert, was später vielleicht einmal anatomisch erkannt wird. Hat man solche Auffassung, so wird man sich nicht dem Seelenleben, sondern lieber dem Gehirn und der Neurologie zuwenden, um Psychopathologie zu begreifen. Dazu verleiteten neben einer herrschenden rein naturwissenschaftlichen Weltanschauung vor allem die Entdeckungen der verschiedenen aphasischen Störungen. Die Aphasie wurde darum für Wernicke der Leitstern. Die Tatsache der Knüpfung verschiedener Störungen an verschiedene Hirngebiete und die für ihre Analyse fruchtbaren Vorstellungen übertrug Wernicke auf die gesamten Störungen des Seelenlebens, außer Acht lassend, daß die Aphasie nur eine Störung in den Werkzeugen, nicht im Seelenleben selbst ist. „Jede Geisteskrankheit, sagte er, soweit sie in verkehrten sprachlichen Äußerungen der Kranken zutage tritt, ist für uns ein Beispiel von transkortikaler Aphasie.“ Denn wie die transkortikale Aphasie nicht durch Schädigung der Projektionsfelder an der Hirnrinde, sondern der Leitungsbahnen zwischen diesen entstehen sollte, so erklärte Wernicke die Geisteskrankheiten überhaupt als Krankheiten des „Assoziationsorgans“. In seiner Vorstellung gehen anatomische Leitungsfasern und psychologische Assoziationen ineinander.

Entsprechend dem Bestreben, die Geisteskrankheiten nicht nur im allgemeinen als Gehirnkrankheiten aufzufassen, sondern im einzelnen auch als solche zu begreifen, ist Wernicke beherrscht von der Vorstellung des psychischen Reflexbogens und hält er nur objektive Symptome d. h. Bewegungen (die Motilität) nebst ihrer besonderen Art, der Sprache, für untersuchungswürdig und eigentlich existierend. Er sagt, daß „schließlich nichts anderes zu finden und zu beobachten ist als Bewegungen und daß die gesamte Pathologie der Geisteskrankheiten

in nichts anderem besteht als den Besonderheiten ihres motorischen Verhaltens.“ Daß das Motorische, d. h. der Ausdruck, das einzige Werkzeug und das einzige Medium der Kommunikation ist, daß uns aber in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle nicht dieses Werkzeug, sondern das, was durch es zum Ausdruck kommt, interessiert, bemerkt Wernicke selten und vergißt es bei prinzipiellen Erörterungen.

Tatsächlich muß aber auch Wernicke viele rein psychologische Begriffe bilden. Diese müssen ihm so ausfallen, daß sie als lokalisierbare Elemente dienen können. Sie sind präzise definiert, das Seelische gleichsam veräußerlicht, in eine Summe von Bauklötzchen verwandelt. Dafür kann ihm ausgezeichnet die grob aufgefaßte Assoziationstheorie dienen. Diese leitet ihn überall. Alles im Seelenleben ist Assoziation von Elementen, der Begriff eine „Summe von Assoziationen“ der Erinnerungsbilder. Die Assoziationen, die für alle Individuen „annähernd gleich“ sind, sind ihm „die allgemein gültigen Assoziationen“. So ist auch Richtigkeit auf Mechanisches, Durchschnittliches zurückgeführt. In den Assoziationswegen bewegt sich ein Strom von Erregung (Aufnahme der energetischen Theorie). Die Elemente sind an bestimmten Stellen lokalisiert. Auch die „inhaltlichen“ Veränderungen (das Paranoische im weitesten Sinne) sind lokalisiert gedacht, sie haben den „Wert von Herdsymptomen“, wenn auch die Herde anatomisch nicht bekannt, nur postuliert sind. Eine gewisse Gruppierung dieser inhaltlichen Symptome ist das Zeichen bestimmter anatomischer Ordnung auch in den Assoziationsbahnen. Gegenüber allen Klassifikationsversuchen der psychischen Störungen setzt darum Wernicke das seine: „Unser nächstes Einteilungsprinzip ist das der anatomischen Anordnung, mit anderen Worten das der natürlichen Gruppierung und Aufeinanderfolge der inhaltlichen Veränderungen.“

Für die psychologischen Begriffe, die die Elemente des Seelischen treffen, die ihm überall tatsächlich die Klassifikation ermöglichen, hat Wernicke natürlich nicht die Anatomie befragen können. Er bildet sie, ohne zu sagen, wie er darauf kommt, vermöge einer ausgesprochenen Begabung, das Psychische in großen Zügen zu sehen und in treffenden Unterscheidungen zu gliedern. Er stellt nebeneinander zunächst die Teile des psychischen Reflexbogens, Sensibilität, intrapsychische Funktion, Motilität, und sieht in jedem der drei Gebiete die Möglichkeit einer Über-, Unter- und Mißfunktion. Dann unterscheidet er an Bewegungen: Ausdrucksbewegung, Reaktivbewegung, Initiativbewegung; an Inhalten: das Bewußtsein der Außenwelt, der Körperlichkeit und der Persönlichkeit (darum gibt es allopsychische, somatopsychische und autopsychische Orientierung). Vor allem aber macht er eine Unterscheidung, die ihm das eigentlich Pathologische isolieren soll, wenn er den „Erklärungswahn“ vom echten Wahn trennt. Was das normalverständliche Seelenleben aus dem, was pathologisch durch Hirnvorgänge hereingebrochen ist, entwickelt, ist nicht selbst eigentlich das Pathologische, wenn es sich auch in der Erscheinung manchmal sehr breit macht. Durch solche Analysen hat Wernicke eine Reihe rein psychologischer Begriffe geschaffen, die schlagend waren und in den

dauernden Besitz psychopathologischen Denkens übergangen. Z. B. die Begriffe: Erklärungswahn, Ratlosigkeit, überwertige Idee, Merkfähigkeit, Transitivitymus, die Unterscheidung von autopsychischer Orientiertheit bei allopsychischer Desorientiertheit im Delirium tremens.

Diese analytische Psychologie ist die wesentlichste Voraussetzung, um die Theorie im einzelnen durchführen zu können. So werden nun alle Störungen erklärt durch Reiz oder Lähmung, die an bestimmten (zurzeit noch unbekannt) Orten des Gehirns lokalisiert seien. Vor allem ist die Grundlage der Mehrzahl der psychischen Störungen die Trennung von Assoziationsverbindungen, die Sejunktio. Wenn falsche Vorstellungen und Urteile bei einem Menschen sowohl untereinander als mit der Wirklichkeit im Widerspruch stehen, so beruht das eben auf einer „Lockerung“ in dem „festen Gefüge der Assoziation“. Durch Trennung der „Kontinuität“ der Bahnen, durch „Ausfall gewisser Assoziationsleistungen“ können gleichzeitig eine Anzahl verschiedener Persönlichkeiten in einem Individuum entstehen, kann ein „Zerfall der Individualität“ eintreten. Durch Sejunktio sind ferner zu erklären ein großer Teil der Halluzinationen (sofern sie nicht durch direkten Reiz in den Projektionsfeldern entstehen): bei Unterbrechung der Assoziationen staut sich der Erregungsvorgang und bildet dadurch einen stets anwachsenden Reiz. Ebenso sind die „autochthonen Ideen“ zu erklären (die sogenannten „gemachten Gedanken“). Die autochthone Idee beruht auf einem Reizvorgang bei unterbrochener Kontinuität, während etwa das Zwangsgedanken auf einem Reizvorgang bei erhaltener Kontinuität zurückzuführen ist. Durch Sejunktio entstehen auch die abnormen Bewegungen (Parakinesien) usw. Weil Halluzinationen auf Sejunktio beruhen, ist es nach Wernicke sehr begreiflich, daß ihnen gegenüber keine Gegenstellungen, darum keine Kritik möglich ist, daß sie ferner oft imperativen Charakter haben. Der Beziehungswahn beruht auf einem krankhaften Reizzuwachs, der an derselben Stelle einwirkt wie die Halluzination, aber noch nicht dieselbe Höhe erreicht. Eine besondere Vorliebe hat Wernicke bei vielen Erklärungen für Organempfindungen, deren Existenz, Reizung oder Wegfall er annimmt.

Es sei genug mit der Anführung einzelner theoretischer Erklärungen. Fragen wir nach dem Sinn dieser Theorien, so ist zweierlei zu unterscheiden. Für aphasische Störungen oder allgemein für neurologisch faßbare Störungen in den Werkzeugen, in dem Unterbau des Seelenlebens, sind solche Theorien fruchtbar, weil sie zu Fragen und Nachprüfungen leiten. Hier führt ein ergebnisreicher Weg von Wernicke zu Liepmann, dem Entdecker der Apraxie, und auch zu Heilbronner, der gute assoziationspsychologische Analysen machte. Bei der Übertragung aber auf alles Seelische, bei bloßer Analogisierung hört die Theorie auf, eigentlich naturwissenschaftliche, erkenntnisfördernde Gedankenbildung zu sein. Sie ist bloß spielerische Deutung, kommt weltanschaulichem und systematischem Bedürfnis entgegen, ist eine Schematik, die Beschreibungen auf einfache Weise übersichtlich macht. Das ist Wernicke manchmal klar bewußt, wenn er z. B. sagt, daß seine Schemata „zur

Verständigung“ dienen sollen, oder wenn er dem spielerischen Drange mit den Worten Einhalt tut: „die rein deskriptive Tendenz unserer klinischen Studien nötigt uns, auf die für das Verständnis nicht unbedingt notwendigen Hypothesen zu verzichten“. Man muß sagen, daß Wernicke nur manchmal zu wunderlichen Ausartungen seiner Konstruktionen kommt, daß er vielmehr mit klarem Blick für das Anschauliche und mit ausgesprochenem Takt für Faßlichkeit und Interessantheit trotz der prinzipiell falschen theoretischen Grundgedanken eines der erheblichsten psychopathologischen Werke geschaffen hat. Kein Forscher, der nicht ignorant bleiben will, kann darauf verzichten, ihn ernsthaft zu studieren.

#### Freud<sup>1)</sup>.

Wernicke fängt mit seiner Theorie von „außen“ an, mit dem Gehirn, Freud dagegen gerade umgekehrt „von innen“, vom seelisch Verstehbaren her. Beide sehen ein tatsächliches Gebiet, beide verallgemeinern begrenzt Gültiges über das ganze Reich des Psychopathologischen und Psychologischen, beide enden in abstrakten Konstruktionen. Wenn sie auch inhaltlich und ihrem Interesse nach so entgegengesetzt sind, Wernicke gerade das absolut Unverständliche, durch Hirnvorgänge Verursachte sucht, Freud dagegen fast alle seelische Störungen (außer den greifbaren, bekannten organischen Hirnerkrankungen) restlos von innen verstehen will, so ist doch die geistige Struktur dieser Persönlichkeiten verwandt. Sie sind Gegensätze, aber auf derselben Ebene, mit gleicher Begrenztheit und Unfreiheit des Denkens. Es ist begreiflich und auch schon vorgekommen, daß sich die Theorien beider in einem Psychiaterkopfe zusammenfinden.

Freud hat in der Psychiatrie Epoche gemacht durch seinen neuen Versuch psychologischen Verstehens. Das Psychische wurde wieder sichtbar, nachdem man durch Dezennien fast nur die rationalen Inhalte (Paranoialehre), die objektiven Symptome und das Neurologische betrachtet hatte. Seit ihm ist das Verstehen wieder selbstverständlich geworden, auch bei Forschern, die von seinen Theorien nichts wissen wollen. Selbst Freud-Gegner reden jetzt, wenn auch ohne sich immer festlegen zu lassen, von der Flucht in die Psychose, von Komplexen, von Verdrängung. Aber so neu das Verstehen in der Psychiatrie war, geistesgeschichtlich überhaupt liegt bei Freud gerade hier nichts wesentlich neues vor, sondern sein eigentlich Spezifisches ist von diesem entfernteren Standpunkt gesehen die Theorienbildung, die Aufstellung der

<sup>1)</sup> Literatur zu den Freudschen Lehren: Zusammenfassend: Freud: Über Psychoanalyse, fünf Vorlesungen, Wien 1912. — Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, Wien 1917. — Pfister: Die psychoanalytische Methode. 1913. — Kritisch: Isserlin, Zeitschr. f. d. ges. Neurol u. Psych. 1. Kronfeld: Arch. f. d. ges. Psychol. 22. 1912. Bleuler: Die Psychoanalyse Freuds. Leipzig 1911. — Zuletzt Bleuler: in Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 1913. Mittenzwey: Zeitschr. f. Pathopsychol. 1. — Über die theoretischen Gedankenbildungen ist am eingehendsten Freuds Traumdeutung. Um den fruchtbarsten Teil der Freudschen Lehren kennen zu lernen, lese man vor allem: Breuer und Freud: Studien über Hysterie.

Prinzipien. Freud ist der Mediziner, der das Verstehen, statt rein und frei, nur in naturwissenschaftlich theoretisierender Gestalt treiben kann.

Freud selbst schiebt aber das Theoretische nicht in den Vordergrund, er hält sich gern an das Individuelle, erhält seine theoretischen Vorstellungen vielfach fließend, wobei er sich auf die Erfahrung beruft, die seine einzige Quelle sei und die Fixierung eines theoretischen Systems nicht zulasse. Darum ist ein Zentrum seiner Theorie schwer ergreifbar, weil in der Masse der Schriften so vielerlei gesagt ist. Man sieht nicht, daß eine Theorie festgehalten, in allen Punkten nachgeprüft und klar korrigiert würde. Falls auf solche Weise echt naturwissenschaftlich verfahren würde, wäre zu jeder Zeit die Theorie als Ganzes und in jedem Punkte klar. Aus den sehr zahlreichen theoretischen Begriffen Freuds seien einige wenige beispielshalber wiedergegeben.

Alles Seelische ist nach Freud „determiniert“, d. h. in unserem Sinne verständlich. Das ist eine Voraussetzung, die der naturwissenschaftlichen Voraussetzung, daß alles lückenlos von Kausalität beherrscht ist, in Parallele zu setzen wäre. Es gibt eine besondere psychische Kausalität, eben jene verstehbare Determiniertheit. Im bewußten Seelenleben ist diese nicht zu finden. Man muß diesem Bewußten ein Unbewußtes zu Grunde denken, für dessen Existenz die bewußten Erscheinungen die Beweise sind. Das Unbewußte ist das eigentliche Seelenleben, das direkt gar nicht ins Bewußtsein tritt, sondern erst nach Modifikationen der Gestalt vermöge einer Zensur an der Übertrittsstelle durch die Sphäre des Vorbewußten hindurch. Das Bewußtsein ist nur ein Sinnesorgan für die Auffassung psychischer Qualitäten, entweder dem Wahrnehmen oder den unbewußten Denkvorgängen zugewendet. Im Unbewußten gibt es eine Energie, welche quantitative Eigenschaften hat, abfließt, sich überträgt, sich staut. Diese Energie ist eine Affektenergie und wird schließlich zurückgeführt auf eine einzige Kraft, von Freud Sexualität, von Jung libido genannt, welche das eigentlich Treibende im Seelischen ist und in den mannigfaltigen Formen der einzelnen Triebe erscheint, unter denen der Geschlechtstrieb der hauptsächlichste ist (deswegen er den Namen für das Ganze hergibt). Aus dem Unbewußten tritt nun das Seelische nicht, wie es ist, ins Bewußtsein (das geschieht nur im ganz frühen naiven Kindesalter), sondern es macht Metamorphosen durch, die seinen eigentlichen Sinn vielfach verstecken. Die Psychoanalyse glaubt durch die verschiedenen Zensurstellen zu dem Eigentlichen hindurchzudringen, indem sie aus den mannigfaltigen Phänomenen des Bewußtseins, besonders des unwillkürlichen zurückschließt. Darum sind der Traum, die Fehlhandlungen des Alltags, die Inhalte der Neurosen und Psychosen die Hauptquelle für die Kenntnis des Unbewußten und damit der Seele überhaupt.

Für den Inhalt der Vorgänge im Unbewußten können natürlich nur verstehbare Vorgänge im Bewußten die Anschauung geben. Was Freud als Verdrängung und Zensur beschreibt, das ist als erlebte Kraft im Bewußten zu erfahren, ebenso die Flucht in Phantasien und Illusionen, die Wunscherfüllung durch sie. Ihnen gegenüber ist die einzige Heilung die Klarheit sich selbst gegenüber, die Zerstreuung von Selbst-

täuschungen, das Sichselbstdurchsichtigwerdenwollen. Sofern hier ein Pathos auf Echtheit und Wahrhaftigkeit hin liegt, wirkt Freud auf viele weltanschaulich. Aber sie erfahren dieses Pathos tiefer, geistiger bei den großen Selbstoffenbarern (Nietzsche, Kierkegaard). Freud ist mit solchen Psychologen nicht zu vergleichen. Er hält sich persönlich im Hintergrunde, er setzt sich selbst nicht ein. Er sagt, man solle seine Träume analysieren, das sei der Weg zum Begreifen der Psychoanalyse. Er gibt Traumdeutungen von anderen und bleibt selbst eine undurchsichtige Persönlichkeit — obgleich er in seinem Hauptwerk über den Traum auch eigene Träume harmloser Natur mitteilt und innerhalb bestimmter Grenzen deutet. Vor allem aber ist Freud in seinen verstehenden Zurückführungen von einer eigentümlichen Ungeistigkeit. Es ist fast immer das Größte, woraus verstanden wird. Die Masse der Menschen, die bloß Sinnlichen, der Großstadtmensch mit chaotischem Seelenleben, sie erkennen sich in der Freudschen Psychologie wieder. Man kann, statt wie Freud an das Vitale und Sexuelle, auch an das Geistige im Menschen appellieren und seine Psychologie entwickeln. Freud sieht, was durch Verdrängung der Sexualität entsteht, oft außerordentlich treffend. Aber er fragt nicht einmal, was durch Verdrängung des Geistes entsteht.

Zwischen verstehender Psychologie und der Persönlichkeit, die sich ihr zuwendet, besteht ein enger Zusammenhang. Hier fragt man darum immer zugleich nach dem Menschen, der etwas sieht, behauptet, ablehnt. Der Kampf der verstehenden Einsichten wird zu einem Kampf der Persönlichkeiten, die sich gegenseitig „verstehen“ und auf diesem Weg die Irrlehren des anderen zugleich begreifen und vernichten wollen. Freud selbst bedient sich dieses Mittels, wenn er den Widerstand von Psychologen und Psychiatern gegen seine Lehren z. B. wie folgt beurteilt: „Die Psychoanalyse will das im Seelenleben Verdrängte zur bewußten Anerkennung bringen, und jeder, der sie beurteilt, ist selbst ein Mensch, der solche Verdrängungen besitzt, vielleicht sie nur mühsam aufrecht erhält. Sie muß also bei ihm denselben Widerstand hervorrufen, den sie bei den Kranken weckt, und dieser Widerstand hat es leicht, sich in intellektuelle Ablehnung zu verkleiden . . . Wie bei unseren Kranken, so können wir auch bei unseren Gegnern häufig eine sehr auffällige affektive Beeinflussung des Urteilsvermögens im Sinne einer Herabsetzung konstatieren.“ Dies Verfahren des Kampfes gehört zur verstehenden Psychologie. So hat — allerdings unvergleichlich platter — ein Psychiater geantwortet, es handle sich um Aberglauben und Massenpsychose. Dieser Kampf des sich gegenseitig persönlich in die Seele Dringens kann boshaft, kann Kampf um Macht und Überlegenheit sein. Er kann auch Kampf in der Liebe sein, er kann die tiefste Beziehung zwischen Menschen herstellen. Die Freudsche Psychologie scheint sich vorwiegend für die erstere Art des Kampfes zu eignen. Es kommt darauf an, wer den andern in die Situation des Psychoanalysiertwerdens zwingt, die Kommunikation ist faktisch nicht auf gleichem Niveau.

Die Psychoanalyse wäre auf Freud selbst anzuwenden, diese Persönlichkeit klar durchsichtig zu machen, um die Gedankenwelt solcher



Psychologie zu begreifen. Das ist unmöglich. Man sieht den Menschen nicht deutlich in seinen Werken. Er ist in den Schriften eine Persönlichkeit von vornehmer Zurückhaltung im Gegensatz zur lauten Übertreibung und geschmacklosen Karikatur mancher seiner Schüler. Aber er desavouiert diese Schüler nicht und hat einen Teil der Verantwortung für sie. Er ist maßvoll im Vergleich zu ihnen, so überraschend und wagemutig seine Thesen auch sind. Die Schriften haben — mit einigen Ausnahmen — einen für einen Psychiater ungewöhnlichen Geschmack, seine Darstellung ist elegant, gelegentlich faszinierend. Er vermeidet weltanschaulichen Appell, gibt sich nie als Prophet und hat faktisch doch überall das weltanschauliche Interesse ausgelöst.<sup>1)</sup> Freiheit von Fesseln ohne das Pathos neuer Fesseln, Erlauben, Sichhingeben, Skepsis und Resignation, das ist eine Weltanschauung für manche Nervöse, für ästhetische Genießer, für typische Literaten, für Fanatiker und solche, die durch Psychologie Überlegenheit wollen. Man muß die Freudianer sehen, nicht um Freud mit ihnen zu verwechseln, sondern um zu begreifen, welche Kräfte und Tendenzen in seinen Werken stecken. Aber Freud selbst bleibt persönlich undurchsichtig, ein verstehender Psychologe, der, im Gegensatz zu allen großen verstehenden Psychologen der Geschichte, sich selbst versteckt hält.

Die kritische Stellung zu Freuds Lehren läßt sich etwa in folgenden Thesen fixieren, die ich in einer früheren Arbeit formulierte:

a) Bei Freud handelt es sich tatsächlich um verstehende Psychologie, nicht um kausale Erklärung, wie Freud meint.

b) Freud lehrt in überzeugender Weise viele einzelne verständliche Zusammenhänge kennen. Wir verstehen, wie ins Unbemerkte verdrängte Komplexe sich in Symbolen wieder zeigen. Wir verstehen die Reaktionsbildungen auf verdrängte Triebe, die Unterscheidung der primären, echten von den sekundären, nur als Symbole oder Sublimierungen vorhandenen seelischen Vorgängen. Freud führt hier teilweise Lehren Nietzsches detailliert aus. Er dringt weit vor ins unbemerkte Seelenleben, das durch ihn zum Bewußtsein erhoben wird.

c) Auf der Verwechslung verständlicher Zusammenhänge mit kausalen Zusammenhängen beruht die Unrichtigkeit der Freudschen Forderung, daß alles im Seelenleben, daß jeder Vorgang verständlich (sinnvoll determiniert) sei. Nur die Forderung unbegrenzter Kausalität, nicht die Forderung unbegrenzter Verständlichkeit besteht zu Recht. Mit diesem Irrtum hängt ein anderer zusammen. Freud macht aus verständlichen Zusammenhängen Theorien über die Ursachen des gesamten seelischen Ablaufs, während Verstehen seinem

<sup>1)</sup> Alle Theorien haben — wenn sie nicht bloße Spielerei sind — die Tendenz mit weltanschaulichem Enthusiasmus vertreten zu werden. Während Kohnstamms Wirkung auf kleine Kreise beschränkt blieb, ist Freud — selbst ohne alle philosophische Prophetie vom Stile nüchterner Sachlichkeit — in seiner Auswirkung geradezu zum Ausgangspunkt einer weltanschaulichen Bewegung geworden, die sich schließlich weit von ihm entfernt hat und doch von seinem Geiste lebt. Als interessanteste Erscheinungen dieser Art nenne ich: C. G. Jung: Die Psychologie der unbewußten Prozesse, Zürich, Rascher, 1917. A. Maeder: Heilung und Entwicklung im Seelenleben, Zürich, Rascher, 1918.

Wesen nach nie zu Theorien führen kann, dagegen kausale Erklärungen immer zu Theorien führen müssen (die vermutende Deutung eines einzelnen seelischen Vorgangs — nur solche einzelne Deutungen kann es geben — ist natürlich keine Theorie).

d) in zahlreichen Fällen handelt es sich bei Freud nicht um ein Verstehen, und ins Bewußtsein Heben unbemerkter Zusammenhänge, sondern um ein „als ob Verstehen“ außerbewußter Zusammenhänge. Wenn man bedenkt, daß der Psychiater akuten Psychosen gegenüber weiter nichts als Verworrenheit, Desorientierung, Leistungsdefekte oder sinnlose Wahnideen bei Orientierung konstatiert, so muß es als ein Fortschritt erscheinen, wenn es gelingt, durch „als ob verständliche“ Zusammenhänge in diesem Chaos vorläufig etwas zu charakterisieren und zu ordnen (zum Beispiel die Wahninhalte der Dementia praecox). Ebenso war es früher ein Fortschritt, wenn die Art der Verteilung hysterischer Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen aus dem verständlichen Zusammenhang mit den groben anatomischen Vorstellungen der Kranken charakterisiert wurde. Besonders die Untersuchungen Janets ergeben übrigens, daß es tatsächlich Abspaltungen seelischer Zusammenhänge bei der Hysterie gibt. Man hat es im selben Individuum in extremen Fällen mit zwei Seelen zu tun, die nichts voneinander wissen. In solchen tatsächlichen Spaltungen hat das „als ob Verstehen“ eine reale Bedeutung. Es ist eine nicht beweiskräftig zu beantwortende Frage, wie weit solche Abspaltungen vorkommen (Janetsche Fälle sind sehr selten), ob auch bei der Dementia praecox eine Abspaltung tatsächlich existiert (wie z. B. Jung und Bleuler lehren). Man wird gut tun, hier sein endgültiges Urteil zu suspendieren. Die Freudschen Forscher sind jedenfalls in der schnellen Annahme von Abspaltungen sehr unvorsichtig und die „als ob verständlichen“ Zusammenhänge, die z. B. Jung bei der Dementia praecox glaubte aufzudecken, sind zum großen Teil wenig überzeugend.

e) Ein Fehler der Freudschen Lehren besteht in der zunehmenden Simplizität seines Verstehens, die mit der Verwandlung der verständlichen Zusammenhänge in Theorie zusammenhängt. Theorien drängen zur Einfachheit, das Verstehen findet unendliche Mannigfaltigkeit. Freud glaubt nun, ungefähr alles Seelische auf Sexualität in einem weiten Sinne gleichsam als die einzige primäre Kraft verständlich zurückführen zu können. Besonders Schriften mancher seiner Schüler sind durch diese Simplizität unerträglich langweilig. Man weiß immer schon vorher, daß in jeder Arbeit dasselbe steht. Hier macht die verstehende Psychologie keine Fortschritte mehr.

## Siebentes Kapitel.

### Intelligenz und Persönlichkeit.

Bei der Untersuchung der Lebenserscheinungen entdeckt man in immer zunehmender Verfeinerung der Analyse immer neue physikalische oder chemische Einzelzusammenhänge. Das Leben aber selbst ist immer das Ganze, aus dem man solche Einzelheiten, die immer unlebendig, bloß physikalisch-chemisch, nie das Leben selbst sind, herausanalysiert. Man erkennt, daß Phänomene, die man früher für Rätsel des Lebens hielt, wohl z. T. physikalisch-chemisch erklärbar sind, aber das Leben selbst ist gar nicht tiefer erkannt worden. Es kann nur beschrieben werden; trotz der Vermehrung der Beschreibungen und damit der bewußten Kenntnis der Lebenserscheinungen und Lebensformen erklärt man nichts vom Leben. In einer gewissen Analogie hierzu steht unser Verhalten zum Seelenleben. Wir analysieren aus dem Seelenleben einzelne Zusammenhänge heraus (z. B. Leistungen des Gedächtnisses, Arbeitsfähigkeit, Assoziationsverlauf, verständliche Zusammenhänge zwischen dem Erlebnis und seinen Nachwirkungen usw.). Aber es bleiben für uns immer, je weiter wir analysierend vordringen, um so eindringlicher, gewisse Ganzheiten des Seelischen übrig, aus denen wir manches herausgelöst haben und weiter herauslösen werden, die wir aber immer auch noch als Ganzheiten zu erfassen suchen und bei der Zergliederung unserer Kranken immer beschreibend aufweisen und diagnostisch verwerten. Das Ganze aller Begabungen, aller Talente, aller Werkzeuge, die zu irgendwelchen Leistungen in Anpassung an die Lebensaufgaben brauchbar sind, nennen wir die Intelligenz. Das Ganze der verständlichen Zusammenhänge, besonders des Trieb- und Gefühlslebens, der Wertungen und Strebungen, des Willens, nennen wir die Persönlichkeit. Intelligenz und Persönlichkeit bleiben für uns immer in hohem Grade unklare Begriffe. Sie sind Ideen eines Unendlichen. Was wir damit meinen, können wir nie ausschöpfen. Den Sinn, in dem wir diese Begriffe in der Psychopathologie gebrauchen, und die Zusammenhänge, in denen sie für uns auftreten, suchen wir, so gut es angeht, klar zu machen. Dabei wird sich zeigen, daß wir nicht das „Ganze“ als solches fassen können, sondern daß wir auch hier wieder alsbald analysieren. Denn wir erkennen nicht das Ganze des Seelenlebens, auch nicht das Ganze einer individuellen Persönlich-

keit, sondern richten unsere Intention auf dieses Ganze durch konstruierte Typen (Typen der Persönlichkeit und der Intelligenz), welche selbst nicht das Ganze, sondern bloß endliche Maßstäbe sind, die uns Wege der möglichen Auffassung zeigen, ohne daß wir ans Ziel gelangten.

## Abschnitt 1.

### Die Intelligenz.

#### § 1. Analyse der Intelligenz.

Wir unterscheiden erstens die Vorbedingungen der Intelligenz, zweitens das geistige Inventar, die Kenntnisse, drittens die eigentliche Intelligenz. Zu den Vorbedingungen der Intelligenz gehören eine Fülle einzelner Funktionen des Seelenlebens, von denen wir hier nur Merkfähigkeit und Gedächtnis, Ermüdbarkeit, den Mechanismus der motorischen Erscheinungen und des Sprechapparats aufzählen, Funktionen, von denen wir früher Näheres gehört haben. Man hat in vergangenen Zeiten und auch jetzt noch im täglichen Leben diese Vorbedingungen oft mit der eigentlichen Intelligenz verwechselt. Wer kein Gedächtnis besitzt, nicht sprechen kann, immer sofort in kürzester Frist ermüdet, kann allerdings seine Intelligenz nicht zeigen. Aber wir finden dann bei ihm als Ursache die Störung einer abgrenzbaren Funktion, als deren Folge der Ausfall der Intelligenzbetätigung auftritt, nicht eine Störung der Intelligenz selbst. Die Herauslösung solcher abgrenzbarer Funktionen, die dann auch im Einzelfall erkennbar sind, ist für die Analyse und Unterscheidung der Intelligenzabnormalien von größtem Werte. Mit Stolz spricht Liepmann von dem Fortschritt, den „die Herausnahme der Aphasie sowohl wie der Apraxie aus dem undifferenzierten Schleim des Demenzbegriffes“ bildet. Man hat Aphasische in älteren Zeiten oft für Demente gehalten.

Mit der eigentlichen Intelligenz werden wir zweitens nicht den geistigen Besitzstand, die Kenntnisse verwechseln. Man kann wohl aus einem großen geistigen Besitzstand ganz allgemein auf gewisse Fähigkeiten schließen, die beim Erwerb des nun rein gedächtnismäßig Reproduzierbaren nötig waren. Aber es besteht auch da eine weitgehende Unabhängigkeit zwischen eigentlicher Intelligenz (Urteilsfähigkeit, Denkfähigkeit) und bloßer Lernfähigkeit. Man kann ganze komplizierte Gedankengebilde lernen, und im täglichen Leben wird oft Lernbegabung mit Intelligenz verwechselt. In der Psychopathologie liefert der Vergleich des Kenntnisbesitzes mit den augenblicklich noch vorhandenen nur geringen Fähigkeiten manchmal Kennzeichen des erworbenen Defektes gegenüber dem angeborenen Schwachsinn, bei dem Kenntnisse und Fähigkeiten mehr in einem begrifflichen Verhältnis zueinander zu stehen pflegen. Sehr geringe Kenntnisse sind im allgemeinen zugleich ein Zeichen von Schwachsinn, große Kenntnisse an sich kein Zeichen für Intelligenz. Eine Prüfung des Besitzstandes wird also indirekt in extremen Fällen ein Urteil über den

Schwachsinn erlauben. Viel wichtiger aber ist die Kenntnisprüfung, um zu erkunden, mit welchem Material an Inhalten ein Mensch arbeitet. Erst bei Kenntnis des Umfanges dieses Materials (des besonderen Weltbildes des Einzelnen) kann man alle seine Handlungen, sein Verhalten, seine Lebensführung verstehen, kann man sich mit dem Menschen verständigen, richtig auffassen, was er im Gespräch eigentlich meint. Je geringer der Umfang seines geistigen Besitzes ist, desto mehr können wir beobachten, daß die Bedeutungen der Worte, die er gebraucht, für ihn ganz andere sind als für uns. Die Worte, die er gebraucht, gehen ihrer objektiven Bedeutung nach über die von ihm wirklich gemeinte Bedeutung hinaus. Die Worte täuschen einen größeren Gedankenschatz vor, als der Kranke besitzt. — Wie groß der geistige Besitzstand eines Menschen ist, hängt außer von seiner Lernbegabung, seinen Interessen in der Mehrzahl der Fälle ganz vorwiegend von dem Milieu ab, aus dem er stammt, und in dem er lebt. Die Kenntnis des durchschnittlichen Niveaus im Besitzstand der verschiedenen sozialen Kreise ist daher ein wichtiger Maßstab, um ein Urteil über einen einzelnen Menschen zu gewinnen. Man kann sich den durchschnittlichen Besitzstand meistens gar nicht gering genug vorstellen<sup>1)</sup>. Rodenwaldt fand bei der Mehrzahl seiner Soldaten einen völligen Mangel an sozialer Orientierung, Unkenntnis der politischen Rechte, selbst der sozialen Gesetzgebung. Ein paar Meilen vom Heimatsort entfernt hört die geographische Orientierung auf. Von historischem Wissen war fast gar nichts festzustellen. Über die Hälfte wußte nicht richtig anzugeben, wer Bismarck war. — Bei Kenntnisprüfungen pflegt man sowohl das Schulwissen wie das Lebenswissen zu berücksichtigen. Das letztere (Kenntnisse, die aus spontanem Interesse, im Beruf erworben werden) läßt viel eher einen Schluß auf die Intelligenz zu. Erstaunlich ist, daß aber nach den bisherigen Untersuchungen die Mehrzahl der Menschen selbst im eigenen Beruf nur ganz äußerlich Bescheid weiß.

Wir wenden uns drittens der eigentlichen Intelligenz zu. Diese ist außerordentlich schwer zu fassen. Wir vermögen uns noch kaum Rechenschaft zu geben, nach welchen und nach wie viel verschiedenen Gesichtspunkten wir jemanden intelligent nennen. Es gibt sicher eine große Menge ganz verschiedener Begabungen, deren einzelne sich vielleicht noch exakt herauslösen lassen, und es existiert nicht bloß eine Reihe größerer oder geringerer Intelligenz, sondern ein verzweigter Baum sehr verschiedener Beanlagungen (ob es eine allgemeine Intelligenz, eine allgemeine Leistungsfähigkeit, die sich in jeder Beziehung zeigen muß, gibt, ist zweifelhaft).

Da gibt es den lebhaften, schnell auffassenden Menschen, der durch seine Gewandtheit allgemein besticht, und für außerordentlich intelligent gehalten wird, jedoch bei näherer Prüfung in einzelnen Dingen sich überall als durchschnittlich und oberflächlich erweist. Da

<sup>1)</sup> Rodenwaldt: Aufnahmen des geistigen Inventars Gesunder als Maßstab für Defektprüfungen bei Kranken. Monatsschr. f. Psychiatrie 17, 1905.

gibt es die praktische Intelligenz, die in jedem Augenblick schnell aus der Unsumme der Möglichkeiten das Richtige zu wählen weiß, und die theoretische Intelligenz, die im Augenblick geradezu schwach-sinnig sich verhält, aber in einsamer ruhiger Arbeit eminente Denkleistungen zu vollbringen vermag. „Ein Arzt, ein Richter oder ein Staatskundiger kann viel schöne pathologische, juristische oder politische Regeln im Kopfe haben, in dem Grade, daß er selbst darin ein gründlicher Lehrer werden kann, und wird dennoch in der Anwendung derselben leicht verstoßen, entweder weil es ihm an natürlicher Urteilskraft mangelt, und er zwar das Allgemeine in abstracto einsehen, aber ob ein Fall in concreto darunter gehöre, nicht unterscheiden kann, oder auch darum, weil er nicht genug durch Beispiele und wirkliche Geschäfte zu diesem Urteile abgerichtet worden“ (Kant).

Bei der klinischen Untersuchung sind wir noch nicht über ein paar sehr allgemeine Seiten der Intelligenz hinausgekommen. Wir legen besonderen Wert darauf, eine Anschauung von der Urteilsfähigkeit, Denkfähigkeit, dem Sinn für das Wesentliche, der Fähigkeit zum Erfassen von Gesichtspunkten und Ideen zu bekommen, die ein Mensch hat. Wer auf eine schwierigere Aufgabe erklärt, etwas nicht zu wissen, nicht zu können, scheint uns intelligenter, als wer auf ein unwesentliches Detail eingeht. Ferner ist uns neben der Urteilsfähigkeit charakteristisch die Spontaneität, die Initiative. Jemand kann auf Anforderungen hin sich als sehr urteilsfähig erweisen, sich selbst überlassen aber apathisch und stumpf herumsitzen oder im Bett liegen.

## § 2. Typen der Demenz.

Die Eigentümlichkeit des Intelligenzbegriffes als des Begriffes von einem Ganzen, dem ganzen Wesen eines Menschen, von der Begabungsseite betrachtet, bringt es mit sich, daß die Analyse immer nur einzelne Züge herausholt, die das eigentlich in diesem Begriffe Gemeinte nicht voll treffen. Wir haben daher auch eine viel bessere Anschauung von einzelnen charakteristischen Intelligenztypen als vom Intelligenzbegriff im allgemeinen. Einzelne Typen gestörter Intelligenz versuchen wir kurz zu schildern:

1. Als Intelligenz bezeichnen wir im allgemeinen eine dauernde Anlage, als Demenz einen dauernden Defekt. Wenn es nicht möglich ist, von Menschen in akuten Psychosen, verwirrten, stuporösen, ideenflüchtigen, gehemmten Zuständen irgendeine Intelligenzleistung zu bekommen, so sprechen wir nicht von Intelligenzstörung. Das tun wir nur, wenn in besonnenen, geordneten, zugänglichen Zuständen, also beim Fehlen akuter Störungen diese Leistungen nicht zustande gebracht werden können. In akuten Zuständen wagen wir meistens nicht einmal ein Urteil über die Intelligenz des Kranken, die er vor der akuten Phase hatte und nachher haben mag. Doch ist diese Trennung der dauernden und vorübergehenden Störungen nicht in jedem Falle strikt durchzuführen. Besonders die Herabsetzungen der geistigen Produktivität, die fast nur bei geistig arbeitenden Men-

schen (Künstlern, Gelehrten, Kopfarbeitern) zu bemerken sind und in vorübergehenden Phasen, langen Perioden oder schließlich dauernd bei Psychasthenischen vorkommen, sind solche schwer zu klassifizierende Störungen. Es handelt sich oft um vorübergehende Phasen, in denen die Kranken unter lebhaften Insuffizienzgefühlen leiden: sie fühlen, daß das Gedächtnis weg ist, daß sie gar nicht mehr denken können usw. Aber tatsächlich haben sie nicht nur unbegründete Insuffizienzgefühle. Sie sind wirklich konzentrationsunfähig, sie lesen wirklich mechanisch, ohne den Sinn zu erfassen, denken immer an die Art, wie sie arbeiten, sind auf sich selbst gerichtet, nicht auf die Sache. Sie verlieren wirklich die Übersicht über ihre Arbeiten, haben wirklich keine spontanen Einfälle mehr, ohne die alle Arbeit stockt. Solche Menschen haben eine Einbuße ihrer Produktivität erlitten, die vorübergehend oder dauernd sein kann. Umgekehrt treten auch Phasen ganz besonderer Produktivität, reichsten Schaffens auf. Es handelt sich in allen diesen Fällen um Veränderungen nicht der gesamten Intelligenz, sondern gerade der Produktivität. Gewöhnlich werden solche Phasen mit Depressionen und Hypomanien identifiziert.

2. Von der Einschränkung der Produktivität bei lebhafter reproduktiver Intelligenz führen mannigfache Reihen abnehmender Begabung über Dummheit und Beschränktheit zu tiefen Graden des Schwachsinnns. Es handelt sich hier einfach um eine ärmlichere Entwicklung des Seelenlebens in allen Richtungen, um eine geringere Differenziertheit, die vom normalen Seelenleben nur gradweise verschieden ist und als eine Variation menschlicher Veranlagung nach der unterdurchschnittlichen Seite hin begriffen werden kann. Auf den tieferen Stufen ähnelt das Seelenleben immer mehr dem tierischen. Bei guter Entwicklung der zum Leben nötigen Instinkte bleibt alle Erfahrung doch im sinnlichen Einzelerlebnis stecken, es wird nichts hinzugelernt, es werden keine Begriffe erfaßt, daher kein bewußt planmäßiges Handeln ermöglicht. Bei dem Fehlen allgemeiner Gesichtspunkte sind diese Menschen erst recht unfähig zum Aufschwung zu Ideen und verbringen ihr Dasein im engsten Horizont ihrer zufälligen sinnlichen Tageseindrücke. Doch zeigt sich auf der tiefsten wie auf der höchsten Stufe menschlicher Differenziertheit, daß die Begabung kein einheitliches Vermögen, sondern eine Mannigfaltigkeit vieler ungleich entwickelter Fähigkeiten ist. So fallen Imbezille oft durch Anstelligkeit in bestimmten Richtungen oder sogar durch geistige Fähigkeiten, wie Rechentalent, oder durch einseitiges Verständnis und Gedächtnis für Musik auf<sup>1)</sup>. Diese Formen angeborener Intelligenzschwäche als abnormer Artung sind zurzeit psychologisch nicht zu unterscheiden von den angeborenen organischen Schwachsinnformen<sup>2)</sup>.

3. Die angeborene Artung der Intelligenz ist wohl prinzipiell, aber nicht tatsächlich überall von der Artung der Persönlichkeit zu trennen.

<sup>1)</sup> Witzel: Ein Fall von phänomenalem Rechentalent bei einer Imbezillen. Arch. f. Psychol. 38.

<sup>2)</sup> Sollier: Der Idiot und der Imbezille. Deutsch 1891.

Die wunderlichen Erscheinungsformen, in welchen sich anscheinend hohe Leistungsfähigkeiten mit erstaunlichen Unfähigkeiten zusammenfinden, hat Bleuler neuerdings als „Verhältnisblödsinn“<sup>1)</sup> charakterisiert, weil das Verhältnis der Begabung zu den großen selbstgewählten Aufgaben kein entsprechendes und darum Versagen unvermeidlich ist. Das Verhältnis von Verstand und Strebung ist gestört. Der maßlose Trieb stellt dem Verstand Aufgaben, bringt den Menschen in Situationen, denen er nicht gewachsen ist. Diese Leute, oft mit einem vorzüglichen mechanischen und sprachlichen Gedächtnis ausgerüstet, „erscheinen dem oberflächlichen Beobachter als sehr vielseitige Denker, dem genauer Zusehenden als Konfusionäre“. Sie sind unfähig, „aus der Erfahrung brauchbare Direktiven ihres Handelns zu finden“, leiden an unkorrigierbarer Selbstüberschätzung und gänzlichem Mangel an Selbstkritik. Aus dem Drang nach Geltung, dem Bedürfnis, Eindruck zu machen, wird den zahlreich auftauchenden Assoziationen freier Lauf gelassen. Es entsteht der Anschein von Ideenflucht; aber es ist keine echte Ideenflucht, sondern ein verstehbares sich breit machen mit massenhaften „Einfällen“. Statt Gedanken zu entwickeln, wird chaotisches Wissen ausgebreitet, statt verantwortliche Wertungen und Stellungnahmen auszusprechen, wird geistreiches Wortgeklingel vorgebracht. Statt zielbewußten Denkens tritt Begeisterung und Berauschung am vermeintlich eigenen Geist, der aber nur wörtlich reproduziert, was angelesen wurde. Der Mensch täuscht durch den „an die pseudologia phantastica erinnernden Glauben, daß das, was er sagt, mehr oder weniger von ihm selbst stamme“. Zum Inhalt wählt er gern die höchsten Probleme.

4. Die erworbene organische Demenz hat sehr verschiedene Arten, die jedoch sowohl vom angeborenen Schwachsinn wie von der schizophrenen Verblödung der eigentlich Verrückten zu unterscheiden sind. Der organische Prozeß pflegt zunächst in weitem Kreise die Vorbedingungen der Intelligenz, Gedächtnis und Merkfähigkeit, manchmal auch den Sprachapparat usw. zu zerstören, so daß z. B. bei der senilen Demenz Bilder entstehen, daß ein Mensch sein ganzes Leben vergißt, nicht mehr richtig sprechen, sondern sich nur unter größten Schwierigkeiten verständlich machen kann, während man aus Benehmen und Handlungen noch die eigentümliche Art des gebildeten Menschen, seinen Sinn für das Wesentliche, unter Umständen eine gewisse Urteilsfähigkeit konstatieren kann.

In anderen Fällen arteriosklerotischer, paralytischer und hohen Graden epileptischer Demenz zerfällt infolge des Hirnprozesses zunehmend die gesamte Intelligenz. Die Kranken haben schließlich weniger Urteilsfähigkeit und weniger Neigung, auf Wesentliches ihr Augenmerk zu lenken, wie ein angeborenen Schwachsinniger, und wirtschaften dabei in ihren Äußerungen mit den Bruchstücken früheren geistigen Erwerbes, so daß im Gegensatz zum angeborenen Schwachsinn widerspruchsvolle Bilder entstehen, die unmittelbar organisch anzumuten

<sup>1)</sup> Bleuler: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 71. 1914. S. 537. Lothar Buchner: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 71:



pflügen. Die Kranken haben extreme Herabsetzung der Auffassungsfähigkeit, lassen sich in ihrem Realitätsbewußtsein von zufälligen Eindrücken ohne alle Wirkung von Gegenvorstellungen leiten, ermangeln jeder Initiative und geraten schließlich in die schwersten Zustände von Verblödung, in denen nur noch ein Körper vegetiert, während das Seelenleben tiefer steht wie das höherer Tiere.

Für alle organischen Demenzen ist bei den höheren Graden der Mangel an Krankheitseinsicht charakteristisch. Nur wenn der organische Prozeß sich im wesentlichen auf die Vorbedingungen der Intelligenz (Gedächtnis usw.) beschränkt, pflegt ein intensives Krankheitsbewußtsein zu bestehen (z. B. bei Arteriosklerose). Im Gegensatz zur paralytischen Demenz ist bei der senilen und arteriosklerotischen Demenz im Beginn ein lebhaftes Gefühl des eigenen Rückgangs oft vorhanden<sup>1)</sup>.

5. Schon bei der organischen Demenz ist es schwer, die „Persönlichkeit“ von der „Intelligenz“ zu trennen. Die schizophrene Demenz, diejenige Verblödung, an der die Mehrzahl der dauernden Anstaltsinsassen, die eigentlichen Verrückten, leiden, ist noch schwieriger von der Seite der Intelligenz her zu fassen. Ja man kann zweifeln, ob nicht hier die Intelligenz ganz intakt bleibt und alle Veränderungen auf Veränderungen der Persönlichkeit beruhen. Eine Trennung von Fällen der letzteren Art, die die Mehrzahl sind, von sicher nachweisbaren Intelligenzstörungen würde, wenn sie gelänge, von fundamentaler Bedeutung für die Auffassung dieser Krankheiten sein. Man findet keine Störungen der Gedächtnistätigkeit und der anderen Vorbedingungen der Intelligenz, keine Einbuße an Kenntnissen, sondern gerade eine Veränderung des Denkens und Handels, die man als Urteilsschwäche, als läppisch, hebephren bezeichnet. Es handelt sich hier auch um einen Mangel des Sinnes für das Wesentliche. Dazu kommt in vielen Fällen ein völliger Verlust der Spontaneität, ein Hindämmern, das nur durch Anregung, dann aber sehr auffallend unterbrochen werden kann. An Stelle einer allgemeinen Schilderung geben wir einen Fall leichteren Grades dieser Verblödung, um die Eigenart dieser Urteilsschwäche zu veranschaulichen (man halte die Produkte des Kranken nicht für absichtliche Witze):

Der Kranke Nieber ist völlig orientiert, besonnen, lebhaft, redselig und reddegewandt, jovial im Verkehr, immer bereit zu schlagfertigen oder verbindlichen Wendungen; er hat keine akute Störung. Bei der Aufnahme bittet er fußfällig um sofortige Entlassung. Er könne ja, wenn man ihn heute entlasse, gelegentlich in der Klinik vorsprechen. Jedoch geht er ohne Schwierigkeit auf die Abteilung und kommt nie wieder auf den Entlassungswunsch zurück. Anstatt dessen hat er bald andere Pläne. Er redet davon, er wolle demnächst eine Dissertation für den Dr. Ing. in Tübingen einreichen. „Es soll der Lebensplan meines Lebens darin charakterisiert werden. Ich werde sicher den Dr. bekommen,

1) Eine sorgfältige, anschauliche und sinnvolle psychologische Analyse eines fortschreitenden Schwachsinn nach Hirnverletzung im Kriege geben Eliasberg und Feuchtwanger in einer wichtigen Arbeit: Zur psychologischen und psychopathologischen Untersuchung und Theorie des erworbenen Schwachsinn. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 75. 1922. S. 516. Fruchtbar scheint ihre Beachtung der „Gesamteinstellung“ des zu Untersuchenden und des „Zerfalls und der Verarmung der Situationen“.

wenn ich keine absichtlichen Fehler mache.“ Er will in der Verwaltung der Klinik als Photograph angestellt werden, wünscht mehrere eigene Zimmer, Verpflegung erster Klasse und vieles andere. Doch verfolgt er seine Wünsche gar nicht weiter, betätigt sich vielmehr in immer wechselnden Einzelheiten, die bald wieder liegen bleiben und vergessen werden. Er macht Gedichte, unzählige Eingaben, Briefe an Behörden, an Ärzte, an andere Anstalten, an Fürsten, er schreibt eine Abhandlung: „Das Klosettpapier, Extemporalaufsatz von H. J. Nieber.“ Einige Sätze aus dem umfangreichen Schriftstück sind genügend zur Charakteristik: „Es sind schon Aufsätze geschrieben und gedruckt worden über die Unsterblichkeit des Maikäfers, über die Gefährlichkeit des Schießgewehrs und über die Diskutierbarkeit Darwinischer Deszendenzlehren. Warum sollte nicht auch eine Abhandlung über . . . Klosettpapier Anerkennung und Bezahlung finden. Ich finde den Preis von 30 Mark für ein Heft voll Schreiarbeit nicht zu hoch zugemessen. — Die sozialpolitische Seite dieses Themas soll besondere Beachtung finden. Ich lasse darum eine Statistik folgen, die dem Kleinpolitiker sowohl, wie auch dem Nationalökonom eine willkommene Handhabe zu Erörterungen bietet . . . usw.“ Der Kranke zeichnet mit unendlicher Sorgfalt einen Wechsel mit all den üblichen Strichelungen des Papiers und schickt ihn an die frühere Anstalt zur Bezahlung der ihm gewährten Kost: „Es scheint mir der Betrag von 1000 Mark für Verpflegung einschließlich Ärztehonorar ausreichend.“ Auf Fragen in der Unterhaltung überrascht er immer wieder durch eigentümliche Wendungen: „Psychiatrie ist nichts anderes als die Untersuchung des Rechts und der Rechtswohltaten in ihrem Verhältnis zum Menschen.“ „Ich stehe auf dem Standpunkt, daß es geistige Erkrankungen nicht gibt.“ „Die Psychiatrie hat ja auch die Aufgabe, Leuten, die nicht zum Erwerbsleben geboren sind, eine Existenz zu bieten.“ — Man kann geneigt sein, Reden und Benehmen solcher Menschen als Verulkung ihrer Umgebung zu deuten. Aber davon ist keine Rede. Ihr ganzes Leben ist so und wird ohne irgendwelche ernstliche Strebungen jahrzehntelang in den Anstalten fortgesetzt.

6. Nach der Genese, die mit Unterschieden der psychologischen Charaktere zusammentrifft, wurde unterschieden zwischen angeborenem Schwachsinn und durch einen Prozeß erworbener Demenz; unter der letzteren wieder die organische und schizophrene Demenz. Eine ganz andere Genese haben Zustandsbilder, die uns ohne weiteres als Schwachsinn anmuten, aber nicht auf angeborenen oder erworbenen krankhaften Vorgängen, sondern zum großen Teil auf das sehr abnorme Milieu zurückzuführen sind, in dem die Menschen lebten: sozial bedingter Schwachsinn. „Schlechte Erziehung, mangelhafter Schulbesuch, andauernde Entbehrung geistiger Anregung, Einengung des Interesses auf den Broterwerb und die Erhaltung des vegetativen Ich, schlechte Ernährung, unregelmäßiges Leben — sind ohne Zweifel Umstände, hochgradige Defekte des Wissens und Urteils und eine im ganzen ausschließlich egoistische, moralisch tiefstehende Denkrichtung zu erzeugen“ (Bonhoeffer). Bei Bummlern aller Art, Dirnen, wohlhabenden Rentnern, die von Kindheit an nie etwas getan und erlebt haben, in langdauerndem Sanatoriumsleben infolge körperlicher Erkrankung oder nervöser Beschwerden verarmten Menschen, bei langjährigen Anstaltsinsassen aller Art beobachtet man verschiedene Formen solchen auf das Milieu zurückzuführenden Schwachsinn.

7. Verwechselt werden Intelligenzdefekte mit akuten Zuständen, mit Veränderungen in Depressionen, Hypomanien, Verwirrtheiten. Ferner werden sie leicht verwechselt mit dem Versagen aller Fähigkeiten in der Affekterregung, in der Emotionsstupidität (Jung), wie

sie nicht nur im Examen, sondern auch bei der ärztlichen Untersuchung und bei vielen irgendwie aufregenden Gelegenheiten bei dazu veranlagten Menschen entsteht. Schließlich liegt eine Verwechslung mit Intelligenzstörungen nahe bei den Pseudodemenzzuständen der Haftpsychosen, die sich u. U. bei relativer Besonnenheit lange Zeit hinziehen können, aber allein auf die Wirkung des Haftkomplexes bei hysterischer Veranlagung zurückgeführt werden müssen und ausnahmslos in Heilung übergehen.

### § 3. Untersuchung der Intelligenz<sup>1)</sup>.

Wie gewinnen wir ein Urteil über die Intelligenz eines Menschen? Immer nur aus den tatsächlichen Leistungen, die zustande gebracht wurden, und aus dem Verhalten bei Gelegenheiten, wo Aufgaben an ihn herantreten. Schließlich reicht ein ganzes Leben, wenigstens in den engen Bahnen, in denen die meisten Menschen ihr Leben führen müssen, nicht aus, um alle Anlagen der Intelligenz in die Erscheinung treten zu lassen. Die Kenntnis der Lebensschicksale und Leistungen ist die wichtigste Quelle für unser Urteil über die Intelligenz. Doch begnügen wir uns damit nicht. Wir machen klinische Untersuchungen, wir möchten in kurzen Explorationen ebenfalls ein begründetes Urteil gewinnen. Dies gelingt auch in gewissem Grade, obgleich selbst in der Klinik manchmal zufällige Beobachtungen einen tieferen Einblick gewähren als planmäßige Untersuchungen. Diese entwickeln sich aus der gewöhnlichen Unterhaltung heraus, welche immer ein Quell unseres Urteils über die Begabung der anderen ist. Sie wird es noch mehr, wenn wir als Ärzte bestimmte, durch vielfache Erfahrung als brauchbar erwiesene Fragen stellen (Unterschiedsfragen, z. B. Unterschied zwischen Irrtum und Lüge, Wissen und Glauben usw., Rechenaufgaben nicht eingelernter Art, z. B. 117—29, Fragen nach der Art, wie der Kranke zu seiner Situation Stellung nimmt, wie er Dinge aus seinem Berufsleben und seinen persönlichen Verhältnissen beurteilt usw.). Schließlich hat man versucht, kompliziertere Methoden auszuarbeiten. Z. B. stellt man die Aufgabe, in einem Text, aus dem viele Worte und Silben ausgelassen sind, diese sinngemäß zu ergänzen (Ebbinghaus' Ergänzungsmethode), man läßt Bilder aus dem Gedächtnis beschreiben (Aussageversuch von Stern), Geschichten wieder erzählen usw. In diesen Fällen sucht man auch zahlenmäßig die Leistung zu bewerten.

<sup>1)</sup> Vgl. mein Referat, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Teil 1. 1910. S. 401. — Am besten orientiert: Stern: Die psychologischen Methoden der Intelligenzprüfung und ihre Anwendung bei Schulkindern. 2. Auflage, Leipzig 1916. — Über die Untersuchung von Kindern nach der Methode Binet-Simon, vgl. Berichte von Bobertag: Zeitschr. f. angew. Psychol. 3. 1909. S. 230—259. 5. 1911. S. 105—203. 6. 1917. S. 495—518. An der letzten Stelle die Gesamtergebnisse. Im letzten Heft Arbeiten von Bloch und Chotzen. Vgl. ferner: Bloch: Über Intelligenzprüfungen an normalen Volksschulkindern und Hilfsschulkindern. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 17 S. 23.

Das Ergebnis der bisherigen Erfahrungen in der Untersuchung der Intelligenz ist: man kann für jede Begabungsrichtung nur ein Urteil gewinnen, wenn Leistungen in dieser selben Richtung vorliegen. Aus Leistungen im Ergänzungsversuch, in Gedächtnisversuchen usw. kann man keinen sicheren Schluß auf Leistungen in anderen Richtungen ziehen. Wir sind wohl imstande, uns bei Heranziehung aller Quellen (Anamnese, Unterhaltung, Versuch) ein gewisses Bild von der Intelligenz eines Menschen zu machen, diese aber nicht für alle möglichen Fälle und Aufgaben endgültig zu beurteilen. Eine Intelligenzprüfung, die etwa in jungen Jahren ein Urteil darüber erlaubte, zu welchen Berufen und Leistungen ein Mensch tauglich sei, wenn es sich nicht um relativ einfache technische Leistungen und bloße Eigenschaften des psychophysischen Apparates handelt, ist ein völlig utopisches Verlangen. Nur die im Laufe der Lebensentwicklung oft völlig überraschend auftretenden Erfolge und Mißerfolge erlauben nachträglich ein Urteil. Doch kann man wohl in extremen Fällen schlechter Veranlagung den Kreis der Zukunftsmöglichkeiten einschränken. Praktisch ist es möglich, aus einer Masse zu einer bestimmten Arbeit sich meldender Individuen eine Anzahl relativ am besten geeigneter experimentell auszuwählen, wenn man einzelne Irrtümer in Kauf nimmt. Ohne Zweifel gilt das z. B. beim Auslesen der untauglichen Farbenblinden. Aber wenn man auf diese Weise auch für die geistigen Berufe auswählen will, so läuft man Gefahr, vielleicht die Geistigsten gerade als untauglich zu befinden.

Bei aller quantitativen Beurteilung der Intelligenz ist zu unterscheiden die größte Höhe einmal möglicher Leistungen und das Verhältnis richtiger und falscher, brauchbarer und unbrauchbarer, wertvoller und wertloser Leistungen bei einem Menschen (Bleuler). Es kommt vor, daß ein im allgemeinen nach dem zweiten Gesichtspunkt als wenig intelligent angesehener Mensch eine nach dem ersten Gesichtspunkt hohe Leistung zustande bringt und umgekehrt.

## Abschnitt 2.

### Die Persönlichkeit.

#### § 1. Die Abgrenzung des Begriffs.

Es ist überall in der Psychopathologie für jede Fragestellung und jede Untersuchung das erste Erfordernis, sich relativ bestimmter Begriffe eindeutig zu bedienen. Kein Begriff aber ist wohl so vieldeutig und so wechselnd gebraucht wie der Begriff der Persönlichkeit. Um den zwei großen Problemkreisen: der Erforschung abnormer Persönlichkeiten und der Erforschung des Zusammenhangs zwischen der bestimmten Art einer Persönlichkeit und bestimmten Psychosen, näher treten zu können, müssen wir unbedingt den Begriff der Persönlichkeit begrenzen.

Wir sehen die Persönlichkeit in der besonderen Art, in der sich das Trieb- und Gefühlsleben eines Menschen äußert, in seiner

Weise, Situationen zu erleben, auf sie zu reagieren, in der Weise, wie er liebt, wie er eifersüchtig wird, wie er sein Leben führt, welche Bedürfnisse er hat, und welche Sehnsucht ihm eigen ist, welche Ziele er sich steckt, wie er Ideale und welche Ideale er bildet, welche Wertungen ihn lenken usw. Mit einem Worte: Persönlichkeit nennen wir die individuell verschiedene Gesamtheit der verständlichen Zusammenhänge des Seelenlebens. Damit machen wir drei Abgrenzungen:

1. Nicht alles Verstandene rechnen wir zur Persönlichkeit. Ganz abgesehen von den nicht genetisch, sondern statisch verstandenen phänomenologischen Elementen rechnen wir auch nicht alle genetisch verständlichen Zusammenhänge zur Persönlichkeit. Wir verstehen z. B. allgemein und ohne alle persönliche Beziehung, wie ein plötzlicher Sinneseindruck die Aufmerksamkeit auf sich lenkt, wir verstehen die faszinierende Gewalt des Neuen usw. Alle diejenigen psychischen Zusammenhänge, die wir für sich isoliert betrachten, die das Verständnis nicht über sich hinaus auf Gesamtzusammenhänge hinweisen, die wir wie lauter Bruchstücke, welche für sich wohl von innen gesehen sind, in der Hand haben, rechnen wir nicht zur Persönlichkeit. Wir sagen geradezu, daß alle diese von uns abstrahierten Vorgänge etwas eigentümlich Unpersönliches haben, obgleich wir sie verstehen. Wenn das psychische Geschehen ausschließlich aus solchen Bruchstücken zusammengesetzt ist wie in der ausgebildeten akuten Psychose, so reden wir überhaupt nicht mehr von Persönlichkeit (die übrigens hier in der Ratlosigkeit, in plötzlichen klaren Urteilen gelegentlich doch im Hintergrund des akuten Vorganges als individuelles Wesen noch zu bemerken ist).

2. Nicht alles individuell Variierende rechnen wir zur Persönlichkeit, nicht z. B. den Unterschied im Vorwiegen kinästhetischen, akustischen oder visuellen Vorstellungslebens, die Unterschiede des motorischen oder sensorischen Reaktionstypus bei Reaktionsversuchen usw.; mit einem Worte, nicht die individuellen Variationen des psychophysischen Apparats, der der Persönlichkeit unterbaut ist. Nur das, was wir als individuell variierend in dem eigentümlichen Ganzen der genetisch verständlichen Zusammenhänge ansehen, ist uns eine Seite der Persönlichkeit<sup>1)</sup>.

3. Nicht immer reden wir bei der Gesamtheit der verständlichen Zusammenhänge von Persönlichkeit. Wir verstehen z. B. beim tiefstehenden Idioten die Fesselung der Aufmerksamkeit durch ein blendendes Licht, die Flucht vor einem erschreckenden Gegenstand, und wir machen uns ein Gesamtbild von den verständlichen Zusammenhängen seines Seelenlebens. Und doch fassen wir ihn kaum als Persönlichkeit auf. Es muß bei dem Individuum, das Persönlichkeit ist, ein Gefühl seiner selbst vorhanden sein, ein individuelles Ich-

<sup>1)</sup> Über Variationen des Psychischen überhaupt vgl. Stern: Die differentielle Psychologie, Leipzig 1911.

gefühl. Damit meinen wir nicht das abstrakte Ichgefühl, das in völlig identischer Weise alle psychischen Vorgänge begleitet, sondern das Ichgefühl, das sich seiner selbst als eines besonderen Ich bewußt ist. Es ist gegenüber dem bloßen Ichbewußtsein das Persönlichkeitsbewußtsein. Wo gegenüber den niedrigen Stufen des Seelenlebens diese ihrer selbst sich bewußte Persönlichkeit aufhört, ist im Einzelfalle manchmal nur willkürlich zu entscheiden.

Zusammenfassend können wir also nun sagen: Alle psychischen Vorgänge, sofern sie über sich hinaus auf einen individuellen und durchgehends verständlichen Zusammenhang hinweisen, der von einem Individuum mit dem Bewußtsein seines besonderen Selbst erlebt wird, konstituieren die Persönlichkeit.

Damit ist der Begriff der Persönlichkeit jedoch noch nicht genügend umrissen. Zu all den verständlichen Zusammenhängen, den Triebregungen und Gemütsbewegungen, den Reaktionen, Handlungen, Zielen und Idealen denken wir immer eine Anlage hinzu, die sich in diesen aktuellen, bewußten Seelenvorgängen kundgibt. Auch diese Anlage nennen wir die Persönlichkeit. In ihr denken wir die außerbewußte Disposition zu dem Ganzen der verständlichen Zusammenhänge hinzu und deuten damit an, daß diese Persönlichkeitsanlage — die in den Zusammenhängen ihrer Erscheinungen durchgehends verständlich ist — in ihrem wirklichen Dasein als Ganzes unverständlich und z. B. durch Vererbungsregeln zu erklären ist. Je nach den besonderen Richtungen der Untersuchung betonen wir im Begriff der Persönlichkeit mehr diese Anlage oder mehr die aktuellen verständlichen Zusammenhänge: beide Seiten werden jedoch immer im Begriff mitgedacht. Der Begriff der Persönlichkeitsanlage ist aber durchaus in einem engeren Sinne zu gebrauchen als der der Anlage überhaupt. Dies wird durch folgende zwei Abgrenzungen deutlicher:

1. Es handelt sich bei der Persönlichkeitsanlage nicht um die gänzlich außerseelischen Anlagen, z. B. des physischen Organismus zu bestimmten physischen Erkrankungen, etwa bei hinzukommender luetischer Infektion zur Paralyse. — 2. Alle Leistungsfähigkeiten der psychophysischen Apparate, Gedächtnisfähigkeiten, Ermüdbarkeit, Übungsfähigkeit usw., alle diese Grundeigenschaften des psychophysischen Mechanismus, alle Begabungen, die Intelligenz, mit einem Worte alle Werkzeuge, die wohl Bedingungen der Persönlichkeit und ihrer Entwicklung, aber nicht sie selbst sind, dürfen wir nicht mit der Persönlichkeit zusammenwerfen, wenn wir in diesen komplizierten Dingen überhaupt Scheidungen anstreben. Besonders der enge gegenseitige Zusammenhang zwischen Intelligenz und Persönlichkeit darf uns nicht veranlassen, beide als eins aufzufassen. Jene ein Werkzeug, das wir prüfen, messen, seinen Leistungen nach bewerten können, diese ein im Ich seiner selbst bewußter Zusammenhang; jene ein passives Material in den Händen dieser aktiven Persönlichkeit, mit dem sie nach ihren Interessen, Zielen und Bedürfnissen arbeitet; jene eine Bedingung, durch die diese Persönlichkeit erst möglich ist und sich entwickeln kann, diese eine Kraft, die jenes Werkzeug erst arbeiten

läßt, das ohne sie ungenützt verkümmern würde. Der Begriff der Verblödung oder des Schwachsinn, wie er üblicherweise gebraucht wird, bezieht sich sowohl auf eine Zerstörung der Intelligenz als auch auf eine Zerstörung der Persönlichkeit. Man muß sich immer bewußt sein, in welchem Sinne man ihn brauchen und verstanden wissen will.

Schließlich müssen wir noch einen Sinn des Wortes „Persönlichkeit“ angeben, der auf keinen Fall mit unserem Begriffe der Persönlichkeit verwechselt werden darf. Man spricht davon, ein Mensch besitze Persönlichkeit, ein anderer nicht. Dann meinen wir mit dem Ausdruck „Persönlichkeit“ ein Ideal größter Einheit bei größtem Reichtum eines Individuums, dem sich dieser Mensch in Anpassung an die tatsächlichen Lebensumstände mehr oder weniger annähert. Widerspruchslosigkeit im Denken und Handeln, Konsequenz, Zuverlässigkeit, kommt dieser idealen Persönlichkeit zu. Die Persönlichkeit als konsequenter Denker, als widerspruchslos konstant motivierter Wille, die Persönlichkeit als künstlerische Lebensgestaltung wird hier gewertet. Man spricht von den verschiedenen Typen idealer Persönlichkeiten z. B. dem Ideal des „Weisen“ und führt Goethes Wort an: „Höchstes Glück der Erdenkinder ist nur die Persönlichkeit.“ Mit all diesen Persönlichkeitsbegriffen haben wir es gar nicht zu tun, es sei denn um die Variationen der empirischen Persönlichkeiten durch den Abstand von solchen idealen Maßstäben konstruktiv zu übersehen.

## § 2. Die Richtungen in der Analyse der Persönlichkeit.

Das Erfassen und Analysieren von Persönlichkeiten wird in ähnlichen Begriffen und mit ähnlichen Methoden seit langen Zeiten von Psychologen, Menschenkennern, Philosophen und Psychiatern geübt<sup>1)</sup>. Was alle diese charakterologischen Bestrebungen von der biographischen Erfassung einzelner Persönlichkeiten unterscheidet, ist ihre Richtung auf das Typische, auf das allgemein Formulierbare. Steht der Biograph der unendlichen Aufgabe der Erfassung einer konkreten

---

<sup>1)</sup> Man vgl. die S. 208 aufgezählten Schriften, in denen „verstehende Psychologie“ — allerdings nie rein, sondern immer unter allen möglichen Bewertungen und philosophischen Erwägungen — niedergelegt ist. Eine Analyse von Persönlichkeiten (Charakterologie) ist nach den früheren Versuchen von Kant, Bahnsen, Paulhan u. a., neuerdings von Klages: *Prinzipien der Charakterologie*, Leipzig 1910, gegeben worden. Dazu sind die Arbeiten von Klages aus den *Grapholog. Monatsh.* und seine „Probleme der Graphologie“ heranzuziehen. Die sehr knappe, gedrängte, inhaltsreiche Darstellung von Klages ist in den grundlegenden Prinzipien einigermaßen deutlich, in den Einzelheiten oft schwer verständlich. Eine bestimmte Wertung zieht sich gegen den Willen des Autors durch das ganze Buch. — Von psychiatrischen Schriften ist auf die plastischen aber begriffslosen Schilderungen von Kraepelin (z. B. in seinem Lehrbuch: *Der hysterische Charakter*) und Förel: *Verbrechen und konstitutionelle Seelenabnormitäten*, München 1907, zu verweisen. Birnbaum leitet eine Darstellung der psychopathischen Persönlichkeiten, Wiesbaden 1909, zwar aus systematisch entwickelten formalen Prinzipien ab; doch täuscht diese Form über den Mangel begrifflicher Durcharbeitung in den Einzelheiten hinweg. Aus früheren Zeiten: Koch: *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*, Ravensberg 1891.

Persönlichkeit gegenüber, zu der ihm die Charakterologie eventuell einige Hilfsmittel, aber auch nur solche, liefern kann, hat der Charakterologe die Aufgabe, die blassen Typen, diese Schemata, die im Gegensatz zur konkreten Persönlichkeit bis in alle Enden klar durchsichtig sind, zu erfassen und mit ihnen, wenn möglich, die ganze Spannweite, in der sich menschliche Persönlichkeitsartung bewegt, auf Begriffe zu bringen. Zu dieser Aufgabe hat ihm die Sprache die reichsten Hilfsmittel gegeben. Klages zählt in der deutschen Sprache 4000 Worte, die Seelisches bezeichnen und durchweg auf Persönlichkeitsmomente gerichtet sind. Und Klages hat gewiß Recht, daß die unendlich feinen Nuancen, die wir in den einzelnen Bezeichnungen, erfassen, dem gemeinen Gebrauch der Worte abhanden gekommen und durch tieffühlende Definitionen zu erhalten sind. Hat der Psychologe in den als Mechanismus erfaßten Gebieten des Psychischen seine Not, nur genügende Termini zu finden, so hat er hier unter der erdrückenden Fülle Schwierigkeiten, die tiefsten und prinzipiellsten Persönlichkeitsdifferenzen zu finden. Nicht ein System der Charakterologie ist daher zurzeit möglich, sondern man kann in der Durcharbeitung der vorliegenden Analysen nur lernen, im unmittelbaren Verständnis psychologisch zu erfassen, das Erfasste zu formulieren, und sich Beweglichkeit, Vorsicht und Vorurteilslosigkeit in solchen Bemühungen zu erwerben.

Bei der Persönlichkeitsforschung kommt es immer auf ein Verstehen umfassender Zusammenhänge an. Aus der Analyse muß immer wieder die Synthese des eigentümlichen Ganzen, das wir Persönlichkeit nennen, hervorgehen. Nicht das Auflesen unendlich zu häufender einzelner Momente, die eventuell von psychologischer Bedeutung sind, kann zum Ziel führen. Dieses Anhäufen kann nur Vorarbeit und Materialsammlung sein<sup>1)</sup>. Um Persönlichkeiten zu erforschen, wollen wir nicht bei einem chaotisch angehäuften Stoff von Einzelheiten stehen bleiben. Wir wollen wissen, welche menschlichen Charaktereigenschaften für unser Verständnis sich gegenseitig voraussetzen oder sich widersprechen, welche Eigenschaften mit bestimmten anderen für unser Verständnis verbunden sind, welche sich ausschließen. Solche Einsichten werden durch tiefes Versenken in Persönlichkeiten, durch lebhaftes Mitfühlen und reiche Erfahrung in seelischem Erleben gewonnen. Man „versteht“ dann, daß z. B. ein Schwacher und Elender, der nicht rechtschaffen und ehrlich gegen sich ist, hämisch, gehässig, neidisch, rachsüchtig auf

<sup>1)</sup> In diesem Sinne ist das psychographische Schema und die psychographische Untersuchungsrichtung des Instituts für angewandte Psychologie (Zeitschr. f. angew. Psychol. 3. 1909. S. 163; 5. 1911. S. 409; Beiheft 4, 1911, siehe auch A. Mann; Zur Psychol. und Psychographie der Aufmerksamkeit. Zeitschr. f. angew. Psychol. 9. 1915. S. 459) als ein technisches Hilfsmittel zur Materialsammlung auch in den Händen von Anfängern und relativ Unkundigen geeignet. Irgendwelche Ergebnisse kann nur die Verarbeitung solchen Materials liefern. Jenes psychologische Fragenschema erstreckt sich übrigens auf alles, was individuell variiert, schließt also auch die gesamte Psychopathologie in sich, nicht bloß die Persönlichkeitsforschung. Ein umfangreiches pathographisches Schema möglicher Fragen hat E. Stern entworfen. Arch. f. Psychiatr. 61. 1919. S. 328.



reicher beanlagte, glückliche, starke Menschen sein muß, wie seelische Armut mit Verbitterung verknüpft ist. Man versteht, daß der Willenschwache auch eigensinnig, der sexuell Übersättigte bigott, der in seinen Trieben grob Sinnliche, Eitle, welcher aber in einem Kreise lebt, in dem er von edler Menschlichkeit theoretisch lernt, gegen sich und andere verlogener sein kann usw. Solchen Einsichten verstehender Psychologen, die nur selten auftauchen, müssen wir nachspüren, sie anwenden und zu einem Bestandteil der Lehre machen. Wenn einzelne Elemente solcher verstandener Zusammenhänge irgend vorkommen, können wir daraus aber nicht auf die Wirklichkeit auch der anderen schließen. Ein verständlicher Zusammenhang kann als Ganzes selten oder häufig vorkommen, er bleibt immer das uns einleuchtende idealtypische Persönlichkeitsgebilde, an dem wir die wirklichen Individuen messen. Es ist von solchen verstandenen Korrelationen, die nur in eindringendem Versenken überhaupt zu eigen gemacht werden, eine ebenfalls berechnete, aber bisher unfruchtbare Untersuchungsrichtung durchaus zu unterscheiden, die Korrelation zwischen Charaktereigenschaften auf statistischem Wege durch Zählung ihrer Häufigkeit des Zusammenvorkommens zu finden<sup>1)</sup>. Diese objektive Untersuchung steht jener subjektiven, verstehenden als etwas ganz Heterogenes gegenüber. Was kann sie uns lehren? Erstens die Häufigkeit des wirklichen Zusammenvorkommens verständlich zusammengehöriger Eigenschaften. Zweitens die Häufigkeit des Zusammenvorkommens für unser Verständnis nicht zusammengehöriger Eigenschaften. Da die Frage, was eine „Eigenschaft“ ist, ganz und gar von der Vorarbeit verstehender Psychologie abhängt, kann Korrelationsberechnung nur auf Grund verstehender Psychologie möglich sein. Bei den bisher erhobenen Enqueten sind die Persönlichkeiten, die die Fragebogen ausfüllen, diejenigen, welche die verstehende Psychologie anwenden. Die auf der Hand liegenden Einwände gegen die Methoden können jedoch nicht genügen, diesem Wege jede Bedeutung abzuspochen. Man darf ihn aber keineswegs für den einzigen Weg zur Untersuchung menschlicher Persönlichkeiten halten wollen. —

Versuchen wir uns nun — wenn auch in großer Kürze — eine Vorstellung zu machen von den Grundkategorien der verstehenden Persönlichkeitsanalyse: Im Anschluß an Klages unterscheiden wir die formalen Persönlichkeitsmerkmale, die er die Struktur des Charakters nennt (zur Struktur gehören z. B. Temperamentsunterschiede), von den Qualitäten der Persönlichkeit, ihren Trieben, Begierden, Strebungen Interessen. Dieselben Qualitäten können ein ganz verschiedenes Persönlichkeitsbild geben je nach der Strukturform, in welcher gewissermaßen als einem Medium sie sich aktualisieren.

In der Struktur der Persönlichkeit ist wiederum dreierlei zu unterscheiden: 1. Die Schnelligkeit der Gefühlserregbarkeit, die Dauer der Gefühlswellen, die Reagibilität. Das sind die Unterschiede

<sup>1)</sup> Heymans: Über einige psychische Korrelationen, Zeitschr. f. angew. Psychol. 1. 1908. S. 313. Heymans und Wiersma: Zeitschr. f. Psychol. 51.

des „Temperaments“, die zwischen dem phlegmatischen und sanguinischen schwanken. Klages legt dar, daß die Temperamentsform immer in dem Verhältnis zwischen Größe der inneren Triebkräfte und Größe des Widerstandes und der Hemmungen beruht, daher dieselbe sanguinische Reaktionsweise sowohl auf geringen Hemmungen wie auf starken Triebkräften beruhen kann. — 2. Die vorherrschende Lebensstimmung, die zwischen der melancholischen und der euphorischen, zwischen dem Dyskolos und dem Eukólos schwankt. — 3. Die formalen Eigenschaften der Willensvorgänge schwanken zwischen starker Willensbetonung und Willensschwäche. Die Willensbetonung tritt als aktive in Energie, Tatkraft, Spontaneität des Handelns, als passive in Beharrlichkeit, Zähigkeit, Widerstandskraft, in reaktiver Weise als Eigensinn und Halsstarrigkeit auf.

Diesen Strukturformen stellt Klages als Qualität des Charakters das System der Triebfedern gegenüber (Charakter im engeren Sinne gegenüber Temperament, Lebensstimmung und formaler Willensveranlagung). In dieser eigentlichen Persönlichkeit finden wir eine Scheidungslinie, die uns in anderer Form schon begegnet ist: den Trieben steht der Wille, den ohne Wissen in den Triebrichtungen gesuchten Zwecken stehen die bewußten Ziele und Zwecke, den bloß gefühlten Qualitäten der Welt der Gegenstände die bewußt erkannten und beurteilten Werte gegenüber. Auf der einen Seite der ganze Inhalt der Persönlichkeit, des Stoffes, aus dem sie gebildet ist, auf der anderen Seite der Wille, der, aus diesem Stoff selbst hervorgewachsen, doch ihn gestaltet, ihn hemmen, unterdrücken oder fördern und anregen kann, der aber nichts zu ihm hinzuzutun vermag. Diesen Willen selbst kann man wieder als einen Trieb auffassen und ihn allen anderen Trieben gegenüberstellen. In ihm ist immer im subjektiven Erleben etwas von Beherrschung, von Selbsterhaltung, von Bewußtheit, von Aktivität, in allen anderen Trieben subjektiv (nicht objektiv) etwas von einfachem Geschehenlassen, von Selbsthingabe, von Unbewußtheit, von Passivität. Auf der Seite des Willens und des Selbsterhaltungstriebes steht alle Vernünftigkeit (Sachlichkeit, Geschmack, Pflichtgefühl, Gewissen) und aller Egoismus (Erwerbssinn, Ehrgeiz, Vorsicht, List). Auf der Seite des Trieblebens und der Selbsthingabe steht alle Begeisterung (Erkenntnistrieb, Wahrheitsliebe, Schönheitsdurst, Liebe) und alle Leidenschaftlichkeit (Habsucht, Machtbedürfnis, Geschlechtstrieb, Rachsucht)<sup>1)</sup>.

Bei solchen Aufstellungen von Charaktertypen begegnen uns immer wieder Gegensatzpaare. Während empirische Charakteranalyse in der unendlichen Verwicklung jedes einzelnen Menschen jederzeit das Wort bestätigt findet: er sei kein ausgeklügeltes Buch, vielmehr ein Mensch mit seinem Widerspruch, ist es das Merkmal konstruktiver Aufstellungen — die ihrerseits das unvermeidliche Mittel empirischer

<sup>1)</sup> Die eingehendere Darstellung bei Klages gehört zum Besten, was über Charakterologie geschrieben ist.

Forschung sind —, daß sie in solchen polaren Gegensätzen sich bewegen. Es ist die Aufgabe, die Gegensatzpaare möglichst präzise zu gewinnen, sie in ihrem Sinne zu bestimmen und zu kennen, sie nicht mit der Wirklichkeit des Menschen zu verwechseln, vor allem: nicht alle Gegensatzpaare in einen großen Gegensatz verschwommen ineinanderfließen zu lassen<sup>1)</sup>. Eine ideale Charakterologie würde eine geordnete Systematik aller möglichen scharf bestimmten Gegensätze gleichsam als die Mathematik der grenzenlosen empirischen Analyse voranzustellen haben.

### § 3. Persönlichkeitstypen.

Die spezielle Psychiatrie stellt Gesamtbilder abnormer Persönlichkeiten schildernd dar. In solchen Gesamtbildern kommen nicht nur alle Seiten der Persönlichkeit, sondern auch die bei ihnen häufiger vorkommenden einzelnen seelischen Anomalien (Zwangsvorstellungen u. dgl.), Anfälle, körperliche Erscheinungen usw. vor. Nur Typen der Persönlichkeit ohne jenen Gesamtkomplex abnormer Erscheinungen können dagegen hier unser Gegenstand sein.

Wir unterscheiden zwei Arten abnormer Persönlichkeiten: 1. die abnormen Persönlichkeiten, die nur eine vom Durchschnitt abweichende Veranlagung darstellen, die extremen Variationen menschlicher Artung; 2. die eigentlich krankhaften Persönlichkeiten, die durch Veränderung einer früheren Anlage infolge eines hinzukommenden Prozesses entstanden sind. — Die erstere Gruppe kann offenbar ebenso wie die normale Persönlichkeit nur mit den charakterologischen Kategorien, von denen wir oben einige kennen lernten, untersucht werden:

Was die Struktur der Persönlichkeit betrifft, so kennen wir abnorm erregte und abnorm phlegmatische, abnorm heitere und abnorm depressive, schließlich abnorm willensschwache Menschen. Der abnorm Erregte (Sanguiniker) reagiert auf alle Einflüsse schnell und lebhaft, ist sofort Feuer und Flamme, ebenso schnell klingt seine Erregung aber wieder ab. Er führt ein unruhiges Leben, lebt immer in Extremen. Manchmal verbindet sich mit dem sanguinischen Temperament eine heitere Lebensstimmung, manchmal aber fehlt diese, und es besteht dann das typische Bild der gereizten, gequälten, hastigen, zu allen Extremen neigenden unruhigen Seele. Das Gegenbild des Phlegmatischen, der durch nichts aus seiner passiven Ruhe zu bringen ist, der gar nicht reagiert, und wenn er es doch tut, nur langsam und dann mit langer Nachwirkung, ist leicht zu verstehen. Diese Menschen

<sup>1)</sup> Aufstellung eines Gegensatzpaares, das dann über die Maßen viel Heterogenes aufnehmen muß und wieder undeutlich wird, wenn auch im Zentrum eine klare Anschauung stand, charakterisiert m. E. die letzten charakterologischen Versuche von psychiatrischer Seite: C. G. Jung: Psychologische Typen, Zürich, Rascher, 1921. E. Kretschmer: Körperbau und Charakter (im zweiten Teil), Berlin 1921, 2. Aufl. 1922 (bei Kr. finden sich übrigens im einzelnen trefflich formulierte Intuitionen).

kommen kaum zum Arzt. — Der abnorm heitere (euphorische) Mensch ist immer übersprudelnd glücklich, über alles, was ihm geschieht, selig, immer zufrieden und selbstbewußt. Jede glückliche Stimmung bringt eine gewisse Erregung, auch motorische Erregung mit sich. Der Depressive nimmt alles schwer, ist immer trüber Stimmung, sieht überall die schlimmen Möglichkeiten. — Die willensschwachen Menschen gliedern sich in viele Typen<sup>1)</sup>. Da gibt es Menschen, die überhaupt niemals eine Energie, niemals eine Willensanstrengung aufbringen können, die alles gehen lassen, dann die Haltlosen, die bei großer momentaner Energie doch nicht bei einer Sache bleiben, sondern immer neuen Impulsen nachgeben usw.

Die abnormen Variationen in der Qualität des eigentlichen Charakters, des Systems der Triebe und Gefühlsanlagen, sind für das Wesen der Persönlichkeit noch viel tiefgreifender als die Variationen der Struktur. Während wir in allen abnormen Strukturformen doch uns wesensverwandte Charaktere finden, tut sich hier bei den Gemüts- und Triebanlagen sehr viel schneller ein Abgrund auf zwischen den verschieden beanlagten Menschen. Einzelne Triebanlagen, z. B. perverse sexuelle Triebrichtungen, können bestehen, ohne der Gesamtpersönlichkeit notwendig einen wesentlich (qualitativ) anderen Stempel zu geben. Doch beginnen schon in manchen Fällen bei den abnormen sexuellen Anlagen in den eigentümlich kalten, asexuellen Persönlichkeiten und den manchmal merkwürdig sensiblen, feinfühligem, aber doch anscheinend die ganze Welt in einer anderen Beleuchtung sehenden Homosexuellen tiefgreifende Variationen der Wesensveranlagung. Unter den ausgeprägten Variationen der Charaktere ist von der Psychopathologie fast nur die moral insanity häufiger untersucht worden. Mit diesem Namen bezeichnet man die Wesensabnormität der Persönlichkeiten, die am Ende einer Reihe von Übergängen die extremen und selten vorkommenden Grade des „geborenen Verbrechers“ darstellen<sup>2)</sup>. Starke verbrecherische, zerstörende Triebe bei völliger Unempfindlichkeit für Recht, Eltern- oder Freundesliebe, eine ihnen selbstverständliche Grausamkeit bei einzelnen merkwürdig anmutenden Gefühlsregungen (z. B. Liebe zu Blumen), Fehlen jedes Geselligkeitstriebes, jeder Arbeitslust, Gleichgültigkeit gegen andere und gegen ihre eigene Zukunft, Freude am Verbrechen als solchem, dabei ein unerschütterliches Kraft- und Selbstbewußtsein, eine völlige Unerziehbarkeit und Unbeeinflussbarkeit lassen uns diese Wesen fremd und weit aus der durchschnittlichen Art geschlagen erscheinen. —

Den bisherigen Typen reihen sich zwei weitere Persönlichkeitstypen an, die für uns von besonderem Interesse sind, die psychasthenische und die hysterische Persönlichkeit.

1. Alle Charakter- und Temperamentsarten können als psychasthenische auftreten. Sie heißen so, wenn ein Moment von Schwäche,

1) Birnbaum: Die krankhafte Willensschwäche und ihre Erscheinungsformen, Wiesbaden 1911.

2) Longard: Arch. f. Psychiatr. 43.

Kraftlosigkeit, Herabminderung der Wirkung im Vordergrund steht. Die Triebe sind schwach, matt, die Gefühle wenig lebendig, der Wille kraftlos, die Leistungsfähigkeit in allen Richtungen gering. Man kann diesen Typus nicht besser bezeichnen, als wenn man bildlich von einem Mangel an psychischer Kraft spricht. Es ist kein Zweifel, daß es innerhalb der verschiedenen Richtungen der angeborenen Variationen auch etwas Derartiges gibt. Näher fassen und präzisieren läßt es sich zurzeit noch nicht.

2. Hysterisch nennt man in der Psychiatrie mehreres: körperliche Symptome (hysterische Stigmata), vorübergehende seelisch abnorme Zustände mit Bewußtseinsveränderungen (accidents mentaux) und den hysterischen Charakter. Der gemeinsame Name ist nicht zweckmäßig, zumal man als hysterischen Charakter im Sprachgebrauch sehr Heterogenes zusammenfaßt. Janet sagt mit Recht: „Die Hysterie kann Sittliche und Lasterhafte befallen. Man darf nicht auf Rechnung der Krankheit Charakterzüge setzen, die sich ohne sie gerade so verhalten hätten.“ Der hysterische Charakter ist häufig, aber nicht immer mit den hysterischen Mechanismen verbunden. Aber auch die Charaktertypen, die man hysterisch nennt, sind noch sehr mannigfaltig<sup>1)</sup>. Will man den Typus irgendwie schärfer fassen, so kommt man immer wieder auf einen Grundzug: anstatt sich mit den ihr gegebenen Anlagen und Lebensmöglichkeiten zu bescheiden, hat die hysterische Persönlichkeit das Bedürfnis, vor sich und anderen mehr zu scheinen, als sie ist, mehr zu erleben, als sie erlebensfähig ist. An Stelle des ursprünglichen, echten Erlebens mit seinem natürlichen Ausdruck tritt ein gemachtes, geschauspielertes, erzwungenes Erleben; aber nicht bewußt „gemacht“, sondern mit der Fähigkeit (der eigentlichen hysterischen Begabung), ganz im eigenen Theater zu leben, im Augenblick ganz dabei zu sein, daher mit dem Schein des Echten. Daraus leiten sich verständlich alle weiteren Züge ab. Der hysterischen Persönlichkeit ist schließlich gleichsam der Kern ganz verloren gegangen, sie besteht nur noch aus wechselnden Schalen. Ein Schauspiel löst das andere ab. Da sie in sich nichts mehr findet, sucht sie alles außer sich. Sich selbst und anderen macht sie das Dasein von intensivem Erleben durch übertriebene Ausdrucksbewegungen, denen die adäquate seelische Grundlage fehlt, glaubhaft. Alles, was einen starken Reiz von außen bedeutet, zieht sie an: Skandal, Klatsch, berühmte Persönlichkeiten, alles Wirkungsvolle, Maßlose, Extreme in Kunst- und Weltanschauungen. Um sich ihrer Bedeutung gewiß zu sein, müssen hysterische Persönlichkeiten immer eine Rolle spielen, sie suchen sich überall interessant zu machen, selbst auf Kosten ihres Rufes und ihrer Ehre; sie sind unglücklich, wenn sie auch nur kurze Zeit unbeachtet, unbeteiligt sind, weil sie sich sofort ihrer Leere bewußt werden. Sie sind darum maßlos eifersüchtig, wenn andere ihnen ihre Stellung oder Wirkung beschränken. Gelingt es auf keine

<sup>1)</sup> Vgl. Kraepelins Schilderung in dessen Lehrbuch, und Klages: Die Probleme der Graphologie, S. 81 ff.

andere Weise, so ziehen sie durch Krankheit die Aufmerksamkeit auf sich und führen das Theater des Märtyrers, des Leidenden auf. Dabei sind sie unter Umständen rücksichtslos gegen sich selber in der Zufügung von Leiden (Verletzungen), sie haben gradezu einen Willen zur Krankheit — falls ihnen nur eine entsprechende Wirkung auf andere verbürgt erscheint. Um das Erleben hinaufzuschrauben und neue Wirkungsmöglichkeiten zu finden, wird schließlich zur anfangs bewußten Lüge gegriffen, die bald zur völlig unbewußten und selbst geglaubten „Pseudologia phantastica“ sich entwickelt<sup>1)</sup>: Selbstanklagen, Bezichtigung anderer wegen erfundener sexueller Attentate, Auftreten und Benehmen in fremder Umgebung, als ob sie eine bedeutende Persönlichkeit, reich, adlig seien. Hierbei täuschen die Kranken nicht nur die anderen, sondern sich selbst, sie verlieren das Bewußtsein der eigentlichen Realität, ihre Phantasie wird ihnen zur Wirklichkeit. Jedoch gibt es auch hier Unterschiede. Im einen Fall besteht völlige Unwissenheit über die Unwahrheit: „Ich wußte nicht, daß ich log.“ Im andern Fall ging ein Wissen nebenher: „Ich log, aber ich konnte nicht anders“<sup>2)</sup>. Je mehr das Theatralische sich entwickelt, desto mehr geht diesen Persönlichkeiten jede echte, eigene Gemütsbewegung ab, sie sind unzuverlässig, keiner dauernden Gefühlsbeziehung mehr fähig, nirgend wirklich tief. Nur noch ein Schauplatz nachgemachter und theatralischer Erlebnisse, das ist der extrem ausgebildete Zustand der hysterischen Persönlichkeit.

Das Wesen der hysterischen Persönlichkeit ist seit langem verstehenden Psychologen klar gewesen. Schon Shaftesbury sprach von dem „Enthusiasmus, der sozusagen aus zweiter Hand ist“. Feuerbach schildert „die Empfindelheit, welche durch das nicht Empfundene, bloß als empfunden Vorgestellte den inneren Sinn gleichsam zwangsweise kitzelt, in welcher der Mensch bloße Grimassen von Empfindungen als wirkliche sich selbst und anderen aufzulügen sucht, und wodurch er, sobald ihm dieses habituell geworden, sich den Quell der gewissesten Wahrheit, nämlich das Gefühl, bis in dessen innerste Tiefen für immer vergiftet. Verstellung, Lügenhaftigkeit, Falschheit, Tücke und was allem diesem anhängt: das sind die Saaten, die, wo nicht notwendig, doch sehr leicht, alsdann aber üppig wuchern, in einer Seele aufgehen, welcher es zur Gewohnheit geworden ist, mit ihren eigenen Gefühlen gleichsam Fälscherei zureiben. Überdies ersticken die wahren Gefühle sehr leicht unter den erlogenen; und so ist es erklärbar, warum sich die Empfindelheit mit der entschiedensten Gefühllosigkeit und Starrheit des Gemüts, sogar mit Grausamkeit sehr wohl verträgt.“ —

Überschauen wir alle die „abnormen“ Persönlichkeitstypen, die wir als Variationen menschlicher Veranlagung auffassen, so fragen wir wohl, was ist denn das Gemeinsame, das Abnorme? Darauf ist keine eindeutige Antwort möglich. Wir müssen uns immer bewußt bleiben, daß „abnorm“ nie eine tatsächliche Feststellung, sondern immer eine Bewertung ist, und zwar Bewertung unter den verschiedensten Gesichtspunkten: Zweckmäßigkeit für Erhaltung der Art, für Lebensglück, für alle möglichen Leistungsfähigkeiten, Nähe und Ferne gegenüber

<sup>1)</sup> Delbrück: Die pathologische Lüge, Stuttgart 1891, und viele Aufsätze in den Zeitschriften. Zuletzt: Ilberg: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 15, 1913. Vgl. Stelzner: Zur Psychologie der verbrecherischen Renommisten, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 44. 1919. S. 391.

<sup>2)</sup> Wendt: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 68 S. 482.

den Idealen von Persönlichkeiten usw. Sachlich können wir immer nur Variationen der Art feststellen. Jedoch pflegen wir die seltensten Variationen durchaus nicht im höchsten Maße abnorm zu nennen. Wir untersuchen nur praktisch vorwiegend solche, die in die ärztliche Sprechstunde und in die Klinik kommen. Eine Form der Bewertung tritt besonders häufig mit dem Mantel sachlicher Bedeutung auf: man will das Gemeinsame der Abnormen in einer „Disharmonie“ der Anlage, einem Mangel an Gleichgewicht in der Anlage (*désequilibré*) finden. Auch hier handelt es sich nur um eine allgemeine Rubrik, die wissenschaftlich wenig bedeutet. —

Allen bisher besprochenen abnormen Persönlichkeitstypen als Variationen der Anlage stehen die krankhaften Persönlichkeiten gegenüber, die durch einen Prozeß erst geworden sind. Die Tatsache, daß die meisten Geisteskrankheiten mit einer für uns merkbaren Veränderung der Persönlichkeit einhergehen, hat geradezu zu dem Satz geführt: Geisteskrankheiten sind Krankheiten der Persönlichkeit. Doch ist das in dieser Absolutheit ein Dogma, denn wir können Geistesranke mit Sinnestäuschungen oder gar Wahnideen sehen, die für uns in dem betreffenden Stadium keine merkbare Veränderung der Persönlichkeit darbieten. Ferner gibt es akute Psychosen, in denen man bei der völligen Zerstückelung des Seelenlebens in einzelne unzusammenhängende Akte überhaupt nicht mehr von einer Persönlichkeit reden kann, bei denen man aber zwischendurch in der Ratlosigkeit, in gelegentlichen Fragen und Urteilen plötzlich eine natürliche, einfühlbare, unveränderte Persönlichkeit spürt, die nur für eine Zeitlang gleichsam unterdrückt ist.

Allen durch einen Prozeß krankhaften Persönlichkeiten ist gegenüber den abnormen Variationen etwas gemeinsam, das wir Einschränkung oder Zerfall der Persönlichkeit nennen. In allen diesen Fällen sprechen wir daher von „Verblödung“. Mit diesem Wort meinen wir dann zusammenfassend alle Störungen der Intelligenz, des Gedächtnisses usw. und die Veränderung der Persönlichkeit. Am auffallendsten ist der Zerfall bei den bekannten organischen Gehirnprozessen wie der Paralyse (analog bei schwerster Arteriosklerose, bei der Huntingtonschen Chorea und anderen organischen Hirnerkrankungen). Die Einzelschilderung kann nur eine breitere spezielle Psychiatrie geben. Generell ist wichtig, daß manchmal gewisse bestimmte Charakterzüge durch solche Prozesse zu entstehen scheinen: so ist die Witzelsucht bei manchen Hirntumoren, der Galgenhumor der Alkoholiker, der religiöschwärmerische, verlogene oder die pedantisch sorgfältige Art der Epileptiker, die Euphorie der multiplen Sklerose u. a. aufgefaßt worden. Zum Teil werden sich diese Züge durch dieselbe Vorstellung begrifflich machen lassen, die für manche andere Veränderungen zutrifft: es fallen durch den Prozeß die erworbenen Hemmungen fort, alles Triebhafte setzt sich sofort in die Tat um, es gibt keine Gegenvorstellungen und Gegenstrebungen mehr. Angeregte Vorstellungen wirken sich hemmungslos aus. So läßt sich ein Paralytiker durch geeignete Vorstellungen schnell ins Weinen und wieder ins Lachen bringen („Inkon-

tinenz der Affekte“). Kommt zu dem Fortfall der Hemmungen die Zerstörung des Gedächtnisses und der Intelligenzfunktionen, ferner das Auftreten selbständiger positiver Symptome, wie Erregungen u. dgl., so entsteht ein komplexes, schwer analysierbares Bild. Zur Veranschaulichung mag das Verhalten einer paralytischen Persönlichkeit hier noch Platz finden:

Ein tüchtiger und unbescholtener Kaufmann in Wien verläßt im 33. Lebensjahre seine Stellung. Nach einigen Tagen ist er in München und entwendet hier seinem Zimmergenossen ein Portemonnaie mit 60 M., eine Uhr und eine Weste. Am nächsten Tage kauft er sich ein Motorrad für 860 M., bezahlt mit einem Tausendmarkschein, hat noch mehrere Tausendmarkscheine bei sich und außerdem ein Portemonnaie mit etwa 250 Einpfennigstücken. Er versteht nicht das Rad zu fahren und schiebt es fort. Am folgenden Tage läßt er in Nürnberg sein Motorrad reparieren. Dabei erzählt er, er wolle nach Karlsruhe weiterfahren, wo er praktischer Arzt sei. Er erweist sich jedoch des Fahrens unkundig und wird von der Firma veranlaßt, mit der Bahn nach Karlsruhe zu fahren, das Rad sich aber nachschicken zu lassen. Das Rad kommt nach einigen Tagen von Karlsruhe als unbestellbar zurück. In Karlsruhe, einige Tage später, begeht der Kranke Diebstähle im Hotel. Gestohlene Schuhe verkauft er für 3 M. beim Schuhmacher. Bei diesem gibt er sich als Redakteur der Badischen Landeszeitung aus und erzählt, er wolle nach Amerika fahren. Dann kauft er sich 3 Paar Strümpfe und einen photographischen Apparat, wird jedoch am Abend verhaftet und nach Heidelberg in die Irrenklinik gebracht. Hier ist der verwahrloste Mann ganz ohne Einsicht für seine Lage, meint zu allen den Diebstählen, ein jeder stolpere einmal, im übrigen fügt er sich zufrieden und apathisch in seinen Aufenthalt. Er läßt sich beliebige Gedanken einreden. Sein Gedächtnis und seine Merkfähigkeit sind sehr schlecht. Er spricht jeden Unsinn in den Tag hinein. Die sofort konstatierten körperlichen Symptome nehmen bald zu, und es entwickelt sich der schwere paralytische Blödsinn.

Eine ganz besondere Stellung nehmen die durch einen Prozeß entstandenen Persönlichkeiten ein, die der großen Gruppe der *Dementia praecox* angehören und von Bleuler schizophoren genannt worden sind. Die Mehrzahl der dauernden Anstaltsinsassen gehört hierher. Die Mannigfaltigkeit dieser Persönlichkeiten von einer leichten Veränderung im Wesen nach der Seite eingeschränkter Verständlichkeit hin bis zu fast völligem Zerfall ist eine sehr große. Worin das Gemeinsame besteht, ist schwer zu erkennen. Schon die alte Psychiatrie suchte die „gemütliche Verblödung“ zu charakterisieren, jetzt betont man dazu die mangelnde Einheitlichkeit in Denken, Fühlen und Wollen, den Widerstreit zwischen Gemütsbewegung und jeweiligem Vorstellungsinhalt, die Unfähigkeit, die Wirklichkeit als Wirklichkeit aufzufassen und in ihrer Bedeutung bei sich zur Geltung kommen zu lassen (Bleulers autistisches Denken: in sich und die Phantasien ohne Rücksicht auf die Realität eingesponnenes Denken). Man kann Störungen der Intelligenz, die jedenfalls viel seltener eine Rolle spielen, und die Veränderung der Persönlichkeit schwer trennen. Viel leichter als objektiv ist subjektiv (in der Wirkung auf den Beobachter) das Gemeinsame zu bezeichnen. Alle diese Persönlichkeiten haben etwas eigentümlich Unverständliches, Fremdes, Kaltes, Unzugängliches, Starres, Versteinertes, selbst wenn sie besonnen und sprachlich zugänglich sind, sich sogar gern aussprechen. Man glaubt sich eventuell mit den weitest von uns ent-



fernten Veranlagungen verstehen zu können, gegenüber diesen Menschen fühlt man einen gar nicht näher zu bezeichnenden Abgrund. Diese Menschen finden aber bei sich selbst gar nicht unverständlich, was uns rätselhaft ist. Sie laufen von Hause weg und geben nichtige Gründe an mit dem Bewußtsein, daß diese zureichend seien. Sie ziehen aus Situationen und Tatsachen nicht die nahelegendsten Konsequenzen, besitzen gar keine Anpassungsfähigkeit, eine rätselhafte Eckigkeit, Gleichgültigkeit. Der historisch berühmteste Typus ist die hebephrene Persönlichkeit, die als eine Hypertrophie und ein Stehenbleiben der läppischen und jungenhaften Züge des Pubertätsalters charakterisiert wurde. Bei näherem Eindringen in das Wesen dieser Menschen müssen sicher eine große Anzahl von Typen aufgestellt werden, die wir jetzt noch nicht unterscheiden. Von der alle Maßen übersteigenden scheinbaren Gleichgültigkeit völlig besonnener und klarer Kranker gibt folgende Unterhaltung ein anschauliches Beispiel:

Die französische Kranke spricht mit liebenswürdigem, gesellschaftlichem Lächeln und verbindlichster Ausdrucksweise ohne jede Erregung mit dem Arzte. „Wie geht es ihnen, Frau Lehmann?“ „Danke, sehr gut.“ „Wollen Sie noch lange bei uns bleiben?“ „Nein, ich warte, daß Monsieur Lehmann mich abholt. Sind Briefe da?“ „Ja, schon lange habe ich Briefe von Monsieur Lehmann!“ „Ah! Kann ich sie bekommen!“ „Nein, die sind an mich.“ „Ah! da muß eine Mitteilung gemacht werden.“ „Nein, da ist nichts mitzuteilen. An wen denn?“ „An Monsieur Lehmann, er soll mich abholen.“ „Aber Monsieur Lehmann ist von Ihnen geschieden.“ „Ah! nein!“ „Doch, ich habe die Ehescheidungsakten, da steht's drin.“ „Ah! ich bin geschieden! Das muß man meinen Verwandten mitteilen.“ „Sie haben doch keine Verwandten, die Sie aufnehmen wollen.“ „Ah! was macht man denn da!“ „Ja, Sie müssen wohl immer bei uns bleiben.“ „Ah! aber nein!“ „Ja sicher.“ „Meinen Sie?“ „Ja sicher! Nun guten Abend.“ „Guten Abend, Herr Doktor!“

Nur beispielsweise mag eine gewisse Art hebephrener Persönlichkeit durch folgenden Brief veranschaulicht werden, den der durchaus besonnene und geordnete Kranke schrieb, nachdem er bei einem Spaziergang außerhalb der Anstalt seinem Vater entsprungen ist, jedoch von diesem sofort wieder ergriffen wurde:

„Herzliebster Papa! . . . Leider hattest du mich nicht verstanden, ich bin wirklich nicht im geringsten krank, Du hättest sofort Schritt laufen sollen, durch Dein Galopptempo bin ich leider jetzt wieder in der Anstalt. Warum bist Du mir nachgelaufen und hast mich nicht verstanden. . . . Hoffentlich siehst Du es ein, daß mir nicht das Geringste fehlt. . . ., da Du wohl begreifen wirst, daß ich unbedingt wieder zu meinen Klavierauszügen muß. Ich bitte Dich nochmals herzlichst um Verzeihung, daß Du Dich beim Nachlaufen ein wenig echauffiert hast. . . . Seid mir bitte nicht böse darum, ich grüße und küsse Euch alle herzlichst Euer sich grämender, weil aus der Anstalt nicht entspringen konntender könnender, nicht können konntender (neuestes Wort!!!) Karl. Holt mich doch recht bald!“

Manche Kranke leichteren Grades sprechen sich selbst über ihr verändertes Wesen aus. Sie sind „weniger aufgeregt“, „vertiefen sich nicht mehr so wie früher, reden aber viel mehr“, bemerken, daß sie ins Reden kommen und nicht mehr aufhören, ohne dabei irgendwie aufgeregt zu sein. Sie beobachten, daß sie manchmal sinnlos in die Ecke starren, weniger leistungsfähig sind. Manche können nur

sagen, daß „eine tiefe Veränderung“ mit ihnen vorgegangen ist. Sie fühlen die „Abnahme der Elastizität“, fühlen sich weniger erregbar wie früher. Die leichteste Persönlichkeitsveränderung besteht in einem gleichsam Kälter- und Steiferwerden. Die Kranken nehmen an Regsamkeit ab, werden stiller, haben weniger Initiative.

#### § 4. Beziehungen zwischen Art der Persönlichkeit und Art der Psychose.

Dies Problem hat von jeher die Psychopathologen aufs äußerste interessiert. In früheren Zeiten nahm man ganz allgemein an (Heinroth, Ideler), daß Psychosen aus der Persönlichkeit herauswachsen, sei es durch Sünde, sei es durch gewucherte Leidenschaften. Später in der Zeit vorherrschender anatomischer Betrachtungsweise schaltet dies Problem ziemlich ganz aus, bis es in unseren Tagen wieder lebhaft erörtert wurde. Um uns in diesem verwickelten Problem zurechtzufinden, erledigen wir zunächst einige Selbstverständlichkeiten: Daß die Psychosen der Menschen verschieden sind, daß eine Psychose atypisch auftritt, dieses und ähnliches legt man mit Recht einer individuellen Prädisposition, einer individuellen Anlage zur Last, die man aber nur fordert, nicht irgendwie bestimmter aufzeigen kann. Daß diese außerseelische Anlage von der Persönlichkeit prinzipiell zu sondern ist, haben wir oben besprochen. — Ferner ist es selbstverständlich, daß der Inhalt jeder Psychose vom Inhalt der früheren Lebenserfahrung abhängig ist, daß z. B. das Beschäftigungsdelir des Deliranten beim Schuhmacher und beim Wirt spezifisch verschieden ist. — Schließlich wissen wir, daß alle Psychosen je nach der Höhe der Differenzierung des Seelenlebens, nach der Stufe der Intelligenz, nach Kulturkreis und persönlicher Lebenssphäre verschieden sind<sup>1)</sup>. Mit allem diesem haben wir es hier nicht mehr zu tun, sondern mit der Frage, ob Zusammenhänge bestehen zwischen bestimmten aufzeigbaren Persönlichkeitsarten und bestimmten Psychosen.

Auch diese Fragestellung ist noch mehrdeutig. Um uns noch klarer zu werden, müssen wir uns die Tatsache vergegenwärtigen, daß jede Persönlichkeit im Laufe des Lebens sich verändert. Nehmen wir als einen weiteren Fall die uns schon bekannte Persönlichkeitswandlung durch einen Prozeß hinzu, so können wir folgende vier Arten von Veränderungen unterscheiden: 1. Jede Persönlichkeit macht im Wachstum die verschiedenen Lebensperioden durch und wird jeweilig die Eigentümlichkeiten des betreffenden Lebensalters besitzen. Soweit wir diese Persönlichkeitsarten als Erscheinungen der bestimmten Lebensalter begreifen, reden wir von einem „Wachstum der Persönlichkeit“. — 2. Auf dieser Grundlage finden nun andere Persönlichkeitsentwickelungen statt. Abhängig von der Umgebung, von Lebensschicksal und besonderen Erlebnissen wandeln sich die

<sup>1)</sup> Das ist selbst bei den schwersten organischen Psychosen, wie der Paralyse, bemerkbar, z. B. bei der Paralyse Maupassants oder Nietzsches.

menschlichen Persönlichkeiten oft in tiefgreifender Weise, ohne daß dem Alter eine andere Rolle als die einer Vorbedingung gegeben werden könnte. Diese aus Erlebnis und Eigenart in Wechselwirkung entspringenden Veränderungen nennen wir die „Entwicklungen einer Persönlichkeit“. Beispiel sind die Verbitterung abhängiger Menschen, die Abstumpfung durch dauernde schwerste Körperarbeit, durch ein eingreifendes und das Gemüt belastendes Geschick. — 3. Unabhängig von den Phasen der Altersstufen gibt es noch Schwankungen in der Erscheinungsform der Persönlichkeit, die als spontane (endogene) Phasen auftreten. Von Zeit zu Zeit ändert sich ohne Grund das Temperament, tritt geistige Arbeitsunfähigkeit oder besondere Produktivität auf, besteht Neigung zu hysterischen Erscheinungen. Diese sehr mannigfaltigen vorübergehenden Phasen treten manchmal mehr als Veränderungen einzelner seelischer Phänomene, manchmal als Änderungen im ganzen Habitus der Persönlichkeit auf. — 4. Von allen diesen Fällen ist die uns schon bekannte Veränderung der Persönlichkeit zu trennen, die durch einen Prozeß zu einer bestimmten Zeit für immer eintritt.

Die „Entwicklungen einer Persönlichkeit“ und die vorübergehenden „Phasen“ können nun so auffallend und von dem Gewöhnlichen abweichend sein, daß wir sie als krankhaft auffassen. So entwickelt sich aus dem Eifersüchtigen in Wechselwirkung mit den besonderen Umständen ein Mensch mit wahnhafter Eifersucht, aus dem Rechtshaberischen ein Querulant, aus dem mißtrauischen Zuchthäusler ein Mensch mit wahnhaften Verfolgungsideen. Die Phasen treten von den häufigen leichten Andeutungen bis zu ausgebildeten Psychosen manischer, depressiver und anderer Art auf.

Jetzt können wir die Frage nach der Beziehung zwischen Persönlichkeit und Psychose in die drei Fragen teilen je nach der Beziehung zur „Entwicklung einer Persönlichkeit“, zur „Phase“ und zum „Prozeß“. 1. Es liegt im Begriff, daß die Entwicklung einer Persönlichkeit eben aus der ursprünglichen bekannten Persönlichkeit verständlich hervorgeht. Hier ist der Zusammenhang ein sehr inniger. Es handelt sich um eine „Hypertrophie des Charakters“. Es besteht eine Beziehung zwischen einem „sensitiven Charaktertypus“ und einer paranoischen Umsetzung von Erlebnissen<sup>1)</sup>, zwischen hysterischem Charakter und hysterischen Mechanismen, die zu Umsetzungen in Bewußtseinstrübungen führen (z. B. Ganserscher Dämmerzustand). 2. Zur zweiten Frage, der Frage der Beziehung der Persönlichkeit zur bestimmten Art einer Phase, besitzen wir die gründlichste Arbeit aus diesem ganzen Problembereich<sup>2)</sup>. Reiß konstatierte: Einfache, periodische und echt zirkuläre Formen von Stimmungs-erkrankungen, psychogen gefärbte Verstimmungen, melancholieartige Bilder und gehemmte

1) Kretschmer: Der sensitive Beziehungswahn. Berlin 1918.

2) Reiß: Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Klinische Untersuchungen über den Zusammenhang von Anlage und Psychose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 2 S. 347.

Depressionen fanden sich in gleicher Weise bei den verschiedensten Typen von Stimmungsveranlagung. Jedoch fand Reiß im allgemeinen die Tatsache, daß bei heiterer Veranlagung die manischen, bei ausgesprochen depressiver Veranlagung die traurigen Verstimmungszustände überwiegen, und daß besonders die ausgesprochensten gemüthlichen Veranlagungen besonders zu gleichartigen Psychosen neigen. Die zirkulären Gemütskrankungen dagegen waren von der dauernden Stimmung und dem dauernden Temperament völlig unabhängig und standen diesem ohne jede Beziehung als etwas ganz Fremdes gegenüber. — 3. Die dritte Frage, ob überhaupt und wieweit ursprüngliche Persönlichkeitsanlage und Prozeß eine Beziehung zueinander erkennen lassen, läßt sich zur Zeit überhaupt nicht beantworten. Man hat wohl die Vermutung gehabt, daß Schizophrene vor der Erkrankung besonders häufig verschlossene, nicht anpassungsfähige, einsame Naturen sind, empfindlich gegen alle Realitäten, egozentrisch (nicht notwendig egoistisch), schüchtern, ohne Gleichgewicht, selbstquälerisch, mißtrauisch, verstiegen, unsicher, oft schwärmerisch, metaphysisch gerichtet; oder man hat die auffallende Beobachtung gemacht, daß in Familien, in denen einzelne Glieder an einem Prozeß erkrankt waren, andere Gesunde einen „hebephren“ anmutenden Charakter hatten<sup>1)</sup>. Solche retrospektiven Eindrücke sind prognostisch angesichts ähnlicher Charaktertypen durchaus nicht zu verwerten. — Eine Beziehung zwischen bekannten Gehirnprozessen (Paralyse u. a.) und ursprünglicher Persönlichkeit (nie zu verwechseln mit der Gesamtveranlagung) scheint auf keinen Fall zu existieren.

Außer nach der Beziehung zwischen Persönlichkeit und Psychose kann man fragen, ob sich bestimmte Persönlichkeitstypen gern in einem Individuum zusammenfinden oder sich im Gegenteil ausschließen. Hierher gehört die interessante Beobachtung, daß Stimmungsanomalien und Neigung zu Stimmungserkrankungen sich fast niemals bei Verbrechern, dagegen relativ häufig bei geistig hochstehenden differenzierten Naturen finden. — Ferner kann man fragen nach der Beziehung zwischen Persönlichkeitstypen und einzelnen seelischen Anomalien, wie Zwangsvorstellungen, Phobien, Sinnestäu-

<sup>1)</sup> Anamnestisch sucht Künkel: Die Kindheitsentwicklung der Schizophrenen Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 48. 1920. S. 254. die große Häufigkeit ungewöhnlichen Charakters in der Kinderzeit bei späteren Schizophrenen nachzuweisen. Er gruppiert nach Kraepelin: 1. stille, scheue, zurückgezogene Kinder, die für sich lebten (autistische), 2. reizbare, empfindliche, aufgeregte, nervöse und eigensinnige (reizbare), 3. träge, arbeitsscheue, untätige (asoziale), 4. lenkbare, gutmütige, gewissenhafte, fleißige, Musterkinder, die sich von allen jugendlichen Unarten fern hielten (pedantische). — Kretschmer hat eine besonders enge Beziehung zwischen dem prämorbidem Charakter und der Schizophrenie behauptet, ohne meines Erachtens empirisch weiter gekommen zu sein (trotz Heranziehung von Erbbiologie und Konstitutionslehre). Es scheint bei ihm und anderen der Sinn verloren gegangen zu sein für den abgründigen Unterschied zwischen Persönlichkeit und Prozeßpsychose. Letztere erscheint nur wie ein Gipfel der Persönlichkeitsentwicklung an den Knotenpunkten von Erbzusammenhängen. Damit wären die verschwommensten Vorstellungen wieder erlaubt.

schungen usw. Friedmann meint Zwangsvorstellungen besonders häufig bei willensschwachen und kritischen Menschen beobachtet zu haben. Janet glaubt die engste Beziehung vorhanden zwischen der psychasthenischen Persönlichkeit und all den von ihm zur Psychasthenie gerechneten Symptomen. Die nahe Beziehung zwischen dem hysterischen Charakter und den durch hysterische Mechanismen hervorgerufenen körperlichen (Stigmata) und seelischen Erscheinungen (Dämmierzustände usw.) gilt allgemein als ziemlich selbstverständlich. Doch gibt es über alle diese Dinge nirgends genauere statistische Untersuchungen.

## Achtes Kapitel.

# Die Synthese der Krankheitsbilder.

Wir haben unter verschiedenen Gesichtspunkten nacheinander Elemente und einzelne Zusammenhänge kennen gelernt: die phänomenologischen Elemente, die genetisch verständlichen Zusammenhänge, die Veränderungen von Leistungen bei experimentellen Aufgabestellungen, Beziehungen zwischen körperlichen und seelischen Phänomenen, die Abhängigkeit von Anlage und Vererbung usw. usw.; ferner haben wir — möglichst sparsam — theoretische Vorstellungen herangezogen: die Assoziationstheorie, die Vorstellung von außerbewußten Mechanismen; schließlich haben wir die Gesamtheit der Leistungsfähigkeiten als Intelligenz, das Ganze der verständlichen Zusammenhänge als Persönlichkeit zu erfassen gesucht.

Haben wir damit zwar von allen Seiten her das Seelenleben anzugreifen erstrebt, und könnten wir uns als Analytiker mit den bisherigen Methoden eigentlich begnügen, so bedrängt doch die Psychopathologie seit altersher die Frage: Wie findet sich denn alles im Einzelfall zusammen? Welche Krankheit, d. h. Krankheitseinheit liegt denn vor? Welche Krankheitseinheiten gibt es? Der Psychiater als Analytiker zergliedert einen Fall nach allen Richtungen, der Psychiater als Kliniker will eine Diagnose machen. Seit altersher ist auf diese Fragen in doppeltem Sinne geantwortet. Die einen trugen die Lehre von der Einheitspsychose vor: es gibt gar keine Krankheitseinheiten in der Psychopathologie, es gibt eine ungeheure Manigfaltigkeit von Variationen des Irreseins, die überall und nach allen Richtungen fließend ineinander übergehen. Die Gestalten des Irreseins sind nur zu ordnen als typisch aufeinander folgende Zustände (so sollten alle Geisteskrankheiten mit Melancholie beginnen, dann Tobsucht, Verrücktheit, schließlich Blödsinn folgen; dagegen erhob sich die Lehre von der „originären“ Paranoia). Die andern lehrten: es ist die Hauptaufgabe der Psychiatrie, die natürlichen Krankheitseinheiten zu finden, die prinzipiell voneinander getrennt sind, denen Symptomatologie, Verlauf, Ursache und körperlicher Befund charakteristisch gemeinsam sind, zwischen denen keine Übergänge bestehen. Obgleich der Kampf zwischen beiden Richtungen immer mit großer gegenseitiger Verachtung geführt wurde, obgleich jeder immer von dem gänzlichen Fiasko überzeugt ist, das die Bestrebungen des anderen erlitten haben, werden wir doch aus der historischen Tatsache, daß

dieser Kampf nur scheinbar, nie wirklich aufgehört hat, die Vermutung entnehmen, daß beide Teile etwas Richtiges wollen und, statt sich zu befehden, sich ergänzen können. Statt die leicht faßlichen einseitigen Formeln zu übernehmen, haben wir die allerdings schwierige Aufgabe, die wirklich begangenen Wege in der Synthese des Einzelnen zu verstehen und die wirklichen Resultate aus den bloßen Behauptungen herauszuschälen<sup>1)</sup>.

Im Laufe der historischen Entwicklung haben fast alle psychopathologischen Einheiten einmal als Krankheitseinheiten fungiert. In alten Zeiten waren Halluzinationen „eine“ Krankheit; der Wahn war „eine“ Krankheit; die besonderen Inhalte mancher Handlungen konstituierten „eine“ Krankheit (Pyromanie, Kleptomanie, Dipsomanie usw.). Während solche Anschauungen, weil sie zu gleichgültigen Registrierungen ad infinitum führen und denselben Menschen gleichzeitig an zahlreichen „Krankheiten“ leiden lassen, allgemein abgetan sind, dienen in neuerer Zeit noch folgende Gesichtspunkte zur Aufstellung von Krankheiten:

1. Gewisse Symptomverkoppelungen, aus denen nach verschiedenartigen Gesichtspunkten die Einheit eines Symptomenkomplexes entstand (Melancholie, Tobsucht, Verwirrtheit, Blödsinn), waren die allbeherrschenden Krankheitseinheiten noch vor 50 Jahren. Diese suchte man zu vertiefen, indem man über die zahllosen Details zur psychologischen Grundstruktur der abnormen Seelenvorgänge zu dringen suchte. Meynert leitete aus der Inkohärenz (dem „Assoziationsmangel“) die Amentia ab. Wernicke setzte diese Art der Analyse fort. Beide gingen jedoch von hirnmithologischen Vorstellungen aus und fanden nirgends wirkliche psychologische „Grundstrukturen“. Vielleicht erreicht eine solche in unseren Tagen die Lehre Bleulers von der Schizophrenie, der bisher psychologisch tiefsten Schilderung einer Grundform abnormen Seelenlebens.

2. Die Untersuchung der psychologischen Einheiten lieferte nirgends überzeugende und allgemein anerkannte Resultate. Man suchte nach einer „natürlicheren“ Einheitsbildung und glaubte sie in den Ursachen des Irreseins zu finden. Alles, was die gleichen Ursachen hat, soll zu einer Einheit verbunden sein. Besonders die Franzosen (Morel, Magnan) suchten diesen Gesichtspunkt für den übergeordneten zu erklären. Sie wurden durch ihn auf die Lehre von Anlage und Vererbung geführt, die sie wesentlich förderten, und die durch sie in der Psychiatrie ihren Eingang gefunden hat. Die überwältigende Mehrzahl der Psychosen gehörte nun aber bei ihnen zum erblichen

<sup>1)</sup> Vgl. aus der umfangreichen Literatur vor allem die Aufsätze: Kraepelin: Fragestellungen der klinischen Psychiatrie. Zentralbl. f. Neurol. 1905, S. 573. Alzheimer: Die diagnostischen Schwierigkeiten in der Psychiatrie, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1 S. 1. Liepmann: Über Wernickes Einfluß usw. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 30 S. 1. Gruhle: Über die Fortschritte der Erkenntnis der Epilepsie usw. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. 2 S. 1. Jellgersma: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 13 (1912). Gaupp: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 28 (1915).

Irresein, zum Irresein der Entarteten. Dieses degenerative Irresein, wie sie es auch nannten, hatte eine solche Ausdehnung und vereinigte im übrigen so verschiedene Dinge unter einem zudem meist hypothetischen Gesichtspunkt, daß es ebenfalls nicht befriedigen konnte.

3. Daneben hatte man schon die Forderung aufgestellt, daß der anatomische Befund die Einheiten geben sollte. Die einander gleichen Gehirnprozesse bilden eine Krankheitseinheit. Jedoch blieb dieser Gesichtspunkt Forderung. Zu den durch die Neurologie bekannten Hirnprozessen (multiple Sklerose, Tumor, Hirnlues usw.), als deren Symptome Irresein beobachtet wird, entdeckte man zunächst durch die körperlichen Symptome (Lähmung usw.)<sup>1)</sup>, dann durch den charakteristischen Befund in der Hirnrinde<sup>2)</sup> eine weitere Erkrankung des Nervensystems, die Paralyse. Die bei ihr auftretenden Symptome ähneln aber so sehr den übrigen bis dahin bekannten Hirnkrankheiten, die sie nur an Schwere der Zerstörung übertreffen<sup>3)</sup>, daß man sie unbedingt viel mehr zu diesen als zu den übrigen Psychosen stellen muß. Die Paralyse ist ein Prozeß des Nervensystems, bei dem jedesmal „symptomatische“ Psychosen auftreten. Weder in den psychologischen Einzelsymptomen noch in der Reihenfolge der seelischen Erscheinungen im Verlauf ist sie prinzipiell geschieden von anderen Psychosen bei organischen Hirnerkrankungen. Die Paralyse ist daher zwar wohl ein Vorbild für anatomische Forschung, nicht aber, wie man sie hat hinstellen wollen, ein Vorbild für psychiatrisch-klinische Forschung. Denn bei ihrer Aufstellung haben psychologische Momente tatsächlich niemals eine Rolle gespielt. Es handelt sich hier um rein neurologische Angelegenheiten.

Weder die psychologischen Grundformen, noch die Ursachenlehre (Ätiologie), noch der Hirnbefund hatte zu irgend annehmbaren Krankheitseinheiten, in die alle Psychosen unterzubringen seien, geführt. Kahlbaum und nach ihm Kraepelin haben dann Wege beschritten, trotz allem zu Krankheitseinheiten zu kommen. Zwei Grundforderungen stellte Kahlbaum neu auf: Erstens müsse man den Verlauf des ganzen Irreseins mit als die wesentlichste Grundlage für die Bildung von Krankheitsformen heranziehen, und zweitens müsse man durch allseitige klinische Beobachtung das Gesamtbild der Psychose als Basis nehmen. Stellte er durch die Betonung des Verlaufes einen neuen Gesichtspunkt neben die drei früheren, so faßte er durch diese zweite Forderung alle Gesichtspunkte zusammen: Sie sollen zur Bildung von Krankheitseinheiten nicht gegeneinander, sondern zusammen arbeiten. Aus Kahlbaums Schriften setzen wir eine klassische Stelle hierher:

1) Bayle, Calmeil.

2) Nißl, Alzheimer.

3) Außer der Schwere der Zerstörung ist für die Paralysen im Beginn manchmal eine gewisse manische Produktivität, eine abundante Wahnbildung charakteristisch, aber nicht spezifisch.



Es ist die Aufgabe, „nach klinischer Methode Krankheitsbilder zu entwickeln, in welchen möglichst alle Lebenserscheinungen am einzelnen Kranken behufs der Diagnose verwertet sind und der ganze Krankheitsverlauf zur Beachtung kommt. Die so durch Zusammenfassung der häufigsten koinzidierend vorkommenden Symptome und durch rein empirische Abgrenzung sich ergebenden Gruppen von Krankheitsgestaltungen . . . . waren nicht nur . . . . leicht verständlich zu machen, sondern die auf ihnen gebaute Diagnostik gewährte auch die Möglichkeit, aus dem augenblicklichen Zustand eines Kranken mit größerer Bestimmtheit den vorangegangenen Verlauf des Krankheitsfalles ex post zu konstruieren und die weitere Entwicklung nicht nur ganz allgemein quoad vitam und valetudinem, sondern auch im einzelnen in betreff der mannigfaltigen Phasen des symptomatischen Bildes mit größerer Wahrscheinlichkeit zu erschließen, als es vom Standpunkt des früheren Einteilungsfachwerks möglich wird<sup>1)</sup>.“

Die Ideen Kahlbaums blieben wenig wirksam, bis sie Kraepelin aufnahm und propagierte. In der Folge der Auflagen seines Lehrbuches ist die Entwicklung niedergelegt, die ihn von der Überwindung aller jener vorläufigen und einseitig aufgestellten Einheiten zur fruchtbareren Assimilation der Kahlbaumschen Gedanken führte. Immer weiter hat er geformt und umgeformt, um seiner Idee der Krankheitseinheit in einer tatsächlichen speziellen Psychiatrie zur Verwirklichung zu verhelfen. Krankheitsbilder, die gleiche Ursachen, gleiche psychologische Grundform, gleiche Entwicklung und Verlauf, gleichen Ausgang und gleichen Hirnbefund haben, die also im Gesamtbilde übereinstimmen, sind wahre, natürliche Krankheitseinheiten. Um solche Einheiten zu finden, dient die allseitige klinische Beobachtung. Besonders fruchtbar erschien es, die Ausgänge der Krankheiten zu studieren: dabei war einmal die Voraussetzung maßgebend, daß völlig heilende und niemals heilende Krankheiten wesensverschieden seien, und zweitens hatte Kraepelin die Vermutung, daß die Kenntnis der psychologischen Struktur der Ausgangszustände die psychologische Grundform des Krankheitsvorganges auch in den leichten Andeutungen zu Beginn der Psychosen schon werde erkennen lassen. Das Resultat dieser Forschungen ist die Aufstellung der beiden großen Krankheitsgruppen, die alle nicht als Folge schon greifbarer Hirnprozesse zu erklärenden Psychosen umfassen: das manisch-depressive Irresein, in dem das zirkuläre Irresein der Franzosen und die Gemütskrankungen, und die Dementia praecox, in der Kahlbaums Katatonie und Hebephrenie und die Verrücktheit aufgingen. Daneben wurden alle übrigen leichten Abnormitäten als Entartungsirresein zusammengefaßt. Orientieren wir uns jetzt über die Resultate dieser nun bald drei Jahrzehnte lebendigen Forschungsrichtung:

1. Irgendeine reale Krankheitseinheit ist auf diesem Wege nicht gefunden worden. Es gibt in der Wissenschaft keine Krankheit, die den Forderungen entspricht, die an eine Krankheitseinheit gestellt werden: a) Die Krankheitseinheit der Paralyse ist eine rein neurologische und hirnhistologische Einheit. Die psychischen Vorgänge haben außer der Zerstörung, die nur gradweise von der Zerstörung bei anderen organischen Hirnvorgängen verschieden ist, nichts

<sup>1)</sup> Kahlbaum: Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Berlin 1874.

Charakteristisches. Alle nur möglichen psychopathologischen Vorgänge treten als Folge des paralytischen Hirnprozesses auf. Die Psychopathologie hat durch die Erkenntnis der Paralyse keine neue, psychologisch zu charakterisierende Einheit gewonnen. b) die Krankheitsgruppen manisch-depressives Irresein und Dementia praecox sind bezüglich ihrer Ursachen und ihres Hirnbefundes fast gänzlich unbekannt. Ihre Abgrenzung erfolgt unter wechselnder Betonung mehr der psychologischen Grundform oder mehr des Verlaufes (Heilung oder nicht). Wird von einer Seite das erstere Moment in den Vordergrund geschoben (Bleuler), so gewinnt die Gruppe der Dementia praecox eine ungeheure Ausdehnung, die von anderer Seite abgelehnt wird, welche ihrerseits mehr den Verlauf (Heilung mit Einsicht oder nicht) betont und die Gruppe beträchtlich einengt (Wilmanns); diese letzteren finden heilbare — und dann nicht zur Dementia praecox gerechnete — Krankheiten mit katatonischen Symptomen, mit schizophrenen Erlebnissen. Auf diese Weise schwankt die Grenze zwischen manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox ganz beträchtlich, und zwar seit vielen Jahren, in einer Art Pendelbewegung hin und her, ohne daß in der Abgrenzung ein Fortschritt erzielt wurde. Ferner sind beide Gruppen so ungeheuer ausgedehnt<sup>1)</sup>, daß man sie als demselben Schicksal verfallen ansehen muß, dem in typischer Weise im letzten Jahrhundert alle psychologisch fundierten Krankheitseinheiten verfallen sind.

Wie die Wellenkreise auf der Wasseroberfläche, durch Regentropfen in Bewegung gesetzt, zunächst klein und deutlich sind, dann immer größer werden, sich verschlingen und zerfließen, so tauchen von Zeit zu Zeit Krankheiten in der Psychiatrie auf, die immer mehr wachsen, bis sie an ihrer eigenen Größe zugrunde gehen. Die Monomanienlehre Esquirols, die Paranoia der 80er Jahre, die Amentia Meynerts waren solche Kreise. Aus der relativ klaren Hebephrenie und Katatonie ist die grenzenlose Dementia praecox, aus dem zirkulären Irresein das grenzenlose manisch-depressive Irresein geworden.

2. Die Kraepelinschen Krankheitsbilder unterscheiden sich aber von den früheren Riesengruppen doch wesentlich. Sie sind wenigstens der Absicht nach durch Beobachtung des Gesamtbildes und Verlaufes gebildet, und sie unterhalten durch die Zweiheit und den Grenzkampf eine Forschungsarbeit, die zwar nichts für die Abgrenzung jener Krankheiten, wohl aber andere wertvolle Resultate gezeitigt hat. Die Idee der Krankheitseinheit ist ein Zielpunkt, der die psychiatrische Arbeit mehr als andere Aufgaben in Bewegung gesetzt hat. Erreicht wurde von Kraepelin selbst eine bedeutende Vertiefung der Kenntnis der psychologischen Struktur der Gemütskrankheiten wie der schizophrenen Erkrankungen (daraus erwuchs Bleulers Schizophrenie). Von seinen Schülern wurden Verlaufsformen an ganzen Lebensläufen studiert und typische kleine Gruppen von Psychosen deutlicher herausgehoben.

<sup>1)</sup> Vgl. Bumke: Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralbl. f. Neurol. 1909 S. 381. Über das manisch-depressive Irresein neuerdings: Rittershaus: Zschr. f. d. ges. Neurol. 56 S. 10 (Literaturverzeichnis), ebda. 72 S. 320.

3. Die Hoffnung, durch klinische Beobachtung der psychischen Phänomene, der Lebensläufe und Ausgänge charakteristische Gruppen zu finden, die dann nachträglich durch den Hirnbefund bestätigt werden, gewissermaßen den Hirnanatomen vorzuarbeiten, hat sich nicht erfüllt. Die Geschichte lehrt folgende Sätze: a) Körperlich greifbare Gehirnprozesse sind immer nur und ausschließlich durch körperliche Untersuchung ohne alle psychopathologische Vorarbeit gefunden worden. b) Fand man klar begrenzbare Gehirnprozesse, so ergab sich, daß bei diesen gelegentlich alle nur möglichen psychopathologischen Symptome auftreten, und daß es auf seelischem Gebiet dann nur statistisch faßbare Eigenarten der Prozesse (ein Symptom ist bei einem Prozeß häufiger als bei einem andern), keine kennzeichnenden Merkmale gibt. — Die Paralyse ist ein treffliches Beispiel: selbst als man die körperlichen Befunde schon einigermaßen kannte — in den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts —, meinte Kraepelin die Paralyse auch psychologisch diagnostizieren zu können. Er tat es, unter Heranziehung unklarer, körperlicher Erscheinungen, und machte ungeheuer viele Fehldiagnosen, wie der weitere Verlauf ergab<sup>1)</sup>. Damals gab es 30% Paralyse in der Klinik, während die Zahl seit dem Bestehen der Lumbalpunktion und der prinzipiell das Somatische bevorzugenden Diagnostik seit Jahren regelmäßig zwischen 8 und 9% schwankt, ein Zeichen für die Richtigkeit der jetzigen Diagnostik. Der Schluß ist: selbst eine Krankheit, die man körperlich kannte, konnte man psychologisch nicht mit Sicherheit diagnostizieren und kann es auch jetzt nicht; wie soll man da auf psychologischem Wege (die Untersuchung von Verlauf und Ausgang ist bei den funktionellen Psychosen auch rein psychologisch) eine unbekannte Krankheit finden und abgrenzen? Das — so lehrt die Geschichte — scheint nicht möglich zu sein.

Die Lehren der Geschichte werden bestätigt durch die sachlich einleuchtenden Einwände, die gegen die Kraepelinsche Fragestellung (Suchen nach realen Krankheitseinheiten) erhoben werden: 1. Die Diagnose aus dem Gesamtbild kann man nur machen, wenn man vorher von einer zu diagnostizierenden abgegrenzten Krankheit weiß. Man kann aus dem Gesamtbild aber keine scharf abgrenzbaren Krankheiten finden, sondern nur Typen, die überall in den Einzelfällen „Übergänge“ zeigen. Es lehrt die Erfahrung, daß es gar nicht so sehr selten Fälle gibt, deren ganzen Lebenslauf man übersieht, und die trotzdem eine Diskussion, ob es sich um manisch-depressives Irresein oder um Dementia praecox handele, unmöglich machen und resultatlos verlaufen lassen<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Kraepelin hat in seiner Allgemeinen Psychiatrie (8. Aufl., 1 S. 527) in einer Diagnostentabelle der Jahre 1892—1907 freimütig diese Tatsache der Öffentlichkeit vorgelegt.

<sup>2)</sup> Die „unklaren Fälle“, die erst wie manisch-depressive aussehen, dann aber verblöden, oder die typischen schizophrenen Zustandsbilder, die dann gutartig verlaufen, sind lehrreich, weil sie eine Unruhe der Forschung unterhalten und die Erstarrung im Schema verhindern. Rittershaus schreibt unseres Er-

2. Der gleiche Ausgang ist kein Beweis für gleiche Krankheiten. Auf der einen Seite nehmen die verschiedensten organischen Gehirnerkrankungen den Ausgang in gleiche Demenzzustände. Auf der andern Seite ist gar nicht einzusehen, warum dieselbe Krankheit nicht in einem Falle heilen, im anderen ohne Heilung bleiben soll. Trotzdem hat die Ansicht viel für sich, daß es Prozesse gibt, die gewissermaßen prinzipiell unheilbar sind. Diese jedoch von anderen, die bald heilen, bald nicht heilen, zu unterscheiden, haben wir bisher keine Mittel.

3. Die Idee der Krankheitseinheit läßt sich in irgendeinem einzelnen Falle niemals verwirklichen. Denn die Kenntnis des regelmäßigen Zusammentreffens gleicher Ursachen mit gleichen Erscheinungen, Verlauf, Ausgang und Hirnbefund setzt eine vollendete Kenntnis aller einzelnen Zusammenhänge voraus, eine Kenntnis, die in einer unendlich fernen Zukunft liegt. Die Idee der Krankheitseinheit ist in Wahrheit eine Idee im Kantischen Sinne: der Begriff einer Aufgabe, deren Ziel zu erreichen unmöglich ist, da das Ziel in der Unendlichkeit liegt; die uns aber trotzdem die fruchtbare Forschungsrichtung weist und die ein wahrer Orientierungspunkt für empirische Einzelforschung bedeutet<sup>1)</sup>. Wir sollen unter allen Gesichtspunkten das Gesamtbild der psychischen Krankheiten erforschen und möglichst nach allen Seiten Zusammenhänge suchen. Dabei finden wir einerseits einzelne Zusammenhänge und andererseits gewisse, immer vorläufige Typen von Krankheitsbildern, die nicht scharf abgrenzbar, aber doch viel „natürlicher“ sind als alle früheren einseitigen und konstruktiven Einteilungen. Die Idee der Krankheitseinheit ist keine erreichbare Aufgabe, aber der fruchtbarste Orientierungspunkt. In dieser Idee, die tatsächlich das wissenschaftliche Forschen in beispielloser Weise in Bewegung gesetzt hat, gipfelt alles psychopathologische Streben. Diese Idee erfaßt zu haben, ist Kahlbaums, sie zur Wirksamkeit gebracht zu haben ist Kraepelins Verdienst. Der Irrtum aber beginnt da, wo statt der Idee der Schein der erreichten Idee gegeben wird, wo statt der Einzelforschung fertige Schilderungen von Krankheitseinheiten gegeben werden, wie von der Dementia praecox und vom manisch-depressiven Irresein. Man kann voraussagen, daß solche Schilderungen, da sie immer Unmögliches leisten wollen, auch immer falsch sind, wenig anregen und als tote Gebilde liegen bleiben. Statt solcher Schilderungen, wie sie noch immer Kraepelins Lehrbuch gibt, wird eine zukünftige spezielle Psychiatrie neben den Schilderungen der organischen Hirnerkrankungen, der Vergiftungen usw. ausschließlich in Einzelforschung gewonnene Typen reihenweise nebeneinander

---

achtens mit Recht einmal wieder: „Erblichkeit, Vorgeschichte, Symptomenbild, Krankheitsverlauf und Krankheitsausgang sind, weder im einzelnen noch zusammen, Kriterien, die uns eine sichere Diagnose auch nur in der Mehrzahl der nicht ganz typischen Fälle gestatteten.“

<sup>1)</sup> Darum kann man das Forschen unter der Idee der Krankheitseinheit nicht die „Jagd nach einem Phantom“ nennen, wie Hoche meint.

stellen. Ein Vorläufer dieser speziellen Psychiatrie ist der hier und da übliche Anstaltsgebrauch, Fälle nicht mit der Generaldiagnose *Dementia praecox* oder manisch-depressives Irresein, zu versehen, sondern mit dem Namen früher beobachteter Kranker, die denselben Typus repräsentieren, zu diagnostizieren. Der synthetische Trieb, der durch die Idee der Krankheitseinheit mit Recht geleitet wird, muß, will er bei möglichen Erkennbarkeiten bleiben, sich gleichzeitig bescheiden. Er kann nichts anderes erreichen, als empirisch, unter Darstellung wirklicher Einzelfälle, typische Gesamtbilder von Psychosen zu finden, die einem kleinen Kreise von Fällen entsprechen. Sobald er größere Kreise umfassen will, verschwimmt die Erkenntnis zunehmend ins Imaginäre, werden statt wirklicher Forschungen aus wenig kontrollierten Erfahrungsresiduen „Gesamtschilderungen“ entworfen, die dem Leser, wenn er scharf die Einheit erfassen will, unter den Fingern zerfließen.

Den Lehren der Geschichte und der durch diese drei Einwände gewonnenen Einsicht ist die tatsächliche Forschung schon gefolgt. Neben allen den analytischen Untersuchungsmöglichkeiten, die die früheren Kapitel lehrten, hat die unter der Idee der Krankheitseinheit stehende synthetische Forschung zwei getrennte Wege eingeschlagen:

1. Die Hirnforschung sucht — tatsächlich ohne Rücksicht auf die Klinik und ohne je von der Psychopathologie das Geringste gelernt zu haben — nach Krankheitsprozessen des Gehirns. Findet sie solche mit ihren Methoden, so kann dann die Psychopathologie die Frage stellen was für seelische Veränderungen durch diese Prozesse bewirkt werden. Sie kommt dem Satze immer näher: Jede psychische Anomalie kann bei jedem organischen Hirnprozeß vorkommen (aber nur, wenn sie objektiv, äußerlich genommen wird, nicht jedoch jede Art des Erlebens, am wenigsten das schizophrene Erleben). In dem Maße, als diese Forschung fortschreitet, werden die seelischen Krankheiten zu „symptomatischen“ Erkrankungen eigentlich neurologischer Prozesse. Der Begriff der Krankheitseinheit rückt für diesen Standpunkt aus dem Bereiche der Psychopathologie gänzlich in das Reich der Neurologie — und zwar mit Recht, soweit greifbare Hirnprozesse als das Wesen einzelner seelischer Erkrankungen erkannt werden können.

2. Die klinische Psychiatrie untersucht einzelne Fälle nach allen Gesichtspunkten, um das Gesamtbild dieser Fälle zu gewinnen. Sie faßt die übereinstimmend erscheinenden zu Typen zusammen. Die spezielle Psychiatrie ist jedoch weit davon entfernt, auch nur für die Mehrzahl der Psychosen solche begrifflich geformte Typen zu besitzen.

Solche Typen können nur an der Hand vollständiger Lebensläufe gebildet werden. Die Typenerforschung auf der Grundlage eingehender und anschaulicher Lebensläufe gehört zu den aussichtsreichsten Aufgaben der Psychiatrie. Ein wirklich großer Fortschritt ist vielleicht nur dann zu erwarten, wenn der Leiter einer Klinik oder einer Anstalt, der gründlich in den Gesichtspunkten und Tatsachen der allgemeinen Psychopathologie gebildet ist, unter Mithilfe selbständig denkender und von sich aus in der allgemeinen Psychopathologie sicher orientierter Assistenten ein Material so durcharbeitet, daß eine durchsichtige Typen-

bildung unter allseitigem Vergleichen mit der Gesamtheit der Kranken und unter fortwährender Illustrierung durch gute, nicht frisierte und doch konstruktiv geordnete Krankengeschichten versucht wird. Kraepelin ist bisher der einzige, der etwas derartiges gewagt und mit zähem Willen verfolgt hat. Aber er hat in dem Bedürfnis, schnell etwas Ganzes zu haben, sich zu weitgehend auf seine Intuitionen und Erfahrungen verlassen, ohne das Schwergewicht auf gute selbstgearbeitete Krankengeschichten zu legen. Er hat ein endloses Mosaik zusammengetragen, das zwar zu vielen Gesamtbildern wird, aber nicht zu solchen, welche dauernd Bedeutung haben könnten. Die diagnostische Auffassung der Geisteskranken kann nur einerseits unter den allgemeinsten Kategorien der Psychopathologie erfolgen (schizophren, Prozeß oder Persönlichkeitsentwicklung, Hirnkrankheiten in spezieller neurologischer Diagnostik, usw.) oder muß möglichst nahe der Wirklichkeit an ganz eng begrenzten Typen sich halten, wenn sie fruchtbar sein soll. Es erleuchtet wenig und verführt zu verschwommenen Auffassungen, wenn sich der junge Psychiater mit Diagnosen wie „Paraphrenie“, „Haltloser“ u. dgl. zufrieden gibt, dagegen pflegt es fruchtbar zu sein, wenn er Arbeiten findet, in welchen dem seinigen ganz analoge Fälle publiziert sind und er nun ganz konkret vergleichen kann. Ein Archiv von wirklich durchgearbeiteten, biographischen Krankengeschichten ist das dringendste Erfordernis der Psychiatrie. Die üblichen chaotischen Aufzeichnungen genügen dazu ganz und gar nicht. Mechanisch nach Grundsätzen stupider „Objektivität“ gelieferte Kasuistik, die jeden Satz zufälliger Aufzeichnungen aus dem Krankenjournal abdruckt, ist fruchtlos. Man muß Gesichtspunkte haben, Blick für das, was als Tatsache Sinn haben kann. Man muß so viel wie möglich sehen, aber zugleich auf das äußerste konzentrieren und durch Ordnung konstruieren, die gar nichts zu vergewaltigen braucht, sondern bloß übersichtlich und durchsichtig gestaltet. Von einer beliebigen Masse von Fällen sind immer nur wenige geeignet, als Grundlage für solche Krankengeschichtsbearbeitung zu dienen. Die Menge und Deutlichkeit der Äußerungen von Kranken hängt von Anlage und Bildung ab (je differenzierter die Persönlichkeit, desto besser), das vorhandene Material ist immer lückenhaft, meistens zu lückenhaft, um eine publikationswürdige Biographie zu gestatten. Die Arbeit müßte zugleich an gegenwärtigem lebendigem Material unter Hinzuziehung des Archivmaterials der Klinik (das durch katamnestische Erhebungen seinen wahren Wert erhält) und des schon publizierten Materials geschehen. Nur in der gegenseitigen Ergänzung dieser Quellen kann das Beste entstehen. Möglichst viel — aber mit sicherer Auswahl — eingehend mit Kranken verkehren und selbst sehen, ist die Hauptsache; jedoch bleibt steril, wer sich darauf beschränkt. Ohne umfassende psychologische Bildung, ohne gründliche Erwerbung des vorliegenden Besitzes an psychiatrischer Erkenntnis geht es nicht. Und es geht auch nur mit zähem Willen und bei Einstellung der Arbeit auf lange Frist. Zunächst wird solche Arbeit noch lange monographisch sein müssen.

Für das Studium der speziellen Psychiatrie ist es zurzeit besser, gute Einzelmonographien zu lesen, als irgendeines der das Gesamtgebiet darstellenden Lehrbücher. Die Lehrbücher sind in ihren zusammenfassenden Schilderungen nur gut für die Hirnprozesse, die exogenen und symptomatischen Psychosen, für alles andere sind sie einerseits täuschend, weil sie trennen, was so klar gar nicht getrennt ist, andererseits verschwommen und unklar. Gute kasuistische Literatur gibt es aber nicht viel<sup>1)</sup>. Man sucht nach Arbeiten, welche einen anschaulichen Typus biographisch mit sorgfältiger Kasuistik ganz konkret schildern.

<sup>1)</sup> Als Beispiele seien zitiert, ohne zu diesen Arbeiten gerade besondere Zustimmung ausdrücken zu wollen: Reiß: Konstitut. Verst. u. man.-depr. Irresein. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 2 S. 347. Dreyfus: Die Melancholie, Jena 1907. Wilmanns: Zur Psychopathologie des Landstreichers, Leipzig 1906. Kretschmer: Der sensitive Beziehungswahn, Berlin 1908. Friedmann: Bei-

Kasuistik wird aus vielen Gründen publiziert, so z. B. um ein Phänomen, ein Symptom zu zeigen, um daran Einzelzusammenhänge verständlicher oder kausaler Art zu verdeutlichen, um Zustandsbilder zu veranschaulichen, um therapeutische Wirkungen zu belegen. Nur unter der Idee der Krankheitseinheit entstehen aber die umfassenden Biographien. Diese müssen als wirkliche Schilderungen im Gegensatz stehen zu den leeren Konstruktionen eines Schemas, als geformte Kasuistik im Gegensatz stehen zu zufälligen Krankengeschichten, äußerlichen Lebensläufen, beliebigen kurzzeitig berichteten Fällen oder chaotischen Journalabschriften. Auf ihnen wird sich aber, immer vorläufig, eine konstruktive Typologie aufbauen, die das Wesentliche akzentuiert<sup>1)</sup>.

Wenn auch das Studium der kasuistischen Monographien das fruchtbare ist, so kann man doch nicht umhin, sich jederzeit ein Gesamtschema der Psychosen zu machen. Man will eine Übersicht der Grundformen haben, wenn man sich auch der relativ geringen Bedeutung eines solchen Schemas bewußt ist; denn es enthält nichts Neues, sondern stellt nur schon besprochene Gesichtspunkte zusammen. Wir verschaffen uns in großen Zügen eine Übersicht in einer Einteilung der Psychosen, deren Ausführung und anschauliche Erfüllung Aufgabe einer speziellen Psychiatrie wäre.

### Einteilung der Psychosen.

Kehren wir zur Frage des Anfangs zurück: gibt es nur Variationen der Einheitspsychose oder eine Reihe von scharf abzugrenzenden Krankheitseinheiten, so können wir nur antworten: keines von beiden. Der Vertreter der letzteren Anschauung hat darin Recht, daß die Idee der Krankheitseinheit der furchtbare Orientierungspunkt der speziellen psychiatrischen Forschung ist, der Vertreter der ersteren darin, daß es reale Krankheitseinheiten für die psychiatrische Wissenschaft tatsächlich nicht gibt.

Wollen wir trotzdem die Psychosen gruppieren, so können wir das nur, indem wir entgegen dem Prinzip doch wieder jeweils einem der Gesichtspunkte (Ursache, psychologische Struktur, Verlauf, Ausgang usw.) den Vorzug geben, und indem wir entgegen den Tatsachen auch da Grenzen machen, wo es keine gibt; eine solche Einteilung hat daher keinen Forschungs- sondern nur einen didaktischen Wert. Sie ist eine Fiktion, die ihre Aufgabe erfüllt,

träge zur Lehre von der Paranoia. *Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol.* 17 (1905). Birnbaum: Psychosen mit Wahnbildung und wahnhaften Einbildungen bei Degenerierten, Halle 1908. Über Kraepelins „Paraphrenie“fälle (die von der Dem. praec. abgetrennt werden sollten, aber zum größten Teile doch dazu gehören, wie der Verlauf zeigte) berichtet katamnestic W. Mayer: *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 71 S. 187. — Auch Einzelfälle sind gut publiziert und lesenswert: Freyberg: *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med.* 58 (1901). Hermann Schneider: *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med.* 60 (1903). Weber: *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med.* 61 (1905). Birnbaum, *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med.* 72 (1916). Sterling: *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 19 S. 274. Gaupp: *Zur Psychologie des Massenmords.* Berlin, Julius Springer 1914. Dazu *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 60 S. 310; 69 S. 182, usw.

<sup>1)</sup> So gibt es manche Arbeiten, die ohne viel Kasuistik doch durch die Konstruktion des Typus wichtig werden; Kahlbaums Katatonie, Heckers Hebephrenie und Heckers Cyclothymie.

wenn sie die zurzeit relativ richtigste ist. Es gibt kein „natürliches“ System, in das sich alle Fälle einordnen lassen (das gelingt nur in einem formal-logischen System und ist dann bloße Spielerei). Auch dem erfahrensten Psychiater kommen immer wieder zahlreiche Fälle vor, die er nicht kennt und die er zunächst nicht einordnen kann (so bekannten z. B. Gaupp und Wernicke).

Unsere Einteilung sondert zunächst unter Bevorzugung des ätiologischen Gesichtspunktes die im wesentlichen durch greifbare körperliche Vorgänge oder äußere Einwirkung verursachten (exogenen) Psychosen aus, die man auch organische oder auch symptomatische Psychosen nennt. Jenen treten die übrigen gegenüber, die durch unbekannte bzw. endogene Ursachen bedingt sind und funktionelle oder auch idiopathische Psychosen heißen.

### I. Die organischen (exogenen, symptomatischen) Psychosen.

Hierher gehören zunächst alle organischen Hirnprozesse, als deren Symptome auch seelische Störungen auftreten. Die einzelnen Hirnprozesse sind voneinander scharf als neurologische bezüglich histopathologische Gattungen, nicht bloß als Typen, zu trennen. Eine Gehirnkrankheit ist entweder eine Paralyse oder nicht, eine multiple Sklerose oder nicht usw.

Ferner gehören hierher die symptomatischen Psychosen bei körperlichen Erkrankungen (thyreogenes Irresein, Infektionsdelirien, Irresein bei Urämie, Eklampsie usw.).

Schließlich gehören hierher die Vergiftungen (Alkohol, Morphinum usw.).

Alle diese Psychosen haben gewisse gemeinsame Züge gegenüber den übrigen Psychosen. Von diesen übrigen werden mit fortschreitender Forschung aber wahrscheinlich noch manche in diese erste Gruppe hinübrücken. In dieser ersten Gruppe findet der Drang nach „realen Krankheitsseinheiten“ seine Befriedigung, indem unter Abfall von der Kahlbaumschen Idee als reale Einheit aufgefaßt wird der einheitliche körperliche biologische Prozeß mit einer bestimmten Ursache. —

Die übrigbleibenden Psychosen, die große Mehrzahl der Irrenanstaltsinsassen können seit Kraepelin vorläufig, aber nicht in allen Einzelfällen, in zwei große Gruppen aufgelöst werden, unter Hervorhebung des Verlaufs, und auch der psychologischen Struktur: 1. die Krankheitsprozesse, die zu einer bestimmten Zeit beginnen, unheilbar bleiben, zu einer dauernden Umwandlung wenigstens einer Seite der Persönlichkeit führen und meistens die psychologische Eigenart des schizophrenen Seelenlebens darbieten; 2. die vorübergehenden heilbaren Phasen, abnormen Reaktionen, Entwicklungen einer Persönlichkeit, die nicht als Krankheitsprozesse, sondern als Variationen der Veranlagung aufgefaßt werden und nur selten schizophrene Züge aufweisen (degeneratives Irresein: dieser Name hat sich eingebürgert, obgleich an Degeneration im Sinne der Entartung dabei gar nicht, vielmehr nur an die Abweichung von der normalen Artung gedacht wird):



## II. Die Prozesse.

Unter diesen befinden sich ohne Zweifel eine Reihe organischer Hirnprozesse oder Vergiftungen, die bei weiterem Fortschreiten der Histologie und der übrigen körperlichen Untersuchungsmethoden zu einer Abtrennung einiger Formen zur Gruppe I hin führen werden. Die übrigen können nur mit dem Ziele der Typenbildung unter Berücksichtigung aller Gesichtspunkte erforscht werden. Solche Typen sind z. B. die immer besonnene Paranoia, die Katatonie im engeren Sinn usw. Jedoch ist auf diesem Gebiete die Typenforschung noch wenig weit vorgedrungen. Manche Fälle rücken so weit an die nächste Gruppe heran, daß eine Diskussion, wohin sie gehören, unfruchtbar ist.

## III. Das degenerative Irresein.

Hierhin gehören die Phasen und periodischen Vorgänge, die Kraepelin als manisch-depressives Irresein zusammengefaßt hat, ferner die abnormen Reaktionen psychopathischer Art, schließlich die Entwicklung einer Persönlichkeit. Die Typenbildung ist zwar in Angriff genommen, aber für eine spezielle Psychiatrie fehlen im übrigen auch hier durchaus die Vorarbeiten. —

Das Schema läßt sich in folgender Tabelle darstellen:

- I. Organische (exogene und symptomatische) Psychosen
  - a) organische Hirnprozesse:
 

Paralyse, Hirnlues, Arteriosklerose, Hirnblutungen und Embolien, Meningitis, Senile Demenz, Multiple Sklerose, Huntingtonsche Chorea usw.
  - b) körperliche Erkrankungen (symptomatische Psychosen):
 

Infektionskrankheiten, Eklampsie, Urämie, Erschöpfung, Thyreogenes Irresein (Kretinismus, Myxödem, Basedow) usw.
  - c) äußere Vergiftungen:
 

Alkohol, Morphinum usw.
  - d) ein Teil der Epilepsie.
- II. Prozesse (Dementia praecox oder Schizophrenie)
 

Typen: Hebephrenie,  
 Katatonie,  
 Dementia paranoides,  
 Paraphrenie.
- III. Degeneratives Irresein
  - a) abnorme Phasen: Manisch-depressives Irresein
  - b) abnorme Reaktionen: Reaktive Psychosen
  - c) abnorme Persönlichkeiten und Entwicklungen: Psychopathen.

Diese Übersicht ergibt, daß eine eigentliche Diagnostik nur innerhalb der Gruppe I möglich und notwendig ist. Innerhalb der anderen Gruppen ist aber nur eine möglichst vollständige phänomenologische, genetisch verstehende und kausale Analyse des Falles,

eine möglichst umfassende und präzise Erfassung von Persönlichkeit und Begabung usw. wertvoll, dagegen die Diagnose — abgesehen von einer Typengruppierung, soweit es eine solche gibt, — entweder eine Simplität oder eine Unmöglichkeit. Der alleinige Trieb zur Diagnose hat jener eigentlichen Untersuchung zu mancher Zeit sehr geschadet.

Für die Diagnostik kann man sich im großen und ganzen vorstellen, daß alle Erscheinungen, die in den späteren Gruppen unserer Aufzählung beobachtet werden, auch in den früheren vorkommen, daß man also „degeneratives Irresein“ diagnostiziert, wenn man keine Anhaltspunkte für einen Prozeß und keine körperlichen Symptome findet; daß man einen „Prozeß“ diagnostiziert, solange körperlich Kennzeichnendes fehlt. Sind jedoch solche körperlichen Zeichen vorhanden, denkt man zunächst daran, auf den körperlichen Vorgang alles zurückzuführen. Man kann sich die Lage durch ein Bild veranschaulichen: die Krankheitssymptome liegen wie Ebenen übereinander, oben die degenerativen Symptome (das psychasthenische, hysterische, manisch-depressive), dann die Prozeßsymptome (das schizophrene), schließlich die organischen psychischen und körperlichen Symptome (Leistungsdefekte). Die tiefste Schicht, die bei der Untersuchung des Einzelfalls erreicht wird, gibt den Ausschlag für die Diagnose. Was zuerst als Hysterie erschien, erweist sich so als multiple Sklerose, eine Neurasthenie als Paralyse, eine melancholische Depression als Prozeß usw.

Die Tatsache, daß eine Trennung in klare Gattungen und damit eine eigentliche Diagnostik von Krankheitseinheiten nicht bei Psychosen, sondern nur bei Hirnprozessen möglich ist, hat wohl früher Psychiater dazu verführt, in der Hirnforschung nicht bloß eine Aufgabe unter anderen, sondern die Aufgabe der Psychiatrie zu sehen. Die Armut der bisher erkannten Beziehungen zwischen abnormem Hirnleben und abnormem Seelenleben, die geringe Aussicht auf weitere Resultate für die Psychopathologie, die selbstverständliche Voraussetzung, daß die Psychopathologie es mit dem Seelenleben zu tun hat, die Tatsache, daß die Aufgabe der Psychopathologie gegenüber den abnormen Seelenerscheinungen bei der Paralyse und den anderen Hirnprozessen durchaus die gleiche geblieben ist, seitdem diese Hirnprozesse entdeckt sind, die Tatsache, daß das Seelische für viele an Interesse verliert, wenn man den verursachenden Hirnprozeß kennt (der Grund, warum die Seelenerscheinungen bei Paralyse fast gar nicht mehr studiert werden), alles das hat von seiten der Psychopathologie dazu geführt, jene Überschätzung der Anatomie für die Psychiatrie in einer manchmal zu scharf formulierten Weise abzulehnen. Da die Hirnforschung heute noch gefestigter ist als die Psychopathologie, so kann man diese Ablehnung der Psychopathologen, die sich allzu sehr in der Defensive befinden, verstehen. Daß jede Forschungsrichtung in der ihr der Sache nach angewiesenen Grenze bleibt, ist für die Wissenschaft das Fruchtbarste. Im Beginn des 19. Jahrhunderts hat man lächerliche psychologische Übergriffe erlebt, die Übergriffe der Anatomie in der zweiten Hälfte waren zu Zeiten kaum geringer (Meynert, Wernicke u. a.). Heute scheint in beiden Richtungen Begrenzung und Klarheit zur Herrschaft zu kommen.

Die Idee der Krankheitseinheit führt zur Erwartung, daß man beim einzelnen Menschen nicht mehr als eine Krankheit diagnostizieren kann. Kombinationen von Psychosen sind Ausnahmen. Dies gilt nun tatsächlich nur für die organischen Hirnprozesse und die übrigen exogenen Formen — es gibt aber auch hier echte Kombinationen, z. B. Paralyse plus Tumor, Paralyse plus Lues usw. Hier vereinigen sich zwei Krankheitsgattungen. Dagegen ist es nicht nur die Ausnahme, sondern das Gewöhnliche, daß ein Fall mehreren Typen seine Eigenart entlehnt. So findet man im selben Individuum mehrere Charaktertypen, eine Phase, eine Reaktion usw. Zurzeit stellen wir uns vor, daß, im Falle ein Prozeß vorliegt, dieser für

alle Symptome verantwortlich zu machen ist; doch ist das eine rein theoretische, zurzeit noch heuristisch fruchtbare Voraussetzung, und im Prinzip ist es gar nicht abzuleugnen, daß sich ein Prozeß mit degenerativen Symptomen „kombiniert“, daß sich Prozeßtypen untereinander kombinieren usw.<sup>1)</sup>

Die Begriffe Krankheitsgattung und Krankheitstypus auseinander zu halten, ist methodisch wichtig. Zu einer Gattung (z. B. Paralyse) gehört ein Fall oder gehört er nicht. Einem Typus (z. B. hysterischer Charakter) entspricht ein Fall mehr oder weniger. Gattung ist der Begriff einer wirklich vorhandenen abgrenzbaren Krankheitsart. Typus ist ein fiktives Gebilde, dem eine Wirklichkeit mit fließenden Grenzen entspricht, an dem ein Einzelfall gemessen wird, dem er aber nicht eingeordnet wird. Daher ist es sinnvoll, denselben Einzelfall an vielen Typen zu messen, um ihn möglichst zu erschöpfen. Dagegen liegt es nahe, daß die Unterordnung unter eine Gattung ihn erledigt sein läßt. Gattungen gibt es, oder es gibt sie nicht. Typen erweisen sich bei der Erfassung von Einzelfällen in ihrer Eigenart und zur Ordnung als fruchtbar oder nicht. Durch Gattungen werden reale Grenzen erkannt, durch Typen nur einer fließenden Mannigfaltigkeit eine Struktur gegeben, die sie dem Intellekt zugänglich macht<sup>2)</sup>.

Die Diagnoseschemata<sup>3)</sup> dienen überall statistischen Zwecken. Die Masse der Kranken soll erfaßt und vergleichbar gemacht werden. Nun ist es klar, daß ein Diagnoseschema, wenn es übereinstimmend angewandt und ausgefüllt werden soll, sich nur auf die greifbaren Hirnerkrankungen, die allgemein anerkannten Intoxikationen und überhaupt die symptomatischen Psychosen erstrecken kann (jedoch ist schon bei chronischen Alkoholpsychosen, auch bei der Alkoholparanoia schon große Vorsicht nötig). Im übrigen können nur einzelne greifbare Daten, nicht Krankheiten gezählt werden. Es ist ein Grundirrtum, die Men-

1) Zur Frage der kombinierten Psychosen vgl. Gaupp. Zbl. f. Neurol. 1903, S. 766.

2) Die Ausführungen der letzten Seiten fanden Bestätigung und Erweiterung durch neuere programmatische Gedanken über „Strukturanalyse“ und „mehrdimensionale Diagnostik“. Es handelt sich um einen Grundgedanken, der durch meine ganze Psychopathologie geht: daß jeder Fall unter allen nur möglichen Gesichtspunkten betrachtet und nicht durch Subsumtion unter eine vermeintliche Krankheitseinheit (ein „Gesamtbild“) erledigt werden solle. Sollte allerdings — was ich nicht weiß, aber fürchte — die Tendenz dieser Gedanken dahin gehen, die Idee der Krankheitseinheit völlig aufzugeben und an die Stelle methodologischer Systematik eine Schematik sozusagen der objektiven Sache treten zu lassen, an die Stelle einer grenzenlosen Perspektive eine neue theoretische Simplifizierung und Vergewaltigung der Dinge, unter die man wieder bequem, nur anders, subsumiert, so würde dazu mein Buch in völligem und bewußtem Gegensatz stehen. Siehe: Birnbaum: Der Aufbau der Psychose, Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 75 S. 482. Die Strukturanalyse als klinisches Forschungsprinzip, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 53 S. 121, Grundgedanken zur klinischen Systematik, ebda. 74 S. 103. Kretschmer: Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik, ebda. 48.

Wie ein moderner Autor „alle Forschungsmethoden gleichberechtigt nebeneinander“ anerkennt und sie sich zusammenfinden sieht zur Erkenntnis einer großen Krankheitsgruppe, zeigt das instruktive Referat von Wilmanns: Die Schizophrenie, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 78. 1922. S. 325 (umfassendes Literaturverzeichnis).

3) Vgl. Schlöss: Jahrb. f. Psychiatr. u. Neurol. 34 S. 152. Hartmann: Jahrb. f. Psychiatr. u. Neurol. 34 S. 173. Römer: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 11.

sehen als Ganzes klassifizieren zu wollen. Eine falsche Rechtfertigung ist es, daß man ein Schema für „praktische“ Zwecke relativ „brauchbar“ herstellen wolle, daß man die verschiedenen Gesichtspunkte verbinden und einen Ausgleich, eine Einigung der verschiedenen Schulanschauungen herbeiführe. Für ein Diagnosenschema, das die Zahl der Fälle für jede Krankheit zählbar machen soll, gilt die Forderung, daß in jedem Schema jeder Fall nur einmal vorkommen darf. Oder es muß überhaupt auf Krankheitszählung verzichtet werden und bei Zählung aller möglichen greifbaren Daten kann jeder Fall mehrere Male vorkommen. Statistik ist ferner nur sinnvoll für das, was in überall übereinstimmender Weise wiedererkannt und gezählt wird. Brauchbar ist nur das, was entweder quantitativ und meßbar ist oder was beim Einzelindividuum ausschließend vorkommt (d. h. es ist entweder da oder nicht da). Soll die Handhabung statistischer Schemata nicht jeden Denkenden bei der Benutzung abstoßen, so muß es logisch geordnet sein, also entweder klare Teilungen oder klare bloße Aufzählungen enthalten. Unerträglich ist ein Durcheinander der verschiedensten Gesichtspunkte, bei denen das Schema nie klar vor dem geistigen Auge steht.

Wie lehrreiche und einwandfreie statistische Arbeit an greifbaren Hirnprozessen geleistet werden kann, zeigen die statistischen Untersuchungen der Paralyse<sup>1)</sup>, die sich auf Verlauf, Abstand zwischen Infektion und Beginn, Verteilung auf Lebensalter, auf soziologische Gruppen usw. erstrecken.

## Die Symptomenkomplexe.

Für die Gesamttypenbildung, die sich auf das Ganze der abnormen Erscheinungen biographisch erstreckt, leistet die allgemeine Psychopathologie noch eine Vorarbeit, indem sie Elemente zu Symptomenkomplexen zusammenträgt und diese psychologisch untersucht. Die allgemeine Psychopathologie leistet hier schon synthetische Arbeit, ohne doch dabei vorwiegend von der Idee der Krankheitseinheit, diesem Orientierungspunkt allein der speziellen Psychiatrie, geleitet zu sein. Seitdem man den gesamten Krankheitsverlauf für eine der wichtigsten Kennzeichen zur Gruppierung der Krankheiten anzusehen gelernt hatte, unterschied man die Zustandsbilder, die die vorübergehende Erscheinungsform einer Krankheit sind, von dem ganzen Krankheitsprozeß. Diese Zustandsbilder sind unendlich an Mannigfaltigkeit. Um sie leichter charakterisieren zu können, bildete man die Begriffe von Symptomenkomplexen; man fand gewisse Symptomenverkoppelungen, die als Typen der Zustandsbilder gelten konnten, die zwar sehr selten den wirklichen Zustandsbildern im Einzelfalle völlig entsprachen, die aber doch eine Ordnung der zahllosen Variationen erlaubten. Schon Emminghaus schilderte als

<sup>1)</sup> Arndt und unius: Arch. f. Psychiatr. 44; Dübel: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 72 (1916). S. 375. Meggendorfer: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 63 S. 9.

Symptomenkomplexe Melancholie, Manie, Wahnsinn, Verrücktheit, Blödsinn, und man sprach von Symptomenkomplexen als selbstverständlichen, aber erledigten Gebilden, als die Idee der Krankheitseinheit allein im Vordergrund des Interesses stand. In unseren Tagen aber forderte man wieder prinzipiell zum Studium dieser Komplexe auf: man solle sie an sich ohne Rücksicht auf Krankheitseinheiten und Krankheitsprozesse studieren, die in ihnen vorhandenen Regelmäßigkeiten und notwendigen Zusammengehörigkeiten ergründen und so begründete Einheiten schaffen, die zwischen den elementaren Erscheinungen aller Art und den Krankheitseinheiten gleichsam in der Mitte ständen<sup>1)</sup>.

Überschauen wir alle Arten von Elementen, die uns die früheren Kapitel lehrten, so können wir durch wechselnde Zusammenstellung eine Unendlichkeit von Zustandsbildern konstruieren. Sehen wir uns in der Wirklichkeit die Zustandsbilder an und analysieren ein jedes gründlich, so konstatieren wir, daß die Mannigfaltigkeit tatsächlich unendlich ist. Und doch werden wir heute genau so wie der Psychiater vor hundert Jahren bei der Beobachtung zur Anerkennung gewisser typischer Bilder veranlaßt, die seit langem als Symptomenkomplexe bekannt sind. Nach welchen Gesichtspunkten werden nun diese Typen gebildet, und was für Arten von Symptomenkomplexen müssen wir unterscheiden? Da das Reich der Einheiten zwischen den Elementen und den „Krankheitseinheiten“ sehr groß ist, liegt es auf der Hand, daß man recht Verschiedenartiges Symptomenkomplex genannt hat, und daß es schließlich bloß eine terminologische Frage ist, ob man z. B. eine Reaktionsform, einen Charaktypus, Anfälle usw. auch Symptomenkomplexe nennen will oder nicht. Die Sachlage ist die, daß alle Einheitsbildungen, deren Wesen einheitlich und klar ist, an bestimmten Orten der allgemeinen Psychopathologie vorkommen: als kausale, als genetisch verständliche Zusammenhänge, als Persönlichkeitstypen usw. Der Rest von Einheitsbildungen, der unter Zusammenwirken mehrerer Gesichtspunkte und meistens methodisch unklar entstanden ist, wird als der Kreis der Symptomenkomplexe zusammengefaßt. Die Gesichtspunkte, von denen bei der Bildung einzelner Symptomenkomplexe durchweg mehrere zusammen-treten, sind, gesondert betrachtet, folgende:

1. Historisch das Früheste war, daß man beim Äußerlichsten anfang. Man benannte objektive Erscheinungen der auffallendsten und größten Art und faßte diese, mochten sie im übrigen dem subjektiven Erleben der Kranken und der Genese nach noch so verschieden sein, als das Wesentliche auf. Beispiele sind der Stupor (alle Zustände, in denen bei wachem Bewußtsein auf irgendwelche Fragen und auf Situationen überhaupt nicht reagiert wird, die Kranken vielmehr bewegungslos in der gleichen Stellung verharren), die Tobsucht (Erregungszustand), die nur die Tatsache motorischer Erregung aus-

<sup>1)</sup> Cramer: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 67 S. 631.  
Hoche: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 12. 1912. S. 540.

drückt, die Verwirrtheit (Unverständlichkeit und Zusammenhangslosigkeit der Handlungen und sprachlichen Äußerungen), die Paranoia (im Sinne des Auftretens von Wahnideen im weitesten Sinne) usw. Diese Bezeichnungen sind als bloße Benennungen objektiver Erscheinungen (nach den Gesichtspunkten der Leistungspsychologie), die noch gar nichts weiteres aussagen wollen, auch heute noch im praktischen Gebrauch. Die weitere Untersuchung hat hier gar nicht die Synthese eines Komplexes zur Aufgabe, sondern die Aufklärung der Genese der nur äußerlich ähnlichen Symptome und der subjektiven Erlebnisweisen der Kranken.

2. Tiefer gehen diejenigen Begriffe von Zustandsbildern, die das subjektive Erleben vor allem berücksichtigen (dies spielt bei der Manie, Melancholie u. a. eine wesentliche Rolle).

3. Die Gesichtspunkte, unter denen nun die Elemente verschiedener Herkunft zu Komplexen vereinigt werden, sind unserer Ansicht nach mehrere. Mancher hält vielleicht den Gesichtspunkt, daß diejenigen Symptome, die am häufigsten zusammen vorkommen, einen Symptomenkomplex bilden, für den einzigen. Tatsächlich bestehen gar keine Untersuchungen über die Häufigkeit, mit der gewisse Symptome zusammen vorkommen, es handelt sich immer nur um den Eindruck der Häufigkeit<sup>1)</sup>. Abgesehen davon muß aber die eigentümliche Selbstverständlichkeit, mit der gewisse Gruppierungen von Komplexen immer anerkannt werden, und die überzeugende Notwendigkeit, die diesen Gruppierungen anhaftet, noch andere Quellen haben.

4. Eine dieser Quellen ist der „verständliche“ Zusammenhang, in dem die Symptome eines Komplexes untereinander stehen. Die Heiterkeit, die Bewegungsfreude, der Rededrang, die Lust an Scherz und Betätigung, die Ideenflucht und alles, was sich daraus weiter verständlich ableiten läßt, bilden nicht darum das Bild der „reinen“ Hypomanie, weil sie in dieser Weise neben der „reinen“ Depression das häufigste Bild der Gemütskrankheiten sind (im Gegenteil sind tatsächlich, je genauer man untersucht, die „Mischzustände“ desto häufiger), sondern weil das ganze Bild für uns eine „verständliche“ Einheit bildet. Er ist neben der reinen Depression der psychologische Idealtypus der Gemütskrankheiten, von denen wir mangels jeglicher Untersuchung den Durchschnittstypus gar nicht kennen.

Der Begriff des Idealtypus ist von größter methodologischer Bedeutung<sup>2)</sup>. Idealtypen sind umfassende Einheitsbildungen, die zwar bei Gelegenheit der Erfahrung, aber nicht durch die Erfahrung, vielmehr aus wenigen gegebenen Voraussetzungen mit apriorischen Mitteln konstruiert werden. Entweder wird z. B. aus gewissen paranoischen Erlebnisformen auf rationalem Wege der Idealtypus des systematischen Verfolgungswahns, oder aus anderen Voraussetzungen

1) Man hat z. B. den „motorischen Typus“ aufgestellt: Die Verbindung von psychomotorischen Störungen mit motorischen, kinästhetischen und optischen Halluzinationen. Ferner die Verbindung von Stimmen mit Bewußtseinsklarheit, von optischen Halluzinationen mit Bewußtseinsstrübung. Vgl. Séglas: *Ann. méd. psychol.* 1894. Pfersdorff: *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 19.

2) Vgl. Max Weber: *Arch. f. Sozialw. u. Sozialpol.* 19, darin besonders S. 64ff.

(auf dem Wege der Evidenz „verständlicher“ Zusammenhänge), z. B. der Idealtypus der Manie, des hysterischen Charakters usw. entwickelt. Neben jenen rationalen besitzen wir diese psychologischen Idealtypen. Aus dem Wesen des Idealtypus ergibt sich, daß sie zunächst gar keine empirische Bedeutung haben, daß sie aber der Maßstab sind, an dem wir die wirklichen Einzelfälle messen. Soweit diese dem Idealtypus entsprechen, begreifen wir sie. Der Verfolgungswahn des einzelnen Paranoikers hat vielleicht große Lücken, der hysterische Charakter ist nicht ausgeprägt und „rein“. Wo die Wirklichkeit dem Idealtypus nicht entspricht, fragt wir weiter, woher es kommt; entspricht die Wirklichkeit aber völlig, so ist die Erkenntnis auf eigenartige Weise befriedigt, und wir fragen nur nach der Ursache des Ganzen. — Die Idealtypen geben uns ferner die Möglichkeit, seelische Zustände und Entwicklungen in concreto nicht durch zusammenhanglose Aufzählungen ad infinitum, sondern durch Aufdeckung der idealtypischen Zusammenhänge, so weit sie wirklich vorhanden sind, geordnet und sinnvoll zu machen. Ein Unterschied der begabten Schilderer von den sich meist als objektiv rühmenden, bloß aufzählenden nebeneinanderstellenden Krankengeschichtsschreibern ist der, daß jene ersteren instinktiv die Idealtypen benutzen, ohne dadurch im geringsten weniger objektiv sein zu müssen.

5. Eine weitere Quelle der Einheit von Symptomenkomplexen ist der gleiche Zug, der einer im übrigen recht heterogenen Kategorie von Symptomen eignet. So liegt die Sache z. B., wenn man alles, was den Kranken „gemacht“ wird, beim paranoischen Komplex, alle Erscheinungen abnormer Motilität, soweit sie weder neurologisch erklärbar, noch psychologisch verstehbar sind, beim katatonischen Komplex, alle Vorgänge, die als ausübergroßer „Reizbarkeit“ und „Schwäche“ entsprungen angesehen werden können, als neurasthenisch zusammenfaßt. Hierbei spielt meist die Vorstellung einer einheitlichen außerbewußten Ursache eine Rolle.

6. Wenn solche hinzugedachten Ursachen als theoretische Konstruktionen ausgebaut und gleichzeitig empirisch einigermaßen begründet werden, so faßt man alles, was aus ihnen abgeleitet werden kann, zusammen: z. B. die hysterischen Symptomenkomplexe (Abspaltung, hysterische Mechanismen), den psychasthenischen Komplex (Herabsetzung der psychischen Kraft).

Überblicken wir die Gesichtspunkte, die bei der Auffindung der Symptomenkomplexe mitwirken, so finden wir, daß es dieselben sind, die uns einzeln bei den verschiedensten Detailuntersuchungen leiteten. Bevor wir an die Einzeldarstellung gehen, vergegenwärtigen wir uns noch einmal, 1. daß die Symptomenkomplexe niemals Krankheitseinheiten sein sollen, daß sie vielmehr unabhängig von eventuellen Krankheiten, bei denen sie vorkommen, gebildet und untersucht werden; 2. daß im Prinzip zu erwarten ist, daß eventuell jeder Symptomenkomplex bei allen einmal abgrenzbaren Gehirnkrankheiten vorkommen kann, daß im allgemeinen Symptomenkomplexe für keine Krankheit kennzeichnend, höchstens statistisch häufig bei ihr sind. Die Erfahrung lehrt jedoch z. B., daß anscheinend die Symptomenkomplexe des Korsakoff und des Delirium nur bei exogenen Psychosen vorkommen (Bonhoeffer).

Bei dem Vergleich individueller Zustandsbilder mit dem Typus eines Symptomenkomplexes pflegen wir zu sagen, daß eine „gradweise“ Verschiedenheit vorhanden sei: diese ist entweder rein

extensiv: es sind mehr oder weniger Einzelzüge, die zum Komplex gehören, vertreten. Oder der Unterschied wird als ein intensiver gedacht: die Verschiedenheit beruht darauf, daß der zugrunde liegende Vorgang im einen Fall eine heftigere Erscheinungsweise derselben Phänomene bedingt. So stellt man sich z. B. Grade zwischen der Hypomanie über die ausgebildete Manie bis zur verworrenen Manie vor.

Bei der Analyse des Einzelfalles müssen wir ferner bedenken, daß sich selbstverständlich im individuellen Zustandsbild die Züge mehrerer Symptomenkomplexe vereinigen können. Ja, wir werden einen Fall um so vollständiger erschöpfen, an je mehr Symptomenkomplexen wir sein Zustandsbild messen. —

Bei den nun folgenden Einzeldarstellungen<sup>1)</sup> kann es sich nur um eine Auswahl, in keiner Hinsicht um Vollständigkeit handeln.

### § 1. Akute und chronische Psychosen.

Diese Gegenüberstellung hat im psychiatrischen Gebrauch einen mehrfachen Sinn: 1. meint man damit Unterschiede im Gesamtbilde der psychotischen Zustände. Akute Zustände zeigen eine intensive Veränderung schon im äußeren Verhalten, Erregung oder Depression, Verwirrtheit, Unruhe usw.; während chronische Zustände besonnen, orientiert, geordnet, ruhig, gleichmäßig sind. Dieser ganz generelle Gegensatz der Symptomenbilder trifft häufig, aber nicht immer zusammen mit 2. dem Gegensatz von Vorgang und Zustand. Bei jenen akuten Bildern denkt man an Krankheitsvorgänge, welche schnell in der Heftigkeit der Symptome ansteigen, bei den chronischen an Krankheitszustände, welche sich langsam entwickeln oder als Residuen jener stürmischen akuten Vorgänge geblieben sind. Damit trifft wiederum häufig, aber nicht immer 3. der prognostische Gegensatz von heilbar und unheilbar zusammen. Akute Vorgänge werden häufiger als heilbar oder doch als besserungsfähig, chronische Zustände immer als unheilbar gedacht.

Zur ersten Orientierung ist diese Gegenüberstellung des Typus der akuten Psychose: heftige Krankheitserscheinungen bei einem noch heilbaren Vorgang, und des Typus der chronischen Psychose: kaum auffallende Krankheitserscheinungen bei einem nicht mehr heilbaren Zustand, brauchbar. Die Zeitdauer spielt bei dieser Gegenüberstellung keine Rolle. Selbst jahrelang dauernde Psychosen nennt man noch akute — ganz im Gegensatz zum Sprachgebrauch in der somatischen Medizin.

### § 2. Die Symptomenkomplexe der abnormen Gemütszustände.

Die außerordentliche Mannigfaltigkeit der Zustandsbilder Gemütskranker gewinnt die erste Ordnung durch die Gegenüberstellung der uralten Typen Manie und Depression.

<sup>1)</sup> Die zitierte Literatur ist durchweg in der Absicht, Krankheitseinheiten zu bilden, geschaffen und enthält demgemäß viel Diagnostisches, das uns hier nicht interessiert. Wir zitieren sie hier nur wegen ihres Gehalts in bezug auf Herausarbeitung von Symptomenkomplexen.



Die reine Manie ist charakterisiert durch eine ursprüngliche, motivlose, überströmende Heiterkeit und Euphorie, durch eine Veränderung des seelischen Ablaufs in der Richtung der Ideenflucht und der Vermehrung der Assoziationsmöglichkeiten. Das Lustgefühl am Leben erhöht alle Triebregungen: vermehrte Sexualität, vermehrter Bewegungstrieb; Rededrang und Betätigungsdrang steigern sich von bloß lebhaftem Gebaren bis zu Erregungszuständen. Der ideenflüchtige Ablauf des Seelenlebens läßt alle Betätigungen lebhaft beginnen, aber schnell abbrechen und wechseln. Alle eindringenden Reize und alle neuen Möglichkeiten lenken den Kranken ab. Die massenhaften ihm zu Gebote stehenden Assoziationen kommen spontan und ungerufen; sie lassen ihn witzig und geistreich, die Unmöglichkeit, eine determinierende Tendenz festzuhalten, aber gleichzeitig oberflächlich und verworren sein. Er fühlt sich körperlich und geistig ungeheuer gesund und kräftig. Seine Fähigkeiten erscheinen ihm überragend. Bei seinem unbeirrbareren Optimismus erscheinen dem Kranken alle Dinge, die ganze Welt, seine Zukunft in rosigstem Lichte. Alles ist glänzend, alles liegt so glücklich wie möglich. Seine Vorstellungen und Gedanken finden sich unter diesem Gesichtspunkt verständlich zusammen. Für andere Vorstellungen ist er überhaupt nicht zugänglich.

In jeder Hinsicht das Gegenteil ist die reine Depression. Ihren Kern bildet eine ebenso motivlose, tiefe Traurigkeit, zu der eine Hemmung alles seelischen Geschehens kommt, die sowohl subjektiv schmerzlich empfunden als auch objektiv festzustellen ist. Alle Triebregungen liegen darnieder; zu nichts hat der Kranke Lust. Der verminderte Bewegungs- und Betätigungsdrang wird zur völligen Regungslosigkeit. Kein Entschluß kann gefaßt, keine Tätigkeit in Angriff genommen werden. Die Assoziationen stehen nicht zur Verfügung. Dem Kranken fällt gar nichts ein, sie klagen über ihr völlig zerrüttetes Gedächtnis, sie empfinden ihre Leistungsunfähigkeit und klagen über ihre Insuffizienz in jeder Richtung. Ihre tiefe Traurigkeit läßt ihnen alles grau in grau erscheinen. Aus allem suchen sie das Ungünstige, Unglückliche heraus. In der Vergangenheit haben sie sich viel zuschulden kommen lassen (Selbstvorwürfe, Versündigungsideen), die Gegenwart bietet ihnen nur Übles (Kleinheitsideen), die Zukunft liegt entsetzlich vor ihnen (Verarmungsideen u. a.).

Die Symptomenkomplexe der reinen Manie und Depression haben wegen des durchgehenden verständlichen Zusammenhangs der Einzelzüge für uns etwas außerordentlich „Natürliches“. Jedoch entsprechen sehr viele der Gemüskranken durchaus nicht diesen natürlichen Komplexen, die nichts sind als idealtypische Gebilde. Alle diese den Typen nicht voll entsprechenden Zustände nennt man „Mischzustände“. Man denkt sich Manie und Depression in Komponenten aufgelöst, aus denen sich durch wechselnde Kombination die Mannigfaltigkeit der Einzelbilder ableiten läßt. Es ist nur die Frage, was für Komponenten das sind, und nach welchen Gesichtspunkten man sie finden soll.

Kraepelin und Weygandt<sup>1)</sup> haben die Manie in die Komponenten Heiterkeit, Ideenflucht, Bewegungsdrang, die Depression in Traurigkeit, Gedankenhemmung, Bewegungshemmung zerlegt und daraus z. B. abgeleitet: Heiterkeit + Gedankenhemmung + Bewegungsdrang = „unproduktive Manie“; Heiterkeit + Gedankenhemmung + Bewegungshemmung = „manischer Stupor“ usw. In dieser Richtung, die ihre Bedeutung wesentlich in diagnostischer Beziehung (Auffassung rätselhafter Zustände als heilbarer Phasen bei sonst an Manie oder Depression erkrankenden Individuen) hatte, ist keine weitere Entwicklung eingetreten; das erscheint natürlich, da Elemente verständlicher Zusammenhänge ohnehin weiteres einfach als objektive Komponenten und Faktoren des Seelenlebens verwandt worden sind (die so häufige Vermengung verstehender mit objektiv erklärender Psychologie). Nur die objektive Trennung von Verstimmungs- und Hemmungserscheinungen läßt sich vielleicht aufrecht erhalten.

In welcher Weise nun die Komponenten zu bilden sind, aus deren Zusammenwirken die verschiedenen Zustände Gemütskranker erklärt werden können, das ist zunächst unklar. Durch subtile Analysen bei psychologischen Versuchen<sup>2)</sup> hat man einiges in Angriff genommen (z. B. die Trennung von Assoziationshemmung und Hemmung determinierender Tendenzen). Die meisten Versuche geben nur eine genauere Beschreibung und quantitative Feststellung dessen, was man auch ohne sie beobachtet. So fand z. B. Guttman bei Arbeits- und Aufmerksamkeitsversuchen (Ausstreichenlassen bestimmter Buchstaben in einem Text), daß bei Manischen und Depressiven die Leistung herabgesetzt ist, daß beide im Gegensatz zu Normalen sich mehr „hineinarbeiten“ müssen, daß daher die Leistung in der zweiten Hälfte besser wird und die Pausen nicht die günstige Wirkung wie bei Normalen haben, daß Manische quantitativ besser, qualitativ schlechter als Depressive arbeiten, daß Depressive schneller ermüden.

Eine Analyse der einzelnen Fälle hat im übrigen folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen: 1. Es kommt zur Veränderung des Gemütszustandes andere primäre Veränderungen hinzu (Depersonalisationserscheinungen, Entfremdung der Wahrnehmungswelt, Reizbarkeit, psychische Hyperästhesie usw.), die das Bild extensiv bereichern. — 2. Es treten die Erscheinungen in höherem Grade auf, so daß das Bild intensiv gesteigert wird: die traurige Hemmung wird zum Stupor, die ideenflüchtige Heiterkeit zur verworrenen manischen Erregung. — 3. Im Verlaufe der Krankheit zufällig aufgetretene Gewohnheiten oder aus schwereren Zuständen gebliebene Reste bereichern das Bild durch Stereotypien, versteinerte, erlebnisloser gewordene Erscheinungen (Grimassen, Bewegungen, Inhalte des Rededrangs usw.). — Von den zahlreichen Symptomenkomplexen, die man für charakteristisch erklären kann, und die im psychiatrischen Sprachgebrauch vielfach benannt sind („querulierende Manie“, „nörgelnde Depression“, „Jammer-

<sup>1)</sup> Weygandt: Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. München 1899.

<sup>2)</sup> Isserlin: Psychologische Untersuchungen an Manisch-Depressiven. Monatschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 22, 1907. Guttman: Zeitschr. f. Psychotherapie 4. 1912. S. 1. Storch: Zeitschr. f. Pathopsychol. 2. Birnbaum: Monatschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 32 S. 199. Lomer: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 20 S. 447.

melancholie“ usw.), und die auf alle diese drei Arten sich vom „reinen“ Bilde entfernen, ist eines der charakteristischsten die Melancholie, die hier noch als Beispiel aufgeführt sein mag:

Der Zustand ist derart, daß die überwertigen oder Zwangsideen der Depression wahnhaft werden: sie werden phantastisch ausgebildet (die Kranken sind am Unglück der ganzen Welt schuld, sie sollen vom Teufel geköpft werden usw.) und auch bei relativ besonnenem Zustand für wahr gehalten. In den Erlebnisgrundlagen kommen vor allem massenhafte Körpersensationen hinzu (die alsbald zu hypochondrischen Wahnideen führen: sie seien bis an den Hals voll Kot, das Essen falle durch den gänzlich leeren Leib sofort bis unten hinunter usw.), ferner die höchsten Grade der Depersonalisationserscheinungen und der Wahrnehmungsentfremdung: es gibt keine Welt mehr, sie selbst sind nicht mehr, aber so, wie sie scheinbar sind, müssen sie ewig leben (nihilistische Wahnideen), schließlich heftigste Angst. In der Angst suchen die Kranken in dauernden Bewegungen Erleichterung, sie ergehen sich in eintönigem Rededrang, der fast zu Verbigeration wird: ach du lieber Gott, ach was soll da werden, es ist alles hin, es ist alles hin, ach was soll da werden usw. Bewegungsformen, Ausdruck des Gesichts und Rededrang scheinen sich bei Verminderung der Angst und der Verstimmung in einem gleichsam versteinerten Zustand zu erhalten, bis — oft nach langen Zeiten — das endgültige Abklingen der Phase eintritt.

Durchaus nicht bei allen als Phasen auftretenden Erkrankungen handelt es sich um Gemütskrankungen. So gibt es Phasen, in denen ohne jede primäre Gemütsveränderung Depersonalisation, Zwangsideen, Gedankendrang oder Hemmung usw. auftreten. Eine Untersuchung in dieser Richtung und eine Analyse der typischen Gesamtbilder hat man noch nicht versucht. Hier hat man bisher nur die elementaren Erscheinungen als solche herausgegriffen.

### § 3. Die Symptomenkomplexe der Bewußtseinsveränderungen.

Wir versuchten früher, Benommenheit, Bewußtseins trübung und Bewußtseinsveränderung zu unterscheiden. Diese drei Richtungen veränderten Seelenlebens verbinden sich, unter wechselndem Hervortreten der einzelnen, mit zahlreichen anderen Momenten zur Bildung der wiederum außerordentlich verschiedenartigen Zustandsbilder, bei denen wir von einem veränderten Bewußtsein im weiteren Sinne reden. Von den typischen Symptomenkomplexen greifen wir das Delirium, die Amentia und den Dämmerzustand heraus. Allen gemeinsam ist — in verschiedenem Grade — die Desorientierung, eine mehr oder weniger große Zusammenhangslosigkeit des Seelenlebens und eine mehr oder weniger getrübbte Erinnerung nach Ablauf des Zustandes.

a) Das Delirium ist gekennzeichnet durch die Abkehr des Kranken von der realen Außenwelt. Er lebt in seiner deliriösen Welt, die aus Illusionen, echten Halluzinationen, wahnhaften Einfällen zusammengesetzt ist. Eine oft ungeheure Angst und triebhafte Betätigung beherrschen den Kranken. Die Auffassung ist ganz schlecht, das Bewußtsein hat nur einen niedrigen Wellengipfel und befindet sich im Habitualzustande immer an der Grenze des Schlafes, der jedoch nicht erreicht wird; bei maximaler Anspannung der Aufmerksamkeit läßt sich der Gipfel vorübergehend zur Erhebung bringen, dann besteht relativ bessere Auffassung und ein Zurücktreten des

deliranten Erlebens<sup>1)</sup>. Bewußtseinstrübung in der Richtung zum traumhaften Seelenleben, ein gewisser Zusammenhang („szenenhafte Illusionen“), ferner Beimischung von Zügen der Benommenheit sind die Merkmale des wenig charakteristisch begrenzten Typus des Deliriums, die diesen am ehesten unterscheiden von dem

b) Typus der Amentia<sup>2)</sup>. Erinnern wir uns an unser Schema, in dem wir assoziative Zusammenhänge von den auf ihnen in zahlreichen Pyramiden sich aufbauenden Aktsynthesen unterschieden (S. 126), so erkennen wir als die zentrale Erscheinung dieses Typus die Verminderung der Aktsynthesen bis zu den niedersten Stufen der Aktzusammenhänge, damit die Unfähigkeit, zu irgendeinem neuen Denkkakt, zur Erfassung eines neuen Gedankens, einer Beziehung zu kommen. Nicht einmal die einfachen Aktsynthesen, die zur Orientierung über die Situation führen, sind mehr möglich. Zu keiner Kombination vermag der Kranke zu kommen. Infolgedessen ist das Seelenleben gleichsam in lauter einzelne Stücke zerfallen (Inkohärenz), indem nur zufällige und für das Individuum gewohnte und leichte einzelne Akte des Gegenstandsbewußtseins — im früheren Schema gedacht: meist tieferer Schichten — ohne jede Beziehung zu früheren und späteren Akten auftreten. Die einzigen Gesetze, die die Folge der Bewußtseinsinhalte mechanisch beherrschen, sind Assoziationsregeln, Perseveration, zusammenhangslose Fesselung durch Sinneswahrnehmungen. Zufällig in den Gesichtskreis tretende Gegenstände werden bemerkt, genannt, sofort tritt aber eine Vorstellung an deren Stelle, die vielleicht durch eine sinnlose Assoziation geweckt ist; Gleichklänge der Worte, Reime und ähnliches beherrschen den Inhalt der Reden (von der Ideenflucht durch den Mangel der bei dieser produktiv sich aufdrängenden Assoziationen geschieden), die Fragen des Untersuchers werden gedankenlos wiederholt, ohne daß es zur Antwort kommt, zufällige Einfälle treten regellos und in sprunghaftem Wechsel ins Bewußtsein.

Bei den weniger schweren Graden solcher Zustände — die Schwankungen sind gewöhnlich groß, bis zu vorübergehender vollter Luzidität — werden sich die Betroffenen der Veränderung bewußt. Sie merken, daß sie nicht denken können, merken, daß ihnen die ganze Umgebung rätselhaft bleibt und verfallen infolgedessen in ein ratloses Staunen „Was ist denn nur? Was soll denn das? Wo bin ich denn? Ich bin doch Frau S.“ Solche und ähnliche Fragen stellen sie; aber selbst wenn sie eine Antwort einmal verstanden haben, wird sie sofort vergessen. Dabei ist es, besonders im Anfang, den Kranken unheimlich zumute, sie fühlen die kommende Geisteskrankheit und die ungeheure Umwälzung in ihrem Bewußtsein. Diese Gefühle steigern sich zu wahn-sinniger Angst, die durch die nun noch hinzutretenden zwar gänzlich

<sup>1)</sup> Liepmann: Arch. f. Psychiatr. 27. Bonhoeffer: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 1.

<sup>2)</sup> Meynert: Jahrb. f. Psychol. 9. Stransky: Jahrb. f. Psychiatr. 4—6. Raecke: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 11 S. 12, 120. Strohmayer: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 19.

zusammenhangslosen und immer wieder schnell schwindenden Wahneinfälle und Sinnestäuschungen noch weiter gesteigert wird. Da diese aber regellos sind und ebenso erfreulicher, beglückender wie indifferenten Art sein können, wechselt die Gemütsstimmung in den schroffsten Gegensätzen.

Wahnhaftige Ideen, Trugwahrnehmungen usw. sind selbstverständlich ebenso inkohärent wie die realen Wahrnehmungen und die durch sie auftretenden Gedanken. Keine Reflexion, keine Beurteilung ist möglich, daher entsteht auch nicht der Ansatz zu einem System, vielmehr sind die Kranken den inhaltlich und der ganzen Richtung nach wechselnden Täuschungen passiv hingegeben. Weder eine dauernde Grundstimmung, noch eine bestimmte Wahnrichtung, noch verständliche Komplexe geben den Inhalten eine Einheitlichkeit. Die Kranken beziehen das Merkwürdigste auf sich: daß ein Vorhang vorgezogen wird, daß da ein Löffel liegt; die Gegenstände werden illusionär umgeformt, z. B. nach Ähnlichkeit, z. T. nach anderen assoziativen Bedingungen; echte Trugwahrnehmungen kommen dazwischen vor. Alles drängt sich dem Kranken auf, er muß sich willenlos damit beschäftigen, um sofort neuem preisgegeben zu sein. Durch mechanische Perseveration geschieht es, daß einzelne Inhalte, Redewendungen, einzelne Fragmente des Seelenlebens immer wiederkehren; jedoch darf daraus allein keineswegs ein Zusammenhang erschlossen werden, selbst wenn z. B. über Tage hin der Arzt in einer bestimmten Weise verkannt wird, mit einer immer wiederkehrenden Frage empfangen wird.

Selbst in schweren Graden der Störung kann man beim Amentia-typus Zeichen von „Ratlosigkeit“ konstatieren. Und schon Jakobŷ beobachtete bei hierbei gehörenden Zuständen, daß der Kranke, wenn man durch Anrufen „das Gefühl seiner Persönlichkeit individuell anspricht, für Augenblicke zum Selbstbewußtsein“ zu bringen ist. Die Ratlosigkeit und dies eigentümliche, wenn auch ganz vorübergehende natürliche Persönlichkeitsbewußtsein unterscheiden diesen Typus von allen paranoischen Psychosen, von deren Symptomenkomplexen im nächsten Paragraphen die Rede ist. — Nach Ablauf des Zustandes besteht nur eine summarische Erinnerung. Auffällig ist es, wie manchmal unwesentliche Sinneseindrücke aus der Zeit der Psychose detailliert und deutlich erinnert werden. Meist besteht eine länger dauernde völlige Erinnerungslücke.

c) Der Typus „Dämmerzustand“ ist charakterisiert durch das „veränderte Bewußtsein“ ohne auffälliges Hervortreten von Bewußtseinstäubung, Benommenheit oder Inkohärenz. Die Zustände sind zeitlich scharf begrenzt, die Kranken wachen gleichsam auf; die Dauer beträgt Stunden bis Wochen. Im Zustand ist das Benehmen im großen und ganzen relativ geordnet, so daß die Kranken Reisen machen können. Doch fallen neben den gleichgültigen und zweckmäßigen Handlungen unerwartete, erstaunliche, zusammenhangslose, manchmal gewalttätige Akte auf. Die Kranken sind beherrscht von abnormen, primären Gefühlen (Angst, Dysphorien aller Art) und von

wahnhaften Vorstellungen (der Verfolgung, der Gefahr, Größenideen). Da die Kranken relativ geordnet und besonnen sind, sind gewalttätige Handlungen besonders gefährlich: der eine verbrennt seinen Kopf, um sich das Leben zu nehmen, ein anderer zündet in rasender Wut sein Haus an, der dritte tötet seinen Zimmerkameraden. Nach dem Erwachen besteht meistens keine oder nur eine lückenhafte Erinnerung. Die Kranken stehen dem Zustand und ihren Taten als etwas völlig Fremden gegenüber<sup>1)</sup>. Zur Veranschaulichung sei ein in der Klinik beobachteter Zustand — die meisten laufen außerhalb der Anstalten ab — geschildert:

Franz Rakutzky, ein 41-jähriger Kutscher, bekam am 15. Mai 1908 ein starkes Schwindelgefühl. Er mußte sich hinlegen, packte sich in Decken und geriet dann in starken Schweiß. Er konnte darauf wieder arbeiten. Nach 10 Tagen wurde er wieder matt, fühlte besonders Müdigkeit in den Beinen und hatte wieder starken Schwindel. Darauf kam er in die medizinische Klinik, in der er nach 3 Tagen abends sich völlig desorientiert zeigte, stärker erregt war und lebhafte Angst hatte.

Am nächsten Vormittag ist er bei der Exploration in der Irrenklinik ruhig, zugänglich, erklärt aber mit vergnügtem Lächeln und großer Selbstverständlichkeit, daß er Major sei und „von“ Rakutzky heiße. Er stamme aus altem schlesischen Adel.

Zwei Leutnants, Ahlefeld und Fritz, hätten ihn soeben hierher in das Hotel zum Adler in Karlsruhe gebracht. Die Leute hier seien einquartierte Soldaten. Es sei Juli 1885. Auf Suggestivfragen erklärt er mit Bestimmtheit, er verdiene pro Tag 10 M., durch weitere Fragen steigerte er das bis 100 000 M. im Jahr. Auf Wunsch leiht er mir 2000 M. und schreibt einen unleserlichen „Scheck“, auf den ich bei der Bank K. 4 in Karlsruhe das Geld bekäme. Beliebige andere Suggestionen wirken sofort: er sei beim Großherzog gewesen, werde morgen General werden, er besitze mehrere Millionen, habe 30 Kinder. Auf die Fragen, ob er verfolgt werde, erklärt er laut: „Ich verfolgt! Ich lasse gleich das ganze Regiment hier aufrücken, wenn das einer sagen will.“ Rechenaufgaben werden nicht gelöst.  $6 \times 6 = 20$ ,  $2 \times 2 = 6$ , jedoch richtig  $1 + 1 = 2$ . Nach der Exploration sitzt der Kranke ruhig auf einer Bank des Korridors.

Am Nachmittag desselben Tages ist der Kranke völlig orientiert, weiß überhaupt nicht, daß er am Vormittag schon lange mit mir gesprochen hat. Von seinen Erzählungen weiß er nichts und findet deren Inhalt unglaublich. Er weiß auch nicht, daß er im Bad war, erinnert sich jedoch, von zwei Leuten gebracht und in den letzten Tagen wegen Schwindelanfällen in der medizinischen Klinik behandelt zu sein. Beim Kaffee um 4 Uhr sei es ihm plötzlich so leicht und stark geworden, es sei Licht geworden. Als er sich im Bett aufrichtete, habe er gleich gesehen, daß es die Irrenanstalt sei. Das Rechnen geht besser als am Morgen, aber doch noch schlecht.

Am nächsten Tage ist der Kranke ganz frisch, gibt flotte, sachgemäße Antworten. Er meint, gestern abend sei er doch noch nicht ganz recht gewesen, wenn er auch schon gewußt habe, was los sei. Heute merke er jedoch nichts mehr. Sämtliche Rechenaufgaben löst er richtig.

Man erfährt von dem Kranken, daß er ähnliche Störungen, auch von längerer Dauer, schon gehabt hat (Bestätigung durch Krankengeschichten), ferner, daß er häufiger Schwindelanfälle habe, daß er manchmal für kurze Augenblicke Steifwerden und Empfindungslosigkeit des rechten Beins oder des rechten Zeigefingers bemerke, daß er wohl manchmal eingeschlafen sei, ohne es zu wollen. (Diagnose: hysterischer Psychopath.)

<sup>1)</sup> Vgl. Naef: Ein Fall von temporärer, totaler, teilweiser retrograder Amnesie. Diss. Zürich 1898. Heilbronner: Jahrb. f. Psychiatr. u. Neurol. 23. Im übrigen vgl. die Literatur über Epilepsie und Einzelfälle in der kriminalpsychologischen Literatur.

#### § 4. Die Symptomenkomplexe des „verrückten“ Seelenlebens.

Das Gemeinsame dieser Symptomenkomplexe sind die noch keineswegs deutlich fixierten oder begrifflich bestimmten Züge des schizophrenen Seelenlebens. In der Persönlichkeit ist eine tiefe Wandlung vor sich gegangen. Der Kranke lebt in einer irrealen, aber in sich vielfach zusammenhängenden Welt. In beiden Beziehungen hat gleichsam eine „Verrückung“ des Standpunktes stattgefunden. Der Reichtum der Zustandsbilder ist beinahe noch größer wie in den beiden vorhergehenden Gruppen. Von den markantesten Typen schildern wir den paranoischen und den katatonischen Symptomenkomplex.

a) Der paranoische Symptomenkomplex<sup>1)</sup> umfaßt keineswegs alle Arten von Wahnbildungen. Diese äußerliche Abgrenzung der alten Paranoia nach „unkorrigierbaren, falschen Urteilen“ wird verdrängt durch die Heraushebung der subjektiven Erlebnisse der Kranken, die hier der Quell der Wahnbildung (echte Wahnideen) sind, während in anderen Fällen Stimmungszustände, Wünsche, Triebe aus sich die wahnhaften Ideen (überwertige Ideen usw.) mehr oder weniger verständlich entspringen lassen. Folgende Erlebnisgruppen finden sich zusammen: Durch zahlreiche Vorgänge in der Umgebung, die die Aufmerksamkeit der Kranken erregen, werden unangenehme, für uns kaum verständliche Gefühle wachgerufen. Der Vorgang belästigt, berührt sie. Manchmal ist „alles so stark“, klingen die Gespräche „zu scharf in den Ohren“, manchmal irritiert sie auch ohne das jedes Geräusch, jedes beliebige Geschehen. Immer ist es so, als wenn es gerade auf sie abgesehen wäre. Schließlich ist den Kranken dies vollkommen deutlich. Sie „beobachten“, daß man über sie spricht, das gerade ihnen etwas zum Tort gemacht wird. In urteilsmäßiger Formulierung entsteht aus diesen Erlebnissen der Beziehungswahn. Dabei beherrschen den Kranken zahlreiche „Gefühle“, die man als unbestimmte Erwartung, Unruhe, Mißtrauen, Spannung, Gefühl drohender Gefahr, Ängstlichkeit, Ahnungen usw. anzudeuten sucht, aber nie eigentlich richtig trifft. Dazu kommen als weitere Gruppe alle die Erlebnisse von gemachten oder abgezogenen Gedanken. Die Kranken sind ihres Vorstellungsverlaufes nicht mehr Herr. Schließlich ergänzen allerhand Sinnestäuschungen (häufig Stimmen, optische Pseudohalluzinationen, Körpersensationen) das Bild. Gleichzeitig finden sich fast immer zahlreiche Züge aus dem neurasthenischen Symptomenkomplex. Bei allem bildet sich kein Zustand eigentlicher akuter Psychose aus. Die Kranken sind immer orientiert, besonnen, zugänglich, sehr oft sogar arbeitsfähig. Sie beschäftigen sich dauernd und eifrig mit den Inhalten ihrer Erlebnisse. Ihre intellektuelle Arbeit führt zum durchdachten System und zahlreichen erklärenden Wahnideen, denen sie übrigens vielfach selbst nur hypothetischen Charakter zuerkennen. Schließlich finden wir nach Ablauf längerer Zeit nur noch die urteilsmäßige versteinerten Wahninhalte, ohne das eigen-

<sup>1)</sup> Margulies: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 10. Berze: Das Primärsymptom der Paranoia. Halle 1903.

artige Erleben. Zwei Fälle, eine Selbstschilderung und ein durch Exploration gewonnenes Bild, sollen diesen wichtigen Symptomenkomplex veranschaulichen.

1. Der Kaufmann Rollfink war wegen Unterschlagung verurteilt, hielt diese Verurteilung für durchaus widerrechtlich und zeigte das Gebaren eines Querulanten. Er hatte Revision beantragt, diese aber zurückgezogen, weil „sich fremde Personen einmischen“. Seinen damaligen Geisteszustand — der sich in Schwankungen über viele Monate erstreckte — schilderte er: „Daraus, daß ich so schweres Unrecht erlitten und doch an eine Gerechtigkeit glaubte, entsprang zunächst der Glaube, zu etwas besonderem berufen zu sein. . . . Weil ich zu meinem Glauben doch kein festes Vertrauen hatte, so stellte sich ein quälender Zweifel ein, welcher mit Angstgefühlen und Wahnvorstellungen verbunden war. Dieser Zustand wurde immer schlimmer und stellte sich besonders gegen Abend und nachts ein, und mein körperliches Wohlbefinden litt darunter so stark, daß ich öfters ohnmächtig zu Boden fiel und längere Zeit bewußtlos liegen blieb. . . . Die Wahnvorstellungen streiften nicht selten das religiöse Gebiet und waren etwa folgendermaßen: Einmal glaubte ich, das Ende der Welt sei gekommen. Irgendwelche geringfügige Besonderheiten erschienen mir als eine Art Inspiration, die mich auf das Ende der Welt vorbereiten sollten. Jede schnelle Bewegung, z. B. das Flattern eines Fenstervorhanges im Winde, rief in mir schreckenerregende Angstgefühle hervor; die flatternde Gardine kam mir vor wie eine gewaltig züngelnde Feuerflamme, die einen Weltbrand verursachen könnte. — Ein andermal hielt ich mich für einen Volksmartyrer, und es war mir so, als wenn ich fünf Martern bestehen müsse, bevor ich durch den Tod erlöst würde. . . . Eine Zeitlang bildete ich mir ein, der katholische Geistliche, der mich in seiner Eingenschaft als Gefängnisgeistlicher besucht hatte, hätte die ganze Sache gegen mich eingefädelt, um mir Einfluß zu verschaffen. Er sei dabei aber nicht selbstlos. Er habe große Reformationen auf religiösem Gebiete vor. Diesmal müsse aber die Sache so gemacht werden, daß ich — sein Schüler — desselben Todes wie der Meister sterben müsse. Nur wenn ich freiwillig hierin einwilligte, würde die Sache Erfolg haben. — Wieder ein anderes Mal glaubte ich, es ereile mich das Geschick des Andreas Hofer. . . . Einmal wollte ich eine graue Katze totschießen, die den ganzen Tag geschrien und die kläglichsten Töne ausgestoßen hatte, weil sie vom Teufel besessen sei. . . . Einmal faßte ich ein Gesuch an den Reichstag ab, worin ich um eine Apanage von einer halben Million ersuchte. . . . Ich habe dabei gesprochen wie ein ganz vernünftiger Mensch — und in manchen Augenblicken war ich dies auch. . . .“

2. Der Kranke Kroll, der in glücklicher Ehe lebte und mehrere Kinder hatte, ist seit Jahren langsam verändert. Es begann mit neurasthenischen Beschwerden. Er hatte Druck auf den Kopf, Schlaf- und Appetitlosigkeit. Wenn er aufstand, war er schwindlig. Die Beine zittern, es zieht von der Stirn bis ins Genick. Vorn im Kopf ist alles leer, als wenn nichts darin sei, oder als wenn er einen Wasserkopf habe. Morgens fühlt er sich duseelig. Oft hat er Schwindelzustände, daß er sich festhalten muß. Es vergehen ihm die Gedanken, der Kopf wird kalt, die Augen stehen starr, er muß stehen bleiben, das Gedächtnis ist ganz weg. Sein Denkvermögen ist überhaupt ganz schlecht geworden. Es sei, als wenn alles weggewischt sei, er habe nur noch so einen Schimmer von Gedanken, er fühle sich so unsicher. — Dazu kam unbegründete Eifersucht. Er erstattete sogar Anzeige gegen einen vermeintlichen Liebhaber seiner Frau. Dann meinte er, er würde vergiftet, er werde verhaftet, man wolle ihn um sein Vermögen bringen, er werde überall von der Kriminalpolizei beobachtet. Eine furchtbare Not sah er über sich und seine Familie kommen, und er faßte den Entschluß, die ganze Familie umzubringen, den er aber nicht ausführte. Alles hängt nach seiner Meinung zusammen, es ist eine wahre Treiberei gegen ihn. Er hat ein Gefühl, als wenn die ganze Welt gegen ihn verschworen sei. In jedem Menschen sieht er instinktiv einen Feind, einen Gauner, einen Verräter. Die Arbeiter machten zweideutige Bemerkungen über ihn und stichelten. Das ging so hinten herum; aber er merkte deutlich, daß es sich auf ihn bezog. In der Nacht hörte er ein



Klopfen an der Tür, ein Rumpeln auf dem Speicher, hörte Stimmen, stand auf und leuchtete im Hause herum, fand aber niemand.

Nach einiger Zeit beruhigte sich der Kranke, ging wieder regelmäßig seiner Arbeit nach, erkrankte aber bald von neuem. Er hörte Stimmen, saß die ganzen Nächte auf, fühlte sich immer belauert, sein inneres Leben quälte ihn: „Der Körper ruht, die Gedanken schaffen. Ich phantasieren bei offenen Augen. Selbst im Schlaf höre ich alles, was gesprochen wird.“ Eines Tages waren wir Zeuge folgenden an sich harmlosen, aber psychologisch charakteristischen Erlebnisses: Der Kranke sieht auf dem Küchentisch ein Stück Bettwäsche, auf dem Schranke eine Stearinkerze und ein Stück Seife. Er ist aufs höchste entsetzt, hat große Angst, ist überzeugt, daß sich das auf ihn bezieht. Wie er dazu kommt, kann er nicht sagen. Es ist ihm im Augenblick klar, daß es sich auf ihn beziehen muß. Diese Sache erzählt er mir spontan unter den Zeichen größter Unruhe. Er wäre vor Schreck fast an die Decke gesprungen. Was die Sache bedeute, wer es mache, das wisse er selbst nicht. „Daß es auf mich Bezug hat, weiß ich bestimmt“. (Woher?) „Das weiß ich nicht.“ (Was bedeutet es?) „Ja, das weiß ich eben nicht.“ Er meint, es könne auch möglich sein, daß er sich irre. „Ich habe schon selbst gelacht, daß ich's geglaubt habe. Aber im Moment bin ich ganz toll.“

Manchmal kommt es vor, daß nicht so wie im letzten Falle die Paranoia ihre Fühler gleichsam in alle Richtungen ausstreckt, sondern daß im Zentrum des Wahns eine Person, eine Sache, ein Zweck steht, daß mit anderen Worten der Inhalt systematisiert und mit dem System auch erschöpft ist. Jedoch ist die Zentrierung auf einen Punkt nicht charakteristisch für diese echten paranoiden Symptomenkomplexe, sondern für überwertige und wahnhaftige Ideen.

b) Der katatonische Symptomenkomplex. Die äußeren Kennzeichen dieses Komplexes sind entweder Stupor oder Erregung ohne deutlichen begleitenden Affekt. Dementsprechend bewegen sich eine Reihe der einzelnen äußeren Merkmale in Gegensätzen: entweder Verbigerationen in Rede und Schrift, Stereotypien und Manieren in Bewegungen oder festgehaltene absonderliche Stellungen, (Schnauzkrampf usw.); entweder Negativismus in jeder Richtung oder Befehlsautomatie. Dazwischen treten impulsive, grundlose, plötzliche Handlungen und Bewegungsentladungen auf, ferner fallen die Kranken auf durch Unreinlichkeit, Kotschmieren, Speicheln, halten Kot und Urin mit aller Kraft zurück, spucken, lecken, schlagen, beißen, kratzen. Wenn man bloß diese äußeren Symptome objektiv und unpsychologisch erfaßt, so hat dieser Komplex nicht viel mehr Bedeutung als der engere Begriff des Stupors. Es ist dann wie dieser das letzte, äußerlichste Resultat mannigfacher seelischer Vorgänge: manirierte Stellungen, Wortwiederholungen, stereotype Bewegungen, Grimmassieren usw., alles das ist bei im übrigen gänzlich verschiedenen Psychosen so verbreitet, daß man diese Symptome nur als ein Konglomerat objektiver, aber uncharakteristischer Zeichen auffassen kann.

„Stupor“ nennen wir solche Zustände, in denen die Kranken bei motorischer Ruhe, ohne ein Wort zu sprechen, und ohne ein verständliches Zeichen seelischer Vorgänge von sich zu geben, auf jeden Versuch, mit ihnen in Beziehung zu treten, reaktionslos bleiben. Die Kranken stehen stundenlang in einer Ecke, verkriechen sich unter die Bettdecke, liegen wochenlang ohne Veränderung in derselben Lage im Bett oder sitzen in anderen Fällen merkwürdig natürlich aufrecht, ein wenig an der Decke nestelnd oder mit den Fingern spielend. — Unter

diesen äußeren Merkmalen des Stupors sind ohne Zweifel wesensverschiedene Zustände zusammengeraten: z. B. 1. die ratlose Hemmung, das ratlose Staunen mancher heilbarer Psychosen, 2. die depressive Hemmung, das einfache Aufhören aller seelischen Funktionen, auch der Auffassung, in den schweren stuporösen Zuständen der Depressionen, 3. der katatonische Stupor, der einmal als schlaffer Stupor, ein andermal als gespannter Stupor (Starre in den Muskeln) auftritt.

Sucht man nun dem katatonischen Symptomenkomplex in den ohne weiteres als „klassisch“ auffallenden Fällen psychologisch näherzukommen, so kommt man zwar zu höchst merkwürdigen Beobachtungen, aber nie zu einem eindeutigen Resultat. Es handelt sich bei diesen — gar nicht seltenen — Zuständen um die rätselhaftesten Seelenzustände, die wir kennen. Sie sind dem Psychiater ebenso rätselhaft oder noch rätselhafter wie dem Laien. Wir wissen überhaupt nicht, wie diesen Kranken zumute ist. Wir besitzen fast gar keine Selbstschilderungen. Wenn Kranke über sich selbst urteilen — nur im Beginn —, so drücken sie sich in Worten aus, die an verständliche Zustände unseres Lebens erinnern, aber sehr wahrscheinlich nur als Vergleiche zu deuten sind: „Ich bin so passiv“, „ich kann nicht von mir geben, was ich möchte“, „ich bin so dösig“ u. a. Versuchen wir den Zustand zu schildern, so kann es sich mangels eigentlicher Kenntnisse nur um Umschreibungen von Eindrücken handeln:

Es besteht bei diesen Kranken, auch wenn bei ihnen eine hervorragende Kritik vorhanden war, keine Krankheitseinsicht, obgleich bei dem reinen Symptomenkomplex weder Wahnideen noch Trugwahrnehmungen eine Rolle zu spielen brauchen. Die objektiven Störungen, der Negativismus, der Stupor oder die motorische Erregung können einen hohen Grad erreichen, ohne daß die Kranken dies überhaupt zu bemerken scheinen. Sie fühlen wohl im allgemeinen eine Veränderung, fühlen sich wohl im allgemeinen krank, finden aber doch von den einzelnen Vorgängen irgendeine andere Ansicht, sagen z. B.: „Ich suche die Schuld in mir“, „ich kann an keine Krankheit glauben.“ Das sind Beobachtungen, die man im Beginn des Auftretens dieser Symptomenkomplexe macht.

Es liegt hier wie in den späteren Stadien eine Störung in der Aktivität, im Willen vor. Die Auffassung, Orientierung, Erinnerung sind völlig intakt, aber überall, wo nicht ein bloßes seelisches Geschehen stattfindet, sondern wo normalerweise ein Moment der Aktivität erlebt wird, beim Denken, beim planmäßigen Leiten der Vorstellungsrichtung, beim Sprechen, beim Bewegen, beim Schreiben, überall zeigen sich analoge Störungen: Verbigeration im Reden, Gekritzeln beim Schreiben, passives Stehenbleiben, plötzlich unterbrochene Bewegungen, Steifheit, mitten im Satz unterbrochenes Sprechen, Sprechen während man gerade fortgeht usw. Dabei kann es sich keineswegs um bloß motorische Störungen handeln, denen der Kranke, und seien sie noch so kompliziert, doch als etwas Fremdem, bloß Körperlichem gegenüberüberstehen kann. Die Störung muß viel höher im Psychischen liegen. Sie ist mit den ganz anderen apraktischen und aphasischen Störungen ganz unvergleichlich. Gelegentliche Äußerungen der Kranken,

z. B. „ich kann nicht“, sind wegen ihres gänzlich regellosen und seltenen Vorkommens nicht als „Einsicht“ zu verwerten. Sie machen allerdings das Zustandsbild noch rätselhafter.

Stellen wir die Aktivität gleichsam als die aktuelle Persönlichkeit der dauernden Persönlichkeit (im Sinne der konstanten Motive, Triebregungen usw.) gegenüber, so könnte man sagen, nicht die dauernde Persönlichkeit (der Charakter) werde vom katatonischen Symptomenkomplex ergriffen<sup>1)</sup>, sondern nur die aktuelle. Es macht manchmal den Eindruck, als verschwinde einfach der Charakter, aber nicht ein veränderter trete an die Stelle, sondern jenes mechanische, bloß augenblickliche Geschehen, das eben den katatonischen Symptomenkomplex ausmacht. Aus diesem Verhältnis könnten wir dann die fehlende Einsicht verstehen (die Persönlichkeit, die die Einsicht haben könnte, ist verschwunden). Manchmal sehen die Zustände aus, als ob der Kranke seelisch gleichsam wie ein toter photographischer Apparat sei, er sieht alles, hört alles, faßt auf, behält, ist jedoch keiner Reaktion fähig, keiner gefühlsmäßigen Stellungnahme und keines Handelns. Er ist gleichsam bei vollem Bewußtsein seelisch gelähmt. Gelegentliche Äußerungen lauten: „Ich denke an nichts“, „ich habe gar keine Gedanken“, „so gedankenlos!“. Doch sind auch wieder keineswegs alle seelischen Vorgänge unmöglich geworden. Beobachtungen wie folgende lassen sich alltäglich machen:

Fräulein O. sitzt motorisch völlig ruhig, in keiner Weise auffällig im Bett, nestelt ein wenig an einem Stückchen Zeug und schaut wohl gelegentlich einmal zur Seite und zur Visite hinüber. Spricht man sie an, wirft sie wohl einen Seitenblick, atmet einmal tief, bekommt eine leichte Rötung des Gesichtes, aber antwortet nicht, bewegt nicht einmal die Lippen. So ist das Bild wochenlang. Einmal wird ihr ein Brief ihrer Mutter an den Arzt gezeigt und ihr vorgelesen. Sie sieht sichtlich beteiligt auf den Brief, hört offenbar zu, sagt aber nichts, und auf Fragen, ob sie nicht, wie die Mutter wünsche, einmal schreiben wolle, antwortet sie nicht. Dabei fließen ihr Tränen über die Backen, die sie mit dem Taschentuch auf natürliche Weise abwischt. Nach 5 Minuten sieht man wieder das alte Bild. Sie nestelt am Zeug und schaut ohne auffälligen Ausdruck hin und wieder auf.

Ein ähnlicher Stupor reagierte überhaupt nicht, auch nicht, wenn die Eltern zu Besuch kamen. War aber Besuch dagewesen, so sieht man die Kranke nachher bitterlich schluchzen. Diesen Beobachtungen (Ausdrucksbewegungen, Rötung des Gesichts, tiefes Atmen usw.) entspricht es, daß man bei Blutdruckmessungen oder anderen Registrierungen körperlicher Begleiterscheinungen neben Fällen, die einfach leer bleiben, andere findet, in denen bei allen seelischen Reizen lebhaftige Schwankungen z. B. des Blutdrucks stattfinden. —

Die katatonischen Symptomenkomplexe treten in der verschiedensten Intensität auf. In leichten Graden z. B. werden die Kranken mit nichts fertig, bleiben im Bett liegen, kämmen endlos ihr Haar, bleiben mechanisch bei der einmal begonnenen Tätigkeit, stieren leer in die Ecke usw. Alle diese Zeichen sind schwer zu unterscheiden von den durchaus ähnlichen und viel häufigeren Erscheinungen der Nervösen und Depressiven. Ein Unterschied ist wohl, daß beim katatonischen Symptomenkomplex im Beginn die allgemeine Hemmung

<sup>1)</sup> Wohl aber von der Krankheit, die auch den katatonischen Symptomenkomplex schafft.

fehlt. In stärkeren Graden des Zustandes lassen sich die sprachlichen Produkte verworrenere Art analysieren nach dem Gesichtspunkte der vorwiegend zufälligen Assoziationsverbindungen unter Zurücktreten der beherrschenden Zielvorstellungen. Es treten gelegentlich typische ideenflüchtige Produkte, dann wieder gänzlich inkohärente auf, in denen überhaupt keine assoziative Verbindung zu entdecken ist. In höchsten Graden treten die Bilder gänzlich sinnloser motorischer Erregung, der früher sogenannten Tobsucht, oder absolut starre und unzugängliche Stuporen auf.

Wie in einem Typus katatoner Erregung das subjektive Erleben ist, zeigt folgende Selbstschilderung:

„Meine Stimmung während der Erregung war nicht Wut, überhaupt keine besondere Stimmung außer rein animalischer Bewegungslust; es war nicht die bösertige Erregtheit, wie wenn man etwa einen ermorden will; weit entfernt! Eine absolut unschuldige Sache. Dennoch war der Impuls wie ein Zwang, so stark, daß ich das Springen nicht hätte unterlassen können. Ich kann es nur vergleichen mit einem wilden Eber oder Pferd . . . bloß trat noch eine Freude hinzu, eine Ausgelassenheit, ein Lebensgefühl, das ich noch niemals sonst annähernd so stark empfunden habe. . . . Was die Erinnerung während der Erregungszustände anbelangt, so ist sie im allgemeinen gut; doch reicht sie meistens nicht auf den Anfangspunkt zurück. Man wird durch äußere Momente, wie kalten Fußboden, überhaupt erst gleichsam geweckt und in die Situation zurückgerufen. Dann ist man orientiert und sieht alles, aber man beachtet es nicht, sondern gibt seiner Erregung weiter Lauf. Insbesondere achtet man absolut nicht auf Personen, obwohl man sie sieht und hört. Wohl aber achtet man darauf, nicht zu fallen. . . Wird man dann angehalten oder ins Bett gebracht, so ist man über das ganz Plötzliche erstaunt und beleidigt und wehrt sich. Das motorische Äquivalent entläßt sich dann nicht im Weiterspringen, sondern im Umsichschlagen; aber es ist kein Zeichen von Gereiztheit. . . . Es ist keine Gedankenkonzentration da. Manchmal, in einigen ordentlichen Momenten, kommt einem das direkt zum Bewußtsein. Nicht immer! Aber dann merkt man, daß man keinen Satz mehr konstruieren kann. . . Mir kommt es vor, als wenn jene Zeit eine totale Dekomposition gewesen wäre. . . Bei alledem hatte ich nie das Gefühl von Ratlosigkeit oder Insuffizienz; nicht ich sah mich in Unordnung, sondern das Chaos war draußen entstanden, daran lag es. . . Angstgefühl hatte ich nie. Im Bade erinnere ich mich noch an die vielen Turnbewegungen, die Kletterei. . . Ich erinnere mich ferner, abends oft lange Reden gehalten zu haben, aber was, weiß ich nicht mehr; Einzelheiten sind mir ganz entfallen. . . verirrte Gedanken; alles Gedanken, so verblaßt und undeutlich, gar nicht scharf.“ . . . Über seine Starrezustände: „Nicht von selbst wurden die Muskeln starr, sondern ich spannte sie aus Leibeskräften an.“ (Kronfeld.)

## § 5. Organische Symptomenkomplexe.

Organische Symptomenkomplexe nennen wir diejenigen, die wir immer auf einen greifbaren körperlichen Vorgang als Ursache zurückführen können. Dahin gehören die aphasischen Symptomenkomplexe, die Typen der organischen Demenz, vielleicht auch die typischen Delirien. Ein sehr markanter organischer Symptomenkomplex ist der Korsakoffsche Symptomenkomplex (amnestischer Symptomenkomplex)<sup>1)</sup>. Man beobachtet ihn auf dem Boden des chroni-

<sup>1)</sup> Korsakoff: Arch. f. Psych. 21. Brodmann: Journal. f. Psych. u. Neurol. 3. Liepmann: Neurol. Zentralbl. 29 S. 1147. Kaufmann: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 20 S. 488.

sehen Alkoholismus, nach schweren Kopfverletzungen, nach Strangulationsversuchen, als Folge seniler Hirnprozesse (dann Presbyophrenie genannt), selten auch im Beginn von Paralyse. Der reine Komplex kann ohne eigentliche Intelligenzstörung in bloßer Störung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit und ihrer notwendigen Folgen (Desorientierung, Ausfüllung der Lücken durch Konfabulationen) bestehen. Die Kranken vergessen alles in kürzester Zeit. Sie kennen niemanden, nicht den Arzt, nicht die anderen Kranken, sie wiederholen dieselbe Erzählung und glauben jedesmal etwas ganz Neues zu berichten, begrüßen den mehrmals kommenden Arzt, als wenn er immer das erste Mal da wäre. Dabei benehmen sie sich ganz natürlich der Situation entsprechend, mit einer gewissen Initiative, geordnet, und es kann passieren, daß der Laie lange Zeit gar nicht merkt, wie sehr der Kranke gestört ist. Er ist über Zeit und Ort gänzlich desorientiert, zumal auch der frühere Gedächtnisbesitz zunehmend verschwindet, und zwar von der Gegenwart aus rückwärts. Je näher die erinnerte Zeit liegt, desto weniger wird erinnert. Die Erinnerungen aus früher Kindheit und Jugend sind noch gegenwärtig, und es kann vorkommen, daß eine 80jährige Frau sich wieder für ein 20jähriges Mädchen hält, sich mit ihrem Mädchennamen nennt, von Mann und Kindern nichts weiß, wieder mit alten Münzsorten rechnet usw. Dazu kommt als eine auffallende Erscheinung die Gewandtheit und Natürlichkeit, mit der diese Kranken statt wirklicher Erinnerungen Konfabulationen vorbringen. Diese treten als bloße Verlegenheitskonfabulationen zur Ausfüllung der Gedächtnislücken auf, oft aber werden sie reich und massenhaft vorgebracht. Unsinnige, unvereinbare Gedanken werden manchmal festgehalten, ohne daß sich auch nur gefühlsmäßig ein Bedürfnis nach Korrektur, auch nicht auf Vorhalten, zeigt<sup>1)</sup>. Die Kranken erzählen ganze Geschichten, hören gar nicht mehr auf, lassen sich auch alle möglichen Erlebnisse als wirklich gehabte suggerieren. Sie haben kein deutliches Bewußtsein ihres Defektes, fühlen sich aber in unklarer Weise manchmal unsicher.

## § 6. Leistungsdefekte und Persönlichkeitsstörungen.

Überschauen wir die ganze Mannigfaltigkeit der psychopathologischen Erscheinungen, so taucht immer wieder ein Gegensatz auf, der unter verschiedenen Namen ähnliches trifft: rein quantitative Veränderungen der objektiven Leistungen (des Gedächtnisses, der Arbeit usw.) stehen qualitative Veränderungen des Seelenlebens gegenüber (andere Weisen des subjektiven Erlebens, Verkehrung der verständlichen Zusammenhänge, „Verrücktheit“), den Veränderungen der Leistungsfähigkeit bei erhaltener Persönlichkeit die Veränderungen der Persönlichkeit vielleicht bei erhaltener Leistungsfähigkeit. Im ersteren Fall haben wir eine Störung der dem Seelischen unterbauten Mechanismen (von den rein neurologischen bis zu Intelligenzfunktionen), im zweiten Fall eine Modifikation des Zentrums seelischen

<sup>1)</sup> Pick: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 28 S. 344.

Lebens selbst vor uns. Im ersteren Fall ist eine Persönlichkeit infolge der Zerstörung ihrer Werkzeuge nicht mehr fähig, sich auszudrücken und mitzuteilen und erleidet sekundär Einbuße an sich selbst; im zweiten Fall arbeitet eine verschobene, qualitativ modifizierte, verrückte Persönlichkeit mit denselben erhaltenen Werkzeugen wie früher, nur in entsprechend anderer Weise. Im ersteren Fall hat der Beobachter hinter den zerstörten Funktionen den deutlichen Eindruck einer eigentlich sich gleichgebliebenen Persönlichkeit, mit der man sich im Grunde verständigen kann; im zweiten Falle das lebhaft gefühl für den Abgrund, der sich zwischen dem gegenseitigen Verständnis aufgetan hat, obgleich greifbare Veränderungen irgendwelcher Leistungen und Funktionen nicht anzutreffen sind. Im ersteren Falle vermag die objektive Leistungspsychologie mannigfache Störungen experimentell genauer zu zergliedern und festzulegen, im zweiten Falle ist das Verhalten der kranken Persönlichkeit gegenüber der experimentellen Leistungspsychologie ein normales oder manchmal vielleicht ein verblüffend übernormales.

Diese gegenübergestellten Typen sind konstruiert. Sie sind in reiner Weise nur selten in der Wirklichkeit vorhanden. Aber diese konstruktive Gegenüberstellung vermag uns für die Analyse der Fälle eine fruchtbare Einstellung zu geben. Ich zweifle nicht, daß hinter dieser Konstruktion schließlich eine tiefe Wesensverschiedenheit psychopathologischer Erscheinungen auch empirisch einst einwandfrei zutage treten wird. Die bisher bekannten Krankheitsgattungen produzieren Erscheinungen aus beiden Typen. Doch ist es heute schon deutlich, daß die bekannten organischen Störungen vorwiegend die Leistungsmechanismen betreffen, die paranoiden Prozesse vorwiegend die Persönlichkeit. Eine große Masse von Psychosen bringen nur Zerstörungen mit sich. In einer anderen Masse, könnte man sagen, ist der Geist gegenwärtig, bleibt er in einer fremden, uns neuen Gestalt in allen Zerstörungen zugleich irgendwie erhalten.

## § 7. Nervöse Symptomenkomplexe.

Als nervöse Symptomenkomplexe fassen wir den neurasthenischen und den psychasthenischen Symptomenkomplex zusammen. Beide kommen sowohl als konstitutionelle Anomalien wie als Symptom der verschiedensten Krankheitsprozesse, besonders im Beginn derselben, vor.

Der neurasthenische Symptomenkomplex<sup>1)</sup> ist durch die „reizbare Schwäche“ definiert: auf der einen Seite eine außerordentliche Empfindlichkeit und Erregbarkeit, eine qualvolle Sensibilität, eine abnorm leichte Ansprechbarkeit auf Reize aller Art; auf der anderen Seite eine abnorm schnelle Ermüdbarkeit und langsame Erholbarkeit.

<sup>1)</sup> Beard: Die Nervenschwäche, Deutsch Leipzig 1883. Möbius: Zur Lehre von der Nervosität. Neurol. Beiträge, 2. Heft. Leipzig 1894. Krafft-Ebing: Nervosität und neurasthenische Zustände. Wien 1899. Müller: Handbuch der Neurasthenie. Leipzig 1893. Binswanger: Die Neurasthenie. Jena 1896.

Die Ermüdung wird subjektiv sehr stark empfunden: zahlreiche Mißempfindungen und Schmerzen, dumpfes Gefühl im Kopf, allgemeine Angegriffenheit, Zerschlagenheit, intensives Müdigkeits- und Schwächegefühl werden alsbald zu dauernden Erscheinungen. Zu diesem Symptomenkomplex gehören alle Phänomene, welche als Folge von Ermüdung, Erschöpfung, Überarbeitung, Überanstrengung bekannt sind — aber auch nur diese —, wenn sie schon auf geringe Reize und Leistungen hin eintreten oder gar als dauernde Begleitung des Lebens als solchen da sind.

Der psychasthenische Symptomenkomplex<sup>1)</sup> ist weniger deutlich zu umgrenzen. Die zahlreichen zu ihm gerechneten Erscheinungen werden durch die theoretische Vorstellung der „Herabsetzung der psychischen Kraft“ zusammengehalten. Die psychische Kraft ist sowohl bei verschiedenen Individuen wie zu verschiedenen Zeiten beim selben Individuum verschieden groß. Ihre Herabsetzung zeigt sich in allgemeiner Widerstandsunfähigkeit der Seele gegen Erlebnisse. Der Mensch zieht sich am liebsten von der Gesellschaft ganz zurück, um den Situationen nicht preisgegeben zu sein, in denen seine jetzt abnorm stark wirksamen „Komplexe“ ihm Geistesgegenwart, Gedächtnis, Haltung nehmen. Es flieht alles Selbstvertrauen. Zwangsgedanken jagen durch das Bewußtsein, unbegründete Befürchtungen quälen den Menschen. Entschlußfähigkeit, ewige Zweifel, Phobien machen unter Umständen jede Handlung unmöglich. Massenhafte abnorme Seelen- und Gemütszustände werden mit zwangsmäßiger Selbstbeobachtung studiert und analysiert. Die notwendig auftretende Neigung zum Nichtstun, zum Träumen verschlimmert nur alle Symptome. Gelegentliche berauschte Glücksgefühle durch den Eindruck ganz inadäquat aufgefaßter, maßlos vergötterter Persönlichkeiten oder den harmlosen Eindruck etwa einer plötzlich großartig erscheinenden Landschaft werden meist mit einem qualvollen „Rückschlag“ der krankhaften Symptome bezahlt. — Überall fehlt der Seele die Fähigkeit zur Vereinheitlichung ihres Lebens, zur Verarbeitung und zum Erledigen der Erlebnisse, zum Aufbau ihrer Persönlichkeit, zur sicher fortschreitenden Entwicklung.

## § 8. Die Formen phantastischer Erlebnisse.

Wenn wir uns die Inhalte ansehen, mit denen das Erleben der Seelenkranken im Zusammenhang steht, so sind dies entweder die realen Vorgänge der Umgebung, die realen Schicksale der Persönlichkeit, die nur vielleicht auf eine abnorme, maßlose Weise erlebt werden, oder es sind ganz irrealer Inhalte, die in Form von Trugwahrnehmungen, Pseudohalluzinationen, Bewußtheiten, Wahnideen, illusionären Auffassungen der wirklichen Umgebung usw. den Kranken gegeben sind. In je höherem Maße diese irrealen Inhalte unter sich einen Zusammenhang haben, gleichsam ein unwirkliches Schick-

<sup>1)</sup> Janet: Les obsessions et la psychasthénie. Paris 1908 (2. Aufl.).

sal kontinuierlich aufbauen, und in dem Maße als diese Zusammenhänge von dem gewöhnlichen realen Erleben abgesprengt sind, als ein vorübergehendes Geschehen auf eine zeitlich abgegrenzte Epoche (Tage oder Monate oder Jahre) des Lebens beschränkt sind, sprechen wir von „psychotischen Erlebnissen“. Über die Arten dieser außerordentlich mannigfaltigen Erlebnisse wollen wir uns einen kurzen Überblick verschaffen. Wenn wir den Einzelfall möglichst deutlich in seiner Eigenart erfassen wollen, müssen wir uns gewisser deskriptiver Grundunterscheidungen bewußt sein, zu denen wir bisher in mehr zufälliger Weise gekommen sind. Nachdem wir diese aufgezählt haben, schildern wir einige konkrete Typen. Von den deskriptiven Grundunterscheidungen halten wir folgende für wichtig:

1. Die einen Erlebnisse werden in Bewußtseinstrübung, jedenfalls in einem Zustand veränderten Bewußtseins durchgemacht, die anderen, selteneren erfüllen die Seele bei vollem Wachsein. Bei ersteren bemerkt man die Bewußtseinstrübung u. a. in der allgemeinen Tiefersetzung der Aktstufe des Seelenlebens, in dem geringeren Zusammenhang, in der undeutlichen Erinnerung; die wachen Erlebnisse sind von enormer Klarheit, von einem so durchgehenden Zusammenhang, daß das psychotische Erleben wirklichem Erleben sich annähert, sie werden eminent deutlich erinnert. Es gibt auch deutliche Erinnerungen an ganz inkohärentes Erleben bei Wachsein.

2. Die einen Erlebnisformen finden bei gänzlichem Entrücktsein aus der realen Umgebung statt. Die Seele ist in einer anderen Welt und hat keinerlei Beziehung zur wirklichen Situation. Die anderen Erlebnisse verflechten sich auf merkwürdige Weise mit der realen Wahrnehmung, der wirklichen Umgebung, die auf eine dem psychotischen Erleben entsprechenden Weise illusionär verkannt, ihrer Bedeutung nach ganz anders aufgefaßt wird.

3. Bezüglich des subjektiven Verhaltens der Kranken zu ihrem psychotischen Erleben kann man zwei Extreme einander gegenüberstellen: Entweder steht der Kranke gleichsam als Zuschauer den Inhalten gegenüber. Er ist ganz unbeteiligt, passiv, ja gleichgültig. In klarem Schauen ist er ruhig den Inhalten zugewandt, die als feierliche Visionen oder in reicherer Ausgestaltung auf allen Sinnesgebieten an ihm vorüberziehen. Oder der Kranke ist selbst aktiv beteiligt, er steht mitten drin in den Ereignissen, ist aufs lebhafteste von Affekten ergriffen, die seine Seele qualvoll oder beglückend hin und herwerfen, aus himmlischer Seligkeit in die Tiefen der Hölle führen, ihn bald weltbeglückenden Messias, bald den Teufel in schuldigster Gestalt sein lassen usw. Haben die ersteren Erlebnisse einen vorwiegend szenischen Charakter, so letztere einen mehr dramatischen. Sind erstere in Nietzsches Worten mehr traumartig, klare Gegenstände formend, so letztere mehr rauschartig, aus primären subjektiven Gefühlserlebnissen hier und da einen Inhalt nach außen projizierend.

4. Der Zusammenhang der einzelnen Akte der Erlebnisse schwankt zwischen gänzlich abgerissenen einzelnen Trugwahrnehmungen, Be-



wußtheiten usw., bei denen wir von einem Erlebnis im Sinne dieses Paragraphen gar nicht reden würden, und einem kontinuierlich fortschreitenden Geschehen mit zeitlich fest lokalisierten Ereignissen, die Etappen und Wendepunkte der psychotischen Schicksale bezeichnen. In den seltenen ausgebildeten Fällen kann man geradezu eine Folge von Phasen durch längere Zeiten verfolgen, in denen der Kranke in relativ klarer Trennung gleichsam wie Dante durch Hölle, Fegefeuer und Paradies geführt wird. Der Zusammenhang liegt entweder mehr in den greifbaren rationalen Inhalten des Erlebens oder mehr in dem rauschartigen subjektiven Gemütszustand. Man beobachtet entweder einzelne abgerissene Situationserlebnisse und eine wirre Folge von solchen oder man sieht, wie eine Zeitlang eine Szene aus der anderen hervorsticht. Meist lebt der Kranke mit allen Sinnen in seinem psychotischen Erleben, in das er ganz versetzt ist, manchmal ist ein Sinn, besonders der Gesichtssinn, bevorzugt.

5. Die Inhalte sind entweder sinnlich voll und reich gegeben oder trotz der Intensität des Erlebens sind sie eigentlich nur in Form von Bewußtheiten und blassen Vorstellungen gegenwärtig. Die Inhalte sind ihrer Bedeutung nach entweder die natürlichen, die den Erlebnissen des täglichen Lebens entsprechen (wie der Delirant z. B. sein Handwerk und die möglicherweise dabei vorkommenden Unzuträglichkeiten erlebt) oder sie sind phantastische, in der Wirklichkeit ganz unmögliche: Der Kranke steht im Mittelpunkt des Weltgeschehens, er fühlt neben sich die Weltachse; gewaltige kosmische Umwälzungen stehen mit seinem persönlichen Schicksal in Zusammenhang: ungeheure Aufgaben harren seiner; alles ist von ihm abhängig; mit seiner ungeheuren Kraft vermag er alles, selbst das Unmögliche usw.

Die Erlebnisse sind entweder völlig einheitlich. Es gibt für den Kranken nur eine Wirklichkeit, das ist die psychotische. Oder es geschehen Erlebnisse, und zwar gerade solche phantastischer Art, indem der Kranke gleichzeitig in zwei Welten lebt, der realen, die er richtig auffassen und beurteilen kann, und der psychotischen. In seiner doppelten Orientierung vermag er trotz seines kosmischen Erlebens in der Wirklichkeit sich bis zu einem gewissen Grade korrekt zu bewegen. Jedoch ist die psychotische Wirklichkeit für ihn die eigentliche Wirklichkeit, die reale Welt ist für ihn Schein geworden, den er aber als solchen richtig zu übersehen vermag, in dem Grade, daß er weiß: das sind Ärzte, und ich bin in der Tobzelle, ich bin in der Scheinwelt religiös wahnsinnig usw. Oft ist es so, daß der Kranke in der akuten Psychose sich zeitweise ganz erfüllt mit dem psychotischen Erleben, vergißt, wer er war, wo er ist. Dann pflegt er aber durch eingreifende Ereignisse, tiefe Eindrücke (Überführung in die Anstalt, Besuch von Verwandten) herausgerissen zu werden. Auch energisches Anrufen vermag den Kranken einen Augenblick zur realen Wirklichkeit zurückzuführen. Dann ist sofort wieder die doppelte Orientierung da: alles doppelt motiviert, was er tut, er selbst doppelt und vielfach. „Ich habe ungeheuer Vieles aus verschiedenen Sphären zugleich gedacht“ sagt ein Kranker. In typischer Weise gerät

der Kranke in Kollision mit der Wirklichkeit, wenn er einen übersinnlichen Prozeß erlebt, durch welchen schließlich auch in der Wirklichkeit etwas geändert werden soll; die Wirklichkeit soll verschwinden u. dgl. Dann tritt das „Erlebnis der versagenden Katastrophe“ mit folgender Gleichgültigkeit der Gefühle auf, um alsbald neuen Inhalten Platz zu machen.

Die aufgeführten Unterscheidungen sind recht allgemein, vorläufig und nur als Gesichtspunkte der Analyse aufzeigbar. Eine sachliche, begründete Ordnung der psychotischen Erlebnisformen besitzen wir nicht. Aus ihrer unübersehbaren Mannigfaltigkeit greifen wir nur noch einige konkrete Typen (wobei wir vom normalen Traum ausgehen) heraus, an deren jedem wir die vorigen Gesichtspunkte anwenden könnten. Wir beschränken uns auf bloße Schilderung:

1. Jedermann in gewissem Grade bekannt sind die Traum-erlebnisse. Diese sind individuell sehr verschieden. Während z. B. bei Hacker (oben S. 98) die Zusammenhänge gering waren, erleben andere Menschen viel lebendigere, kontinuierliche Vorgänge. Doch wird im allgemeinen die sinnliche Fülle, die tatsächlich erlebte Anschaulichkeit im Traum überschätzt. Dies zeigt uns das folgende Beispiel, in dem der Träumende sich während des Träumens seinem Erleben beobachtend gegenüberstellte:

Ein Freund von mir, der psychologisch nicht vorgebildet ist und keine psychologischen Interessen verfolgt, hatte sich schon manchmal gedacht: es scheint doch gerade, als ob man im Traume Dinge sieht, die man in Wirklichkeit noch nie gesehen hat; vielleicht kann man im Traum von Dingen erfahren, die die Wirklichkeit nie zeigt; ich will doch genau aufpassen, wenn ich wieder träume. Dies erzählte er mir eines Tages, als er gleichzeitig von seinem Traum der letzten Nacht berichtete: „Ich mußte schon lange geschlafen haben, als ich merkte, daß ich ja träume, ohne daß ich durch diesen Gedanken aufwachte. Ich dachte im Traume, daß ich doch träume, und daß ich jetzt aufwachen kann, wenn ich will. Aber sofort kam mir das Bewußtsein: nein, ich träume weiter, ich will doch mal sehen, wie das weitergeht. Mir war nun deutlich die Frage bewußt: ob ich wohl im Traume nun etwas sehen kann, was ich in Wirklichkeit noch nie gesehen habe? Ich träumte wirklich weiter und griff nach einem Buch, um die einzelnen Buchstaben genau zu sehen. Sobald ich das Buch genau vor die Augen nahm, verschwammen die Buchstaben; ich konnte nichts lesen. Ich nahm noch andere Gegenstände, um sie genau zu besehen. Aber ich sah alles nur so, wie man die Dinge gewöhnlich sieht, wenn man im Zimmer ist, „so mehr eindrucksmäßig“. Wollte ich Einzelheiten sehen, verschwammen sie. Nach einiger Zeit wachte ich dann doch auf und sah nach der Uhr. Es war 3 Uhr. Ich war aufs höchste überrascht, daß man träumen und doch im Traume beobachten kann.“

2. Schon ein selteneres Vorkommnis ist die Wachträumerei bei auch im übrigen abnormen Menschen. Ein Mensch im Gefängnis phantasiert sich in die Situation, daß er fabelhaft viel Geld hat, Schlösser baut, Städte anlegt usw. Er phantasiert in dem Maße, daß er sich der Realität oder Irrealität gar nicht mehr recht bewußt ist. Er zeichnet große Pläne auf Packpapier und erlebt aufs anschaulichste, wie er in dieser neuen Situation sich benimmt, handelt, Menschen beglückt. Solches Phantasieren kann plötzlich mit einem zufälligen Einfall beginnen und dann in der Wirklichkeit durchgeführt werden, mit dem Bewußtsein, es sei auch volle Wirklichkeit. Der

Mensch macht große Einkäufe, die er nie bezahlen kann, für eine imaginäre Geliebte, führt eine Rolle als Schulrat durch und benimmt sich bei der Schulvisitation kraft seiner Überzeugung von der Realität so natürlich, daß er gar nicht auffällt, bis ein allzu krasser Widerspruch zu den realen Verhältnissen plötzlich die Phantasiewirklichkeit beendet (Pseudologia phantastica). Bei Hysterischen kann im Laufe solchen wachen Phantasierens leicht eine gewisse Bewußtseinsveränderung eintreten. Die Kranken leben dann in imaginären Situationen, die ihnen halluzinatorisch deutlich vor die Sinne treten (eine sorgfältige phänomenologische Analyse solcher Fälle gibt es bisher nicht). In die Nähe solcher Erlebnisse gehören auch wohl die gelegentlich bei körperlichen fieberhaften Erkrankungen erlebten Phantasien von denen Hoepffner berichtet<sup>1)</sup>.

3. Die deliriösen Erlebnisse<sup>2)</sup>, besonders beim Alkoholdelirium, sind durch eine große sinnliche Anschaulichkeit, eine tiefliegende Aktstufe des Seelenlebens und infolgedessen durch einen geringen Zusammenhang charakterisiert. Ihr Inhalt ist ein durchweg natürlicher, in gewissem Grade möglicher, der gewohnten Wirklichkeit entsprechender; er ist fast immer ängstlich betont, besteht in Verfolgungen, Mißhandlungen und anderen vielfach peinlichen und widerwärtigen Ereignissen.

4. Eigentümlich charakteristisch sind die illusionären Erlebnisse voll unendlicher Seligkeiten, die manche Menschen in der Haschisch- und Opiumvergiftung überkommen.

Baudelaire<sup>3)</sup> gibt die Selbstschilderung einer Frau wieder, die nach der Einnahme von Haschisch sich in einem paneelbekleideten, vornehm eingerichteten Gemach (vergoldeter Plafond, davor ein geometrisches Netz eines Gitterwerks) befand. Der Mond schien. Sie berichtet: „Ich war zu Anfang sehr erstaunt, als ich große Flächen sich breiten sah, vor mir und mir zur Seite und allüberall. Da waren klare Flüsse, und grünende Landschaften spiegelten sich in ruhigen Wassern (Sie erraten hier die Wirkung der Paneele, die von den Spiegeln zurückgestrahlt wurden). Als ich die Augen aufhob, sah ich eine untergehende Sonne, gleich flüssigem Metalle, das gefriert. Das war das Gold des Plafonds; jedoch das Gitternetzwerk ließ mich denken, daß ich mich in einer Art Käfig befinde oder in einem allseitig offenen Hause, von all dem Wunderbaren nur getrennt durch die Stäbe meines prächtigen Gefängnisses. Ich lachte anfangs über meine Täuschung; doch je länger ich hinsah, desto stärker wurde der Zauber, desto mehr gewann er an Leben, Klarheit und despotischer Realität. Und nun beherrschte die Vorstellung des Eingeschlossenseins meinen Geist, ohne — ich muß bekennen — den verschiedenen Freuden viel zu schaden, die ich aus dem Schauspiel rings um mich und über mir schöpfte. Ich betrachtete mich als eingeschlossen auf lange Zeit, auf Tausende von Jahren am Ende, eingeschlossen in diesen prachtvollen Käfig, inmitten dieser feenhaften Landschaftsbilder, unter diesen wundervollen Horizonten. Ich träumte —: Die Schöne, die im Walde schläft, sie hat hier eine Sühne zu erdulden; — ich träumte von einer künftigen Befreiung. Und mir zu Häupten flogen flimmernde Tropenvögel, und wie mein Ohr den Ton der Glöckchen am Halse der Pferde vernahm, die ferne auf der großen Straße liefen, so verwirrten die beiden Sinne ihre Eindrücke zu einer einzigen Idee, und ich schrieb den Vögeln diese wundersamen

1) Hoepffner: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 4. 1911. S. 678.

2) Liepmann, Bonhoeffer: a. a. O.

3) a. a. O.

kupfernen Klänge zu und glaubte, sie sängen mit metallenen Schnäbeln. Offenbar schwätzten sie über mich und freuten sich meiner Gefangenschaft. Affen sprangen umher, Satyrn machten ergötzliche Kapriolen, und alle schienen sich über diese hingestreckte Gefangene zu belustigen, die zur Bewegungslosigkeit verdammt war. Alle mythologischen Gottheiten indes blickten auf mich mit einem lebenswürdigen Lächeln, gleichsam als ob sie mich ermutigen wollten, geduldig diesen Zauberspek zu tragen; und alle Augäpfel glitten bis in die Lidwinkel, als wollten sie sich mit einem Blicke berühren. . . . ; jedoch ich muß bekennen, daß das Pläsier, diese Formen und diese schimmernden Farben zu betrachten und mich den Mittelpunkt eines phantastischen Dramas zu wännen, zumeist all meine anderen Gedanken absorbierte. Dieser Zustand währte lange, sehr lange. . . Währte er bis zum Morgen? Ich weiß es nicht. Ich sah mit einem Male schon die Morgensonne in meinem Zimmer; ich empfand ein lebhaftes Erstaunen, und trotz aller Anstrengungen des Gedächtnisses, die ich nur machen konnte, war es mir doch unmöglich, zu wissen, ob ich geschlafen oder geduldig einer entzückungsvollen Schlaflosigkeit mich unterworfen hatte. Im Augenblick war es noch Nacht, und jetzt Tag. Und während dessen hatte ich lange gelebt, o, sehr lange. . . Das Wissen von der Zeit oder vielmehr daß Maß der Zeit war aufgehoben gewesen, und also war die ganze Nacht für mich nur meßbar an der Fülle meiner Gedanken. So lang sie mir unter diesem Gesichtspunkte erscheinen mußte, kam mir doch gleichwohl vor, als habe sie nur einige Sekunden gewährt, oder gar, als habe sie selbst in der Ewigkeit nicht Platz.“

Serkos Selbstschilderung des Mescalindrausches zeigt folgende Kombination: Sehen massenhafter Farben, optische Halluzinationen im gesonderten Gesichtsfeld ohne Verbindung mit dem objektiven Raum, haptische Halluzinationen, Zeitsinnstörung, eine sentimentale Seligkeit, eine schon durch die Farben, Halluzination und Zeitsinnstörung entstehende märchenhafte, zauberhafte Stimmung, und bei alledem völlige Urteilsklarheit und richtiges Realitätsurteil.

5. Alle bisher aufgezählten Erlebnisformen werden durch Kontinuität, Reichtum, Bedeutsamkeit der Inhalte für das weitere Leben der Persönlichkeit übertröffen von den Erlebnissen der akuten schizophrenen Psychosen. Von diesen Erlebnissen greifen wir drei Typen heraus, ohne damit die Reichhaltigkeit dieser noch so wenig untersuchten Vorgänge auch nur annähernd zu erschöpfen.

a) Nicht kontinuierlich, aber voller unheimlicher Bedeutung, voller Rätsel, ohne bestimmt formulierte Inhalte, die festgehalten würden, ist das häufige schizophrene Erleben im Beginn der Prozesse:

Frau Kolb hatte schon längere Zeit in ihrem Beruf als Näherin einzelne Beziehungswahnideen gehabt. Im September wurde ihr anders zumute: „Es ist mir wie ein Schleier, ich glaube, ich werde bald etwas erfahren, was ich noch nicht weiß.“ Sie dachte — ohne Grund —, daß ein Herr A. sich mit ihr verheiraten werde. Es fiel ihr bei jeder Gelegenheit auf, daß etwas im Geschäft gemacht wurde, wovon sie nicht wissen sollte, für wen das gehöre — vielleicht eine Aussteuer für sie selbst. Immer mehr fiel ihr auf. Als sie am Sonntag nach Hause kam, schien es ihr, als sei jemand im Zimmer gewesen und habe verschiedenes in Unordnung gebracht. Am Montag morgen stimmte verschiedenes bei ihrer Arbeit nicht und sie hatte den Eindruck, daß die Zugschneiderin ihr ganz falsche Aufträge gäbe. Alle Leute waren „auffällig“, inwiefern, das weiß sie nicht. Sie wunderte sich über alles. Daß ihr Bruder sie abholte, machte sie ganz aufgeregt vor Freude. Es war ihr sonderbar, daß sie so freundlich begrüßt wurde. Auf der Straße fiel ihr auf, daß so besonders viel Leute vorbeikamen. Zu Hause überkam sie plötzlich mit großem Zwange das Gefühl: du mußt stehen bleiben; du mußt fest bleiben; du mußt etwas Besonderes leisten. Trotz der Mahnung ihrer Schwägerin, sie solle nun zum Essen kommen, sich beruhigen und nicht so viel schwätzen, ging sie nicht von der Stelle. Schließlich gegen Abend wurde sie ins Krankenhaus gebracht. Das kam ihr wie ein Spiel vor. Wie sie das vergitterte Fenster sah, erschrak sie. Sie bekam

eine Einspritzung — offenbar wegen ihrer Erregung. In ihr Zimmer im Krankenhaus schauten viele Mädels durch ein Guckfenster, das in der Tür war. Dabei blinzelten sie und verzogen das Auge. Eine rief von der Decke aus: Lumpenmensch. Im Garten sah sie trotz der finsternen Nacht weiße Gestalten. Sie blieb die ganze Nacht auf, denn es war ihr wie ein Schwur, weil sie gleich zu Anfang gesagt hatte: mein Gott, ich gehe nicht ins Bett. Am Dienstag las sie im Evangelienbuch. Den ganzen Nachmittag sah sie Leute im Garten gehen wie zu einer Beerdigung. Sie hielt es dann für eine Tellaufführung ihres Geliebten (vor Monaten hatte sie wirklich eine Tellaufführung gesehen). Sie spielte schließlich selbst mit. Die Schwester gab den Leuten im Hofe einen Wink, damit hörte das Spiel auf. Sie sah nun einen Ofen an der Decke und ein flaches Kreuz. Die Beleuchtung der Lampe fand sie wunderbar. In der Mitte waren zwei Sterne. Sie kam sich vor wie im Himmel, wunderte sich, mit welcher Kraft sie singen konnte, während sie früher gar nicht gesungen hatte. Sie kam auf den Gedanken, die Pünktchen am Fenster zu zählen: da kam es über sie wie eine andere Kraft, daß sie immer zählen mußte bis 12.000. Fortwährend hörte sie Klopfen, immer war irgend etwas los. Im Evangelienbuch wurden die Buchstaben blau. Sie glaubte, man wolle ihren Glauben prüfen oder wolle sie zwingen, katholisch zu werden. Beim Sonnenuntergang verwandelte sich die Sonne in Blut. In der folgenden Nacht blieb sie am Fenster stehen, daß sie ganz zusammenfror. Wegen ihres Glaubens, den man ihr nehmen wollte, mußte sie stehen bleiben. Auf der Straße sah sie eine sich bewegende Hand: das war der Teufel. Als sie so stand, fühlte sie eine Macht von rechts und von oben kommen, sie blickte daher immer nach links. Sie hatte immer „die Ahnung“, daß die Macht rechts war, dort war auch die größere Wärme, und von oben lastete ein Druck auf der Brust. Es war eine geistige Macht, keine körperliche. Sie war ganz eingengt, sie durfte sich nicht rechts und nicht links drehen und nicht nach oben blicken. — Noch vieles Merkwürdige und Rätselhafte ereignete sich, bis nach 7 Tagen alles vorbei war.

b) Viel reicher wird das Erleben im folgenden Typus. Die neue Bedeutung alles Wahrgenommenen und Gedachten, die erlebte Seligkeit, das Kraftgefühl, die magischen Verbindungen, die ungewohnte Spannung auf große Ereignisse bei der Unfähigkeit, eine Idee festzuhalten, bis zum schließlichen Übergang in völlige Verwirrung, werden recht anschaulich:

Die Kranke (Engelken a. a. O.) hatte Liebesbeziehungen zu Wilhelm X. gehabt, war langsam durch Stadien von Depression und Manie in ihre Psychose geraten und schildert nun den weiteren Verlauf, nachdem sie von der akuten Phase geheilt war, folgendermaßen: „Ich weinte schrecklich, war ganz außer mir, rief entfernte Menschen, die mir teuer waren, herbei. Es war mir, als sei alles um mich versammelt. Aber in einer Minute hatte ich alles vergessen, und eine übersprudelnde Fröhlichkeit behielt die Oberhand. Die ganze Welt drehte sich in meinem Kopfe rund um, Tote und Lebende warf ich durcheinander, ich war der Mittelpunkt, um mich drehte sich alles. Ich hörte die Stimmen verstorbener Menschen ganz deutlich, mitunter auch diejenigen von Wilhelm X. Ich hatte eine unbeschreibliche Freude bei dem Gedanken, meiner Mutter einen neuen lebenden Wilhelm wieder zuzuführen (ich habe einen Bruder dieses Namens verloren) . . . Doch das Rätsel wurde mir zu schwer, zu verworren, ich war furchtbar aufgeregt, ich sehnte mich unbeschreiblich nach Ruhe. . . Mein Bruder kam mir erschreckt, wie ein Marmorbild, entgegen, er schien gänzlich unbekannt mit dem, was mich erfüllte. . . Ich kann meinen Zustand nicht besser schildern, als wenn ich ihn mit einem starken Champagnerausch vergleiche. . . Noch mehrere Gestalten, eine wunderschöne Dame sah ich. Da war mir auch zumute, als der Jungfrau von Orleans, als müßte ich den Geliebten erkämpfen, erringen. Ich war schrecklich matt, hatte aber doch unmenschliche Kräfte. Mit Dreien konnten sie mich nicht halten, ich glaubte zu der Zeit, daß er auf eine andere Art kämpfe, wirke. Ich wollte nicht müßig sein, der Wirkungskreis für meine geistigen Kräfte war geschlossen, so wollte ich meine körperlichen üben.

Ich soll oft heftig geweint haben, davon erinnere ich mich aber nichts. Ich hatte das Bedürfnis, die ganze Welt durch eigene Aufopferung zu beglücken, jedes Mißverhältnis zu lösen, das Jahr 1832 war als wichtig prophezeit, ich schien es wichtig machen zu sollen. Wären alle Menschen von dem Gefühl durchströmt wie ich, die ganze Welt müßte ein Paradies sein; ich hielt mich für einen zweiten Heiland, sie glücklich und wichtig machen zu sollen durch meine Liebe; für die Sünder wollte ich flehen, die Kranken heilen, die Toten wecken und dadurch die Tränen trocknen, und hatte ich dieses Werk ausgeführt, dann erst durch seinen Besitz glücklich sein. Ich rief, so oft es meine Kräfte gestatteten, die Verstorbenen. Es war mir, als sei ich im Bleikeller, befinde mich unter Mumien, die ich durch meine Stimme erwecken sollte. Das Bild des Erlösers und seines verschmolzen ineinander, so rein und mild stand er vor mir, dann auch wieder als der Mörder seines Vaters, wie ein Verirrter, für den ich beten mußte; ich arbeitete furchtbar und fand nur im Gesange Erholung. . . . . In jede Idee mußte ich erst Ordnung und Folge bringen, dann suchte ich eine neue. Mein Haar schien mir das Band zwischen uns. Warf ich es ihm hin, so gab mir meine innere Stimme neue Gedanken ein, woran ich arbeiten mußte. Die größte Kleinigkeit hatte eine hohe Bedeutung für mich. . . . . Meine letzte französische Arbeit war gewesen „Napoléon en Egypte“. Alles Erlernte, Gehörte, Gelesene kam mir wie erlebt vor. Napoleon, meinte ich, sei jetzt von Egypten zurückgekommen, sei nicht am Magenkrebs gestorben, ich sei das wunderbare Mädchen, in dessen Auge sein Name stand, mit ihm käme auch mein Vater wieder, der große Bewunderer von ihm war. So ging es Tag und Nacht fort, bis ich hierher (in die Anstalt) gebracht wurde. . . . . Meine Begleiterinnen habe ich schrecklich gequält, sie wollten mir meinen Willen nicht lassen, und das wollte ich nicht ertragen. Ich zerriß alles, um ganz ohne Schmuck und Zierde ihm entgegentreten. Schleifen riß ich ab, weil man sie oft Schmetterlinge nennt; ich wollte nicht mehr flattern, mich für gefangen erklären. Da war ich hier auf einmal wie unter Fremden, aber Sie (Anrede an den Arzt) erschienen mir wie ein bekannter guter Genius, dem ich wie meinem Bruder unbedingt vertraute. . . . . Hier, dachte ich mir, würde mein Schicksal sich entscheiden. Wunderschön erschienen mir die Menschen hier, das Haus wie ein Feenpalast. . . . . Aber der Spaß währte mir zu lange, alles kam mir kalt und gefühllos um mich her vor, darüber mußte ich mir Licht verschaffen. . . . . Mit Wilhelm X. war ich indes immer in Verbindung, er gab mir am Fenster oder an der Tür ein Zeichen, was ich beginnen sollte, und stärkte mich zur Geduld; auch sprach eine Dame aus R., die ich sehr lieb habe, zu mir, ich antwortete und war fest überzeugt, sie sei hier. Es ist unmöglich, das alles zu sagen, was in mir vorging, aber es war ein reges lebendiges Leben, ich möchte die Zeit wohl zu der glücklichsten meines Lebens rechnen. Wie sich späterhin mein Zustand gestaltete, haben Sie selbst beobachtet. Das viel dazu gehörte, mich von diesem schönen Traum loszureißen, die Vernunft ganz wieder vorwaltend zu machen, ist mir bisher ziemlich fremd geblieben. Die ganze Krankheit hat in meinem Gemüte viele Spuren zurückgelassen, eine gewisse Kraftlosigkeit kann ich durchaus nicht verleugnen. Ich möchte wohl behaupten, daß meine Nerven etwas erschöpft wären, ich habe nicht die Freude am Umgange mit Menschen, nicht Erregbarkeit, Lust und Überlegung, etwas zu unternehmen. Die Erinnerung aus meinem Zustande ist mir zu lebhaft geblieben, um nicht einen großen Rückstand zu bemerken.“

c) Unter den Inhalten der schizophrenen Erlebnisse ist besonders charakteristisch das „kosmische Erleben“. Es ist das Ende der Welt, Götterdämmerung. Eine gewaltige Umwälzung, bei der der Kranke die Hauptrolle hat, geht vor sich. Er ist das Zentrum allen Geschehens. Er fühlt ungeheure Aufgaben, gewaltige Kraft, sie zu erfüllen. Fabelhafte Fernwirkungen, Anziehungen und Abstoßungen sind wirksam. Immer handelt es sich um das „Ganze“: alle Völker der Erde, alle Menschen, alle Götter usw.; die ganze Geschichte der Menschheit wird noch einmal erlebt. Unendliche Zeiten, Millionen

von Jahren erlebt der Kranke. Der Augenblick ist ihm eine Ewigkeit. Mit ungeheurer Geschwindigkeit durchmißt er den Weltraum, um die gewaltigen Kämpfe zu bestehen; gefahrlos wandelt er an kolossalen Abgründen. Aus den Selbstschilderungen über solche Erlebnisse greifen wir nur folgende kurze Stelle heraus:

„Die mit der Vorstellung eines Weltunterganges im Zusammenhang stehenden Visionen, deren ich, wie ich bereits erwähnte, unzählige hatte, waren zum Teil grausiger Natur, zum Teil aber wiederum von unbeschreiblicher Großartigkeit. Ich will nur einiger weniger gedenken. In einer derselben fuhr ich gleichsam in einem Eisenbahnwagen oder einem Fahrstuhl sitzend in die Tiefen der Erde hinab und machte dabei sozusagen die ganze Geschichte der Menschheit oder der Erde rückwärts durch, in den oberen Regionen gab es noch Laubwälder; in den unteren Regionen wurde es immer dunkler und schwärzer. Beim zeitweiligen Verlassen des Gefährtes wandelte ich wie auf einem großen Friedhof, wobei ich u. a. die Stätten, wo die Bewohnerschaft Leipzigs lag, auch das Grab meiner eigenen Frau kreuzte. Ich drang, wieder in dem Gefährt sitzend, nur bis zu einem Punkte 3 vor; den Punkt 1, der den Uranfang der Menschheit bezeichnen sollte, scheute ich mich zu betreten. Beim Rückwärtsfahren stürzte der Schacht hinter mir ein, unter steter Gefährdung eines gleichzeitig darin befindlichen „Sonnengottes“. Im Zusammenhang damit hieß es dann, daß zwei Schächte vorhanden gewesen seien (ob dem Dualismus der Gottesreiche entsprechend?); als die Nachricht kam daß auch der zweite Schacht eingestürzt sei, gab man alles verloren. Ein anderes Mal durchquerte ich die Erde vom Ladogasee bis Brasilien und baute dort in einem schloßartigen Gebäude in Gemeinschaft mit einem Wärter eine Mauer zum Schutz der Gottesreiche gegen eine sich heranwälzende gelbliche Meeresflut — ich bezog es auf die Gefahr syphilitischer Verseuchung. Wiederum ein anderes Mal hatte ich das Gefühl, als ob ich selbst zur Seligkeit heraufgezogen würde; ich hatte dann gleichsam von den Höhen des Himmels herab unter einem blauen Gewölbe ruhend die ganze Erde unter mir, ein Bild von unvergleichlicher Pracht und Schönheit.“

Wetzel<sup>1)</sup> hat dem Weltuntergangserlebnis in der Schizophrenie eine besondere kasuistische Darstellung gegeben:

Weltuntergang wird erlebt als Übergang zu Neuerem, Größerem und als grauenvolle Vernichtung. Verzweiflungsvolle Qual und selige Offenbarung kommen beim gleichen Patienten vor. Zunächst ist alles unheimlich, unklar, bedeutungsvoll. Ein ungeheures Unglück steht bevor. Die Sintflut kommt. Eine Katastrophe einziger Art tritt ein. Es ist Karfreitag. Es kommt etwas über die Welt: das jüngste Gericht, die Verkündigung eines der sieben Siegel aus der Offenbarung. Gott kommt in die Welt. Die Zeit der ersten Christen bricht an. Die Weltzeit wurde zurückgekehrt. Die letzten Rätsel werden gelöst. All dem Fürchterlichen und Großartigen, das sich da abspielt, sind die Kranken ohne Anlehnung, ohne einen zweiten Menschen preisgegeben. Dieses Gefühl des Alleinseins ängstigt unsagbar. Die Kranken flehen, sie nicht hinauszulassen, sie nicht in die Öde, in Eis und Schnee (diese Wendung wurde von einer Kranken in einem heißen Sommermonat gebraucht) allein zu lassen.

In den charakteristischen Fällen dieses schizophrenen Erlebens besteht im Gegensatz zum deliriösen Erleben eine völlige Klarheit des Bewußtseins (hohe Aktstufe), entsprechend deutliche Erinnerung, gute Auffassung, wenn die Aufmerksamkeit durch irgendeinen Gegenstand zu erregen ist und nicht gänzlich durch die Erlebnisinhalte gefesselt bleibt, doppelte Orientierung (gleichzeitig im psychotischen Erleben und in der Wirklichkeit). Doch scheinen diese klassischen Fälle nicht allzu häufig zu sein.

<sup>1)</sup> Wetzel: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 78. 1922. S. 403.

## Neuntes Kapitel.

# Die soziologischen Beziehungen des abnormen Seelenlebens.

Die somatische Medizin hat es mit dem Menschen nur als einem Naturwesen zu tun. Sie untersucht und erforscht seinen Körper nicht anders als einen tierischen<sup>1)</sup>. Die Psychopathologie sieht sich dauernd vor die Tatsache gestellt, daß der Mensch außerdem auch Kulturwesen ist, daß sein seelisches Leben nur besteht in der Wechselwirkung mit der menschlichen Gesellschaft. Hat der Mensch seine körperlichen und seelischen Veranlagungen durch Vererbung, so gewinnt er doch sein tatsächliches Seelenleben nur durch die Tradition, die durch die Umwelt der menschlichen Gesellschaft auf ihn kommt. Wir würden völlig kenntnislos, sprachlos, hilflos sein, wenn wir ohne Tradition aufwachsen würden. Taubstumme, denen nur das Sinnesorgan fehlt, das die Aufnahme der seelischen Einflüsse möglich macht, bleiben, solange sie nicht den ihnen angemessenen Sprachunterricht erhalten, auf der Stufe tierischen, idiotischen Seelenlebens stehen, während sie nach der Belehrung seelisch vollwertige Menschen werden können. Unser Lernen, Übernehmen, Nachahmen, unsere Erziehung und unser Milieu macht uns seelisch überhaupt erst zu Menschen.

Das menschliche Seelenleben, sofern es durch die Gesellschaft bedingt ist, und sofern es in gesellschaftlicher Wechselwirkung besondere Gebilde schafft, macht sich die Sozialpsychologie zum Gegenstand. Diese schildert entweder die Entwicklungsstufen des menschlichen Seelenlebens vom Naturzustand zur Kultur<sup>2)</sup> oder geht idealtypisch konstruierend vor, indem sie die bei jeder Gesellschaft für unser genetisches Verstehen notwendig wiederkehrenden Beziehungen darstellt (Über- und Unterordnung, soziale Differenzierung usw.)<sup>3)</sup> oder sie gibt konkrete Schilderungen einzelner Völker<sup>4)</sup>. — Um Sozial-

---

<sup>1)</sup> Natürlich schafft jede soziale Lage auch eigentümliche physische Bedingungen, die wiederum — aber gerade so wie Naturumstände — auf die Gesundheit ihren Einfluß haben. Vorwiegend über diese Beziehungen ist ein zusammenfassendes Werk erschienen: Krankheiten und soziale Lage, herausgegeben von Mosse und Tugendreich: München 1912. Siehe ferner A. Grotjahn: Soziale Pathologie. Berlin 1912.

<sup>2)</sup> Vierkandt: Naturvölker und Kulturvölker, Leipzig.

<sup>3)</sup> Simmel: Über soziale Differenzierung, Leipzig 1890. Soziologie, Leipzig 1908. — Le Bon: Psychologie der Massen, deutsch Leipzig 1911.

<sup>4)</sup> Fouillée: Esquisse psychologique des peuples européens. — Psychologie du peuple français. — Schmöller: Grundriß der allgemeinen Volkswirtschaftslehre 1, S. 148ff., Leipzig 1900.



psychologie handelt es sich immer nur dann, wenn von Erlebnissen einzelner Individuen die Rede ist, sofern sie Wirkungen ausüben oder erfahren im Kreise anderer Menschen. Die erwünschte scharfe Trennung dieser psychologischen Betrachtung von der Soziologie, welche Gebilde untersucht, die zwar in der Gesellschaft entstanden, aber nicht Erlebnisinhalt ihrer Glieder sind, ist in der tatsächlichen wissenschaftlichen Forschung nicht durchgeführt. Soziologie und Psychologie liegen auf derselben Ebene und gehen praktisch ineinander über.

Das soziale Milieu, in dem der Mensch lebt, ist nun außerordentlich verschieden, und bei vorausgesetzter gleicher Veranlagung muß das sich entwickelnde Seelenleben nach der Verschiedenheit des Milieus variieren. So muß auch die Erscheinung der abnormen menschlichen Veranlagung und die Erscheinungsweise der Psychosen wechseln nach dem Milieu (Gesellschaft, Kulturkreis), in dem sie entstehen. Hierdurch wird der Psychiater bestimmt, im Unterschied vom somatischen Mediziner bei seinen Kranken immer eine gründliche soziale Anamnese zu erlangen. Erst wenn er weiß, woher der Kranke kommt, welche Schicksale ihm zugestoßen sind, in welcher Situation er sich befindet, welche Einwirkungen ihn trafen, kann er eine Einsicht in den besonderen Fall gewinnen, der seiner Veranlagung nach vielleicht mit einem äußerlich ganz anders aussehenden Fall identisch ist. Um diese Zusammenhänge im Einzelfall gründlich einsehen zu können, bedarf daher der Psychiater Kenntnisse über die verschiedenen Milieuverhältnisse, aus denen seine Kranken kommen, bedarf er eines Einblicks in alle nur möglichen Schichten und Kreise menschlichen Lebens. Wo eigene Anschauung ihm fehlt, helfen ihm die jetzt häufiger veröffentlichten Selbstbiographien besonders aus den Schichten der Arbeiter und des Proletariats<sup>1)</sup>. Heutzutage stehen diese quantitativ so überwiegenden Schichten im Vordergrund des Interesses. Es ist aber selbstverständlich, daß in derselben Weise andere Kreise das Interesse des Psychiaters je nach der Art seiner Kranken besitzen müssen.

Solcher Kenntnis sozialer Kreise bedarf der Psychiater immer zum Verständnis der ihm in der Klinik begegnenden Kranken. Darüber hinaus aber gewinnt die Psychopathologie zunehmend mehr Interesse für die abnormen seelischen Erscheinungen, die selten oder gar nicht innerhalb der Klinik studiert werden können. Sie erweitert ihre Erfahrungsgrundlage, indem sie Kenntnis zu gewinnen sucht von den abnormen Seelenvorgängen, die außerhalb der Klinik im freien Leben in den verschiedenen Kreisen menschlicher Gesellschaft vorkommen, und die die menschliche Geschichte ihr zeigt. Es ist dies die letzte Erweiterung des Untersuchungsbereichs der Psychopathologie. Vor hundert Jahren befaßte sich die Psychopathologie fast ausschließlich mit Verrückten im engeren Sinne und mit Blödsinnigen. Jetzt sind schon die Anstalten überfüllt nicht nur von diesen, sondern von Gemütskranken, Psychopathen, Abnormen. Es besteht keine Grenze

<sup>1)</sup> Vgl. u. a. Lebensschicksale, München 1910ff. (Popp, Forel, Winter, Viersbeck-Bleuler). — Levenstein: Proletariers Jugendjahre; Aus der Tiefe: Arbeiterbriefe; Die Lebenstragödie eines Tagelöhners; Arbeiter-Philosophen und -Dichter. Sämtlich Berlin, Morgenverlag 1909. — Die Arbeiterfrage, München 1912.

mehr zwischen der Psychopathologie abnormer Persönlichkeiten und der Charakterkunde. Die psychopathologische Wissenschaft beschränkt sich aber schon nicht mehr auf das Erfahrungsmaterial der Anstalten, sondern sucht in dem von der Vergangenheit überlieferten Material und in den seelischen Erscheinungen, die die Gegenwart außerhalb der Anstalten bietet, nach Erfahrungen, die sie innerhalb der Anstaltsmauern nicht machen kann. Sie will ihre Erkenntnisse erweitern — Hand in Hand mit der Psychologie — über den ganzen Umkreis individuell variierender seelischer Wirklichkeiten.

Von den gegenwärtigen gesellschaftlichen Erscheinungen hat die Psychopathologie sich bisher nur für das Studium der Verbrecher, der Prostituierten, der Landstreicher, der jugendlichen Verwahrlosten interessiert.

Das geschichtliche Material ist selten in Angriff genommen worden. Bei der prinzipiellen Bedeutung dieser Aufgabe und wegen der Konflikte, die zwischen Historikern und Psychiatern stattgefunden haben, versuchen wir die Situation deutlich zu machen: Alle psychologische und psychopathologische Forschung hat die Tendenz, in zwei verschiedene Richtungen zu zerreißen. Nach anfänglich unklarer Vermengung verstehender und kausal untersuchender Forschung strebten viele Forscher — vor allem Psychiater — dahin, ausschließlich kausale Untersuchungen zu treiben und für wertvoll zu halten. Für sie gelten nur noch Hirnprozesse, Physiologie und die durchaus physiologischen, das Seelische möglichst ausschaltenden Experimente der objektiven Psychologie. Andere Forscher — vor allem Geisteswissenschaftler — sahen mit Verachtung auf solche seelenlose „materialistische“ Psychologie und wandten sich ausschließlich dem Verstehen der wirklichen Erlebnisse in ihrer ganzen Fülle zu. Der Kampf hat trotz aller gegenseitigen Unkenntnis und aller gegenseitigen Mißverständnisse doch zu einer Klärung der Verschiedenheit der Aufgaben, die schon in den Prinzipien hervortritt, geführt. Die Zeit ist gekommen, daß bei aller reinlichen Scheidung der Prinzipien und Methoden doch die gegenseitige Förderung in den Wissenschaften, die beide Forschungsrichtungen in sich schließen (wie der Psychopathologie), möglich wird. Die verstehende Untersuchung findet immer ihre Begrenzung und ihre Ergänzung in kausalen Feststellungen, die kausale Untersuchung kann sich in Gebiete ausdehnen, wo kompliziertere verstandene Einheiten ihr überhaupt erst die Elemente für kausale Fragestellungen geben (Etwa bei der Frage des Zusammenhangs zwischen bestimmten Persönlichkeitstypen und bestimmten Psychosen). Auf eine der beiden Richtungen beschränkt, ist alle Psychopathologie in Gefahr, entweder unwirkliche Dichtung oder seelenlose Physiologie zu werden.

Die verstehende Psychopathologie hat ihre empirische Quelle in erster Linie in der persönlichen, mannigfaltigen Berührung mit lebendigen Menschen. Die Klinik ist ihre unvergleichliche Grundlage, gegenüber der alle Normalpsychologie in ihren Grundlagen ärmlich ist. Aber keine verstehende Psychologie und keine Psychopathologie bleibt bei dieser persönlichen Erfahrung stehen. Es ist das Charakteristikum aller verstehenden Psychologie, daß sie sich den Materialien der menschlichen Geschichte zuwendet, um zur Anschauung der ganzen Weite des wirklichen menschlichen Erlebens zu kommen. Diese Richtung ist — bei der Schwierigkeit, sachkundig mit historischem Material umzugehen und überhaupt das geeignete Material zu finden — von Psychopathologen selten und manchmal mit zweifellosem Mißerfolg versucht worden. Trotzdem liegt hier eine unendlich wichtige Aufgabe. Das Seelenleben ist nicht immer das gleiche, sondern verändert sich — vielleicht — selbst schon in den geschichtlichen Zeiträumen. Das Seelenleben ist abhängig von Kulturkreis und Tradition und je nach der Art dieses Milieus außerordentlich verschieden. Wenn die Psychopathologie auch noch keine irgendwie wesentlichen positiven Erkenntnisse aus historischem Material gewonnen hat, so ist jedenfalls das Bewußtsein der Probleme und der Grenzen unseres Verstehens heilsam für die ganzen Auffassungen eines Psychiaters. Wenn wir vor einem alten Mythos oder einem Ägypterkopfe ebenso staunen und ihm mit der Überzeugung, hier sei etwas erlebnismäßig Verstehbares

und doch uns unendlich Fernes, Unzugängliches vorhanden, gegenüberstehen, wie wir vor einem psychopathischen Vorgang oder einem abnormen Charakter staunen, dann ist uns wenigstens die Möglichkeit gegeben, einmal einen tieferen verstehenden Blick zu tun und vielleicht zur lebendigen Darstellung zu bringen; dann sind wir bewahrt von flachen und simplen verstehenden Klassifikationen der uns begegnenden Kranken und vor den öden Stempeln, die ein schlechtes Verständnis dem Seelenzustande ganzer Zeitalter geben möchte. Das Ganze eines Menschen, wie das Ganze der Seelenzustände einer Zeit, ist uns immer nur Richtung unseres Suchens, nur unserem Ahnen zugänglich, bleibt immer Aufgabe. Unsere Forschung bewegt sich an Einzelzügen, an einzelnen Seiten, die uns zu jenem Ganzen nur hinleiten, es aber nicht im individuellen Falle erreichen lassen.

Wenn wir eine Übersicht geben wollen über die Beziehungen zwischen abnormem Seelenleben und Gesellschaft (Kulturkreis, Milieu), so können wir 1. die Bedeutung des Kulturkreises für die Erscheinungsweise, für Art und Auftreten des abnormen Seelenlebens und 2. die Bedeutung des abnormen Seelenlebens für die Gesellschaft untersuchen. Die Psychopathologie wird vor allem für den ersteren Punkt Interesse haben. Die Methoden, die wir dabei benutzen, sind dieselben wie bei anderen psychopathologischen Studien. Wir vergegenwärtigen uns einzelne konkrete Vorgänge, die uns in der Geschichte oder im gegenwärtigen Leben zugänglich sind; besonders aber ist hier das Feld der Statistik.

Die Statistik hat zwei Aufgaben. Erstens stellt sie durch Zählung bekannter Erscheinungen einfach deren Häufigkeit fest. Solche Feststellungen sind von deskriptiver Bedeutung und von praktischem Werte, haben aber im übrigen an sich geringes Interesse. Zweitens sucht sie durch Vergleich verschiedener Zahlenreihen mehrere Erscheinungen zueinander in Beziehung zu setzen, z. B. Häufigkeit der Diebstähle und Höhe der Getreidepreise, Häufigkeit bestimmter Charaktertypen unter den Tätern bestimmter Verbrechenarten usw. Sie sucht auf diese Weise Einblick zu gewinnen in die Faktoren, von denen eine Erscheinung abhängig ist, sie forscht nach den Ursachen solcher Erscheinungen. Die statistischen Daten in ihren Beziehungen geben zunächst äußere Regelmäßigkeiten, die einen Hinweis auf zugrunde liegende kausale Zusammenhänge enthalten. Diese sind aber durch die statistische Regelmäßigkeit noch nicht erwiesen.

Die statistischen Methoden sind in unserer Zeit sehr beliebt. Jedoch sind sie außerordentlich schwer zu handhaben und dürfen, wenn Zuverlässiges damit erreicht werden soll, nur mit großer Vorsicht und Kritik verwendet werden. An eine statistische Untersuchung stellen wir folgende Fragen: 1. Was wird gezählt? 2. Woher wurde das gezählte Material gewonnen? 3. Womit werden die gefundenen Zahlen verglichen? 4. Wie wird die eventuell gefundene Regelmäßigkeit in den Zahlenverhältnissen gedeutet? Ein Beispiel: Man zählt sämtliche Selbstmorde (1) bestimmter Länder, z. B. Bayerns, Sachsens usw. (2), vergleicht die Selbstmordziffer verschiedener Monate und findet die größte Zahl im Anfang des Sommers, vergleicht verschiedene Länder und findet z. B. in Sachsen prozentual zur Bevölkerung mehr Selbstmorde als in Bayern usw. (3), schließlich sucht man die Regelmäßigkeit zu deuten: die frühsummerliche Jahreszeit, so wird vermutet, wirkt durch mannigfache Momente wie ein Reiz auf das Seelenleben, so daß dieses in den Richtungen, in denen es ursprünglich veranlagt ist, intensiver, ausgiebiger, aktiver sich auslebt; man findet, daß auch geschlechtliche Zeugungsakte, Sittlichkeitsverbrechen u. a. in jener Jahreszeit häufiger sind und findet darin eine Bestätigung jener Vermutung. Der Unterschied zwischen Bayern und Sachsen deutet man als eine Verschiedenheit der Rassenveranlagung (4). Zu den vier Problemen einer jeden statistischen Untersuchung ist noch im einzelnen zu bemerken:

1. Was wird gezählt? Es kann natürlich zur Erlangung exakter Resultate nur gezählt werden, was begrifflich so bestimmt abgrenzbar ist, daß jeder Nachprüfende genau weiß, was gezählt wird; es kann nur gezählt werden, was im Einzelfall mit genügender Sicherheit erkannt oder ausgeschlossen werden kann. Am geeignetsten sind die objektiven Erscheinungen im Sinne unseres zweiten Kapitels: Taten (Selbstmorde, Verbrechen), soziale Geschehnisse (Eheschließung, Beruf usw.), Milieuverhältnisse (Geburtsort, Erwerbsverhältnisse der Eltern, Unehelichkeit usw.), ferner Alter, Geschlecht u. a. Während sich diese Zählung an rein objektive Daten, an äußere Ereignisse ohne Berücksichtigung der einzelnen Individuen hält, suchen dagegen andere Zählungen das ganze Individuum mit seinen seelischen Eigenschaften in ihre Zahlen und Vergleiche einzufangen (Individualstatistik im Gegensatz zur Massenstatistik). Hier werden die Schwierigkeiten in der Abgrenzung und Bestimmung dessen, was gezählt werden soll, sehr groß. Es bedarf der eingehendsten psychopathologischen Vorarbeit, sei es phänomenologischer Abgrenzungen, sei es von Analysen der Intelligenz und der Persönlichkeitstypen, sei es einzelner genetisch verständlicher Zusammenhänge, um überhaupt zur Klarheit über die zählbaren Gegenstände zu kommen; so wenn man z. B. eine zahlenmäßige Vorstellung über die Beziehung bestimmter Charaktertypen zu bestimmten Verbrechenkategorien gewinnen will.

2. Woher stammt das Material? Nur in seltenen Fällen läßt sich bei größten objektiven Daten (Selbstmord) ein ganzer Bevölkerungskreis einer Zählung unterwerfen. Meistens muß man eine Auswahl, oft eine sehr kleine Auswahl treffen, indem man die Kranken einer Klinik, die Insassen anderer Anstalten, die vor ein Gericht Gestellten usw. als Material nimmt. Wenn dies Material mit entsprechendem anderen Material verglichen wird, kann es entweder den Wert einer Stichprobe haben, die in kleinem Maße dieselben Verhältnisse zeigt, wie sie im großen der pathologische, kriminelle usw. Bestandteil der Gesamtbevölkerung zeigen würde. Meistens wird es aber ein in bestimmter Richtung ausgewähltes Material sein, daß nicht ohne weiteres allgemeine Schlüsse zuläßt. Die Materialkritik ist daher eine der wichtigsten Grundlagen für die Beurteilung von statistischen Arbeiten.

3. Womit wird verglichen? Man kann z. B. die Selbstmordziffer Bayerns und Sachsens vergleichen, aber natürlich nicht die absoluten Ziffern, sondern nur die Prozentzahlen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung. In solch einfachem Falle wird kaum ein Fehler passieren, in komplizierteren Fällen ist aber ein Durchdenken dessen, was eigentlich verglichen wird, sehr erforderlich.

4. Wie wird gedeutet? Bei der Deutung der Zahlen beginnt eigentlich erst unser Erkenntnisinteresse. Zahlen werden uns um so wertvoller sein, je überzeugender sie für eine bestimmte Deutung sprechen. Jedoch bleiben Deutungen immer in gewissem Grade Vermutungen. Sie können auf zwei Wegen geschehen. Erstens als kausale Deutung: die größere Häufigkeit von Trinkerkindern unter kriminellen Jugendlichen als unter den Jugendlichen überhaupt wird von manchen dadurch erklärt, daß der Alkoholismus des Vaters durch Keimschädigung das Kind minderwertig gemacht habe. Zweitens als genetisch verstehende Deutung: von anderen wird jene zahlenmäßige Tatsache aus den Einflüssen des Trinkermilieus „verstanden“. Durch das, was das Kind sah, durch den Mangel an Erziehung usw. verwahrloste es und geriet allmählich in einen Seelenzustand, der das Verbrechen verständlich aus sich hervorgehen läßt.

Kausale und verstehende Deutung unterliegen einer ganz verschiedenen Kritik. Wir machen es an Beispielen klar. Jemand meint, die trübe Stimmung regnerischer Herbsttage sei begrifflicherweise die Ursache von Selbstmorden, so daß vermutlich die meisten Selbstmorde im Herbst stattfinden würden. Die Zählung ergibt jedoch die bei weitem höhere Ziffer im Frühsommer. Darum ist aber der im ersten Fall gemeinte verständliche Zusammenhang nicht falsch. In einzelnen Fällen kann man es sich beim Verstehen der Gesamtpersönlichkeit zur Evidenz bringen, daß eine trübe Herbstzeit den letzten Ausschlag gibt. Aber die Häufigkeit dieses Zusammenhangs war falsch vermutet worden. Allgemein gesagt: verständliche Zusammenhänge (z. B. die meisten Milieuwirkungen) werden nicht durch Zahlen, sondern durch den verstandenen Einzelfall erwiesen, Zahlen zeigen nur die Häufigkeit ihres Vorkommens. Dagegen

werden bei solchen sozialpathologischen Untersuchungen kausale Zusammenhänge nie durch den Einzelfall, sondern nur durch große Zählungen und durch die der Kritik standhaltenden Zahlenverhältnisse überhaupt in ihrer Existenz erwiesen. Ob eine ererbte Degeneration durch Keimschädigung infolge Alkoholismus des Vaters überhaupt vorkommt, ist solange fraglich, als es nicht durch große und überzeugende Zahlenverhältnisse wahrscheinlich gemacht wird. Kein Einzelfall kann dafür in die Wagschale fallen. Nehmen wir aber einmal z. B. an (es gibt keine derartigen Untersuchungen), es seien 500 Trinkerfamilien Gegenstand einer Zählung gewesen, die Hälfte der Kinder seien vor dem Ausbruch des Alkoholismus des Vaters, die Hälfte nach Ausbruch desselben geboren. Die ersteren erweisen sich als ähnlich der Durchschnittsbevölkerung. Die letzteren, nach Ausbruch des Alkoholismus geborenen, erweisen sich jedoch in ihren Eigenschaften und ihrer Lebensführung gegenüber der anderen Hälfte als ganz außerordentlich viel abnormer, minderwertiger, krimineller usw. In diesem — übrigens unwahrscheinlichen — Falle würde eine Keimschädigung durch Alkohol bewiesen sein.

Die im weiteren Verlauf dieses Abschnittes vorkommenden statistischen Beispiele werden nicht im einzelnen einer Kritik in der geschilderten Weise unterworfen. Das würde hier viel zu weit führen. Die Beispiele wollen eben nur Beispiele sein. Für jedes genauere Studium muß hier wie überall auf die Spezialarbeiten verwiesen werden<sup>1)</sup>.

### Abschnitt 1.

## Die Bedeutung der gesellschaftlichen Zustände für die abnormen Seelenerscheinungen.

Wenn wir bei verschiedenen Menschengruppen verschiedene Erscheinungsweisen der Psychosen und Abnormitäten sehen, so kann das entweder in den verschiedenen gesellschaftlichen und kulturellen Bedingungen oder in der verschiedenen Rassenveranlagung begründet sein. Die letztere wird nie auszuschalten sein, wenn wir verschiedene Völker, die sich in verschiedenen gesellschaftlichen Zuständen befinden, vergleichen. Für die Frage der Bedeutung der gesellschaftlichen Umstände wird es daher am wertvollsten sein, dasselbe Volk in mehreren aufeinanderfolgenden, gesellschaftlich und kulturell verschiedenen Stadien, oder in derselben Epoche die verschiedenen Kulturkreise, Berufsschichten usw. desselben Volkes zu vergleichen.

Sehen wir uns verschiedene Stadien in der Entwicklung desselben Volkes an, so finden wir zunächst eine Reihe interessanter statistischer Ergebnisse über die Zunahme der internierten Geisteskranken, der Selbstmorde und der Kriminalität:

1. Die Statistik der europäischen Kulturstaaten ergibt, daß überall seit 1850 bis heute sich die Zahl der Irrenanstaltsinsassen, gerechnet nach Prozenten der Gesamtbevölkerung, um das Doppelte bis Dreifache vermehrt hat<sup>1)</sup>. Daraus folgt nicht, daß sich die

<sup>1)</sup> Die Daten der „Moralstatistik“ sind hier von Interesse. Zur Einführung: Schnapper-Arndt: Sozialstatistik, Volksausgabe Leipzig 1912. Für genaueres Studium v. Mayr: Sozialstatistik, Bd. 3 von „Statistik und Gesellschaftslehre“, davon erster Teil: Moralstatistik, Tübingen 1909—1912.

<sup>1)</sup> Vocke: Psych. Wochenschr. 1907, Nr. 47. Hacke: Das Anwachsen der Geisteskranken in Deutschland, München 1904. Grunau: Über Frequenz usw., Halle 1905 (zit. nach Bumke).

relative Zahl der überhaupt vorkommenden Geisteskrankheiten vermehrt hat. Es wurden nie, und es werden heute noch durchaus nicht alle Geisteskranken in Anstalten gebracht. Vielleicht liegt die Vermehrung der Anstaltsinsassen nur daran, daß heute mehr von den prozentual zur Gesamtbevölkerung gleichgebliebenen Psychosen in die Anstalten gebracht werden. Eine entscheidende Antwort ist nicht möglich, doch ist die Mehrzahl der Psychiater die letztere Deutung die wahrscheinlichere. Römer<sup>1)</sup> konnte feststellen, daß sich in Baden für die Jahre 1904—1910 wohl eine erhebliche Zunahme sämtlicher Anstaltsaufnahmen, dagegen keine stärkere relative Zunahme der Erstaufnahmen nachweisen läßt. Die Gründe für die häufigere Internierung sind folgende: a) Die Existenzmöglichkeit für geistig minderwertige und abnorme Persönlichkeiten ist in den Verhältnissen fortgeschrittener technischer Kultur relativ viel schwieriger als in den ungeordneteren und leichtere Lebensmöglichkeiten bietenden Verhältnissen der niedrigeren technischen Kultur. Dem entspricht es, daß auch jetzt in Großstädten relativ mehr Geisteskranke in Anstalten gebracht werden als auf dem Lande, daß man geradezu eine Zunahme der Anstaltsaufnahmen mit der Bevölkerungsdichte konstatiert. Wo das Leben schwieriger ist und den einzelnen vollständiger in Anspruch nimmt, entledigen sich die Angehörigen schneller ihrer Geisteskranken als auf dem Lande, wo ein blöder Kranker leichter mit durchgefüttert und gepflegt werden kann. Auf dieselben Umstände, die größeren Anforderungen im Leben und die Verbreitung der Forderung der Volksschulbildung ist es zurückzuführen, daß heute schwachsinnige und weniger begabte Kinder eine so große Rolle in der Diskussion spielen, während es scheint, als ob man die Häufigkeit des Schwachsinn früher gar nicht bemerkt hätte. — b) Außer diesem Hauptgrund wirken vielleicht mit: die Verbesserung der Anstalten, die Zunahme des Vertrauens zu den Anstalten, die zunehmende Ausdehnung des Begriffs des seelisch Kranken im Urteil breiterer Kreise der Bevölkerung, die Abnahme der Scheu vor Nerven- und Irrenärzten, die der moderne Mensch, zumal in Städten, viel eher konsultiert als der Mensch früherer Zeiten, für den ein solcher Gang eine Art Todesurteil gewesen wäre.

2. Der Selbstmord<sup>2)</sup> ist zwar nicht unbedingt ein Zeichen seelischer Abnormität, aber die Mehrzahl der Selbstmörder gehört zu Persönlichkeitstypen, die der Psychopathologie untersucht, oder leidet an greifbaren Erkrankungen. Darum ist die Selbstmordstatistik in gewissem Grade ein Maßstab für die Häufigkeit abnormer Seelenzustände. Seit 1820 hat sich die Zahl der Selbstmorde im Verhältnis zur Zahl der Gesamtbevölkerung um mehr als 50% vermehrt. Die Häufigkeitskurve zeigt außerdem Schwankungen: sie nimmt zu mit der Verteuerung der Lebensmittel, bei wirtschaftlichen Krisen usw., nimmt ab in Kriegszeiten. Zur Deutung dieser Zahlenverhältnisse liegt folgende Annahme am nächsten: Die der Anlage nach nicht anders gewordenen

<sup>1)</sup> Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 70 S. 809.

<sup>2)</sup> Gaupp: Über den Selbstmord, München 1910.

Menschen erleben in den veränderten Kulturbedingungen mehr Schicksale von der Art, daß sie in einen verzweifelten und haltlosen Gemütszustand geraten, daß sie reaktiven, depressiven und anderen Psychosen verfallen; sie geraten häufiger in Situationen, in denen das weitere Leben aussichtslos, hoffnungslos, unerträglich erscheinen muß. Die veränderte Kultur läßt in der Anlage begründete Reaktionsformen häufiger manifest werden.

Für die Abhängigkeit der Häufigkeit des Selbstmordes von kulturellen Bedingungen ist interessant die Statistik über Selbstmord bei Juden:<sup>1)</sup>

Auf 1 000 000 Seelen fielen in Preußen Selbstmorde:

Jahr	Katholiken	Protestanten	Juden
1849—1855	49.6	159.9	56.4
1869—1872	69	187	96
1907	104	254	356

in Bayern:

1844—1856	49.1	135.4	105.9
1870—1879	73.5	194.6	115.3
1880—1889	95.3	221.7	185.8
1890—1899	92.7	210.2	212.4

Bei osteuropäischen Juden, die in der Heimat bleiben, und bei den westeuropäischen Juden vor der Emanzipation sind Selbstmorde etwas sehr Seltenes. Die Zahlen zeigen die starke Milieuwirkung (z. T. Erklärung durch Religion, die Selbstmord hindere).

3. Ganz dieselben Deutungen sind gegenüber der steigenden Kurve der Verbreitung der Kriminalität berechtigt. Vermehrung der sozialen Umstände, die bestimmte verbrecherische Anlagen manifest werden lassen, die strengere Handhabung der Gesetze und Ähnliches scheinen zur Erklärung zu genügen.

4. Einen seltenen Fall, in dem man bei einer Rasse in kurzer Zeit den Übergang in völlig andere gesellschaftliche Bedingungen beobachten konnte, stellen die Neger in Amerika nach der Befreiung aus der Sklaverei dar. Unter einer Million sollen vor der Befreiung 169 bis 175 Geisteskranke, wenige Jahre nach der Befreiung 367, 20 Jahre später 886 Geisteskranke gezählt sein<sup>2)</sup>. Eine plausible Deutung scheint mir bei dem spärlich bekannt gewordenen und kritisch nicht nachzuprüfenden Material unmöglich. Es bestehen hier ähnliche Fragen wie bei der Frage nach den Ursachen der Veränderung der Naturvölker durch die Berührung mit der Kultur. Man hört von den Wirkungen des Alkohols, von der Verweichlichung, dem Lebensüberdruß, dem Selbstmord, der Kinderabtreibung usw. Verschiedene Rassen scheinen ganz verschieden reagiert zu haben. Eine Materialsammlung unter psychologischen und psychopathologischen Gesichtspunkten ist mir nicht bekannt geworden. —

Die Statistik kann nur die größten Zeichen veränderten Seelenlebens fassen. Demgegenüber wenden wir uns nun den Vergleichen verschiedener Zeiten zu, die mehr Qualitatives treffen oder auf dem bloßen Eindruck von Häufigkeitsveränderungen beruhen. Auch hier können wir nur durch einzelne Beispiele mehr die Aufgabe solcher

<sup>1)</sup> Fishberg: Die Rassenmerkmale der Juden. München 1913. S. 165.

<sup>2)</sup> Bumke: Über nervöse Entartung, S. 84ff.

Forschung zeigen, als ihre Resultate — die noch kaum existieren — darstellen.

1. Schon lange hat man mit Staunen von dem Phänomen der psychischen Epidemien des Mittelalters Kenntnis genommen<sup>1)</sup>, einem Phänomen, dem unsere Zeit nichts völlig Entsprechendes an die Seite zu setzen scheint. Nur Phänomene bei allen tiefstehenden Völkern der Erde, die bei ihrer großen Suggestibilität psychischen Epidemien sehr zugänglich sind, lassen sich zum Vergleich heranziehen. In den Kinderkreuzzügen scharten sich Tausende von Kindern (man sagt bis 30 000) zusammen, wanderten, um das heilige Land zu erreichen, drängten mit einer Leidenschaft, der keine Hemmung Einhalt tun konnte, von Haus und Eltern fort, um nach kurzer Zeit elend zugrunde zu gehen. — Besonders in den Zeiten nach der großen Pestepidemie im 14. Jahrhundert, aber auch sonst brach an verschiedenen Orten Europas die Tanzwut aus, der in schneller Folge ungezählte Menschen verfielen. Es handelte sich um Erregungszustände mit Krämpfen, um orgiastische Tänze mit szenenhaften halluzinatorischen Erlebnissen, nach denen teilweise oder gänzliche Amnesie bestand. Dabei war manchmal die Trommelsucht der Leiber, die durch gewalt-sames Umschnüren mit Tüchern bekämpft wurde, auffallend. — Schließlich sind im 16. und 17. Jahrhundert die Kloster epidemien verbreitet gewesen, bei denen die Nonnen scharenweise vom Teufel besessen waren, und die mit dem Hin und Her von Teufelsaustreibung und -rückkehr höchst dramatische Verläufe nahmen. Alle diese Epidemien lassen sich nach einzelnen dabei beschriebenen Symptomen als im Wesen übereinstimmend mit hysterischen Erscheinungen identifizieren, die je nach dem Milieu und den Anschauungen ihre wechselnden Inhalte hatten. Warum, das ist die interessante Frage, gab es in einzelnen — durchaus nicht in allen — früheren Zeiten solche Epidemien? warum gibt es sie heute nicht mehr? Darauf ist zu antworten, daß es solche Epidemien, wenn auch in kleinstem Maßstabe, auch heute noch gibt<sup>2)</sup>, daß aber heute eine solche Epidemie keine Ausbreitung gewinnt, vielmehr im Keime erstickt, weil ihr nicht die Anschauungen und Erwartungen der Menge, die gläubige Hingabe oder abergläubische Furcht entgegenkommen. So gibt es wohl kleine Kreise von Spiritisten, in denen sich hysterische Phänomene verbreiten, aber das größere Publikum hat zurzeit nur Lächeln und rationalistische Überlegenheit für solchen „Aberglauben“. Wir dürfen annehmen — oder jedenfalls können wir das Gegenteil noch weniger beweisen —, daß die Fähigkeit der Menschen zu solchen hysterischen Manifestationen vielleicht nach der Rasse, aber nicht nach Zeiten verschieden ist, daß vielmehr nur die besondere Zeit durch die ihr eigentümlichen Erlebnisse, Glaubensanschauungen und die dadurch angefachten Triebe und Zwecke diese sonst in breiterer Ausdehnung ruhenden Mechanis-

<sup>1)</sup> Hecker, J. F. C.: Die großen Volkskrankheiten des Mittelalters, Berlin 1865, S. 124 ff, S. 57 ff. Aug. Hirsch: Handbuch der histor.-geographischen Pathologie III. Artikel Hysterie und Chorea. Stuttgart, Enke 1886.

<sup>2)</sup> Siehe die Literaturangaben oben auf S. 239.



men in Bewegung setzt, die so ein von gewissen Kulturkreisen benutztes Werkzeug werden, während sie sonst nichts als krankhaft gewertete und isoliert bleibende Phänomene sind.

2. Ohne Zweifel dem psychologischen Mechanismus nach verwandt sind mit den eben geschilderten Epidemien die überall auf dem Erdball und zu allen Zeiten, und zu manchen Zeiten in besonderer Ausbreitung beobachteten orgiastischen Zustände. Die Verzückungszustände der Medizinmänner, Schamanen, die Raserei der Derwische, die Orgien der Barbaren wie die dionysischen Feiern der Griechen, die eben erwähnte Tanzwut und ähnliches, alles das sind psychologisch irgendwie zusammengehörige Vorgänge, Wahrscheinlich gibt es darunter ganz verschiedene Typen. Doch läßt sich nichts Näheres sagen, da das Quellenmaterial noch nie von einem Psychopathologen systematisch bearbeitet worden ist<sup>1)</sup>. Zurzeit müssen wir uns noch begnügen, hier und da durch eine Selbstschilderung oder durch eine historische Darstellung eine Anschauung von einem konkreten Einzelvorgang zubekommen, der uns die Probleme mehr ahnen als sie in Angriff nehmen läßt.

Am Beispiel der orgiastischen Zustände ist deutlich der allgemeine Satz zur Klarheit zu bringen, daß die bloß psychologische Untersuchung einer Erscheinung weder über die historische Wirksamkeit derselben noch über den Wert entscheidet, den wir ihr beimessen. Der psychologisch gleiche oder ähnliche ekstatische Vorgang kann uns von einem Standpunkt aus als tiefste Offenbarung menschlicher Religiosität, von andern Standpunkt aus als gleichgültiger, hemmender, „bloß“ krankhafter Prozeß erscheinen, ähnlich wie auf anderem Gebiete derselbe psychologische Hergang einmal die Grundlage wertvoller geistiger Schöpfungen, einandermal Grundlage „überwertiger Ideen“, etwa des Glaubens an die Erfindung des Perpetuum mobile, ist. Man vergleiche Nietzsches bewundernde Darstellung des dionysischen Rausches in der „Geburt der Tragödie“.

3. Seit einigen Jahrzehnten wird immer wiederholt, daß die typische Erkrankungsform unserer Zeit, die der Häufigkeit nach gegenüber früheren Zeiten ungeheuer hervortrete, die Nervosität sei<sup>2)</sup>. Der Amerikaner Beard hat sie als Neurasthenie zuerst zusammenfassend beschrieben. Zahlenmäßig läßt sich über die Häufigkeit neurasthenischer Erscheinungen früherer Zeiten und der Gegenwart nichts sagen. Die Lektüre alter medizinischer Schriftsteller ergibt, daß die einzelnen Symptome unter anderen Namen auch früher bekannt waren.

4. Die Unfallneurosen gelten als ein Beispiel, an dem man gewissermaßen mit der Sicherheit, die ein Experiment gewährt, sehen könne, wie bestimmte soziologische Umstände bestimmte Krankheitsphänomene zur Folge haben könnten. Erst nach der Unfallgesetzgebung der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts seien diese Krank-

1) Stoll: Suggestion und Hypnotismus in der Völkerpsychologie, 2. Aufl. 1904. Rohde: Psyche, Bd. 2, S. 4/27, 41/43, 47 usw. Ideler: Versuch einer Theorie des relig. Wahns, Halle 1848. Leubuscher: Der Wahnsinn in den vier letzten Jahrhunderten, Halle 1848 (Übersetzung des Calmeil). Emminghaus: Allgem. Psychopath., S. 43/60. Soeur, Jeanne: Memoiren einer Besessenen, Deutsch, Stuttgart 1911. Andree: Ethnographische Parallelen und Vergleiche Neue Folge 1889. S. 1 „Besessene und Geisteskranke“.

2) Beard: Die Nervenschwäche. Deutsch 1883. Erb, Die wachsende Nervosität unserer Zeit. His: Medizin und Überkultur.

heiten aufgetreten, sie würden ohne diese Gesetzgebung gar nicht da sein. Erst der Wunsch nach einer Rente setze sich nach beliebigen leichten Beschädigungen oder nach schweren Unfällen bei dazu veranlagten Menschen mit Hilfe der hysterischen Mechanismen in allerlei Beschwerden um, die — dem Individuum unbewußt — doch nur den Zweck haben, eine Rente zu erlangen (Rentenhysterie). Nach endgültiger Erledigung der Rentenfrage verschwänden die Beschwerden wieder. So einfach liegt indes die Sache durchaus nicht. Unter dem Namen „Unfallneurosen“ werden ganz verschiedenartige Beschwerden zusammengefaßt, die nur das Gemeinsame haben, daß sie nach Unfällen, besonders Kopfverletzungen auftreten. Es gibt unter diesen eine Anzahl, bei denen man nicht konstatieren kann, daß der Wunsch nach einer Rente als kausaler Faktor irgendwie mitspielt, die genau so auftreten, wenn die Frage einer Rente überhaupt nicht in Betracht kommt (bei nicht Versicherten, bei Kranken der wohlhabenden Kreise). Bei den übrigen spielt der Wunsch nach einer Rente ohne Zweifel eine Rolle, aber eine Rolle als ein Faktor unter vielen anderen. Unfallneurosen würde es auch geben ohne Unfallgesetzgebung, aber es würde weniger davon die Rede sein, es würde bei einer Reihe von Fällen jener Faktor der Rentensucht das Bild nicht färben, und es würden — vielleicht — einige Fälle gar nicht krank geworden sein, andere schneller gesund werden. Das Studium der Unfallneurosen hat für den Praktiker heutzutage ein besonderes Interesse. Die ausgedehnte Literatur mit den klaffenden Meinungsverschiedenheiten lehrt, wie in der medizinischen Wissenschaft eine rein somatische Betrachtungsweise mit psychologischem Verständnis, der Einstellung auf das Seelische und psychiatrischer Denkweise, wie Vorurteile, die aus einem Gesichtspunkt alles allzu einfach erklären wollen, mit analytischer Zergliederung im Kampf liegen<sup>1)</sup>.

5. Die Frage, ob sich in längeren Zeiträumen — wieweit die kulturellen Umstände dabei eine Rolle spielen, bleibt zunächst dahingestellt — bestimmt abgrenzbare Krankheitsformen in ihrer Erscheinungsweise verändern, kann naturgemäß nur an solchen Krankheiten untersucht werden, deren Diagnose in allgemeingültiger, einheitlicher Weise nach klaren Merkmalen vorgenommen wird. Das ist mit der Paralyse als einer organischen Hirn- und allgemeinen Körperkrankheit der Fall. Joachim hat diese Krankheit bezüglich der Veränderung ihres Vorkommens und ihres Verlaufs in den letzten Jahrzehnten in Elsaß-Lothringen statistisch untersucht<sup>2)</sup>. Er findet eine Verschiebung der männlichen Paralysen bei der Verteilung auf die einzelnen Kreise des Landes, ein geringes Vordringen der Paralyse in die niederen Volksschichten, eine geringe Verlängerung in der Dauer der Erkrankung, eine Zunahme der dementen Formen gegenüber den agitierten und depressiven, häufigere Remissionen.

<sup>1)</sup> In den prinzipiellen Fragen vgl. Wetzel: Arch. f. Sozialwissenschaft 37. 1913. S. 535. Dort die wichtigste Literatur. P. Horn: Über nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen, 2. Aufl. Bonn 1918.

<sup>2)</sup> Joachim: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 69. 1912. S. 500.

6. Schließlich haben für die Psychopathologie auch konkrete Schilderungen einzelner Krankheitsfälle, Biographien aus früheren Zeiten Interesse. Ohne daß ein Vergleich angestellt würde oder Schlüsse gezogen würden, gibt sich der Psychiater einfach der konkreten Anschaulichkeit hin, in der er von dem Unterschiede der Zeiten mehr fühlt als weiß. Unter diesem Gesichtspunkt haben Pathographien für die Psychopathologie ihre Bedeutung. Nicht nur, wie sich eine Krankheitsform bei differenzierten und höher begabten Persönlichkeiten zeigt, sondern auch wie sie bei Persönlichkeiten unbekannter, fremder Verhältnisse zur Erscheinung kommt, sieht man hier in aller Anschaulichkeit. Leider gibt es nur wenig solches Material<sup>1)</sup>. —

Außer durch den Vergleich desselben Volkes in verschiedenen aufeinanderfolgenden Zeiten belehrt uns über den Einfluß der soziologischen Verhältnisse ein Vergleich der verschiedenen Schichten und Berufskreise desselben Volkes in der Gegenwart. Auch hier besitzen wir nur spärliche Untersuchungen.

1. Der Vergleich der relativen Häufigkeit der einzelnen Krankheitsformen in der Großstadt und in ländlichen Verhältnissen<sup>2)</sup> ergibt (Vergleich der Zahl der Aufnahmen) besonders zwei Unterschiede: die materiellen Schädigungen der Großstadt bewirken eine enorme Zunahme der Alkoholpsychosen und der Paralyse (Folgeerkrankung der Syphilis), die schwierigeren Lebensverhältnisse mit ihren seelischen Schädigungen haben eine viel größere Frequenz der Psychopathien (Hysterie usw.) zur Folge. Demgegenüber sind die Anstalten in ländlichen Verhältnissen überfüllt von den wesentlich endogenen Erkrankungen der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins. Es ist ferner auffallend, daß in großen Städten relativ viel mehr Epileptiker zur Aufnahme kommen und relativ mehr Demenzzustände (senile Demenz, Arteriosklerose, Idiotie).

2. Die Eigenart der seelisch abnormen Erscheinungen, die von Beruf und Lebenstätigkeit herrühren, ist nie gründlich oder gar exakt untersucht worden. Wie man unter den normalen Persönlichkeiten Berufstypen kennt, wie man einen Arzt, Kaufmann, Offizier, Lehrer oft gleich als solchen erkennen kann, wie sich deren Eigenart sogar in der Handschrift kundgibt, ohne daß alles dieses genauer beschrieben und studiert wäre, ebenso besitzen die Erscheinungen bei den Psychosen des Pfarrers, des Lehrers, des Offiziers eine eigentüm-

1) U. a. aus alten Zeiten: Christian Heinrich Spieß: Biographien der Wahnsinnigen, Leipzig 1795. Magazin zur Erfahrungsseelenkunde, herausg. von K. Ph. Moritz, Berlin 1783—1793. Ferner die Krankheitsgeschichten in den Büchern von Esquirol, Ideler, Jakobi. Eine alte Selbstschilderung: M. Bernds: Eigene Lebensbeschreibung samt seiner aufrichtigen Entdeckung der größten, obwohl größtenteils noch unbekanntem Leibes- und Gemütsplage. Leipzig 1738. (konnte ich mir leider nicht verschaffen). — Vgl. ferner: Mönkemöller: Das Zucht- und Tollhaus zu Celle. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 68, 1911. S. 155. Morgen thaler: Bernisches Irrenwesen von den Anfängen bis zur Eröffnung des Tollhauses 1749. Bern 1915.

2) Gaupp: Münch. med. Wochenschr. 1310. 1906. S. 1250,

liche Färbung. — Man kann sich ferner als ziemlich selbstverständlich denken, welche seelischen Veränderungen die Erregungen des großen Bank- und Börsengeschäftes (die große Spannung, die Notwendigkeit rascher Entschlüsse bei großem Risiko), die gedrückte Stellung der Gouvernanten, die schwere Lage der Lehrerinnen, das trostlose Proletariendasein usw. schafft. Bisher gibt es konkrete Studien nur über die seelischen Erkrankungen in Heer<sup>1)</sup> und Marine und bei der Arbeiterschaft<sup>2)</sup>, die aber etwas von allgemein-psychopathologischem Interesse nicht ergeben, sondern nur methodisch wichtig sind. Zählungen Römers zeigen, daß am wenigsten Erkrankungen in der Landwirtschaft, am meisten bei den selbständig Erwerbstätigen der freien Berufe vorkommen<sup>3)</sup>.

3. Der Familienstand steht in Beziehung zur Zahl der Erkrankungen (Zählung der Aufnahmen), insofern prozentual erheblich mehr Ledige als Verheiratete erkranken, während Geschiedene und Verwitwete gemeinsam gezählt den Durchschnitt nur wenig übertreffen, wohl aber von den Geschiedenen prozentual auffallend viele erkranken<sup>4)</sup>.

4. Die Zählung der Konfessionen ergibt, daß relativ zur Gesamtzahl mehr Israeliten als Christen erkranken (vgl. jedoch oben S. 308), und daß Sektenanhänger noch häufiger als Israeliten erkranken<sup>5)</sup>. —

Bisher suchten wir einzelne Erscheinungen festzustellen, die von Kultur und sozialem Milieu abhängig sind. Nun wollen wir uns eine Übersicht verschaffen über die Arten, wie die gesellschaftlichen Umstände auf die Erscheinungen abnormen Seelenlebens einwirken oder diese geradezu erst hervorrufen. Wir unterscheiden wieder rein kausale und verständliche Einwirkungen:

1. Rein kausale Wirkungen hat die Kultur, indem sie physische Verhältnisse schafft, die gerade so wie andere Naturbedingungen durch die Vermittlung des Körpers seelisch abnorme Zustände hervorrufen. So ist viel darüber gesprochen worden, ob der Alkoholkonsum und damit die alkoholischen Psychosen zugenommen haben. In neuerer Zeit scheint eher eine Abnahme des Alkoholismus zu konstatieren zu sein.

<sup>1)</sup> Stier: Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung. Halle 1905. Max Rohde: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 68. 1911. S. 337. Ed. Beck: Über Kriegsvergehen. Zeitschr. f. Psych. u. Neurol. 26, 1921 (Literaturverzeichnis). C. v. Hösslin: Über Fahnenflucht Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 47. 1919. S. 344.

<sup>2)</sup> Laehr: Die Nervosität der heutigen Arbeiterschaft. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 66, S. 1. Heilig: Fabrikarbeit und Nervenleiden, Wochenschr. f. soziale Medizin 1918, Nr. 31ff. Hellpach: Berufspsychosen. Psych. neurol. Wochenschr. 1906. Technischer Fortschritt und seelische Gesundheit, Halle 1907.

<sup>3)</sup> Vgl. auch L. Stern: Kulturkreis und Form der geistigen Erkrankung, Halle 1913. Der Verfasser vergleicht bei den Aufnahmen in die Anstalt die Berufsgruppen und die diagnostischen Gruppen.

<sup>4)</sup> Nach Römer: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 70 S. 808.

<sup>5)</sup> Römer a. a. O. Vgl. auch Pilcz: Über Nerven- und Geisteskrankheiten bei katholischen Geistlichen und Nonnen. Jahrb. f. Psych. 34 S. 367.

Jeske<sup>1)</sup> konstatierte eine erhebliche Abnahme der Zahl der Deliranten in Breslau im Zusammenhang mit der Branntweinbesteuerung von 1909 und dem von der Sozialdemokratie ausgehenden Schnapsboykott. Ziemlich unsicher liegen die Tatsachen, aus denen man eine Zunahme der Paralyse im Zusammenhang mit einer Zunahme der Syphilis oder mit der Zunahme der Zivilisation hat vermuten wollen. Trotz Mönkemöllers Arbeit<sup>2)</sup> liegen die kausalen Verhältnisse gänzlich im Dunkeln. Die Syphilis kann nicht allein die Ursache sein, da bei syphilitisch durchseuchten Völkern die Paralyse selten ist (Serbien, Ägypten), die Zivilisation allein nicht, da die Paralyse auch bei Japanern selten ist. Ob es eine Paralyse schon im Altertum gab, hängt mit der Frage zusammen, ob es schon eine Syphilis gab oder ob diese erst aus Amerika eingeschleppt worden ist. Kirchhoff<sup>3)</sup> hält ein Vorkommen im Altertum nach einigen Quellen für wahrscheinlich. — Daß bestimmte Berufe durch die Gefahr von Vergiftungen (Blei, Kohlenoxyd, Schwefelkohlenstoff usw.) mehr gefährdet sind, liegt auf der Hand, ebenso daß verschiedene Völker nach der Art der landesüblichen Genußmittel verschiedene Erkrankungen zeigen, so die Europäer durch Alkohol, die Orientalen durch den Haschisch, die Chinesen durch das Opium.

2. Für die Psychopathologie interessanter ist die zweite Gruppe von Wirkungen der Kultur, die auf seelischen Einwirkungen und auf z. T. verständlichen Zusammenhängen beruhen. Wir können nur einige Gesichtspunkte aus der Masse der hierzu vorgebrachten Aperçus — eigentlich planmäßige Untersuchungen gibt es nicht — herausheben:

a) Am selbstverständlichsten ist es, daß der Inhalt der Psychosen aus dem geistigen Besitzstand der Menschengruppe stammt, aus der der Kranke hervorgeht. Es heißt, daß in früheren Zeiten im Wahn häufiger von Tierverwandlungen, Verfolgungen durch Röhren usw. die Rede war, jetzt mehr von Telephon, Telegraphie ohne Draht, Hypnose und Telepathie. Früher gab der Teufel Rippenstöße, jetzt werden die Kranken durch elektrische Apparate mißhandelt. Die Wahnerlebnisse eines gebildeten Philosophen zeichnen sich durch Reichtum und Bedeutungstiefe aus, während die des einfachen Mannes sich im Bereich phantastischer Umgestaltung von Fabeln des Kirchenglaubens bewegen.

b) Das geistige Milieu, die herrschenden Anschauungen und Wertungen haben die Bedeutung, daß sie gewisse seelische Abnormitäten züchten, andere nicht zur Entwicklung kommen lassen. Bestimmte Persönlichkeitstypen „passen“ zu einer Zeit oder zu einem Kreise. Man beobachtet, wie sich nervöse oder hysterische Charaktere zusammenfinden. Manche Kreise sind durch Ansammlung von Abnormen und Geisteskranken geradezu charakterisiert: die Fremden-

<sup>1)</sup> Jeske: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 68. 1911. S. 353.

<sup>2)</sup> Mönkemöller: Zur Geschichte der progressiven Psychose, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 5 S. 500.

<sup>3)</sup> Kirchhoff: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 68. 1911 S. 125.

legion, Kolonien von Naturmenschen und Vegetarianern, Vereine von Gesundheitsfanatikern, Spiritisten Okkultisten, Theosophen. In die Kreise, in denen die dionysische Religiosität in Griechenland gepflegt wurde, wurden vermutlich auch die hysterischen Begabungen gezogen, wie diese immer dann eine Rolle zu spielen berufen sind, wenn orgiastisches Wesen in den Augen weiterer Kreise Bedeutung hat. Die Menge der unbegründeten Selbstvorwürfe, die bei unseren Kranken beobachtet werden, und die Kraepelin bei Javanern fast gar nicht fand, führt dieser Forscher auf das höhere europäische Kulturniveau zurück, in dem überall das Verantwortlichkeitsgefühl eine viel größere Rolle spiele. Man darf hier wohl an die christliche Religion als mitwirkender Faktor denken. — Schwerer Druck hoffnungsloser sozialer Verhältnisse, chronischer körperlicher Leiden, eine dauernde Belastung der Seele durch die unüberwindlichen Sorgen und Nöte des täglichen Broterwerbs — ohne Kampf, ohne Schwung, ohne Ziel, ohne Idee — führt oft zu Zuständen von Apathie, Gleichgültigkeit, äußerster seelischer Armut. Ein besonderer Fall ist der Typus des ewig rückfälligen Verbrechers, der sein Schicksal gleichgültig — nur unter den Zeichen dumpfen Grollens und unlustiger Ablehnung aller an ihn herantretenden Forderungen — hoffnungslos trägt.

c) Vielerörtert ist die Änderung der ganzen Lebensführung, die die Entwicklung der technischen Kultur im 19. Jahrhundert mit sich gebracht hat: in allem Beschleunigung des Tempos, hastiges Treiben, immer verantwortungsvolle (aber ganz unmetaphysische) und ängstliche Unruhe, Mangel beschaulichen Versinkens, anstatt dessen bei Ermüdung das Streben nach Genüssen, die wieder starke Reize ohne innere seelische Nachwirkung bringen, die große Zunahme der Ansprüche, die an die Leistungsfähigkeit und Ausdauer gestellt werden usw. Die von solcher Lebensführung betroffenen Menschen sollen mehr als früher von chronischer Ermüdung und den sie begleitenden neurasthenischen Symptomen befallen werden. Wenn auch die ursprüngliche Veranlagung der Menschen sich nicht verändert habe, so werden diese doch jetzt manifest neurasthenisch, während sie in früheren ruhigeren Lebensumständen latent blieb. In der Auffassung dieses Zusammenhanges sind sich die praktischen Nervenärzte einig, wenn auch hierüber wiederum keine eigentlichen Untersuchungen und Materialveröffentlichungen vorliegen.

d) Ein anderer Zug des Lebens unserer Zeit (vor dem Kriege) hat zur Deutung mancher abnormer Erscheinungen Anlaß gegeben: die größere Lebenssicherheit, die im Vergleich zu fast allen früheren Zeiten besteht. In übertriebener Schilderung: Früher gefährliche und ergreifende Schicksale, gefahrvolles Leben, Aufsichselbstgestelltsein des Einzelnen, jetzt ängstliches und selbstsüchtiges Hasten nach bloß wirtschaftlichem Lebensniveau bei Sicherheit des Lebens selbst und Vertrauen auf den Schutz durch die öffentlichen Einrichtungen. Früher größere Verbreitung natürlichen, die Persönlichkeit des Menschen beteiligenden Arbeitslebens; jetzt auf der einen Seite der furchtbare und mit grollendem Bewußtsein getragene Druck der stumpfsinnigen kör-

perlichen Arbeit, auf der anderen Seite wohlhabende arbeitslose, schicksalslose Menschen ohne Aufgaben und Ziele; überall Unbefriedigtsein mit dem Leben. Die Leere des Lebens führt zum Heucheln von Leben, zum sensationellen Scheinerleben, schließlich zur Förderung des hysterischen Charaktertypus. Die ängstliche Abhängigkeit von moralischen und konventionellen Normen tritt an die Stelle in wirklichem Schicksal selbst erworbener Wertungen, führt zur Verdrängung der Triebe und natürlichen Gefühle und befördert von hier her bei dazu Veranlagten das Auftreten hysterischer Symptome.

e) Ganz im Gegensatz zu diesem Bilde stehen die Erscheinungen, die uns vom Seelenleben in aufregenden Zeiten, nach der Pest im 14. Jahrhundert, bei der französischen Revolution und zuletzt nach der russischen Revolution berichtet wurden. (Ein Teil der Erscheinungen wurde nun auch bei uns beobachtet). Solche tiefen Gemüterschütterungen, die die Allgemeinheit betreffen, scheinen ganz andere Wirkungen zu haben als Gemüterschütterungen einzelner Menschen. Es trat in breiten Kreisen große Gleichgültigkeit gegen das Leben (Zunahme des Duells, Unbekümmertheit um gefährliche Situationen, Preisgabe des Lebens auch ohne ideale Aufgaben), eine ungeheure Genußsucht und ein ungebundenes Sichausleben ein. Wie sich das im Detail gestaltete, wie insbesondere die Psychosen sich verhielten, darüber habe ich kein Material gefunden.

f) Von Kriegszeiten hieß es früher, die Zahl der Psychosen und Selbstmorde nehme ab. Im Anfang ist von Nervosität weniger die Rede. „Wenn es an den Kragen geht, hört die Nervosität auf“ (His). Während des abgelaufenen Kriegs sind zahlreiche Beobachtungen nur im Heere gemacht<sup>1)</sup>. Man stellte von neuem das Selbstverständliche fest, daß es keine spezifischen Kriegspsychosen und Kriegsneurosen gibt. Die Psychosen bieten nichts Besonderes. Nur die akuten Bewußtseinstrübungen und die Neurosen treten in großer Mannigfaltigkeit auf und erregten eine lebhaft Diskussions. Man sah drastisch und so zahlreich wie nie die Wirkung seelischer Zermürbung, des Schrecks, der seelischen Einwirkungen auf die Erkrankung überhaupt und die Wirkungen der Erschöpfung. Wenn auch die Zahl der Erkrankungen dieser Art prozentual gering war, so war doch ihre absolute Anzahl groß. Die Diskussion bezog sich vor allem auf die Unterscheidung des Psychogenen und des rein Körperlichen und hinter ihr stand weltanschaulich die Neigung, Schuld und bösen Willen zu finden, oder die Neigung, überall unverschuldete Krankheit anzunehmen. Man konnte sehen, wie der eine im Dienst der Staatspeitsche blind wurde für alles Außerbewußte, kausal Notwendige, der andere getrieben von sentimentaler Humanität, kaum noch die halb- und unbewußten Kräfte zur Flucht in die Krankheit u. dgl. sah. Wieder andere analysierten in ruhiger Objektivität von allen Gesichtspunkten her die

<sup>1)</sup> Die Literatur findet man in den umfangreichen kritischen Sammelberichten von Birnbaum: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referatenteil 11 S. 321; 12 S. 1 und 317; 13 S. 457; 14 S. 193 und 313.

Zusammenhänge<sup>1)</sup>. Die große Bedeutung des psychischen Faktors bei den Neurosen geht aus der fast allgemein bekannten Tatsache hervor, daß sich unter den Kriegsgefangenen keine oder nur sehr wenig Neurosen fanden, abgesehen der typischen als „grauer Vogel“, „Stacheldrahtkrankheit“ beschriebenen Verstimmung<sup>2)</sup>. — In den Irrenanstaltsaufnahmen zeigte sich in den Kriegsjahren ein starker Rückgang alkoholischer Erkrankungen und eine Zunahme von männlichen Psychopathen<sup>3)</sup>. Die Wirkung des Kriegs auf ethisch minderwertige Jugendliche zeigt an Beispielen mit Selbstschilderungen Wittig<sup>4)</sup>.

Wir haben bisher unter der Voraussetzung gleichbleibender Veranlagung die Bedeutung der wechselnden soziologischen Umstände für die Tatsache der Verschiedenheit seelischer Abnormität nach Zeiten und Kulturkreisen anzudeuten versucht. Da eine verschiedene Veranlagung verschiedener Rassen wahrscheinlich ist, suchten wir mit unseren Vergleichen möglichst innerhalb derselben Rassen zu bleiben. Nun bleibt aber noch die Frage: Ändert sich nicht — unter dem Einfluß der Kultur oder ohne diesen Einfluß — im Laufe der Generationen auch dieselbe Rasse in ihrer seelischen Veranlagung? Für den Psychopathologen ist insbesondere die spezielle Frage wichtig: Nimmt im Laufe der Generationen die vererbliche Anlage zu seelischer Abnormität und seelischer Krankheit ab oder zu? „Entartet“ eine Rasse unter dem Einflusse kultureller Entwicklung<sup>5)</sup>? Es ist keine Entartung, wenn unter dem Einfluß eines bestimmten Milieus die Menschen ihre immer vorhandene nervöse Veranlagung zu voller Entwicklung bringen. Entartung ist erst dann vorhanden, wenn diese vollere Entwicklung unabhängig vom Milieu auf die Kinder vererbt wird. Sind dagegen die Kinder bei eventueller Versetzung unter andere Lebensbedingungen wieder wie die früheren Generationen, so ist das ein Beweis gegen die Entartung. Bumke hat nachgewiesen, daß wir keinen zwingenden Anlaß haben, eine zunehmende Entartung unter der Wirkung besonderer Kulturumstände anzunehmen. Es handelt sich fast immer nur um Einwirkungen auf die lebenden Individuen, die diese treffen, sich aber nicht vererben.

Das eklatanteste Beispiel, das immer wieder an die Existenz von Entartung unter Kultureinflüssen denken läßt, ist das Schicksal der Kulturfamilien<sup>6)</sup>. Die Ansichten stehen sich hier schroff gegen-

1) Siehe vor allem die ausgezeichneten Re'erate von Gaupp: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 34, 1916, Nonne und Oppenheim: Deutsch Zeitschr. f. Nervenkr. 56, 1917. Hier sind die entgegengesetzten Anschauungen auf hohem Niveau in objektiver Form kennen zu lernen.

2) Vgl. oben S. 229 die Arbeiten von Vischer.

3) Bonhoeffer: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 60 S. 721. Fürst: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 60 S. 861. Becher: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 61 1919. S. 1.

4) K. Wittig: Die ethisch minderwertigen Jugendlichen und der Krieg. Langensalza, Wundt und Klanwell 1918.

5) Bumke: Über nervöse Entartung, Berlin 1912, Kap. 6.

6) S. Schott: Alte Mannheimer Familien, Leipzig 1910. — Gruber und Rüdín: a. a. O., S. 101 ff.



über. Auf der einen Seite meint man, eine vererbliche Degeneration trete nicht auf, es handle sich um die Wirkung des Milieus, die jede weitere Generation schon von Kindheit an treffe; Verweichlichung, Vermeidung von Kraftanstrengungen, Müßiggang, unregelmäßiges Leben, gewollte Beschränkung der Kinderzahl, Zufälle usw. sollen das Resultat erklären. Auf der anderen Seite meint man, es handle sich um vererbte Veränderungen; ähnlich wie manche Tiere in der Gefangenschaft keine Nachkommen haben, gehe es mit den Kulturfamilien; die Darstellung in Romanen, die eine zunehmende, angeborene, nervöse Konstitution in der Generationsfolge vor Augen führe, beruhe auf Wahrheit. Eine Entscheidung der Frage ist gegenwärtig gänzlich unmöglich.

Ist die Existenz von Entartung unter dem Einfluß der Kultur zwar gänzlich unerwiesen, aber diskutabel, so handelt es sich bei der Annahme von Seelenzuständen, die verschiedenen Zeitaltern eigentümlich, den Menschen angeboren sein sollen (Reizbarkeit usw. von Lamprecht) um durchaus in der Luft schwebende und für die Forschung unfruchtbare Spekulationen. Wir haben keine Möglichkeit, in den wenigen Generationen, die von der Germanenzeit bis jetzt aufeinander gefolgt sind, irgendeine Veränderung der menschlichen Veranlagung nachzuweisen, und alle unsere Erklärungen müssen notwendig unter der Voraussetzung gleichbleibender Rassenveranlagung nur mit der Änderung und Entwicklung der Kultur und aller soziologischen Umstände als Faktoren rechnen, die die gleiche Veranlagung zu anderer und neuer Entfaltung bringen.

Ist dies auch der Standpunkt für wissenschaftliche Untersuchungen, so läßt sich doch der allgemeine Eindruck nicht wegleugnen, daß auch in der Generationsfolge der Menschen ganz unabhängig von sozialen Umständen z. B. Phasen auftreten, in denen plötzlich zahlreiche überragende Persönlichkeiten erscheinen, und wieder andere, die gleichsam leer ausgehen. Man kann dann zur Vermutung neigen, daß auch bestimmte Seelenzustände und charakteristische Abnormitäten den Menschen der einen Zeit anders als denen einer anderen Zeit angeboren sind. Doch das sind völlig indiskutable und gar nicht untersuchte Dinge. Nur wenn wir die Wirkung der sozialen und kulturellen Umstände ganz kennen, würde man an solche Fragestellung sich heranwagen dürfen.

## Abschnitt 2.

### Die Bedeutung der abnormen Seelenerscheinungen für die Gesellschaft.

Welche historische Bedeutung im einzelnen Falle seelisch abnorme Zustände und Vorgänge haben, das zu untersuchen ist Sache des Historikers und psychiatrischen Gutachters. Daß eine historische Bedeutung seelischer Krankheit existiert, daran ist kein Zweifel. Wie alle anderen generell erkannten kausalen und verständlichen Zusammenhänge, wird sich der Historiker da, wo er sie brauchen kann, auch die Ergebnisse der Psychopathologie zunutze machen. Welche Krankheitsformen eine nicht bloß zerstörende, sondern eine positive Bedeutung haben, das zu untersuchen ist eine bedeutsame Aufgabe. Wie

in den Pathographien über hervorragende Persönlichkeiten<sup>1)</sup> immer die Frage ist, ob ihre Schöpfungen trotz der Krankheit oder u. a. auch durch die Krankheit zustande kamen (z. B. Leistungen in hypomanischen Phasen, künstlerische Inhalte aus depressiven Zuständen, metaphysische Erfahrungen in schizophrenen Erlebnissen), so liegt in allen historischen Einzelereignissen das Problem: war der krankhafte Vorgang nur zerstörend, oder war er mitwirkend an einem positiven Schaffen?

Bei der Ausdehnung des Krankheitsbegriffs über die biologisch als schädlich angesehenen Variationen von Charakteren und über alle aus der geraden Lebensentwicklung infolge endogener Ursachen herausfallenden Phasen und bei der tatsächlich fortschreitenden Erforschung dieser Gebiete ist es selbstverständlich, daß die Psychopathologie bei biographischen Fragen u. U. mit Nutzen gehört werden kann. Sie steht dem für den Historiker interessanten Seelenleben näher als die Normalpsychologie, weil sie von jeher auch die „komplexen“ seelischen Phänomene zum Studium genommen hat. Zumal diejenigen psychopathologischen Forschungen, die eine Ausdehnung unseres „genetischen Verstehens“ über seltene und der Durchschnittserfahrung gar nicht begehende Zusammenhänge herbeiführen, sind für biographische Probleme wertvoll. Man braucht z. B. nur an zahlreiche Persönlichkeiten zu denken, die in Revolutionen eine Rolle spielen. Solche stehen demjenigen, der sich mit der gewöhnlichen „Menschenkenntnis“ begnügt, so fern, daß er sie kaum „verstehen“ wird. Hat er aber Kenntnis genommen von eindringlichen Schilderungen der dem Psychiater begegnenden „Psychopathen“, wird ihm mancher Zug begrifflich werden. — Außer diesen Psychopathen, bei denen es sich nur um Variationen der menschlichen Veranlagung handelt, können vielleicht auch echte Krankheitsprozesse einmal als ein Quell historischen Geschehens fungieren. Die Zustände der *Dementia praecox*, diesen an

1) Pathographien nennt man biographische Darstellungen, die das Ziel verfolgen, erstens die dem Psychopathologen interessanten Seiten des Seelenlebens schildernd und genetisch darzustellen und zweitens die Bedeutung dieser Erscheinungen und Vorgänge für die Genese der Schöpfungen solcher Menschen aufzuklären. Unter den zahlreichen Pathographien ragen hervor die Werke von Moebius über Rousseau u. a., ferner Lange: Hölderlin, Stuttgart 1909. Jedoch überschreiten auch diese ihre Grenzen, indem sie mit unzureichenden Mitteln den Wert der künstlerischen Leistungen interpretieren, d. h. meistens dabei herabsetzen. Selbst wenn man in einer Dichtung katatonische Züge wahrscheinlich machen kann, heißt das durchaus nicht, daß die Dichtung schlecht und unverständlich sei. Urteilt der Psychopathologe darüber, so gibt er als Dilettant ein subjektives Urteil ab, das niemand interessieren, aber manchen empören kann. Die Pathographie ist eine heikle Sache. Gründliche psychopathologische Einsicht, Fähigkeit zur historischen Kritik sind Bedingung für vertrauenswürdige Erkenntnisse, Respekt und eine gewisse Scheu, die doch gar nichts zu verschweigen braucht, Forderung für eine pathographische Darstellung, die man nicht widerwillig fortlegen soll. Bei mangelndem Material pathographisch zu arbeiten (z. B. über Jesus, Mohammed) ist lächerlich. — Ich nenne noch meine eigene Arbeit: Strindberg und van Gogh, Versuch einer pathographischen Analyse unter vergleichender Heranziehung von Swedenborg und Hölderlin, Leipzig, Ernst Bircher, 1922. — Eine wohl fast vollständige Liste der vorhandenen Pathographien bei Gruhle: Psychologie des Abnormen 1922, S. 149ff.

subjektiven Erlebnissen reichen, zum Abschluß von der Welt führenden Verblödungspsychosen, sind heutzutage anscheinend gänzlich bedeutungslos. Die Befallenen laufen als verachtete Trottler, als lästige Pfleglinge, als Anstaltsinsassen umher. Niemand unter ihnen gewinnt durch seine krankhaften Erlebnisse Einfluß. Vielleicht war das früher zeitweise anders. Mythologische und abergläubische Vorstellungen muten gelegentlich so an, als ob sie gar nicht ohne Kenntnis dieser eigenartigen Erlebnisformen der *Dementia praecox* entstanden sein könnten. Besonders die Gedankengebilde, die sich um den Hexenwahn gruppieren, lassen daran denken. Doch fehlt über diese Frage jede Untersuchung<sup>1)</sup>. Daß Kranke der *Dementia praecox*-Gruppe durch ihre psychotischen Erlebnisse als Stifter religiöser Sekten eine Rolle spielen können, hat man in ländlichen Kreisen auch heute beobachtet (Maljovanni in Rußland). —

Mehr als das Material der Vergangenheit, das immer sehr unvollständig und nur mühsam zu gewinnen ist, pflegt den Psychopathologen das Material der Gegenwart zur Untersuchung zu reizen.

Das soziale Verhalten der Geisteskranken und seelisch Abnormen ist durchaus kein einheitliches, auf eine Formel zu bringendes. Auch innerhalb derselben Krankheitsform verhalten sich die Individuen ganz verschieden. Ein schwer Verrückter, von einem Krankheitsprozeß Befallener kann noch lebhaft soziale Beziehungen unterhalten, ein leichter Psychopath kann sich u. U. völlig von aller menschlichen Gesellschaft abschließen und isoliert sein vegetatives Dasein beschließen. Doch pflegen die meisten Individuen, die wir als seelisch abnorm ansehen, auch in ihrem sozialen Verhalten abnorm zu sein; man hat sogar dies letztere zu einem Kriterium des Krankheitsbegriffs machen wollen. Die überwiegende Menge der seelisch Abnormen ist asozial, relativ wenige sind antisozial. Aus den mannigfachen Arten, in denen sich die Kranken asozial zeigen, greifen wir zwei Typen heraus:

a) Für den großen Kreis der Verrückten im engeren Sinne, die man heute als *Dementia praecox* zusammenfaßt, ist der Abschluß von der menschlichen Gesellschaft in irgendeiner Form einigermaßen charakteristisch<sup>2)</sup>. Sie bauen eine neue Welt in sich auf, in der sie vorwiegend leben, selbst dann, wenn sie für den oberflächlichen Beobachter sich in der realen Welt geordnet zu bewegen scheinen. Das Reich der ihnen allein eigenen Gefühle, Erlebnisse, Wahnideen mit irgend jemand zu teilen, haben sie kein Bedürfnis. Sie sind sich selbst genug, den übrigen Menschen werden sie immer mehr entfremdet, ebenso wenig können sie irgendeine Beziehung zu Persönlichkeiten, die an derselben Krankheitsform leiden, unterhalten. Man hat mit Recht behauptet, daß uns diese Kranken entfremdeter sind als ein fernstehender Naturmensch. Dabei pflegt sich der Kranke seiner Asozialität meist gar nicht bewußt zu sein und lebt in seiner Welt mit

<sup>1)</sup> Snell: Hexenprozesse und Geistesstörung, München 1891, wendet sich anderen Problemen zu.

<sup>2)</sup> Vgl. die Schilderungen Bleulers (Die Schizophrenie).

dem Bewußtsein, in einer realen Welt zu leben. Diese Menschen, die — in den typischen Fällen — sich abschließen, ohne es zu bemerken und ohne darunter zu leiden, sind von jeher eine sozial tote Gruppe gewesen. Bei leichteren Graden der Störung vegetieren sie als Landstreicher — wenn sie aus ärmeren Schichten hervorgehen —, als Sonderlinge, wenn sie wohlhabend sind.

b) Ein ganz anderer Typus der Asozialität, der sich übrigens im Beginn von Prozessen mit dem vorhergehenden kombiniert, entwickelt sich als subjektiv sehr schmerzlich empfundene Unfähigkeit, im Verkehr mit Menschen sich geben, sich anpassen, sich der Situation angemessen ohne Zwang bewegen zu können. Jeder Verkehr ist eine Tortur, eine so unerträgliche Qual, daß der Mensch sich lieber zurückzieht, lieber ganz allein bleibt. Das ist ihm ein großer Schmerz, denn er behält den sozialen Trieb, er sehnt sich nach Verkehr, nach Gemeinschaft, nach Liebe. Seine soziale Unfähigkeit fällt jedoch auch den anderen Menschen auf. Durch seine Art, abwechselnd linkisch, schüchtern und übertrieben, grob, immer unförmlich, maßlos zu sein, ist er allen abstoßend, so daß er sich, die Rückwirkung spürend, nur noch mehr abschließt<sup>1)</sup>. Diese Form der Asozialität hat mannigfache verständliche Zusammenhänge, ist abhängig von vielerlei „Komplexen“, kann unter glücklichen Umständen verschwinden oder zu völliger Vereinsamung auf dem nie mehr verlassenem Zimmer, ähnlich wie bei einem Verblödungsprozeß, führen. Sie kommt bei allen Arten von Charakteren, bei wirklich groben, undifferenzierten Naturen, wie bei feinen, gefühlstiefen vor, sie verbindet sich mit vielen anderen Schwächen des Seelenlebens, kann als vorübergehende Phase oder als dauernde Konstitution vorhanden sein, kann sich spontan entwickeln oder eine deutliche Reaktion auf ungünstige Lebensverhältnisse sein, mit einem Wort, sie kommt als Ausdruck der verschiedensten Krankheitsformen vor. —

Zu Revolutionszeiten kommen vorübergehend abnorme Persönlichkeiten in großer Anzahl zur Geltung. Sie haben zwar weder die Revolution gemacht, noch die schöpferischen Taten des Aufbaus gefunden, sondern die Situationen sind solche, daß sie diesen Veranlagungen einen Augenblick Raum zu weithin sichtbarer Entfaltung geben<sup>2)</sup>.

Die antisozialen Kranken begegnen uns unter den Verbrechern. Die Mehrzahl gehört den abnormen Konstitutionen, die Minderzahl den Krankheitsprozessen an. Unter den Kranken der *Dementia praecox* kommen — besonders im Beginn — gelegentlich antisoziale Elemente vor, ebenso unter Paralytikern. Sehr selten gibt es Antisoziale unter den Kranken des manisch-depressiven Irreseins.

Die Untersuchung des Verbrechens hat sich in drei Phasen entwickelt, die jetzt ebensoviele nebeneinander zu Recht bestehende

<sup>1)</sup> Vgl. die Schilderung Janets (*Les obsessions et la psychasthenie*).

<sup>2)</sup> Kahn: *Psychopathen als revolutionäre Führer*, *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 52. 1919. S. 90.

Untersuchungsrichtungen bedeuten. Zunächst erforschte man einzelne Verbrecher, die als abnorm, als vom Durchschnitt abweichend, als seltene Fälle, erschienen<sup>1)</sup>. Einmal lernte man hier die Verkettungen der seelischen Vorgänge in klassischer Ausprägung kennen, die weniger deutlich, unausgebildet überall wiederkehren, dann erfaßte man auch Zusammenhänge psychologisch verständlicher Art, die selten vorkommen und zumeist falsch — zu einfach und zu intellektualistisch — verstanden werden (Psychologie der Giftmischerinnen, der Heimwehverbrecherinnen u. a.); schließlich untersuchte man im Einzelfall, wie Krankheitsprozesse wirksam sind. Bei vielen Darstellungen läßt die Einfachheit des psychologischen Verständnisses, die dem Autor eigen ist, den Leser unbefriedigt. Besonders die Zurückführung auf einen Trieb, eine Leidenschaft und die gern geübte intellektualistische Deutung, die viel zu viel vom Seelenleben aus den unbemerkten Verkettungen der Triebe, aus Symbolisierungen und Komplexen ins bewußte Denken erheben will, geht oft in die Irre<sup>2)</sup>. Doch ist in vielen dieser Einzelschilderungen ein außerordentlich wertvolles, unersetzliches Material niedergelegt. Die in Einzeldarstellungen geübte und bereicherte verstehende Psychologie des Verbrechers hat man auch generell und planmäßig zu gestalten versucht. Das allzu sehr mißachtete Buch von Krauß<sup>3)</sup> ist hierfür ein Beispiel.

Die zweite Phase wandte sich vom verstehenden Einzelstudium ab. Sie ist charakterisiert durch die statistische Methode; sie suchte die Ursachen und Abhängigkeitsbeziehungen des Verbrechens durch regelmäßige Verhältnisse großer Zahlenreihen zu erforschen. Als eine besondere Anwendungsform der Moralstatistik untersucht sie meistens auf Grund des Zahlenmaterials der großen offiziellen Statistiken die Beziehungen des Verbrechens und bestimmter Verbrechenarten zu Jahreszeit, zum Alter, zu Getreidepreisen usw.<sup>4)</sup>. Es stellt sich

<sup>1)</sup> Darstellungen einzelner Verbrecher: Pitaval: *Causes célèbres*, Paris 1734ff., in 20 Bänden. Eine Auswahl von Paul Ernst erschien im Inselverlag 1910. Die Zeitschriften: Hitzigs *Annalen* 1828ff. Der neue Pitaval 1842ff. Gross' *Archiv für Kriminalanthropologie* 1899ff. Der Pitaval der Gegenwart 1906ff. enthalten viele Einzelfälle. Ferner Friedreichs *Blätter f. gerichtl. Medizin* 1850ff. *Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref.* 1905ff. — Feuerbach: *Aktenmäßige Darstellung merkwürdiger Verbrechen*, 2 Bde., Gießen 1828—1829. Hagen: Chorinski, Erlangen 1872. — *Lebensgeschichte der Giftmörderin Gesche Margarethe Gottfried*, herausg. von L. Voget, Bremen 1831. Scholz: *Die Gesche Gottfried*, Berlin 1913. *Verbrechertypen*, herausg. von Gruhle und Wetzel, Berlin 1913ff. Wetzel: *Über Massenmörder*. Berlin 1920.

<sup>2)</sup> Vgl. Radbruch: *Feuerbach als Kriminalpsychologe*, *Monatsschr. f. Kriminalpsychol. und Strafrechtsreform* 4, 1910. Wetzel: *Die allgemeine Bedeutung des Einzelfalls für die Kriminalpsychologie*. *Arch. f. Kriminalanthropologie* 55. 1913. S. 101.

<sup>3)</sup> Krauß: *Die Psychologie des Verbrechens*, Tübingen 1884.

<sup>4)</sup> Aschaffenburg: *Das Verbrechen und seine Bekämpfung*, 2. Aufl. — Lombrosos Werke haben zwar historisch eine große Wirkung gehabt. In Methoden, die sich als richtige halten lassen, besitzen sie jedoch keine Eigenart. In den Grundanschauungen, die der Großartigkeit romanischer Leistungen nicht entbehren (geborener Verbrecher, Degeneration) sind sie verfehlt. Von den Werken ist u. a. zu empfehlen: Lombroso: *Die Ursachen und Bekämpfung des Verbrechens*, Deutsch Berlin 1902.

z. B. heraus, daß Diebstahl und Betrug häufiger im Winter, alle Verbrechen, bei denen eine seelische Erregbarkeit und Reizbarkeit mitspielt (Sexualverbrechen, Körperverletzung, Beleidigung), häufiger im Sommer sind; zwischen Höhe der Getreidepreise und Häufigkeit der Diebstähle besteht ein gewisser Parallelismus usw. Die Beurteilung und Deutung solcher Zahlenverhältnisse ist meistens sehr schwierig. Die Neigung, sie allzu einfach zu erklären, wird durch die Kritik bekämpft, die auf die große Mannigfaltigkeit mitwirkender Faktoren hinweist, und die einen Parallelismus durchaus nicht ohne weiteres in eine kausale Abhängigkeit umzudeuten gestattet. Eine regelmäßige Beziehung kann ebensogut durch beiderseitige Abhängigkeit von einer Reihe unbekannter Faktoren entstehen.

Die Schwierigkeit der Deutung liegt daran, daß man nur Taten zählt, von den Tätern aber nichts weiß. Um den wirklichen, tiefer liegenden Zusammenhängen näherzukommen, suchte man in einer dritten Phase sich wieder den Tätern selbst zuzuwenden, die gesamten Individuen zu untersuchen. Man suchte sich aber nicht mehr, wie in der ersten Phase, einzelne, seltene, klassisch ausgeprägte Fälle aus, sondern nahm die sämtlichen Insassen einer Anstalt und anderes Material als ein Ganzes zur Untersuchung, um die Durchschnittsverbrecher, die gewöhnlichen Verbrecher kennen zu lernen, die für die Kriminalpolitik die wichtigsten sind<sup>1)</sup>. Solche Arbeiten müssen notgedrungen mit viel kleineren Zahlen operieren, dafür haben sie den Vorteil, viel genauer zu wissen, was sie zählen, und viel mehr Beziehungen untersuchen zu können, da die Untersuchungen ganzer Individualitäten Grundlage der Zählungen sind (Individualstatistik im Gegensatz zur Massenstatistik der zweiten Richtung). Von Gruhle wurde der Versuch gemacht, hierbei nicht nur die bisher üblichen, greifbaren, objektiven Merkmale zu untersuchen und zu zählen, sondern auch den Charaktertypus, die Persönlichkeitsveranlagung, das psychologische Verstehen, ob Milieu oder Anlage Grund der Asozialität sei, in den Bereich der Statistik zu ziehen (Persönlichkeitsstatistik<sup>2)</sup>. —

<sup>1)</sup> Nach einzelnen Arbeiten von Bonhoeffer: Wilmanns u. a. wollen die Heidelberger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der Kriminalpsychologie, herausg. von Wilmanns, eine fortlaufende Serie solcher Untersuchungen bringen

<sup>2)</sup> Literatur über Landstreicher: Bonhoeffer: Ein Beitrag zur Kenntnis des großstädtischen Bettel- und Vagabundentums, Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswiss. 21. Wilmanns, Zur Psychopathologie des Landstreichers, Leipzig 1906. Trauer: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 35 S. 1. — Über Prostituierte: Bonhoeffer, a. a. O. 23. Sichel: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 14 S. 445. K. Schneider: Studien über Persönlichkeit und Schicksal eingeschriebener Prostituierten. Berlin, Julius Springer 1921. — Über jugendl. Verwahrlosung: Stelzner: Die psychopathischen Konstitutionen und ihre soziologische Bedeutung, Berlin 1911. Gruhle: Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität, Berlin 1912. Stelzner: Die Frühsymptome der Schizophrenie in ihren Beziehungen zur Kriminalität und Prostitution der Jugendlichen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gericht. Med. 71. 1914. S. 60. Isserlin: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 12. 1913. S. 465. Elfriede Barth: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 30. 1915. S. 145. A. Gregor und Else Voigtländer: Die Verwahrlosung, Berlin 1918. Dieselben, Geschlecht und Verwahrlosung, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 66 S. 97.

In den Anfängen sind Untersuchungen, die sich mit der Frage der Eignung bestimmter Menschengruppen abnormer Art für bestimmte Berufsaufgaben beschäftigen. Diese Fragestellung ist praktisch wichtig, sie kann oft keineswegs aus schon vorhandenen Kenntnissen deduktiv beantwortet werden, sondern erfordert besondere Untersuchungen, die technisches, kein eigentlich wissenschaftliches Interesse besitzen. Wie sich die Psychologie als angewandte Psychologie in den Dienst technischer Lebensziele stellt — Fragen der spezifischen Berufseignung, der Erhöhung der Leistungsfähigkeit — so kann auch die Psychopathologie als „angewandte“ auftreten, wenn sie z. B. auf Fragen antwortet, ob bestimmte Menschentypen — z. B. Fürsorgezöglinge<sup>1)</sup> — für den Heeresdienst geeignet seien, ob andere etwa strafvollzugsfähig seien, wie groß die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bei bestimmten Erkrankungstypen abzuschätzen sei. Die angewandte Psychopathologie hat durch Mitteilung von Tatsachen mitzusprechen bei Fragen der Kriminalpolitik<sup>2)</sup>, der Einrichtung des Strafvollzugs, des Arbeitshauses<sup>3)</sup>. Die zu erreichenden Ziele werden von der Gesellschaft und den herrschenden Anschauungen aufgestellt, die angewandte Psychopathologie hat zu sagen, ob und auf welchen Wegen diese Ziele erreichbar sind. Es ist begreiflich, daß der Gelehrte sich nicht immer gern in diese Abhängigkeit begibt, zumal wenn die Ziele von seiner außerwissenschaftlichen Persönlichkeit — denn die Wissenschaft vermag ihrem Wesen nach überhaupt keine Endziele aufzustellen — nicht voll gebilligt werden. — Der Psychiater wird als Gelehrter die rücksichtslose Mitteilung des Tatsächlichen auch da geben, wo eine „Lösung“ unerwünschter Schwierigkeiten des realen Lebens unmöglich scheint. Das Tragische, nicht ein Bild harmonischer Ordnungsmöglichkeiten, wird dann das letzte sein. In einer ungewöhnlich klaren Weise scheint mir dieses angesichts einer abnormen Persönlichkeit, eines „Querulanten“ geschehen zu sein durch Wetzel<sup>4)</sup>: Ein jahrzehntelanger Kampf um das Recht, bei dem die Belastung der Behörden unerträglich, die Behandlung des Kämpfenden manchmal rechtswidrig, der Wille des abnormen Menschen ganz und gar kein verbrecherischer war, endete mit dem Selbstmord des Mannes. Er ließ noch seine eigene Todesanzeige an die Zeitungen gehen: „v. Hausen wünschte sein ganzes Leben lang, dem Vaterland sich nützlich zu machen. Durch unsäglich schweres Schicksal wurde sein Leben erfolglos ausgelöscht.“

1) Weyert: Unters. von ehemaligen Fürsorgezöglingen im Festungsgefängnis, Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 69. 1912. S. 180.

2) Z. B. bei der Frage der verminderten Zurechnungsfähigkeit. Vgl. Wilmanns: Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 8 S. 136. Wetzel: ebenda 10 S. 689.

3) Wilmanns: Zur Reform des Arbeitshauses. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 10. 1913. S. 346.

4) Die Arbeit enthält eine psychologisch glänzende Analyse bei tiefer Intuition für die Situationen und Kräfte: „Das Interesse des Staates im Kampf mit dem Recht des Einzelnen“, Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 12. 1922. S. 346.

## Anhang.

Nachdem wir planmäßig die Gesichtspunkte für die Erkenntnis des abnormen Seelenlebens durchgegangen sind, suchen wir anhangsweise in aller Kürze uns noch eine Anschauung praktischer und historischer Dinge zu verschaffen. Wir sprechen von der Untersuchung der Kranken und ihrer Behandlung, von der Prognose und werfen dann einen Blick auf die Vergangenheit der psychopathologischen Wissenschaft. Nur gewisse Grundanschauungen tragen wir vor, alles Detail muß besonderen Darstellungen überlassen werden.

### § 1. Von der Untersuchung der Kranken.

Allgemeines: Bei der Untersuchung Kranker kann man nach zwei entgegengesetzten Seiten falsche Wege gehen. Denn man muß scheinbar Entgegengesetztes vereinigen: sich der Individualität des Kranken hingeben und ihre Eigenart zu Worte kommen lassen und auf der anderen Seite mit festen Gesichtspunkten und leitenden Zielen untersuchen. Vernachlässigt man das letztere, so gerät man in ein unübersehbares Chaos von Einzelheiten, vernachlässigt man das erstere, so bringt man die einzelnen Krankheitsfälle in die wenigen versteinerten Fächer, die man im Kopf hat, sieht nichts neues mehr, tut den Fällen Gewalt an. Möglichster Reichtum an festen Gesichtspunkten bei anpassungsfähiger Hingabe an den individuellen Fall, das ist das Ideal eines Untersuchers.

Daraus ergibt sich, daß man keinen fertigen Fragebogen im Kopf haben kann, den man bloß durchfragt, obgleich für einzelne Zwecke feststehende Fragen die Untersuchung erleichtern<sup>1)</sup>. Man muß seine Fragen variieren. Was man für ein Individuum vor sich hat, was man bisher zufällig oder absichtlich erfahren hat, die Situation, in der man sich mit dem Kranken befindet, dessen Bewußtseinszustand und anderes verlangen bis zu einem gewissen Grade bei jeder Untersuchung eine Neuschöpfung der geeigneten Fragen. Darum soll man nicht mit

---

<sup>1)</sup> Fragebogen sind Hilfsmittel für Anfänger, die Krankengeschichten schreiben sollen, ohne genügende allgemeine Kenntnisse zu haben. Sie sind auch brauchbar als Gedächtnisanhalt. Aber das Beste und Wichtigste bei einem kenntnisreichen Forscher ist der Reiz, den der gegenwärtige Kranke und die vorliegenden Erscheinungen auf ihn ausüben.



einem fertigen Fragenschema an die Kranken herantreten, sondern nur wissen, über welche Punkte man auf irgendeine Weise sich klar werden muß, welche Gesichtspunkte bei der Untersuchung zu berücksichtigen sind. Diese lehrt die gesamte allgemeine Psychopathologie und im besonderen die Analyse einzelner Krankheitstypen in einer speziellen Psychiatrie. Man vermag gut zu fragen nur, wenn man im Generellen ein reiches Wissen hat; die Auffassungsschemata und das Gerüst unseres begrifflichen Wissens sind wahre Sinnesorgane in unserem fragenden Verhalten. Ist die Variierung der einzelnen Untersuchung eine Sache der Kunst, die nur z. T. lernbar ist, wird dabei in jedem einzelnen Fall neu „geschaffen“, so ist auf der anderen Seite festzuhalten, daß die Mitteilung des Gefundenen, wenn sie Geltung beansprucht, Wissenschaft ist und feststehender, immer wieder gebrauchter Begriffe bedarf. Darum ist es ein großer Fehler, sich für jeden Fall ad hoc seine naturgemäß verschwommenen psychopathologischen Begriffe zu bilden, die beim nächsten Fall wieder vergessen sind. Der Psychopathologe ist schöpferisch und immer wechselnd in der Untersuchung der einzelnen Menschen, an feste Begriffe angelehnt und neue Begriffe behutsam und dann mit der Absicht auf Dauer festlegend bei der Mitteilung des Gefundenen.

Die Untersuchungsmethoden: Die erste und für immer wichtigste Untersuchungsmethode ist die Unterhaltung mit dem Kranken. Diese findet in sehr mannigfaltiger Weise statt. Die Fähigkeit, sie planmäßig zu leiten und dabei in immer neuer Weise dem individuellen Fall anzupassen, macht die Gewandheit des psychiatrischen Untersuchers aus. Ein guter Frager ist nur, wer seine eigene Stellungnahme, nicht nur im sprachlichen Ausdruck, sondern auch im gesamten Habitus ausschaltet. Wer seine „Stellung“, seine ärztliche Autorität „wahren“ muß, wer die Geste überlegenen Wissens an sich hat, gewinnt in vielen Fällen nicht die notwendige Sympathie. Man muß Persönlichkeit genug sein, um sich völlige Hingabe, ein gewisses Mit-tun erlauben zu können. Man muß seinen „Standpunkt“ im Reden, wie im ganzen Habitus aufgeben können. Auch muß der gute Untersucher den Kranken sprechen lassen und selbst so wenig wie möglich sagen<sup>1)</sup>. Neben der vornehmsten Untersuchungsmethode der einfachen Unterhaltung spielen eine Reihe von Hilfsmitteln eine beachtenswerte Rolle. Man sucht sich objektives Material durch eine Anamnese von den Angehörigen und von der Umgebung zu verschaffen, sucht

1) Die Psychoanalyse sucht die Ergebnisse zu bereichern durch Erzählenlassen von Träumen und freies Assoziieren unter Beobachtung aller dabei vorkommenden Ausdruckserscheinungen. Durch geschickte Unterhaltung wird auf natürlichem Wege wohl dasselbe erreicht, aber menschlicher, beweglicher. Vorzügliche Beispiele einer Unterhaltung mit Schizophrenen bei Kläsi: Über die Bedeutung und Entstehung der Stereotypien, Berlin, Karger 1922. Hier sind Explorationen — mit den Hilfen, der Wahl des Augenblicks, den Beeinflussungsmethoden — wörtlich wiedergegeben. Durch solche konkrete Beispiele lernt man mehr als durch allgemeine Vorschriften. Für gutes Explorieren ist vor allem Tradition an einer Klinik, persönliches Vorbild nötig. Hier gilt Newtons Satz: *In addiscendis scientiis exempla plus prosunt quam praecepta.*

einen zuverlässigen Lebenslauf aus Akten aller Art, aus Zeugnissen zu gewinnen. Ferner ist die Einsicht in Briefe, Selbstbiographien und andere Produkte der Kranken manchmal von großem Wert. Wenn der Kranke bereit und fähig ist, fordert man ihn zu einer schriftlichen Selbstschilderung seiner psychotischen Erlebnisse auf. Zur Ergänzung der Resultate der Unterhaltung dient die Intelligenzprüfung nach einem bestimmten Schema, das Beschreibenlassen von Bildern, das Wiedererzählenlassen kleiner Geschichten usw.<sup>1)</sup> In seltenen Fällen wendet man eigentliche psychologische Experimente an. — Eine körperliche Untersuchung ist selbstverständlich in allen Fällen nötig. Sie führt aber nur in seltenen Fällen — z. B. den organischen Hirnerkrankungen und bei symptomatischen Psychosen — zu Resultaten, die für die Beurteilung der seelischen Erkrankung wesentlich sind<sup>2)</sup>.

Die Untersuchungsziele: Sowohl durch objektive Daten wie durch Erzählungen der Kranken suchen wir zu einer vollständigen Biographie des gesamten Menschen in seelischer, soziologischer, körperlicher Beziehung zu kommen. Hierbei bevorzugen wir natürlich die seelisch bedeutsamen Erscheinungen. Wir suchen weiter eine Kenntnis der Inhalte seines Seelenlebens zu gewinnen. Ohne daß man den Kranken zur Selbstbeobachtung anleitet, ohne ihn überhaupt an sich und seine Seele denken zu lassen, bemüht man sich, die Unterhaltung mit ihm so zu lenken, daß man seine Vorstellungen, seine Anschauungen, seine Übersetzungen und Ideen, seine Meinungen über seine Stellung zu anderen in dem Kreise, in dem er lebt, herausbekommt. Überall sucht man aufzugreifen und zu verfolgen, was unter irgendeinem Gesichtspunkt der Psychopathologie wesentlich ist, z. B. was hinweist auf Verfolgung, Beeinträchtigung. Jede Kleinigkeit, die dem Kranken vielleicht belanglos erscheint, und die er nur nebenbei vorbringt, kann eventuell zum Ausgangspunkt einer genauen Befragung werden.

Biographie und Inhalte sind das, was auch der Anfänger von selbst zu untersuchen pflegt. Wir wissen längst, daß uns vielleicht die wichtigere, aber schwierigere Hälfte der Untersuchung noch fehlt. Um zu phänomenologischer Klarheit zu kommen, müssen wir die Kranken, soweit sie dazu überhaupt imstande sind, auf die Form ihrer seelischen Erlebnisse hinlenken, sie zur Selbstbeobachtung anleiten, um über die subjektiven Weisen ihrer Erlebnisse, nicht bloß über deren Inhalte, etwas zu erfahren. Man regt den Kranken an, verschiedene erlebte Zustände zu vergleichen. Wir benutzen das psychologische Urteil der Kranken, die nun die eigentlichen Beob-

<sup>1)</sup> Köppen und Kutzinski: System. Beob. über die Wiedergabe kleiner Erzählungen durch Geisteskranke. Berlin 1910. — Levy-Suhl: Die Prüfung der sittlichen Reife jugendlicher Angeklagter. Zeitschr. f. Psychotherapie 4 S. 146, vgl. Zeitschr. f. angew. Psychol. 9 S. 245.

<sup>2)</sup> Zur Übersicht von Untersuchungstechniken vgl. Cimal: Taschenbuch zur Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten. Berlin, Julius Springer.

achter sind, um z. B. über Trugwahrnehmungen, Wahnerlebnisse, Anomalien des Persönlichkeitsbewußtseins usw. unsere Daten zu gewinnen.

Alle bisherigen Untersuchungsziele sind nur erreichbar bei einem relativ besonnenen Zustand der Kranken. Sie müssen Auskunft geben wollen, fixierbar sein usw. Ist der Zustand der Besonnenheit kein voller, so tritt die Aufgabe klar hervor, die wir ebenfalls in jeder Untersuchung zu erfüllen haben: die Schilderung und Analyse des augenblicklichen, momentanen Zustandes, des Zustandsbildes. Bewußtseinszustand, Aufmerksamkeit, Vorstellungsablauf usw. werden wir durch geeignete Fragen, durch experimentelle Hilfsmittel (z. B. Vorzeigen von Bildern<sup>1)</sup>) festzustellen suchen. Nicht selten werden wir uns mit einer Registrierung der spontanen Äußerungen der Kranken und mit der Schilderung ihres Benehmens begnügen müssen wenn es uns bei akuten Psychosen nicht gelingt, eine eigentliche Beziehung mit dem Kranken zu gewinnen.

Gesichtspunkte für die Beurteilung der Untersuchungsergebnisse: Immer wieder kehrt die Frage, ob die Angaben der Kranken auch richtig, auch zuverlässig sind. Wir konstatieren nur allzu oft, daß uns falsche Angaben gemacht werden. Absichtliche Unehrlichkeit, unbemerkte Entstellungen in der Erinnerung, unbemerkte Verdrängungen usw. spielen eine enimente Rolle, so daß wir, wenn es irgend möglich ist, immer die Kontrolle objektiver Daten heranziehen. Die phänomenologischen Angaben leiden oft unter der psychologischen Unfähigkeit der Kranken, unter ihrem geringen Interesse, so daß wir in der Mehrzahl der Fälle auf volle Klärung verzichten müssen. Eminent selten ist eine Simulation<sup>2)</sup> geistiger Erkrankung. Dagegen spielen, besonders bei hysterischen Psychosen, z. B. manchen reaktiven Haftpsychosen, simulatorische Komponenten mit, die mit zunehmender Entwicklung der Psychose dann verschwinden. Häufiger ist die Dissimulation, die Verheimlichung krankhafter Symptome: der chronische Paranoiker hütet sein Wahnsystem, von dem er weiß, daß alle es für verrückt halten; der Melancholische verbirgt seine tiefe Verzweiflung unter einer ruhigen, lächelnden Miene, um für genesen angesehen zu werden und eine Gelegenheit zum Selbstmord zu gewinnen.

Bei der Untersuchung des Kranken spielen eine besondere Rolle die Suggestivfragen.

Das sind die Fragen, die in ihrem Inhalt schon enthalten, was man wissen will, auf die nur mit Ja oder Nein geantwortet zu werden braucht (z. B.: Haben

1) Heilbronner: Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 17. 1905. S. 115.

2) Über Simulation überhaupt vgl. L. Becker: Die Simulation von Krankheiten und ihre Bedeutung. Leipzig 1908. — Über Simulation von Geisteskrankheit: Sträubler: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 46. 1919. S. 207. Daß eine bewußte Simulation geistiger Störung durch Monate durchzuführen und den Arzt zu täuschen möglich ist, beweisen Fälle von Kriegsgefangenen; vgl. die interessante Arbeit von Klieneberger: Über die Simulation geistiger Störungen, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 71 S. 239. Über das Gelingen von Simulation ferner: Uitz: Psychologie der Simulation, Stuttgart, Enke 1918.

Sie manchmal beim Aufwachen das Gefühl, als ob sie von jemand geweckt worden seien?). Im engeren Sinne sind es solche Fragen, in denen schon die Antwort Ja oder Nein nahegelegt wird (z. B.: Sie haben doch Kopfschmerzen?).

Man hat solche Suggestivfragen geradezu verboten. Man hat gefordert, es solle nur allgemein gefragt werden: wie dem Kranken zumute gewesen sei, was er erlebt habe, wie es war, was dann weiter kam usw., und jedesmal, wenn der Kranke etwas Positives angibt, solle man ihn durch solche allgemeinen Fragen nur anreizen, weiter zu erzählen. Das ist sicher in zahlreichen Fällen das einzig probate Untersuchungsmittel. Aber nicht in allen. Hier wie oft ist nicht die völlige Meidung eines gefährlichen Werkzeugs das Richtige, sondern seine zweckentsprechende Benutzung. Man muß es wissen wenn man Suggestivfragen stellt, muß die Antworten darauf kritisch bewerten. Wollte man aber ohne Suggestivfragen untersuchen, würde man eben viel weniger erfahren. Abgesehen von dem Fall, daß man direkt die Suggestibilität untersuchen will, kann man in vielen Fällen, z. B. bei vielen Schizophrenen, ruhig nach den verschiedenen Phänomenen unter den Trugwahrnehmungen, überhaupt des Gegenstandsbewußtseins, nach Gefühlen usw. fragen, ohne befürchten zu müssen, daß man suggerierte Antworten bekommt. Viele Kranke sind einfach nicht suggestibel, und je nach dem Grade der Suggestibilität wird man mehr oder weniger vorsichtig sein. Bei ausgesprochen suggestibeln Menschen, insbesondere den Hysterischen, wird man natürlich Suggestivfragen fast ganz vermeiden. —

Der Umgang mit geistig abnormen Menschen will gelernt sein. Im Beginn einer Untersuchung wird man alles vermeiden, was Ablehnung und Ablehnung von seiten des Kranken zur Folge haben könnte. Man wird von indifferenter Liebenswürdigkeit sein, aufmerksam zuhören, man wird in die Gedankengänge und Urteile des Kranken einige Schritte mittun, unabhängig von eigenen Ansichten; was der Kranke für wichtig hält, wird man nicht als bedeutungslos abweisen. Man wird eigene Wertung gänzlich zurückstellen.

Zum Schluß der Untersuchung sucht man unter Verwertung aller Resultate zu einer Diagnose einer Krankheitsgruppe zu kommen. Die zahlreichen Momente, die hier in Betracht kommen, kann nur eine spezielle Psychiatrie lehren. Nur einen allgemeinen Punkt, der bei der Diagnose der unheilbaren Prozesse eine Rolle spielt, und der vor allem eine Sache der Untersuchungstechnik ist, wollen wir hier beispielsweise anführen:

Man läßt sich auf eine eingehende Erzählung der Kranken über ihre Schicksale und Erlebnisse ein, fragt an unklaren Punkten nach und geht so das Leben und besonders die Jahre, die für einen Krankheitsbeginn verdächtig sind, durch. Indem man innerlich verstehend miterlebt, bemerkt man undeutliche, schließlich unverständliche Zusammenhänge. Diese merkt man sich, vergleicht sie miteinander, sieht sie eventuell im weiteren Verlaufe noch verständlich werden oder sieht sie sich häufen und auf eine bestimmte Zeit zusammen treffen. Dann hat man das lebendigste und auffallendste Merkmal der eigentlichen Geisteskrankheit gefunden, daß sich nicht in einem Symptom deutlich demonstrieren läßt, aber in diesem Nacherleben als fühlbare Lücke des Verständnisses eindrucksvoll zu erfassen ist. Ist mit solchem „Erleben der Unverständ-

lichkeit“ subjektiv schon eine relativ sichere Gewähr für einen „Prozeß“ vorhanden, so wird man doch zur Bestätigung und zum Beweis nach einzelnen elementaren Symptomen suchen und in fast allen Fällen finden. Die „Prozesse ohne Sang und Klang“, die symptomlosen Prozesse bleiben immer in bezug auf die Richtigkeit der Diagnose ungewiß. —

Auf Grund der Untersuchung wird die Krankheitsgeschichte geschrieben. Wie man eine Krankengeschichte schreiben soll, darüber sind die Meinungen noch sehr verschieden. Die allgemeine Forderung ist, daß sie objektiv sein soll. Man soll nicht Beurteilungen und Schlüsse und leere, schematische Kategorien bringen, sondern die Tatsachen lebendig und anschaulich wiedergeben. Da aber jede Beschreibung eines Individuums, wenn sie vollständig sein wollte, eine unendliche und darum unlösbare Aufgabe wäre, muß in der Beschreibung eine Auswahl stattfinden. Aus einer guten Krankengeschichte, die eine richtige Auswahl getroffen hat, tritt uns ein individueller Fall anschaulich und vielseitig beleuchtet entgegen. Aus einer schlechten Krankengeschichte müssen wir erst von allem Entbehrlichen, Überflüssigen, Gleichgültigen absehen, müssen erst den Schutt der nichtsagenden Beobachtungen fortschaffen, um uns aus dem Rest mühsam ein Bild zu machen. Die Auswahl nun ist zum großen Teil noch Sache des unmittelbaren Gefühls. Aber sie wird bei gleicher Veranlagung des Untersuchers durch bewußtes Studium der Gesichtspunkte der Psychopathologie gefördert. Je klarer diese Gesichtspunkte sind, desto vielseitiger wird die Krankengeschichte, während bei unklaren Gesichtspunkten der sorgsame Untersucher leicht in dem Wust des Beschreibbaren und Wiedergebbareren versinkt, eine unendliche Krankengeschichte schreibt und doch vielleicht das psychopathologisch Wesentlichste ausläßt. Eine gute Krankengeschichte wird immer lang sein, aber eine lange Krankengeschichte braucht nicht gut zu sein. Um Krankengeschichtsschreibung zu lernen, ist neben der Übung der einzige Weg: das allseitige Studium der wissenschaftlichen Psychopathologie.

## § 2. Von den therapeutischen Aufgaben.

Der Zweck wissenschaftlicher Arbeit ist neben dem Hauptziel der Erkenntnisbefriedigung immer auch die praktische Anwendung der Resultate zur Verbesserung der Mittel zur Erreichung unserer Lebenszwecke. Daher kommt der gewaltige Eindruck der Naturwissenschaften, der nicht so sehr von der Begriffsvertiefung und der Vermehrung unserer Kenntnis ausgeht, als von der Bedeutung ihrer Resultate für die Beherrschung der Naturkausalität zu praktischen menschlichen Zwecken; ähnliches möchten wir wohl auch mit psychologischem und psychopathologischem Studium erreichen. Doch leisten wir tatsächlich im Vergleich zur Naturwissenschaft wenig. Die psychopathologischen Erkenntnisse sind wohl eine der Vorbedingungen der nervenärztlichen Therapie. Aber diese Therapie ist doch zum überwiegenden Teile nicht aus diesen Kenntnissen allein in lehrbarer Weise abzuleiten, sondern sie ist zu einem nicht geringen Teile

eine Kunst, die wohl entwickelt und bereichert, aber nicht eigentlich gelernt werden kann.

Wollen wir uns über die Gesichtspunkte, die bei der nervenärztlichen Therapie in Frage kommen, orientieren, so beginnen wir am besten damit, uns den tiefen Unterschied zwischen der somatischen und psychischen Therapie bewußt zu machen. Bei der Behandlung körperlicher Erkrankungen ist der Zweck ein klarer: die Gesundung im biologischen Sinne. Die Gesichtspunkte der somatischen Medizin ändern sich nicht, wenn sie ein Tier oder einen Menschen vor sich hat. Sobald wir auf die Seele des Menschen einwirken wollen, ist jedoch der Zweck kein klarer mehr. Ja wir müssen uns, wenn wir nicht in verworrenen und gleichgültigen Anordnungen uns ergehen wollen, bewußt fragen: Was wollen wir in diesem Falle denn eigentlich erreichen?

Natürlich behandelt der Nervenarzt zunächst genau so wie jeder andere Arzt die körperlichen Ursachen der seelischen Störungen. Es ist durch die Konvention so geworden, daß diejenigen körperlichen Ursachen, die in Veränderungen des Gehirns und Nervensystems bestehen, vor allem zu seinem Ressort gehören. Obgleich die besonders enge Verbindung zwischen Neurologie und Psychopathologie heute vielen als sachlich notwendig erscheint, bestehen doch tatsächlich bei dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse ebenso nahe Beziehungen zwischen anderen Organleiden, allgemeinen körperlichen Zuständen und seelischen Abnormitäten. Daher berücksichtigt der Nervenarzt bei der Therapie seine Kenntnis des gesamten körperlichen Zustandes.

Um einige Beispiele körperlicher Behandlung herauszugreifen, nennen wir die Epilepsie, deren Anfälle durch Diät (salzarme Kost) und Brom vermindert werden, die Arteriosklerose des Gehirns, die ebenso wie Arteriosklerosen anderer Organe hygienisch und diätetisch behandelt, und die Lues cerebri, die manchmal durch die spezifische Therapie wesentlich gebessert wird. Die Mastkuren und die diätetischen Maßnahmen, mit denen man asthenische Konstitutionen behandelt, haben manchmal auch Besserungen des seelischen Zustandes zur Folge. — Muß der sorgfältige Therapeut aber auch den Körper immer mit im Auge haben, besteht doch nicht selten die Gefahr, daß er dem Kranken eine übermäßige Beachtung des Körperlichen unbemerkt suggeriert. Es ist nicht ungewöhnlich, daß auf diesem Wege rein körperliche Behandlungen Verschlimmerungen der psychopathischen, nervösen Zustände zur Folge haben („der Arzt als Krankheitsursache“).

Unsere Mittel körperlicher Behandlung sind bisher spärlich, zumal wir bei der überwältigenden Mehrzahl der geistigen Abnormitäten und Erkrankungen von körperlichen Ursachen nichts wissen. Gegenüber der großen Menge Geisteskranker im engeren Sinne ist daher auch nicht eigentlich rationelle Heilung der erreichbare Zweck, sondern Schutz des Kranken und der Gesellschaft durch Internierung und Pflege. Die Internierung geschieht oft gegen den Willen der Kranken, und schon dadurch kommt der Psychiater in eine andere Stellung zu seinem Kranken wie andere Ärzte. Er sucht diesen Unterschied möglichst gering zu machen durch bewußte Betonung des rein ärztlichen Standpunktes dem Kranken gegenüber. Doch dieser ist in

vielen Fällen überzeugt von seiner Gesundheit und solchem ärztlichen Bemühen sehr abgeneigt. In der Anstalt verfolgt nun der Arzt mangels jeder wissenschaftlichen Grundlage fast nie den Zweck direkter Heilung, sondern er schafft indirekt möglichst günstige Bedingungen durch Fernhalten von Reizen usw., und erschöpft seine Tätigkeit nicht selten in menschenfreundlicher Pflege. Seine Maßnahmen lassen sich in folgende Gruppen ordnen:

1. Schon sofort bei der Aufnahme denkt der Arzt an die soziale Lage des Kranken, besonders bei den unteren Ständen, und überlegt, welche Schritte zu seinen und seiner Familie Gunsten zu tun sind<sup>1)</sup>. Im freien Leben ist vor allem die Suicidgefahr und die Gemeingefährlichkeit eines Kranken in Erwägung zu ziehen. Von ihnen vor allem, dann auch von den häuslichen Verhältnissen, der Möglichkeit der Pflege hängt die Entscheidung ab, ob der Kranke zu Hause bleiben oder in eine Anstalt gebracht werden soll, ob eine offene oder eine geschlossene Anstalt für ihn die geeignete ist. Bleibt der Kranke zu Hause, so ist eine Belehrung und Anleitung der Angehörigen meistens nötig.

2. Bei den akuten Zuständen, besonders den Erregungen, sucht er die Lage des Kranken durch Beruhigungsmittel zu erleichtern. Die dauernde Bettruhe, die verschiedenen Medikamente, das Dauerbad haben sich als zweckmäßig erwiesen. Die Fernhaltung aller Reize läßt die akute Phase milder in die Erscheinung treten. Eine Beschleunigung der Heilung durch alle diese indirekten Mittel ist dagegen nicht erwiesen. Vielleicht werden jedoch pathologische Reaktionen durch die Versetzung in das andere Milieu häufig abgekürzt. Eine schwierige Frage ist oft der Termin der Entlassung. Bei der Schizophrenie wirken frühe Entlassungen manchmal überraschend günstig<sup>2)</sup>, sind aber vorher in ihrer Wirkung kaum übersehbar. Besonders gefährlich sind heilende Melancholien; die Kranken sind scheinbar geheilt, haben eine gewollt heitere Miene, drängen auf Entlassung, um in der Freiheit sofort Suicid zu begehen.

3. Bei chronischen Zuständen der Geisteskranken besteht die Aufgabe, dem Kranken von seinem seelischen Leben möglichst viel zu retten, soweit das durch Milieueinfluß möglich ist. In früheren Zeiten, als man Kranke einfach in Fesseln legte und einsperrte, wurden schwerste Demenzzustände, raubtierartige Veränderungen, karikierte Zustände geschaffen, die nicht eintreten, wenn dem besonnenen Kranken Gelegenheit zur Betätigung seiner übrig gebliebenen seelischen Funktionen gegeben wird<sup>3)</sup>. In großem Maßstabe werden daher in unserer Zeit die chronisch Geisteskranken zur Arbeit, besonders land-

<sup>1)</sup> Gruhle: Die sozialen Aufgaben des Psychiaters, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 13 S. 287. Hier findet man auch konkrete Angaben über Einzelheiten. Roemer: Psych. Wochenschr. 22, Nr. 45/46, 1921.

<sup>2)</sup> Bleuler: Frühe Entlassungen. Psych. Wochenschr. 6. 1905. S. 441.

<sup>3)</sup> Dees: Arbeitstherapie, Allg. Zeitschr. f. u. psych.-gerichtl. Med. 68. 1911. S. 116.

wirtschaftlicher und handwerklicher Arbeit, herangezogen. Es werden Kolonien gegründet. In diesen ist den für das soziale Leben unbrauchbaren Endzuständen ein erträgliches und nebenbei nützlichcs Dasein geschaffen. Diese Kranken bewegen sich in den Grenzen ihrer seelischen Möglichkeiten gleichsam normal und geraten nicht mehr in jene extremen Zustände, die man früher beobachtete, und die für den Laien das Bild des Wahnsinns ausmachen<sup>1)</sup>. „Nicht in der Heilung der Heilbaren, sondern in der geistig hebenden und fördernden Pflege der Unheilbaren liegt der Irrenanstalten schönste Auszeichnung“ sagte Schüle. — Mit den Schwachsinnigen<sup>2)</sup>, den Taubstummen, den Blinden beschäftigt sich die Heilpädagogik<sup>3)</sup>,

Sind alle diese Maßnahmen relativ klar und allgemein verbreitet — ihre Durchführung erfordert ein Maß von Geschicklichkeit, das nicht größer ist wie bei jeder anderen technischen Kunst —, ist die individuelle psychische Beeinflussung der Kranken eine Kunst, über die seit langen Zeiten viel geschrieben, die aber vielleicht heute weniger als früher verbreitet ist.

Man nennt diese Kunst Psychotherapie und unterscheidet innerhalb derselben eine Reihe von Wegen und Möglichkeiten<sup>4)</sup>.

Bei Geisteskrankheiten im engeren Sinne ist planmäßige Psychotherapie nicht möglich. Man muß sich beschränken auf rücksichtsvolle und wohlwollende Behandlung des Kranken. Dabei ist es wichtig, zu wissen, daß in akuten Psychosen, die ganz unzugänglich in sich abgeschlossen scheinen, manchmal eine außerordentliche Feinfühligkeit und Empfindlichkeit besteht, während in zahlreichen anderen Fällen die Gleichgültigkeit der Kranken so groß ist, daß jede psychische Beziehung zu ihnen eine Täuschung, jeder Versuch, ihnen

<sup>1)</sup> Kläsi: Über die therapeutische Anwendung der „Dauernarkose“ mittels Somnifens bei Schizophrenen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 74 S. 557. K. wendet diese Narkose an, um einen in Isolierung verkommenen Kranken wieder zugänglich zu machen. Es kommt darauf an, etwas „Neues“ als Reiz zur Lösung von Verrantheiten zu nutzen. Katatonische Sperrungen können durch überraschende Situationen gelöst werden.

<sup>2)</sup> Heller: Pädagogische Therapie der Ärzte. Berlin 1914. Grundriß der Heilpädagogik, Leipzig 1904. — Über Behandlung Hirnverletzter siehe: Goldstein: Die Behandlung, Fürsorge und Begutachtung der Hirnverletzten. Leipzig 1919.

<sup>3)</sup> Über die mannigfachen Arten von Anstalten siehe die Werke: A. Keller: Heim-, Heil- und Erholungsanstalten für Kinder in Deutschland. Bresler: Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke. Stritter und Meltzer: Deutsche Anstalten für Schwachsinnige, Epileptische und psychopathische Jugendliche. Seiffert: Deutsche Fürsorge-Erziehungsanstalten. Klumker: Deutsche Versorgungsanstalten und Heime für Alte, Sieche und Invalide. Deutsche Armen- und Arbeitsanstalten. — Sämtlich Halle, Marhold. — Über Familienpflege siehe z. B. Duncan Campbell: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 15 S. 138.

<sup>4)</sup> Mohr: Psychotherapie, im Handbuch der Neurologie von Lewandowsky: Julius Springer 1910. Isserlin: in Ergebnissen der Neurologie und Psychiatrie 1 S. 1. Jena 1912. Mehrere Arbeiten im Handbuch der Therapie der Nervenkrankheiten von Vogt: Jena, Fischer 1916. J. H. Schultz: Die seelische Krankenbehandlung (Psychotherapie), Jena 1919. — Kläsi: Über psychiatrisch-poliklinische Behandlungsmethoden. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 36 S. 431.



liebervoll entgegenzukommen, vergeblich ist. Hier wäre Psychotherapie lächerlich.

Die Psychotherapie hat ihr Feld bei der großen Menge der Psychopathen und bei den leichter Geisteskranken, bei all den Menschen, die sich krank fühlen und unter ihren psychischen Zuständen leiden, fast immer auch bei körperlichen Erkrankungen, die so oft durch nervöse Symptome überlagert werden, und zu denen die Persönlichkeit innerlich Stellung nehmen muß. Bei allen diesen besitzen wir folgende Wege seelischer Beeinflussung:

1. Ohne an die Persönlichkeit des Kranken zu appellieren, benutzen wir die Suggestionenmechanismen, um bestimmte greifbare Wirkungen zu erzielen: Befreiung von einzelnen Symptomen, körperlichen Folgeerscheinungen, Verbesserung des Schlafes usw. Entweder im hypnotischen Zustand<sup>1)</sup> oder in der Wachsuggestion machen wir den Kranken für Suggestionen zugänglich und reden ihm dann ein, was wir erreichen wollen. Sein Glaube hilft uns, und bald ist ein wirkliches Resultat erzielt. Zu der suggestiven Beeinflussung, allerdings von Arzt und Patient oft nicht gewußt, gehören auch eine große Zahl medikamentöser, elektrotherapeutischer und anderer Maßnahmen, mit denen seit altersher bei psychisch und nervös Kranken glänzende Erfolge erzielt werden. Es ist dabei gleichgültig, ob man Zuckerwasser, blaugefärbtes Wasser, eine tonische Pille verordnet, ob man den elektrischen Strom wirklich durch den Körper schickt oder durch großen Apparatenaufbau bloß den Schein hervorruft. Der Patient muß von der Bedeutung der Maßnahme überzeugt sein, das allein ist das Wichtige. Er muß glauben an die Macht oder das Können und Wissen der willensstarken, autoritativen ärztlichen Persönlichkeit<sup>2)</sup>.

2. Sofern die Kranken unter der Nachwirkung ihrer Erlebnisse leiden, soweit ihre einzelnen Symptome Manifestationen dieser Nachwirkung sind, müssen wir die Affekte, die die Quelle der Leiden sind, irgendwie zum „Abreagieren“ bringen. Diese psychoanalytische Behandlung ist von Freud zu einer besonderen Methode entwickelt, die man nicht im einzelnen zu übernehmen braucht, wenn man das zugrunde liegende Prinzip anerkennt. Wir lassen die Kranken sich aussprechen, helfen ihnen auf den richtigen Weg, wenn sie Wesent-

<sup>1)</sup> Bernheim: Die Suggestion und ihre Heilwirkung, Deutsch von Freud, Leipzig u. Wien 1888. Forel: Der Hypnotismus, 6. Aufl. Stuttgart 1911. Trömer: Hypnose und Suggestion, in der Sammlung: Aus Natur und Geisteswelt (Teubner).

<sup>2)</sup> Im Kriege wurde eine alte grobe in der Erbschen Klinik geübte Methode des heftigen Elektrisierens zur sofortigen Beseitigung von hysterischen Phänomenen berühmt: Kaufmann: Die planmäßige Heilung komplizierter Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung. Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr 2. Vgl. Hoffmann: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 55 S. 114. Kehrer: ebenda 36 S. 1. Lesenswert ist die feine Arbeit v. Steinau-Steinrück: Über die Verwertung psychotherapeutischer Kriegserfahrungen, im besonderen über Hypnose, ebenda 69 S. 209.

liches zu verschweigen scheinen, zeigen ihnen Verständnis und geben ihnen die Sicherheit, daß wir sie in keiner Weise irgendwie moralisch beurteilen. Solche „Beichten“ pflegen oft eine erlösende Wirkung zu haben. Es gibt einzelne Fälle, in denen vollkommen vergessene (abgespaltene) Erlebnisse bewußt gemacht werden können, und bei denen damit sofort ein abnormes körperliches oder seelisches Symptom aufhört<sup>1)</sup>.

3. In einer dritten Gruppe psychotherapeutischer Beeinflussungen appellieren wir an die Persönlichkeit der Kranken. Der Arzt unterrichtet etwa den Kranken über das, was tatsächlich bei ihm vorliegt. Wenn der Kranke etwa als Cyclothymmer über das Phasische seiner Leiden klar wird, so ist ihm das dienlich, um falsche Befürchtungen loszuwerden, und dienlich, um die außerbewußte Ursache von Phänomenen zu begreifen, die ihn vielleicht ausschließlich moralisch quälten. Zu dieser bloßen Mitteilung psychopathologischen Wissens kann weiter die Bemühung kommen, dem Menschen zu helfen, sich selbst durchsichtiger zu werden. Außer der günstigen Wirkung beim Bewußtmachen „abgespaltener“ Erinnerungen (seltene und abnorme Fälle) gibt es ein Durchsichtigmachen von Selbsttäuschungen, Vorurteilen, Einstellungen, die dem Menschen nicht klar, aber doch auch nicht in ein Außerbewußtes abgespalten sind. Je mehr der Kranke zum Arzt aus einem Bedürfnis zu Unterordnung und Leitung kommt, desto mehr kann das Verhältnis den Charakter einer Erziehung bekommen. Man gibt dem Kranken eine vollständige Lebensreglementierung, oder man hält ihn zu besonderen Übungen an, sucht ihm günstige Einstellungen zu geben. Diese können sehr verschieden sein. Man appelliert im einen Fall an den Willen, hält zu Willensanstrengungen an, oder man wünscht im Gegenteil die Aufgabe einer Selbstbeherrschung an falscher Stelle, oder man zeigt die Wege indirekter Wirkung des Willens durch Autosuggestionen. Es ist das wichtigste Problem für eine bewußte Psychotherapie im Einzelfall, wo der Wille eingreifen kann und soll und wo andererseits gerade ein Gehenlassen nötig ist. Man ist als gewissenhafter Beobachter und Therapeut darüber oft ratlos.

Wir wissen aber längst, daß unser bewußtes Leben nur gleichsam die oberste Schichte eines weiten und tiefen Reiches unter- und außerbewußten Geschehens ist. Dieses unterbewußte, unbemerkte Seelenleben beeinflussen, dessen Wirkungen leiten, ihnen freien Lauf lassen oder sie hemmen, das zu tun auf Grund von Selbstanalyse und klaren Zielen, darin besteht Selbsterziehung und psychotherapeutische Erziehung. Je nach der Art des Seelenlebens sind dabei entgegengesetzte Wege zweckmäßig. Auf der einen Seite muß gegenüber Hemmungen und aus theoretischen Grundsätzen konventioneller und anderer Art entsprungene Einflüssen die Hingabe ans Unbewußte, das Wartenkönnen, das Horchen auf Instinkte und Gefühle gepflegt werden; es müssen Keime entwickelt werden, die im Unbewußten schlummern. Oder es muß der Wille im Gegenteil zu Hemmungen, Verdrängungen, zur Selbstbeherrschung, eventuell Sublimierung erzogen werden,

<sup>1)</sup> Bezüglich des psychotherapeutischen Verfahrens, das im hypnotischen Halbschlaf von den Kranken vergessene Erlebnisse zum Abreagieren bringt, vgl. Frank: Affektstörungen, Berlin 1913.

wenn Gebiete des Unbewußten, des Trieblebens sich allzu sehr auf Kosten anderer Gebiete breit gemacht und den Menschen aus der Bahn geworfen haben. So gehen unsere Beeinflussungen auf der einen Seite zu Aktivität, Handeln, Anspannung, auf der anderen Seite zu Hingabe, zum Gehenlassen, zur Anspannung, zum Vertrauen auf das eigene Unbewußte.

Fast immer steht der Mensch sich selbst, seinem eigenen Unbewußten gegenüber. Selten ist es bei einem Patienten, daß er sich gleichsam mit seinem Unbewußten mit seinen Instinkten und Gefühlen völlig identifiziert. Meistens steht die Persönlichkeit mit ihren eigenen Grundlagen im Kampf. Und diesen Gegensatz der Persönlichkeit zu eigenem Unbewußten im Einzelfall möglichst tief zu verstehen, dabei das Material des Unbewußten und die echten Strebungen der Persönlichkeit zu kennen, ist die Bedingung für eine klare „erziehliche“ Beeinflussung. Nicht diejenigen Menschen, deren Unbewußtes durch Gleichmäßigkeit, Zuverlässigkeit und Kraft der auftauchenden Gefühle und Triebe ausgezeichnet ist, kommen zum Nervenarzt, sondern diejenigen, deren Unbewußtes verworren, unzuverlässig, unbeständig ist, die mit ihrem Unbewußten, mit sich selbst in Feindschaft liegen, die gleichsam auf einem Vulkan sitzen.

Wenn bei der seelischen Beeinflussung des Menschen auf den in der dritten Gruppe zusammengefaßten Wegen wissenschaftliche Kenntnisse auch ein wertvolles Hilfsmittel sind, so sind sie doch auch nur Hilfsmittel, und das Wesentliche hängt ab von der Kunst der nervenärztlichen Persönlichkeit einerseits, von seiner Weltanschauung andererseits. Dadurch entsteht eine solche Verwicklung in der psychotherapeutischen Tätigkeit, entsteht eine solche Summe von Schwierigkeiten und Konflikten, daß für den einzelnen Nervenarzt Entscheidungen oft allein durch instinktive Überzeugungen, nicht durch wissenschaftliche Begründung getroffen werden können. Wir vermögen hier nur einige wenige Probleme dieser Situation anzudeuten:

Was will der Kranke erreichen, wenn er zum Nervenarzt geht? „Gesundheit“ in dem ihm eigentümlichen Sinne, Glück, Lustgefühle, Erleichterung von Leiden aller Art. Und als „Gesundheit“ gilt dem einen gedankenlose, optimistische, nüchterne Lebensstimmung, dem andern ein Bewußtsein von Gottes steter Gegenwart, eine religiöse Lebensstimmung mit dem Gefühl der Ruhe und Zuversicht, des Vertrauens zur Welt und zur Zukunft. Der dritte fühlt sich gesund, wenn alles Elend seines Lebens, seine von ihm selbst mißbilligten Handlungen, alles Üble seiner Situation durch täuschende Ideale, beschönigende Auslegungen in unbemerkt unehrlicher Weise verdeckt werden. Und die Zahl ist nicht gering, deren „Gesundheit“ und Glück durch die Behandlung des Doktor Relling (in Ibsens Wildente) am besten gefördert wird, der von seinem Kranken sagt: „Ich Sorge dafür, die Lebenslüge in ihm aufrecht zu erhalten“, und der generell unter Verspottung des „Rechenschaftsfiebers“ meint: „Nehmen Sie einem Durchschnittsmenschen die Lebenslüge, und Sie nehmen ihm zu gleicher Zeit das Glück.“

Den Bedürfnissen und dem Verlangen der „nervösen“ Menschen entspricht notwendig das Wesen der erfolgreichen Nervenärzte. Denn wer „erfolgreich“ ist, entscheidet die Masse der Patienten, nicht der „Wert“ oder die „Richtigkeit“ der Ansichten und des Verhaltens eines

Arztes. Damit ist es selbstverständlich, daß den größten Erfolg mit den Behandlungsmethoden der dritten Gruppe überhaupt nicht Nervenärzte, sondern wenigstens — in früheren Zeiten — Priester und Philosophen gehabt haben.

Um nur Beispiele zu nennen, sind die so gewaltig erfolgreichen „exercitia spiritualia“ des Ignatius Loyola eine richtige seelische Kur mit dem Zwecke, alle Gemütsbewegungen, Affekte, Gedanken, willkürlich zu beherrschen, willkürlich hervorzurufen und verdrängen zu können. In unserer Zeit haben etwa die „Gemütskurbewegung“ in Amerika oder die Heilungen in Lourdes wohl größere „Erfolge“ (der Menge nach) aufzuweisen als alle Nervenärzte zusammen. Manchen — wenigen — Persönlichkeiten hilft die stoische Philosophie, zu der ihnen eigenen „Gesundheit“; wieder anderen — noch weniger — die Nietzsche'sche rücksichtslose Ehrlichkeit gegen sich selbst.

Alle diese Bewegungen haben neben den Erfolgen auch Mißerfolge aufzuweisen. Man berichtet von „religiösem Wahnsinn“ durch exercitia spiritualia; man weiß, wie ungeeignet Veranlagte von Nietzsche aus dem Gleis geworfen werden. Wenn jetzt durch die Freud eigentümliche Psychoanalyse auch auffallende Mißerfolge, Verschlimmerungen der Symptome und quälende Leiden erzielt werden, so ist das nur eine Eigentümlichkeit aller besonderen seelischen Einwirkungsmethoden, die man schematisch auf alle Menschen überträgt. Dem einen Typus „liegt“ dieser, dem anderen ein anderer Weg. Was zu einer Zeit Erfolg hat, ist charakteristisch für die Menschen dieser Zeit.

Wie ein Nervenarzt bei den psychotherapeutischen Einwirkungen der dritten Gruppe sich verhält, ist also abhängig von seiner Weltanschauung, von dem, was er instinktiv erreichen möchte, aber auch von dem Druck, den das Wesen seiner Patienten immer unbemerkt auf ihn ausübt. Es ist selbstverständlich, daß es daher recht verschiedene Typen psychotherapeutischer Nervenärzte gibt, daß sich die Arten menschlicher Charaktere mehr wie bei allen anderen therapeutischen Bemühungen bei den psychotherapeutischen zeigen. Um nur einige uns zufällig auffallende herauszugreifen: da ist der gläubige Flachkopf, der auf seine unbegründeten Behandlungsmethoden, sei es Elektrizität, Hypnose oder ein heiliges Wasser, für alle Fälle schwört, und der durch die Wirkung seiner energischen Persönlichkeit überall da Erfolge erzielt, wo es durch grobe Suggestion möglich ist; da gibt es ferner den Schwindler, der, gegen sich und die Kranken unehrlich, im psychotherapeutischen Verkehr alle möglichen Bedürfnisse (Machtgefühl, erotische Triebe, Sensationssucht) bei sich und seinen Patienten befriedigt; da gibt es ferner den Skeptiker, der, wissenschaftlich wohl gebildet, die Wirklichkeit unverhüllt sieht, aber überall noch Zweifel an den Erkenntnissen hegt, der wohl ein ratender, lindernder, lehrender, aber kein in der Tiefe der Seele wühlender, umwälzender Arzt ist. Schließlich gibt es wohl selten einen Typus der Nervenärzte, der die wissenschaftliche Basis des Skeptikers mit der Kraft einer wirkenden Persönlichkeit und der bewußt gestalteten Diplomatie verbindet. Nietzsche suchte einen solchen Arzt für die Zukunft:

„Es gibt jetzt keinen Beruf, der eine so hohe Steigerung zuließe wie der des Arztes; namentlich nachdem die geistlichen Ärzte, die sogenannten Seelsorger ihre Beschwörungskünste nicht mehr unter öffentlichem Beifalle treiben dürfen und ein Gebildeter ihnen aus dem Wege geht. Die höchste geistige Ausbildung

eines Arztes ist jetzt nicht erreicht, wenn er die besten neuesten Methoden kennt und auf sie eingübt ist und jene fliegenden Schlüsse von Wirkungen auf Ursachen zu machen versteht, derentwegen die Diagnostiker berühmt sind: er muß außerdem eine Beredsamkeit haben, die sich jedem Individuum anpaßt und ihm das Herz aus dem Leibe zieht, eine Männlichkeit, deren Anblick schon den Kleinmut (den Wurmfraß aller Kranken) verscheucht, eine Diplomaten-Geschmeidigkeit im Vermitteln zwischen solchen, welche Freude zu ihrer Genesung nötig haben, und solchen, die aus Gesundheitsrücksichten Freude machen müssen (und können), die Feinheit eines Polizeiagenten und Advokaten, die Geheimnisse einer Seele zu verstehen, ohne sie zu verraten — kurz, ein guter Arzt bedarf jetzt der Kunstgriffe und Kunstvorrechte aller anderen Berufsklassen: so ausgerüstet ist er dann in der Lage, der ganzen Gesellschaft ein Wohltäter zu werden.“

Der verantwortliche Nervenarzt wird seine eigene Psychologie, die Psychologie des Arztes, zum Gegenstand bewußter Reflexion machen. Zwischen Arzt und Patient besteht ja nicht eine eindeutige, endgültige Beziehung, vielmehr gibt es hier viele Möglichkeiten: Der Arzt gibt nur fachmäßige Auskunft, ohne daß die Persönlichkeit des Patienten sich berühren läßt; oder er hilft ihm freundschaftlich auf gleichem Niveau; oder er ist Autorität und verlangt fraglose Annahme seiner Verordnungen. Zwischen Arzt und Patient gibt es oft einen Kampf, manchmal einfach einen Kampf um die Übermacht, manchmal Kampf um die Klarheit. Alles wirklich tiefe Durchleuchten ist nur möglich entweder von einem Propheten, einer absoluten Autorität her, die verehrt und an die geglaubt wird, oder in Gegenseitigkeit, so daß der Arzt so gut sich selbst wie den Patienten durchleuchten müßte. Wenn die Psychoanalyse, abgehend von dem bloßen Klarheitswillen, zu einem Medium der Macht über die Seelen, zu einer Befriedigung menschlicher Herrschaftsinstinkte benutzt wird, so ist die Situation einfach die: wer von den zweien zwingt den andern in den Zustand des Analysiert-werdens hinein?

Die Stellung des Menschen zum Arzte und die Beurteilung des Arztes ist naturgemäß eine sehr entgegengesetzte, da der Arzt sowohl „Heiland“, wie übermächtige, anspruchsvolle Autorität sein kann. Die größte Schätzung kommt in dem alten Satz zum Ausdruck: *φιλόσοφος ἰατρὸς ἰσθῆος*. Nietzsche aber sah: „Wer einem Kranken seine Ratschläge gibt, erwirbt sich ein Gefühl von Überlegenheit über ihn, sei es, daß sie angenommen oder daß sie verworfen werden. Deshalb hassen reizbare und stolze Kranke die Ratgeber noch mehr als ihre Krankheit.“ Wenn man beobachtet, wie in unserer Zeit manche Kranke ihren Nervenarzt zum Propheten nehmen, und wie manche Nervenärzte als solche mit ihren Weltanschauungsfabrikaten auftreten, so gilt der Satz: „Man muß für seinen Arzt geboren sein, sonst geht man an seinem Arzt zugrunde.“

Was für ein Nervenarzt man wird, und was für einen Typus man für das „Ideal“ hält, das hängt nicht von wissenschaftlicher Begründung, sondern von Charakter und Weltanschauung allein ab. Unbedingt fordern wir vom Nervenarzt eine somatisch-medizinische und eine psychopathologische Bildung, die in beiden Richtungen wissenschaftlich ist. Ohne diese Basis kann er nur Charlatan sein, aber mit dieser Basis ist er noch kein Nervenarzt. Die Wissenschaft ist

nur eines der Hilfsmittel. Es muß noch viel hinzukommen, worüber im einzelnen zu sprechen nicht mehr unsere Aufgabe ist. Unter den persönlichen Vorbedingungen spielt die Weite des Horizontes eine Rolle, die Fähigkeit, vorübergehend ganz wertungsfrei, hingebend, wirklich vorurteilslos zu sein (eine Fähigkeit, die nur bei Menschen vorkommt, die im übrigen ursprüngliche starke Wertungen und eine ausgeprägte Weltanschauung besitzen), schließlich eine ursprüngliche Wärme und Güte des Wesens. — Es liegt auf der Hand, daß ein guter Nervenarzt nur eine seltene Erscheinung sein kann. Auch dann pflegt der Nervenarzt ein guter nur für einen bestimmten Kreis von Menschen zu sein, zu denen er gleichsam paßt. Ein Nervenarzt für jedermann ist eigentlich eine Unmöglichkeit; die Verhältnisse zwingen jedoch den Nervenarzt und machen es ihm zur Pflicht, jeden Menschen zu behandeln, der sich ihm anvertraut. Jenes Faktum muß ihn dabei bescheiden bleiben lassen.

Im Ganzen der ärztlichen Kunst hat der Nervenarzt seine eigene Bedeutung. Er allein betrachtet kraft seiner Spezialität den Menschen als ein Ganzes, nicht eines seiner körperlichen Organe oder auch den Körper im ganzen ohne Rücksicht auf alles übrige. Er allein ist gewohnt, die soziale Situation, das Milieu, das Schicksal und die Erlebnisse des Kranken zu berücksichtigen und bei seinem Heilplan bewußt in Rechnung zu stellen. In dem Maße, als sie Nervenärzte sind, sind die Ärzte ihrer Gesamtaufgabe gewachsen.

### § 3. Die Prognose.

Die Voraussage, was aus einem Kranken werde, ist praktisch wichtig. Die Umgebung will es wissen, man wird sein Verhalten danach einrichten. Es ist niemals in der Welt und auch in der Psychiatrie nicht möglich, ganz konkret und zugleich sicher im Einzelfall vorauszusagen, was werden wird, Jedoch ist man manchmal in stande, praktisch wichtige Voraussagen zu machen, die eine ganz überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich haben. Diese Voraussagen stützen sich auf die Kenntnisse in der speziellen Psychiatrie. Sie würden um so deutlicher sein, je mehr man analoge biographisch verfolgte Fälle zur Verfügung hätte. Es gibt aber einige allgemeine Gesichtspunkte für die Prognose.

Man fragt zuerst: Leidet der Kranke an einer Gehirnkrankheit, welche körperlich durch neurologische Symptome feststellbar ist? Die Prognose ist dann durch diese körperliche Krankheit bestimmt. Bei der Paralyse erfolgt irgendwann der Tod an dieser Krankheit, durchschnittlich nach etwa 5 Jahren seit Beginn, oft schneller, manchmal auch nach viel längerer Zeit.

Handelt es sich um eine symptomatische Psychose, so hängt die Prognose ebenfalls von der körperlichen Krankheit ab, von der Infektionskrankheit, der Vergiftung usw.

Generell gilt für akute Psychosen, daß in ihnen der Tod erfolgen kann, wenn zugleich körperliche Krankheiten, besonders Herz-

fehler, da sind. Die Anstrengungen der Erregungszustände, die Verschlimmerung körperlicher Leiden durch depressive Zustände gehören dahin. Manchmal erfolgt der Tod durch die akute Psychose als solche (in der Gruppe der Schizophrenie, aber selten). Man findet bei der Sektion keine Ursache, findet etwa eine Gehirnschwellung, beobachtete voraufgehend eine ganz exzessive Abmagerung.

Alle melancholischen Zustände sind prognostisch durch die Selbstmordgefahr bestimmt. Diese Gefahr wird nur durch ganz gewissenhafte, strenge Anstaltsbehandlung behoben.

Wo prognostisch das Ende durch Tod nicht in Frage kommt, will man wissen, ob der Kranke gesund wird, oder ob er unheilbar ist. Man hat die Vorstellung, daß es zwei große Gruppen unter den nichtneurologischen Erkrankungen gebe, die Prozesse und die degenerativen Psychosen. Die Prozesse sind ihrem Wesen nach unheilbar, der frühere Zustand wird nie wieder hergestellt, wenn auch akute Erscheinungen noch so weit zurückgehen; es bleibt immer ein Rest dauernder Veränderung. Die degenerativen Psychosen sind im Prinzip heilbar, die frühere Persönlichkeit kann immer wieder hergestellt werden. Doch besagt diese Unterscheidung der Richtung des Krankheitsverlaufs für den Einzelfall manchmal praktisch sehr wenig. Schizophrene Kranke werden manchmal soweit wieder hergestellt, daß sie praktisch als gesund gelten, selbst nach ganz schweren akuten Psychosen. Manisch-depressive Kranke können dagegen so oft krank werden, daß sie nie mehr recht aus ihrer Krankheit herauskommen und dauernd anstaltsbedürftig bleiben. Bleuler unterschied darum treffend die Richtungsprognose von der Streckenprognose. Wenn man auch angeben kann, in welche Richtung der Krankheitsverlauf tendiert, kann man doch nicht sagen, wie weit in dieser Richtung er kommen wird und wie schnell er fortschreiten wird. Die Kraepelinsche Psychiatrie hat früher praktisch den Fehler begangen, die Richtungsprognose sogleich so hoffnungslos aufzufassen, daß der tatsächliche Verlauf überraschte, ein Fehler, der um so größer wurde, wenn in der Diagnose schon etwa eine gutartige Cyclothymie für eine Hebephrenie gehalten wurde.

Für akute Psychosen gilt der Satz: wenn das Körpergewicht wieder regelmäßig zunimmt und wenn bei Frauen die Menstruation wieder einsetzt, ohne daß das psychische Verhalten eine erhebliche Besserung zeigt, so bedeutet das den Übergang in einen chronischen unheilbaren Zustand.

Es gibt Fälle, die sehr lange krank sind und doch gesund werden. Ganz besonders können die Melancholien des Rückbildungsalters nach Dreyfus Untersuchungen noch nach 10 Jahren in Heilung übergehen. In einzelnen Fällen gibt es überraschende Spätgenesungen<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Vgl. Kreuser: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 69 S. 449; 57 S. 543, 571. Sigel: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. gerichtl. Med. 62 S. 325.

Für einzelne Gruppen von Erkrankungen lassen sich statistische Anhaltspunkte für die Prognose gewinnen. Diese besagen zwar für jeden Einzelfall nichts Bindendes, geben aber eine gewisse äußere Wahrscheinlichkeit für den Verlauf. Ein Beispiel ist etwa Kraepelins Untersuchung der Hysterie<sup>1)</sup>:

Eintritt in die Behandlung

Altersstufen.	—10 J.	—15 J.	—20 J.	—25 J.	—30 J.	—35 J.	—40 J.	—45 J.	—50 J.
Eintrittsalter	0,9 %	12,1 %	36,8 %	23,9 %	12,1 %	6,3 %	4,4 %	1,9 %	2,1 %

Daraus geht hervor, daß nur wenige in späteren Altersstufen in die Behandlung kommen. Da hysterische Kranke fast immer ins Leben zurückkehren, schließt Kraepelin, daß die hysterischen Störungen sich zum allergrößten Teile im reiferen Alter wieder ausgleichen und jedenfalls nur in geringem Umfang noch zur Anstaltsbehandlung Anlaß geben.

Welche Rolle das Alter für die Prognose spielt, will Kreuser<sup>2)</sup> zeigen:

Von Kranken, die nach zurückgelegtem 60. Lebensjahr zum ersten Male zur Aufnahme kamen (122 M., 174 Fr.) sind:

	M.	Fr.
genesen . . . . .	9,0 %	10,9 %
gebessert . . . . .	23,5 %	23,0 %
ungeheilt . . . . .	20,3 %	20,7 %
gestorben . . . . .	37,4 %	35,6 %
stehen noch in Anstaltspflege.	6,7 %	9,7 %

#### § 4. Historisches<sup>3)</sup>.

Nicht von der Geschichte der Irrenpflege und des Anstaltswesen, auch nicht von der Geschichte der Persönlichkeiten, die auf diesem Gebiete führend waren, wollen wir reden, sondern von der Geschichte der Wissenschaft der Psychiatrie, der Begriffsbildungen und der Forschungsrichtungen, die zum Ziel eine Erkenntnis der seelischen Wirklichkeit ohne Rücksicht auf praktische Bedürfnisse hatten.

In den Naturwissenschaften haben Arbeiten aus früheren Zeiten meistens rein historisches Interesse. Sie sind überholt, man kann aus ihnen nichts mehr lernen. In den Geisteswissenschaften haben die bedeutenderen Arbeiten neben ihrem rein historischen auch einen dauernden Wert, der nicht zu überholen ist. Diesen Gegensatz in

<sup>1)</sup> Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Pysch. 18 S. 275.

<sup>2)</sup> Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 71 S. 11.

<sup>3)</sup> Kirchhoff: Geschichte der Psychiatrie (im Handb. der Psychiatrie) Wien 1912 (dort Literatur). — Kraepelin: Hundert Jahre Psychiatrie, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 38 S. 1197 (im wesentlichen interessantes Material über die Behandlung und Pflege der Kranken, im übrigen ganz unzureichend).



der Bedeutung der Geschichte der Wissenschaft für die gegenwärtige Wissenschaft finden wir innerhalb der Psychiatrie in bescheidener Form wieder. Sofern die Geschichte der Psychiatrie die Geschichte der Wissenschaft von Hirnerkrankungen, von Anatomie, von Lähmungen ist, ist sie bloß Geschichte und nur für den Liebhaber interessant. Insofern sie aber die Entwicklung der eigentlichen Psychopathologie ist, insofern sie die Lehren findet, die früher über Phänomenologie, verständliche Zusammenhänge, typische Charaktere, objektive Erscheinungsformen des Irreseins usw. bestanden, kann sie etwas bieten, das dauernde Bedeutung hat. Im Gegensatz zum Forscher in der somatischen Medizin kann der Psychopathologe nicht umhin, die bedeutenderen Leistungen früherer Zeiten zu studieren, und er wird das vielfach mit dem Bewußtsein tun, zu lernen, was in keinem der neueren Bücher steht oder jedenfalls nirgends besser steht, ja er wird die Erfahrung machen, daß der bedeutende Psychiater lesenswerter ist, als die breite Literatur unbedeutender Moderner. Unter diesem Gesichtspunkt die Geschichte anzusehen und — soweit sie uns bekannt geworden — die besten Werke alter Psychiater aufzuführen, ist eine wesentliche Aufgabe dieses hier versuchten Rückblicks, der im übrigen durchaus unvollständig geblieben ist.

Nach einer Reihe vereinzelter Vorläufer steht am Beginn der kontinuierlichen Entwicklung der psychiatrischen Wissenschaft die überragende Persönlichkeit Esquirols<sup>1)</sup>, dessen Gesichtspunkte und Beobachtungen auf lange hinaus die Psychiatrie beherrschten. In erster Linie ein ausgezeichneter Schilderer, ein feiner Beobachter, ein Mann, der mit den Kranken lebte, hat er außerdem den Grund zu der üblichen Statistik (Alter, Geschlecht, Abhängigkeit von Jahreszeit, Sterblichkeitsstatistik usw.) gelegt, hat er auch eine Reihe seitdem nicht mehr verworfener Regelmäßigkeiten entdeckt: den Verlauf in Remissionen und Intermissionen, die Bedeutung des Körpergewichts (Abnahme des Gewichts in akuten Psychosen, Zunahme bei Heilung, schlechte Prognose bei Gewichtszunahme ohne gleichzeitige Heilung der Seelenkrankheit) usw.

Esquirol war Direktor der großen Irrenanstalt zu Charenton bei Paris. Als Anstaltspsychiatrie hat sich unsere Wissenschaft im 19. Jahrhundert entwickelt. Anstaltsärzte waren ihre hervorragendsten Förderer. Dieses Faktum gibt der Mehrzahl der psychiatrischen Persönlichkeiten der ersten zwei Drittel des Jahrhunderts eine gemeinsame Färbung trotz aller prinzipiellen Anschauungsverschiedenheit. In allen ihren Schriften bemerkt man eine gewisse, manchmal sentimental wirkende Menschlichkeit, eine Betonung der helfenden, heilenden Aufgabe und gelegentlich eine gewisse pastorale Würde. Bei diesen Psychiatern, die fern vom Verkehr mit ihren Kranken ein einsames Leben führten, besteht ein gewisses allgemeines Niveau geistiger Bildung ohne eigentliche Tiefe. Ideen und Begriffe der Philosophen und Psychologen finden gerne Eingang, um meist in unklarer Form

<sup>1)</sup> Esquirol: Des maladies mentales. Deutsch von Bernhard. Berlin 1838.

in der Psychiatrie verwandt zu werden<sup>1)</sup>. Unklar bleibende, aber großzügige Gesichtspunkte und ungeordnete, aber große Erfahrung sind das Resultat. Diese Anstaltspsychiatrie hat mit der Illenauer Schule (Schüle, Krafft-Ebing) ihr Ende erreicht. Seitdem gibt es keine wissenschaftlich eigenartige Richtung in den Anstaltspublikationen mehr, vielleicht noch bei manchen nur in engerem Kreise bekannten Persönlichkeiten. Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurde die wissenschaftliche Arbeit in der Psychiatrie zunehmend von den Psychiatern an Universitäten geleistet. Damit gewann die Wissenschaft eine neue Färbung. Sie wurde vorwiegend von Menschen gefördert, die nicht mehr von früh bis spät das Leben mit ihren Kranken teilten, sie geriet in Laboratorien, sei es für Hirnanatomie, sei es für experimentelle Psychopathologie, sie wurde herzloser, kleinlicher, unpersönlicher, ungebildeter. Aber dem gegenüber standen die großen Vorzüge, daß sie zu einer reineren Wissenschaft wurde, daß sich auf manchen Gebieten eine kontinuierliche Entwicklung anbahnte, und daß sich das Untersuchungsgebiet außerordentlich erweiterte. War die Psychiatrie vor hundert Jahren wesentlich nur den Idioten, schwer Dementen und Verrückten zugewandt, hat sie das Gebiet des Seelenlebens, das sie untersucht, soweit ausgedehnt, daß sie gegenwärtig selbst die individuellen Variationen menschlicher Charaktere zu ihren Forschungsaufgaben rechnet. Die Psychiatrie ist über die geschlossenen Anstalten hinaus in die ärztliche Sprechstunde gedrungen und steht im Begriffe, selbst bei soziologischen Fragen durch wertvolle Arbeiten mitzuhelfen. Dieser Ausdehnung des Forschungsgebietes entsprechend haben die Beziehungen zu anderen Wissenschaften hin zugenommen. Während die Psychopathologie früher vorwiegend auf rein medizinische Forschungen sich beschränkte, sich für Gehirn und Bauchganglien interessierte und daneben einem gänzlich fruchtlosen Spekulieren unter metaphysisch-philosophischem Einfluß sich hingab, haben die Beziehungen zu psychologischen Forschungen in neuerer Zeit zugenommen. Anfangs war es fast nur die experimentelle Psychologie, die berücksichtigt wurde. In unseren Tagen beginnen die Versuche, die Psychologie nicht nur diesen beschränkten, sondern — unter vorsichtiger Kritik — einen allseitigen Einfluß in unserer Wissenschaft gewinnen zu lassen. Die soziologischen Beziehungen begannen in kriminalistischen Untersuchungen lebhafter zu werden und dehnen sich ebenfalls noch zunehmend aus, wie es unser achttes Kapitel durch Beispiele belegte. — Was nach diesen umwälzenden Veränderungen der psychiatrischen Wissenschaft zukünftig aus dem Verhältnis der Universitäts- zur Anstaltspsychiatrie wird, ist nicht zu sagen. Die Anstaltspsychiatrie ist ihren Mitteln und ihrem Material nach jedenfalls berufen zu einer wissenschaftlichen

---

<sup>1)</sup> Viele Psychiater in der ersten Hälfte des 19. Jahrh. nahmen Schellings Naturphilosophie an mit der Lehre von Polarität und von der Analogie der Organe und des Seelischen; Spielmann rezipierte Herbart; spätere unterwarfen sich der materialistischen und positivistischen Philosophie.

Arbeit, die an Bedeutung ihrer ruhmvollen Vorzeit nichts nachzugeben braucht; sie allein kann in dem engen, regelmäßigen Zusammenleben mit den Kranken durch lange Zeiten hindurch die psychiatrischen Persönlichkeiten bilden, die auf Grund ihrer reichen Anschauung feiner beobachtete Biographien Kranker liefern, ein tiefer in die seelischen Zusammenhänge des Kranken eindringendes, nacherlebendes Einfühlen in sich entwickeln können<sup>1)</sup>. —

Über die eigenartigen und wertvollen Leistungen der Psychiatrie des letzten Jahrhunderts wollen wir uns nun einen kurzen Überblick verschaffen. Wir wollen nicht chronologisch vorgehen, sondern einige — sich kreuzende — entgegengesetzte Tendenzen nacheinander verfolgen. Durch die Geschichte der Psychiatrie zieht sich der große Gegensatz zweier Richtungen. Die einen haben ihre Stärke in der Schilderung, die anderen in der Analyse. Die Schilderer: Esquirol, Griesinger<sup>2)</sup>, Kraepelin gehören unter diesem Gesichtspunkt ebenso zusammen wie die bedeutenden Analytiker: Spielmann<sup>3)</sup>, Neumann<sup>4)</sup>, Wernicke<sup>5)</sup>. Natürlich ist das kein absoluter Gegensatz der Forscher: Wernicke hat auch glänzende Schilderungen geliefert, Kraepelin Analysen gegeben. Aber der Gegensatz der Tendenzen bleibt. Der Schilderer sucht ein lebendiges, anschauliches Bild mit den Mitteln der Umgangssprache ohne begriffliche Durcharbeitung dem Leser zu vermitteln. Es ist etwas Künstlerisches in seiner Art. Er arbeitet mit Konzeptionen, die ihm einmal gelingen, aber nicht planmäßig fortgeführt werden können. So sah Hecker mit Kahlbaum die Hebephrenie, so entwarf Kraepelin ein Bild vom hysterischen Charakter. Der Analytiker entwirft keine Bilder. Er setzt voraus, daß man die lebendige Anschauung hat. Er will aber nicht diese allgemeine Anschauung, die nach allen Seiten in Übergängen zerfließt, sondern er will feste Begriffe von seelisch abnormen Phänomenen, er will das Bild zerlegen, dadurch eine sichere Charakteristik des Einzelfalls und ein sicheres Wiedererkennen und Identifizieren ermöglichen. Er denkt mehr, als daß er bloß schaut, und alles Schauen setzt sich bei ihm sofort in Denkarbeit um. Er tötet das lebendige seelische Geschehen, um seine Begriffe wie scharf behauene Steine zu besitzen. Dafür ist ihm alles Erworbene Basis, auf der er

<sup>1)</sup> Es sind in neuerer Zeit vielfach Stimmen laut geworden, daß Anstaltspsychiater nichts Wissenschaftliches mehr leisten könnten. Vgl. als charakteristische Äußerung die Kontroverse Doberick und Weber: Psych. Wochenschr. 12 S. 383, 393, 437, 465. Hier wie immer handelt es sich darum, ob Persönlichkeiten da sind, die von sich aus die Initiative zu eigener wissenschaftlicher Arbeit ergreifen. Dann geht es immer. Und von jeher haben nur Persönlichkeiten mit eigener Initiative wissenschaftlich etwas geleistet.

<sup>2)</sup> Griesinger: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 4. Aufl. Braunschweig 1876.

<sup>3)</sup> Spielmann: Diagnostik der Geisteskrankheiten. Wien 1855.

<sup>4)</sup> Neumann: Lehrbuch der Psychiatrie. Erlangen 1859. Leitfaden der Psychiatrie. Breslau 1883.

<sup>5)</sup> Wernicke: Grundriß der Psychiatrie. 2. Aufl. Leipzig 1906. Krankenvorstellungen, Breslau 1899.

planmäßig und systematisch weiterbauen kann. Wohl ist auch er von Konzeptionen abhängig, aber sie formen sich ihm zu systematischen Zusammenhängen, während der Schilderer, wenn er, so wie er das Seelenleben sieht, es dargestellt hat, wohl ein plastisches Gemälde geschaffen, aber keine Basis zum Weiterbauen gelegt hat. Daher der Schilderer alsbald ins Stocken gerät, während der Analytiker immer seine systematischen Aufgaben, immer neue Fragestellungen behält. Unmittelbar jedermann verständlich und leicht faßlich sind Schilderungen, während Analysen schon zum Verständnis eine mühsame Vorarbeit in dieser Arbeitsweise erfordern, erst recht aber für den, der selbst hierin mitarbeiten will. Daher der ins Breite gehende Erfolg der Schilderer, der Mißerfolg der Analytiker. Daher aber auch das im Kreise Drehen der Schilderer und das Voranschreiten der Analytiker. In der Geschichte der Psychiatrie ist immer wieder das Bedürfnis nach klaren Begriffen aufgetaucht. Wer klare Begriffe suchte, die allein ein fruchtbares Weiterforschen ermöglichen, trieb zu allen Zeiten Psychologie und Philosophie. Flaches Mißverständnis faßte das wohl in den Wunsch nach einer gemeinsamen, feststehenden Terminologie: als ob diese nicht selbstverständlich und einfach wäre, wenn nur das, was benannt werden soll, klar vor der Anschauung und dem Denken steht.

Unter den Schilderern sind viele der alten Anstaltspsychiater vertreten: Damerow, Jessen (Vater und Sohn), Zeller usw.<sup>1)</sup> Der glänzendste und erfolgreichste war Griesinger. In gewandter, ansprechender Darstellung gleitet er über die eigentlichen psychopathologischen Probleme leicht hinweg. Er schildert vorwiegend und bringt nur kurze, ohne weiteres faßliche Gedankengänge. Er gibt anschauliche Gesamtbilder, keine klaren und präzisen Analysen. Die Worte sind ihm das Material, das die Anschauung aufbaut und belebt, er verbindet mit ihnen keine feststehenden Begriffe. Die bedeutendsten Vertreter der Illenauer Schule sind Schüle<sup>2)</sup> und von Krafft-Elbing<sup>3)</sup> (der beim Typus dieser Anstaltspsychiatrie bleibt, obgleich er Universitätslehrer wurde). Schüle schreibt mit einem gewissen Pathos, dem Pathos der Bildung und dem Pathos der heilenden Persönlichkeit des Arztes. Seine bilderreiche Sprache ist mit philosophischen Bemerkungen durchsetzt. Er liebt gewählte Fremdworte, und er übersetzt seine Meinungen gerne in komplizierte begriffliche Symbole. Auf Grund einer außerordentlichen Erfahrung im täglichen Verkehr mit den Kranken gibt er eine sich in Details liebevoll versenkende Schilderung symptomatologischer Krankheitsbilder, stellt nicht nur Typen auf, sondern eine Fülle von Nuancen, Variationen, Übergängen. Krafft-Ebing ist nüchterner, gewandter. Er hat ähnliche Grundanschauungen wie Schüle. —

Ein anderer Gegensatz zieht sich in außerordentlich wechselnder Gestalt durch die ganze Geschichte der Psychiatrie. Auf der einen Seite stand eine rein medizinische, ganz auf das Körperliche eingestellte Betrachtungsweise, auf der anderen eine vorwiegend psychologische Einstellung. Beide Richtungen waren vor hundert Jahren noch voll dogmatischer Konstruktionen. Der medizinische Stand-

1) Von allen Aufsätze in den früheren Bänden der Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med.

2) Schüle: Handbuch der Geisteskrankheiten. 2. Aufl. Leipzig 1880. 3. Aufl. 1886.

3) Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie, Stuttgart 1879. 7. Aufl. 1903.

punkt baute Mythologien auf über die Abhängigkeit der Seelenerscheinungen von imaginären körperlichen Vorgängen, der psychologische Standpunkt war belastet mit einer philosophischen, moralisierenden Betrachtungsweise. Beide Tendenzen haben sich in ihrer Entwicklung zunehmend von ihrem konstruktiven und philosophischen Beiwerk gereinigt, und wie das Schildern und Analysieren, so stehen heute körperliche und psychologische Einstellung gleichberechtigt nebeneinander.

Durch philosophisch-metaphysische und theologische Bande ganz gefesselt ist Heinroth<sup>1)</sup> mit seinen Lehren von den Geistesstörungen als Folgen der „Sünde“ Ideler<sup>2)</sup> „verstand“ psychologisch allzuviel vom Wahnsinn, vielfach auf triviale Weise; er faßte den größeren Teil der Geistesstörungen als „gewucherte Leidenschaften“ auf, denen er einen kleineren Teil als körperlich verursacht gegenüberstellte. Spielmann versuchte auf der Basis der Herbart'schen Psychologie eine psychologische Analyse seelischer Anomalien. Bei ihm treten konstruktive Elemente schon etwas mehr zurück. Ein feiner und kritischer Psychologe war schließlich Hagen<sup>3)</sup>, der sich einzelnen Problemen mit einem Erfolge zuwandte, daß einzelne seiner Aufsätze grundlegend blieben.

Die somatische Betrachtungsweise, die etwa die Melancholie aus Störungen der Bauchganglien erklären wollte, übergehen wir. Der erste Psychiater, der mit Kritik und Bedeutung den Körper zum Hauptgegenstand seines Interesses machte, war Jakobi<sup>4)</sup>. Für seinen Standpunkt, der den sinnlich wahrnehmbaren Gehirnprozeß — der in allen Fällen vermutet wird — als das „wesentliche“ der Geisteskrankheit ansieht, sind alle seelischen Vorgänge, alle Irreseinsformen, Persönlichkeitstypen usw. lediglich „Symptome“; für diesen Standpunkt gibt es keinen selbständigen Krankheitszustand des Irreseins. Es gibt nur Gehirnkrankheiten und von Geisteskrankheiten haben wir eigentliche Kenntnisse nur, soweit sie als Symptome von Gehirnkrankheiten erkannt sind. Da Jakobi vom Gehirn allzu wenig wußte, lenkte er seine Beobachtung noch vorwiegend auf alle übrigen körperlichen Funktionen, denen er eine außerordentliche, viel zu große Bedeutung für das Irresein beimaß. Der somatische Standpunkt wurde in der Folge von Meynert<sup>5)</sup> intensiv vertreten. Dieser Forscher bereicherte unsere wirklichen Kenntnisse vom Bau des Gehirns, schuf aber darüber hinaus eine phantastische Konstruktion vom Zusammenhang der psychologischen Symptome mit Faserzerstörungen, Blutfüllung der Hirngefäße usw. In denselben Bahnen bewegen sich die konstruktiven Theorien Wernickes, mit denen dieser Forscher seine ausgezeichneten psychologischen Analysen belastete. In unseren Tagen ist es mehr und mehr klar geworden, daß die Hirnforschung ihren eigenen, rein empirischen Weg geht, auf dem alle solche Konstruktionen abgelehnt werden. Die Frage der Beziehung von bekannten Hirnveränderungen zu bekannten seelischen Veränderungen (die Lokalisationslehre) wird jetzt rein empirisch auf den wenigen Gebieten, wo sie mit einigem Recht gestellt werden kann, untersucht, aber keineswegs mehr zur Grundlage der wissenschaftlichen Psychopathologie gemacht.

1) Heinroth: Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens. Leipzig 1818. Die Psychologie als Selbsterkenntnislehre. Leipzig 1827.

2) Ideler: Grundriß der Seelenheilkunde. Berlin 1835.

3) Hagen: Studien auf dem Gebiete der ärztlichen Seelenkunde. Erlangen 1870. Aufsätze in Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. z. B. 25 S. 1.

4) Jakobi: Beobachtungen über die Pathologie und Therapie der mit Irresein verbundenen Krankheiten. Elberfeld 1830. Die Hauptformen der Seelenstörungen. Leipzig 1844.

5) Meynert: Psychiatrie. Wien 1884; Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien 1890.

Vor mehreren Jahrzehnten haben die verschiedenen psychiatrischen Richtungen, die Menge der bis dahin gefundenen Fakta und Anschauungen eine zusammenfassende, konziliante Darstellung gefunden von Emminghaus<sup>1</sup>). Seine allgemeine Psychopathologie ist immer noch das geeignetste Nachschlagewerk, wenn man über frühere Literatur sich orientieren will.

Mit den Gesamtdarstellungen von Emminghaus, Schüle und Krafft-Ebing hätte es scheinen können, als sei die Psychopathologie zu einem gewissen Abschluß gelangt. Es macht den Eindruck, als wenn auf dem Boden dieser Gesamtdarstellungen sogar eine gewisse Verflachung in manchen Kreisen der wissenschaftlichen Psychiatrie eingetreten sei. Die gewonnenen Kategorien waren bequem; alles was man beobachtete, ließ sich subsumieren. Die neue geistige Bewegung ging einerseits von Wernicke<sup>2</sup>) aus, dem Analytiker, der zu seinen Schülern Liepmann, Bonhoeffer, Heilbronner zählt. Andererseits ging die größte Wirkung von Kraepelin<sup>3</sup>) aus, der seine auf Kahlbaum fußende Idee der Krankheitseinheit mit ungewöhnlicher Energie vertrat. Solche neuen Bewegungen erscheinen den Vertretern der alten Standpunkte zunächst als bloß formale Änderungen des schon vorhandenen Wissens mit dem Zusatz ganz unhaltbarer Behauptungen. Entweder man wußte schon alles oder das neue galt als falsch. Eigentlich hält man die produktive Leistung, die darin besteht, daß Bekanntes unter neuen Gesichtspunkten neue Seiten und Beziehungen zeigt, für bloße Umgruppierung des schon Gewußten. Aber eine der fruchtbarsten Forschungsrichtungen in der Untersuchung der ganzen Lebensläufe seelenkranker Menschen wurde von Kraepelin begründet. Sein Lehrbuch ist das gelesenste aller psychiatrischen Bücher. Wernickes Wirksamkeit setzte ein sinnloser Zufall vorzeitig ein Ende. Kraepelins Wirkung ist eine von Jahr zu Jahr größere geworden und hat sich auf viele Gebiete der Psychiatrie erstreckt.

Kraepelins Verdienst war es, auf Grund der Leistungen Wundts der experimentellen Psychologie Zugang in der Psychopathologie verschafft zu haben. Doch blieb die Grundgesinnung Kraepelins eine somatische, die anatomischen Gesichtspunkte über alle anderen stellende. Die zum Teil ausgezeichneten psychologischen Erörterungen seines Lehrbuchs sind ihm gleichsam wider Willen geglückt: er hält sie für vorläufige Lückenbüßer, bis Experiment, Mikroskop und Reagenzglas alles objektiv untersuchbar gemacht hat. Gegen diesen schließlich doch antipsychologischen Geist, der bei den übrigen Psychiatern noch viel lebhafter war, machte sich eine energische nun ihrerseits über das Ziel hinauschießende Reaktion in den Forschungen Freuds und seiner Schule geltend. Hier wurde das psychologische Verstehen wieder

1) Emminghaus: Allgemeine Psychopathologie. Leipzig 1878.

2) Wernicke: Grundriß der Psychiatrie, 2. Aufl. 1906.

3) Kraepelin: Kompendium der Psychiatrie. Leipzig 1883. 8. Aufl. 1910ff.

geübt, aber unter einem Wust theoretischer Konstruktionen beinahe begraben. Die zum Teil glänzenden Beobachtungen, die Tendenzen, sich dem Unbemerkten und Unbewußten im Seelenleben zuzuwenden, fanden in Bleuler einen Verteidiger und Förderer, der unter zunehmender kritischer Durchdringung und Reinigung den haltbaren Bestand der Freudschen Schullehren in das Gesamtbewußtsein der wissenschaftlichen Psychiatrie hinüberrettet.

Die Geschichte der Psychiatrie, in der eine geniale Persönlichkeit überhaupt fehlt, bedeutende Persönlichkeiten selten sind, hat eines Mannes zu gedenken, der außerhalb der offiziellen Entwicklungslinien stand: P. J. Möbius. Ein echter Gelehrter mit großen Gesichtspunkten, ein Beobachter mit ausgesprochen psychologischer Einstellung bei bedeutender neurologischer Erfahrung, sah er eine Reihe von Krankheitstypen (z. B. die Akinesia algera), förderte er die Degenerationslehre, schuf er die Pathographie. Doch war er vor allem ein ehrlicher und wirksamer Kritiker. Er kämpfte gegen Hirnmythologie und gegen Pseudoexaktheit, hatte eine vorwiegende Neigung für das Anschauliche und Sinn für das, was wichtig und unwichtig ist. Geistig war er manchmal platt aus dem Sicherheitsgefühl des realistischen Arztes heraus, der seine Werturteile subjektiver, beschränkter Art auch für objektiv hält. Das ist z. B. sehr fühlbar in seiner Pathographie über Nietzsche.

Die moderne psychiatrische Literatur ist quantitativ von großer Ausdehnung, aber durchweg von ziemlicher Seichtheit. Es bedarf einer an der Gesamtleistung der vergangenen Psychiatrie geschulten Kritik, um in der Flut kultur- und bildungslosen Schreibens die Sachen von Qualität zu entdecken. Neues wird ganz vorwiegend in somatischer und hirnpathologischer Hinsicht gefunden. In allem Psychologischen herrschen meist grobe und verschwommene Gesichtspunkte.

Wir haben bisher im wesentlichen von der deutschen Psychiatrie geredet. Von ausländischen kommt neben ihr wesentlich die französische in Betracht. Den Unterschied der deutschen und französischen Psychiatrie verstehen wir vielleicht am besten, wenn wir auf den Gegensatz der Schilderer und Analytiker zurückgreifen. Der Schilderer muß mehr bohrenden Intellekt, mehr kritische Selbstbesinnung besitzen. Mit diesen psychologischen Vorbedingungen für die beiderlei Forschungsrichtungen hängt es wohl zusammen, daß in der Schilderung die Franzosen das Feinere, in der Analyse die Deutschen das Tiefere geleistet haben. Da die schildernde Psychiatrie auch in Deutschland in der breiten Masse trotzdem vorgeherrscht hat, ergibt sich die große historische Bedeutung der französischen Psychiatrie, der die deutsche außerordentlich viel zu verdanken hat. Esquirol legte den Grund der schildernden Psychiatrie in vorbildlicher Weise. Von ihm sind direkt oder indirekt die Schilderungen der Psychiater von Griesinger bis Krafft-Ebing und selbst Kraepelin abhängig. Morel und Magnan<sup>1)</sup> erfaßten weniger begrifflich scharf als intuitiv die Be-

<sup>1)</sup> Magnan: Psychiatrische Vorlesungen, Deutsch von Moebius. Leipzig 1891 ff.

deutung der Erblichkeit und der Degeneration, sie sahen die Typen degenerativer Geistesstörungen und fanden damit die Grundunterscheidung der endogenen und exogenen Psychosen. Die neuere französische Psychiatrie legte den breiten Grund zur Psychopathologie der Neurosen (Hysterie, Psychasthenie, Neurasthenie). Ihr glänzendster Förderer ist Janet<sup>1)</sup>.

Alle die großen französischen Arbeiten haben in Deutschland ihre Wirkung ausgeübt. Diese Wirkung war aber immer auch eine zu eigener Arbeit anregende. Die ursprüngliche Entdeckung der neuen Gesichtspunkte ist den Franzosen zuzusprechen, aber die geringere Selbstkritik, die ihnen eigen ist, und es ihnen ermöglicht, leichter umfassende Gesichtspunkte in literarischen Schöpfungen zu verwirklichen, ließ ihre Werke im wissenschaftlichen Sinne immer unvollendet. Die Deutschen übernahmen ihre Gedanken, säuberten sie von phantastischem Beiwerk, vertieften die Begriffe, machten Untersuchungen, die auf objektivem Wege Beiträge gaben. Aber trotz allem blieben sie Schuldner der Franzosen, denen die großen Umwälzungen zu danken waren.

In begrifflicher Sorgfalt, minutiöser geduldiger Untersuchung, phantasieloser Konsequenz und ideenhaftem Schwung haben die Deutschen ihr Eigenes geleistet. Jakobis methodologische Reinheit, Spielmanns, Neumanns, Wernickes analytische Feinheit, Kahlbaums Konzeption der Idee der Krankheitseinheit haben in Frankreich weder ihre Quelle, noch ihr Gegenbild.

---

<sup>1)</sup> Janet: L'automatisme psychologique. Névroses et idées fixes. L'état mental des hystériques. Les obsessions et la psychiasthénie.



## Sachverzeichnis<sup>1)</sup>.

Bearb. von Dr. med. Ernst Benda, Volont.-Assistent d. psychiatr. Klinik Heidelberg.

- Ablaufswesen des Seelenlebens 102, Typische Verlaufsreihen 309 ff.
- Abderhaldensche Reaktion 287.
- Ablenkbarkeit 105, 146.
- Abnorme Mechanismen 208, 217, 218 ff., 273.
- Abreagieren 244, 248.
- Absencen 97, 311.
- Abspaltung 132, 225, 246 ff., 320, 330.
- Abszesse 274.
- Affekte 78, eingeklemmte A. 251, Inkontinenz d. 352, Nachhinken d. 230.
- Affektenergie 250, 322.
- Affekt epileptische Anfälle 157.
- Affektillusionen 44, 45.
- Affektkurve 154.
- Agnosie 115, 121 ff., 275, 277, Stereoagnosien 122.
- Agoraphobie 156 f.
- Agraphie 185.
- Ahnentafel 301.
- Ahinetische Zustände 136.
- Akt 38 ff., Akteinheit 132, Aktsynthese 126, Veränderung d. A. 381, Aktverbindung 126 ff.
- Aktivität 72, 212, uninteressierte 321, Störung d. 387.
- Alkoholwirkung 267, 282 f. 285, Intoleranz 281, Alkoholismus 413 f. Störungen im A. 95.
- Allgemeiner Sinn 55.
- Alopecia areata 158.
- Als-ob-verstehen 204 f., 331.
- Alter 441.
- Alternierendes Bewußtsein 248.
- Alzheimersche Krankheit 274.
- Ambivalenz 211.
- Amentia 381.
- Amimie 166.
- Amnesie 101, 130 ff., retrograde 131.
- Amnestische Aphasie 144, A-Desorientierung 124.
- Analgesie 39.
- Analytiker 444.
- Anästhesie 120.
- Andeutungen, stille 65.
- Anfall 310 ff.
- Angewöhnungen 209.
- Angst 79, Angsttraum 99.
- Anlage 25, 214, 290 ff.
- Anstaltspsychiatrie 442.
- Apatie 83, 275, apatische Unorientiertheit 124.
- Aphasie 115, 142 ff., 277, motorische A. 143, sensorische A. 143, amnestische A. 144, transkortikale 144, A. Bedeutung d. bei Wernike 324.
- Apraxie 115, 135 ff., 275, 277.
- Äquivalent 310.
- Arbeits-Kurve 150. -Leistung 150 f., -Teraphie 432, -Versuch 116.
- Archivmaterial 367.
- Arteriosklerotische Vorgänge 274, 306, 370.
- Artikulatorische Sprachstörungen 141.
- Asozial vgl. soziales Verhalten 420 ff.
- Assoziationsmechanismen 120, 124 ff., Wernike-Theorie 325 ff.
- Assoziative Verbindung 126.
- Assoziationsversuche, -experimente 110, 128 ff., bei interessebetonten Erlebnissen 244.
- Asthenie 171, 177, 291 f.
- Ataxie, intrapsychische 114.
- Athletischer Typ 177.
- Attitudes passionelles 231.
- Audition colorée 40.
- Auffassung 120, 122 ff., Störung d. 123 f., Auffassungsversuch 116, 123.
- Aufgabe 116.
- Aufmerksamkeit 94 ff., -Grade 96, -schwankungen 97, Wechsel d. Richtung 106, A. u. Aphasie 144, A. u. Wille 85.
- Aura 87.
- Ausdruck 164 ff., als Symbol 167, Ausdrucksdrang 186.
- Ausdruckspsychologie 119, 163 ff.
- Ausgelöste Psychosen 226.
- Ausnahmestand 311.
- Aussageversuch 116, 134, 340.
- Außenwelt 74, Verhältnis zur A. 25, Abkehr v. A. 101.
- Außerbewußt 20, 21, 204 ff., 247, 319, 435, Theorie d. A. 319 ff., A-Dispositionen 269, A-Mechanis-

<sup>1)</sup> Von Autoren sind nur diejenigen angeführt worden, welche im historischen Abriß Aufnahme gefunden haben.

- men 8, 19, 20, 166, 202 ff., 216, 226, 269, 278, 323.
- Autistisches Denken 210.
- Autochtone Ideen 71, Erklärung d. A. 326, Vorgänge 267, 290.
- Autoskopische Halluzinationen 73.
- Automatismus 72, 73, Automatisierung 240.
- Autosuggestion 212, 235, 237.
- Bahnung 118.
- Basedow 158.
- Bedeutungs-bewußtsein 38, -erlebnisse 66, -wahn 65 ff.
- Beeinflussung 88.
- Befehlsautomatie 211.
- Begleiterscheinungen, körperliche 152 ff., abnorme 155 ff.
- Begnadigungswahn 251, vgl. Inhalte d. W.-Ideen 218.
- Begnadigungsgefühl 79.
- Begreifen 19.
- Beichte 216, 435.
- Belastung 298.
- Benehmen 168, 192 f.
- Benommenheit 100, 275.
- Beruf 412.
- Beschäftigungsdrang 90.
- Besonnenheit 93.
- Bewegungs-anomalien 134 ff., vgl. akinetischer u. hyperkinetischer Zustand, stereotype Widerholung 137, -drang 90, 136, -tollheit 136.
- Bewußtheit 38, leibhaftige 61, gedankliche 61, Bewußtheitstäuschung 60.
- Bewußtsein 96 ff., alternierendes 248, Bewußtseins enge 96, -grad u. -stufe 94, 96, -grenze 204, -klarheit 92, -leere 97, -losigkeit 96, 100, -schwankung 97, -strom 18, -trübung 92, 96 ff., 100 f., 128, 132, 231, -zustand 96 ff., Bew. d. Außenwelt 325, B. d. Bewußtseins 261 f., d. Freiheit 86, d. Körperlichkeit 325, d. Persönlichkeit 325, d. Zwänge 86, B. in d. Psychose 393 ff., bei seelischer Veränderung 257 ff., 261, Oberbewußtsein u. Unterbewußtsein 321.
- Beziehung d. Menschen untereinander 215.
- Beziehungswahn 65, 231 f., sensitiver 232.
- Bildhaftig 38.
- Bildvorurteile 15.
- Biographie 27, 427.
- Bleuler 448.
- Blutdruck 155.
- Bonnhoeffler 447.
- Brüllzustände 88, 145.
- Buckel 170.
- Bumkesches Phänomen 154.
- Charakter 347 vgl. Persönlichkeit, -typen 177, -veränderung 275.
- Chiromantie 173 Anm.
- Corpus striatum 139.
- Damerow 445.
- Dämmerzustand 100, 312, 382 f.
- Darstellungsdrang 186.
- Daseinsweisen d. Gegenstände 38.
- Degenerationslehre 295 ff., -zeichen 176. Degeneratives Irresein 369, 370 ff.
- Déjà vu 42, 59.
- Delirium 100, 380 f., D. acutum 287, D. tremens 123, 282, delirante Zustände 275, 283, 286, deliröse Erlebnisse 396.
- Dementia paranoides 370, praecox 362 vgl. Schizophrenie.
- Demenz 335 ff., organische 337, schizophrene 338, senile 370, sozial bedingte D. 339, physiologische Bedingungen d. D. 269.
- Denken, autistisches 210, kausales 202, primitives 188 f.
- Denk-hemmung 92, 102 ff., -zwang 69, formaler 70.
- Depersonalisationserscheinungen 72, 108.
- Depression 377 ff., nörrende D. 379.
- Derivation 250.
- Desorientierung 101, 123 ff., amnestische 124, wahnhafte D. 124.
- Déséquilibré 352.
- Determinierung d. Seelischen (Freud) 328.
- Determinierende Tendenzen 94, 104, 125 ff.
- Deuten 200, 208, 222.
- Diabetes 158.
- Diagnose 16, Mittel zur Stellung der -schema 372, Wert d. D. in d. Psychiatrie 368 f., 371.
- Differenziertheit 107 ff., 262.
- Dipsomanie 194, 314.
- Disharmonie 352.
- Disposition 290 f.
- Dissimulation 428.
- Doppelte Orientierung 124, dop. Persönlichkeit 248.
- Drumherumreden 194.
- Durchschnitt, Begriff d. 5 ff., -typus 375.
- Dysmegalopsie 40.
- Echosymtome 106, E.-lali 137, 146, 211, -praxie 137, 211.
- Eclipse mentale 97.
- Echte Erlebnisse 242.
- Echtheitsstreben 211.
- Einfälle 66.
- Einfühlung (als Methode) 201, -Anomalien d. 43, 82 ff., einfühlbares Seelenleben 92, 110.
- Eingebungen 72.
- Einheit d. Ich 73.
- Einheitsspsychose 359.
- Ekstase 79.
- Element 18, 23 f., 37, 126, 202, d. Assoziationen 126, d. kausalen Zusammenhänge 266, Elementarfunktionen 278, Elementares Seelenleben 106.
- Emminghaus 447.
- Emotionell-hyperästhetische Schwächezustände 286.
- Emotionsstupidität 339.
- Empfindungs-element 39, -material 38.
- Encephalitis 274.

- Endogen 267, 286, Wirkung u. Ursache 290 ff.  
 Energetische Theorie 321.  
 Entartung 176, 299, 417 ff., vgl. Degeneration, -irresein 362.  
 Entfremdung d. Wahrnehmungswelt 42, 72.  
 Entladung 216.  
 Entwicklung d. Persönlichkeit 317.  
 Entzweiung, Erlebnis d. 85.  
 Epidemien psychische 239, 409 f.  
 Epilepsie 370, Amnesie bei 132, Anfallsarten d. 311.  
 Epileptoid 311.  
 Erbeinheiten 394 ff.  
 Ergänzungsbewegungen 137, 140.  
 Ergograph 135.  
 Erholbarkeit 151.  
 Erinnerung 130 f., -halluzinationen 59, -täuschungen 57 ff.  
 Erkennen u. Werten 14.  
 Erklären, kausales 19, 197 ff., 201, psychologisches 19, 197 f.  
 Erklärungswahn 206.  
 Erlebnisformen 392 ff., Erlebnis völliger Ohnmacht 86 f.  
 Ermüdbarkeit 150 f.  
 Ermüdung 118, 128, 150 ff., 283 ff., -kurve 150, -symptome 161.  
 Erraten d. Gedanken 75.  
 Erregungsvorgang 115.  
 Erschöpfung 151, 232, 283 ff., Symptome d. 161, -psychosen 284.  
 Erwachen 102, 160.  
 Esquirol 442, 444, 448.  
 Euphorie 78.  
 Evidenz d. genetischen Verstehens 199 ff.  
 Exogen 267, 285, 369, -Psychosen 369 ff.  
 Experimentelle Methode 27, 116 ff., Psychopathologie 116.  
 Experimente mit Giften 281, Tierexperimente 276.  
 Exploration 426.  
 Familienforschung 301.  
 Familienstand 413.  
 Fixierbarkeit 93, 97.  
 Fixierte Reaktionen 156.  
 Flexibilitas cerea 136.  
 Flucht in d. Psychose 215, 228.  
 Folie double form usw. 314.  
 Form u. Inhalt 23.  
 Formniveau 107.  
 Fremdartigkeitsserlebnisse 42 ff., vgl. Bedeutungswahn.  
 Fremdheit d. Inhalts 71, d. ganzen Gedanken 71.  
 Fremdsuggestion 235.  
 Freud 188, 196, 203, 204, 210, 214, 216, 217, 220, 222, 242, 244, 246, 248, 327 ff., 432, 447 f.  
 Fuguezustände 194.  
 Funktionell 21, Seelenstörungen 270.  
 Funktion d. Bilder 321, d. Organe 158, Funktionslokalisation 278.  
 Gähnen 184.  
 Gansersche Symptomkomplex 194, Dämmerzustand 231, 251.  
 Ganzheiten d. Seelenlebens 23 ff., 91.  
 Gebanntheit 86 f.  
 Gedächtnis 120, 129 ff., -spuren 240, Störung d. 101, 129 ff., 133 ff., 273.  
 Gedanken 38, -abzug 72, 87, 88, -beschleunigung 104, -drang 22, -flucht 105 (vgl. Ideenflucht), -lautwerden 54, -verlangsamung 104.  
 Gedanklich vermitteltes Seelenleben 106.  
 Gefühl 77 ff., 201, Gegenstandsg. 78, 81, gegenstandslose 78 ff., G. d. Gefühlslosigkeit 83, -steigerung 78, G. d. Veränderung 257, gemachte 111.  
 Gegensätze im Seelenleben 211.  
 Gegenstand 38, -bewußtsein 37, 38, -charakter 81 ff.  
 Gegenteilendenz 212.  
 Gehörsinn, Anomalien d. 54.  
 Geltungszwang 67, 70.  
 Gemachte Vorgänge 111 ff., Abwehr dagegen 258, g. Gedanken 71, 88, g. G. u. Aufmerksamkeit 95.  
 Gemütskrankheiten 110, -zustände 77.  
 Generationsvorgänge 307.  
 Genetisches Verstehen s. Verstehen.  
 Geruchsanomalien 55.  
 Gesamtbild 364.  
 Gesamtzustand d. Seelenlebens 90 ff.  
 Geschichtliches Material 403.  
 Geschlecht 306 f.  
 Geschmacksanomalien 55.  
 Gesellschaft, Bedeutung g. Zustände f. abnorm. Seelenl. 406 ff. Bed. d. abn. f. Ges. 418 ff.  
 Gesichtssinn, Anomalien d. 51.  
 Gesundheit 3, 436, -gewissen 238.  
 Gewohnheiten 241.  
 Gifte 273, 281 ff. vgl. Mescalin, Haschich, Opium, Alkohol.  
 Giftmischerinnen 241.  
 Giftreaktion, pathologische 281.  
 Glücksgefühle 79 ff.  
 Glykosurie 158.  
 Graphologie 167, 168, 185 ff.  
 Greisenalter 304.  
 Griesinger 444, 445, 448.  
 Grimassieren 137.  
 Großstadt 412.  
 Grübelsucht 70.  
 Grundbegriffe, psychologische 17.  
 Habitus 193, 291.  
 Haftpsychosen 226, 228, 229, 238, 259.  
 Hagen 446.  
 Halbschlaf, Erlebnisse im 101.  
 Halluzinationen 44, 51, autoskopische 73, echte 46, 158, elementare u. komplexe 47, funktionelle 46, 54, 272, haptische 55, hemianoptische 120, hygrische 55, hypnagoge 160, traumh. 99, Zwangsh. 70, H. in d. Erinnerung 57 ff., im

- Muskelsinn 55, i. Sprechapparat 55, Inhalt d. H. 220, H. und leibhaftige Bewußtheit 61, Verhältnis zur Bewußtseinsklarheit 101 f., Erklärung d. Entstehung v. H. 326.  
 Handarbeiten 168, 190 ff.  
 Handlungen 168, 192 ff.  
 Handschrift 120, 184, d. Geisteskranken 185, vgl. Graphologie.  
 Haschischrausch 75, 107, 396, Folgen d. 282, 283.  
 Hebephrenie 362, 370, vgl. Schizophrenie.  
 Hecker 444.  
 Heilbronner 447.  
 Heimroth 446.  
 Heimweh 84, -reaktion 229.  
 Hemianopsie 120.  
 Hemmung 83, 86, 105 ff., 118, 212, 387, effektuelle 130, Fortfall d. 352 ff.  
 Hierarchische Aufbau seelischer Funktionen 321.  
 Hilfsvorstellungen 18.  
 Hirngewicht 280, -größe 280, -lues 274, 370, -mythologie 13, 36, 279, -prozesse 274 ff., 315, -tumoren 274, -verletzungen 274.  
 Histologie 279.  
 Historisches 441 ff., hist. Bedingungen 219, 406 ff.  
 Huntington'sche Chorea 274, 370.  
 Hypalgesie 39.  
 Hyperalgesie 39.  
 Hyperkinetische Zustände 136.  
 Hypnose 157, 236 ff., 248, 432, hypnotische Wirkungen 236.  
 Hypoboulie 322.  
 Hypochondr. Beschwerden 155.  
 Hysterie 39, 231, 236, 237 ff., 350 ff.  
 Hysterische Amnesie 132, Charakter 238, 350 ff., Delirium 231, 251, Körpererscheinungen 157, 159, Mechanismen 156, 236, 238 ff., 273, Reaktionen 231 ff., Stigmata 238, Verwirklichungen 211, 213, Zufälle 238, vgl. auch Abspaltung.
- Hysterophile Erscheinungen 156.  
 Ichbewußtsein 37, 72, 343, u. Traum 98, Eindrucksich 256, Situations-, soziales Ich 256.  
 Ichgefühl, Störungen d. 73.  
 Idealtypus 375 f.  
 Idee 104, Ideenflucht 92, 102 ff., 104 ff., 127, 146.  
 Ideler 446.  
 Identität 72, 74.  
 Ideologen 149.  
 Illenaauer Schule 443.  
 Illusionen 44, 51, illusoriale Erlebnisse 396.  
 Imaginäre Beziehungen 65.  
 Impulsive Handlungen 85.  
 Individualstatistik 421.  
 Induziertes Irresein 239, vgl. Epidemien, psychische.  
 Infantilismus 171, 291 ff., -Reminiszenzen 242.  
 Infektionskrankheiten, Psychosen bei 286, 370.  
 Inhalt u. Form 23, I. psychotische 218, I. wahrhafter Ideen 252.  
 Initiative 335, Initiativbewegungen 138.  
 Inkohärenz 114, 149.  
 Inkontinenz d. Affekte 352.  
 Innenwelt 25.  
 Innere Medizin 9  
 Innere Sekretion 287.  
 Innervatorische Störungen 135.  
 Instinkt 216, 240 vgl. Trieb.  
 Insuffizienzgefühle 82.  
 Integration 118.  
 Intelligenz 91, 291, 332 ff.; Prüfung d. 340; Vorbedingungen d. 333.  
 Intensitätsveränderung 16, 39, 51, 67.  
 Intentionaler Akt 38.  
 Interesselosigkeit 86.  
 Intermissionen 315.
- Jacobi 446, 449.  
 Jahreszeit 288.  
 Jamais vu 42.  
 Janet 449.  
 Jendrassik'scher Handgriff 153.  
 Jessen 445.
- Juden-psychosen 308, -selbstmorde 408.  
 Kahlbaum 444, 447, 449.  
 Katalepsie 136, 139.  
 Katastrophensychosen 227, 229.  
 Katatonie 136, 138, 362, 370, katatonischer Symptomkomplex 384 ff.  
 Kathartische Wirkung 248.  
 Kausalität 197, kausales Erklären s. Erklären, k. Zusammenhänge 266 ff.  
 Keimschädigung 299.  
 Kennerschaft 2.  
 Kenntnisse 333.  
 Kind 303.  
 Klarsehen 79, 80, 261.  
 Kleidung 196.  
 Kleptomanie 89, 194.  
 Klima 288.  
 Klimakterium 305.  
 Kombination v. Psychosen 371.  
 Kompensationserscheinungen 207.  
 Komplexe 244 ff., Wirkungen 240, Feststellung d. im Assoziationsversuch 128.  
 Konfabulation 59, 133.  
 Konfessionen 413.  
 Konfliktpsychosen 230.  
 Konsanguinität 299.  
 Konstellation 125.  
 Konstitution 171, 290, 291.  
 Kontamination 150.  
 Konversion 250.  
 Konzentrationserschwerung 97.  
 Koordinatorische Störungen 135.  
 Kopftraumen 276.  
 Körperbau 169, -typen 177 ff., -bewegungen, unnütze 321, -reflexe (allgemeines) 153.  
 Körperliche Begleitererscheinungen 152 ff., abnorme 155 ff., Entgegenkommen (Freud) 156, Erkrankungen 284.  
 Korrelationen, psychische 346.  
 Korsakoffsche Symptomkomplexe 59, 275, 285, 286, 290, 389 f.  
 Kosmisches Erleben 400.

- Kraepelin 444, 447f.  
 Krafft-Ebing 443, 445, 447, 448.  
 Kraftgefühl 89.  
 Krankengeschichte 430.  
 Krankheit, Begriff d. 3 ff.,  
 -bewußtsein 261 ff., -ein-  
 heit 359 ff., -einsicht 256,  
 261 ff., bei erworbener  
 Demenz 338, -gattung  
 372, -prozesse 369, Syn-  
 these d. -bildes 359 ff.,  
 -typus 372.  
 Kriegspsychosen 226, 229,  
 416, -zeit 416.  
 Kriminalität 408.  
 Kultur, Einfluß auf Psy-  
 chose 109, 401 ff., Zu-  
 sammenhänge mit  
 Psych. 188, Wirkung d.  
 300, Kulturfamilien,  
 Schicksal d. 417.  
 Kumulierende Vererbung  
 299.  
 Kunst 168, 190 ff.  
  
 Labilität d. Persönlich-  
 keitsbewußtseins 76.  
 Landstreicher 421.  
 Lebens-alter 303f., -führung  
 168, 192 ff., -gefühl 78,  
 -lauf 196, 366, -sicherheit  
 415, -wissen 334.  
 Leibhaftig 38, 49, leibhaf-  
 tige Bewußtheit 38, 61,  
 Trugwahrnehmungen  
 46.  
 Leidenschaft 213.  
 Leistung 116, 282, -defekt  
 390f., -psychologie 119 ff.  
 Leitbild, persönliches 182.  
 Lernfähigkeit 129, 333,  
 -versuch 116.  
 Lichtempfindlichkeit 162.  
 Liepmann 447.  
 Literarische Produkte 168,  
 189 ff.  
 Lokalisation, anatomische  
 276.  
 Lucida intervalla 311.  
 Lügen, pathologisches 59,  
 351, vgl. Pseudologia  
 phant.  
  
 Magnan 448.  
 Makropsie 40.  
 Manie 377 ff., unprodukt.  
 379, querulierende 379.  
 Manisch-depressives Irre-  
 sein 362, 370, Phasen 313,  
 Stupor 379, Vererbung  
 d. 296.  
 Marasmus 161.  
 Massenstatistik 423.  
 Mechanisierung 240.  
 Mechanismus 203, 216,  
 M. abnorme 208, 217,  
 272 ff., außerbewußte s.  
 außerbewußt, hysteri-  
 sche 238 ff., vgl. hysteri-  
 sch, normale 217, 272.  
 Melancholie 380, Phase  
 313, Ratlosigkeit 257.  
 Meningitis 274, 370.  
 Menopause 304, 305.  
 Menstruation 307, Ver-  
 halten d. 161.  
 Merken 120, Merkfähigkeit  
 129, Störung d. 101, 133  
 ff.,  
 Merkversuch 116.  
 Mescalinrausch 39, 40, 41,  
 51, 56.  
 Metaphysische Erlebnisse  
 81, 188, vgl. Mystik.  
 Meteorologische Einflüsse  
 288.  
 Methodologie 10 ff., 93,  
 Methode d. wissen-  
 schaftlichen Erfassens  
 18, 25 ff., 198 ff., induk-  
 tive 117, intuitive 117,  
 statistische u. experi-  
 mentelle 27, 116 ff.  
 Meynert 446.  
 Mikropsie 40, 120.  
 Milieu 25, 192, 214, 219,  
 262, 285, 334, 402 ff.  
 Mimik 168, 169, 180 ff.,  
 Amimie, Paramimie 166.  
 Mischzustände 378.  
 Mitempfindungen 40.  
 Mitteilungsbedürfnis 186.  
 Möbius 448.  
 Monomanie 194.  
 Moral insanity 349.  
 Moralstatistik 406.  
 Morel 448.  
 Morphinum 282f.  
 Mosaikarbeit d. Psycho-  
 logie 26, 90.  
 Motorische Erscheinungen  
 134 ff., Erregung 136.  
 Multiple Sklerose 274,  
 370.  
 Muskelspannung 136.  
 Mutation 294.  
 Mutazismus 144.  
 Mystische Erlebnisse 79 ff.,  
 188.  
 Nachahmung 234 ff.  
 Nachbilder 46, 52.  
 Nachwirkung früherer Er-  
 lebnisse 240.  
 Nahrungsverweigerung  
 195.  
 Narkoleptische Anfälle 87,  
 311.  
 Negativismus 138, 212.  
 Nervenarzt, Vorbedingun-  
 gen d. 437 ff.  
 Nervöse Symptomkom-  
 plexe 391, Überlagerung  
 286.  
 Neumann 444.  
 Neurasthenie 410, neuro-  
 sthenischer Symptom-  
 komplex 391.  
 Neurologie .9.  
 Nichtwollenkönnen 152.  
 Nihilismus 187, nihilisti-  
 scher Wahn 67.  
 Normal, Begriffsbestim-  
 mung 7f.  
 Nymphomanie 194.  
  
 Obervorstellung 104, 125.  
 Objektive Symptome 22,  
 115 ff., obj. Wahnbildun-  
 gen 218.  
 Ohnmacht (Willenslosig-  
 keit) 86, 152, Anämie  
 d. Gehirns 157.  
 Opium 82, 396.  
 Organisch 21, Demenz 337,  
 Hirnerkrankungen 274,  
 Psychosen 369 ff., Sym-  
 ptomkomplex 389 ff.  
 Organismus 115.  
 Organsensationen 56.  
 Orgiastische Zustände 410.  
 Orientiertheit 93.  
 Orientierung 120, 123,  
 doppelte 124, 394, 400,  
 allo-somato-autopsychi-  
 sche Or. 325.  
  
 Parakinetische Störungen  
 136.  
 Parallellismus von seeli-  
 schen u. körperl. Er-  
 scheinungen 9, 13, vgl.  
 psychophysischer.  
 Paralgie 148.  
 Paralyse 270, 274 f., 361,  
 370, 414. Zerfall d. See-  
 lenlebens b. 109.  
 Paramimie 166.  
 Paranoiker, Differenziert-  
 heit u. Wahnideen 109,

- Reaktionen 231f., Ratlosigkeit 257, paranoischer Symptomkomplex 375, 384 ff.
- Paraphrasie 143, 148.
- Paraphrenie 370.
- Parästhesie 120.
- Pareidolien 44, 45.
- Passivität im Seelenleben 212.
- Pathographie 7, 412, 419 f.
- Pathologische Reaktionen 225 ff.
- Periode (typische Verlaufsform) 310, 314 f., weibliche vgl. Menstruation.
- Periodizität 268, 314.
- Perseveration 127, 128, 146.
- Personalisation 72.
- Personifikationen 254.
- Persönlichkeit (Begriff:) 24, 332, 341 ff., Analyse d. 151, 152, 333 ff., Anlage 343, P.-bewußtsein 75, 343, doppelte 248, Verdoppelung 320, P.-entwicklung 317 ff., 356 ff., u. Konstitution 291, Labilität d. -bewußtseins 76, Qualität 349, Störung d. P. 390 f., Struktur 346, 348, Statistik 421, Typen 348, Veränderung d. 75, nach Giften 282, in d. Pubertät 305, schizophrene 353 ff., Verlust 262, Wachstum 355 f., Zerfall 352 ff., Beziehung d. Art d. zur Psychose 355 f.
- Perversionen 89, 242, vgl. Triebregungen.
- Petit mal 97, 311.
- Phänomenologie 18, 33, 36, 197, phänomenologische Gegebenheiten 205.
- Phantastische Erlebnisse 392 ff., Gesichterscheinungen 46, 47, Trug-einfühlen 43.
- Pharmakopsychologie 282.
- Phase 228, 232, 310, 313 f., 356 ff.
- Philosophische Schulung 10, Vorurteil 14.
- Phlegmatiker 348.
- Phrenologie 173 Anm.
- Phobien 156.
- Photographie 163, 167.
- Photopsie 52.
- Physiognomik 168, 169 ff., 174, 192, physiogn. Typen 183 f.
- Picae d. Schwangeren 89.
- Pletysmographische Untersuchungen 155.
- Polymorphismus 295.
- Postencephalitisches Bewegungsstörungen 139.
- Posthypnotische Zustände 236, 247.
- Presbyophrenie 390.
- Primäre u. sekundäre Krankheitssymptome 206.
- Produktivität 336, prod. Abnormität 267.
- Prognose 439 ff., Streckenprognose, Richtungsprognose 440.
- Protistulierte 421.
- Prozeß 232 f., 315 ff., 356 ff., 370, psychische Prozesse 316.
- Pseudodemenz 148, 231, 340.
- Pseudohalluzinationen 48, 50, 51, 55, 95, 158, im Schlaf 160.
- Pseudologia phantastica 211, 237, 259, 351.
- Psychasthenische Persönlichkeit 349 f., Reaktionen 230, 232, Symptomkomplex 392 f.
- Psychische Epidemien 409, Erklären 19, 197, Traumata 248, Ursachen 289 ff., Prozesse 316.
- Psychoanalyse 248, 328, 426 Anm., 432 f.
- Psychogalvanisches Reflexphänomen 154.
- Psychographie 345.
- Psychokline Erscheinungen 156.
- Psychologie 8, angewandte 424, Ausdrucksps. 119, 163 ff., Gegensatzps. 211, intellektualistische 16, Leistungsps. 119, objektive 115, 197, Pharmakops. 281, symptomatische 119, 152 ff., Verhältnis der zur Geschichte 403 f., verstehende 18, 72.
- Psychopathie 232, 270, 370, Anfälle bei 311, Periodizität 314.
- Psychopathologie, Gegenstand der 2 f., 8, 9, 17.
- Psychophysischer Apparat 119, Mechanismus 151, Parallelismus 9.
- Psychosen, akute u. chronische 377, atypische 300, echte reaktive 228, Erschöpfungs- 284, Graviditäts- 307, Haft- 226, 228 ff., bei Infektionskrankheiten 286, innere Sekretion 287, Juden- 308, Katastrophen- 207, 229, klimakterische 305, Konflikts- 230, Kriegs- 226, 229, reaktive 370, Schock- 231, Situations- 230, symptomatische 285, 369 ff., infolge Vergiftungen 283, Zwecks- 228, Einteilung d. 368 ff., Beziehung zur ursprünglichen Persönlichkeit 355 ff., Psychose u. Mythos 188.
- Psychotische Erlebnisse 393, Inhalte 218 ff., Deutung d. Inhalte 252 vgl. Abspaltung, Zustände 217, 218 ff.
- Psychotherapie 433.
- Pubertät 304 ff.
- Puerilismus 194, 231.
- Pupillenbewegungen 154.
- Pyknischer Typ 177.
- Pyromanie 89, 194.
- Qualität 16, d. Persönlichkeit 347, 349, Qualitätsverschiebungen d. Empfindungen 39.
- Quantitative Feststellungen 16.
- Querulantenwahn 317.
- Rasse 307 ff. u. Entartung 417, Rassenhygiene 302.
- Ratlosigkeit 101, 257 f.
- Raum 49, Raumschauung 40.
- Rapportsprechen 55.
- Reagibilität 97, 346, gesteigerte 232.
- Reagieren im letzten Augenblick 138.

- Reaktion 225, 233 f., d. Persönlichkeit auf d. Krankheit 257 ff., pathologische 225 ff., Verhältnis zur Gewöhnung 242, -formen (exogen u. endogen) 285, -versuch 116.  
 Reaktivbewegungen 138, reaktive Abnormität 267, Kriegspsychosen 226.  
 Realitätsfunktion 321.  
 Rededrang 90, 144 ff., vgl. Brüllzustände 88.  
 Reflexe (körperliche) 153, -apparat 322, -bogen (psychischer) 115 ff., 134, 325, Veränderung durch Gifte 282, -empfindlichkeit 162, -phänomen (psychogalvanisches) 154, -verstärkung 259.  
 Regression 243.  
 Reiz, Summation d. 118, reizbare Schwäche 391.  
 Rhythmische Bewegungen 137, 139, 183.  
 Remission 315.  
 Rentenhysterie 238, 411, -neurose 152, 228, 229.  
 Reproduktion 120, 130, Fähigkeit 129, 131, Störung d. 132 ff.  
 Residuärsymptome 277.  
 Richtungsprognose 440.  
 Sanguiniker 348.  
 Schizophrenie, Anfälle bei 312, Beziehungen zur Kultur 188, und Differenziertheit 107, Erleben 397 ff., u. Konstitution 232, Persönlichkeitsveränderung bei 353 ff., Prämorbidie Persönlichkeit 357, Seelenleben d. 110, 384 ff., Schrifttum 190, Unverständlichkeit 114, Deutung d. Wahneideen 252, Merkmale in Zeichnungen 191.  
 Schlaf 159 ff., 237, -trunkenheit 160.  
 Schrift vgl. Handschrift, Schrifttum d. Geisteskranken 185, 189, Schriftwage 166.  
 Schwindelzustände 56.  
 Schübe 228, 233, 315.  
 Schüle 443, 445, 447.  
 Schulwissen 334.  
 Schwachsinn 128, 336 f., 339, organisch bedingter 337.  
 Schwerbesinnlichkeit 101.  
 Seelenblindheit 122.  
 Seelenleben, abnormes, Bedeutung des 418 ff., d. Greisenalters 304, d. Kindes 304.  
 Seelentaubheit 122.  
 Sejunktion 326.  
 Sekundäre Krankheits-symptome 206.  
 Sekundärempfindungen 40 Anm.  
 Selbstbeherrschung 259, -beobachtung (krankhafte) 261, (als Methode) 117, -biographie 402, -deutung 221, -erziehung 435, -mord 195, 407 f., -regulierung 207, -reflexion 72, 108, 255, -schilderungen 26, 33, 188, -verstümmelung 195.  
 Seligkeit 80.  
 Seneszenz 305.  
 Sensitiver Beziehungs-wahn 232.  
 Sensorische Aphasie 143.  
 Sensugen 149.  
 Serologische Befunde bei Psychosen 287.  
 Shock 118.  
 Simulation 428, u. Psychose 228.  
 Sinnengedächtnis 46.  
 Sinnestäuschungen 272, vgl. Halluzinationen.  
 Situationspsychosen 230.  
 Skeptizismus 187.  
 Somatische Medizin 9, Vorurteil 13.  
 Somatogen 267.  
 Somnambulismus 236.  
 Somnolenz 159, 160.  
 Sozial, Anamnese 402, Lage 432, bedingter Schwachsinn, 339, Verhalten d. Geisteskranken 194, 420 ff.  
 Sozialpsychologie 401.  
 Soziologische Beziehungen d. abnormen Seelenlebens 401.  
 Spaltung 73, 111, 114, 252, vgl. Abspaltung.  
 Spannungsgefühl 77.  
 Sperung 97, 140, 212.  
 Spielmann 444, 446, 449.  
 Sprache 120, 168, 186 ff., -störungen 141 ff. (artikulator. 141, psychotische 144), -verständnis 141, -verwirrtheit 148 ff., -zauber 55.  
 Stacheldrahtkrankheit 229, 417.  
 Stammbaum 301.  
 Starrezustände 87.  
 Statisches Verstehen s. Verstehen.  
 Statistik 404, Statistische Methode 27, 422.  
 Stereoagnosien 122.  
 Stereotypien 183, 243.  
 Stellungnahme z. Krankheit 255 ff.  
 Stigmata degenerationis 176, 300, hysterische 238.  
 Stimmen 54, -krawall 55.  
 Stimmung 78, gemachte 111, Stimmungscharakter d. Gegenstände 43, -einfühlung 77 Anm., -schwankungen 314.  
 Stirnhirnverletzungen 276.  
 Stoffwechsel 162.  
 Streckenprognose 440.  
 Struktur, psychologische 360.  
 Stummheit 144.  
 Stupor 374, 386 f. Schreckstupor 231.  
 Subjektive Hemmung 83, Symptome 22.  
 Sublimierung 214, 216 ff.  
 Suchten 89, 283.  
 Suggestion 234 ff., 432, Terminsuggestion 236, 247.  
 Suggestivfragen 428 f.  
 Summation 118.  
 Symbol 64, 196, und Ausdruck 167, symbolische Befriedigung 322, Symbolisierung im Traum 223.  
 Symptome d. Charakters 173, temporäre, residuäre 277.  
 Symptomatische Psychologie 119, 152 ff., Psychosen 285, 369 ff.

- Symptomkomplexe 26, 373 ff., zerebraler 276.  
 Synopsie 40, 56.
- Tageszeit 288.  
 Tätigkeitsbewußtsein 72, 73, -drang 186.  
 Temperament 347.  
 Temporäre Symptome 278.  
 Terminologie 28.  
 Terminusuggestion 236, 247.  
 Theorie 12, 17, 269, 319 ff., Nachprüfung d.Th. 323.  
 Therapie 430 ff.  
 Tier-experiment 276, -psychosen 107, 309.  
 Tobsucht 374.  
 Totalgefühle 78.  
 Transformierende Vererbung 295.  
 Transitivitymus 44.  
 Transkortikale Aphasie 144.  
 Traum 98 ff., 217, 221 ff., -deutung 217, 222 ff., -erlebnisse 395, -halluzinationen 99, pathologische 99, und Mythos 188, Wahnideen 99, Zensur 223.  
 Traumata psychische 248.  
 Trieb 213 ff., 347, Entladungsformen 216, Ersatzbildungen 214, handlungen 85, -regungen 84 ff., 214 ff., gemachte 88, perverse 89 ff., 242.  
 Tropenkoller 288.  
 Trugerinnerung 58.  
 Trugwahrnehmungen 39, 44 ff., 61, 120 ff., beim Erwachen 102, haptische 55, hygrische 55, termische 55.  
 Tuberkulose 79.  
 Typenforschung 366 f.
- Übergang 39, 50.  
 Überdeterminiertheit 246, Überdeterminierung 223.  
 Übertragung 216.  
 Übertragungssucht 70.  
 Überwertige Ideen 67, 68, 71.
- Übung 118, 150 ff., 240, -fähigkeit 151, -festigkeit 151, -kurve 150.  
 Ulcus duodenale 158.  
 Umdeutungen intellektuelle 46.  
 Umgang mit Abnormen 429.  
 Umgebung, Einrichtung d. 196.  
 Umschaltung 323.  
 Umsetzung 323.  
 Umwelt 25, 215.  
 Unaufmerksamkeitsillusionen 44.  
 Unbemerkt 20, 204 ff., 246.  
 Unbewußt 20, 204, 246, das Unbewußte (Freud) 328.  
 Unfallsneurosen 410.  
 Universitätspsychiatrie 443.  
 Unlustgefühl 77.  
 Unruhe 79.  
 Unterbewußtes Geschehen 435.  
 Untersuchung d. Kranken 425 ff., Hilfsmittel 116, Methoden 426 ff.  
 Urteil 35, -fähigkeit 335, -suggestion 235, 237.  
 Ursache, Begriff d. 268 ff., direkte u. entferntere 267, exogene 273 ff.
- Variabilität 292 ff., Variation 292.  
 Verändertes Bewußtsein 101.  
 Veränderung, Gefühl d. eigenen 257.  
 Verarmungsideen 67.  
 Verbigeration 146, 243.  
 Verblödung 352.  
 Verbrechen 195, Untersuchung d. 421 ff.  
 Verdoppelungserlebnis 73, d. Persönlichkeit 73.  
 Verdrängung 244, 250 (vgl. Freud Theorien 327 ff.).  
 Vererbung 293 ff.  
 Vergessen 132.  
 Vergiftungen 370.  
 Verhältnisblödsinn 337.  
 Verlust d. Persönlichkeit 262.  
 Vermittlungssprechen 55.  
 Verrücktheit 110, Symptomkomplex d. 384.
- Verständliches Seelenleben und unverständliches 92, 111, verständliche Zusammenhänge 197 ff., 208 ff. (vgl. Freud 327 ff.), bei abnormen Mechanismen 218 ff.  
 Verstehen 15, 199 ff., „als ob“ 204 ff., 331, d. Ausdrucks 163, empfindendes 201, genetisches 18, 19, 197, 201, rationales 165, 201, statisches 18, 199 ff.  
 Verstimmungen 84, 312.  
 Versündigungsideen 67.  
 Verwandtenehen 299.  
 Verwahrlosung 423 Anm.  
 Verwirrtheit 375.  
 Viszeralreaktion d. Gefühle 321.  
 Vitalgefühle 84, -triebe 214.  
 Vorbeireden 148, 231.  
 Vorgang 377.  
 Vorstellung 38, 49 f., -ablauf 120, 124 ff., -charakter 57, -raum 49, 51, freistehende 125.  
 Vorurteile philosophische 14, psycholog. 15, somatische 13, Bildvorurteil 15.  
 Wachträumen 395.  
 Wahn 218 ff., u. Differenziertheit 108, u. Traum 99, sensitiver Beziehungswahn 232, Erklärungswahn 206.  
 Wahnbewußtheiten 61, 64, 66, -erlebnis 61, 63.  
 Wahnhafte Desorientiertheit 124, Einbildungen 252, Ideen 61, 67.  
 Wahnideen 60, 61 ff., echte 67, 71, versteinerte 67, Inhalte d. 218 ff.  
 Wahnstimmung 63, -system 67, -vorstellungen 64, -wahrnehmungen 64.  
 Wahrhaftigkeitsstreben 211.  
 Wahrnehmung 38, 49 f., 119, 120 ff., gemachte 111, -anomalien 39, -störung 120 ff.  
 Wandertrieb 89, Wanderungen 194 f.  
 Wassermannsche Reaktion 287.



- Wechselwirkung, seelische u. körperliche 13.
- Welt, seelische 38, sinnliche 38, d. Worte 38, -anschauung, -bild 168, 187 ff.
- Wernike 140, 279, 444, 446 f., 449, Theorien 324 ff.
- Wertung 14, 213.
- Wetter 288.
- Wille 84 ff., 212, 347, -bewußtsein u. motorischer Mechanismus 134, doppelte W-einstellung Hysterischer 251, -erlebnis 85, -handlungen 88, gemachte 111, Willenslosigkeit 86, -sperrung 140, Veranlagung 347 f., W. zur Krankheit 259.
- Willkür-bewußtsein 85 f., -handlungen 212, willkürliche Reflexverstärkung 259 f.
- Wirkungsbewußtsein 85.
- Wissen 130, 333.
- Witzelsucht 275.
- Wohnung 196.
- Wort-lautverständnis 142, 143, -neubildungen 147, -sinnverständnis 142, 143.
- Zeichnungen 168, 190 ff.
- Zeitbewußtsein 40, 41, Schätzung d. 40, Zeitsinn, Störung d. 41, 122.
- Zeller 445.
- Zerebraler Symptomkomplex 276.
- Ziel-bewußtsein 125, -vorstellungen 85, 94, 104.
- Zurückstauen d. Affekte 248, 250.
- Zusammenhänge d. Seelenlebens 197 ff., kausale 266 ff., verständliche s. verständliche.
- Zustand 377, -Bilder 373 ff.
- Zwang (psychischer) 69 ff., -affekte 70, -angst 70, -antriebe 70, 86, -empfindungen 70, -erscheinungen u. Phasen 314, -halluzinationen 70, -handlungen 86, -ideen 68, -suchten 70, -vorgänge 70, -vorstellungen 108.
- Zweck-instanz 322, -neurose 228, -psychose 228.
- Zweifel 71.

Verlag von Julius Springer in Berlin W 9

---

---

# Psychologie der Weltanschauungen

von

**Karl Jaspers**

o. ö. Professor der Philosophie an der Universität Heidelberg

Zweite, durchgesehene Auflage

1922. G.Z. 12; gebunden G.Z. 15

---

**Psychopathologische Dokumente.** Selbstbekenntnisse und Fremdzugnisse aus dem seelischen Grenzlande. Von **Karl Birnbaum**. 1920.  
G.Z. 8; gebunden G.Z. 11

---

**Kriminal-Psychopathologie.** Systematische Darstellung. Von Dr. **Karl Birnbaum**, Oberarzt an der Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin. 1921.  
G.Z. 5,2

---

**Der Aufbau der Psychose.** Grundzüge der psychiatrischen Strukturanalyse. Von Dr. **Karl Birnbaum**, Privatdozent der Psychiatrie an der Universität Berlin. 1923.  
G.Z. 3,6

---

**Einführung in die Probleme der allgemeinen Psychologie.**  
Von Dr. **Ludwig Binswanger**. 1922.  
G.Z. 10

---

**Psychologie der Zusammenhänge und Beziehungen.** Von Dr. med. **Vera Strasser** in Zürich. 1921.  
G.Z. 18; gebunden G.Z. 20,6

---

**Der Gegenstand der Psychologie.** Eine Einführung in das Wesen der empirischen Wissenschaft. Von **Paul Häberlin**, o. Professor an der Universität Bern. 1921.  
G.Z. 9

---

---

*Die Grundzahlen (G.Z.) entsprechen den ungefähren Vorkriegspreisen und ergeben mit dem jeweiligen Entwertungsfaktor (Umrechnungsschlüssel) vervielfacht den Verkaufspreis. Über den zur Zeit geltenden Umrechnungsschlüssel geben alle Buchhandlungen sowie der Verlag bereitwilligst Auskunft.*

**Naturgeschichte der Seele und ihres Bewußtwerdens.** Eine Elementarpsychologie. Von Dr. **Eugen Bleuler**, o. Professor der Psychiatrie an der Universität Zürich. Mit 4 Textabbildungen. 1921.

G Z. 8; gebunden G Z. 11

---

**Kultur und Entartung.** Von **Oswald Bumke**, Professor in Leipzig. Zweite, umgearbeitete Auflage. 1922.

G Z. 3,45

---

**Das Unterbewußtsein.** Eine Kritik. Öffentliche Antrittsvorlesung gehalten am 20. Juli 1921 in der Aula der Universität Leipzig. Von **Oswald Bumke**. 1922.

G Z. 1

---

**Die Manen oder Von den Urformen des Totenglaubens.** Eine Untersuchung zur Religion der Griechen, Römer und Semiten und zum Volksglauben überhaupt. Von Dr. **Walter F. Otto**, o. Professor an der Universität Frankfurt a. Main. 1923.

G Z. 3

---

**Die Psychologie des Verbrechens.** Eine Kritik. Von Dr. med. et phil. **Max Kauffmann**, Privatdozent an der Universität Halle a. S. Mit zahlreichen Porträts. 1912.

G Z. 10

---

**Lehrbuch der Psychiatrie.** Von Dr. **E. Bleuler**, o. Professor der Psychiatrie an der Universität Zürich. Vierte Auflage. Mit 51 Textabbildungen. 1923.

Gebunden G Z. 15

---

**Psychiatrische Familiengeschichten.** Von Dr. **J. Jörger**, Direktor der Graubündnerischen Heilanstalt Waldhaus bei Chur. 1919.

G Z. 3,5

---

**Hundert Jahre Psychiatrie.** Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung. Von Professor **Emil Kraepelin**. Mit 35 Textbildern. (Sonderabdruck aus »Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie«.) 1918.

G Z. 2,8

---

**Ziele und Wege der psychiatrischen Forschung.** Von Professor **Emil Kraepelin**. (Sonderabdruck aus »Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie«.) 1918.

G Z. 1,4

---

---

*Die Grundzahlen (G Z.) entsprechen den ungefähren Vorkriegspreisen und ergeben mit dem jeweiligen Entwurfungsfaktor (Umrechnungsschlüssel) vervielfacht den Verkaufspreis. Über den zur Zeit geltenden Umrechnungsschlüssel geben alle Buchhandlungen sowie der Verlag bereitwilligst Auskunft.*