

Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie.¹⁾

Von
Hoche (Freiburg).

(Eingegangen am 5. August 1912.)

Die Arbeitsteilung zwischen den beiden Referenten ist so vereinbart worden, daß ich die Bedeutung der Symptomenkomplexe in ihrem Verhältnis zu Krankheitsformen einerseits, zu Elementarsymptomen andererseits zu erörtern habe. In anderer Weise zu umschreiben wäre meine Aufgabe mit der Formulierung: Über den heutigen Stand unserer klassifikatorischen Bemühungen.

Die Geschichte der Psychiatrie stellt in der Geschichte der Medizin ein ganz besonderes Kapitel dar. Bei rapidem Verlaufe hat sich die Entwicklung in ihren entscheidenden Phasen auf wenige Jahrzehnte zusammengedrängt, und unsere Disziplin zeigt die Spuren dieser Besonderheiten ihrer Vergangenheit genügend deutlich. Lange Zeit hindurch haben die äußeren Nöte des Faches und ihre Bekämpfung die besten Arbeitskräfte absorbiert. Es war ein Kampf mit mehreren Fronten, oder um ein Bild zu gebrauchen, wie bei den Juden am Tempelbau in Jerusalem, die in der einen Hand die Kelle führten, während sie mit der anderen die Feinde abwehrten. Jetzt, da in äußerlicher Beziehung Vieles besser geworden ist und die Lage der Gesamtdisziplin in gewissem Sinn als konsolidiert erscheint, hat ein konzentriertes Besinnen auf die Grundlagen unserer Wissenschaft, auf die Möglichkeiten der Erkenntnis, auf die Aussichten und die Ziele eingesetzt, ein lebhaftestes Bemühen, der Erfahrungsmasse, die wir vorläufig mit dem Sammelnamen der Geisteskrankheiten bezeichnen, von jeder möglichen Facette her beizukommen.

Diese Entwicklung war keineswegs gleichmäßig. Sie erfolgte, wenn man es rückwärts betrachtet, in Schüben, zum Teil in Abhängigkeit von einzelnen hervorragenden Köpfen, deren Impulse wie Sauerteig wirkten, zum Teil durch die natürliche Schwerkraft der Dinge. Schon

¹⁾ Nach einem auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Kiel erstatteten Referat. Das Korreferat von Alzheimer erscheint später.

von jeher haben Phasen des Stillstandes und der Resignation abgewechselt mit solchen des klinischen Optimismus und der größeren Betriebsamkeit. Nicht immer war der tatsächliche Fortschritt gleichmäßig; scheinbare Umwege entpuppten sich als tatsächliche Förderrungen, Irrtümer tauchten auf, die unerwarteterweise Wahrheiten zutage brachten.

Die Hauptwandlungen, die auf klinischem Gebiete zu verzeichnen sind, haben sich noch im Bewußtsein der Mehrzahl der heute hier Anwesenden abgespielt.

Die Zerlegung des allmählich aufgehäuften riesigen Erfahrungsmaterials in „Formen“ war nicht nur ein logisches, sondern ein eminent praktisches Bedürfnis, vor allem von der Notwendigkeit aus, soviel wie möglich den späteren Verlauf der einzelnen Fälle vorherzusagen zu können. Diese Zerlegungsbestrebungen sind zum großen Teile erfolgreich gewesen. Längst schon ist die Trennung in organische Psychosen und in funktionelle Störungen durchgeführt worden (von dem Doppelsinn des Wortes funktionell wird später noch die Rede sein). Die grob organisch bedingten Geisteskrankheiten wurden wieder in zahlreiche Abteilungen zerlegt, zum Teil in endgültiger Weise, zum Teil doch soweit, daß begründete Hoffnung auf definitive Umgrenzungen besteht. Zu erwähnen wäre hier die Zerlegung der Idiotie, der senilen und der arteriosklerotischen Veränderungen, der Epilepsie usw. Das Hauptbeispiel einer glücklichen endgültigen Abgrenzung von Krankheitsbildern, die nach allen Richtungen sich dauernd als zusammengehörig erweisen, ist die progressive Paralyse gewesen. Der hier erzielte Erfolg ist in seinen Nebenwirkungen vielleicht ein Unglück geworden, weil er die Illusion nähren mußte, daß etwas Ähnliches sich bald einmal wiederholen könnte.

Schon bei dem Versuche, organische und funktionelle Störungen zu trennen, ergaben sich wieder Grenzschwierigkeiten, die vor allem in der Existenz der ätiologisch einheitlichen, im übrigen aber nach allen Richtungen auseinanderdrängenden Gruppe der toxischen Psychosen gegeben sind.

Von einem besonderen Gesichtspunkte aus wurde die Trennung der endogenen von den exogenen Erkrankungen durchzuführen versucht. Die Entwicklung des Begriffes der Degeneration war zwar von allgemein biologischen Gesichtspunkten aus ein Fortschritt, schuf aber für die klassifikatorischen Bemühungen neue große Schwierigkeiten. Die Gruppierung des klinischen Materiales von all diesen genannten Gesichtspunkten aus ergibt Kreise, die sich nur zum Teil decken und sich in der verschiedensten Weise schneiden.

Das Gebiet unserer eigentlichsten Nöte betreten wir in der Klinik täglich und auch im heutigen Referate bei den funktionellen Psy-

chosen. Eine Zeitlang hieß „funktionell“ nur soviel wie, daß wir anatomische Veränderungen mit heutigen Hilfsmitteln noch nicht nachweisen können mit der stillschweigenden Voraussetzung, daß sie aber in gesetzmäßiger Weise vorhanden wären. Heute wird das Adjektiv aber auch in dem Sinne gebraucht, daß wir darunter solche Störungen verstehen, die eine pathologische Anatomie niemals besitzen werden, weil sie keine besitzen können. Im klinischen Sinne würden wir im wesentlichen unter funktionellen Psychosen diejenigen zu verstehen haben, die nicht schicksalsmäßig mit einem geistigen Defekt endigen.

Auch hier läßt die Entwicklung aller in Betracht kommenden Fragen die in der wissenschaftlichen Erkenntnis übliche Wellenbewegung nicht vermissen. Bestimmte Auffassungen entstanden, wuchsen rasch an Anhängerzahl, um dann quantitativ wieder abzuflauen. So trug die Gunst der psychiatrischen Meinung eine ganze Zeitlang die Paranoia, dann die Dementia praecox, heute das manisch-depressive Irresein. Jedesmal umfaßte für Einzelne der Begriff dann einen so großen Teil aller Seelenstörungen überhaupt, daß es für praktische Zwecke jedenfalls gleichgültig war, ob man sie so oder anders benannte. Umfang, Höhe und Tempo dieser Entwicklungswellen war abhängig von Köpfen und Schulen. Heute ist für gewisse Anschauungen das ganze große Gebiet, welches nicht sicher grob organisch bedingt oder toxisch-ätiologisch einheitlich ist oder der Epilepsie oder der Hysterie zugehört, aufgeteilt zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein. Die Größe der so gebildeten Begriffe ist an sich schon ein Beweis, daß hier die lösende Formel nicht zu finden sein wird. Trotzdem sehen wir auf klinischem Gebiete ein fortgesetztes Umgruppieren, ein Herüber- und Hinüberschieben der Fälle von einem Krankheitsbegriff in den anderen und eine äußerst emsige, wenn auch der Wirkung nach erfolglose Tätigkeit, für die ich früher ein mir vielfach verübeltes Bild gebraucht habe, von Leuten, die eine trübe Flüssigkeit zu klären suchen, indem sie sie von einem Gefäß in das andere umgießen. (Vertretern einer logisch operierenden Geisteswissenschaft gegenüber sollte es des Hinweises nicht bedürfen, daß es dabei nur auf das Tertium comparationis, die Unzweckmäßigkeit des gewählten Verfahrens ankommt.) Zugrunde liegt all diesen emsigen Bemühungen der unverwüstliche Glaube, daß es auch auf psychiatrischem Gebiete möglich sein müßte, besonders abgegrenzte, reine, einheitliche Krankheitsformen zu finden, ein Glaube, der aus der Analogie zur somatischen Medizin immer wieder Nahrung nimmt, ohne daß dabei daran gedacht wird, daß die Art der Beziehungen zwischen Symptom und anatomischem Substrat, wie sie hier und wie sie dort sind, untereinander gar nicht verglichen werden kann. Zahlreiche Beschwichtigungs-

momente haben sich entwickelt, mit welchen den auftauchenden prinzipiellen Zweifeln entgegengetreten wird: die Erfahrung des Einzelnen ist ungenügend; die Beobachtung der über 30 und 40 Jahre sich erstreckenden Störungen ist zu kurz; es gibt abortive Formen, Mischformen, Grenzfälle und Übergangsbilder; die Reinheit der Krankheitsbilder wird durch Beimengungen von Schwachsinn oder den Einfluß der psychischen Degeneration usw. getrübt.

Im ganzen aber ist die Zahl derer doch im Zunehmen, die die große Menge der nach unserem heutigen Systeme nicht unterzubringenden Fälle bemerken, und was sehr viel mehr besagen will, geneigt sind, diesen Tatbestand zuzugeben, ohne daß sie aber doch deswegen auf den Glauben an die Existenz reiner Krankheitsformen verzichten wollen.

Jetzt vor 6 Jahren habe ich in München diesen skeptischen Betrachtungen zum ersten Male Ausdruck gegeben. In der Diskussion zu meinem damaligen Vortrage stand ich einer fast geschlossenen Front der Ablehnung gegenüber. In der inzwischen verflossenen Zeit hat sich vielfach, wenigstens in mündlicher Erörterung, zum Teil aber auch in literarischen Äußerungen eine langsame Annäherung an den damals lebhaft perhorreszierten Standpunkt vollzogen. Namentlich Binswanger hat sich zu ähnlichen Anschauungen bekannt. Es ist immerhin schon ein Fortschritt, daß das damals selbst gewählte Thema heute schon referatfähig geworden ist, und ich habe die Gelegenheit gerne ergriffen, um mich gewissermaßen vor diesem Forum hier zu verantworten. Man hat ja auch dem der Neuerungssucht vielleicht verdächtigen Referenten einen Korreferenten von zweifellos solidester wissenschaftlicher Struktur beigegeben.

Wir fragen zunächst: Wie steht es auf dem Gebiet der funktionellen Psychosen in dem vorhin umgrenzten Umfange mit unserem tatsächlichen Besitz an solchen Krankheitsformen, die allgemein anerkannt sind oder auch nur von dem Einzelnen bei ehrlicher Selbstprüfung vor seinem inneren Forum aufrechterhalten werden? Wie wir fortwährend genötigt sind, den Akt des Ignorierens störender Symptome und das Hinsehen der fehlenden in die Krankheitsbilder zu vollziehen, das habe ich schon früher mehrfach ausgeführt. In aufdringlicher Weise wird jedem akademischen Lehrer die relative Seltenheit reiner Krankheitsformen ins Bewußtsein hineingehämmert, wenn es sich darum handelt, für die elementare klinische Demonstration oder für das Staatsexamen geeignete Fälle auszusuchen. Wie weit wir alle auf klinischem Gebiete dauernd den größten Selbsttäuschungen unterworfen sind, zeigt ja jeder Blick, etwa auf die Geschichte der Amentia oder der Katonie. Wir alle haben früher, namentlich unter dem Einfluß der Meynertschen Aufstellungen, sehr viel mehr Fälle von Amentia zu sehen bekommen als heute, wo in Freiburg z. B. Reihen von Semestern

vergehen können, ohne daß trotz einer immerhin nicht unbeträchtlichen Aufnahmezahl demonstrierbare Amentiafälle vorkämen. Wo sind früher die heute scheinbar gar nicht mehr zu verkennenden Fälle von Kata-tonie gewesen, deren Spuren wir nur in Andeutungen in alten Krankengeschichten begegnen, und zwar auch, wenn diese nach damaliger Auffassung durchaus wissenschaftlich korrekt geführt waren? Wenn auch solche extreme Fälle, wie ich sie selbst erlebt habe, daß ein Mitassistent in das Journal als Status praesens eintrug: „Patient bietet das typische Bild der Amentia“, selten sein mögen, so wird doch jeder dem Alzheimer'schen Urteil zustimmen müssen, daß unsere Krankengeschichten im allgemeinen zu viel Urteile und zu wenig Beschreibung enthalten. Jeder einzelne, der sich selbst gegenüber einige Unbefangenheit zu bewahren weiß, erkennt bei rückwärts gewendeter Betrachtung in seinem Leben die Wandlungen seiner Illusionsfähigkeit in bezug auf Reinheit klinischer Bilder und auch die zweifellose Beeinflussung, der wir bei zufälligen Wandlungen des Materiales mit Ausbleiben oder Vorkommen gehäufte überzeugender Fälle ausgesetzt sind.

Es wäre in dieser Versammlung überflüssig, das Gebiet des Zweifelhafte mit Einzelbeweisen näher zu illustrieren. Die Beispiele drängen sich ja jedem auf. Wenn wir etwa einen Blick auf den heutigen Umfang des manisch-depressiven Irreseins werfen, so finden wir da die Melancholie, die Manie, einzeln, und in allen Variationen der Wiederholung; wir finden darunter Mischzustände, Fälle mit schließlich eintretenden Dauerveränderungen, Fälle ohne solche, Ersatzphasen der verschiedensten Art, akute und chronische paranoische Bilder (inklusive Querulantenwahn), Zustandsbilder von periodisch wiederkehrender Amentia, puerperale, klimakterische Psychosen und vieles andere.

Gänzlich unübersehbar ist das Chaos dessen, was im allgemeinen oder von einzelnen als paranoisch bezeichnet wird. Unter der Sammel-etikette der *Dementia praecox* finden sich heilbare, unheilbare, akute und chronische, einmal auftretende und rezidivierende und symptomatisch in allen erdenkbaren Farben schillernde Zustände, ganz abgesehen davon, daß ein breiter Grenzstreifen zwischen *Dementia praecox* und manisch-depressivem Irresein heute vielfach behauptet wird. Wir sehen Zustände von Verwirrtheit mit Wahnbildungen und Erregung, Stimmungsschwankungen und Sinnestäuschungen, die weder die Erschöpfungsursache haben, noch der Katatonie angehören, noch sonst irgendwo im heutigen System untergebracht werden können. Was ist aus dem Begriff der Periodizität geworden? Dadurch, daß unter Umständen auch ein einmaliges Erkranken im Leben Ausdruck einer periodischen Störung soll sein können, ist der Begriff bis auf Null verdünnt worden, oder er wird angewendet bei Wiederholung

gänzlich heterogener Zustände oder beim Eintreten von Ersatzphasen der verschiedensten Art.

Es ist wahrhaftig ein beträchtliches Maß von Illusionsfähigkeit notwendig, wenn man behaupten will, daß heute die klinische Erfahrung mit Notwendigkeit oder auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit zum Glauben an die Existenz reiner Krankheitsformen führt. Das am schärfsten sich markierende Signal für diesen Zustand besitzen wir in unserer durchschnittlich verzweiflungsvollen Hilflosigkeit der Prognose gegenüber zahlreichen Krankheitsbildern, die uns im gegebenen Einzelfall entgegenreten.

Der reinste Vertreter des Optimismus in klinischer Beziehung ist heute wohl Kraepelin, der in der Einleitung zum 2. Bande seines Lehrbuches 1910 der sicheren Überzeugung Ausdruck gab, „daß der weiteren Entwicklung der klinischen Psychiatrie keine grundsätzlichen, sondern nur solche Schwierigkeiten entgegenstehen, die durch geduldige Arbeit und reichere Erfahrung allmählich überwunden werden können“. Kraepelin gibt zwar auch die Zunahme der nicht einzuordnenden Fälle zu, bleibt aber bei seiner Forderung der monographischen Bearbeitung des ganzen Gebietes nach gewissenhafter Zersplitterung der Formen in ihre kleinsten Abwandlungen, die uns zum Besitze der reinen Formen führen würde.

Auch Alzheimer, der die tatsächliche Notlage im großen und ganzen anerkennt, ist der Meinung, daß es noch nicht an der Zeit sei, die Waffen zu strecken, daß wir noch nirgends die letzten tauglichen Mittel bis zum Ende versucht hätten.

Wenn so weitgehende grundsätzliche Differenzen in der Auffassung bestimmter Dinge bestehen, wie sie etwa in dem Kraepelinschen Vorwort einerseits, meinen Münchener und Stuttgarter Ausführungen andererseits zum Ausdruck kommen, so pflegt es sich dabei gewöhnlich um etwas nicht Beweisbares und im Augenblick Feststellbares, sondern um Glaubensfragen zu handeln. Tatsächlich ist es im wesentlichen eine dogmatische Angelegenheit.

Das entbindet uns nun keineswegs von der Verpflichtung, die wissenschaftliche Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit der einen oder der anderen Anschauung zu prüfen.

Voraussetzung für die Existenz reiner Krankheitsformen auf psychischem Gebiete muß sein, daß eine bestimmte Ursache bestimmte materielle Veränderungen an bestimmbareren Örtlichkeiten des Gehirns erzeugt, deren geradliniger Ausdruck dann die klinischen Symptome darstellen sollen. Es ist also der Glaube an die Existenz von Krankheitsformen untrennbar verbunden mit dem Glauben an die Existenz einer anatomisch greifbaren Basis, gleichviel, ob es sich dabei um grobe strukturelle Veränderungen oder mikrochemische oder sonst-

wie geartete Funktionsänderungen, jedenfalls aber um lokalisierte und eventuell faßbare Vorgänge handelt.

Eine unbefangene Prüfung unseres tatsächlichen Wissens auf dem Gebiete der Zurückbeziehung psychischer Phänomene auf bestimmte Hirngegenden oder Systeme zeigt ohne weiteres, daß wir alle heute noch viel zu sehr im Bann oder wenigstens unter der Nachwirkung der Lokalisationslehre stehen.

Unser einziger tatsächlicher Besitz ist der Hauptsache nach die Einsicht, daß der Geist nicht über den Wassern schwebt, d. h. daß psychisches Leben gesetzmäßigerweise nur dort zu finden ist, wo ein hochdifferenziertes Nervengewebe existiert. Die Mehrzahl unserer scheinbaren lokalisatorischen Kenntnisse bedeutet nur eine Handwerksvoraussetzung für die neurologische Diagnostik. Psychische Funktionen sind nur insofern lokalisierbar, als ihre der Peripherie zustrebenden Äußerungen irgendwo durch Leitungsunterbrechung gestört werden können. Nur in diesem Sinne kann von Zentren einzelner psychischer Tätigkeiten die Rede sein. Lokalisierbar in diesem Sinne sind also etwa Sinneswahrnehmungen, sprachliche Funktionen, psychomotorische Vorgänge der verschiedensten Art, Einzelleistungen der Gedächtnisfunktion u. dgl., während sich uns doch wohl im übrigen mit zwingender Kraft die Überzeugung aufdrängen muß, daß für alles das, was wir Gefühl, Stimmung, Gemütsbewegung, Trieb, Wille, Urteil usw. nennen, eine ausgebreitete Inanspruchnahme der verschiedensten Gehirnteile die Voraussetzung ist. Wie dürfen dabei weiter wohl als sicher annehmen, daß physiologisch ebensowenig eine scharfe Sonderung möglich sein wird, wie in der psychologischen Betrachtung. Es sind nur logisch-dialektische Fiktionen, wenn wir etwa Gefühl und Wille oder Empfindung und Gefühl usw. voneinander isolieren wollen.

Sobald man die heute unabweisbare Vorstellung von einer allgemeinen Funktion der verschiedensten Hirnteile für alle höheren psychischen Vorgänge sich zu eigen macht, so eröffnen sich für jede beliebige Störung irgendwelcher seelischer Vorgänge sehr zahlreiche Möglichkeiten des Angriffspunktes. Sinnestäuschungen brauchen demnach gar nicht ihre primäre Ursache in der Sinnesrinde zu haben; das primär Veränderte und Verändernde bei katatonischer *Flexibilitas cerea* braucht gar nicht in dem im engeren Sinne psychomotorischen System zu sitzen. Vielleicht findet die seltsame psychologische Unzugänglichkeit mancher klinischer Krankheitsbilder, wie etwa der katatonischen Sperrung im Stupor, darin seine Erklärung, daß das primär Alterierende eben nicht in dem Nächstliegenden, also bei Katonie auf psychomotorischem Gebiete zu suchen ist.

Ein anderes kommt hinzu. Wir nehmen ja wohl heute alle an, daß

dasjenige, was wir subjektiv als seelische Vorgänge erleben, die nach innen gekehrte Facette zusammengesetzter Erregungsvorgänge in der Nervensubstanz darstellt. Dabei ist es natürlich sehr wohl möglich, daß in denselben Struktursystemen mit demselben Aufwande von chemischem Umsatz und eventuell anatomisch nachweisbaren feinsten Veränderungen je nach der Form des ablaufenden Erregungsvorganges sich sehr verschiedenartiges psychisches Geschehen abspielen kann, so daß auch eine unendlich weit vorgeschrittene Mikrochemie eine Zurückbeziehung greifbarer, sichtbarer Veränderungen auf bestimmte psychische Erscheinungen nicht zu leisten vermöchte. Das Psychische stellt eben eine vollkommen neue Kategorie dar, die in sich geschlossen ist, ihren eigenen Gesetzen gehorcht, den materiellen Vorgängen gegenüber aber inkommensurabel ist. Ein im übrigen nicht nach allen Richtungen mit den gemeinten Vorgängen sich deckendes Bild wäre es, wenn ich als Analogon heranziehe, daß man mit einem bestimmten Aufwande von Kraft auf einem gegebenen Musikinstrumente mit der gleichen Anzahl physikalisch zu bestimmender Schwingungen, nur in anderer Anordnung, die inhaltlich verschiedenartigsten Musikgestaltungen hervorbringen kann, die auch, in sich geschlossen, mit eigenen Gesetzen eine neue Kategorie bilden, die mit dem materiellen Substrat inkommensurabel ist.

Wenn diese Vorstellungen, gegen die allzuviel Tatsächliches nicht einzuwenden sein wird, zutreffend sind, so würde jede Hoffnung auf eine anatomisch zu vollziehende Differenzierung seelischer Vorgänge im Gehirn aufzugeben sein, nicht nur für das Gebiet des Krankhaften, sondern auch schon für die normale Psychologie.

In jedem Falle scheint es mir, daß die Aussichten, Verschiedenartigkeit oder verschiedene Lokalisation dieser oder jener anatomisch erkennbaren Hirnvorgänge als Abgrenzungsprinzip klinischer Krankheitsformen heranziehen zu können, für die funktionellen Psychosen gleich Null sind.

Sehr greifbare negative Beweise werden uns von der Natur alltätlich geliefert. Ich meine die Tatsache, auf die ich schon früher hingewiesen habe, daß gerade die grob-anatomisch bedingten Störungen in ihrer Einzelsymptomatologie am regellosesten sind. Es gilt das in gleicher Weise für die progressive Paralyse, für die arteriosklerotischen und senilen Geistesstörungen und für diejenigen Fälle aus dem engeren und sicheren Gebiete der Dementia praecox, die rasch zu schweren und endgültigen Ausfallserscheinungen führen. Gewisse Grundzüge des Krankheitsbildes, für die aber eigentlich bei den genannten Störungen nur der fortschreitende Zerfall der geistigen Persönlichkeit übrigbleibt, sind allen Fällen gemeinsam. Dieser Prozeß aber, den wir auf eine Additionswirkung der quantitativen

Verminderung der funktionstragenden Nervensubstanz beziehen müssen, wird begleitet von buntschillernden Symptomkombinationen der verschiedensten Art. Wir wissen, daß bei den genannten Krankheitsformen teils episodisch, teils in längerer Dauer, so gut wie alle diejenigen Krankheitsbilder vorkommen können, die wir ohne Ausfallserscheinungen als vorübergehende und ausgleichbare Störungen bei den funktionellen Psychosen finden. Wenn wir auch imstande sind, heute mit einiger Sicherheit aus dem Gehirn eines uns unbekanntem Menschen post mortem die Diagnose auf progressive Paralyse zu stellen, so können wir doch in bezug auf den klinischen Verlauf wohl ganz im allgemeinen aussagen, daß wahrscheinlich eine fortschreitende Demenz dem Tode vorausgegangen ist; über alle Einzelgestaltungen des Verlaufes, ob mit Erregung oder nicht, ob mit manischen, melancholischen oder wahnbildenden Episoden usw., kann kein Mensch aus dem anatomischen Bilde etwas aussagen.

Gerade also die Fälle, bei denen wir eine gesetzmäßige pathologische Anatomie teils kennen, teils kennen lernen werden, zeigen die Erfolglosigkeit unserer Bemühungen, zwischen anatomischen Veränderungen und psychischen Phänomenen eine gesetzmäßige Brücke zu schlagen.

Die heute auf Grund aller dieser Erwägungen von mir vertretene Meinung, daß wir uns bei dem unablässigen Suchen nach abgegrenzten reinen Krankheitsbildern psychischer Art auf einem Holzwege befinden, ist nur in der Ausdehnung auf das ganze Gebiet etwas Neues. In gewissem Umfange sind entsprechende Tendenzen uns schon lange Zeit selbstverständlich geworden; ich meine die zum Teil sich vorbereitende, zum Teil abgeschlossene Auflösung einzelner alter historischer Krankheitsbegriffe. Ich brauche in dieser Beziehung nur an die Geschichte der Hypochondrie zu erinnern, von der im Sinne eines reinen Krankheitsbildes überhaupt nichts mehr übriggeblieben ist. Den gleichen Entwicklungsgang nimmt die Neurasthenie, die wenn wir sie als eine erworbene Erschöpfung des Nervensystems ansehen und alle aus dem Gebiete der periodischen Psychosen, der konstitutionellen Verstimmung, des Alkohols, der Syphilis, der Dementia praecox stammenden Fälle abziehen, eine keineswegs so häufige Krankheit ist, wie dies lange Zeit hindurch angenommen wurde. In bezug auf die Hysterie ist die Einsicht wenigstens auf dem Marsche, daß es eine Krankheit sui generis: „Hysterie“ nicht gibt, daß das, was wir als hysterischen Charakter bezeichnen, vielleicht nur ein Degenerationssymptom ist, und daß die Fälle, in denen der sog. hysterische Charakter im Vordergrunde steht, mit anderen, speziell z. B. mit den Fällen monosymptomatischer Hysterie, außer dem Namen gar nichts Gemeinsames haben.

Unberührt von diesen klassifikatorischen Zweifeln bleibt die Tatsache, daß die Adjektiva „hysterisch“, „hypochondrisch“, „neurasthenisch“ zur Bezeichnung bestimmter psychischer Dispositionen oder Reaktionsformen ihre volle und allgemein anerkannte Bedeutung behalten.

Wir kennen, obgleich wir ja heute von den zahlreichen normalen psychischen Typen als solchen viel zu wenig wissen, noch mehr derartiger Dispositions- und Reaktionsarten, etwa diejenigen, die unter dem Namen der konstitutionellen Verstimmung zusammengefaßt werden, den chronisch-manischen, den mißtrauisch-paranoischen, den agil-querulierenden Charakter, die besonders zentrale Disposition zu Bewußtseinstrübungen, zu Delirien bei Gelegenheiten, auf die der Normale nicht reagiert u. a. m.

Es liegt in dem Vorkommen dieser besonderen, dauernden und größtenteils mitgebrachten Reaktionsformen, von denen sich jede einzelne für sich wieder aus Vereinigung elementarer Dispositionen auf motorischem, sensorischem Gebiete usw. zusammensetzt, der dringende Hinweis, daß in der normalen Psyche ebenso wie in der degenerativ veranlagten bestimmte Symptomverkuppelungen präformiert liegen, die teils das ausmachen, was wir als den Charakter eines Menschen bezeichnen, teils im Fall besonderer krankmachender Einflüsse bestimmen, wie die krankhaft abweichende Reaktionsform der Persönlichkeit ausfällt. Ganz das gleiche müssen wir bei den ausgesprochenen Geistesstörungen annehmen. Über das, was wir in adjektivischer Form melancholisch, manisch, delirant, paranoisch nennen, ist unter kompetenten Beurteilern kein Zweifel. Und daß die Psychosen allerorten und zu allen Zeiten in gewissen Grundzügen übereinstimmen, liegt eben in dem Besitz derartiger immer wiederkehrender Symptomverkuppelungen, aus denen ja auch für das praktische Handeln die aus dem Zustandsbilde abzuleitenden Indikationen hervorgehen. †

Solche Symptomverkuppelungen treffen wir nun nicht nur bei solchen Geistesstörungen, die auf uns den Eindruck machen, als ob sie nur eine Verstärkung bestimmter krankhafter Dispositionen darstellten, wie etwa Menancholie, Manie, chronische Paranoia, sondern diese Komplexe werden auch geliefert von organischen Vorgängen, bei denen sie eben nur episodisch und als Symptomengruppen von sekundärer Bedeutung auftreten, wie etwa bei der progressiven Paralyse.

Die fortgesetzte und gesetzmäßige Wiederkehr solcher Symptomenkomplexe erweckt zweifellos den Eindruck, daß bei einer großen Anzahl, vielleicht bei allen psychischen Störungen Symptomenverkuppelungen ausgelöst werden, die schon gewissermaßen parat liegen. Ein grobes und nur zum Teil jedenfalls sich deckendes Beispiel auf anderem

Gebiete würde der epileptische Anfall sein, der, sobald bestimmte uns nicht näher bekannte Voraussetzungen vorliegen, sofort mit der ganzen Reihe seiner Einzelkomponenten: Aura, Bewußtlosigkeit, Toni, Zuckungen usw. in die Erscheinung tritt, ohne daß etwa das zentrale Nervensystem diesen ihm absolut neuen Vorgang irgendwie vorbereiten oder durch Übung lernen müßte. Ganz verschiedenartige und von dem, der etwas Derartiges noch nicht gesehen hat, in ihrer Zusammensetzung keineswegs prophezeihbare Einzelheiten eines pathologischen Vorganges kehren immer in der gleichen Weise wieder, bei dem hundertsten Anfall nicht anders als bei dem ersten, und müssen wohl irgendwelchen tieferen gesetzmäßigen inneren Zusammenhängen gerade diese Gruppierung verdanken. In ähnlicher Weise mutatis mutandis würde man sich vorzustellen haben, daß beispielshalber die Kombination von deprimierter Stimmungslage, Kleinheitsgefühl und motorischer Hemmung oder von gehobener Stimmung, Bewegungsdrang, Ideenflucht, oder: die innige Verbindung von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen oder: die Verkuppelung von Störungen der Merkfähigkeit mit der Neigung zu Konfabulation und vieles andere präformiert vorhanden ist und im Falle einer psychischen Erkrankung fertig in die Erscheinung tritt.

Diese Symptomenkomplexe sind von mir schon früher als „Einheiten zweiter Ordnung“ bezeichnet worden. Die sog. Krankheitsformen in ihrer heutigen Umgrenzung haben sich als zu groß erwiesen, die Elementarsymptome andererseits sind natürlich noch weniger geeignet, da sie Einzelercheinungen darstellen, für die Abgrenzung der verschiedenen Zustände verwendet zu werden. Zwischen diesen beiden Erscheinungsreihen würden die Symptomenkomplexe stehen, auf die unser heutiges Sehen noch zu wenig eingestellt ist, weil wir immer nach Verwirklichung unserer Ideen von dem Inhalt der größeren Einheiten, der reinen Krankheitsformen, gestrebt haben.

Es ist nicht meine Absicht, hier im einzelnen alle die Symptomenkomplexe aufzuzählen, die etwa im Augenblick im Sinne dieser Ausführungen schon zu nennen wären; wohl aber erscheint es mir als die dringlichste Aufgabe der nächsten Zeit, nach ihnen zu suchen.

Möglicherweise werden sich die Seelenstörungen dann gruppieren in solche, deren Symptomatologie im wesentlichen in der Auslösung präformierter Komplexe besteht, und in solche, die regellos neue Symptomkombinationen schaffen. Vielleicht wird sich herausstellen, daß sich diese Trennung deckt mit der, die wir mit den Worten funktionell und organisch vollziehen; vielleicht auch wird sich ergeben, daß gerade diejenigen Störungen, die wir als endogen bezeichnen, eine besondere Neigung haben, parat liegende Symptomenkomplexe auszulösen.

Auch für die normale Psychologie, am meisten aber wohl für

die Grenzzustände wird sich diese Betrachtungsweise als fruchtbar erweisen.

Über die Summe des im Augenblick auf diesem Wege Erreichbaren mache ich mir keinerlei Illusionen, und ich verstehe auch sehr wohl, daß man diesen im wesentlichen verneinenden Standpunkt als pessimistisch mißbilligen und als nicht fördernd ablehnen wird. Indessen ist dabei zu bedenken, daß auch die Verneinung ihren positiven Wert hat, wenn sie Kräfte frei macht, die sich sonst in der aussichtslosen Jagd nach einem Phantom erschöpfen.
