

# Energetische Theorie der Psychosen

und der  
abnormen Bewusstseinszustände.

Von

**Dr. Harry Marcuse,**

Arzt an der Irrenanstalt der Stadt Berlin, Herzberge.

*Mit 5 Textfiguren.*

**Berlin 1913.**

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Energetische  
Theorie der Psychosen  
und der  
abnormen Bewusstseinszustände.

---

# Energetische Theorie der Psychosen

und der  
abnormen Bewusstseinszustände.

Von

**Dr. Harry Marcuse,**

Arzt an der Irrenanstalt der Stadt Berlin, Herzberge.

*Mit 5 Textfiguren.*

**1913**

Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH

---

Alle Rechte vorbehalten.

---

ISBN 978-3-662-23758-8    ISBN 978-3-662-25860-6 (eBook)  
DOI 10.1007/978-3-662-25860-6

# Vorwort

---

Die vorliegende Arbeit ist ein neuartiger Versuch, die Geisteskrankheiten in einer einheitlichen psychologischen Theorie zusammenzufassen.

Jeder angehende Psychiater erwartet naturgemäß, in der wissenschaftlichen Psychologie den sicheren Leitfaden zu finden, der ihn durch die überwältigende Fülle der Krankheitsbilder hindurchführen wird. Andererseits nimmt der gebildete Laie an, die Kenntnis der Geistesstörungen müsse die tiefsten Aufschlüsse über das Seelenleben überhaupt vermitteln. Der Erfahrene weiß, daß dem nicht so ist. Die wissenschaftliche Psychologie liefert der Psychiatrie wertvolle Untersuchungsmethoden, viel Einzelwissen, Auflösung von Symptomen und krankhaften Geisteszuständen. All' diese Kenntnisse schließen sich aber nicht zu dem Gesamtbau eines ungekünstelten nosologischen Systems zusammen und erscheinen uns daher — nach Moebius' derbem Worte — als „Kleinkram“.

Die bisherigen Theorien der Geistesstörungen sind also unzulänglich, denn sie laufen den klinischen Erfahrungen immer nur auf kurze Strecken parallel.

Die Mehrzahl der Psychiater hält sich daher, auf die Forderung eines geradlinigen psychologischen Aufbaus verzichtend, an klinische Krankheitssysteme, d. h. sie behilft sich mit Einteilungen, die nicht nach einem einheitlichen Prinzipie gestaltet, sondern nach wechselnden Richtungspunkten, teils anatomischen, teils ätiologischen, teils solchen des Verlaufs und Ausgangs orientiert und — bei immer wieder anderer Gruppierung — von „dem unverwüstlichen Glauben an die Findbarkeit reiner Krankheitsformen“ getragen sind. Indessen die Zweifler an der Richtigkeit dieses Weges — ihr Wortführer war auf der Jahresversammlung der deutschen Psychiater in Kiel 1912 Hoche — mehren sich!

In zehnjähriger Erfahrung am Kranken ist mir eine Auffassung der Geisteskrankheiten herangewachsen, die sich mir durch das Studium der Jodlschen Psychologie zu einer einheitlichen „energetischen Theorie“ geklärt hat. Mehr als ich es zu hoffen wagte, gab mir diese Psychologie die Stützen meiner Anschauungen. Andererseits fand ich in der Brauchbarkeit der Jodlschen Lehren für die Anforderungen der Praxis und in ihrer Anwendbarkeit auch auf die besonderen Seelenzustände des Schlafs, des Traumes und der Hypnose eine Gegenprobe für ihre Richtigkeit. Das gibt mir den Mut, mit meiner Arbeit herauszutreten.

Meinem Freunde Dr. Paul Bernhardt in Dalldorf danke ich für seine Durchsicht des Manuskripts und mannigfache Anregungen.

Berlin, im Juni 1913.

**H. Marcuse.**

# Inhaltsverzeichnis.

---

	Seite
1. Kapitel. Einleitung. Die Psychologie Jodls . . . . .	1
2. Kapitel. Erregung und Hemmung. Krankhafte psychische Reaktion . .	5
3. Kapitel. Konstitution und Konstellation . . . . .	9
4. Kapitel. Die Gegensätzlichkeit von Hysterie und Imbezillität. Relative Hysterie und relative Imbezillität . . . . .	12
5. Kapitel. Die krankhaften Erregungszustände des Empfindens . . . . .	25
6. Kapitel. Die krankhaften Erregungszustände des Fühlens . . . . .	32
7. Kapitel. Die krankhaften Erregungszustände des Wollens . . . . .	36
8. Kapitel. Die krankhafte Erregung des Vorstellens. Die Wahnidee . . .	40
9. Kapitel. Hysterische Erregungszustände . . . . .	46
10. Kapitel. Der Erregungsstupor . . . . .	52
11. Kapitel. Die Hemmungssymptome . . . . .	58
12. Kapitel. Katatonische und hysterische Psychosen. Prognosen . . . .	67
13. Kapitel. Ergebnisse der energetischen Theorie. Die kindliche Psyche und die Entwicklung verschiedener Konstitutionen . . . . .	77
14. Kapitel. Schlaf, Traum, Hypnose, Simulation . . . . .	84
15. Kapitel. Wirkung des Alkohols . . . . .	92
16. Kapitel. Diffuse organische Gehirnkrankheiten . . . . .	98
17. Kapitel. Epilepsie. Amnesie . . . . .	104
18. Kapitel. Vererbung . . . . .	110
19. Kapitel. Zusammenfassung . . . . .	113

---

## 1. Kapitel.

### **Einleitung. Die Psychologie Jodls.**

---

Die Erscheinungen der Geisteskrankheiten psychologisch verstehen, kann nichts anderes heißen, als sie auf psychologische Begriffe und Gesetze zurückführen. Jeder Versuch einer psychologischen Erklärung von Psychosen muß zwecklos erscheinen, wenn nicht als selbstverständliches Axiom vorausgesetzt wird, daß die krankhaften psychischen Erscheinungen den gesunden wesensgleich sind. Sobald hier neue, dem normalen Seelenleben unbekanntere Vorgänge, Kräfte oder Zustände angenommen werden, ist ein psychologisches Verständnis ausgeschlossen. Die krankhaften Äußerungen der Psyche müssen sich mit Hilfe der Lehre von den normalen Bewußtseinserscheinungen, der Psychologie, definieren lassen. „Eine wirkliche Trennung der Psychologie und der Psychopathologie ist der Natur der Sache nach unmöglich“. Andererseits werden pathologische Erscheinungen „ein Prüfstein für die Richtigkeit psychologischer Theorien sein“<sup>1)</sup>.

Der innere Zusammenhang von Psychologie und Psychiatrie ist auch von den meisten Vertretern beider Disziplinen anerkannt worden. Der verschiedene psychologische Standpunkt tritt in den verschiedenen systematischen Bearbeitungen, welche die klinischen Tatsachen der Psychiatrie erfahren haben, deutlich hervor. Die Mehrzahl der Psychiater versuchen im Anschluß an Kraepelin mit der Psychologie Wundts die pathologischen Phänomene dem Verständnis näher zu bringen. Ein kleiner Teil hat sich der von Ziehen vertretenen Assoziationspsychologie angeschlossen. Eine besondere Gruppe sehen wir um Freud geschart, in dessen Anschauungen das Unbewußte eine wesentliche Rolle spielt. Das System Wernickes scheint dagegen, wenigstens soweit es sich auf die funktionellen Psychosen bezieht, schnell in Vergessenheit zu geraten.

Es herrscht also jedenfalls unter den Psychiatern keine Einigkeit über die psychologischen Grundlagen ihrer Wissenschaft. Während

---

1) Jodl, Lehrbuch der Psychologie. 1908. Bd. I. S. 9, 18.

H. Marcuse, Energetische Theorie der Psychosen usw.

die Beurteilung von psychischen Krankheiten in klinischer Hinsicht wenig Differenzen zeigt, gehen die Ansichten über die psychologischen Fragen weit auseinander. Nicht an den Tatsachen, die die Psychiatrie erforscht hat, kann gezweifelt werden, nur ihre psychologische Deutung läßt noch sehr viel zu wünschen übrig. In den psychologischen Anschauungen müssen wir daher den Grund suchen, der eine einheitliche Auffassung der psychopathologischen Symptome bisher unmöglich gemacht hat. Und wem die herrschenden psychiatrischen Anschauungen, soweit sie psychologisch sind, nicht genügen, der muß zunächst nach einer psychologischen Grundlage suchen, die neue Gesichtspunkte und neue Fragestellungen für die Pathologie des psychischen Geschehens ergibt. Eine solche Grundlage glaube ich in der Psychologie Friedrich Jodls gefunden zu haben. Ohne auf andere Theorien hier näher einzugehen, sei zunächst die Psychologie Jodls in ihrer bedeutsamen Abweichung von allen anderen Systemen kurz skizziert.

Nach Jodl ist das psychische Geschehen die spezifische Energie des Zentralnervensystems, seine Lebensäußerung und Aufgabe, aufs Engste an seine Struktur gebunden und von ihr abhängig; je feiner diese Struktur also entwickelt ist, desto größer und mannigfaltiger sind die psychischen Leistungen, die psychische Kraft.

„Der psychophysische Organismus<sup>1)</sup> ist inmitten der Natur selbst ein Kraftzentrum, alles umbildend, und in seiner Weise verarbeitend, was an ihn herankommt“. Alles psychische Geschehen, alles Bewußtsein ist demnach Aktivität der Nervensubstanz oder, allgemeiner ausgedrückt, Funktion der organischen Substanz auf einer bestimmten Stufe ihrer Entwicklung.

Diese Aktivität äußert sich in Empfinden, Fühlen, Streben und Vorstellen und ist in ihrer Gesamtheit das, was man Seele nennen kann. Ob also eine Empfindung wahrgenommen oder ein Affekt erlebt wird, ob ein Streben genährt oder eine Vorstellung gedacht wird — alle psychischen Funktionen sind Leistungen der Seele, Aeußerungen des psychophysischen Kraftzentrums.

Die genannten Funktionen sind nicht weiter definierbare Formen oder Erscheinungsweisen des Bewußtseins, auf die alle Bewußtseinstätigkeit zurückzuführen ist. Es sind aber keine besonderen Kräfte oder Vermögen, sondern Reaktionsvorgänge, an denen man zwar Rezeptivität (Empfinden und Fühlen) und Spontaneität (Streben) unterscheiden muß, die aber nie nur Rezeptivität oder nur Spontaneität sind. Es ist vielmehr jedes psychische Geschehen ein Reaktionsvorgang, in

---

1) l. c. Bd. I. S. 181.

dem Rezeptivität und Spontaneität, wenn auch quantitativ in verschiedenen Verhältnissen gemischt, enthalten sind.

„Zwischen Aufnehmen und Verarbeiten, Rezeptivität und Spontaneität, Inhalten und Akten findet im Bewußtsein keine Trennung, sondern nur ein logisch-begrifflicher Gegensatz statt. Es gibt keine Erregung des Bewußtseins, welche nur Inhalt, lediglich passive Spiegelung eines anderen Seins wäre und nicht schon durch die spezifische Kraft, welche wir psychisch nennen, geformt, d. h. von einem andern, dem nächstvorhergehenden, Zustande unterschieden oder mit ihm verglichen wäre. Es gibt keine Erregung des Bewußtseins, die nur Form wäre, d. h. reine Spontaneität, schöpferisches Erzeugnis des Bewußtseins und von allen äußeren Erregungen vollkommen unabhängig; denn keine Form kann etwas anderes sein als ein wahrgenommenes Verhältnis zweier gegebener Zustände oder Inhalte“<sup>1)</sup>.

Jodl unterscheidet ferner an dem Phänomen, das wir Seele oder Bewußtsein nennen, und das wir als eine spezifische Funktion der lebenden Substanz erkannt haben, eine primäre und eine sekundäre Stufe, und zwar sind Empfinden, Fühlen, Streben die primären, Vorstellen die sekundären Reaktionen, d. h. „sie sind entweder unmittelbare Nachwirkung von Reizen, welche auf den Organismus treffen, oder sie sind Bilder von früheren unmittelbaren Erregungen und Zuständen“<sup>2)</sup>.

Das primäre Bewußtsein ist also Empfindung + Gefühl + Streben. Empfindung und Gefühl repräsentieren die Rezeptivität, das Streben die Spontaneität des primären Bewußtseins. Jeder Bewußtseinszustand enthält sämtliche drei Faktoren und ist nur durch alle drei endgültig bestimmt. Ein isoliertes Vorkommen einer der drei Formen des Bewußtseins gibt es nicht, nur wird oft eine Form von ihnen das Uebergewicht haben, und damit dem Bewußtseinszustand, dem psychischen Reaktionsvorgang, den ihm eigentümlichen besonderen Charakter verleihen. Eine Empfindung braucht nur sehr gering lust- oder unlustbetont zu sein, das affektive Gefühl dabei kann „mikroskopisch“ werden. Es ist aber stets in der Empfindung ein Lust- oder Unlustgefühl enthalten und ebenso mindestens ein Quäntchen Aufmerksamkeit, d. h. der Wille zur Wahrnehmung oder das Streben sich ihr zu entziehen. Ebenso sind im Fühlen oder Streben die anderen beiden Funktionen enthalten. Aktivität der Nervensubstanz stellt jede psychische Reaktion dar, Empfinden und Fühlen, also die Rezeptivität, ebenso wie das Streben, die Spontaneität.

1) l. c. S. 141.

2) l. c. S. 184.

Mit der Anwendung des Energiebegriffs auf das psychische Geschehen knüpft Jodl an Ostwald an. Aber er erkennt im Gegensatz zu diesem nur das Empfinden, Fühlen und Streben als die drei koordinierten Grundkräfte der Seele an. In dem Vorstellen dagegen sieht er keine diesen koordinierte Funktion. Die Vorstellung einer Empfindung ist gar keine Empfindung. Die sekundäre Funktion ist der primären inkomparabel. Mit dem Vorstellen tritt ein neues Können, eine höhere Stufe der Entwicklung psychischen Geschehens in die Erscheinung. Erst wenn das Organ der Seele, das Gehirn, die notwendige Entwicklung erreicht hat, kann und muß Vorstellen, Gedächtnis, reproduziertes psychisches Geschehen auftreten.

Die sekundäre Funktion ist auf der primären aufgebaut und ganz und gar von ihr abhängig. Sie stellt gewissermaßen eine Transformation der ursprünglichen psychischen Kraft dar. Sie ist nichts anderes als was Semon mit Mneme bezeichnet, die Fähigkeit der lebenden Substanz, Eindrücke festzuhalten und zu reproduzieren. Diese Fähigkeit ist beim Zentralnervensystem in das Unermeßliche gesteigert. Auf ihr beruht letzten Endes das Vorstellen, das Denken, der Verstand.

Die Mannigfaltigkeit der psychischen Leistungen des Menschen macht es erforderlich, noch eine tertiäre Bewußtseinsstufe, die reflexive Funktion, abzugrenzen. Diese Einteilung hier im einzelnen zu erörtern, würde zu weit führen. Das Wesentliche ist: die psychologische Analyse ergibt bei jeder höheren psychischen Leistung eine der drei primären Funktionen des Bewußtseinszustandes als die Wurzel, aus der sie hervorgegangen ist. So bauen sich z. B. die Begriffe von Raum und Zeit auf den primären Empfindungen auf. Die Affekte und die ästhetischen Gefühle lassen sich auf das primäre Fühlen zurückführen. Aufmerksamkeit, Ueberlegung, Mut sind Transformationen des primären Strebens.

Für die Zwecke der Psychiatrie dürfte es vorläufig genügen, die primäre von der sekundären Bewußtseinsstufe zu unterscheiden. Die primären psychischen Reaktionen entsprechen einer niedrigeren Entwicklungsstufe. Die gegenwärtige Lichtempfindung z. B. teilt der Mensch mit niederen Tieren, mit Kindern, mit Idioten. Ebenso können diese weniger differenzierten oder mangelhaft entwickelten Organismen Lust und Unlust fühlen, in Bewegungen des Körpers usw. ein Streben dokumentieren. Sie sind mehr oder weniger ausschließlich zu primären oder präsentativen psychischen Reaktionen fähig.

Die sekundäre Funktion, in der wir nun alles Vorstellen und Denken, also das repräsentative und reflexive psychische Geschehen

Jodls zusammenfassen, zeigt beim erwachsenen Menschen die höchste Entwicklung. Infolge ihrer außerordentlichen Entfaltung verdeckt sie dem naiven Bewußtsein die primäre Funktion, ohne die aber auch beim Menschen kein psychisches Geschehen möglich ist. Vielmehr ist in jedem einzelnen psychischen Akt, ob er der sekundären oder tertiären Stufe zugehört, die primäre Wurzel enthalten.

Diese Unterscheidung zwischen primären und sekundären (resp. tertiären) psychischen Funktionen ist zwar nur in der Abstraktion ausführbar, aber die Tatsachen zwingen dazu, die Verschiedenheit des psychischen Geschehens nicht in den Inhalten, sondern in der Art der Bewußtseinstätigkeit zu suchen. „Nicht die Inhalte sind verschieden, sondern die Bewußtseinstätigkeit“<sup>1)</sup>.

Diese Anschauungsweise Jodls ist in zweifacher Hinsicht von entscheidender Bedeutung: erstens entreißt sie die primären Elemente, die in der menschlichen Psyche wirksam sind, der Vergessenheit. Wir werden sehen, daß sie zum Verständnis der psychopathologischen Erscheinungen unentbehrlich sind, und daß gerade aus diesen der Beweis für die Richtigkeit und Notwendigkeit der Trennung von primärer und sekundärer Bewußtseinsstufe abzuleiten ist. Zweitens aber führt der Gedanke, daß hier verschiedene Entwicklungsstufen der psychischen Kraft vorliegen, die untrennbar verbunden, also auch voneinander abhängig sind, zu Konsequenzen, die für die Auffassung der Psychosen von größter Bedeutung sind.

Jodl macht den Entwicklungsgedanken zugleich mit dem Energiebegriff für die Psychologie nutzbar. Seine Anschauungsweise ist im höchsten Maße naturwissenschaftlich, biologisch. Deswegen ist sie als Grundlage der Psychiatrie den bisherigen philosophisch-abstrakten Systemen vorzuziehen.

Die wichtige Rolle, die dem Energiebegriff für das psychische Geschehen in den folgenden Ausführungen zuerkannt wird, hat dazu geführt, sie als „energetische Theorie“ zu bezeichnen.

---

## 2. Kapitel.

### **Erregung und Hemmung. Krankhafte psychische Reaktion.**

---

Alles psychische Geschehen, also jeder Bewußtseinszustand, ist Ausdruck der in einem Individuum zurzeit wirksamen spezifischen Energie seines Zentralnervensystems. Diese Energie ist bei ver-

---

1) l. c. Bd. II. S. 107.

schiedenen Individuen verschieden und unterliegt auch im Leben des Einzelnen normalerweise Schwankungen.

Die Unterschiede der Bewußtseinszustände können qualitativer oder quantitativer Art sein. Die qualitativen Unterschiede sind durch das Ueberwiegen einer der drei primären Qualitäten des psychischen Geschehens bedingt. Empfinden, Fühlen und Wollen wechseln einander ständig ab, ohne daß aber eine Qualität dabei völlig verschwindet.

Die quantitativen Unterschiede sind aus dem normalen Leben im positiven Sinne bekannt als Zeiten der erhöhten Spannkraft, gesteigerter Leistungsfähigkeit, im negativen als solche der Abstumpfung, Ermüdung, des Schlafes.

Die positive Intensitätsschwankung der psychischen Reaktion nennen wir psychische Erregung, die negative psychische Hemmung, und verstehen also unter Erregung und Hemmung gegensätzliche psychische Zustände, die verschiedene Intensitätsgrade der psychischen Reaktion bezeichnen und sich positiv resp. negativ zu einem Nullpunkt verhalten, der dem normalen Zustand entspricht.

Diese Unterscheidung ist ein Ausdruck für die Erfahrungstatsache, daß in Zeiten psychischer Erregung mehr psychische Energie verbraucht wird als in denen der Hemmung. Dabei ist es unwesentlich, ob der Verbrauch durch Steigerung einer Qualität der Rezeptivität oder durch die der Spontaneität hervorgerufen wird.

Die psychologische Analyse eines gegebenen Bewußtseinszustandes besteht demnach zunächst darin, ihn den Erregungs- oder den Hemmungszuständen einzureihen und festzustellen, welche primäre Qualität in ihm überwiegt. Ferner aber ist die Frage zu beantworten, welches Verhältnis im vorliegenden Fall zwischen primärer und sekundärer Funktion besteht, ob also Erregung bzw. Hemmung auf primärer Funktion oder auf Vorstellungen beruht.

Die psychische Kraft, die überhaupt von einem Zentralnervensystem in einem gegebenen Zeitpunkt geleistet werden kann, ist von der morphologischen Beschaffenheit, d. h. von der Entwicklungsstufe desselben abhängig. Die Menge seiner potentiellen Kraft ist eine bestimmte. Sie ist zwar nicht direkt meßbar, nicht in Zahlen auszudrücken, aber im Vergleich mit dem potentiellen Maximum anderer Individuen oder desselben Individuums zu anderen Zeiten größer oder kleiner als dieses.

Ein solches Maximum psychischen Geschehens kann entweder durch hochgradige Steigerung einer primären Qualität oder eine gleichmäßige Steigerung aller drei Qualitäten gebildet werden. Immer werden sich alle drei Qualitäten im Zustand der Erregung oder

Hemmung befinden müssen. Die psychische Kraft ist unteilbar und kann sich zwar auch in starker Erregung überwiegend in einer Qualität äußern. Dann aber sind auch die anderen Qualitäten erregt. Sie kann in einer Qualität überwiegend gehemmt sein, aber nicht, ohne daß auch die anderen Qualitäten mehr oder weniger gehemmt sind. Es kann nicht gleichzeitig Hemmung und Erregung bestehen.

Ferner müssen sich in gleicher Weise die sekundären Funktionen an dem Wechsel der psychischen Erregung beteiligen, da sie von den primären abhängig sind. Wenn sich die psychische Kraft schon in normalen Zeiten vorwiegend in sekundären Elementen äußert, wenn also die hohe Entwicklung des Zentralnervensystems dazu geführt hat, daß es ständig den größten Teil der potentiellen Energie in transformierte psychische Kraft umsetzt, so wird auch im Zustand stärkster Erregung, also der ad maximum gesteigerten psychischen Reaktion, die Steigerung der sekundären Funktion den Bewußtseinszustand beherrschen und ihm die charakteristische Färbung verleihen. Die psychische Energie kann sich überwiegend in ihrer primären oder sekundären Form äußern.

Der Verstand ist oft mit dem Licht verglichen worden. Dieser Vergleich läßt sich hier noch weiter durchführen, als er gewöhnlich gemeint ist. Neben den Lichtstrahlen sendet ein leuchtender Körper auch Wärmestrahlen aus, und je nach seiner chemischen Konstitution treten diese mehr oder weniger hervor. Diese Wärmestrahlen, oft nur durch feinste Messungen nachweisbar, aber stets vorhanden, stellen die primären Funktionen dar; nach außen weithin sichtbar und in die Augen fallend sind die Lichtstrahlen den sekundären psychischen Funktionen zu vergleichen.

Wie die Wärme- und Lichtstrahlen, so lassen sich auch die primären und sekundären psychischen Kräfte zwar auf eine gemeinsame Form der Energie zurückführen, aber nicht direkt miteinander vergleichen. Wie jede Lichtquelle auch Wärmestrahlen enthält, so enthält jeder höhere Bewußtseinszustand primäre Elemente.

Wenn wir unter P die Summe der primären, unter S die der sekundären psychischen Funktionen verstehen, so läßt sich ein Bewußtseinszustand B durch  $P + S$  ausdrücken. Bezeichnen wir die einzelnen Qualitäten entsprechend als  $p_1, p_2, p_3$  und  $s_1, s_2, s_3$ , so ist also  $P = p_1 + p_2 + p_3$  und  $S = s_1 + s_2 + s_3$ .

P und S sind inkomparable Größen. Eine Vorstellung ist keine Empfindung und kann nie größer oder kleiner, deutlicher oder undeutlicher als die primäre Qualität sein. Aber das Verhältnis  $P : S$

ist von der Struktur des Zentralnervensystems abhängig, das die Summe B liefert. Sowohl die Menge von P, wie die von S ist bei verschiedenen Individuen und bei demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten nicht dieselbe.

Nehmen wir daher für den Normalmenschen der Einfachheit halber ein Verhältnis  $P : S = 1 : 1$  an, so kann man mit Beziehung auf diesen Typus sagen: P kann größer oder kleiner als S sein.  $P > S$  würde für einen Bewußtseinszustand zutreffen mit relativ geringer,  $P < S$  für einen solchen mit relativ großer Menge transformierter psychischer Energie. Bei ersterem bestände, wie wir es ausdrücken wollen, Hypofunktion, bei letzterem Hyperfunktion von S.

Die Unterschiede der psychischen Energie, um die es sich hier handelt, sind von der Struktur des Zentralnervensystems abhängig, sie sind konstitutioneller Natur, d. h. in der Anlage des Organismus präformiert, durch Vererbung bestimmt. Sämtliche psychischen Konstitutionen, die vom Normaltypus abweichen, müssen einer der beiden Gruppen zuzurechnen sein. Der höheren Entwicklungsstufe entspricht das Ueberwiegen der sekundären, der niederen das der primären Funktionen.

Die psychologische Analyse muß also das Verhältnis feststellen, in dem die primäre und sekundäre psychische Kraft, aus der sich ein Bewußtseinszustand zusammensetzt, konstitutionell verschmolzen ist.

Alles krankhafte psychische Geschehen aber muß sich auf graduelle Abweichungen von der Norm zurückführen lassen. Die psychische Kraft kann erstens krankhaft erregt oder krankhaft gehemmt sein, und zweitens können konstitutionelle Abweichungen vom Normaltypus vorliegen, die als krankhaft in die Erscheinung treten.

Es ist die Aufgabe der Psychiatrie, auf Grund der psychologischen Analyse festzustellen, ob ein krankhafter, abnormer Bewußtseinszustand vorliegt und Art und Grad der Störung zu bestimmen.

Nicht alle abnormen Bewußtseinszustände sind krankhaft. Umgekehrt müssen aber alle krankhaften Bewußtseinszustände mindestens einen Faktor enthalten, der auf krankhafter Erregung oder Hemmung des psychischen Geschehens beruht, oder eine konstitutionelle Abnormität, einen pathologischen Charakter darstellen. Letztere sind durch Hyper- oder Hypofunktion von S bedingt. Auf der primären Stufe psychischen Geschehens werden wir entsprechend den drei Qualitäten sechs verschiedene Formen psychischer Krankheit unterscheiden können:

#### I. Erregung

1. der Empfindung, 2. des Fühlens, 3. des Strebens.

## II. Hemmung

4. der Empfindung, 5. des Fühlens, 6. des Strebens.

Wann ist nun eine psychische Reaktion als krankhaft zu bezeichnen?

Es ist ohne weiteres klar, daß die Stärke, der Grad der Erregung oder Hemmung an sich nicht das Kriterium der Krankheit bilden kann. Es kann z. B. ein Affekt mäßigen Grades krankhaft, dagegen ein sehr hochgradiger normal sein.

Krankhaft nennen wir die primäre psychische Reaktion, die nicht durch einen äußeren Reiz hervorgerufen wird oder einem solchen in ihrer Intensität nicht entspricht.

Wie stark im zweiten Fall die Reaktion sein muß, um dem Reiz zu entsprechen, wann sie ihm also proportional ist, kann nur aus der Kenntnis der gewöhnlichen, also normalerweise eintretenden Reaktionsstärke erkannt werden, ist daher Sache der persönlichen Erfahrung des Psychiaters.

Die Grenze zwischen normaler und pathologischer Reaktion und ebenso zwischen normaler und pathologischer Konstitution ist wie bei Gesundheit und Krankheit überhaupt nicht absolut scharf. Gerade in der Psychiatrie nehmen die „Grenzfälle“ einen sehr großen Raum ein. Das psychiatrische Urteil ist mehr oder weniger subjektiv.

---

## 3. Kapitel.

### **Konstitution und Konstellation.**

---

Das Zentralnervensystem des Menschen unterliegt während des Lebens ebenso wie der ganze Organismus einer ständigen Umwandlung. Seine Ausbildung erfährt zunächst fortwährende Entwicklung bis zu einer gewissen Höhe, die bereits in der Keimanlage präformiert ist und nur unter den günstigsten Umständen erreicht werden kann. Alles, was die Entwicklung hemmend beeinflußt, trägt dazu bei, die volle Ausbildung der Anlage zu verhindern. Die Entwicklung kann auf jeder Stufe zum Stillstand kommen.

Andererseits kann das Optimum der Entwicklung, die Entwicklungshöhe, nicht dauernd festgehalten werden. Sie wird vielmehr durch die physiologische Rückbildung abgelöst, der jeder Organismus unterworfen ist.

„Das Bewußtsein beginnt, wenn die Organisation vollendet und in Wechselwirkung mit der umgebenden Welt gesetzt ist, und es ver-

liert sich mit dem Augenblick, da die Funktionen des Lebens aufhören. Es ist Blüte und Frucht am Baum der lebendigen Welt: die höchste Stufe des Daseins, wo dieses die Umgebung verinnerlicht, gegenständlich macht und sich selber anschaut. Aber wie die Blüte aus der Pflanze hervorstößt, von ihr genährt und getragen wird, nicht von außen her auf sie sich niederläßt; wie sie kommt und geht, während die Pflanze dauert: so der Geist oder das Bewußtsein im Verhältnis zum organischen Leben des Leibes<sup>1)</sup>.

Die höchsten Leistungen des Zentralnervensystems stellen die sekundären Funktionen in unserem Sinne dar. Sie werden also während des individuellen Lebens eine dem Werden und Vergehen des Organismus entsprechende Umwandlung erfahren, sie werden sich mit ihm entwickeln und mit ihm zurückbilden. Das Optimum, das im Einzelfall erreicht werden kann, ist in der Anlage präformiert. Was schließlich erreicht wird, ist daher nur bis zu einem gewissen Grade davon abhängig, ob die Entwicklung durch äußere Umstände gefördert oder gehindert wird.

Jedenfalls aber sind die sekundären Funktionen normaler Weise auf der Entwicklungshöhe des Individuums am stärksten ausgebildet. Da sie ihrer Natur nach leichter erkennbar sind, als die primären, so stellen sie den Gradmesser für die psychische Kraft überhaupt dar. Aber wir dürfen nicht außer Acht lassen, daß ihnen stets die Entwicklung der primären Funktion parallel geht und sie ohne diese nicht vorhanden sein können. Die primären Funktionen nehmen an dem Kreislauf ebenso teil wie die sekundären.

Die Psyche des Kindes zeichnet sich noch durch das Ueberwiegen der primären Funktionen aus. Hier verdrängt ein Eindruck den andern. Das Kind ist leicht ablenkbar, vergißt schnell Freude und Schmerz; es hat noch wenige oder keine Erinnerungen, es bildet sie erst; sein Wollen ist noch nicht motiviert, es ist triebartig, instinktiv, auf erbten Eigenschaften beruhend. Erst allmählich werden die selbst erlebten psychischen Akte nutzbar gemacht. Die höheren psychischen Funktionen — Erfahrung und Kenntnisse — treten in ihre Rechte.

So lange der Körper sich fortentwickelt, so lange ist auch die geistige Entwicklung nicht abgeschlossen. Der erwachsene Mensch kann noch vieles zulernen, aber sein Charakter hat sich bereits gebildet, seine Neigungen und Abneigungen treten deutlich hervor. So tiefgehende Umwandlungen seines Wesens wie in den Jugendjahren kann er später nicht mehr erleben. Das Interesse konzentriert sich

---

1) Jodl l. c. Bd. I. S. 109.

mehr und mehr auf einzelne Ausschnitte der ihn umgebenden Welt, aber der Einengung des Gesichtskreises geht eine Vertiefung ins Einzelne parallel, die nicht nur den Ausgleich schafft, sondern den Höhepunkt des geistigen Lebens charakterisiert.

Erst wenn die Kraft des Organismus zu erlahmen beginnt, nimmt auch die psychische Energie ab. Das Denken verläuft nun in den gewohnten Geleisen, es wird eintönig, unfähig sich Neues zu assimilieren; der Mensch wird stumpfer, die Stärke der psychischen Reaktionen läßt mehr und mehr nach.

Neben dieser Umwandlung allgemeiner Natur wirken nun auf jeden Menschen seine individuellen Erlebnisse. Jedes hinterläßt ihm seine Spuren, wirkt in ihm nach, übt Einfluß auf sein Denken. Denn jedes neue Erleben wird mit ähnlichen früheren verglichen, ruft sie in die Erinnerung und erfährt dadurch mehr oder weniger Bedeutung für das Ganze.

Die Gesamtheit der psychischen Erlebnisse, die ein Individuum bis zu einem bestimmten Moment gehabt hat, fassen wir mit dem Begriff der Konstellation zusammen. Erst durch sie erhält ein Bewußtseinszustand das individuelle Gepräge. Der Wechsel, den der Bewußtseinszustand eines Individuums im Verlaufe des Lebens erleidet, die verschiedenen Kenntnisse, Ansichten, Erfahrungen, die Angehörige verschiedener Stände, Berufe, Völker unterscheiden, die freudigen Erlebnisse und schmerzlichen Enttäuschungen, die die Stimmung des Einzelnen vorübergehend oder dauernd beeinflussen, die Unterschiede des Geschlechts alles zusammen stellt die Konstellation<sup>1)</sup> eines Bewußtseinszustandes dar. Die Konstellation wechselt also ständig, die Konstitution bleibt. Durch die Konstitution ist präformiert, was erlebt werden kann. Die Konstellation stellt die Summe alles dessen dar, was erlebt ist. Sie wird durch Gewohnheit und Uebung verändert, die aber beide in ihren Ergebnissen durch die Konstitution bestimmt sind. Konstellation kann als die erworbene Konstitution (Ziehen) bezeichnet werden. Diese Ausdrucksweise erscheint aber unzweckmäßig, da sie geeignet ist, die tiefgreifenden Unterschiede zwischen Konstitution und Konstellation zu verwischen.

Die Konstellation ist nicht in der Struktur des Zentralnervensystems begründet, sondern in den äußeren Bedingungen, denen die Konstitution unterworfen ist. Die Verschiedenheiten der Konstitution liegen in der Art der Bewußtseinstätigkeit, die der Konstellation in den Inhalten.

Eine genaue Analyse des Einzelfalles ist aber nur unter Berücksichtigung der Konstellation möglich. Nur wenn wir die Zusammen-

---

1) Ziehen spricht von Konstellation der latenten Vorstellungen, braucht also den Ausdruck in ähnlichem Sinne.

setzung der psychischen Kraft in allen ihren Teilen kennen, können wir ihre Reaktion auf einen gegebenen Reiz richtig verstehen und ein richtiges Urteil darüber fällen, ob diese Reaktion physiologisch oder pathologisch ist.

Als wichtigstes Moment der Konstellation ist neben dem Geschlecht das Alter eines Individuums zu betrachten. Dieselbe Konstitution muß in verschiedenen Altersstufen auf denselben Reiz verschieden reagieren. Die Bedeutung der Konstellation für die Psychopathologie wird weiter unten noch ausführlich zu behandeln sein.

---

#### 4. Kapitel.

### **Die Gegensätzlichkeit von Hysterie und Imbezillität. Relative Hysterie und relative Imbezillität.**

---

Eine psychische Reaktion ist krankhaft, wenn sie ohne äußeren Reiz eintritt oder in ihrer Stärke dem gegebenen Reiz nicht proportional ist. Alles krankhafte psychische Geschehen besteht danach in Erregung und Hemmung der vorhandenen psychischen Energie, ist Aeußerung eines krankhaft erregten oder gehemmten Kraftzentrums.

Die Ursache für eine krankhafte psychische Reaktion ist also im psychologischen Sinne stets in der Beschaffenheit des Kraftzentrums, nicht in äußeren Reizen zu suchen. Wird das Kraftzentrum z. B. durch Alkohol in einen Erregungszustand versetzt, so treten die bekannten Veränderungen des psychischen Geschehens auf, die den Rausch charakterisieren. Aehnlich wirken Inanition, Fieber, Urämie usw. Die psychischen Zustände, die durch derartige Schädigungen des Organismus hervorgerufen werden, sind zweifellos Geisteskrankheiten. Aber wir kennen ihre Entstehungsweise, wissen, worauf die Veränderung der Psyche zurückzuführen ist. Sie nehmen als Intoxikationspsychosen eine klinische Sonderstellung ein.

Bei einer großen Zahl von Psychosen kennen wir dagegen die Krankheitsursache noch nicht. Wir können annehmen, daß auch hier Stoffwechselstörungen, Autointoxikation usw. zugrunde liegen; der Beweis dafür ist aber noch nicht zu erbringen. Es kommen hier vor allem die verschiedenen Formen der Dementia praecox, das manisch-depressive Irresein und die Paranoia in Betracht.

Für die psychologische Analyse dieser Krankheiten ist aber die Frage ihrer Entstehung ebenso wie bei den bekannten Intoxikations-

psychosen völlig nebensächlich. Wir können psychologisch auch in ihnen nur Erregung oder Hemmung des psychischen Geschehens erkennen. Der Beweis, daß auch hier psychologisch keine anderen Faktoren in Betracht kommen, muß als erbracht angesehen werden, wenn es gelingt, alle diese pathologischen Zustände zu definieren, indem ihre Eigenart auf die psychologischen Begriffe zurückgeführt wird.

Die unendliche Mannigfaltigkeit der Geistesstörungen kann nur durch Unterschiede der Konstitution und der Konstellation bedingt sein. Das zeigt die Tatsache, daß schon im normalen Geistesleben derselbe Reiz bei verschiedenen Individuen und bei demselben Individuum zu verschiedenen Lebensperioden völlig verschiedene Reaktionen hervorruft.

Die psychische Energie ist keine einheitliche oder konstante Größe, sondern im Gegenteil äußerst kompliziert zusammengesetzt und in ihrer Stärke schwankend. Es hängt aber eine psychische Reaktion sowohl von der Beschaffenheit des Kraftzentrums wie von der des Reizes ab. Dieselbe Reaktion kann in Anbetracht der Konstitution bzw. Konstellation der Psyche physiologisch oder pathologisch sein.

Bevor wir daher die krankhaften Reaktionen im einzelnen betrachten, müssen wir die Verschiedenartigkeit der psychischen Konstitution und Konstellation psychologisch untersuchen.

Wir haben oben angenommen, daß in einem normalen Bewußtseinszustand die Gleichung  $P : S = 1 : 1$  gilt. P und S setzen sich aus je drei Qualitäten, Empfinden, Fühlen, Streben, zusammen. Wir können uns den Normaltypus der psychischen Kraft daher in folgender Weise graphisch darstellen:

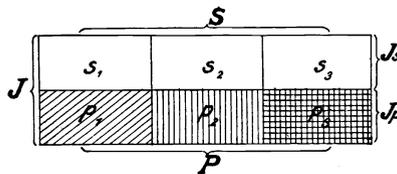


Fig. 1.

Das ganze Rechteck veranschaulicht die gesamte psychische Energie, die durch die wagerechte Linie in die primären und sekundären Funktionen geteilt wird. Die in gleichen Abständen verlaufenden Senkrechten teilen jede Funktion in drei gleichgroße Abschnitte, die die drei Qualitäten der psychischen Funktion darstellen sollen. Die schmale Seite des Rechtecks ist als J bezeichnet und entspricht der Intensität der psychischen Kraft. Sie zerfällt in  $J_p$  und  $J_s$ , die In-

tensitäten der primären und sekundären Funktion, die sich hier wie 1 : 1 verhalten, also gleich groß sind.

Es sei nochmals betont, daß diese Annahme nur zu leichterem Veranschaulichung des Folgenden dienen soll. Die primäre und sekundäre Funktion sind verschiedene Energieformen und daher nicht mit demselben Maße meßbar. Sie entspringen zwar derselben Wurzel, den das Leben bedeutenden Prozessen im Organismus, sind aber in ihrem Wesen ebenso verschieden wie z. B. Licht- und Wärmestrahlen.

Es könnte daher Js in beliebig anderer Größe im Normaltypus dargestellt werden und das Verhältnis P : S wäre nach unserer Annahme trotzdem wie 1 : 1. Nur vereinfacht es die Darstellung und erleichtert die Anschauung, wenn wir Jp und Js als gleich lange Linien und die primäre und sekundäre Funktion als zwei Rechtecke von gleichem Flächeninhalt versinnbildlichen.

Die Senkrechten sind in gleichen Abständen gezeichnet. Das bedeutet, daß die drei Grundformen der psychischen Energie gleich groß sind. Ihr Verhältnis wäre demnach wie 1 : 1 : 1. Schon normalerweise schwankt dies Verhältnis ständig, d. h. die psychische Kraft äußert sich abwechselnd überwiegend in einer oder der anderen Qualität. Sie ist also abwechselnd in einer Qualität stärker erregt als in der anderen. Eine derartige Abweichung kann auch konstitutionell bestehen. Es gibt Menschen, die vorzugsweise rezeptiv, und andere, die vorzugsweise spontan (produktiv) sind. Gefühls- und Willensmenschen unterscheidet die Sprache. Die Teilung ist aber genauer eine dreifache. Gefühl kann Sensibilität und Affektivität sein. Das Ueberwiegen einer oder zweier Qualitäten wird uns bei der Betrachtung der kranken Psyche wieder entgegentreten; ist doch hierin vor allem die Symptomatologie der Psychosen begründet.

Das Verhältnis, in dem die Qualitäten miteinander gemischt die vorhandene psychische Kraft zusammensetzen, ist aber für das Wesen der Psychosen nicht entscheidend. Auch das ist ein Unterschied, der den Inhalt betrifft, nicht die Art der Bewußtseinstätigkeit.

Wenn hier konstitutionell ein pathologisches Mißverhältnis besteht, wenn z. B. der Grad der Spontaneität weit hinter dem der Rezeptivität zurückbleibt, die das Individuum aufbringen kann, so läßt sich das auch so ausdrücken, es liegt ein angeborener (oder erworbener) Hemmungszustand vor, der überwiegend die Spontaneität betrifft. Gehemmt ist dann auch die Rezeptivität, nur in geringerem Grade und es besteht dann also eine Herabsetzung der gesamten psychischen Kraft, also ein Schwachsinnzustand. Graphisch wäre derselbe durch das Kleinerwerden von J aller Funktionen, besonders aber der Spontaneität ausdrückbar. (Vgl. S. 21.)

Für solche Schwachsinnzustände ist daher zwar der Mangel an Spontaneität charakteristisch. Der Schwachsinn spricht sich aber auch im Empfinden und Fühlen aus; er setzt sich aus den sämtlichen Symptomen der Verringerung der psychischen Kraft zusammen.

Hält sich die Summe der psychischen Energie auf normaler Höhe, ist  $J_p = 1$ , so kann in gewissen Grenzen eine Kompensation des Mangels in einer Qualität durch den Ueberschuß der anderen eintreten. Auf diesen Unterschieden beruhen zum Teil wohl die Neigungen des Einzelnen, die ihn in seiner Lebensführung entscheidend beeinflussen, Unterschiede der Charaktere, des Temperaments.

Diese feineren Differenzen der psychologischen Struktur sind für die normale Psychologie von großem Interesse und kommen auch in gewissen pathologischen Zuständen und Symptomen zum Ausdruck. Für die Psychopathologie aber von ungleich größerer Bedeutung ist die Frage, ob in einem Bewußtseinszustand die primären oder die sekundären Funktionen überwiegen, ob also Hyper- oder Hypofunktion von S besteht und welcher Grad der Abweichung vom Normaltypus vorliegt. Die Psychopathologie muß in jedem Bewußtseinszustand die primäre von der sekundären Funktion zu trennen suchen.

Die Vorstellungen spielen beim erwachsenen Menschen eine so große Rolle, daß manche Psychologen das ganze psychische Geschehen auf sie glauben zurückführen zu können. Jodl hat gezeigt, daß diese Auffassung den auch beim Menschen noch wirksamen psychischen Vorgängen der primären Stufe nicht gerecht wird. Immerhin muß man wohl für jeden geistig höher stehenden Kulturmenschen ein Ueberwiegen von S annehmen. Damit ist gesagt, daß der Bewußtseinszustand eines solchen Individuums neben den primären Qualitäten ständig frühere Eindrücke reproduziert, kommende Ereignisse in Erwägung zieht, also außer dem präsentativen Erleben ständig in hohem Grade repräsentativ und reflexiv tätig ist. Die Anzahl der Vorstellungen steht dabei mit der Energiemenge, die für sie aufgewendet wird, in keinem festen Verhältnis. Wer lange in eine Idee versunken ist, kann ebenso viel psychische Arbeit leisten, wie ein anderer, der zehnerlei in demselben Zeitraum bedenkt. Der erste verwendet dann eben auf die einzelne Idee die zehnfache Energie wie der zweite. Die maximale Energiemenge ist konstitutionell bestimmt und bedingt so die Enge des Bewußtseins, oder, wie Jodl es ausdrückt, seinen fokalen Charakter.

Diesen Kulturmenschen mit Hyperfunktion von S haben wir aber als Normaltypus anzusehen. Erst bei weiterer Steigerung des Vorstellungens, wenn es über die normale Hyperfunktion hinauswächst, hypertrophisch wird, kommt es zu krankhaften psychischen Reaktionen.

Um diese besser zu verstehen, müssen wir eine Tatsache, die in der psychischen Struktur des normalen Menschen begründet ist, berücksichtigen. Wie aus Jodls ausführlichen Darlegungen hervorgeht,

werden Gefühle viel leichter durch Vorstellungen hervorgerufen als Empfindungen oder Willensäußerungen. Und ebenso verknüpfen sich Vorstellungen am leichtesten mit Lust- oder Unlustgefühl, d. h. die Beziehungen der Affektivität zum Vorstellungsleben sind innigere als die der Sensibilität und Spontaneität.

Jede Steigerung des Vorstellungslebens muß daher zunächst mit gesteigerter Affektivität einhergehen.

Hyperfunktion von S auf der Grenze des Normalen finden wir nun beim „nervösen“ Menschen. Und alles, was die Psyche des nervösen, hoch differenzierten Kulturmenschen charakterisiert, finden wir vergrößert und verzerrt in dem Krankheitszustand der Hysterie wieder. Die Symptome der „Nervosität“ sind nur graduell von denen der Hysterie unterschieden. Alle hysterischen Symptome bestehen in Reaktionen der durch Hyperfunktion von S charakterisierten Konstitution, sind durch Vorstellungen bedingt.

Diese Auffassung der Hysterie hat schon viele Vertreter gefunden. Die Wichtigkeit des Vorstellungslebens für die hysterischen Symptome ist so augenfällig, daß man sie nicht bezweifeln kann. Trotzdem aber ist Moebius<sup>1)</sup> nicht damit durchgedrungen, als er sagte: „Weil sehr oft Vorstellungen Ursache der hysterischen Erscheinungen sind, glauben wir, daß sie es immer seien“. Binswanger<sup>2)</sup> u. a. halten es für unmöglich, „alle hysterischen Krankheitsvorgänge auf eine psychologische Grundformel zurückzuführen“.

Diese Grundformel, mit der sämtliche hysterischen Symptome psychologisch verständlich sind, ergibt sich aus der Jodlschen Psychologie ohne weiteres und lautet: Jedes hysterische Symptom stellt einen krankhaften psychischen Erregungszustand bei Hyperfunktion des Vorstellens dar.

Jede Vorstellung ist Aeußerung der psychischen Kraft, also ein Erregungszustand. Bei Hyperfunktion des Vorstellens reagiert die Psyche weniger mit primärem Empfinden, Fühlen oder Streben als mit Vorstellen von Empfindungen, Fühlen oder Streben. Die Dreiteilung der psychischen Kraft, wie wir sie mit Jodl voraussetzen, bedingt nun, daß wir 6 Arten von Vorstellungen unterscheiden müssen, nämlich die des Empfindens und Nichtempfindens (z. B. Vorstellung von Lärm und Ruhe), des Lust- und Unlustgefühls (Vorstellung von Freude und Angst), des Strebens und Nichtstrebens (Vorstellung von Können und Nichtkönnen). Diese Einteilung ermöglicht es, alle hysterischen Symptome auf Vorstellungen zurückzuführen, wenn man

1) Moebius, Ueber den Begriff der Hysterie. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1888.

2) Binswanger, Die Hysterie. 1904.

dabei die konstitutionelle Eigenart, ohne die es keine Hysterie geben kann, berücksichtigt. Nur bei Hyperfunktion von S kann eine Vorstellung die psychische Energie so völlig absorbieren, daß Empfindung, Gefühl, Streben primären Charakters entsteht und andere Vorstellungen nicht aufkommen können. Die Vorstellung, nichts zu fühlen, läßt z. B. den vorhandenen Reiz nicht zum Bewußtsein kommen, die Vorstellung eines Schmerzes dagegen bedarf nicht des tatsächlichen Reizes, um ihn hervorzurufen. Wie diese Vorstellung im einzelnen Fall zustande kommt, wird sich nicht immer nachweisen lassen. Daß es sich häufig um sehr verschlungene Gedankengänge handelt, um Assoziationen, die dem Individuum selbst nicht mehr bewußt sind, scheint aus den Analysen von Freud und seinen Anhängern hervorzugehen, wenn auch die oft phantastischen Deutungen nicht immer überzeugend wirken.

Die hysterische Vorstellung entsteht also ohne vorhandenen Reiz oder ist dem vorhandenen nicht proportional<sup>1)</sup>. Sie hat demnach die Merkmale, die wir oben für jede krankhafte psychische Reaktion forderten. Sie ist krankhafte Erregung bei nervöser Konstitution.

Hyperästhesie, Anästhesie, Blindheit, Taubheit etc. sind Beispiele hysterischer Empfindungsvorstellung, Lähmung, Astasie - Abasie, Stummheit solche der Spontanitätsvorstellung. Von dem Vorkommen des hysterischen Fiebers habe ich mich nie einwandfrei überzeugen können. Manipulationen mit dem Thermometer waren nie mit völliger Sicherheit auszuschließen. Mehrfach verschwand das „Fieber“ sofort bei genügender Kontrolle der Messungen.

Die größte Rolle im Gesamtbilde der Hysterie fällt aber, wie Oppenheim und Andere hervorheben, der Affektivität zu. Dies ist auch von unserem Standpunkt aus erklärlich, da ja Vorstellen und Fühlen enger miteinander verbunden sind, sich intensiver gegenseitig beeinflussen als Vorstellen und Empfinden oder Streben. Es kommt also leichter zu einem hysterischen Affekt als zu den sogenannten hysterischen Stigmata. Die hysterischen Affekte können der normalen Psyche näherstehen, sie können ohne Stigmata auftreten, während jene einen höheren Grad der Krankheit darstellen.

Der „nervöse“ Mensch ist durch Vorstellungen erregbarer als ein nicht nervöser. Der Gedanke im Konzert husten zu müssen, die Furcht auf einem Platz schwindlig zu werden usw. führen bei ihm zu

---

1) Der zweite Fall dürfte der häufigere sein. Ein leises Schwächegefühl in den Beinen z. B., wie es bei blutarmen Menschen nicht selten auftritt, kann genügen, um mit der Vorstellung oder der Angst vor einer Lähmung, diese eintreten zu lassen.

Hustenreiz und Schwindel. Hier wird die Vorstellung durch die Unlust, die sie auslöst, die also primär oder präsentativ ist, d. h. tatsächlich im Moment erlebt wird, noch weiter verstärkt und führt nun zur Empfindung, ohne daß für diese ein objektiver Reiz vorhanden ist.

Eine solche Reaktion ist hysterisch. Die Beispiele aus dem täglichen Leben ließen sich leicht vermehren. Sie brauchen, wie auch die gewählten, durchaus keine Menschen zu betreffen, denen ihre Konstitution besondere Schwierigkeiten bereitet. Selbst der Einwand, daß dann fast jeder Kulturmensch hysterisch wäre, darf uns nicht hindern, Tatsachen, die zusammengehören und nur graduell verschieden sind, als gleichartig zu bezeichnen.

Die Hysterie im weitesten Sinne, die Hyperfunktion des Vorstellungslebens, ist mit zunehmender Entwicklung mehr und mehr ein notwendiges Uebel geworden. „Hysterie ist eben nur die krankhafte Steigerung einer Anlage, die in allen vorhanden ist. Ein wenig hysterisch ist sozusagen ein jeder<sup>1)</sup>“.

Man ist vielfach geneigt, die Hysterie als eine Erkrankung zu betrachten, die vorwiegend das weibliche Geschlecht betrifft. Wir müßten danach annehmen, daß bei Frauen die Hyperfunktion von S häufiger ist, als bei Männern, wogegen doch wohl, sobald man der Hyperfunktion von S die von uns zugeschriebene Bedeutung beilegt, schwerwiegende Bedenken erhoben werden könnten.

Die Tatsache, daß hysterische Symptome bei Frauen häufiger zur Beobachtung gelangen als bei Männern, dürfte an sich allerdings richtig sein. Sie erklärt sich aber aus zweierlei: nämlich der Verschiedenartigkeit der Lebensführung beider Geschlechter und aus der Abgrenzung der Neurasthenie von der Hysterie.

Die Erziehung hält noch vielfach die weibliche Jugend vom tätigen Leben fern und begünstigt so die übermäßige Ausbildung des Vorstellungslebens. Gerade in den besser situierten Kreisen findet man daher den Typus der leichten Hysterica am häufigsten, die höhere Tochter. Diese leichten Formen der Hysterie kommen bei der „arbeitenden“ Bevölkerung viel seltener vor. Nicht weil ihre Frauen und Töchter gesünder sind, sondern weil sie sich ihren Gedanken nicht hingeben können, durch die tägliche Arbeit völlig in Anspruch genommen werden. Die schweren Formen der Hysterie findet man dementsprechend in allen Schichten gleichmäßig.

Ferner aber hat man sich daran gewöhnt, eine Reihe von Symptomen als Neurasthenie zu bezeichnen. Die Symptomatologie, so

---

1) Moebius, l. c.

wie sie nun einmal abgegrenzt ist, macht eine Unterscheidung sicher nicht schwer. Daß diese Abgrenzung aber eine künstliche ist, wird allgemein zugegeben. Neurasthenische Symptome beruhen ebenso auf Vorstellungen wie hysterische.

„Das Grundsymptom der Neurasthenie bildet die reizbare Schwäche [Oppenheim]<sup>1)</sup>. Die gesteigerte Erregbarkeit macht sich in erster Linie den Reizen gegenüber geltend, welche die Gemütsphäre und die Sinnesapparate treffen“. Aber Oppenheim selbst findet, daß „die Erschöpfbarkeit gewissermaßen eine kachierte Reizbarkeit ist: die durch die Tätigkeit geweckten Unlustgefühle treten so schnell ein und erreichen einen solchen Grad, daß sie (die Tätigkeit) dadurch beeinträchtigt und lahmgelegt wird“. „Nur dadurch, daß der Kranke fortwährend mit sich, mit seinem Zustande beschäftigt ist, macht es ihm Schwierigkeit, die Aufmerksamkeit auf andere Dinge zu richten, sich genügend zu konzentrieren.“

Besser kann die Tatsache, daß hier eine krankhafte Steigerung der psychischen Kraft in allen Qualitäten, auch der Spontaneität, vorliegt, nicht geschildert werden. Die vorhandene psychische Energie wird nur durch die Vorstellungen in unzweckmäßige Bahnen gelenkt, zu Leistungen verwandt, die eine Kraftverschwendung bedeuten. Daher kommt es denn auch, daß „die Hypochondrie aus der Neurasthenie herauswächst und kaum scharf von ihr getrennt werden kann und sich auf der Basis der neurasthenischen Verstimmung eine Melancholie entwickeln kann“. Für die Neurasthenie gilt, was später für die Hysterie und die Melancholie ausgeführt wird. Es handelt sich nur um graduelle Unterschiede.

Hysterie und Neurasthenie sind Erregungszustände bei Hyperfunktion von S, bei „nervöser“ Konstitution.

Im Folgenden können wir daher die Neurasthenie vernachlässigen und werden nun die Hyperfunktion von S als „hysterische Konstitution“ bezeichnen.

Der Begriff „hysterisch“ wird damit erheblich weiter gefaßt, als es gewöhnlich geschieht. Aber die gegebene Definition ist dafür schärfer als die bisherigen.

Mit dem Begriff des hysterischen Charakters bezeichnet man vor allem das krankhafte Gefühlsleben der Hysterischen. Die abnormen Reaktionen desselben lassen sich ebenso wie die Stigmata aus Vorstellungen ableiten. Besonders deutlich zeigt das ein Vergleich mit der Konstitution, die durch das Ueberwiegen der primären Funktionen

1) Lehrbuch d. Nervenkrankheiten. 1905. II. S. 1110 ff.

charakterisiert ist, bei der also Hypofunktion von S besteht. Es ist dies also ein Mensch, bei dem zwar  $J_p = 1$  d. h. in normaler Stärke vorhanden ist,  $J_s$  aber kleiner als 1 ist, die Ausbildung des Vorstellungslebens also mehr oder weniger hinter der normalen zurückgeblieben ist. Ein solcher Mensch ist auch im reiferen Alter kindlich, einfältig, naiv, bei stärkerer Abweichung von der Norm schwachsinnig, imbezill.

Der Gegensatz zum Hysterischen ist also nicht der Normalmensch, sondern der Imbezille. Es handelt sich hier gewissermaßen um eine Skala wie bei dem Thermometer. Nicht der Nullpunkt ist der Gegensatz zu den Wärmegraden, sondern die Kältegrade<sup>1)</sup>.

Die Hysterischen sind z. B. eitel d. h. nichts anderes, als daß ihr Benehmen von der Vorstellung der eigenen Gestalt oder dem Wunsch zu gefallen beherrscht wird. Es kommt uns gemacht, affektiert vor. Der Imbezille dagegen gibt sich unbefangen, natürlich, leicht etwas plump.

Die Hysterischen sind launenhaft, d. h. man weiß nie, was ihnen im nächsten Moment einfallen wird, sie sind unberechenbar. Der Imbezille ist dagegen leicht zu durchschauen, offen bis zur Taktlosigkeit; er tut seinen Gefühlen keinen Zwang an, ist daher auch leicht reizbar und aufbrausend; „er beißt an“, sagt der Volksmund.

Hysterische sind überschwänglich, hingerissen, schwelgen in Superlativen. Ihre Begeisterung ist aber übertrieben, unwahrscheinlich, von der Vorstellung diktiert, ihr Verständnis, Freude u. s. w. offenbaren zu müssen. Die primäre Empfindung ist verhältnismäßig gering. Beim Imbezillen dagegen leuchtet sie aus den Augen, er ist leicht „ehrlich“ begeistert.

Der Hysterische denkt mehr als er empfindet (fühlt und will), der Imbezille empfindet (fühlt und will) mehr als er denkt.

Die angeführten Beispiele sind absichtlich dem „normalen“ Leben entnommen. Schon hier treten die verschiedenen Reaktionsarten der gegensätzlichen Konstitutionen deutlich hervor. Viel deutlicher noch werden wir bei der Besprechung der krankhaften Erregungszustände die hier angedeuteten Gegensätze in die Erscheinung treten sehen.

Bevor wir uns diesen zuwenden, scheint es jedoch notwendig, noch einen Punkt der Hysteriefrage zu erörtern, wenn auch ihre erschöpfende Behandlung nicht in dem Plane dieser Arbeit liegt.

Hysterie und Imbezillität sind konstitutionelle gegensätzliche Eigenschaften der Bewußtseinszustände. Sie können daher, solange

1) Es ist vielleicht zweckmäßig den gesunden „hysterischen“ Kulturmenschen von dem kranken, trotzdem nur graduelle Unterschiede vorliegen, sprachlich zu trennen. Man könnte ihn als Hypernoiker bezeichnen und seine Konstitution als Hypnoia der in den Bereich des Normalen fallenden Imbezillität, der Hyponoia, gegenüberstellen.

$J_p = 1$  ist, nie gleichzeitig noch auch abwechselnd bei ein und demselben Individuum vorkommen.

Sinkt aber  $J_p$  erheblich unter die Norm, so kann auch  $J_s$  nicht die Höhe von 1 erreichen, da ja die sekundäre Funktion von der primären abhängig ist. Aber auch bei diesen Zuständen, von denen besonders die Grenzfälle mit geringer Verminderung von  $J_p$  häufig und wichtig sind, kann es zu einem Ueberwiegen der sekundären Funktion kommen. Wir können diese Hysterie bei Imbezillität als „relative Hysterie“ bezeichnen.

In diesen Fällen können also gleichzeitig imbezille und hysterische Symptome vorhanden sein. Derartige Fälle sind keineswegs selten. Sie unterscheiden sich aber von denen der ersten Gruppe sehr erheblich durch die Schwäche der gesamten psychischen Funktion. Sie sind vor allem schwachsinnig.

Die prinzipielle Gegensätzlichkeit von Hysterie und Imbezillität wird durch diese Gruppe nicht berührt. Der Schwachsinnige kann „relativ“ viel denken. Sein Vorstellungsleben kann sich aber nie zu normaler Höhe erheben, da die primären Funktionen dazu nicht ausreichen, die die Grundlage für die höhere Stufe des psychischen Geschehens bilden.

Der „relativen“ Hysterie entspricht eine „relative“ Imbezillität. Es ist dies ein Bewußtseinszustand, in dem die gesamte psychische Energie zwar größer als normal ist, in dem aber die primäre Funktion die sekundäre überwiegt, die Entwicklung der sekundären sozusagen nicht Schritt gehalten hat. Die Intelligenz solcher Individuen kann den Durchschnitt erheblich überragen. Sie sind daher im Allgemeinen auch nicht Gegenstand der Psychiatrie. Die „relative Imbezillität“ zeigt sich meist in einer Qualität besonders deutlich. Solche Konstitutionen weisen große Leistungen auf ihrem Gebiet auf, sind aber unausgeglichen, einseitig, sehr energisch aber gefühlsarm oder sehr feinfühlig aber weniger energisch usw. Oft äußern sich diese Symptome vor allem in der Jugend und verlieren sich durch das physiologische Zurücktreten der primären Funktion in reiferen Jahren (Nachreifung). Stärkere Anomalien bleiben aber dauernd bestehen und machen sich in höherem Alter sogar besonders bemerkbar.

Die „relative Hysterie“ äußert sich vor allem auf der Höhe der Entwicklung. Hierher gehören die sogen. *Dégénérés* der Autoren. Die Besserung dieser Zustände durch die Abnahme der psychischen Energie in späteren Jahren tritt in leichteren Fällen nicht selten deutlich in die Erscheinung.

Wir sehen hier also, daß derselbe Faktor, nämlich das Altern, auf die gegensätzlichen Konstitutionen verschieden wirkt. Die imbezille Komponente tritt stärker hervor, während die hysterische abgeschwächt wird. Das Altern stellt gewissermaßen eine Hemmung dar. Sein großer Einfluß auf die psychischen Reaktionen wird später noch zu erörtern sein.

Die verschiedene Wirkung von Reiz und Hemmung bei verschiedenen Individuen ist nur infolge der verschiedenen Konstitutionen resp. Konstellationen möglich.

Die Einteilung der pathologischen Konstitutionen in hysterische und imbezille, die Behauptung also, daß es sich hier um gegensätzliche Zustände handelt, die auf verschiedene Arten der Bewußtseinstätigkeit (nicht der Inhalte!) zurückzuführen sind, bildet die Grundlage für die weitere Untersuchung der krankhaften Bewußtseinszustände.

Indem wir die scheinbare Einheit der psychischen Energie in die Komponenten zerlegt denken, die uns die Jodlsche Psychologie liefert, indem wir sie gewissermaßen in die Moleküle (primär + sekundär) und Atome (primär, sekundär) zerfallen lassen und mit diesen operieren, gelingt es, die verschiedenartigen Symptome der Psychopathologie auf den psychologischen Begriff zu bringen und sie einheitlich zu erklären.

Um diese Abstraktionen leichter ausdrückbar und verständlich zu machen, sei nun das oben gegebene Schema der normalen Psyche für die besprochenen Grundtypen der pathologischen Konstitution entsprechend variiert.

Das Schema für die hysterische Konstitution (Fig. 2) wäre etwa:

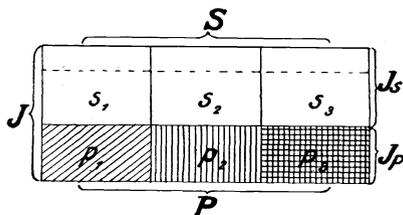


Fig. 2.

Das Schema für die imbezille Konstitution (Fig. 3).

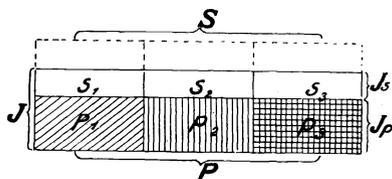


Fig. 3.

Entsprechend erhalten wir für die relative Hysterie (Fig. 4) bzw. Imbezillität (Fig. 5) folgende Schemata:

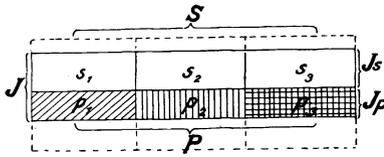


Fig. 4.

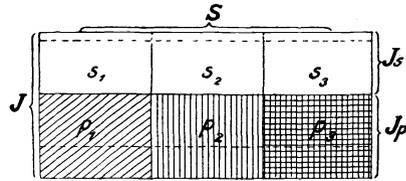


Fig. 5.

Um die vollständige Formel für einen Bewußtseinszustand zu erhalten, muß man die Dreiteilung der sekundären Funktion in Betracht ziehen, und ferner den verschiedenen Qualitäten der psychischen Energie Intensitätskoeffizienten hinzufügen. Diese seien für P bzw. S:  $x$  bzw.  $y$ , für die einzelnen Faktoren der primären Funktion  $p_1, p_2, p_3$ :  $x_1, x_2$  und  $x_3$ , denen für die Faktoren der sekundären Funktion  $y_1, y_2$  und  $y_3$  entsprechen.

Wir erhalten dann

$$B = xP + yS \text{ oder}$$

$$B = (x_1p_1 + x_2p_2 + x_3p_3) + (y_1s_1 + y_2s_2 + y_3s_3).$$

Ferner gilt nach unserer Definition

$$\frac{x_1p_1}{y_1s_1} = \frac{x_2p_2}{y_2s_2} = \frac{x_3p_3}{y_3s_3} = \frac{xP}{yS}.$$

Diese Gleichungen bringen zum Ausdruck, daß ein Individuum nicht gleichzeitig in einer Qualität, also partiell, hysterisch und in anderer Qualität imbezill sein kann. Es würde das eine der Proportionen verändern, wodurch die Gleichung unmöglich wird. Auch nach den psychologischen Erörterungen wäre dieser Fall natürlich nicht denkbar.

Die Symptome der Hysterie und Imbezillität können ihrem Wesen nach jeder Psychose beigemischt sein, aber nie beide bei demselben Individuum. Jeder Mensch kann, die normale Intensität von P vorausgesetzt, nur entweder hysterische oder imbezille Symptome auch in der Geisteskrankheit zeigen. In ihnen spricht sich nicht die Psychose in engerem Sinne aus, sondern die Konstitution. Sie sind daher in allen Fällen nur für diese, nicht aber für die Art der Geistesstörung diagnostisch verwertbar. Besteht aber ein stärkerer Grad der Abweichung vom Normaltypus, wird also das Mißverhältnis von P : S erheblicher, so sind die hysterische und imbezille Konstitution, auch wenn  $P=1$  anzunehmen ist, als selbständige Krankheitsbilder Gegenstand der Psychiatrie.

Die verschiedenen Formen, in denen sie entsprechend den verschiedenen Qualitäten der psychischen Energie auftreten können, sowie ihre nähere Schilderung erfolgt erst weiter unten.

Hier handelt es sich zunächst darum, festzustellen, welchen Einfluß die Verschiedenheit der Konstitution auf die krankhafte psychische Reaktion ausübt, worin sich also das konstitutionelle Ueberwiegen der primären oder der sekundären Funktion bei hinzutretender Psychose äußert.

Jede Intensitätsänderung der psychischen Energie muß gleichzeitig die primäre und sekundäre Funktion betreffen. Jede Intensitätsäußerung; also Erregung und Hemmung, kann überwiegend eine der drei Qualitäten betreffen. Es müßte danach also sechs verschiedene Grundformen hysterischer und sechs imbeziller Symptome geben.

Es kommen aber praktisch nur drei Formen jeder Kategorie in Betracht und zwar die durch Erregung der psychischen Kraft entstehenden Reaktionen.

Wird nämlich bei hysterischer Konstitution Empfinden oder Fühlen oder Wollen stark gesteigert, so wachsen die betreffenden Vorstellungen ad maximum. Bei Hemmung der primären Funktion dagegen verliert die Hyperfunktion der sekundären Phänomene ihre Bedeutung.

Wird umgekehrt bei imbeziller Basis P sehr groß, so erreichen die an sich schwachen S trotzdem nur eine ganz untergeordnete Bedeutung. Wenn P jedoch außerordentlich sinkt, treten sie erst recht nicht hervor.

Die Erregung muß ferner das Vorhandensein auch einer wenig hochgradigen abnormen Konstitution im Sinne von Hysterie und Imbezillität stärker hervortreten lassen. Besteht z. B. konstitutionell ein Verhältnis  $xP : yS = 1 : 3$  (Hysterie), so ist es bei fünffacher Erregung wie  $5 : 15$ . Die absolute Differenz von x und y (bzw. ihrer entsprechenden Komponente) wird also wesentlich größer.

Wir werden in der Tat sehen, daß die Unterschiede der Konstitutionen, ihre Gegensätzlichkeit, sich besonders deutlich in den Erregungszuständen ausspricht, und folgende Sätze bestätigt finden:

Bei hysterischen Erregungszuständen spielt das Vorstellungsleben eine ungeheure Rolle.

Bei imbezillen Erregungszuständen entfalten sich die elementaren Empfindungen, Leidenschaften, Triebe ohne durch Vorstellungen (Vernunft) beeinflußt zu werden.

Bei Hemmungszuständen verwischen sich die konstitutionellen Anomalien (und zwar in den verschiedenen Qualitäten entsprechend der Hemmung).

## 5. Kapitel.

**Die krankhaften Erregungszustände des Empfindens.**

Aus dem Vorstehenden ergibt sich, daß ebenso wie in jedem normalen, so auch in jedem krankhaften Bewußtseinszustand die psychologische Analyse die Elemente der primären und der sekundären Funktion unterscheiden kann und unterscheiden muß. Besonders leicht muß diese Unterscheidung für die Erregungszustände durchführbar sein, da hier gewissermaßen größere Quantitäten spezifischer Energie sich darbieten und dementsprechend größere Effekte zur Beobachtung gelangen.

Wir betrachten daher zunächst die verschiedenartigen Symptome, in denen die krankhafte Erregung der psychischen Kraft zum Ausdruck kommen kann.

Die krankhafte Erregung kann sich ebenso wie die normale entweder in einer der 3 Qualitäten der primären Funktion, also in Empfinden, Fühlen oder Wollen, oder in den Vorstellungen der sekundären Funktion mehr oder weniger überwiegend äußern.

Empfinden, Fühlen und Wollen sind nur Unterschiede des Inhalts der primären Funktion, ebenso wie der Inhalt des Vorstellens einer dieser 3 Qualitäten entspricht.

Die krankhafte Erregung der psychischen Kraft muß sich immer auf beide Bewußtseinstätigkeiten und alle drei Inhalte erstrecken, sich in beiden Funktionen und allen drei Qualitäten äußern. Es kann also nie eine Qualität gehemmt sein und ebenso wenig eine Funktion gehemmt sein, wenn ein Erregungszustand besteht. (Eine nur scheinbare Ausnahme bildet die später zu erörternde Defekterregung.) Aber die Erregung einer Qualität überwiegt oft die der andern und ebenso kann die Erregung entweder mehr die primäre oder mehr die sekundäre Stufe betreffen, wie es ja auch im normalen Geistesleben der Fall ist.

Es tritt also die Erregung in vier verschiedenen Formen oder Symptomen in die Erscheinung, nämlich in krankhaftem Empfinden, Fühlen, Streben und Vorstellen.

Empfindungen, welche ohne den normaler Weise für ihr Zustandekommen notwendigen Reiz auftreten oder dem vorhandenen nicht proportional (d.h. stärker) sind, heißen Halluzinationen bzw. Illusionen. Entsprechend den verschiedenen Sinnesorganen gibt es solche des Gehörs, Gesichts, Geruchs, Geschmacks und des Tastgefühls in weitestem Umfang (also auch des Organgefühls).

Man teilt die mannigfachen Formen der Halluzinationen in sehr verschiedener Weise ein. Gewöhnlich unterscheidet man zwischen einfachen und zusammengesetzten oder elementaren und komplexen Halluzinationen. Zu den ersten würden z. B. einfache Geräusche wie Sausen, Pfeifen, Glockenläuten, Funkensehen usw. gehören. Ganze Sätze beschimpfenden etc. Inhalts, Gestalten, die mehr oder weniger deutlich gesehen werden u. a. rechnen zu der zweiten Gruppe.

Wir teilen die Halluzinationen vorläufig in elementare und reproduzierte, d. h. in solche, die vorwiegend krankhafte Erregung der primären oder vorwiegend solche der sekundären Funktion darstellen.

In reinen Fällen elementarer Halluzinationen können die Kranken ihre Empfindungen nur ungenau beschreiben. Sie hören Worte, ohne sie aber zu verstehen, sie sehen Gestalten ohne sie zu erkennen. Vor allem treten häufig körperliche Sensationen auf, die mit keiner bekannten Empfindung bezeichnet werden können. Die Kranken gebrauchen daher oft Wortneubildungen, wenn sie das unbeschreibliche Gefühl zu schildern versuchen. Aber auch die Klagen über „Brennen, Stechen, Spicken“ etc. sind nicht wörtlich zu nehmen, wie durch eingehendes Befragen fast stets festgestellt werden kann. Viele behaupten ständig „elektrisiert“ zu werden, ohne doch jemals einen wirklichen Strom gefühlt zu haben! Und wie die Halluzinationen des Tastgefühls nur vergleichsweise bezeichnet und ausgedeutet werden, so geschieht es auch mit den „Stimmen“ und „Gestalten“. Sehr häufig wird das Wunderbare, Unerhörte und darum besonders Schreckhafte dieser Halluzination hervorgehoben, ohne daß es aber dem Untersucher gelingt, sich von dem, was denn nun gehört oder gesehen wurde, eine genaue Vorstellung zu verschaffen. So ist oft nicht zu erfahren, ob es sich um Männer- oder Frauenstimmen handelt, noch weniger natürlich, was denn gesagt wurde oder wie etwa der halluzinierte Teufel ausgesehen hat.

Dies Unvermögen der Kranken, ihre Halluzinationen zu schildern, beruht aber keineswegs darauf, daß diese Empfindungen zu schwach sind, um genügend beachtet zu werden oder daß sie nur vorgetäuscht werden. Dagegen spricht die tägliche Erfahrung, daß die elementaren Halluzinationen gerade bei den schweren Psychosen vorkommen, daß sie mit stärkster affektiver Erregung verbunden sind und zu den äußersten Gewalttätigkeiten führen.

Sie sind Ausdruck der krankhaften Erregung des primären Empfindens. Weil in ihnen die primäre Funktion über die sekundäre überwiegt, fehlt es an Erinnerungsbildern, durch die allein eine Einreihung in die bekannten Empfindungen, die Identifikation, möglich wäre. Die

Kranken werden von einem Empfinden beherrscht, aber es ist ein völlig unerklärliches, rätselhaftes, dem normalen Leben völlig fremdes. Es ist gewissermaßen inhaltslos, da es sich keinem bekannten Empfinden anreihen läßt, es ist Empfinden an sich.

Der Ausdruck Empfinden an sich ist eine Abstraktion. Es gibt keine Empfindung ohne Inhalt, aber es gibt Empfindungen ohne reproduzierte Elemente. Auf die Durchschneidung des Sehnerven reagiert das Sehzentrum mit intensiver Lichtempfindung. Das ist keine Halluzination, schon weil es ein physiologischer Vorgang ist. Der Inhalt der Empfindung ist hier die Helligkeit, die Empfindung ist rein primär und erinnert vielleicht an den Blitzstrahl, aber wohl mehr in dem schnellen Vorübergehen als in Form oder Farbe. Die Erinnerung bezieht sich also nur auf Zeit und Raum, ohne die Empfindung nicht möglich ist.

Eine so isolierte und so intensive Reizung eines Empfindungszentrums wie sie die Durchschneidung des Sehnerven darstellt, gibt es aus verschiedenen Gründen nicht ein zweites Mal. In weniger isolierter Weise kann aber das primäre Empfinden durch verschiedene Einwirkungen in einen Erregungszustand versetzt werden. Die Folge solcher Erregung sind die elementaren krankhaften Reaktionen.

Die elementaren Halluzinationen kommen besonders häufig bei der sogenannten Dementia praecox zur Beobachtung und zwar desto eher, je jünger das Individuum und je hochgradiger die Erregung ist.

Ein drittes Moment, das ihr Zustandekommen begünstigt, ist ferner die imbezille Konstitution. Hier, wo bereits in Zeiten psychischer Gesundheit ein Ueberwiegen der primären über die sekundäre Funktion vorliegt, bewirkt natürlich schon ein geringerer Grad der Erregung, daß die Vorstellungen, also das reproduzierte psychische Geschehen fast ausgeschaltet wird. Einige reproduzierte Elemente sind immer in den elementaren Halluzinationen enthalten, wenn sie ein menschliches Individuum von einiger geistigen Entwicklung betreffen. Nur bei ganz tiefstehenden Idioten kann jede Erinnerung, jede Vorstellung fehlen. Ihr Seelenleben bietet deswegen dem Verständnis dieselben Schwierigkeiten wie das niederer Tiere.

Wenn also ein Patient von Belästigung durch Sausen, Pfeifen u. s. w. spricht, so kann dieser Vergleich bis zu einem gewissen Grade zutreffen. Aber nie wird als elementare Halluzination reiner Form eine Melodie gehört. Inhaltlich decken sich die hier als elementar bezeichneten Halluzinationen mit den von Kraepelin u. a. so genannten. Aber der Ausdruck elementar ist hier im Sinne von primär gebraucht.

Bei normaler Konstitution müßte theoretisch die sekundäre Funktion

in demselben Maße zunehmen wie die primäre. Die psychische Kraft kann sich aber trotzdem überwiegend in primärer Reaktion äußern. Die sekundäre Komponente drückt sich in solchen Fällen durch stärkere Versuche der Identifizierung des krankhaften Empfindens aus. Die Kranken halten an bestimmten Deutungen der Halluzinationen fest. In diesen Vergleichen tritt nun die Konstellation zu Tage. Die Deutung erfolgt entsprechend den Erfahrungen und den Kenntnissen, entsprechend dem Alter und dem Geschlecht des Kranken. Oft glaubt er, was ihm am fremdesten und unerklärlichsten ist, zur Erklärung heranziehen zu müssen. Elektrizität, Röntgenstrahlen, drahtlose Telegraphie, aber auch Engel und Teufel spielen daher hier eine große Rolle.

Am häufigsten sind zweifellos Gehörshalluzinationen, Stimmen beleidigenden Inhalts. Dann folgen die abnormen Empfindungen sexuellen Charakters; erheblich seltener sind Gesichtshalluzinationen, die ich mehrfach bei Individuen auftreten sah, deren Beschäftigung viel Sehen verlangte wie Lithographen. Besonders zeigte auch eine Malerin, die an *Dementia praecox* litt, außerordentlich deutliche Gesichtshalluzinationen. Geruchs- und Geschmackshalluzinationen treten am wenigsten häufig auf.

In diesen Tatsachen spricht sich der Einfluß der Konstellation für die Entstehung der Halluzinationen aus. Je größere Bedeutung für das Individuum eine Art der Sinnesempfindungen hat, desto leichter kommt es in dieser Qualität zu Halluzinationen.

Ueberwiegt nun in der Konstitution des Kranken normaler Weise die sekundäre Funktion, so bildet er auf Grund der primären Erregung ein Wahnsystem aus. Die Bedingungen hierfür sind vor allem in reiferem Alter vorhanden und wir sehen daher in der Tat, daß die *Dementia praecox* ohne scharfe Grenze in die Form der sogenannten *Paranoia hallucinatoria* oder *Dementia paranoides* übergeht. Ganz besonders tritt natürlich in dem Inhalt des Systems die Individualität des Kranken, seine Konstellation, hervor.

Zu den elementaren Halluzinationen gehören nach unserer Auffassung aber nicht nur diejenigen, die ihrem Inhalt nach als elementar zu bezeichnen sind. Diese stellen nur ihre reinste Form dar. Die Entstehungsweise ist dafür entscheidend, ob eine Halluzination als elementar anzusehen ist. Eine solche stellt in ihrer reinsten Form eine krankhafte psychische Reaktion dar, die überwiegend die primäre Funktion und zwar ihre Empfindungsqualität enthält. Die Erregung des Kraftzentrums geht dabei von der primären Funktion aus und äußert sich vorwiegend in dieser Art der Bewußtseinstätigkeit.

Die elementaren oder primären Halluzinationen enthalten je nach

der vorhandenen Konstitution und Konstellation mehr oder weniger sekundäre Elemente und nähern sich so mehr oder weniger der zweiten Art krankhafter Reaktionen des Empfindens, den reproduzierten (komplexen) Halluzinationen.

Man kann zweifelhaft sein, ob unsere elementaren Halluzinationen überhaupt noch den Namen Halluzinationen verdienen. Für die Erlebnisse, um die es sich hier handelt, hat die Sprache keinen Ausdruck, da sie ja normaler Weise nicht vorkommen. Es sind gewissermaßen Illusionen; die Empfindungen sind nur angedeutet und werden durch die hinzutretenden Assoziationen vervollständigt. Da es sich aber um graduelle Unterschiede des primären Empfindens handelt, um eine Steigerung des im Normalen nur weniger hervortretenden primären psychischen Geschehens, das in völliger Reinheit beim Menschen nicht vorkommen kann, so dürfte gegen die Bezeichnung „elementare Halluzination“ nichts einzuwenden sein. Nur ist festzuhalten, daß auch die elementare Halluzination mehr oder weniger zahlreiche, sekundäre Elemente enthält. Die Empfindung aber ist nicht nur primär, gegenwärtige Empfindung — das ist sie bei den reproduzierten Halluzinationen ebenfalls — sie nimmt auch von der primären Stufe des Empfindens ihren Ausgang.

In der Psychologie Jodls werden die Halluzinationen als sekundäre psychische Gebilde bezeichnet. Dieser Widerspruch mit unserer Auffassung ist aber nur ein scheinbarer. Denn selbstverständlich hat Jodl nur die ausgebildeten, also reproduzierten Halluzinationen im Auge. Nur von diesen gilt auch, wie Goldstein<sup>1)</sup> es ausdrückt, daß sie sich „von der echten Wahrnehmung objektiv betrachtet durch das Fehlen der äußeren Ursache, subjektiv dagegen durch nichts unterscheiden“.

Je mehr Erinnerungsbilder verfügbar sind, je stärker also die sekundäre Funktion über die primäre überwiegt, desto klarer und schärfer, desto detaillierter ist die Halluzination.

Die reinste Form der reproduzierten Halluzination kommt daher zustande, wenn die Erregung von der sekundären Funktion, vom Vorstellen ihren Ausgang nimmt, wenn die Vorstellung einer Empfindung eine solche Stärke erreicht, so viel psychische Energie absorbiert, daß sie unter Ausschaltung der andern Bewußtseinsqualitäten die Empfindung selbst hervorruft. Die andern Qualitäten der psychischen Kraft sind dabei ebenfalls gesteigert, aber die Empfindungsqualität überwiegt. Es werden in solchen Fällen oft ganze Situationen und Geschichten halluziniert, alle Einzelheiten einer Gerichtsverhandlung,

---

1) Die Halluzination usw. Wiesbaden 1912.

eines Streites erlebt, die abenteuerlichsten Dinge werden leibhaftig wahrgenommen. Auch hier spielt die Konstellation eine wichtige Rolle und es werden stets affektbetonte Erlebnisse zum Ausgangspunkt derartiger Halluzinationen.

Wir wissen, daß es auch der dichterischen Phantasie manchmal gelingt, sich Menschen und Dinge in halluzinatorischer Schärfe zu vergegenwärtigen. Auch diese Zustände sind abnorm, sie unterscheiden sich aber von den krankhaften sehr wesentlich dadurch, daß der in seine Visionen versunkene Dichter durch äußere Reize oder auch seinen eigenen Willen sich der Wirklichkeit wieder zuwenden kann, der Halluzinant dagegen nicht. An diesem prallen vielmehr die äußeren Eindrücke wirkungslos ab, er ist nicht imstande sie aufzufassen, nichts kann ihn von der Unwirklichkeit seiner Halluzinationen überzeugen. Er erlebt während derselben in Wirklichkeit die Leiden, empfindet die Schmerzen, die er sich vorstellt, als ob sie vorhanden wären. Aber diese primären Funktionen werden erst durch die Erregung der sekundären Elemente hervorgerufen.

Der Unterschied zwischen der dichterischen Versunkenheit und halluzinatorischer Krankheit ist nur ein gradueller. In beiden Zuständen überwiegt das Vorstellen, nur im letzteren Fall noch viel mehr als in ersterem.

Es kommt infolge der reproduzierten Halluzinationen sehr leicht zu völliger Verkennung der Umgebung und es resultiert der sogen. Dämmerzustand. Derselbe beruht, wie wir schon hier erkennen, nicht auf Spaltung der Persönlichkeit, auf Dissoziation, wie man zu sagen pflegt, sondern auf Erregung und stärkster Konzentration, auf Vorstellungen irgend welcher Art. Das Verhalten der übrigen Qualitäten der psychischen Kraft in diesen Zuständen werden wir weiter unten zu erörtern haben.

Während der Inhalt der Halluzinationen von der Konstellation des Individuums abhängig ist, ist die Konstitution dafür maßgebend, ob die auftretenden Halluzinationen sich mehr dem Typus der elementaren oder dem der reproduzierten nähern. Je stärker bereits im Normalen ein Ueberwiegen der sekundären Funktion über die primäre besteht, je größer also die Hyperfunktion von S ist, desto leichter muß es auch, wenn die Erregung von der primären Stufe ihren Ausgang nimmt, zu reproduzierten Halluzinationen kommen. Dementsprechend pflegen hysterische Individuen besonders eingehende Schilderungen ihrer Halluzinationen zu machen, sie sind es vor allem, die leicht in Dämmerzustände verfallen.

Je geringer das Ueberwiegen von S über P in der Konstitution

ist, desto weniger deutlich sind die Halluzinationen, desto mehr primäre Elemente setzen die krankhafte psychische Reaktion, den Bewußtseinszustand, zusammen.

Das gesteigerte Empfinden sucht gewissermaßen nach einem Inhalt und findet ihn desto leichter, je mehr Gedächtnismaterial d. i. Vorstellungen auf einem Gebiet vorhanden sind. Es können also auch bei hysterischen Individuen elementare oder primäre Halluzinationen auftreten, aber sie enthalten stets zahlreiche sekundäre Elemente. Bei konstitutioneller Hypofunktion von S, also bei imbeziller Konstitution kann es dagegen nie zu reproduzierten Halluzinationen kommen, da, wie wir oben gesehen haben, das angeborene Verhältnis  $P : S$  ( $P > S$ ) sich nie, auch nicht partiell, umkehren kann. Im Gegenteil tritt die abnorme Konstitution in der Erregung nur desto deutlicher hervor.

Für die „relative“ Hysterie gilt dagegen natürlich alles, was von der Hysterie selbst gesagt ist. Also auch ein schwachsinniges Individuum kann reproduzierte Halluzinationen und Dämmerzustände bekommen, wenn es durch das Verhältnis  $P : S$  dazu disponiert ist.

Illusionen sind dem Reiz nicht proportionale psychische Reaktionen. Es ist aber im Gegensatz zu den Halluzinationen immer ein, wenn auch geringer, äußerer Reiz vorhanden.

Sie stellen also Erregungen geringeren Grades als die Halluzinationen dar und sind oft nur Begleiterscheinungen der auf dem Gebiet des Fühlens oder Strebens überwiegenden Erregung.

Sie enthalten immer reproduzierte Elemente, sind also der sekundären Stufe zuzurechnen. Sie können leicht in reproduzierte Halluzinationen übergehen. Dies geschieht, wenn bei fortfallendem Reiz die Empfindung fortbesteht.

Ueberwiegen von S führt leicht zu Illusionen, sie treten hier häufiger als Halluzinationen auf. Ueberhaupt aber ist der Nachweis, daß gar kein äußerer Reiz vorhanden ist, eigentlich nie zu erbringen.

Schon normaler Weise kann man seinen eigenen Pulsschlag hören, hat Gesichtsempfindungen bei geschlossenen Augen, fühlt den Druck der Kleider etc. Nur pflegt man diesen ständigen Reizen keine Beachtung zu schenken. Erst bei Ueberempfindlichkeit, einem Zeichen der Hysterie, also bei Erregung des Empfindens, wird auf diese Dinge geachtet, sie werden bemerkt.

Absolute Reizlosigkeit, völlige Ruhe gibt es nicht, solange der Organismus lebt. Normaler Weise werden aber sehr viele Reize nicht beachtet, sie rufen keine Reaktion hervor. Es ist ein Zeichen der Krankheit, wenn solche Reize in ungewöhnlicher Weise wirken.

Die Unterscheidung von Illusionen und Halluzinationen ist daher

keine scharfe, sie ist auch für die Art der Krankheit nicht von wesentlicher Bedeutung, sondern stellt nur einen Gradmesser der vorhandenen Erregung dar.

Wir können also zusammenfassend sagen:

Jede Halluzination enthält primäre und sekundäre Elemente und zwar gehören die elementaren überwiegend der primären, die reproduzierten überwiegend der sekundären Funktion an. Sie kommen ohne den normaler Weise erforderlichen Reiz zustande und sind Ausdruck einer krankhaften Erregung des psychischen Kraftzentrums. Die praktische Unterscheidung, welche Form von Halluzinationen im Einzelfalle vorliegt, und von welcher Bewußtseinsstufe diese ausgehen, kann schwierig sein, ergibt sich jedoch meist aus der Beobachtung und Analyse des gesamten Krankheitsbildes.

---

## 6. Kapitel.

### **Die krankhaften Erregungszustände des Fühlens.**

---

Psychische Erregungszustände, die sich überwiegend auf dem Gebiet des Fühlens äußern, heißen Affekte. Krankhafte Affekte unterscheiden sich von normalen wiederum nur graduell; sie sind dem Reiz nicht proportional oder entstehen ohne den normaler Weise notwendigen Reiz.

Die Psychologie unterscheidet zwischen Lust- und Unlustgefühlen, deren Steigerung zu Lust- und Unlustaffekten führt. Diesen Gegensätzen, die sich auf den Inhalt der Gefühle beziehen, entsprechen in der Psychiatrie die Ausdrücke manisch und depressiv. In den geringeren Graden sprechen wir von manischer oder depressiver Stimmung, in den stärkeren von ebensolchen Affekten. Auch hier ist nicht der Grad der Erregung das Kennzeichen des Krankhaften, sondern das Verhältnis der Reaktion zum Reiz, bei dessen Beurteilung wiederum die Konstitution und Konstellation des Individuums berücksichtigt werden muß. Gefühlsausbrüche, die z. B. bei einem Kinde normal sind, können bei einem Erwachsenen bereits als krankhaft anzusehen sein.

Wie die Gefühle überhaupt, so haben auch die krankhaften Stimmungen und Affekte das Besondere, daß sie leichter als Empfindungen und Willensäußerungen durch sekundäre Phänomene (Vorstellungen, Gedankenreihen) hervorgerufen werden können (Angst vor Strafe, Freude über einen Erfolg usw.). Das affektive Fühlen ist am engsten

mit den Vorstellungen verknüpft. Die Erinnerung eines gewesenen oder die Vorstellung eines zukünftigen Erlebnisses kann also sehr leicht ein Gefühl hervorrufen oder ein bestehendes verstärken. Umgekehrt regt aber auch die jeweilige Stimmung entsprechende Gedankengänge an. Das Lustgefühl, das aus allgemeinem Wohlbefinden, aus Jugend und Gesundheit entspringt, läßt die ganze Welt in rosigem Licht erscheinen, während körperliche Unlustgefühle leicht hypochondrische Ideen hervorrufen.

Hysterische Individuen sind daher in viel höherem Grade Stimmungen unterworfen als Imbezille. Das Ueberwiegen der sekundären Funktion bedingt die größere affektive Erregbarkeit, aber nur soweit diese Folge von Vorstellungen ist. Der gegenwärtige Reiz wirkt umgekehrt bei imbeziller Konstitution stärker. Der Imbezille ist reizbarer als der Hysterische. Während aber der Hysterische sich immer weiter in seine Stimmung vertieft, sich in den Affekt hineinbohrt, für ihn aus den Vorstellungen neue Nahrung saugt, findet der Affekt des Imbezillen in dem schwach entwickelten Vorstellungsleben keine Resonanz. Er ist aufbrausend, aber schnell beruhigt, schnell umgestimmt. Er schüttelt unangenehme Eindrücke leicht ab, gibt sich bedingungslos den Freuden des Augenblicks hin, während der Hysterische auch im Affekt das Ueberwiegen der sekundären Funktion verrät. Er denkt mehr als er fühlt. Wenn daher der Hysterische im allgemeinen als besonders reizbar gilt, so ist das nur in dem Sinne richtig, als er kleine Reize durch Vorstellungen zu großen steigert. Auf diese reagiert er dann, nicht auf die ursprünglichen.

Diese Gegensätze, die oben bereits erörtert wurden, machen sich nun besonders bemerkbar, da Affekte äußerlich leichter erkennbar sind als Empfinden und Wollen, soweit diese nicht zum Handeln führen. Sie sprechen sich in Mimik und Haltung, in Stimme und Bewegungen, in Lachen und Weinen aus. Eine stärkere affektive Erregung läßt sich im Wesen und Benehmen eines Geisteskranken leicht erkennen. Was wir an ihnen außer Handlungen vornehmlich beobachten können, ist die Affektlage. Hier sind wir in viel geringerem Grade als bei den krankhaften Empfindungen auf ihre Schilderungen angewiesen. Was sie empfinden, wollen und denken, müssen wir uns oft sagen lassen, was sie fühlen, sehen wir — oder glauben es doch zu sehen.

Denn hier liegt eine wesentliche Fehlerquelle der psychiatrischen Beobachtung!

Auch die Affekte sind, wie Jodl ausführt, normaler Weise sekundäre psychische Gebilde, insofern sie immer Vorstellungen enthalten. Es gibt normaler Weise keine unmotivierte Angst oder Freude, keinen

unbegründeten Affekt. Die Stimmungen, die nur Affekte schwächeren Grades darstellen, beruhen auf entsprechend schwächeren Reizen.

Krankhafte Affekte unterscheiden sich ja aber gerade dadurch von den normalen, daß sie dem vorhandenen Reiz nicht proportional sind. Sie treten also in den äußersten Fällen ohne Reiz auf, d. h. sie sind unbegründet.

Wenn wir also aus gewissen scheinbar affektiven Aeußerungen der Kranken auf entsprechende Reize schließen, so müssen wir dabei beachten, daß diese zwar vorhanden sein können, es aber durchaus nicht sein müssen.

Vor allem sind es wiederum die verschiedenen Formen der *Dementia praecox*, in denen uns Affektausbrüche entgegneten, die wir als grundlose Heiterkeit, allgemeine Angst, sinnlose Wut usw. bezeichnen. Wir dürfen aber nicht vergessen, daß wir, die Beobachter, diesen Zuständen diese Namen geben, nicht die Kranken. Nur der äußere Eindruck ist für die Bezeichnung maßgebend.

Auch bei den Affekten müssen wir nach ihrer Entstehungsweise zwei Arten unterscheiden. Die von der primären Stufe ausgehenden nennen wir „Elementaraffekte“, die von der sekundären Stufe ausgehenden „reproduzierte Affekte“.

Die Sprache hat für die Steigerung des primären Fühlens keinen Ausdruck. Der normale „Affekt“ entspricht der reproduzierten Halluzination, er ist erst durch die ihm eigentümlichen Vorstellungen als solcher charakterisiert.

Wie die elementaren Halluzinationen das „Empfinden an sich“ so stellen die Elementaraffekte das „Fühlen an sich“ in stärkster Intensität dar.

Die Unzulänglichkeit der Assoziationspsychologie erweist sich nirgends deutlicher als in den Erregungszuständen des Fühlens, die von der primären Stufe ausgehend die sekundäre Funktion mit sich fortreißen, sie gewissermaßen sprengen und so das Vorhandensein des elementaren, primären Fühlens dokumentieren.

Wie bei den elementaren Halluzinationen aber je nach Konstellation und Konstitution mehr oder weniger zahlreiche sekundäre Elemente sich beimengen, assimiliert werden, so finden wir auch bei den Elementaraffekten mehr oder weniger Motive, Vorstellungen.

Am leichtesten kommt es bei imbeziller Konstitution zu elementaren Affektausbrüchen. Die hysterische und bis zu einem gewissen Grade auch die normale Konstitution versucht die Elementaraffekte mindestens nachträglich in irgend einer Weise zu begründen, vor sich selbst zu rechtfertigen. Diese Motivierungen sind indessen immer schwächlich,

ganz ungenügend und nicht überzeugend. Der Kranke kann sich selbst über seinen Zustand keine Rechenschaft geben, so wenig der Halluzinant seine Empfindungen beschreiben kann.

Daher ist auch bei den Elementaraffekten eine Einfühlung unmöglich. Verstehen lassen sich nur Gedanken und die auf ihnen beruhenden psychischen Reaktionen. Die Naturkraft, die uns auch in den Affekten der primären Bewußtseinsstufe entgegentritt, läßt sich nur wahrnehmen.

Auch die hysterischen Konstitutionen können Elementaraffekte haben, d. h. an Erregungszuständen, die von der primären Funktion ihren Ausgang nehmen, erkranken. Andererseits kann aber in einer imbezillen Psyche mit Ausnahme der relativen Hysterie, ein Affekt nie überwiegend in Vorstellungen bestehen. Die Dämmerzustände auf affektiver Basis, wie sie besonders leicht bei Hysterischen auftreten, können daher nie eine imbezille Konstitution betreffen.

Die Affekte spielen in der Dynamik des psychischen Geschehens eine besonders wichtige Rolle, die dazu geführt hat, zwischen sthenischen und asthenischen Affekten zu unterscheiden. Diese Formen entsprechen den Lust- und Unlustgefühlen der Psychologie und dem manischen und depressiven Affekt der Pathologie. Die sthenischen Affekte wirken ihrerseits fördernd, exzitierend auf Vorstellen und Handeln. Die Mimik ist lebhaft, die Bewegungen elastisch und kraftvoll, die Gedankenarbeit geht schnell, mühelos von statten.

Wir erkennen in diesen bekannten Tatsachen, daß die Erregung der psychischen Kraft bei dem sthenischen Affekt nicht auf das Fühlen beschränkt bleibt, sondern auch die andern Qualitäten betrifft. Sie äußert sich nur überwiegend im Fühlen.

Die stärkere Erregung führt zum Bilde der Manie.

Gegenüber diesem erregenden Einfluß, den man dem sthenischen oder manischen Affekt zuzuschreiben gewöhnt ist, geht die allgemeine Anschauung dahin, daß der asthenische Affekt, also der depressive, entgegengesetzte, nämlich hemmende Wirkungen auf das übrige psychische Geschehen ausübt. Diese Gegensätzlichkeit, die ja unserer Theorie zuwiderlaufen würde, beruht indessen darauf, daß man die primäre Funktion bisher außer Acht gelassen hat und nur die Wirkung des Affekts auf die sekundäre Funktion, das Vorstellen, berücksichtigte.

In der Tat läßt es sich unschwer erweisen, daß auch der sogen. asthenische, also der depressive Affekt, Erregung der psychischen Kraft ist und daß an dieser Erregung alle psychischen Qualitäten teilnehmen.

Niemand kann zweifeln, daß z. B. Angst in ebenso hohem Maße psychische Erregung ist, stärkstes psychisches Erleben darstellt, wie

Freude. Aber eine Angstvorstellung wirkt lähmend auf das Denken! Das ist unbestreitbar, aber es drückt sich darin nur aus, daß die Angst den größten Teil der verfügbaren psychischen Kraft absorbiert, sodaß andere Gedanken nicht aufkommen können. Es ist derselbe Vorgang, der die Versunkenheit charakterisiert und er beruht wie diese auf der Enge des Bewußtseins. In dieser einen angstvollen Vorstellung kann ein viel größeres Quantum psychischer Energie gebunden sein als in ideenflüchtigen Produktionen.

Die motorische Erregung spricht sich in der starren Haltung, dem versteinerten Antlitz des Angsterfüllten aus, die wir u. a. weiter unten als Zeichen der Erregung der Spontaneität kennen lernen werden. Hier genügt es, festzustellen, daß manische und depressive Affekte in gleicher Weise Erregungszustände der psychischen Kraft sind, deren Unterschiede ausschließlich den Inhalt betreffen. Welcher Affekt zur Ausbildung gelangt, ist von dem mit der Erregung des Fühlens sich verknüpfenden Vorstellungen abhängig, beruht auf der Konstellation.

Für die psycho-pathologische Wertung eines Affektes ist seine Entstehung von ausschlaggebender Bedeutung, die Frage ob es sich um einen elementaren oder reproduzierten Affekt handelt.

Die praktische Unterscheidung kann hier aus vielen Gründen erhebliche Schwierigkeiten machen, ja sogar unmöglich sein. Desto wichtiger ist es, daß sich wenigstens theoretisch faßbare Unterschiede zwischen den beiden Arten der Affekte aufstellen lassen, Unterschiede, die also in der Bewußtseinstätigkeit begründet sind.

---

## 7. Kapitel.

### **Die krankhaften Erregungszustände des Wollens.**

---

Die Aeüßerungen der Spontaneität unterscheidet die Sprache als Trieb- und Willenshandlungen; sie legt also den verschiedenen Akten zweierlei Arten des Strebens zu Grunde, nämlich einen Trieb oder einen Willen. Der Unterschied beruht darauf, daß ein Wille zielbewußt, motiviert sein muß, ein Trieb dagegen der Leitung durch die Vernunft entbehrt. Die Triebhandlungen stellen also primäre, die Willenshandlungen sekundäre Reaktionen der Spontaneität dar. Die Triebe sind das Ursprüngliche, das, was jedem Willen zu Grunde liegt; jede Willenäußerung entspringt einem Trieb, hat sich aus ihm entwickelt und enthält neben den sekundären Elementen stets noch die primäre Funktion.

Man muß verschiedene Arten von Trieben unterscheiden, nämlich den Ernährungstrieb, den Geschlechtstrieb, Bewegungstrieb, Nachahmungstrieb u. a. Zusammenfassend kann man von Selbsterhaltungs- oder Lebenstrieb sprechen, dessen Unterarten die verschiedenen Qualitäten sind, ebenso wie Hören, Sehen, Riechen, Tasten etc. Unterarten des Empfindens darstellen.

Die Zahl der angenommenen Triebe ist also unwesentlich. Jedenfalls aber ist es nicht angängig, einem einzelnen wie z. B. dem Geschlechtstrieb (Freud) eine ausschließliche Bedeutung beizumessen und alle anderen Triebe auf ihn zurückführen zu wollen.

Außerungen der primären Spontaneität sind alle Arten von Bewegungen, also alle Muskelspannungen, die unbewußt ausgeführten, die reflektorischen und automatischen, inbegriffen. Auch diese lassen sich auf Triebe zurückführen und verdanken ihrer Bedeutung für die Erhaltung des Individuums die mehr oder weniger vollständige Lösung von dem Bewußtsein. Jodl trennt sie als unwillkürliche von den willkürlichen Bewegungen, betont aber, daß es hier keine scharfe Grenze gibt.

Die Triebe führen<sup>1)</sup> „auf die tiefsten Wurzeln der psychophysischen Organisation des Menschen zurück“, repräsentieren jene Spontaneität, welche als Grundfunktion des Bewußtseins bezeichnet werden muß<sup>2)</sup>. „Mit der Verwandlung der Triebe in Begehungen geht parallel die Verwandlung von unwillkürlichen Bewegungen in willkürliche, die Erwerbung einer großen Zahl von neuen willkürlichen Bewegungen, welche nicht vererbt, sondern erlernt sind, und die beginnende Leitung der Bewegungen durch den Willen, d. h. durch Vorstellungen, welche die Ursache einer gegenwärtig gegebenen Unlust oder die Mittel zur Herbeiführung einer künftigen Lust, zur Vermeidung eines künftigen Schmerzes enthalten.“

„Wille ist der engere, Streben der weitere Begriff. Es gibt keinen Willen, der nicht zugleich Streben wäre; aber nicht alles Streben verdient den Namen Wille“.

Das Streben nach Wahrnehmung, der „Wahrnehmungstrieb“ führt zur Entwicklung der „sinnlichen Aufmerksamkeit“, die selbst wieder Vorstufe der „repräsentativen Aufmerksamkeit“ ist. Die „Enge des Bewußtseins“ bedingt es, daß immer nur eine Art im Vordergrunde steht. Die Spontaneität äußert sich entweder überwiegend in der Aufmerksamkeit auf einen sinnlichen Eindruck, ein Gefühl, oder überwiegend in der Vergegenwärtigung früherer oder zu erwartender Ein-

1) Jodl, l. c. Bd. II. S. 67.

2) Jodl, l. c. Bd. II. S. 68.

drücke und Gefühle. Die Beobachtung, das Erfassen gegenwärtiger Eindrücke oder Geschehnisse ist ebenso Spontaneität wie Ueberlegen, Vergleichen, Urteilen. Alle derartigen psychischen Akte wurzeln in dem primären Streben und stellen dasselbe auf der sekundären Stufe dar.

Eine weitere Aeußerung der Spontaneität ist die Sprache, die teils auf Nachahmungstrieb, teils auf Mitteilungstrieb beruht und in den verschiedenen Formen der Ausdruckserregungen, „den Bewegungs- und Klanggebärden“ vorgebildet ist. Ebenso hat sich Schreiben und Lesen sowie weiterhin jedes Handeln überhaupt auf dem Untergrund des primären Strebens aufgebaut.

Die Symptome der krankhaft erregten Spontaneität sind, entsprechend den verschiedenartigen Formen, in denen diese sich beim Menschen äußert, sehr mannigfaltig. Die Unterscheidung der primären und sekundären Elemente in der einzelnen Reaktion ist bei ihnen von derselben Bedeutung wie bei den krankhaften Empfindungen und Gefühlen. Die Erkennung einer krankhaften Erregung der Spontaneität ist nicht schwierig, wenn man die verschiedenen Formen, in denen sie sich äußern kann, berücksichtigt.

Betrachten wir zunächst diejenigen Erregungssymptome der Spontaneität, in denen die primäre Funktion überwiegt. Hierher gehört der Bewegungsdrang, der von leichter Unruhe bis zum stärksten Toben alle Abstufungen zeigen kann. Die Kranken bleiben nicht im Bett, rennen im Zimmer herum, springen, tanzen, turnen, sie klappern, lärmern, schreien, singen, pfeifen, gestikulieren. Die Gesichtsmuskeln flattern, es tritt „Grimmassieren“ auf, die Muskeln spannen sich gruppenweise an oder sie zeigen sämtlich einen erhöhten Tonus; leisten passiven Bewegungen erheblichen Widerstand. Auf solchen Spannungen beruht die sogen. *Flexibilitas cerea*, die sich zur Katalepsie steigern kann, und der Negativismus. Diese Symptome sind also Ausdruck der psychischen Erregung.

Die sprachlichen Aeußerungen der Kranken erweisen sich durch ihre Inhaltslosigkeit als motorische Erregung der primären Stufe. Dem Bewegungsdrang entspricht der Rededrang. Zugerufene Worte werden nachgesprochen, „Klangassoziationen“ treten auf, einzelne Wörter oder Silben werden „verbigeriert“, schließlich wird „Wortsalat“ produziert.

Die Erregung der sekundären Funktion drückt sich hierbei in der großen Ablenkbarkeit der Kranken aus, in der Unfähigkeit ihre Gedanken zu konzentrieren. Die Vorstellungsreihen ordnen sich nicht mehr nach einem durch den Willen bestimmten Gesichtspunkt, sondern treten wahllos in das Blickfeld, die Kranken sind ideenflüchtig. Anstatt also einen Gedanken bis ans Ende zu verfolgen, zersplittert

sich die psychische Kraft auf viele, multa nicht multum wird geleistet. Die Tatsache, daß sehr viel gedacht wird, kennzeichnet den Zustand der sekundären Funktion als Erregung. Sinnlose, unverständliche Handlungen beweisen, daß das Wollen keinem Gedanken entspringt, es ist ohne Inhalt, hat keinen Zweck, ist triebartig.

Diese Symptome finden sich häufig in dem Bilde der hyperkinetischen Katatonie vereinigt, die seit Kraepelin der Dementia praecox zugerechnet wird.

Sie treten vor allem bei jugendlichen und bei imbezillen Individuen auf und zwar werden sie auch durch andere Noxen als durch die Katatonie hervorgerufen z. B. durch Alkohol oder Fieber.

Betrifft die krankhafte Erregung eine Konstitution, in welcher Hyperfunktion von S besteht, so tritt die primäre Spontaneität nicht mehr in der soeben geschilderten Reinheit hervor. Die Handlungen sind zielbewußter, komplizierter, durchdacht, die sprachlichen Aeußerungen lassen Wahnideen erkennen, die rein motorische Unruhe tritt in den Hintergrund. An Stelle des Rededrangs tritt der Schreibdrang, der aber auch bei den rein primären Symptomen vorkommt. Während dort kein richtiges Schreiben, sondern nur Kritzeln und Schmieren resultiert, werden hier in Massen unsinnige Schriftstücke verfaßt, die in Form und Inhalt von dem Normalen abweichen. Die Erregung kann lange durch äußerlich geordnetes Benehmen verdeckt werden. In solchen Zeiten ist ihr Vorhandensein an dem gespannten Gesichtsausdruck, dem lauernden, finsternen Blick, der gepreßten Stimme und an einer Reihe individueller Zeichen erkennbar, die dem drohenden Sturm im Einzelfall voranzugehen pflegen und meist die Verhütung von Gewalttaten ermöglichen.

Die Frage, ob eine Trieb- oder Willenshandlung vorliegt, ob also die Erregung von der primären oder sekundären Funktion ihren Ausgang genommen hat, ist oft nur unter Berücksichtigung des ganzen Krankheitsbildes zu entscheiden. Wie aber die elementaren Halluzinationen und die Elementaraffekte stets überwiegend Erregung der primären Funktion darstellen, so sind auch die Triebhandlungen Erregungssymptome, in denen die primäre Bewußtseinsstufe überwiegt. Sie stellen die elementare Spontaneität dar, das Wollen an sich. Willenshandlungen dagegen kommen durch eine Erregung zustande, die entweder von der primären oder der sekundären Funktion ihren Ausgang genommen hat, die aber in jedem Falle sekundäre Elemente enthält.

Das Urteil, ob eine Willenshandlung als krankhaft anzusehen ist, muß die Motive, also die Vorstellungen, die dazu geführt haben, berücksichtigen. Man findet dann häufig, daß die Tat psychologisch nur

etwas Nebensächliches darstellt. Krankhaft ist das Vorstellen, die Tat ist die logische Folge der falschen Vorstellungen, der Wahnideen. Das Verhältnis der Vorstellungen zu den Handlungen sowie zu den Gefühlen und Empfindungen wird noch eingehend zu untersuchen sein.

---

## 8. Kapitel.

### **Die krankhafte Erregung des Vorstellens. Die Wahnidee.**

---

Die Untersuchung der Erregungssymptome der primären Bewußtseinsstufe hat ergeben, daß diese durch die Konstitution und Konstellation sehr erheblich beeinflußt werden. Das Verhältnis P : S wirkt modifizierend auf die verschiedenen psychischen Reaktionen und prägt ihnen den Stempel der vorhandenen Konstitution auf. Dies Verhältnis tritt in ihnen sogar deutlicher als unter normalen Zeiten zutage, da die Erregung gewissermaßen ein Vergrößerungsglas darstellt, das die Erkennung, welche Art der Bewußtseinstätigkeit überwiegt, sehr erleichtert.

Die Konstellation äußert sich in den Veränderungen, die das Alter des Individuums, sein Kräftezustand usw. auf die psychischen Reaktionen ausübt und ferner in dem Einfluß des früher Erlebten auf die gegenwärtigen Erlebnisse, der in den Inhalten der psychischen Reaktionen zur Geltung kommt. Die vorhandenen, früher erworbenen Vorstellungen lenken die krankhafte primäre Erregung in bestimmte Bahnen; sie rufen die reproduzierte Halluzination hervor, verleihen den Affekten einen Inhalt, setzen dem Wollen ein Ziel. Aber die so hervorgerufenen Vorstellungen sind Truggebilde, sie verfälschen die Wirklichkeit, sie sind wahnhaft. Sie führen zu dem wichtigsten Krankheitssymptom der sekundären Funktion, zu der Wahnidee.

Das Kennzeichen der Wahnidee als solcher liegt nicht in ihrem mehr oder weniger unsinnigen, verrückten Inhalt. Sie braucht durchaus nicht ohne weiteres erkennbar zu sein, sondern klingt mitunter ganz plausibel, jedenfalls nicht unmöglich. Der Vorwurf ehelicher Untreue z. B. kann berechtigt sein, und erst die dafür gegebene Begründung ermöglicht häufig im Einzelfalle die Feststellung, daß es sich dabei um eine Wahnidee handelt. Die Erregung des primären Empfindens führt zu illusionärer Verkennung tatsächlicher Vorgänge, die Steigerung des Gefühlslebens verstärkt die mit diesen Beobachtungen verbundenen Unlustgefühle, die Erregung der Spontaneität

entfacht die Energie und führt zu Gewalttaten. Der Gedankengang, der Affekt und event. sogar die Handlungsweise sind begreiflich — vom Standpunkt des Kranken. Aber dieser Standpunkt ist unbegreiflich, er ist verrückt. Wie kann ein Mensch solche Beobachtungen für beweisend halten oder überhaupt daraufhin einen solchen Verdacht schöpfen, während er anderen viel wichtigeren Tatsachen gegenüber völlig blind ist und sie gar nicht berücksichtigt? Diese immer wieder überraschende Verblendung, die Unzugänglichkeit der Kranken gegenüber Einwendungen der Logik ist dieselbe, wie wir sie bei Halluzinanten in bezug auf ihre Sinnestäuschungen sehen. Die Erregung der primären Funktion reißt die Vorstellungen mit fort, rückt die affektbetonten Assoziationen, die infolge der Konstellation prävalieren, in den Vordergrund und verleiht ihnen die Macht, die keine Gegenvorstellungen aufkommen läßt. Sie glauben, was sie empfinden und fühlen, aber sie empfinden und fühlen falsch.

Das gewählte Beispiel deutet den bekannten Eifersuchtswahn der Trinker in Umrissen an. Wie hier das Wesentliche die Entstehungsweise des Wahnes ist, nicht dieser selbst, so muß man auch bei den anderen Psychosen, deren Hauptsymptom die Wahnidee darstellt, vor allem die Entstehungsweise berücksichtigen. Ob es sich um einen sogen. Querulantenwahn handelt, um den Glauben, Kaiser oder Prophet zu sein, oder um eine „fixe Idee“ anderer Art, ist für die psychologische Wertung nebensächlich. Das sind Unterschiede des Inhalts, die durch die Konstellation hervorgerufen werden. Immer entstehen diese Krankheitsbilder, also die Paranoia in ihren verschiedenen Formen, durch eine krankhafte Erregung, die von der primären Funktion ihren Ausgang genommen hat. Je stärker die Hyperfunktion von S in der Konstitution ist, desto ausgebildeter, systematisierter ist der Wahn, zu desto komplizierteren Handlungen kann er führen. Je geringer die Hyperfunktion von S ist, desto eher treten Affekte und Handlungen auf, in denen die primäre Funktion überwiegt. Die Affekte werden sinnlos, die Handlungen unüberlegt, triebartig.

In allen höheren psychischen Reaktionen des Paranoikers ist die krankhafte Erregung der primären Funktion vorhanden, wenn auch nicht immer erkennbar. Es kann daher kein Mensch partiell „verrückt“ sein. Nicht die einzelne Idee ist krankhaft, sondern das Denken. Und nicht allein das Denken, sondern auch Empfinden, Fühlen und Wollen, kurz die ganze Persönlichkeit ist verändert, nur tritt diese Veränderung infolge der Konstitution in Form der Wahnidee oder des Wahnsystems überwiegend in die Erscheinung. Die Hyperfunktion von S läßt die Erregung der primären Qualitäten nicht

sofort erkennbar werden, verarbeitet und unterdrückt sie gewissermaßen einige Zeit lang. Aber irgend ein an sich unbedeutendes Ereignis kann das glimmende Feuer hell auflodern lassen. Eine Zeitungsnotiz, der Blick eines Vorübergehenden, teilweise aufgefangene Gespräche und vieles andere stellen das auslösende Moment dar, das anscheinend die Paranoia hervorruft. Man hat besonders dem affektbetonten Erlebnis die Fähigkeit zugeschrieben, eine „fixe Idee“ entstehen zu lassen, trotzdem, wie wir sehen werden, starke Gefühls-erregungen zu ganz anderen Krankheitsbildern Veranlassung geben.

Die Psyche des Paranoikers läßt sich nur bis zu einem gewissen Grade begreifen, nämlich nur von seinem individuellen Standpunkt aus. Was ihn zu den Prämissen seines Systems geführt hat, sind präsentative Erlebnisse, krankhaft erregte Bewußtseinstätigkeit der primären Stufe, und daher ebenso unfaßbar, der Einfühlung unzugänglich, wie katatonische oder halluzinatorische Reaktionen.

Aber auch wenn man diese Voraussetzungen des Paranoikers anerkennt, wird man sein Vorstellungsleben nicht als normal bezeichnen und der Ziehenschen Auffassung, daß es sich hier um eine Psychose ohne Intelligenzdefekt handelt, nicht beitreten können.

Ziehen<sup>1)</sup> sagt: „In letzter Linie gehen alle Wahnvorstellungen der chronischen einfachen Paranoia auf normale Empfindungen zurück. Die Auslegung und Verarbeitung der letzteren ist falsch.“

Diese Anschauungsweise ist mit der Jodlschen völlig unvereinbar. In folgenden Sätzen Jodls scheint mir der Unterschied von der Assoziationspsychologie besonders deutlich ausgeprägt zu sein<sup>2)</sup>: „Die Gültigkeit oder Wirksamkeit des Assoziationsgesetzes ist keineswegs, wie dasselbe öfters aufgefaßt zu werden pflegt, lediglich auf Vorstellungen eingeschränkt. Es ist nicht bloß eine Regel der Verknüpfung von Vorstellungen, sondern der Verknüpfung von Bewußtseinsphänomenen überhaupt.“

Es knüpfen sich also an Vorstellungen nicht nur Erinnerungen früherer Sinneseindrücke, früherer Gefühls- und Willenserregungen, sondern es werden auch Empfindungen, Gefühle und Willenserregungen primärer Natur an Vorstellungen assoziiert, durch diese hervorgeufen. Und umgekehrt rufen präsentative psychische Akte Vorstellungen hervor.

Die Assoziationspsychologie vernachlässigt das primäre Element, das nach der Jodlschen Auffassung in jedem psychischen Akt vorhanden ist.

1) Ziehen, Psychiatrie. 1902. S. 419.

2) Jodl, l. c. II. S. 147.

Die Tatsache, daß das Fühlen an der Entstehung von Wahnideen einen wesentlichen Anteil hat, ist auch den Vertretern der Assoziationspsychologie nicht entgangen. Der „Affektstoß“ kann nach Ziehen ausnahmsweise zur Entwicklung einer einfachen chronischen Paranoia führen. Vor allem hat Specht<sup>1)</sup> die Auffassung vertreten, daß bei dem sogenannten Querulantenwahn der Affekt das Primäre, die Wahnidee das Sekundäre ist, und hat es für richtiger erklärt, von einer Querulantenmanie zu sprechen. Sicher bringt es die enge Verknüpfung der Vorstellungen mit den Gefühlen mit sich, daß affektbetonte Vorstellungen stärker haften, in der Dynamik des Vorstellens überhaupt eine größere Rolle spielen als andere, die keine oder weniger lebhaft Gefühlsassoziationen hervorrufen. Aber auch das sehr stark affektbetonte Erlebnis oder eine solche Vorstellung wird schließlich durch neue Eindrücke und andere Vorstellungen in den Hintergrund gedrängt; sie gerät in Vergessenheit und wird damit überwunden. Die Wahnidee des Paranoikers dagegen ist durch nichts zu erschüttern, er findet im Gegenteil in allen Ereignissen neue, ändern unbegreifliche Bestätigungen seiner Auffassung, er kann wohl vorübergehend abgelenkt, aber nie von der Unmöglichkeit und tatsächlichen Verkehrtheit seiner Idee überzeugt werden. Der Grund dafür liegt darin, daß Empfinden und Fühlen ebenso wie das Wollen krankhaft erregt ist.

Wir gehen also noch einen Schritt weiter als Specht und definieren die Paranoia als einen krankhaften Erregungszustand bei Hyperfunktion von S, der von der primären Funktion ausgeht und alle drei primären Qualitäten betrifft.

Die krankhafte Erregung der Spontaneität prägt sich in der Ausbildung des Systems sowie in der Hartnäckigkeit, mit der ein Ziel verfolgt, in dem Fanatismus, mit dem eine Ansicht vertreten wird, aus. Diese Eigenschaften des Paranoikers sind Spontaneität in einer höheren Stufe der Entwicklung. Sie sind ebenso wie Ueberlegen, Urteilen, Schließen nach Jodl tertiäre Willensäußerungen, die auf der Reproduktion und Assoziation sich aufbauen. Die Zusammenfassung der beiden höheren Stufen psychischen Geschehens bedeutet zwar eine Vereinfachung und schien daher für diese Darstellung geboten. Eine genauere psychologische Analyse der Paranoia dürfte sich aber hiermit nicht begnügen, sondern müßte gerade die Störungen der sekundären Stufe, der Aufmerksamkeit u. a. berücksichtigen, um aus ihnen das schließlich resultierende Wahnsystem verstehen zu können. Eine solche Darstellung müßte aber daran festhalten, daß die primäre

---

1) Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908.

Funktion vor allem erkrankt ist, die Erregung von ihr ausgeht, daß das Empfinden und Fühlen der Kranken nicht normal sind, und ihr Wille es daher auch nicht sein kann.

Richtig ist, daß sich das Denken des Paranoikers nach denselben Gesetzen vollzieht, wie das des Gesunden, es ist ihm wesensgleich. Wenn aber Intelligenz mehr sagt, als Kenntnisse haben, wenn damit auch die richtige Verwertung von Kenntnissen gemeint ist, vor allem nicht nur logische, sondern auch Wert-, d. h. Gefühlsurteile, von denen doch der Wille abhängig ist, so haben Paranoiker einen sehr erheblichen Intelligenzdefekt. Sie sind durchaus unfähig, Wichtiges von Unwichtigem, Nützlichem von Schädlichem, Ethisches von moralisch Verwerflichem zu unterscheiden. In dem weiteren Verlauf der Erkrankung tritt denn auch stets die Verblödung der Kranken deutlich hervor.

Wenn Ziehen diese als nur vorgetäuscht ansieht und sie Pseudodemenz nennt, so liegt das daran, daß er in dem Nachweis von psychischen Reaktionen, die sich von den gesunden in ihrer Intensität, also nur graduell unterscheiden, den Nachweis vorhandener Intelligenz geführt zu haben glaubt. Auch Intelligenz ist ein relativer Begriff, aber an dem angenommenen Normaltypus gemessen entspricht die des Paranoikers sicher nicht den mildesten Ansprüchen. Es handelt sich bei ihm nicht um Pseudodemenz, sondern um Demenz! Die wichtige forensische Bedeutung dieser Auffassung wird weiter unten zu besprechen sein.

Die Wahnidee ist nicht als isoliertes Krankheitssymptom zu betrachten. Sie stellt das Resultat eines krankhaften Erregungszustandes der sekundären Funktion dar. Die Trennung der 3 Qualitäten des psychischen Geschehens, die auf der primären Stufe relativ leicht durchführbar ist, stößt hier auf Schwierigkeiten, die in der Dynamik des Vorstellens seinen Grund haben. Die assoziative Verknüpfung der Vorstellungen untereinander, ihre gegenseitigen Beziehungen und Beeinflussungen sind so eng, daß die Trennung nach Qualitäten hier zwecklos erscheint.

Die Voraussetzungen der Wahnidee sind eine Reihe psychischer Akte, die wir im Einzelnen hier nicht verfolgen können. Es sind dieselben, auf denen sich die normalen Urteile und die normalen Gedankenreihen, die zu Schlüssen und endlich zu Handlungen führen, aufbauen. Diese von uns in der sekundären Funktion zusammengefaßten psychischen Akte verlaufen im Anfang der Paranoia den normalen so ähnlich, daß sicher sehr oft die vorhandene Abweichung nicht nachweisbar ist. Die Wahnidee des Paranoikers kommt durch die krankhafte Veränderung der primären Funktion zustande; sie stellt

eine krankhafte Reaktion der sekundären psychischen Funktion dar, die auf krankhafter Erregung der primären Funktion beruht. Sie wird nicht an ihrem Inhalt als wahnhaft erkannt, sondern an den ihr zugrunde liegenden krankhaften präsentativen Erlebnissen.

Das primäre Fühlen spielt für die Wahnidee insofern eine besondere Rolle, als es besonders leicht zu ihrer Ausbildung führt, wenn es in einer hysterischen Konstitution krankhaft erregt ist. Jeder Paranoiker hat ihn besonders stark affizierende Vorstellungen, und mit Recht sagt Kraepelin<sup>1)</sup>: „Es gibt keine Wahnvorstellungen, welche dem Kranken von vornherein gleichgültig wären, sondern sie sind, zunächst wenigstens, immer auf das engste verknüpft mit der Gestaltung seiner eigenen Lebenslage“. Wenn Kraepelin aber die Wahnideen „nicht unmittelbar aus der Erfahrung, sondern aus dem Glauben entspringen“ läßt, so scheint das mit den Tatsachen insofern nicht vereinbar, als sich ja die Paranoiker gerade auf vermeintliche Erfahrungen stützen, was sie für Dinge des Glaubens durchaus nicht tun. Die Wahnideen sind dem Glauben (nicht nur dem religiösen, sondern jeder Art Glauben) darin ähnlich, daß sie „der Berichtigung durch Beweisgründe nicht zugänglich“ sind, sie entspringen ebenso wie der Glaube den Trieben der Selbsterhaltung, den primären, unerklärlichen Empfindungen und Gefühlen. Während der Glaube aber der gesunden Psyche entspringt, zu den normalen psychischen Akten gehört, durchaus kein Krankheitssymptom darstellt, auf der normalen primären Funktion beruht, geht die Wahnidee aus der krankhaft erregten primären Funktion hervor. Glaube und Wahnidee sind sekundäre psychische Reaktionen, letztere entspringen nicht aus ersterem, sondern können als krankhafter Glaube bezeichnet werden.

Die engen Beziehungen des primären Fühlens und der Vorstellungen haben seit Wernicke dazu geführt, eine besondere Gruppe von Wahnideen als „überwertige Ideen“ abzugrenzen. Es sind dies Vorstellungen, die besonders leicht Gefühlsassoziationen hervorrufen. Sie können ebensowohl infolge krankhafter Erregung der primären Funktion entstehen als auch von der sekundären Stufe ihren Ausgang nehmen. Es sind geringere Grade der Erregung, die sie hervorrufen und dementsprechend kommen sie im Beginn der Paranoia, aber auch im Beginn derjenigen Psychosen vor, die durch krankhafte Erregung des Vorstellens charakterisiert sind. Sie sind weder von der Wahnidee noch von der Zwangsvorstellung genügend abgrenzbar, weil sie nur graduell von ihnen verschieden sind.

---

1) Kraepelin, Psychiatrie. VIII. Aufl. I. S. 311.

Das Fühlen zeigt nun zwar bei Vorhandensein von Wahnideen krankhafte Erregung. Daß aber hieraus allein die Wahnideen nicht entstehen, zeigt schon die Tatsache, daß sie nicht verschwinden, wenn auch der Affekt längst abgeklungen ist. Paranoiker bringen in späteren Stadien die Gedanken, die sie einst so erregt haben, mit relativer Ruhe vor, sie handeln nicht mehr nach ihnen, bauen auch das System nicht mehr weiter aus, sondern lassen im Gegenteil verbindende Zwischenglieder fort, verzichten mehr und mehr auf die Begründung, die sie früher so sorgfältig versucht haben. Darin zeigt sich erstens die Demenz, der sie, wie bereits gesagt, ohne Ausnahme verfallen, zweitens aber die psychologisch wichtige Tatsache, daß das Gefühl nicht stärker als Empfinden und Wollen an dem Zustandekommen der Wahnideen beteiligt ist. Die Affekte treten nur in manchen Fällen mehr in den Vordergrund, weil sie der Beobachtung leichter zugänglich, leichter erkennbar sind, als Halluzinationen und krankhafte Willensreaktionen.

Eine viel größere Bedeutung für den Bewußtseinszustand gewinnt das Fühlen bei Erregungszuständen, die von der sekundären Stufe ihren Ausgang nehmen.

---

## 9. Kapitel.

### **Hysterische Erregungszustände.**

---

Die Symptome der krankhaften Erregung, die von der sekundären Funktion ihren Ausgang nimmt, sind entweder krankhafte Vorstellungen oder es sind Empfindungen, Affekte und Willensäußerungen, die auf krankhaften Vorstellungen beruhen. Es ist verständlich, daß derartige Symptome nur auftreten können, wenn ein konstitutionelles Ueberwiegen der sekundären Funktion vorhanden ist, wenn also Hyperfunktion von S besteht. Es handelt sich hier um die gewöhnlich als „psychogen“ bezeichneten Symptome. Gegen diesen Ausdruck ist von unserem Standpunkt vor allem der Einwand zu erheben, daß auch die primären Reaktionen Äußerungen der psychischen Kraft, psychogen, sind. Die hier gemeinten Symptome unterscheiden sich von den primären Reaktionen durch ihre Entstehungsweise. Da sie nur bei Hyperfunktion von S, also bei hysterischer Konstitution vorkommen können, scheint es zweckmäßiger, sie als hysterisch zu bezeichnen und damit in Gegensatz zu den primären Symptomen zu setzen. Die primären Halluzinationen, Affekte und Willensäußerungen können reproduzierte Elemente enthalten, die primäre Wahnidee in unserem

Sinne muß sogar überwiegend Aeußerung der sekundären Funktion sein, sie sind aber nie hysterisch. Sie beruhen nicht auf Vorstellungen, sondern auf präsentativem Erleben. Indem wir „hysterisch“ im Sinne von „psychogen“ gebrauchen, tragen wir der oben begründeten Erweiterung dieses Begriffes Rechnung.

Die Erregung der sekundären Funktion muß die als Vorstellen bezeichnete psychische Reaktion quantitativ und qualitativ verändern, d. h. es wird in Zuständen hysterischer Erregung mehr oder intensiver gedacht als in solchen der Hemmung. Dies vermehrte Denken unterscheidet sich von wirklichem Gedankenreichtum durch die mangelhafte Verankerung in präsentativem Erleben. Wir haben bereits bei der Schilderung der hysterischen Konstitution gesehen, daß hier die Vorstellungen eine solche Gewalt erhalten, so übermächtig werden, daß die realen Empfindungen, die tatsächlich erlebten Gefühle und das vorhandene Wollen in den Hintergrund treten. Hysterische reagieren auf vorgestellte eingebildete Reize. Die so zustande kommenden Reaktionen aber sind nicht eingebildet, sie sind präsentativ, werden wirklich erlebt. Hysterische Schmerzen tun nicht weniger weh als wirkliche Schmerzen, sie entstehen nur auf eine andere Art. Die Furcht vor einer eingebildeten Gefahr ist nicht geringer als die vor einer wirklichen. Sie kann sogar viel größer sein — das Wesentliche ist, daß sie durch Vorstellungen entsteht. Diese Vorstellungen können sich mit der Wirklichkeit decken, sie können wahr sein, aber sie können auch nur Produkte der krankhaft erregten Phantasie sein. Auch wirklich vorhandene Gefahren werden bei Hypofunktion von S, beim Schwachsinn, nicht erkannt, bei Hyperfunktion von S, bei Hysterie dagegen erzeugen schon geringe Gefahren eine Reihe von Vorstellungen, die den Reiz außerordentlich verstärken und hochgradige Furcht hervorrufen können. Imbezille sind mutig, weil sie die bevorstehende Gefahr nicht erkennen, Hysterische sind ängstlich, weil sie sie überschätzen. Wenn die Gefahr in greifbare Nähe gerückt ist, sind Imbezille ängstlich — sie reagieren natürlich, primär. Hysterische dagegen können jetzt durch andere Vorstellungen, wie Schande, Feigheit, Ehre die Angstvorstellungen überwinden und mutig handeln.

Die Vorstellungen, welche infolge krankhafter Erregung der sekundären Funktion entstehen, sind, objektiv betrachtet, Wahnideen, sie entsprechen nicht den Tatsachen. Sie werden aber nicht alle so bezeichnet, sondern der Ausdruck: Wahnidee ist nur für die der paranoischen und affektiven Erkrankungen gebräuchlich. Hysterische Wahnideen im engeren Sinne heißen Zwangsvorstellungen. Sie zeichnen sich dadurch aus, daß sie als krankhaft empfunden werden. Ihr Zustandekommen

ist an die konstitutionelle Hyperfunktion von S gebunden. Nie können sie daher bei Imbezillen auftreten. Nur in einer hysterischen Konstitution können einzelne Vorstellungen so intensiv werden, daß sie zwangsartig auftreten. Es handelt sich, wie Kraepelin<sup>1)</sup> ausführt, stets um stark affektbetonte Erlebnisse. Die wiederholt gedachten Vorstellungsreihen tauchen immer leichter auf, einzelne Zwischenglieder der Reihe können ausfallen und es resultiert eine so enge Assoziation zweier anscheinend heterogener Vorstellungen, daß stets eine die andere auslöst, ohne die Zwischenglieder hervorzurufen. Diese sind vergessen, die Bahn ausgeschliffen, die Reaktion tritt durch Kurzschluß ein. Derartige psychische Reaktionen kennzeichnen die hysterische Degeneration. Die wirksame Behandlung solcher Zustände mittels der Freudschen Methode beruht auf der Neuschaffung anderer Assoziationen oder der Herstellung von Zwischengliedern. Ob dabei wirklich die früheren Zwischenglieder, die alten Komplexe, aus ihrer Versunkenheit heraufgeholt oder neue an ihre Stelle gesetzt werden, muß dahingestellt bleiben.

Es handelt sich also bei den Zwangsvorstellungen nicht um reine „Denkstörungen“, sondern „auch dort, wo ihr Inhalt anscheinend ein gleichgültiger ist, liegen ihnen lebhaft betonte Gemütsbedürfnisse zugrunde“ (Kraepelin). Diese Tatsachen stimmen mit der Jodlschen Auffassung des Assoziationsgesetzes überein, nach der die Verknüpfung von Vorstellungen und Gefühlen besonders eng ist. Nur affektbetonte Vorstellungen können überwertig oder zwangsartig werden.

Zwangsvorstellungen stellen geringe Grade krankhafter hysterischer Erregung dar. Sie werden daher als krankhaft empfunden, d. h. sie beeinflussen nicht das ganze psychische Geschehen. Empfinden und Wollen bleibt relativ normal, die Erregung betrifft vor allem das Fühlen. Tritt der Affekt deutlicher hervor, so spricht man von Zwangsbefürchtungen, Phobien. Daß sich die Zwangsvorstellungen nur graduell von hysterischen Psychosen unterscheiden, geht auch daraus hervor, daß sie nicht selten diese einleiten. Und ebenso wie Zwangsvorstellungen entstehen hysterische Psychosen aus der „Unlustbetonung von Vorstellungen“.

Die häufigsten derartigen Vorstellungen knüpfen an einen überstandenen Schreck, ein erlittenes Trauma, eine bevorstehende Strafe an. In letzter Zeit spielen die Rentenvorstellungen eine große Rolle. Es kommt so zu den traumatischen Neurosen und Psychosen, zur Rentenhysterie. Derartige Kranke erweisen sich oft bei näherer

---

1) l. c. S. 297.

Untersuchung als sogenannte Psychopathen, d. h. sie leiden an konstitutioneller Hyperfunktion von S, die infolge der Erregung stärker als früher in die Erscheinung tritt. Nur infolge ihrer abnormen Konstitution können sich auf Grund der Vorstellungen alle die mannigfachen Leiden entwickeln, die ihnen die Arbeit unmöglich und oft das Leben zu einer Last machen. Immer finden wir in diesen Zuständen den asthenischen Affekt. Es gibt keine derartige Neurose ohne Unlustaffekt und kann keine geben, denn nur durch ihn kann eine Vorstellung überwertig werden.

Diese Tatsache ist von großer praktischer Bedeutung. Das Vorhandensein einer überwertigen Idee, einer Begehrens- usw. Vorstellung wird im Einzelfall unschwer festzustellen sein. Ist die Erregung aber so stark, daß keine sprachlichen Äußerungen zu erzielen sind, so macht sich der Affekt desto deutlicher bemerkbar. Ist weder ein höchgradiger Affekt noch eine überwertige Idee nachweisbar, so liegt keine krankhafte hysterische Erregung vor, sondern entweder krankhafte Hemmung oder Simulation. Läßt sich auch die Hemmung ausschließen, so ist damit die Simulation erwiesen (vgl. unter Hemmungssymptomen).

Die traumatische Neurose (Oppenheim) besteht demnach zu Recht. Eine scheinbare Uebertreibung solcher Kranken beruht auf der Ueberwertigkeit gewisser Vorstellungen, die durch den Zusammenhang mit dem Unfall und den von ihnen untrennbaren Unlustaffekten gekennzeichnet sind. Nicht der Unfall ruft die Krankheitssymptome hervor, sondern die mit ihm verknüpften Vorstellungen. Wenn auch viele neurotische Symptome hier eine Rolle spielen, so sind sie doch psychogen, hysterisch. Die Krankheit stellt eine Psychose dar, die in krankhafter, von der sekundären Funktion ausgehender Erregung bei hysterischer Konstitution besteht.

Die stärkeren Grade der mit Unlustaffekten verbundenen Erregung führen bei hysterischen Individuen leicht zu der als Dämmerzustand bezeichneten Geistesstörung. Dämmerzustände sind stets affektive Erregungszustände auf der Basis einer hysterischen Konstitution. Je mehr der durch Vorstellungen hervorgerufene und dauernd unterhaltene Affekt die potentielle psychische Kraft absorbiert, desto stärker engt er das übrige psychische Geschehen ein, er konzentriert es auf den einen Punkt. Die psychische Kraft ist im Dämmerzustand stark erregt, krankhaft gesteigert. Empfinden, Wollen und Vorstellen ist zwar mehr oder weniger vollständig gelähmt, aber desto intensiver ist die Angst, desto klarer stehen die Folgen der Tat, das kommende Elend, die überstandene Gefahr vor dem geistigen Auge des Kranken.

Die lähmende Wirkung der Angst beruht auf ihrer Fähigkeit, die psychische Kraft so völlig in Anspruch zu nehmen, daß Assoziationen, die nicht in engstem Zusammenhang mit dem Inhalt des Affektes stehen, nicht oder nur sehr schwer möglich sind. Die Hemmung des Vorstellungsverlaufs und des äußeren Verhaltens ist Folge der psychischen Erregung, mit deren Nachlassen sie daher auch verschwindet. Der Zustand selbst stellt aber einen Erregungszustand dar, weil in ihm gefühlt und gedacht wird, also intensive psychische Reaktionen stattfinden. Wirkliche Hemmungszustände dagegen, also Herabsetzung, geringer Verbrauch der psychischen Kraft äußert sich, wie wir sehen werden, in völlig anderer Weise.

Dämmerzustände unterscheiden sich durch gewisse klinische Eigentümlichkeiten meist von der „psychogenen“ Melancholie. Aber es gibt hier so zahlreiche Uebergänge, daß von einer scharfen Trennung nicht die Rede sein kann.

Psychologisch stellt die Melancholie, soweit sie auf Vorstellungen beruht, also hysterisch ist, nichts anderes als einen Dämmerzustand dar. Es kann praktisch oft große Schwierigkeiten machen, die hysterische Melancholie von der primären zu unterscheiden. Darauf ist oben schon hingewiesen worden. Von großer Bedeutung für die Diagnose ist die vorliegende Konstitution und die Feststellung einer Ursache für die Erkrankung. Je stärker die konstitutionelle Hyperfunktion von S und je erschütternder das auslösende Moment im Einzelfalle ist, desto eher kann das Vorliegen einer hysterischen Melancholie angenommen werden. Bei sicher bestehender Hypofunktion von S kann dagegen nur eine von der primären Qualität des Fühlens ausgegangene Erregung zustande kommen. Der Affekt ist nur scheinbar motiviert. In höherem Alter ist es besonders schwer, die beiden prognostisch so verschiedenen Formen der Melancholie auseinander zu halten. Die stärkere Entwicklung von S führt auch bei geringer konstitutioneller Hyperfunktion zu hysterischen Symptomen, während die starken hysterischen Reaktionen infolge der Abnahme der Gesamtintensität der psychischen Kraft seltener werden.

Die Wahnideen der hysterischen Melancholie sind von Zwangsvorstellungen oder Phobien nur graduell unterschieden, sie sind erheblich stärker. Die psychische Erregung betrifft überwiegend das Fühlen, aber sie äußert sich auch in den Erregungssymptomen des Empfindens und Wollens. Melancholische haben sehr zahlreiche und stets sehr detaillierte Halluzinationen, sie können auch sehr komplizierte Handlungen ausführen, die nur zu oft ihren Zweck, Selbstmord u. a., erreichen. Ihr Empfinden und Wollen basiert ebenso, wie

ihr Fühlen auf Vorstellungen. Es ist von ihrem Standpunkt aus logisch verständlich. Der Standpunkt ist zwar durch überwertige Ideen bestimmt, aber er läßt sich verstehen. Man kann sich sehr wohl in die Psyche des hysterischen Melancholikers versetzen, sich in seinem Gedankengang zurechtfinden. Je vollständiger die Einfühlung gelingt, desto eher ist die Melancholie eine hysterische, desto sicherer ist die Prognose günstig.

Auf Grund unserer Theorie können wir also die hier vorhandenen Schwierigkeiten der Diagnose zwar nicht beheben, aber doch verstehen und die Symptome nicht nur empirisch, sondern psychologisch werten.

Ebenso wie wir also die Empfindungen, Affekte und Willensäußerungen nach ihrer Entstehungsart in zwei verschiedene Formen, nämlich die elementaren und reproduzierten Halluzinationen und Affekte bzw. die Trieb- und Willenshandlungen eingeteilt haben, können wir auf Grund unserer Theorie zwei verschiedene Arten von Wahnideen unterscheiden. Beide stellen zwar Erregungssymptome der sekundären Funktion dar, beide sind sekundäre Bewußtseinstätigkeit, aber die eine Art entsteht auf Grund einer Erregung der primären Funktion — die Wahnideen, die andere Art dagegen auf Grund einer Erregung der sekundären Funktion — die Zwangsvorstellungen.

Die ersten wollen wir als „katatonische“ Wahnideen bezeichnen. Die Begründung dieses Ausdrucks erfolgt später. Die letzteren nennen wir „hysterische“ Wahnideen.

Die katatonischen Wahnideen schließen sich also der Erregung einer primären Qualität an und sind in diesem Sinne sekundär. Die hysterischen dagegen rufen die Erregung der primären Qualität erst hervor, sie sind also im gewöhnlichen Sinne primär. Die viel erörterte und sehr verschieden beantwortete Frage, ob im gegebenen Fall erst Halluzinationen und dann Wahnideen auftreten oder umgekehrt, wird nun gegenstandslos. Sie fällt mit der allgemeineren Frage zusammen, ob ein Erregungszustand von der primären oder sekundären Stufe seinen Ausgang genommen hat. Je nachdem die Erregung aufzufassen ist, muß auch die Halluzination, der Affekt, die Willenshandlung gedeutet werden. Der einzelnen Reaktion kann man ihre Entstehung nicht ansehen, vielmehr kann nur die Berücksichtigung des ganzen Krankheitsbildes zusammen mit Konstitution und Konstellation zu einer richtigen Entscheidung führen.

Die auf der Erregung der sekundären Funktion beruhenden, also durch Vorstellungen hervorgerufenen Empfindungen, Affekte und Willens-

äußerungen sind von den reproduzierten Halluzinationen und Affekten und Willenshandlungen nicht ohne weiteres zu unterscheiden. Ihrer Entstehungsweise nach bezeichnen wir sie analog den Wahneideen als hysterisch. Wir können dann sagen: Halluzinationen usw. bei hysterischer Konstitution können reproduzierter oder hysterischer Natur sein. Bei imbeziller Konstitution können (abgesehen von der relativen Hysterie) keine hysterischen, sondern nur mehr oder weniger reproduzierte Elemente enthaltende Halluzinationen usw. vorkommen.

Auch die von der sekundären Stufe ausgehende Erregung betrifft die psychische Kraft in ihrer Gesamtheit. Nicht nur die Vorstellungen, auch Empfinden, Fühlen und Wollen sind krankhaft gesteigert. Das Fühlen ist infolge der schon normalerweise vorhandenen engen Verknüpfung mit den Vorstellungen am ersten und stärksten betroffen. Aber bei höheren Graden der Erregung beweisen die hinzutretenden Halluzinationen die Beteiligung des Empfindens, die motorische Unruhe, die Muskelspannungen, das Wehklagen usw. die Steigerung der Willensfunktion.

Die stärksten Grade der Erregung führen hier zu dem als Stupor bekannten Symptomenkomplex. Derselbe stellt aber auch die stärksten Grade der von der primären Stufe ausgehenden Erregung dar. Die verschiedenen Formen dieses Zustandes sollen im folgenden erörtert werden.

---

## 10. Kapitel.

### Der Erregungsstupor.

---

Allgemein werden verschiedene Arten des Stupors unterschieden. Man unterscheidet gewöhnlich den katatonischen von dem halluzinatorischen und dem Affektstupor und bezeichnet den ersten wohl auch als primär, die beiden letzten als sekundär. Als charakteristisch für ihn gilt die Denkspernung, ferner die Sperrung der Muskelbewegung durch die gleichzeitig eintretenden Gegenantriebe, die Willenssperrung, und da er sowohl im Verlauf der Manie wie der Melancholie eintreten kann, spricht man auch von manischem oder melancholischem Stupor.

Wir unterscheiden zwei Gruppen von Stuporzuständen, nämlich den Erregungs- und den Hemmungsstupor, und beschränken uns zunächst darauf, die Unterarten des Erregungsstupors psychologisch zu definieren.

Die krankhafte Erregung der psychischen Kraft kann von jeder der drei Qualitäten der primären Funktion, oder aber von der sekundären Funktion ihren Ausgang nehmen. Sie ergreift mehr oder weniger beide Stufen und alle drei Qualitäten der psychischen Kraft. Wenn also, wie wir behaupten, der Erregungsstupor die höchste Erregung derselben dokumentiert, so muß sich in ihm die Steigerung aller psychischen Prozesse nachweisen lassen.

Gehen wir von der häufigsten Form, dem sog. katatonischen Stupor, aus, der zum Krankheitsbild der *Dementia praecox* gehört. Er ist durch starke Muskelspannungen ausgezeichnet, die passiven Bewegungen heftigen Widerstand entgegensetzen und zu den eigentümlichen katatonischen Haltungen der Kranken Veranlassung geben. Die Kranken sprechen nicht, zeigen aber öfter eigentümliche Bewegungen, die Wernicke als parakinetisch bezeichnet hat. Sie grimassieren, haben Schnauzkrampf, stoßen wohl auch unartikulierte Schreie aus. Die Nahrung ist ihnen oft nur künstlich beizubringen, Aufforderungen werden nicht befolgt, auf äußere Reize nicht reagiert. Gelegentlich aber scheinen die Kranken aus ihrer Erstarrung zu erwachen und verüben nun eine sinnlose Handlung, schlagen z. B. Fensterscheiben ein, beißen andere Kranke oder werden gegen Arzt und Personal gewalttätig.

Diese Handlungen, sowie die Muskelspannungen kennzeichnen den katatonischen Stupor als Erregungszustand der Spontaneität oder als einen Erregungszustand der primären Stufe, der von der Spontaneität seinen Ausgang genommen hat. Motorische Unruhe, Rededrang, Verbigerieren usw. gehen häufig voran. Bei weiterer Zunahme der Muskelspannungen werden aber alle Bewegungen unmöglich.

Der Mutacismus, die Reaktionslosigkeit sind Folge der Erregung, insofern der tonische Krampf alle Bewegungen aufhebt. Die Erregung dokumentiert sich auch in der Steigerung der Sehnenreflexe, die heftige Anstrengung führt zu beschleunigtem Puls, zu Tremor, zu körperlicher Erschöpfung. Die explosiven Handlungen bedeuten also keine Steigerung, sondern ein vorübergehendes Nachlassen der Erregung. Schon normalerweise werden bei jeder Bewegung die Antagonisten mit innerviert. Da die Kraft derselben oft stärker ist als die der Agonisten, resultiert bei krankhafter Erregung oft die gegenteilige Bewegung. Ferner fehlt aber bei der primären Erregung, wie wir oben gesehen haben, die Leitung des Willensimpulses durch Assoziationen, die allein ein vernünftiges Handeln ermöglichen. Es ist daher natürlich, daß hier „parakinetische“ Reaktionen zustande kommen, und es ist nicht notwendig, diese besonders zu bezeichnen.

Infolge der Unfähigkeit derartiger Kranken, zu sprechen, läßt sich die Erregung der anderen psychischen Qualitäten erst nach Ablauf des Stupors feststellen. Wir sehen dann stets, daß von einer Denksperre in diesem Zustand nicht die Rede sein kann. Die Kranken geben nachträglich oft sehr eingehende Schilderungen von Ereignissen, die sich mit ihnen oder in ihrer Gegenwart zugetragen haben und beweisen also damit, daß sie äußere Eindrücke wahrgenommen haben. Sie erzählen auch von Sinnestäuschungen, von Stimmen und Empfindungen. Diese Schilderungen sind aber ebenso zu bewerten, wie die von elementaren Halluzinationen überhaupt. Meist werden sie erst nachträglich gedeutet, um das dem Kranken selbst unerklärliche Verhalten zu rechtfertigen. Ebenso werden die nicht seltenen Affektäußerungen, die anstatt der Triebhandlungen den Stupor unterbrechen können, den Elementaraffekten analog, also sehr unvollkommen, motiviert.

Bei katatonischen Stuporzuständen ist die sekundäre Funktion gewöhnlich nicht gut entwickelt. Sie kommen vorwiegend bei jugendlichen und bei imbezillen Individuen vor. Die katatonische Erregung des höheren Alters und bei Hyperfunktion von S äußert sich dagegen weniger ausschließlich in Erregung der primären Funktion. Hier ist ein so völliges Ausschalten der sekundären Funktion nur vorübergehend möglich. Es kommt zu Elementaraffekten, elementaren Halluzinationen und Triebhandlungen, die mehr oder weniger reproduzierte Elemente enthalten.

Die zum Stupor führende Erregung kann zweitens von dem primären Empfinden ihren Ausgang nehmen. Es resultiert dann der sog. halluzinatorische Stupor. Man sieht es mitunter den Kranken an, daß sie auf Stimmen lauschen, schreckliche Gestalten sehen, sie suchen wohl auch unter der Bettdecke Schutz vor den eigenartigen Belästigungen der „Apparate“. Meist aber erfährt man auch hier erst nach Ablauf der Erregung, daß dauernd elementare Halluzinationen erlebt worden sind. Während des Stupors ist den Kranken aus denselben Gründen wie bei dem katatonischen Stupor jede Mitteilung und auch jede stärkere äußerlich sichtbare Reaktion unmöglich. Immerhin läßt sich nicht selten aus gelegentlichen Äußerungen der Kranken das Ueberwiegen der Halluzinationen erschließen (eine „Stimme“ verbietet das Essen, das Sprechen, sich zu rühren).

Bekannt ist, daß chronisch Kranke mit zeitweisen heftigen Erregungszuständen häufig gerade dann über Unbehagen, Schmerzen usw. klagen, wenn die Erregung kurz bevorsteht. Auch dieser Umstand

spricht dafür bzw. erklärt sich damit, daß die Erregung vom Empfinden ihren Ausgang nehmen kann.

Nach Ablauf des Stupors berichten solche Kranken von besonders zahlreichen und eigenartigen Empfindungen, die sie gehabt haben. Während diese aber krankhaft sind und die Ungenauigkeit der elementaren Halluzinationen zeigen, berichten sie in durchaus zutreffender Weise, was sich um sie herum zugetragen hat, so daß sich auch hier nachträglich feststellen läßt, daß das Denken während des Stupors nicht gesperrt war.

Daß die Erinnerung nicht lückenlos ist, sondern nur summarisch, daß nur besonders bemerkbare Vorkommnisse apperzipiert werden und auch manches falsch aufgefaßt wird, ist verständlich. Die psychische Kraft ist im wesentlichen von anderen Leistungen in Anspruch genommen, äußert sich überwiegend in primären Reaktionen. Interkurrente Affektausbrüche und Triebhandlungen zeigen auch hier die gleichzeitige Erregung des Fühlens und Wollens an.

Vorkommen und Modifizierung in höherem Alter resp. bei konstitutioneller Hyperfunktion von S verhält sich hier wie bei dem katatonischen Stupor.

Bei dem katatonischen und halluzinatorischen Stupor tritt der Affekt nicht besonders hervor. Die dritte Form des Stupors nimmt von dem primären Fühlen ihren Ausgang und ist daher durch Ueberwiegen des Affekts charakterisiert. Wie aber die Halluzinationen nur bei vorübergehendem Nachlassen der Erregung geäußert werden können, sind auch Affektäußerungen nur in solchen Zeiten möglich. Diese Remissionen der Erregung finden aber im Verlauf der von Empfinden oder Fühlen ausgehenden Stuporformen häufiger statt als bei dem von der Spontaneität ausgehenden Stupor. Hier bedarf es gewissermaßen nicht einer so starken Erregung, um die tonischen Muskelspannungen hervorzurufen. Sprachliche Aeußerungen sind daher bei diesem Stupor erheblich seltener, Nahrungsverweigerung, Negativismus und Katalepsie erreichen viel höhere Grade als bei den von der Rezeptivität ausgehenden Formen.

Gewalttaten kommen jedoch ebenso wie bei dem Stupor der Spontaneität auch bei den anderen Formen vor. Besonders bei Affektausbrüchen sind sie nicht selten und beweisen, daß hierbei auch die Spontaneität äußerst gesteigert ist.

Halluzinationen werden nach Ablauf des Stupors ebenso wie bei den anderen Formen berichtet, nur treten sie dem Affekt gegenüber zurück. Der Affekt zeigt die Merkmale der primären Erregung.

Auch nachher kann der Kranke ihn nicht erklären, er vermag oft nicht anzugeben, warum er eigentlich wütend war oder die Frage zu beantworten, ob ihm denn heiter oder traurig zu Mut war. Er weiß nur, daß er erregt war, gibt allenfalls ein unbestimmtes Angstgefühl an, für das er gar keinen Grund weiß. Selbstvorwürfe kommen daher auch während der Remissionen kaum vor. Der Kranke versucht garnicht seinen Affekt zu motivieren; derselbe ist elementar.

Der Affektstupor entwickelt sich oft im Verlauf eines manisch-depressiven Irreseins und kann in beiden Phasen dieser Erkrankung auftreten. Damit ist die Entstehungsweise dokumentiert. Die Tatsache ist aber noch in einer anderen, später zu erörternden Hinsicht von Interesse.

Der primär entstandene Affekt bleibt nun nicht völlig inhaltlos, wie wir bereits mehrfach betont haben. Die ihm adäquaten Assoziationen kristallisieren sich um ihn und formen ihn, in je größerer Anzahl sie verfügbar sind, mehr oder weniger zu einem reproduzierten Affekt um. Es entstehen mit anderen Worten bei dem Affektstupor leicht Wahnideen und zwar desto eher, je größer S im Verhältnis zu P ist, also besonders in höherem Alter und bei hysterischer Konstitution. Diese Wahnideen tragen oft den Stempel ihrer Entstehung an der Stirn, d. h. sie sind sinnlos, durch die Tatsachen durchaus nicht begründet, ohne Zusammenhang mit bestimmten Erlebnissen. Sie sind meist typisch katatonisch. Aber nicht immer treten diese Charakteristika so deutlich hervor. Grund zum Klagen haben sehr viele Menschen und der Fernerstehende kann oft nicht beurteilen, ob eine Veranlassung für die Gemütsbewegung gegeben war oder nicht. Vor allem ist es während des Affektstupors äußerst schwer, die vorhandenen Wahnideen genauer festzustellen. Die Kranken äußern sich sehr wenig, sprechen leise, wiederholen oft ständig dieselben Worte. Hier bringt also oft erst der weitere Verlauf völlige Gewißheit.

Der Affektstupor unterscheidet sich nun von den zuerst besprochenen beiden Stuporformen sehr wesentlich dadurch, daß er im Alter und bei hysterischer Konstitution eher häufiger, jedenfalls nicht seltener auftritt als in der Jugend und bei imbeziller Konstitution. Die Verstärkung des Affekts durch Vorstellungen tritt hierin zutage. Die Erregung, die von dem primären Fühlen ausgeht, erreicht bei Hyperfunktion von S leichter als ohne dieselbe die stärksten Grade.

Auf die Hyperfunktion von S ist wohl auch die größere Häufigkeit des melancholischen als des manischen Stupors zurückzuführen. Wenigstens scheint der manische Stupor ausschließlich jugendliche und imbezille Individuen zu befallen, der melancholische dagegen diese

ebenso wohl wie ältere und hysterische. Unlustaffekte sind häufiger und nachhaltiger als Lustaffekte.

Das Vorkommen eines manischen Stupors ist aber überhaupt sehr zweifelhaft und unwahrscheinlich, wenn wir uns in Erinnerung rufen, was über die äußeren Merkmale der Elementaraffekte oben gesagt worden ist. Der manische Stupor ist danach garnicht manisch, er sieht nur so aus. Die Kranken geben, ebenso wie nach den geringeren Graden manischer Erregung nach Ablauf des manischen Stupors an, daß sie garnicht heiter oder freudig erregt waren. Der manische Stupor ist eben stets ein primärer, also unmotivierter Affektstupor. Der melancholische Stupor kann es sein, aber er enthält häufiger mehr oder weniger sekundäre Elemente, er assimiliert sich Vorstellungen.

Das häufige Vorkommen des Affektstupors beruht vor allem darauf, daß er sehr leicht durch Vorstellungen hervorgerufen wird. Er geht häufig von der sekundären Funktion aus, ist hysterisch (im Sinne von psychogen).

Der hysterische Stupor kann nur bei hysterischer Konstitution vorkommen und muß immer ein Affektstupor sein. Der gewöhnlich zum Stupor führende Affekt ist die Angst, so daß man den hysterischen Stupor direkt als Angststupor bezeichnen kann<sup>1)</sup>. Der hysterische Stupor stellt auch hier den stärksten Grad der Erregung dar. Er entsteht daher oft im Verlauf von Dämmerzuständen und geht beim Nachlassen in solche über. Er gehört zum Bilde der „psychogenen Melancholie“.

Es gibt also zwei Arten von Affektstupor, die sich durch ihre Entstehung voneinander unterscheiden und psychologisch wie klinisch ganz verschiedene Zustände darstellen. Der vom Elementaraffekt ausgehende Stupor ist den anderen beiden Formen der primären Funktion gleichwertig. Der hysterische Stupor stellt dagegen den höchsten Grad der von der sekundären Funktion ausgehenden Erregung dar. Der Vorstellungstupor ist immer ein Affektstupor und zwar ein Angststupor.

Beide Arten des Affektstupors unterscheiden sich von den anderen Stuporformen dadurch, daß infolge des Affekts der Vorstellungsablauf gehemmt ist, daß also während des Stupors äußere Eindrücke nicht apperzipiert werden. Die Kranken erinnern sich nach Ablauf der Erregung nur in sehr geringem Umfang an das, was mit ihnen und in ihrer Gegenwart geschehen ist. Der Affekt nahm sie ganz in An-

1) Ekstatiker dürften mitunter hysterische Stuporzustände auf anderer affektiver Basis zeigen.

spruch und nur, was mit diesem im Zusammenhang steht, können sie noch lange genau schildern. Je mehr reproduzierte Elemente der Affekt enthielt, desto stärker haftet er mit allen Einzelheiten im Gedächtnis. Ein hysterischer Stupor, wie er also bei Melancholie, bei Haftpsychosen und Dämmerzuständen vorkommt, muß noch nach Jahren alle Einzelheiten des psychischen Geschehens angeben können. Er erinnert sich genau des Gedankenganges, der Halluzinationen und des Angstgefühls. Diese Tatsache gewinnt manchmal Bedeutung, wenn es sich um frühere Zustände handelt, von denen manche Kranke nichts mehr zu wissen angeben. Wie ich in einem Falle nachweisen konnte, versuchte ein Fürsorgezögling mit relativer Hysterie einen früher wirklich durchgemachten Stuporzustand nach Jahr und Tag zu kopieren. Die Täuschung gelang ihm, bis das tatsächliche Fehlen des Affekts zu auffallend wurde. Der Kranke mit elementarem Affektstupor kann dagegen seine Angst oder Wut usw. ebensowenig begründen wie Katoniker ihre Affektausbrüche überhaupt. Er ist daher nie imstande, den Zustand scheinbar wieder hervorzurufen, überzeugend zu simulieren.

Die Denkhemmung ist auch bei dem Affektstupor nur eine scheinbare. An Stelle des normalen Wechsels der Vorstellungen sind einzelne affektbetonte getreten, die mit dem Affekt zusammen die psychische Energie überwiegend absorbieren. Auch Empfinden und Spontaneität ist gesteigert wie Halluzinationen, die wohl niemals fehlen, und die Muskelspannungen, ohne die es keinen Erregungsstupor gibt, anzeigen.

---

## 11. Kapitel.

### **Die Hemmungssymptome.**

---

Den vier Formen des Erregungsstupors entsprechen nur drei Arten des Hemmungsstupors. Er kann von jeder Qualität der primären Funktion, aber nicht von der sekundären Funktion seinen Ausgang nehmen.

Der Hemmungsstupor stellt den stärksten Grad von Hemmung der psychischen Kraft dar, die ebenso wie die Erregung sich überwiegend in einer Qualität äußern kann. Es gibt also Hemmungssymptome des Empfindens, Fühlens, Wollens und Vorstellens und erst wenn die Hemmung so stark ist, daß alle psychischen Reaktionen auf ein Minimum reduziert sind, spricht man von Hemmungsstupor.

Um diesen vom Standpunkt unserer Theorie zu verstehen, müssen wir zunächst die Hemmungssymptome im allgemeinen erörtern.

Jeder Hemmungszustand des Bewußtseins ist dadurch charakterisiert, daß die psychische Reaktion dem Reiz nicht proportional sondern schwächer als normal ist. Ein krankhafter Hemmungszustand liegt vor, wenn unter Berücksichtigung von Konstitution und Konstellation die Reaktionsfähigkeit eines Individuums krankhaft herabgesetzt ist. Das Urteil, ob eine Reaktion schon krankhaft oder noch normal ist, muß ebenso wie bei der Erregung subjektiv sein. Dieselbe Reaktion, z. B., die bei einem Erwachsenen noch als normal anzusehen ist, kann bei einem Kinde, dessen Reaktionsfähigkeit, in den primären Qualitäten stärker ist, schon eine Hemmung anzeigen, krankhaft sein. Die Reaktion auf eine Vorstellung hingegen, z. B. die eines Unglücks, muß *ceteris paribus* den Erwachsenen mehr aufregen als das Kind, da die sekundäre Funktion in höherem Alter zunimmt und daher lebhafter reagiert als in frühester Jugend.

Allgemein kann man sagen, daß Imbezille stärker auf präsentative und schwächer auf reproduzierte Reize reagieren als Hysterische. Eine etwa vorhandene Hemmung ist daher bei Imbezillen an den Reaktionen der primären Funktion, bei Hysterischen dagegen an denen der sekundären Funktion leichter erkennbar.

Der Begriff „Hemmung“ bezeichnet zwar gewöhnlich einen vorübergehenden Zustand. In unserer Definition ist aber die Dauer der Hemmung absichtlich nicht berücksichtigt, so daß wir auch von dauernder Hemmung sprechen können. Diese bezeichnet dann ebenso wie die Erregung einen angeborenen oder erworbenen Zustand, sie kann wie diese konstitutionell sein oder erworben sein. Nur die Abweichung des Verhältnisses von Reiz und Reaktion vom Normalen ist dafür maßgebend, ob das Vorliegen einer Hemmung anzunehmen ist oder nicht. Den Unterschied zwischen imbeziller und hysterischer Konstitution könnte man also auch ausdrücken, indem man sagt, der Imbezille leidet an konstitutioneller Hemmung, der Hysterische an konstitutioneller Erregung der sekundären Funktion. Die Hemmung führt im Gegensatz zur Erregung zur Herabsetzung der Erregbarkeit; sie setzt die Intensität der Reaktionen herab. Der Reiz muß z. B. bei einem ermüdeten Bewußtseinszustand größer sein als bei einem normalen, wenn er eine gleich starke Wirkung erzielen soll. Der stärkste Reiz aber vermag den Gehemmten nicht zu beeinflussen, wenn die Hemmung stark genug ist. Völlige Reaktionslosigkeit tritt erst mit dem Tode ein.

Die dauernde, konstitutionelle Hemmung wird allgemein als Defekt

bezeichnet, und es ist zweckmäßig, diesen Ausdruck beizubehalten, doch ist dabei als wesentlicher Unterschied zu berücksichtigen, daß der Begriff Defekt gewöhnlich Intelligenzdefekt, bei uns aber Defekt der psychischen Kraft bedeutet. Psychologisch ist also jeder psychische Defekt ein Hemmungszustand. Ebenso wie bei diesem muß ein Reiz bei einem Defektzustand erheblich stärker werden als bei einem normalen Bewußtseinszustand, wenn er eine gleich starke Reaktion hervorrufen soll.

Hemmung und Erregung sind gegensätzliche Bewußtseinszustände und können daher nicht gleichzeitig bei einem Individuum vorhanden sein. Die psychische Kraft ist unteilbar und kann nicht gleichzeitig erregt und herabgesetzt sein. Die in einer Qualität der primären Funktion überwiegende Hemmung ist nun aber erheblich schwerer zu erkennen als die entsprechende Erregung. Die positiven Reaktionen, auch wenn sie relativ geringe Intensität besitzen, sind leichter feststellbar als die negativen, d. h. mehr oder weniger vollständig fehlenden Reaktionen eines Bewußtseinszustandes.

Die Herabsetzung des Empfindens dokumentiert sich z. B. in den leichteren Graden nur sehr wenig. Die übliche Sensibilitätsprüfung genügt hier nicht, da, wie wir noch sehen werden, die Herabsetzung des Empfindens verschiedene Deutungen zuläßt. Wie stark oder wie schwach die Kranken aber einen Ton hören oder eine Lichtempfindung wahrnehmen, wie stark ihr Geruchs- und Geschmacksvermögen und ihre Organempfindungen sind, entzieht sich der direkten Beobachtung.

Aehnliche Schwierigkeiten bietet die Erkenntnis der das Fühlen überwiegend betreffenden Hemmung. Die Gleichgültigkeit mancher Patienten ist oft schwer von einer Depression, also einem Erregungszustand, zu unterscheiden. Zum großen Teil liegt das allerdings wohl daran, daß der Begriff der Hemmung, wie er hier entwickelt ist, bisher nicht existiert, da die primären von den sekundären Reaktionen nicht in der Jodl'schen Weise unterschieden worden sind.

So wird auch die Hemmung der Spontaneität nicht scharf von der auf Erregung beruhenden, scheinbaren Hemmung unterschieden. Der sogen. katatonische Stupor kann nach Ziehen mit oder ohne Muskelspannungen einhergehen, die motorische Hemmung soll sich in einer völligen Resolution der Körpermuskulatur oder in der sogen. katatonischen Spannung äußern. Die stereotypen Bewegungen sollen Ausdruck der motorischen Hemmung sein, insofern sie eine Einschränkung der willkürlichen Bewegungen auf einige wenige bedeuten.

Wir fassen diese Einschränkungen, weil sie auf Muskelspannungen

beruhen, als Symptom gesteigerter primärer Spontaneität auf, die stereotypen Bewegungen sind Folge des Bewegungsdrangs, der sich in sinnlos-elementarer Weise äußert. Derartige Bewegungen finden wir auch bei Kindern und Idioten, eine Tatsache, auf die wir noch zurückkommen werden. Motive, d. h. Vorstellungen für eine unmotivierte, nicht auf Vorstellungen beruhende Handlung zu finden, dürfte unmöglich sein. Wir können daher im Einzelfalle nicht angeben, warum gerade diese und keine andere Bewegungsstereotypie zustande kommt.

Als körperliches Hemmungssymptom der Spontaneität können wir also nur die Erschlaffung der Muskulatur, die Resolution, anerkennen. Sie geht mit Hypotonie einher, mit Herabsetzung der Sehnenreflexe. Ob völlige Aufhebung der Kniephänomene und die von Westphal beschriebene Pupillenstarre der Katatoniker dabei beobachtet wird, wagen wir nicht zu entscheiden.

Die Hemmungssymptome der primären Funktion, wie sie hier dargestellt sind, sind bisher noch nicht genügend beachtet worden. Es ist anzunehmen, daß sie bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit sich nicht selten finden lassen und die Beurteilung gewisser Zustände erleichtern.

Krankhafte Herabsetzung der psychischen Kraft kommt ebenso wie die Erregung im Verlaufe der *Dementia praecox* vor. Häufig stellt Gleichgültigkeit, Stumpfheit in affektiver wie in sensibler Beziehung das erste Symptom der Erkrankung dar. Und auch die Herabsetzung der Spontaneität, die sich in Willensschwäche, Energielosigkeit, Schläffheit äußert, kann den Krankheitsprozeß einleiten.

Der Hemmungsstupor kann also von jeder der primären Qualitäten seinen Ausgang nehmen und stellt den höchsten Grad der ohne völlige Aufhebung des Bewußtseins möglichen Herabsetzung der psychischen Kraft dar.

Je stärker die Hemmung ist, desto geringer sind die Reaktionen der Kranken. Sie liegen ohne sprachliche Äußerung, in schlaffer Haltung im Bett, sind unrein, essen nicht spontan, lassen willenlos alles mit sich geschehen, reagieren nicht auf Sinneseindrücke und zeigen keinerlei Affekt, kein Interesse für die Umgebung.

Auch hier kann die Spontaneität oder eine Qualität der Rezeptivität vorwiegend betroffen sein, und zwar dürfte die Hemmung in der Qualität überwiegen, von der sie ihren Ausgang genommen hat. Ist die Spontaneität überwiegend betroffen, so sind aber auch die mimischen Ausdrucksbewegungen, Sprechen, Lesen und Schreiben unmöglich und die Feststellung etwa vorhandener Empfindungen und Gefühle sehr

erschwert. Erst nach Ablauf der Hemmung läßt sich mitunter feststellen, daß doch nicht alle äußeren Eindrücke spurlos an den Kranken vorübergegangen sind.

Bei überwiegender Hemmung der Rezeptivität gehen die Kranken wohl noch herum, halten sich meist sauber, essen mechanisch, was ihnen gereicht wird. Sie geben auch auf sehr eindringliches Befragen in tonloser Sprache kurze Antworten, sind aber nicht zu irgend einer Beschäftigung oder zu einer stärkeren Reaktion auf sensible oder affektive Reize fähig. Der vorhandene Wille ist manchmal daran erkennbar, daß Bewegungen intendiert werden, ohne aber vollständig zur Ausführung zu kommen. Die Hand, die der Kranke dem Arzt reichen will, fällt vorher schlaff herab, die Zunge, die herausgestreckt werden soll, sinkt auf halbem Wege wieder zurück. Die Impulse, die nicht durch Sensibilität oder Affektivität verstärkt werden, erlahmen vorzeitig, selbst wenn einzelne Aufforderungen apperzipiert werden.

Die Unterscheidung, welche Qualität der Rezeptivität, ob Empfinden oder Gefühl, vorwiegend gehemmt ist, gelingt wiederum während des Zustandes nur schwer und ist auch nachher nicht immer möglich.

Daß diese Unterscheidung aber nicht nur theoretisch möglich ist, sondern praktische Bedeutung hat, zeigen die chronischen Hemmungszustände geringeren Grades, die Defektzustände, wie sie im Verlaufe der *Dementia praecox* sehr häufig beobachtet werden.

Der Ausdruck wird aber gewöhnlich auch für Zustände gebraucht, in denen eine Steigerung einer Qualität des psychischen Geschehens dauernd vorhanden, chronisch geworden ist. Die übertriebene Willfähigkeit mancher Katatoniker nach Ablauf des Anfalls, ihre manierten Bewegungen, ferner die große Reizbarkeit, die häufig zurückbleibt, aber auch die oft dauernden Halluzinationen, an die sich manche Kranke gewöhnen und auf die sie nicht mehr achten, sind solche Defektzustände, die wir als chronische Erregung auffassen und bezeichnen. Intelligenzdefekt besteht auch hier, der Zustand der primären Funktion ist als Erregung aufzufassen, wie noch zu erörtern sein wird.

Defektzustände in unserem Sinne stellen dagegen stets Hemmungserscheinungen dar, chronische Herabsetzung der psychischen Kraft in einer Qualität.

Besonders auffallend sind Defekte, die überwiegend die Spontaneität betreffen. Die Kranken zeigen keine Energie, keine Spontaneität. Sie müssen zu allen Handlungen, zu jeder Art Beschäftigung mit Mühe angetrieben werden. Sich selbst überlassen sitzen sie untätig herum.

Sehr auffällig und oft das einzige Zeichen der überstandenen Krankheit ist die dauernde Herabsetzung der Affektivität, der Gefühlsdefekt. Die Kranken sind gleichgültig, sie fühlen bei Besuchen keine Freude, äußern keine Sehnsucht, keine Wünsche. Die Abstumpfung des Empfindens beweist die Unempfindlichkeit gegen Geräusche, gegen normalerweise unangenehme Geruchs- und Geschmacksempfindungen. Auch fällt bei kleineren Operationen mitunter ihre geringe Empfindlichkeit auf.

Jede Art des Defekts im Sinne chronischer Hemmung der primären Funktion macht sich aber vor allem in der Herabsetzung der sekundären Funktion bemerkbar. Die höheren psychischen Funktionen spiegeln den elementaren Defekt in vergrößertem Maßstabe wieder. Unter der Herabsetzung des Wollens leidet die Aufmerksamkeit, die Konzentrationsfähigkeit, das logische Denken und Urteilen. Die Kranken können den Faden des Gesprächs nicht festhalten, sie versagen bei einfachen Folgerungen und Schlüssen, sie sind denkfaul, stumpf. Ihr Ehrgeiz ist verschwunden, die früheren Interessen sind wie ausgelöscht.

Der Defekt des Fühlens zeigt sich nicht selten in Mangel an Mitleid, wohl auch in unbewußt rohen, grausamen Handlungen, in Tierquälereien, die mechanisch aus Langeweile, ohne Affekt ausgeführt werden. In den leichtesten Fällen haben sie aufgehört, feinfühlig zu sein, sie sind taktlos.

Die Hemmung der höheren Bewußtseinstätigkeit zeigt sich auch z. B. in der Verringerung der ästhetischen Bedürfnisse. Die Kranken sind unsauber, unordentlich, nachlässig in Sprache und Schrift. Sie sprechen undeutlich, ohne Ausdruck, ohne Betonung, schreiben liederlich, schief, größer oder kleiner als früher, auch ganz unregelmäßig.

Abweichungen von Schrift und Sprache können auch auf dem Defekt der Spontaneität beruhen. Jedoch dürfte mehr der Inhalt als die Form auf diese zurückzuführen sein.

Besonders merkbar wird die chronische Hemmung bei Künstlern oder Individuen, die früher eine besonders ausgeprägte Entwicklung eines Sinnes zeigten. In diesen Fällen kontrastiert die Gleichgültigkeit gegen Musik oder Malerei, auch gegen Delikatessen jeder Art besonders mit dem früheren Verhalten gegen derartige Reize.

Bestand also vor der Erkrankung Hyperfunktion von S, so wird ein leichter Defekt gewissermaßen ausgleichend wirken, ein stärkerer dagegen kann die Hyperfunktion vernichten und die Konstitution völlig verändern. Die Dementia praecox führt zu Zuständen, in denen Individuen, die hoch entwickelt waren, sich in ihren psychischen

Reaktionen wenig oder gar nicht von geborenen Imbezillen und Idioten unterscheiden lassen.

Der Umstand, daß die erworbene Hemmung, der Defekt, meist eine primäre Qualität überwiegend betrifft, ermöglicht es allein, die meisten Endzustände der *Dementia praecox* als solche zu erkennen. Es finden sich in den mehr oder weniger verschonten Qualitäten stets Reste des früher vorhandenen geistigen Besitzes, die manchmal sogar das Alter erkennen lassen, in dem das Individuum erkrankt ist. Die Konstellation äußert sich in den noch vorhandenen Assoziationen.

Jede Herabsetzung der psychischen Kraft in einer primären Qualität hat eine sehr erhebliche Schädigung der zugeordneten Vorstellungen, der auf ihr beruhenden sekundären Funktion zur Folge. Die Transformierung der psychischen Energie wird durch den Krankheitsprozeß verringert oder aufgehoben. Das Verhältnis  $P:S$  wird verändert, es kann sogar umgekehrt werden, d. h. wenn konstitutionell  $P < S$  war, so kann nun  $P > S$  sein.

Diese Umkehrung der Konstitution kann eine Qualität überwiegend betreffen, sie kann aber nie partiell sein in dem Sinne, daß die Hyperfunktion von  $S$  in einer Qualität erhalten bleibt, während in einer anderen Hypofunktion von  $S$  eintritt. Diese an sich vorstellbare Kombination verträgt sich nicht mit der Einheit des psychischen Geschehens, die eine Trennung der Qualitäten nur in der Abstraktion ermöglicht.

Die Tatsache, daß im Verlauf einer *Dementia praecox* die Konstitution eine Umkehrung erfahren kann, daß also eine hysterische in eine imbezille umgewandelt wird (nicht umgekehrt natürlich!), läßt sich nicht selten direkt beobachten. Die *Dementia praecox* verläuft bekanntlich schubweise, d. h. es treten wiederholte Anfälle von Erregung oder Hemmung auf. Die ersten Erregungszustände unterscheiden sich nun bei hysterischer Konstitution immer sehr wesentlich von den späteren und zwar infolge der anfangs stark hervortretenden hysterischen Symptome. Diese machen oft die Erkennung der Krankheit im Anfange so schwer, sie verbergen den elementaren Charakter der Symptome. Erst mit der Hemmung oder Vernichtung der sekundären Funktion, mit der zunehmenden Verblödung wird die Diagnose sichergestellt, und nun nehmen vor allem die Erregungszustände den typisch elementaren Charakter an. Jetzt treten elementare Halluzinationen, sinnlose Affekte und impulsive Handlungen in immer reinerer Form auf.

Diese Verschiedenheit der einzelnen Anfälle wäre nicht möglich, wenn nicht die sekundäre Funktion in irreparabler Weise gehemmt, d. h. vernichtet wäre.

Es können also Erregungszustände bei bestehender Hemmung auftreten. Diese Tatsache bildet indessen nur scheinbar eine Ausnahme von der oben aufgestellten Regel, daß Hemmung und Erregung bei demselben Individuum nie gleichzeitig vorhanden sein können. Die defekte Psyche stellt gleichsam einen neuen Normalzustand für den betreffenden Menschen dar. Der Kranke gleicht dem Imbezillen, dessen Defekt wir ebenfalls als Hemmung der sekundären Funktion auffassen können. Zum Unterschied von den Zuständen, die Erregung oder Hemmung einer bisher intakten Konstitution darstellen, scheint es zweckmäßig, die Intensitätsschwankungen der defekten Psyche als Defekterregung und Defekthemmung zu bezeichnen.

Die Defekterregungen erreichen nie die Stärke der ersten Erregungszustände. Die Kranken werden weniger gewalttätig, weniger gefährlich, sie reagieren nicht mehr wie anfangs auf die Halluzinationen und Gefühle, weil diese an Intensität eingebüßt haben. Die psychische Kraft erlahmt und sinkt schließlich auf ein Minimum herab.

Die Defekthemmungen machen sich naturgemäß noch weniger bemerkbar als die anfänglichen Hemmungszustände.

Defekterregungen und -hemmungen lassen sich von solchen ohne Defekt nicht immer ohne Kenntnis der ursprünglichen Konstitution unterscheiden. Ob aber eine Erregung oder Hemmung vorliegt, wird auch bei einer defekten Psyche stets festzustellen sein.

Bei allen Hemmungszuständen treten die Unterschiede der Konstitution in den Hintergrund. Die elementaren, primären Reaktionen werden schwächer, die sekundären fallen mehr oder weniger fort. Vorstellungen spielen bei Hemmung der psychischen Kraft keine Rolle, denn jede Vorstellung ist Aktivität, Aeußerung der transformierten spezifischen Energie des Zentralnervensystems, und kann daher nur bei Steigerung der Reaktionsfähigkeit affektbetont, überwertig werden. Hysterische und die sog. neurasthenischen Symptome sind daher stets Zeichen bestehender Erregung der psychischen Kraft.

Die primäre Funktion kann zwar von Vorstellungen erregt und ihre Reaktion gesteigert werden, das Fehlen von Vorstellungen beeinflusst die Art der präsentativen Reaktionen, aber es schwächt sie nicht ab. Je weniger Vorstellungen vorhanden sind, desto elementarer wird die psychische Tätigkeit. Eine Verminderung der primären psychischen Kraft ruft dagegen sofort eine Verminderung der sekundären Funktion, der Vorstellungen hervor.

Es zeigt sich hierin die Abhängigkeit der sekundären von der primären Funktion.

Hemmungszustände überhaupt, und also auch der Hemmungs-

stupor, können nicht von der sekundären Stufe ihren Ausgang nehmen. Eine Vorstellung, die nicht vorhanden ist, kann keine Wirksamkeit entfalten. Es gibt keinen hysterischen Hemmungsstupor, sondern nur einen hysterischen Erregungsstupor. In jedem auf Vorstellungen beruhenden Stupor ist eine überwertige Idee, ein Affekt vorhanden. Auf dieser Erregung beruht die scheinbare Hemmung, die Denkspernung.

Die Vernichtung der sekundären Funktion, der Intelligenzdefekt, ist nicht eindeutiger Ausdruck der Hemmung, sondern krankhafter Veränderung der psychischen Kraft überhaupt, d. h. katatonische Erregungszustände führen ebenso zur Verblödung wie katatonische Hemmungszustände. Die vorübergehende Hemmung der sekundären Funktion beruht stets auf Hemmung der primären psychischen Kraft, nimmt von der primären Funktion ihren Ausgang.

Diese Ueberlegungen gewinnen u. a. für die Erkennung der Simulation mitunter eine nicht unerhebliche Bedeutung.

Die verschiedenen Formen des Stupors gleichen sich darin, daß sie auf äußere Reize nicht oder nur sehr wenig reagieren. Die Gründe für diese Reaktionslosigkeit sind aber verschieden, wie das an einem Beispiel erläutert sei: ein Nadelstich in die Hand löst bei keinem Stuporzustand eine Reaktion aus.

1. Der Erregungsstupor, der überwiegend das primäre Empfinden oder Fühlen betrifft, also der halluzinatorische bzw. der Affektstupor, empfindet den Nadelstich nicht, weil seine psychische Energie durch Halluzinationen oder Affekt absorbiert wird.

2. Der Erregungsstupor, der überwiegend die primäre Spontaneität betrifft, also der sogenannte katatonische Stupor fühlt den Stich sehr wohl. Infolge der starken Muskelspannungen kann er aber die Hand nicht wegziehen.

3. Der Hemmungsstupor, der überwiegend die Rezeptivität betrifft, reagiert nicht, weil er den Stich nicht oder nicht schmerzhaft empfindet.

4. Der Hemmungsstupor, der überwiegend die Spontaneität betrifft, fühlt den Nadelstich zwar mehr oder weniger deutlich, zieht aber die Hand nicht zurück, weil die Spontaneität versagt.

5. Der hysterische Stupor verhält sich wie der primäre Affektstupor.

---

## 12. Kapitel.

**Katatonische und hysterische Psychosen. Prognosen.**

Die psychologische Analyse der krankhaften psychischen Reaktionen, der Symptome, wie sie in Vorstehendem durchgeführt ist, ermöglicht es, die mannigfaltigen Erscheinungsformen des krankhaften psychischen Geschehens nach zwei Gesichtspunkten zu ordnen und damit zu unterscheiden. Es gibt Erregungs- und Hemmungssymptome; aber während die Erregungssymptome von der primären oder sekundären Funktion ausgehen können, gehen die Hemmungssymptome immer von der primären Stufe aus. Es gibt also zweierlei Erregungssymptome und nur eine Art von Hemmungssymptomen.

Die Unterscheidung der primären und sekundären Stufe des psychischen Geschehens verleiht dem Begriff „Hemmung“ eine andere als die bisher übliche Bedeutung. Die „psychomotorische Hemmung“ der Autoren bezieht sich auf den Vorstellungsablauf. Sie entsteht vor allem durch Affekte und muß daher von unserm Standpunkt aus, eben weil jeder Affekt ein psychisches Erleben, einen Erregungszustand darstellt, als etwas Sekundäres aufgefaßt werden. Die psychische Kraft ist bei Vorhandensein psychomotorischer Hemmung erregt; daher sind Stuporzustände, die mit Halluzinationen, Affekten, Muskelspannungen und Wahnideen einhergehen, Erregungszustände. Nicht das Verhalten der sekundären Funktion, nicht der Vorstellungsablauf, kann dafür ausschlaggebend sein, ob ein Bewußtseinszustand als erregt oder gehemmt anzusehen ist, sondern das Verhalten der primären Funktion. Sonst könnte man bei Organismen ohne sekundäre Funktion, also z. B. bei Idioten und Tieren, die Zustände der Erregung und Hemmung überhaupt nicht unterscheiden, während doch dieselben zweifellos auch hier vorhanden sind.

Die Hemmung der sekundären Funktion in unserem Sinne bedeutet etwas ganz anderes als die sogenannte psychomotorische Hemmung. Sie ist durch Herabsetzung der psychischen Kraft, die mit mehr oder weniger völligem Schwinden der Vorstellungen verbunden ist, charakterisiert, während die psychomotorische Hemmung auch die Zustände in sich schließt, in denen überwertige Ideen und Affekte vorhanden sind. Wenn wir also die Symptome der Psychosen in Erregungs- und Hemmungszustände einteilen, so ist diese Einteilung von anderen dadurch unterschieden, daß die primären Funktionen allein dafür als maßgebend angesehen werden, in welche Gruppe ein

gegebenen Bewußtseinszustand gehört. Diese Bedeutung der primären Funktion für den Bewußtseinszustand überhaupt ist die logische Konsequenz der Jodlschen Annahme, daß die sekundäre Funktion völlig von ihr abhängig, auf ihr aufgebaut ist.

Als zweiten Gesichtspunkt für die Gruppierung der psychischen Krankheitssymptome haben wir ihre Entstehungsweise bezeichnet und je nachdem die Erregung von der primären oder sekundären Funktion ihren Ausgang nimmt von elementaren Halluzinationen, Elementaraffekten, Triebhandlungen und katatonischen Wahnideen oder von hysterischen Symptomen gesprochen. Die sekundären Elemente treten bei Hyperfunktion von S modifizierend hinzu; sie führen zu den reproduzierten Halluzinationen, Affekten und Willensäußerungen sowie zu den paranoischen oder katatonischen Wahnideen. Auch diese Symptome sind sämtlich von der primären Stufe ausgehende Erregungszustände.

Die Ausdehnung des Begriffes „hysterisch“ schien vor allem deswegen gerechtfertigt, weil die bisher so bezeichneten Symptome auf Vorstellungen beruhen, also von der sekundären Funktion ihren Ausgang nehmen und sich von den neurasthenischen und psychogenen Erregungszuständen nur dem Grade, nicht der Art der Bewußtseinstätigkeit nach unterscheiden.

Aus demselben Grunde können wir nun den Begriff „katatonisch“ auf alle Symptome ausdehnen, die von der primären Funktion ihren Ausgang nehmen. Die sogenannte Katatonie führt zu den stärksten primären Erregungen, dem katatonischen Stupor. Wir nehmen daher auch hier nur die Bezeichnung von einem wesentlichen Teil der Symptome und dehnen ihn auf alle gleichartigen Symptome aus.

Die katatonischen Empfindungen umfassen demnach die elementaren und reproduzierten Halluzinationen; ebenso die katatonischen Affekte die Elementaraffekte und die reproduzierten Affekte; die katatonischen Erregungen der Spontaneität die Triebhandlungen und die von der primären Stufe ausgehenden Willenshandlungen.

Die Bezeichnung der paranoischen Wahnideen als katatonische im Gegensatz zu den hysterischen findet hier ebenfalls ihre Begründung.

Katatonisch sind ferner alle Hemmungssymptome in unserm Sinne.

Diese Unterscheidung der psychischen Krankheitssymptome in hysterische und katatonische kann naturgemäß nicht auf die Symptome beschränkt bleiben, sondern ist auf die Psychosen als solche auszudehnen. Es gibt katatonische und hysterische Psychosen.

Katatonische Psychosen sind in Kraepelins Fassung die Dementia praecox in ihren verschiedenen Formen, ferner das manisch-

depressive Irresein, die Paranoia, die Halluzinose, der depressive Wahn, der Querulantenwahn.

Hysterische Psychosen umfassen alle psychogenen Zustände, also die Haftpsychose, traumatische Neurose, die Dämmerzustände und die Melancholie.

Man könnte auch die Konstitutionen in hysterische und katatonische anstatt hysterische und imbezille einteilen. Nur scheint es richtiger, die Bezeichnung imbezill hier beizubehalten, weil die Konstitution gewissermaßen das Fundament darstellt, auf dem sich die Psychose entwickelt und eine Aenderung hier nur zu Unklarheiten und Verwechslungen führen könnte.

Die Einteilung umfaßt vorläufig nur die sogenannten funktionellen Psychosen d. h. solche, die ohne erkennbare anatomische Veränderungen verlaufen und entweder in Heilung ausgehen oder zu einer mehr oder weniger hochgradigen Schädigung der sekundären Funktion zum Intelligenzdefekt und zur Verblödung führen.

Die Beziehungen, die zwischen Erregung und Hemmung in unserem Sinne bestehen, sind völlig andere, wie die zwischen psychomotorischer Erregung und Hemmung, da letztere ja nur die sekundäre Funktion betreffen. Psychomotorische Hemmung nennt man z. B. die Verlangsamung des Vorstellungsablaufs und der Bewegungsfähigkeit, wie sie ein hochgradiger Angsteffekt bei psychogener Melancholie hervorruft. Sie wird nicht selten durch psychomotorische Erregung abgelöst. Dieselbe Angst, die einmal das Bild des Stupors schafft, führt ein anderes Mal zu rastlosem Umherwandern, Verzweiflungsausbrüchen, Gewalttaten. Die gewöhnliche Auffassung sieht hierin das Alternieren von Hemmung und Erregung, während nach unserer Theorie die Erregung während des Stupors in höchstem Maße besteht und sich bei geringeren Graden oder infolge der geringeren Muskelspannungen (der schwächeren Beteiligung der Spontaneität) nur stärker nach außen kundgibt. Die Erregung, der Angsteffekt, der anfangs die sekundäre Funktion, also die Vorstellungen, völlig auf einen Punkt konzentriert, einen Gedanken in stärkster Intensität denkt, ruft, sobald die Angst etwas nachläßt, die Ideenflucht, das Jagen der Vorstellungen hervor, die Konzentrierung ist infolge der krankhaften Erregung unmöglich.

In analoger Weise erklärt sich der scheinbare Wechsel von Erregung und Hemmung bei dem sogenannten manisch-depressiven Irresein. Hier ist das primäre Fühlen gesteigert und jede Lust- oder Unlustvorstellung wirkt viel stärker als normal. Der Wechsel des Affekts bzw. die Vorherrschaft der Lust- oder Unlustempfindungen ist einzig und allein von der Konstellation abhängig. Ob jemand

Größenideen bekommt oder sich allerhand Vorwürfe macht, ist psychologisch gleichwertig, ist ein Unterschied, der nur den Inhalt der affektiven Erregung betrifft. Der sthenische Affekt führt zu psychomotorischer Erregung, der asthenische Affekt zu psychomotorischer Hemmung, beide aber sind Erregungszustände der psychischen Kraft.

Das Alternieren von psychomotorischer Erregung und Hemmung, wie es bei den manisch-depressiven Psychosen vorkommt, beruht also auf der Wirksamkeit der sthenischen und asthenischen Affekte auf den Vorstellungsablauf.

Krankhafte Erregung und Hemmung in unserem Sinne lösen sich nicht einander ab. Es sind in tieferem Sinne Gegensätze, nicht Gegensätze des Vorstellungsablaufs, sondern gegensätzliche Zustände der primären Funktion.

Auf eine krankhafte Erregung der psychischen Kraft braucht keine Hemmung zu folgen und auf eine Hemmung keine Erregung. Beide Anomalien können bestehen, solange das Individuum lebt, oder sie können abklingen und dem normalen Zustand Platz machen, sie können heilen.

Solange krankhafte Erregung oder Hemmung der primären psychischen Funktion besteht, ist auch die sekundäre Funktion krankhaft verändert, ein normaler Vorstellungsablauf unmöglich. Mithin bedingt jede krankhafte Erregung oder Hemmung der primären Funktion eine Schädigung der Intelligenz.

Die Frage, die vor allem interessiert, ob eine Psychose zum dauernden Intelligenzdefekt führt oder nicht, lautet unter Zugrundelegung der energetischen Theorie:

Liegt eine katatonische oder eine hysterische Psychose vor und wenn ersteres der Fall ist, wird die Erregung oder Hemmung der primären psychischen Funktion eine vorübergehende oder dauernde sein. Die Prognose muß also von der Art der Erkrankung (hysterisch oder katatonisch) und von dem Grad der katatonischen Erregung oder Hemmung abhängen. Die Feststellung, ob es sich um einen Erregungs- oder Hemmungszustand handelt, wird keine Schwierigkeiten machen. Liegt ein Hemmungszustand vor, so ist die Krankheit katatonisch, handelt es sich um einen Erregungszustand, so müssen wir durch die Analyse der vorhandenen Symptome die Frage zu beantworten suchen, ob die Erregung von der primären oder sekundären Stufe ihren Ausgang genommen hat. Die Beachtung von Konstellation und Konstitution ist, wie gezeigt wurde, hierbei geeignet, wichtige Fingerzeige zu geben.

Die hysterischen Psychosen heilen nach allgemeiner Erfahrung

stets. Die Heilbarkeit ist das wesentlichste Charakteristikum der „psychogenen“ Psychose. Sie kann nur auf hysterischer Basis entstehen und stellt gewissermaßen eine Steigerung der konstitutionellen Hyperfunktion von S dar, die in stärkeren Graden schon an sich einen Krankheitszustand bedeutet. Die Prognose trübt sich also hier, wenn die konstitutionelle Abweichung von der Norm eine erhebliche ist und damit die Bedingungen für die sogenannte hysterische Degeneration sowie für Rezidive gegeben sind. Eine Veränderung der Konstitution durch Vernichtung der sekundären Funktion, also Verblödung, ist jedoch bei hysterischen Psychosen mit absoluter Sicherheit auszuschließen.

Wesentlich anders verhalten sich die katatonischen Psychosen. Sie können jeden Menschen befallen, den hysterischen ebenso wie den imbezillen. Sie können, ohne einen wesentlichen Defekt hervorzurufen, zur Heilung kommen, sie können aber auch den hochentwickelten Geist vernichten.

Die klinische Beobachtung hat eine Reihe von Einzelheiten gefunden, die es bereits gestatten, in den meisten Fällen den Verlauf einer katatonischen Psychose im voraus zu bestimmen. Wir wissen, daß die reine Form der Katatonie (Kahlbaum), ferner das manisch-depressive Irresein und schließlich die Halluzinose eine relativ günstige Prognose haben. Im Gegensatz dazu müssen wir die verschiedenen Formen der Paranoia als unheilbar bezeichnen. Die verschiedenen Formen der Dementia praecox stehen zwischen diesen Extremen.

Diese Tatsachen kann man klinisch so ausdrücken, daß man die prognostisch günstigen Formen der katatonischen Psychose als leichtere, die ungünstigen als schwerere Fälle desselben Krankheitsprozesses bezeichnet, ebenso wie man von leichten und schweren Infektionen spricht.

Die verschiedene Schwere des Falles läßt sich mit Hilfe der energetischen Theorie aber auch psychologisch ausdrücken. Sie ermöglicht es, uns wenigstens eine Vorstellung davon zu machen, warum in einem Falle die katatonische Psychose zur Verblödung führt, in einem anderen mit Defekt heilt, im dritten aber so gut wie gar keinen dauernden Schaden hervorruft.

Unsere Auffassung der psycho-pathologischen Phänomene unterscheidet sich von der gewöhnlichen vor allen durch die Gleichsetzung der Erregungs- bzw. Hemmungszustände, die sich überwiegend in einer der drei primären Qualitäten äußern. Die katatonischen Halluzinationen sind auf dem Gebiet des Empfindens dasselbe, was katatonische Affekte auf dem des Fühlens und die katatonische Willensäußerung auf dem des Strebens bedeutet.

Die günstig verlaufenden katatonischen Psychosen zeigen sämtlich ein deutliches Ueberwiegen der Erregung in einer Qualität, während die beiden anderen Qualitäten relativ von der Erregung verschont sind. Je ausgesprochener sich der Krankheitsprozeß auf eine Qualität konzentriert, desto deutlicher ist der Typus der Halluzinose, des manisch-depressiven Irreseins, oder, wie wir jetzt sagen wollen, der katatonischen Affektpsychose, und schließlich der hyperkinetischen Katatonie (Wernicke) ausgeprägt.

Die Prognose ist offenbar von der Ausbreitung der krankhaften Erregung abhängig, sie ist am günstigsten, wenn nur eine Qualität vorwiegend betroffen ist. Die entsprechenden Hemmungszustände dürften in Anstalten selten zur Beobachtung gelangen, da eine geringe Herabsetzung der psychischen Kraft, die sich vorwiegend auf eine Qualität beschränkt, nicht zu alarmierenden Erscheinungen führt<sup>1)</sup>.

Ferner scheinen klinische Beobachtungen dafür zu sprechen, daß eine katatonische Psychose, die beide Qualitäten der Rezeptivität betrifft, günstiger verläuft, als diejenige, bei der zur Erkrankung einer Qualität der Rezeptivität die Erkrankung der Spontaneität hinzutritt. Allgemein gilt es für ein ominöses Zeichen, wenn zu den vorhandenen elementaren Halluzinationen ausgiebige Versuche, dieselben zu deuten, hinzukommen, wenn also die Kranken ihre Empfindungen in Wortneubildungen äußern. In diesen Erklärungsversuchen spricht sich die Erregung der Spontaneität aus, die bei hysterischen Konstitutionen zur Wahnbildung führt. Die affektive Reaktion der Kranken auf Halluzinationen kündigt dagegen keineswegs immer einen ungünstigen Ausgang an, jedoch lassen sehr zahlreiche Halluzinationen, wie sie vor allem bei der sogenannten Halluzinose das Bild beherrschen, keinen eigentlichen Affekt erkennen. Die Kranken stehen den neuen, massenhaft auf sie einstürmenden Empfindungen ratlos gegenüber.

Die ungünstige Prognose der Paranoia ist psychologisch auf das Ergriffensein aller drei primären Qualitäten, das oben bereits betont worden ist, zurückzuführen.

Die Konstitution müssen wir bei der Abschätzung des Grades der vorhandenen Erregung oder Hemmung in Betracht ziehen, während die Konstellation, die ja nur in den vorhandenen Vorstellungen zum Ausdruck kommt, also nur den Inhalt der krankhaften Empfindungen, Gefühle und Willensäußerungen beeinflusst, hier unwesentlich ist. Einen absoluten Gradmesser der Erregung oder Hemmung kann es nicht

---

1) Hierher gehören vor allem die gewöhnlich als „epileptische Absenzen“ bezeichneten Zustände, während stärkere Grade von Hemmung der Katatonie zugerechnet werden. Der Begriff der Epilepsie wird weiter unten erörtert.

geben und auch die relative Abschätzung ist im Einzelfall dadurch erschwert, daß wir das Individuum gewöhnlich erst während der ausgebildeten Psychose kennen lernen. Sehr häufig ergibt eine genaue Anamnese, daß quantitative Veränderungen der psychischen Energie in positivem oder negativem Sinne bereits längere Zeit vor der Beobachtung bestanden haben. Trotzdem muß man einen Maßstab für die im Einzelfall vorliegende Veränderung der psychischen Energie zu finden suchen und gerade hierfür dürfte die energetische Theorie von Wert sein.

Was uns als psychische Erregung bei einem Kranken entgegentritt, kann Aeußerung primärer oder sekundärer Funktion sein, die sich, wie bereits erwähnt, nicht direkt miteinander vergleichen lassen. Man kann die Angst einer hysterischen Melancholie nicht für stärker oder schwächer erklären, als den Erregungszustand eines Katatonikers, den wir als Wut deuten. Vergleichbar sind nur Erregungszustände derselben Stufe. Hier haben wir für die Spontaneität in den motorischen Aeußerungen, die sich bis zum Stupor steigern können, in den bekannten Aeußerungen der Affekte, in den Mitteilungen, die uns die Kranken von ihren Halluzinationen machen, oder in der Erstarrung, in die sie durch Halluzinationen oder Gefühle versetzt werden, Anhaltspunkte für den Grad der Erkrankung. Es ist nun verständlich, daß verschiedene Konstitutionen auf denselben Reiz verschieden reagieren. Die unbekannte Noxe der Katatonie ruft ebenso verschiedene Reaktionen hervor, wie z. B. der Alkohol. Wie dieser führt auch die Katatonie bei imbeziller Konstitution besonders leicht zu starken Erregungen der primären Qualitäten, bei hysterischer Konstitution dagegen vor allem zu lebhaften Affekten. Dieselben elementaren Reaktionen treten also bei imbeziller Konstitution leichter auf, als bei hysterischer, dieselben Affektäußerungen dagegen leichter bei hysterischer, als bei imbeziller Konstitution, d. h. *ceteris paribus* verbessert die imbezille Konstitution die Prognose, wenn hochgradige elementare Erregungen bestehen, die hysterische dagegen verbessert die Prognose schwerer Affektzustände. Affekte führen bei katatonischen Krankheiten, die nicht mit hysterischer Konstitution kompliziert sind, nicht zu Stuporzuständen, sondern zu Wutausbrüchen, plötzlichen schnell vorübergehenden Affektäußerungen. Sie gehen infolge des Fehlens der Vorstellungen nicht tief, werden nicht festgehalten, sind unmotiviert, läppisch. Nur dadurch ist der Wechsel des sthenischen und asthenischen Affekts, das sogenannte manisch-depressive Irresein überhaupt erst ermöglicht. Erst hochgradige affektive Erregung führt bei nicht hysterischer Konstitution zum Affektstupor, der desto

leichter hervorgerufen wird, je stärker die konstitutionelle Hyperfunktion von S ist. Bei imbeziller Konstitution entsteht vor allem der eigentlich katatonische Stupor, nämlich dann, wenn die Spontaneität in einigermaßen erheblichem Grade betroffen ist.

Wir können die Bedeutung der Konstitution für die Prognose einer katatonischen Psychose dahin zusammenfassen: Je größer S im Verhältnis zu P ist, desto schwerer wiegen die erkennbaren elementaren Symptome, desto leichter die hysterischen. Je kleiner S im Verhältnis zu P ist, desto leichter erreichen elementare Symptome einen hohen Grad. Vor allem sind Affekte, die sekundäre Elemente enthalten, *ceteris paribus* prognostisch desto günstiger, je größer die konstitutionelle Hyperfunktion von S ist.

Auf diesem Satz beruhen noch andere empirisch gefundene Tatsachen bzw. sie werden dadurch psychologisch verständlich.

Die katatonische Psychose umfaßt nach unserer Theorie nicht nur die *Dementia praecox*, sondern ebenso das manisch-depressive Irresein und die *Paranoia Kraepelins*. Die verschiedenen Formen beruhen also nicht auf verschiedenen Krankheitsprozessen, sondern sie sind durch einen Krankheitsprozeß zu erklären, der auf verschiedene Konstellationen und Konstitutionen verschieden wirkt. Nehmen wir vorläufig diese Annahme als richtig an, so wird es zunächst verständlich, daß die sogenannte Spätkatatonie eine erheblich ungünstigere Prognose zeigt als die Formen des jugendlichen Alters. Das Hervortreten katatonischer Symptome bedeutet in höherem Alter, in dem normalerweise Hyperfunktion von S besteht, also die Konstitution mehr oder weniger hysterisch geworden ist, einen stärkeren Grad der Erregung.

Die zweifelhafte Prognose der Melancholie des Rückbildungsalters ist in der Schwierigkeit begründet, hier zwischen dem elementaren und hysterischen Affekt zu unterscheiden. Das Ueberwiegen von S läßt den katatonischen reproduzierten Affekt leicht hysterisch erscheinen.

Ungleich schlechter ist die Prognose einer Melancholie in jugendlichem Alter. Hier erreichen die Unlustaffekte nur bei stärkeren Graden der Hysterie solche Höhe, daß sie dem Krankheitsbild das charakteristische Gepräge verleihen. Ist eine hochgradige Hysterie nicht nachweisbar, und darüber wird die Anamnese meist Auskunft geben können, so ist ein sehr erheblicher Grad der Erregung anzunehmen. In jugendlichem Alter tritt die hysterische Melancholie überhaupt seltener, nämlich nur bei stark im Sinne einer Hyperfunktion von S psychopathischen Individuen auf, während sie im Alter viel

häufiger ist. Es kann daher im Alter mit viel mehr Wahrscheinlichkeit mit dem Vorliegen einer hysterischen Melancholie gerechnet werden als in der Jugend. Die auslösenden Momente müssen jedenfalls in der Jugend viel erheblicher sein als im Alter.

Der katatonischen Melancholie entspricht eine katatonische Manie. Man hat auch eine zornige Manie, eine *manie gaie*<sup>1)</sup> (euphorische), ambitieuse (mit Größenideen) und eine „*manie avec prédominance du mouvement*“, in der die motorische Erregung vorherrscht, unterschieden. Da es psychologisch und klinisch ohne wesentliche Bedeutung ist, welcher Affekt im Einzelfalle vorhanden ist, ist es richtiger, alle diese Zustände als katatonische Affektpsychose zu bezeichnen.

Der hysterischen Melancholie entspricht aber keine hysterische Manie in gewöhnlichem Sinne, sondern nur hysterische Erregungszustände, in denen Zorn, Wut, aber fast nie Freude vorherrschen. Man könnte sie als Manie bezeichnen, doch ist der Ausdruck nicht gebräuchlich. Die Stimmungen der Hysterischen nehmen manchmal manische Färbungen an, erreichen aber nicht die Grade der sogenannten Manie. Es gibt auch keine Manie des Rückbildungsalters, die nicht eine katatonische Psychose darstellt. Der Lustaffekt führt nie, wenn er auf Vorstellungen beruht, zu einer so hochgradigen Erregung, daß man sie als Psychose bezeichnen müßte. Mit angenehmen, erfreulichen und sehr glücklichen Ereignissen finden sich alle Menschen sehr schnell ab, sie gewöhnen sich leicht an das Gute. Damit klingt aber die Erregung ab. Es ist in der menschlichen Natur begründet und auch der normalen Psychologie bekannt, daß die Unlustgefühle viel stärkere Grade erreichen, dauernder und schwerer zu überwinden sind als die Lustgefühle. Jede Manie ist daher in unserem Sinne katatonisch, gehört zur *Dementia praecox*.

Die manische Form des sog. manisch-depressiven Irreseins verdankt ihre relativ günstige Prognose der engen assoziativen Verbindung des Fühlens mit den Vorstellungen. Hier äußern sich schon leichte Grade der Erregung in gut erkennbarer Weise. Die Erregung führt bei einem jugendlichen Individuum teils infolge imbeziller Konstitution, teils infolge der Konstellation überhaupt zur Assoziation lustbetonter Vorstellungen und damit zum manischen Affekt. Die „*Depression*“ im Beginne vieler Psychosen dürfte sehr häufig durch Hemmung vorgetäuscht sein.

Die Manie bleibt viel mehr von Halluzinationen verschont als die

---

1) Fuhrmann, Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 1903.

Melancholie. Sie führt infolge der Schnelligkeit des Vorstellungsablaufs zu falschen, illusionären Beobachtungen, zu Mißdeutungen und unrichtigen Auslegungen, zu wahnhaften Vorstellungen und Urteilen. Infolge des sthenischen Affekts haftet aber kein Eindruck und kein Gedanke längere Zeit, und nur bei Hyperfunktion von S stärkeren Grades in der Jugend oder bei Manischen höheren Alters werden nicht selten einzelne Wahnideen längere Zeit festgehalten. Sie zeigen in ihrer Sinnlosigkeit die psychologische Gleichwertigkeit mit den sog. paranoischen Wahnideen. Mit dem Nachlassen des Affekts verschwinden sie häufig, können aber sehr lange bestehen bleiben und sind nicht selten die letzten Zeichen der noch vorhandenen katatonischen Erregung bei hysterischer Konstitution.

Das erste Zeichen der Dementia praecox stellt oft die Klage der Kranken dar, es komme ihnen alles verändert vor. Die Umgebung, ihre Angehörigen, sie selbst erscheinen ihnen anders, fremd. Hierin äußert sich die beginnende Erregung des Empfindens, die meist sehr bald zu katatonischen Halluzinationen führt. Treten diese sehr zahlreich auf, ohne daß die Kranken einen ausgesprochenen Angstaffekt zeigen, so ist der Krankheitsprozeß zirkumskript und günstiger zu beurteilen, als wenn schwere Angstzustände oder gar Erklärungsversuche hinzutreten. Die reine Halluzinose ist eine anscheinend seltene Form der katatonischen Psychose. Sie betrifft wohl auch vorwiegend imbezille Konstitutionen, da sonst der Affekt stärker werden muß. Die Tatsache, daß viele Kranke die Veränderung der Sinneseindrücke als erstes und quälendstes Symptom schildern, spricht dafür, daß die Erregung das Empfinden zuerst befallen kann.

Man hat geglaubt, aus dem allmählichen oder plötzlichen Beginn einer Psychose auf ihren Ausgang schließen zu können. Die Richtigkeit der Beobachtung, daß akut entstehende Erregungszustände öfter heilen als langsam zur Entwicklung gelangende, ist sicher. Besonders oft entsteht von den katatonischen Psychosen die Halluzinose und die eigentliche Katatonie in sehr kurzer Zeit. Es sind dies die beiden Formen, die vorwiegend bei imbezillen bzw. jugendlichen Individuen in besonders ausgebildeter Weise vorkommen. Die Paranoia dagegen, für die wir stets eine hysterische Konstitution annehmen, zeichnet sich durch die langsame Entstehung aus. Die Melancholie, besonders die des höheren Alters, beginnt oft mit längerer depressiver Phase, sie leitet auch nicht selten die Manie ein. Von den beiden Typen der Affektpsychose erreicht die Manie zweifellos häufiger in kurzer Zeit ihren Höhepunkt als die Melancholie. Die Unterschiede des akuten oder chronischen Beginns hängen also, wie sich aus dieser

Zusammenstellung ergibt, mit der Konstitution zusammen. Die Hyperfunktion von S überwindet wenigstens äußerlich die elementare Erregung, bis sie eine gewisse Höhe erreicht hat. Sie führt zu asthenischen Affekten und damit zur Depression, zu Wahnideen und läßt erst dann die Erregung in oft unerwarteten explosiven Handlungen zutage treten, wenn sie bereits einen hohen Grad erreicht hat. Die Erkennung elementarer Symptome ist bei hysterischer Konstitution schwerer als bei imbeziller, und daher ihre Feststellung bei ersterer prognostisch ungünstig. Auf demselben Grunde beruht die scheinbare langsame Entwicklung der prognostisch ungünstigen katatonischen Psychosen. Sie bestehen lange, bevor sie sich dokumentieren.

Die Hemmungszustände sind noch zu wenig beachtet, als daß sich hier schon über ihre Prognose etwas sagen ließe. Vorläufig scheinen nur die schweren Formen der Anstaltsbehandlung zugeführt zu werden.

Im allgemeinen stellen jedenfalls die katatonischen Psychosen viel ernstere Erkrankungen dar, als die hysterischen. Letztere ergreifen gewissermaßen nur die Schale, erstere aber den Kern der Persönlichkeit. Auch dieser wesentliche Unterschied kommt in der Unterscheidung der primären und sekundären Funktion zum Ausdruck.

---

### 13. Kapitel.

## **Ergebnisse der energetischen Theorie. Die kindliche Psyche und die Entwicklung verschiedener Konstitutionen.**

Dem Ergebnis der bisherigen Untersuchung dürfte der Vorwurf nicht erspart bleiben, daß durch die Zusammenfassung so vieler klinisch verschiedener Krankheitsbilder, durch die Einteilung sämtlicher funktioneller Psychosen in katatonische und hysterische, für ihre Erkenntnis nichts gewonnen ist, daß der hier vertretene Standpunkt sich vielmehr der Einheitspsychose Arndts<sup>1)</sup> in bedenklicher Weise nähert. Dieser Vorwurf erscheint aus mehreren Gründen unberechtigt.

Zunächst läßt sich wohl nicht bestreiten, daß auf Grund klinischer Beobachtung eine völlig befriedigende Einteilung der Psychosen bisher nicht gelungen ist. Im Gegenteil hat die genauere Erforschung, die gründliche und kritische Untersuchung, immer wieder

---

1) Arndt, Lehrbuch der Psychiatrie. 1883.

dazu geführt, Krankheitsformen, die anscheinend völlig verschieden sind, in größeren Einheiten zusammenzufassen. So ist die Katatonie, die bereits eine Zusammenfassung bedeutete, durch die *Dementia praecox* verdrängt worden. Das manisch-depressive Irresein rückte dem Querulantenwahn näher, die *Paranoia* wurde bereits als Spielart der *Dementia praecox* betrachtet. Von scharfen Abgrenzungen ist also die moderne Psychiatrie weiter entfernt als je. Und dem trägt die energetische Theorie in weitestem Maße Rechnung. Keine Einteilung, die den Tatsachen gerecht werden will, darf das Vorhandensein der Uebergangsformen vernachlässigen. Sind doch diese den reinen Typen gegenüber zweifellos in der Ueberzahl. Die Erkenntnis, daß bei jeder Erregung oder Hemmung der psychischen Kraft zwar eine Qualität überwiegend betroffen sein kann, die anderen Qualitäten aber auch betroffen sind und daß hierauf die Symptomatologie der katatonischen Psychosen beruht, ermöglicht es, diese Zustände psychologisch zu definieren.

Die Katatonie Wernickes ist ein Erregungs- oder Hemmungszustand der primären Funktion mit überwiegender Beteiligung der Spontaneität.

Die katatonische Affektpsychose betrifft überwiegend das primäre Fühlen, die Halluzinose überwiegend das primäre Empfinden. Die *Dementia praecox* stellt verschiedene Kombinationen dieser Erregungs- und Hemmungszustände dar.

Die *Paranoia* kommt nur bei Hyperfunktion von S zustande und ist Erregung sämtlicher drei primärer Qualitäten.

Unterschiede des Grades und des Verlaufs können unter Berücksichtigung der vorliegenden Konstellation und Konstitution erklärt und vorhergesagt werden.

Die Theorie zeigt also, daß die verschiedenen Formen der katatonischen Psychosen ineinander übergehen und nicht scharf getrennt werden können; sie gibt die Gründe für die Unmöglichkeit an, scharf begrenzte klinische Einheiten zu schaffen.

Der Nachweis ferner, daß alle Symptome der katatonischen Psychosen in einer von der primären Funktion ausgehenden Erregung oder Hemmung bestehen, hat zu dem Schluß geführt, daß ein Verständnis dieser krankhaften Aeußerungen des psychischen Geschehens unmöglich ist. Immer neue Rätsel schienen bisher die Psychosen dem Beobachter aufzugeben, der mit eifrigem Bemühen nach Verständnis des Unverständlichen, nach Erklärung des Unerklärlichen strebte. Hinter den Grimassen vermutete er Gefühle, hinter Affektausbrüchen Leidenschaften, die Stimmen und Gestalten sollten durch

eine besondere Theorie erklärbar sein, jede Bewegung oder Stellung motiviert sein. Vor allem aber mußte es zu den Wahnsystemen doch irgend einen Schlüssel geben!

Die energetische Theorie zeigt aber, daß hier ein Suchen nach Erklärung der katatonischen Symptome zwecklos sein muß. Verstehen lassen sich nur Vorstellungsreihen, Bestandteile der sekundären psychischen Funktion. Die primären Qualitäten stellen die elementare Naturkraft dar, die wie jede andere dem Verständnis verschlossen und nur an ihren Wirkungen erkennbar ist. Nur die völlige Vergessenheit, in die die primäre Funktion des Menschen bei den Psychologen und Psychiatern geraten ist, hat die zahlreichen Erklärungsversuche der katatonischen Psychosen ermöglicht. Einige glaubten daran, beweisen ließ sich weder die Richtigkeit noch die Unrichtigkeit der behaupteten Zusammenhänge.

So bedeutet dieses negative Resultat der energetischen Theorie, der Nachweis, daß den katatonischen Symptomen kein tieferer Sinn zugrunde liegt, daß hier alle Spekulation müßig ist, eine wichtige Erkenntnis.

Die einheitliche Auffassung sämtlicher psycho-pathologischer Zustände, die auf Grund der einfachen Voraussetzungen unserer Theorie möglich ist, dürfte bereits erkennen lassen, daß sich dieselbe nach den Tatsachen richtet, daß also die Unterscheidung verschiedener Arten der Bewußtseinstätigkeit innerhalb des geistigen Geschehens notwendig und richtig ist. Die Anwendbarkeit der energetischen Theorie ist aber nicht auf die funktionellen Psychosen beschränkt; sie erstreckt sich vielmehr, wie wir weiter unten sehen werden, auch auf die organisch bedingten Geisteskrankheiten und sie gilt auch für solche Bewußtseinszustände, die nicht eigentlich Gegenstand der Psychiatrie sind. Da in diesen Betrachtungen ein neuer und wesentlicher Beweis der Theorie zu liegen scheint, sollen sie zuerst aufgeführt werden.

Entsprechend der Definition können neugeborene Kinder nur primäre, elementare psychische Reaktionen zeigen. Nur die der Selbsterhaltung dienenden Reflexe werden vererbt. Organempfindungen lösen Lust- und Unlustgefühle aus, einzelne Triebe, vor allem der Bewegungstrieb, treten von der Geburt an in die Erscheinung. Zunächst gibt es keine Differenzierung der Empfindungen oder Affekte. Die Kinder sind noch rindenblind und rindentaub, sie haben zwar die entsprechenden Sinnesorgane, aber sie verwenden noch keine psychische Kraft darauf, sie apperzipieren sie nicht. Die Spontaneität äußert sich vor allem in Strampeln und Schreien. Die Bewegungen sind

völlig unwillkürlich. Das Schreien stellt durchaus nicht ohne weiteres ein Unlustsymptom dar, bedeutet nicht immer einen Schmerz. „Das Kind unterhält sich.“ Es ist der Bewegungsdrang, der die Verdauung befördert. Die Kinder „unterhalten sich“ daher nach den Mahlzeiten. Es klingt dann bald anders, als vor denselben, als wenn es also durch Hunger verursacht wird.

Das einjährige Kind verfügt im Gegensatz zum Neugeborenen schon über ein gewisses Quantum reproduzierter Elemente. Aber es zeigt das Ueberwiegen der primären Reaktionen noch sehr deutlich. Sein Verhalten läßt sich daher in Parallele stellen mit den katatonischen Symptomen. Es zeigt ausgeprägten Bewegungsdrang, eine dauernde motorische Unruhe, dabei große Ablenkbarkeit. Während es nach einem Gegenstand greift, erregt ein anderer seine Aufmerksamkeit und verhindert es, die begonnene Bewegung zu Ende zu führen. Alles Glänzende erregt vor allem sein Interesse, aber auch Geräusche jeder Art, besonders wenn es sie selbst hervorbringen kann, bereiten ihm Freude. Es klappert mit allem, was dazu irgendwie brauchbar ist. Der Bewegungsdrang führt vor allem zum Stehen und Gehen, aber auch zum Hüpfen mit Festhalten an den Wänden des Bettes, an Stühlen oder erreichbaren Stützen. Der Nachahmungstrieb tritt in verschiedenster Weise hervor. Auf ihm beruht die Entwicklung der Sprache, der aber das Wortverständnis vorangehen muß. Eine geläufige Erfahrung ist es, daß Kinder entweder früh laufen oder sprechen lernen. Die psychische Kraft reicht nicht für die gleichzeitige Erlernung beider Fertigkeiten aus. Dem eigentlichen Sprechen geht die Produktion sinnloser Laute und Silben vorher, die mit großer Ausdauer „verbigeriert“ werden. Die Flüchtigkeit der reproduzierten Elemente erweist sich in dem schnellen Wechsel der Affekte. Der Schmerz über ein fortgenommenes Spielzeug äußert sich sehr lebhaft, er ist aber sofort vergessen, wenn das Essen winkt oder sonst ein neuer Eindruck die Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt. Die Ausbildung der sekundären Elemente, die Entwicklung des Verstandes im einzelnen zu verfolgen, wurde zu weit führen. Die beschriebenen Reaktionen des Kindes haben Veranlassung gegeben<sup>1)</sup>, die kindliche Psyche mit der Manie zu vergleichen. Die Aehnlichkeit ist unbestreitbar vorhanden, sie beruht auf dem Ueberwiegen der primären Elemente. Die Symptome zeigen mit den manischen vor allem deshalb Berührungspunkte, weil die Manie die leichteste Form der katatonischen Psychose darstellt und ihre Aeußerungen daher, mögen sie mehr sinn-

---

1) Reich, Neurol. Zentralblatt. 1905.

voll oder mehr töricht herauskommen, an das kindliche Verhalten erinnern. Der Vergleich ist aber richtiger nicht auf sie zu beschränken, sondern mit allen katatonischen Symptomen anzustellen, weil das Ueberwiegen der primären Elemente in beiden psychischen Bewußtseinszuständen die Aehnlichkeit bewirkt, das tertium comparationis darstellt.

Der Unterschied der Konstitutionen ist bereits sehr früh erkennbar. Vor allem aber liefert die Schulzeit und der Erfolg pädagogischer Bemühungen reichliches Material für ihre Erkennung. Die allmähliche Entwicklung der sekundären Funktion legt den primären gewissermaßen Zügel an. Das normale Kind lernt Empfindungen und Affekte mit Hilfe bestimmter Vorstellungen unterdrücken, seinen Willen ihnen unterordnen. Diese Vorstellungen liefert die Erziehung. Sie können aber keine genügende Kraft erlangen und entfalten, wenn Hypofunktion von S besteht. Auf imbezille Kinder wirkt der Reiz des Verbotenen, die Verlockung des Vergnügens stärker als die Vorstellung der Folgen wie Strafe, Pflichtversäumnis usw. Hysterische Kinder dagegen befürchten auch bei harmlosen Anlässen unangenehme Konsequenzen, sie sind ängstlich, unsicher, bedenklich. Sie sind nicht imstande, unbekümmert den Moment zu benutzen, wie es normalerweise der Fall ist. Das imbezille Kind leistet in der Schule wenig, weil sein Ehrgeiz, die Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit herabgesetzt ist. Das hysterische Kind leistet wenig, weil die Angst, sich zu blamieren, nicht zu genügen, seine Fähigkeit nachzudenken gerade im entscheidenden Moment lähmt oder aber, weil es sich durch andere Vorstellungen (Träumerei) ablenken läßt. Im ersten Fall resultiert die Examensfurcht, die dem Lampenfieber Erwachsener entspricht. Beides ist ängstliche Erregung, welche die Hemmung des Vorstellungsablaufs bewirkt. Imbezille Kinder und Erwachsene wissen dagegen ihre geringeren Kenntnisse beim Examen besser zu verwenden, sie werden durch die Erregung des Augenblicks zu relativ hohen Leistungen befähigt. Die relativ Hysterischen arbeiten dauernd ohne Erfolg. Ihre Aufnahmefähigkeit liegt ebenso unter der Grenze des Normalen wie ihre Konzentrierung. Und die vorhandenen Vorstellungen wirken noch ungünstig auf die Assoziationen. Sie lernen zunächst ganz gut auswendig, aber sie kommen nicht darauf, wenn sie danach gefragt werden und haben es bald wieder vergessen. An den einfach Imbezillen prallen Ermahnungen und Drohungen, selbst Strafen wirkungslos ab, nur die präsentativen Eindrücke sind wirksam. Im Moment bereuen sie tief, sind erschüttert und wollen sich ändern, aber die guten Vorsätze blassen schnell ab und können ihr Handeln nicht be-

einflussen. Gleich nach Erteilung der Verwarnung, nach Verbüßung der Strafe können sie in beneidenswerter Weise vergnügt sein. Ein solches Verhalten ist bis zu einem gewissen Grade normal, der kindlichen Psyche angemessen, in höheren Graden aber pathologisch. Auch hier kann nur die Erfahrung, die Kenntnis des Typus richtig entscheiden.

Die individuelle Erziehung besteht vor allem darin, die Kinder nach ihrer Konstitution, nach dem Verhältnis von P : S, zu behandeln. Den Imbezillen muß man Zeit lassen. Häufig holen sie nach vollendeter Entwicklung schnell nach, was sie anfangs versäumt haben. Solange sie noch nicht genügend entwickelt sind, ist ihnen nichts beizubringen und es erscheint sehr fraglich, ob die Entwicklung durch die von ihnen verlangte Anstrengung gefördert wird. Sicher geschieht hier leicht des Guten zu viel! Die Hysterischen aber müssen sehr geschont werden. Vor allem ist es verkehrt, sie durch Strenge einzuschüchtern und die affektive Erregbarkeit, zu der sie disponiert sind, noch durch Furcht vor Strafe, durch übertriebene Ehrbegriffe u. a. zu steigern. Aber auch die geistigen Vergnügungen sollte man ihnen nur in wohl abgemessenen Dosen zukommen lassen. Diese Kinder werden durch Erzählungen von Gespenstergeschichten, durch Theater, auch Abendgesellschaften, übermäßig aufgeregt. Die stets sehr affektbetonten Erlebnisse verfolgen sie, lenken sie von der Wirklichkeit ab, verführen dazu, sich in die Welt der Phantasie zu flüchten. Hysterische Kinder können sich sehr gut entwickeln, aber sie müssen möglichst lange kindlich erhalten werden. Hier drohen die Gefahren der krankhaften Erregbarkeit durch ein hypertrophisches Vorstellungsleben, dessen beste Therapie, wie bei vielen Krankheiten, die Prophylaxe ist.

Hysterie und Imbezillität machen sich also oft schon in der Kindheit bemerkbar. Meist treten sie aber erst in der Pubertätszeit, der Zeit stärkerer psychischer Erregung, deutlicher hervor. Das Erwachen des sexuellen Triebes bzw. seine Verstärkung infolge der körperlichen Entwicklung, spielt hier unbestreitbar eine große Rolle. Die mit ihm verknüpften Vorstellungen bringen unter anderen auch die Erscheinungen hervor, der die Hyperfunktion von S den Namen Hysterie verdankt. Da aber jede Vorstellung überhaupt, auch anderen als sexuellen Inhalts, hysterische Zustände (auch im gewöhnlichen Sinne!) hervorrufen kann, ist es in den psychologischen Tatsachen nicht begründet, dem sexuellen Streben die Wichtigkeit für die Hysterie oder gar für die Psychosen überhaupt beizumessen, wie es von Freud und seinen Anhängern geschieht.

Schon in der Jugend lassen sich unschwer die Verschiedenheiten der pathologischen Charaktere auf die mehr oder weniger erhebliche Hemmung oder Erregung einer Qualität von S zurückführen.

Die imbezillen Typen versagen in der Pubertätszeit entweder, weil die höheren Formen des Strebens wie Aufmerksamkeit, Fleiß, Ehrgeiz nicht genügend entwickelt sind. Statt dessen tritt motorische Unruhe, Geschwätzigkeit, Zersplitterung der Interessen auf. Imbezille dieser Gruppe können künstlerisch begabt sein. Sie bringen es infolge der mangelhaften Spontaneität höheren Grades nicht zur Entwicklung ihrer Fähigkeiten. Sie werden aber erst in schwereren Fällen unsozial. Auch daran verhindert sie meist der Mangel an Spontaneität. Der Mangel der auf der Rezeptivität beruhenden Eigenschaften äußert sich in moralischer Minderwertigkeit, in Leichtsinne, Mangel an Ehrgefühl. Es fehlt auch das Verständnis für ästhetische und künstlerische Genüsse. Stärkere Defekte führen hier leicht zu der Moral insanity. Die nicht geringe Spontaneität, nur wenig durch Empfindung und Gefühl beherrscht, sondern im wesentlichen von elementaren Trieben abhängig, befähigt zu raffinierten Verbrechen. Der Satz „eine Unze Verstand wiegt ein Kilo Moral auf“, paßt vor allem auf diese Gruppe.

Die Gefahren, die dem Hysterischen in der Pubertätszeit drohen, sind sehr mannigfacher Natur. Es liegt hier die leichteste Form der relativen Hysterie vor, denn die primäre Funktion hat noch nicht ihre volle Ausbildung erreicht, der später noch mögliche Ausgleich von P und S ist noch nicht eingetreten. Daher ist das Verhalten kindisch oder kindlich. Geringfügige Strafen führen zu den heftigsten Affekten, nicht selten zum Selbstmord. Ueberschwängliche Begeisterung für eine Person oder für eine Idee, die bei Erwachsenen lächerlich wäre, ist an der Tagesordnung. Die Angst vor dem Examen kann zu Uebearbeitung führen und so die Erreichung des Zieles vereiteln.

Manche verwechseln die Phantasiegebilde mit der Wirklichkeit, sie lügen ohne Grund. Es kommt hierbei zu falschen Beschuldigungen sexueller Delikte, aber auch zu harmlosen, durchaus nicht auf sexuellen Phantasien beruhenden Erzählungen. Manche träumen von zukünftigen Taten und Erfolgen, von dem, was sie tun wollen, und versäumen darüber, die Gegenwart auszunutzen.

Wir finden also in diesem Stadium der Entwicklung alle Symptome der Imbezillität und Hysterie, nur tragen sie in den leichteren Fällen noch den Stempel der kindlichen Psyche. Sie sind erst in stärkeren Graden als beim Erwachsenen pathologisch und können sich im Verlauf der weiteren Entwicklung mit dem Reifwerden des Individuums verlieren.

Die Entwicklung eines Menschen ist aber deshalb besonders für den Psychiater von Interesse, weil hier die Konstitution deutlicher zutage tritt als in späterer Zeit. Bei manchem, der bis zu einem unbedeutenden Unfall oder einem Unglück für ganz gesund galt, läßt sich in der Kindheit oder Pubertät die hysterische Anlage erkennen und ebenso zeigt die Beachtung der Entwicklung, daß man mit Recht von dem „geborenen Verbrecher“ spricht.

Daß auch diese komplizierten Bewußtseinszustände sich den Begriffen der energetischen Theorie unterordnen lassen, dürfte bereits aus der skizzenhaften Betrachtung hervorgehen.

---

#### 14. Kapitel.

### Schlaf, Traum, Hypnose, Simulation.

---

Der normale Schlaf stellt, psychologisch betrachtet, einen Hemmungszustand dar, dessen geringerer Grad Abspannung und Ermüdung sind. Wodurch diese Zustände hervorgerufen werden, kann zunächst außer Betracht bleiben. Sie bedeuten eine mehr oder weniger starke Herabsetzung der psychischen Kraft, die Reaktionsfähigkeit des Zentralnervensystems ist in ihnen mehr oder weniger gehemmt. Sie wechseln physiologisch mit den Zuständen der Spannung, des Wachens ab, in denen also Erregung stärkeren oder geringeren Grades vorliegt.

Das auslösende Moment des Schlafes muß, welcher Art es auch sei, nach unserer Theorie auf verschiedene Konstitutionen verschieden wirken. Wir sind also unter Umständen in der Lage, die Konstitution aus den verschiedenen Formen des Schlafes zu diagnostizieren. Die Schwierigkeit, den Schlaf in diesem Sinne als Symptom zu verwerten, beruht nur darauf, daß die Unterschiede der Konstitution in diesem Hemmungszustand wie in allen anderen zurücktreten. Nur die stärkeren konstitutionellen Abweichungen bleiben hier erkennbar. Diese sind aber in der Tat sehr deutlich. Sie beruhen auf dem Einfluß, den die Erregung der sekundären Funktion auf die primäre ausübt.

Hyperfunktion von S würde an und für sich Erregung bedeuten; wenn sie also bei Ermüdung besteht, so sind anscheinend wiederum die anfangs als sich gegenseitig ausschließend hingestellten gegensätzlichen Zustände in ein und demselben Bewußtsein vorhanden. Der Widerspruch löst sich folgendermaßen: Wir haben gefunden, daß es nur von den primären Funktionen abhängig ist, ob ein Bewußtseins-

zustand als Erregungs- oder Hemmungszustand aufzufassen ist, und daß an der primären Funktion die Polarität von Erregung und Hemmung aufgesucht und erwiesen werden muß. Die sekundäre Funktion kann bei Hemmung relativ erregt und bei Erregung relativ gehemmt sein, sonst wäre nicht nur die relative Hysterie und Imbezillität, sondern überhaupt Hysterie und Imbezillität nicht in der von uns angenommenen Weise unterschieden.

Die krankhafte Erregung von S, relativ auch im Schlafe der Hysterischen vorhanden, macht sich hier oft empfindlich bemerkbar. Sie schlafen viel schwerer ein und träumen viel mehr als Imbezille. Ihr Schlaf ist weniger tief, unruhig, in schweren Fällen kommt es zu Angstzuständen und Schlafwandeln, die den hysterischen Dämmerzuständen entsprechen und sich von ihnen nur durch die geringere Intensität von P, die Hemmung der primären Funktion, unterscheiden. Solche Zustände sind absolut sichere Zeichen der hysterischen Konstitution, sie können bei Imbezillen nicht vorkommen, da hier auch im Schlafe P nie kleiner als S werden kann. Charakteristisch für die abnormen Schlafzustände ist, daß die Erlebnisse beim Erwachen oft vergessen sind. Diese Eigenschaft teilen sie mit den gewöhnlichen Träumen. Man träumt vor allem beim Einschlafen und kurz vor dem Erwachen, also nicht in der Zeit des tiefen Schlafes, der stärksten Hemmung. Nur besonders lebhaftere Träume haften in der Erinnerung. Der Schlaf war dann nie sehr erquickend, nicht tief und ruhig.

„Der Traum ist ein schlafendes Halluzinieren, die Halluzination ein waches Träumen“<sup>1)</sup>. Dieser Satz ist richtig, wenn man nur die hysterische Halluzination im Auge hat, auf elementare Halluzinationen trifft er nicht zu. Träume sind ebenso wie hysterische Halluzinationen Erregungszustände der sekundären Funktion, beide Arten der Bewußtseinstätigkeit enthalten überwiegend reproduzierte Elemente. Träume sind aber Defekterregungen! Darauf beruht es, daß so viele Träume vergessen werden. Nur wenn die Erregung der primären Funktion nicht unter eine gewisse Grenze gesunken war, wenn also die im Traume erlebten psychischen Akte eine gewisse Stärke erreichen konnten, gelingt es, sie nach dem Erwachen zu reproduzieren. Fast nur vorgestellte Empfindungen, Gefühle und Strebungen ohne tieferes, wirkliches Erleben hinterlassen keine Spuren. Hysterische Halluzinationen sind, wie wir gesehen haben, stets affektbetont. Derartige Träume werden daher besonders leicht behalten. Wir wissen viel eher, was wir im Traum gefühlt haben, was uns

---

1) Jodl, l. c. II. S. 105.

erschreckt oder geängstigt hat, als daß wir uns die Empfindungen oder das Streben des Traumes vergegenwärtigen können.

Die Empfindungen werden im Traum nicht so lebhaft wie die Affekte. Speisen haben keinen Geschmack, das Licht der Sonne blendet nicht. Die geträumte Angst weckt uns auf, bei geträumtem Kanonendonner schlafen wir ruhig weiter. Die Inkohärenz der Träume, die Kritiklosigkeit, mit der man während derselben dem Vorstellungsablauf gegenübersteht, beruht auf der Hemmung der Spontaneität. Die Unmöglichkeit der freien Bewegung wird oft unangenehm empfunden. Die Glieder gehorchen nicht dem Willen. Erwachen findet hierbei jedoch erst statt, wenn die Unlustgefühle sehr stark werden. Auch in diesen Tatsachen zeigt sich die enge assoziative Verbindung von Vorstellungen und Fühlen.

Wenn während des Schlafes eine Vorstellung infolge der Konstellation besonders affektbetont wird, so kann sie zum Schlafwandeln führen. Hierbei ist die Hemmung der primären Funktion nur gering und schon ein Anrufen genügt, um Erwachen herbeizuführen. Solche Zustände sind nur bei den stärksten Graden der Hyperfunktion von S möglich, da nur hier bei Hemmung der primären Funktion so lebhaft Vorstellungen auftreten können.

Trauminhalt sind früher erlebte Eindrücke und Gedanken, er entstammt also stets dem Gedächtnismaterial. Es gibt offenbar verschiedene Typen Träumender. Bei manchen Menschen tauchen gerade die durch andere affektbetonte Erlebnisse zurückgedrängten „gleichgültigen“ Erinnerungen des Wachens auf, bei anderen und vielleicht der Mehrzahl der Menschen werden die stärksten und häufigsten Eindrücke auch am häufigsten reproduziert. Lebhaft Affekte des wachen Lebens kehren besonders leicht in den Träumen wieder und längst vergessen geglaubte Erlebnisse tauchen mitunter in ihnen auf. Weil das psychische Geschehen allgemein im Schlaf herabgesetzt ist, wird der Vorstellungsablauf weder vom Willen noch vom Affekt regiert, er ist freier als im Wachen, nicht auf ein bestimmtes Ziel gerichtet. Daher kann jede assoziierte Vorstellung in das Blickfeld des Traumbewußtseins treten. Das Denken ist ideenflüchtig, zufällig. So kann es sehr wohl vorkommen, daß ein affektbetontes Erlebnis, das im Wachen absichtlich verdrängt wird, indem die Aufmerksamkeit auf andere Dinge gelenkt, dem Denken eine andere Richtung gegeben wird, infolge der Hemmung der Spontaneität lebhaft geträumt wird und die meist schmerzliche Erinnerung wachruft. Solche Erinnerungen können auch gelegentlich ein sexuelles Trauma betreffen (wenn man diesen Begriff weit genug faßt, erlebt jeder Mensch zahlreiche sexuelle

Traumen). Mindestens so häufig wird aber der Tod eines Freundes oder nahen Angehörigen, vielleicht auch eine Handlung, die man bereut oder ein unverschuldetes Unglück geträumt. Analysiert man diese Träume, wie es von der Freudschen Schule geschieht, so muß eine Verstärkung der bereits vorhandenen Erinnerungen eintreten. Gerade also, wenn unerfreuliche Erlebnisse vorhanden sind, sollte der Arzt diese wunden Punkte nicht berühren, keine neuen Vorstellungsrerien damit verknüpfen. Die therapeutischen Vorstellungen der Freudianer sind psychologisch falsch. Erkenntnis der Individualität, der Konstellation kann ihre Methode vielleicht erzielen. Ihre Anwendung muß aber mehr Schaden als Nutzen stiften, denn sie verhindert gerade das Vergessen, das die beste Medizin psychischen Schmerzes ist. Für die Psychiatrie im engeren Sinne ist sie jedenfalls entbehrlich. Die Konstellation hat hier eine beschränkte Bedeutung.

Bei den Schlafzuständen Imbeziller spielen Vorstellungen naturgemäß keine Rolle. Die Hemmung der primären Funktion, ohne die kein Schlaf eintreten kann (sonst liegt kein Hemmungszustand vor!), schaltet die an sich schwache sekundäre Funktion völlig aus. Imbezille schlafen schnell ein, schlafen tief, träumen weniger und verfallen nie in Schlafwandel.

Die relative Hysterie verhält sich wie die hysterische Konstitution. Der Schlaf „nervöser“ Kinder zeigt besonders deutliche Abweichungen von dem der normalen und imbezillen.

Der Schlaf erleidet bei den verschiedenen Psychosen sehr verschiedene Veränderungen. Die Beobachtungen zeigen aber insofern eine weitgehende Uebereinstimmung mit den eben geschilderten Zuständen, als zweifellos die stärksten Grade von Schlaflosigkeit bei den hysterischen Affektzuständen auftreten. Hier sind mitunter sehr hohe Dosen von Narcoticis wirkungslos, jedenfalls viel höhere als bei katatonischen Erregungen. Aber auch diese verlangen relativ große Gaben. Vor allem gehen die ersten Anfälle katatonischer Psychosen mit Schlaflosigkeit einher. Die Herabsetzung der primären Funktion, die durch den katatonischen Prozeß hervorgerufen wird, führt dazu, daß spätere Anfälle, die Defekterregungen, leichter einzuschläfern sind. Hemmungszustände überhaupt schlafen manchmal außerordentlich viel.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß Geisteskranke durchaus nicht, Hysterische im gewöhnlichen Sinne dagegen besonders leicht den Einflüssen von Suggestion und Hypnose zugänglich sind.

Man könnte danach erwarten, daß die von uns als hysterisch bezeichneten Geisteskranken leicht hypnotisierbar sind. Eine nähere

Betrachtung wird aber sofort zeigen, daß die tatsächlichen Verhältnisse mit der energetischen Theorie leicht in Einklang zu bringen sind und durch sie dem Verständnis näher gerückt werden.

Forel<sup>1)</sup> sagt: „Bei der Suggestion arbeitet man mit dem Großhirn des Hypnotisierten als Instrument. Bei Geisteskranken ist dieses Instrument in seiner Funktion gestört; daher geht es schlecht. Die Mißerfolge bei Geisteskrankheiten sind einer der besten Beweise, daß die Kraft der Hypnose im Hirn des Hypnotisierten, nicht in demjenigen des Hypnotiseurs liegt“.

Die hier wirksame Kraft ist die sekundäre psychische Funktion, die Vorstellungen! Die Hypnose trägt ihren Namen zu unrecht, worauf u. a. auch Verworn<sup>2)</sup> hinweist; sie ist kein Schlafzustand, sondern ein Wachzustand.

Wir definieren die Hypnose als einen künstlich hervorgerufenen hysterischen Dämmerzustand.

Sie ist nur bei Hyperfunktion von S, also vornehmlich bei Hysterischen im gewöhnlichen Sinne, ausführbar. Nur wenn die Vorstellung erregt werden kann, daß die Hypnose eintreten wird, oder wenn der Zweifel an dem Erfolg die Erwartung aufs höchste spannt, die Aufmerksamkeit darauf gerichtet ist, also die Vorstellung des Kommenden alle anderen psychischen Reaktionen verdrängt, nur dann gelingt es, die Erregung zum Grade des Dämmerzustandes zu steigern. Aus diesen Gründen sind Imbezille, Idioten, Kinder und Tiere sowie Geisteskranke nicht zu hypnotisieren. Die ersten vier Kategorien können ihre Aufmerksamkeit infolge der mangelhaften psychischen Entwicklung nicht genügend konzentrieren. Hier ist  $P > S$ . Geisteskranke der katatonischen Gruppe müßten ebenfalls S größer als P werden lassen. Dies kann nicht gelingen, da die Konstitution nicht hysterischer werden kann als sie ist. Und auch bei Paranoikern, also Katatonikern mit konstitutioneller Hyperfunktion von S, ist das Ueberwiegen des präsentativen Erlebens infolge krankhafter Erregung die Voraussetzung der Erkrankung. Die Hypnose ist ferner nicht ausführbar, wenn die Vorstellung von ihrer Unmöglichkeit absolut herrscht und infolgedessen keine Erregung, keine Erwartung eintritt.

Geisteskranke der hysterischen Gruppe, also vor allem Melancholiker, aber auch andere Affektzustände, stehen so völlig unter dem Einfluß ihrer eigenen Vorstellungen, daß sie sich bereits in Autohypnose befinden. „Vor allem sind es die Affekte, welche selbst bei schon oft hypnotisierten, gut suggestiblen Menschen den Erfolg beein-

1) Der Hypnotismus. 1895.

2) Mechanik des Geisteslebens. 1910.

trächtigen oder sogar ganz vereiteln“. Denn „alle Hirntätigkeiten wirken als Antagonisten der Suggestion“<sup>1)</sup>.

Die Hypnose kann also bei einem hysterischen Individuum sogar früher schon gelungen sein und versagt trotzdem, wenn dasselbe eine Affektpsychose bekommt. Der Unterschied beider Zustände liegt nur darin, daß die Vorstellungen einmal durch unwillkürliche, bei der Hypnose aber durch willkürliche Erregung überwertig werden. Es gibt ebensowenig eine Hypnose ohne affektbetonte Vorstellung wie einen hysterischen Dämmerzustand.

Da die Hypnose nun einen Erregungszustand darstellt, ist es auch begreiflich, daß manche Leistungen möglich werden, die ohne Erregung nicht vollbracht werden können. Die Konzentration der psychischen Kraft bewirkt eine Verschärfung der Sinnesorgane, wie wir sie auch sonst bei affektvoller Spannung finden. Die Tatsache, daß Halluzinationen, Affekte und komplizierte Handlungen suggeriert werden können, bedarf keiner weiteren Begründung. Dieselben sind den pathologischen hysterischen Reaktionen völlig analog. Wie hysterische Reaktionen infolge der „ausgeschliffenen Bahnen“ der Vorstellungen zu Rezidiven neigen, so ist auch die Hypnose jedesmal leichter ausführbar; sie neigt gewissermaßen ebenfalls zu Rezidiven.

Die Hypnose kann mitunter zu wirklichem Schlaf führen, nämlich dann, wenn nach der üblichen Ausschaltung der meisten Reize die Erregung nicht eintritt, die Vorstellung nicht überwertig wird. Dann ist, wie Forel in sehr seltenen Fällen gesehen hat, die Suggestibilität „fast Null“.

Von einer unmittelbaren Gedankenübertragung kann in der Hypnose nicht die Rede sein. Eine solche „würde einen Riß durch die Fundamente unserer gesamten Naturanschauung bedeuten, und, wenn sie durch zwingende Beweise anerkannt werden müßte, zu einer gänzlichen Revision unserer Grundbegriffe führen“<sup>2)</sup>.

Die Frage, ob der Hypnotisierte bei Bewußtsein ist oder unbewußt handelt, ist durch unsere Auffassung bereits beantwortet. Das Bewußtsein des Hypnotisierten steht unter der Herrschaft einer Vorstellung. Dadurch ist der gewöhnlich als Bewußtsein bezeichnete Vorstellungsablauf gehemmt. Die psychische Kraft aber ist aufs äußerste erregt.

Bewußtsein und Nichtbewußtsein sind nicht scharf getrennt. Die psychische Kraft geht in ganz allmählicher Entwicklung von der reflektorischen Tätigkeit zur primären psychischen und sekundären

1) Forel, l. c.

2) Jodl, l. c. Bd. I. S. 166.

psychischen Funktion. Das Bewußtsein ist zusammengesetzt aus allen Reaktionen des psychophysischen Kraftzentrums, der Patellarreflex oder der Atemreflex gehört ebenso dazu wie eine Sinnesempfindung oder eine Vorstellung. Auch der Narkotisierte hat Bewußtsein, nur ist es bis auf das der untersten Stufe ausgeschaltet. Diese Stufe trennt ihn vom Tode, dem Zustande des Nichtbewußtseins.

Jede Erregung und jede Hemmung, die den normalen Bewußtseinszustand d. h. den Vorstellungsablauf krankhaft verändert, bedeutet eine Trübung des Bewußtseins, die bis zu völliger Ausschaltung gehen kann. Diese Ausschaltung geschieht vor allem durch Affekte, aber auch durch die anderen Qualitäten. Daher sollte der Nachweis einer Geistesstörung genügen, um die Frage nach der freien Willensbestimmung in forensischen Fällen zu verneinen. Jeder katatonische Prozeß verändert die sekundäre Funktion und es heißt die Einheit alles psychischen Geschehens leugnen, wenn z. B. für die Wahnsinnstat eines Querulanten der Nachweis verlangt wird, daß die Tat mit seinem System in Zusammenhang steht. Es gibt einerseits keine partielle Verrücktheit, andererseits kann dem Gedankengang eines Paranoikers niemand folgen, da er von anderen, nämlich krankhaften primären Reaktionen beherrscht wird, die jedem Verständnis verschlossen sind. Jede Tat des Paranoikers steht mit seinem Wahn in Zusammenhang, nur gestattet ihm die Hyperfunktion von S wenigstens in den Anfangsstadien noch eine der normalen ähnliche Gedankenfolge. Auch der Paralytiker verblödet ja nicht von heute auf morgen. Der Paranoiker ist gerade der schwerste und unheilbarste Geistesranke, an dessen Unzurechnungsfähigkeit nicht gezweifelt werden kann.

Schwieriger sind die leichteren konstitutionellen Abweichungen mit Beziehung auf ihre strafrechtliche Verantwortlichkeit zu beurteilen.

Die Anlässe, die zu Verbrechen irgend welcher Art führen, stellen Reize dar, die eine bestimmte psychische Konstitution treffen und rufen dieser Konstitution entsprechende Reaktionen hervor. Vom Standpunkte des Psychiaters gibt es daher selbstverständlich keine Verbrecher. Den Ausdruck gibt es in der medizinischen Terminologie überhaupt nicht und in der psychologischen ebensowenig. Es gibt nur vom gewohnten und anerkannten Normaltypus abweichende psychische Konstitutionen und zwar imbezille und hysterische. Natürlich muß der Psychiater dem bestehenden Gesetz Rechnung tragen, wenn er die Frage nach der sogenannten Willensfreiheit beantworten will. Er muß die Grenze zwischen normaler und krankhafter Geistestätigkeit, die nicht existiert, selbst herstellen und muß untersuchen, in welche Gruppe der vorliegende Fall gehört. Die Affekte sind hierbei

besonders in ihrer gegenseitigen Beziehung zu den Vorstellungen zu beachten. Bei imbeziller Konstitution werden sie, wie oben bereits ausgeführt, besonders durch präsentative Reize erregt, während Hyperfunktion von S die primären Reaktionen hemmend beeinflusst. Vorstellungen stellen aber unter Umständen die stärkste Quelle der Affekte dar, nämlich sobald überwertige, affektbetonte Vorstellungen vorhanden sind. Melancholiker neigen zu Gewalttaten, Angst kann jede Tat entschuldigen, gekränktes Ehrgefühl zum Selbstmord führen. Die hysterische Konstitution ist hier noch viel gefährlicher als die imbezille, da der Hysteriker die Ausführung seines Planes aufschieben kann, während der Imbezille gleich oder garnicht handelt. Die forensische Beurteilung muß diese Erwägungen berücksichtigen.

Die energetische Theorie ist nun vor allem für die Erkennung der Simulation von Bedeutung und zwar besonders für die der Vortäuschung von Stuporzuständen. Die Erkenntnis, daß jeder hysterische Stupor ein Erregungsstupor ist, läßt den umgekehrten Schluß zu, daß bei Fehlen von überwertigen Ideen und Affekten kein hysterischer Zustand vorliegen kann. Es gibt Fälle, die sich dumm stellen, von nichts wissen wollen und dabei ganz gleichgültig, sogar heiter sind. Sie müßten also im Anschluß an die Tat verblödet sein, d. h. katatonisch gehemmt. Welche Momente für die Unterscheidung, ob echte Amnesie vorliegt oder nicht, in Frage kommen, wird bei der Epilepsie noch zu besprechen sein. Der positive Nachweis, daß die Tat mit allen Einzelheiten ebenso Name, Alter usw. gewußt, die Situation völlig erkannt wird, ist oft nicht zu erbringen, wenn ein solcher Simulant nicht spricht oder verkehrte Antworten gibt. Ueberwertige Ideen und Affekte verraten sich aber stets. Das zeigen vor allem die echten Traumatiker. Auch sie sind von den simulierenden durch die bei ihnen nachweisbare Erregung der psychischen Kraft mit großer Sicherheit zu unterscheiden. Ihre Leiden beruhen auf Vorstellungen und ebenso die Hemmung des Vorstellungsablaufs, die scheinbare Demenz. Sie ist stets affektive Erregung bei Hyperfunktion von S und wie jede Erregung nicht schwer zu erkennen.

In gewissem Grade sind auch körperliche Symptome für die Diagnose der psychischen Erregung zu verwerten. Der feinschlägige Tremor, den sehr viele Traumatiker zeigen, kann rein psychisch sein. Das beweist u. a. sein Vorkommen bei Katatonikern. Wenn bei diesen die Erregung der Spontaneität, die sich anfangs in starker motorischer Unruhe geäußert hat, geringer wird, ist doch noch lange die sehr bewegliche etwas übertriebene Mimik und sehr häufig ein deutlicher, durch nichts von dem traumatischen unterschiedener Tremor

vorhanden. Ebenso findet man die erhöhten Reflexe bei allen katonischen Erregungspsychosen. Die Verwertung dieser Symptome ist nur deswegen nicht oft möglich, weil sie zu häufig organisch bedingt sind. Aber wenn es sich um die Unterscheidung handelt, ob überhaupt Erregung oder Hemmung vorliegt, sind sie mitunter durchaus wichtig, weil sie, wenn eine organische Erkrankung auszuschließen ist, die psychische Erregung beweisen.

Durch die energetische Theorie, die mit psychischer Hemmung nur die Herabsetzung der primären Funktion bezeichnet, dagegen die durch Vorstellungen hervorgerufene Hemmung des Vorstellungsablaufs als hysterische oder affektive Erregung, werden zweifellos die Erscheinungen, deren Beurteilung bisher rein empirisch und nicht immer mit zwingender Begründung möglich war, wesentlich klarer.

Jede Vorstellung kann überwertig werden und zur Verdrängung aller anderen führen. Wenn eine überwertige Vorstellung vorhanden ist, besteht psychische Erregung und zwar ist diese in allen, auch den primären Qualitäten vorhanden und äußert sich auch in körperlichen Erscheinungen. Wenn organische Momente für die Entstehung letzterer ausgeschlossen werden können, sind sie als funktionelle, d. h. psychisch entstandene Symptome zu verwerten.

---

## 15. Kapitel.

### **Wirkung des Alkohols.**

---

Die energetische Theorie behauptet, daß die Unterschiede der katatonischen Psychosen abgesehen von dem Grade der Erkrankung nur symptomatischer Natur sind und auf der Verschiedenheit der Konstitution und Konstellation, nicht auf verschiedenen Krankheitsursachen beruhen. Die Ursache der Paranoia, der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins muß dieselbe sein und zwar nehmen wir zunächst an, daß diesen Krankheiten eine Autointoxikation zugrunde liegt.

Diese Auffassung findet in dem Studium der exogenen Intoxikationspsychosen eine wichtige Stütze. Vor allem läßt sich die große Mannigfaltigkeit der Wirkung des Alkohols auf die von uns aufgestellten Typen der psychischen Konstitution zurückführen und rückt damit selbst in neue Beleuchtung.

Die normale Wirkung gewisser Mengen Alkohol ist durch die Praxis des täglichen Lebens und auch durch das Experiment recht genau bekannt. Wir sind daher leicht imstande, eine krankhafte Reaktion, das pathologische Moment des Rausches, von ihr zu unterscheiden.

Es ist zwar jeder Rauschzustand ein abnormer Bewußtseinszustand, aber durchaus nicht jeder Rausch krankhaft. Krankhaft ist nur der Rausch einer krankhaften Konstitution!

Die Erregung, die der Alkohol zunächst hervorruft, ergreift die vorhandene psychische Kraft in ihrer Gesamtheit. Sie äußert sich in der bekannten Wirkung auf das Herz, in dem Wohlbehagen, das den Körper durchströmt und die Stimmung erhebt. Sichtlich geht hier das Organgefühl der Stimmung voran, ihm schließt sich der sthenische Affekt, die Euphorie, an, die zu gesteigertem Selbstbewußtsein und kühnen Plänen, zu Ideenflucht und psychomotorischer Unruhe führt. Der Vorgang entspricht dem Zustandekommen der Manie. Die Erregung steigt gewissermaßen von der primären zur sekundären Funktion auf. Mitunter führt die Erregung zu einem melancholischen Zustand. Diese Unterschiede der Alkoholwirkung sind ebenso wie die der manisch-depressiven Zustände individuell bedingt.

Normalerweise wird dabei das Verhältnis P : S nur unwesentlich verändert. Der normale Mensch beherrscht sich auch im Rausche. Die in manchen Kreisen noch herrschenden Trinkunsitten haben daher wenigstens den Vorteil, daß pathologische Konstitutionen sehr bald erkannt werden.

Besteht nämlich eine latente Hypofunktion von S, also geringe Imbezillität oder, wie man sagen könnte, ein leichter katatonischer Habitus, so erlangen jetzt die primären Funktionen in viel stärkerem Maße, in krankhafter Weise das Uebergewicht und befreien sich von den Zügeln, die ihnen sonst die Vernunft, also die sekundäre Funktion anlegte. Die Reaktionen werden elementar, sinnlos. Gewalttaten, Rohheiten, besonders sexueller Natur, aber auch sinnlose affektive, primäre Erregung sind hier die Folge.

Ueberwiegen dagegen konstitutionell die sekundären Funktionen, also bei hysterischem Habitus, so treten leicht Affektzustände auf, die sich zu Dämmerzuständen steigern können. Hier herrscht eine affektbetonte Vorstellung und verursacht Angst, Wut, Eifersucht usw. und kann zu Gewalttaten führen, wenn nicht rechtzeitig die lähmende Wirkung des Alkohols eintritt. Je stärker hysterisch aber die Konstitution ist, desto später tritt auch hier der Schlaf ein, desto länger kann also der Affektdämmerzustand andauern.

Die Tatsache, daß besonders Epileptiker häufig sehr intolerant gegen Alkohol sind, wird später noch zu erörtern sein. Die Frage, ob im gegebenen Fall ein katatonischer oder hysterischer Affekt vorliegt, ist oft erst nach Ablauf der Erregung zu entscheiden.

Pathologische Konstitutionen sind in gewissem Grade gegen übermäßigen Genuß von Alkohol geschützt. Sie geraten so früh in krankhafte Erregung, daß sie die körperlichen Schädigungen des chronischen Alkoholismus nicht akquirieren. Die Imbezillen verüben groben Unfug, verursachen ruhestörenden Lärm, werden gewalttätig. Die Hysterischen geraten leicht in Depressionszustände, werden ängstlich, weinen und jammern, drohen damit, sich oder die Familie umzubringen. Beide Gruppen geraten jedenfalls schon nach verhältnismäßig geringen Dosen mit ihrer Umgebung in Konflikt und werden der Irrenanstalt zugeführt, zu deren „Stammgästen“ sie nicht selten werden.

Diese Kranken sind aber vor allem Psychopathen, keine eigentlichen Alkoholisten. Von ihnen sind diejenigen „Affektalkoholisten“ zu unterscheiden, die erst nach jahrelangem starken Abusus die krankhafte Reizbarkeit erworben haben.

Bei diesen führt die Summation der Reize, die chronische Giftwirkung, zunächst gewöhnlich zum Delirium tremens. Sie vertragen oft von Haus aus besonders viel; die Gewohnheit, die durch Neigung, Beruf oder Verkehr entstanden ist, veranlaßt sie zum Trinken, bis die Erregung der psychischen Kraft eintritt, die das Delirium tremens charakterisiert. Die Erregung der Spontaneität äußert sich in der Polypragmasie, dem Bewegungs- und Rededrang. Die Erregung der Rezeptivität tritt vor allem auf dem Gebiet des Empfindens hervor, in den massenhaften Halluzinationen und Illusionen, in der völligen Unorientiertheit über Zeit und Raum, der Verkennung der Situation.

Die affektive Erregung tritt bei dem Deliranten meist in leichter Euphorie auf. Er zeigt verhältnismäßig wenig Affekt. Wenn im Delirium tremens ein starker Affekt vorhanden ist, so liegt gewöhnlich eine Kombination mit Epilepsie oder Trauma vor. Die Herabsetzung der Affekterregbarkeit ist die erste Wirkung der chronischen Vergiftung.

Wir definieren das Delirium tremens als einen Dämmerzustand ohne herrschenden Affekt. Die Auffassung der Wirklichkeit ist infolge der Sinnestäuschungen mehr oder weniger unmöglich. Diese sind von der Konstellation abhängig, tragen meist einen individuellen Charakter, enthalten also sehr viele sekundäre Elemente.

Das Unzusammenhängende, Unlogische, Sprunghafte des Vor-

stellungsablaufs ist bei dem Delirium tremens oft ebenso stark ausgesprochen wie bei den gewöhnlichen Träumen. Wie diese entsteht es bei normaler Hyperfunktion von S und ist ebenfalls als Defekterregung aufzufassen. Das Delirium tritt nämlich erst auf, wenn der Alkohol seine lähmende, hemmende Wirkung auf die psychische Kraft ausübt. Darauf beruht die leichte Lenkbarkeit, die Willenlosigkeit der gewöhnlichen Deliranten. Es sind Schlafwandler, nur daß die psychische Hemmung durch die chronische Vergiftung bewirkt ist.

Der Einfluß der Konstitution auf die durch Alkohol hervorgerufenen Veränderungen der psychischen Reaktionen tritt am deutlichsten bei den akuten, durch einmalige Vergiftung entstandenen Zuständen hervor. Die Unterschiede der chronischen Formen des Alkoholismus beruhen zum Teil auf der verschiedenen Form, in der das Gift genossen wird. Schnaps wirkt anders als Bier oder Wein. Nur bei gleichem Reiz können und müssen aber Verschiedenheiten der psychischen Reaktion auf Verschiedenheiten der Konstitution zurückgeführt werden.

An Stelle der krankhaften Erregung, die das Delirium tremens darstellt, sehen wir daher aus noch nicht bekannter Ursache mitunter die Alkoholhalluzinose oder die Alkoholparanoia treten, die sich manchmal auch im Anschluß an ein Delirium entwickeln können. In beiden Zuständen erkennen wir Erregungszustände der psychischen Kraft, die aber durch das Gift bereits in toto herabgesetzt ist. Die Halluzinose geht nur im Anfang mit Affekt einher, später regt sich der Kranke über die Schimpfworte, die er noch hört, nicht mehr auf, er beachtet sie schließlich kaum noch. Oft gelangen diese Reizzustände nach längerer Abstinenz auch noch zur Heilung. Der Gesamtdefekt aber ist ein dauernder.

Ebenso verlieren die Wahnideen der Kranken, besonders der Eifersuchtswahn, sehr bald an Intensität, sie blassen ab, werden zum Teil sogar korrigiert. Auch hier bleibt aber die psychische Kraft dauernd geschädigt.

Der Gesamtdefekt ist besonders hochgradig bei der sog. Korsakoffschen Psychose. Die primäre Spontanität ist zwar relativ erhalten. Die Kranken gehen herum, falls nicht neuritische Störungen vorliegen, sie sind geschwätzig, ideenflüchtig, wiederholen häufig dieselben Bitten und Wünsche. Sie können aber nicht logisch denken, den Gedanken nicht festhalten, ihre Urteilskraft ist vernichtet. Die Aufmerksamkeit ist stark herabgesetzt und führt zusammen mit der geringen Aufnahmefähigkeit des Empfindens zu der charakteristischen

Störung des Gedächtnisses, der Merkfähigkeitsstörung und der Konfabulation.

Affektiv sind die Kranken manchmal noch etwas leistungsfähiger, jedoch sind die Affekte oberflächlich, nicht nachhaltig. Es kommt allenfalls zu längerem bramarbasierendem Schimpfen, meist besteht Euphorie.

Der chronische Alkoholismus verursacht also vor allem auf dem Gebiete des Empfindens stärkste Reiz- und stärkste Hemmungserscheinungen. Den anfänglich im Vordergrund stehenden Halluzinationen entspricht in den späteren Stadien die Unorientiertheit und Merkfähigkeitsstörung. Aber auch Fühlen und Streben werden nach anfänglicher Erregung dauernd herabgesetzt, es kommt zu einer chronischen Hemmung, zum Defekt der primären psychischen Funktion.

Die verschiedenen Typen der chronischen Alkoholisten zeigen nun sehr deutlich, wie die Schädigung der primären Qualitäten auf die sekundären einwirkt. In den leichteren Fällen macht sich der Defekt auf der höchsten Stufe des psychischen Geschehens bemerkbar. Die ethischen und ästhetischen Gefühle, die Urteilskraft, Schärfe des Denkens usw. geht verloren. Die Kranken werden willensschwach, lassen sich vom Zufalle leiten, von guten Freunden beeinflussen, können ihre guten Vorsätze nicht ausführen. Nur durch Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, also bei allgemeiner Erregung, wird die Spontaneität ebenfalls erregt und ermöglicht die Ausführung von Gewalttaten.

Die Schädigung der höheren psychischen Funktionen geht also mit einer entsprechenden Herabsetzung der primären Funktionen einher, sie ist erst die Folge des Defekts, den diese im Verlauf des Alkoholismus erleiden. Wie der katatonische Prozeß zu einer Veränderung der Konstitution führt, indem er die hysterische in eine imbezille umwandelt, ebenso führt der Alkohol zum Defekt und damit auch zum Intelligenzdefekt im gewöhnlichen Sinne.

Die Intoleranz der alten Trinker, ihre große Reizbarkeit erklärt sich durch die nun vorliegende imbezille Konstitution. Wäre diese nicht erst erworben, so hätten diese Menschen nie größere Mengen Alkohols zu sich nehmen können.

Unsere Betrachtungsweise des Alkoholismus unterscheidet sich gemäß der Trennung der primären von den sekundären psychischen Funktionen wesentlich von der üblichen. Wir sehen aber, daß sich die Tatsachen widerspruchlos der energetischen Theorie einfügen lassen. Die Abweichungen von den Schilderungen anderer Autoren bedürfen gleichwohl noch der Erläuterung.

Der Alkohol wirkt nach unserer Auffassung auf die psychische Kraft zunächst erregend, dann lähmend. Dies steht nur scheinbar mit den Untersuchungen Kraepelins u. a. in Widerspruch, nach denen schon kleine Dosen die intellektuelle Leistungsfähigkeit herabsetzen. Nach unserer Theorie sind die primären Funktionen als maßgebend dafür anzusehen, ob ein Erregungs- oder Hemmungszustand vorliegt. Halluzinationen, Affekte, motorische Leistungen und Wahnideen kennzeichnen die vorhandene Erregung, sie sind Aktivität der Nervensubstanz. Das Fehlen höherer psychischer Reaktionen überhaupt, ihre geringe Intensität oder Zahl dokumentiert dagegen die Hemmung.

Die Intelligenz, also jede Art des Vorstellens, Denkens, Urteilens usw., ist sowohl bei Erregung wie bei Hemmung geschädigt. Der Intelligenzdefekt ist das Symptom jeder krankhaften Intensitätsschwankung der primären Funktionen. Daher erscheint mitunter der Hypomanische imbezill, der Deprimierte verblödet. Bei ersterem herrscht aber der sthenische, bei letzterem der asthenische Affekt. Sie sind also beide erregt.

Nun ergab aber die Untersuchung, daß besonders beim Alkohol Erregung z. B. affektiver Art bei vorhandener chronischer Herabsetzung der psychischen Kraft vorkommt, daß also Erregung gleichzeitig mit Hemmung besteht. Auch hier liegt nur scheinbar ein Widerspruch gegen unsere Annahme vor, daß Erregung und Hemmung sich gegenseitig ausschließen.

Dieser Satz bleibt trotzdem gültig, denn er sagt, daß die zur Zeit vorhandene psychische Kraft nur entweder erregt oder gehemmt sein kann.

Die vorhandene psychische Kraft kann natürlich gegen früher herabgesetzt sein und wie gerade der Alkoholist zeigt, kann sie sogar in einer Qualität stärker als in einer anderen dauernd gehemmt, also defekt sein. Es ist derselbe Prozeß, wie wir ihn bei der Katatonie sehen, nur kennen wir beim Alkoholisten das Gift, durch das er hervorgerufen wird, bei der Katatonie aber nicht.

Wir können die psychische Kraft mit einer Kerze vergleichen, die krankhafte Erregung mit der Flamme. Wie die Kerze durch die Flamme verzehrt wird, so nimmt die psychische Kraft durch die krankhafte Erregung sukzessive ab, sie ist in jedem Moment eine bestimmte Größe, aber in jedem Moment eine andere. Die Erregung kann aber wie die Flamme bis zum völligen Verlöschen bestehen bleiben. Der Paranoiker hält oft bis zuletzt an seinen Wahnideen fest, wenn er sie auch seltener und schwächer vorbringt und be-

gründet. Aus der Erregung kann sehr bald eine Defekterregung werden. Der Zustand bleibt trotzdem bis zuletzt im Gegensatz zu einer Hemmung, die durch Fehlen psychischer Akte charakterisiert ist.

Man könnte den Defektzustand eines chronischen Alkoholisten im Vergleich zu seinem früheren oder dem normalen Bewußtseinszustand als einen Hemmungszustand mit überwiegender Beteiligung des Empfindens bezeichnen. Dieser Defektzustand ist aber jetzt für den Kranken der normale geworden, der Defekt stellt die erworbene Konstitution dar und ist daher logischer Weise der Konstellation zuzurechnen. Der Defekt betrifft zwar primäre und sekundäre Funktionen, aber die Schädigung der sekundären ist unverhältnismäßig größer, in die Augen fallender und praktisch wesentlicher, wenn sie auch nur auf der Herabsetzung der primären beruht. Der Alkoholist mit Defekt kann noch starke primäre psychische Reaktionen zeigen, während die sekundären sehr herabgesetzt sind. Es wirkt also derselbe Reiz jetzt ganz anders als früher auf den normalen Menschen. Wenn wir daher die jetzige Reaktion, die wesentlich elementar ist, mit der vergleichen würden, die bei einem normalen oder bei demselben Individuum in gesunden Tagen eingetreten wäre, so würden wir primäre mit sekundären psychischen Funktionen vergleichen, was nach unseren Anschauungen nicht angängig ist. Vergleichbar ist nur die jetzige sekundäre Funktion, die Intelligenz, der Vorstellungsablauf usw., mit der früheren bzw. der normalen. Geschädigt ist aber durch den Alkohol auch die primäre Funktion. Die Bezeichnung Defekterregung ist daher vorzuziehen, weil sie die abnorme Erregbarkeit der primären Funktion zum Ausdruck bringt, die trotz des Gesamtdefekts vorhanden ist.

---

## 16. Kapitel.

### **Diffuse organische Gehirnkrankheiten.**

---

Diese Ueberlegungen gelten auch für die Defektzustände der katatonischen Psychosen und für die „organischen“ Verblödungsprozesse.

Die Alkoholpsychosen stehen gewissermaßen auf der Grenze dieser beiden Gruppen. Wir kennen die Krankheitsursache und sind doch nur in sehr beschränktem Grade imstande, aus dem Gehirnbefund die Diagnose zu stellen. Es gibt noch kein spezifisches histologisches Merkmal der Alkoholvergiftung.

Die katatonischen Psychosen sind ihrer Aetiologie nach unklar und ebenfalls nur in geringem Umfang der histologischen Diagnose zugänglich.

Die „organischen“ Geisteskrankheiten sind in ihrer Aetiologie und ihren histologischen Merkmalen zum größten Teil bekannt.

Funktionell und organisch sind keine psychologischen Begriffe, sondern pathologisch-anatomische. Jeder Bewußtseinszustand besteht in der spezifischen Energie eines Zentralnervensystems. Er ist normal, wenn dies normal ist, und krank, wenn dies krankhaft verändert ist. Umgekehrt müssen wir bei einem normalen Bewußtseinszustand ein normales, bei einem kranken ein krankes Zentralnervensystem annehmen, ohne Rücksicht auf den heutigen Stand der pathologischen Anatomie.

Wir müssen also auch für die funktionellen Geisteskrankheiten Strukturveränderungen im Gehirn annehmen und andererseits die krankhaften psychischen Reaktionen der „organischen“ Geisteskrankheiten psychologisch analysieren können.

Man unterscheidet diffuse und lokalisierte organische Geisteskrankheiten, von denen uns zunächst die ersteren beschäftigen sollen.

Hier sind, von selteneren Krankheiten abgesehen, vor allem vier klinische Krankheitsbilder für unsere Betrachtung von Interesse, nämlich die progressive Paralyse, die senile Demenz (in ihren verschiedenen Formen), die Idiotie und gewisse Formen des Trauma, die Gehirnerschütterung.

Die Paralyse beweist, daß den verschiedensten Psychosen derselbe Krankheitsprozeß zugrunde liegen kann. Bis zu einem gewissen Grade läßt sich auch hier der Einfluß der Konstitution und Konstellation erkennen. Infolge der schweren organischen Veränderungen verblassen aber diese feineren Unterschiede sehr bald und treten in den späteren Stadien des psychischen Verfalls kaum noch hervor. Der Defekt verändert die Persönlichkeit. Viel früher als bei den katatonischen Psychosen nehmen die Erregungszustände im allgemeinen den Charakter der Defekterregungen an. Aber es gibt doch eine Anzahl von Paralysen, die recht lange das Bild der Katatonie (im Kahlbaumschen Sinne) oder der katatonischen Affektpsychose, seltener das der Halluzinose vortäuschen. Diese Fälle können geeignet erscheinen, die symptomatischen Unterschiede der katatonischen Psychosen auf anderem Wege zu erklären als wir es versucht haben. Nicht auf individuell-psychologischen Differenzen beruhen die verschiedenen Verlaufsformen zu beruhen, sondern auf solchen lokalisatorischer Natur. Je nachdem bestimmte Gehirnteile mehr oder weniger von

dem paralytischen Prozeß affiziert sind, könnten die einen oder anderen psychischen Symptome hervortreten. Aus den bei der Paralyse erhobenen Befunden wäre dann der Schluß möglich, daß die verschiedenen katatonischen Psychosen auf Erkrankung bestimmter Bahnen oder Abschnitte des Gehirns beruhen. Kleist<sup>1)</sup> hat diese Ansicht für die psychomotorischen Symptome zu begründen versucht.

Von unserem Standpunkt müßten aber für die affektiven und halluzinatorischen Formen der Paralyse ebenfalls die Erkrankung besonderer Bahnen oder Zentren angenommen werden, wenn man sie für die Erkrankung der Spontaneität verlangen zu müssen glaubt. Eine solche Forderung kann aber von unserem Standpunkt aus garnicht gestellt werden. Da wir mit Jodl eine Trennung der drei primären psychischen Qualitäten psychologisch nicht für möglich halten, können wir nicht annehmen, daß diese Qualitäten im Gehirn räumlich getrennt sind und erst mit Hilfe eines komplizierten Assoziationssystems zu der engen Verbindung verschmelzen, in der sie sich ständig befinden. Wir nehmen an, daß die primären Sinneszentren gleichzeitig die mit den Empfindungen verbundenen Lust- oder Unlustgefühle und das Streben oder Widerstreben auszulösen imstande sind.

Der heutige Stand der Lokalisationslehre steht mit dieser Auffassung durchaus nicht im Widerspruch. Wir kennen verschiedene Regionen der Hirnrinde, in denen Sinnesempfindungen lokalisiert sind, und kennen eine Reihe von Foci, in denen einzelne Bewegungen in koordinierter Weise ausgelöst, zusammengefaßt werden. Wir wissen ferner, daß die sensible Sphäre der Körpermuskulatur in die motorische übergreift und nicht scharf von ihr getrennt werden kann.

Die sekundären psychischen Funktionen sind noch nirgends lokalisiert worden. Sie leiden stets bei Erkrankungen, die das ganze Gehirn befallen, also bei den endogenen und exogenen Vergiftungen wie bei den diffusen organischen Erkrankungen und bleiben relativ verschont, wenn nur einzelne Teile des Gehirns zerstört sind, bei isolierten Herderkrankungen. Sie stellen die Gesamtleistung des Gehirns dar und beruhen auf der Zusammenfassung der Einzelleistungen der Foci, deren Zustandekommen sich der Erklärung noch entzieht und deren Fehlen auch mikroskopisch noch nicht nachweisbar ist.

Sicher ist die Ausbreitung des paralytischen Prozesses im Gehirn keine gleichmäßige. Er befällt manche Stellen häufiger und stärker als andere, er hat wie viele Krankheitsprozesse seine Prädilektions-

---

1) Kleist, Untersuchungen zur Kenntnis der psychomotorischen Erregungsstörungen bei Geisteskranken. Klinkhardt. 1908 und 1909.

stellen. Neben dem markanten histologischen Bild, wie es Nissl und Alzheimer beschrieben haben, finden sich aber sehr viele andere, weniger typische Veränderungen, Abbauprodukte, Pigmente, Schrumpfungen der Ganglienzellen, progressive und regressive Gliaveränderungen usw. Wir dürfen aber in einem paralytischen Gehirn auch eine Stelle, an der wir nichts Krankhaftes finden können, nicht für gesund halten. Die katatonischen Prozesse und die verschiedenen Formen von Vergiftungen leichterer Art beweisen ja, daß unsere histologischen Methoden hierzu nicht ausreichen. Ferner gibt es Fälle von Paralyse mit sehr ausgesprochenen Herdsymptomen wie z. B. Aphasie, ohne daß es möglich ist, im Sprachzentrum histologische Merkmale zu finden, die das Symptom erklären könnten. Durch die Untersuchung paralytischer Gehirne wäre das Sprachzentrum sicher nie entdeckt worden. Also auch vom histologischen Standpunkt scheint dieser Versuch, die sekundären Funktionen lokalisieren zu wollen, nicht geeignet. Außer bei der Paralyse findet man auch bei der senilen Demenz nicht selten Herdsymptome, ohne eine entsprechende lokale Erkrankung nachweisen zu können.

Die Tatsache, daß Herdsymptome durch diffuse Prozesse hervorgerufen werden können, zirkumskripte Stellen des Gehirns, von denen höhere psychische Funktionen geleistet werden, aber nicht nachweisbar sind, steht jedenfalls mit der energetischen Theorie im Einklang.

Die klinische Aehnlichkeit der Endzustände der senilen Demenz mit den auf Paralyse und Alkoholismus beruhenden Defektzuständen, die eine Unterscheidung auf Grund der psychologischen Analyse mitunter unmöglich macht, beweist ferner, daß all diesen Prozessen diffuse Schädigungen des Gehirns zugrunde liegen. Dabei ist die Erfahrung sehr bemerkenswert, daß durchaus nicht immer der Grad der Verblödung mit dem Alter und noch weniger mit dem histologischen Befund in Kongruenz steht. Der Begriff der „senilen Demenz“ ist kein einheitlicher, sondern er umfaßt zweifellos sehr verschiedene Krankheiten. Vor allem ist die Wahrscheinlichkeit groß, daß katatonische Erkrankungen auch in höherem Alter vorkommen, dem Alter, d. h. der Konstellation überhaupt, entsprechend anders verlaufen als bei jüngeren Individuen und nur infolge der Unmöglichkeit, den katatonischen Prozeß nachzuweisen, dem geringen sklerotischen Prozeß in vollem Umfange — aber zu Unrecht — zugeschrieben werden.

Die normalen psychologischen Veränderungen des höheren Alters bestehen in der Abnahme der psychischen Energie überhaupt. Dieselbe alteriert beim Normalen das Verhältnis P : S nicht wesentlich,

wirkt auf imbezille und hysterische Bewußtseinszustände, da es eine leichte Hemmung darstellt, ausgleichend. Im ersten Falle werden die elementaren Triebe, Empfindungen und Gefühle gemildert, im zweiten treten die hysterischen Symptome zurück. Bei beiden Formen ist eine Abstumpfung aller psychischen Funktionen vorhanden.

Krankhafte Erregungszustände verlaufen daher beim „normalen Greis“ in milderer Form als bei einem Individuum ohne Altersdefekt. Den hysterischen Formen entspricht die relativ häufige Angstpsychose der Senilen, bei denen sich die Stumpfheit, der Gesamtdefekt, in der Monotonie des Jammerns, der Wahnideen und Halluzinationen äußert. Besteht Hypofunktion von S, die durch den Altersdefekt erworben sein kann, so weist der krankhafte, senile Erregungszustand imbezille Züge auf. Wir erkennen hier die Entstehungsursache für die zahlreichen sexuellen Delikte des Alters.

Treten zu der senilen Demenz noch katatonisch bedingte krankhafte Hemmungszustände hinzu, so sind sie noch weniger auffallend wie bei jungen Individuen.

Sicher ist jedenfalls, daß erhebliche arteriosklerotische Prozesse oder auch Fischersche Plâques in großer Zahl vorhanden sein können, ohne daß im Leben eine entsprechende Schädigung der Psyche bestand, daß andererseits geringe histologische Veränderungen bei schweren Verblödungszuständen gefunden werden, die einen viel stärkeren Krankheitsprozeß erwarten ließen.

Die Annahme, daß in solchen Fällen neben dem eigentlichen senilen Prozeß noch der katatonische das Gehirn geschädigt hat, gewinnt auch durch Beobachtungen an Idiotengehirnen und andere Ueberlegungen an Wahrscheinlichkeit.

Die Idiotie ist in viel stärkerem Grade (aber nur im Grade!) als die Imbezillität, mit der sie ohne scharfe Grenze zusammenfließt, durch das Zurücktreten der sekundären Funktion, das Ueberwiegen von P, ausgezeichnet. Es gibt Formen, die den Hemmungszuständen der Imbezillen nahe kommen, die torpiden Idioten, und andere, die den Erregungszuständen der Imbezillen gleichen, die erethischen Idiöten.

Die bekannte Aehnlichkeit der klinischen Symptome, die Idioten und Endzustände der Dementia praecox darbieten, beruht auf der mangelhaften Entwicklung der sekundären Funktion bei Idioten, die notwendig zu denselben Zuständen führt wie die erworbenen Defekte. Wir finden alle Formen der „katatonischen“ Haltungen und Bewegungen, dasselbe Schreien und Toben, triebartige Handlungen aller Art, bei leichteren Formen läppische, oberflächliche Affekte, kindisch-albernes Betragen, kurze Wutausbrüche. Die Aehnlichkeit mit verblödeten

Katatonikern wird noch dadurch erhöht, daß Idioten manchmal einzelne Fähigkeiten besser entwickeln, die den Resten früherer Bildung, wie sie bei Katatonikern nicht selten erhalten bleiben, entsprechen. Besonders ist es das Gedächtnis für bestimmte Dinge, Melodien, Geburtstage, Namen usw., das in gewissen Fällen auffallend entwickelt ist. Der völlige Mangel der höheren Funktionen steht damit in auffallendem Widerspruch. Solche Kranken sind in gewissem Grade der Dressur zugänglich, aber zu keinem logischen Urteil fähig. Die sekundären psychischen Gebilde Jodls sind vorhanden, die tertiären fehlen völlig. Wir sehen hier wieder, daß die Zweiteilung einer genauen Analyse nicht günstig ist, da sich feinere Differenzen der geistigen Entwicklung vor allem auf der höheren Stufe erkennen lassen. Die Zweiteilung genügt aber, insofern sie demonstriert, daß stets P deutlicher wird, wenn angeborene Defekte der psychischen Kraft vorhanden sind. Die Reaktionen der Idioten sind ebenso elementar wie die der Katatoniker, der Verblödeten jeder Aetiologie, sie gleichen infolge des Ueberwiegens von P den kindlichen Reaktionen.

Das stärkere Hervortreten von P beweist aber nicht, daß es von normaler Intensität ist. Hier gibt es zahlreiche Abstufungen. Immer aber wird sich der Nachweis des vorhandenen Defekts führen lassen. Die Bewußtseinszustände der Idioten sind Defekterregungen und Defekthemmungen, nur ist der Defekt angeboren, nicht erworben.

Die pathologische Anatomie der Idiotengehirne zeigt in den schweren Fällen meist eine diffuse, das ganze Gehirn betreffende Entwicklungsstörung. Die Fälle der sogenannten Kinderlähmung und anderer lokalisierter Folgen organischer Prozesse stehen vielfach geistig höher als solcher allgemeiner Entwicklungsstörungen und Endzustände der infantilen Katatonie. Die zahlreichen Untersuchungen der Idiotengehirne haben die Fragen der Lokalisation der psychischen Funktionen nicht fördern können. Die Befunde entsprechen in ihrer Intensität auch hier durchaus nicht immer dem klinischen Bilde. Es gibt vor allem sehr tief stehende Idioten, deren Gehirne histologisch auffallend wenig, jedenfalls nicht für Idiotie charakteristische Merkmale, darbieten. Leichte meningitische Prozesse, stärkere Pigment- und Abbauprodukte lassen sich allenfalls nachweisen.

Für diese Fälle ist die Annahme berechtigt, daß es sich um sehr früh erworbene Katatonie handelt, daß es also ebenso wie katatonische Senile auch katatonische Idioten gibt.

Die Katatonie in unserem Sinne kann in jedem Lebensalter auftreten.

## 17. Kapitel.

**Epilepsie. Amnesie.**

Eine Sonderstellung unter den Geisteskranken pflegt man gewöhnlich den Epileptikern einzuräumen. Dabei ist die Abtrennung dieser Kranken in jeder Hinsicht eine ganz unsichere. Der Name Epilepsie ist durchaus nicht mehr auf „Krampfkranke“ beschränkt. Man legt bekanntlich in neuerer Zeit vielfach mehr Gewicht auf den epileptischen Charakter als auf das Symptom der Krämpfe (obwohl sich seit kurzem wieder eine Gegenbewegung in der Literatur bemerkbar macht). Vom psychologischen Standpunkt erscheint es richtig, die organischen Zustände des Schwachsinn und der Idiotie von denen ohne organischen Befund, den funktionellen, zu trennen. Das Vorhandensein von Krämpfen „epileptischer“ Art ist als Zeichen organischer Entwicklungsstörung zu betrachten.

Die Krämpfe der Epileptiker stellen ebenso wie die der Paralytiker oder die bei Tumoren des Gehirns u. a. kein psychisches Symptom dar, sondern ein neurologisches. Es sind Zwangsbewegungen, die auf Reizen anderer Art beruhen, als die Zwangsbewegungen der Katatoniker, sie sind nicht Ausdruck primärer Spontaneität, sondern Folge organischer Schädigung des Gehirns, analog den durch Gifte wie z. B. Strychnin verursachten Krämpfen. Epilepsie ist kein psychologischer Begriff. Es gibt Imbezille und Idioten sowie Geisteskranken mit Krämpfen, wie es solche mit Kinderlähmung usw. gibt. Das organische Substrat der Krämpfe ist nach den Untersuchungen von Ranke, Vogt u. a. in dem Persistieren der normaler Weise bei der Geburt nicht mehr vorhandenen Cajalschen Fötalzellen in dem Gliaaum der Hirnrinde zu erblicken. Diese finden sich stets, wenn Entwicklungsstörungen des Gehirns mit Krämpfen einhergehen, sie fehlen dagegen auch bei hochgradigen Mißbildungen, die ohne Krämpfe verlaufen. Die Krämpfe der späteren Lebensalter kommen durch andere pathologische Momente, vor allem die chronische Meningitis, zustande.

Die Tatsache, daß Epileptiker häufig verblöden, daß die Häufigkeit der Krämpfe oft einen sichtbaren Einfluß auf den Rückgang der geistigen Funktionen ausübt, dürfte auch nicht geeignet sein, den Begriff der „genuinen Epilepsie“, wie er noch gebraucht wird, zu stützen. Die Wirkung der Krampfanfälle auf das Gehirn ist im einzelnen noch nicht bekannt, doch muß man ihm wohl die Bedeutung eines Traumas zuerkennen. Der epileptische Charakter läßt sich

psychologisch ohne Schwierigkeit den Schwachsinnszuständen, die epileptische Verblödung den idiotischen oder katatonischen Zuständen anreihen. Sie entsprechen ihnen so völlig, daß die Schilderung dieser Bewußtseinszustände nur früher Gesagtes wiederholen würde. Psychologisch bieten uns die Epileptiker nichts Neues. Die „Affektepileptiker“ (Bratz) vor allen sind Imbezille oder relativ Hysterische. Gerade diese wie auch die Hystero-Epileptiker leiden weniger an Krämpfen, als an den sogenannten „psychischen Aequivalenten“, den Dämmerzuständen.

Diese „epileptischen“ Dämmerzustände zeichnen sich meist durch das Symptom der Amnesie aus, die als charakteristisches Zeichen für die epileptische Genese der Zustände angesehen wird.

Es ist zuzugeben, daß Dämmerzustände ebenso wie Affektzustände häufiger bei an Krämpfen Leidenden vorkommen als sonst. Diese Tatsache steht in Parallele damit, daß Alkoholisten in späteren Jahren zu Krämpfen neigen. Auch senile Demente können in den letzten Stadien Krämpfe bekommen. Wir sehen ferner, daß Gehirnerschütterungen bei chronischem Alkoholismus zu schweren Verblödungszuständen führen, die ohne diese Kombination nicht einzutreten pflegen. Hierin zeigt sich die bekannte Tatsache, daß zwei verschiedene leichtere Schädigungen, die das Gehirn gleichzeitig treffen, viel stärkere Wirkungen entfalten können, als jede für sich, selbst wenn sie erheblicher ist. Wir sehen aus diesem Satz in letzter Zeit die Pharmakologie erheblichen Nutzen ziehen. Die neuen Schlafmittel stellen Kombinationen dar, die viel kleinere Mengen als von jedem einzelnen Medikament sonst wirksam sind, vereinigen und erhebliche Wirkungen erzielen.

Aus dem häufigen Vorkommen von Psychosen bei vorhandener Disposition zu Krämpfen muß daher geschlossen werden, daß hier schon leichtere Schädigungen katatonischer Natur wirksam werden als normalerweise. Die unbekannt Noxe der Katatonie wirkt leichter bei Entwicklungsanomalien des Gehirns.

Die epileptischen Psychosen sind nichts anderes als katatonische Prozesse bei Entwicklungsanomalien. Die Amnesie ist gar kein spezifisch epileptisches Symptom. Es kommt nur leichter bei Epilepsie vor, weil die bereits vorhandene Schädigung des Gehirns sich dem katatonischen Prozeß hinzuaddiert.

Wann muß Amnesie eintreten? Die Beantwortung dieser Frage ist an der Hand der energetischen Theorie nicht schwer, nur muß der Begriff Amnesie zunächst definiert werden. Wir haben bei der Besprechung der verschiedenen Stuporzustände den Ausdruck ver-

mieden. Zweifellos besteht aber auch hier teilweise oder völlige Amnesie. Die Erinnerung ist summarisch, nur vereinzelte Eindrücke werden aufgefaßt. Die vorhandenen Lücken werden in willkürlicher Weise ergänzt, der Kranke versucht, sein Verhalten vor sich selbst zu rechtfertigen und motiviert es nachträglich in völlig unzutreffender Weise. Ferner ist die Auffassung der äußeren Eindrücke bei hysterischen Erregungszuständen mehr oder weniger beschränkt und daher auch die Erinnerung an die Zeit der Erregung lückenhaft. Nur die überwertigen Vorstellungen, die den Affekt motivierenden oder durch ihn hervorgerufenen Halluzinationen haften dauernd im Gedächtnis. Ferner wurde oben festgestellt, daß das Gedächtnis für Träume sich nach dem Affekt richtet, und die Simulation der Amnesie kurz gestreift.

Amnesie kann in verschiedenen Formen bestehen und verschiedene Grade aufweisen. Nur dann sprechen wir ferner von Amnesie, wenn es sich um eine funktionelle Störung handelt, wenn also die psychischen Funktionen nur vorübergehend geschädigt oder aufgehoben waren. Den Gedächtnisdefekt der Verblödungsprozesse (Katatonie, Alkoholisten, Paralyse usw.) bezeichnet man nicht als Amnesie.

Ob ein psychisches Erleben behalten oder vergessen wird, muß von der psychischen Kraft abhängig sein, die darauf verwandt wird. Starke Reize werden nicht behalten, wenn sie nicht beachtet werden, schwache Reize dagegen haften sehr gut, wenn man sie aufmerksam verfolgt. Am besten werden affektbetonte Empfindungen und Vorstellungen behalten, da sie vor allem die Aufmerksamkeit, die sekundäre Spontaneität, in Anspruch nehmen. Schwieriger sind reine Verstandesleistungen, reflexive Denktätigkeit zu memorieren. Für alles, was dem Gedächtnis einverleibt werden soll, ist also besondere Intensität der psychischen Kraft, Aufmerksamkeit, erforderlich, die den Eindruck, das Empfinden oder Fühlen verdeutlicht und verstärkt.

Allgemein muß daher Erregung der psychischen Kraft der Amnesie entgegenwirken, Hemmung dagegen sie hervorrufen.

Wir sehen in der Tat bei keinem Erregungszustand völlige Amnesie eintreten, nur beschränkt sich das, was behalten wird, auf die überwiegend erregte Qualität des psychischen Geschehens. Alle katatonischen Erregungen führen, wie wir gesehen haben, zu einer Schädigung der sekundären Funktion. Die Aufmerksamkeit kann nicht auf einen Punkt konzentriert werden, es tritt Ideenflucht, unklare, illusoriale Auffassung der Außenwelt ein. Die Erinnerung der Erregungszustände ist summarisch, wenn nicht ein asthenischer Affekt vorherrscht. Dieser lähmt den Vorstellungsablauf, konzentriert die psychische Kraft auf einige wenige Vorstellungen und bewirkt so, daß zwar äußere

Eindrücke überhaupt nicht apperzipiert werden, die unlustbetonten Vorstellungen und die mit ihnen event. verbundenen Halluzinationen dagegen haften. Hier liegt also stets nur teilweise Amnesie vor. Ein solcher Kranker hat nie die Empfindung, daß die Kontinuität seines psychischen Seins vorübergehend unterbrochen war. Er hat dauernd etwas erlebt.

Je mehr Vorstellungen ein Erregungszustand enthält, desto besser wird er behalten. Die hysterischen Dämmerzustände mit Affekt sind daher noch nach Jahren fähig, ihre krankhaften Vorstellungen und Affekte genau zu beschreiben. Sie haben sich völlig auf diese konzentriert. Hypnotisierte dagegen stehen unter der Herrschaft ganz anderer Vorstellungen. Sie konzentrieren ihre psychische Kraft darauf, dem Willen des Hypnotiseurs zu gehorchen und erfüllen ihn mechanisch, ohne die wirklichen Eindrücke beachten zu können. Sie fühlen den Schmerz nicht, der etwa verursacht wird, empfinden den Geschmack oder Geruch nicht, wenn es ihnen verboten wird. Sie glauben geträumt zu haben, wissen aber doch, was mit ihnen geschehen ist. Nur wenn die Suggestion des Vergessens besonders erteilt worden ist, können sie die Erinnerung nicht wecken. Die Vorstellung, es nicht zu können, beherrscht sie auch nach dem Schlafzustand. Dies kann zweifellos auch durch Autosuggestion zustande kommen. Der Wille, etwas zu vergessen, kann zur Amnesie führen. Dann muß aber eine hysterische Konstitution schwereren Grades vorliegen, die sich in der gewöhnlichen Weise kundgibt. Gelingt in solchen Fällen die Hypnose, so wird die Autosuggestion leicht überwunden werden können. Derartige hysterische Amnesien beschränken sich auf einzelne Ereignisse. Die Kontinuität des Ichbewußtseins ist auch hier erhalten. Diese Fälle sind selten, spielen aber gelegentlich, besonders bei Straftaten, eine nicht unbedeutende Rolle.

Mit der Autosuggestion verbindet sich meist eine affektive Erregung, die zum Affektdämmerzustand führt. Die Kranken flüchten sich in die Krankheit, wie man zu sagen pflegt. Sie geben sich ihrer Angst hin, steigern sie scheinbar absichtlich, übertreiben, um vergessen zu können. Die Erregung klingt fast stets nach einiger Zeit ab, und nun wissen sie wieder alles, was sich zugetragen hat. Diese bei Untersuchungsgefangenen häufigen Zustände nehmen oft die Form des Ganserschen Symptomenkomplexes an.

Es handelt sich hier also um hysterische Konstitutionen. Die Amnesie ist nicht simuliert, sondern durch Autosuggestion vorübergehend tatsächlich erzeugt.

Hysterische träumen normalerweise mehr als Imbezille. Aber

auch sie behalten nur die affektbetonten Träume, haben dagegen für viele weniger affektbetonte Träume Amnesie. Die Hemmung der psychischen Kraft, wie sie in jedem Schlafzustand vorhanden ist, verhindert sie, den Schlafhalluzinationen eine genügende Menge psychischer Energie zuzuwenden. Es sind Defekterregungen bei hysterischen Konstitutionen.

Treten nun Hemmungszustände katatonischer Natur auf, so muß die Erinnerung an solche Zustände völlig versagen, wenn eine imbezille Konstitution besteht. Die Erinnerung kann nur ganz gering sein, wenn relative Hysterie oder selbst Hysterie vorliegt. Die Herabsetzung der primären Qualitäten schädigt stets die sekundäre Funktion. Nur wenn sie sehr gering ist, wie kurz vor dem Einschlafen oder Aufwachen, und die Konstitution hochgradig hysterisch, kann vielleicht ein Affekt auftreten, der den Schlafzustand überdauert. Auch dann aber wird die Motivierung des Affekts oft nur unvollkommen sein oder auf Erinnerungsfälschung beruhen.

Der katatonische Hemmungszustand stärksten Grades ist der Hemmungstupor, der daher auch stets die Kontinuität des psychischen Geschehens völlig unterbricht. Die Kranken haben nachher keine Erinnerung an die Zeit des Stupors.

Geringere Grade der Hemmung finden sich vor allem bei Epileptikern. Absenzen und Dämmerzustände, in denen kein Affekt besteht, aber recht komplizierte Handlungen mechanisch ausgeführt werden, können bei hysterischer oder relativ hysterischer Konstitution auftreten. Sie stellen dann ebenso wie Träume Defekterregungen dar und sind je nach dem Grade der Hemmung mit teilweiser oder vollständiger Amnesie verbunden. Durchaus nicht alle derartigen Kranken leiden gleichzeitig an Krämpfen. Viele haben nur diese „psychischen Aequivalente“. Man bezeichnet diese Kranken als Epileptiker, weil die Zustände zuerst an Krampfkranken beobachtet worden sind. Die leichteren Formen der Katatonie treten auch als Hemmung besonders bei Gehirnen auf, deren Entwicklung mangelhaft ist. Sie kommen aber auch bei anscheinend gesunden oder doch histologisch nicht nachweisbar erkrankten Gehirnen vor.

Die Zusammenfassung derartiger Zustände als Epilepsie steht ihrer Erkennung im Wege. Ihre Zugehörigkeit zur Katatonie in unserem Sinne wird klar, sowie man die Endzustände ins Auge faßt. Sie können zu denselben Verblödungszuständen führen wie die katatonischen Prozesse.

Die verschiedenen Formen der Katatonie zeigen sämtlich eine Uebereinstimmung, nämlich den anfallsweisen, schubartigen, remittie-

renden Verlauf. Je leichter die Erkrankung ist, desto mehr Anfälle kann das Individuum überstehen, ohne dauernden Schaden zu erleiden.

So sahen wir das manisch-depressive Irresein und die Katatonie Kahlbaums besonders zu Rezidiven neigen. Aber auch chronisch Kranke, bei denen also bereits ein Defekt eingetreten ist, zeigen Exazerbationen der Erregung manchmal in sehr regelmäßigen Abständen. Diesen anfallsweisen Verlauf sehen wir nun besonders bei der Epilepsie. Sowohl die Krämpfe wie auch die „psychischen Äquivalente“ kehren in gewissen Abständen wieder.

Der Grund für diesen Verlauf liegt offenbar in der Struktur des Zentralnervensystems. Auch der chronische Alkoholismus und die Paralyse führen erst nach längerem Bestehen zu den krankhaften psychischen Erscheinungen. Die nicht häufigen Fälle von Paralyse, welche kurz nach Manifestwerden der Erkrankung zur Sektion kommen<sup>1)</sup>, zeigen oft das charakteristische histologische Bild in außerordentlicher Deutlichkeit. Infiltrationen, entzündliche Erscheinungen, Gliawucherungen, kurz alle progressiven Veränderungen sind bei ihnen besonders ausgebildet. Obgleich also das psychische Geschehen erst wenige Tage gestört war, muß man aus dem histologischen Bild schließen, daß die organischen Veränderungen erheblich länger bestanden haben.

Wir kennen ferner Krämpfe, die mitunter in großen Intervallen, durch tiefgehende Narben des Schädels oder chronische Reize sensibler Nerven ausgelöst werden, die Reflexkrämpfe. Wir sehen unter Umständen Tumoren zu erheblicher Größe anwachsen, bevor sie Symptome machen.

Alles dies beweist, daß chronische Reize auf das Gehirn wie eine Summation zahlreicher Einzelreize wirken. Der anfallsweise Verlauf, den die katatonischen Erkrankungen zeigen, ist nur eine Erscheinungsweise dieser Eigentümlichkeit des Zentralnervensystems.

Außer den bisher besprochenen kann noch eine Schädigung des Gehirns zu vorübergehender Herabsetzung der psychischen Kraft führen, das Trauma. Als diffuse Erkrankung ist dasselbe nur anzusehen, wenn es mit einer Erschütterung des Gehirns einhergeht oder, wie z. B. die Strangulation, mit Störung der Zirkulation verbunden ist. Die retrograde Amnesie, die hier manchmal auftritt, erklärt sich wohl am einfachsten dadurch, daß die letzten Eindrücke infolge der Unterbrechung der psychischen Funktionen nicht genügend gefestigt werden und infolgedessen wieder verloren gehen. Manche Einzelheiten werden

---

1) Ich verfüge über solche, bei denen die Erkrankung plötzlich einsetzte und nur einige Tage bestand.

meist noch gewußt, die Amnesie ist also oft keine vollständige, soweit sie sich auf die Zeit vor dem Trauma erstreckt.

Die Prognose der diffusen traumatischen Erkrankung des Gehirns wird durch den Kräftezustand desselben wesentlich beeinflußt. Eine Gehirnerschütterung hat bei dem senilen, arteriosklerotischen, paralytischen, alkoholisierten oder durch körperliche Erkrankungen geschwächten Gehirn *ceteris paribus* erheblich schwerere Krankheitszustände zur Folge als bei dem gesunden. Die Hemmung der psychischen Kraft kann irreparabel werden, zum Defekt werden. Bei bestehender Krankheit wird der geistige Verfall durch das Trauma beschleunigt.

---

## 18. Kapitel.

### Vererbung.

---

Wir sehen also, daß alle diffusen organischen Erkrankungen des Gehirns auf die psychische Funktion im Sinne der Hemmung wirken. Die Hemmung wird irreparabel, wenn die somatische Störung stärkere Grade erreicht oder wenn sich zwei an sich geringfügige Schädigungen kombinieren.

Wir wissen, daß selbst in solchen Fällen der pathologisch-anatomische Befund sehr unbefriedigend sein kann. Wenn wir aber eine Störung der Entwicklung im Gehirn nachweisen können, wie es bei vielen Fällen von Schwachsinn und vor allem bei den epileptischen Krämpfen der Fall ist, so müssen wir diese positiven Befunde in ihrer Wirksamkeit auf die psychische Funktion sehr hoch bewerten. Ein solches Gehirn kann nicht normal funktionieren, hier kann, in der Definition der energetischen Theorie,  $P \text{ nicht} = 1$  sein.

Wenn der pathologisch-anatomische Befund negativ ist, braucht dagegen  $P \text{ nicht} = 1$  angenommen zu werden, es kann vielmehr ein angeborener Defekt, eine pathologische Konstitution ohne nachweisbare Entwicklungsstörung bestehen.

Daraus ergibt sich für alle funktionellen Geisteskrankheiten, daß sie auf Entwicklungsstörungen beruhen können. Die psychologische Ähnlichkeit krankhafter Konstitutionen und funktioneller Geisteskrankheiten ist so groß, daß die einfache Beobachtung nicht immer erkennen kann, ob im vorliegenden Fall eine angeborene oder erworbene Störung vorliegt. Es wäre auch theoretisch nicht auszuschließen, daß gewisse Entwicklungsstörungen des Gehirns erst in

höherem Alter die psychische Funktion alterieren, etwa dadurch, daß das Organ infolge einer Art von Hypoplasie, die nicht erkennbar in der Struktur der Zellen vorhanden sein könnte, der physiologischen Abnutzung nicht gewachsen wäre.

Für diese Anschauung spräche vor allem die Tatsache, daß die katatonischen Psychosen in der Pubertätszeit und dem Klimakterium bzw. dem Rückbildungsalter häufig zum Ausdruck kommen, ferner auch in Zeiten, die besondere Anforderungen an das Zentralnervensystem stellen (Krieg, Unglück, Gravidität). Wir sehen, daß erblich belastete Individuen in solchen Zeiten besonders leicht geistig erkranken.

Die Annahme einer erblichen Belastung allein scheint aber für viele Fälle nicht ausreichend. Nicht selten wenigstens läßt sich auch bei genauer Anamnese eine solche nicht nachweisen. Andererseits sprechen eine Reihe von klinischen Beobachtungen zu Gunsten der Theorie, nach welcher der katatonische Prozeß auf Autointoxikation beruht. Nimmt man danach an, daß die katatonischen Psychosen auf Stoffwechselstörungen noch unbekannter Art zurückzuführen sind, so würden Gehirne mit Entwicklungsstörungen, nachweisbarer oder nicht nachweisbarer Art, deswegen zur Erkrankung disponiert sein, weil sie zwei schädlichen Einwirkungen gleichzeitig unterworfen sind, mithin eine Kombination zweier Schädlichkeiten vorliegt. Die Disposition infolge vererbter Anlage läßt Stoffwechselstörungen leichteren Grades bereits starke Wirkungen entfalten.

So lange die Ursache der katatonischen Psychosen nicht erkannt ist, müssen ihre hereditären Beziehungen desto größeres Interesse beanspruchen. Von den zahlreichen Bearbeitungen, die dieses Thema gefunden hat, erscheint vom Standpunkt der energetischen Theorie besonders das Buch von Berze<sup>1)</sup> wichtig.

Berze steht auf dem Standpunkt Kraepelins, daß die *Dementia praecox* von dem manisch-depressiven Irresein getrennt werden muß. Er nennt daher solche Fälle, in denen anfangs die Diagnose Manie gestellt wurde (Gruppe V), die aber später trotzdem verblöden, „pseudomanisch“. Infolgedessen findet er nur sehr wenig reine Fälle von zirkulärem Irresein, dagegen gibt er zu, daß man angesichts eines Falles von Pilcz „leicht auf die Annahme einer Transformation der manisch-depressiven Psychose des Vaters in eine der Praecoxgruppe angehörige Psychose beim Sohne verfallen könnte“. Die ungleichartige Erkrankung zweier Geschwister (Bruder manisch-depressiv,

---

1) Berze, Die hereditären Beziehungen der *Dementia praecox*. 1910. Deuticke.

Schwester paranoisch-dement), sowie die Familie H., in der 6 Geschwister manisch-depressiv erkrankt sind, das 7. (älteste) aber schließlich einem Verblödungsprozeß verfällt, „der aus dem Rahmen, den man dem manisch-depressiven Irresein zu geben pflegt, entschieden herausfällt“, passen ebenfalls nur schlecht zu dem Dogma der gleichartigen Vererbung. Berze selbst glaubt an eine Kombination zweier Anlagen, von denen jede bei der Deszendenz intensiver hervortreten kann. Er gibt also jedenfalls die Möglichkeit der Kombination zu und unterscheidet die Frage, „ob dem manisch-depressiven Irresein und der *Dementia praecox* zwei von einander verschiedene Anlagen entsprechen“ oder ob die beiden Anlagen nebeneinander bestehen können oder sich gegenseitig ausschließen. Selbst wenn sie sich gegenseitig nicht ausschließen, braucht die Disposition für beide Erkrankungen noch nicht die gleiche zu sein.

Dieser Standpunkt ist an sich gewiß berechtigt. Nach Berzes eigenen Resultaten aber würde man viel eher den Schluß erwarten, daß es dann doch keinen Zweck hat, gerade für das manisch-depressive Irresein eine zweite hereditäre Veranlagung anzunehmen. Alle anderen von uns katatonisch genannten Krankheiten entspringen nach Berze der „*Praecoxanlage*“. Die Vererbung derselben hat einen ausgesprochen progredienten Charakter. In der Aszendenz finden sich zahlreiche abnorme Charaktere, Imbezillität, *Moral insanity* usw. (also Formen, die wir der relativen Hysterie zurechnen). Die Erkrankung tritt bei der Deszendenz früher auf und führt schneller zur Verblödung. Alle diese so sehr verschiedenen Krankheitsformen also beruhen nach Berze auf einer einzigen, der „*Praecoxanlage*“. Nur das manisch-depressive Irresein, dessen Abgrenzung so schwer ist, daß die Diagnose nur selten aufrecht erhalten werden kann, das vielmehr der *Dementia praecox* oft so sehr gleicht, daß es ständig verwechselt wird, nur dies beruht auf einer anderen Anlage?! Da scheint doch wohl der Schluß richtiger: das manisch-depressive Irresein gehört zur *Dementia praecox*, es beruht auf derselben Anlage und stellt nur eine besondere Erscheinungsform derselben dar, aber keine scharf abgrenzbare Psychose.

Die energetische Theorie setzt uns in den Stand, diese Präcoxanlage Berzes näher zu definieren. Sie zwingt dazu, die Gleichartigkeit der Vererbung für alle katatonischen Psychosen anzunehmen. Eine Schadhaftigkeit der primären Qualitäten, die in der Aszendenz in einem abnormen Charakter zum Ausdruck kommen kann, führt bei der Deszendenz oft zur vollentwickelten Psychose. Ob diese Präcoxanlage in Struktureigentümlichkeiten des Gehirns oder in Stoffwechsel-

anomalien besteht, ist hierbei nebensächlich. Die latente Präcoxanlage ist psychologisch die Vulnerabilität oder leichte Erschöpfbarkeit der primären psychischen Funktion.

Daß die Tatsachen mit diesem Satz in Einklang stehen, geht aus den übrigen Resultaten der Berzeschen Bearbeitung des klinischen Materials hervor. Berze sagt:

„So ist mir selbst, obwohl ich seit nahezu zwei Dezennien ein sehr großes Krankenmaterial zu überblicken in der Lage bin, noch kein einziger Fall untergekommen, der erweisen würde, daß Dementia praecox und echte Hysterie in Familien nebeneinander vorkommen.“

Zu einer „echten“ Hysterie gehört nämlich von unserem Standpunkte, daß die primären Qualitäten gut ausgebildet sind, daß  $P = 1$  ist, sonst finden sich die „geringen“ aber charakteristischen Abschwächungen, die entweder als Dementia praecox leichten Grades oder konstitutionelle relative Hysterie zu deuten sind. Diese Zustände treffen ja ohne Grenze zusammen.

Berze schließt sich daher durchaus den Autoren an, die sich gegen die Annahme von Mischformen zwischen Hysterie und Dementia praecox ausgesprochen haben.

Der Gegensatz zwischen katatonischen und hysterischen Psychosen, den die energetische Theorie scharf formuliert, findet sich also nicht nur auf das Individuum beschränkt, sondern erstreckt sich über verschiedene Generationen. Die Konstitutionen vererben sich, nicht die Krankheiten. Die Konstitution ist die durch Vererbung gewordene Struktur, die durch Vererbung erreichte Stufe des Zentralnervensystems. In welcher Weise das Individuum katatonisch erkrankt, ist vom Alter, Geschlecht und allen anderen Faktoren der Konstellation abhängig.

Weil es zwei verschiedene Arten der Konstitution gibt, gibt es auch zwei verschiedene Gruppen von Geisteskrankheiten, hysterische und katatonische. Die energetische Theorie findet einen ihrer stärksten Beweise in der Uebereinstimmung mit den hereditären Beziehungen der Geisteskrankheiten.

---

## 19. Kapitel.

### Zusammenfassung.

---

Die energetische Theorie setzt voraus, daß alles psychische Geschehen einheitlich erklärt werden kann. Die krankhaften psychischen Phänomene müssen sich aus den gesunden ableiten und verstehen

lassen, ohne daß neue Kräfte mehr oder weniger mystischer Art zu Hilfe genommen werden. Die Gesetze des normalen Geisteslebens müssen auch für das erkrankte gelten. Man muß Begriffe wie Dissoziation, Sejunktion, Spaltung der Persönlichkeit vermeiden, da sie vorhandene Lücken der Erkenntnis nur verdecken, nicht ausfüllen.

Aus dieser Voraussetzung folgt, daß es keine Theorie einzelner Bewußtseinsvorgänge z. B. der Halluzinationen geben kann, die nicht auf alles psychische Geschehen anwendbar ist. Lückenlos müssen sich die vielgestaltigen Symptome in einem einheitlichen System unterbringen lassen. Eine Theorie, die ein einziges Symptom der Psychosen erklärt, muß auf alle anwendbar sein.

Die Erklärung des krankhaften psychischen Geschehens kann nicht über die Erkenntnis des normalen hinausgehen. Nur die Zusammenfassung der Symptome in Gruppen, die sich wieder höheren Begriffen unterordnen, kann hier erreichbar sein. Wir können das krankhafte Denken in seinen letzten Ursachen nicht verstehen, weil wir das Zustandekommen des normalen psychischen Geschehens nicht verstehen können. Die Grenze, die der Erkenntnis hier gezogen ist, hat du Bois-Reymond festgelegt.

Der einzige Beweis für die Richtigkeit einer Theorie besteht dann eben darin, daß sie sich auf alles psychische Geschehen, normales und krankhaftes, anwenden läßt. Deswegen wurden möglichst viele Bewußtseinszustände in den Kreis unserer Betrachtung gezogen. Die Kenntnis derselben mußte vorausgesetzt werden und die Erörterung der einzelnen sich auf das Notwendigste beschränken. Nur die Anwendbarkeit der Theorie sollte gezeigt werden.

Diese Anwendbarkeit muß als erwiesen angesehen werden, da die Bewußtseinszustände sich begrifflich voneinander sondern, d. h. definieren lassen. Das dynamische Grundgerüst der Jodlschen Psychologie ermöglicht im Verein mit dem Energiebegriff die Durchführung der aufgestellten Forderung.

Alles psychische Geschehen ist Form der spezifischen Energie des Zentralnervensystems, aber diese spezifische Energie ist nicht gleichwertig. Es gibt vielmehr verschiedene Stufen psychischer Reaktionen. Jodl nimmt für die menschliche Psyche drei Stufen an, wir haben dagegen nur die primäre von der sekundären unterschieden. Diese Abweichung von Jodl ist deswegen nebensächlich, weil beide Annahmen gleich willkürlich sind.

Tatsächlich baut sich das psychische Geschehen in reichster Gliederung, aber ohne scharfe Grenzen übereinander auf. Auch der Reflex ist schon sekundär, da er nur infolge der vererbten Eigen-

schaften, der Mneme des Zentralnervensystems, möglich ist. Ebenso sind die Triebe durch Vererbung bedingt; auf ihnen bauen sich die Instinkthandlungen auf. Die Rückenmarksseele entwickelt sich allmählich zum Bewußtsein des Menschen. Psychisches Geschehen ist aber der Patellarreflex ebenso wie der Genuß einer Symphonie, beides ist Aktivität des Zentralnervensystems.

Die Trennung der primären und sekundären psychischen Funktion ist also nur in der Abstraktion durchführbar. Jeder psychische Akt enthält beide Formen der spezifischen Energie in unlösbarer Verbindung verschmolzen. Diese beiden Formen begrifflich zu sondern ist aber nichtsdestoweniger praktisch möglich und notwendig. Die Durchführung dieses Gedankens ergibt für die Auffassung der Psychosen eine Reihe neuer Gesichtspunkte.

Indem wir uns auf die Zweiteilung der psychischen Phänomene beschränkten, verzichteten wir auch auf die Feinheiten der Erkenntnis, auf die uns die Jodlsche Dreiteilung einen Ausblick gewährt. Dieser Verzicht ist nur ein vorläufiger. Er schien notwendig, um diesen Entwurf, der vor allem als eine neue Betrachtungsweise der Psychosen gedacht ist, nicht übermäßig zu komplizieren und den Grundgedanken desto klarer hervortreten zu lassen.

Indem wir mit Jodl den Energiebegriff auf das psychische Geschehen anwenden, können und müssen wir verschiedene Intensitätsgrade der psychischen Kraft annehmen. Wir erhalten die Gegensätze der Erregung und Hemmung, wobei wir der letzteren einen anderen Sinn unterlegen als den landläufigen der Psychiatrie; wir können auch Herabsetzung der psychischen Potenz sagen.

Aus der Zweiteilung der psychischen Funktionen ergeben sich daher vier Grundtypen krankhafter psychischer Konstitutionen, die wir als hysterische und imbezille, relativ hysterische und relativ imbezille einander gegenüberstellen und von dem normalen Typus unterscheiden.

Die Dreiteilung der primären Funktionen müßte sechs verschiedene Symptome dieser Stufe ergeben. Praktisch kommen aber nur die drei Arten der Erregungssymptome, die Halluzinationen, Affekte und Willensäußerungen und als viertes Kardinalsymptom die Hemmung in Betracht. Eine Differenzierung der Hemmungen nach den Qualitäten des Empfindens, Fühlens und Wollens ist nur in leichteren und chronischen Fällen durchführbar und praktisch von geringerer Bedeutung.

Die Konstitutionen erhalten durch die zahlreichen Faktoren der Konstellation ihr individuelles Gepräge. Dies ist aber, so interessant und für den Einzelnen bedeutungsvoll es sich auch gestalten mag, der Erkenntnis der Psychosen eher hinderlich als nützlich. Man muß das

Rankenwerk der Individualität entfernen, das Nebensächliche von dem Wesentlichen trennen, um den Bewußtseinszustand in seinem Grunde erfassen zu können. Konstitution und Reiz sind die Faktoren, aus denen sich die psychische Reaktion ergibt. Je genauer uns diese bekannt sind, desto besser verstehen wir die Reaktion.

Das Wesen der Konstitution erkannten wir in dem Verhältnis der primären zur sekundären Funktion. Von diesem Verhältnis ist abhängig, in welcher Form sich die spezifische Energie auf einen gegebenen Reiz äußert. Welche Qualität in dem einzelnen psychischen Akt überwiegt, hängt von dem Reiz und der Konstellation des Bewußtseinszustandes ab, ist also für die psychologische Wertung der Reaktion zunächst nebensächlich. Ob wir es mit krankhaften Abweichungen des Empfindens, Fühlens oder Strebens zu tun haben, die wichtigste Frage ist immer, ob die primären Qualitäten krankhaft verändert sind und das Vorstellen erst infolge davon erkrankt ist, oder ob die krankhafte Reaktion durch überwertige Vorstellungen zu erklären ist.

Jedes krankhafte Symptom stellt nur eine Steigerung oder eine Hemmung der analogen normalen Reaktion dar. Jede Psychose, die sich ja aus Symptomen zusammensetzt, ist nichts als dauernd gewordene Veränderung der Konstitution im Sinne der Erregung oder Hemmung der primären Qualitäten.

Die Gleichsetzung der Symptome der drei primären Qualitäten ist von entscheidender Bedeutung für ihre Auffassung. Sie ergibt sich aus der Jodlschen Einteilung der psychischen Funktion. Wenn jeder höhere psychische Akt auf eine der drei Qualitäten zurückzuführen ist, so müssen es auch alle krankhaften psychischen Akte sein, d. h. es kann nur drei Arten krankhafter Symptome geben.

Die scheinbare Ausnahme, die die Wahnidee bildet, erklärt sich aus dem Assoziationsgesetz Jodls in sehr einfacher Weise. Assoziationen bestehen nicht nur zwischen Vorstellungen untereinander, sondern vor allem auch zwischen Vorstellungen und Gefühlen, ferner in etwas lockerer Verbindung zwischen Vorstellen einerseits, Empfinden und Wollen andererseits, endlich auch zwischen den einzelnen primären Qualitäten. Nur so wird uns die Entstehung der Wahnidee verständlich und nur so können wir die hysterische Wahnidee (z. B. die einer psychogenen Melancholie) von der katatonischen Wahnidee (z. B. der fixen Idee eines Paranoikers) scharf trennen. Wenn auch diese Trennung in der Praxis nicht immer möglich ist, erscheint es trotzdem äußerst wertvoll, sie theoretisch durchführen zu können. Die theoretische Erkenntnis gibt uns, wie gezeigt worden ist, eine Reihe von Momenten an die Hand, die die Beobachtung in die richtigen

Bahnen lenkt und damit die praktische Beurteilung zu fördern geeignet ist.

Hierzu kommt, daß die empirisch gefundenen Regeln der Prognose geistiger Erkrankungen nicht nur in völligem Einklang mit den Resultaten der energetischen Theorie stehen, sondern soweit sie durch die Tatsachen begründet und als feststehender Besitz unseres Wissens anzusehen sind, durch sie psychologisch verständlich werden. Der wichtige Unterschied zwischen katatonischen und hysterischen Erkrankungen tritt dadurch in ein neues Licht, daß die katatonischen Zustände von der Erkrankung der primären, die hysterischen dagegen von der sekundären Funktion ausgehen. Die katatonischen Erkrankungen müssen ihrem Verlauf nach auf organischer Erkrankung des Gehirns beruhen, die hysterischen dagegen müssen funktionell bedingt sein. Denn es ist nicht möglich anzunehmen, daß ein wahrhafter Gedanke auf einem anderen Stoffwechsel beruht, als ein begründeter, oder daß er andere Stoffwechselprodukte hervorruft als jener. Auch das krankhafte Denken erfolgt nach denselben Gesetzen wie das normale. Das kranke Gehirn denkt bis zu einem gewissen Grade logisch, infolge der Erkrankung der primären Funktion sind aber die Voraussetzungen falsch, und daraus resultiert die krankhafte Verstandestätigkeit, die katatonische Wahnidee. Nur wenn diese krankhaften Veränderungen des Gehirns überwunden werden, kann die psychische Tätigkeit zur Norm zurückkehren. Die leichteren Grade der Erkrankung, die überwiegend eine Qualität der primären Funktion betreffen, beweisen das. Sie beweisen aber, durch die Wiederholung und Häufung der einzelnen Anfälle, sowie vor allem durch die Tendenz der progredienten Vererbung, daß die Erkrankung nach Aufhören der Symptome nicht geheilt, sondern nur latent geworden ist.

Als praktisch wichtigstes Resultat ist hier die Einreihung des manisch-depressiven Irreseins in die katatonischen Erkrankungen zu bezeichnen, zu der auf klinische Erfahrungen gestützt bereits Urstein gelangt ist. Unsere psychologische Analyse hat die Trennung, die man infolge des günstigen Verlaufs dieser Psychosen im Gegensatz zu anderen katatonischen Erkrankungen machen zu müssen glaubte, ebenfalls als hinfällig erwiesen.

Ebenso wenig berechtigt, wie diese Trennung, sind vom psychologischen Standpunkt die künstlichen Scheidungen der hysterischen Zustände. Für die Praxis kann es trotzdem zweckmäßig sein, an den bisherigen Unterscheidungen festzuhalten. Die energetische Theorie ermöglicht es, die Krankheitsbilder, deren Mannigfaltigkeit so verwirrend ist, einheitlich zu verstehen. Die Klarlegung ihrer Dynamik,

die zwar im einzelnen noch lückenhaft ist, verbürgt doch schon jetzt einen weitgehenden Schutz gegen Simulation. Die Erkenntnis, daß hysterische Zustände stets Erregungszustände sein müssen, daß Hemmungszustände nur durch Erkrankung der primären Funktion zustande kommen, scheint geeignet, die Unsicherheit bei der Beurteilung gewisser Fälle zu beseitigen.

Die Einbeziehung der Entwicklung verschiedener psychischer Konstitutionen sowie der Schlafzustände dient vor allem dazu, die Anwendbarkeit der Theorie zu zeigen und den Nachweis zu erbringen, daß die psychischen Bewußtseinszustände ohne Ausnahme einzureihen sind. Letztere bieten gleichzeitig Beispiele von Hemmungszuständen, die in den vorübergehenden Formen gewöhnlich als „epileptisch“ bezeichnet werden. Der Schluß, daß sich hier leichte katatonische Erkrankungen verbergen, daß der Name Epilepsie nur der historischen Entwicklung die weite Umgrenzung verdankt, ist sehr naheliegend. Hier können zunächst, d. h. solange die Ursache der Katatonie noch unbekannt ist, die weitere Erforschung der hereditären Verhältnisse weitere Beweise schaffen. Ebenso ist das für die Annahme der Fall, daß manche Fälle von Idiotie nur frühe Verblödungen auf katatonischer Basis darstellen. Gerade die Idioten ohne pathologisch-anatomischen Befund müssen am stärksten mit Katatonie belastet sein. Mein Material reicht leider nicht aus, um diese Ansicht an der Hand von Fällen zu begründen. Es läßt sich nur insofern dafür verwerten, als die Idiotengehirne mit hochgradigen Strukturveränderungen vor allem Alkohol und Lues in der Aszendenz aufweisen. Von 30 Fällen, die ich untersuchen konnte, bieten nur 3 keinen deutlichen Befund und bei diesen fehlt die Anamnese, da sie sämtlich unehelich geboren sind.

Die energetische Theorie führt zu neuen Fragestellungen und neuen Problemen. Sie ermöglicht die einheitliche Erklärung der gesunden und krankhaften Bewußtseinszustände und steht mit allen Tatsachen der Psychiatrie im Einklang. Damit dürfte bewiesen sein, daß ihre Voraussetzungen und Schlüsse richtig sind.

---