

VIII.

Psychische Erregung und Hemmung vom Standpunkt der Jodl'schen Psychologie.

Von

Dr. **Harry Marcuse**, Herzberge¹⁾.

~~~~~

Die Psychologie Jodl's ist von der Psychiatrie bisher sehr wenig beachtet worden und hat jedenfalls auf die klinischen Anschauungen keinen erheblichen Einfluss ausgeübt. Wie ich glaube, hat sie aber diese Vernachlässigung nicht verdient, sondern ist im Gegenteil geeignet, eine bessere Grundlage für die Psychiatrie abzugeben als die zur Zeit herrschenden Systeme.

Ich möchte mir erlauben, Ihnen die Grundzüge einer Theorie der Psychosen, die sich auf der Jodl'schen Lehre aufbaut, in Kürze darzulegen, um im Anschluss daran die Grundbegriffe der psychischen Erregung und Hemmung bzw. die entsprechenden Symptomenkomplexe zu erörtern.

Jodl unterscheidet im Gegensatz zu andern Psychologen an dem psychischen Geschehen drei Stufen, d. h. drei verschiedene Arten der Bewusstseinstätigkeit.

Während die erste Stufe diejenigen psychischen Reaktionen umfasst, die auf gegenwärtige, präsentative Reize eintreten, liegen den Reaktionen der zweiten Stufe nur reproduzierte, also früher wirksam gewesene Reize zugrunde. Die tertiäre Stufe umfasst das abstrakte Denken und die höchsten psychischen Leistungen des Menschen überhaupt.

Die gesamte psychische Leistung des Menschen fasst Jodl als eine Kraft auf, nämlich als die spezifische Kraft des Zentralnervensystems.

\* Diese spezifische Kraft ist besonders in ihren höheren Stufen je nach der morphologischen Beschaffenheit, je nach der Entwicklung des Organismus mehr oder weniger ausgebildet.

Die Begriffe der Entwicklung und der Energie sind es also, die wir als die wesentlichen Voraussetzungen seiner Psychologie festhalten müssen. Nicht wesentlich dagegen scheint die Einteilung des psychischen

---

1) Vortrag, gehalten am 21. Juni 1913 im Psychiatrischen Verein zu Berlin.

Geschehens in drei Stufen. Je tiefer wir in das psychische Geschehen eindringen, desto mehr Stufen werden wir unterscheiden, desto genauer werden wir es beschreiben und erfassen können. Zunächst und vor allem für die praktische Anwendung der Theorie dürfte es genügen, wenn wir nur zwei Stufen unterscheiden und unter Beibehaltung von Jodl's präsentativer primärer Stufe die reproduktive und tertiäre Stufe als sekundäres psychisches Geschehen zusammenfassen.

Wir haben also dann die Reaktionen auf gegenwärtig vorhandene präsentative Reize als primäres psychisches Geschehen von den Reaktionen zu unterscheiden, die auf reproduzierte, nur vorgestellte Reize erfolgen. Der Unterschied liegt nicht im Inhalt, sondern in der Art der Bewusstseinstätigkeit. Die Empfindung des Sonnenlichts ist etwas anderes als die Vorstellung dieser Empfindung. Das vorgestellte Licht ist nicht heller oder schwächer als das reale, die Empfindung des vorgestellten Lichts ist nicht schwächer als die des wirklichen, sie ist eine Vorstellung und keine Empfindung. Die Bewusstseinstätigkeit, die einer Vorstellung zugrunde liegt, ist eine andere als die zu einer Empfindung führende und überhaupt nicht mit dieser vergleichbar. Das Vorstellen ist gewissermaßen eine transformierte psychische Energie.

An der psychischen Energie können wir nach Jodl ausser den beiden verschiedenen Stufen ferner verschiedene Qualitäten unterscheiden und zwar sind dies Empfinden, affektives Fühlen und Streben. Diese drei Qualitäten finden wir bereits auf der primären Stufe und zwar sind sie als untrennbar verbunden zu denken. Im einzelnen psychischen Akt überwiegt oft eine der drei Qualitäten, in jedem sind aber alle drei gleichzeitig enthalten. Es gibt also kein isoliertes Empfinden, kein isoliertes Fühlen oder Streben, sondern jede psychische Reaktion enthält gleichzeitig alle drei Qualitäten, nur in verschiedenem quantitativen Verhältnis. Jede Empfindung z. B. ist lust- oder unlustbetont und enthält das Streben, sie wahrzunehmen, zu identifizieren. Ebenso ist Fühlen und Streben von den andern Qualitäten begleitet.

Diese Dreiteilung des psychischen Geschehens ist wiederum nur vorläufig und nicht wesentlich. Jede der von Jodl anerkannten Grundqualitäten ist wieder in eine Reihe von Inhalten teilbar. Das Empfinden zerfällt in die zahlreichen Formen des Tastgefühls und die von den Sinnesorganen aufgenommenen und verarbeiteten Reize, das Fühlen zeigt Lust und Unlust in der mannigfachsten Form, das Streben umfasst die als Triebe bekannten Aeusserungen des Willens, wie den Bewegungstrieb, den Nachahmungs-, Ernährungs-, Geschlechtstrieb usw.

Aber damit sind die Leistungen des Zentralnervensystems keineswegs erschöpft. Reflex, Muskeltonus, Sekretion, Krämpfe u. a. werden

von ihm beherrscht. Diese vom Standpunkt der Entwicklung niedrigeren Funktionen fassen wir als subprimäre Funktionen zusammen und trennen sie damit von den psychischen Leistungen im engeren Sinne.

Um die Ergebnisse der normalen Psychologie auf die Pathologie übertragen zu können, müssen wir eins voraussetzen, nämlich dass hier keine neuen, unbekannten Vorgänge oder Kräfte in Frage kommen. Ausdrücke wie Dissoziation, Parafunktion, Spaltung der Persönlichkeit u. a. müssen wir als entbehrlich vermeiden, wenn sie auch nur bildlich gemeint sind. Indem wir annehmen, dass das psychische Geschehen eine nicht weiter definierbare spezifische Kraft ist, kann die pathologische Reaktion sich nur durch ihre Intensität von der normalen unterscheiden, sie muss stärker oder schwächer sein als diese.

Wenn das richtig ist, so folgt daraus, dass sich alle psychopathologischen Symptome als Erregung oder Hemmung der normalen psychischen Kraft definieren lassen müssen. Eine Theorie, die ein einziges Krankheitsstypum erklärt, d. h. den weiteren Begriffen unterordnet, muss auf alle übrigen anwendbar sein. Es kann also keine besondere Theorie der Halluzinationen oder des Wahns usw. geben, sondern nur eine Theorie der Psychosen.

Es erleichtert die folgende Darstellung, wenn wir uns die Einteilung der psychischen Kraft nach Jodl in einem Schema versinnbildlichen.

Die psychische Kraft eines normalen Menschen soll ein Rechteck repräsentieren, dass durch eine wagerechte Linie halbiert wird. Die schmale Seite nennen wir  $I = \text{Intensität}$ , die untere Hälfte markiert die primäre Funktion,  $P$ , mit ihren drei Grundqualitäten, die obere Hälfte die sekundäre Funktion  $S$ . Die beiden Hälften von  $I$  sind  $I_p$  und  $I_s$ , die sich also wie 1:1 verhalten.

An diesem Schema lässt sich zunächst das Assoziationsgesetz Jodl's demonstrieren, das sich dadurch von andern Systemen unterscheidet, dass nicht nur Vorstellungen untereinander assoziierbar sind, sondern ebenso die primären Funktionen untereinander und ferner primäre und sekundäre Reaktionen sich gegenseitig hervorrufen können. Die Erfahrung zeigt, dass Vorstellungen untereinander am leichtesten assoziierbar sind, dass ferner die Affektivität besonders eng mit ihnen verknüpft ist, dass aber auch Empfindungen und Triebe durch Vorstellungen hervorgerufen, präsentativ werden können.

An dem Schema können wir uns ferner die Abweichungen der Jodl'schen Psychologie von anderen Systemen deutlich machen. Ziehen und die Assoziationspsychologen vernachlässigen die primäre Stufe völlig. Die Voluntaristen tun das bezüglich des affektiven Fühlens, während die Freudianer sich mit einer kleinen Ecke des ganzen Gebäudes begnügen.

Die beiden von uns angenommenen Stufen oder Arten der Bewusstseinstätigkeit sind nur in der Abstraktion zu trennen. Im einzelnen psychischen Akt sind sie untrennbar verbunden, aber eine von ihnen kann quantitativ überwiegen. Die psychische Kraft kann sich einmal überwiegend in Vorstellungen, einmal überwiegend in primären Funktionen entladen.

Wir unterscheiden also theoretisch in jeder psychischen Reaktion zwei Arten der Bewusstseinstätigkeit und je nach dem Ueberwiegen der primären oder der sekundären Funktion zwei verschiedene Arten von Empfindungen, von Gefühlen, von Willensäußerungen und Vorstellungen in der normalen Psychologie, also auch in der Psychopathologie. Eine psychische Reaktion kann überwiegend primär oder sekundär sein. Der Unterschied zwischen Normal und Krankhaft ist nur ein gradueller. Krankhaft ist diejenige psychische Reaktion, die stärker oder schwächer als normal ist oder was dasselbe sagt, die krankhafte psychische Reaktion ist dem Reiz nicht proportional.

Die Ursache der krankhaften Reaktion ist psychologisch zunächst nebensächlich. Ob das Gehirn durch Alkohol, durch das paralytische Gift oder die Noxe der Katatonie geschädigt wird, ist einerlei. In allen Fällen kann eine krankhafte Erregung der psychischen Kraft hervorgerufen werden. Diese Erregung kann sich z. B. im Gebiet des Empfindens durch Halluzinationen dokumentieren, d. h. durch psychische Akte, die den vorhandenen Reizen in ihrer Intensität nicht entsprechen, sondern stärker sind als normale Reaktionen oder die ganz ohne den normaler Weise notwendigen spezifischen Reiz zustande kommen. Die Empfindung eines Nadelstichs z. B. ist kein passiver Vorgang, sondern ein psychischer Akt, der eine gewisse Menge psychischer Energie absorbiert. Tritt diese Empfindung auf, ohne dass wirklich ein Stich ausgeführt wurde, ohne dass also der Reiz gegeben war, so ist die Reaktion Ausdruck krankhafter psychischer Erregung.

Die Halluzination eines Nadelstichs enthält zweifellos primäre und sekundäre Elemente. Die vorhandene Empfindung des Stichs ist primär. Die Annahme aber, dass es sich gerade um einen Nadelstich handelt, kann nur auf reproduzierten Elementen, nämlich der Vergegenwärtigung früherer Nadelstiche, auf Vergleichen mit andern, früheren Eindrücken beruhen.

Eine solche detaillierte Halluzination steht in offenbarem Gegensatz zu den sogenannten elementaren Sinnestäuschungen, die von den Kranken nur in ganz allgemeinen Vergleichen geschildert werden. Selbst wenn Geisteskranke erklären gespießt, gebrannt, gespickt, elektrisiert zu werden, meinen sie das garnicht in dem gewöhnlichen

Sinne. Sie versuchen nur, völlig unbekannte Empfindungen, die sie ihren Erinnerungen nicht einordnen können, zu beschreiben. Sie brauchen dabei oft Wortneubildungen, um das Undefinierbare auszudrücken. Anscheinend werden sie durch diese Sinnestäuschungen erregt, wie man zu sagen pflegt.

Von unserm Standpunkt betrachtet ist aber das Vorhandensein einer psychischen Erregung notwendige Voraussetzung für das Zustandekommen der Halluzinationen, wenn auch diese wieder eine Verstärkung der Erregung bewirken können. Die krankhafte Empfindung ist nur Symptom der bestehenden krankhaften Erregung des psychischen Kraftzentrums und infolge der Einheit des psychischen Geschehens nicht das einzige. Nicht nur das Empfinden, sondern auch die andern Quantitäten der psychischen Energie müssen mehr oder weniger krankhaft gesteigert sein. Die Halluzinantien sind meist auch affektiv und motorisch erregt. Dass sie es nicht immer in deutlich erkennbarer Weise sind, hat einen bestimmten Grund, auf den wir noch zu sprechen kommen.

Die Halluzinationen stehen mitunter im Vordergrund der pathologischen Symptome. In andern Fällen sind es affektive oder motorische Reaktionen, die das Krankheitsbild beherrschen. Warum sich im einzelnen Fall die psychische Erregung hauptsächlich auf dem Gebiet des Empfindens äussert, in einem andern mehr auf dem des Fühlens oder des Strebens, wissen wir so wenig wie andere. Nach unserer Auffassung ist aber der Inhalt der Bewusstseinstätigkeit unwesentlich. Es ist also nebensächlich, welche Art von Erregungszuständen bestehen, dagegen wichtig, ob die primäre oder sekundäre Funktion in den psychischen Reaktionen überwiegt.

Wir haben bisher zwei Arten von Halluzinationen unterschieden, solche, die auf elementare unklare Empfindungen beschränkt und andere, die mehr oder weniger deutliche Reproduktionen früherer Eindrücke sind.

Beide Arten führten wir auf Erregung der psychischen Kraft zurück und bezeichneten sie als Symptome dieser krankhaften Erregung.

Wovon hängt es nun ab, welche dieser beiden Arten von Halluzinationen im Einzelfalle auftreten?

Während wir nicht weiter erklären können, warum in einem Fall einer Dementia praecox z. B. zahlreiche Halluzinationen, in einem andern zahlreiche Affekte oder Triebhandlungen auftreten, während also der Inhalt der psychischen Akte von vorläufig unbekannten Faktoren abhängig ist, lässt sich die Art der krankhaften psychischen Reaktion, um die es sich hier handelt, auf konstitutionelle psychische Eigenschaften zurückführen, die wir uns theoretisch unschwer klar machen können.

Wir stellen uns vor, dass es konstitutionelle Abweichungen vom psychischen Normaltypus geben muss, in denen das angenommene Verhältnis der primären zur sekundären Funktion,  $P : S = 1 : 1$ , gestört ist. Zunächst muss es hier zwei Möglichkeiten geben können. S kann entweder grösser oder kleiner als das S des Normaltypus sein.

Da sich nun nachweisen lässt, dass in dem als Hysterie bekannten Symptomenkomplex die Vorstellungen in ausserordentlichem Masse überwiegen, dass also ein Hysterischer mehr auf Vorstellungen reagiert als auf wirkliche Eindrücke, dass er mehr denkt als empfindet oder fühlt oder will, so nenne ich den Typus, in dem S konstitutionell über P dominiert, hysterische Konstitution. Den Gegensatz dazu bildet der Typus, bei dem S schwach entwickelt ist, die gegenwärtigen Reize nicht in Vorstellungen umgesetzt werden. Da in den höheren Graden dieses Missverhältnisses zwischen P und S Imbezillität besteht, nenne ich den Typus, in dem  $P > S$  ist, daher imbezille Konstitution.

Die konstitutionellen Abweichungen brauchen nun im gewöhnlichen Leben durchaus nicht aufzufallen oder als krankhaft hervorzutreten.

Bei den sogenannten nervösen Menschen werden wir stets ein übermässig ausgebildetes Vorstellungsleben konstatieren können. Es ist dies die alte, besonders von Moebius verfochtene Anschauung, dass jeder Kulturmensch ein bisschen hysterisch ist. Um nun diesen etwas hart klingenden Ausdruck zu vermeiden, schlage ich für die geringen Grade der hysterischen Konstitution, den hysterischen Habitus, den Namen *Hypernoia* vor, für sein Gegenteil, den imbezillen Habitus, aus demselben Grunde *Hyponoia*. Das klingt besser als hysterisch und imbezill und trifft die Sache insofern, als damit gesagt werden soll, dass eine solche Psyche noch in den Bereich des Normalen fällt. Diese normalen Konstitutionen unterscheiden sich aber nur graduell von den pathologischen.

In diesen beiden Typen ist P als normal gross, als 1, angenommen. Wird nun P infolge krankhafter Anlage kleiner als 1, so ist doch wieder der Fall denkbar, dass S relativ, also im Verhältnis zu dem kleinen P, zu gross ist. Wir haben dann eine Kombination von Schwachsinn mit Hysterie, die ich als „relative Hysterie“ bezeichne. Im Gegensatz dazu steht die „relative Imbezillität“, in der zwar P grösser als 1 ist, die Entwicklung von S aber keine völlig entsprechende ist. Die letzte Kombination ist nur selten Gegenstand der Psychiatrie. Es gehören hierher z. B. Fälle von begabten Menschen, die ungewöhnlich klug und energisch, aber nicht immer ethisch ihr Ziel verfolgen. Die relative Hysterie dagegen ist ein in den Anstalten sehr häufiger Typ, dessen nähere Betrachtung hier aber zu weit führen würde.

Die genannten Typen der psychischen Konstitution sind nun noch nicht ausreichend, um die Mannigfaltigkeit der psychischen Erscheinungen zu erklären. Das Individuelle einer Psyche entwickelt sich auf Grund einer dieser Typen, aber es entwickelt sich verschieden nach dem Geschlecht, dem Alter, nach Rasse, Beruf, kurz nach den persönlichen Erlebnissen des einzelnen. Diese äusseren zufälligen Bedingungen, denen die Konstitution während des Lebens unterworfen ist, nenne ich Konstellation und brauche diesen Ausdruck also etwas umfassender als andere Autoren (Ziehen).

Nehmen wir nun an, dass ein bestimmter Reiz auf die verschiedenen Konstitutionen erregend wirkt, so müssen sich, auch wenn wir von den Inhalten der Affekte, Wahnideen usw. absehen, ganz verschiedenartige Reaktionen ergeben, Reaktionen, deren Verschiedenartigkeit auf dem verschiedenen Verhältnis von P : S beruht.

Es genüge, das an dem hypernoischen und hyponoischen Typus zu betrachten. Jede Erregung muss die psychische Kraft in toto erregen. Die vorher nicht deutliche konstitutionelle Anomalie wird nun durch die Erregung wie unter einem Vergrösserungsglas deutlicher zutage treten als in normalen Zeiten. Es kommt zu hysterischen oder imbezillen Symptomen, die in der Tat, wie die Erfahrung lehrt, bei sehr verschiedenen Psychosen auftreten können. Diese Verschiedenheit der Reaktion beruht aber nicht auf der Verschiedenheit der Krankheitsursache, sondern auf der Verschiedenheit der Konstitutionen.

Erkrankt also ein Hyponoischer an Katatonie, so muss er überwiegend elementare Halluzinationen haben, während der Hypernoiker detaillierte Schilderungen geben kann, er hat mehr Vorstellungsmaterial zur Verfügung, seine Halluzinationen enthalten reproduzierte Elemente in grösserer Zahl.

Und wie bei den Halluzinationen, so ist es auch bei den Affekten und Willensäusserungen. Bei dem Schwachsinnigen, dem Hyponoischen oder Imbezillen sind sie triebartig, unmotiviert; bei dem Hysterischen oder Hypernoischen eingehend, wenn auch wahnhaft, motiviert.

Die Erregung, die wir hierbei im Auge haben, ist durch äussere Ursachen, z. B. Alkohol, Paralyse oder die unbekannte Noxe der Katatonie hervorgerufen. Es gibt nun aber zweifellos psychische Erregungen, die auf rein psychischen Ursachen, auf Vorstellungen beruhen. Die Vorstellungen können natürlich nur in solchen Konstitutionen eine besondere Rolle spielen, in denen sie schon konstitutionell überwiegen, also in dem hysterischen oder relativ-hysterischen Typus. Je ausgesprochener die Anomalie ist, desto leichter kann eine Erregung der sekundären Funktion zu einer Erregung der gesamten Psyche führen. Vor allem

ist es die enge, assoziative Verknüpfung der Vorstellungen und der Affekte, die hier eine grosse Rolle spielt. Durch die Vorstellung einer zu erwartenden Strafe z. B. wird ein Angstaffekt ausgelöst, der seinerseits die Erregung steigert. Es kommt so zum hysterischen Affektdämmerzustand oder zur hysterischen Melancholie.

Solche Kranken werden gewöhnlich als gehemmt bezeichnet. Allerdings ist bei ihnen der Vorstellungsablauf durch den asthenischen Affekt gehemmt, ihr Denken ist auf einen Punkt konzentriert. Aber ihre psychische Kraft ist auf das stärkste erregt, sie ist durch das Erleben des Affekts absorbiert. Erregt ist auch das Empfinden. Es dürfte kaum eine Melancholie ohne Halluzinationen oder Illusionen geben. Erregt ist die Spontaneität. Entweder zeigen die Kranken grosse Unruhe oder sie verfallen in einen Stuporzustand mit Muskelspannungen, die sich in dem starren Gesichtsausdruck und abnormen Haltungen ausdrücken. Stets findet man lebhaften Tremor der Hände, beschleunigten Puls, erhöhte Reflexe.

Es ist also die Melancholie ebenso wie der Dämmerzustand auf affektiver Basis von unserem Standpunkt ein Erregungszustand. Die Hemmung des Denkens ist Folge des depressiven Affekts, ist eine sekundäre Erscheinung. Nur so ist es auch verständlich, dass die äusseren Erscheinungen des Angstaffekts sehr verschieden sind. Angst kann den Menschen äusserlich erregen oder in Stupor verfallen lassen. Dieser Stupor ist aber ein Erregungsstupor und in seinem Verhalten wie in seiner Psychologie völlig anders als ein wirklicher Hemmungsstupor.

Unser Begriff der „Erregung“ umfasst also nicht nur die motorische und affektive Erregung, sondern auch die halluzinatorische und die des Vorstellens. Die Versunkenheit eines intensiv nachdenkenden Menschen wird niemand als Herabsetzung der psychischen Energie ansprechen. Und doch ist hier der Vorstellungsablauf eingeeengt, konzentriert, ähnlich wie bei der Angstmelancholie. In beiden Fällen wird multum, nicht multa geleistet, aber es wird mehr Energie verbraucht, mehr erlebt, als normal. Es besteht in beiden Fällen psychische Erregung.

Hemmungssymptome der Autoren sind also gewöhnlich nur Denkhemmung, ohne dass dabei die Frage berücksichtigt wird, wie sich die primären Funktionen in diesen Zuständen verhalten. Der Begriff der psychischen Hemmung wird ausserdem noch für die Erscheinung der interferierenden Reize in Anspruch genommen, durch die die Aufmerksamkeit abgelenkt, geteilt wird.

Wir fassen Hemmung als Gegensatz der Erregung auf, d. h. als Herabsetzung der psychischen Kraft. Sie dokumentiert sich in Reaktionen, die schwächer als normal sind oder in dem Fehlen psychischer Reaktionen



überhaupt. Völlige Hemmung tritt erst mit dem Tode ein, geringere Grade beobachten wir im Verlauf des normalen Lebens. Hier tritt sie als Abspannung, Ermüdung, Schlaf auf.

Stärkere Grade stellen pathologische Phänomene dar, die im Verlauf sehr verschiedener Psychosen vorkommen können. Am ausgesprochensten finden wir sie in dem anscheinend nicht häufigen Hemmungsstupor, der gelegentlich im Verlauf einer Dementia praecox beobachtet wird. Hier fehlen Sinnestäuschungen, Affekte, Triebhandlungen und Wahnideen; die Kranken liegen mit weitgehender Resolution aller Muskeln im Bett, sprechen nicht, sind gleichgültig, reagieren nicht auf sensible Reize. Die psychische Kraft ist in allen Qualitäten herabgesetzt.

Eine derartige psychische Hemmung kann nie von der sekundären Stufe ihren Ausgang nehmen, d. h. sie kann nie auf Vorstellungen irgend welcher Art beruhen. Denn Vorstellungen sind immer Ausdruck psychischer Erregung, psychischer Aktivität. Eine Vorstellung kann überwertig werden und alle oder doch die meisten anderen ausschalten, den Gedankenablauf hemmen. Sie kann das aber nur, wenn sie affektbetont ist, wenn also ein Erregungszustand vorliegt. Sind aber keine Vorstellungen vorhanden, ist also die sekundäre Funktion nicht erregt, so kann sie auch keine Wirksamkeit entfalten und die primäre Funktion nicht beeinflussen.

Wir haben hier eine Konsequenz, die sich aus der von Jodl postulierten Abhängigkeit der sekundären Funktion von der primären ergibt. Psychische Hemmung in unserm Sinne kann nie durch intrapsychische Prozesse hervorgerufen werden, sondern nur durch eine direkte Schädigung der primären Funktion z. B. durch Alkohol, durch die Paralyse oder Katatonie.

Die — in unserm Sinne — hysterischen Symptome treten damit in scharfen Gegensatz zu den Symptomen, die auf Schädigung der primären Funktion beruhen und die wir nach den wichtigsten nunmehr sämtlich als katatonisch bezeichnen wollen.

Es ergibt sich dann für die krankhaften psychischen Symptome folgende Einteilung:

### I. Hysterische Symptome.

Sie sind immer Erregungssymptome und gehen immer von der sekundären Stufe aus. Sie sind intrapsychisch oder psychogen, wie man sagt.

### II. Katatonische Symptome.

Hier unterscheiden wir:

- a) Erregungssymptome.
- b) Hemmungssymptome.

Alle katatonischen Symptome gehen von der primären Stufe aus. Die Erregungssymptome lassen sich nach der zugrunde liegenden Konstitution in elementare und reproduzierte einteilen.

Bei den Hemmungssymptomen ist diese Einteilung oft nicht möglich, da hier die Reaktionen infolge ihrer geringen Intensität schwerer analysierbar sind. Und sie ist auch praktisch nicht wesentlich, da die Feststellung, dass ein wirklicher Hemmungszustand vorliegt, genügt, um eine Schädigung der primären Funktion mit Sicherheit diagnostizieren zu können.

Im Allgemeinen scheinen diese Hemmungszustände noch nicht genügend beachtet worden zu sein. Wie ich glaube, gehören auch gewisse Zustände hierher, die gewöhnlich der Epilepsie zugezählt werden, nämlich vor allem Absenzen und Dämmerzustände ohne Affekt.

Es fragt sich nun, wie sich im Verlauf einer Psychose Hemmung und Erregung zueinander verhalten.

Man ist gewohnt, sich diese Zustände als alternierend vorzustellen. Die Stimmung des Manischen oder Melancholischen schlägt um, der eben noch anscheinend gehemmte Katatoniker springt plötzlich auf, um sofort in seinen Stupor zurückzuverfallen.

Dieser Katatoniker ist aber von unserm Standpunkt aus nicht gehemmt, sondern aufs äusserste erregt. Der Stupor zeichnet sich durch heftige Muskelspannungen aus und diese sind es, die ihm jede Bewegung unmöglich machen. Sobald die Erregung etwas nachlässt, bricht sich der gesteigerte Bewegungstrieb mit explosiver Gewalt Bahn.

Dass der Melancholische nicht weniger erregt ist wie der Manische, wurde schon erwähnt. Hier wechselt nur der Inhalt des Affekts. Der Vorgang ist nicht anders aufzufassen, als wenn ein Halluzinant, der meist Stimmen hört, plötzlich klagt, er werde mit elektrischen Apparaten gequält. Nur ist die Wirkung des asthenischen Affekts auf den Vorstellungsablauf eine andere als die des sthenischen Affekts. Auch tritt im sonstigen Verhalten des Kranken ein Wechsel des Affekts viel deutlicher zu Tage als ein Wechsel der Halluzinationen. Letzteren würden wir kaum bemerken, wenn ihn der Kranke uns nicht mitteilt, während der Stimmungswechsel nicht zu übersehen ist.

Alternieren von Hemmung und Erregung in unserem Sinne würde dann bestehen, wenn auf eine Periode krankhaft gesteigerter Reaktionen eine solche krankhaft herabgesetzter folgen würde.

Die Erfahrung lehrt, dass dieser Wechsel mitunter vorkommt, aber durchaus nicht die Regel bildet. Erregung und Hemmung können abklingen und zur Heilung gelangen, sie können aber auch während des ganzen Lebens bestehen bleiben, chronisch werden.

Die Prognose eines krankhaften Zustandes ist wesentlich davon abhängig, ob er auf Schädigung der primären Stufe beruht oder von Vorstellungen ausgeht, psychogen bedingt ist. Es ist bekannt, dass letztere fast stets abklingen, aber oft zu Rezidiven neigen. Dies wird besonders dann der Fall sein, wenn Hysterie höheren Grades besteht. Die Konstitution bleibt hier also unverändert.

Die chronischen Erregungen und Hemmungen der primären Stufe führen dagegen schliesslich stets zur Demenz. Sie verändern schneller oder langsamer die Konstitution und zwar leiden stets zuerst, d. h. zuerst in bemerkbarer Weise, die sekundären, die höheren geistigen Funktionen. Es kann also durch einen katatonischen Prozess aus einer hysterischen Konstitution eine imbezille werden. Das Umgekehrte ist natürlich unmöglich.

Dadurch kommt es, dass spätere Anfälle der *Dementia praecox* oder der Manie völlig andere Symptome darbieten als der erste, der eine rüstige Psyche betraf. Im Anfang sind die Symptome anscheinend hysterisch, später überwiegt die primäre Funktion in immer höherem Masse. In den späteren Anfällen sehen wir gar nicht mehr Reaktionen einer normalen, sondern einer defekten Psyche. Wir können daher die Reaktionen als Defekterregungen und Defekthemmungen bezeichnen.

Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass der Bewusstseinszustand des Kranken nach dem ersten akuten Anfall nicht mehr zur Norm zurückgekehrt ist, dass sich die psychischen Reaktionen nunmehr gewissermassen auf einem tieferen Niveau abspielen.

Es besteht also bei einer Defekterregung eine dauernde Schädigung, eine dauernde Hemmung der primären Funktion, die eine entsprechende Herabsetzung der sekundären Funktion zur Folge hat. Diese rudimentäre Psyche kann aber weiter in Erregung versetzt werden. Der Paranoiker z. B. äussert bis zuletzt dieselben Wahnideen, aber er motiviert sie nicht mehr, sie werden zerfahrener, ohne Affekt vorgebracht.

In diesen Fällen besteht also gleichzeitig Hemmung und Erregung. Darin liegt aber nur scheinbar ein Widerspruch gegen unsere Definition, die Hemmung und Erregung als Zustände bezeichnete, die sich gegenseitig ausschliessen. Denn die Hemmung in der Defekterregung ist bereits konstitutionell geworden.

Defekterregungen sind meist leicht erkennbar. Defekthemmungen dagegen dürften praktisch nur eine geringe Bedeutung haben.

An den Defekterregungen lässt sich besonders der Nachweis führen, dass die psychische Kraft dauernd in einer Qualität überwiegend erregt sein kann. Hierher gehören die stereotypen Bewegungen, hier treten die elementaren Affekte und Sinnestäuschungen oft sehr deutlich hervor.

Die Einteilung der Symptome, zu der wir auf Grund der Jodl'schen Psychologie unter Berücksichtigung der konstitutionellen Verschiedenheiten gelangt sind, lässt sich nun ohne Weiteres auf die Bewusstseinszustände d. h. auf die funktionellen Psychosen übertragen, denn diese sind nichts anderes als eine Summe krankhafter psychischer Reaktionen. Wir unterscheiden also 1. hysterische Psychosen.

Diesen liegen psychogene Ursachen im engeren Sinne zugrunde, sie sind intrapsychisch bedingt und stellen die eigentlichen funktionellen Psychosen dar. Bei ihnen suchen und vermuten wir keine nachweisbaren Strukturveränderungen, keine organischen Läsionen des Gehirns. Hierher gehören die Hysterie im gewöhnlichen Sinne, ferner die hysterischen Dämmerzustände, die Haftpsychosen, traumatische Neurosen und die psychogene Melancholie.

Die zweite Gruppe wird durch die katatonischen Psychosen gebildet. Zu ihr rechnen wir alle Zustände, bei denen eine Erkrankung der primären Funktion anzunehmen oder nachzuweisen ist, also die Dementia praecox, das manisch-depressive Irresein und die Paranoia. Die Noxe, durch welche diese Krankheiten hervorgerufen werden, ist noch unbekannt, jedoch deutet vieles darauf hin, dass es sich hier um eine Autointoxikation handelt, die im Gehirn histologisch nachweisbare Spuren hinterlässt.

In der dritten Gruppe fassen wir die organischen Geisteskrankheiten zusammen. Sie werden durch Alkohol oder andere bekannte Gifte, durch Arteriosklerose, Paralyse oder sonstige Schädigungen des Gehirns verursacht. Auch die durch Entwicklungsstörungen bedingten Defektzustände gehören hierher.

Die Trennung dieser Gruppen wird in der Praxis dadurch erschwert, dass natürlich Kombinationen der verschiedenen Krankheitsursachen möglich sind. Ein hysterisches Individuum kann an Katatonie erkranken, ein Katatoniker kann Alkoholist werden und zu einer Entwicklungsstörung kann sich die katatonische Noxe gesellen. Die letzte Kombination dürfte vor allem der mit Krämpfen einhergehenden sogenannten Epilepsie nicht selten zugrunde liegen.

Der strikte Nachweis für die Richtigkeit unserer Anschauungsweise wird sich erst führen lassen, wenn wir die Noxe der Katatonie in jedem Falle nachweisen können. Jedenfalls aber scheint es schon jetzt berechtigt, zur Erklärung der katatonischen Psychosen nur eine einzige Unbekannte, nämlich diese Noxe, heranzuziehen, anstatt mit mehreren zu rechnen und für die Manie z. B. eine andere Ursache als für die Paranoia anzunehmen. Denn unter Zugrundelegung der Jodl'schen Psychologie gelingt es, die verschiedenen Zustände theoretisch auseinanderzuhalten und zu definieren.

Auf Grund der dargelegten Anschauungen verstehen wir unter Hemmung und Erregung krankhafte Intensitätsschwankungen der psychischen Kraft und führen die mannigfaltigen Symptome der funktionellen Psychosen nicht auf Verschiedenheiten der Krankheitsursache, sondern auf Verschiedenheiten der Konstitution und Konstellation zurück.

Wie die Krankheitsbilder im Einzelnen zustande kommen, kann an dieser Stelle nicht ausgeführt werden. Hervorgehoben sei nur, dass die organischen Krankheiten ein völlig analoges Verhalten zeigen. Der Alkohol ruft völlig verschiedene Krankheitsbilder hervor, die zum Teil sicher nur konstitutionell bedingt sind und ebenso tritt die Paralyse oder das Fieberdelirium in Formen auf, die in gewissem Grade von Konstitution und Konstellation beeinflusst werden.

Nach unserer Anschauung kann es keine scharfe Trennung zwischen den als katatonisch bezeichneten Krankheitsformen geben. Es sind Symptomenkomplexe, die von der primären Funktion ausgehende Erregung oder Hemmung der psychischen Kraft darstellen. Als solche müssen sie alle drei primären Qualitäten betreffen, nur können sie sich überwiegend in einer oder der anderen Qualität äussern. Je ausgeprägter das Ueberwiegen einer Qualität ist, desto deutlicher tritt der Typus der Manie oder der Katatonie oder der Halluzinose hervor. Bei ausgesprochener Hyperfunktion von S, besonders also im höheren Alter und bei gleichmässiger Erregung aller drei primären Qualitäten kommt es zur Paranoia.

Die Theorie zeigt ferner, aus welchem Grunde oft die Entscheidung so schwierig ist, ob im einzelnen Fall eine hysterische oder katatonische Melancholie anzunehmen ist. Bei hysterischer Konstitution müssen die elementaren Symptome praktisch schwer von hysterischen zu trennen sein. Denn obwohl sie von der primären Stufe ausgehen, enthalten sie doch zahlreiche reproduzierte Elemente. Jedes einigermassen entwickelte Individuum ist aber in weiterem Sinne als hysterisch bzw. hypernoisch anzusehen.

Nach meinen Erfahrungen lassen sich die hier entwickelten Anschauungen praktisch verwerten und erleichtern Diagnose und Prognose in erheblichem Masse. Die weiteren Konsequenzen, die sich aus der Jodl'schen Psychologie für die Psychiatrie ergeben, habe ich als energetische Theorie bezeichnet und in einer demnächst erscheinenden Monographie<sup>1)</sup> eingehend zu begründen versucht.

---

1) Anmerkung b. d. Korrektur: Bereits im Verlage von August Hirschwald, Berlin, erschienen.