

V.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Königlichen Charité.

Die exogenen Reaktionstypen.

Von

K. Bonhoeffer-Berlin.

Die Tatsache, dass im Gebiete der akuten symptomatischen psychischen Erkrankungen gegenüber der Mannigfaltigkeit der Grunderkrankungen eine grosse Gleichförmigkeit und Uebereinstimmung der psychischen Erkrankungsformen sich findet, hat mir seinerzeit Veranlassung gegeben, von exogenen psychischen Reaktionstypen zu sprechen. Gemeint waren damit vor allem die bei den verschiedensten Grunderkrankungen häufig wiederkehrenden Zustandsbilder vor allem von delirantem, stuporösem, angstvoll epileptoidem, dämmierzustandsartigem Charakter, Amentiabilder und amnestische Symptomenkomplexe. Ich habe von Prädilektionstypen in dem Sinne gesprochen, dass die toxisch-infektiösen Prozesse und Auto intoxikationen, die chronischen Intoxikationen, die schweren Hirnkontusionen, wenn sie zu psychischen Störungen führen, diese psychotischen Bilder bevorzugen, im wesentlichen unabhängig von der speziellen Natur der gerade vorliegenden exogenen Schädigung.

Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit habe ich mich auch dafür ausgesprochen, dass rückschliessend aus dem Vorliegen solcher Zustandsbilder eine exogene Aetiology angenommen werden dürfe. Als reine Typen einer exogenen Schädigung betrachte ich vor allem die mit Benommenheit einhergehenden Delirien und den amnestischen Symptomkomplex. Für die häufige Form der angstvoll epileptoiden Erregung wies ich auf die Ähnlichkeit mit epileptischen Dämmierzuständen und für manche Amentiaform auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose gegenüber der Katatonie hin. Unter Betonung des hypothetischen Charakters stellte ich auch für diese Erkrankungen die Erwähnung einer exogenen Bedingtheit an im Hinblick auf die Möglichkeit autotoxischer Störungen bei der Epilepsie und Katatonie.

Mit dieser Aufstellung haben sich neuerdings eine Reihe von Forschern beschäftigt, zum Teil zustimmend, zum andern ablehnend. Der Krieg mit

seinen neuen Aufgaben hat es mir bisher nicht möglich gemacht, auf die Diskussion dieser Frage zurückzukommen.

Die abweichenden Anschauungen gehen nach zwei ganz verschiedenen Richtungen.

Von der einen Seite wird gesagt, dass die Differenzierung der exogenen psychischen Reaktionsformen sehr viel weiter durchführbar sei, als ich es annehme. Knauer vor allem bestreitet an der Hand von Beobachtungen über Psychosen bei Gelenkrheumatismus die von mir und früher schon von Siemerling ausgesprochene Meinung, dass eine Differenzierung von Psychosen je nach der Art der zugrunde liegenden Infektionskrankheit nicht möglich sei.

Eine gänzlich entgegengesetzte Auffassung vertritt Specht, der in letzter Instanz die Möglichkeit der Abgrenzung endogener und exogener Zustandsbilder überhaupt bestreitet.

Ich möchte mich zunächst mit den bemerkenswerten Einwendungen des letzteren Autors beschäftigen.

Die kritischen Bedenken Specht's setzen bei der echten (zirkulären bzw. periodischen) Depression ein, von der ich im Jahre 1909 gesagt habe, dass ich sie bei exogener Aetologie nie beobachtet habe. Nicht ohne formale Berechtigung sagt Specht, nachdem das Vorkommen manischer Zustandsbilder auf exogenem Boden von mir zugegeben sei, sei es eigentlich ein Erfordernis klinischer Logik, dass auch Depressionen auf dem Boden derselben Aetologie erwachsen. Specht wird nicht in Zweifel ziehen, dass ich diese Erwägung natürlich auch angestellt habe, wenn ich sie wohl auch nicht ausdrücklich ausgesprochen habe. Wenn ich trotzdem auch späterhin über keine sicheren entsprechenden Beobachtungen berichten konnte, so musste die klinische Erfahrung über das logische Bedürfnis gestellt werden.

Specht führt zum Beweis des Vorkommens exogen bedingter melancholischer Depressionen zwei Selbstbeobachtungen leichter Depressionen an, deren eine er auf Leuchtgasvergiftung zurückführt, während er die zweite durch eine Influenza für verursacht hält. Die exogene Natur dieser Depressionen ergibt sich für Specht vor allem aus dem schnellen Ablauf der Depressionen nach Wegfall der Schädigung. Specht erklärt seine scheinbar vereinzelt dastehende Beobachtung damit, dass solche leichten Melancholien nur dann zur Kenntnis des Arztes gelangen, wenn er sie zufällig selbst erlebe. Es steht mir nicht zu, den Selbstbeobachtungen Specht's eine andere Deutung zu geben, die im Hinblick auf die zweimalige Erkrankung beim selben Individuum anschliessend an leichte Schädigungen an sich nahe läge, nachdem er selbst betont hat, dass keine Anlage zu Depressionen oder manisch-depressiven Reaktionen vorliege.

In dem schnellen Abklingen der Depression nach dem Aufhören der

exogenen Schädigung kann ich allerdings kaum etwas Beweisendes erblicken. Man bekommt solche leichtesten Formen doch gelegentlich zu sehen, allerdings nicht in der Klinik, wie Specht mit Recht sagt, aber in der Sprechstunde sind sie mir doch begegnet, vor allem bei Eltern, die mit einem durch eigene depressive Anfälle geschärften Blick ihre Kinder mit den ersten leichten depressiven Attacken zum Arzte bringen. Retrospektiv aus der Anamnese Manisch-Depressiver sind auch die ganz kurz-dauernden Anfälle hinlänglich bekannt. Ich habe seit der Publikation Specht's bei den ausserordentlich häufigen leichten Depressionszuständen, die mir meist unter anderer Flagge in die Sprechstunde kommen, besonders darauf geachtet, ob sich exogene Ursachen ergaben. Dass sich auch unter den nahezu 100 Fällen symptomatischer Psychosen, die ich neuerdings wieder gesammelt habe, und auf die ich noch zu sprechen kommen werde, kein Depressionszustand befunden hat, wird Specht aus dem oben erwähnten Grunde nicht für beweisend halten. Ich glaube nicht, dass es daran liegt, dass ich dem dogmatischen Vorurteil unterliege, beim Anblick einer Depression von vornherein die endogene Genese vorauszusetzen, habe ich doch auch die anscheinend exogenen manischen Zustandsbilder, obwohl sie mir nicht ins System passen, nicht ignoriert. Wenn Specht darauf hinweist, dass der myxödematöse Geisteszustand sich in nichts von den analogen Symptomen der endogenen Melancholie unterscheide, so kann ich dem nicht zustimmen. Ich muss allerdings zugeben, dass meine eigene Erfahrung auf diesem Gebiete nicht sehr gross ist. Es scheint mir aber, dass das für die endogene Depression charakteristische Gefühl der Unzulänglichkeit und der inneren Abstumpfung bei dem Myxödematösen nicht im Vordergrund steht. In dem von Specht angeführten Pilez'schen Fall, der im wesentlichen dem Bilde einer schweren Angstmelancholie entspricht, lässt der Autor selbst, wohl weil der Fall von dem Typus des myxödematösen Geisteszustand abweicht, es offen, ob es sich bei diesem und ähnlichen Fällen um Kombinationen verschiedenartig bedingter Prozesse handelt. Aelteren Fällen, auf die Specht an dieser Stelle hinweist, steht das Bedenken der Nichtbeachtung unserer neueren Erfahrungen über die manisch-depressive Anlage entgegen.

Ich halte trotz der Specht'schen Ausführungen das Vorkommen von einfachen Depressionen aus exogener Ursache zum mindesten für eine Seltenheit. Ich meine aber überhaupt ist mit der Beibringung einzelner symptomatologisch abweichender Beobachtungen die Richtigkeit der Aufstellung exogener Schädigungstypen nicht zu beseitigen. Ich habe nicht ohne Grund von Typen gesprochen, sie stellen die häufigsten und darum wohl gesetzmässige Reaktionsformen dar. Specht folgt hier im wesentlichen demselben Gedankengang, der auch gegen die Aufstellung typischer Alkoholpsychosen

eingewendet wird. Die Tatsache, dass gelegentlich eine chronisch progressive paranoide Psychose, eine Manie oder eine Melancholie auf dem Boden des chronischen Alkoholismus beobachtet wird, beweist meines Erachtens nichts dagegen, dass es typische Alkoholpsychosen gibt und dass weder die chronische paranoide Erkrankung, noch die Manie oder Melancholie zu diesen gehören. Es gibt natürlich — darüber habe ich auch niemals einen Zweifel gelassen — neben den dem exogenen Typus folgenden Erkrankungen manche andere, in denen durch das Hinzutreten endogener und unbekannter Faktoren die symptomatologischen und Verlaufsverhältnisse kompliziert werden.

Specht geht dann weiter. Auch die exogenen Schädigungstypen seien nicht selten der Ausdruck einer endogenen Veranlagung. Das Delirium, das schon bei leichtem Fieber, der Dämmerzustand, der schon nach ein paar Schluck Alkohol einsetze, sie gälichen mit Recht als nur exogen ausgelöste, im Wesen aber endogene Zustände. Das klingt sehr überzeugend, zum mindesten, soweit Specht auf die bei Alkoholintoleranz auftretenden Dämmerzustände exemplifiziert. Ob für die echten, mit Benommenheit einhergehenden toxicisch infektiösen Delirien — echt im Gegensatz zu den psychogenen hysterischen Delirien —, wenn sie, wie besonders bei Kindern, anschliessend an leichte fieberhafte Erkrankungen auftreten, die Annahme eines endogenen Zustandes allgemein ist, ist mir immerhin zweifelhaft. Der Tatsache, dass das eine Individuum leichter, das andere schwerer mit Delirien reagiert, mag wohl ein endogenes Moment zugrunde liegen, ebenso wie bei der anderen Erscheinung, dass der eine Säufer eher und öfter zum Delirium tremens kommt, als ein anderer. Die exogene, vom chronischen Alkoholismus abhängige, Natur der einzelnen Delirs wird dadurch aber, wie mir scheint, ebensowenig berührt, wie beim sogenannten Fieberdelir die toxicisch-infektiöse Aetiologie.

Dass bei dem Dämmerzustand, der sich nach geringen Alkoholdosen einstellt, ein von dem Alkoholkonsum unabhängiges Moment, das der Intoleranz zugrunde liegt, von Bedeutung ist, ist natürlich nicht zu bestreiten. Aber die Sache liegt doch nicht so einfach. Auch bei der Alkoholintoleranz des epileptoiden Psychopathen liegt es nicht so, dass jedesmal nach Alkoholzufuhr der Dämmerzustand ausgelöst wird, sondern es muss, wie beim Epileptiker, ein X, eine besondere innere Konstellation hinzutreten, um ihn zur Auslösung zu bringen. Diese unbekannte innere Konstellation könnte ein in meinem Sinne exogenes vielleicht autotoxisches Agens sein, so dass damit die Brücke zu den exogenen Störungen geschlagen wäre. Ueber den hypothetischen Charakter einer solchen Auffassung, die ich unter Hinweis auf die Verwandtschaft in der Escheinungsform zwischen den erörterten exogenen Reaktionstypen und den epileptischen Störungen schon früher erörtert habe, bin ich mir völlig im klaren, auch darüber, dass wir hier an einer Stelle

stehen, wo sich die Abgrenzungsmöglichkeit des Exogenen und Endogenen verwischt. Man kann sich von den Zusammenhängen gewiss auch andere Vorstellungen machen. Wie ich schon früher vom chronischen Alkoholismus ausgeführt habe¹⁾, dass er eine Art epileptoider Veränderung schafft, so lässt sich auch sagen, dass durch die toxisch-infektiösen und anderen exogenen Schädigungen eine Art epileptoiden Zustands geschaffen wird, der sich gelegentlich in echten epileptischen Anfällen, vor allem aber in den bekannten deliranten, stuporösen Bildern, in akuten Angsterregungen und Dämmerzuständen äussert. Ein Anhänger der Anschauungen Hoche's könnte sagen, es handele sich hier doch nur um Auslösung parat liegender präformierter Symptomverkuppelungen, also in letzter Instanz auch um etwas Endogenes und nichts wesentlich anderes, als wenn bei einer manisch-depressiven Anlage durch eine Infektionskrankheit eine Depression ausgelöst wird.

Demgegenüber ist neben anderem aber darauf hinzuweisen, dass man um eine besondere Beziehung dieser präformierten Symptomenkomplexe zu den exogenen Prozessen doch nicht herumkommt und dass diese Zustände nach unseren bisherigen Kenntnissen nicht wie die manisch-depressiven des Bodens einer bestimmt gerichteten Anlage bedürfen.

Specht bestreitet die qualitative Sonderstellung der exogenen Reaktionstypen schliesslich überhaupt. Er vertritt die Auffassung, dass die als exogene Reaktionstypen bezeichneten Zustandsbilder lediglich als brüske oder sukzessive Steigerungen des endogenen Krankheitsprozesses beim manisch-depressiven Irresein vorkommen. Es handele sich um symptomatische Wandlungen, die im Sinne Schüle's als „Zerebrationsstufen“, „Auskultationsphänomene“ für die Schwere des Krankheitsvorganges zu betrachten seien.

Specht knüpft an diese Auffassung Schlüsse allgemeiner Art, die darauf hinausgehen, dass zwischen den exogenen und den endogenen psychischen Krankheiten überhaupt nur Unterschiede in dem Quantum des schädigenden Agens bestehen. Schädigt die exogene Noxe nur einschleichend und nicht zu massig, so kommen die „zarteren Formen“ der endogenen Krankheitsbilder zum Vorschein, bei grobem massiven Auftreten der exogenen Schädigung kommt es zu den groben Störungen des exogenen Typus, wie ich ihn geschildert habe.

Hält diese Auffassung der klinischen Erfahrung wirklich stand? Es ist gewiss nicht zu bestreiten, dass manche später fortschreitende Erkrankungen depressiv, manisch, auch paranoid einsetzen. Es ist auch zuzu-

1) Alkohol-, Alkaloid- und andere Vergiftungpsychose. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 1911. Nr. 14.

geben, dass sich beispielsweise echte Manien gelegentlich zu Bildern manisch-dissoziierter Verwirrtheit, auch zu traumhaft dämmerzustandsartigem Charakter steigern ohne nachweisbares Hinzutreten exogener Schädigungen. Der manische Grundcharakter der Störung pflegt aber nachweisbar zu bleiben, das scheint mir nicht unwichtig vom Standpunkt der Quantitäts-hypothese. Dass eigentliche delirante Zustände mit Bewusstseinsherab-setzung und Tastdelirien auftreten und das manische Bild substituieren, ist eine grosse Seltenheit, und ich muss wieder betonen, dass ich es immer nur dann gesehen habe, wenn entweder ein arteriosklerotischer Insult oder somatische Störungen anderer Art hinzutreten waren. Die Tatsache, dass ein sogenanntes Delirium acutum in akuter Steigerung einem zunächst depressiv, manisch, katatonisch oder auch hysterisch, wie ich es einmal gesehen, aus-sehenden Zustand sich aufsetzen kann, ist gewiss unleugbar. Ich kann nicht sagen, dass mein klinisches Bedürfnis eine wirkliche Befriedigung erfährt durch die Annahme, dass es sich in solchen Fällen um einfache quantitative Steigerung des beispielsweise der manisch-depressiven Erkrankung zugrunde liegenden hypothetisch toxischen Prozesses handelt. Die Erfahrung, dass ein solches Vorkommnis der Steigerung zum Delirium acutum unter 500 Fällen von manisch-depressiver Erkrankung sich vielleicht einmal findet, legt m. E. näher, an Komplikationen vorläufig allerdings unbekannter Art zu denken, umso mehr als es auch sonst wohl am häufigsten ist, dass sich Bilder des sogenannten Delirium acutum an exogene Schädigungen anschliessen.

Ich kann es aber auch nicht als der Erfahrung entsprechend anerkennen, wenn Specht ganz allgemein sagt, dass die exogenen Noxen in abgeschwächter Wirkungsweise in Hülle und Fülle Depressionen, manische Verstim-mungen, paranoide Zustände und hysterische Charakterveränderungen erzeugen. Man müsste diese Zustände dann doch auch in dem Vorstadium der von mir geschilderten exogenen Zustandsbilder antreffen. Es handelt sich dabei doch vielfach um vorangegangene chronische Schädigungen, die in abgeschwächter Form der ärztlichen und psychiatrischen Beobachtung zugänglich sind, wenn ich an die chronisch urämischen, die Herzkompressions-störungen, die perniziösen Anämien, die Karzinomkachexien und subakuten infektiösen Prozesse usw. denke. Was sich dabei an psychischen Abortiv- und Vorläuferscheinungen findet, sind der Regel nach nicht depressive und manische Bilder, sondern, wenn überhaupt psychische Abweichungen vor-liegen, sind es die Erscheinungen, wie wir sie von organischen Prozessen kennen, Reizbarkeit, mürrisches Wesen, Schlafstörung, Aufmerksamkeits-störung, leichte Benommenheit. Dass sich gelegentlich auch Andeutungen gesteigerter Eigenbeziehung und Misstrauen gegen die Umgebung antreffen lassen, die man als paranoide Zustände bezeichnen könnte, ist richtig. Sie sind aber nach ihrem episodischen Charakter vielmehr den Verstimmungen

zuzurechnen, auch dass hysterische Bilder sich gelegentlich exogenen Störungen superponieren, soll nicht bestritten werden.

Es ist nicht möglich, in eine eingehende Diskussion der Specht'schen Wiederaufnahme der sogenannten Zerebrationsstufen einzugehen, da dazu seine Ausführungen zu allgemein gehalten sind. Sicher scheint es mir aber den klinischen Tatbeständen nicht zu entsprechen, wenn Specht die Ansicht vertritt, dass bei jeder sogenannten endogenen Psychose jedes beliebige sogenannte exogene Zustandsbild sich einschieben kann. Die echten Delirien, die Benommenheits- und Angstzustände mit interkurrenten abendlichen Delirien, die Meningismusbilder werden meiner Erfahrung nach nur auf dem Boden exogener Schädigung beobachtet, und dasselbe gilt von dem amnestischen Symptomkomplex. Specht lässt diesen mit Unrecht ganz ausser acht, weil ich ihn unter den Verlaufsformen aufgeführt habe. Gerade dieser Symptomenkomplex spricht aber m. E. ganz einwandsfrei gegen seine Auffassung und für die Berechtigung der Hervorhebung exogener Reaktionsformen. Es gibt nach meiner Erfahrung keine endogene Erkrankung, keine manisch-depressive Erkrankung, keine Schizophrenie, die in irgendeiner Phase dieses Symptombild zeigt. Was gelegentlich an hysterischen Bildern ähnlichen Aussehens vorkommt, lässt sich ohne Schwierigkeit differenzieren. Andererseits gibt es keine exogene psychische Erkrankung, die ihn nicht gelegentlich hervorrufen könnte. Auf seine innere Wesensbeziehung zu den echten Delirien habe ich schon vor langen Jahren hingewiesen, er ist, das lässt sich namentlich bei Alkoholdelirien oft sehr anschaulich machen, implicite in jedem echt deliranten Zustande enthalten, und ist eine, wenn man diesen Ausdruck wieder gangbar machen will, wofür ich nicht eintreten will, Zerebrationsstufe des exogenen, deliranten, stuporösen, epileptiformen Schädigungstypus.

In einem Punkte ist Specht recht zu geben, wenn er meint, dass letzten Endes auch die endogene Störung des Manisch-Depressiven in die pathogenetische Hypothese eines autotoxischen Prozesses einzubeziehen sei. Ich stimme seiner Annahme zu, dass den manisch-depressiven Anfällen, worauf schon die zahlreichen somatischen Begleiterscheinungen bei den Depressionen hinweisen, irgendwelche inneren Störungen, vielleicht solche des Hirnstoffwechsels, zugrunde liegen. Es mag sein, dass auch hier, wie vielleicht bei der Katatonie und Hebephrenie endokrine Störungen zugrunde liegen. Dass damit aber die Abgrenzung eines exogenen Typus illusorisch werden müsse, weil ich bei meinen exogenen Reaktionstypen auch die endokrinen Störungen als exogene Schädigungen einbeziehen müsse, ist eine Folgerung, die zu weit geht. Tatsächlich besteht doch ein wesentlicher Unterschied. Bei den manisch-depressiven und schizophrenen Erkrankungen handelt es sich um in der Anlage der in Betracht kommenden Organe präformierte Störungen

wahrscheinlich ganz bestimmter Art, von denen jede ihren eigenen Gesetzen folgt, die sich als besonders geartete Krankheitsprozesse kundgeben. Die Sonderstellung der exogenen Reaktionstypen ist wahrscheinlich darin begründet, dass es sich um Erkrankungsprozesse handelt, bei denen es sich eben nicht um krankhafte Anlage bestimmter Funktionssysteme handelt, sondern um die Reaktion ursprünglich gesunder Gehirne auf Schädigungen, die im Laufe des Lebens einsetzen. Vielleicht ist es kein Zufall, dass wir Abweichungen vom gewöhnlichen Typus vor allem in Fällen antreffen, wo die Mitwirkung abnormer Anlagen in Betracht kommt, wie beispielsweise bei den thyreotoxischen Prozessen und der Chorea.

Auf einen anderen Punkt muss ich noch kurz eingehen, den Specht erwähnt. Er spricht von der langen Liste exogener Bilder, die ich aufführe, so dass die Frage berechtigt sei, was eigentlich noch übrigbleibe. In meiner Beschreibung der symptomatischen Psychosen habe ich mich um möglichstste Vollständigkeit in der Darstellung der von mir beobachteten symptomatologischen Zustandsbilder bemüht. Es sind infolgedessen in gleicher Linie mit den alltäglichen Formen auch die selteneren Bilder geschildert. Dabei ist offenbar das Häufigkeitsverhältnis der typischen Bilder zu den selteneren nicht genügend zum Ausdruck gekommen und für den Leser konnte sich die Frage erheben, ob bei der relativen Mannigfaltigkeit des Vorkommenden die Berechtigung bestehe, von Reaktionstypen zu sprechen. Es scheint mir deshalb am Platze, im folgenden eine Uebersicht über die mir in den letzten Jahren vor Augen gekommenen symptomatischen Psychosen zu geben, aus der das Häufigkeitsverhältnis der typischen Formen ersichtlich wird.

Grundkrankheit	Zahl der Fälle	Reaktionstypus
Sepsis	5	{ 2 mal Delirien 2 mal akuter Angstzustand mit nachfolgendem Stupor 1 Stupor mit katatonischen Zügen
Erysipel	4	Alles Delirien, einmal mit nachfolgendem emotionellem Schwächezustand, einmal mit kurz-dauerndem Residualwahn
Scharlach	1	Akuter Angstzustand
Tetanus	1	1 eleptiformer Erregungszustand mit Erlöserideen und katatonischen Zügen
Typhus	1	Deliranter Zustand
Puerperalfieber	8	{ 3 Delirien 2 Amentiabilder mit psychomotorischen Symptomen 1 Dämmerzustand 2 Angstzustände

Grundkrankheit	Zahl der Fälle	Reaktionstypus
Konsumierende Eiterungen bei Appendicitis, Cholelithiasis, Cystitis u. Otitis media . . .	4	<p>{ 1 Angstzustand mit systematischer Wahnbildung</p> <p>{ 2 Delirien (einmal mit psychomotorischen Symptomen)</p> <p>{ 1 Amentia</p>
Tuberkulose der Lungen . . .	4	<p>{ 1 deliranter Zustand (Meningitis tuberculosa)</p> <p>{ 1 Laktationszustand (Meningitus)</p> <p>{ 1 Amentia</p> <p>{ 1 Halluzinose</p>
Pleuritis . . .	1	1 deliranter Zustand
Pneumonie . . .	7	<p>{ 4 Delirien</p> <p>{ 1 Dämmerzustand mit epileptischen Anfällen</p> <p>{ 1 Korsakow</p> <p>{ 1 Angstzustand</p>
Nephritis . . .	18	<p>{ 5 Delirien, davon 4 mit anschließendem Korsakow</p> <p>{ 2 Stupor in urämisches Koma übergehend</p> <p>{ 3 Dämmerzustände</p> <p>{ 1 epileptiformer Angstzustand</p> <p>{ 2 Verstimmungen mit zeitlicher Desorientierung</p> <p>{ 1 Amentiabild</p>
Vitium cordis . . .	12	<p>{ 5 Delirien mit ängstlicher Färbung</p> <p>{ 4 Angstzustände mit Desorientierung</p> <p>{ 1 Halluzinose</p> <p>{ 2 Stuporzustände</p>
Eklampsie . . .	5	<p>{ 2 Delirien</p> <p>{ 1 Dämmerzustand } mit retrograder Amnesie</p> <p>{ 2 Stuporzustände</p>
Diabetes	3	<p>{ 1 Korsakow</p> <p>{ 1 Zustand abnormer Reizbarkeit</p>
Karzinom	3	<p>{ 2 Delirien</p> <p>{ 1 Angstzustand</p>
Schwere Anämie	3	<p>{ 2 Angstzustände mit Desorientierung</p> <p>{ 1 delirante Bild</p>
Akute Leber- erkrankungen}	2	<p>{ 1 Angstzustand mit Desorientierung und nachfolgender Somnolenz</p> <p>{ 1 Dämmerzustand mit Jaktation</p>
Basedow	4	Alle 4 delirante Zustände
Unklare toxische und infektiöse Erkrankungen}	4	<p>{ 1 amnestisches Zustandsbild mit Polyneuritis</p> <p>{ 1 Delirium acutum</p> <p>{ 1 Amentiabild</p> <p>{ 1 protrahierte Delir (unklares Exanthem)</p>
Tumor cerebri	2	2 Korsakow (einmal bei 14jähr. Kind)
Arteriosklerose	4	<p>{ 2 Delirien (1 Staroperation)</p> <p>{ 1 Korsakow</p>

Es sind im ganzen 95 Beobachtungen akuter symptomatischer Psychosen, denen allen bis auf wenige Fälle klare somatische Erkrankungen zugrunde liegen.

Es ergibt sich aus der Zusammenstellung das ausserordentliche Ueberwiegen der von mir als typisch bezeichneten Bilder. Im einzelnen finden sich auch hierunter symptomatologische Einzelheiten, die der Besprechung wert wären, auf die ich aber in diesem Zusammenhang nicht eingehen will. Wo sich Schwierigkeiten der psychiatrischen Abgrenzung ergeben, ist es immer nur in der Richtung der epileptischen und gelegentlich der schizophrenen Prozesse, kaum je in der der manisch-depressiven.

Bezüglich der zweiten Reihe von Einwendungen, die sich im wesentlichen auf meine Meinung bezieht, dass die klinische Erfahrung im allgemeinen dagegen spricht, dass bestimmten Noxen ein spezifischer psychotischer Typus entspräche, kann ich mich kürzer fassen. Knauer hat eine Anzahl von Gelenkrheumatismus- und Chorea psychosen beschrieben, die unzweifelhaft von Wert für die Kenntnis dieser Erkrankungen sind, und sie zur Grundlage genommen, die Spezifität der einzelnen Infektionspsychosen von neuem zu diskutieren¹⁾.

1) Wenn Knauer mir dabei die Anschauung unterstellt, dass ich eine exogene Einheitspsychose mit Einbeziehung der Katatonie und Epilepsie aufstellen wollte, und mich unter die Kategorie von Forschern einbezieht, die der Ansicht seien, dass es über unseren augenblicklichen Standpunkt keinen Fortschritt mehr in der eingeschlagenen Richtung geben könne, so bedarf das keiner Erwiderung für den, der meine Ausführungen im Zusammenhang gelesen hat. Auch hätte es bei genauerer Kenntnis meiner Arbeiten nicht des belehrenden Hinweises bedurft, dass nach Kräpelin's seit einer Reihe von Jahren ausgesprochenen Meinung grundsätzlich daran festzuhalten sei, dass es pathognomonische Symptome nicht gäbe. Ich habe nicht nur an pathognomonische Symptome niemals geglaubt, sondern auch sogenannten pathognomonischen Symptomkomplexen gegenüber mich immer sehr zurückhaltend verhalten. Ich verweise zu dieser Frage Knauer auf die Einleitung meiner Studie über die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker vom Jahre 1901 und den Schlussatz meiner Arbeit „Zur Frage der exogenen Psychosen“, der dahin lautet, dass man von einem pathognomonischen exogenen psychischen Typus nicht sprechen könne.

Knauer lässt es weiterhin an Genauigkeit fehlen, wenn er mich behaupten lässt, dass nur die allgemeinen exogenen Reaktionstypen existieren. Ich habe in der Einleitung gesagt, dass ich mich nicht der Hoffnung hingebe, etwas Abschliessendes zu bringen, und im Schlusswort bemerkte, dass die Zahl der psychischen Störungen im Gefolge somatischer Erkrankungen mit den von mir geschilderten Reaktionstypen nicht erschöpft sei. Ausserdem wurde von mir ausdrücklich betont, dass, wenn erst grössere Reihenuntersuchungen vorliegen, sich die Verschiedenheiten der Aetiologien vielleicht in einem Ueberwiegen bestimmter Typen und einzelner Sonderzüge zeigen werden.

Dass Knauer gerade den Gelenkrheumatismus zur Erörterung dieser Frage gewählt hat, ist gewiss kein Zufall. Hier bietet schon die häufige Komplikation mit der Chorea Besonderheiten. Tatsächlich ergibt sich aus seiner Reihenuntersuchung, was für die Choreapsychosen bekannt war, dass hier neben den typischen Reaktionsformen häufiger auch Abweichungen von ihnen charakteristischer Art vorkommen und darüber hinaus, dass das nicht nur für die Chorea, sondern auch gelegentlich für den Gelenkrheumatismus ohne Chorea gilt. Knauer hält die Frage der Spezifität der Rheumatismuspsychose nicht für entschieden, aber doch das Gesamtbild in seiner Zusammensetzung für so typisch, dass es diagnostisch nicht leicht zu verwechseln sei.

Er legt Wert darauf, dass 93 pCt. der Kranken unter dem Bilde der Melancholia cum stupore im Sinne Griesinger's verlaufen. Einen wichtigen differentiell-diagnostischen Punkt glaubt er dann noch in der affektiven Beeinflussung durch die Erkrankung erblicken zu dürfen. Er hält die hypomanische Stimmung, die der Rheumatismusdepression folge, für eigenartig nuanciert und meint, dass gerade die Stimmungsfärbungen in den bisherigen Schilderungen der exogenen Irreseinsformen noch sehr vernachlässigt seien.

Die zurückhaltende Form, in der sich Knauer für die Spezifität der Rheumatismuspsychose ausspricht, was die Symptomgruppierung anlangt, ist, wie ich glaube, gerechtfertigt. Die Verlaufsform: Akutes Einsetzen mit angstvoll-depressiver Erregung und anschliessendem Stupor, ist eine keineswegs dem Rheumatismus besonders eigene Reaktionsform. Ein grosser Teil der von mir vielleicht nicht ganz glücklich als epileptiforme Angsterregung bezeichneten Zustände zeigt dieselbe Entwicklung bei den verschiedenartigsten Grundzuständen. Die Sonderstellung, die der Gelenkrheumatismus einnimmt, liegt m. E. besonders in der Bevorzugung protrahierter Erkrankungsformen. Die somatische Klinik des Gelenkrheumatismus weist darauf hin, worauf Knauer mit Recht aufmerksam macht, dass die Anwesenheit der toxicisch-infektiösen Noxe im Organismus in manchen Fällen von ausserordentlich langer Dauer sein kann. Das bringt ihn in die Nähe der chronischen Infektionen. Dazu kommt aber, wie zugegeben werden muss, seine besondere hirnpathologische Stellung, die sich in der engen Beziehung zur Chorea und damit zu bestimmten psychomotorischen Störungen ausspricht, auf die Kleist zuerst hingewiesen hat. Aber auch diese letzteren sind wohl kaum als spezifisch für diese Aetiologie zu betrachten, wie ein Blick in meine Tabelle und in meine früheren Ausführungen zeigt. Die prinzipielle Seite meiner Ausführungen über die akuten exogenen Reaktionsformen wird durch die Knauer'schen Einwände, glaube ich, nicht berührt. M. E. sprechen die psychiatrischen Erfahrungen beim Delirium tremens, bei den autotoxischen Prozessen der Anämie, der Urämie, der Kachexie, wie auch bei den Infektionskrankheiten dafür, dass wir es bei den in ihrem Gefolge auftretenden akuten

psychischen Reaktionsformen gar nicht mehr mit der ursprünglichen toxischen Wirkung zu tun haben, sondern mit klinischen Erscheinungen, die durch ein ätiologisches Zwischenglied, wie ich es genannt habe, hervorgerufen werden. Es handelt sich um eine sekundäre, durch die ursprüngliche Noxe nur vermittelte Reaktionsform des Gehirns, die bei den verschiedensten Grundschädigungen im wesentlichen einheitlich ist. Dass sich die Grundschädigung noch in der sekundären Reaktionsform durch besondere psychische Züge äussert, glaube ich nach meinen bisherigen Erfahrungen, die aber, wie ich trotz langjähriger Beschäftigung mit ihnen gern zugebe, noch in vieler Hinsicht unzulänglich sind, im allgemeinen verneinen zu müssen. Knauer macht gegen meine in diesem Zusammenhang getane Bemerkung, dass man vergeblich im psychischen Bilde des Delirium tremens die psychischen Symptome der akuten Alkoholintoxikationen suche, die Einwendung, dass ich die dem akuten Alkoholrausch und dem Delir gemeinsame humoristische Stimmungslage gar nicht beachte. Das ist nicht zutreffend. Mit der Euphorie des Deliranten habe ich mich schon vor 20 Jahren in meiner Habilitationschrift und auch später wiederholt beschäftigt, und ich habe auf Grund reichhaltiger Erfahrung auf diesem Gebiete keinen Anlass, von meiner Auffassung abzugehen, dass die Euphorie des Deliranten nichts mit der zu Handlungsantrieben führenden gehobenen Stimmung des akuten Alkoholrausches zu tun hat, dass sie aber in engster Beziehung steht zu der Bonhomie, wie wir sie nicht selten beim Hirndruck und anderen organischen Hirnerkrankungen, beim Korsakow usw. sehen. Auch die Euphorie mancher defekter chronischer Alkoholisten ist m. E. nicht etwa die chronisch gewordene Euphorie des Trunkenen, sondern steht vielmehr in der Linie der Euphorie bei den gehirnatriphischen Prozessen. So wenig ich die Unterschiede in der Euphorie der akuten Alkoholintoxikation und der des Morphiums oder des mir unbekannten Mescalinrausches in Abrede stelle, so wenig sicher erscheint mir vorläufig die Unterscheidung der euphorischen Stimmungsanomalien der sekundären Reaktionsformen. Ich kann natürlich nichts gegen den subjektiven Eindruck Knauer's von einer besonderen Nuance der Rheumatismus-euphorie einwenden. Rheumatismuspsychose ohne Chorea habe ich wenig gesehen. Sicher ist nur, dass die Rekonvaleszenten von den verschiedensten Infektionspsychoosen eine leicht gehobene Stimmung zeigen, die in einzelnen Fällen über das erhebende Genesungsgefühl, das der Rekonvaleszent von akuten Erkrankungen überhaupt hat, sicher hinausgeht.

Eins scheint mir aus der Arbeit Specht's, wie aus den Knauer'schen Ausführungen hervorzugehen, dass ich das, woran mir gelegen war und worin ich glaubte, einen gewissen Fortschritt sehen zu dürfen, doch wohl nicht scharf genug zum Ausdruck gebracht habe. Ich meine: Die besondere Häufigkeit, in der die von mir aufgeführten akuten, exogenen, psychischen

Zustandsbilder bei den verschiedenartigsten körperlichen Erkrankungen auftreten, spricht dafür, dass es sich dabei nicht um eine einfache Fortwirkung der ursprünglichen spezifischen Noxe handelt, sondern dass bei einer gewissen Intensität und Dauer der einwirkenden Schädigung unabhängig von der Art der Noxe bestimmte gemeinsame psychopathologische Mechanismen zur Auslösung gelangen. Damit, meine ich, hängt es zusammen, wenn wir im allgemeinen vergeblich nach den einer spezifischen Aetiologie entsprechenden spezifischen symptomatischen Psychosenformen suchen. Einzelne Abweichungen ändern daran wenig. Denn auch diejenigen Erkrankungen, die gelegentlich Abweichungen zeigen, wie der Gelenkrheumatismus mit der Chorea und die thyreotoxischen Störungen, folgen in anderen Fällen dem Typus der exogenen Reaktionsformen. Akute Erkrankungen, die wie z. B. der Tetanus in allgemeinen eine geringe Neigung haben, zu psychischen Symptomen zu führen, tun dies doch gelegentlich und folgen dann, wie der Tetanusfall meiner Zusammenstellung, unseren Prädilektionstypen. Ähnlich liegt es mit der Bevorzugung bestimmter Einzelsymptome. Die Aktivität des Betätigungsdranges charakterisiert gewiss manchmal die alkoholistische Aetiologie eines deliranten Zustandes, aber doch nur den kleineren Teil der Fälle, und sie ist auch anderen Delirien nicht ganz fremd. Die retrograde Amnesie findet sich wohl am häufigsten bei den ekklamptischen psychotischen Zuständen, aber auch die urämischen und hirnkontusionellen zeigen ihn. Die ängstlich gefärbten psychotischen Zustandsbilder sind vielleicht bei Herzinkompensation besonders häufig, aber dieselben Bilder trifft man auch bei anderer, exogener Aetiologie. Ich zweifle auch nicht, dass sich nach Art der Grundschädigung gewisse Zustandsbilder und Verlaufsformen häufiger ergeben. Knauer's Rheumatismuserfahrungen sprechen in diesem Sinne. Es wäre von Interesse, wenn es sich bestätigte, was Knauer meint, dass der amnestische Symptomkomplex dem Rheumatismus fremd ist, oder wenn die Feststellungen von Allers zuträfen, dass offene Hirnschüsse im Gegensatz zur Kontusion keinen Korsakow machen. Dass hier noch viele Fragen offen sind, ist mir nicht zweifelhaft.