

## Die halluzinatorischen Zustände der Veranlagten<sup>1)</sup>.

Von

Niessl v. Mayendorf, Leipzig.

(Eingegangen am 30. März 1922.)

So unvollkommen die heute in der klinischen Psychiatrie geübte Methode, aus Symptomenkomplex und Verlauf Krankheiten abzugrenzen und nosologische Typen aufzustellen auch sein mag, unsere vollständige Unkenntnis vom Wesen der meisten pathologischen Hirnvorgänge zwingt uns dazu, unsere Beobachtungen und Erfahrungen vorläufig von diesen Gesichtspunkten aus zu ordnen und zu klassifizieren. Eine genaue Erhebung der Katamnese ist die wichtigste Voraussetzung für die richtige Beurteilung eines Krankheitsverlaufes. Aber eben hier liegt für den Kliniker wie für den Anstaltsarzt die Schwierigkeit. Sowohl dieser als jener verliert den Kranken aus dem Gesicht, sobald eine Internierung nicht mehr geboten erscheint.

Unsere beliebtesten Lehrbücher, welche von Professoren der Psychiatrie und Leitern psychiatrischer Kliniken geschrieben sind, müssen sich daher den Vorwurf der Einseitigkeit gefallen lassen. Sie bieten nicht mehr noch minder als didaktisch zugeschnittene Anstaltspsychiatrie. Naturgemäß nehmen die chronischen anstaltsbedürftigen Fälle mit ihrer ungünstigen Prognose den meisten Raum dieser Darstellungen ein, während alle übrigen psychopathologischen Zustände, welche die damit Behafteten in der Sozietät nur vorübergehend oder überhaupt nicht unmöglich machen, trotz ihrer großen Häufigkeit und psychiatrischen Bedeutung in der Bewertung des Schilderers unberechtigt weit zurückten oder ganz übersehen werden.

Hier muß der *praktische* Psychiater, welcher mitten im Leben steht, mit seinen Erfahrungen ergänzend eintreten.

In der Tat sind es Geisteskranke, welche außerhalb der Anstalt leben und fast alle *beruflich tätig* sind, über deren Zustände ich heute sprechen will. Obwohl ich bei ihrer Verbreitung annehmen muß, daß sie den meisten Irrenärzten bereits bekannt sind, so glaube ich mich doch berechtigt, auf Grund meiner Beobachtungen einen neuen noso-

---

<sup>1)</sup> Vortrag, gehalten am 23. X. 1921 in Dresden, anläßlich der Jahresversammlung der Psychiater Mitteldeutschlands.

logischen Typus einzuführen. Diese Berechtigung leite ich von einem katamnestischen Überblick ab, welcher sich nunmehr über zwei Decennien zurückerstreckt.

Was sich an unseren Kranken vor allem zeigte, war ein psychopathischer Habitualzustand, welcher sich zu einer Geisteskrankheit episodewise gleichsam zu steigern schien.

Fast alle Individuen standen im blühenden Lebensalter, zwischen 20 und 30, als die erste Psychose ausbrach. Seltsamerweise ließ sich in keinem Falle in der Ascendenz ausgesprochene Geisteskrankheit nachweisen, obschon die Familien, aus denen sie hervorgegangen, teils als neuropathisch, teils als verschoben oder sonst psychisch abnorm zu bezeichnen waren. Bei einem meiner Kranken handelte es sich um einen Frühgeborenen.

Bereits als Kinder waren die Halluzinanten Sonderlinge, verschlossen, in sich gekehrt, jedoch keineswegs schwachsinnig, im Gegenteil, zuweilen hervorragend begabt. Die Entwicklung des Geschlechtstriebes war insofern abnorm, als die Geschlechtslust zwar nicht fehlte, jedoch alle sexuellen Impulse, welche die Geschlechter zusammenführt, mangelten. Da überdies eine hemmende Scheu und Ungeschicklichkeit den natürlichen Geschlechtsverkehr bei den Männern nicht zustande kommen ließ, so wurde von diesen wohl ausnahmslos stark masturbiert. Die neurasthenischen Beschwerden, welche die Folge davon waren, machten sie arbeitsunlustig und arbeitsunfähig, psychisch deprimiert, mutlos, schlaff. Die Sensationen, die sich bei gewohnheitsmäßig getriebener Onanie im Rücken und in den Beinen einstellen, lenken die Aufmerksamkeit dieser Kranken auf ihre körperlichen Zustände. Sie werden Hypochondrer und bringen früher nicht bemerkte Fehler und ganz belanglose Abnormitäten ihres Körpers in Zusammenhang mit der Selbstbefleckung. Das vermeintliche Leiden wird zum Mittelpunkt ihrer Gedanken, sie wandern von Arzt zu Arzt, aus einem Sanatorium in das andere und wollen ihren Beruf aufgeben, da sie sich schwer krank fühlen.

Da wir wissen, daß die meisten Psychosen von einem hypochondrischen Stadium eingeleitet werden, so läge es sehr nahe, auch in den geschilderten Krankheitszeichen Prodrome oder den Beginn eines psychischen Krankheitsprozesses zu erblicken. Diese hypochondrischen Zustände sind jedoch keineswegs die Regel. Am häufigsten habe ich sie dort angetroffen, wo die Kranken der Masturbation verfallen, durch welche dieselben neurasthenisch und psychasthenisch werden, also vorwiegend bei den Männern. Bei den Frauen sind sie weit seltener. Auch entbehren diese geschilderten halluzinatorischen Zustände einer fortschreitenden Krankheitsentwicklung, so daß die Beurteilung dieser Hypochondrien eine andere sein muß.

Wann die ersten Sinnestäuschungen aufzutreten pflegen, läßt sich bei den wortkargen Patienten, welche sehr mit sich selbst beschäftigt sind, schwer bestimmen. Offenbar werden dieselben erst dann, wenn die Kranken unter ihrem Einfluß zu handeln beginnen, wenn sie brieflich oder persönlich auf ihre Halluzinationen reagieren. Die Abwehr vermeintlicher Verfolger, die als Urheber beschimpfender und bedrohender Trugwahrnehmungen angesehen werden, die Annäherungsversuche an Personen, von welchen die lockenden Stimmen erotischen Inhalts auszugehen scheinen, machen auf den Kranken aufmerksam. Er wird auffällig, lästig, evtl. sogar gefährlich.

Die Äußerungen der Kranken, sowie ihr ganzes Verhalten lassen keinen Zweifel darüber aufkommen, daß die Halluzinationen einen ausgeprägt *sinnlichen* Charakter haben und mit den übrigen Wahrnehmungen auf gleicher Stufe stehen. Andeutungen, daß der Patient im Ungewissen darüber sei, ob er nur lebhaft denke oder wirkliche Personen sprechen höre oder Gestalten sehe, gelangen nur selten und dann gewöhnlich erst im Stadium der allmählichen Abnahme der Krankheitserscheinungen zur Beobachtung. Die Aufmerksamkeit des Kranken konzentriert sich ganz auf die Trugwahrnehmungen, welche er sicher und genau in den Raum projiziert. Er weiß die Stelle, die Entfernung, aus welcher gesprochen wird, die halluzinierte Gestalt entgegentritt, prompt anzugeben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sind es Halluzinationen des Gehörs, weit seltener Kombinationen von solchen mit optischen Sinnestäuschungen, ganz vereinzelt reine Gesichtshalluzinationen.

Wesentlich erscheint mir der Umstand, daß die Kranken auch auf der Acme der Psychose, wenn sie die Halluzinationen in großer Zahl und Lebhaftigkeit bedrängen, *nicht desorientiert* sind. In dieser Hinsicht gleichen sie ganz den paranoischen Alkoholisten, den Zugehörigen eines Krankheitsbildes, welches zum erstenmal *Wernicke* als akute Halluzinose der Trinker beschrieben hat.

Die an sich normale Denktätigkeit tritt wie immer, so auch hier, zu den Halluzinationen als eine dieselben in den Erfahrungsschatz einordnende Funktion in Beziehung. Der Erklärungswahn ist hier sehr greifbar. Er zeigt ganz und gar keine Neigung zur Systematisierung und blaßt mit den Halluzinationen ab, um mit ihnen schließlich ganz wieder zu verschwinden. Trotzdem wird er *nie korrigiert, was mir für diese Krankheitsform charakteristisch* erscheint und wohl darauf beruht, daß die Halluzinationen, die pathologischen Bestandteile, wenn auch vereinzelt und seltener, immer wieder im Bewußtsein erscheinen und seinen Inhalt verfälschen.

Die Halluzinationen sind wie bei dem Wahnsinn der Trinker *stark gefühlsbetont*. Persekutorische Zurufe steigern die Angst aufs äußerste. Die Kranken sind dann selbstmordgefährlich und auch aggressiv.

Sind es Halluzinationen erotischen Inhalts, so führen sie, wie bekannt, zu Belästigungen der geliebten Person, an deren Gegenliebe keinen Augenblick gezweifelt wird, durch persönliche oder briefliche Annäherungsversuche, durch Inserate u. dgl. Größenideen habe ich nie beobachtet.

Die Wahnidee ist fest und, wie die des Paranoikers durch nichts beeinflusbar.

Abgesehen von diesen stark gefühlsbetonten Halluzinationen, von dieser sich nur auf den Wahn beschränkenden Bewußtseinsfälschung, sind die meisten psychischen Funktionen dieser Kranken anscheinend vollkommen intakt. Die Kranken sind über sich und die Außenwelt orientiert, sie antworten und benehmen sich vernünftig, nur über die zeitliche Folge der jüngsten Erlebnisse sind sie sich oft nicht im klaren. Die Merkfähigkeit ist, wenn der Kranke durch eindringliches Fragen fixiert wird, gut, für die meisten Wahrnehmungen jedoch, welche mit der Wahnidee in keinem Zusammenhang, weil nicht im Blickpunkt der Aufmerksamkeit stehen, schlecht. Es kommt daher häufig zu Erinnerungsfälschungen. Der psychische Zustand ist oft der der „Ratlosigkeit“.

Dabei ist *nicht die geringste Einbuße an ihren intellektuellen Fähigkeiten* wahrnehmbar, keine Interesselosigkeit oder gemüthliche Stumpfheit, im Gegenteil werden recht apathische Menschen in diesen Zuständen scheinbar willensstark und impulsiv.

Äußere Anlässe, die man für den Ausbruch der Psychose verantwortlich machen könnte, habe ich nicht aufgefunden; die Acme der Halluzinose erstreckt sich meistens auf mehrere Wochen. Ein dunkles Krankheitsbewußtsein spielt immer mit, ohne daß sich selbst beim Abklingen der Sinnestäuschungen, wie bereits angeführt, Krankheits-einsicht einstellt.

Die Krankheit ist ebensowenig heilbar als die Paranoia oder die konstitutionelle Neurasthenie, weil sie auf einer angeborenen Anlage beruht. Längere Anstaltsbehandlung vertragen die Halluzinanten ebenso schlecht als die Paranoiker, eine geordnete, berufliche Tätigkeit mit ihrem Zwang, sich in bestimmten Gedankenkreisen gewohnheitsmäßig zu bewegen, scheint dagegen ablenkend und günstig auf sie einzuwirken. Auf dem Gipfel seiner halluzinatorischen Episode muß der Kranke natürlich wegen Selbstmordgefahr und seiner Aggressivität gegen vermeintliche Verfolger durch Freiheitsberaubung gesichert werden. Die Therapie in der Anstalt ist dann eine symptomatische. Schlafmittel, Bäder, entsprechende Diät. Das Wartepersonal muß geschult und wachsam sein. Abkürzen läßt sich eine halluzinatorische Phase durch Medikamente oder andere Behandlungsmethoden *nicht*. Das Zurücktreten der Halluzinationen macht sich an dem Kranken

dadurch bemerkbar, daß er ruhiger und freier wird, Interesse für seine Umgebung zeigt und den Wunsch, sich zu beschäftigen äußert. Dem Drängen auf sofortige Anstaltsentlassung kann man natürlich nicht nachgeben, soll aber nach dem Abklingen der heftigeren Erscheinungen nicht auf das *völlige* Verschwinden der Sinnestäuschungen warten.

Ich hatte den Eindruck, daß den Kranken weniger die mit dem Internierungszwang verbundene gemütliche Erregung und Verstimmung, als die Einförmigkeit und Armut an Eindrücken, welche dem Anstaltsleben eigen sind, schaden, sobald die Umgebung und nicht mehr die Halluzinationen Gegenstand der Aufmerksamkeit sind.

Diese kurze Skizze möge Ihnen das Krankheitsbild andeuten, welches ich im Auge habe. Es ist Ihnen sicher nicht unbekannt geblieben, wenn Sie es auch, wie ich selbst zuvor, anders klassifizieren. Die Wahl meines Themas veranlaßte gerade der Umstand, daß den geschilderten halluzinatorischen Zuständen, trotz ihrer außerordentlichen Häufigkeit jene *nosologische Sonderstellung*, welche ihnen gebührt, bisher *nicht* zuerkannt wurde.

Als ich vor 20 Jahren zum erstenmal Krankheitstypen dieser Art zu Gesicht bekam, stand ich als Lernender noch ganz im Banne des herrschenden Dogmas von der Dementia praecox. Das Auftreten von Gehörshalluzinationen bei jugendlichen Individuen mit Selbstmordversuchen konnte damals nur als Anfangsstadium eines fortschreitenden Verblödungsprozesses aufgefaßt werden. Die Diagnose der Dementia praecox galt damit als gesichert.

Aber eigene Erfahrungen, über welche ich heute, dank der Möglichkeit, derartige Fälle Jahre hindurch im Auge behalten zu haben, verfüge, sowie die Mitteilungen anderer Beobachter ließen mich erkennen, daß die in Rede stehenden halluzinatorischen Formen, ihrem pathognomonischen *Wesen* nach von der sog. Dementia praecox sicher zu trennen seien. Es sind *keine progressiven Verblödungszustände*. Kein Ersterben der Gefühle, keine Abnahme der Intelligenz, keine stuporösen Zustände, keine absonderlichen Manieren, kein Negativismus, keine Befehlsautomatie, keine Stereotypen, keine Sprachverwirrtheit, vor allem *keine fortschreitende geistige Erkrankung*, sondern *das zu ausgesprochenen Geisteskrankheit zeitweise anschwellende Manifestwerden einer psychopathischen Konstitution*. Auch von schubweise verlaufenden Dementia-praecox-Formen läßt sich bei dem Fehlen der Demenz und Progression nicht sprechen. Ebenso ist der Gedanke an geheilte Demenzformen abzulehnen, da ja im Krankheitsbilde niemals die Demenz mit ihren charakteristischen Begleiterscheinungen zu finden war.

Bei der Differentialdiagnose wäre eine Unterscheidung von dem zirkulären Irresein nicht zu erwägen, hätte nicht die übermäßige Er-

weiterung und Verallgemeinerung des Begriffs der Periodizität fast alle in gewissen Zeitläuften sich wiederholende, ohne in einen Intelligenzdefekt auslaufende Psychosen in das manisch-depressive Irresein eingereiht. Unsere Kranken waren aber weder manisch noch depressiv, und die Wiederkehr der akuten Psychose erfolgte in *unregelmäßigen* Intervallen.

Mit der *chronisch*-systematisierenden Paranoia sind die geschilderten psychotischen Phasen wohl nur für den ganz Unerfahrenen zu verwechseln. Beiden gemeinsam ist die Besonnenheit der Kranken, trotz des umschriebenen Wahns. Während sich aber bei dem Paranoiker um die fixe Idee ein sich konzentrisch allmählich vergrößernder Kreis von Wahnideen bildet, um sich zu stabilisieren und das Bewußtsein immer mehr in Richtung der Wahnbildung zu verfälschen, obzwar im ganzen Krankheitsbilde Halluzinationen zurücktreten oder ganz fehlen, sind die Wahnideen bei unserer akuten halluzinatorischen Form an Trugwahrnehmungen, welche der agent provocateur sind, gleichsam gebunden. Sie sind die natürlichen, logischen Reaktionen, die fremden, unerklärlichen Phänomene in die Weltordnung des Patienten einzugliedern.

Wenn ich die Halluzinationen als das primäre Symptom auffaßte und die Wahnbildung als eine natürliche Konsequenz derselben, so übersah ich dabei nicht, daß es Sinnestäuschungen auch ohne jeden Erklärungswahn gibt, bei welchen die Kranken die physiologische von der pathologischen Wahrnehmung zu unterscheiden vermögen. Wahnbildung fehlt immer dort, wo die Halluzination als solche erkannt wird, wo, wie der Schulpsychiater sich ausdrückt, der Halluzinant *über* seiner Sinnestäuschung steht. Die Möglichkeit, die halluzinierte von der sog. wirklichen Sinnestäuschung zu unterscheiden, ist nur dann vorhanden, wenn die Gefühlsbetontheit der Halluzination schwächer wird oder ganz verschwindet. Es ist ein Gesetz der pathologischen Gehirnmechanik, daß mit dem pathologischen Hirnvorgang, welcher der intensiven Gefühlsbetonung einer Halluzination zugrunde liegt, der physiologische Vorgang der logischen Denktätigkeit gleichzeitig aufgehoben ist. Das bekannte Analogon unseres gesunden Seelenlebens, die Urteilsstörung durch den Affekt, bringt diesen pathologischen Mechanismus näher. Den Affekt aber als den primären und die Sinnestäuschung als den sekundären aufzufassen, scheint deshalb nicht erlaubt zu sein, weil selbst anhaltende pathologische Affektsteigerung nicht notwendig von Sinnestäuschungen begleitet wird, sondern als schwere krankhafte Verstimmung ohne Wahnbildung und Halluzination oder mit Wahnbildung, aber ohne Halluzination in klinischen Bildern hervortritt.

Ebensowenig als die Paranoia chronica können halluzinatorische Zustände bei Epilepsie und Hysterie zu einer Fehldiagnose ernstlich Anlaß geben. Wenn man auch nicht mit *Meynert* nur dann die Diagnose Epilepsie als berechtigt gelten lassen will, wenn der Kranke die typischen

Krampfanfälle darbietet, so müssen doch einwandfrei feststellbare epileptische Äquivalente in Gestalt von Schwindelanfällen oder ausgesprochenen Dämmerzuständen vorhanden sein. Sie wissen aber, daß bei den epileptischen Delirien der Verlust der Orientierung die allopsychische Desorientiertheit, wie *Wernicke* gesagt haben würde, gerade das Charakteristische ist. Aber eben dieses Symptom fehlt bei unseren Patienten ganz und gar, sie sind, wie hervorgehoben, über sich und ihre Umgebung vollkommen klar. Es gibt auch bei echten Epileptikern eine anfallsweise Halluzinose bei psychischer Luzidität, welche *Lachmund* beschrieben hat: ihre Zugehörigkeit zur Epilepsie ist jedoch nur dann verwertbar, wenn durch die Anwesenheit von Krampfanfällen diese außer Zweifel gestellt ist.

Von der Hysterie unterscheidet sich unser Krankheitsbild durch das Fehlen aller hysterischen Stigmen, Anästhesien, schmerzhafter Druckpunkte, von Krampfanfällen und Dämmerzuständen, durch die Abwesenheit des psychogenen Ursprungs und der psychischen Beeinflußbarkeit der Halluzinationen, sowie der mit ihnen einhergehenden Wahnideen. Ich habe bei keinem meiner Halluzinanten das Fortwirken eines stark affektbetonten Erlebnisses in dem Inhalt seiner Trugwahrnehmungen vorgefunden, wie wir dies, wenn auch in grotesk übertriebener Verzerrung, bei Hysterikern zu sehen gewohnt sind.

Weit heikler ist die Abgrenzung von dem Kreis der degenerativen Psychosen. Hier scheinen die Trennungslinien zu verfließen, und wir sind daher gezwungen, auf diesen differentialdiagnostischen Punkt etwas weitläufiger einzugehen.

Sie wissen, daß das akute Auftreten von halluzinatorisch-paranoiden Psychosen bei erhaltener Besonnenheit, welche wieder abklingen, seit langem bekannt ist und man diese Formen als *Paranoia hallucinatoria acuta* bezeichnete. Später war man jedoch immer weniger und weniger geneigt, eine akute idiopathische Halluzinose dieser Art gelten zu lassen. Entweder erblickte man in chronischer Intoxikation oder in dem Vorhandensein einer epileptischen oder hysterischen Erkrankung die Ursache für die pathologische Erscheinung der Sinnestäuschungen. Weit häufiger faßte man die akute Halluzinose aber als eine Phase in einem cyclischen oder progressiven Prozeß auf, und zwar meist dort, wo die erstgenannte Ätiologie nicht nachweisbar war. *Bonhoeffer*<sup>1)</sup> hat als psychiatrischer Gefängnisarzt solche „*Syndromes épisodiques*“ paranoider Natur an den Insassen der Breslauer Strafanstalt beobachtet, dieselben von der *Dementia praecox* abgetrennt und 1907 als Degenerationspsychosen beschrieben. Er hat hier bewußt auf die Anschauungen

<sup>1)</sup> *K. Bonhoeffer*, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Marhold, Halle a. Saale 1907. (Samml. zwangloser Abhandl. a. d. Geb. der Nerv. u. Geisteskr.)

*Magnans* Bezug genommen und ist von ihnen bei seiner Darstellung ausgegangen. „Gehörstäuschungen sind nicht zahlreich, bestehen aber in allen Fällen“ und demonstriert sehr eingehend, daß es sich um akute Psychosen bei Entarteten, nicht um einfache Situationspsychosen handelt. *Schröder* ist ihm hierin gefolgt und hat den Begriff der Degeneration sehr weit gefaßt. In der subjektiven Dehnbarkeit desselben liegt aber die Gefahr. Was ist Degeneration? Darüber müßte vor allem Klarheit und Übereinstimmung herrschen. Bei unserer völligen Unkenntnis der anatomisch-physiologischen Verschiedenheiten, die das Wesen der Degeneration begründen sollen, halte ich es für zweckmäßig, über diese Grundlagen nicht zu spekulieren, sondern sich an bestimmte klinisch greifbare Eigentümlichkeiten zu halten, die man als degenerativ zu bezeichnen gewohnt ist.

Es gibt bekanntlich psychische und somatische Kennzeichen, an denen man die Degeneration erkennt. In psychischer Beziehung sind es ganz abnorme Reaktionen des Gefühlslebens, abnorm durch die Richtung, Intensität und Dauer der Gefühlsregungen bei Abwesenheit gröberer, intellektueller Störungen. Diese Beschränkung des Pathologisch-Abnormen auf die Gefühle, wo die Inferiorität des Intellekts, wenn vorhanden, oft nur scheinbar ist, indem die abnorm stark gefühlsbetonten Vorstellungen, die überwuchernde Phantasie die logische Verarbeitung der Wahrnehmungen hemmt und in falsche Bahnen lenkt, ist wesentlich. Sind merkliche Defekte in der Urteilsfähigkeit bei vollständiger Nüchternheit vorhanden, so haben wir Übergänge zu den psychischen Entwicklungshemmungen vor uns. Jedenfalls darf nicht übersehen werden, daß die Gefühle nicht nur die treibenden Kräfte für Willen und Charakter sind, sondern sich ihre normalen Töne selbst für die *Logik* des Gedankenumschlages als unentbehrlich erweisen.

Die Beurteilung der Gefühle, ob ihre Richtung, Intensität und Dauer als pathologisch anzusehen sei, muß äußerst kritisch vorgenommen werden, da die Breite der Verschiedenheiten innerhalb der physiologischen Grenzen eine große ist. Nur grelle Abweichungen, wie etwa die Richtung sexueller Triebe auf das eigene Geschlecht oder das Unvermögen, sich von der quälenden Herrschaft scheinbar ganz irrelevanter Vorstellungen zu befreien oder ein unbesiegbarer, völlig unmotivierter Hang zur Kriminalität dürfen als pathologisch geführt werden. Das für unser Gefühl völlig Fremdartige ist der allerdings leider recht subjektive Prüfstein für das Krankhafte.

Von den körperlichen Zeichen der Degeneration sind wohl die von *Shikorsky*<sup>1)</sup> und *Piderit*<sup>2)</sup> geschilderte Mimik der Degenerierten die

<sup>1)</sup> *Sikorski*, Kiew, Die Bedeutung der Mimik für die Diagnose des Irreseins. Neurol. Zentralbl. 1887, S. 465, 192.

<sup>2)</sup> *Piderit*, Mimik und Physiognomik 1886, S. 190.



prominentesten. Das vollständige Fehlen der vertikalen Stirnfalten infolge einer anscheinenden Insuffizienz des M. orbitalis superior, bei einer besonders starken Entwicklung des M. frontalis, welcher bereits an jugendlichen Individuen die Stirne quer faltet, während das übrige Mienenspiel fast ganz fehlt, oder die auffallend große und dicke Oberlippe, das Abstehen und Aufgedunsensein der beiden Lippen, sowie choreaartige Spasmen und wurmförmige Zusammenziehungen einzelner Bündel des Orbicul. oris oder die „unausgesprochene Miene“, welche dadurch zustande kommt, daß sich beim Lachen außer den Musculi orbiculares palpebrae inferioris und zygomatici majores auch die Heber der Oberlippe gleichzeitig kontrahieren, die dann kein lachendes, sondern ein Weinerliches Gesicht zustande bringen, springen jedem Untersucher sofort in die Augen. Sehr zahlreich sind Anomalien der Behaarung, des Skeletts, des Bandapparates, der Innervation des Vasomotorensystems, der Ohren, für welche man die „Entartung“ verantwortlich macht<sup>1)</sup>.

Für uns ist es nun wichtig, ob es spezifische Degenerationspsychosen gibt, d. h. Geisteskrankheiten, welche *nur* bei Degenerierten vorkommen und welche eine bestimmte, nirgends wiederkehrende, klinische Physiognomie darbieten. Man war bemüht, solche Merkmale zu entdecken und glaubte sie in dem episodenhaften Auftreten der Psychose, in dem Phantastischen und Wechselvollen der Wahnbildung, in der „Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins“ und in manch anderem noch gefunden zu haben.

Es ist nun zwar richtig, daß die genannten klinischen Eigentümlichkeiten an degenerierten Geisteskranken beobachtet werden, *damit ist aber noch nicht erwiesen, daß sie als ein pathologisches Produkt der Entartung aufgefaßt werden müssen*. Sie können auch, und wie mir scheint, sehr mit Recht, als *Komplikationen* eines defekten Habitualzustandes des Zentralnervensystems angesprochen werden. Die Unabhängigkeit jener halluzinatorischen Episoden von der Entartung, welche ich eingangs skizziert, dokumentiert sich *durch das Fehlen aller somatischer und charakterologischer Stigmata degenerationis*. Unter meinen Halluzinanten befindet sich kein einziger Fall von Kriminalität oder Homosexualität, kein Fall von psychischer Instabilität oder Hochstaplerium. Im Gegenteil sind es sehr soziale Naturen, welche den ihnen in der Ge-

<sup>1)</sup> Ich möchte diesen Degenerationszeichen denn doch im Gegensatz zu *Bumke* einige Bedeutung beimessen. Ich kenne keine Person mit diesen Anomalien der Mimik und ganz intakter Psyche. Einen eklatanten Fall von frontaler Querfaltenbildung und kläglichem Gesichtsausdruck bot ein junger haltloser Dégénééré, welcher durch Postkartenverkauf in Leipziger Vergnügungslokalen sein Dasein fristete. Wulstförmige Vergrößerung der Oberlippe fand ich bei der Mutter eines schwachsinnigen Mädchens, das mit angeborener Wortblindheit behaftet war.

sellschaft zukommenden Platz behaupten und ausfüllen. Es gehören zu ihnen ausgezeichnete, pünktliche Beamtinnen, tüchtige Hausfrauen, ja über das Durchschnittsmaß ragende Gerichtsbeamten in hervorgehobener Stellung, alle von ganz einwandfreiem Charakter. Worauf soll sich aber bei diesen die Diagnose der Degeneration stützen?

Auf der anderen Seite wissen wir, daß die überwiegende Mehrzahl der Homosexuellen, Kriminellen, pathologischen Schwindler und Instablen *nicht* in Geisteskrankheit verfällt.

Man wird mir einwenden, daß es eben *Geisteskrankheit* ist, welche das Stigma *denerationis* bedeutet und *Bumkes* Zusammenstellung aller über nervöse Entartung<sup>1)</sup> zu ermittelnder Tatsachen, welche seinem Sammeleif alle Ehre macht, zitiert *Kraepelins* Definition der Degeneration: „Mit dem Namen der Entartung bezeichnen wir das Auftreten vererbbarer Eigenschaften, welche die Erreichung der allgemeinen Lebensziele erschweren oder unmöglich machen.“ Wer die Entartung so *allgemein* faßt, der schließt notgedrungen mit in ihren Begriff die psychopathische Anlage, die vererbbare Disposition zur Geisteskrankheit ein. Demzufolge sind aber *alle* Geisteskrankheiten, welche nicht *ausschließlich* exogenen Ursprungs sind — und von welcher Psychose läßt sich dies wissenschaftlich exakt behaupten? (Man vgl. hierzu die treffenden Erörterungen *Bonhoeffers*<sup>2)</sup>) — Degenerationspsychosen und es hätte gar keinen Sinn, eine klinisch bestimmt charakterisierte Gruppe für die Entartung in Anspruch zu nehmen.

*P. Schröder* meinte zweifellos verwandte paranoide Zustände, welche ich hier skizzenhaft geschildert, als er über „Degeneratives Irresein und Degenerationspsychosen“ auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Hamburg am 27. V. 1920 sprach<sup>3)</sup>. Aus einer natürlichen Folgerichtigkeit dehnt sich bei ihm der Begriff der Degenerationspsychosen“ über das Krankheitsgebiet des manisch-depressiven und hysterischen Irreseins aus und sein Schema schließt tatsächlich alle nicht exogen bedingten akuten Geisteskrankheiten ein. Naturgemäß ist dann die Zahl der Degenerationspsychosen eine sehr große. („Ihrer Zahl und Häufigkeit unterschätzen wir die hierher gehörigen Fälle noch“ gibt *Schröder* an.)

Ich kann mich mit der Zusammenstellung der sog. pathologischen Grenzzustände, welche für die degenerative Anlage typisch sind, mit den zirkulären und hysterischen Psychosen nicht einverstanden erklären.

<sup>1)</sup> *Oswald Bumke*, Über nervöse Entartung. Monograph. aus dem Gesamtgebiete der Neurologie u. Psychiatrie. Berlin 1912, S. 7.

<sup>2)</sup> *Bonhoeffer*, Zeitschrift f. ärztliche Fortbildung, 8. Jahrg. 1911, Nr. 4, Alkohol-Alkaloid und andere Vergiftungspsychosen.

<sup>3)</sup> *P. Schröder*, Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 60. Berlin, Julius Springer, 1920.

Ich kann mir z. B. nicht vorstellen, wie aus derselben pathologischen Wurzel einmal Persönlichkeiten von hoher wissenschaftlicher und künstlerischer Bedeutung, wie dies bei den Manisch-Depressiven der Fall ist und ein anderes Mal Individualitäten, welchen jede Konzentrationsfähigkeit und Beharrlichkeit in ihrem Schaffen vermissen lassen, hervorgehen sollen. Das sind psychische *Gegensätze*, die auf zwei *verschiedene* Anlagen hinweisen. Bezüglich des Verhältnisses der Hysterie zur Degeneration wäre zu sagen, daß die Macht der Autosuggestion in beiden krankhaften Zuständen Gedankenrichtung, Handlungen, ja den ganzen Charakter bestimmt, daß aber die *Intensitätssteigerung* einer Vorstellung bis zum Lebhaftigkeitsgrade der Wahrnehmung oder psychogene Lähmungen denn doch wieder auf eine *besondere* Anlage hinweisen.

Es liegt mir vollkommen ferne, das Verdienst *Schröders*, auf die nosologische Sonderstellung gewisser paranoider Zustände hingewiesen zu haben, welche mit den von mir besprochenen die größte Ähnlichkeit besitzen und sich nur dadurch von ihnen unterscheiden, daß die im Bewußtsein auftauchenden Vorstellungen nicht den sinnlichen Lebhaftigkeitsgrad erreichen<sup>1)</sup>, gering zu schätzen. Ich stimme ihm auch vollkommen zu, wenn er sie aus einer angeborenen psychopathischen Konstitution entspringen läßt. Es erscheint mir nur etwas willkürlich und gekünstelt, *Entartung* als eine spezifische Anlage zu spezifischen Erscheinungsformen einer anderen Anlage zu fortschreitenden Krankheitsprozessen gegenüberzustellen. Abgesehen davon, daß hier der Name Degeneration nicht angebracht wäre, da diese, wie gesagt, den Boden für alle Psychosen abzugeben hätte, so wäre überhaupt nicht einzusehen, warum nicht in dem Organismus sich später entwickelnde Schädlichkeiten oder von außen einwirkende deletäre Ursachen *verschiedene* Krankheitszustände hervorzubringen geeignet sein könnten, wenn auch die *gleiche* hereditäre Belastung der Entartung in beiden Fällen vorläge.

Ich würde überhaupt davor warnen, nach *einzelnen* pathologischen Kriterien große Krankheitsgruppen zu schaffen. Wir setzen uns damit der Gefahr aus, bequeme Schablonen für oberflächliche Untersucher herzustellen, da die differentialdiagnostische Alternative dann nur zwischen ganz wenigen Möglichkeiten schwankt, ohne dem pathologischen Wesen der Erkrankung näher zu kommen.

Mit Recht betont *Schröder* den fundamentalen Unterschied, welcher zwischen einem chronisch progressiven Prozeß mit einem schließlichen Verblödungszustand und dem pathologischen Zufall einer akuten Psychose, als der Reaktion einer psychopathischen Konstitution auf eine

<sup>1)</sup> *P. Schröder*, Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. **49**, H. 2: „Über Halluzinosen und vom Halluzinieren“.

innere oder äußere Schädlichkeit besteht. Dieser ist natürlich sehr wichtig und dessen Erkennung die erste, wenn auch oft sehr schwierige Aufgabe des psychiatrischen Diagnostikers. Ich möchte mich nur davor verwahren, daß wir, nachdem wir für alle chronisch-progressiven Psychosen, welche nicht zur progressiven Paralyse gehören, den Sammelbegriff „Dementia praecox“ gefunden zu haben glauben, nun einen zweiten, ebenso weit umfassenden einführen, welchen wir „Degeneration“ taufen.

*Kraepelin* ist selbst diesem übertriebenen Bestreben, die klinischen Bilder der Geisteskrankheiten auf wenige pathologische Typen zurückzuführen, auf einer Psychiaterversammlung entgegengetreten und sprach die Hoffnung aus, die pathologische Einheit der Dementia praecox-Gruppe durch die Entdeckung noch nicht bekannter Symptomenkombinationen und Verlaufsarten gegliedert zu sehen.

Die Neigung, sich mit den summarisch zusammenfassenden Schlagworten der Dementia praecox und der Degeneration zufrieden zu geben, birgt den Hintergedanken in sich, einheitlich pathologisch-anatomische Befunde oder einheitliche krankhafte Hirnvorgänge gewonnen zu haben. In Anbetracht der außerordentlichen Einförmigkeit und Vieldeutigkeit der pathologischen Gewebsverhältnisse des Zentralnervensystems läßt eine solche Voreingenommenheit gar leicht verleiten, Gemeinsamkeiten herauszufinden, welche für den objektiven Forscher nicht vorhanden sind.

Ich bin der Ansicht, daß man auch hier der Tatsächlichkeit am nächsten kommt, wenn man am wenigsten präjudiziert. Man benenne den Zustand nach dem primären Symptom, welches die anderen Erscheinungen in durchsichtiger Kausalität bedingt und heraufführt. In diesem Sinne dürfte die Bezeichnung „idiopathische Halluzinose“ wohl kaum einem Einwand begegnen. Daß es sich hier nicht nur um eine Anlage zum Halluzinieren, sondern auch um unbekannte äußere und innere Gelegenheitsursachen handelt, wird mit dieser Auffassung nicht bestritten. Aber auch *Schröder* selbst wird von dem Terminus „Degenerationspsychose“ nicht vollauf befriedigt, indem er zugibt, daß der Name verbesserungsfähig oder durch einen passenderen zu ersetzen sein wird.

---