

Die Stellung von Hoches „Syndromenlehre“ in der heutigen Psychiatrie.

Von

Ferdinand Kehrer-Breslau,

Assistent in Freiburg von 1908 bis 1911 und von 1914 bis 1918.

(Eingegangen am 30. März 1925.)

Wer immer durch Zufall oder andere Schicksalsfügung in das geistige Magnetfeld von *Hoches* Persönlichkeit gekommen ist, wird in sich die Nötigung gefühlt haben, zu dem Mittelpunkte seiner Forscherarbeit: seiner Lehre von der Bedeutung der Syndrome in der Psychiatrie, innerlich in irgendeiner Weise Stellung zu nehmen. Mag man durch den Mut seines isolierten Zweifrontenkampfes gegen die herrschenden Großmächte *Kraepelin* und *Freud* oder durch den Schwung seiner Darstellung und der Selbstverständlichkeit, mit der die Grundfrage unseres Faches gelöst erscheint, fortgerissen ohne ernstliche Prüfung sie zur eigenen Überzeugung machen, oder aber sich mit ihr nach dem Motto: „Was du ererbt von deinen Vätern hast, erwirb es, um es zu besitzen!“ innerlich auseinandersetzen — um eines wird man nicht herumkommen: die Gewißheit, daß in ihr wohl auf noch lange Zeit hinaus die Schicksalsfrage aller Formenlehren der Psychopathologie ihren Ausdruck gefunden hat. Daß diese Überzeugung heute noch nicht so durchgedrungen ist, wie es sein könnte, hat *Hoche* in freimütigem Bekenntnis erst jüngst¹⁾ damit begründet, daß er seine Meinungen in den 18 Jahren, seitdem er sie zum ersten Male vorgetragen, „zu sehr fremden Händen überlassen habe“. In der Tat, wie immer sich schließlich die Geschichte unseres Faches einst zu ihnen stellen mag, so viel darf man heute doch wohl schon sagen: kaum je ist eine in den Gang der wissenschaftlichen Erkenntnis einschneidende These in solcher Kürze formuliert worden. Trotz dieser fast aphoristischen Kürze hat sie schließlich doch erreicht, bestimmend für die Grundauffassung der Psychiatrie zu werden, zugleich aber auch mannigfachen Mißverständnissen Tür und Tor geöffnet.

Es erscheint daher nicht bloß reizvoll, sondern fruchtbar, in zusammenhängender Weise ihre positiven Behauptungen herauszuschälen, die wesentlichen Linien ihres Einflusses auf die heute werktätige Forschergeneration aufzuzeigen, die sachlich-kritischen Einwände, die

¹⁾ Innsbruck 1924.

gegen sie erhoben wurden und sich erheben lassen, zu beleuchten und wenn möglich daraus Gesichtspunkte für ihren Weiterbau zu gewinnen.

Mag es auch erst einem späteren Geschichtschreiber der internationalen Psychiatrie vorbehalten sein, auch hier wie bei allen grundlegenden Lehrmeinungen die Fäden bloßzulegen, die sie mit der Vergangenheit verknüpfen — eine Aufgabe, der wir uns nicht gewachsen fühlen —, so ist immerhin doch so viel für die objektive Bewertung von Wichtigkeit, daß *Hoches* Lehre mit einem Taufnahmen eingeführt wird, der, wie uns scheint, das Wesentliche ihres historischen Gehalts nicht richtig oder zum wenigsten nicht genügend zum Ausdruck bringt. Es sei daher von vornherein als unsere Auffassung präzisiert: den Kern ihrer Bedeutung trifft es nicht, wenn man einfach sagen würde, er habe als erster eine Syndromlehre in der Seelenheilkunde propagiert.

Man würde mit einer solchen Behauptung der Bedeutung von Forschern, deren klinischer Psychiatrie ein nachhaltiger Einfluß auf die Entwicklung versagt geblieben ist, Unrecht tun: Wenn wir bei *Schüle* aus dem Jahre 1886 lesen, daß die „Aufgabe der Psychiatrie“ die „Erforschung der empirischen Verbände sei, unter welchen die Einzelsymptome tatsächlich zusammentreten“ und es als ihr „Zweck“ bezeichnet wird, „aus der Beobachtung am Krankenbett resp. im Krankenasytle die speziellen symptomatologischen Krankheitsbilder nach Entwicklung, Verlauf und Endschiedsal und zugleich, soweit möglich, nach ihren vielfachen Übergängen und Verbindungen zu zeichnen“, so werden wir ganz ruhig zugeben dürfen, daß hier der Bedeutung der Syndrome an sich ebenso Rechnung getragen ist, wie in ihr die leitende Idee der *Kraepelinschen* Nosologie (wie schon *Schüle* die spezielle Psychiatrie nennt) vorweggenommen ist. Und 1894 hat *Wernicke* (in seinem klassischen „Grundriß der Psychiatrie“) angesichts der „noch sehr unvollkommenen klinischen Kenntniß der Psychosen“ seine Aufgabe darin erblickt, „für den Lehrzweck aus der größeren Zahl der überhaupt vorkommenden Typen zunächst einfache, aus wenigen Elementarsymptomen sich zusammensetzende und möglichst vollzählig verstandene Krankheitsfälle auszuwählen.“ Um des Umstandes willen, daß „sie der Mehrzahl nach gewisse häufiger vorkommende Krankheits-typen darstellen“ und daher als „Grundformen der Psychosen“ bezeichnet werden könnten, bilden sie für ihn den „Grundstock einer Krankheitslehre, auf den zum Verständnis der komplizierten Fälle immer wieder zurückgegriffen werden muß“. Kompliziert sind nach ihm letztere — er nennt sie „kompliziertere gemischte Psychosen“ — dadurch, daß es sich entweder um „Übergänge zwischen 2 Grundformen oder um Mischformen zwischen Motilitätspsychosen und mehr oder weniger verbreiteten sensorischen Psychosen“ handelt, oder aber dadurch, daß sie teils „in voneinander unabhängigen verschiedenartigen Stadien

oder Phasen, teils unter allmählicher Umwandlung eines Krankheitsbildes in ein anderes mit sichtlicher Progression verlaufen.“ Wenn wir somit in *Wernickes* Krankheitsauffassung schon das Syndrom und den Krankheitstypus als die zwei logischen Grundpfeiler seiner Nosologie anerkennen müssen, so werden wir den Fortschritt der *Hocheschen* Lehre an anderen Punkten zu suchen haben. Um zu erkennen, welches diese sind, wollen wir aus der Reihe seiner Darlegungen¹⁾, die, wenn man so sagen darf, *positiven Sätze*, all das, was nicht auf eine kritische Ablehnung herrschender Auffassungen hinausläuft, scharf herausheben:

„Alle psychischen Störungen verlaufen in bestimmten Formen, die wir bloß noch nicht kennen.“ „Alle der Erfahrung nach und im Prinzip heilbaren Störungen, soweit dieselben nicht nachweislich oder wahrscheinlich organisch bedingt sind“, „nicht nur bei den so unendlich verschiedenen Typen der psychopathischen Dauerverfassung, sondern auch bei den sog. erworbenen Psychosen“ entsprechen „gewissen immer“ bzw. „gesetzmäßig wiederkehrenden Symptomverkuppelungen“ („Einheiten 2.“ oder „mittlerer Ordnung“, „Syndrome“). „Sicherlich wird es möglich sein, in sehr viel größerer Zahl solche Syndrome kennen zu lernen.“ „Aus deren Zusammentreten“ — „oft müssen wir mit dem Nebeneinander mehrerer solcher Verkuppelungsgruppen rechnen“ — „entwickelt sich das, was uns heute in manchen Fällen als klinische Krankheitseinheit imponiert“; „bei den sog. funktionellen Psychosen beherrschen sie als wesentlicher Bestandteil das Krankheitsbild dauernd, aber ausgleichbar“, bei allen organischen Vorgängen bzw. allen mit Defekt einhergehenden Seelenstörungen etwa der progressiven Paralyse treten episodisch und wechselnd Syndrome der verschiedensten Art in die Erscheinung. Sie stellen auf der „individuellen cerebralen Beschaffenheit“ beruhende „psychische Dispositionen“, „dauernde, großenteils mitgebrachte Reaktionsformen“ dar, von denen „sich jede einzelne für sich wieder aus der Vereinigung elementarer Dispositionen auf motorischem oder sensorischem Gebiete zusammensetzt“. „Sie machen teils das aus, was wir als den Charakter eines Menschen . . . resp. was wir im Groben als Temperament bezeichnen, teils bestimmen sie im Falle krankmachender Einflüsse, wie die krankhaft abweichende Reaktionsform der Persönlichkeit ausfällt.“

Als *Beispiele* solcher Syndrome werden aufgezählt: das hypochondrische, hysterische, neurasthenische, das manische und melancholische, das paranoische, das katatonische und delirante Syndrom, und analogieweise wird auf den großen epileptischen Anfall verwiesen. Auf der anderen Seite finden wir aber in etwas unbestimmter Weise aufgeführt:

¹⁾ Kritisches zur psychiatrischen Formenlehre. 1906. — Zur Melancholiefrage. 1910. — Die Bedeutung des Symptomenkomplexes in der Psychiatrie. 1912. — Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen. 1923.

„die akute chronische Wahnbildung, die halluzinatorische Verwirrtheit, Stimmungsanomalien, Stupor usw.“, als „psychische Dispositionen“ die konstitutionelle Verstimmung, der chronisch manische, der mißtrauisch paranoische und der agil querulierende Charakter, und schließlich die Disposition zu Bewußtseinstrübungen.

Wenn wir uns diese leider etwas allgemein gehaltene Darstellung vor Augen halten, so dürfte in der Tat doch wohl nicht zu verkennen sein, daß der *zentrale Punkt der Lehre* in der Forderung weniger einer bloßen Registrierung von Syndromen zu suchen ist, als in der des Nachweises ihrer *biologischen Verankerung*. Um einen glücklichen Terminus *Kretschmers* heranzuziehen: der Kern von *Hoches* Lehre liegt u. E. in der Erfassung der psychischen Syndrome als „biologische Radikale“, sei es als Dauerverfassungen, d. h. Konstitutionen oder (um einen Ausdruck von *Spranger* sinngemäß anzuwenden) als „ideale Grundtypen krankhafter Persönlichkeiten“, sei es als psychopathische Reaktionsbereitschaften, d. h. Dispositionen zu bestimmten „funktionellen Psychosen“.

Zusammenfassend können wir also sagen: *Hoches* Syndrome lassen sich nicht ohne weiteres als „Zustandstypen“ (*Schneider*) kennzeichnen; sie sind auch nicht „Symptomenverkuppelungen“ schlechthin, denn sie stellen nicht nur eine kleine Auswahl aus der unendlichen Zahl möglicher Bindungen von krankhaft abgewandelten seelischen Elementarvorgängen dar, sondern darüber hinaus auch noch eine engere Auswahl aus der Zahl gleich komplexer Symptomenbindungen, wie sich u. a. daraus ergibt, daß in *Hoches* Reihe sowohl das amnestische als das amnestisch-aphatische als das im weiteren Wortsinn dementive Syndrom fehlt, im Gegensatz zu der Reihe der von *Kraepelin* herausgehobenen „Erscheinungsformen des Irreseins“, in der wir z. B. letzteres als „oligophrene Form“ aufgeführt finden; sie sind vielmehr *vom Gesichtspunkte der Reflexlehre gedachte Anlageformen vorwiegend seelischen Geschehens unter abnormen Bedingungen*. Damit stellt sich *Hoches* Lehre als die neurobiologische Grundlegung einer psychischen Konstitutions- oder richtiger Dispositionslehre überhaupt dar¹⁾.

¹⁾ Ich möchte hier diese Feststellung nachholen, welche mir bei meiner monographischen Darstellung der allgemeinen Lehre von der „Veranlagung zu seelischen Störungen“ (1924) entgangen ist. — Auch auf die historisch interessanten Beziehungen von *Hoches* Anschauungen zu *Griesinger* und *Wernicke* deutscherseits, *Magnan* und *Morel* französischerseits, sei hier anmerkungsweise hingewiesen. Historisch dürfen wir sie vielleicht als einen Entwurf darstellen, der die Grundlinien dieser Bahnbrecher der Psychiatrie ohne deren Überspannungen mit dem modernen Konstitutionsgedanken verbindet. Auf einen Punkt aber möchten wir nicht bloß aus historischen Gründen hier eingehen: *Jaspers* hat die Verdienste der Franzosen um die Lehre von Anlage und Vererbung für die Psychiatrie gewürdigt. Es ist ihm aber in seiner negativen Kritik ihrer Anschauungen ein Irrtum unterlaufen, den wir richtigstellen müssen. Wenn er nämlich schreibt:

Damit widerlegt sich das Grundsätzliche einer Reihe von scheinbar schlagenden Einwänden gegen die Lehre, die von maßgebenden Autoren gemacht wurden: Es verliert z. B. seine Berechtigung der Vorhalt, den *Alzheimer* 1912 in der Kieler Diskussion gemacht hat, indem er sagte: „Kein Irrenarzt wird sich mit der Feststellung der Symptomenkomplexe begnügen, sondern suchen, eine Prognose zu stellen, und sich über die Ursache des Krankheitszustandes klar zu werden. Damit beschreitet er aber einen Weg, der in konsequenter Durchführung zur Abgrenzung einzelner Krankheiten wird führen müssen.“ Mag diese Behauptung an sich auch unumstößlich sein, so trifft sie doch nicht den entscheidenden Punkt von *Hoches* Anschauung, die wir für diesen Zu-

„Die überwältigende Mehrzahl der Psychosen gehörte nun bei ihnen zum erblichen Irresein, zum Irresein der Entarteten. Dieses degenerative Irresein, wie sie es auch nannten, hatte bei ihnen eine solche Ausdehnung und vereinigte im übrigen so verschiedene Dinge unter einem zudem meist hypothetischen Gesichtspunkte, daß es nicht befriedigen konnte“, so trifft dies nicht das, was uns heute an *Magnan* überholt erscheinen muß. Der entscheidende Irrtum *Magnans* war der falsche Begriff der *Erblichkeit*, den er und die ganze wissenschaftliche Generation seiner Zeit hatte: das heute noch schwer zu bekämpfende Übersehen des grundlegenden Unterschiedes zwischen echter *Erblichkeit* und „Mitgift“, die die Kinder von den Eltern mitbekommen, einerlei ob diese Mitgift darin besteht, daß eine Schädigung schon den Entstehungsort der elterlichen Keimzelle trifft oder erst die im Mutterleibe heranwachsende Frucht. So konnte es kommen, daß *Magnan* unter die erblichen Formen seelischer Entartung auch die Idiotie, überhaupt alle Oligophrenien im *Bleulers*chen Sinne aufnahm, in seinem letzten Entwurfe (1889) einer Klassifikation aber nicht einmal die Hysterie und Epilepsie und die *Paranoia completa* (*Kraepelins* Paraphrenie), in einem früheren Entwurfe (1882) sogar nicht einmal Manie und Melancholie, dafür freilich die hinsichtlich ihrer erblichen Bedingtheit verschieden zu bewertenden Einzelfälle von „Süchten“, „Furchten“ und Perversionen. — Wenn andererseits *Kronfeld* an *Magnan* und *Morel* tadelt, der der somatischen Medizin entlehnte Degenerationsbegriff habe in seiner psychiatrischen Anwendung durch sie mehr und mehr an deskriptiven Merkmalen verloren, so daß zuletzt bloß noch eine begrifflich unklare Beziehung zur Heredität übrig blieb, so trifft er den Punkt, der für uns heute ja wieder einer der untersuchungswertesten Faktoren geworden ist. Das sahen in der Ferne schon *Morel*, *Griesinger* und *Wernicke*: *Morel* macht den Unterschied von Heredität und Ätiologie, worunter er die äußere Ursache der Geisteskrankheiten versteht. „Abstrahieren wir im Augenblick“ (heißt es in einer Übersicht über die Seelenstörungen) „von der Heredität und nehmen einen ausschließlich ätiologischen Gesichtspunkt ein, vergessen sogar einmal, daß in den einfachsten Fällen die Heredität die Prädisposition schafft, sich eine Geisteskrankheit zuziehen . . . usf.“. Und von *Wernicke* hören wir (Vorlesungen) schon 1894 den bedeutsamen Satz: „Welche große Rolle die angeborene Disposition oder erbliche Belastung (*Griesinger*) bei den Geisteskrankheiten spielt, ist Ihnen ja längst bekannt. Nicht genügend bekannt ist aber, daß eine ausgesprochene erbliche Disposition vorhanden sein kann, ohne daß es jemals zu einer Psychose kommt.“ Sah der geniale Psychiater hier nicht viel weiter, als mancher der heutigen, dem *Erblichkeit* nur in der Form der „direkten“ Vererbung vorstellbar ist und der auch dann noch schwer den dominanten Modus von dem blastophoren zu trennen lernt!

sammenhang vielleicht dahin formulieren können, es sei ihm nicht¹⁾ um die Registrierung von *Zustandsbildern*, nicht um eine Erfassung von Syndromen, die ja natürlich in *ihrer* Art auch eine Einheit oder Ganzheit darstellen, im statischen Querschnitt, als vielmehr *auch* im *genetischen Längsschnitt* zu tun. Es muß aber auch ebenso zurückgewiesen werden, wenn vor kurzem *Bleuler* an autoritativer Stelle²⁾ die „*Syndromlehre*“ *Hoches* ablehnt, dagegen sich einen „Vorteil von einer syndromistischen Behandlung derjenigen Symptomenkomplexe verspricht, die nur Abweichungen vom normalen Durchschnitt sind, sei es in der Anlage (Psychopathien), sei es in der Reaktion (Neurosen, Zweck-Situationspsychosen, Paranoien). Man könnte geradezu sagen, daß hier, nur in engsinziger Weise und in anderer Formulierung *Hoches* Lehre geradezu propagiert würde, wenn nicht *Bleuler* zugleich einen anderen, schwerwiegenden Einwand machte, den Einwand nämlich, daß wir doch jetzt viel zu viel von den „Krankheiten“ im gewöhnlichen Sinne wüßten als daß wir ohne schweren wissenschaftlichen Verlust auf die Vorstellungen, die man sich über diese mache, verzichten könnten. In der Tat scheint uns damit der wichtigste Punkt in der Bewertung der *Hocheschen* Lehre berührt zu werden: es ist die Frage, ob mit der Herausarbeitung der psychischen Syndrome als biologischer Radikale die doch wohl unbestritten notwendige Nosologie der vorwiegend seelischen Störungen erschöpft sei, oder anders ausgedrückt, ob die *spezielle* psychiatrische Krankheitslehre sich ein für allemal *oder* aber nur im *gegenwärtigen* Zeitpunkte unserer unvollkommenen Einsicht mit einer „mit Einheiten mittlerer Ordnung hantierenden Psychopathologie“ zu begnügen habe. Die Bedeutung dieser Frage springt in die Augen, wenn man sie gewissermaßen an einem historischen Beispiele erwägt: Zieht *Kraepelin*, wenn er mit der Herausstellung seiner „Erscheinungsformen des Irreseins“, welche er „Registern einer Orgel“ vergleicht, „die je nach der Stärke oder Ausdehnung der krankhaften Veränderungen in Betrieb gesetzt werden“, im Prinzip auf dieselben, eben durch vorgebildete Einrichtungen des Organismus ein für allemal festgelegten Radikale zurückkommt wie *Hoche*, auch seiner *speziellen*, mit bewundernswerter Beharrlichkeit geschaffenen Formenlehre gleichsam den Boden unter den Füßen weg, banal ausgedrückt, darf er jenes tun, braucht aber deswegen dies nicht zu lassen? Und umgekehrt: ist es denkbar, daß eine wie immer gartete Vertiefung und Weiterführung von *Hoches* Programm schließlich nicht auf ein „Phantom“ stößt, sondern in eine

¹⁾ Wie man aus einer seiner letzten Darstellungen vielleicht schließen könnte: „Man solle sich begnügen, die verschiedenen Arten von Symptomverkuppelungen, welche auf Grund vorgebildeter innerer Zusammengehörigkeit tatsächlich existieren, festzustellen resp. zu registrieren.“

²⁾ Lehrbuch der Psychiatrie.

Krankheitslehre mündet, die ihrem letzten Sinne nach, wenn auch nicht im einzelnen, geschweige denn in der Terminologie, mit *Kraepelins* Grundabsichten übereinstimmt?

So wenig übersehen werden kann, welchen außerordentlichen Einfluß innerhalb der gesamten Psychopathologie *Hoches* Gedankengänge gerade da gewonnen haben, wo es am wenigsten in die Erscheinung tritt — wir verdanken ihm doch wohl in der Hauptsache die Verdrängung der lebensfremden Elementenpsychologie durch eine lebensnahe Persönlichkeitskunde innerhalb der Psychiatrie; wie es nicht zu verkennen ist, daß alle wesentlichen Punkte der *Birnbaumschen* Strukturanalyse auf seine Scheidung der „Rand-“ von den „Achsensymptomen“ zurückgehen; daß ohne ihn Theorien, wie z. B. die *Spechtsche* Auffassung von der Auslösbarkeit manisch-melancholischer Syndrome durch exogene Gifte, oder *Bleulers* (u. E. abwegige) Annahme, „synton“ und „schizoid“ seien 2 Reaktionsweisen, die in jedem Menschen, nur in individuell sehr wechselndem Stärkeverhältnis nebeneinander wohnen, gar nicht möglich geworden wären, — so wenig werden wir uns ehrlicherwise darüber täuschen dürfen, daß die *Grundpfeiler* der *Kraepelinschen* Formenlehre von allen Autoren übernommen worden sind, die in letzter Zeit ansatzweise oder in strenger Durchführung eine nosologische Klassifikation gebracht haben. Von den in dieser Beziehung ganz auf dem Boden *Kraepelins* stehenden Forschern nicht zu sprechen, überall: in *Wien, Kiel, Tübingen* wie irgendwo sonst in der wissenschaftlichen Welt wird mit den Begriffen manisch-melancholisches Irresein, Schizophrenie, Epilepsie — dem Dreigestirn der *Kraepelinschen* Psychiatrie — offen oder stillschweigend mit der gleichen Selbstverständlichkeit gearbeitet, wie in der inneren Medizin etwa mit den biologisch ähnlich zu bewertenden „Einheiten“ Diabetes, Rheumatismus, Fettsucht. Wenn *Schröder* vor wenigen Jahren, den alten *Magnanschen* Schlauch des Entartungsirreseins mit neuem Wein füllend, zwischen dem ursprünglichen manisch-melancholischen Irresein und der *Dementia praecox Kraepelins* den Pufferstaat der „Degenerationspsychosen“, welcher im groben gesehen von jenem die Verlaufsregel, von dieser die Erscheinungsformen entlehnt, errichtet hat, so hat er damit doch stillschweigend das Prinzipielle der *Kraepelinschen* Nosologie übernommen; und wenn *Kleist* zwar „das Suchen nach bestimmten Krankheiten auf dem Gebiete, auf dem es sich immer nur um angeborene seelische Verfassungen größerer oder geringerer Ähnlichkeit handelt“, von denen „einzelne krankhafte Individuen mehrere gleichzeitig in sich vereinigen können“, für „unfruchtbar“ erklärt, so hat er dennoch soeben erst¹⁾ eine Einteilung gebracht, die auf dem „eigentlichen Schauplatz der klassifikatorischen Nöte“, wie sich *Hoche* einmal ausgedrückt hat, dem der sog. funktionellen Psychosen, die

¹⁾ Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 40, 115. 1925.

3 Eckpfeiler *Kraepelins* nur mit besser durchgearbeiteter Verschalung wieder aufrichtet¹). Sehen wir schließlich *Bumkes* Einteilung an, desjenigen, der am durchsichtigsten und folgerichtigsten eine Klassifikation begründet und durchführt²), so finden wir bei ihm das verwirklicht, was er vor 3 Jahren in Leipzig sozusagen als Programm aufgestellt hat: die von *Kraepelin* aufgestellten Krankheitsformen als Ausgangspunkt weiterer Forschung, als „große Rahmen“ zu nehmen, die nicht „starr, sondern nach allen Richtungen beweglich sind³)“. Und wenn *Bumke* anerkennt: „Auch auf dem Gebiete der ‚endogenen funktionellen Seelenstörungen‘ lassen sich Gesetzmäßigkeiten nachweisen: immer wieder vorkommende Syndrome nicht bloß, sondern auch typische Verlaufsarten, die mit diesen Syndromen so innig verknüpft sind, daß sie aus ihnen erschlossen und vorausgesagt werden können; das sind dann doch auch Krankheiten, wenn auch in einem anderen Sinne als die croupöse Pneumonie als anatomische oder die Tuberkulose als ätiologische Krankheit“, so werden wir doch wohl unsere am Eingange dieses Abschnittes formulierte Frage bejahen können: nicht hie *Hoche*, hie *Kraepelin*, sondern *Kraepelin und Hoche!* Wenn wir uns weiter eines Satzes erinnern, den *Kraepelin* 1899 in der Einleitung zu seiner Nosologie ausgesprochen hat: „Wir müssen von

¹) Zur Orientierung dürfte es zweckmäßig sein, die *Kleistsche* Einteilung hier wiederzugeben:

1. *Epileptischer* Formenkreis („der gröbere große und verwaschene Krankheitsbegriff durch eine Reihe kleinerer und schärfer umgrenzter Formen ersetzt“): Epilepsie, epileptoide Erkrankungen, Pyknolepsie, Narkolepsie, Migräne usw.

2. Enger gefaßte Kerngruppe eines *manisch-melancholischen Irreseins*, um die herum „die selteneren *autochthonen* oder wenn man will zykliden *Degenerationspsychosen*“ sich gruppieren (man könnte sie erbliche Diathesen nennen! Ref.).

3. Gruppe „*psychischer Heredogenerationen*“ als Ersatz für die „dem Weg der Auflösung verschriebenen, aber kurz vorher noch als einheitliche Krankheitsgruppe gekennzeichneten *Schizophrenie*“. (Abseits davon stellt *Kleist* die hysterischen bzw. hysteroiden, die Zwangs- und Wahnkonstitutionen und die übrigen Psychopathien.)

Man wird also *Kleist* nicht Unrecht tun, wenn man sagt, er habe das manisch-melancholische Irresein *Kraepelins* durch eine recht weit gefaßte Gruppe: die „*autochthonen Degenerationspsychosen*“, und die *Dementia praecox* durch die Gruppe *psychischer Systemerkrankungen*“ ersetzt. Wie weit hierin ein Fortschritt gegenüber *Kraepelin* zu erblicken ist, sofern nicht prinzipiell neue Einsichten in Wesen und Erscheinungsformen dieser Gruppe geliefert werden, sei dahingestellt.

²) Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 1924.

³) Sehen wir von Unerheblichkeiten der Namensgebung ab, so weicht dementsprechend die *Bumkesche* Auffassung von der *Kraepelinschen* insofern ab, als die Gesamtheit der funktionellen und psychischen Abweichungen und Psychosen als erste Hauptgruppe der zweiten Gruppe der exogenen und organischen Psychosen gegenübergestellt wird und die schizophrenen Psychosen in dieser zweiten eingeordnet werden.

wissenschaftlich begründeten Typen für heute absehen“, aber „das praktische Bedürfnis fordert eine ungefähre Gruppierung des Erfahrungsstoffes“ und dazu seine Bemerkung aus dem Jahre 1910 nehmen: die „unübersehbare Mannigfaltigkeit endogener Krankheitszustände, die wegen ihres gemeinsamen Ursprungs aus krankhafter Veranlagung die mannigfaltigsten Übergänge und Verbindungen aufweisen“, gebiete, „sich auf die Heraushebung einzelner häufiger vorkommender Zustandsbilder zu beschränken, ohne zur Aufstellung wirklicher Krankheitsformen fortschreiten zu können“, so wird man schließlich doch nicht mehr zweifeln dürfen, daß nur über die praktische Durchführung ihrer Programme¹⁾, nicht aber über deren eigentlichen Sinn zwischen beiden die volle Einigkeit fehlt. So sehr auch *Hoches* Ausführungen als Warnungen vor starrem Schematisieren gedacht sind, so daß sich „überpäsidentliche“ Anhänger *Kraepelins* viel eher getroffen fühlen müßten, als *Kraepelin* selbst und so sehr zu bedauern ist, daß *Hoche* uns nicht eine spezielle Krankheitslehre geschenkt hat, die mit der *Kraepelinschen* vergleichbar gewesen wäre, so muß hier doch auch darauf hingewiesen werden, daß in *Hoches* Darstellung selbst die, wenn man will, logischen Keime einer speziellen Formenlehre enthalten sind: Wenn er von „Einheiten mittlerer Ordnung“ spricht, wenn er meint, daß „die sog. Krankheitsformen sich als zu groß erwiesen“ hätten, wenn er davon spricht, daß „z. B. das delirante Syndrom sich mit dem Definitionsinhalte des Krankheitsbildes Delirium deckt“, so steckt darin doch die Anerkennung der grundsätzlichen Möglichkeit oder gar Notwendigkeit, über die „Syndrome“ wann immer hinauszukommen. Überdies anerkennt dies *Hoche* selbst noch dadurch, daß er zuletzt (1923) sich mit einem „vorläufigen²⁾ Verzicht auf die Gewinnung reiner Krankheitsformen“ begnügt. Demgegenüber kann *Hoches* bei der Diskussion meist zu sehr in den Vordergrund geschobene Sentenz, die „das Streben nach reinen Krankheitstypen als Jagd nach einem Phantom“ (1912), resp. „das Streben nach der restlos befriedigenden klinischen Gruppierung der psychischen Krankheitsbilder für einen bestimmten Bruchteil der Fälle als ein utopisches Bemühen“ (1923) geißelt, doch nicht recht aufkommen, — deshalb nicht aufkommen, weil sie gar nicht für die spezielle

1) Mir ist als der wichtigste Fehler der *Kraepelinschen Methodik* immer der erschienen, daß er sich ganz über die Undurchführbarkeit des von ihm aufgestellten Arbeitsprogramms: „Man fügt probeweise immer neue ähnliche Fälle hinzu, um sie wieder auszuschneiden, wenn abweichender Ausgang und Leichenbefund ihre irrtümliche Einordnung dartun“, getäuscht hat. Wer aus den Krankheitsfällen immer nur das zu vorweggenommenen Typen Passende herauschält und dann auch noch wahllos wesentliche Erscheinungen und unwichtige, z. T. nur anekdotenhaft interessante Symptome in die Darstellung der Symptomatik verarbeitet, kann doch hinterher die Modellfälle gar nicht mehr „ausscheiden“!

2) Sperrdruck durch Ref.

Psychopathologie allein gilt, sondern genau so für jedes andere Fach der Medizin, aber auch nicht bloß für diese überhaupt, als vielmehr für jede Biologie. „Es ist eine wirklich wunderbare Tatsache, obwohl wir das Wunder aus Vertrautheit damit zu übersehen pflegen, daß alle Tiere und Pflanzen durch alle Zeiten und allen Raum so miteinander verwandt sind, daß sie Gruppen bilden, die einander subordiniert sind . . . , daß . . . Varietäten einer Art einander am nächsten stehen, daß Arten einer Gattung weniger und ungleiche Verwandtschaft zeigen und Untergattungen und Sektionen bilden“, so zitiert *Hönigswald Darwin* und er fügt hinzu: „*Kant* hat das ‚Wunder‘ aus dem Begriff und den Bedingungen, aus der ‚Möglichkeit‘ der Erkenntnis zu verstehen gelehrt, hat gezeigt, daß und wie sie gleichermaßen unendliche Vielgestaltigkeit der Formen und Einheit der systematischen Gliederung fordert.“

So erweist sich also das „Streben nach reinen Krankheitstypen“ nicht sowohl als ein Phantom, sondern als eine *contradictio in adjectu*, als eine *contradictio* gegen den Sinn des Begriffs „Typus“, dessen Inhalt sich mit dem Wandel unserer wissenschaftlichen Erkenntnis wandeln muß, weil der *Typus* eben u. E. keine andere Bedeutung hat als den einer Ordnungseinheit, einer bei dem jeweiligen Stande der Erkenntnis befriedigenden Gruppierung eines Verbandes von wesentlichen Merkmalen und Vorgängen, in bezug auf welche eine größere Zahl von Fällen, die das Erfahrungsmaterial, auf die Psychiatrie also zugeschnitten: von Menschen mit psychischen Abnormitäten, gerade liefert, annähernd übereinstimmen. Ist also die „reine Krankheitseinheit“ ein Phantom, das eine mangelhafte philosophische Grundlegung unserer Wissenschaft vorgegaukelt hat, so ist doch das Streben „nach Typen“ der Sinn und demgemäß die Aufgabe jeder biologischen Einzelwissenschaft, also auch der speziellen Psychopathologie und die Ordnung dieser Typen hinwiederum unter übergeordneten Gesichtspunkten ergibt mit ebensolcher Folgerichtigkeit eine Einteilung, Klassifikation genannt, deren Vergänglichkeit so selbstverständlich ist wie die Ordnung der Pflanzen und Tiere in den stets künstlichen, wenn auch zu Unrecht als „natürliche“ bezeichneten Systemen der Botanik und Zoologie. „Einteilungen haben ja in erster Linie didaktischen Wert: Keinem urteilsfähigen Arzte wird es einfallen, das Verlangen nach einer endgültigen und erschöpfenden Formulierung an irgendeinen Zweig der Medizin zu stellen. Wir Psychiater haben also keinen Grund, uns des Provisorischen unserer Einteilungsversuche zu schämen“ — so urteilt sehr richtig *Gaupp* und als Sekundanten für die Richtigkeit seines Urteils wollen wir einen Autor heranziehen, dem die prinzipiellen Problemstellungen der somatischen Medizin an sich wie in ihrem Zusammenhange mit dem Seelischen besonders am Herzen liegen. In seiner „pathologischen Physiologie“ schreibt *Krehl*: „Gewiß hat der Arzt die Aufgabe, für jede einzelne erkrankte

Persönlichkeit sich eine vollständige Kenntnis aller Bedingungen zu verschaffen, die für die individuellen Lebensverhältnisse in Betracht kommen; ebenso gewiß werden wir für eine allgemeine Betrachtung, auf der einen Seite, um klare Übersicht zu erhalten, auf der anderen, um die Grunderscheinungen zu verstehen, von gewissen Schematisierungen und Verallgemeinerungen nicht völlig absehen können.“ Es ist eine seltsame, wenn auch forscherspsychologisch verständliche Erscheinung, daß nur in dem vorwiegend aufs Psychische eingestellten Zweige der Biopathologie der Streit um Klassifikationen seit langem entbrannt und doch noch immer nicht zur Ruhe gekommen ist, ja ab und an von dieser oder jener Seite von neuem geschürt wird. Da lesen wir, um nur zwei Beispiele aus der allerjüngsten Literatur heranzuziehen, bei einem sehr verdienstlichen jüngeren Autor: „Ob der Begriff der Krankheit überhaupt auf das Gebiet der Psychiatrie ausgedehnt werden darf, ist zum mindesten zweifelhaft“ und doch heißt es wenige Zeilen später: „so mag es möglich sein, schließlich doch zu Krankheitseinheiten zu kommen“. Das zweite Beispiel bezieht sich auf die Umgrenzung der „Schizophrenie“: Hier streitet man sich mit der ganzen Hoffnungslosigkeit einer querelle d'allemand darum, ob die Schizophrenie eine „Krankheit“ sei oder nicht. *Bleuler* will sie nicht eine „Krankheit im engeren Sinne“ nennen, sondern eine „Krankheitsgruppe, analog der Gruppe der Organischen“ und meint, man solle daher von „Schizophrenien in der Mehrzahl“ sprechen und *Kleist* sagt (1924): „Dem *Wilmansschen* Referate (von 1922) liegt die Auffassung zugrunde, daß die Schizophrenie eine einheitliche Krankheitsgruppe sei, während *Kraepelin* und *Bleuler* vorsichtigerweise die Möglichkeit offen lassen, daß es sich um eine Gruppe verschiedenartiger Erkrankungen handle. Ich bin durchaus der Überzeugung, daß die Schizophrenie eine Krankheitsgruppe darstellt“ und er führt dann als s. E. ihr zugehörige „Krankheitstypen“¹⁾ im wesentlichen die alten *Kraepelinschen* Unterformen an²⁾. Auf dem engeren Gebiete der schizo-

¹⁾ Vom Ref. in Sperrdruck gesetzt.

²⁾ Nämlich: Katatonie, Hebephrenie, „Schizophrenie im engeren Sinn“, „vielleicht noch Schizophasien“, und schließlich „mehrere paranoide Defektpsychosen“. *Kleist* faßt diese als „psychische Systemerkrankungen“ auf. Daß damit das Schizophrenieproblem nur verdeckt, nicht der Lösung näher gebracht ist, wird man wohl nicht bestreiten können. Denn *Kleist* greift aus der Reihe von schizophrenen Bildern nur diejenigen als psychische Systemerkrankungen heraus, welche gewisse elementare Symptome während eines vieljährigen Krankheitsverlaufs relativ isoliert aufweisen. Wie *Kollarits* richtig erkannt hat, stellt er sie damit in Analogie zu den progressiven erblichen Nervenleiden, den Heredodegenerationen *Jendrasiks*. Warum aber die heilbaren autochthonen Degenerationspsychosen *Kleists*, die Fälle mit mehr minder schizophrenen a- oder hyperkinetischen Symptomen keine psychischen Systemerkrankungen, dann aber auch die manischen, melancholischen und anderen Syndrome nicht ebenfalls solche sein sollen, ist genau so wenig

phrenen Erkrankungen sehen wir also dieselbe Art eines wenigstens in dieser Formulierung nutzlos geführten Streites, wie derjenige war, der sich zu Beginn dieses Jahrhunderts um das manisch-depressive Irresein gedreht hat. Es ist immer wieder derselbe hoffnungslose Streit: Syndrom — Typus oder Formenkreis — Krankheitsform — Krankheitseinheit, in dem aber eines, das Entscheidende, immer wieder vergessen wird: daß die logischen Voraussetzungen dieser Entweder—Oder-Setzung falsch sind. Ein Blick auf andere Gebiete der Biologie sollte uns belehren, daß man dort zwar auch immer um Abgrenzungen wissenschaftlich kämpfen muß, daß aber der logische Unterbau der Einteilung, wie er vor allem von *J. St. Mill* geschaffen wurde, einwandfrei ist. Wenn wir uns der wichtigen Tatsache recht deutlich bewußt werden,

einzusehen, wie man etwa die Berechtigung anerkennen könnte, die Chorea Huntington oder die chronische Epilepsie eine neuropsychische Systemerkrankung zu nennen, die (heilbare) Chorea minor oder den epileptischen Anfall als solchen aber nicht. Die von *Kleist* gemachte Annahme, daß die progressiven „Systemerkrankungen“ der Schizophrenie-Gruppe „wahrscheinlich auf der Wirksamkeit endotoxischer Substanzen beruhen“, gilt in solcher Allgemeinheit doch wohl für das manisch-melancholische Irresein und die autochthonen Degenerationspsychosen ebenso wie für heilbare und unheilbare Epilepsiefälle, für die Migräne u. a., ebenso wie sie mindestens für gewisse Chorea-minor-Fälle berechtigt ist. Solange wir keine Vorstellung haben, was der Schizophrenie hirnanatomisch zugrunde liegt, sollten wir uns m. E. hüten, für sie den Begriff der „Systemerkrankungen“ zu reservieren, der z. B. in der Neurologie in ganz verschiedenem Sinne angewandt werden kann und auch wird: 1. Systemerkrankungen durch primäre Zell-, primäre Faser-, primäre Markdegeneration, 2. Systemerkrankungen, z. B. des „Wilson“, 3. kombinierte Systemerkrankungen im Sinne der amyotrophischen Lateralsklerose, kombinierte Systemerkrankung im (mißverständlichen) Sinne *Curschmanns*. — Im übrigen scheint mir die entscheidende Problemlage der Schizophrenie weniger darin zu liegen, ob „die schizophrenen Syndrome einschließlich der Defektzustände insgesamt nichts anderes sind, als eine bestimmte Form exogener Reaktionen, die . . . von manchen Gehirnen für recht verschiedene Schädlichkeiten bereit gehalten werden“ (*Bumke*) — diese Bereitschaft würde nach unseren Darlegungen letztlich doch viel wahrscheinlicher eine erbliche als eine erworbene Disposition sein —, als vielmehr in folgender Frage formuliert werden zu müssen: Besteht zwischen den „schizophrenen Reaktionen“ (*Popper*) und den sog. schizophrenen Prozessen, d. h. den Fällen mit progressiver Schizophrenie (*Dementia praecox* im engeren Sinne) der grundlegende Unterschied zwischen einer irgendwie (wohl recessiv) erblichen Reaktionsbereitschaft für alle möglichen somatischen oder psychischen Schädigungen — als solche könnten dann evtl. schon die gewöhnlichen Lebensreize wirken! — und einer vorwiegend durch körperfremde Schädigungen hervorgerufenen („exogenen“) Progressiverkrankung? Eine solche könnte entweder in entfernter Analogie zu setzen sein zu den juvenilen Spätformen der dem Keim mitgegebenen Lues (juvenile Tabes oder Paralyse), oder vielleicht noch eher zu den klinisch ganz der hereditären „*Friedreich*“schen Erkrankung gleichenden Fällen, die durch Keimsyphilis hervorgerufen sind, oder aber sie könnte in Analogie gebracht werden zu den in kaum merklichen Schüben verlaufenden Encephalitiden mit rezidivierender Infektion oder schließlich der wahrscheinlich hereditären Wilsonschen Krankheit.

daß die Psychiatrie eine Klassifikation in allererster Linie der „funktionellen Psychosen“, d. h. derjenigen Komplexe seelischer Störungen anstrebt, welche nicht durch grobmechanische, gewissermaßen vom Hirn aus gesehen systemlose Hirnschädigungen hervorgerufen sind, sondern irgendwie in entscheidender Weise durch die von Haus aus bestehende eigenartige Anlage bestimmt werden, so ist wirklich nicht einzusehen, was uns hindern könnte, die logische Grundlegung der Klassifikation lebender Lebewesen überhaupt oder etwa bestimmter menschlicher Leistungen, wie z. B. der verschiedenen Völkersprachen zur Grundlegung einer Einteilung auch der sog. funktionellen Psychosen zu machen. Wenn man sich auch in der Zoologie und Botanik dessen bewußt ist, daß es nicht möglich ist, bei der Einordnung der Organismen stets alle Organsysteme und Funktionen in gleicher Weise zu berücksichtigen¹⁾, so daß alle Systeme notwendigerweise z. T. künstliche Anordnungen enthalten, so hat sich doch das seit der Begründung der Deszendenzlehre jeder Einteilung zugrunde gelegte Prinzip der natürlichen Verwandtschaft der Pflanzen- und Tierreiche als hervorragend zweckmäßig erwiesen. Seitdem sehen wir alle biologische Systematik in logisch einwandfreier Weise von der Aufstellung von Arten zu der Aufstellung von Gattungen, dann von Familien, weiter von Ordnungen, Klassen, Kreisen und zuletzt zum Begriff lebender Wesen (*Driesch*) fortschreiten. Nichts²⁾ hindert uns, dies Prinzip der fortlaufenden Überordnung von Gruppen auch der Einteilung der (natürlich) miteinander verwandten Psychosen, d. h. der „Hirnanlagepsychosen“, zugrunde zu legen, wobei wir uns natürlich des Satzes von *J. St. Mill* erinnern müssen, daß jede Wissenschaft ihre Klassifikation nach den Eigenschaften bildet, die ihr speziell bekannt sind oder denen sie Rechnung tragen muß, um ihre besonderen praktischen Zwecke zu erreichen. — So scheint es z. B., als ob wir hier mit einer geringeren Zahl solcher Überordnungen auskommen würden, als etwa die Zoologie. — Auf diese Weise würden wir all der nutzlosen, wohl nur in unserem Fache blühenden Spekulationen, ob die Krankheitseinsicht eine Realität, ein Ordnungsgesichtspunkt oder ein Phantom sei, Spekulationen, denen z. B. *Kronfeld* dadurch die Spitze abbricht, daß er Krankheit als „ein Gesetz für Realitäten“ kennzeichnet³⁾; ebenso enthoben sein, wie der Ableh-

¹⁾ Nach *Mez* besteht z. B. keine Übereinstimmung der morphologischen mit der Eiweißverwandtschaft der Pflanzen.

²⁾ Wobei bekanntlich z. B. in der Zoologie mit fortschreitender Kenntnis der Arten die Zahl der Tierklassen seit *Cuvier* von 4 auf 9 erhöht wurde.

³⁾ Was natürlich logisch einwandfrei, aber eben doch wohl nur *den* didaktischen Wert hat, derartige philosophische Spekulationen ad absurdum zu führen. U. E. bedeutet auch in der Psychiatrie Krankheit die Einheit eines die Gesundheit, des Einzelindividuums oder seiner Abkömmlinge schädigenden Vorgangs, i. e. einer Aufeinanderfolge von Erscheinungen (Syndromen), die sich eindeutig als

nung bestimmter „Krankheitsformen“ auf Grund des Argumentes, daß sie sich „als zu groß erwiesen“ hätten. Wenn *Gaupp* 1915 gesagt hat: „Je mehr die Systematik bei *Kraepelin* . . . zur Aufteilung der klinischen Formen in wenige große Gruppen gelangte, desto mannigfaltiger mußten schließlich die in einer Gruppe vereinigten Einzelfälle untereinander sein“, so hat er damit u. E. die *prinzipielle* Zulässigkeit dieser Systematik anerkannt. Annähernd auf gleichem Boden bewegt sich *Bumke* mit seiner wohl als erster Versuch einer derartig überordnenden Klassifikation zu bewertenden Einteilung¹⁾, die die seelischen Krankheitsformen in die 2 Obergruppen der psychopathischen Anlagen, Reaktionen und Entwicklungen einerseits und der exogenen und organischen Erkrankungen andererseits scheidet. An der prinzipiellen Wichtigkeit dieser Zweiteilung ändert der Umstand nichts, daß sie offenbar aus historischen und didaktischen Gründen nicht die *Hocheschen* Modelle zugrunde legt, sondern den Grenzwall nicht zwischen den Psychosen, die als Reaktionsformen des Gehirns auf irgendwie geartete Reize gedeutet werden können und den unsystematischen (meningitischen, destruktiven und traumatischen) Hirnschädigungen aufrichtet, als vielmehr nach dem alten Schema: endogen — exogen, wobei allerdings Exogenität zum Teil²⁾ ziemlich willkürlich angenommen wird und andererseits der Nachweisbarkeit anatomischer Rindenprozesse³⁾ m. E. eine zu große Bedeutung zugesprochen wird⁴⁾.

Folge von Ursache und Wirkung bestimmen läßt. Wie immer man über *Kraepelins* Formenlehre denken mag — unerschütterlich sind m. E. für alle Zeit seine theoretischen Grundsätze: „Die aus wirklich gleichen Ursachen hervorgehenden Krankheitsfälle werden stets auch dieselben Erscheinungen und denselben Leichenbefund darbieten“ (wobei man nur nicht engsinzig immer an das Gehirn denken darf!). „Die zu einer klinischen Einheit zusammengeführten Fälle müssen in allen wesentlichen Zügen ihres Gesamtverhaltens übereinstimmen.“ Und ebensowenig werden wir übersehen dürfen, daß auch von ihm schon die Trennung der „*rohen*“ von den „*wahren*“ Ursachen sowie der „*unwesentlichen*“ von den „*wesentlichen*“ Krankheitszeichen als besonders wichtig hervorgehoben worden ist.

¹⁾ Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 1924.

²⁾ Z. B. für die schizophrenen Krankheitsprozesse: später hat sich *Bumke* ja vorsichtiger ausgedrückt: „Es bleibt durchaus möglich, daß die schizophrenen Syndrome einschließlich der Defektzustände insgesamt nichts anderes sind als eine bestimmte Form exogener Reaktionen, die . . . von manchen Gehirnen für recht verschiedene Schädlichkeiten bereit gehalten werden.“

³⁾ Wir geben in diesem Zusammenhang zu bedenken, daß bei fast allen sog. Konstitutionskrankheiten der somatischen Medizin die Erkenntnis ihrer spezifischen Pathogenese nicht ausgegangen ist von der pathologischen Anatomie, sondern von der pathologischen (experimentellen) Physiologie (Erforschung der Reiz- und Ausfallserscheinungen bei Reizung und Entfernung der endokrinen Drüsen usw.) und daß die „*pathologische Anatomie dieser Erkrankungen*“ durchweg erst nachgeliefert wurde.

⁴⁾ Zur Orientierung sei darauf hingewiesen, daß die Obergruppe B folgende Untergruppen in folgender Reihenfolge enthält: I. Symptomatische Psychosen,

Dieser wohl nicht zu übersehende Mangel an Übereinstimmung zwischen *Bumkes* Klassifikation und *Hoche's* Programm eines „vorläufigen Verzichts auf die Gewinnung reiner Krankheitsformen“ und des „Sichbegnügen mit der Registrierung der symptomatischen Verkuppelungen, die auf Grund vorgebildeter innerer Zusammengehörigkeit tatsächlich existieren“ gibt uns Anlaß, die *Aussichten* eines solchen Programms auf Grund einer Kritik seiner einzelnen Punkte tunlichst vorurteilslos zu prüfen.

Wir fragen daher zunächst nach dem wissenschaftlichen *Rechtsgrund* der von *Hoche* selbst gekennzeichneten „Syndrome“. Auf diese Frage ist aus seiner Darlegung keine bestimmte Antwort herauszulesen. Wenn er auch früher gelegentlich dem Verdachte Ausdruck gegeben hat, daß die Beschreibung „der Tatsächlichkeiten im Bilde geistiger Störungen“ überhaupt noch auf so schwankendem Boden stehe, daß sie „so oder so nicht nur aufgefaßt und gedeutet, sondern gesehen“ werden könnten, so erkennt er doch später an, daß wir schon „jetzt eine Reihe vorgebildeter Syndrome kennen“. Die Berechtigung zu ihrer Aufstellung wird daraus abgeleitet, daß „sie immer wiederkehren“. Das aber bedeutet, wie wir oben sahen, den Rechtsgrund der Typenbildung: die überwiegende Häufigkeit, in welcher eine Anzahl von Merkmalen oder Vorgängen bei seelisch Kranken angetroffen wird. Dagegen hat aber *Jaspers* mit Recht geltend gemacht, daß man die „Häufigkeit“, in der gewisse Symptome zusammen vorkommen, bisher noch nie untersucht, sich vielmehr immer nur auf den „Eindruck der Häufigkeit“ gestützt habe. Schon aus dieser Feststellung ergibt sich ein Hinweis, nach welcher Richtung zunächst einmal die Syndromlehre ausgebaut werden müßte. Weiter aber hat *Jaspers*, indem er die entscheidende Frage stellt, nach welchen Gesichtspunkten sich überhaupt seelische Elementarvorgänge zu Symptomenkomplexen zusammenfügen lassen, geltend gemacht, daß die bisher anerkannten Symptomenkomplexe unter Zusammenwirken mehrerer (natürlich nur psychologischer) Gesichtspunkte und meist methodisch unklar entstanden seien. Wenn wir die wohl in erschöpfender Weise von ihm angeführte Reihe solch prinzipiell denkbarer Gesichtspunkte: die Sinnfälligkeit der „Fassade“ des Zustandsbildes, die Art des subjektiven Erlebens der Kranken, die Verstehbarkeit der (psychischen) Zusammenhänge und die Erkennbarkeit einer bestimmten Grundtendenz des Kranken, betrachten, so sehen wir in der Tat, daß für alle von *Hoche* herausgehobenen „Syndrome“ ziemlich wahllos bald ein einziger, bald mehrere dieser Gesichtspunkte bestimmend

Intoxikationspsychosen, Psychosen bei Gehirnerkrankung, syphilitische Geistesstörungen (einschl. *Dementia paralytica*), Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters, epileptische Reaktionen und Krankheiten, schizophrene Krankheitsprozesse, paranoide Prozesse, Oligophrenien, Kretinismus und Myxödem.

sind. Nehmen wir z. B. das „katatone Syndrom“, so ist bestimmend für seine Aufstellung fast ausschließlich die Stärke der Sinnfälligkeit für den Beschauer, während die übrigen Momente bisher als mehr minder unerforschlich gelten; nehmen wir das hysterische Syndrom, so ist maßgebend das „Durchscheinen einer bestimmt gearteten Willensrichtung“ (*Bonhoeffer*) im Sinne der Geltungssucht um jeden Preis (*Aschaffenburg*); nehmen wir das manische, das melancholische, das paranoische Syndrom (letzteres nur in *Hoches* Sinn), so ist der Gesichtspunkt der vorhandenen *Verständlichkeit* (Verstehbarkeit) maßgebend. In den Anfängen der *Hocheschen* Lehre hat man diesen Punkt: „daß sie alle ihrer Entstehung entsprechend psychologisch immer verständlich erscheinen“ (*Bumke*), geradezu für das entscheidende Moment aller seiner Syndrome gehalten. Damit wäre aber überhaupt ein Ordnungsgesichtspunkt statuiert, der eine wissenschaftliche Abgrenzung der Syndrome von vornherein hinfällig machen würde, insofern es den Tod jeder („nomothetischen“) Gesetzeswissenschaft bedeutet, ihre Ergebnisse von der Einfühlungsfähigkeit des Untersuchers abhängig zu machen. Mit *Kronfeld* werden wir geltend machen müssen, daß doch nicht das Nacherlebenkönnen zum Richter über den nosologischen Charakter bestimmter Syndrome gemacht werden darf¹). Wie unbrauchbar der Leitgedanke der Verständlichkeit für die Abgrenzung der Syndrome ist, zeigt sich darin, daß z. B. *Bleuler* es ausdrücklich für „wichtig“ erklärt, „zu wissen, daß die ‚eigentlich‘ schizophrene Symptome keine Nova seien wie etwa eine Halluzination oder eine paralytische Sprachstörung“, sondern „Verzerrungen und Übertreibungen von normalen Vorgängen“. Wie wenig hinwiederum z. B. *Schröder* und *Kleist* der Gesichtspunkt der Verständlichkeit für die Charakteristik von Syndromen bedeutet, zeigt sich darin, daß sie die *heilbaren* Fälle von (katatonen, a- oder hyperkinetischen u. a.) „Motilitätspsychosen“ unbedenklich ihren autochthonen Degenerationspsychosen zuweisen, welche sie um das manisch-depressive Irresein herumgruppieren. Andererseits meint *Bumke*, dem wie fast allen Autoren das katatone Syndrom nicht „verständlich ist“, daß die leichtesten Formen der Fieberdelirien z. B. „an Erscheinungen anknüpfen, die den meisten Menschen aus eigener Erfahrung geläufig sind“.

Das gilt aber ebenso für den Kern, nämlich die Ratlosigkeit des amentiven Syndroms, für den Kern des wichtigsten aphasischen Syn-

¹) Aus diesem Grunde halten wir wie *Kronfeld* die von *Jaspers* eingeführte Alternative: Entwicklung einer Persönlichkeit oder Prozeß, für bestimmte im nosologischen Sinne fortschreitende Vorgänge für durchaus verfehlt. Eine Paraphrenie ist der Struktur der betreffenden Persönlichkeit genau so „adäquat“ (*Kronfeld*), wie eine Paranoia im Sinne *Kraepelins*, das beide Unterscheidende liegt eben in den *Anlagen* der Persönlichkeit.

droms, die erschwerte Wortfindung der „amnestischen Aphasie“, für das kataleptische Syndrom, das fast jeder im Grunde aus dem Schreckerlebnis kennt, für die Iterativbewegungen, deren wir uns aus unserer Kindheit erinnern, für den affektepileptischen, vielleicht auch den großen epileptischen Anfall, in dem man die Verzerrung eines Anfalls sinnloser Wut erblicken könnte, aber es gilt zur Not ebenso — für eines der wenigen Syndrome, welches, wie erwähnt, nicht bei *Hoche* zu finden ist, dagegen unter den „Erscheinungsformen des Irreseins“, die *Kraepelin* später aufgestellt hat: das dementive Syndrom resp. die oligophrene „Erscheinungsform“.

Man sieht also, worauf wir eingangs schon hinwiesen: *Hoches* Modelle tragen keineswegs rein psychologischen Charakter, sondern sind *biogenetisch orientierte Typen psychisch abnormen Geschehens*; ihr Wesen liegt in der Annahme, daß sie präformiert sind „auf Grund . . . innerer Zusammengehörigkeit“, „gleichwohl wie parat“ bzw. „gerade in dieser Form vorgebildet bereit liegen“. Wenn man sich das aber einmal recht deutlich vor Augen hält, so erhebt sich sofort die peinliche Frage, die Schicksalsfrage aller Nosologie: *Gibt es überhaupt Symptome bzw. Symptomenkomplexe*, d. h. Wirkungen von irgendwelchen Reizen physikalischer oder chemischer Art, *die nicht irgendwie in der Organisation des Organismus*, und wenn wir unsere Betrachtung nur dem seelischen Geschehen zuwenden, eben im Gehirn *vorgebildet sind*? Ist nicht der Symptomenkomplex, welcher einer traumatischen Hirnblutung folgt, d. h. die Form der Reaktion auf dies Trauma, in ihrer Art ebenso vorgebildet wie die Syndromenfolge, die wir progressive Paralyse nennen und die doch offenbar eine spezifische Reaktions-, nämlich Abwehrform des Organismus und im besonderen des Zentralnervensystems auf im Körper anwesende Spirochäten ist, sehr ähnlich der, die wir tertiäre Syphilis nennen. Und ist diese Form der Reaktion auf die Spirochäte, auch wenn sie „nur“ die für die heutige Menschheit spezifische Äußerungsform des Kampfes zwischen menschlichem Organismus und Spirochäte ist (*Hoche*), letztlich nicht eben doch durch die *Entwicklung* dieses Kampfes in vorgebildetem Geleise bestimmt? Zweifellos; wie allein schon aus der Tatsache hervorgeht, daß von einer Veranlagung zur Paralyse¹⁾ — und was ist Veranlagung anderes als Präformierung? — ebenso gesprochen werden kann und mit Gewinn für unsere wissenschaftliche Einsicht in die Formen krankhaften Geschehens auf seelischem Gebiete gesprochen wird, wie von einer Veranlagung beispielsweise zu den doch wesentlich anders aufzufassenden involutiven Seelenstörungen und zum Zwangssyndrom. Wir sehen also: präformiert in irgendeiner Weise sind alle

¹⁾ Siehe unsere Monographie: Veranlagung zu seelischen Störungen. 1924.

Formen seelischer Störungen — man könnte sagen: weil eben jede biologische Erscheinung irgendwie präformiert ist. Wenn wir uns den Sinn des Wortes „präformiert“ bzw. „bereit“ in *Hoches* Darlegungen ansehen, so geht unzweideutig daraus hervor, daß hiermit nicht etwa die Bedeutung des Konstitutionellen *als* einer *irgendwie* entstandenen Verfassung gemeint sein kann, sondern die Disposition — mag sie sich in der seelischen Dauerverfassung oder in der Bereitschaft zu seelischen „Erkrankungen“ äußern — *insofern* sie spezifisch zum wenigsten für diejenigen *menschlichen* Rassen ist, aus deren Mitte wir seelisch Kranke zu Gesicht bekommen. Insofern aber haben wir es mit einer biologischen Größe zu tun, die in der Folge der Geschlechter sich mehr minder tief verankert hat — d. h. erblich ist. Dann aber müssen wir uns vor Augen halten, daß im Bereich des Seelischen genau so wie im Körperlichen präformiert sind: einzelne Merkmale für sich wie Verbände von Merkmalen, und zwar in allen nach der Kombinationsrechnung möglichen Verbindungen, also nicht bloß in der Form der uns auffällig erscheinenden Kuppelungen, auf der anderen Seite aber auch Art und Dauer der Lebensphasen, Persönlichkeitsentwicklungen, kurz Prozesse im allgemeinen biologischen Sinne, d. h. nicht bloß Reaktionen, Anfälle und „Phasen“ in der in der Psychiatrie geläufig gewordenen Bedeutung dieser Termini, sondern auch das, was *Jaspers* etwas eigenbrötlerisch Entwicklungen und psychische Prozesse genannt hat. Gerade über den letzteren Punkt pflegen manche, auch maßgebende Autoren geflissentlich hinwegzusehen, was um so merkwürdiger erscheint, wenn man bedenkt, daß in der nach der Struktur ihres Objekts der Psychiatrie am nächsten verwandten Neurologie bislang gerade nicht die reaktiven Zustände, die Diathesen mannigfacher Art, sondern umgekehrt diejenigen Krankheitsformen, welche verlaufsmäßig den „psychischen Prozessen“ der Psychiater analog sind, nämlich die sog. Heredodegenerationen (*Jendrassik*) — in gewisser Beziehung zu Unrecht! —, als Prototyp erblicher Krankheiten gegolten haben.

Wenn nun aber die Annahme eines „gleichviel wie parat Liegens“ für unsere spezielle psychopathologische Formenlehre nicht diesen allgemeinen, von einem höheren biologischen Gesichtspunkte aus betrachtet geradezu selbstverständlichen Sinn haben soll, welchen *engeren Sinn* hat *Hoche* im Auge? Nun das Beispiel, an dem *Hoche* die Idee der Präformierung anschaulich gemacht hat: das des großen epileptischen Anfalls gibt darauf wohl die beste Antwort: Es ist der Grundgedanke der „individuellen cerebralen Beschaffenheit“¹⁾, einer durch die Entwicklungsgeschichte des tierisch-menschlichen Seelenlebens bedingten

¹⁾ In diesem Zusammenhange fällt Einem der heute wieder einen besonderen Sinn bekommende Ausdruck „cerebrale Idiosynkrasien“ ein, den *Schüle* geprägt hat.

Gesetzlichkeit, auf Grund deren aus der unendlichen Zahl möglicher Funktionsschaltungen, die überhaupt zwischen den Neuronenzentren des Zentralnervensystems denkbar sind, gleichsam eine beschränkte Auswahl getroffen ist. Und diese Auswahl gilt als bestimmt durch das Prinzip des spezifischen Reizleitungswegs, wonach auf wie immer geartete Reizung eines Sinnesorgans oder überhaupt einer reizaufnahmefähigen Stelle des Zentralnervensystems Erregungsabläufe jeweils nur in einer bestimmten Richtung und Reihenfolge der Leitungen zustande kommen, ein Prinzip, dessen Einzelheiten durch die bahnbrechenden Versuche *Sherringtons* wohl als endgültig festgelegt angesehen werden können¹⁾. Es ist das Prinzip, das uns erklärt, warum im großen epileptischen Insult vor allem der Erwachsenen, unter welchen Bedingungen immer er zustande kommen mag, auf das tonische das klonische und nicht etwa ein athetotisches oder choreatisches Stadium folgt und außerdem stets jenes vorgeht; warum im Anfalle der Tetanie der Beuge- und nicht der Spreizkrampf der Finger sich einstellt; warum das Syndrom der „Myotonie“ ohne klonisches Stadium und anscheinend nur an quergestreifter Muskulatur abläuft — kurz, daß hier wie überall „das eine Mal wie das andere gleichmäßig etwas abschnurrt, das nicht erst vom Organismus gelernt oder geübt werden muß, sondern wenn die wirksamen Auslösungen auftreten, ohne weiteres gekonnt wird“: die „pathologische Reaktionsform“, — die bei aller Kompliziertheit der Schaltungen grundsätzlich aber doch ein *Reflex* bleibt. Diesen Grundgedanken von *Hoches* Lehre erhebt die *Petersburger* Schule (*Bechterew*, *Paulow*) von neuem zur Unterlage aller wissenschaftlichen Bemühungen der Psychiatrie; ihr erscheint „vom objektiv physiologischen Standpunkte“ die Psychiatrie geradezu als die „Wissenschaft von den pathologischen oder inadäquat bedingten — „phylogenetisch fixierten“ — Reflexen („Superreflexen“), die eine Störung der normalen Erregungs- und Hemmungsprozesse in der Rinde der großen Hemisphären vorstellen (*Lentz*). Diese in gewisser Beziehung bereits von *Wernicke* überholte „reflexologische“ Psychopathologie übersieht, daß schon bei den niedersten Tieren der Ausdruck ihres Lebens nicht *nur* als Reflex gedeutet werden kann, sondern daß das Ursprüngliche das Expansionsbedürfnis des Lebewesens ist, daß Leben zuerst Aktion, Existenzdrang, Autochthonität, Triebhaftigkeit, Zuwendung zu und Auswählen von Reizen ist und dann erst Re-Aktion, Abbiegung dieser Urkräfte durch die zahllosen Einflüsse der Umwelt, schließlich Anpassung an diese; sie übersieht aber vor allem, daß wir heute keine einzige Seelenstörung, wenn wir für sie eine Erklärung suchen, nur mehr als ein sozusagen isoliertes Reflexexperiment ansehen dürfen, das „von

¹⁾ „Prinzip der simultanen Induktion“, „Prinzip der gemeinsamen Strecke“ usf. (s. *Magnus*: Körperstellung. 1925).

der Natur“ am *Großhirn* ausgeführt wird. So sehr auch trotz aller Fortschritte der Hirnpathologie, die zu einer gewissen Entthronung des *Großhirns* geführt hat, heute noch die Anschauung zu Recht besteht, daß für alles, was wir seelisch nennen, dieser Hirnabschnitt von ausschlaggebender Bedeutung ist, so einseitig wäre es nach dem, was die neueren pathologischen Erfahrungen uns gelehrt haben, für den Aufbau des Psychischen nur das *Neuronensystem* Gehirn verantwortlich zu machen. Vermutlich wird sich eines Tages herausstellen, daß für alles Seelische dasselbe gilt, was für einen Ausschnitt daraus: das Erotische als psychischen Teil des Geschlechtlichen schon heute als gesichert gelten kann: daß für die Stärke und Richtung des Triebens gerade die *Gehirndrüsen*, Epiphyse und Hypophyse¹⁾, in Zusammen- oder Wechselwirkung mit den Generationsdrüsen und anderen inneren Drüsen ebenso erforderlich sind wie das *Großhirn*, in dem wir uns die erotischen Erinnerungs- und Wunschbilder „niedergelegt“ denken. Stellt man sich auf den Standpunkt, daß alle Grundformen krankhaften seelischen Geschehens vorgebildete Mechanismen, d. h. gesetzmäßige Aufeinanderfolgen von Hemmungen und Erregungen bzw. Sperrungen im Gehirn sind, die in Gang kommen, wenn „die wirksamen Auslösungen auftreten“, so bedarf diese Anschauung also noch eines sehr wesentlichen Zusatzes, nämlich einer generellen Begründung, *warum in jedem Einzelfalle gerade dieser oder jener und nicht ein anderer in Gang gesetzt wird*, d. h. daß hierbei *nicht* das Prinzip des „alles kann alles“ auslösen gilt, durch dessen Anerkennung jede weitere Ursachen- und Entstehungsforschung überflüssig gemacht würde. Es ist in Wirklichkeit doch nicht so, daß alle präformierten Syndrome, die bisher bekannt sind — und es scheint so, als ob wir prinzipiell neue, i. e. solche, welche sich nicht als Sonderformen der bislang beschriebenen auffassen lassen, fürderhin kennen zu lernen keine Aussicht haben²⁾ —, nun in wahlloser Weise durch jede beliebige Schädlichkeit in Gang gesetzt werden, sondern daß hier *prädispositive Zuordnungen* bestehen. Für seine „exogenen Reaktionstypen“ hat ja gerade *Bonhoeffer* diesen Punkt: daß es sich dabei „nicht um pathognostisch und ausschließlich auf dem Boden exogener Ätiologie erwachsene Symptomenkomplexe, sondern um . . . Prädispositionstypen“ handle, geltend gemacht, wenn auch die Aufstellung dieser Typen seinerzeit in einem gewissen Gegensatz zu der For-

¹⁾ Erotomanie bei Epiphysentumoren, *Dystrophia adiposogenitalis* usw.!

²⁾ Wir weisen nur darauf hin, daß das scheinbar einzige neue Syndrom, das in den letzten 20 Jahren aufgestellt wurde, *Ziehens* Eknoia, keine Anerkennung gefunden hat, und daß das, was man gelegentlich als neue Syndrome bezeichnet hat: die wahnhaften Einbildungen *Birnbaums*, *Kretschmers* sensitiver Beziehungswahn, meine erotischen Wahnbildungen doch nur Variationen des Wahnsyndroms sind und daß die von mir bearbeiteten spiritistischen Syndrome, *Kleists* episodische Dämmerzustände u. a. nicht Syndrome, sondern Typen sind.

derung bzw. Hoffnung *Kraepelins* erfolgte, daß für jede einzelne hirn-fremde Noxe ihrer physikochemischen Sonderart entsprechend auch eine Sonderform der psychischen Reaktion dereinst sich müßte aufdecken lassen. Dies hat bekanntlich zu der folgerichtigen Auffassung *H. Fischers* geführt, daß die physikalisch-chemisch verschiedenen Schädlichkeiten, die auf welchem Wege immer durch den übrigen Körper dem Gehirn zugeführt oder zugefügt würden, vorher einer Umformung und Vereinheitlichung, d. h. einer Überführung in das von *Bonhoeffer* so bezeichnete „ätiologische“ oder richtiger „pathogenetische Zwischenglied“ unterlägen, welche durch den Stoffwechsel, insbesondere die inneren Drüsen, besorgt würde. Zu dieser Verschiebung des Problems der exogenen Reaktionstypen gleichsam vom Gehirn weg nach den „degenerativ angelegten“ Organen des Stoff- bzw. Kraftwechsels nötigte vor allem ja die allbekannte klinische Erfahrung, daß ein und dieselbe Noxe nicht nur bei fortgesetzter Zufuhr mannigfach verschiedene Variationen des Krystallisationssyndroms hervorruft, wie z. B. vor kurzem *Kraepelin* am Unterschiede des Alkohol- oder Veronaldelirs gegenüber dem Cocaindelir klargemacht hat, sondern auch die akute Vergiftung, z. B. mit Alkohol, individuell recht verschiedene seelische Abweichungen hervorruft, die sich nur schematisch unter den Begriff des Rausches bringen lassen. *Birnbaum* hat diese Dinge ja ausführlich behandelt. Für diesen Zusammenhang wichtig sind aber vor allem die neuerlichen prinzipiellen Erörterungen von *Magnus* über die Ergebnisse der experimentellen Beeinflussung der Reflexmechanismen des Zentralnervensystems durch die verschiedenen Gruppen neuronenspezifischer Gifte. Aus seinen Darlegungen greifen wir für unsere Betrachtung nur zwei Beispiele heraus: *Magnus* hebt *einmal* hervor, daß die Lähmungen der verschiedenen Lage-, Stell- u. a. Reflexe durch Narkotica der Fettreihe im allgemeinen in streng gleichmäßiger Reihenfolge im Sinne einer sehr verschiedenen Empfindlichkeit, also Elektivität verschiedener Teilfunktionen einer und derselben „Reaktionsgruppe“ (z. B. Nystagmus) gegenüber dem gleichen Gifte vor sich gehen, daß aber *in Einzelheiten* charakteristische Unterschiede zwischen den chemisch verschiedenen Narkotica bestehen. Auf der anderen Seite betont er, daß z. B. im Zustande der durch Strychnin erzeugten Steigerung der Reflexerregbarkeit durch Reizung jedes *beliebigen* sensiblen Nerven (ähnlich wie beim Tetanus) die gesamte Körpermuskulatur in Erregung versetzt wird. So gewinnt durch die modernsten Ergebnisse der experimentellen Pharmakologie des Zentralnervensystems der frühere Leitgedanke *Kraepelins* doch wieder an Gewicht, in dem Sinne, daß es doch bei einer sorgfältigen und allseitigen Erfassung aller Abweichungen im klinischen Bilde der exotoxischen und dann auch aller übrigen für den Körper exogenen Psychosen dereinst möglich sein dürfte, neben

der für eine bestimmte Schädigungsgruppe typischen Systemstörung soviel Variationen nachzuweisen, als dem Grade der Abweichung einer physikalischen oder chemischen Größe vom „Mittel“ ihres Typus entspricht. So dürfte es z. B. doch wohl gelingen, das „maniforme“ oder das depressive (melancholische) Bild, das von manchen Fällen exogener Schädigung beschrieben wird, durch vertiefte Analyse in eindeutiger Weise psychologisch zu unterscheiden von dem manischen oder depressiven Syndrom, das bei bestimmten Persönlichkeiten, die wir heute noch manisch-melancholische Konstitutionen nennen, psychogen ausgelöst wird oder aus cyclischer Selbstvergiftung des Körpers heraus entsteht. Auf diese Weise würde vielleicht der bisher wenig fruchtbare Streit seinen Sinn verlieren, ob man grundsätzlich dem äußeren Gift oder Infekt die Fähigkeit zusprechen darf, in verdünnter Dosis sog. „endogene“ Zustandsbilder zu erzeugen, während die gesteigerte Dosis die Syndrome hervorruft, die man als exogene Reaktionstypen bezeichnet. Es würde sich vielleicht so der u. E. wunde Punkt der *Bonhoefferschen* Anschauung aufklären, daß es nicht einzusehen ist, warum die These, daß die Autointoxikationspsychosen „weitgehende Übereinstimmung“ mit den psychischen Störungen bei den (exo-) toxisch-infektiösen „Prozessen“ aufweisen, nicht auch für die typischen Fälle von manisch-melancholischem Irresein gelten soll, dessen Anfälle wir doch wirklich nicht anders denn als cyclische Intoxikationspsychosen auf Grund einer erblich „degenerativen“ Anlage des Stoffwechsels bzw. bestimmter innersekretorischer Systeme deuten können.

Was wir hier für die somatoexogenen Reaktionstypen auseinandergesetzt haben, gilt *mutatis mutandis* auch für die exo-psychogenen. Innerhalb der Reihe der von *Hoche* präformierten Syndrome müssen wir also eine *Rangordnung* treffen *nach dem Gesichtspunkte typischer Zuordnung pathogenetischer Faktoren zu psychophysischen Anlage-Mechanismen*.

Eine Rangordnung von *Hoches* Syndromen drängt sich aber noch von einem anderen Gesichtspunkte her auf: wenn wir uns nämlich vergegenwärtigen, daß in der Annahme der Präformierung ein Hinweis auf die *Entwicklungsgeschichte* des Seelenlebens steckt. Nachdem *Kraepelin* (in seiner Auffassung der Hysterie und der Paranoia) schon vor mehr als einem Jahrzehnt zuerst entwicklungsgeschichtliche Gedanken zum Verständnis seelischer Krankheitsformen herangezogen hatte, so wie es vor ihm *Lombroso* zum Verständnis des verbrecherischen Menschen getan, hat er später (1920) bekanntlich den systematischen Versuch gemacht, die „Erscheinungsformen“ des Irreseins ganz allgemein in eine gesetzmäßige Beziehung zum stammesgeschichtlichen Aufbau der (seelischen) Persönlichkeit zu setzen, indem er der Frage nachging, welche Parallelen sich zwischen dem kranken Seelenleben und dem

Seelenleben des Tieres, des Naturmenschen und des Kindes aufweisen lassen. Diesem Leitgedanken folgend, hat dann *Storch* den Versuch einer *anthropogenetischen Schichtenordnung* krankhafter Syndrome unternommen. Indem er die Vorstellung, die sich für das Verständnis der extrapyramidalen Motilitätsstörungen fruchtbar erwiesen hat (*O.* und *C. Vogt, Foerster* u. a.), daß nämlich bei gleichmäßiger Schädigung des ganzen Gehirns dieser gegenüber die einzelnen Funktionsabschnitte sich in dem Maße widerstandsfähiger zeigen als sie in der Entwicklungsgeschichte von Tier und Mensch alt erprobt und verankert sind, auf das Gebiet der Psychopathologie überträgt, kommt er zu einer Altersbestimmung einzelner der präformierten Psychosyndrome, die auf den Aufbau der einzelnen Typen seelischer Krankheit ein neues Licht zu werfen versprechen. Zunächst ist es ja ohne weiteres einleuchtend, daß z. B. die „spasmodische Erscheinungsform“, die wir im eklamptischen oder epileptischen Anfall vor uns haben, ein sehr viel älterer Mechanismus ist — da wir ihn ja¹⁾ schon bei Tieren antreffen! — als das traumhaft-delirante Syndrom, das historisch aber immerhin doch weit in die Geschichte der Menschheit zurückzuverfolgen und darum seinerseits als älter zu bewerten ist wie z. B. das neurasthenische oder das Zwangssyndrom, von dem wir ruhig annehmen können, daß es ein Produkt der übersteigerten Zivilisation ist. In der Tatsache, auf die *Gaupp* zuerst hingewiesen hat, daß die Mehrzahl der strukturell-nosologisch „ganz unklaren“ Krankheitsfälle den „oberen Bildungsschichten“ angehören, zeigt sich ja die prinzipielle Wandelbarkeit und Steigerungsfähigkeit seelischer Reaktionsweisen, ebenso wie in der kaum beachteten und doch auffälligen Erscheinung, daß im Kindesalter eigentliche Psychosen überhaupt kaum vorkommen, eine Krankheit wie die Paralyse aber offenbar deshalb so reich an psychotischer Symptomatik ist, weil sie das differenziertere männliche Geschlecht vorwiegend auf der Höhe der Lebenskurve befällt. Darüber hinaus aber glaubt *Storch*, daß z. B. in dem katatonen Syndrom normale auto- und phylogenetisch alte Hirnmechanismen zutage treten, die durch die Krankheitsnoxe enthemmt werden, daß Ähnliches für manche absonderlichen Wahnbildungen gelte, die darnach als ein Aktivismus („Archaismus“) als ein Rückschlag in (normale) abergläubische und andere katathyme Vorstellungsweisen primitiver Völker aufzufassen wären²⁾. Ich habe vor vielen Jahren z. B. darauf hingewiesen, daß in dem amnestisch-aphatischen Syndrom eine

¹⁾ ebenso wie den hypnokataplektischen (s. *Mangold*). —

²⁾ Bei *Wernicke* schon lesen wir: „Im Naturzustande des Menschen werden Ereignisse, die das Wohl und Wehe berühren, als Handlungen gedeutet. Auf dieser Grundlage entwickeln sich Verfolgungs- und Größenvorstellungen als die beiden Grundformen der Reaktion des Individuums ebenso wie der Völker auf die Eindrücke der Außenwelt.“

Störung der verwundbarsten, weil lockersten bzw. feinsten Verbindung zwischen Denken und Sprechen vorliege, und neuerdings haben *Goldstein* und *Gelb* sich dieser Auffassung angeschlossen, indem sie die amnestische Aphasie für Gegenstände wie die Farbenamnesie als ein „Herabsinken“ auf ein primitiveres Verhalten denken.

Wenn wir uns klarmachen, daß die individuellen Besonderheiten, das, was die Einzelperson von allen ihren Zeitgenossen unterscheidet, sehr häufig (nicht immer, wie die Vererbung z. B. des musikalischen Talents in der Familie *Bach* zeigt!) die jüngsten Blüten an ihrem Familienstamme sind, begreift es sich ohne weiteres, daß jede stärkere äußere Schädlichkeit: die Stoffwechslerschütterung, die der Immunisierungsversuch des Organismus gegen die Spirochäten oder andere Infektionserreger oder die der Versuch der Unschädlichmachung des eingeführten Alkohols mit sich bringt, ebenso wie die grobmechanische Erschütterung des Gehirns als auch der sensorisch-vegetative Chok, den ein starker Schreck hervorruft, zuerst den jüngsten Persönlichkeitserwerb zerstört, so wie es experimentell durch *Ribot* („loi de regression“!) als eine normale Erscheinung von dem Gedächtnis nachgewiesen wurde. Vielleicht ist es geradezu als ein allgemeines biopathologisches Gesetz anzusehen, daß alle diese Schädigungen bei einmaliger Einwirkung in refracta dosi die labileren Funktionen der seelischen Persönlichkeit zuerst reizen, dann lähmen und erst in stärkerer Dosis die stabileren, was sich dann klinisch so äußert, daß im ersten Falle nur die schwächeren Register angeschlagen werden, im zweiten Falle aber die Töne der starken Register diejenigen der schwachen so übertönen, daß sie, wenn überhaupt, nur bei feinerer Analyse noch erkennbar sind. Möglicherweise würde es dementsprechend als Regel gelten, daß bei den exogenen Schädigungen, die der Organismus zu überwinden vermag, den exotoxischen, infektiösen und sensorischen Überreizen, im ersten An- und im letzten Abklingen der Wirkung die zarteren „Zonen“ der Stimmung, des Naturells und Temperaments, auch der Merkfähigkeit gestört erscheinen, auf der Höhe der Wirkung die robusteren des gnostisch-mnestischen Apparats: Erinnerung und Bewußtsein, und daß bei den unüberwindbaren Schädigungen, die zum Zerfall der Persönlichkeit führen, im ersten Stadium die ursprünglich als endogen aufgefaßten, im zweiten die sog. exogenen Reaktionstypen und zuletzt die destruktiven Syndromtypen alle anderen Register übertönen. Freilich werden wir die Bemühung, strukturgenetische Vergleiche für die Nosologie fruchtbar zu machen, nicht überspannen dürfen, insofern es sich eben doch nur um wertvolle historische Intuitionen, nicht um „nomothetische“ Beweisbarkeiten handelt. Vor allem dürfen wir darüber nicht das ernstliche Bemühen vernachlässigen, für die pathogenetische Erklärung der präformierten Syndrome die *Leibesforschung* in weitestem Umfange heranzuziehen.

Wie viel wichtiger als die vergleichend anthropologische Betrachtung diejenige pathogenetische Forschung ist, die sich auf die Ergebnisse der pathologischen Physiologie stützt, scheint mir aus folgendem Beispiele hervorzugehen: Bei einem 42jährigen Manne, der 1914 mit den primären Geschlechtsmerkmalen eines 10jährigen Knaben, den sekundären Merkmalen teils eines Eunuchen, teils einer alten Frau zur klinischen Beobachtung kam, fand sich neben Dystrophie von Haaren, Nägeln und Haut ein treppenartiger Vorsprung der Hinterhauptschuppe infolge verfrühter Verknöcherung der Kranznaht, von der ein Anthropologe vom Range *Klaatschs* angab, daß er sie bei manchen Australnegern angetroffen habe. Wie unerheblich aber erscheint uns heute diese Feststellung gegenüber dem damals schon erhobenen Röntgenbefunde, der eine spaltförmige Verschmälerung und Abplattung des Türkensattels aufwies!

Will man *Hoches* Syndromlehre für die Nosologie in vollem Umfange fruchtbar machen, so wird man sich von vornherein noch über zwei innerlich zusammengehörige Punkte klar werden müssen, die wir bisher nur gelegentlich gestreift haben. Der erste Punkt betrifft die Stellungnahme der *Erblichkeitsforschung* zu dieser Lehre, der zweite die Frage nach der grundsätzlichen Art der Gruppierung beim Zusammentritt verschiedener Syndrome zu einem scheinbar einheitlichen Krankheitszustande.

Die bisherigen Erblichkeitsuntersuchungen in der Psychiatrie sind, wie ich anderweitig dargelegt habe, von der Einheitlichkeit der *Kraepelinschen* Krankheitsgruppen Manisch-melancholisches Irresein, Schizophrenie und Epilepsie ausgegangen und haben demgemäß das gesamte Material von der Vorstellung aus bearbeitet, daß es sich dabei um 3 geschlossene Erbkreise handle. An dieser Auffassung hält auch heute noch *Rüdin* fest, indem er „vermutet“, daß in dem, was wir „heute Schizophrenie, manisch-depressives Irresein, genuine Epilepsie usw. nennen, je ein gemeinsamer biologischer Kern enthalten ist, den wir mit der Zeit ebenfalls“ (gemeint ist: wie die Huntington'sche Krankheit, die amaurotische Idiotie u. a. sog. Heredodegenerationen) „als unteilbare Erbkrankheit herauszuschälen lernen werden“. Daß diese Auffassung schwer mit dem Relativismus zu vereinen ist, dem *Rüdin* in gleichem Zusammenhange huldigt, wenn er sagt, daß „in der Regel bei erbbiologischen Zusammenhängen kein grundsätzlicher Unterschied zwischen Krankheit, Syndrom und Symptom anzuerkennen sei“, insofern „auch jede Krankheit gelegentlich als Syndrom, jedes Symptom als Syndrom aufgefaßt werden könne“, liegt wohl auf der Hand. Sehen wir aber von diesem Relativismus ab, so finden wir bei *Rüdin* doch einen Hinweis, der für die Fortbildung der Syndromlehre von Wichtigkeit werden kann: es ist seine Unterscheidung von *allgemein erblich* und von

„speziell“, d. h. *individuell erblich* vorgebildeten Mechanismen, die er am Beispiele der Alkoholwirkung klarmacht. Wenn die krankhaften Syndrome in jedem Menschen präformiert sind [und unsere bzw. *Hoche*s Betrachtung erstreckt sich ja nur auf diese¹⁾], so bestehen für die Art ihrer Auslösung im Einzelfall grundsätzlich nur folgende Möglichkeiten: entweder sie sind durch Familienzüchtung innerhalb einzelner Stämme einer Rasse in einer solchen Durchschlagskraft weitervererbt, daß sie auch ohne vom Durchschnitt abweichende Umweltreize hervorbrechen; oder die Disposition für das eine oder andere der präformierten Syndrome ist in einem Familienstamme in höherem Maße vorhanden als die Disposition zu den übrigen Mechanismen. Dann genügen schon harmlose Schädigungen, d. h. kaum über dem Durchschnitt liegende Reize, um diese manifest zu machen, der Betreffende kann aber, weil ihm das Schicksal günstig ist, zeitlebens gesund bleiben. Oder aber die Dispositionen für *alle* Syndrome sind bei einem Individuum gleich stark; wenn also ein bestimmtes Syndrom hervortritt, muß eine derartig außergewöhnliche Konstellation von Schädigungen vorangegangen sein, daß unter ihrer Einwirkung bei jedem Menschen dies Syndrom in die Erscheinung treten würde. Für eine Syndromlehre, die für die Nosologie fruchtbar sein will, würde es u. E. eine außerordentlich wichtige Aufgabe sein, alle überhaupt vorkommenden Krankheitsfälle unter *diesem* Gesichtspunkte so eingehend wie nur möglich zu untersuchen. Freilich bedürfte es dazu einer schärferen Bestimmung dessen, was man unter den verschiedenen Bezeichnungen der Syndrome versteht. Nehmen wir z. B. das von *Hoche* als Beispiel angeführte *katatone* Syndrom, so ist unverkennbar, daß fast jeder klinische Autor diesen Begriff in einer anderen Weise umgrenzt, als der andere, daß aber auch ein einzelner Autor im Laufe seiner Forschertätigkeit darunter verschiedenerlei versteht²⁾. Gebrauchte man die Bezeichnung in dem ganz engen Sinne einer evtl. graphisch bestimmbaren Störung der Psychomotilität, dann muß gesagt werden, daß es nicht einzusehen ist, warum man aus der Reihe der heute als schizophren geltenden Mechanismen nur diesen katatonen als präformierten sollte kennzeichnen dürfen, nicht aber jeden beliebigen anderen der „primären“ oder „sekundären“ Syndrome *Bleulers*. Wenn z. B. *Schilder* und *Hartmann* unter 15 Kranken, die nach schwererer

¹⁾ Es heißt bei *Hoche*: „Möglicherweise werden sich die Seelenstörungen gruppieren in solche, deren Symptomatologie im wesentlichen in der Auslösung präformierter Komplexe besteht, und in solche, die regellos neue Symptom-Kombinationen schaffen“; letztere lassen sich also nicht in ein System einfangen, auch wenn sie in Krankheitsbildern vorkommen.

²⁾ z. B. *Kraepelin*, bei dem heute mancherlei unter den „encephalopathischen“, d. h. nicht seiner schizophrenen oder „sprachhalluzinatorischen“ Erscheinungsform eingeordnet ist, was er früher unter dem Katatonen führte.

Grippe akut unter dem Bilde der sog. Amentia erkrankten, welche 13 mal (wie nach mehreren Jahren die Katamnese ergab) sich vollständig wieder zurückbildete und nur 2 mal Vorbote eines schizophrenen Prozesses war, auch in einem Teile der geheilten Fälle „katatone Züge“ angetroffen zu haben angeben, so erhebt sich (abgesehen von der Nomenklatur) nun also die Frage: welcher der 3 soeben gekennzeichneten Zusammenhänge lag hier vor, auf welchem dieser 3 Wege kam es zu den „katatonen Zügen“¹⁾.

Diese Frage hängt eng zusammen mit der nach der Rangordnung der Syndrome in denjenigen Fällen, in welchen, wie *Hoche* sagt, in „einem scheinbar einheitlichen Krankheitssyndrom mehrere präformierte Verkuppelungsgruppen“ hervortreten. Es ist ja die Schicksalsfrage der *Kraepelinschen* Einheiten überhaupt. *Hoche* hat uns auf diese Frage keine Antwort gegeben. Den Gedanken, inwieweit sich im Rahmen der progressiven Paralyse eine Wertordnung der Syndrome aufstellen läßt, der ihn hierbei zu der Unterscheidung der Rand- von den Achsensyndromen führte, hat er leider auf die übrigen psychiatrischen Krankheitsgruppen nicht ausgedehnt. Er spricht nur ganz kurz von einem „Nebeneinander“ der Verkuppelungsgruppen. Hier setzt bekanntlich *Birnbaums* Strukturanalyse ein, die ihn, wie man weiß, zu den theoretisch einwandfreien, praktisch aber noch recht schwer durchführbaren Unterscheidungen der Haupt- und Nebenursachen in die beiden Gruppen von „pathogenetisch“ — „prädisponierend“ und von „pathoplastisch — „präformierend“²⁾ geführt hat. Darnach würde auch in den verwickelten Krankheitsfällen, die dem Gebiete der sog. funktionellen Psychosen angehören, de facto also einem ganz überwiegenden Teile des psychiatrischen Materials nicht mit einem einfachen Nebeneinander der Syndrome zu rechnen sein, sondern mit einem Nacheinander und Auseinander und vor allem auch im statischen Querschnitt mit einem gesetzmäßigen Auf-, Durch- und Zueinander, evtl. sogar Gegeneinander, kurzum mit einer spezifischen Interferenz der trotz ihrer Präformierung homo- wie heterogenen und damit homo- oder heteronomen Syndrome. *Birnbaum* hat diese bekanntlich zuerst von *Kraepelin* gemachte Unterscheidung von „wesentlichen“ und „unwesentlichen Krankheitszeichen“, der bei ihm die Unterscheidung der „rohen“ von den „wahren“ Ursachen zur Seite steht, und die dann von *Bleuler* bei der Schizophrenie durchgeführte Trennung der „sekundären“ von den „primären“ Symptomen in der Weise gedeutet, daß in jenen der

¹⁾ Diese Frage haben *Hartmann* und *Schilder*, soviel wenigstens aus ihren Ausführungen hervorgeht, nicht einmal gestellt. Ihre Beantwortung ist natürlich nur auf Grund restloser biographischer Erfassung des Materials möglich.

²⁾ bedauerlicherweise letzteren Ausdruck in ganz anderem (durchaus neben-sächlichem) Sinne gebrauchend wie *Hoche*!

„biologische Grundprozeß“, in diesen „die Reaktionstendenzen der Persönlichkeit“ zum Ausdruck kämen. Er kann sich dabei auf die moderne Auffassung des Krankheitsvorganges in der *somatischen* Medizin stützen. Definiert doch *Krehl* Krankheit überhaupt als die „Gesamtheit der Vorgänge, die sich am kranken Menschen abspielen, sowohl als direkte Folgen der zugrunde liegenden Schädlichkeit als auch als Reaktionserscheinungen des Organismus“. So wertvoll diese Auffassung nun auch für alle exogenen Reaktionstypen sein mag, so kann doch nicht verheimlicht werden, daß sie für alle übrigen Krankheitsfälle, in denen eine äußere Noxe sich bei der durchschnittlichen Methodik der Ermittlung der Vorgeschichte nicht nachweisen läßt, wenig nutzbringend ist. Vor allem aber dürfen wir uns darüber keiner Täuschung hingeben, daß mit der Einführung des sog. biologischen Faktors in die Strukturformel der Krankheitsfälle ein *X* eingeführt wird, das zwar, wie ich schon verschiedentlich betont habe, meist ohne weiteres mit „somatologisch“ übersetzt werden kann, aber auch dann noch eine recht unklare Größe bleibt. Wenn etwa *Kretschmer* „geradezu fordert, daß die psychologischen Syndrome wie der ‚sensitive Beziehungswahn‘¹⁾ ihr biologisches Korrelat z. B. in einer schizophhrenen oder zirkulären oder wie immer gearteten Konstitution haben müssen“, so kann das doch nur „ihr somatologisch faßbares Korrelat“ bedeuten; dann sagt dieser Satz aber gar nichts mehr als die Selbstverständlichkeit aus, daß, wie *Hoche* einmal so schön gesagt hat, „der Geist nicht über den Wassern schwebt“. Da wir über diese somatologische Größe fast nichts aussagen können, haben wir vor allem kein Recht, dieselbe in einer schizophhrenen oder zirkulären Konstitution zu suchen, sondern müssen sie vielmehr als *X*-Konstitution bezeichnen. Über die Disposition, die dieser Konstitution zugrunde liegt, kann nur eine eingehende genealogische Analyse etwas aussagen. Diese führt uns dann zur Annahme einer schizophhrenen oder zirkulären oder wie immer gearteten Disposition. Oder aber jenes biologische Korrelat liegt in einer psychologisch faßbaren Größe, in einer seelischen Lebensverfassung, die durch irgendwelche Einwirkungen vorübergehend oder dauernd in der Richtung des sensitiven Beziehungswahns abgebogen wird. Betrachtet man diese Form der Wahnbildung, an deren „funktionellem“ Charakter doch wohl niemand zweifelt, unter dem Gesichtspunkte von *Hoches* Syndromlehre, so kommt man zu keinem Verständnis seiner Eigenart, wenn man einfach ein Nebeneinander von Verkuppelungsgruppen annimmt. Vielmehr kann man diese Sonderform des Wahns gar nicht anders entstanden

¹⁾ der übrigens interessanterweise bei diesem Autor von einer nach Ätiologie, Symptomen und Verlaufsform gut charakterisierten selbständigen Krankheitsgruppe, also einer *Kraepelinschen* Krankheitseinheit sich später zu einem „gut charakterisierten psychopathologischen Reaktionstypus“ gewandelt hat.

denken als in der Weise, daß hier die aktiven und reaktiven Anlageformen in verschieden abgestufter Wertigkeit oder anders betrachtet: mit verschiedener Durchschlagskraft zur Entäußerung kommen. Wenn man z. B. immer wieder sagt, daß „Zwangsercheinungen eine allgemein menschlich vorgebildete Reaktionsform darstellen, die im Verlaufe der verschiedensten Formen des Irreseins (bei manisch-depressivem Irresein, Schizophrenie, Epilepsie, aber auch bei Paralyse, Lues cerebri usw.) auftreten“ (*Kahn*), oder daß paranoische Zustandsbilder auf dem Boden der „manisch-depressiven Konstitution“ vorkommen (*Bumke*), so können wir hier nicht von einem Nebeneinander des Zwangssyndroms bzw. des paranoischen Symptomenkomplexes und des manischen und melancholischen Syndroms sprechen. Daß wir umgekehrt — was uns heute ganz selbstverständlich dünkt — nicht sagen: das manisch-depressive Irresein bzw. die manisch-depressive Konstitution kommt auf dem Boden der Zwangsercheinungen und der Wahnbildung vor, zeigt schon zur Genüge, daß wir ohne eine (stillschweigende) dynamische Bewertung der verschiedenen Anlageformen psychopathologisch überhaupt nicht mehr denken¹⁾.

Ich möchte zum Schlusse nur noch einem Gedanken Ausdruck geben, der sich mir hier aus der Reihe meiner grundsätzlichen Betrachtungen über den Aufbau der vorwiegend *neurologischen* Anlagekrankheiten aufdrängt. In meinem Bericht über die erblichen Nervenkrankheiten (Innsbruck 1924) habe ich gesagt: „Wichtig erscheint mir...“ die Feststellung, daß einzelne der erblich bedingten Gruppen nervöser Diathesen und Degenerationen insofern als Einheiten höherer Ordnung angesehen werden dürfen, als zwischen ihnen das *Verhältnis gegenseitiger Exklusivität* besteht, d. h. es gibt Gruppen, die bisher noch nicht, und zwar weder beim Einzelindividuum noch innerhalb einer bestimmten Familie alternierend nach- oder nebeneinander angetroffen worden sind, während umgekehrt zwischen anderen Gruppen ein *Vorzugsverhältnis* besteht. So vermischen wir in der bisherigen Literatur z. B. die einzelindividuelle wie familienmäßige Verbindung von Huntington'scher Chorea mit Myodystrophien, Strangerkrankungen, amaurotischer Idiotie, lympho- und angioneurotischen Diathesen, während demgegenüber die klinische Erfahrung auf eine engere nosologische Verwandtschaft zwischen erblicher Chorea und dem Epilepsie-Migräne-Kreis hinweist.“ Wir können also hier von *Exklusivitäts- und Prädispositionskuppelungen der Syndrome* sprechen. Genau so wie wir oben aus prinzipiellen Erwägungen heraus (von *Jaspers* ausgehend) es als eine

¹⁾ Ich bin in meiner Monographie über die Veranlagung zu seelischen Störungen so ausführlich auf diese Dinge eingegangen, daß ich hier nur auf die entsprechenden Abschnitte verweisen kann (insbesondere Allg. Teil IV und Spezieller Teil V und VI).

Vorarbeit der Syndromlehre gefordert haben, zu untersuchen, in welcher Häufigkeit überhaupt die Elementarvorgänge, die wir Symptome nennen, sich zu „Syndromen“ verbinden, so müßte die Vorarbeit einer rein von den Syndromen ausgehenden Nosologie darin bestehen, zunächst einmal rein zahlenmäßig festzustellen, wie die Symptomenverknüpfungen einerseits im synchronistischen Querschnitt, andererseits im chronistischen Längsschnitt auftreten, um so zu einer Skala zu kommen, die angibt, welche Syndrome ausschließlich, häufig, selten oder nie zusammen vorkommen. Auf diesem Wege werden wir von einer allgemeinen Syndromenlehre, die ein Bestandteil der (allgemeinen) pathologischen Physiologie vorwiegend seelischer Erscheinungen ist, genau so zu einer speziellen Formenlehre: einer Nosologie aller Krankheitsfälle vordringen, wie es in der übrigen Medizin der Fall ist.
