

## Bücherbesprechungen.

**Oswald Bumke: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Mit einem Anhang: Anatomie der Psychosen v. B. Klarfeld. 2. umgearb. Aufl. München: J. F. Bergmann 1924. XVI, 1176 S. G.-M. 45.— / \$ 10.70.**

*Bumkes* Lehrbuch der Geisteskrankheiten ist aus seiner „Diagnose der Geisteskrankheiten“ hervorgewachsen, die nun den allgemeinen Teil des Werkes in entsprechender Abänderung darstellt, während der spezielle Teil eine ganz neue Schöpfung ist. Mit dieser Entstehung hängt es wohl zusammen, daß auch der allgemeine Teil umfangreiche klinische und differentialdiagnostische Ausführungen enthält. Angesichts der außerordentlichen Vorzüge des Buches möchte ich hoffen, daß *Bumke* sich bei einer Neuauflage zu wesentlichen Kürzungen entschließe. Denn der Umfang des Werkes mit seinen 968 Seiten, zu denen noch die von *Klarfeld* bearbeitete Anatomie der Psychosen mit 144 Seiten hinzukommt, ist so groß geworden, daß das Buch als Lehrbuch für den Studenten und als Nachschlagewerk für Ärzte zu umfangreich ist, während es doch als Handbuch nicht auf allen Gebieten ausreicht.

*Bumkes* Werk ist besonders in seinem *allgemeinen Teil* gekennzeichnet durch eine ausgesprochen *psychologische Haltung*. Die psychopathischen Erscheinungen werden als Abweichungen der normalpsychologischen Vorgänge beschrieben und erklärt, während kaum ein Versuch gemacht wird, sie als biologische Funktionsstörungen eines körperlichen Organismus zu begreifen. Der nach dieser Richtung gehenden hirnpathologischen Betrachtungsweise steht *Bumke* im allgemeinen skeptisch oder ablehnend gegenüber. Die physiologische Werkstatt des Gehirns sei unserer Erkenntnis entzogen (S. 231). Die aphasischen, apraktischen und verwandten Störungen will *B.* nicht als psychische Ausfallserscheinungen gelten lassen, während sie doch umschriebene seelische Defekte, wenn auch keine Geistesstörungen im engeren Sinne sind. Folgerichtig müßte fast die gesamte Pathologie des Gedächtnisses aus der Psychopathologie ausgeschaltet werden; denn allgemeine Gedächtnisstörungen setzen sich zum großen Teil aus summierten umschriebenen Gedächtnisdefekten zusammen. Ich bin indessen überzeugt, daß diese Zurückhaltung *Bumkes* nicht von Dauer sein wird, denn auf demjenigen Gebiet, auf dem bisher psychopathologische und hirnpathologische Betrachtungsweisen in engste Berührung getreten sind, nämlich bei den katatonen (psychomotorischen) Symptomen, erkennt *B.* schon jetzt die Bedeutung der hirnpathologischen Betrachtung an und verbindet mit ihrer, zum Teil auf meinen Arbeiten fußenden Darstellung eine eingehende Beschreibung der den psychomotorischen Störungen nahestehenden striären Bewegungsstörungen. Im Anschluß daran werden auch die wichtigsten anderen Tatsachen der Hirnpathologie — in Anlehnung an *Liepmann* — abgehandelt. Nur scheinen sie etwas unorganisch in das Kapitel über „Störungen des Wollens, Handelns und Sprechens“ — zu denen sie doch nur z. T. gehören — hineingepräßt.

*Bumkes* psychologisch begründete Psychopathologie bedeutet insofern einen Fortschritt gegenüber älteren Werken, als *B.* auch die von der *Külpeschen* Schule genauer beschriebenen *unanschaulichen Bewußtseinserlebnisse* berücksichtigt und sich ihrer besonders bei der Erklärung der hysterischen Verdrängungen erfolgreich

bedient. In vielem steht *Bumke* auch — wie *Jaspers*, *Schilder* u. a. — auf dem Boden der *phänomenologischen* Betrachtungsweise. Er betont immer wieder das Einheitliche des seelischen Geschehens, warnt (S. 249) „vor dem Aberglauben an die Existenz seelischer Elemente“ und spricht wie *Bergson* von einem „Gesamtstrom des Psychischen“, aus dem eine Eigenschaft herauszukristallisieren eine nicht gerechtfertigte Abstraktion sei (S. 199). Ich meine, daß man von der unendlichen Verwicklung und dem Ganzheitscharakter eines seelischen Gesamtvorganges sehr tief überzeugt sein kann und deshalb nicht auf den großen Vorteil der isolierenden Abstraktion einzelner seelischer Teiltätigkeiten zu verzichten braucht. Übrigens zeigt die Wertschätzung, die *B.* den doch im wesentlichen assoziations-psychologisch orientierten Arbeiten von *Pick*, *Heilbronner*, *Liepmann* entgegenbringt, daß auch seine Abneigung gegen die „Elemente“ keine grundsätzliche ist. Was man dieser Betrachtungsweise verdankt, kann nicht deutlicher gemacht werden als durch *Bumkes* eigene, an *Heilbronner* und *Pick* angelehnte Beschreibung der Perseveration und der psychischen Störungen bei Epileptikern. Wir werden *Bumke* gewiß darin zustimmen, daß die früher übliche *experimentelle Psychologie* bei den höheren seelischen Störungen versagt hat. Doch trifft dieser Vorwurf nicht eigentlich die experimentierende Forschungsweise, sondern den Versuch, mit den auf die Sinnespsychologie zugeschnittenen Methoden den höheren seelischen Störungen beizukommen. Aber die Sprichwörtermethode *Finkhs* ist diesen verwickelten Funktionen gut angepaßt und verdient den Spott nicht, mit dem *B.* in ihr nur ein „Mißtrauensvotum für die übrigen Psychiater“ sieht, „denen man offenbar nicht zutraue, die Unterhaltung mit ihren Kranken aus eigener Kraft so zu führen, daß deren geistige Qualitäten dabei zutage träten“.

Der Verzicht auf isolierende Abstraktion und experimentelle Feststellungen fällt weniger ins Gewicht, solange es sich um anschauliche, lebensnahe Schilderungen abnormer Menschen und Zustände handelt. Darin ist *Bumke* auch Meister. Mit größter Eindringlichkeit betreibt er die *psychologische Selbstbeobachtung* und wird nicht müde, Beispiele aus Lebensbeschreibungen hervorragender Menschen und aus Werken der Dichtkunst — ähnlich wie *Jaspers* — beizubringen. Alle abnormalen seelischen Leistungen führt er so auf Vorgänge zurück, die noch in der Breite des Normalen, z. B. in der Ermüdung oder Zerstreutheit, im Schlaf, in der affektiven Erregung vorkommen. Darin liegt auch ein großer lehrhafter Vorzug. Daher verfügt *B.* über eine von keiner anderen Darstellung der Psychiatrie erreichte Kunst in der Wiedergabe derjenigen Geisteszustände, in die sich der Gesunde nacherlebend und mitführend hineinzuversetzen vermag. Auf dieser Höhe steht die Schilderung der abnormalen Temperamente, der beginnenden melancholischen Insuffizienz, die an treffenden Beispielen überreiche Beschreibung der normalen Suggestibilität, die ein Unterbewußtsein im Sinne *Freuds* ablehnende Lehre von den verdrängten Gedanken, die in Wirklichkeit keineswegs vergessen seien. Besonders hervorgehoben sei auch die Beschreibung der psychogenen Reaktionen, an denen *B.* mit Recht die übertriebene Wunschtheorie ablehnt und auch der Tatsache gerecht wird, daß jemand aus Furcht und Sorge hysterisch werden kann. Die Kunst der Selbstbeobachtung und des Miterlebens psychopathischer Zustände befähigt *B.* auch zum hervorragenden *Therapeuten*, und niemand wird den Abschnitt über die seelische Behandlung ohne größten praktischen Nutzen lesen.

Die Schattenseiten dieser Betrachtungsweise zeigen sich jedoch vielfach da, wo es auf genaue Feststellungen und scharfe Unterscheidungen ankommt. Die Orientierungsstörungen des Deliranten erklären sich nach *B.* aus der Eigenart der Visionen im Verein mit der Aufmerksamkeitsstörung und der motorischen Unruhe. Die gleiche Störung beim *Korsakoff*schen Syndrom wird als „selbstverständliche Folge“ der Gedächtnisstörung und der Konfabulationen bezeichnet.

Doch hat schon *Wernicke* den Orientierungsverlust als primäre Ausfallserscheinung erkannt und die Gehirnpathologie konnte später verschiedene Arten örtlicher Desorientierung — agnostische Desorientierung, topographischer Gedächtnisverlust, Rechts-Linksdesorientierung — beschreiben.

In dem Kapitel „*Störungen des Denkens*“ sind recht verschiedenartige Dinge zusammen behandelt. Neben den echten Denkstörungen, den formalen Störungen des Gedankenganges — Ideenflucht, Denkhemmung u. a. — begegnen uns hier die „Zerfahrenheit“ und der Begriffszerfall des Schizophrenen, die Zwangsvorstellungen, Wahnvorstellungen und überwertigen Ideen, ohne daß auf die von *Wernicke* herausgestellten grundsätzlichen Unterschiede zwischen Störungen des Denkvorganges und des Denkinhaltes, zwischen inhaltlichen Ausfällen und inhaltlichen Fälschungen hingewiesen würde. Begriffszerfall (Paralogie) und Sprachzerfall sind — wie ich gezeigt habe — den Gedächtnisdefekten und weiterhin den agnostischen und aphasischen Störungen eng verwandt und haben mit den formalen Denkstörungen keine Berührung. Auch die doch unzweifelhaft zu den psychomotorischen Störungen gehörende Verbigeration findet man bei *Bumke* unter den Denkstörungen. Bei der Ideenflucht bringt *B.* ein ausgezeichnetes, *Schopenhauer* entlehntes Gleichnis: der Ideenflüchtige spricht, wie man Domino spielt, die zufällige Augenzahl des zuletzt gesetzten Steines bestimmt die Wahl des nachfolgenden, und dessen Nachfolger wieder hat zu dem vorletzten keine Beziehung mehr. Fast mystisch mutet es dagegen an, wenn *B.* den geordneten Gedankengang weder durch Assoziationsgesetze, noch Konstellation und determinierende Tendenzen erklärt sein läßt; für jede strenge Ordnung des Gedankenganges sei außerdem noch eine im Bewußtsein gelegene wählende Tätigkeit erforderlich, „der Wille wendet die Aufmerksamkeit hierhin und dorthin“. Auch gegen die Auffassung der Ideenflucht, der Ablenkbarkeit (Hypermetamorphose) und der Verwirrtheit als einer einheitlichen Störung ließe sich Gewichtiges einwenden. Im Gegensatz zum sonstigen Sprachgebrauch bezeichnet *B.* nicht die Verwirrtheit („ideenflüchtige Verwirrtheit“) als Inkohärenz, sondern das in Träumen und pathologischen Bewußtseinstrübungen, besonders bei Fieberdelirien auftretende vermengende Denken — Begriffszerfall, Paralogie in meinem Sinne — und den in diesen Zuständen beobachteten Sprachzerfall (Kontaminationen, Wortneubildungen, unsinnige Satzverbindungen). Auch hier werden offenbar verschiedene Dinge unter einen Begriff gebracht. Andererseits betrachtet *B.* ein und dieselbe Störung — das vermengende Denken — einmal als Zerfahrenheit — wenn sie bei Schizophrenen auftritt — und das andere Mal als etwas anderes, nämlich als Inkohärenz, wenn sie in Bewußtseinstrübungen vorkommt. Die Ablösung der Symptome von den Krankheiten ist daher bei *B.* noch nicht völlig erreicht.

Die Demenz wird nach *Jaspers* und offenbar zu weit als „dauernder Ausfall auf irgend einem Gebiet psychischer Leistungen und Fähigkeiten“ definiert; es würden dann auch Defekte des Gefühlslebens und des Charakters unter den Begriff der Demenz fallen. So glaubt *B.* auch, daß man den Begriff der Intelligenz von dem der Persönlichkeit nicht trennen könne. An anderer Stelle heißt es dagegen — m. E. zu eng —, daß Demenz im strengsten Sinne mit Urteilsschwäche zusammenfalle. Das Urteil wird als das „Verständnis für den Zusammenhang der Dinge“ definiert. Als Urteilsprüfungen führt *B.* aber nicht nur die wirklich hierher gehörenden Kombinations- und Ergänzungsmethoden nach *Masselon* und *Ebbinghaus*, die Gleichungsmethode, das Erklären von Geschichten, Bildern, Sprichwörtern und sinnwidrigen Sätzen an, sondern auch reine Gedächtnisprüfungen (Wiederholungsmethode), den Assoziationsversuch und die Prüfungen auf Begriffe (Definitionen, Generalisationen, Unterschiedsfragen).

Bei den Gefühlen wird ein isoliertes Bestehen und gesondertes Erkranken von affektiven und intellektuellen Funktionen — im Gegensatz zu Erfahrungen der

Gehirnpathologie — bestritten. Eine schärfere Unterscheidung zwischen Temperament und Charakter versucht *B.* ebensowenig wie *Kretschmer* (vgl. dagegen *Ewald*). Er spricht von „hysterischem Temperament“. Zuweilen werden die paranoiden Persönlichkeiten auch als paranoide Temperamente bezeichnet.

Noch mehr als die Symptome haften die *Zustandsbilder* (Syndrome) für *Bumke* an den Krankheiten (S. 235). *Bumke* hält es für aussichtslos, den Dämmerzustand, das Delir, die Amentia, die Demenz, den amnestischen Zustand rein als solche und nach Abstreifung derjenigen Zutaten darzustellen, die den sie jeweils hervorrufenden Krankheiten angehören. Ein besonderer Abschnitt über *Zustandsbilder* fehlt. Allerdings müßte eine Schilderung der reinen *Zustandsbilder* abstrakter ausfallen und könnte gerade *Bumke* vielleicht „farblos“ erscheinen; an sich aber ist die Herausarbeitung der *Zustandsbilder* in der Psychopathologie ebenso möglich wie in der Neurologie. Übrigens besteht hier ein deutlicher Gegensatz zwischen dem allgemeinen, älteren und dem speziellen, neuen Teil des Buches, in dem viel von den allgemeinen Reaktionsformen des Gehirns, von *Bonhoeffers* exogenen Reaktionstypen, von funktionellen und organischen, homonomen und heteronomen Symptomenkomplexen (*Kleist*) die Rede ist.

Im *speziellen Teil* des Buches, in der Darstellung der einzelnen Psychosen tritt die Wandlung der Anschauungen, die sich bei der auf *Kraepelin* folgenden Generation von Psychiatern vollzogen hat, deutlich zutage. Die Idee der ätiologisch gedachten Krankheitseinheit, der *Kraepelin* dauernd nachstrebte, und deren Überspannung auf dem Gebiete der konstitutionellen Erkrankungen in unlösbare Widersprüche führte, ist bei *B.* ihrer Vorherrschaft beraubt. *Bumke* gestaltet hier die Gedanken seines Lehrers *Hoche*, dem das Werk gewidmet ist, weiter aus. Mir scheint sogar, als ob *B.* in der Bekämpfung der Krankheitseinheiten zu weit gehe, wenn er daran denkt, auch die Paralyse und die senilen Erkrankungen in eine Reihe von Typen aufzulösen. Bei den sogenannten exogenen Psychosen werden die ursächlichen Krankheitseinheiten in gewissen Grenzen nach meiner Überzeugung immer ihren Platz behalten; nur auf dem Gebiete der endogenen oder besser konstitutionellen Anomalien und Krankheiten müssen wir uns von diesem starren System freimachen.

In der *Einteilung der Geisteskrankheiten* unterscheidet *Bumke* drei Krankheitsgruppen: die *Hirnkrankheiten*, (die *organischen Psychosen*) mit den von mir so genannten heteronomen *Zustandsbildern*, in die wir uns nicht hineinversetzen können und die nach anderen Gesetzmäßigkeiten als unser normales Seelenleben aufgebaut sind. Dann die *funktionellen Psychosen* mit den *homonomen Zustandsbildern*, die wir nacherlebend zu begreifen vermögen und die in ihren leichtesten und feinsten Äußerungen sich in den individuellen Verschiedenheiten der gesunden Menschen verlieren. Außerdem stellt *B.* noch eine dritte Gruppe auf, die der *toxisch bedingten Psychosen*, die den Gegensatz zwischen organisch und funktionell einigermaßen überbrücke. Ein Teil der Vergiftungspsychose stehe den organischen Psychosen nahe, denn schwerer Alkoholmissbrauch führe schließlich zu Schwachsinn und anatomischen Ausfällen im Gehirn. Manche Erscheinungen bei funktionellen Psychosen (z. B. bei manisch-depressivem Irresein), ferner die seelischen Veränderungen bei der Pubertät, der Menstruation, dem Klimakterium, beruhen wahrscheinlich ebenso wie die fortschreitenden Krankheitsvorgänge der Epilepsie und Schizophrenie auf endokrinen bzw. endotoxischen Einwirkungen auf das Gehirn. Dadurch würde in der Tat „der strenge Gegensatz von organisch und funktionell in einem Punkte aufgehoben“. Damit wird aber diese ganze Dreiteilung *Bumkes* in Frage gestellt. Auch ist die von *Bumke* angenommene Beziehung zwischen organischer Hirnkrankheit und heteronomen Zuständen, sowie zwischen endogen-funktionellen Krankheiten und homonomen Bildern keineswegs eindeutig: die beginnende Paralyse führt oft zu manischer Erregung und die schwere ver-

worrne Manie verläuft unter einem amentiaartigen Syndrom (vgl. Kleist: „Post-operative Psychosen“). Der richtige Kern, der in dem Gegensatz von organischer Krankheit und funktioneller Störung steckt, kann — glaube ich — nur so herausgeschält werden, daß man zwischen „Krankheiten“ mit materiellen Ursachen und materiellen Hirnveränderungen — heilbaren sowie unheilbaren — und „abnormen Beschaffenheiten“ unterscheidet, die in einer schon vollzogenen und bleibenden Zustandsänderung des Gehirns bestehen und ein fehlerhaftes Funktionieren, d. h. eben „funktionelle Störungen“ bedingen. Es ist der Unterschied zwischen Krankheit und Krüppelhaftigkeit. Zu den „Krankheiten“ gehören selbstverständlich alle im engeren Sinne organischen, d. h. destruktiven Gehirnkrankheiten, wie die Hirnarteriosklerose, die senile Demenz, die Paralyse, die schizophrenen und paranoiden Defektpsychose, die progressive Epilepsie. Aber auch alle Vergiftungpsychose haben hier ihren Platz, sowohl die exogenen (Alkohol, Morphin), wie die endokrinen und endotoxischen Störungen (z. B. Basedow, Urämiepsychosen), mögen ihre Hirnveränderungen nun destruktiv oder reparabel sein. Das gleiche gilt für die traumatischen und infektiösen Hirnschädigungen. Die manisch-depressiven Erkrankungen, die autochthonen Degenerationspsychose und die autochthonen paranoidischen Erkrankungen dürften ebenfalls materielle Krankheiten und keine funktionellen Störungen sein, da auch an ihnen wahrscheinlich endotoxische Störungen, allerdings überwiegend rückbildungsfähige, beteiligt sind. Sie bilden aber die Brücke zu den abnormen Beschaffenheiten, da auch sie nur auf dem Boden abnormer Konstitutionen erwachsen. Die *abnormen Beschaffenheiten* selbst (Schwachsinn und Psychopathien) bilden die Grundlage der im eigentlichen Sinne *funktionellen Störungen*, indem schon durchschnittliche und erst recht stärkere funktionelle Beanspruchungen das Maß der Leistungsfähigkeit abnorm veranlagter Gehirne überschreiten. So kommt es zum Versagen oder zum gestörten Ablauf dieser oder jener Teifunktion, körperliche Überanspannung liefert funktionelle Herz-, Magen- und Darmneurosen, intellektuelle Überanstrengung läßt neurasthenische Bilder auftreten, affektive Spannungen und sittliche Konflikte veranlassen hysterische und andere psychogene Reaktionen.

Bumkes Schilderung der *konstitutionellen Nervosität* ist sehr eingehend und gehört zu den gelungensten und anschaulichsten dieses Buches. Bumke betont wiederholt, daß auch die neurasthenischen Zustände einen periodischen Verlauf zeigen können, und daß sie deshalb nicht gleich in die manisch-depressiven Erkrankungen eingereiht werden müßten. Das ist wohl richtig. Andererseits spielen aber bei periodischem Schwanken der nervösen Erscheinungen offenbar endotoxische Umstände mit, die solche Formen aus dem Kreise der eigentlich abnormen Konstitutionen und funktionellen Störungen herausheben und sie den manisch-depressiven Schwankungen näher rücken. Als neurasthenische Reaktionen schildert B. befremdlicherweise nicht die der konstitutionellen Nervosität entsprechende funktionelle Erschöpfung, deren Vorkommen er sogar leugnet. „Nicht zuzugeben ist dagegen die Entstehung der Krankheit infolge geistiger Überarbeitung.“ Die von Bumke statt dessen hier behandelten organischen Erschöpfungen — nach Infektion, Blutverlusten, Schädelverletzungen usw. — würden eigentlich in das Kapitel der symptomatischen Psychose, der traumatischen Hirnschädigungen und Vergiftungen gehören, deren leichteste, erste oder letzte Anzeichen sie sind (vgl. Bonhöffers emotionell-hyperästhetische Schwächezustände).

Es folgen die *psychogenen Reaktionen* und die *hysterische Konstitution*, deren lebendige Darstellung schon gerühmt wurde. So gut wie die Kriegs- und Unfallneurosen hätten allerdings auch die Haftreaktionen hier — eher als im Anhang zu den paranoidischen Erkrankungen — einen besonderen Abschnitt verdient. In der Auffassung der hysterischen Konstitution knüpft Bumke an Jaspers an, der

das Wesen der hysterischen Persönlichkeit in dem Bedürfnis sah, vor sich und anderen mehr zu erscheinen als man ist. Etwas locker und ohne nach einer einheitlichen Formel des hysterischen Charakters zu streben, fügt *Bumke* noch einige andere hysterische Kennzeichen an: die Suggestibilität, die Labilität der Gefühle, die überwuchernde Phantasietätigkeit, die Unwahrhaftigkeit, den Eigensinn, den Egoismus. Bei diesem Standpunkte wird natürlich die Pseudologia phantastica nur als eine Spielart der hysterischen Veranlagung betrachtet. Wenn man darauf ausginge, für die einzelnen Psychopathentypen eigentliche und letzte Merkmale im Hinblick auf ihre hirnphysiologischen Grundlagen aufzufinden, so würde man allerdings zu einer wesentlich anderen Kennzeichnung und einer viel engeren Umgrenzung des Hysteriebegriffes kommen. Was mir dabei vorschwebt, habe ich in meinem Innsbrucker Referat „Über die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie“ angedeutet.

Die „anderen psychopathischen Konstitutionen“ werden nur kurz behandelt, unter ihnen die Affekteleptiker, die Dipsomanen, Poriomanen, Erregbaren (Zornmütigen). Ihre Abtrennung von den epileptischen Krankheitsprozessen ist sicher berechtigt. Dennoch treten in *Bumkes* Darstellung die symptomatologischen Ähnlichkeiten und erbbiologischen Beziehungen zum epileptischen Formenkreise zu sehr zurück. Die Gemütskalten, die Gesellschaftsfeinde (Moral insanity) und die Verschrobenen sind ebenfalls hier und nicht als schizoide Psychopathen im Zusammenhang mit den schizophrenen Erkrankungen dargestellt. Das Schizoid betrachtet *B.* als eine künstliche Konstruktion, doch seien die Verschrobenen möglicherweise Abortivformen der *Dementia praecox*. Auch die Fanatiker einschließlich der Menschen mit der Neigung zu überwertigen Ideen finden sich hier, indessen hebt *B.* ihre Beziehungen zu den Paranoikern und Querulantern hervor. Den Rest dieses Abschnittes bilden die Haltlosen, die Stimmungslabilen, die Gemütsweichen, die Impulsiven und die geschlechtlich Perversen.

Als „endogene und reaktive Gemütskrankheiten und die manisch-depressive Konstitution“ wird die Gesamtheit derjenigen seelischen Störungen bezeichnet, die auf dem Boden einer bestimmten, der manisch-depressiven Konstitution entstehen. Dazu rechnet *Bumke* — in Anlehnung an *Reiss* — auch die *reaktiven Depressionen*, bei denen nach meinen Beobachtungen doch immer eine hysterische bzw. reaktive Konstitution beteiligt ist. Im Gegensatz zu *B.s* Stellungnahme gegenüber den schizoiden und epileptoiden Psychopathen werden die konstitutionelle Verstimmlung und Erregung — die depressive und hypomanische Konstitution anderer Autoren — als Glieder dieses Formenkreises anerkannt. Mischzustände zwischen den Erscheinungsformen dieser Gruppe, aber auch zwischen ihnen und anderen psychopathischen Veranlagungen — z. B. Hysterie, Zwangskonstitution, Paranoia — bilden kein Hemmnis der klinischen Auffassung, sondern erscheinen geradezu als ein wichtiger und notwendiger Wesenzug konstitutioneller Anomalien, unter denen man immer nur gewisse *Typen* mit reinerer Ausprägung einzelner Symptome aufstellen kann, während neben ihnen die unreinen und gemischten Bilder nicht weniger wichtig und zahlreich sind. Diese Auffassung schützt davor, den Kreis der manisch-depressiven Formen über Gebühr auszuweiten und lässt doch zu, die nahe Verwandtschaft paranoischer, querulatorischer und zwangsneurotischer Erkrankungen mit den manisch-depressiven anzuerkennen. Doch scheint mir *Bumke* auf halbem Wege stehen zu bleiben, wenn er von „einer bestimmten, der manisch-depressiven Konstitution“ spricht, welche die Grundform aller Gestaltungen dieses Kreises bilden soll. In folgerichtiger Weiterführung des von *Bumke* wie von *mir* vertretenen Leitgedankens kommt man zur Auflösung der in Wirklichkeit gar nicht in allen Fällen bestehenden manisch-depressiven Konstitution; denn diese ist selbst nichts Einheitliches, sondern eine eigentümliche Verbindung der manischen und der depressiven Konstitution, die jede für sich auch einzeln vorkommen.

Die ungewöhnlichen Gestaltungen manisch-depressiver Erkrankungen und die *autochthonen* (*zykloiden*) *Degenerationspsychosen* werden nur gestreift. Es kann indes kein Zweifel sein, daß die zahlreichen, verworrenen, psychomotorisch gefärbten, halluzinatorischen, expansiven oder hypochondrischen Psychosen von periodischem Verlauf und gutartiger Prognose in den von *Bumke* geschilderten Mischzuständen und deliriosen Formen (amentiaartigen Bildern) der manisch-depressiven Psychosen nicht erschöpft werden und auch durch die Beimengung hysterischer Erscheinungen nicht sämtlich zu erklären sind. Auf die besonders von der *Tübinger* Schule versuchte — m. E. unzureichende — Erklärung solcher Fälle durch eine Verbindung zirkulärer und schizophrener Anlagen geht *B.* nicht ein, obwohl sie der von ihm stark betonten Kombinationsneigung abnormer Verfassungen naheläge.

Die *paranoischen Anlagen und Entwicklungen* werden unter Zugrundelegung der Lehre *Wernickes* von der überwertigen Idee als einer Nachwirkung eines affektvollen Erlebnisses dargestellt; im einzelnen unter Anlehnung an *G. Specht* und *Kretschmer* (Querulant und Sensitivparanoiker). Anhangsweise werden auch die paranoischen Haftpsychosen (*Bonhoeffer, Sievert, Birnbaum*) geschildert. Es geht aus der ganzen Darstellung *B.s* hervor, daß er als paranoische Erkrankungen nur *psychogene* Wahnbildungen anerkennt. Damit werden jedoch die autochthonen Paranoiaformen — einmalige, periodische oder chronische — nicht aus der Welt geschafft. Sie lassen sich auch weder in dem von *B.* enger gezogenen Rahmen des manisch-depressiven Irreseins unterbringen — was nur bei der weiten Begriffsfassung von *G. Specht* denkbar war — noch kann man sie den schizophrenen, paraphrenen oder involutiven Wahnbildungen einreihen. Sehr mit Recht betont *Bumke*, daß die *Behandlung*, d. h. eine verständige soziale und rechtliche Fürsorge, eine Bereinigung von konfliktschwangeren Lebenslagen bei Querulant und anderen psychogenen Wahnerkrankungen — entgegen früherer pessimistischer Meinung — nicht aussichtslos ist.

Die *Zwangskonstitution* und die *Zwangskrankheiten* werden im speziellen Teil befremdlicherweise nicht besonders abgehandelt.

Die Darstellung der *symptomatischen Psychosen* folgt im ganzen der Lehre *Bonhoeffers* und den Einzeluntersuchungen von *Siemerling, mir, Ewald, Runge* u. a. Einzelnes, wie die psychischen Störungen bei Herzerkrankungen, bei der Lungen-tuberkulose und bei den endokrinen Störungen möchte man — im Vergleich zu der so breiten Ausführung anderer Gegenstände — etwas ausführlicher wünschen. Über psychische Veränderungen bei Lebererkrankungen und bei Cholämie findet sich nichts. Die Graviditätsstörungen hält *Bumke* noch überwiegend für psychogen. Wenn auch das unstillbare Erbrechen in gewissen Fällen hysterischer Natur ist, so bleibt es doch leider in manchen anderen Fällen der Ausdruck einer schweren Toxikose, an der die Leber (*Seitz*) stark beteiligt ist. *Bumkes* Angabe, daß die Hyperemesis niemals als Anlaß zur Unterbrechung einer Schwangerschaft betrachtet werden könne (S. 494), ist daher überholt. Unter den einzelnen Zustandsbildern der symptomatischen Psychosen kommen die vom mir herausgehobenen Zustände psychomotorischer Hyperkinese und Akinese (s. *Influenzapsychosen*) zu kurz. Sie werden nach *Bonhoeffer* nur als katatonisch gefärbte Spielarten der Amentia aufgefaßt. Neuerdings hat sich aber auch die *Bonhoeffersche Klinik* — in der Arbeit von *Pohlirsch* — meinem Standpunkte angeschlossen.

Die Beschreibung der *Intoxikationspsychosen* schließt sich im wesentlichen *Bonhoeffer* und *Schröder* an. Auf den Abfall der Alkoholpsychosen während des Krieges und den erschreckenden Wiederanstieg derselben nach dem Kriege wird mit einer anschaulichen Kurve hingewiesen. Die Alkoholhalluzinose ist übrigens eigenste Schöpfung von *Wernicke*, und nicht er, sondern *Kraepelin* hat sie als

„halluzinatorischen Wahnsinn“ aufgefaßt. Daß die Halluzinose eine durch Alkoholismus hervorgerufene Schizophrenie sei (*Bleuler*), wird mit Recht abgelehnt.

Es folgen die *Psychosen bei Gehirnerkrankungen*, unter denen sich recht Verschiedenes in summarischer Schilderung zusammenfindet: Hirnverletzungen, multiple Sklerose, lobäre Sklerose, Huntingtonsche Chorea, Tumor, Meningitis und Encephalitis.

Unter den *syphilitischen Geistesstörungen* werden die syphilitische Neurasthenie, die hypochondrische Verstimmung der Syphilitiker und Tabiker, die *Plautsche* Halluzinose der Syphilitiker und die wahnbildenden chronischen Erkrankungen bei Hirnsyphilis und Tabes besprochen. Für unglücklich und zu Mißverständnissen führend halte ich es, wenn *B.* von syphilitischer Paraphrenie und schizophrenen Reaktionsformen bei Hirnlues spricht. Daß die Herdsymptome, die deliranten, dämmerigen und amnestischen Bilder der Hirnsyphilis nur ganz kurz unter der Überschrift „nichtparalytische, syphilitische Demenz“ zu Worte kommen, entspricht der ganzen Haltung des Buches und wiederholt sich bei der Paralyse und Arteriosklerose.

Sehr umfangreich und alles Neuzeitliche berücksichtigend ist die *Paralyse* dargestellt. Bei der Behandlung hält *B.* mit der Mitteilung eigener Erfahrungen mit Malaria und Recurrens noch zurück. Die Erörterungen über Pathogenese sind — besonders da sie bisher zu keiner Klärung geführt haben — für ein Lehrbuch wohl zu weitläufig.

„Schizophrene“ und katatone Syndrome bei Paralyse bezieht *B.* — wie ich glaube, zutreffend — auf besondere Lokalisationen des paralytischen Krankheitsprozesses. Für einen Zusammenhang zwischen „schizophrener Färbung“ der Paralyse und langsamer Entwicklung der Krankheit (*Jakob*) fand er keinen Anhalt.

Unter den *Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters* unterscheidet *Bumke* *klimakterische* Geistesstörungen, die wohl richtiger, da sie auch bei Männern vorkommen, als *Involutionspsychosen* bezeichnet würden, ferner eigentliche *senile* Psychosen und *arteriosklerotische* Seelenstörungen. In der Vielgestaltigkeit der involutiven Psychosen sei es noch nicht gelungen, Krankheitsformen, die auch in anderen Lebensabschnitten vorkommen, von solchen zu sondern, die nur der Involution selbst eigentlich wären. Meine „Involutionsparanoïa“ lasse sich nicht scharf von *Kraepelins* Paraphrenien abgrenzen, ja sie falle möglicherweise mit ihnen ganz zusammen. Das trifft nicht zu, wenn man sich an die von mir herausgestellten Eigentümlichkeiten und Unterscheidungsmerkmale der Involutionsparanoïa hält. Die Schwierigkeit liegt höchstens auf Seite der Paraphrenien, die von *Kraepelin* in der Tat nicht scharf genug bestimmt sind. *Bumke* hält an einer selbständigen Rückbildungsmelancholie, entsprechend dem früheren Standpunkte *Kraepelins*, und entgegen der später durch *Dreyfus* verteidigten Einbeziehung in das manisch-depressive Irresein mit guten Gründen fest. Die besonders von *Medow* beschriebene Erstarrung dieser Kranken ist m. E. nur symptomatisch, nicht wesentlich der Katatonie verwandt, so daß sich die Annahme einer Spätkatatonie erübrigen dürfte.

Der *senilen Demenz* stellt *Bumke* die atypischen senilen Erkrankungen — *Picks* senile Herdatrophie und *Alzheimers* Krankheit — gegenüber. Die doch sehr oft mit psychischen Störungen einhergehende Paralysis agitans ist nicht genannt. Bei der Beschreibung der *Alzheimerschen* Krankheit werden sowohl die häufigen epileptischen Anfälle, wie die so kennzeichnenden und auf eine Beteiligung der Stammganglien hinweisenden Logoklonien und Bewegungsiterationen nicht erwähnt. Nur die Bemerkung, daß sich gelegentlich „katatone Züge“ finden, weist vielleicht auf sie hin.

In dem Kapitel *epileptische Reaktionen und epileptische Krankheiten* vertritt *B.* entgegen *Kraepelin*, *Gaupp*, *Aschaffenburg* den Standpunkt, daß der zeitweise so weit ausgedehnte Epilepsiebegriff einzuziehen ist, und daß es außer der Krankheit Epilepsie noch andere „epileptische Reaktionen“ gibt. Selbst in der Aufstellung der enger gefaßten Krankheit Epilepsie ist *B.* äußerst vorsichtig und meint, daß es „wenn nicht eine Krankheit, so doch wenigstens eine in sich geschlossene Krankheitsgruppe gibt, die wir vorläufig unter dem Namen der genuinen Epilepsie zu-

sammenfassen, und die sich in mannigfachen körperlichen und seelischen Zufällen, sowie häufig in einer allmählich fortschreitenden Umgestaltung der psychischen Persönlichkeit äußert". Es muß aber gegenüber *B.* betont werden, daß die Dipsonie und Poriomanie, die Verstimmungen, die Affektpilepsie und die — von *B.* allerdings abgelehnten — epileptoiden Psychopathen trotz ihrer Ausschließung aus der Krankheit Epilepsie gewisse erbbiologische Beziehungen zur Epilepsie behalten. Bei der Pathogenese der Epilepsie kommen *Reichardt* und *H. Fischer* ihrer Bedeutung entsprechend zu Wort.

Die *endogenen Defektpsychose*n sind in zwei getrennten Kapiteln als „*schizophrene Krankheitsprozesse*“ und „*paranoide Prozesse*“ geschildert. Als Kerngruppe der Schizophrenie werden gewisse in Symptomatologie, Verlauf und Ausgang weitgehend übereinstimmende Fälle angesehen, deren Vererbung irgendeine Art von Recessivität sei, wahrscheinlich unter Mitwirkung äußerer Ursachen. Als Verlaufftypen der Schizophrenie unterscheidet *B.* die *Dementia simplex*, die *Katatonia* und die *paranoide Form*. Bei der *Dementia simplex* sollen die psychischen Kardinalsymptome der Zerfahrenheit, Gleichgültigkeit, Stumpfheit und Unberechenbarkeit am reinsten zutage treten. Die nähere Schilderung ergibt, daß *B.* hier Fälle meint, die schlechend verlaufen, daher von Psychopathien oft schwer abgrenzbar sind, anfangs mit Depression oder hypochondrischen Vorstellungen einhergehen und durch gemütliche Stumpfheit und Hemmung bei nur gelegentlichen Äußerungen schizophrener Denkstörung ausgezeichnet sind. Ich habe danach den Eindruck, daß diese *Dementia simplex* nicht alle Hauptsymptome der Schizophrenie am reinsten zur Darstellung bringt, sondern nur einen Teil, die affektiven Ausfallserscheinungen. Daher ist auch diese Form von *Bumkes* Hebephrenie oder läppischer Verblödung, bei der ebenfalls die affektive Veränderung im Vordergrunde steht, schwer zu unterscheiden. Ich halte es — wie ich wiederholt ausgeführt habe — für richtiger, alle hauptsächlich affektiv betroffenen Kranken, seien sie nun einfach stumpf oder depressiv, hypochondrisch oder läppisch, als „*affektive Verblödung*“ (Hebephrenie) zusammenzufassen und ihnen die katatonen, die begriffs- und sprachzerfallenden und die wahnhaften Formen gegenüberzustellen. *Bumke* rechnet mit etwa 16% Heilungen. Die Prognose sei um so schlechter, je mehr die Denkstörung das Bild beherrsche. Remissionen kommen bei etwa einem Viertel aller Krankheitsanfälle vor und sind am häufigsten nach schweren Erregungen. Am günstigsten verlaufen die Katatonien. Daß *B.* der uferlosen Ausdehnung der Schizophrenie, besonders bei *Bleuler*, entgegentritt, halte ich für einen großen Vorzug seines Buches. In der Ablehnung der von *Kretschmer* vertretenen körperbaulichen Affinität der Schizophrenien zu den asthenisch-athletisch-dysplastischen Bauformen geht *Bumke* m. E. zu weit.

Unter den *paranoiden Prozessen* schildert *Bumke* an eigenen Beispielen *Kraepelins* systematisierende, expansive und konfabulierende Paraphrenie. *Kraepelins* phantastische Paraphrenie bezeichnet *B.* als *Dementia phantastica*. Sie sei ein eigentlicher Verblödungsprozeß und stehe den Schizophrenien näher. Von der Vorläufigkeit dieser Absteckungen ist *Bumke* sehr überzeugt. Ihr Mangel ist, daß sie — mit Ausnahme der *Dementia phantastica* — zu wenig auf die Kernsymptome der einzelnen Verblödungen begründet ist. Dieser Forderung wird, wie ich glaube, meine Aufstellung der Phantasiophrenie, der progressiven Beziehungspsychose und progressiven Halluzinose besser gerecht.

*Klarfelds* „*Anatomie der Psychosen*“ bringt alle gesicherten Tatsachen der Histopathologie der Geistesstörungen in klarer Darstellung, unterstützt von zahlreichen, vortrefflichen Abbildungen. Die klinisch weniger bedeutungsvolle tuberkuläre Sklerose ist wohl zu breit behandelt. Der äußerlichen Trennung von klinischem und anatomischem Teil des Lehrbuches entspricht es, daß *Bumke* sich auf die anatomischen und histopathologischen Befunde nur selten bezieht. *Kleist*.