

6.

Die Frage der kombinierten Psychosen¹⁾.

Von
Gaupp-Tübingen.

M. H. Wenn ich auf dieser festlichen Tagung, die gestern dem Rückblick hervorragender Fachgenossen auf die letzten 50 Jahre ihres Forschungsgebietes galt, zum Problem der „*kombinierten Psychosen*“ das Wort nehme, so geschieht es einmal, weil ich vor bald einem Vierteljahrhundert auf einer Versammlung in Baden über diese Frage eine Auffassung vortrug, auf die noch manchmal von Anderen zurückgegriffen wird, die ich aber heute *selbst nicht mehr teile*, und weil gerade die Wandlungen unserer Anschauungen über dieses Problem schlaglichtartig zeigen, wie sehr wir versuchen, auf dem viel umstrittenen Gebiete der Einteilung und Abgrenzung der psychischen Erkrankungen neue Wege zu beschreiten.

Der Begriff der „*kombinierten Psychose*“ ist bald ein halbes Jahrhundert alt; soviel ich sehe, hat ihn *Krafft-Ebing* zuerst geprägt und *Magnan* ihm 1880 einen reichen Inhalt gegeben. Die Sache selber ist viel älter; hat ja doch schon *Esquirol* im Jahre 1838 auf die unheilvolle Kombination der progressiven Paralyse mit anderen Geisteskrankheiten hingewiesen, freilich mit einer klinischen Grundanschauung, die für uns heute nur noch historisches Interesse besitzt. *Magnan* schildert uns dann (ohne sich auf eine scharfe Begriffsbestimmung einzulassen) die vielerlei klinischen Bilder, die namentlich durch die Kombination alkoholischer Störungen mit anderen Psychosen auftreten können; aber er gab auch (in seiner Abhandlung „Über das Zusammenbestehen verschiedener Irrsinnsformen bei demselben Kranken“²⁾) eine Übersicht über andere Kombinationsmöglichkeiten, so z. B. die Verbindung der *Epilepsie* mit der *Paranoia* oder mit der *Melancholie*, und er suchte (bei seiner vorwiegend ätiologischen Denkweise) die Ursache solcher Kombinationen in der gemischten Erblichkeit³⁾. Als die deutsche Psychiatrie unter der

¹⁾ Wörtliche Wiedergabe des Vortrags.

²⁾ Archives de Neurologie 1880, Nr. 1. Ähnlich später *Gnauck*, *Räcke*, *Meeus*, *Féré*, *Hollos*.

³⁾ Literatur über dieses später viel erörterte Problem bei *Gurewitsch*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 9. 1912 sowie in den Monographien von *Vorkastner* und *Krisch*.

Führung *Kraepelins* in den Fragen der Klassifikation den Standpunkt einnahm, den man mit *Birnbaum* als den „empirischen Klinizismus“ bezeichnen kann, als man aus der Eigenart der Ursachen, der Symptomgruppierungen und der langbeobachteten Verlaufsformen die wichtigsten Abgrenzungsmerkmale abstrahieren wollte, da war für die Annahme eines häufigen Vorkommens kombinierter Psychosen kein rechter Raum, wenn man unter Kombination das gleichzeitige oder sukzessive Auftreten zweier „Krankheiten“ im gleichen Individuum verstand, nicht nur die Mischung von Symptomen aus verschiedenen typischen Krankheitsbildern. Und so ist es wohl nicht zu verwundern, daß ich selber vor mehr als 20 Jahren als Anhänger der *Kraepelinschen* Systematik bei einer kritischen Durchsicht der behaupteten Tatsachen solcher Krankheitskombinationen zu einem vorwiegend skeptischen Standpunkt gelangte und vor allem die Kombination endogener Krankheiten wie manisch depressives Irresein mit Dementia praecox oder Paranoia ablehnte, während ich Exogenes und Endogenes sich oft kombinieren sah. Erblichkeitsuntersuchungen in der früher getübten etwas primitiven Art hatten ein Ergebnis gezeigt, das vor 20 Jahren allgemein galt: daß nämlich die beiden großen Formenkreise des manisch-depressiven Irreseins und der Schizophrenie an dem sonst noch geglaubten *Polymorphismus der Vererbung* nicht teilnehmen, sondern sich nur gleichförmig vererben. Ich erinnere z. B. an die fleißige Studie *Vorsters* in Stefansfeld und anderer, die seine Feststellungen nachprüften und bestätigten. Die fortschreitende klinische Erfahrung führte dann bekanntlich zu jenen schließlich in Pessimismus endigenden zahllosen Bestrebungen, die unklaren Fälle, vor allem das Grenzgebiet zwischen den funktionellen Psychosen des manisch-depressiven und des paranoischen Formenkreises einerseits und den destruktiven Gruppen der schizophrenen Prozesse andererseits in richtiger Weise aufzuteilen. Der Erfolg blieb aus; *Hoche* ließ seinen Kassandraruf erschallen, Skepsis rang mit unermüdlichem Forschungseifer, der vom Ziele nicht lassen wollte, und in all diesem diagnostischen Bemühen kam natürlich auch die Frage der *kombinierten Psychosen* von Zeit zu Zeit aufs Tapet. Einzelbeobachtungen anscheinend unzweideutiger Kombinationen wurden veröffentlicht und meist mit allgemeinen Betrachtungen theoretischer Art begleitet. Die Greifswalder Klinik schenkte uns zwei große Monographien, die eine von *Vorkastner* über *Epilepsie und Dementia praecox*, die andere von *Krisch* über *Epilepsie und manisch-depressives Irresein*. Als *Bleulers* großes Buch über die Schizophrenie 1911 das Tatsachengebiet (gesammelt an alten und frischen Fällen bei weitester Fassung des Krankheitsbegriffes der Schizophrenie) der Fachwelt vorlegte, stand darin der Satz, daß *Kombinationen* der Schizophrenie mit Melancholie und Manie, resp. mit manisch-depressivem Irresein bis jetzt nicht sicher nachzuweisen

seien, wohl aber *Mischformen* des manisch-depressiven Irreseins mit der Schizophrenie, vielleicht auch manisch-depressive Anfälle, die bei entsprechender Disposition durch die Schizophrenie ausgelöst werden. Eine solche Unterscheidung: keine Kombinationen, aber Mischform, zwang naturgemäß zu begrifflicher Klärung, was denn der Ausdruck „Kombination“ beim dermaligen Stande der klinischen Grundanschauungen besagen wolle. Die Meinung der Autoren ging recht erheblich auseinander. Alltägliches und gewissermaßen Selbstverständliches bleibe hier weiterhin außer Betracht. Daß ein geisteskranker Säufer paralytisch oder senil-dement werden kann, daß zur angeborenen Imbezillität bisweilen die Schizophrenie als „Propfhebephrenie“ hinzutritt, ist kein Problem und wird auch dann keines, wenn man die pathogenetische Einheitlichkeit der beiden Störungen nicht für alle beobachteten Fälle anerkennen kann. Ebenso unwichtig ist die (*übrigens seltene*) Tatsache, daß Zirkuläre, Schizophrene, Paranoische oder Epileptiker später paralytisch werden (*Krafft-Ebing, Billod, Hölstermann, Wattenberg u. a.*). Die Verbindung von Hirnlues mit Paralyse ist als häufig erkannt, beschäftigt aber heute mehr den Histopathologen als den Systematiker; das Nebeneinander und Nacheinander mehrerer Alkoholpsychosen ist pathogenetisch interessant, aber systematisch ohne tieferen Belang. Seit wir nicht mehr an eine „Krankheit *Hysterie*“ glauben, sondern hysterische Symptome bei im übrigen gesunder oder kranker Psyche allorts auftreten sehen, wie ich dies seit 24 Jahren lehre, fällt der Gedanke einer „Kombination“ von Hysterie mit anderen Psychosen als falsche Fragestellung unter den Tisch. Für die Verbindung *seniler* und *arteriosklerotischer Störungen* mit schon lange vorher aufgetretenen *endogenen* Psychosen haben wir als Systematiker auch kaum Interesse, sprechen hier wohl auch kaum mehr von Kombinationen, sondern lieber von senilen „Einschlägen“ oder „Färbungen“ der ursprünglichen Krankheitsbilder. Daß der alkoholintolerant gewordene Hirntraumatiker, wenn er weiter trinkt, leicht alkoholische Psychosen erwerben kann, wissen wir, sehen aber auch hierin kein Problem von Belang. Schwieriger wird die Lösung der diagnostischen Aufgabe bei den *chronischen Halluzinosen* und *besonnenen Wahnbildungen* mancher Alkoholisten, namentlich wenn sich die halluzinatorischen Symptome nicht auf *Auge* und *Ohr* beschränken, sondern sich auch auf das *Gemeingefühl* und die *sexuelle Sphäre* ausdehnen; schwierig auch, wenn der Alkoholismus auf dem Boden einer unbestimmten Wesensveränderung erwuchs, der man die schizophrene oder schizoide Grundlage nicht ohne weiteres anmerken konnte. Für den Anhänger der Lehre von der *Amentia* als einer „Erschöpfungspsychose“ erwächst aus dem Auftreten akuter Episoden tiefer halluzinatorischer Verwirrtheit im Verlaufe langdauernder depressiver oder stürmisch manischer Attacken die Frage der Kombination einer Er-

schöpfungspsychose mit einer vorher bestehenden und gesetzmäßig weitergehenden zirkulären Erkrankung; analoges gilt für den aus Vergiftungsangst hungernden und dabei körperlich verfallenden paranoiden Kranken, bei dem sich in den schizophren-paranoiden Prozeß überraschend eine Phase halluzinatorischer Verwirrtheit einschiebt. Ich verweise auf die Mitteilungen von *Stransky*, der auch eine sukzessive Kombination von manisch-depressivem Irresein und faselig verblödender Katatonie mit weitgehender Unabhängigkeit der einzelnen Teilphasen des Gesamtkrankheitsbildes sah und beschrieb, und den ich damals zu Unrecht bekämpfte.

Die überraschende Seltenheit, mit der eine seit Jahren bestehende genuine Epilepsie sich später mit Schizophrenie verbindet, ist öfters betont worden, und sie ist in der Tat auffällig, wenn wir bedenken, daß ja Epilepsie und Schizophrenie beides sehr häufige Krankheiten sind. Ich selbst erinnere mich nur zweier Fälle einer solchen Kombination, so häufig ich im übrigen epileptiforme Insulte im Verlaufe der Schizophrenie sah. Aber jene echte Kombination kommt trotz der negierenden Skepsis von *Gurewitsch* eben doch vor (*Vorkastner*) und widerlegt dadurch die Theorie dieses Autors, der 1912 schrieb¹⁾: „Wir können annehmen, daß die einmal erkrankte Psyche nicht mehr geneigt ist, den eingeschlagenen pathologischen Weg zu ändern. Das neue schädliche Moment ruft nicht mehr den ihm gewöhnlich entsprechenden pathologischen Prozeß hervor, da es nicht imstande ist, die vorhandene pathologische Tendenz zu ändern oder ihr parallel zu gehen, und belastet nur auf die eine oder andere Weise den krankhaften Hauptprozeß.“ Man sieht: hier spukt etwas die alte Vorstellung, daß es Psychosen gebe, die sich nicht miteinander vertragen, die zueinander polar, antagonistisch stehen, die sich ausschließen, so daß die eine vor dem Verfall in die andere schützt, eine Annahme, die z. B. *Ferenczi* für das Verhältnis der Paralyse zur Paranoia gemacht hatte (1902).

Meine Herren! Mit all dem, was ich bisher ausführte, bin ich gewissermaßen um das Hauptproblem herumgegangen, das eigentlich allein die Erörterung der Frage der kombinierten Psychosen rechtfertigt, das ich einst glaubte negieren zu können, das ich aber heute ganz anders ansehe. Durch neue Forschungsrichtungen und neue Tatsachen wurden wir gezwungen, uns die Frage vorzulegen, ob denn die Erfolglosigkeit von so viel Fleiß und Detailarbeit bei der Einteilung der vorkommenden Bilder nicht auf eine falsche Voraussetzung zurückzuführen sei. Wir wissen es alle, und diejenigen von uns, die Psychiatrie zu lehren und zu prüfen haben, erfahren es alle Tage von neuem: zwischen den Bildern, die unsere Lehrbücher von den einzelnen psychischen Erkrankungen

¹⁾ Zur Differentialdiagnose des epileptischen Irreseins. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 9. 1912.

entwerfen, und den Krankheitsfällen, die uns das Leben immer wieder vor Augen stellt, besteht sehr oft ein großer Unterschied, so gerne wir zugeben, daß alles, was die guten Lehrbücher schildern, auch in der Erfahrung dann und wann genau so beobachtet wird. Aber wenn ich z. B. Examensfälle austelle, so finde ich unter den 200 Kranken meiner Klinik immer eine große Zahl, die sich für die Prüfung nicht eignen, weil sie zu schwierig, zu kompliziert, zu atypisch erscheinen. Das ist Ihnen allen bekannt, aber Sie haben daraus verschiedene Schlußfolgerungen gezogen. Manche sind wohl der Meinung, daß wir *zu wenig* Krankheitsformen unterscheiden und die übergroßen Formenkreise der affektiven, schizophrenen und degenerativen Psychosen wieder in kleinere Sondergruppen aufteilen müssen. Andere halten den ganzen Gesichtspunkt, unter dem wir beobachten und rubrizieren, noch für einen Irrtum und suchen und warten auf den richtigen Schlüssel zur Erschließung des ganzen Geheimnisses; wieder andere neigen zu endgültiger Skepsis und vertreten die Meinung, die Natur, die keine Sprünge mache, spotte unserer klassifikatorischen Grenzziehungen heute und immer; tief dringende Arbeit kam da und dort zu dem Ergebnis, man müsse erst einmal eine scharfe Trennung der „primären“ und „sekundären“ Symptome vornehmen, dann werde mehr Aussicht sein, komplizierte Bilder analytisch zu erfassen. Auf einzelnes gehe ich hier nicht ein; wir haben ja in Innsbruck und gestern genug des Anregenden über diese Fragen gehört. Für diejenigen unter uns, die *Kraepelins* Systematik zwar gewiß nicht für etwas Endgültiges ansehen (welcher Vernünftige wird dies auf biologischem Gebiet jemals tun ?) aber doch an die Haupttypen des manischdepressiven, des schizophrenen und des epileptischen Formenkreises ebenso glauben, wie an die Richtigkeit der Krankheitsbezeichnungen „Paralyse“, „Korsakoffsche Psychose“ oder „Alkoholwahn-sinn“, — für diejenigen, sage ich, ergab sich ganz von selber die Aufgabe, die neuen Forschungsmittel einer biologischen Betrachtung der Psychosen und der erbbiologischen Methoden, die uns Botanik und Zoologie geschenkt haben, auch für die Zwecke der klinischen Systematik zu verwerten. Ich weiß sehr wohl, daß ich, indem ich dies sage, in ein Wespennest steche; ich kenne alle Einwände, die man gegen unsere Tübinger Versuche einer neuen Betrachtung der Dinge zu machen pflegt; ich bin dankbar dafür, daß der kritische Sinn zahlreicher Fachmänner, die über große Erfahrung verfügen, zur Vorsicht ermahnt. Aber skeptische Vorsicht allein bringt keine Wissenschaft von der Stelle. Das, was unsere Auffassung lehrt, wird sich über kurz oder lang darin bewähren müssen, ob wir besser als bisher das Kommende im Einzelfall voraussehen können. Mag man über *Kraepelins* Eifer in der Aufstellung von „Krankheitseinheiten“ lächeln, in *Einem* hat er sicher recht gehabt: jede klinische Auffassung wird ihren Hauptwert darin

erweisen müssen, daß sie im Einzelfall herausfinden kann, wie die Dinge vermutlich weitergehen. Die *Prognose* ist der *Prüfstein alles wissenschaftlichen Könnens*, nirgends bedeutungsvoller als auf unserem Gebiete, wo die meisten Krankheiten lebensbestimmende Bedeutung besitzen.

Was ist es, das ich hier vor allem im Auge habe? Die letzten 10 Jahre haben erbbiologische Betrachtungen, sie haben das Konstitutionsproblem in den Vordergrund gestellt, sie haben die enge, wenn auch noch im einzelnen manchmal strittige Bindung geistiger Eigenart an einen bestimmten Körperbau kennengelehrt; sie haben uns mit den vielangefochtenen Begriffen der Legierungen und des Erscheinungswechsels, der erbbiologischen Radikale und konstitutionellen Überkreuzungen Handhaben gegeben, mit denen wir dem großen Heer der atypischen Bilder näher auf den Leib rücken können und auch da zum Verständnis vordringen wollen, wo wir bisher nur die „trübe Flüssigkeit“ hatten, die wir vergeblich von rechts nach links und von links nach rechts geschüttet hatten. Tatsachen, *ob* und *wie* sich bekannte typische Bilder aus den zirkulären, schizophrenen und epileptischen Formenkreisen vererben, ob dominant oder recessiv, sind in mühseliger Kleinarbeit bruchstückweise zu Tage gefördert worden. Die kombinierten Formen erwiesen sich körperbaulich, erbbiologisch und konstitutionspathologisch als tatsächliche Überschneidungen verschiedener Erbkreise; die prämorbiden Anomalien, die wir „cycloid“ und „schizoid“ nennen, gleichen Abortivformen und residuären Zuständen inhaltlich und sind keine dichterischen Konzeptionen, sondern psychologische Tatsachen, für deren Erkennung es nur eines geschärften Blickes für das Wesentliche bedarf. Wenn die Kritik den von *Hermann Hoffmann*, *J. Lange* und *Ossipow* herangezogenen Begriff des „Erscheinungswechsels“ im Bereiche der klinischen Psychiatrie glaubt ablehnen zu sollen, so frage ich, wie der von *Hoffmann* beschriebene Fall „Frieda Kauffmann“ anders verstanden werden soll, jener Fall, bei dem ein zirkulärer Vater mit einer später schizophrenen verblödeten Mutter zwei Töchter zeugt, von denen die eine vom 17. bis zum 32. Lebensjahr, also 15 Jahre lang an zirkulärer Geisteskrankheit litt (die Diagnose stammt aus der Münchener Klinik aus *Kraepelins* Zeit) um dann rasch schizophren zu verblöden, während die andere Tochter an manisch-depressivem Irresein erkrankte. In Bälde werden aus meiner Klinik zwei große klinische Arbeiten (von *Eyrich* und *Mauz*) erscheinen, in denen der Nachweis versucht wird, besonders interessante atypische Krankheitsbilder durch die erbbiologischen Verhältnisse, durch die konstitutionellen Wurzeln der erkrankten Persönlichkeiten, durch die Legierung der körperbaulichen und charakterologischen Eigenschaften in ihrer Individualstruktur aufzuklären. Auch ihnen gegenüber wird wohl da und dort die gleiche Skepsis einsetzen, die

wir mit unseren Darlegungen bisher fanden, denen z. B. ein so erfahrener Kliniker wie *Bumke* Ausdruck gab. Aber wir hoffen mehr leisten zu können, als nur vage anmutende Strukturanalysen, wir hoffen in sorgfältig gesammeltem Material am komplizierten Einzelfall zu zeigen, was wir an ihm sehen und was wir ihm für eine *Prognose* mitgeben, und dann wird die Zukunft lehren, ob wir recht behalten. Die klinischen Tatsachen, um die es sich hier handelt, sind Ihnen allen bekannt. Sie kennen alle z.B. die lange Zeit periodisch verlaufenden Schizophrenien¹⁾, die erst später verblöden, die pseudomanischen Bilder, die paranoiden Depressionen der 40- und 50 Jährigen, die später nicht mehr gesund werden, obwohl von Senium oder Arteriosklerose weit und breit nichts zu entdecken ist. Sie kennen die lebhaften und immer zugänglichen, von allem katatonischen Zubehör freibleibenden chronisch paranoiden Psychosen, die *Kraepelin* „*Paraphrenieen*“ genannt hat und die körperbaulich so ganz anders aussehen als die meisten Schizophrenen, und die auch vor ihrer Erkrankung nichts von schizoidem Autismus aufwiesen. Wir hatten in den letzten Jahren zahlreiche Besuche jüngerer, noch nicht in fester Meinung erstarrter Psychiater aus Inland und Ausland, und wir haben dabei immer den Eindruck gewonnen, daß ihnen die Beleuchtung, in der wir sie alte Probleme der Systematik sehen ließen, Eindruck machte und sie zur Nachprüfung anregte. Diese Nachprüfung hat uns bisher noch niemals desavouiert. Ich würde mich freuen, wenn viele von Ihnen im kommenden Herbst auf der südwestdeutschen Psychiaterversammlung in Tübingen mit uns in eine praktische Erörterung der Fragen eintreten würden, wie sie nur am *Krankenbett* erfolgreich vonstatten gehen kann.

Als *Magnan* vor bald 50 Jahren den Ausspruch tat: „die väterliche Epilepsie verband sich in Julianne mit der mütterlichen Melancholie“, hatte er als Beweis für seine Auffassung nur die Tatsache für sich, daß Julianne mit epileptischen Anfällen behaftet war und eine depressive Psychose erlitt. Von den Gesetzen der Vererbung, von den Beziehungen des Körperbaus zum Charakter des Menschen, vom Zusammenhang der präpsychotischen Persönlichkeit und ihrer Konstitution mit der späteren Psychose war damals noch nichts bekannt. Seither ist fast ein halbes Jahrhundert dahingegangen. Tatsachen wurden gefunden, Beobachtungen gemacht, Theorien aufgestellt, die in ihrer Gesamtheit heute die Frage der Kombination verschiedener Krankheitsbilder in einem Kranken in ein ganz anderes Licht rücken. Nicht zwei fertige Krankheiten endogener Herkunft treten als seltene Kuriositäten gelegentlich einmal zusammen, sondern die Kombinationen verschiedener Erb-

¹⁾ Vgl. auch die wertvolle Abhandlung von *Ossipow*, Gemischte und kombinierte Formen von Cyclophrenie und Schizophrenie und ihre Entstehung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 92. 1924.

qualitäten schaffen Persönlichkeiten, die im Bau ihres Körpers, in der Struktur ihres Charakters, in den Zügen ihrer Gesamtkonstitution schon in gesunden Tagen die Mischung verraten können und die im Falle der Psychose das Krankhafte bald in zeitlicher Sonderung, bald in gleichzeitiger Mischung und Verbindung zu Tage fördern. Die glückliche Konzeption *Birnbaums* von der „*Stukturanalyse*“ und dem „*Aufbau der Psychose*“, die „*mehrdimensionale Diagnostik*“ in der Sprache *Kretschmers* haben bei uns in Tübingen eine Betrachtung komplizierter psychotischer Bilder inauguriert, die zwar etwas anders gemeint ist als bei *Birnbaum*, die aber jedenfalls aller Begriffsscholastik ferne ist, vielmehr immer wieder darauf ausgeht, die Tatsachen selbst sprechen zu lassen und dann aus den gefundenen Tatsachen körperlicher und seelischer Art in ihrer Gesamtheit das Fazit zu ziehen, das in erster Linie lautet: *das weitere Schicksal dieses Kranken wird sich nach dieser oder jener Richtung entwickeln*. Wir sind ferne von dem uns vorgeworfenen Fehler, alles erklären zu können und nichts mehr hinzuzulernen: im Gegenteil, wir haben in jedem einzelnen Falle die Möglichkeit, unsere Auffassung durch den weiteren Gang der Dinge korrigiert zu sehen; wir lernen aus jedem Falle, gleichgültig ob wir recht behalten oder ob uns der Gang der Dinge Lügen strafft. In diesem Sinne ist das Problem der „*kombinierten Psychosen*“ ein Kernproblem moderner Forschung geworden. Alles andere ist interessante Rarität, gewiß oft geeignet, zum Nachdenken anzuregen und heuristische Hypothesen zu formen, aber doch mehr eine Angelegenheit zweiten Ranges. Die Gesetze der Kombination verschiedener erbziologisch gesonderter Krankheitsformen aber führen uns tief hinein in ein Gebiet, in dem bisher undurchdringliche Wirrnis bestand und dessen erfolglose Bearbeitung bisher zu jener resignierten Skepsis geführt hatte, die wir am Ende der „*klinischen Periode*“ weithin haben Platz greifen sehen. Wir hoffen diese Skepsis zu überwinden!

Literaturverzeichnis.

Die ältere Literatur findet sich bei *Gaupp*: zur Frage der kombinierten Psychosen. *Zentralbl. f. Nervenheilk.* 1903 und *Stransky*: Zur Lehre von den kombinierten Psychosen. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med.* 63. Die neuere bei *Gurewitsch* (I. c.) und *Ossipow* (I. c.). Der von mir hier vorgetragene Standpunkt erhält seine genauere Erläuterung und Begründung in den neueren Arbeiten unserer Tübinger Schule, so von *Kretschmer*, *Hoffmann*, *Mauz*, *Eyrich* und *mir*. Kritisches dazu u. a. bei *Wilmanns*: Referat über die Schizophrenie. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie* 78. 1922. Vgl. ferner *Trénel*: *Delire systè matisè et syndrome circulaire*. *Bull. de la soc. med. ment.* 5. 1912 und *Lind*, *John E.*: *Combined psychoses*. *Journ. of nerv. a. ment. dis.* 42. Wichtig sind endlich die erbziologischen Arbeiten von *Kahn* und *Berze* sowie die Monographien von *O. Rehm*, *Johannes Lange*, *W. Vorkastner* und *H. Kirsch*.
