

## Psychologie und Psychiatrie.

Von

Dr. Carl Schneider, Arnsdorf, Sa.

(Eingegangen am 7. September 1926.)

Der Wirrwarr der Lehren und Meinungen und das Durcheinanderlaufen der Wege, Ziele und Strebungen in der heutigen Psychiatrie sind deutlicher Ausdruck der inneren Schwierigkeiten, in denen die Psychiatrie jetzt nach einem ersten glänzenden Aufschwung sich befindet. Man hört ja auch immer und allorts das Lied dieser Schwierigkeiten singen: Die Abgrenzung der „Krankheiten“ ist vorläufig nur in einzelnen Fällen gelungen und in denen kann heute von kennzeichnenden Symptomen in der Regel nicht die Rede sein. Also in erster Linie: Die Psychopathologie hat Schiffbruch gelitten. Das ist allgemeinste Überzeugung. So begann die Flucht in die Hilfsdisziplinen der Klinik. Aber leider kommen auch diese in klinisch wichtigsten Fragen gar nicht recht vorwärts, weder die Histopathologie, noch die Serologie, noch die Biochemie; oder strenger umgrenzt: Keine bringt den so sehnlichst erhofften Fortschritt, die befruchtende Problemstellung. Auch von der Konstitutionsforschung, sowohl in ihrem körperbaudiagnostischen wie in ihrem erbbiologischen Senker, hat man vielleicht zu viel erwartet. Die Schwierigkeiten sind auch hier nach allgemeinem Urteil ungemein groß, vor allem aber, man kommt nicht von der Klinik und ihrem jetzigen Gebäude los, das man doch überwinden möchte.

Schuld an allen Nöten ist ein gewisser Mangel an wirklich „klinischer“ Betrachtungsweise; d. h. da alle psychiatrische Klinik in allererster Linie die Sammlung und Analyse der Erscheinungsformen des „Irreseins“ ist, vor allem Mangel an sicheren psychopathologischen Analysen. Denn die „neurologischen“ Symptome im engeren Sinne, d. h. mit Ausschluß aller durch neurologisierenden Schematismus vergewaltigten krankhaften seelischen Erscheinungen, nehmen in der Klinik doch einen verhältnismäßig geringen Raum ein.

Es ist gewiß nicht zu viel gesagt, wenn man behauptet, daß wir heute überhaupt noch keine strengen psychopathologischen Symptomanalysen besitzen. Was vorhanden ist, sind größtenteils noch sehr mit vulgärpsychologischen Vorurteilen durchsetzte Ansätze. Man denkt z. B. an die Lehre von Wahnideen usw. Vor nicht allzu langer Zeit schien es, als sollte hiermit ein Ende gemacht werden, als Birnbaum und Kretsch-

mer mit ihren Programmen auf den Plan traten. Konnte man gegen diese auch schon deshalb nicht gewisse Bedenken unterdrücken, weil sie offensichtlich zu viele Probleme auf einmal und mit einem gewissen Schematismus lösen sollten, so konnte man doch hoffen, daß von ihnen aus im Verein mit den von *Jaspers* ausgegangenen Anregungen eine eindringlichere Symptombeforschung in der Psychiatrie einsetzen würde. Leider ist es mit verschwindenden Ausnahmen bei den Programmen und Schematen geblieben. Und die Ansätze zu vertieftem Eindringen finden sich vorzugsweise bei den funktionellen Psychosen. Diese werden überhaupt neuerdings wohl zu sehr als das Prototyp für die allgemein psychiatrischen Erörterungen genommen<sup>1)</sup>. Allenfalls läßt man noch die symptomatischen Psychosen als von allgemeiner Bedeutung gelten, aber die übrigen Psychosen drohen mehr und mehr Anhängsel zu werden. Man hält für sie allenfalls eine somatologische Betrachtungsweise für angebracht. Aber das Psychopathologische dabei ist — soweit nicht *Freudsche* Anregungen in die Psychiatrie ausstrahlen — für den Psychiater mehr oder weniger unangenehmes Epiphänomen.

Man kann mit nur leichter Übertreibung sagen, daß wir an Stelle der zwar vorwiegend beschreibenden und nach nicht immer sicheren Kriterien gruppierenden, aber in sich doch geschlossenen Psychiatrie *Kraepelins*, der man ja vielerorts den Krieg erklärte, jetzt eine steckengebliebene Analytik haben, welche die organischen Psychosen nur mit Vorurteilen aus der Lehre von den funktionellen Psychosen betrachtet.

Hier liegt eines der ersten und wichtigsten Probleme: Die Auffindung und ungezwungene Vereinigung analytisch-psychopathologischer Gesichtspunkte, welche für funktionelle und organische Psychosen in gleicher Weise Anwendung finden können und deren Kriterien nicht den Hilfswissenschaften der Klinik entnommen sind, sondern aus psychopathologischen, also immanenten Voraussetzungen erwachsen. Die gesamten Hilfswissenschaften sind zur Lösung dieses Problems, wie überhaupt der meisten klinischen Probleme, allein nicht imstande. Immer empfangen sie hierfür gewisse Ordnungsgesichtspunkte erst von der Klinik, mögen sie als „reine“ Wissenschaften noch so reich an eigenartigen Fragestellungen sein. Und sie können für sich allein keine klinischen Richtlinien ergeben, weil sie niemals das patho-psychische Geschehen in den Kreis ihrer spezifischen Methoden ziehen können.

Freilich muß andererseits die Psychopathologie, die wir hier als „die“ klinische Methode in den Vordergrund stellen, berücksichtigen, daß sie an entscheidenden Punkten der Ergänzung durch nur von den Hilfswissenschaften zu beschaffende Tatsachenreihen bedarf, und sie muß

---

<sup>1)</sup> Z. B. auch in der Anwendung des Typenbegriffes in der Psychiatrie. Dessen Anwendbarkeit soll in dieser Abhandlung nicht besprochen werden, sondern einer selbständigen Untersuchung vorbehalten bleiben.

ihre Fragen so stellen, daß diese Ergänzung ohne weiteres möglich ist. Wir haben hier also ein weiteres sehr allgemeines Problem: Wir müssen die psychopathologischen Gesichtspunkte so wählen, daß die Hilfswissenschaften als natürliche Glieder in den Zusammenhang eintreten können, nicht wie jetzt, da sie als merkwürdigerweise einander sich häufig befehlende Strömungen einander entgegenstehen, ablösen oder durcheinander laufen.

Die Rede von den „Strömungen“ in der Psychiatrie ist übrigens nichts als ein Ausdruck für methodische Unklarheiten. In den in sich gefestigten Wissenschaften mit geschlossener Methodik gibt es keine Strömungen mehr; deren Überwindung liegt zum Teil schon weit zurück. Da gibt es nur noch die Lösung von Einzelfragen, deren methodischer Geltungsbereich streng abgegrenzt werden kann<sup>1)</sup>. Oder hätte es z. B. Zweck, in der Medizin von einer endokrinologischen „Strömung“ zu reden, so wie man in der Psychiatrie von einer (ungemein hoch bewerteten) konstitutionell-erbbiologischen und einer (ungemein verächtlich abzutuenden, cfr. *Kleist, Kehrer*) „psychopathologischen Strömung“ redet.

Wie kommt es aber, daß eine Wissenschaft sich von den vordringlichsten Aufgaben ihres Gebietes so abwenden und das Heil so ausschließlich in Hilfswissenschaften suchen kann wie fast die ganze heutige Psychiatrie? Daran sind wohl immer Vorurteile schuld. Und in der Psychiatrie ist es das von der Hoffnungslosigkeit aller Psychologie, das sich gegenwärtig verkörpert in dem Worte Reaktionstypus.

Der Begriff bezeichnet ursprünglich bei *Bonhoeffer* nicht mehr als einen Ausdruck für die Tatsache, daß im Gebiet der symptomatischen Psychosen zahlreiche Symptome den Psychosen verschiedenster Ätiologie gemeinsam sind, so daß es *Bonhoeffer* unmöglich war, auf die Art der Ätiologie zu schließen bzw. spezifische Syndrome aus dem fluktuierenden Gemisch herauszuarbeiten. *Bonhoeffer* gibt der Überzeugung Ausdruck, daß es immer so bleiben werde. Andererseits deutet er an, daß ätiologische Zwischenglieder die Eigenart z. B. des Delirium tremens gegenüber dem Rausch bedingen könnten.

Der jetzt gangbare Sinn des Wortes Reaktionstypus bedeutet aber etwas anderes. Der Begriff wird in erweiterter Bedeutung gebraucht, bzw. man sucht ihm eine weitere Bedeutung dahin zu geben, daß man alle sog. organischen Psychosen, welche mit Merkstörungen, Gedächtnisausfällen, Urteilsstörungen, katatonen Erscheinungen und Bewußtseinstrübungen einhergehen, dem Begriff der Reaktionstypen unterzuordnen sich bemüht. Denn in der Tat scheint es einleuchtend, daß, wenn z. B. Korsakoff-Erscheinungen bei symptomatischen Psychosen

---

<sup>1)</sup> und deren Inangriffnahme mit adäquaten Methoden gefordert wird.

als Reaktionstypen auftreten, der arteriosklerotische oder senile Korsakoffsche Zustand keine andere Stellung angewiesen bekommen usw.

Obwohl von einer strengen, in sich methodisch einwandfreien Durchführung solcher heute weit verbreiteter Gedankengänge nicht die Rede sein kann, glaubt man ihnen doch mit Hilfe einer Umdeutung des ursprünglichen *Bonhoefferschen* Gedankens den Wert allgemeinsten heuristischer Gesichtspunkte zuschreiben zu dürfen. Nimmt man einmal die *Bonhoefferschen* Deutungen (um solche handelt es sich, nicht um tatsächliche Feststellungen) als gegeben an, so sind im allgemeinen zwei Möglichkeiten vorhanden, welche bei der weiteren Bearbeitung zugrunde liegen können. Entweder die (scheinbare) Symptomgleichheit ist Ausdruck dafür, daß „differente Ursachen der Krankheiten im Körper vor Einwirkung auf das Gehirn durch Zwischenglieder“ so modifiziert, so „gerichtet“ wurden, daß sie nur noch mit einheitlicher Tendenz auf das Gehirn wirken — oder das Gehirn vermag infolge seiner Einrichtung auf die verschiedenartigsten Störungen immer nur mit den gleichen Symptomen zu antworten. Diese letztere Fassung ist die gewöhnlich gemeinte. Doch ist man bei ihr nicht stehen geblieben, sondern hat den schon bei ihr mitgedachten Begriff der „Anlage“ schärfer betont. Denn Anlagen können innerhalb gewisser Grenzen variieren, und so ergibt sich die Möglichkeit, daß es von konstitutionellen Eigentümlichkeiten der betroffenen Gehirne abhängen möchte, welche Variante des klinischen Umkreises der Reaktionstypen (ob z. B. mehr die „Demenz“form, mehr die „Korsakoff“form, mehr die „katonisch-schizophrenoide“ Form) durch die Schädlichkeit ausgelöst werde. Folgerichtig kommt denn auch *Bumke*, dessen „Auflösung der Dementia praecox“ anscheinend ähnliche Gedanken zugrunde liegen, zu höherer Betonung der Möglichkeit einer exogenen Ätiologie der „Schizophrenie“. Diese ist eben in seinem bekannten Vortrage vielleicht nur die Zusammenfassung aller durch die „schizophrene Reaktionsform“ zusammengehaltenen, ätiologisch aber verschiedenartigen Zustandsbilder und Verläufe. Nach ätiologischen Gesichtspunkten muß die Schizophrenie daher aufgelöst werden. Die schizophrene Reaktionsform wird danach für jedes Gehirn in Analogie zum epileptischen Anfall als möglich angenommen, muß bei den wirklich schizophren Reagierenden aber darum wohl doch anlagemäßig prävalieren.

Noch mehr betont wird die „Anlage“ zu bestimmten Syndromen in einer weiteren Anwendung des Begriffes Reaktionstypus, wie sie von *Popper*, *Kahn* und neuerdings von *Hoffmann* vertreten worden ist. *Bumke* meint mit schizophrenen Reaktionstypen offenbar nur die Zusammenfassung aller der prozeßhaften Symptome, die bei Schizophrenen oder schizophrenieähnlichen Psychosen gefunden werden. Immerhin bleibt bei ihm ungewiß, wie viele der bei diesen Psychosen zu beob-

achtenden Erscheinungen als wirklich dem Prozeß zugehörig angesehen werden müssen. Bei *Popper* und *Hoffmann* dagegen gehört alles zum schizophrenen, bei *Hoffmann* auch zum zylothymen Reaktionstypus, was an dem Kranken während seiner Krankheit beobachtet wird. Und bei *Kahn* wird dies Endresultat auf dem Umweg über die Begriffe Phäno- und Genotypus erreicht.

Ich will mit diesen Andeutungen nur darauf hinweisen, daß das Wort Reaktionstypus bei längerem Gebrauch immer schillernder geworden ist, und daß der Begriff infolgedessen demnächst ganz unbrauchbar werden wird, wenn hier nicht strengere Formulierungen an die Stelle der jetzigen treten. Alle die Bedeutungen, in denen das Wort Reaktionstypus gebraucht wird, stellen mögliche Deutungen für gewisse komplexe Erscheinungen dar, benennen aber keineswegs etwa bewiesene Tatsachen. Meist ist das Wort Reaktionstypus nicht einmal klar umgrenzt, sondern bezeichnet in seiner Verschwommenheit zunächst weiter nichts als den ungenauen Ausdruck für gewisse allgemeinere Probleme. Diese sind, kurz und ohne nähere Begründung, auch ohne historische Bezüge auf die vorerwähnten und früheren Begriffsbildungen herausgestellt, folgende:

### 1. Psychopathologische:

a) Wie kommen die von niemand zu leugnenden offenbar doch gesetzmäßigen Syndrome der Geisteskrankheiten als psychopathologische Einheiten überhaupt zustande? Welcher Art ist das „seelische“ „Gesetz“ ihrer Bildung, ihr „Wesen“? Wie sind sie zu analysieren?

b) Sind alle Erscheinungen des komplexen Zustandsbildes gleichwertig oder nicht? Wenn nicht, welchen Anteil haben daran seelische Umweltseinflüsse, in der Organisation der menschlichen Seele überhaupt (generelle) und im Individuum speziell gelegene Faktoren (individuelle)?<sup>1)</sup>

c) Bleiben nach Herauslösung dieser Momente unter b) noch Erscheinungen übrig, welche ungeklärt sind? Bei welchen Psychosen? Welcher Art? Wie gruppieren sie sich? Welcher Art ist ihre Gesetzmäßigkeit? Wie kann man sie definieren? (Kernsyndrome?).

d) Gibt es seelische Störungen verschiedener Qualität, derart, daß einzelne Erscheinungen der normalen Psyche qualitativ gleich, andere prinzipiell davon verschieden sind?

### 2. Diagnostische:

a) Gibt es unter diesen ganzen Erscheinungen pathognomonische Einzelsymptome oder spezifische Gruppierungen (sei es im Längs- oder Querschnitt des Verlaufs), welche für bestimmte Krankheiten im medizinischen Sinne kennzeichnend sind?

<sup>1)</sup> Letztere beiden können übrigens je nach dispositionell oder konstitutionell wirksam werden.

b) Gibt es außerdem (oder nur?) komplexe pathopsychische Phänomene, welche ohne Rücksichten auf die „Krankheiten“ generell aus der Organisation der menschlichen Seele erwachsen? Bei welchen „Krankheiten“ trifft das letztere zu? Im ganzen Verlauf?

### 3. Ätiologische:

a) Sind bestimmte pathopsychische Erscheinungen immer an bestimmte nichtseelische Ursachen gebunden? Geht die gradweise Abstufung der schädlichen Ursachen mit Änderungen der krankhaften Erscheinungen einher? Wenn ja, sind diese Änderungen der Symptome als quantitative oder qualitative aufzufassen?

b) Mit welchen Momenten ist das Hinzutreten der übrigen Erscheinungen vergesellschaftet (Anlagen, äußere Schädlichkeiten)?

c) Gibt es eine Verschiedenwertigkeit der nichtseelischen Ursachen hinsichtlich ihrer Neigung, psychische Veränderungen bestimmter Qualität (z. B. sog. funktionelle, endogene oder sog. exogene Formen) auszulösen (z. B. Erbllichkeit, Gifte, Traumen). (Hieran reihen sich dann pathogenetische, anatomische u. a. Fragestellungen.)

Keine Frage kann heute als gelöst gelten. Fast überall, wo man die Probleme gestellt hat, hat man sie schnell und voreingenommen mit unzulässiger Verallgemeinerung methodisch begrenzter Ergebnisse beantwortet. Es ist ganz klar, daß alle diese Fragen in einem gewissen Zusammenhang stehen, aber dieser Zusammenhang wird durch die heutigen Formulierungen nur verschleiert. Es ist ganz unerläßlich, den Problemen trotz ihres Zusammenhangs ihre jeweilige Sonderstellung zu bewahren. Festhalten darf man dabei, daß fast alle diese Fragen nur durch die Psychopathologie allein oder mit ihrer wesentlichen Mithilfe gelöst werden können. Denn ebe man z. B. die diagnostische oder ätiologische Fragestellung fruchtbar angehen kann, muß man ja wissen, ob das pathopsychische Geschehen, dessen man sich dabei als Indikator bedient, auch überall von gleicher Art ist, d. h. hier von gleichem inneren Aufbau, gleicher Zusammensetzung, gleichem Wesen.

Nun wollen wir einmal fragen, was denn der Begriff des Reaktionstypus für die Beantwortung der verschiedenen Fragen leistet:

Für die Psychopathologie ist diese Leistung negativ. Der Begriff leistet nicht nur nichts, sondern er glaubt sogar feststellen zu können, daß hier überhaupt keine wesentlichen Probleme liegen. Und für die Diagnostik? Hier faßt das Wort die Erfahrungen zusammen, daß („anscheinend“) gleichartige Erscheinungskomplexe bei allen möglichen Krankheiten vorkommen. Und für die Ätiologie? Da besagt es eben auch nicht viel mehr, als daß („vielleicht“) verschiedene Ursachen gleichartige Erscheinungen zuwege bringen können. Auf dem „anscheinend“, „vielleicht“ liegt der Nachdruck. Denn gegenwärtig ist nicht bewiesen, daß es so ist. Das Vorurteil liegt eben darin, daß man

glaubt, *Bonhoeffer* habe nachgewiesen, daß es psychopathologische, pathognomonische Syndrome oder Symptome bei verschiedener Ätiologie nicht geben könne. Und daß man weiter glaubt, das läge an der Psychopathologie überhaupt. Beides ist falsch.

1. *Bonhoeffer* hat nur gezeigt, daß es innerhalb der symptomatischen Psychosen eine exakte psychopathologische Diagnostik *noch* nicht gibt und 2. weiter eine Möglichkeit angegeben, warum das so sein kann. Er hat dann der Überzeugung Ausdruck gegeben, daß es im Gebiet der symptomatischen Psychosen eine psychopathologische Diagnostik überhaupt nicht geben könne. Aber er hat diesen Ausspruch als private Anschauung charakterisiert und nicht bewiesen.

Das alles ist aber ganz etwas anderes, als was heute dem Begriff Reaktionstypus untergeschoben wird.

Zu 1. ist zu sagen: Wenn *Bonhoeffers* und die jetzige Generation das noch nicht kann, so kann es vielleicht eine spätere. Zu glauben, daß damit ein für allemal die Psychopathologie in der Diagnostik diskreditiert sei, würde doch dem Argument gleichkommen, daß es heute ein Flugwesen nicht geben dürfe, weil Daedalus und der Schneider von Ulm ins Wasser fielen. Man wird eben sagen müssen, dieses Problem hat unser Wissen noch nicht bewältigen können<sup>1</sup>). Wir wollen daran arbeiten, daß Spätere über ein genügendes Wissen zur Lösung dieser Frage verfügen.

Zu 2. Die Möglichkeit sowohl, daß verschiedene Noxen durch „ätiologische Zwischenglieder“ einheitliche Funktionsstörungen machen können, liegt ebenso vor, wie die andere, daß verschiedene Noxen dasselbe Funktionssystem stören können, als auch wie die, daß gleiche Noxen durch je nach den näheren Umständen ihrer Einwirkung ausgelöste „Zwischenglieder“ differente Wirkungen haben können. Bewiesen hat auch hier noch niemand etwas, nicht einmal für die symptomatischen Psychosen. Ob solche Möglichkeiten auch für andere Psychosen diskutierbar sind, müßte zumindest erst eingehend geprüft werden. Ich kann nicht finden, daß die Grundlage, auf der manche Untersucher die zukünftige Psychiatrie aufbauen möchten, gerade sehr fest gefügt wäre. Deswegen von einer vorurteilslosen Erforschung der krankhaften seelischen Abläufe selbst abzusehen, liegt kein Grund vor. Außerdem aber hat *Bonhoeffer* seine Deutung ja gewonnen durch eine doppelte Abstraktion. Erstens einmal stand er unter dem Einfluß der derzeitigen allgemeinspsychologischen Anschauungen in der Psychiatrie, welche nach den „Leistungssymptomen“ forschte. Dadurch kamen nur die vordringlicheren Erscheinungen zur Bearbeitung. Daß aber die unvor-dringlicheren unwesentlicher waren, ist damit nicht gesagt. Eine andere Psychologie kann vielleicht gerade diese zu wesentlichen Sym-

<sup>1</sup>) Auch *Kraepelin* spricht von der „uns heute möglichen“ Symptombetrachtung.

ptomen machen<sup>1)</sup>. Außerdem aber kann doch niemand leugnen, daß trotz aller Ähnlichkeiten sogar in den Leistungssymptomen zwischen symptomatischen Psychosen verschiedener Genese gewisse Unterschiede bestehen. *Bonhoeffer* abstrahiert von diesen Unterschieden zugunsten der von ihm gewählten Kriterien. Vielleicht sind sie aber doch typische Erscheinungen, Indikatoren, welche noch genauer erforscht werden müssen und erst dann Handhaben bieten für eine diagnostische Differenzierung, gerade wenn man die Vulgarpsychologie der Psychiatrie verläßt. *Bonhoeffer* hat ja doch nicht nachgewiesen, daß jede andere Abstraktion als die von ihm gewählte falsch ist. Gewiß, für die geläufige Psychologie können die Dinge so liegen, wie *Bonhoeffer* behauptet, obschon auch das noch nicht absolut bewiesen ist. Aber ist denn die jetzige offizielle Psychologie der Psychiater wirklich endgültig, unänderlich? Ich kann nur hoffen nein.

Und nun sehen wir an, wie es mit der Übertragung der Lehre von den Reaktionstypen auf die übrigen organischen Psychosen steht. Es ist gar kein Zweifel, daß in den Leistungen zwischen Paralysen, Arteriosklerosen u. dgl. eine weitgehende, wenn auch nicht absolute Ähnlichkeit besteht. Bewußtseinstörungen, epileptiforme Anfälle, katatone Symptome gibt es fast überall. Und doch ist der Paralytiker selbst in der Bewußtseinstörung z. B. noch anders als der Arteriosklerotiker<sup>2)</sup>. Worauf dieser Eindruck des Andersseins beruht, der in vielen Fällen erst die Diagnose des Erfahrenen begründet, ist noch nicht untersucht. In den Lehrbüchern werden nur die leisen Unterschiede zwischen den Demenzen angegeben. So liegt es z. B. mit den Unterschieden zwischen einer paralytischen und etwa einer schizophrenen „Demenz“. Worauf sie beruhen, ob die evtl. gleichartigen katatonen Erscheinungen oder die anscheinend gleichartige Urteilsstörung wirklich das Wesentliche sind, steht offen. Es ist auch keineswegs bewiesen, daß z. B. der Korsakoff des Trinkers mit dem des Senilen wirklich gleich ist. Und wenn es bewiesen würde, hieße das noch nicht, daß damit jeweils die ganze Psychose in allen Erscheinungen schon beschrieben ist. Wir müßten vielleicht geradezu, wenn es bewiesen wäre, nach weiteren die Unterscheidung ermöglichenden psychopathologischen Kriterien suchen.

Hier zeigt sich der Einfluß eines nicht scharf genug zu bekämpften vorschnellen Schlusses. Psychische Symptome sind Reaktionsformen des Gehirns, so heißt es; diese Reaktionsformen sind begrenzt an Zahl, wie die Erfahrung lehrt und wie auch mit Recht angenommen

---

<sup>1)</sup> Ansätze dazu finden sich in einer ganzen Reihe neuerer psychopathologischer Arbeiten.

<sup>2)</sup> Abgesehen natürlich von den Zuständen des Koma, in denen der Mangel an feststellbaren Leistungen uns feinere Unterschiede nicht ohne weiteres an die Hand gibt.



werden darf. Ihrem äußeren Erscheinen nach unterscheiden sich die Reaktionsformen nicht in den für die Leistungsfähigkeit ausschlaggebenden Merkmalen. Infolgedessen dürfen wir sie als Einheitliche ansehen. Ja, wenn mit dem Worte Reaktionsformen des Gehirns, das sich in diesen ganzen Erwägungen immer so rechtzeitig einstellt, das Wesen der organischen Psychosen schon begriffen wäre! Aber das Problem des Wesens der organischen Syndrome wird eben dadurch nicht gelöst, sondern bloß zugedeckt.

Doch genug dieser wenn auch begründeten, so doch an sich noch nicht fruchtbaren Einwände gegen weitverbreitete und typische Gedankengänge. Sie zeigen nur, daß die Resultate, von denen aus immer operiert wird, durchaus noch nicht so gefestigt sind, wie es wohl erwünscht wäre.

Wie man die Lösung aller dieser Sachfragen angehen kann, das ist hier nicht zu erörtern. Halten wir fest, daß der Begriff des Reaktionstypus und die von ihm ausgehende klinische Resignation in der heutigen Form übereilt sind und hinderliche Vorurteile bedeuten. Betonen wir noch einmal, daß nur neue eingehende Beschreibung der organisch krankhaften Erscheinungen, d. h. also in erster Linie Psychopathologie, entscheiden kann, ob wirklich nur „Reaktionstypen“ in gleichviel welchem Sinne existieren. Sicher scheint nach allem, was gesagt wurde, daß die heute geläufige Psychopathologie für die Aufgaben dieser Beschreibung und Zergliederung nicht ausreicht<sup>1)</sup>. Sie ist teils vulgär, teils materialistisch, teils von der Psychologie des Normalen allzu stark beeinflusst. Nur das letztere Urteil bedarf einer näheren Begründung. Es ist ja noch gar nicht ausgemacht, was aus der Psychologie des Normalen in die Psychopathologie als richtunggebend für die Psychopathologie übernommen werden darf. Vielleicht sind krankes und gesundes, nicht variiertes Seelenleben überhaupt unvergleichbar. Zum mindesten muß genau geprüft werden, inwieweit beide Erscheinungsreihen vergleichbar sind. Und wenn sie es in einzelnen Beziehungen sein sollten, wie weit man dann allgemeinste Anschauungen über das gesunde auf das kranke Geschehen übertragen darf<sup>2)</sup>. Das ist bis jetzt höchstens für gewisse Inhaltsbildungen und rationale Zusammenhänge geprüft. Nun ist wenigstens das organisch kranke Seelenleben aber doch so fremdartig und widersetzt sich dem einfachen Vergleich mit dem gesunden so weitgehend, daß höchstens die Abmessung der „geistigen“ Leistungshöhe des Kranken an der des Gesunden mit größerer Sicherheit geschieht. Und dieser Gesichtspunkt ist denn auch

<sup>1)</sup> Für die „verstehende Psychologie“ hat das kürzlich *Isserlin* mit Recht betont.

<sup>2)</sup> Die unvoreingenommene Prüfung dieser Frage hat auch die Phänomenologie noch recht vernachlässigt.

zu stark in den Vordergrund gerückt worden, trotz *Jaspers* Versuchen, hier zu tieferer Betrachtung anzuregen, welche nur ganz vereinzelt Nachfolger<sup>1)</sup> gefunden haben. In diesem Sinne ist die Psychopathologie noch immer zu sehr im Fahrwasser der Psychologie.

Es ist ja ganz klar, daß man so abwechslungsreiche Gebilde wie organische Demenzen nicht einfach nach einem, noch dazu äußerst oberflächlichen Leistungsschema des Normalen betrachten kann, wie es bisher geschehen ist. Dann kommt natürlich nicht viel mehr heraus als ein farbloser Begriff des Reaktionstyp. Wirkliche Unterscheidungskriterien zwischen verschiedenartigen seelischen Abläufen können auf diese Weise gewiß nicht gewonnen werden. Mit dem bloßen Registrieren der Verhaltensweisen, Aussagen, Leistungen kommen wir einfach klinisch bei den organischen Psychosen nicht vorwärts. Und solange es klinisch nicht weitergeht, leisten auch die Hilfswissenschaften nichts Neues für die Klinik. Um hier zunächst nur die allgemeine Richtung anzudeuten, in der wir m. E. vorzugehen haben, wollen wir hier die Frage aufwerfen, auf die es ankommt: Wie sieht es „im“ Kranken aus, in seinem „Innenleben“, in seinem „Bewußtsein“, — alle solche Formulierungen sind ja noch ungenügend. Es wird bald zu zeigen sein, was damit gemeint wird.

Vorerst wenden wir uns hier einmal der Frage zu, ob die vorschnelle psychopathologische Resignation, der Mangel an wirklicher vertiefter Symptom- und Syndromanalyse so ganz ohne Nachteile für die Sicherheit der von den Hilfsdisziplinen der Klinik als Tatsachen behaupteten Feststellungen geblieben ist. Am wenigsten macht sich das fühlbar für Anatomie, Serologie, Biochemie, welche an sich methodisch genügend fest fundiert sind, um den Ausfall der richtunggebenden klinischen Gesichtspunkte allzusehr zu fühlen. Sie sind eben nur gezwungen, ihre eigenen Wege zu gehen, kehren dann freilich ganz in den Zusammenhang ihrer spezifischen Gegenstandsgebiete zurück. Für die Hilfsdisziplinen selbst ist das nicht einmal schmerzlich, wohl aber für die Klinik, die ihrer immer wieder bedarf und sie doch nur durch ständig neue Fragestellungen zur Mitarbeit heranziehen kann.

Anders liegt es bei der Konstitutionsforschung, also bei der Erforschung der Körperbau-Seele-Korrelation und der Vererbung der Psychosen. Diese sind in ihren Aufstellungen und Problemen nicht nur zufällig, sondern überhaupt durch die Art ihres Forschungsgebietes mit dem jeweiligen Stand der Klinik aufs innigste verknüpft. Denn die Körperbaulehre fragt nach der Korrelation zwischen somatischem Habitus (die alleinige Berücksichtigung des äußeren Habitus ist wohl nur vorläufig, die Beschränkung allein auf den Lebenden, der Verzicht

<sup>1)</sup> Hier seien nur *Bumke*, *Gruhle*, *Kronfeld*, *Mayer-Groß*, *Beringer*, *Schneider-Köln* genannt.

auf Ausdehnung der Untersuchungen auf das viel genauer zu untersuchende Sektionsmaterial möglicherweise sogar ein methodischer Mangel) und Form der Psychose. Dazu muß man natürlich die Psychose kennen und hängt somit entscheidend vom derzeitigen Stand dieser Probleme ab. Möglicherweise kann man für die Psychopathologie der Psychosen aus der Untersuchung des Körperbaues neue Aufgaben stellen, ausschlaggebend wird man die Ergebnisse der Psychopathologie nicht beeinflussen können. Aber als selbständiges Problem der Psychiatrie bleibt die Frage nach dem möglichen Zusammenhang von Körperbau und Psychose gewiß immer bestehen. Und die Erbiologie fragt nach dem Vererbungsmodus, den Vererbungsträgern und dem Vererbungsprozeß der Krankheiten. Dazu aber muß man genauestens die Struktur des Vererbungsergebnisses kennen. Man muß wissen, was an einer Psychose überhaupt als wesentlich für die Vererbung der „Krankheit“ in Betracht kommt.

Einige Bemerkungen zu einzelnen Fragen und Deutungen mögen mir in loserem Zusammenhang mit dem Gedankengang dieser Studie noch gestattet sein. Zunächst zur Körperbau-Seele-Korrelation. Die Annahme, daß die Anlage zu Psychosen sich auch im körperlichen Habitus ausdrücke, ist ja alt. Die Lehre von den Degenerationszeichen, die Lehren *Lombrosos*, waren erste Lösungsversuche. Das weitere Gebiet der Korrelation auch beim Gesunden ist ebenfalls schon länger bekannt, aber vor *Kretschmer* kaum bearbeitet worden. *Kretschmers* großes und bleibendes Verdienst liegt wohl darin, den sachlichen Lösungsversuchen eine fruchtbare Wendung gegeben zu haben, indem er nicht einzelne abartige Merkmale wie die Degenerationsforschung, sondern den Gesamthabitus einer näheren Betrachtung unterzog. Diese methodische Wendung ergab ihm die bekannten Typen und Korrelationen, in denen zweifellos ein wahrer Kern steckt. Aber bei der Durchführung und Bearbeitung seiner ersten Ergebnisse ist *Kretschmer* nicht mehr methodisch unanfechtbar vorgegangen. Zunächst einmal hat er wohl zu schnell pathopsychisches und normales, psychopathisches und prozeßhaftes Seelenleben als gleichwertig behandelt, sodann hat er weiter gar nicht untersucht, warum er nur Häufigkeitsrelationen, nicht aber durchgehende Gesetzmäßigkeiten bekam und hat den Begriff des Typus insofern methodisch ungenau verwendet, als er seine Typen ohne weiteres als zusammengehörige Einheiten auffaßte, ohne die Frage, ob diese Typen wirklich strenggeschlossene unaufspaltbare Ganze darstellen, näher zu prüfen. Der erste Fehler führt zu einem merkwürdigen psychologischen Schematismus, der zweite zur völligen Verkennung des Geltungswertes seiner Ergebnisse. Häufigkeitsrelationen enthalten gewiß immer implicite eine Gesetzmäßigkeit, aber gleichzeitig auch Störungsfaktoren. Die Auffindung der letzteren kann

nur durch genaueste zergliedernde Methode gelingen. *Kretschmer* hat dies versäumt, eben weil er die Frage gar nicht vorurteilslos prüfte, ob seine Typen denn durchgängige Einheitsgebilde waren. Er hat mit der Hypothese der Gehirn-Drüsen-Körperbaurelation geglaubt, die Frage nach der Einheitsform der Typen beantworten zu können<sup>1)</sup>. Und als die Untersuchungen nicht immer die reinen Typen ergaben, da blieben seine Typen mit Hilfe dieser Hypothese noch immer Einheiten, nur daß sie sich entweder durchdrangen oder in der Form des Dominanzwechsels einander ablösten. Die Frage, warum denn in den Korrelationen der Gesamttypen nur Häufigkeitsrelationen auftreten, wird auch jetzt noch nicht bearbeitet, man begnügt sich zur Zeit damit, das Vorhandensein der Relationen zu bestätigen, und *Kretschmer* glaubt durch immer neuen Hinweis auf diese Bestätigungen seine Ergebnisse sicherstellen zu können. Aber diese Bestätigungen sind nur „Illustrationen“, keine „Beweise“. Und vor allem: sie führen nicht weiter. So ist denn auch dieses Gebiet schon wieder in Gefahr der Stagnation. Sie macht sich in dem Schema pyknisch, leptosom, dysplastisch, Mischform, in deren Prokrustesbett jede Einzeltatsache einzupressen geht, zur Genüge geltend.

Die Kritik, die ich hier als eine lediglich methodische übe, um mich nicht dem Vorwurf auszusetzen, den *Kretschmer* gern gegen Gegner anwendet<sup>2)</sup>, sie beherrschten eben die Technik nicht genügend, muß sich vor allem gegen die vorzeitige Bindung der Typen als starre Einheiten richten. Das ist ja doch nur eine Annahme, die erst besonders gerechtfertigt werden müßte. Gewiß, die reinen Typen mögen existieren. Aber sie entstehen und vergehen ja im Laufe der Generationsfolgen und die Einzelmerkmale mischen sich im Einzelfall in ganz unübersehbarer Komplexität<sup>3)</sup>. So sind denn die reinen Typen möglicherweise nicht als (vielleicht durch die Vererbungsgesetze, vielleicht durch andere Momente) herausgezüchtete extreme Anordnungen eines unendlich variablen Mosaiks von Einzelmerkmalen bzw. von Korrelationen solcher. Und die reinen Typen sind vielleicht in Wirklichkeit gar nicht

<sup>1)</sup> Der Hinweis auf die endokrin bedingten Seelen- und Habitusstörungen reicht dazu nicht aus, da jeder Schluß von Funktionsstörungen auf Funktionen ohne materielle Grundlagen vieldeutig ist.

<sup>2)</sup> Ich möchte dem Vorwurf, daß nur tatsächliche Nachweise die *Kretschmer*-schen Ergebnisse korrigieren könnten, durch folgende Bemerkungen vorbeugen: *Kretschmers* tatsächliche Ergebnisse fechte ich nicht an und überlasse die Kritik daran dem Fachforscher, der die Methoden und ihre Tragweite beherrscht. Ich bekämpfe die Deutung, die *K.* seinen Ergebnissen gegeben hat und suche nachzuweisen, daß diese Deutung methodische Mängel hat.

<sup>3)</sup> Ja sogar die Frage ist noch nicht einmal ganz geklärt, ob nicht im Laufe eines individuellen Lebens Merkmale aus verschiedenen Typen einander ablösen können, und wie das evtl. zu deuten ist. *Kretschmers* neuerdings dazu vorgebrachten Argumente erlauben noch keineswegs sichere Entscheidung darüber.

das Bleibende, das sich „legiert“. *Kretschmer* hat ja nicht bewiesen, daß die als pyknisch zusammengefaßten Merkmale tatsächlich immer korrelieren, in sich und mit zyklolymer Psyche. Er hat nur nachgewiesen, daß sie es in einer bestimmten, übrigens noch bei den Beobachtern recht divergenten Häufigkeit bei bestimmten Psychosen tun. Aber er hat es als durchgängig angenommen und hat nun versucht, alle Erscheinungen von der Annahme starrer Typen aus zu erklären. Doch das innere Band, das die Typen gesetzmäßig zusammenhält, ist nicht recht erkennbar, wenn nicht geleugnet werden kann, daß die Einzelmerkmale sich in allen möglichen Kombinationen vorfinden, daß Mischtypen aller Art vorkommen, auch z. B. leptosome Zirkuläre und pyknisch-leptosome Mischformen aller Schattierungen. Hier hätte eben an Stelle der Hypothesen wohl erst noch die Einzelarbeit einzusetzen, ehe man allgemeine Schlüsse zu ziehen wagen kann. Hier müßte erst gezeigt werden, welche Kombinationen denn vorkommen, welche Merkmale hierbei immer zusammengehören, welche vereinzelt ihren Weg gehen, wann sie auftreten usw. An der Existenz der reinen Typen wird dadurch nichts geändert, aber die Deutung der den reinen Typen nicht entsprechenden Erscheinungen wird eine ganz andere und ebenso natürlich dann die der Gesamtlage. Diese Arbeit muß wohl unbedingt nachgeholt werden, und zwar zunächst unter Trennung des somatischen und des noch viel komplexeren psychischen Habitus, wenn *Kretschmers* Anregungen zu positiven Ergebnissen führen sollen. Aus den Gesamterfahrungen der Körperbaulehre läßt sich, selbst wenn man die Existenz der reinen Typen zugibt, gerade im Hinblick auf die unbestreitbare Tatsache bloßer Häufigkeitskorrelationen zwischen Habitus, Psyche und Psychose und der Existenz der Mischtypen eher folgende heuristische Annahme als Problemstellung ablesen, wenn man einmal als annehmbar voraussetzt, daß es überhaupt solche Korrelationen gibt, was ja noch besonders bewiesen werden muß<sup>1)</sup>: Nicht an die Gesamttypen

---

<sup>1)</sup> Ehe man die Frage prüfen kann, ob solche *Korrelationen zu den Psychosen* wirklich bestehen, müßte erst folgender Einwand abgewiesen sein: Es ist möglich, daß unter den Schizophrenen Pykniker und Zyklolymer nur deshalb so selten sind, weil sie als reine Typen überhaupt nicht häufig vorkommen, daß aber der Prozentsatz ihrer Erkrankungsziffer an Schizophrenie dem Prozentsatz ihres Anteils an der Gesamtbevölkerung entspricht. Meines Wissens existiert noch keine Statistik darüber. Andererseits scheinen ja unter den Manisch-Depressiven die Pykniker ganz besonders zu überwiegen. Aber wie weit darf denn der Begriff des Manisch-Depressiven abgesteckt werden? Das Ergebnis wird wesentlich abhängen von der Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins, z. B. ganz anders, wenn man die klimakter. Angstpsychosen zum manisch-depressiven Irresein rechnet. Genügt hier die (noch dazu von *Kretschmer* beeinflusste) Erbbiologie, um die Abtrennung zu begründen? Wir werden also nur behaupten können, daß durch die *Kretschmerschen* Untersuchungen das Bestehen solcher Korrelationen entfernt möglich gemacht worden ist. Von einem Beweis der Voraussetzung ist noch nicht

sind die Psychosen gebunden, sondern vielmehr nur an einzelne Merkmale oder Gruppen solcher, welche vielleicht noch nicht einmal bisher erkannt zu sein brauchen, und welche in den Gesamttypen nur besonders häufig (nicht konstant), aber auch außerhalb derselben vorkommen. Die *Kretschmerschen* Typen sind tatsächlich vorhanden, aber nicht als starre gesetzmäßige Korrelationen, sondern als extreme Varianten aus einem fluktuierenden Merkmalsgemisch. Die Korrelationen sowohl zur entsprechenden Charakteranlage als zur Psychose sind denn daher auch nur in bestimmten Häufigkeiten an die reinen Typen gebunden. Aufgabe wäre, die Merkmale, die durchgängig mit den Psychosen korrelieren, aufzusuchen, oder wenn auch jetzt im Einzelfall keine durchgängige Gesetzmäßigkeit aufzufinden ist, die Merkmale ausfindig zu machen, mit denen das unvorhergesehene Ausbleiben der Psychose Hand in Hand geht; ferner die Gesetze aufzufinden, von denen die Häufigkeiten abhängen, wie oft „verdeckte“ Korrelationen auftreten und mit welchen Merkmalen diese „Verdeckung“ zu erwartender Korrelationen gesetzmäßig zusammen vorkommt, — alles Fragen, welche ohne jede Hypothese in rein beschreibender Erscheinungsanalyse lösbar sind. Die *Kretschmerschen* Typen ergeben hierfür ein schönes und wohl auch im wesentlichen richtiges Fundament. Welche Mittel und Voraus-

---

die Rede. Und selbst wenn nachgewiesen würde, daß dieser Einwand nicht besteht, ist fraglich, ob die Korrelation zu den Psychosen nicht nur vorgetäuscht wird deswegen, weil Korrelationen zwischen somatischem und psychischem Habitus bestehen und der psychische Habitus die Psychosen so weitgehend beeinflußt, daß die wirklich prozeßmäßigen, von Körperbau und seelischem Habitus vielleicht unabhängigen Symptome unterschätzt werden. Für die Schizophrenie ist nun wahrscheinlich zu machen, daß der Durchschnitt der schizophrenen Pykniker etwa der von *Zweig* ermittelten Häufigkeit des apoplektischen Habitus entspricht. Beim manisch-depressiven Irresein liegen die Verhältnisse etwas anders. Hier scheinen tatsächlich die Pykniker in einem ihren Bevölkerungsanteil übersteigenden Prozentsatz betroffen zu sein. Aber wir sehen, wie hinsichtlich der Typeneinschätzung bei Manisch-Depressiven zwischen den Zahlen der Beobachter bis zu 60% Unterschiede bestehen und wie z. B. bei manisch-depressiven Frauen die Unsicherheit der Beurteilung wächst. Diese Divergenzen lassen an der Stringenz der Häufigkeitsbeziehungen auch hier zweifeln (an der Existenz der reinen Typen soll gar nicht gerüttelt werden). Die Divergenz ließe sich erklären

1. aus der Zahl der untersuchten Fälle;
2. aus einer mehr oder weniger betonten Materialauslese (die Bedeutung dieses Faktors wird aus *Henkels* und *Flüges* Untersuchungen über klimakterische Depressionen deutlich), (Einfluß des psychopathologischen Wissensstandes der jeweiligen Forschungsperiode);
3. aus der Unzulänglichkeit der bisher entwickelten Methodik, die subjektivem Ermessen noch zu großen Spielraum läßt;
4. aus den Schwierigkeiten der Abstraktion von in ihrer Bedeutung und typendiagnostischen Wertigkeit unbekannten Abweichungen vom Typ, denen entsprechend die Zahl der nicht sicher zu rubrizierenden Fälle zunimmt, je kritischer die Beobachter *Kretschmer* gegenüberstehen.

setzungen nötig sind, ehe diese selben Fragen auch im Gebiet der psychischen Korrelationen vielleicht angegriffen werden könnten, davon soll ein andermal die Rede sein. Nur noch eine Bemerkung möchte ich anfügen: Selbst wenn auf diese Weise Einzelfragen der Körperbau-Seele-Korrelation der Lösung näher gebracht werden könnten, von einer „pathogenetischen“ Bedeutung dieser Stigmen könnte keineswegs sofort die Rede sein. Denn immer müßten wir dazu andere Erscheinungsreihen als materiale Bedingungen kennen, von denen die Korrelationen abhängen, und diese können in jedem Falle ungeheuer komplex sein. Die zunächst zwischen Habitus und Psychose evtl. gefundenen Beziehungen sind analytisch, vielleicht diagnostisch brauchbar, darüber hinaus sind sie wie alle „dispositionellen“ Momente weiter nichts als Indikatoren für „mögliche“ pathogenetische Zusammenhänge. Die Frage, ob die Möglichkeit in bestimmten Fällen zutrifft und welcher Art sie sei, bedürfte immer wieder erst besonderer Prüfung an materiell neuen Erscheinungsreihen.

Problematischer ist mir die Lehre von den atypischen, aus zyklotyper und schizotyper Anlagemischung hervorgehenden Psychosen. Ich erspare mir das Referat über diese Gedankengänge; ich darf sie, da die „aktuelle“ Frage jetzt in immer neuen Abhandlungen besprochen wird, als bekannt voraussetzen. Ein paar Einwände, mit einem allgemein-methodischen angefangen: Je mehr Fälle als zu dieser schematischen Deutung passend veröffentlicht werden, um so höher wächst die Sicherheit der Behauptung, daß die Deutung zutreffe. Wieder ist vom Standpunkt wirklich methodisch strenger Beweisführung dazu zu sagen: alle Häufungen von Einzelfällen können nur zur Illustration einer möglichen Deutung dienen. Zu einem sicheren Induktionsschluß, als welchen sich dieses Verfahren doch so gern ausgibt, gehört aber als weitere Prämisse der Bezug auf eine materiale, zu dem betreffenden Gebiet gehörende feststehende Gesetzmäßigkeit<sup>1)</sup>. Diese Gesetzmäßigkeit fehlt hier. Noch niemand hat bewiesen, daß die an sich mögliche Deutung der atypischen Psychosen aus Anlagemischung auch wirklich richtig ist. Dem Beweis für ihre Richtigkeit darf man sogar mit Spannung entgegensetzen, weil er ohne ganz wesentliche materiale Fortschritte an verschiedenen Stellen des Beweisganges gar nicht zu führen ist, also eine bedeutende Bereicherung unseres Wissens mit sich bringen würde.

Bis dahin ist es erlaubt, die Deutung für nicht gesichert und für unzureichend zu halten. Denn abgesehen davon, daß implicite die *Kretschmersche* Lehre von starren Typen dabei übernommen wird, müßten doch auch die psychopathologischen Bilder erst einer psycho-

<sup>1)</sup> Auf die Theorie des Induktionsschlusses näher einzugehen erübrigt sich hier natürlich.

pathologischen Analyse unterzogen werden. Man müßte z. B. nachweisen, daß der „maniforme“ Einschlag bei einer Schizophrenie wirklich mit dem manischen Geschehen bei rein manischer Psychose als seelisches Geschehen verglichen, ich will gar nicht sagen identifiziert werden darf. Nur wenn dieser Nachweis geliefert werden kann, besteht die Deutung in ihrem vollen Wortsinn zu Recht, nur dann mischen „manische“ und „schizophrene“ Anlagen in der Psychose, bauen sie auf. Wenn nicht, dann sind die Anlagen eben von verschiedener Art und Wertigkeit, entweder das „maniforme“ hängt von einer Anlage ab, die der der „manischen“ Zustände nicht entspricht — oder die maniforme Komponente ist doch Ausfluß einer echten manischen Anlage, dann aber beteiligt sich diese Anlage in ganz anderer (theoretisch noch zu formulierender) Weise an der Erscheinungsform der Psychose als die schizophrene Anlage, und dann hätten wir keine tatsächliche Mischpsychose, sondern nur eine durch zufällige (hier charakterologische?) Bedingungen irgendwie gefärbte schizophrene Psychose — oder es gibt verschiedenartige Anlagen zur Manie — oder das manische Seelengeschehen selbst baut sich aus mehreren voneinander unabhängig auftretenden Komponenten auf usw. und umgekehrt für die Schizophrenie. Man kann die Liste der Möglichkeiten, die erst berücksichtigt und ausgeschlossen werden müssen, noch ganz wesentlich verlängern. Hier ist wieder der Mangel an einfacher Symptomanalyse durch exakte Psychopathologie fühlbar.

Wie vage die bei dem kritisierten Verfahren herauskommenden Deutungen sind, kann man ja leicht daraus ersehen, daß aus der schizophren-zyklischen Anlagemischung nicht nur atypische Schizophrenien, atypische zirkuläre Psychosen, sondern auch klimakterische Angstpsychosen, paraphrene Psychosen, paranoische Psychosen „erklärt“ werden. Ja noch mehr, man verschließt sich einer nüchternen Erforschung der Tatsachen, sonst könnten nicht bei den sog. echten paranoischen Psychosen von verschiedenen Beobachtern so grundverschiedene Hereditätsziffern gefunden werden.

Nun hat hier die Erblichkeitsforschung und die Körperbauforschung eine vorzeitige Ehe eingegangen, bei welcher infolge mangelnder Gütertrennung die gegenseitigen Kompetenzen nur ungenügend abgegrenzt sind und welche daher noch einer gründlichen Reform bedarf. Aber auch außerhalb des Gebietes der Mischpsychosen im engeren Sinne, also der sog. atypischen manisch-depressiven bzw. schizophrenen Psychosen soll uns diese Betrachtungsweise fördern. Ich nehme als Beispiel heraus, was *Hoffmann* über die klimakterischen Angstpsychosen sagt. Er schildert kurz ihr äußeres Bild, zeigt, daß schizophrene und zirkuläre Belastung konvergieren bzw. sich im Charakterbild auswirken — und die Erklärung und Systematisierung ist im wesentlichen fertig.



Ehe man diese Lösung akzeptieren kann, müßte nachgewiesen werden, ob die Angstpsychosen und agitierten Depressionen der Rückbildungsjahre wirklich eine einheitliche Struktur haben. *Hoffmann* scheint übersehen zu haben, daß *Kraepelin* schon vor Jahren auf ganz eigentümliche klimakterische Angstpsychosen hingewiesen hat, die wohl einer Sonderstellung bedürfen<sup>1)</sup>. Es geht aus seinen Angaben auch nicht hervor, ob er geprüft hat, ob etwa noch unbekannte Anlagen die Entstehung dieser Psychosen neben den schizophrenen und manisch-depressiven Anlagen bestimmen. *Kraepelins* Annahmen sind von ihm nicht widerlegt worden. Die Berufung auf den Körperbau gibt nicht unbestreitbare Kriterien<sup>2)</sup>.

Ich gebe zu, daß das alles höchst schwierig und kompliziert liegt, aber gerade deswegen scheint es mir zu eilig, einfach alles, was agitiert und deprimiert ist, Angst hat und über 45 Jahre bis 60 Jahre alt ist, wenn nicht die Schizophrenie manifest ist, in einen Topf zu werfen. Hier rächt sich die vage Bedeutung des Wortes Reaktionstypus bei *Hoffmann* bitter in klinischem Schematismus.

Aber nehmen wir einmal an, *Hoffmanns* Nivellierung dieser Angstpsychosen treffe das Richtige, es gäbe wirklich hier keine besonderen, eigenartigen Psychosen im Sinne medizinischer Krankheiten: Dann ist es noch fraglich, ob sie wirklich das seelische Wesen dieser Psychosen und nicht vielleicht bloß das Zustandsbild färbende Nebmomente kennzeichnet. Zur Erledigung dieser Frage bedürfte es wohl noch einer eingehenden Zergliederung auch der feinsten Symptome nach Art und Wesen und Wertigkeit.

*Hoffmann* übersieht auch, daß der uns heute allein mögliche indirekte Nachweis erblicher Faktoren keinen sicheren theoretischen Schluß erlaubt, wenn der Ausgangspunkt der Vererbung von ihrem Resultat so verschieden ist wie bei manisch-depressivem Irresein, Schizophrenie einer-, Angstmelancholie andererseits. Dann müssen hier wenigstens irgendwo Transformationen vorkommen, die nicht bloß mit den Schlagworten: Hemmungsfaktor, Auslösfaktor, Epistase usw. abzutun sind. Diese Verschiedenheiten legen die Prüfung der seelischen Strukturen allererst nahe. Der Nachweis erblicher Belastung führt ja doch immer nur zur Möglichkeit eines Zusammenhanges, solange nicht die volle Identität der Ausgangs- und der resultierenden Merkmale sichersteht. Nirgends aber ist diese Identität in der Psychiatrie zur Zeit wirklich bewiesen.

---

<sup>1)</sup> *Kraepelins* Fälle verliefen akut oder subakut. Hat *Hoffmann* die Frage geprüft, ob es etwa subchronisch oder chronisch verlaufende Formen dieser *Kraepelinschen* Psychosen gibt?

<sup>2)</sup> Es gibt übrigens auch Fälle von „Angstmelancholien“ im Sinne *Hoffmanns*, bei denen keine Belastung aus dem schizophrenen Formenkreis nachgewiesen werden kann.

Nun richtet sich ja das Bemühen vieler psychiatrischer Erbforscher gerade auf diesen Gegenstand, eben die Merkmale theoretisch und sachlich herauszulösen, an denen der Nachweis solcher Identität erbracht werden kann. Aber dazu gehört, wie ich glaube, wieder und wieder vorurteilsfreie psychopathologische Analyse. Welches der unzähligen möglichen erblichen Merkmale gerade das für den vorliegenden Fall zu wählende ist, dessen Identität erwiesen werden muß, sagt doch nur die Psychopathologie oder irgendeine der Hilfsdisziplinen der Klinik.

*Hoffmann* und, wie es scheint, auch andere glauben mit einer Art von Variationsmethode durch Vergleichung die wesentlichen „Faktoren“ von den unwesentlichen „Faktoren“ trennen zu können. Nun kann aber auf die Faktoren nur aus dem klinischen Bilde geschlossen werden, das also besonderer Analyse bedarf, außerdem aber, wenn die Beziehungssetzung zwischen Zügen des Zustandsbildes und Erbfaktoren gelungen sein sollte, wenn also der Erbbiologe mit wirklichen „Merkmalen“ arbeiten könnte, so kann trotzdem der Erbbiologe schwerlich hoffen, die wesentlichen für die Vererbung der Psychose entscheidenden Merkmale dadurch herauszufinden, da er doch als Mediziner aus seiner diagnostischen Erfahrung heraus nicht damit rechnen kann, daß in jedem Falle auch wirklich alle wesentlichen Erscheinungen offen zutage treten; er setzt sich da immer wieder der Gefahr aus, auch Nebenmomente als wesentlich aufzufassen und Hauptsachen zu übersehen, was *Hoffmann*, aber auch anderen, sicher passiert in der eigentümlichen Unterschätzung der gerade der Schizophrenie eigentümlichsten Symptome.

Das sind Dinge, denen die Vererbungsforschung mit besonderen Kautelen zu begegnen versuchen wird. Trotzdem muß von ihr verlangt werden, daß sie vorher sich der methodischen Einwandfreiheit ihres Materiales versichert. Und das kann nur nach vorgängiger eingehendster klinischer und psychopathologischer Analyse geschehen.

Alle diese Erwägungen zeigen mit eindringlicher Schärfe, wie wir einer vertieften Psychopathologie ganz dringend bedürfen. Denn nehmen wir einmal an, man setzte sich die Aufgabe, nachzusehen, ob wirklich im Klimakterium selbständige Psychosegruppen oder gar Krankheiten im Sinne *Kraepelins* perniziöser Angstpsychosen vorkommen. Man kann diese Psychosen von den zur Zeit bekannten nicht abgrenzen, wenn weder über die Bedeutung der Symptome, noch über die Anatomie, noch über alle anderen Fragen irgend etwas Bestimmtes gesagt werden kann. Dabei würde es gewiß vorteilhaft sein, wenn wir wüßten, was denn eigentlich das „Wesen“ der manisch-depressiven und der schizophrenen seelischen Syndrome (nicht der „Krankheit“) ausmacht, weil man dann auch das diesem Wesen Fremde erkennen

könnte. Zur Kenntnis dieses Wesens gelangt man aber durch Psychopathologie und durch Analyse der Symptome<sup>1)</sup>.

Nun steht fest, daß die bisherige Psychologie den Bedürfnissen der Psychiatrie nicht genügt. Sonst würde man kaum versuchen, so weitgehend auf sie zu verzichten oder so verächtlich auf jeden herabzusehen, der sich bemüht, die Psychopathologie vorwärts zu bringen. Aber woher die neue Psychopathologie aufbauen? Mit welchen Methoden? Danach eben müssen wir suchen.

Von einer für die Psychopathologie und Klinik nicht unwichtigen Vorfrage sehe ich hier ab, obwohl sie an dieser Stelle besprochen werden müßte. Nämlich die, ob es Wertigkeitsunterschiede zwischen den einzelnen pathopsychischen Erscheinungen des Einzelfalles gibt bzw. unter welchen Voraussetzungen und Kautelen man sie statuieren darf. Wir stellen uns hier einmal auf den unbefangenen Standpunkt des Arztes, der nach diagnostizierbaren Krankheiten, deren Ursachen und Bekämpfung sucht, und der die Erscheinungsfülle unter diesem Gesichtswinkel zu ordnen bestrebt ist. Da erscheint es nun als die wichtigste Leistung der bisherigen Psychiatrie, ein großes Beobachtungsmaterial gesammelt zu haben, an welchem die Ordnung nach medizinischen Wertgesichtspunkten versucht werden kann. Die ersten Anregungen dazu gehen aus von *Hoche* und *Bleuler* und in jüngster Zeit hat *Kraepelin* einen ersten materialen Versuch in dieser Hinsicht vorgelegt, nämlich die Gruppierung der Grundregister der Erscheinungsformen des Irreseins, also einen Versuch, typische Kernsyndrome herauszustellen. Wir wollen davon absehen, daß dieser Versuch nicht ohne Beeinflussung durch die Lehre von den Reaktionstypen geblieben ist. Aber leider können wir z. B. für die Frage nach originären klimakterischen Krankheitsformen mit diesen ganzen Aufstellungen noch sehr wenig anfangen. Eben deswegen, weil nicht die Gesetzmäßigkeit der Gruppierung aus der angewandten deskriptiven Methode hervorgeht. Ja, wenn wir wüßten, welche beschreibbaren Bedingungen bzw. Zusammenhänge den deskriptiv gewonnenen Gruppierungen *Kraepelins* zugrunde liegen, dann wären wir schon ein gewisses Stück weiter.

Wir deuteten oben schon an, daß noch immer trotz *Jaspers* und seinen Weiterbildnern beim Studium der organischen Psychosen zu sehr im Vordergrund der psychopathologischen Erwägungen, nosologischer und sonstiger Schlüsse die Beobachtung des äußeren Ver-

---

<sup>1)</sup> Man braucht wohl nicht erst festzustellen, daß auch Anatomie, Serologie usw. allein nicht das „Wesen“ einer „Krankheit“ ergeben. Sie liefern nur den „klinischen“ Symptomen koordinierte Symptomreihen, deren Bedeutung für das „Wesen“ der „Krankheiten“ gerade in der Psychiatrie bei ihrem jetzigen Stande noch im Einzelfall problematisch ist, unbeschadet ihrer möglichen diagnostischen Bedeutung.

haltens der Kranken einschließlich der Leistungen steht, und daß die eigentlich doch jeden einzelnen von uns immer von neuem beschäftigende Frage, wie sieht es denn im „Innen“ des Kranken, „in seinem Bewußtsein“, „in seinem Erleben“ wirklich aus, was geht da wirklich vor, wie ist ihm denn „zumute“, noch recht vernachlässigt wird. Halten wir uns zunächst einmal an den ganz populären und unpräzisen, aber auch unpräjudizierlichen Ausdruck des „Zumuteseins“ und wir sehen, daß mit dieser Fragestellung mehr umfaßt wird als die Frage nach Gehirnvorgängen, Inhalten, Gegenständen, Empfindungen, Gefühlen, Gedanken usw. Denn wir alle kennen diese eigentümlichen, von alledem unabhängigen merkwürdigen Erlebnisse, die man als „dumpfen“ Kopf, als „Leichtigkeit des Denkens“, als „Tiefe“ des Gefühls, als „Klarheit“ der Gegenstände, als „Fülle“ des Eindrucks, als „Eindringlichkeit“ der Wahrnehmung, als „Plastizität“ der Erinnerungen, als „Spannweite“ der Auffassungsfähigkeit bezeichnet, Zustände und Merkmale, denen noch weitere unauffälligere und darum noch unbenannte und unbekannte mit Leichtigkeit angereiht werden können.

Wir werden also als nächstliegenden Weg der Psychopathologie neben dem über die Leistungen den über das Innenleben des Kranken wählen; um zu neuen Gesichtspunkten zu gelangen. *Jaspers* hat ihn als erster und nach ihm andere beschritten, aber man hat, wie man sagen wird, trotz einer Menge scharfer Begriffe und interessanter psychologischer Feststellungen klinisch brauchbare Resultate dabei nicht erzielt. *Noch* nicht, wie wir betonen wollen. Woran das liegt, mag kurz angedeutet werden.

Daß die älteren Psychiater Unbehagen verspüren, wenn man sagt, man wolle über das Innenleben des organisch Kranken zu neuen Ergebnissen gelangen, kann einen nicht wundernehmen, und ich gebe gern zu, daß auch die „neue Richtung“ durch unkritisches Vorgehen von methodisch unbekümmerten Untersuchern diskreditiert worden ist. Aber die Anfangsfehler allein können das allgemeine Vorurteil nicht ausreichend begründen. Sondern dessen Wurzel liegt vor allem darin, daß die ältere Psychiatergeneration sich darunter nichts anderes vorzustellen geneigt ist als das Aufstöbern von verborgenen inhaltlichen Zusammenhängen, womit zumeist sich noch der Gedanke an *Freudsche* Mechanismen und Extravaganzen zu verbinden pflegt. Das „Innenleben“, das ist für den Psychiater noch heute die Summe aller Triebe, Gefühle, Empfindungen, Vorstellungen, Gegenständlichkeiten, kurz aller Inhalte, und diese Inhalte sind „bleibende“ „Dinge“, konstante, starre Gebilde, die man immer noch nach dem Reflexschema und dem Assoziationsmechanismus wie Marionetten umeinander und gegeneinander drehbar denkt, ein Spiel, bei welchem die Assoziationen auch immer noch nichts anderes bedeuten als innere Reflexe. Es ist nun

eine merkwürdige Vermengung verschiedenartiger Standpunkte, daß man das Zwecklose der Erforschung solcher pathologischer inhaltlicher, innerer Zusammenhänge eben damit begründet, daß man ja nicht wisse, was der Kranke „meine“, und darum zu leicht der Gefahr ver falle, in ihn eben nach Art der Psychoanalytiker, die in ihren psychologischen Grundbegriffen der mechanistischen Psychologie der Psychiater viel näher stehen, als man gerne zugibt, alles mögliche hineinzugeheimnissen und zu deuten. Außerdem könne man ja daraus auch keine Schlüsse auf die Krankheiten ziehen, denn ebenso wie die Leistungen, so sind ja wohl auch die Inhalte erfahrungsgemäß keine genügenden Kriterien zur Unterscheidung von Krankheitsvorgängen.

Eben wegen dieser nur relativen Bedeutung der pathopsychischen Gegenstands- und Inhaltsgebilde (relativ, weil, wenn auch nicht spezifische, so doch typische Inhaltsbildungen ganz gewiß als Krankheitsindikatoren anerkannt werden: Paranoia!) versuchte man in neuerer Zeit nicht die Inhalte selbst, sondern ihre Beziehungen zu psychopathologischen Kriterien zu erheben: Unterscheidung z. B. von Ideenflucht und Inkohärenz, auf einer komplexeren Stufe Unterscheidung des Wahngebildes der *Dementia phantastica* gegenüber denen der Paraphrenien. Auch Begriffe wie Erhaltung der Persönlichkeit, Zerfall der Persönlichkeit u. a. m. sind Ausdruck dieser Bestrebungen. Aber auch diese sind doch nur relativ und niemand vermag recht ihr mögliches Anwendungsgebiet zu bezeichnen oder eine scharfe nominale und materiale Definition dafür zu geben.

Man weiß eben nicht, was hinter diesen Unterschieden steckt, wodurch sie bedingt sind. Und wenn man sich darüber Gedanken machte, welcher Art diese Bedingungen sind, so hatte man nur nichtssagende Allgemeinheiten zur Verfügung, z. B. apperzeptive Verblödung, Schalt schwäche der Assoziationen u. dgl., Worte, mit denen man nichts anfangen kann und die schließlich nur ausdrücken, daß ihre Erfinder nicht imstande waren, ein richtig gesehenes Problem zu lösen. Dieses Problem aber besteht immer noch zu Recht und wird als eines der entscheidenden Probleme der Psychiatrie auf jeder Wissensstufe immer von neuem bearbeitet werden müssen, eben die Frage nach den inneren psychopathologischen Bedingungen und dem psychopathologischen Wesen der am Kranken zu beobachtenden seelischen Äußerungen. Und dieses im Begriff der „Grundsymptome“ ausgedrückte Problem vermag keine noch so subtile Dialektik hinwegzudisputieren, ebensowenig wie das Postulat, daß die Erkenntnis dieser Bedingungen eines der notwendigen Bestimmungsstücke zur Erfassung von Krankheiten im medizinischen Sinne ist. Denn schließlich sind die seelischen Symptome auch etwas, was zur „Krankheit“ und zu ihrer Definition gehört.

Auch der Begriff der Reaktionstypen ist ja nur ein verkappter Aus-

druck für einen Lösungsversuch dieses Problems, einen Lösungsversuch allerdings, den man deswegen als übereilt und ungenügend anfechten muß, weil er an Stelle einer vorurteilslosen psychopathologischen Prüfung des Problems einfach den Hinweis auf die Gehirnorganisation setzt. Ich bestreite nicht die Möglichkeit, daß der Begriff der Reaktionstypen einen richtigen Kern enthielte, halte sogar für möglich, daß er in vollem Umfange wenigstens für bestimmte Psychosegruppen zu Recht bestehen könne, aber ich behaupte, daß er nicht bewiesen ist und erlaube mir darauf hinzuweisen, daß man seine heutige Fassung erst dann als bewiesen ansehen kann, wenn endgültig dargetan ist, daß die psychologischen Voraussetzungen, denen er entsprang, die für die Psychiatrie einzig und allein möglichen sind. Da man aber zeigen kann, daß er da in innigstem Zusammenhange mit der unzureichenden Assoziationspsychologie steht, so darf man bündig bezweifeln, ob seine Geltung wirklich so weit reicht, als heute beansprucht wird. Wir werden aber diese Frage nach dem auch heute unanfechtbaren Geltungswert des Begriffs Reaktionstypus, der ja eines der sachlichen Fundamente der kommenden Psychiatrie bilden wird, noch im Auge behalten.

Also — um den Gedankengang wieder aufzunehmen — die Frage nach dem Wert und der Bedeutung der Inhaltsbildungen und -bezeichnungen für die Symptomforschung in der Psychiatrie ist offen<sup>1)</sup> und ist mit den Mitteln der bisherigen Psychologie der Psychiater nicht zu lösen. Und eben deshalb kam auch die Phänomenologie, weil sie noch viel zu sehr am Inhaltlichen und Gegenständlichen hing, nicht genügend vorwärts. Erst *Kronfeld* und neuerdings *Mayer-Groß* gehen hier neue Wege.

Wenn es der Inhalt nicht ist, so kann es vielleicht die Funktion sein, an der wir den Hebel ansetzen müssen, worauf im allgemeinen schon *Gruhle* früher hingewiesen hat. „Funktion“ ist nun ein vieldeutiges Wort in der Psychologie (z. B. *Stumpfs* prägnante Verwendung des Wortes gegenüber dem allgemeinen verschwommenen Gebrauch). Man weiß auch zunächst nicht recht, was man im Seelischen als „Funktion“ bezeichnen soll. Wir haben nirgendwo in der Forschung es mit der „Funktion selbst“ zu tun, sondern immer schließen wir nur aus gewissen Anzeichen auf die „dahinter“ stehende, der Beobachtung transzendente Funktion. Wir fragen also, ob sich im seelischen Geschehen beschreibbare Indikatoren nachweisen lassen, welche direkter auf die Funktionen hindeuten als die Inhalte, Gegenstände usw., und ob wir weiter beschreibbare Veränderungen dieser Indikatoren vorfinden, aus welchen definierbare Änderungen der Funktion erschlossen werden können, d. h. da wir die Inhaltsbildungen usw. allein zur Erkennung

<sup>1)</sup> Ich erinnere an die Schwierigkeiten der Unterscheidung von Wahnidee, Überwertigkeitsidee.

dieser Anzeichen nicht ausreichend fanden, bemühen wir uns erneut um eine vorurteilslose Beschreibung seelischer Tatbestände mit besonderer Berücksichtigung der seelischen Abläufe. Hierbei ist die erste Frage: enthält das Seelengeschehen mehr als die Inhalte und Gegenstände, entsprechend den oben gegebenen kurzen Andeutungen<sup>1)</sup>?

*Mayer-Groß* hat darauf hingewiesen, daß meine Arbeiten hier ähnliche Wege einschlagen wie die *Berzes*, welchem Autor ich hier auch *Kronfeld* noch anfügen darf. Aber ich bin eben doch noch einen etwas anderen Weg gegangen als die genannten Autoren, und zwar, weil ich mich des Eindrucks nicht erwehren konnte, als ob gerade am entscheidenden Angelpunkt der Untersuchung bei beiden Autoren an die Stelle der Beschreibung der auf „Funktions“störung hinweisenden Ablaufstörungen die Konstruktion solcher träte. Beide beschäftigen sich mit der Schizophrenie und bedienen sich der Terminologie der Aktpsychologie (*Berze*, mit gehirnpathologischen Hintergründen), die wir hier vorläufig einmal annehmen wollen. Beide sehen klar, daß die an den Gegenständen und Inhalten aufzeigbaren Erscheinungen allein nicht das Wesen der Störung ergeben können, beide erkennen, daß der Aktvollzug selbst gestört sein muß, aber — und darin liegt der Mangel ihrer Ergebnisse —, beide können nun die Art dieser zu supponierenden Aktvollzugsstörung nicht beschreiben. Und das ist doch notwendig, wenn wir diese Art der Störung der „funktionalen Abläufe“ des seelischen Geschehens von anderen Arten abgrenzen wollen. Und diese Abgrenzung wieder muß man leisten und symptomtheoretisch auswerten können, wenn die Klinik daraus für die Krankheitslehre Nutzen ziehen soll.

Ich habe deshalb nach einem anderen Weg gesucht, der diese Beschreibung ermöglichen sollte und möchte an dieser Stelle einiges über die allgemeinen methodischen und sachlichen Gründe sagen, welche für die Wahl der Betrachtungsweise maßgebend waren.

Über Fremdseelisches befinden wir uns immer in einer gewissen, ihrem Grade nach schwankenden Unsicherheit. Sie spricht sich ja auch in der gesunden Skepsis aus, mit der man jeder Behauptung über das Erleben des Nebenmenschen gegenübersteht. Woran liegt das nun aber? Nun, wir besitzen da schon eine Menge von Formeln, die uns dem Wesen der Sache näher bringen, z. B.: man kann hinter Worten seine Gedanken verbergen, es gibt „unechte“, „zur Schau getragene“ Gefühle, Worte sind vieldeutig, jede Geste, ja jede Bewegung kann in unendlichen Beziehungen eine unendlich variable Bedeutung annehmen. Wir wissen alle, daß sich schon im Inhaltlich-Gegenständlichen seelisches Innenleben und seelische Leistung, Kundgabe, Ausdruck nicht decken. Und wenn es uns nicht die Beobachtung des Fremd-

<sup>1)</sup> Außer den Weisen des Zumuteseins kommen als solche Indikatoren in Frage: „Caesurerlebnisse“, „Erfüllungscharakter“ u. a. m.

seelischen lehrte, so muß aus der Beobachtung des eigenen Seelenlebens mit Notwendigkeit erschlossen werden, daß das innere seelische Erleben unendlich viel reichhaltiger ist als die verhältnismäßig engen und wenig variablen Kanäle, durch die der Strom inneren Reichtums nach außen hervortreten kann. Das gilt schon für Gegenstände, noch mehr für Triebe und Gefühle, und es gilt erst recht für jene eigentümlichen Weisen des Zumuteseins, welchen der Ausdruck nach außen überhaupt nur in indirekter Weise zunächst zugänglich zu sein scheint. Gleiche Leistung ist daher immer möglicherweise Ausdruck für verschiedenes Erleben. Aber eben darum ist der Versuch, die als krank imponierenden fremdseelischen Abläufe aus dem System der gegenständlichen Leistungen allein zu begreifen, überhaupt verfehlt, der Weg ist zu eng. Alle Leistungen, Ausdrucksformen und Kundgaben sind ja nicht mehr als Indikatoren für eine Unzahl von innerseelischen Ereignissen. Gerade diese Tatsache verwendet *Husserl* als Ausgangspunkt seiner logischen Untersuchungen. Wenn wir also die Leistungen gesunden und kranken seelischen Geschehens nicht bloß von außen beschreiben, sondern nach Wertungen irgendwelcher Art gruppieren wollen, ihnen den Charakter z. B. von diagnostischen Wertigkeiten geben wollen, so werden wir sie in ihrer inneren Genese beschreiben müssen, oder in die Sprache der Methodenlehre übertragen, nach Kriterien suchen müssen, die uns erlauben, in jedem Falle die allgemeine oder besondere Anzeigebedeutung jeder seelischen Äußerung festzulegen. Dazu ist aber neben der genauesten Durchforschung aller (!, wie wenig ist davon bisher getan!) seelischen Ausdrucksmöglichkeiten die ständige Berücksichtigung des Erlebens, und zwar nach Gegenstand, Gegenstandsbeziehung, Inhalt und *funktionaler Ablaufsform* nach dem Gesagten ganz unerläßlich.

Wenn so vom eigenen Innenleben aus ein allgemeiner Rahmen für die Deutungsmöglichkeiten einzelner seelischer Äußerungsformen geschaffen ist, kann man daran gehen, zu versuchen, aus der vorliegenden Leistung eines fremden seelischen Geschehens auf dessen tatsächlichen Ablauf zu schließen. Ich bin mit vielen anderen der Überzeugung, daß dies nur nach Analogie geschehen kann. Die Frage nach der methodischen Berechtigung des Schlusses auf Fremdseelisches ist ja außerordentlich weitschichtig geworden, so daß ich sie hier unmöglich eingehend diskutieren kann. Meine eigene Stellungnahme wird dadurch bestimmt, daß es gelingt, im eigenen Seelenleben Momente aufzuzeigen, welche noch bei scheinbar völliger inhaltlicher und gegenständlicher Deckung des Erlebens in seinem „formalen“, „funktionalen“ Ablauf, in seiner Zustands- und Gliederungsform und in den Weisen des Zumuteseins unterschieden sein kann. Wenn wir nun fremdseelische Äußerungen unter Berücksichtigung aller Kautelen einführend verstehen,



uns in den „Anderen“ geradezu hineinversetzen, so geschieht dies doch unter gewöhnlichen Bedingungen, bei den unter Menschen überhaupt möglichen geistigen Kommunikationsformen, ausschließlich am kundgegebenen, ausgedrückten, bezeichneten Gegenstand usw. (rationales „Sinn“ verstehen) und am im inneren Erleben gegebenen Inhalt (im strengen Sinne „einführendes“, „nachführendes“ Verstehen). Ob aber die formale, funktionale Zustands- und Gliederungsform übereinstimmt, das bleibt ungewiß, ja es läßt sich genügend wahrscheinlich machen (vgl. meine Arbeit zur Methode der Analyse organischer Syndrome), daß der Beweis für die tatsächliche funktionale, inhaltliche und gegenständliche Identität des seelischen Geschehens zweier seelischer Individuen nur unter bestimmten Kautelen erbracht werden kann. Die Gleichheit betrifft fast ausnahmslos nur einzelne Gruppen des ganzen Geschehens, meist die Gegenstände, der Nachweis der Gleichheit der Inhalte bedarf schon besonderer Kriterien, für die formalen Momente existieren noch gar keine Untersuchungen. Auf die nicht unmittelbar gleichen Momente ist immer nur ein Schluß nach Analogie des eigenen Erlebens möglich<sup>1)</sup>. Da nun aber von den formalen funktionalen Momenten die erlebnismäßige Struktur auch der Inhalte und Gegenstände abhängt, sind auch diese nicht direkt als seelische, sondern nur als geistige gleich.

Nun gehört zum Wesen des Analogieschlusses der Nachweis der tatsächlichen Vergleichbarkeit aller in den Schluß eingehenden Bestimmungsstücke. Und so ist es für den Psychiater von äußerster Wichtigkeit, zu untersuchen, unter welchen Bedingungen eine solche Vergleichbarkeit des seelischen Geschehens von Einzelindividuen besteht, vor allem für das krankhafte seelische Geschehen. Der Psychiater geht, wenn er den innerseelischen Ablauf im Kranken der Untersuchung unterwerfen will (und das muß er tun, wenn er diagnostisch verwertbare Äußerungsformen bekommen will), von der krankhaften seelischen Äußerungsform aus. Er braucht, ehe er nun auf den in der Leistung zutage tretenden krankhaften Ablauf (welcher das Wesen der krankhaften Erscheinungen ausmacht) schließen kann, noch folgende Bestimmungsstücke: 1. wirklich vergleichbare Leistungen des Gesunden; 2. das diesen vergleichbaren gesunden Leistungen entsprechende innere Erleben des Gesunden in allen seinen Komponenten (Eigentümlichkeiten der Gegenstände, Inhalte und funktionalen Verläufe). Und er braucht 3. weiterhin den Nachweis, daß er es dabei mit Erscheinungen

---

<sup>1)</sup> Der bekannte *Schellersche* Einwand geht fehl. Zu diesem Schluß ist nicht Voraussetzung, daß mir vorher das fremde seelische Geschehen erst einmal gewiß gegeben sein muß. Dieses kann mir niemals in seinem Eigenwert und Eigendasein als solches, sondern nur als „geistiges“ Gebilde in meinem eigenen seelischen Geschehen gegeben sein.

zu tun hat, welche überhaupt einem zusammengehörigen, durch einen allgemeinen Begriff bestimmbaren Forschungsgebiet eingereiht werden können. Die Psychiatrie hat aber bisher, mit wenigen rühmlichen Ausnahmen, sich diese Fragestellung überhaupt noch nicht klargemacht. Sie hat die seelischen Äußerungsformen nicht als Anzeichen für Erlebnisse und Abläufe, sondern als Anzeichen für Gehirnfunktionen genommen und zwar auch dann, wenn man die inneren Erlebnisse und ihre funktionalen Ablaufsformen nicht wohl umgehen konnte, sie hat weiterhin aber die seelischen Äußerungsformen des Kranken kurzerhand mit denen des Normalen verglichen ohne Rücksicht darauf, ob denn die tatsächliche Gleichartigkeit der Leistungen nachgewiesen worden war — und sie ist, weil man nach derartig fundamentalen methodischen Unterlassungssünden natürlich keine guten Resultate bekommt, unter fleißiger Mithilfe metaphysischer Standpunkte (Gehirnkorrelate des bewußten Geschehens!) zu ihrer schmerzlichen Resignation gekommen.

In erster Linie ist, ehe man hier mit Einzelproblemen anfangen kann, der Nachweis zu erbringen, daß es dem kranken seelischen Geschehen vergleichbare Äußerungsformen im Gesunden überhaupt gibt und wo man sie zu suchen hat. Die Leistungen des gesunden wachen Menschen sind wahrscheinlich nicht so ohne weiteres denen der Kranken vergleichbar. Das lehrt ja schon die Fruchtlosigkeit der Bemühungen, aus dem Vergleich der Leistungsstörungen der Kranken mit den Leistungen des Gesunden zu einer Bestimmung des Demenzbegriffes zu kommen. Dieser Vergleich ergab nur Wertunterschiede der krankhaften Leistung gegenüber der des Gesunden. *Einblick in die Struktur der Leistungsstörungen des Kranken kann nur der Vergleich mit Leistungsstörungen des Gesunden und deren Analyse bringen.*

Nun, solche Leistungsstörungen des Gesunden sind ja in der Psychiatrie bekannt, aber nicht ausgewertet. Und diese Auswertung wurde versäumt, weil man unter den nun schon genugsam kritisierten psychologischen und methodologischen Vorurteilen stand. Ich fasse die Gesamtheit dieser außerordentlich verschiedenartigen Zustände als die „Erlebnisvarianten“ des Gesunden zusammen und habe begonnen, sie einer näheren Analyse zu unterziehen.

Dieser Versuch mußte vorerst dreierlei Gesichtspunkten Rechnung tragen. Es mußte dargetan werden

1. daß auf diese Weise überhaupt tiefgehende Vergleichbarkeiten zwischen krankem und gesundem seelischen Geschehen, Analogien über das bisher Bekannte hinaus aufgedeckt werden können. Das ist ziemlich sicher dargetan durch meine Schizophrenieuntersuchungen. An der Tatsache, daß hier auch in Feinheiten des Geschehens analoge Abläufe zwischen Müdigkeit und Schizophrenie bestehen, kann nun nicht ohne

weiteres mehr gerüttelt werden. Wie weit die Analogie reicht, welche Bedeutung sie hat, wie im einzelnen Leistungen und Erleben dabei korrespondieren, alles das bedarf freilich noch gründlichster Einzeluntersuchung.

2. daß und inwiefern der Analogieschluß der Psychopathologie wirkliche Gebilde eines einheitlichen Erscheinungsgebietes zum Gegenstande hat;

3. daß und in welcher Weise beschreibbare Verschiedenheiten zwischen einzelnen Erlebnisvarianten des Gesunden bestehen, aus welchen Handhaben für die Analyse verschiedenartiger pathopsychischer Syndrome gewonnen werden können<sup>1)</sup>.

Diese beiden Fragen waren Gegenstand meiner letzten Arbeit zu dieser Frage. Ich möchte gleich betonen, daß die tatsächlichen Ergebnisse dieser Arbeiten noch ungemein lückenhaft sind<sup>2)</sup>, und daß es vor allem noch an genügend breitem empirischen Fundament mangelt. Aber die Beschaffung desselben gelingt leichter, wenn die Richtlinien angedeutet werden können, in denen sie erfolgen kann, und auf die Herausstellung allgemeiner Gesichtspunkte zur Gewinnung solcher Richtlinien kam es mir an. Da diese Gesichtspunkte in meinen bisherigen hierher gehörigen Arbeiten nicht überall klar hervortreten, benutze ich die Gelegenheit, sie an der Hand der dazu gehörigen Probleme näher zu besprechen.

Zunächst: Angelpunkt der von mir angewandten und zu allgemeinerer Verwendung vorgeschlagenen Methode ist der Nachweis, daß Leistungen und Erlebnisse beim Gesunden und Kranken tatsächlich eine vergleichbare allgemeine begriffliche Struktur haben. Nun ist es klar, daß alle Äußerungsformen des Seelischen in einem fundamentalen Merkmal zusammentreffen, nämlich in dem „Zeitgestalten“, gestaltete zeitliche Vorgänge zu sein. Das trifft für gesunde und kranke Leistungen zu. Aber es gilt auch für das seelische Geschehen als inneres Erlebnis, und zwar ganz allgemein, so daß wir die Geltung dieses Momentes für alles fremdseelische Geschehen ebenso behaupten dürfen wie für das eigene. Da taucht sofort die Frage auf, welcher Art denn die hier nachweisbare zeitliche Gestaltung der seelischen Abläufe ist bzw. worin sie sich äußert. Nun war die Zeitgestalt der unter dem Namen „Reproduktions-

<sup>1)</sup> Der Nachweis, daß derartige Verschiedenheiten tatsächlich erlebbar sind, lehrt unzweideutig, daß die Frage nach „funktionalen Ablaufsformen“ überhaupt einen Sinn hat und daß deren Annahme keine unberechtigte heuristische Hypothese ist, sondern durch die Beobachtungen geradezu gefordert wird.

<sup>2)</sup> Das hält mich auch davon ab, schon jetzt einen Vergleich der seelischen Ablaufvarianten des Gesunden mit den von *Kraepelin* herausgestellten Grundregistern zu versuchen. Gewisse Berührungspunkte sind ja unverkennbar. Aber über die Bedeutung vieler Differenzen (z. B. Bewertung paranoischer Syndrome u. a.) ist für die Erlebnisvarianten des Gesunden noch kein richtiges Urteil möglich.

vorgänge“ zusammengefaßten seelischen Ergebnisse schon von *Husserl* gelegentlich behauptet worden. Der jetzt mögliche Fortschritt aber liegt wohl darin, daß in den Erlebnisvarianten noch andere Faktoren der zeitlichen Gestaltung des Seelengeschehens nachweisbar werden, von denen ich zunächst die zeitliche Zustandsform und den zeitlichen „Umlagerungs“vorgang näher charakterisieren konnte, und zwar vorläufig nur an je einem Typus dieser Varianten. Ich halte selbst meine Beschreibung dieser Faktoren noch nicht für völlig stringent bewiesen, aber ich darf darauf hinweisen, daß ihre Sicherstellung von größter Tragweite für die Psychopathologie werden kann, um so mehr als ja die Möglichkeit und, wie ich schon jetzt behaupten darf, Wahrscheinlichkeit besteht, bei näherer Untersuchung nicht nur verschiedenartige Varianten für jeden Faktor nachzuweisen, sondern auch neuer solcher zeitlicher Faktoren habhaft zu werden. Damit würde aber nicht nur für die Psychologie ein neues deskriptives Arbeitsgebiet eröffnet, sondern auch für die Psychopathologie als Hilfswissenschaft der klinischen Psychiatrie ein wesentliches Fundament geliefert. Aufgabe des nach klinischen Ergebnissen suchenden Psychopathologen soll ja immer sein, dem Kliniker Kriterien zur Unterscheidung von verschiedenartigen fremdseelischen krankhaften Vorgängen an die Hand zu geben, und zwar so weit bearbeitet, daß nur gleichartige „funktionale Ablaufsveränderungen“ zusammengestellt wurden, aus welchen der Kliniker nunmehr auf Störungen bestimmter Funktionen schließen kann. Der Schluß auf die Funktionsstörungen wollte nun aber gerade bisher nicht gelingen und deshalb konnten auch die bisherigen Kriterien nicht ausreichend sein.

Nach methodischen Gesichtspunkten betrachtet liegt die Sache wahrscheinlich so: der Psychopathologe benutzt die krankhaften seelischen Äußerungsformen<sup>1)</sup>, Inhalte, Gegenstände usw. als Indikatoren für Veränderungen der zeitlichen Ablaufsformen des seelischen Geschehens. Diese zeitlichen Ablaufsformen aber gerade sind es, welche mit der Tatsache zusammenhängen, daß das individuelle seelische Geschehen unbeschadet seiner sonstigen „geistigen“ Eigenart in die zeitliche Organisation des individuellen Organismus hineingebaut ist, ja als wahrscheinlich darf die Annahme unterstellt werden, daß die Zeitfaktoren gleichsam die Einfallspforte darstellen, von wo aus entsprechende Störungen der Körperorganisation das seelische Geschehen in krankhafter Weise verändern, so daß im allgemeinen aus verschiedener Gestaltung der Veränderung dieser Zeitfaktoren in direkter Weise auf Verschiedenheiten in der Gestaltung der somatischen Störung geschlossen werden darf, was aus den bloßen Inhalten, Gegenständen usw. des Seelenlebens nicht gestattet ist.

---

<sup>1)</sup> Hierzu gehört übrigens auch die Psychologie der Beziehungen.

Mit anderen Worten: Die Zeitfaktoren deuten wahrscheinlich direkter auf die „Funktionen“, die die seelischen Abläufe und Zustände beherrschen, hin als Inhalte usw., und es ist eine naheliegende und schon jetzt aus den Beobachtungen wahrscheinlich zu machende Annahme, daß jeder Zeitfaktor auf mehrere „Funktionen“ hinweist, so daß zur Erzielung eines *zeitlich* geordneten seelischen Ablaufs<sup>1)</sup> eine ganze Reihe von somatischen aus psychopathologischen Tatsachen erschließbare Funktionen vorauszusetzen sind. Ich erinnere daran, daß sich an der zeitlichen Zustandsform die Merkmale der Konstanz, Klarheit, Abgegrenztheit des „einzelnen“ seelischen Erlebnisses aufzeigen lassen und daß diese Merkmale in verschiedenen Erlebnisvarianten unabhängig voneinander variieren.

Der Begriff der Zeitgestalt des seelischen Ablaufes stellt also hier ohne jede metaphysische Hypothese die methodische Verbindungsbrücke her zu den Begriffen der zeitlich-räumlichen Funktionen, deren Untersuchung Aufgabe der rein naturwissenschaftlichen Hilfsdisziplinen der Psychiatrie ist. Es ist wohl möglich, sich im allgemeinen vorzustellen, daß einer bestimmten beschreibbaren Veränderung der Zeitgestalten des seelischen Ablaufes ein bestimmter Hirnbefund als korrelierender Ausdruck einer definierbaren Hirnfunktionsstörung usw. entspricht, während das von den jetzigen psychopathologisch hinsichtlich ihrer funktionalen Abläufe noch ununtersuchten Syndromen auch im allgemeinen nicht so leicht vorstellbar ist.

Nun wies ich oben darauf hin, daß wir vor allem mehr beschreibbare Indikatoren aus dem seelischen Geschehen brauchen, aus welchen Schlüsse auf die funktionalen Ablaufsformen und daraus auf mögliche Funktionen unter hier nicht näher zu erörternden, weil allgemein methodischen, Kautelen statthaft sind. Auch hier eröffneten meine Untersuchungen vorläufig mehr Ausblicke, als daß sie tatsächliche Ergebnisse lieferten. Es treten als neue Indikatoren neben anderen jene Weisen des Zumuteseins auf, vor allem aber bekommen die Symptome der Krankheiten eine andere methodische Stellung. Sie sind nur noch Anzeichen für gewisse allgemeine seelische Ablaufsformen und müssen genauestens erst noch daraufhin untersucht werden, auf welche funktionalen seelischen Abläufe sie denn hinweisen. Dazu gehören aber viel genauere Symptomstudien, als sie heute noch in der Psychiatrie üblich sind, außerdem aber, ehe man zu Schlüssen übergehen kann, ebensolche Untersuchungen der Symptome der entsprechenden Varianten des gesunden Geschehens mit den gleichen Methoden und Prüfung der jeweiligen Vergleichbarkeit beider Reihen. Erst wenn hier ein breiteres Fundament geschaffen ist, kann die Frage in Angriff genommen werden,

<sup>1)</sup> Streng zu scheiden vom „logisch“, „normativ“, „inhaltlich-gegenständlich“ geordneten „geistigen“ „Zusammenhang“.

welche der so untersuchten Erscheinungen denn nun nicht bloß Anzeichen für irgendwelche funktionalen Abläufe, sondern darüber hinaus für krankheitstypische oder krankheitsspezifische Abläufe sind.

Nun aber kann meiner Meinung nach diese methodisch genügende und systematische Symptomforschung mit Erfolg erst betrieben werden, wenn die jetzt üblichen psychologischen Anschauungen einer gründlichen Revision unterzogen sind. Ich muß mir die eingehende Diskussion der hier auftauchenden Fragen für günstigere Umstände aufsparen und kann nur die Bemerkung anfügen, daß keine der bisherigen Psychologien zur Beantwortung der wichtigsten Fragen ausreicht, auch die Aktpsychologie *Husserls* und *Natorps*, die Denkpsychologie *Hönigswalds* und die Gestaltpsychologie nicht, sondern daß die Psychopathologie sich die leitenden Gesichtspunkte aus ihrem Formengebiet selbst wird herausarbeiten müssen, weil ja alle Normalpsychologie die eigentümlichen Abläufe des varianten und kranken Seelenlebens nicht leicht in Rechnung zu stellen gewohnt ist.

In dieser Stellungnahme bestärken mich noch folgende Gründe: Wirkt an der Gestaltpsychologie das häufige Übertragen psychologischer Tatbestände in physiologische Begriffsbildungen befremdlich, so läßt die neuere allgemeine Denkpsychologie an einem für die Psychiatrie sehr wesentlichen Punkte im Stich: Es darf als Gesamtergebnis der letzten 25 Jahre psychopathologischer Forschung gebucht werden, daß die Assoziationspsychologie zur Analyse von Denkstörungen Geisteskranker nicht ausreicht. Die neuere allgemeine Denkpsychologie hat uns die methodischen Gründe für dieses Versägen in der „Einheitsform der Beziehung“, „der seelischen Ganzheitsform“, kürzer in der transzendentalen Synthesis a priori *Kants* dargelegt. Indem sie das aber tat, scheint die Möglichkeit einer Analyse der Denkstörungen überhaupt zu entschwinden. Ich erinnere an die Konsequenzen, die *Hönigswald* andeutet. Nun ist aber eine unbestreitbare Tatsache, daß die Denkstörungen der Geisteskranken keineswegs so gleichartig sind, daß es möglich wäre, sie ohne weiteres untereinander zu identifizieren (z. B. Schizophrenie — Paralyse — Senile Demenz u. a.) und aus diesem Grunde kann auch die Psychiatrie auf eine Analyse dieser Denkstörungen nicht verzichten. Solcher Verzicht verstieße gegen ein methodisches Postulat, da er ja erst gültig sein kann, wenn aus positiven Gründen die Verschiedenheit der Denkstörungen geleugnet oder ihre Identität behauptet werden kann. Für beides liefert nun das allgemeine Ergebnis der allgemeinen Denkpsychologie in seiner heutigen Form ebensowenig einen Anhaltspunkt wie die Assoziationspsychologie, woraus ja die Abneigung mancher Psychiater gegen diese Psychologie zu resultieren scheint. Das ist in Umrissen eine ganz unmögliche Situation. Denn allgemeine philosophische Ergebnisse können dann noch

nicht völlig scharf gefaßt sein, wenn sie der Klärung realer Probleme konkreter Einzeldisziplinen entgegenstehen. Entweder sie sind falsch — dagegen spricht der seit *Kant* immer klarer hervortretende a priori sche Charakter der Einheit der Beziehung, als der Fundamentalbegriff der Lehre vom Begriff des „Psychischen“ —, oder sie bedürfen einer Ergänzung. Und das scheint mir bei der methodischen Gesamtlage der richtigere Weg zu sein, diese notwendige Ergänzung der allgemeinpsychologischen Resultate durch eine neuerliche vorurteilslose Erforschung des seelischen Geschehens in einer für die realen psychopathologischen Probleme förderlichen Weise zu leisten.

Wichtigstes Erfordernis dabei scheint mir das Studium der Beziehungen zwischen Änderungen der formalen seelischen Abläufe und Inhalts- und Gegenstandsbildungen zu sein, welches allein die Handhaben zur näheren Charakterisierung der hier nur entfernt angedeuteten Probleme liefern kann. Die begriffliche Unterscheidung von Vollzugs- und zeitlicher Ablaufsform des einzelnen Inhalts von seiner gegenständlichen Bedeutung und Beziehungsverknüpfung, die aus meinen Untersuchungen ableitbar ist, ist vielleicht ein erster Anhaltspunkt für weiteres Vorgehen.

Es ist ja ein in seiner fundamentalen Tragweite von der Psychiatrie im allgemeinen noch zu wenig gewürdigtes Ergebnis der neueren Psychologie (welches sich übrigens nicht aus einer Zeitströmung, sondern seit *Leibniz* stetig fortschreitend entwickelt hat), daß der Gegenstand dem Akt, dem Gedankenvollzug transzendent ist. *Husserl* hat nun geglaubt, dem Gegenstandsbegriff einen Inhaltsbegriff gegenüberstellen zu können, der sein reinstes Beispiel in der Empfindung findet, welche auch bei *Husserl* noch als Ergebnis einer direkten Funktionswirkung aufgefaßt wird. Für uns ist nun an der in diesem Punkte zwischen ihm und *Natorp* bestehenden Kontroverse nur das von Interesse, daß *Natorp* mit guten, wenn auch nicht ganz einwandfreien Gründen auch die Relativität der Unterscheidung von Denkgegenstand und Empfindung, von Gegenstand und Inhalt, ja von Subjekt und Objekt ganz allgemein behaupten kann, daß also *Husserls* Standpunkt nicht unbestreitbar ist<sup>1)</sup>. Wir würden also auch die „Empfindung“ und ganz allgemein jede Form der „Anschauung“ als der Funktion transzendent ansehen können, wenn sich dafür Gründe beibringen lassen. Für *Husserl* lag hier eine Schwierigkeit insofern, als sein Aktbegriff nur die Tatsache der Beziehung überhaupt ausdrückt. Eine solche Beziehung aber ist bei der Anschauung, besonders für die Empfindung nicht in gleicher

<sup>1)</sup> Man vergleiche hierzu auch *Hoenigswalds* Ausführungen über Gestalten (Grundlagen der Denkpsychologie, 1. Aufl.) und die gerade zu dieser Teilfrage nicht uninteressanten Darlegungen *Wundts* in der Experimentalpsychologie der „Vorstellungsvorgänge“. Weiter *Stumpf* u. a.

Weise erweislich als für die Gegenstände. Die Situation wird anders, wenn die „Akte“ als von bestimmter beschreibbarer und erlebbarer Vollzugsweise charakterisiert werden können; dann gibt es auch eine Vollzugsweise von Inhalten (Anschauungen, Empfindungen) und von diesem, der konkreten seelischen Wirklichkeit entnommenen, aus den Veränderungen der Vollzugsweisen erschlossenen Aktbegriff (= bestimmte Vollzugsweise des Aktes der Beziehung) aus ist auch der Inhalt dem Akt, nämlich der Vollzugsweise und da diese die Funktion anzeigt, auch der Funktion transzendent: Ich kann eben „dieselbe Anschauung“, „dieselbe Empfindung“, dieselben Inhaltsgestalten in recht variablen „formalen“ Vollzugsweisen erleben<sup>1)</sup>.

Ordnen sich so die vorläufigen Ergebnisse meiner Untersuchungen in größere Zusammenhänge allgemein und speziell psychologischer Probleme ein, ohne sie freilich vorläufig entscheidend zu fördern, so scheinen sie mir auch für bestimmte allgemein und speziell psychiatrische Fragen nicht ohne Bedeutung zu sein.

Zunächst einmal dadurch, daß durch den Nachweis einer weitgehenden Analogie zwischen organisch-krankhaftem und variantem gesunden seelischen Geschehen die Grenze zwischen Gesund und Krank in der Psychiatrie noch an einer anderen Stelle verwischt wird als durch die Psychopathien und sog. funktionellen Psychosen. Nun läge es ja nahe, die Labilität des gesunden seelischen Geschehens, die sich hier in einer noch ganz ungewürdigten Fülle verschiedenster formaler Abläufe aufzeigen läßt, zum Ausgangspunkt biologischer, etwa pathogenetischer Erwägungen zu machen, z. B. etwa die Neigung zur Labilität in bestimmter Richtung als dispositionellen Faktor in der Richtung der kompletten Psychose zu werten (anscheinend hat *Storch* in einer neueren Arbeit einen ähnlichen Gedanken im Sinn). Doch halte ich das noch für so lange verfrüht, als wir noch ganz im Anfange des Studiums dieser Analogien stehen und daher ihren Geltungswert für spezielle Probleme weder der Psychopathologie, geschweige denn der Ursachenlehre gar nicht abschätzen können. Die Bedeutung dieser neuen breiten Berührungsfläche zwischen gesund und krank liegt vielmehr in folgenden neuen methodischen Problemen: 1. Da es sich auch um Analogien zwischen gesunder Labilität und organisch krankem Seelenleben handelt, kann die Scheidung, die man da aufzustellen sich gewöhnt hat, in der heute behaupteten Form nicht zutreffen, und es muß gezeigt werden, ob und inwieweit sie aufrechterhalten werden kann.

2. Aber muß gezeigt werden, ob und in welcher Beziehung etwa die beiden Berührungsflächen in ausschlaggebenden Merkmalen unter-

<sup>1)</sup> Jene stehen dann den „geistigen“ Gebilden der Gegenstände und Gegenstandsbeziehungen nahe und sind von den konkreten Ablaufsformen, in denen sie sich konstituieren, streng zu scheiden.



scheidbar sind, ob also die Beziehungen zwischen gesund und psychopathisch andere sind als zwischen gesunden Erlebnisvarianten und organischer Krankheit. Diese Frage kann nur entschieden werden durch den Nachweis der tatsächlichen funktionalen Abläufe in den verschiedenen Formen seelischen Geschehens. Wir stehen hier vor der Aufgabe, der Untersuchung der funktionalen Abläufe auch im Gebiet des wachen gesunden und psychopathischen Seelenlebens die Wege zu ebnet<sup>1)</sup>.

Dabei ist durch den Nachweis, daß diese funktionalen Abläufe sowohl im gesunden Vollwachen als auch im varianten Erleben dem Begriff der Zeitgestalt unterzuordnen sind, eine allgemeine Richtung angegeben, in der die Lösung der Aufgabe ermöglicht werden könnte.

Nun unterstützen die Tatsachen nicht ohne weiteres die scharfe prinzipielle Unterscheidung zwischen organisch krankem und funktionell krankem Seelenleben, wie sie z. B. von *Bumke* gemacht wird. Hier zeigt sich vielmehr die Möglichkeit, beide Psychosengruppen unter einheitlichen Gesichtspunkten zu betrachten, von denen aus die sicher vorhandenen Unterschiede zwar nicht gezeugnet oder verwischt werden, aber doch als relative und nicht als prinzipielle erscheinen.

Wir wissen ja eben gar nicht, ob das Seelengeschehen bei den sog. funktionellen Psychosen dem des Gesunden wirklich auch nach seinem funktionalen Ablauf gleichartig ist, und ob andererseits die funktionalen Abläufe beim Organiker so prinzipiell vom Gesunden unterschieden sind. Vom Standpunkte der Analogie zwischen Erlebnisvariante und organischem Geschehen ist auch die Auffassung möglich, daß es sich dabei nur um verschiedenartig strukturierte und von den gesunden Abläufen sich mehr oder minder weit entfernende, aber ihrem begrifflichen Wesen nach gleichartige (sämtlich dem Begriff der Zeitgestalt unterworfenen) Störungen handelt.

Wir sehen auch hier, wie es sich nötig macht, überall die Frage nach dem funktionalen, formalen Ablauf des Seelengeschehens aufzuwerfen. Wir werden seelische Äußerungen gleichviel welcher Art nur dann als wirklich wesensgleich auffassen dürfen, wenn man sie mit eindeutigen Kriterien auf gleichen seelischen formalen Ablauf beziehen kann<sup>2)</sup>.

Der Schluß vom Gegenstand und Inhalt und der Gegenstands- und Inhaltsbeziehung auf die Funktion direkt erwies sich, wie wir sagten, als methodisch ungenügend und bringt daher nicht ausreichend sichere

<sup>1)</sup> Von ganz besonderer Bedeutung für die Prüfung aller dieser Fragen scheint mir die Auswertung der durch Arzneimittel beim Gesunden hervorzurufenden Erlebnisvarianten. Bisher wurden nur Leistungen, Gegenstände, Inhalte (und letztere erst neuerdings) genauer geprüft. Eine Wendung zu funktionaler Betrachtungsweise bedeuten die Untersuchungen von *Mayer-Groß* und *Stein*.

<sup>2)</sup> Diesen Ablauf aber kann man nicht aus bloßen Inhalts- und Gegenstandsverknüpfungen bzw. deren formaler Struktur rekonstruieren.

Ergebnisse. Somit werden wir als ein besonderes Fragegebiet der Psychopathologie im Auge behalten müssen die Lehre von der Formbedeutung und formalen Substituierbarkeit der verschiedenen seelischen Äußerungen und gerade die nach der gegenseitigen Vertretbarkeit der seelischen Äußerungen ist von besonderer Bedeutung; denn als „Symptome“, mithin als materiale Glieder klinisch-psychopathologischer Schlüsse treten ja recht verschiedene Gestaltungen auf: elementare Bewegungen, Ausdrucksbewegungen, Handlungen, sinnlose, unsinnige, sinnwidrige, sinnvolle Kundgaben, akustisches Gesamtbild und akustische Teilgestalten von Reden und sonstigen stimmlichen Äußerungen, intellektuelle Leistungen, gemessen an gewissen Normen, Angaben des Kranken über sein eigenes Innenleben, Gesamthaltung des Kranken. Kurzum alles, was man heute naiv als gegenseitig vertretbar ansieht, was aber doch noch hinsichtlich seiner Wertigkeit und Einzelgestaltung genau untersucht werden muß. Es steht hier in Frage der Anzeichenwert unserer Symptome, und zwar noch nicht für die Krankheiten, sondern erst für das pathopsychische funktionale Geschehen, das sie anzeigen. Dieses wieder erst zeigt in seinen verschiedenen Gestaltungen die Krankheiten an. Z. B. die katatonen Symptome: Krankheitszeichen pathognostischer Bedeutung sind sie nicht. Sind sie aber auch Anzeichen für gleiches pathopsychisches Geschehen? Eine Lösung behauptet es, die, welche ohne das kranke Seelenleben auskommt, die neurologische Betrachtungsweise; sonst scheint man sich wenig Gedanken darüber zu machen. Oder sind „manische“ Symptome bei Schizophrenen wirklich Anzeichen für „manisches“ krankes Seelengeschehen in der Schizophrenie? Daß sie nicht immer Anzeichen für manische Krankheit sind, weiß man, mehr nicht. Aber die Lehre von der Entstehung manisch gefärbter Schizophrenien nimmt dogmatisch die Lösung, freilich nicht in präziser Formulierung, vorweg. Sind „Halluzinationen“, ja sind Illusionen, Pareidolien usw. immer Anzeichen gleicher seelischer formaler Abläufe? Gibt es etwa hinsichtlich der funktionalen Formen ganz verschiedene Arten von Halluzinationen des gleichen Sinnesgebiets (was *Schröder* kürzlich erst wieder wahrscheinlich gemacht hat durch Hinweis auf die Verschiedenartigkeit der Syndrome, in denen halluziniert wird), so wie es wahrscheinlich ganz verschiedene krankhafte Abläufe gibt, denen allen das Merkmal der Bewußtseinstörung gemeinsam ist. Daß die Bewußtseinstörung wirklich beim Epileptiker, Deliranten, symptomatisch Psychotischen, Senilen, Paralytiker, Hirntumor und gar beim Manisch-Depressiven Anzeichen für dieselben krankhaften seelischen Ablaufsformen ist, hat niemand bewiesen. Bewiesen ist nur die Gleichartigkeit gewisser Äuße-

<sup>1)</sup> Vom Hysteriker ganz zu schweigen. Man vgl. dazu *Mayer-Groß'* oneiroiden Symptomenkomplex.

rungsformen. Wodurch sie differenziert werden können, welcher Art die feineren Anzeichen sind, die innerhalb der groben Gemeinsamkeiten erst auf das eigentliche Geschehen hinweisen, wie man sie definieren kann, um Anhaltspunkte zu erhalten, die uns die Unterscheidung erlauben, scheint gerade die noch zu lösende Aufgabe.

Nun befragen wir einmal die Erfahrung des Gesunden, die vorläufig noch nicht direkt auf die Beurteilung des Kranken übertragen werden darf, sondern vorerst vielmehr zur Gewinnung brauchbarer Problemstellungen dienen soll: Man erwacht in der Nacht, etwa plötzlich aus dem Schlaf geschreckt und findet sich total desorientiert; man hat den Eindruck eines schwachen Lichtscheins an einem verschwommenen Gebilde, das ebensogut ein Fenster wie eine Tür sein kann; man ist aber nicht imstande, auch nur eine einzige Richtung anzugeben oder man erlebt die Richtungen um 180° gedreht; man ist völlig aus der Zeit gerissen; man wird gefragt, was ist denn los, aber man ist sich so wenig klar über die Situation, daß man auch diese Frage nicht beantworten kann, ja mehr noch, es passiert einem, daß selbst der eigene Name keinen Widerhall mehr in einem findet, oder man gibt eine ganz falsche Antwort. Wir haben alle Bestandstücke der Bewußtseins-trübung: örtliche, zeitliche, teilweise persönliche Desorientierung, mangelhafte Auffassung (beweisend sind hier akustische, weil nicht von den äußeren Helligkeitsbedingungen beeinflusste Eindrücke) und beziehungslose Antworten.

Oder wir sind fieberhaft erkrankt: Leicht dösend und duselnd liegt man da, man vermag auch nicht Orientierungsfragen zu beantworten usw. — ich brauche mich da mit dem Nachweis, daß man hier von Bewußtseins-trübung im psychiatrischen Sinne gut reden kann, nicht aufzuhalten.

Und doch sind für das Erleben beide Zustände so grundverschieden, daß man eben, wenn man nur die Außenseite in herkömmlicher Weise beschreibt, das Wesen der Störung unmöglich erfassen kann. Eben darum aber müssen wir fordern, daß derselbe Gesichtspunkt auch auf die anderen Psychosen übertragen werde, ehe man den „Symptomen“ immer den gleichen Anzeichenwert für seelische Abläufe zuspricht. Nun fragt sich, wie wir denn am Symptom überhaupt je Anzeichen entdecken können, die uns über die groben Klassifizierungen hinausführen. Dazu bieten allerdings selbst die „objektiven“ Symptome eine Handhabe und die Lehre von der „Form“ dieser Symptome ist ein wichtiger Teil der Klinik. Wir brauchen nur, um wieder im Gebiet dem Gesunden entnommener Erfahrungen zu bleiben, *Kraepelins* Beobachtungen über die Traumsprache heranzuziehen. *Kraepelins* tatsächliche Befunde sind weder der schizophrenen Inkohärenz noch der Aphasie ganz gleich, auch kein bloßes Gemenge derselben, sondern stellen hinsichtlich ihrer

„Form“ eine Erscheinung für sich dar, deren Kennzeichen allerdings vorerst nur ganz undeutlich erfaßbar sind<sup>1)</sup>). Auch die paralytische demente Gesamtleistung ist niemals ganz der des Arteriosklerotischen gleich. Das Wesen dieser Unterschiede, ihre Bedeutung gilt es eben herauszuheben, sich also einmal auf neue Abstraktionsgesichtspunkte umzustellen, ohne die feststehenden Gleichheiten oder Ähnlichkeiten zu leugnen.

Wenn wir dabei immer in der oben näher schon erläuterten Gliederung des notwendigen Analogieschlusses und seinen Kautelen auf das variante gesunde Erleben Bedacht nehmen, so haben wir in der Anschaulichkeit dieses eigenen Erlebens ein wertvolles Kriterium zur Erkennung wesensmäßig zusammengehöriger Leistungen und Äußerungen des Kranken. Z. B. wenn uns das Einschlafelerbnis das Syndrom Gedankenentschwinden, hypnagoge Halluzinationen von besonderem Charakter, Gedankensubstitution, Inkohärenz, seelisches Insichversinken, Affektmattheit zeigt, so haben wir im eigenen Erleben die wesensmäßige Zusammengehörigkeit von Gedankenentziehung, Halluzination, Zerrfahrenheit, Autismus, Affektstumpfheit anschaulich erlebt, ganz abgesehen davon, daß dabei über Art der Affektverödung, Art der Halluzination u. a. wesentlich eingehendere Fragestellungen möglich werden als bisher.

Und was hier für die Schizophrenie belegt wurde, das bedarf eben auch der Anwendung auf die übrigen Psychosen. Wir werden dabei nämlich erst auf die feineren Unterschiede der Symptome aufmerksam, die es dann in systematischer Arbeit an breitem Material als durchgängig sicher zu stellen gilt, deren Vergleichbarkeit zwischen Gesund und Krank eingehend festgestellt werden muß und so fort in der oben dargelegten Weise<sup>2)</sup>).

Diese Bemerkungen über das Kriterium, daß nur die pathopsychischen Erscheinungsgruppen als wesensmäßig zusammengehörig angesehen werden sollen, deren Analoge in den Kernsyndromen gleichartiger Gruppierung im varianten gesunden Erleben nachgewiesen sind, enthalten ein wesentliches Regulativ gegen etwa zu befürchtende Spekulationen in dieser Richtung.

<sup>1)</sup> Wie wenig wir noch in der Erfassung derartiger Formen geübt sind, zeigt die Tendenz zur Nivellierung der Unterschiede zwischen Aphasien und Inkohärenzen, extrapyramidalen und schizophrenen Bewegungen u. a. m.

<sup>2)</sup> Ich lege gerade auf die in der Gliederung der von mir geübten Methode mögliche ständige Kontrolle der einen durch die andere Erscheinungsreihe, sei sie nun leistungsmäßig, ausdrucksmäßig, phänomenologisch untersucht, besonderen Wert, weil sie eine Kontrolle des Untersuchungsergebnisses ermöglicht, welche in der gegenseitigen Kontrolle von klinischem Syndrom und anatomischem Befund ihr methodologisches Analogon findet. Bloße „Intuitionen“ und „Philosopheme“ haben da keine Stelle.

Es ist nämlich vorauszusehen, daß so wie die Zahl der echten psychiatrischen Krankheiten auch die Zahl der Erlebnisvarianten des Gesunden endlich begrenzt ist, und es ist, ehe das nicht besonders untersucht wurde, vorauszusetzen, daß sich beide Reihen in ihrer Zahl nicht decken, wobei ich, wie immer, bei solchen Erwägungen den ungünstigen Fall als gegeben ansehe, nämlich, daß die Zahl der Erlebnisvarianten geringer ist als die Zahl der bekannten und der noch zu entdeckenden Psychosen. Dann soll das genannte Erfordern davor bewahren, nun die Zahl der vorhandenen Erscheinungen durch spekulative Kombination ihrer Einzelmerkmale zu vergrößern und nun wieder, wenn auch mit anderen Bildern, konstruktive Grundsymptome nach Art der Schaltschwäche aufzustellen. Es soll eben hier die wahrscheinliche Grenze der von mir bisher benutzten Methode (nicht der Gültigkeit der mit dieser Methode zu eröffnenden Probleme) abgesteckt und gleichzeitig diese Grenze bei der hoffentlich kommenden Durchführung weiterer Psychosen immer im Bewußtsein der Untersucher gehalten werden. Es wäre ja möglich, daß wir sehr bald auf im ärztlichen Sinne psychotische Kernsyndrome<sup>1)</sup> stoßen, für deren Gruppierung wir im seelischen Leben des Gesunden kein Analogon finden<sup>2)</sup>.

Stellen wir auf diese Weise den Anzeichenwert der Elementarsymptome fest, so kommen wir zu engeren oder weiteren Syndromen, welche uns wie die analogen Erlebnisweisen des Gesunden auf spezifische Funktionsänderungen hinzuweisen scheinen. So wie ich eben Schizophrenie und Einschlafenerlebnis als Sonderfälle von Störungen im Bereich der zeitlichen Zustandsform zu kennzeichnen versucht habe. Es ist vorauszusetzen, daß die Zahl der funktionalen Ablaufsfaktoren, von denen wir erst drei kennen, geringer ist als die Zahl ihrer überhaupt möglichen Störungen, daß es also entweder qualitative Unterscheidungen zwischen verschiedenen Arten von Störungen je eines seelischen Zeitfaktors oder Unterscheidungen von verschiedenen Ansatzpunkten der Störungen an dessen Wirkungsbereich oder beides zu treffen gilt, ebenso wie die Möglichkeit im Auge behalten werden muß, daß quantitative Unterschiede in der gleichen Störung des gleichen Zeitfaktors auf das seelische Gesamtgeschehen von qualitativ verschiedener Auswirkung sind. Außerdem aber werden wir voraussehen dürfen, daß nun diese verschiedenwertigen Störungen des gleichen Faktors sich mit verschiedenwertigen Störungen anderer in wechselnder Weise kombinieren können.

Auf diese Weise ergibt sich die Möglichkeit einer Klassifizierung der

<sup>1)</sup> Nur um solche kann es sich handeln, nicht um die volle syndromatische Komplexität eines Zustandsbildes, welche vielmehr von ganz anderer Struktur ist.

<sup>2)</sup> Die Sachlage würde etwas anders, wenn es gelänge, spezifische Kriterien für die verschiedenen Arten von funktionalen Ablaufsstörungen festzustellen.

varianten Erscheinungen des Gesunden und eine analoge Klassifizierung der psychotischen Syndrome nach rein psychopathologischen Gesichtspunkten.

Nun fragt es sich, ob wir denn Handhaben besitzen, um das gesunde variante Erleben vom krankhaften Geschehen genügend scharf begrifflich und in der Erscheinungsweise abgrenzen zu können<sup>1)</sup>. Diese existieren gewiß für die Schizophrenie, die ja allein bisher untersucht wurde. Wir werden trotz aller Ähnlichkeiten und Analogien das schizophrene Seelenleben dem des einschlafenden Gesunden nicht völlig gleichsetzen dürfen, nicht allein, weil das Einschlafelerlebnis passager ist, die Schizophrenie nicht (was ja das Hereintragen biologischer Gesichtspunkte bedeuten würde), sondern auch weil der Schizophrene nach allen zur Verfügung stehenden direkten Angaben Schizophrener über ihr Innenleben seine Erlebnisse nicht so undeutlich hat als der einschlafende Gesunde. Das ist wahrscheinlich mehr als ein bloß gradweiser Unterschied, denn auch der am schwersten inkohärente Schizophrene ist noch sozusagen prägnanter in seinem Erleben als der Einschlafende; ob es sich hier aber um einen Unterschied des Ansatzes am Wirkungsbereich des zeitlichen Zustandsfaktors seelischen Geschehens handelt oder um andere qualitative psychopathologische Unterschiede, das müssen wohl erst weitere Untersuchungen ergeben.

Nun setzen wir aber einmal gegen die Wahrscheinlichkeit den Fall, es handle sich doch nicht um derartige qualitative pathopsychische Unterschiede, sondern man könne nur wahrscheinlich machen, daß die Psyche des Schizophrenen durch das Merkmal einer größeren Deutlichkeit der seelischen Vorgänge vom Müdigkeitserleben im Sinne eines einfachen quantitativen Unterschiedes der Ablaufsstörung unterschieden werden könne. So hätten wir doch wieder — wird man sagen können — die Reaktionstypen; denn wieder hätten hier vorauszusetzende verschiedene Schädlichkeiten gleiche qualitative seelische Abläufe zur Folge gehabt. Und doch stimmt dieser Einwand nicht ganz.

Zunächst stellen wir fest, daß die möglicherweise dann, wenn erst einmal wirklich alle die hier erörterten unumgänglichen Probleme gelöst sein sollten, herauskommenden Reaktionstypen unvergleichlich viel besser psychopathologisch gesichert wären als die heute behaupteten, und daß sie sich material mit ihnen und den nur in groben Umrissen nicht anfechtbaren Registern *Kraepelins* nicht decken werden.

Sodann stellen wir fest, daß hier eine der berechtigten Wurzeln des Begriffs der Reaktionstypen faßbar wird. Da die Funktionen jedes Organs endlich begrenzt sind, kann es nicht auf eine möglicherweise unendliche Mannigfaltigkeit von einwirkenden Schädlichkeiten mit im-

<sup>1)</sup> Die folgenden Erwägungen lassen sich mutatis mutandis wahrscheinlich auch auf andere Psychosen als die Schizophrenie im Prinzip übertragen.

mer neuen Elementarsymptomen reagieren. Das Gehirn so wenig wie die Niere. Trotzdem redet niemand von Reaktionstypen der Niere, obschon auch hier immer wieder Hämoglobinurie, Albuminurie, Störungen der Urinmenge und chemischen Zusammensetzung usw. bei einer großen Zahl von Nierenkrankheiten sich überschneiden oder gar decken. Sondern man erschließt die Krankheit aus der im Quer- und Längsschnitt des Krankheitsverlaufs sich ergebenden Gruppierung der auf das genaueste nach Erscheinungsform und Erscheinungsbedingungen, Wandlungsmöglichkeit und Vertretbarkeit untersuchten einzelnen Elementarsymptome.

In der Psychiatrie aber sagt man: Wir haben eine bekannte Reihe von Symptomen. Diese sind überall qualitativ gleich. Also gibt es keine psychopathologischen Krankheitseinheiten im medizinischen Sinne. Gegen den Schluß *Bonhoeffers* und anderer Autoren hat ja *Kraepelin* schon eingewendet, daß man bestrebt sein müsse, den Verlauf z. B. der sy. Psychosen und die dabei auftretenden Umschichtungen der Symptomgruppierungen zur Diagnose der Schädlichkeit heranzuziehen. Der Gedanke ist aber in ausreichendem Maße noch gar nicht durchgeführt, und zwar weder für die sy. Psychosen noch für irgendwelche andere. Vorläufig existieren doch darüber nur sehr summarische Untersuchungen. Aber abgesehen davon hat ja die Psychiatrie noch gar nicht genügend untersucht, ob ihre Symptome überall gleichartig und gleichwertig und ob schon alle für die Funktionen ihres Organs möglichen Symptome erfaßt sind.

Dann erst, wenn wir mit Sicherheit sagen können, daß auch die Bearbeitung dieser Probleme in irgendeinem Falle nicht zu ursachenspezifischen Syndromgruppierungen in Längs- und Querschnitt geführt hat, und wenn in jedem speziellen Falle ausgeschlossen werden kann, daß es Einrichtungen gibt, welche anscheinend divergent wirkende Schädlichkeiten in ihrer Wirkungstendenz auf das Gehirn gleich richten<sup>1)</sup>, dann dürfen wir sagen, daß die Lehre von den Reaktionstypen auch für die symptomatischen Psychosen als aus allgemeinen Gründen wahrscheinlich angesehen werden darf. Wie weit wir aber davon entfernt sind, das eben lehrt die Fülle von Fragestellungen, die sich uns auf dem Wege zur Prüfung der Berechtigung des Begriffs der Reaktionstypen bisher ergeben hat.

Immerhin: die Möglichkeit, daß in einem Teil der Psychosen tatsächlich es nur Reaktionstypen auch für die zukünftige Psychopathologie geben könne, besteht eben aus dem Grunde, weil auch das Gehirn wahrscheinlich wie in seinen Funktionen, so auch in der Möglichkeit endlich begrenzt ist, diese Funktionen auf einwirkende Schäden

<sup>1)</sup> Und wie sehr muß diese Möglichkeit gerade für das Gehirn in Rechnung gezogen werden.

pathologisch abzuändern. Trotzdem bleibt der medizinische Begriff der Krankheitseinheit, gleichviel wie man ihn nun definieren mag, auch für die Psychiatrie gültig; wird genau wie für die somatische Medizin immer nur für einzelne Krankheiten völlig empirisch erfüllt sein. Die letzte mögliche Definition des Begriffs der Krankheitseinheit als der in einer deskriptiven Definition zu gebenden Zusammenfassung aller Bedingungen, welche in einem gegebenen Falle aus zahlreichen mit differenten Methoden gewonnenen, korrelierenden Erscheinungsreihen einwirkende Schädlichkeit, pathologische Funktionsänderung und (klinische, anatomische usw.) Äußerungsform derselben als Ausdruck strengster einheitlicher Gesetzmäßigkeit begreifen lassen — die Erfüllung dieses Begriffs bleibt gewiß ein Ideal, aber auch ein Postulat. Der Begriff der Reaktionstypen stellt dagegen nur die Zusammenfassung aller methodischen und materialen Bedingungen dar, welche bei der Aufstellung von Krankheitseinheiten berücksichtigt bzw. ausgeschieden sein müssen<sup>1)</sup>. Er steht so als ein Regulativ am Wege der nach ihrem Ideal marschierenden Krankheitsforschung, aber nicht als ihr Ziel, ist die Warnungstafel vor möglichen Irrwegen, nicht der Weg selbst, er ist methodologisches, aber nicht wie der der Krankheitseinheit sachliches Postulat.

Nehmen wir noch einmal die Psychosen, von denen der Begriff der Reaktionstypen seinen Ausgang genommen hat, als Beispiel, so werden wir nunmehr auf dem jetzigen Stand unserer Überlegungen sagen:

Es ist möglich, daß *Bonhoeffer* recht hat. Aber ehe wir es als bewiesen ansehen können, so daß wir mit der Existenz von Reaktionstypen bei einer (!) speziellen Psychosengruppe rechnen können, werden wir verlangen müssen:

1. den Nachweis, daß alle überhaupt möglichen Elementarsymptome dieser Psychosen tatsächlich bekannt sind;

2. den Nachweis, daß alle „zufälligen“ individuellen und generellen (sekundären) Erscheinungen des Zustandsbildes von diesen Elementarsymptomen mit Sicherheit unterschieden werden können, so daß eindeutig die Wertigkeit jedes Zuges der Gesamtpsychose begrenzt werden kann.

3. den Nachweis, daß nicht nur die Äußerungsformen der sy. Psychosen, sondern auch die ihnen zugrunde liegenden Veränderungen der seelischen funktionalen Ablaufsformen, erschlossen aus eindeutigen psychopathologischen Kriterien, tatsächlich gleichgesetzt werden dürfen.

4. den Nachweis, daß auch Längs- und Querschnitt des ganzen Krankheitsverlaufs in keiner Weise irgendwelche Unterscheidungen ermöglichen;

---

<sup>1)</sup> Hierzu gehört die methodisch zweckmäßige Voraussetzung von der wahrscheinlich auch für jede zukünftige Pathopsychologie geltenden endlichen Begrenztheit der Zahl der Elementarsymptome bzw. Syndrome.



5. den Nachweis, daß diese Symptom- und Verlaufsgleichheit nicht auf Momente zurückgeführt werden kann, welche die differenten Schädlichkeiten vor oder bei Einwirkung auf die sich als gestört zeigende Funktion in ihrer Wirkungstendenz gleichrichtet.

6. den positiven Nachweis, daß hier tatsächlich differente Schädlichkeiten bei Einwirkung auf die gleiche Grundfunktion gleichartige Störungsformen dieser Funktion hervorgerufen haben, und daß der Schluß von der den Symptomen zugrunde liegenden Störung der funktionalen Ablaufsweise des seelischen Geschehens auf die entsprechende dazugehörige Funktion unter Zuhilfenahme aller empirischen Wege in einer jeden Zweifel ausschließenden Weise erfolgt ist. Diese Bedingung ist notwendig, da ja der Schluß von den Störungen auf die normale Funktion unsicher ist<sup>1)</sup>.

Soweit die Psychopathologie an dieser Arbeit beteiligt ist, haben wir nun unsere Erwägungen noch ein Stück weiterzuführen. Wir haben versucht, die möglichen bzw. wahrscheinlichen Grenzen des Anwendungsbereichs der Analogiemethode in der Psychopathologie näher zu bezeichnen und betont, daß sie erstens methodischer Natur sind, insofern wirklich beschreibende Forschung nur dann mit ihr getrieben werden kann, wenn die tatsächliche Analogie zwischen Erlebnisvarianten und pathologischem Syndrom in den entscheidenden Teilerscheinungen nachweisbar ist. Diese Beschränkung bringt uns den Vorteil, daß dann vermöge der Einheitsstruktur des Bewußtseins als dem allgemeinsten Axiom aller Psychologie und Psychopathologie das als dem Gesunden analog erwiesene pathologische Syndrom als gesetzmäßiger Zusammenhang von Erscheinungen angesehen werden darf. Weiter verweise ich darauf, daß ich in meiner letzten Arbeit die mögliche technische Grenze der Methode gezogen habe und betone, daß ich von vornherein mit noch zwei sachlichen Grenzen rechne: eben die zuletzt besprochene, daß sie uns nur allgemeine, nicht auch spezielle Syndromgruppierungen aufweist und die oben angedeutete weitere, daß sie auf mehr oder weniger zahlreiche Psychosen überhaupt nicht anwendbar ist, weil entsprechende Strukturen der gesunden Erlebnisvarianten nicht gefunden werden können. Wo im einzelnen diese vorauszusehenden Grenzen abzustecken sind, muß natürlich erst die Einzeluntersuchung ergeben.

Aber auch für die psychopathologische Bearbeitung der ihr vielleicht nicht zugänglichen Psychosen würde die Methode dann noch von

---

<sup>1)</sup> Der an sich reizvollen Aufgabe, an einem konkreten Falle, etwa der genuinen Epilepsie, die speziellen Problemgestaltungen aufzuzeigen, kann hier nicht nachgegangen werden, weil das den Umfang dieser Studie ungebührlich erweitern würde. Vorläufig, so viel darf man sagen, ist die theoretische Bedeutung der im Verlauf der Psychose etwa auftretenden Syndromwechsel ebenso unklar, wie die der (vielleicht nur vorläufigen) Diagnoseschwierigkeiten dabei.

Wert sein durch die weitgehende Beleuchtung der allgemein methodischen Sachlage gegenüber den von der Anwendbarkeit der Analogiemethode natürlich ganz unabhängigen psychopathologischen und psychologischen Problemen, deren vordringlichste eben nur gestreift werden konnten. Wir setzen jetzt den für die Methode allerungünstigsten Fall, daß sie überhaupt auf andere Psychosen als die Schizophrenie nicht anwendbar ist. Dann bleiben immer noch folgende Ergebnisse zur allgemeinen methodischen Situation innerhalb der Psychopathologie bestehen:

Die Beobachtung der verschiedenen Erlebnisvarianten beim Gesunden lehrt, daß mit der Veränderung der formalen Ablaufsfaktoren jeweils unterscheidbare Abweichungen in den Inhalten, Gegenständen und Ausdrucksformen des Seelischen Hand in Hand gehen, daß diese Veränderung aber nicht immer an der einzelnen Leistung, der einzelnen Gegenstandsbedeutung, dem einzelnen Inhalt, sondern gewöhnlich erst in ihrem zeitlichen Ablauf bzw. Verknüpfung zur Geltung kommt. So kommt es eben, daß in den Leistungen Überschneidungen zu bestehen pflegen, welche erst bei der Beobachtung größerer Erscheinungszusammenhänge des Längs- und Querschnitts eines bestimmten Ablaufs sich durch typische, ja spezifische Unterschiede markieren. Aus der Einzelleistung, der Einzelbedeutung usw. kann man daher auf das funktionale Geschehen nicht ohne weiteres schließen, sondern diese läßt immer noch verschiedene Möglichkeiten zu. Dies ist denn auch der Grund, weshalb die Beurteilung der Funktionsstörungen aus den bloßen Leistungsbeziehungen, den Gegenständen, Inhalten psychotischen Erlebens und ihrer Beziehung nicht gelingen wollte. Vielmehr muß nachgewiesen werden, daß in jeweils allen krankhaften seelischen Leistungen, Äußerungen, Inhalten usw. die gleichen formalen Verlaufsstörungen erkennbar sind, ehe uns eine Analogie zwischen Gesund und Krank etwas bedeuten kann. Diese Durchgängigkeit der Bedingungen wird durch die Einheitsstruktur des Bewußtseins methodisches Postulat. Nun sind vermöge ihrer relativ besten Zugänglichkeit die äußeren Leistungen und die Gegenstände des seelischen Geschehens Ausgangspunkt jeder psychopathologischen Untersuchung, schwerer zugänglich sind schon die Inhaltsbildungen, direkt überhaupt nicht zugänglich die funktionalen formalen Ablaufsformen, diese sind vielmehr erst vermittelt der inhaltlichen und sonstigen Indikatoren aufzeigbar. Trotzdem ist gerade ihre Untersuchung, wie ja schon oben in mehrfacher Beziehung dargetan wurde, für die Psychopathologie von besonderer Bedeutung. Und eben dieser Wichtigkeit wegen will ich noch ein paar Bemerkungen über die gegenseitige Stellung dieser verschiedenen Sachgebiete pathologischen Inhalts anfügen.

Wir unterscheiden also 1. eine Psychopathologie der krankhaften

seelischen Äußerungsformen und rechnen hierzu: die Lehre von den krankhaften Gegenstandsbildungen, Gegenstandsbedeutungen, Gegenstandsverknüpfungen, von den krankhaften seelischen Ausdrucksformen und von den krankhaften geistigen Leistungen (z. B. Intelligenzleistungen und der krankhaften zwischenmenschlichen Beziehungen). Dieses Gebiet ist rein deskriptiver, experimenteller und phänomenologischer und zum Teil „verstehender“ Betrachtung zugänglich.

2. Die Psychopathologie der krankhaften seelischen Inhalte: Triebe, Gefühle, Vorstellungen, also „inneren“ Gebilde.

Dieses Gebiet ist zugänglich durch Kundgaben der Kranken, welche phänomenologischer Bearbeitung bedürfen (und ist durch *Jaspers, Kronfeld, Mayer-Groß* u. a. schon teilweise in Angriff genommen) und für gewisse typische Inhalte durch entsprechende Anordnung experimenteller Methoden, z. B. bei der Intelligenzprüfung, worüber hier nicht berichtet werden kann.

3. Die Psychopathologie der krankhaften seelischen funktionalen Ablaufsformen. Bei dieser ist neben der theoretischen Auswertung der Ergebnisse von 1 und 2 phänomenologische Betrachtung mit Hilfe der Analogie zum Gesunden unumgänglich<sup>1)</sup>.

Nun zeigt sich in den gesunden Erlebnisvarianten, daß die Gegenstände und Inhalte teils in engeren, teils weiteren Grenzen variieren als die Ablaufsformen, daß es Varianten der Gegenstands- und Inhaltsformen bei gleichem funktionalen Ablauf gibt und umgekehrt. Dem entspricht im Gebiet der Psychiatrie die Erfahrung, daß den Gegenständen und Inhalten psychotischen Erlebens und Sich-Äußerns nur unter bestimmten Kautelen in diagnostischen Schlüssen Wertigkeit beigemessen werden darf. Wir werden daher nicht nur jeden Inhalt, Gegenstand, Äußerung usw. in sich aufs genaueste untersuchen müssen, als vielmehr auch auf seine Stellung im gesamten Seelengeschehen, und zwar unter Zuhilfenahme aller nur anwendbaren Methoden, ehe wir einen Schluß auf die Ablaufsform des betreffenden Seelengeschehens ziehen dürfen. Andererseits hängen wir ohne diesen Schluß auf die Ablaufsform mit unseren Symptomen in der Luft. Eben weil das so ist, sind unsere bisherigen Symptome so diffus, können wir uns nicht vorstellen, wie die verschiedenartigen Halluzinationen zustande kommen und in welchem Seelengeschehen sie jeweils auftreten. Das ist ganz anders, wenn erst unter Berücksichtigung der gesamten Problemlage

---

<sup>1)</sup> Auf die materialen gegenseitigen Beziehungen dieser Gebiete gehe ich demnächst näher ein in einem kritischen Sammelreferate über die neueren psychopathologischen Arbeiten. Das pathopsychische Gesetz eines Syndroms (bezogen auf die in ihm als gestört erkennbare funktionale Ablaufsform) darf erst dann als geklärt gelten, wenn in allen drei Gebieten die gleiche „Form“ des Ablaufs nachgewiesen wurde.

und des Einheitsbegriffs des Bewußtseins die Symptome auf ihre gegenseitigen Beziehungen und ihren Anzeichenwert untersucht werden und z. B. die schizophrene Halluzination ebenso wie der Gedankenentzug und die Verschmelzung als eine bestimmte Form innerer, der nach außen zutage tretenden korrespondierender Inkohärenz seelischer Gegenstands- und Inhaltsverknüpfungen mit spezifischen Verlaufsmerkmalen dargetan werden kann. Hier konnte ich eben zeigen, daß alle wesentlichen schizophrenen Symptome dieselbe Anzeichenfunktion haben, auf dasselbe Geschehen hinweisen. Das kann natürlich dann zur Erklärung bestimmter Inhaltsverbindungen, Gegenstandsbedeutungen usw. benutzt werden. Nicht aber umgekehrt ist aus bestimmten Gegenstandsbeziehungen der Schluß auf gleiche seelische Abläufe ohne Betrachtung aller übrigen Erscheinungen möglich.

In einer neueren Arbeit finde ich den Satz: „Zwischen archaisch-primitivem und schizophrenem Denken besteht wahrscheinlich partielle Identität“. Ganz abgesehen von der Frage, ob der Begriff der Identität hier überhaupt anwendbar ist, ist die Feststellung dieses Satzes aus den eben dargelegten Gründen nicht richtig. Es läßt sich nämlich zwischen beiden Reihen von seelischen Äußerungsformen nur eine weitgehende Analogie in gewissen Gegenstandsbeziehungen erweisen, aber auch nicht mehr. Daß das „innere“ Seelengeschehen ganz oder teilweise beim Primitiven und Schizophrenen auch nur in seinen Hauptcharakteren, geschweige denn in seinen funktionalen Ablaufsformen übereinstimme, ist sogar recht unwahrscheinlich. Wir dürfen doch nicht vergessen, daß der Schizophrene noch eine ganze Reihe anderer Erscheinungen bietet, die dem Primitiven fehlen (z. B. Inkohärenz, Gedankenentzug, Motilitätsstörungen), und die vermöge der Einheitsstruktur des Bewußtseins als methodischem Regulativ entscheidend fordern, die funktionalen Bedingungen für das archaisch-primitive Erleben anders zu definieren als für das schizophrene.

Ich werde in neuerlichen Erörterungen der Psychologie der Schizophrenen auf die Kritik der Analogie zwischen archaischem und schizophrenem Denken noch zurückkommen. Hier hebe ich nur noch hervor, daß unbeschadet dieser Einwendungen der Nachweis einer solchen Analogie eine wesentliche Bereicherung unserer Kenntnisse über pathopsychische Äußerungsformen darstellt. Doch möchte ich noch darauf hinweisen, daß die Rede von Funktionsschichten, die im Seelischen übereinander gebaut sein sollen, des empirischen psychologischen Fundaments entbehrt. Im Bewußtsein jedenfalls finden wir keinen Hinweis auf solche Schichten. Man schiebt hier der Erweiterung des Bestandes an Kenntnissen, an geistigen Gebilden usw. eine Neuentwicklung von Funktionen unter. Wenn das so ist, so muß der Neger, der, aus Afrika kommend, innerhalb weniger Jahre sich weitgehend dem

zivilisiertem Europäer annähert und sich frei in unserem Denken bewegt, ja eine ganz ungeheure Entwicklung neuer Funktionen zeigen. Dann aber muß auch für jedes sprechenlernende Kind und für jeden eine neue Sprache mit neuen Denkgewohnheiten lernenden Erwachsenen sich die Organisation der seelischen Schichten um eine neue bereichern. Wenn ich heute mitten in strenges logisches Denken hinein irgend-einem Aberglauben huldige, so würde es bisher unbeweisbare Konsequenz der Schichtenlehre sein, daß da Funktionen abgebaut werden. Wenn ich Radfahren lerne, so vermehre ich die Funktionen, die meine Bewegungen koordinieren, nicht, sondern erweitere nur ihren Anwendungsbereich. In der Seele ist das nicht anders. Ich erweitere nur den Anwendungsbereich der seelischen Funktionen, wenn ich neue Gegenstandsgebiete mir zugänglich mache<sup>1)</sup>. Schließlich ändert sich eben doch nicht die seelische Ablaufsform, hinter der wir allein die Funktionen zu suchen haben, weder beim Primitiven, der unsere kulturellen Eigenschaften erlernt, noch bei jedem von uns, wenn er sich neue geistige Gebilde zu eigen gemacht hat, oder wenn er sich abergläubischen primitiven Strebungen überläßt. Vom Standpunkt der Transzendenz der Inhalte und Gegenstände ist die Lehre von den „seelischen“ Schichten absurd, die von „geistigen“ Schichtungen natürlich annehmbar. Aber der Aufbau und der Abbau der „geistigen“ Schichtungen läßt eben nur bedingte Schlüsse auf das wirkliche funktionale Seelengeschehen zu.

Wenn das aber so ist, so verliert auch das Kriterium der Verständlichkeit und Unverständlichkeit von Gegenstands- und Inhaltszusammenhängen und von deren Einfühlbarkeit oder Uneinfühlbarkeit etwas von seiner allgemeinen Bedeutung. Denn es ist klar: die gleichen Zusammenhänge können je nach der Art der formalen seelischen Abläufe bei verschiedenen Ablaufsstörungen das eine Mal als verständlich, das andere Mal als unverständliche geistige Gebilde auftreten<sup>2)</sup>.

Dies alles zusammengenommen eröffnet auch neue Gesichtspunkte für die Lehre von den funktionellen Psychosen. Greifen wir nur die Manien und Melancholien heraus, so soll nach weit verbreiteter Ansicht das Seelengeschehen dabei 1. nur quantitativ vom Gesunden verschieden sein; 2. aus dem Gesunden in schrittweisen Übergängen hervorgehen bzw. in ihnen unmerklich verschwimmen. Die Argumentation ist folgende: 1. Der Zusammenhang des „Denkens“ der gegenständlichen Gebilde (von den Inhalten weiß man schon sehr wenig, von den funk-

---

<sup>1)</sup> Der Beweis ist noch nicht dafür erbracht, daß zivilisierter und primitiver Mensch verschiedenartige funktionelle Ablaufsformen erleben. Ich glaube, nach allem, was unbeschadet der gegenständlichen Beziehungsrichtungen vom Primitiven bekannt ist, ist eine derartige funktionale Ungleichartigkeit eher unwahrscheinlich.

<sup>2)</sup> Vgl. Wahnideen, Halluzinationsinhalte, Verhaltensweisen.

tionalen Ablaufsformen gar nichts) bleibt in einer dem Gesunden entsprechenden Weise gewahrt. 2. Die Verständlichkeit und Einfühlbarkeit bleibt erhalten. 3. Die leichten Grade des Leidens sind von gewissen Zuständen des Gesunden „nicht zu unterscheiden“ („noch nicht“?).

Dazu ist zu sagen:

Argument 1 und 2 schließen nicht aus, daß sich das manisch-depressive Seelengeschehen doch vom Gesunden qualitativ, d. h. in Ablaufsformen und bestimmten sonstigen phänomenologischen Kriterien unterscheide. Im Gegenteil, die Tatsache, daß hier allenthalben Erscheinungen beobachtet werden wie ekstatische Zustände, Visionen, katatone Erscheinungen, verworrene Ideenflucht, andererseits die vielfache Durchdringung manischer und depressiver Zeichen und ihr rasches Wechseln sprechen dafür, daß solche qualitativen funktionalen Unterschiede bestehen. Es bedarf mithin erst eingehender neuer Beweise, ehe diese Argumente durchschlagen können. Insbesondere muß aufgeklärt werden, wie diese ganzen Erscheinungen als pathopsychisches Geschehen bei Manisch-Depressiven zustande kommen, auch ohne sog. exogene Einflüsse<sup>1)</sup>!

Und zu Argument 3: Auch hier kann uns die Gleichheit der vorwärtigen Äußerungsformen über funktionale Unterschiede hinwegtäuschen, und wir werden wiederum den Nachweis neuer Tatsachen verlangen müssen, ehe wir als bewiesen ansehen dürfen, daß das manisch-depressive Geschehen tatsächlich unmerklich ins Gesunde übergeht. Möglich ist das natürlich. Aber möglich ist auch, daß hier eine qualitativ besondere Ablaufsform des Seelischen vorliegt, die lediglich ein besonders weitgehendes Durchschimmern normaler Gegenstands- und Inhaltsstrukturen ermöglicht.

Daß dann erst die Frage neu geprüft werden muß, ob wir den Resultaten dieser Untersuchung auch Geltungswert für die Pathogenese manisch-depressiver Zustände zuschreiben dürfen, ist ziemlich naheliegend. An sich ist noch keineswegs bewiesen, daß das manisch-depressive Irresein pathogenetisch aus der „Zuspitzung normaler Temperamentsanlagen“ hervorgeht<sup>2)</sup>, selbst wenn bewiesen werden kann, daß im manisch-depressiven Irresein tatsächlich nur eine Spielart normalen Seelengeschehens vorliegt. Denn andere Ursachen sind nicht

<sup>1)</sup> Übrigens versuchen Manisch-Depressive doch in mancherlei Ausdrücken innere Zustands- und Ablaufsänderungen zu beschreiben. Sollten das wirklich alles nur Bilder für inhaltlich-gegenständliche Zusammenhangsstörungen sein, wie in konsequenter Verfolgung des zur Zeit geltenden Standpunktes angenommen werden müßte?

<sup>2)</sup> Zur Zeit ist übrigens nur bewiesen, daß im manisch-depressiven Irresein Temperament und Charakter usw. das Zustandsbild besonders weitgehend beeinflussen.

undenkbar, die im Seelenleben bei qualitativer Erhaltung seiner Struktur nur quantitative Ausschläge erzielen. Und solche außerhalb der Temperamentsanlagen liegende, wenn auch endogene Ursachen sind für das manisch-depressive Irresein keineswegs wirklich widerlegt.

Wir können auf Grund unserer bisherigen Kenntnisse diese ganzen Fragen weder in der einen noch in der anderen Richtung entscheiden. Aber wir dürfen sie mit vollem Recht als noch unentschieden auf Grund unserer Darlegungen wieder aufwerfen und betonen, daß auch die Frage nach der Abgrenzung der funktionellen Psychosen dadurch von neuem unter veränderten Voraussetzungen wieder aufgerollt wird<sup>1</sup>).

Ihre Lösung allerdings setzt außer der Beantwortung der letztgenannten Probleme noch neue Fortschritte bei der Inangriffnahme des Problems der seelischen Konstitution voraus. Auch hier möchte ich nur, um dieser Studie eine gewisse Abrundung zu geben, ein paar allgemeinere Probleme andeuten. Zwei klinische Fragen setzen die Untersuchung der seelischen Konstitution voraus:

1. Die Frage nach dem Anteil, den Eigenschaften, Anlagen, Erwerbungen der Persönlichkeit an der allgemeinen Symptomgestaltung der Psychosen haben.

2. Die Korrelationen, die seelische Anlagen und Gebilde zu bestimmten Kernsyndromen der Psychosen anscheinend besitzen (NB.: Ich schließe vorsichtigerweise den pathogenetischen Wert, den diese Korrelationen, wenn sie erst einmal festgestellt sein sollten, vielleicht haben können, von der Formulierung zunächst aus, denn ehe er beurteilt werden kann, bedarf es weiterer, und zwar somatobiologischer Untersuchungen über die somatischen Korrelate der seelischen Anlagen und der Kernsyndrome).

Fragt man, was als seelische Konstitution, als seelische Anlage anzusehen ist, Charaktereigenschaften, Temperamenteigentümlichkeiten, eigentümliche Gegenstandsbezüge, Trieb- und Inhaltsqualitäten aller Art, Intelligenzanlagen, so hat die bisherige Bearbeitung ergeben, daß das alles schließlich noch nicht ausreicht. Denn neben diese tritt in den vorhandenen Untersuchungen z. B. der Begriff des seelischen Biotonus bei *Ewald*, der Begriff der Struktur, des Tempos bei *Klages*, der der „Proportionen“ bei *Kretschmer*.

So ist es, um dieselbe Schwierigkeit im klinischen Arbeiten hervortreten zu lassen, eben nicht möglich, z. B. das Wesen des paranoischen Charakters und der paranoischen Umsetzung aus all den Bestandstücken Vererbung, Körperbau (um auch die biologischen Bestandstücke des Begriffs der seelischen Konstitution heranzuziehen), Trieb-

<sup>1</sup>) In diesem Zusammenhang ist bedauerlich, daß gerade das manisch-depressive Irresein (eben wegen seiner anscheinenden „Verständlichkeit“) noch so wenig Gegenstand phänomenologischer Studien gewesen ist.

richtung, Charaktereigentümlichkeiten usw. genügend scharf zu bestimmen. Das besagt ja der bekannte *Jaspersche* Einwand gegen die Lehre von der restlosen Einfühlbarkeit und Verständlichkeit der charakterologisch bedingten, nicht prozeßhaften Paranoia.

Nun aber zeigt sich ja doch weiter, daß paranoische Charaktereigenschaften und verständliche Erlebnisbeziehungen die Symptomatologie sicher prozeßhafter Psychosen, ja grob destruktiver Psychosen lange Zeit beeinflussen können. Ob das paranoische Geschehen dabei überall dasselbe ist oder nicht, und wenn nicht, worin die paranoische Anlage eigentlich besteht, ob sie vielleicht nur die Zusammenfassung typischer Inhaltsbildungen ist, die aus verschiedenen funktionalen Abläufen resultieren können, ist noch vollkommen ungewiß.

Überhaupt wird das Problem, wieso es möglich ist, daß präpsychothische Merkmale in der Psychose durchschimmern können (eine der wichtigsten Erkenntnisse, die die jüngste Zeit gebracht hat, wenn auch noch nicht für alle Psychosen und alle Merkmale bewiesen), noch nicht genügend scharf durchdacht<sup>1)</sup>. Man bezieht kurzerhand die Eigenschaften auf Funktionen und läßt diese nun, ohne im übrigen sich darüber klar zu werden, mehr oder minder gestört sein. Z. B. etwa eine Arteriosklerose schädigt die Intelligenzfunktion mehr, als die Temperamentsanlage und „die Persönlichkeit“ oder so ähnlich. Man kann leider, da sich niemand recht darüber ausläßt, der vielen methodischen Vorurteile gar nicht habhaft werden, die hier umherzuspuken scheinen.

Es liegt mir fern, hier etwa die Lösung dieser Probleme entscheidend beeinflussen zu wollen. Deshalb bemerke ich dazu nur, daß sowohl die Funktion als auch alle Gegenstände, Leistungen, Eigenschaften dem seelischen Geschehen transzendent sind (wahrscheinlich auch die „Inhalte“), und daß im Bewußtsein trotzdem noch ein aus anderen Merkmalen zu erschließendes Geschehen existiert, eben die funktionale Ablaufsweise, die Vollzugs- und zeitliche Verknüpfungsweise des Erlebens<sup>2)</sup>. Sollte nicht in dieser eine Handhabe gegeben sein, die Differenzen der seelischen Konstitution, die aus den Inhalten, Gegenständen und Ausdrucksformen allein nicht sicher bestimmt werden können, einer tiefergehenden Analyse zuzuführen? Ja, bietet nicht der Gedanke, die experimentelle Methodik der Psychologie auf die Untersuchung der

<sup>1)</sup> Ebenso wie das andere, wie sich auf „endogene“ Psychosen „exogene“ Komponenten aufpfropfen können, als pathopsychisches Geschehen betrachtet, nicht im Sinne der Ursachenlehre. Gerade diese Fragen bedürften bei der allgemeinen Neigung, krankhafte Erscheinungen in Prozeßpsychosen auf Charakteranlagen zurückzuführen (gegen die sich auch *Jaspers* mit Recht wendet), schärfster Durcharbeitung.

<sup>2)</sup> Die Polemik *Wundts* gegen einen derartigen Bewußtseinsbegriff hält nicht Stich, weil *Wundt* ja zwischen Akt und Gegenstand nicht scharf scheidet und die seelische Eigenart der Erlebnisvarianten gar nicht in Betracht zieht.



differenten zeitlichen Gestaltungen des normalen wachen Erlebens mit dem Hinblick auf typische Gruppenbildungen der vorkommenden, aus allgemeinsten biologischen Erfahrungen zu erwartenden Abweichungen von einer idealen Norm, einen schwachen Ausblick auf ein ganz neuartiges Arbeitsgebiet? Was bisher da versucht wurde, entbehrt noch der rechten präzisen Fragestellung; die Autoren schätzen den allgemeinpsychologischen Geltungswert der von ihnen untersuchten Äußerungsformen, Inhalte usw. nicht scharf ein.

Ehe wir aber da wieder zweckmäßige spezielle Fragestellungen finden können, bedürfen die Begriffe und Unterscheidungen von Temperament, Charakter, Intelligenz, Persönlichkeit einer gründlichen Revision im Sinne einer strukturellen Betrachtungsweise. Denn da sich die für die Temperament- und Charakterbegriffe entscheidenden Triebe, Gefühle und überhaupt alle Inhalte möglicherweise nicht ausschließlich als konstante Funktionswirkungen, sondern vielmehr als in ihrer konkreten Gestaltung außerdem von den jeweiligen Bedingungen des Gesamtgeschehens bestimmt auffassen lassen, sie auch von ihren Gegenständen nur unvollkommen trennbar sind (z. B. bleibt, wenn man die Triebe als konkrete seelische Gebilde unabhängig von ihrem Gegenstande zu fassen versucht, nichts übrig, als die Tatsache einer möglichen Beziehungsrichtung<sup>1)</sup>), so müssen wir vielleicht diese ganzen Unterscheidungen revidieren.

Es ist nicht meine Absicht, mehr zu sagen, als unsere jetzigen Kenntnisse erlauben. Und so sind gerade diese Bemerkungen ein Ausdruck dafür, daß wir die Probleme, die sich hier schon ankündigen, noch nicht einmal scharf formulieren können. Das wird wohl erst möglich sein, wenn die Reform der Psychologie, in der wir heute stehen, etwas fortgeschritten ist. Aber es geht wohl auch aus meinen dürftigen Andeutungen hervor, daß hier engste Beziehungen der gesamten Einzelprobleme obwalten. Immerhin scheint mir schon ein Gewinn, daß wir neue Probleme in ihrer ungefähren Richtung aufweisen können<sup>1)</sup>.

Ich habe deswegen nicht beabsichtigt, neue Resultate vorzulegen, sondern ich habe einmal auf die Unsicherheit unserer derzeit geltenden Grundbegriffe und grundlegenden Deutungen hinweisen wollen unter Angabe von Möglichkeiten und Richtungen, welche sich zur Sicherung unserer Fundamente bieten. Ich möchte freilich gleich betonen, daß man alle Zweifel und Kritiken an bisherigen Ergebnissen, die ich hier ausgesprochen habe, nur dann als unberechtigt zurückweisen kann, wenn man dartut, daß es funktionale seelische Ablaufs-

---

<sup>1)</sup> Ich verweise auf *Peters'* Abhandlung über die Vererbung seelischer Eigenschaften.

formen überhaupt nicht gibt<sup>1)</sup>, daß Gegenstandsbeziehungen direkter Ausdruck für Funktionsbeziehungen sind, daß sie nicht bewußtseins-transzendent sind, daß das „Erleben“ des Kranken und sein inneres „Bewußtseinsgeschehen“ für die Krankheitsbegriffsbildung und Symptomtheorie in der Psychiatrie überhaupt nicht in Betracht gezogen zu werden braucht usw. oder kurz gesagt, wenn man beweist, daß unsere bisherige unbekümmert um alle sonstigen Fortschritte beibehaltene Schema-F-Psychologie für die Psychiatrie ausreicht.

Nun aber habe ich einmal wieder hervorheben dürfen, wie einschneidend jede Änderung unserer psychologischen Voraussetzungen für die Beurteilung aller Einzelprobleme der Gesamtpsychiatrie wird, weil sich ja dann das Bezugssystem unserer ganzen Symptombegriffe ändert und die Frage nach den Symptomen überall in der Beantwortung auch der entferntesten Probleme eine Rolle spielt. Außerdem konnte ich zeigen, daß die bisherigen Symptomkenntnisse nicht ausreichend sind zur Entscheidung der Frage, ob das Bezugssystem derselben richtig gewählt ist.

So viel ist danach sicher, daß die Psychopathologie an der Gewinnung der neuen, für die Klinik wichtigen Tatsachen nicht unbeteiligt sein kann. Auch so viel ist sicher, daß es ohne Rücksichtnahme auf die allgemeinen methodischen Voraussetzungen, zu denen die allgemeine Psychologie zwingt, nicht geht. Denn von der Einfügung in diese Voraussetzungen hängt bei der konkreten Gestaltung unseres Seelenlebens überhaupt der Geltungswert ab, den krankhaft seelische Erscheinungen für eine Lehre von den krankhaften Störungen des Seelenlebens, ihrer Entstehung und Bekämpfung haben können.

*Kehrer* hat geglaubt, ohne sachliche Widerlegungen derartige Bestrebungen als „Kinderkrankheit“ verächtlich machen zu können.

Nun, ich darf nach allem, was ich hier über die Beziehungen zwischen Psychiatrie und Psychopathologie, den Zusammenhang einzelner Probleme und die Richtungen sagen konnte, aus denen die Psychopathologie zur Klärung und Erweiterung unserer Kenntnisse beitragen kann, obwohl überall nur kleine Ausschnitte aus den Gesamtproblemen berührt wurden, die Überzeugung aussprechen, daß die so gerügten „Kinderkrankheit“ sich im Laufe der Zeit als eine jener Infektionen erweisen wird, welche bei der Bekämpfung chronischen geistigen Siechtums in der Psychiatrie neuerdings so nützlich geworden sind.

Abgeschlossen August 1926.

---

<sup>1)</sup> Die materialen Bestimmungen über diese, welche ich zur Zeit geben konnte, sind noch anfechtbar und werden mancher Korrektur bedürfen. Weist man nach, daß sie nicht zutreffen, so ist damit die Existenz der funktionalen Ablaufsformen überhaupt noch nicht widerlegt.