

Zur Frage der Einheitspsychose.

Von

Dr. Harry Marcuse, Herzberge-Berlin.

(Eingegangen am 16. August 1926.)

Als das Ziel der psychiatrischen Forschung wird gewöhnlich die Aufstellung klinisch abgrenzbarer Krankheiten bezeichnet. Übersieht man aber die bisherige Entwicklung, so wird kein Unbefangener behaupten können, daß wir uns diesem Ziel im Lauf der letzten 30 Jahre erheblich genähert hätten. Allerdings ist die Einheitspsychose, wie sie von *Arndt* vertreten wurde, heute nicht mehr diskutabel. Wir wissen jetzt, daß die Paralyse eine Krankheit sui generis ist, und unterscheiden andere Geistesstörungen mit bekannter Ätiologie, wie die arteriosklerotische Demenz, die Presbyophrenie, die Alkoholpsychose u. a. von den mannigfachen Symptomenkomplexen, die uns die Psychosen im engeren Sinne darbieten. Aber gerade hier, wo uns die Methoden der klinischen Medizin im Stiche lassen, und wir auf die psychologische Analyse angewiesen sind, ist des Umgruppierens kein Ende, ohne daß doch eine Einigung der Anschauungen erzielt ist. Die Erfolge der Psychiatrie sind also gar nicht mit ihren spezifischen Waffen errungen, sondern sie sind den klinischen Hilfstruppen zu verdanken, der Histologie, der Bakteriologie, der Serologie. In letzter Zeit hat *Kretschmer* versucht, die Methoden der Anthropologie für die Psychiatrie nutzbar zu machen.

Man wird es a priori keineswegs für unmöglich halten können, daß z. B. eine serologische Methode gefunden wird, die das Blut des verblödeten Hebephrenen von dem des Paranoikers zu unterscheiden erlaubt. Wenn wir aber von Möglichkeiten, die in der Ferne liegen, abssehen und uns an das halten, was die Erfahrung der letzten 30 Jahre lehrt, so finden wir, daß alle Versuche einer klinischen Systematik der Psychosen bisher gescheitert sind.

Der Grund für die Unfruchtbarkeit so vieler Arbeit kann nun der sein, daß ein unmöglich zureichendes Ziel erstrebt oder daß ein falscher Weg verfolgt wird. Vielleicht lassen sich die psychischen Zustandsbilder nicht nach klinischen Gesichtspunkten gruppieren, oder es geht nicht auf dem Wege der psychologischen Analyse, mit der es immer von neuem versucht wurde.

Vergegenwärtigen wir uns kurz, wie im allgemeinen klinische Diagnosen zustande kommen, und wie schließlich jeder vorgeht, der ein „neues Krankheitsbild“, eine neue Krankheitseinheit zu erkennen glaubt. Ganz allgemein ausgedrückt schließen sie alle von dem Inhalt der Psychose auf ihren (noch unbekannten) ätiologischen Faktor, z. B.: Periodisch wiederkehrende, heitere Erregung mit motorischer Unruhe und Ideenflucht = Manie; dasselbe + Halluzinationen und Wahnideen = Schizophrenie; Wahnideen allein = Paranoia usw.

Nach diesem etwas grob dargestellten Schema wird tatsächlich gearbeitet, und es ist natürlich nicht schwer, entweder auf der linken Seite etwas fortzunehmen oder zuzufügen oder die rechte Seite zu verändern, besonders da die sog. klinischen Begriffe wie Manie, Schizophrenie nichts weniger als eindeutig sind. Sie können es ja auch nicht sein, da sie durch die linksstehenden Eigenschaften determiniert werden, die dauerndem Wechsel unterworfen sind. Man vergleiche nur, um das Zutreffende dieser Behauptung einzusehen, welche Symptomenkomplexe *Schilder* noch als Manie bezeichnet, oder was *Kretschmer* als Beziehungswahn von der Melancholie abzugrenzen versucht. Dann wird man *Hoches Standpunkt* verstehen, der diese Art klinischer Forschung dem Umgießen einer trüben Flüssigkeit aus einem Glas ins andere verglich. Davon kann man wirklich keine Klärung und keinen Fortschritt erwarten.

Diese Methode ist aber im Grunde gar nicht auf Erfahrung aufgebaut, sondern auf Hypothesen. Sie setzt erstens voraus, daß es verschiedene Noxen sind, deren Wirksamkeit die verschiedenen Symptomenbilder hervorrufen. Da uns scheinbar die Symptome gegeben sind, glaubt man von ihnen auf die Ursache schließen zu können, etwa wie vom Scharlachanthen auf das Scharlachvirus.

Ferner wird dabei vorausgesetzt, daß es abgrenzbare Krankheitseinheiten geben muß, die sich in ihrem Verlauf unterscheiden, insofern die eine Gruppe mit Heilung, die andere mit Verblödung endet. Dieser Voraussetzung, an der vor allem das *Kraepelinsche System* krankt, entspricht aber in der klinischen Medizin keine einzige Tatsache. Niemandem wird es einfallen, heilbare und unheilbare Krankheiten zu unterscheiden, sondern man findet es selbstverständlich, daß es leichte und schwere Fälle derselben Ätiologie gibt, trotzdem der Grund dafür noch keineswegs völlig klargestellt ist.

Die klinische Psychiatrie befindet sich heute noch in dem Stadium der Botanik zu *Linné*s Zeiten, trotzdem sie so gern empirisch und klinisch sein möchte! Gerade die Tatsachen der klinischen Medizin, die für sie nicht brauchbar sind, hat sie für sich in Anspruch genommen und die anderen, die zu ihr passen, unbeachtet beiseite geschoben.

Weil man von einem Hautausschlag auf die Art der Infektion schließen kann, kann man noch nicht aus psychischen Symptomen auf einen besonderen ätiologischen Faktor schließen. Und wenn man andererseits sieht, daß die Tuberkulose leicht und schwer verlaufen und die verschiedensten Formen annehmen kann, so liegt es nahe, daß auch die Geisteskrankheit kein einheitliches Krankheitsbild darzubieten braucht. Besonders aber, seitdem die Paralyse mindestens post mortem mit aller wünschenswerten Exaktheit diagnostizierbar ist, mußte es jedem klar werden, daß in der Psychiatrie derselbe ätiologische Faktor alle nur möglichen Krankheitsbilder hervorrufen kann, daß also *die psychologischen Symptome für die Diagnose des vorliegenden Prozesses so gut wie wertlos sind* und daß die Diagnosen Manie oder Paranoia nicht mehr sagen als Fieber oder Leibscherzen, d. h. als Symptomenkomplexe und nicht als Krankheiten aufgefaßt werden müssen. Damit wäre aber zugegeben, daß der Weg, mit Hilfe der psychologischen Analyse zu klinischen Krankheitseinheiten zu gelangen, nicht gangbar ist, und dazu kann sich offenbar so leicht kein Kliniker entschließen. Die Folge wäre nämlich — horribile dictu — die Einheitspsychose, die den meisten das Aufgeben aller klinischen Forschung, jeder feineren Unterscheidung der Diagnostik und Prognostik zur Folge zu haben scheint und damit die Psychiatrie jeden Reizes zu entkleiden, ja ihr den Rang einer Wissenschaft zu nehmen droht.

So weitgehende Folgen würde es aber keineswegs haben, wenn man sich auf den Standpunkt stellte, daß die verschiedenen Formen der sog. funktionellen Psychosen durch dieselbe Noxe bedingt sind. Damit wäre das Ziel der klinischen Psychiatrie allerdings verschoben. Sie brauchte nicht mehr in vergeblichem Bemühen fiktiven Krankheitseinheiten nachzujagen, sondern sie müßte versuchen, klarzustellen, wodurch die verschiedenen Symptomenkomplexe hervorgerufen werden.

Ich habe in verschiedenen Arbeiten bereits dargelegt, in welcher Weise man sich das Zustandekommen der verschiedenen Krankheitsbilder erklären kann, ohne verschiedene Krankheitsursachen anzunehmen. Da aber die bisherigen Arbeiten stets mit der Darstellung der „energetischen Theorie“ belastet waren, will ich mich in dieser Skizze auf die klinischen Folgerungen beschränken und nur darauf hinweisen, daß sie den psychologischen Anschauungen, wie sie sich mir im Anschluß an Jodls Psychologie ergeben haben, entstammen.

Wenn die Ursachen für die Mannigfaltigkeit der psychotischen Bilder nicht auf der Verschiedenheit der ätiologischen Faktoren beruhen, so können sie auf die *Intensität der Erkrankung* oder auf *individuelle Unterschiede der Erkrankten* zurückzuführen sein. Es fragt sich nun: wie erkenne ich die Schwere der Krankheit, und was sind das für

individuelle Unterschiede? Nur wenn hier empirische Tatsachen angeführt werden können, so daß sich wirklich ein Urteil über diese klinisch wichtigen Fragen gewinnen läßt, kann die Annahme der Einheitspsychose begründet erscheinen.

Die Begriffe der leichten und schweren Erkrankung sind klinisch-empirischer Natur. Was schnell vorübergeht und heilt, ist leicht; was länger dauert oder gar nicht besser wird, ist schwer. Die Störungen des Allgemeinbefindens, die in der somatischen Medizin diagnostisch wichtig sind, das Fieber, der Kräftezustand, Schlaf und Appetit können zunächst ausscheiden. Sie spielen natürlich bei der Prognose eine große Rolle, die aber mit der rein psychiatrischen Frage nichts zu tun hat, wie im Einzelfall sich die Aussichten auf Wiederherstellung der geistigen Gesundheit gestalten.

Hierfür gibt uns nun die Erfahrung gewisse Anhaltspunkte, und es ist immer wieder auffallend, daß die Ansichten der verschiedenen Schulen, so sehr sie theoretisch voneinander abweichen, in der praktischen Auffassung der Symptome bzw. der Prognose weitgehend übereinstimmen. So besteht Einigkeit darüber, daß eine Psychose, die durch ein psychisches Trauma hervorgerufen worden ist, in Heilung ausgeht, mag man sie als psychogen, reaktiv, exogen oder hysterisch bezeichnen. Ferner werden die reinen Formen der Halluzinose, der Katatonie und besonders des manisch-depressiven Irreseins günstiger beurteilt als die Mischformen. Als besonders ungünstig gilt das Auftreten systematisierter Wahnideen im Verlauf sowie die langsame Entwicklung einer paranoidischen Einstellung.

Es ließen sich leicht noch weitere klinische Erfahrungen aufzählen, die das Krankheitsbild als leicht oder schwer erkennen lassen. Vor allem aber spielt bei der Beurteilung die Persönlichkeit des Erkrankten eine erhebliche Rolle. Bei hochbegabten Individuen hinterläßt der erste anscheinend leichte Anfall der Schizophrenie oft einen deutlichen Defekt, während ein leicht schwachsinniger Mensch auch einen heftigen Erregungszustand ohne merkbare Veränderung überwindet. Einen wichtigen Hinweis auf die Bedeutung, die die psychische Konstitution für die Gestaltung des Krankheitsbildes hat, liegt ferner darin, daß jedes Alter eine bestimmte Form der Psychose bevorzugt. Der Name Dementia praecox, so unberechtigt er sich schließlich auch erwiesen hat, beweist doch, daß die charakteristischen Erscheinungen vor allem bei jugendlichen Individuen gefunden werden. Später sind die Symptome weniger rein, vor allem machen bei Frauen hysterische Züge häufig im Anfang das Bild unklar, und paranoidische Ideen sind mit zunehmendem Alter häufiger. Die eigentliche Paranoia tritt vor allem im reiferen Alter auf und befällt ausschließlich Individuen von einem gewissen geistigen Niveau.

Alle diese Tatsachen werden immer wieder durch die klinische Erfahrung bestätigt und sind wohl allgemein anerkannt. Betrachten wir nun diese wenigen Beispiele unter der Voraussetzung, daß es nur eine einzige Geisteskrankheit gibt, und sehen wir zu, wie sich die Auffassung der Symptomenbilder nunmehr gestaltet.

Die verschiedenen Formen der Geisteskrankheit zeigen uns in vergröberter und verzerrter Form die seelischen Grundeigenschaften. Lust und Unlust wird zu krankhaften Affekten, Empfindung zu Halluzinationen, Spontaneität oder Streben äußert sich in motorischer Erregung, die Verstandestätigkeit artet in Wahnideen aus. Fügen wir zu diesen Erregungssymptomen die Zeichen einer Herabsetzung der psychischen Leistung, die Schlaffheit, Gleichgültigkeit, Stumpfheit, mit einem Wort die Hemmungssymptome, so haben wir die Kardinalsymptome der Geisteskrankheit genannt, und es fragt sich nun, ob diese bezüglich der Schwere der Krankheit gleichwertig sind oder ob man aus ihnen irgendwelche Schlüsse auf die Intensität des Krankheitsprozesses ziehen kann.

Damit nähern wir uns dem einen Hauptproblem dieser Arbeit, ob das manisch-depressive Irresein als besondere Krankheit anzusehen ist, d. h. ob man es sich logischerweise durch eine andere Noxe hervorgerufen denken muß als die Schizophrenie oder, ob es nur eine leichtere Form derselben Erkrankung darstellt.

In der Tat läßt sich aus verschiedenen Erfahrungen schließen, daß die Veränderungen der Affekte, die Verstimmung, zuerst von allen psychotischen Symptomen erkennbar wird, und daß wir in ihnen die leichteste Form der Geistesstörung sehen müssen. Man denke an die Grade der Alkoholwirkung: die gehobene Stimmung ist ihr erstes Zeichen. Aber auch bei der Paralyse treffen wir häufig ein (früher „neurasthenisch“ genanntes) Vorstadium, in dem die hypochondrische oder hypomanische Stimmung das Bild beherrscht, und ebenso sind die Schizophrenen häufig längere Zeit vor dem Manifestwerden der Erkrankung „verstimmt“. Lange bevor sich Störungen auf dem Gebiet der Intelligenz zeigen, finden wir bei Arteriosklerose die Labilität der Stimmung, die affektive Übererregbarkeit, Epileptiker sind oft reizbar, auch ohne sonstige psychischen Abnormitäten, schließlich beeinflußt jedes körperliche Leiden die Stimmung, macht Kinder weinerlich, Erwachsene mürrisch, Alte verdrießlich.

Alle diese Tatsachen zeigen mindestens, daß die Affekte erregt werden können, ohne daß andere Kardinalsymptome von Geistesstörung in den Vordergrund treten, und ohne daß eine schwere geistige Erkrankung vorliegt. Der Halluzinant, der Katatoniker wie der Paranoiker ist während des Anfalles völlig unsozial, erregt, offensichtlich schwer geisteskrank. Der leicht manisch oder melancholisch Verstimmte

kann noch seinen Beruf ausüben, und vielfach scheint durch äußere Momente erklärt, was bereits krankhaft ist.

Was hindert denn nun eigentlich, das manisch-depressive Irresein als leichte Form der Einheitspsychose anzusehen? In ihren reinen Fällen beschränkt sich die Erregung auf die affektive Seite des Psychischen, geht meist bald vorüber und hinterläßt keine dauernde Schädigung. An der Leichtheit der Erkrankung ist also kein Zweifel, nur an die ätiologische Identität mit den anderen Formen der Psychose glaubt man nicht. Nicht Reaktionsformen sollen es sein, sondern Formenkreise, worunter man sich etwa vorstellt, daß verschiedene Krankheitsursachen in verschiedener Weise gemischt auf den Menschen einwirken. Als Kraepelins besondere Leistung wird hervorgehoben, daß er das manisch-depressive Irresein von der Schizophrenie getrennt hat, während man viel eher darin sein Verdienst erblicken kann, daß er die verschiedenenartigen Affektstörungen in ein Krankheitsbild zusammengezogen hat.

Zweifellos liegt die Einheitspsychose in der Richtung, welche die Entwicklung der Psychiatrie seit Kahlbaum genommen hat. Es fehlt eben nur noch, daß man sich auf den Standpunkt stellt: *nicht die Krankheitsursachen sind verschieden, sondern die Kranken.*

Auch Kretschmer versucht, die Manisch-Depressiven von den anderen Menschen zu unterscheiden, bevor sie geisteskrank sind. Er glaubt, daß sie infolge ihrer pyknischen Konstitution dieser Psychose verfallen, ja in ihrem Körperbau erkennt er bereits die Anlage zu einer bestimmten Form der Erkrankung. Daß nicht alle Pyknischen manisch werden, stört dabei nicht, daß nicht alle Manischen pyknisch sind, ebensowenig. Bei Schizophrenen mit pyknischem Habitus kann man nach K. einen manischen Einschlag nachweisen und umgekehrt bei asthenischen Maniacis einen schizoiden. Dabei wird dann die Tatsache, daß wirklich reine Fälle von Manie äußerst selten sind, einfach nicht beachtet. Mit Tabellen und Statistiken und einer seltenen Immunität gegen die Ansichten und Einwände anderer wird die Theorie verfochten, daß das manisch-depressive Irresein eine Erkrankung sui generis darstellt und daß es zu einem bestimmten körperlichen Habitus, dem pyknischen, gehört. Anstatt also zu versuchen, die Art der psychischen Reaktion mit Hilfe psychischer Eigenschaften des Erkrankten zu erklären, wird angenommen, daß der körperlichen Entwicklung dieselbe Ursache wie der Krankheit zugrunde liegt.

Das ist eine in ihren Konsequenzen unhaltbare und dabei völlig unbewiesene Hypothese. Ihre einzige Grundlage ist die nicht neue Entdeckung, daß dicke Menschen oft ein heiteres Temperament haben. Während man aber bisher die Fettleibigkeit als Folge der heiteren Gemütsart angesehen hat (was wohl auch zu einseitig ist), glaubt K.,

Fettleibigkeit und Heiterkeit haben dieselbe Ursache, und diese soll außerdem noch die Geistesstörung zur Folge haben können.

K. führt also drei Faktoren: Körperbau, Temperament und Geistesstörung auf ein noch unbekanntes Agens zurück. Bisher hat man gerade auf Grund vielfältiger Erfahrung angenommen, daß die Geistesstörung den Charakter verändert; K. glaubt dagegen, die Geistesstörung sei nur eine Steigerung der Charaktereigenschaften. Er übersieht dabei völlig, daß nur im Anfang der Erkrankung, nämlich nur im Excitationsstadium eine solche Vergrößerung vorhandener Eigenschaften erkennbar ist, daß aber der Defekt, der bei schwerer Erkrankung nie ausbleibt, niemals im Charakter irgendwie vorgebildet sein kann. Individuell sind die Inhalte der Wahnideen, der Sinnestäuschungen und Affekte, d. h. von dem, was einer erlebt hat, ist abhängig, ob er sich in seinem Wahn mit Röntgenstrahlen oder Teufelsspuk beschäftigt. Daß es aber überhaupt zu krankhafter Erregung kommt, ist erheblich wichtiger, und die Ursache dafür ist nicht von der psychischen Individualität abhängig. Der Inhalt von Fieberdelirien ist auch bei einem Kind ein anderer als bei einem Erwachsenen, aber die Ursache ist bei beiden das Fieber. Und wie geringes Fieber nur die Stimmung verändert, Halluzinationen aber erst bei stärkerem dazu auftreten, so kann auch die affektive Verstimmung durch einen leichteren Grad der Geistesstörung bedingt sein als die Halluzinationen. Keine klinische Erfahrung steht mit dieser Auffassung in Widerspruch, während die tägliche Erfahrung zeigt, wie ohne Rücksicht auf Theorien nach längerem Bestehen einer manischen Erregung bzw. bei einem neuen Anfall Halluzinationen oder Wahnideen hinzutreten, oder auch die motorische Unruhe in Tobsucht ausartet. Wie häufig diese Fälle sind, hat in äußerst mühsamen klinischen Forschungen vor allem *Urstein* gezeigt.

Eine Tatsache scheint mir ferner noch nicht genügend beachtet, und zwar ist das der Unterschied in der Prognose eines manischen Zustandes, der in jugendlichem Alter auftritt, gegenüber der eines in späteren Jahren (etwa nach 35) zum ersten Male auftretenden Anfalls. Die jugendliche Manie ist zweifellos noch seltener ganz frei von schizophrenen Zügen (auf den Grund dieser Tatsache kommen wir gleich zu sprechen), als die des reiferen Alters, aber trotzdem hält man nach schnellem Abklingen der Erregung die Diagnose oft für berechtigt. Und sie ist es auch, aber nur, wenn sie symptomatologisch und nicht ätiologisch gemeint ist.

Die schizophrenen Züge sehen wir in der läppischen Heiterkeit im Gegensatz zu der witzigen Art der Manie, im Grimassieren und maniertem Sprechen oder Bewegen, während der Manische nur mit Pathos deklamiert, andere imitiert oder die Komik des Clowns wirken läßt. Beachten wir aber die Tatsache, daß der jugendliche Manische un-

gefähr 20 Jahre alt ist, der andere aber ca. 40, so scheint es doch einfacher, die Unterschiede der Symptome auf den Unterschied der Jahre, d. h. auf den Unterschied der Persönlichkeit zurückzuführen. Wie der Fieberkranke oder der Angeheiterte benimmt sich der leicht Manische: Er versucht, seinen Zustand, seine Heiterkeit, seine Unruhe mit Witzen zu verdecken, die natürlich seinem geistigen Niveau entsprechen. Der Jugendliche, häufig leicht Imbecille benimmt sich dabei wie ein albernes Kind und läßt ebenso wie der in normalem Zustande verständige Erwachsene im Anfangsstadium der Krankheit die Persönlichkeit noch erkennen. Zusammenfassend können wir den Unterschied der Reaktionsformen dahin angeben, daß bei Jugendlichen (und noch mehr bei Imbecillen) das Vorstellungsleben eine geringere Rolle spielt als bei Erwachsenen.

Und in diesem Unterschied sehen wir nicht nur den eigentlichen Grund für die verschiedenartige Symptomatologie der Manie im jugendlichen und der im reiferen Alter, sondern wir glauben, daß auch die verschiedenen Krankheitsbilder der Dementia paranoides und der Paranoia sich von den jugendlichen Formen der Schizophrenie durch nichts anderes unterscheiden. Sobald wir nicht den Inhalt der Wahnsieden, die Deutung der Halluzinationen, die Ziele der gesteigerten Triebe und die Begründung der Affekte für das Wesentliche der Psychose ansehen, sondern alle diese Erregungssymptome auf ihre Zusammensetzung hin prüfen, nämlich auf die Rolle, welche in ihnen das Vorstellungsleben, die Summe der Kenntnisse, der höheren psychischen Akte, der Reflexion, des Verstandes im Verhältnis zu den primären Trieben, Affekten und Empfindungen des Erkrankten spielt, werden wir die Genese dieser krankhaften Reaktionen besser verstehen.

Es ist die Unterscheidung von *Hypernoia* und *Hyponoia*, um die es sich hier handelt. In ihnen sehen wir die konstitutionellen Unterschiede der Individuen, auf denen neben der Intensität der Erkrankung die Verschiedenheit der Reaktionen, also der Symptome, beruht.

Der Mensch von 40 Jahren ist im Verhältnis zu demselben von 20 Jahren hypernoisch. Ein geringer Grad krankhafter Erregung bietet in der Jugend leichter schizophrene Züge als später, wo er nur eine affektive Verstimmung manischer oder depressiver Natur zur Folge hat. Bei stärkerer Intensität der Erkrankung treten aber auch in reiferen Jahren die schizophrenen Symptome hervor, und zwar um so eher, wenn bereits ein Defektzustand vorliegt.

Die verschiedenen Anfälle im Verlauf einer Schizophrenie sind ja untereinander nie völlig gleich. Stets macht sich in jedem späteren ein größerer Defekt bemerkbar. Die Verblödung besteht aber in nichts anderem als dem Verlust der Fähigkeit zu reflexiven psychischen Akten. Ihr erstes Zeichen ist die Reizbarkeit, das ungehemmte, durch Vor-

stellungen nicht beeinflußte Reagieren auf präsentative Reize. Die explosiven Zornausbrüche der Trinker und die sinnlosen Handlungen der Katatoniker sind die höheren Grade dieser affektiven Inkontinenz, der schlecht motivierten Erregung.

Die hier angeführten klinischen Tatsachen sind allgemein bekannt. Das Symptomenbild der Manie ist nicht schwierig zu erkennen, und die schizophrenen Züge, die ihm mitunter beigemischt sind, werden allgemein als prognostisch ungünstig gewertet. Verschieden sind nur die Anschauungen darüber, wie groß der schizoide Einschlag sein kann, um den Fall noch der Manie zuzurechnen. Je genauer man die gesunde Psyche des Falles kennt oder aus der Anamnese rekonstruiert, desto richtiger wird man die Prognose stellen. Und zu dieser Berücksichtigung der psychischen Konstitution gehört auch die des Alters des Patienten. Je stärker hypernoisch die vorliegende Konstitution ist, desto schwerer, je stärker hyponoisch, desto leichter wiegen schizoide Symptome.

Fassen wir also das manisch-depressive Irresein als eine leichte Form der Einheitspsychose auf, die eine hypernoische Konstitution befällt, so verstehen wir ihre Genese, und es entfällt jeder logische Grund, hier eine besondere ätiologische Noxe in Anspruch zu nehmen.

Es ist von unserem Standpunkt als ein Fortschritt zu betrachten, daß man den Namen der Dementia praecox durch den der Schizophrenie ersetzt hat, aber nicht, weil das Adjektivum *schizophren* so brauchbar ist, sondern weil die falsche Voraussetzung, daß die Krankheit hauptsächlich im jugendlichen Alter auftritt, dadurch leichter überwunden wird. Die Seelenspaltung, zu dem nunmehr der Krankheitsprozeß gestempelt worden ist, scheint uns allerdings ein völlig falsches Bild von den Tatsachen zu geben. Die schizophrenen Reaktionen haben nicht die geringste Ähnlichkeit mit den Spaltungen der Persönlichkeit oder den abgespaltenen Komplexen, die als charakteristisch für Hysterie angesehen werden können. Sie verhalten sich ihrer Zusammensetzung nach umgekehrt proportional zu diesen; während bei den hysterischen Reaktionen die Vorstellungen überwiegen, sind die schizophrenen durch (relativen) Mangel an Vorstellungen ausgezeichnet.

Hier wird natürlich jeder einwenden, daß die Dementia paranoides oder gar der Paranoiker doch keinen Mangel an Vorstellungen zeigt, sondern im Gegenteil an ihnen krankt. Wenn der Paranoiker auch nicht vernünftig denke, so denkt er doch, und, wie viele meinen, von seinem Standpunkt aus sogar völlig logisch. Gerade hier glaubt man das Herauswachsen der Krankheit aus der Persönlichkeit verfolgen zu können. Weil es ferner harmlose Paranoiker gibt, Menschen, die in Wahnsysteme eingesponnen ein Eigenbrödlerleben führen, ohne direkt unsozial zu werden (wenn sie auch stets an sozialem Wert schwere Einbuße erleiden), so hält man sie vielfach nur für „leicht“ geisteskrank.

Betrachtet man aber die Paranoia von den Gesichtspunkten, die uns zu der Annahme der Einheitspsychose geführt haben, so muß die Beurteilung doch wesentlich anders ausfallen. Die Existenz der Paranoia ist durchaus kein Hindernis für unsere Auffassung, sondern läßt sich ihr ohne Schwierigkeit einfügen.

Hier tritt uns die Konstitution besonders deutlich als pathoplastisches Moment entgegen. Nur eine hypernoische Konstitution kann ein Wahnsystem erzeugen, und auch sie nur, wenn die Krankheit langsam und schleichend verläuft. Der Paranoiker ist zunächst stets affektiv erregt, oft lassen sich, im Anfang besonders, Halluzinationen nachweisen, er zeigt eine deutliche Steigerung seiner Spontaneität. Alles dies zeigt, daß die Paranoia eine schwerere Erkrankung ist als die Manie. Die Erregung betrifft nun einen intelligenten, viel nachdenkenden Menschen, der über diese neuartigen Erlebnisse ins klare kommen will. Er grübelt, und da er sich (infolge der Noxe) ständig in einem Zustand befindet, der etwa einem leicht Betrunkenen oder durch Opium Vergifteten zu vergleichen ist, gerät er mit seinen Folgerungen, die der nüchternen Kritik nicht unterliegen, in die Irre. In jedem paranoischen System läßt sich doch der Punkt nachweisen, wo die scheinbar logisch zusammengefügte Kette von Schlüssen eine klaffende Lücke aufweist. Der Paranoiker ist ferner selbstbewußt und euphorisch oder doch gehobener Stimmung, oder aber mißtrauisch, ängstlich, in jedem Fall affektiv erregt, und schließlich kann man fast stets nachweisen, daß seine Ideen von illusorischen Erlebnissen oder echten Halluzinationen ihren Ausgang genommen haben. Im Verlauf der Krankheit tritt dann, wenn auch erst nach Jahren, Einengung, Abstumpfung, Verblödung ein, so daß alle Symptome der Schizophrenie hier vorhanden sind. Für diese Diagnose ist es völlig gleich, ob es sich um einen Querulantenwahn, einen Erfinderwahn oder einen Verfolgungswahn handelt. Diese Unterschiede sind zwar durch die Individualität des Erkrankten bedingt, aber nicht durch konstitutionelle Veranlagung, sondern durch die im Leben erworbenen Kenntnisse und persönliche Schicksale. Der Psychiater, der immer noch glaubt, daß der Patient nur infolge bestimmter Ereignisse paranoisch geworden ist, verfährt ebenso unlogisch wie die Mutter, für die der Treubruch des Bräutigams die Ursache für die Schizophrenie der Tochter bleibt, so oft man ihr auch das Gegenteil versichert. Daß diese psychischen Traumen auslösende Momente sind, ist wenigstens nicht empirisch bewiesen, und wir halten wohl besser daran fest, in ihnen nur inhaltgebende Umstände zu sehen. Die Erfahrung zeigt doch im Gegenteil, daß geheilte Melancholische durch Unglück keine Rückfälle erleiden, und bei Gesunden die schwersten Schicksalsschläge keine Schizophrenie zur Folge haben. Im Einklang damit steht, daß der Weltkrieg nirgends zu einer Vermehrung der Schizophrenie geführt hat.

Die Einbeziehung der Paranoia in die Einheitspsychose verliert vollends alles Befremdliche, wenn man sich klarmacht, daß es von der einfachen Hebephrenie bis zur sog. Edelperanoia zahlreiche Übergänge gibt, die durch die Dementia paranoides gebildet werden. Hier kann man leicht nachweisen, daß die Ausbildung der Wahnideen, die Verarbeitung und Ausdeutung der Halluzinationen der Entwicklung des Verstandes parallel geht, d. h. also konstitutionell bedingt ist.

Hiergegen könnte scheinbar der Einwand erhoben werden, daß auch Schwachsinnige Wahnideen produzieren. Diese unbestreitbare Tatsache beweist aber nicht das geringste gegen unsere Anschauung. Diese Wahnideen tragen nämlich den Stempel des Schwachsins, und die Konstitution ist nicht hypernoisch, sondern „relativ hypernoisch“. Damit wird gesagt, daß das Individuum nur im Verhältnis zu seiner (schwachen) psychischen Gesamtleistung viel denkt. Ein näheres Eingehen auf diesen wichtigen Begriff würde hier zu weit führen.

Unser klinischer Begriff der Einheitspsychose umfaßt nun also außer der Dementia praecox oder der Schizophrenie noch das manisch-depressive Irresein und die Paranoia. Sicher gehört ein großer Teil der Psychosen des höheren Alters noch dazu, außer der Involutionsmelancholie vor allem eine Anzahl als Dementia senilis bezeichneter Zustände. Wenn man darauf achtet, findet man gar nicht selten 70jährige Individuen, die sämtliche schizophrenen Symptome aufweisen, aber die Lebhaftigkeit der Affekte, die Deutlichkeit der Sinnestäuschungen und die Ausbildung der Wahnideen vermissen lassen. Das alte Gehirn ist nicht mehr so produktiv. Am häufigsten ist die monotone Trauer und die stumpfe Euphorie, die aber mit der Vergesslichkeit, der schweren Wortfindung, kurz den Zeichen der organisch bedingten Presbyophrenie nichts zu tun hat.

Schließlich kann man auch die epileptischen Geistesstörungen einbeziehen, indem man sich vorstellt, daß die organische Veränderung des Gehirns, die den Krämpfen zugrunde liegt, zur Psychose disponiert. Die Erblichkeitsverhältnisse scheinen für diese Auffassung verwertbar.

Als Namen für unsere Einheitspsychose schlagen wir den alten Begriff der *Katatonie* vor. Damit ist wenigstens kein falsches psychologisches Bild verbunden. Spannungszustände sind zweifellos „schizophrene“ Symptome¹⁾ und man würde also das Ganze nach einem seiner Teile benennen. Kataton bedeutet uns aber ferner in genetischer Beziehung, daß hier innerkörperliche Vorgänge als Ursache anzunehmen sind. Wir bezeichnen diese Symptome im Gegensatz zu den durch psychische Traumen ausgelösten psychogenen als somatogen.

¹⁾ Sie können allerdings wie alle Symptome psychogen sein, was aber meist anamnestisch feststellbar ist.

Es ist nicht zu leugnen, daß mit der Annahme der Einheitspsychose in gewissem Grade die psychologische Beschreibung des Einzelfalles, das Seelengemälde, an Interesse verliert. Hier spielt sich dasselbe ab, was wir bei der Paralyse schon selbstverständlich finden: Der Inhalt der Psychose wird unwesentlich, nebensächlich. Damit ist aber das Interesse an der Psychologie des Falles keineswegs erschöpft. Es handelt sich nur um eine andere Art der psychologischen Analyse. Nicht mehr bedarf es langatmiger Schilderungen der Wahnsideen oder der krankhaften Erlebnisse, sondern für die klinische und prognostische Beurteilung brauchen wir die möglichst genaue Kenntnis der Konstitution und die dynamische Wertung der vorliegenden krankhaften Erregung, die Einfühlung, wie weit dieselbe psychogen sein kann oder als somatogen angesehen werden muß.

Dadurch verliert die Psychiatrie u. E. nicht an Interesse; sondern sie wendet mit klarer Einsicht in die tatsächlichen Verhältnisse die Methode an, die sie bisher vielfach schon unbewußt befolgt hat, nämlich die im eigentlichen Sinne analytische. Damit wird das individuelle Beiwerk, das für den klinischen Verlauf belanglos ist, das aber den Blick für das Wesentliche getrübt und die Entwicklung der Psychiatrie gehemmt hat, auf den ihm gebührenden Platz zurückgedrängt: Seine Erforschung hat für die Psychose nur mittelbare Bedeutung, es ist nicht Zweck, sondern Mittel zum Zweck, Material für die psychologische Erkenntnis der Reaktionsform.
