

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik Freiburg i. Br. [Direktor: Geheimrat Prof. Dr. A. Hoche].)

Über den Begriff der Grundstörung und seine Bedeutung für die Einteilung und die Lokaldiagnose der Geisteskrankheiten.

Von

Prof. Dr. E. Küppers.

(Eingegangen am 6. Januar 1933.)

Vergleicht man die psychiatrische Literatur von heute mit der vor etwa 20 Jahren, so fällt auf, daß das damals noch lebendige Interesse für die Frage nach den *Krankheitseinheiten* in der Zwischenzeit stark zurückgetreten, dafür aber ein Wort und ein Begriff aufgekommen ist, der damals kaum eine Rolle spielte: der Begriff der *Grundstörung*.

Will man die Etappen dieser Entwicklung, — die sich im ganzen als eine Verwirklichung der alten *Hocheschen* Forderung darstellt, daß man die Symptomverkupplungen studieren solle — kurz bezeichnen, so wird man an erster Stelle *Bleuler*¹ nennen, der die alte Unterscheidung zwischen primären und sekundären psychischen Symptomen in systematischer Weise auf die Schizophrenielehre übertrug und damit einen entscheidenden Schritt über *Kraepelin* hinaus tat, an zweiter Stelle *Berze*², dessen *Dementia praecox*-Werk ganz darauf angelegt war, die „Insuffizienz der psychischen Aktivität“ als die Grundstörung der Schizophrenie aufzuzeigen, an dritter Stelle *Birnbaum*³, der mit seiner Unterscheidung der pathogenetischen und der pathoplastischen Faktoren das Prinzip auf alle Psychosen anwandte, und aus der neuesten Zeit schließlich vor allem *C. Schneider*⁴ und *Kronfeld*⁵, die sich in ihren Arbeiten wieder auf die Schizophrenie beschränkten.

Es liegt die Frage nahe, ob hier wirklich ein Fortschritt erzielt worden ist, worin er besteht, was man überhaupt unter „Grundstörung“

¹ *Bleuler*: *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Handbuch der Psychiatrie.* Leipzig-Wien 1911.

² *Berze*: *Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität.* Leipzig-Wien 1914.

³ *Birnbaum*: *Der Aufbau der Psychose.* Berlin 1923.

⁴ *Schneider, C.*: *Die Psychologie der Schizophrenen.* Leipzig 1930.

⁵ *Kronfeld*: *Perspektiven der Seelenheilkunde, Kap. 9.* Leipzig 1930.

verstehen soll, und welche Bedeutung diesem Begriff in der Psychiatrie zukommt.

Daß die Ansichten noch wenig geklärt sind, zeigt ein kurzer Überblick über die bisher vertretenen Auffassungen. Nach *Bleuler* zeichnen sich die „Grundsymptome“ der Schizophrenie dadurch vor den „akzessorischen“ aus, daß sie, solange die Krankheit überhaupt erkennbar ist, *immer da* und daß sie für die Krankheit *spezifisch* sind (S. 9). Beides hängt damit zusammen, daß diese Symptome, wie an anderer Stelle (S. 284) erklärt wird, „direkt dem Krankheitsprozeß entspringen“. Die „akzessorischen Symptome“ dagegen können fehlen und kommen auch bei anderen Krankheiten vor (S. 9). Einige von ihnen zeigen allerdings „Eigentümlichkeiten der Erscheinung, die nur bei der Schizophrenie vorkommen, so daß auch sie, wenn sie vorhanden sind, zur Diagnose der Krankheit verwendet werden können“, — woraus hervorgeht, daß doch nicht nur die Grundsymptome „spezifisch“ sind. Jedenfalls werden die sekundären Symptome nicht direkt durch den Prozeß bewirkt, sondern sind „teils psychische Funktionen unter veränderten Bedingungen, teils Folgen mehr oder weniger mißglückter oder auch glückter Anpassungsversuche an die primären Störungen“ (S. 372), oder sie entstehen, wie es an anderer Stelle (S. 284) heißt, „durch die Reaktion der kranken Psyche auf irgendwelche inneren und äußeren Vorgänge“.

So sehr man die hier getroffene Unterscheidung zwischen Symptomen, die direkt dem Krankheitsprozeß entspringen, und solchen, die erst mittelbar mit ihm zusammenhängen, billigen wird, so wenig wird man doch die Erklärung des Zustandekommens der sekundären Symptome als geglückt empfinden. Der Ausdruck „Erscheinungen, die durch die Reaktion der kranken Psyche auf irgendwelche inneren und äußeren Vorgänge entstehen“, umfaßt so viel, daß man sich überhaupt nichts Präzises mehr darunter vorstellen kann. Ferner wird der Eindruck erweckt, als ob ein Kranke überhaupt nur Symptome und gar keine normalen Eigentümlichkeiten biete.

Daß die akzessorischen Symptome nach *Bleulers* Ansicht auf *verschiedenen* Wegen aus den primären hervorgehen, zeigt die Angabe, wonach sie „teils psychische Funktionen unter veränderten Bedingungen, teils Folgen mehr oder weniger mißglückter oder auch glückter Anpassungsversuche an die primären Störungen“ sein sollen. Man vermißt bei dieser Unterscheidung aber einen genaueren Hinweis auf die Natur der „veränderten Bedingungen“; sodann könnte man nach der Formulierung des zweiten Teiles des Satzes glauben, die primären Störungen wären der an sich intakten Psyche *gegeben*, woraufhin diese sich ihnen anpaßte, was doch wohl nicht gemeint ist.

Berze stellt sich in seinem *Dementia praecox*-Werk von vornherein die Aufgabe, „durch psychologische Analyse geeigneter Fälle die psychi-

sche Grundstörung der Krankheit so klar und präzise als nur möglich herauszustellen“. Diese Grundstörung ist nach ihm psychologisch nicht weiter ableitbar, ihre Grundlage kann nur im Körperlichen liegen, und sie beeinflußt „die verschiedenen Bewußtseinsakte, von der Wahrnehmung angefangen, bis zu den komplizierten Denk- und Willensakten“, so daß es möglich ist, *alle* schizophrenen Symptome als Erscheinungen der „Insuffizienz der psychischen Aktivität“ aufzufassen. Um zu zeigen, daß der von ihm angenommene Aktivitätsdefekt die Grundstörung der *Dementia praecox* darstellt, will *Berze* nachweisen, 1. daß „die Herabsetzung der psychischen Aktivität bei der *Dementia praecox* als elementarer, nicht erst wieder aus einem anderen abzuleitender Defekt gedacht werden kann und muß, 2. daß wirklich alle Symptome der Psychose aus diesem Defekt abgeleitet werden können“ (S. 4). Der Begriff der Grundstörung wird also in doppelter Weise gegen den der sekundären Erscheinungen abgegrenzt. Die Grundstörung ist einerseits psychologisch ursprünglich, andererseits Ursprung für alle wesentlichen psychischen Symptome. Gegenüber *Bleuler* wird der Grundstörung also eine viel entscheidendere Rolle zuerteilt. Zwar sprechen viele Stellen bei *Bleuler* dafür, daß er bei seinen primären Symptomen an etwas ähnliches gedacht hat, so besonders, wo er versucht, die Etappen anzugeben, über die sich die sekundären Symptome aus den primären entwickeln (S. 288 f.). Andere Stellen zeigen aber, daß er diese Auffassung zum mindesten nicht konsequent beibehalten hat. So sagt er noch 1930¹, die Begriffe des Primären und Sekundären bei der Schizophrenie seien unter dem Namen „psychischer Prozeß und psychischer Überbau“ jetzt allgemein bekannt und verstanden, zählt auf dem psychischen Gebiet das Gedanken-drängen und den Gedankenstillstand, die manischen und melancholischen Verstimmungen und anderes zu den primären Symptomen und bezeichnet die sekundären als die „psychogenen“ mit dem Hinzufügen, daß sie nur auf dem Boden der primären Elementarstörungen möglich seien.

Ein weiterer Fortschritt bei *Berze* liegt darin, daß er die Grundstörung der Schizophrenie so definiert, daß der Versuch, alle wesentlichen Symptome aus ihr abzuleiten, von vornherein durchführbar erscheint, während man das von der „Assoziationsstörung“ *Bleulers*, wenigstens wenn man sich an ihre Formulierung hält, kaum sagen kann. Auf der anderen Seite muß bei *Berze* die Art der Ableitung Bedenken erregen. Die Insuffizienz der psychischen Aktivität wird von ihm nicht als Grundlage der Zustandsbilder „gesehen“, sondern hypothetisch angenommen. Die Ableitung der sekundären Symptome aus der Grundstörung kann daher dem ganzen Ansatz nach auch keine verstehende sein. Es muß aber bezweifelt werden, ob es in psychologischen Dingen etwas anderes wie ein — wenn auch vielleicht analogisches — Verstehen geben kann. Die Folge dieses

¹ *Bleuler*: Schweiz. Arch. Neur. 26, 94.

Ansatzes ist, daß das ganze Buch *Berzes* mit theoretisch-psychologischen Annahmen belastet ist, unter denen seine Lesbarkeit stark leidet. *Berze* verkennt, wie mir scheint, die Eigengesetzlichkeit des Psychischen. Er bemerkt nicht, daß man in diesem Bereich nichts beweisen kann, sondern sich mit Veranschaulichungen begnügen muß.

Es ist das Verdienst *Birnbaums*, die Frage nach der Grundstörung systematisch auf den ganzen Bereich der Psychosen ausgedehnt zu haben. Die Grundstörungen, von ihm „Grundformen“ genannt, von denen er sagt, ihre Bestimmung sei die Voraussetzung für die Aufstellung eines haltbaren Systems der psychischen Krankheiten, zeichnen sich vor anderen Krankheitsbestandteilen dadurch aus, daß sie konstant, spezifisch und elementar sind und daß sie „übrig bleiben, nachdem alle Ausgestaltungen, Ableitungen, Aufpflanzungen usw. ausgeschieden sind“ (S. 92). Das sich in dieser letzten Bemerkung aussprechende Prinzip, die Grundstörungen „per Exklusionem, durch Reinigung des Krankheitsfalles von allen pathoplastischen Bildungen“ zu finden, ist das Kennzeichnende der *Birnbaumschen* Methode, zugleich aber auch das, was ihn vom richtigen Wege abführt. Denn was bei der „Reinigung“ des klinischen Bildes abfällt, wird nun unter der Bezeichnung „pathoplastisch“ in einen Topf geworfen. Auf diese Weise geraten die gesetzmäßigen Folgen der *Primärstörungen* zusammen mit den zufälligen Besonderheiten des Krankheitsbildes, die dadurch bedingt sind, daß jede Krankheit die Krankheit eines *individuell gearteten Menschen* mit einer individuellen Lebensgeschichte ist (S. 3). Es kommt hinzu, daß *Birnbaum* es unterläßt, die ursächlich wirksamen *Faktoren* von den durch sie erwirkten *Erscheinungen* scharf zu sondern, so daß seine „Aufbau betrachtung“ nicht durchweg den rein deskriptiven Charakter behält, der ihr an sich zukommen sollte. *Birnbaum* beachtet nicht, daß das, was bei einem Krankheitsbilde durch die individuellen (konstitutionellen, charakterlichen, intellektuellen) Eigentümlichkeiten ihres Trägers bedingt ist, also das „Pathoplastische“ in dem engeren Sinne, der mir berechtigt erscheint, nur auf dem Hintergrunde einer klaren Anschauung vom *Krankheitstypus* erfaßt werden kann, daß es also darauf ankommt, erst diesen herauszuarbeiten, und daß es gerade die Aufgabe einer Strukturanalyse als einer rein beschreibenden Methode ist, das zu tun. Diese Mängel der *Birnbaumschen* Methode sind wohl der Hauptgrund dafür, daß sein an sich richtiger Ansatz für die Weiterentwicklung der Psychiatrie ohne entscheidende Folgen geblieben ist.

Wenn wir im folgenden die Frage nach den Grundstörungen in der Allgemeinheit, wie sie von *Birnbaum* aufgeworfen worden ist, also ausgedehnt auf alle Psychosen, wieder aufnehmen wollen, so werden wir uns vor allem hüten müssen, den Kreis unserer Gegenstände allzu eng zu wählen. Wir werden uns also zunächst fragen müssen, ob der Begriff der Grundstörung nicht vielleicht ein *allgemein-pathologischer* ist, der

notwendig in *allen* medizinischen Disziplinen vorkommt und in der Psychiatrie nur analog angewandt zu werden braucht. Und sollten wir auf diesem Wege nicht zu einem befriedigenden Abschluß kommen, so werden wir unsere Aufgabe damit wenigstens in bestimmter Weise eingeengt haben und mit um so größerer Sicherheit versuchen können, einen anderen Weg — wie sich zeigen wird, den *phänomenologischen* oder *daseinsanalytischen* — zu gehen.

I. Der Begriff der Grundstörung in der allgemeinen Pathologie.

Hält man sich an das *Wort*, so bedeutet „Grundstörung“ offenbar eine *Störung, die anderen Störungen zugrunde liegt*. Was damit gemeint ist, läßt sich an einem alltäglichen Krankheitsbeispiel zeigen.

Nehmen wir an, es komme zu uns ein Mann mit einem *Furunkel*, so fühlen wir uns zunächst nicht veranlaßt, weitreichende Erwägungen anzustellen. Es handelt sich um eine *Störung*, die sich äußert in dem bekannten Symptomenkomplex der lokalen Entzündung: *Rubor, Calor, Tumor, Dolor*.

Ganz anders liegt die Sache, wenn ein *zweiter Furunkel* hinzukommt. Wir fühlen uns veranlaßt, nach einem *Grunde* dieser Duplicität zu suchen. Wir prüfen den Urin und finden etwa eine Zuckerausscheidung. Damit ist das Rätsel gelöst, wir haben die „Grundstörung“ gefunden: Es handelt sich um einen *Diabetes*, der sich einerseits in der Zuckerausscheidung, andererseits in der Furunkulose äußert.

Das Krankheitsbild hat mit diesem neuen Befunde ein ganz anderes Gesicht bekommen. Was zunächst eine *selbständige Störung*, eine lokale Entzündung, zu sein schien, ist zu einem bloßen *Symptom* herabgesunken; und diese Veränderung ist nicht etwa nur die Folge eines Wechsels unserer Aufmerksamkeitsrichtung; sondern wenn unsere Auffassung richtig ist, dann kommt es jetzt wirklich nicht mehr auf die Furunkulose an, sondern nur noch auf den Diabetes. Würden wir z. B. fortfahren, nur die Furunkulose zu behandeln, so würden wir „an einem Symptom herumkurieren“ und keinen Erfolg erzielen; beseitigen wir aber die Grundkrankheit, so fällt das Symptom von selbst mit weg. Natürlich hört die Furunkulose als *Symptom* nicht auf, eine *Störung* zu sein. Sie verliert nur den Charakter einer *selbständigen Störung*, einer „*Krankheitseinheit*“.

Das Beispiel lehrt, daß das Verhältnis zwischen einer Grundstörung und einer abgeleiteten Störung identisch ist mit dem Verhältnis zwischen einer Störung schlechthin und ihren Erscheinungen. Die lokale Entzündung äußert sich in den Erscheinungen: *Calor, Rubor, Tumor, Dolor*, die ihrerseits keine Störungen mehr sind (sondern nur das veränderte Aussehen oder Verhalten einer Körperstelle). Ebenso äußert sich der Diabetes einerseits in der Furunkulose, andererseits in der Zucker-

ausscheidung. Eben wegen dieser Parallele bezeichnen wir ja die *unselbständigen Störungen* auch als *symptomatische Störungen*. Es sind *Störungen von Erscheinungscharakter* oder auch: *Erscheinungen von Störungscharakter*. Statt von einer Grundstörung, von abgeleiteten Störungen erster, zweiter und weiterer Ordnung und von den letzten Erscheinungen können wir daher auch einfach — und vollkommen gleichwertig — von einer Störung schlechthin und ihren primären, sekundären, tertiären usw. Erscheinungen sprechen. Bezeichnen wir den Diabetes kurzweg als Störung, so wäre die Furunkulose nach unseren bisherigen Feststellungen eine primäre Erscheinung; die durch die einzelnen Furunkel hervorgerufenen Erscheinungen der lokalen Entzündung wären sekundäre Erscheinungen.

Es zeigt sich dabei, daß die Verhältnisse, die wir im Auge haben, *statischer* Art sind. Ähnlich wie wir bei einem Baum sagen: Der Stamm trägt die Äste, diese die Zweige, diese die Blätter, so trägt (oder: macht möglich, „fundiert“) der Diabetes die Furunkulose, jeder Furunkel seinerseits die Entzündungssymptome. Was wir bei einer solchen Betrachtungsweise treiben, ist also keine kausale, sondern eine *Strukturanalyse*, bei der jedes Moment am Ganzen auf seine Grundlagen, auf die Bedingungen seiner Möglichkeit, geprüft wird, um dann in den Strukturzusammenhang gemäß der Rolle eingesetzt zu werden, die es als Träger und Getragenes spielt.

Wollte man gegen diese Betrachtung einwenden, daß doch zwischen dem Diabetes und der Furunkulose auch eine *kausale* Beziehung bestehe, insofern als der Diabetes zuerst da sein müsse, wenn die Furunkulose auftreten solle, so wäre dagegen zu sagen, daß es etwas anderes ist, die *Entstehung* einer Sache zu beschreiben oder ihr *Wesen*. Beide Aufgaben sind gleichberechtigt. Man muß sich aber entscheiden, ob man die eine oder die andere Aufgabe behandeln will und muß sich darüber klar sein, daß die Beschreibung des *Seins* oder der *Struktur* einer Sache der Beschreibung ihres *Werdens* voranzugehen hat. Denn alles Werdende ist schon im Keim ein Seiendes von bestimmter Seinsverfassung und bleibt ein solches während seines ganzen Werdeganges, so daß auf jeder Stufe der Entwicklung zunächst die Frage der Struktur, des inneren Zusammenhangs der Teile oder Momente des Ganzen, beantwortet werden muß. Wir würden also eine kausale Beziehung zwischen dem Diabetes und der Furunkulose nicht bestreiten, sondern nur darauf hinweisen, daß uns diese Beziehung im Augenblick nicht interessiert, weil unsere Fragestellung sozusagen eine anatomisch zergliedernde und keine Entwicklungsgeschichtliche ist.

Kehren wir nach dieser Abschweifung zu unserem Furunkulosefall zurück, so wäre weiter zu sagen, daß wir nicht immer das Glück haben, sogleich auf Krankheitseinheiten, d. h. auf selbständige Störungen, wie den Diabetes, zu stoßen. Es kann z. B. sein, daß wir bei unserem Fall

gar nichts weiteres finden. Das Bezeichnende ist dann, daß wir trotzdem annehmen, daß etwas zugrundeliegt. Wir nennen es etwa eine „herabgesetzte Widerstandskraft der Haut gegen Infektionen“. Es stört uns gar nicht, daß das keine wohldefinierte Krankheit ist. Die verminderte Widerstandskraft gilt uns doch als etwas ganz Bestimmtes und unzweifelhaft Feststehendes. Es ist eben die notwendig zu den beobachteten Störungen hinzuzudenkende „Grundstörung“.

Es besteht auch kein Widerspruch, wenn sich etwa nachher herausstellt, daß doch ein Diabetes vorliegt. Wir sagen dann eben, die Widerstandsschwäche der Haut habe die Hyperglykämie zur Grundlage gehabt, diese etwa eine Verödung der *Langerhansschen* Inseln — womit wir dann wieder bei der anatomischen Grundlage des Diabetes angelangt wären. Der ganze Unterschied besteht darin, daß wir in dem einen Fall den Weg zur letzten „Grundstörung“ *in einem Sprunge*, im anderen Falle *in Etappen* zurücklegen, daß wir im einen Fall *praktisch-diagnostisch*, im anderen *theoretisch-pathophysiologisch* denken.

Der Ausdruck Grundstörung läßt also *offen*, ob mit dem Zugrundeliegenden eine selbständige Krankheit, wie der Diabetes, oder die unselbständige Teilerscheinung einer solchen, wie die Widerstandsschwäche der Haut, gemeint ist. Die einzige wesentliche Vorbedingung für den Gebrauch des Ausdruckes ist die, daß es sich um eine *Störung* handelt, *die einer andern Störung zugrunde liegt oder als ihr zugrundeliegend gedacht werden muß*.

II. Der Begriff der Grundstörung in der Psychopathologie.

1. Grundstörung als Störung im „psychischen System“.

Es ist klar, daß unsere bisherigen Feststellungen über das Verhältnis zwischen den Krankheiten und ihren Erscheinungen allgemein gelten. Sie müssen sich also auch auf das Gebiet der psychischen Krankheiten übertragen lassen. Die Schwierigkeit dieser Übertragung liegt darin, daß wir hier mit einer *anderen Erkenntnisweise* als der sonst in der Medizin üblichen arbeiten müssen. Wollten wir uns streng an das halten, was wir an unseren Kranken sinnlich wahrnehmen, so müßten wir sagen, die psychischen Erscheinungen des Irreseins beständen in dem abnormen Ablauf jener raschen Änderungen der äußeren Körperform, die wir *Bewegungen* nennen, und in den Folgen dieser Bewegungen. Denn schon, wenn wir von einem veränderten *Verhalten* und von veränderten sprachlichen oder sonstigen *Erzeugnissen* unserer Kranken reden wollten, würden wir die äußeren Gestaltänderungen und ihre Folgen als Ausdruck einer inneren Stellungnahme betrachten, sie also nach Analogie unseres eigenen Verhaltens interpretieren. (Denn was wir sinnlich wahrnehmen, ist nur der äußere Erfolg des Verhaltens, nicht das Verhalten selbst.)

Der Weg des *bloßen Wahrnehmens* ist also ungangbar, der Weg des *Verstehens* aber führt sofort dazu, daß wir uns zugleich mit dem veränderten *Verhalten* und auf Grund seiner das veränderte *Dasein* unserer Kranken vergegenwärtigen.

(Unser Verfahren beim Verstehen ist übrigens kein anderes als bei *jeder Erkenntnis*. Es verläuft nach dem Grundsatz: *Operari sequitur esse*, das *Verhalten* [das wir sehen] folgt aus dem *Sein* [das wir erschließen]. Der Unterschied ist nur: Im Falle des Verstehens ist das Sein kein fester Bestand von Eigenschaften, sondern eine nur während des Wachseins dauernde *Haltung* gegenüber der Welt, die wir, im Anschluß an *Heidegger* u. a. als „*Dasein*“, „*Ich-Sein*“, „*In-der-Welt-sein*“ oder als „*In-einer-Situation-stehen*“ kennzeichnen können.)

Das *gestörte Dasein*, das „*Irre-Sein*“, ist also das *erste* Zugrundeliegende, zu dem wir bei verstehender Betrachtung vordringen. Wir stehen damit nun freilich nicht mehr vor einem bloßen *Symptom*, sondern haben es mit einer echten *Störung* zu tun, aber diese Störung — und das ist das Verwirrende — ist gar nicht von der Art, wie wir sie eigentlich suchen. Worauf es uns als Medizinern ankommt, ist ja eine Störung im Sinne eines Krankheitsprozesses. Wir suchen ein *gestörtes Zusammensein der Teile des Organismus*, nicht ein gestörtes *Dasein* des ganzen Individuums in seiner Umwelt. Sehen wir auf jenes Gesuchte hin, so ist das *gestörte Dasein* trotz seinem Charakter als Störung also doch wiederum nur ein *Symptom*.

Es ergibt sich auf diese Weise ein *erster* möglicher Begriff von Grundstörung in der Psychiatrie. Er meint das *gestörte Zusammenwirken* bestimmter Teile des Zentralnervensystems, das wir dem verstehend erfaßten *gestörten Dasein* des Menschen, dem psychiatrischen Zustandsbilde, als zugrundeliegend denken müssen. Nennen wir den in Frage kommenden Ausschnitt des Zentralnervensystems — ganz unverbindlich — das „*psychische System*“, so wäre unter Grundstörung also eine *Störung im psychischen System* zu verstehen. Wir wissen zwar nicht genau, um welchen Teil des Zentralnervensystems es sich dabei handelt. Aber daß es einen solchen Teil gibt, und daß eine genaue Entsprechung vorhanden sein muß zwischen den Störungen des *Daseins* und den zugrunde liegenden Störungen im *psychischen System*, das ist uns nicht zweifelhaft.

Genau wie bei unserem Beispiel aus der inneren Medizin bleibt auch im Falle der Psychose *offen*, ob wir es bei dem Zugrundeliegenden mit einer selbständigen oder mit einer unselbständigen Störung, anders ausgedrückt: ob wir es mit einer Krankheit sui generis oder doch wieder nur mit dem *Symptom* einer solchen Krankheit zu tun haben. Halten wir das Zugrundeliegende für ein bloßes *Symptom*, so nennen wir die Psychose „*symptomatisch*“ (in einem weiteren Sinne), im anderen Falle

nicht. Die Bezeichnung betrifft also eigentlich das Zugrundeliegende und nicht die Psychose selbst. Denn bezöge sie sich auf die Psychose, so müßte man *alle* Psychosen als symptomatisch bezeichnen, weil sie ja immer gegenüber dem Zugrundeliegenden nur Symptome sind. Es ist das ein Punkt, der oft zu Verwechslungen geführt hat.

In dem Falle, daß das Zugrundeliegende nur Symptom ist, steht es uns natürlich auch wieder frei, es gedanklich zu überspringen, das psychische Zustandsbild also direkt als Symptom der Grundkrankheit anzusehen — genau wie wir das bei der Furunkulose und dem Diabetes getan haben, als wir die Widerstandsschwäche der Haut übersprangen. Vor allem ist das dann naheliegend, wenn wir neben dem psychischen Zustandsbilde noch andere Hinweise auf die Grundkrankheit haben, wie z. B. bei der Paralyse.

2. Grundstörung als Störung im „Strukturzusammenhang des Psychischen“.

So legitim und notwendig der bisher behandelte *erste* Begriff von Grundstörung ist, so sicher ist doch auch, daß das Wort „Grundstörung“ in der psychiatrischen Literatur im allgemeinen nicht in diesem Sinne gebraucht wird. Bezeichnet man z. B. mit *Berze* die Insuffizienz der psychischen Aktivität als die Grundstörung der *Dementia praecox*, so geht schon aus der Formulierung hervor, daß man — zum mindesten zunächst — nichts Anatomisch-Physiologisches im Auge hat, sondern etwas, was die *Dynamik des Psychischen* betrifft, und was eben deshalb auch psychologisch formuliert wird.

Wenn wir verstehen wollen, wie man zu diesem *zweiten* — psychologischen — Begriff von Grundstörung gekommen ist, müssen wir uns daran erinnern, daß die meisten psychischen Krankheiten uns nicht den Gefallen tun, neben den psychischen auch noch konstante körperliche Symptome oder gar eine pathologische Anatomie zu haben, daß wir also darauf angewiesen sind, die Zugangsmöglichkeiten vom Psychischen her bis aufs äußerste auszunutzen.

Versuchen wir das, so erhebt sich die Frage, ob das Prinzip der Strukturanalyse nicht auf das Dasein selbst angewandt werden kann. Tatsächlich haben wir den ersten Schritt schon getan, indem wir von dem äußeren Verhalten als Symptom zu dem darin sich kundgebenden Dasein vordrangen. Der zweite Schritt würde darin bestehen, daß wir nun nach den *Grundlagen des Daseins* fragten.

Wir sind damit bei einem Problem angekommen, das zunächst gar nichts mit der Psychiatrie zu tun hat. Es handelt sich hier vielmehr um eine Grundfrage der Psychologie, ja sogar der Philosophie. Es sei nur daran erinnert, daß *Kant* in seiner Kritik der reinen Vernunft immer wieder von den „im Subjekt liegenden Bedingungen der Möglichkeit der Erfahrung“ redet, und daß *Dilthey* epochemachender Angriff (in den 90er

Jahren des vorigen Jahrhunderts) auf die „erklärende“ Psychologie sich auf den Nachweis stützte, daß diese Art Psychologie (im Gegensatz zu der von ihm propagierten „beschreibenden und zergliedernden“) das Problem des „psychischen Strukturzusammenhangs“ übersehe.

Es ist nun aber nicht so, daß wir deswegen mit unserer Untersuchung auf das Gebiet des Normalpsychischen übergehen müßten. Wir können vielmehr die Nutzanwendung auf das Pathologische sofort machen. Denn der Fall liegt auch hier wieder wie in der Körpermedizin: Die Krankheiten enthüllen uns als Naturexperimente die Funktionszusammenhänge oft besser als die normalen Lebensvorgänge. Festzuhalten ist nur das eine: der dem Psychischen zugrunde liegende Strukturzusammenhang hat *zunächst gar nichts mit dem Nervensystem* zu tun. Mag letzten Endes bei seiner Erforschung etwas für das Verständnis der Funktionen des Nervensystems herauskommen, das Ausgangsmaterial und der Standpunkt, von dem aus es bearbeitet wird, sind total andere, und man kann daher gar keinen größeren Fehler begehen als den, daß man bei den Feststellungen, die man hier trifft, Seitenblicke auf das Gehirn wirft.

Versuchen wir nun in summarischer Form, wie es für unsere Zwecke ausreicht, die Frage zu beantworten, wie Dasein (als Grundlage eines sinnvollen Sichverhaltens) möglich ist, so werden wir folgendes sagen können: Es gehört dazu *erstens* einmal, daß unser *Befinden* uns den Zustand unseres Selbst und die Beschaffenheit unserer Umwelt *ohne fälschende Zutat* übermittelt, oder mit anderen Worten: daß unsere Seele eine vollkommene Resonanzfähigkeit, eine durch Eigenschwingungen nicht beeinflußte Mitschwingungsfähigkeit besitzt, so daß sie als verlässlicher Maßstab dienen kann bei der Schätzung des *Wertes* des uns in der Welt Begegnenden.

Besteht diese Resonanzfähigkeit infolge krankhafter Veränderungen nicht, ist die Seele primär verstimmt, so muß es zunächst einmal zu einer generellen Umwertung der Werte kommen, im Falle der Depression zu einer Herabwertung aller Werte, vor allem des Selbstwertes, im Falle der gehobenen Stimmung zu einer Hinaufwertung. Das ganze Weltbild wird auf diese Weise die Färbung der Grundstimmung annehmen. Weiter wird der Mensch im einen Falle bei all seinem Tun und Planen von seiten seines depressiv gestimmten seelischen Selbst eine Mißbilligung erfahren, im anderen Falle Billigung und Unterstützung, mit der Folge, daß sich im einen Falle eine Verlangsamung und Verarmung des Tuns im Sinne der Denkhemmung und Bewegungsarmut, im anderen eine Beschleunigung und Bereicherung im Sinne der Ideenflucht und des Beschäftigungsdranges einstellt. Das ganze Symptombild der *Melancholie* und der *Manie* würde sich so aus dieser einen Veränderung des Befindens oder der Gestimmtheit ableiten lassen, und wir hätten also allen Grund,

diese Veränderung als die *Grundstörung* jener Zustandsbilder zu bezeichnen.

Es gehört dann *zweitens* zu den Bedingungen des Daseins als der Grundlage eines sinnvollen Wirkens in der Welt, daß wir selbst als *Ich* imstande sind, uns *im Dienst* der Entwicklung unseres Selbst und der Gemeinschaft *zu betätigen*. *Tätigkeit im Dienst* setzt aber zweierlei voraus: 1. eine innere *Verbundenheit mit dem Auftraggeber*, also hier mit dem Selbst und dadurch mit der Gemeinschaft, und 2. *Macht über die Werkzeuge*, die beim Tun in Gang gesetzt werden.

Wie das Dasein sich verändert, wenn das Ich seine Macht über seine Werkzeuge verliert, können wir täglich beim *Einschlafen* erleben: Die wirkliche Welt hört auf, für uns da zu sein, und wir selbst sind, wie wir das im Traum erleben, wehrlos beliebigen Erzeugnissen unserer Erkenntniswerkzeuge ausgeliefert, sofern diese aus irgendwelchen Gründen von sich aus in Tätigkeit geraten. Die einschneidende Änderung unseres Daseins, die wir da erleben, erweist sich bei näherem Zusehen als die Folge eines sehr unscheinbaren Vorganges, den wir so beschreiben können: Das *Ich* wird beim Einschlafen von seinem *Selbst*, dem es als Teil unter Teilen angehört, zur Ruhe gesetzt, von seinem Posten als Beauftragter des *Selbst* gegenüber der Umwelt zurückgezogen, um beim Erwachen wieder in seine Stellung einzurücken. Im Augenblick der Zurruhesetzung verliert das Ich seine Macht über die Werkzeuge und damit den Zugang zur Welt, im Augenblick der Indienststellung gewinnt es sie wieder.

Stellen wir uns nun vor, das Ich sei aus Krankheitsgründen nicht fähig, die Aufträge des *Selbst* zu übernehmen, d. h. getrieben von der Bedürftigkeit der Zellgemeinschaft, der es angehört, sich selbst Aufgaben zu setzen, um sich dann seinen Werkzeugen gegenüber mit Erfolg für ihre Erfüllung einzusetzen, so muß für ein solches Ich zunächst die ganze reale Welt ihre Bedeutung verlieren — da ja einer Sache Bedeutung nur zukommen kann im Hinblick auf eine zu lösende Aufgabe. Aus dem sinnvollen, d. h. unter der Direktion von Aufgaben stehenden Wirken muß ein sinnloses automatisches Sichbewegen oder ein ebenso sinnloses Ansichhalten werden, das Denken muß den Charakter der Zerfahrenheit, das Reden den des Verbigerierens annehmen, das Weltbild muß dadurch, daß es infolge automatischer Tätigkeit der Erkenntniswerkzeuge zu täuschenden Erscheinungen kommt, seine innere Geschlossenheit verlieren, wie wir es vom Traum kennen — kurz, es muß das Bild des *schizophrenen Daseins* herauskommen. Diesem liegt somit ebenfalls eine umschriebene Störung im Strukturzusammenhang des Psychischen zugrunde, aber eine ganz andere wie vorher, nämlich ein *Machtloswerden des Ich*¹.

¹ Vgl. dazu meinen Vortrag: Zur Psychologie der Dementia praecox. Ref. Z. Neur. 21, H. 5/6 (1920).

Etwas Drittes schließlich wird eintreten, wenn zwar die Macht des Ich erhalten bleibt, aber seine *Verbundenheit mit dem Selbst* (und dadurch mit der Gemeinschaft) verlorengeht. Leidet auf diese Weise die Auftragsübermittlung vom Selbst auf das Ich Not, so wird das Ich in seiner Isolierung zum Spielball der Umwelteinflüsse oder seiner eigenen Ideen, mit der Folge, daß es entweder sich durch gleichgültige Ereignisse bestätigt oder herausgefordert fühlt (falsche Eigenbeziehung) oder sich Aufgaben setzt, für deren Erfüllung in der Realität kein Raum ist (überwertige Idee). Wir gelangen auf diese Weise zum *paranoischen Dasein*, das sich somit ebenfalls auf eine umschriebene Grundstörung im psychischen Strukturzusammenhange zurückführen läßt.

(Verbinden sich beide Arten von Ich-Störung, der Verlust der Macht gegenüber den Werkzeugen und der Verlust der Verbundenheit mit dem Selbst, so werden paranoische und schizophrene Züge im Dasein nebeneinander herlaufen, wie wir das bei den verschiedenen Formen der *Paraphrenie* sehen.)

Es gehört aber noch viel mehr zu den Bedingungen der Möglichkeit des Daseins: Neben der ungestörten Funktionsfähigkeit des *Ich* und der ungetrübten Resonanzfähigkeit der *Seele* gehört weiter dazu der Besitz und die Zuhandenheit eines *Erkenntnisapparates*, mit dessen Hilfe wir uns ein *Bild von der Welt* entwerfen können, richtig, klar und vollständig genug, um uns beim Handeln danach zu richten. Für den Aufbau eines solchen Weltbildes genügt es nicht, daß die Welt auf dem Wege über unsere Sinnesorgane unser Befinden beeinflußt — denn das tut sie auch im Schlaf, wie die Beeinflussung des Traumes durch Sinnesreize zeigt. Es genügt ebensowenig, daß wir durch diese Beeinflussungen zu einem beliebigen blinden Tun veranlaßt werden — denn das geschieht auch beim Neugeborenen. Vielmehr entsteht das Bild erst als Ergebnis eines während des ganzen Lebens fortgesetzten *systematischen Tuns*, bei dem wir von vornherein dem jeweiligen Urheber der Beeinflussungen unseres Befindens zugekehrt sind und uns auf Grund seines Verhaltens uns gegenüber (das sich letzten Endes in den Beeinflussungen unseres Befindens anzeigt) seine *Seinsverfassung* zurechtlegen und diese Zurechtlegung in Form eines *Wissens* um diese Seinsverfassung festhalten. Durch das Wissen gewinnen wir *von uns aus* einen Zugang zum Objektiven. Wir werden in den Stand gesetzt, uns den Gegenstand von uns aus zur Gegebenheit zu bringen und uns im Handeln nach ihm zu richten auch dann, wenn er uns im Augenblick sinnlich nicht gegeben ist. Dadurch ferner, daß das Wissen uns die dauernde *Seinsverfassung* des Gegenständlichen darstellt, ist uns nicht nur sein gegenwärtiges, sondern auch sein *zukünftiges* Verhalten erschlossen; denn wir können uns dieses zukünftige Verhalten aus seiner dauernden Seinsverfassung *ableiten*. Indem wir so mit allem uns in der Welt begegnendem verfahren, erwerben

wir uns schrittweise ein dem Inhalt nach immer richtigeres, dem Umfang nach immer vollständigeres Bild von jenem Ausschnitt der Welt, der für unser Handeln und Genießen Bedeutung hat.

Das Weltbild als das Ergebnis des Wissenserwerbs setzt also im psychischen Strukturzusammenhang einen exzentrisch gelegenen *Registrierapparat* voraus, der die im Erkenntnisprozeß erworbenen Wissensdispositionen in sich aufnimmt und dem Ich zur Verfügung hält. Es genügt aber nicht, daß dieser Apparat *vorhanden* und *brauchbar* ist, wenn das Weltbild klar gegeben sein soll. Er muß vielmehr auch *aktuell in Gebrauch* sein. Was geschieht, wenn der Erkenntnisapparat nicht zur Hand ist, können wir wieder am Phänomen des Einschlafens sehen. Beim Einschlafen wird nicht nur das Ich seines Postens enthoben, sondern als Folge davon bleiben die Werkzeuge sich selbst überlassen, und die weitere Folge ist das Verschwimmen und schließlich Verschwinden des Bildes der Welt.

Das Weltbild des Menschen muß demnach im Krankheitsfall *lückenhaft* werden, wenn das Organ, das die Wissensdispositionen aufnimmt, von vornherein *unbrauchbar* ist oder im Laufe des Lebens seine Aufnahme- und Festhaltefähigkeit verliert, wie wir das bei den *angeborenen und erworbenen geistigen Schwächezuständen* sehen. Das Weltbild muß andererseits seine *Klarheit* verlieren bis zum völligen Verschwinden, wenn der Erkenntnisapparat seine *Zuhandenheit* einbüßt, wie wir das bei den *reinen Bewußtseinsminderungen* sehen. Schließlich muß das Weltbild als Ganzes einen *täuschenden Charakter* annehmen, wenn der Erkenntnisapparat in *krankhafte Eigenerregung* gerät und dann einerseits den Weisungen des Ich nicht mehr gehorcht, andererseits ihm nicht-verlangtes Wissensmaterial liefert, wie wir das bei den *pathologischen Bewußtseinstrübungen*, besonders beim *Delir*, sehen können.

Fassen wir zusammen, so haben sich uns bei unserem summarischen Überblick im ganzen *sieben verschiedene Grundstörungen* ergeben, von denen jede einen bestimmten Symptomenkomplex eindeutig bestimmt. Wenn wir sie untereinander vergleichen, so unterscheiden sie sich zunächst einmal durch ihre *Lokalisation* im psychischen Strukturzusammenhang. — Die Grundstörungen der manischen, depressiven, schizophrenen und paranoischen Daseinsform liegen im Strukturzusammenhang *zentral*, die der Bewußtseinsminderung und der Intelligenzschwäche *exzentrisch*. Genauer können wir sagen: Die schizophrenen und paranoischen Erkrankungen greifen am *Ich* des Strukturzusammenhangs an, indem sie es schwächen oder seinen Zusammenhang mit seiner Einbettung lockern. Die Krankheiten des manisch-depressiven Kreises verändern die *Einbettung des Ich*, das *seelische Selbst*, und zwar entweder im Sinne der Erhöhung oder in dem der Erniedrigung seines vitalen Tonus. Den Zuständen intellektueller Schwäche dagegen liegt eine herabgesetzte *Brauchbarkeit* (Aufnahme- und Festhaltefähigkeit) des *Erkenntnisapparates*,

den Bewußtseinstrübungen eine unvollkommene *Zuhandenheit* dieses Apparates zugrunde, und zwar ist diese beim Delir die Folge einer allgemeinen Eigenerregung der Daseinsgrundlagen, bei den einfachen Bewußtseinsminderungen und -aufhebungen die Folge einer irgendwie gearteten größeren oder feineren Dissoziation (Hirnerschütterung, Narkose).

Zweitens unterscheiden sich die Grundstörungen untereinander durch ihre *Auswirkung auf das Dasein*. Liegt die Störung im *Zentrum* der Struktur, so beeinträchtigt sie unmittelbar die *Selbstbestimmungsfähigkeit* des Ich, wirkt sich auf *alle* Seiten des Daseins aus und verändert dessen *Charakter*. Das Dasein nimmt den manischen, depressiven, schizophrenen, paranoischen Charakter an. Dagegen bleiben der inhaltliche Reichtum des Daseins und seine Transzendenz (Bezogenheit auf Gegenstände) erhalten. Liegt die Störung dagegen *rein exzentrisch*, wie meist bei den angeborenen geistigen Schwächezuständen, so bleibt der normale Charakter des Daseins und damit die Selbstbestimmungsfähigkeit des Ich im Rahmen seiner „Einsicht“ erhalten — es entsteht mit anderen Worten kein „Irresein“ (z. B. bei der Imbezillität) — aber der *geistige Horizont* wird eingeengt.

Kombinieren sich die zentralen mit den exzentrischen Grundstörungen, wie das bei den meisten exogenen Psychosen der Fall ist, so sehen wir eine *Verbindung* beider Arten von Folgen: eine Änderung des Daseinscharakters zugleich mit einer Verengung des Horizonts.

Drittens schließlich unterscheiden sich die Grundstörungen in bezug auf ihre *Erfassbarkeit*. Die *zentral* gelegenen Grundstörungen sind im *Verstehen selbst erfassbar*, wenn auch nur durch Zuhilfenahme von Analogien aus dem normalen Leben. Infolgedessen gehören diese Grundstörungen selber zu den Symptomen — so die gedrückte und die gehobene Stimmung beim manisch-depressiven Irresein, das „Umwirksamwerden des Ich“ bei der Schizophrenie, die „Verrückung des Standpunkts“ bei der Paranoia. Die *exzentrisch* gelegenen Grundstörungen dagegen sind im Verstehen nicht selbst zu erfassen. Sie können nur *erschlossen* werden, und zwar aus dem Zurückbleiben des Weltbildes in bezug auf Vollständigkeit, Klarheit und Richtigkeit hinter dem normalerweise zu Erwartenden oder aus dem Ergebnis von Leistungsprüfungen.

Meine Absicht bei den vorausgegangenen Erörterungen über die Grundstörungen im Sinne von „Störungen im psychischen Strukturzusammenhange“ war nicht, etwas Endgültiges festzulegen, sondern nur zu zeigen, daß es einen guten Sinn hat, rein vom Standpunkte des Erlebenden und Verstehenden aus nach den Grundlagen des — normalen oder pathologisch abgeänderten — Daseins zu fragen. Wenn mir das gelungen ist, stehen wir nun vor der Tatsache, daß es *zwei verschiedene Begriffe von Grundstörung* gibt, in denen beiden von einem dem Dasein

Zugrundeliegenden geredet, dieses Zugrundeliegende aber ganz verschieden definiert wird. Es ist klar, daß es dabei nicht bleiben kann. *Ein und derselben Sache kann nur ein und dasselbe zugrunde liegen.* Zwischen dem „psychischen System“ als einem Teil des Nervensystems und dem „psychischen Strukturzusammenhang“ als einer schematischen Zurechtlezung der Daseinsgrundlagen muß also ein *Verhältnis der Identität* bestehen, das nur durch die Verschiedenheit der Standpunkte des Betrachters verdeckt wird.

Wenn das so ist, dann stehen wir vor einer neuen Forschungsaufgabe, welche lautet: *Mit Hilfe der Hinweise, die die schematische Zurechtlezung der Daseinsgrundlagen gibt, den Teil des Nervensystems zu finden, der durch seine Struktur und seinen Zusammenhang mit dem übrigen Körper als Ermöglichungsgrund des Daseins dienen kann.*

Da ich diese Aufgabe schon vor Jahren in mehreren Arbeiten behandelt¹ und, wie mir scheint, im wesentlichen gelöst habe, brauche ich jetzt nicht ausführlich darauf zurückzukommen. Ich möchte aber das Bisherige noch nach zwei Richtungen hin ergänzen. Erstens möchte ich die Bedeutung des Begriffs der Grundstörung für die Psychiatrie dadurch darstellen, daß ich zeige, wie sich aus ihm ohne weiteres eine einleuchtende *Einteilung der psychischen Krankheiten* ergibt, und zweitens möchte ich, eine Lücke der bisherigen Erörterungen ausfüllend, eine *Analyse des normalen Daseins* geben und zeigen, daß man gerade dann, wenn man sich streng an das Psychologische hält und jeden Seitenblick auf das Gehirn vermeidet, zwangsläufig Feststellungen macht, die für die Aufklärung der Zusammenhänge im Nervensystem und damit für die *Lokaldiagnose der psychischen Krankheiten* grundlegend sind. Es wird sich dabei Gelegenheit geben, im bisherigen schon gebrauchte, aber nicht näher definierte Begriffe, wie Ich, Selbst, Seele u. a., zu klären und als notwendig darzutun.

III. Die Bedeutung des Begriffs der Grundstörung für die Einteilung der Geisteskrankheiten.

Der Zweck einer Einteilung besteht darin, ein Sachgebiet übersichtlich zu machen dadurch, daß man das Nichtzusammengehörige begrifflich voneinander trennt, das Zusammengehörige miteinander vereint. Solange nicht feststeht, daß das Sachgebiet, das man einteilen will, nur noch irgendwie Zusammengehöriges umfaßt, wie etwa die Unterformen einer Tierklasse, muß man versuchen, dichotomisch nach dem Prinzip des kontradiktorischen Gegensatzes das Heterogene auszuscheiden, bis man zu dem homogenen Kerngebiet gelangt ist, innerhalb dessen dann der

¹ *Küppers:* Vgl. besonders: Über den Ursprung und die Bahnen der Willensimpulse. Z. Neur. 86, 274 (1923), und: Die Auflösung des Leib-Seele-Problems. Arch. f. Psychiatr. 74, 565 (1925).

Verwandtschaftsgrad entscheidet. Daß die Dinge, mit denen der Psychiater ärztlich-praktisch zu tun hat, ihrem Wesen nach nahe miteinander verwandt sind, steht von vornherein durchaus nicht fest. Wohl aber steht fest, daß das homogene Kerngebiet aus *Krankheiten* besteht, die sich vor anderen Krankheiten durch eine bestimmte *Erscheinungsweise* auszeichnen, und zugleich darf vermutet werden, daß diese Eigentümlichkeit mit dem *Sitz* der Krankheiten in einem bestimmten Organ zusammenhängt. Der Weg der Einteilung ist damit vorgezeichnet.

Versteht man unter Geisteskrankheiten oder *Psychosen* diejenigen Krankheiten (und Defektzustände), die sich in einem veränderten Dasein oder In-der-Welt-sein äußern, so sieht man, daß zunächst alle die Zustände abgesondert werden müssen, bei denen das In-der-Welt-sein normal bleibt, also die *Psychopathien* als Charakter-, Temperaments- und Triebrichtungsanomalien.

Innerhalb des Restgebietes sind sodann zu unterscheiden die *echten* und die *unechten* Psychosen. Den echten Psychosen liegt eine *Störung*, d. h. ein verändertes Zusammensein bestimmter Teile des Organismus, zugrunde, den unechten *nicht*. Die unechten Psychosen *sehen* wie Psychosen *aus*, *sind* aber in Wirklichkeit keine. Denn eine Psychose, der keine Störung zugrundeliegt, ist eben nicht das, was wir mit dem Wort „Psychose“ meinen. Weil sie so *aussehen*, müssen sie in der Lehre von den Geisteskrankheiten behandelt werden. Zugleich müssen sie aber von den echten Psychosen von vornherein scharf abgetrennt werden. Denn das erste, was man allem Gegebenen gegenüber lernen muß, ist, *Schein* und *Wirklichkeit* zu unterscheiden.

Die von uns als unechte Psychosen bezeichneten Zustände sind natürlich nichts anderes als die *hysterischen* Symptomenkomplexe psychotischer Art: Pseudodämmerzustände, Pseudostuporen, Pseudodemenzen. Wenn wir diese Zustandsbilder allen anderen gegenüberstellen und sie streng von ihnen absondern, richten wir uns nur nach dem Wesen der „Hysterie“ selbst; denn diese ist nichts anderes als eine *Weise des Stellungnehmens* oder *Sichverhaltens*. Kaum irgendetwas in der Welt ist aber seinem inneren Wesen nach so verschieden voneinander wie eine Stellungnahme und eine Krankheit. Auch bei demselben Menschen laufen seine Stellungnahmen und seine Krankheiten im allgemeinen unbeeinflußt nebeneinander her, es sei denn, daß das Bemerken einer Krankheit für den Menschen zu einem Motiv wird, Maßnahmen gegen sie zu ergreifen.

Ebensowenig wie die Wesensverschiedenheit zwischen Krankheit und Stellungnahme einen solchen Motivationszusammenhang ausschließt, steht sie dem Zweckmittelverhältnis entgegen, das im hysterischen Verhalten hergestellt wird. Das hysterische Verhalten besteht darin, daß der Mensch sich in der Not an einen anderen Menschen hilfesuchend anklammert, indem er mit der äußeren auch seine innere Haltung aufgibt und eben

dadurch unwillkürlich eine Art Symbiose zwischen sich und den in seinem seelischen Selbst fühlbar werdenden Entladungsbereitschaften herstellt. Dadurch daß er sich seinem Leiden und seiner innerlich gefühlten Hilflosigkeit völlig hingibt und durch Ausschaltung aller Eigentätigkeit mit ihnen eins wird (willkürliche Reflexverstärkung, *Kretschmer*), werden die vorhandenen in die Seele hineinreichenden Entladungsbereitschaften zunächst einmal enthemmt und weiterhin durch den Kraftzuwachs, den sie von seiten des sich mit ihnen verbindenden Ich erhalten, in ihrer Entladungsbereitschaft sogar verstärkt. Es handelt sich bei diesem Sich-selbst-aufgeben, Sich-selbst-fremden-Mächten-überlassen um denselben Mechanismus, der von der Hypnose und Autohypnose her bekannt ist.

Ob der Hysterische diese Symbiose einzugehen versucht oder nicht, ist ganz Sache seiner *Freiheit*, genau wie bei der Duldung der Hypnose. Es liegt daher in der Natur der Sache, daß das hysterische Verhalten moralisch bewertet werden kann. *Wie weit* es ihm gelingt, ist dagegen Sache seines autosuggestiven *Talents*. Die Entladungsbereitschaften selbst muß ihm natürlich die augenblickliche psychische und somatische Konstellation zur Verfügung stellen. Sofern er sich hysterisch verhält, werden sie ihm aber Mittel zum Zweck.

Welche Entladungsbereitschaften sich im Augenblick der hysterischen Stellungnahme anbieten und wie sich demnach das Krankheitsbild gestaltet, ist völlig zufällig. Es hängt ebensosehr von den äußeren Umständen ab, zumal vom Verhalten des „Zuschauers“, an dessen Hilfsbereitschaft appelliert werden soll, wie von der im Augenblick vorhandenen inneren Konstellation. Infolgedessen gibt es kein Gebiet der Medizin, auf dem das hysterische Verhalten nicht gelegentlich den Untersucher dazu verleiten könnte, Störungen anzunehmen, wo in Wirklichkeit nur ein Mißbrauch von solchen — zu edlen oder unedlen Zwecken — vorliegt. Die Unterscheidung der echten von den unechten Krankheiten und ebenso die von echten und unechten Zügen an einem Krankheitsbilde ist daher in *jedem Zweige* der Medizin notwendig und grundlegend, und die Psychiatrie steht in dieser Hinsicht durchaus in einer Reihe mit den somatischen Disziplinen. Selbst wenn sie die Psychopathien behandelt, muß sie der hysterischen Stellungnahme eine Sonderstellung einräumen.

Ich halte die vorausgehende Abtrennung der hysterisch-psychotischen Zustandsbilder von den Psychosen aus didaktischen Gründen für außerordentlich wichtig. Es genügt keineswegs, wie das üblich geworden ist, zu betonen, bei der Hysterie handle es sich nicht um eine Krankheit, sondern nur um eine „Reaktion“, wenn man gleichzeitig andere „Reaktionen“ neben die hysterische stellt, wie die hypochondrische, die depressive oder die Schreckreaktion, die etwas durchaus anderes sind als Verhaltensweisen, die man bei Bedarf willkürlich in Aktion setzen und ebenso wieder aufgeben kann. Man muß vielmehr

betonen, daß das hysterische Verhalten selbst *weder* mit den Krankheiten *noch* mit irgendwelchen krankhaften Reaktionen etwas zu tun hat, sondern allen diesen Dingen als eine *allgemein-menschliche Möglichkeit* gegenübersteht, die nur deshalb in die Lehre von den Krankheiten hineingehört, weil sie zu *Täuschungen* Anlaß geben kann.

Nach Ausscheidung der unechten Psychosen sind innerhalb der echten zu unterscheiden die *eigentlichen (genuinen)* und die *uneigentlichen (symptomatischen)* Psychosen. Den eigentlichen Psychosen liegt eine *selbständige* Störung des Seelenorgans zugrunde, den uneigentlichen *nicht*. Die uneigentlichen Psychosen *sehen aus* wie Krankheiten des Seelenorgans — wie „Psychosen“ — *sind* aber in Wirklichkeit *keine* — sondern „Somatosen“ oder „Somato-Psychosen“. Weil sie so *aussehen*, müssen sie in der Lehre von den Geisteskrankheiten behandelt werden, weil sie aber etwas vollkommen anderes *sind*, müssen sie von den eigentlichen Psychosen scharf abgetrennt werden. Denn das zweite, was man allem Gegebenen gegenüber lernen muß, ist, *Erscheinung* und *Sein*, *Unselbständiges* und *Selbständiges*, zu unterscheiden.

Die von uns als uneigentliche Psychosen bezeichneten Zustände sind nichts anderes, als was man sonst auch mit dem Ausdruck „exogene“ Psychosen belegt und den „endogenen“ gegenübergestellt hat¹. Die Ausdrücke „exogen“ und „endogen“ sind aber nicht zweckmäßig, weil sie das ätiologische Moment in den Vordergrund stellen, das als primärer Gesichtspunkt für die Krankheitseinteilung nicht brauchbar ist. Es ist kein Zufall, daß die Fächer der Medizin teils nach praktischen — wie die innere Medizin und die Chirurgie —, teils nach lokalisatorischen (Haut-, Augen-, Ohren-, Frauen-, Nervenkrankheiten), niemals aber nach ätiologischen Gesichtspunkten eingeteilt sind. Auch die Krankheitsbezeichnungen (mit Ausnahmen derer, die Allgemeinkrankheiten meinen) lassen erkennen (z. B. Stomatitis mercurialis, Myelitis tuberculosa usw.), daß es zuerst auf den *Ort*, dann auf die *Art* und erst in dritter Linie auf die *Ursache* ankommt. Ferner ist ja allgemein bekannt, daß endogene und exogene Entstehung keine scharfen Gegensätze sind, da bei den meisten Krankheiten Faktoren beider Art zusammenwirken. Im übrigen würde sich die ätiologische Einteilung, wenn man sie genau nähme, weder mit der von uns vorgeschlagenen, noch mit der in den Ausdrücken „exogene“ und „endogene“ Psychosen tatsächlich gemeinten decken. Denn nicht alle „eigentlichen“ Psychosen sind wirklich endogen, z. B. nicht die reaktiven Depressionen, und nicht alle „uneigentlichen“ wirklich exogen, z. B. nicht die genuin-epileptische oder die senile Demenz.

Am nächsten berührt sich unsere Einteilung mit der alten Aussonderung der „einfachen Seelenstörungen“. Dagegen deckt sich unser

¹ Vgl. z. B. K. Schneider: Probleme der klinischen Psychiatrie. Leipzig 1932.

Begriff der uneigentlichen Psychosen natürlich nicht mit dem der symptomatischen Psychosen, wie er in der Literatur gewöhnlich gebraucht wird; denn dieser umfaßt nur die Psychosen bei *Allgemeinkrankheiten*.

Daß die von uns vorgeschlagene — sachlich natürlich keineswegs ganz neue — Unterscheidung zwischen genuinen und symptomatischen Psychosen nicht schon längst durchgedrungen oder wenigstens als grundlegend anerkannt ist, hat seinen Grund einmal in der überragenden *praktischen* Bedeutung der psychotischen Symptomenkomplexe als solcher, gleichgültig, wodurch sie bedingt werden. Wenn sich z. B. bei einem Paralytiker die ersten psychischen Störungen zeigen, so ist das vom praktisch-therapeutischen Gesichtspunkt aus ein so einschneidendes Ereignis, daß darüber leicht vergessen wird, wie wenig zu dem schon jahrelang bestehenden Gehirnprozeß hinzukommen mußte, um diese Wendung der Dinge hervorzurufen, und daß durch das Hinzukommen der psychischen Symptome an der Natur des Krankheitsprozesses nicht das geringste geändert wurde. Ein weiterer Grund für die Vernachlässigung der vorgeschlagenen Unterscheidung liegt in der Abneigung, die *Seele als ein gesondertes Organ innerhalb des Zentralnervensystems* anzuerkennen. In der Tat haben ja die Anatomen dieses Organ bisher nicht abgrenzen können. Vielleicht liegt das aber daran, daß die Kliniker versäumt haben, ihnen die nötigen lokalisatorischen Hinweise zu geben. Jedenfalls können wir uns, wenn wir trotzdem ein solches Organ annehmen, auf keinen geringeren als *Virchow* stützen, der gesagt hat: „Man muß aber auch da von einem Sitz der Krankheit sprechen, wo wir eine sichtbare Veränderung nicht auffinden. Das ist es, was ich den anatomischen Gedanken in der Medizin nenne¹.“

Wenn die uneigentlichen Psychosen eigentlich „Somatosen“ oder „Somato-Psychosen“ sind, so zerfallen sie unter sich — wiederum nach dem Lokalisationsprinzip — in *Allgemeinkrankheiten*, wie das Delirium tremens, und *Organkrankheiten* (wie der Basedow bei einer Basedow-Psychose). Unter den Organkrankheiten stehen natürlich die Krankheiten des Zentralnervensystems und die der endokrinen Organe an Wichtigkeit voran.

Was die durch diese Psychosen hervorgerufenen *Symptomenkomplexe* anbetrifft, so läßt sich allgemein sagen, daß mit großer Wahrscheinlichkeit immer gleichzeitig beide Hauptfaktoren des „psychischen Systems“, das Seelenorgan und der Erkenntnisapparat, in Mitleidenschaft gezogen werden. Die Folge muß sein, daß sich bei diesen Krankheiten Daseinstörungen im engeren Sinne (psychotisches Dasein, Irresein) und Einschränkungen des geistigen Horizonts miteinander verbinden. Daher die Vielgestaltigkeit der symptomatologischen Möglichkeiten bei diesen Psychosen. Immerhin läßt sich verstehen, daß bestimmte Typen von

¹ Zit. nach *Pophal*: Der Krankheitsbegriff in der Körpermédizin und Psychiatrie. Berlin 1925.

Zustandsbildern (die sog. exogenen) immer wiederkehren müssen, so bei den akuten Allgemeinkrankheiten das *Delir* als Ausdruck einer abnormen Erregtheit aller Elemente des „psychischen Systems“, im Vorstadium der Narkose der *Rausch* als Ausdruck einer Verbindung von allgemeiner Vitalitätssteigerung und allgemeiner Ansprechbarkeitsverminderung¹, in der Narkose selbst, ferner bei der Hirnerschütterung und ähnlichen groben Einwirkungen, die schlafartige *Bewußtseinsaufhebung* als Ausdruck der allgemeinen Dissoziation, schließlich bei den hirnatriphischen Prozessen die *Merkfähigkeitsschwäche* als Ausdruck des allgemeinen Verlustes der Anpassungsfähigkeit. [Eine Sonderstellung nehmen diejenigen leichten Formen des angeborenen Schwachsinns ein, bei denen sich der Defekt auf den Erkenntnisapparat zu beschränken, das Seelenorgan also frei zu lassen scheint. Es wäre zu erwägen, ob man die angeborenen geistigen Schwächezustände (Oligophrenien) nicht mit den Psychopathien zu einer Gruppe vereinigen sollte, etwa unter dem Titel der angeborenen seelischen Defektzustände (von stationärem Charakter), um sie der Gruppe der psychischen Krankheiten (von phasischem oder Prozeßcharakter) gegenüberzustellen.]

Nach der Ausscheidung der uneigentlichen Psychosen (symptomatischen Psychosen im weiteren Sinne) wären innerhalb der eigentlichen oder genuinen Psychosen, der primären Störungen des Seelenorgans, zu unterscheiden die *Gemüts-* und die *Ichkrankheiten*. Den Ichkrankheiten liegt ein verändertes Zusammensein der Teile des *Ichzentrums*, den Gemütskrankheiten ein solches der *Seele* oder des *seelischen Selbst* zugrunde.

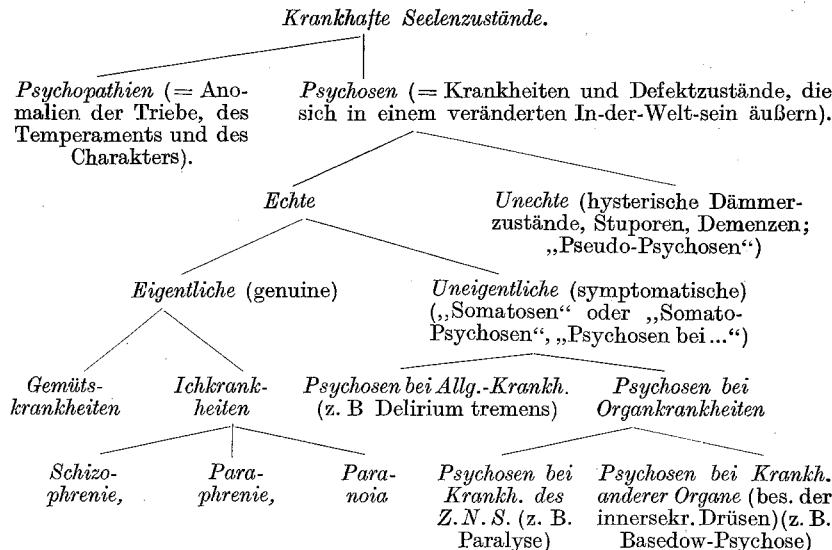
Bei dieser Einteilung handelt es sich nicht mehr darum, nach grundlegenden Kategorien des Seins zu sondern. Es wird vielmehr nur das für alle Krankheiten maßgebende Lokalisationsprinzip auf die Differenzierungen innerhalb des Seelenorgans angewandt. War bisher die Einteilung *notwendig* dichotomisch, weil es galt, auf Wesensunterschiede und damit zusammenhängende Täuschungsmöglichkeiten aufmerksam zu machen, so ist sie jetzt nur *zufällig* dichotomisch, weil weitere Differenzierungen innerhalb des Seelenorgans vorläufig nicht erkennbar sind.

Die Einteilung entspringt einer Analyse der Symptomenkomplexe, wie wir sie im zweiten Teil dieser Arbeit angedeutet haben. Es fragt sich nur, ob auch noch andere Tatsachen für sie angeführt werden können. Da die Anatomie versagt und die Verursachung in allen Fällen endogen zu sein scheint, kommt als Kriterium nur noch der Verlauf und das Fehlen oder Vorhandensein von Übergangsformen in Frage. Beides aber spricht in der Tat für die vorgeschlagene Zweiteilung, denn die „Gemütskrankheiten“ — die Formen des manisch-depressiven Irreseins — verlaufen in Phasen, die „Ichkrankheiten“ verlaufen in „Schüben“ oder „Entwicklungen“, und Übergänge zwischen dem manisch-depressiven Irresein und den übrigen

¹ Vgl. Küppers, E. u. H. Franken: Selbstbeobachtungen im Narkylenrausch. Narkose u. Anästh. 1928, H. 4.

endogenen Psychosen kommen kaum vor, während es bisher nicht gelungen ist, innerhalb der Ich-Krankheiten sichere Grenzen zu finden. Es ergibt sich also rückläufig aus diesen Tatsachen eine gute Bestätigung für die aus der Daseinsanalyse und ihrer lokalisatorischen Verwertung gewonnene Einteilung.

Beim Gesamtüberblick würde das vorgeschlagene Einteilungsschema folgendermaßen aussehen:



Das Besondere der vorgeschlagenen Einteilung ist, daß sie, soweit die Psychosen in Frage kommen, nach einem einzigen Prinzip verfährt, indem sie nur nach dem *Sitz* der Krankheit (der selbständigen Störung, der letzten „Grundstörung“) fragt. (Die unechten Psychosen sind nur Schein und sitzen daher nirgends, ihr Bild ist nur Ausdruck eines Verhaltens; die uneigentlichen sitzen nicht im Seelenorgan; die Gemüts- und die Ichkrankheiten sitzen in verschiedenen Teilen dieses Organs.) Dieses Prinzip ist ein allgemein-pathologisches. Es ist in allen Fächern der Medizin anwendbar, und seine Anwendung auf die Geisteskrankheiten stellt diese, wie es sich gehört, völlig auf eine Linie mit allen übrigen Organkrankheiten.

Ergänzend wäre noch darauf hinzuweisen, daß die Unterscheidung der psychischen Krankheiten in „organische“ und „funktionelle“ durch unsere Vorschläge nicht aufgehoben wird. „Funktionell“ und „organisch“ bedeutet, wie oft hervorgehoben worden ist, dem Wortsinn nach keinen Gegensatz. Denn alle Funktionsänderungen haben Organänderungen zur Grundlage und alle Organänderungen Funktionsänderungen zur Folge. Was mit

dieser Unterscheidung gemeint ist, ist ja aber auch etwas ganz anderes. Wir bezeichnen eine Störung als „nur funktionell“, wenn sie *ausgleichbar* erscheint oder sich erfahrungsgemäß ohne Rest ausgleicht, wir bezeichnen sie als „organisch“, wenn sie das nicht tut und wir deshalb veranlaßt sind anzunehmen, daß ihr Ausfälle im „psychischen System“ zugrundeliegen, wie wir sie aus der pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems kennen, und zwar kennen als *nicht ersetzbar*. Ausgleichbarkeit der Störungen und anatomische Nichtgreifbarkeit der Grundlagen, Unausgleichbarkeit und anatomische Greifbarkeit werden hier also — wahrscheinlich mit Recht — zueinander in Beziehung gesetzt.

Die Bedeutung dieses Gesichtspunktes kann kaum überschätzt werden; aber es ist auch ersichtlich, daß er sich nicht für eine Einteilung der Krankheiten eignet. Denn jede Krankheit ist in ihren leichtesten Formen funktionell, d. h. sie heilt ohne Defekt aus und hinterläßt keinen pathologisch-anatomischen Befund; nur wenige Krankheiten aber *bleiben* unter allen Umständen funktionell, wie gerade auch in unserem Gebiet das manisch-depressive Irresein, das Urbild der funktionellen Krankheiten, zeigt.

Im Grunde genommen ist die Unterscheidung von „organisch“ und „funktionell“ auf dem Gebiet der Psychosen nur ein vorläufiges AuskunftsmitteL angesichts unserer Unkenntnis von der *Natur* der den endogenen Psychosen zugrundeliegenden Störungen des Seelenorgans.

Die Tatsache, daß die Unterbringung eines Krankheitsfalles in einer der vorgeschlagenen Einteilungskategorien häufig Schwierigkeiten macht — daß etwa die hysterischen Züge eines Zustandsbildes sich von den daneben vorhandenen echten Krankheitssymptomen nicht scharf trennen lassen, oder daß sich „reine Seelenstörungen“ mit „Somatosen“ komplizieren usw. —, ist natürlich kein Einwand gegen unsere Klassifikation. Einteilungen werden ja überhaupt nicht gegeben, um auf Grenzen hinzuweisen, die ohnehin offensichtlich sind, sondern um die für ein Wissensgebiet wesentlichen Gesichtspunkte aufzuzeigen und dadurch zu neuen Fragen anzuregen.

IV. Die Bedeutung des Begriffs der Grundstörung für die Lokaldiagnose der Geisteskrankheiten.

Motto: Es scheint, daß die menschliche Vernunft die Formen erst selbstständig konstruieren muß, ehe wir sie in den Dingen nachweisen können.

Albert Einstein über Kepler.

In allen bisherigen Erörterungen waren wir immer schon auf dem *Wege* zu einer Lokaldiagnose der psychischen Krankheiten. Das Ziel liegt aber noch in der Ferne, insofern wir entweder vage von einem „psychischen System“ sprechen mußten, dessen Lage im Körper unbestimmt blieb, oder zwar präzise eine Örtlichkeit wie „Ich“ oder „Seele“ oder „Erkenntnis-

apparat“ angeben konnten, aber nicht eine solche, mit der wir als Mediziner etwas anzufangen vermöchten. Wenn wir jetzt den letzten Schritt tun wollen, dürfen wir nicht länger auf der schmalen Basis des Psychopathologischen stehen bleiben, sondern müssen das *ganze* psychische Sein in den Gesichtskreis unserer Betrachtung einbeziehen. Mit anderen Worten, wir müssen *Daseinsanalyse* in ganz allgemeiner Weise treiben und die auf diesem Wege gewonnene Einsicht in die Daseinsgrundlagen dazu benutzen, diejenigen Teile des Nervensystems, die das Dasein tatsächlich ermöglichen, genau zu bestimmen.

Daseinsanalyse (oder *Phänomenologie*) ist eine weitreichende philosophische Angelegenheit, an der sich die besten Köpfe seit Jahrtausenden mit wechselndem Erfolge versucht haben. In den letzten Jahrzehnten ist sie durch *Husserl*, *Pfänder*, *N. Hartmann*, *Heidegger*¹ und andere zu einer wohl begründeten Wissenschaft ausgebaut worden. Es kann daher von mir nicht erwartet werden, daß ich auf diesem Gebiete etwas grundlegend Neues bringe. Leider liegt die Sache aber so, daß es auch heute noch demjenigen, der sich an diese Dinge heranwagt, nicht erspart bleibt, seine eigenen Wege zu gehen. Damit hängt es zusammen, daß die folgenden Erörterungen sich nicht völlig mit der Ansicht eines bestimmten Philosophen oder einer bestimmten Philosophenschule decken, und daß ich auch in der Namengebung stellenweise selbstständig verfahren mußte. — Daß ich mich auf einige wenige grundlegende Feststellungen und nur auf solche von allgemein-biologischer Bedeutung beschränkt habe, ergibt sich aus der ganzen Anlage der vorliegenden Arbeit.

1. *Individuum und Ich.*

A. Psychisches Geschehen oder Dasein ist *nichts selbstständig Existierendes*, sondern etwas, was Existenz erst gewinnt durch seine Zugehörigkeit zu einem Daseienden, einem Ich.

Die gegenteilige Meinung wird nahegelegt dadurch, daß wir uns einer besonderen Erkenntnismethode, der Reflexion, bedienen müssen, wenn wir uns das Dasein da vergegenwärtigen wollen, wo es unmittelbar gegeben ist, nämlich bei uns selbst. Bei der Anwendung dieser Methode brechen wir die Brücken zur natürlichen realitätsetzenden Einstellung ab und sind nun geneigt zu glauben, wir ständen auf dem neuen Standpunkt einer neuen selbstständigen Sache gegenüber, nämlich dem „psychischen Geschehen“. In Wirklichkeit haben wir bei dem Wechsel das einzige, was an dem „psychischen Geschehen“ selbstständig ist, nämlich das — jetzt reflektierende — Ich auf unserer Seite behalten, zum Gegenstand gemacht

¹ Vor allem: *Husserl*, E.: Logische Untersuchungen, 2. Aufl., 1913; *Pfänder*, A.: Zur Psychologie der Gesinnungen. Halle 1922, und: Grundprobleme der Charakterologie im Handbuch der Charakterologie, Bd. 1, 1924; *Hartmann*, N.: Grundzüge einer Metaphysik der Erkenntnis. Berlin 1921; *Heidegger*, M.: Sein und Zeit. Halle 1927.

aber etwas, was ohne dieses Ich gar nicht vorkommen kann, tatsächlich in der Reflexion auch nur als etwas soeben Dagewesenes oder als etwas bloß Mögliches gegeben ist. Fragen wir uns aber nicht, wo Dasein unmittelbar gegeben ist, sondern wo es überhaupt gefunden werden kann, so sehen wir, daß es nur da in Erscheinung tritt, wo ein *waches Lebewesen* — ein Mensch oder ein Tier — mitgegeben ist. Bei jedem solchen Lebewesen können wir den Versuch machen, es zu *verstehen*, d. h. es als „so etwas wie wir“ (als ein Ich) aufzufassen. Indem wir das aber tun, erkennen wir, daß wir es bei dem fremden Ich mit einer selbständigen Realität von bestimmter Eigenart zu tun haben, der ihr Dasein nur zukommt als ihre *Weise zu sein*, genauer: als ihre *Weise, mit anderen Realitäten verbunden zu sein oder sich zu verbinden*.

B. Dasein ist auf der einen Seite ein Verbundensein mit der Welt im passiven *Ausgesetztsein* oder *Sichbefinden*, auf der anderen Seite ein Sich-verbinden mit ihr im aktiven *Tun* aus der Ichposition heraus.

Engen wir unseren Gesichtskreis wiederum ein auf das, was wir selber in unserem Dasein erleben, so sieht es so aus, als ob diese beiden Seiten des Daseins immer miteinander verbunden wären. Tatsächlich sind wir während unseres Daseins immer zugleich irgendwie gestimmt und irgendwie tätig, bestehende Tätigkeit auch nur in einem Wissen um unsere Situation. Ziehen wir aber zur Aufklärung über uns selbst das Verhalten anderer lebender (animalischer) Wesen mit in Betracht, so sehen wir, daß ihr und unser Leben sich in einem *Wechsel zwischen zwei Seinsweisen* abspielt, von denen nur die eine, nämlich das *Wachsein*, jenes Zusammen von Ausgesetztsein und Tun zeigt, die andere dagegen nicht. Im *unwachen Sein*, mit dem unser Leben beginnt und auf das es sich periodisch immer wieder einschränkt, haben wir keine Position gegenüber der Welt als einer von uns entworfenen, sind aber trotzdem weiter ihren Einflüssen ausgesetzt. Es genügt z. B. eine wesentliche Änderung unserer Situation, sei es durch innere Antriebe, sei es durch äußere Reize, um uns zu *wecken*, d. h. uns in die „Position gegenüber“ zu bringen, die wir beim Einschlafen verlassen hatten. (Auch das Erleben im Traum zeigt, daß das Ausgesetztsein im *Schlaf* fortgeht — z. B. als ein passives Ausgeliefertsein an einen Ablauf von Traumerscheinungen —, während das geordnete Tun aus der Ichposition heraus fehlt.)

Dasein kann demnach nicht aus sich selbst heraus verstanden werden, sondern nur aus dem umfassenderen Tatbestand, zu dem es als ein Ausschnitt gehört und den wir *Leben* nennen. Die eigentümliche Schwierigkeit, die hier vorliegt, und die darin besteht, daß der Bereich des unmittelbar Verstehbaren, dessen Analyse den einzigen verlässlichen Zugang zu dem Bereich des nur mittelbar Verstehbaren darstellt, selbst der Erhellung aus seinem zunächst unverstandenen Untergrunde bedarf, ist dieselbe, die schon *C. G. Carus* veranlaßt hat, seine „*Psyche*“ mit dem

bedeutsamen Satz einzuleiten: „Der Schlüssel zur Erkenntnis vom Wesen des bewußten Seelenlebens liegt in der Region des Unbewußtseins.“

Leben ist Wachsen und Fruchttragen. Als Wachsendes ist jedes Lebewesen auf eine *Umwelt* angewiesen, aus der es sich zunächst einmal die zum Wachsen notwendigen *Stoffe* besorgen muß. Solange nun diese Stoffe ohne sein Zutun in der richtigen Menge und Beschaffenheit seinem inneren Kreislauf zugeführt werden, wie das vor der Ablösung vom mütterlichen Organismus der Fall ist, besteht für das Individuum kein Anlaß, seinen unwachen, der Umwelt gegenüber unaufgeschlossenen Zustand aufzugeben. Das ändert sich in dem Augenblick, wo die automatische Zufuhr aufhört. Jetzt muß das Individuum sich selbst um die Zufuhr bemühen, d. h. aber: es muß außer den Hilfsmitteln, die bisher schon in Tätigkeit waren (Zirkulationsapparat), noch die in Gebrauch nehmen, die gegenüber der Umwelt wirksam sind. Welche Werkzeuge das sind, zeigt eine Analyse der *wachen Seinsweise*, zu der das Individuum übergeht, um den neuen Anforderungen gerecht zu werden.

Wachsein ist ein Bereitsein. Es äußert sich für den außenstehenden Beobachter in einem *Haltunghaben* gegenüber der Umwelt, enthüllt sich dem Erlebenden und Verstehenden als ein *Entworfenhaben* der gegebenen Situation und der in ihr zu erfüllenden Aufgaben. Das wache Lebewesen steht dem Kommenden erwartungsvoll, mit geöffneter „*Merkosphäre*“, gegenüber, bereit, es auf seine Bedeutsamkeit zu prüfen und je nachdem zum Anlaß für sein Handeln werden zu lassen — für ein Handeln, das seinerseits in dem *Haltunghaben* — im Bereithalten der „*Wirkosphäre*“ — schon vorbereitet ist.

War das Individuum *vor* dem Erwachen als ein lebendes Wesen in der Welt nur „*vorhanden*“, so wird es *mit* dem Erwachen darüber hinaus zu einem „*Daseienden*“, das selber von sich aus in der Welt Vorhandenes entdeckt. Zugleich wird es zugänglich für das *Verstehen*, weil eine Instanz in ihm erkennbar wird, die auf Grund jener Entdeckung von Vorhandenem sein Verhalten bestimmt.

Daß es nicht angeht, diese Instanz, die wir in Ermangelung eines besseren Ausdrucks als „*Ich*“ bezeichnen, hinwegzudeuten dadurch, daß man sie etwa für eine „*Funktion*“ erklärt, haben wir schon gesehen (vgl. I. A.). Ist sie aber eine selbständige Realität, so muß sie auch vor dem Erwachen des Individuums schon in dessen Innern vorhanden gewesen sein, und das Erwachen kann nur darin bestehen, daß das vorher ruhende *Ich* in Tätigkeit tritt als das erste der gegenüber der Umwelt wirksamen Werkzeuge des Individuums, um dann seine eigenen Werkzeuge in Gang zu setzen.

C. Aus dem Gesagten ergibt sich eine ganz bestimmte Anschauung von dem Zusammenhang zwischen dem *Leben* eines „*daseinsfähigen*“

Individuums und seinem *Dasein*, die wir zusammenfassend folgendermaßen umschreiben können:

1. Jedes *Dasein* ist *Dasein* eines Ich.
2. Jedes Ich ist Teil eines „*daseinsfähigen*“ (animalischen) Lebewesens oder Individuums.
3. Als lebender Teil hat es seine eigene Konstitution, durch die der angeborene *Charakter* des Lebewesens (Charakter im engeren Sinne, unter Ausschluß des Temperaments) bestimmt ist.
4. Wie alle lebenden Teile, ist das Ich der gemeinsamen „inneren Umwelt“ (milieu interne, *Claude Bernard*) ausgesetzt. Vermöge seiner besonderen Stellung innerhalb des Ganzen ist es ferner mehr oder weniger unmittelbar mit allen anderen lebenden Teilen verbunden und durch sie auch den Einwirkungen der Umwelt zugänglich. Die Gesamtheit dieser Einflüsse im Zusammenwirken mit der ursprünglichen Konstitution des Ich bewirkt das, was wir das *Befinden* nennen. Im Befinden ist dem Ich seine *Situation* ursprünglich, d. h. schon vor allem Tun, erschlossen.
5. Wie alle lebenden Teile steht das Ich im *Dienst* des Ganzen, dem es angehört. Seine besondere *Aufgabe*, die mit seiner Herrscherstellung gegenüber der Merk- und der Wirkssphäre zusammenhängt, besteht darin, *das Individuum gegenüber der Umwelt zu vertreten*.
6. Ob es diese Vertreterfunktion ausübt, hängt nicht von ihm, sondern von der allgemeinen *Bedürftigkeit* der Teile des Individuums ab, die sich ihm in seinem Befinden kundtut. Ist das Individuum mit allem Nötigen versorgt und gegen störende Einflüsse von seiten der Umwelt geschützt, wie z. B. vor der Geburt, so ist das Ich seines Dienstes enthoben, und der außenstehende Beobachter hat keine Möglichkeit, etwas von dem Leben, das sich im Individuum abspielt, unmittelbar verstehend zu erfassen. Fehlt es dagegen im „inneren Milieu“ am Notwendigen oder wirken störende Reize ein, so wird das Ich durch die damit gegebene Änderung seines Befindens zur Tätigkeit aufgerufen, und als Folge davon nimmt der Ablauf der äußeren Bewegungen jenen Charakter der Angepaßtheit an die äußere Situation an, der das psychologische Verstehen möglich macht. (Daß das Individuum im späteren Leben immer wieder in den Schlafzustand zurückkehrt, hat seinen Grund in der Unfähigkeit der Werkzeuge des Ich, dauernd in dem Bereitschaftszustande zu verharren, den das Wachsein darstellt.)
7. Als tätiges hat das Ich Anschluß an seine *Werkzeuge*, die *Merk-* und die *Wirkssphäre*, und ist imstande, durch das Entwerfen der Situation, der es zunächst nur passiv ausgeliefert war, mit Hilfe der Merksphäre jene „Position gegenüber“ der Welt zu gewinnen, die für sein „*Da-Sein*“ charakteristisch ist. Dabei verliert es aber weder seine Eigenschaft als Teil unter Teilen, noch gibt es seinen Anschluß an die übrigen Teile auf. Es bleibt also als waches dem gemeinsamen Milieu aller Teile ausgesetzt

und den Weisungen der übrigen Teile und (durch deren Vermittlung) den Einflüssen der Umwelt unterworfen.

2. *Selbst und Umwelt.*

Nachdem wir Dasein als einen bestimmt charakterisierten Ausschnitt aus dem Gesamtprozeß des Lebens eines „daseinsfähigen“ Individuums erkannt haben, können wir uns wieder unserer eigentlichen Aufgabe, der Daseinsanalyse, zuwenden.

Dasein ist, wie wir sagten, einerseits ein Ausgeliefertsein an eine Situation im Befinden, andererseits ein Positionhaben gegenüber derselben Situation im Tun. Wir können in diesem Satz das gleiche Wort „Situation“ gebrauchen, weil, objektiv genommen, die Situation eines Ich in jedem Augenblick nur eine ist. Mit Bezug auf das Ich liegt die Sache aber so, daß durch das Befinden jeweils ein ganz anderer Sektor aus der objektiven Gesamtsituation herausgeschnitten wird wie durch das Tun. Das Tun ist von vornherein (wegen der Beschaffenheit der benutzten Werkzeuge) gegen die *Umwelt* gerichtet als gegen den Ausschnitt der Gesamtsituation, der durch das Tun aufgehellt und verändert werden kann. Im Befinden dagegen macht sich ursprünglich, d. h. vor allem Tun, nur die Zuständlichkeit des *Selbst* bemerkbar, also gerade desjenigen Ausschnittes der Gesamtsituation, der durch das Tun nicht aufgehellt und nicht verändert werden kann.

Während demnach das Ich als untätiges *eingebettet* ist in sein *Selbst* und durch dieses in die Welt, spielt es als tätiges eine *Mittlerrolle* zwischen dem *Selbst*, dem es dient, und der *Umwelt*, die es sich zugunsten seines *Selbst* dienstbar zu machen versucht. Das *Selbst* steht dabei einerseits *hinter* ihm als die Macht, die ihm das Tun vorschreibt, andererseits *zwischen* ihm und der *Umwelt* als ein Komplex von Hilfsmitteln, der ihm gegenüber der *Umwelt* bei der Lösung seiner Aufgaben dienstbar ist.

Unter Berücksichtigung dieser Grundverhältnisse zwischen Ich, *Selbst* und *Umwelt* kann man daher Dasein — etwas schwerfällig, aber vollständig — auch folgendermaßen bestimmen: Es ist der Inbegriff der Weisen, in denen das Ich mit den Hilfsmitteln, die ihm sein *Selbst* zur Verfügung stellt, innerhalb der Welt, die ihm durch Vermittlung seines *Selbst* gegeben ist, die Aufgaben zu lösen versucht, die ihm vorgeschrieben werden durch seine Verbundenheit mit seinem *Selbst* und seine Stellung innerhalb dieses als sein Vertreter gegenüber der Welt.

Ich weiß natürlich wohl, daß der Ausdruck „*Selbst*“ vielfach in anderem Sinne gebraucht wird, so z. B. von *James* in seinen „*Principles of Psychology*“ oder neuerdings von *Jaspers* in seiner „*Philosophie*“. Als Gegenbegriff zu dem der *Umwelt* scheint er mir aber in der vorgeschlagenen Bedeutung unvermeidlich zu sein. Verwechslungen mit weitergehenden

Begriffen, wie dem des „sozialen Selbst“ von *James*, dürften innerhalb einer Analyse, die *biologischen* Zwecken dient, kaum zu befürchten sein.

Unser Begriff des Selbst deckt sich nicht mit dem des Individuums oder Lebewesens, sondern meint das am Individuum, was *nicht das Ich* ist, was aber von Natur zum Ich gehört und wofür das Ich beim Tun eintritt wie für sich selbst.

3. *Psyche und Soma.*

Bei jedem Tun wird die Sphäre, in die hinein das Tun sich entwickelt, verändert, und jede dieser Veränderungen wirkt auf zentripetalem Wege auf das Ich zurück und beeinflußt sein Befinden. Jedes Tun ist daher normalerweise ein *Sichselbstaffizieren*, und die Werkzeugkomplexe, die wir unterschieden haben, die Merk- und die Wirkssphäre, sind also *Selbstaffektionssysteme* (umgekehrte Reflexbögen auf der zentrifugalen Seite des „psychischen Reflexbogens“, der auf der einen Seite die Voraussetzungen des Ausgesetztseins, auf der anderen die des Tuns umfaßt.) Es ergibt sich ferner, daß das Befinden, das ursprünglich nur von der Bedürftigkeit des Selbst abhängig war, von dem Augenblick an, wo das Ich in Tätigkeit tritt, mitbestimmt wird durch die Erfolge oder Mißerfolge seiner Tätigkeit. Stößt etwa ein Säugling beim blinden Strampeln gegen einen spitzen Gegenstand, so weckt dieses Ereignis, auf dem Wege der Schmerzbahnen zurückgeleitet, ein Echo in seiner Seele im Sinne der Unlusterregung. Das bedeutet, daß sein Ich von der für es maßgebenden *vis a tergo* her Widerspruch erfährt und von der Wiederholung seines Tuns abgehalten wird. Auf diese Weise wird das Ich in seinem Tun dauernd von seinem Selbst kontrolliert und dirigiert. Dieser Mechanismus wirkt um so sicherer, als er nicht erst bei den Erfolgen einsetzt, die eine Änderung der äußeren Situation bedeuten, sondern schon bei den im Entwerfen wiedererzeugten oder vorweggenommenen Erfolgen dieser Art.

Denjenigen Teil des Selbst, der die Aufgabe hat, zu den Ergebnissen der Tätigkeit des Ich Stellung zu nehmen im Sinne der Billigung oder Mißbilligung, nennen wir das *seelische Selbst*. Ihm steht das *körperliche Selbst* gegenüber als derjenige Teil des Selbst, dem diese unmittelbare Bezugshinricht auf die Ichtätigkeiten fehlt. Bezeichnen wir das körperliche Selbst, das ein von dem Wechsel zwischen Schlafen und Wachen kaum berührtes Eigenleben führt (die „vegetative Sphäre“), objektivierend als *Soma* (oder *Leib*), so gelangen wir zu dem Begriff der *Psyche* (oder des Seelenorgans) als demjenigen Teil des Individuums, der nach Abzug des Somas übrigbleibt. Er besteht aus dem (im Wachen tätigen, im Schlaf untätigen) Ichzentrum und dem (dauernd empfänglichen) seelischen Selbst und stellt das einheitliche Regulationszentrum für die der Umwelt zugekehrten Leistungen des Individuums dar. Die bei diesen

Leistungen benutzten Werkzeuge liegen natürlich innerhalb des Somas. Sie bilden, Merk- und Wirkssphäre zusammen, die „*animalische Sphäre*“, die also zwar innerhalb der „*vegetativen Sphäre*“ liegt, sich aber nicht an deren Leistungen beteiligt.

4. *Dasein und Verhalten.*

Jedes Tun ist entweder ein *Entwerfen*, oder es hat — als ein *Ausführen* — ein Entwerfen zur Grundlage. Im Erwarten von etwas z. B. nehmen wir das Erwartete entwerfend vorweg und schreiben uns, wieder mit Hilfe eines Entwurfes, die auffassenden Bewegungen vor, die geeignet sind, es uns zu deutlicher Gegebenheit zu bringen. Tritt das Erwartete dann ein, so führen wir, es wahrnehmend, die vorbereiteten Auffassungsbewegungen aus und nehmen das sich uns darin Gebende zur Kenntnis, d. h. wir erzeugen uns nachbildend ein *Wissensgebilde*, mit dessen Hilfe wir nun *von uns aus* einen *Zugang* zu dem unterdessen vergangenen Ereignis haben und das insofern einen *Ersatz* für dieses bedeutet. Mit Hilfe der so gewonnenen Wissensdisposition sind wir dann imstande, in anderen ähnlichen Fällen uns das Kommende in der Erwartung noch bestimmter vorauszusagen, uns die auffassenden Bewegungen mit noch größerer Sicherheit und Genauigkeit vorzuschreiben und so den Akt der Kenntnisnahme in der Wahrnehmung sowohl erfolgreicher zu gestalten als auch mühloser ablaufen zu lassen.

Das Beispiel zeigt, daß der Wahrnehmungsprozeß den Charakter einer *Aufgabelösung* hat. In seinem Verlauf wird das Gegebene dazu benutzt, einen anfänglich erzeugten schematischen Entwurf schrittweise mit Inhalt zu füllen. Dasselbe gilt von *allen* Erkenntnisprozessen. Auch das *Handeln* ist eine *Aufgabelösung*, nur daß die Aufgabe hier darin besteht, die gegebene (und in der vorgängigen Kenntnisnahme entworfene) Situation durch wirkende (nicht bloß auffassende) Bewegungen zugunsten des Selbst so umzugestalten, daß die ursprünglich beabsichtigte und im Entwurf vorgezeichnete Änderung tatsächlich herbeigeführt wird, derart, daß bei der abschließenden Kenntnisnahme die nun gegebene mit der ursprünglich gewollten Situationsänderung auf dem Hintergrunde der Merksphäre zur Deckung gebracht werden kann.

Das *Lösen* von Aufgaben setzt das *Gestelltsein* von Aufgaben voraus. Folglich ist das *Entwerfen* als das *Sichstellen von Aufgaben* das ursprüngliche Tun, auf welches alles andere erst sich gründet.

Aus dieser Sachlage ergibt sich nachträglich die Erklärung für unsere im zweiten Teil der Arbeit aufgestellte Behauptung, daß wir beim psychologischen Verstehen vom äußeren *Verhalten* eines Menschen auf sein *Dasein* zurückzuschließen. Wir können das, weil wirklich Dasein als ein *Sich-vor-Aufgaben-gestellt-haben* die Voraussetzung ist für alles *Sich-verhalten* als ein Lösen der vorher gestellten Aufgaben.

Die Unterscheidung zwischen Dasein und Verhalten ist nicht nur für die Psychiatrie, sondern auch für die Neurologie grundlegend. Denn verändertes Verhalten gibt es bei vielen Krankheiten, zumal bei solchen des Nervensystems. Man denke etwa an die Zwangsnurose oder den Parkinsonismus. Eine Psychose liegt aber nur dann vor, wenn das veränderte Verhalten einem krankhaft veränderten Dasein entspringt¹.

Noch etwas Zweites läßt sich aus unserem Beispiel entnehmen, nämlich, daß alles ausführende Tun *Prägungen der Merksphäre* hinterläßt, sofern es nicht etwa als Folge solcher Prägungen völlig automatisch abläuft. Diese Prägungen haben entweder den Charakter von *Wissens-* oder von *Könnensdispositionen*. Die Vermehrung und Systematisierung der Wissensdispositionen bedeutet eine Erweiterung unseres *geistigen Horizonts*, der Zuwachs an Könnensdispositionen eine Festigung unserer *Herrschaft über unsere Werkzeuge* und damit eine vermehrte Sicherheit in der Meisterung der Situationen, in die wir geraten.

Nähert sich die Ausprägung der Merksphäre ihrem Abschluß, so sind die Voraussetzungen des *reifen* Daseins gegeben, das wir gewöhnlich im Auge haben, wenn wir kurzweg von Dasein sprechen.

Zusammenfassung.

Fassen wir zusammen, was uns die Analyse des Daseins über dessen Grundlagen ergeben hat, so können wir sagen:

Das *erste* Zugrundeliegende ist das *Ich* als das „erste Werkzeug“ eines „daseinsfähigen“ Individuums. Das *zweite* ist das *seelische Selbst* als die unmittelbare Einbettung des *Ich* in sein *Selbst* und durch dieses in die Welt. Beide zusammen bilden die *Psyche*, die mit dem *Soma* zusammen das *Individuum* ausmacht. Das *dritte* Zugrundeliegende ist der dem *Soma* zugehörige Werkzeugkomplex, den wir die „*animalische Sphäre*“ nennen. Diese, die aus *Merksphäre* und *Wirkspäre* besteht, müssen wir als Ganzes nennen, wenn es sich um die Grundlagen des menschlichen oder tierischen *Verhaltens* handelt. Fragen wir aber, wie das für die psychiatrische Einstellung charakteristisch ist, nach den Grundlagen des bloßen *Daseins* als eines In-der-Welt-seins, so kommt nur die Merksphäre in Betracht, und wir können sagen, dem *normalen wachen* und *reifen* Dasein liegt zugrunde 1. ein *Ich*, das sich mit Hilfe seiner Merkspähre — innerhalb eines von den Bedürfnissen des *Selbst* gezogenen Rahmens — seine Aufgaben selber stellen kann und in dieser seiner Freiheit weder durch eine krankhafte Verstimmung seines seelischen *Selbst*, noch durch mangelhafte Fühlung mit ihm, noch durch eine krankhafte Machtlosigkeit seiner selbst beein-

¹ Aus diesen Festlegungen ergibt sich eine einfache Antwort auf die kürzlich von *Bumke* (Münch. med. Wschr. 1932, H. 47) behandelte Frage, ob eine Zwangsnurose eine Psychose sei. Sie muß natürlich, wie auch bei *Bumke*, negativ ausfallen, weil das In-der-Welt-sein des Zwangsnurotikers normal ist.

trächtigt wird, und 2. eine *Merksphäre*, die, von normalem anatomischem Bau, ein gewisses Maß von Ausgeprägtheit besitzt, trotzdem aber noch prägbar ist und dem Ich aktuell zur Verfügung steht.

Schlußfolgerungen für die Lokaldiagnose.

Für meine Fachkollegen, Psychiater und Neurologen, brauche ich dem bisherigen eigentlich nichts mehr hinzuzufügen. Denn diejenigen unter ihnen, die den daseinsanalytischen Erörterungen dieses Abschnittes und den früheren über die Grundstörung aufmerksam gefolgt sind, werden die Schlufolgerungen schon während des Lesens gezogen haben. Im übrigen könnte ich ihnen gegenüber darauf hinweisen, daß ich den ganzen jetzt noch übrigen Fragenkomplex schon vor vielen Jahren behandelt habe¹. Da ich aber auch mit Lesern rechnen muß, die weniger genau über die großen Entdeckungen unterrichtet sind, die in den letzten 20 Jahren über die obersten vegetativen Zentren, das Schlafzentrum, die subcorticalen Ganglien und die extrapyramidal-motorischen Bahnen gemacht wurden, muß ich noch ein paar Worte hinzufügen.

Die Daseinsanalyse hat uns zu einer Reihe von Begriffen geführt, die in ihrem Zusammenhang die *Struktur des Subjekts*, d. h. die Struktur derjenigen Seite des (animalischen) Individuums darstellen, mit der es in seinem wachen Dasein seiner Umwelt gegenüber in Aktion tritt (animalischer Apparat). Von den übrigen (vegetativen) Seiten des Individuums darf man annehmen, daß sie analog gebaut sind, d. h. daß in ihnen ebenfalls je ein oberstes regulierendes Zentrum mit je einem eigenen Werkzeugkomplex einer Umwelt (der „inneren“, intraintestinalen, intravasalen und transcutanen Umwelt) gegenübersteht (vegetativer Apparat); wie ich das im einzelnen in einer früheren Arbeit nachgewiesen habe². Man gelangt auf diese Weise zu einer Gesamtanschauung von der *Struktur des (animalischen) Individuums*.

Die Sache liegt nun so, daß jedes (vielzellige) Lebewesen ebensogut als ein *einheitliches Ganzes* wie als eine *Vielheit von lebenden Teilen* betrachtet werden kann. Betrachten wir es als *Einheit*, so nennen wir es *Individuum* und können, wie wir es getan haben, aus seinem Verhalten auf sein Dasein, aus seinem Dasein auf die Grundlagen seines Daseins, d. h. auf seine Struktur, zurückschließen. Betrachten wir es als *Vielheit*, so nennen wir es *Organismus* und sehen, daß es aus Zellen besteht, von denen jede wieder ein Individuum ist, nach dessen Struktur man fragen kann. Da es sich bei beiden Betrachtungsweisen um dieselbe Sache handelt, muß eine Reihe von *Entsprechungen* vorhanden sein zwischen dem, was wir auf dem einen, und dem, was wir auf dem anderen Standpunkt sehen.

¹ Grundplan des Nervensystems. Z. Neur. 75 (1922); Über den Ursprung und die Bahnen der Willensimpulse. Z. Neur. 86 (1923); Die Auflösung des Leib-Seele-Problems. Arch. Psychiatr. 74 (1925).

² Grundplan a. a. O.

Zu fordern ist vor allem, daß die *Struktur des Ganzen* sich deckt mit dem *Zusammenhang seiner Teile* und das *Wirken des Ganzen* mit dem *Zusammenwirken der Teile*.

Wäre nun der Zusammenhang und das Zusammenwirken der Teile — wenigstens des menschlichen Organismus — genau bekannt, so hätten wir die Überlegungen, die den Inhalt dieser Arbeit ausmachen, gar nicht anzustellen brauchen. Tatsächlich sind sie aber zum überwiegenden Teil unbekannt; vor allem versagt die anatomisch-physiologische Forschung gerade gegenüber dem Teil des Organismus, von dessen Leistungen seine Vereinheitlichung zu einem Individuum abhängt, dem Zentralnervensystem. Es bleibt also nichts übrig als den Versuch zu machen, von der *anderen* Seite her an die Sache heranzugehen, d. h. Daseinsanalyse zu treiben, die Struktur des Individuums bloßzulegen und daraus dann auf die Zusammenhänge im Zentralnervensystem zurückzuschließen. Nach dem Gesetz von der Entsprechung zwischen einem lebenden Ganzen und seinen lebenden Teilen muß dann jedes Element der Individualstruktur sein Analogon in bestimmten Teilen oder Teilkomplexen des Organismus haben.

Wir haben nun festgestellt, daß am Dasein zunächst nur eines eine selbständige Realität ist, nämlich das daseiende *Ich*. Daraus dürfen wir schließen, daß das *Ich* seine Entsprechung hat in einem nervösen Zentrum, das wir das *Ichzentrum* nennen können. Die Lage dieses Zentrums ist dadurch bestimmt, daß von seinem Verhalten, seinem Tätig- oder Untätigsein, der Wechsel von Wachen und Schlafen abhängt. Es muß daher identisch sein mit demjenigen Teil des Thalamus, der in die zur Großhirnrinde strebenden „sensiblen Bahnen“ eingeschaltet ist und vermöge dieser Einschaltung als „Wach- und Schlafzentrum“ tätig sein kann. Die *Merksphäre* selbst ist nichts anderes als das *thalamo-cortico-thalamische Selbstaffektionssystem*, die *Wirkssphäre* nichts anderes als das *thalamo-musculo-thalamische System* gleicher Art, das auf seiner zentrifugalen Seite außer dem peripheren motorischen Neuron die Pyramidenbahn und die extra-pyramidalmotorischen Bahnen einschließt, auf seiner zentripetalen die Bahnen der Tiefensensibilität und des Kleinhirn-Mittelhirnsystems. Der übrige Eigenapparat des Thalamus ist identisch mit dem *seelischen Selbst*, also die *Grundlage der Affektivität*, während das psychische Zentrum (= Eigenapparat des Thalamus) und die Merksphäre zusammen das bilden würden, was wir früher provisorisch als „psychisches System“ bezeichnet haben.

Die *Hirnrinde* ist bei dieser Auffassung zum Gedächtnisorgan „enthronnt“, soweit sie nicht Ursprungsgebiet der Pyramidenbahn ist. Sie nimmt im Laufe des individuellen Lebens die Dispositionen des Wissens und Könnens in sich auf. Was sich dieser Auffassung bisher entgegengestellt hat, war vor allem die auf mangelhafter psychologischer Analyse beruhende Meinung, ein Vorgang, wie z. B. das Sehen, bestände darin,

daß Gesichtseindrücke in das Gehirn hineinlaufen und dort an irgendeiner Stelle „zu Bewußtsein kommen“, während in Wirklichkeit das Sehen doch darin besteht, daß *wir* auf Grund der Gesichtseindrücke, denen *wir* (mit unserem Ichzentrum im Corpus geniculatum laterale) ausgesetzt sind, uns (mit Hilfe unserer corticalen Sehsphäre) ein *Wissen* von den gesehenen Gegenständen zulegen, welches uns in den Stand setzt, uns hinterher von uns (im Corpus geniculatum laterale) aus in der Vorstellung (wieder mit Hilfe der corticalen Sehsphäre) diese Gegenstände von neuem zur Gegebenheit zu bringen.

Es wäre leicht, auf dieser Grundlage von allen möglichen anderen genau analysierbaren psychischen Vorgängen wenigstens im Groben anzugeben, welche Teile des Organismus bei ihrem Ablauf in Tätigkeit treten. Aber es wäre auch nur eine Spielerei. Denn nicht auf das *Lokalisieren* kommt es an, sondern darauf, *das Psychische soweit zu analysieren, daß es lokalisierbar wird*. In der vorliegenden Arbeit konnte ich nicht mehr tun als versuchen, dieser Forderung für das Psychische und Psychotische im allgemeinen gerecht zu werden. Für alles *Einzelne* bleibt die Arbeit noch zu tun.
